

Nr 4 (37) 2013

Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu
Polish Review of Health Sciences



Wydział Nauk o Zdrowiu



**Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

RADA NAUKOWA / SCIENTIFIC COUNCIL*Przewodniczący Rady Naukowej:*

prof. dr hab. Tomasz Opala (Poznań)

Członkowie:

prof. dr Andre Aeschlimann (Szwajcaria)
prof. dr hab. Marek Brzosko (Szczecin)
prof. dr hab. Lechosław Dworak (Poznań)
prof. dr hab. Ewa Florek (Poznań)
dr hab. Maria Danuta Głowacka (Poznań)
dr n. med. Andrzej Grzybowski (Poznań)
dr hab. Krystyna Jaracz (Poznań)
prof. Christina Köhler (Niemcy)
prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz (Katowice)
prof. dr hab. Piotr Małkowski (Warszawa)
prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński (Warszawa)
prof. dr hab. Michał Musielak (Poznań)
prof. Wolfgang Müller (Szwajcaria)
prof. dr hab. Alfred Owoc (Lublin)
dr Grażyna Iwanowicz-Palus (Lublin)
prof. Winfried Papenfuß (Austria)
dr n. med. Paweł Rzymski (Poznań)
prof. dr hab. Stefan Sajdak (Poznań)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (Poznań)
dr n. med. Maciej Sobkowski (Poznań)
prof. dr hab. Marian Sygit (Szczecin)
prof. dr hab. Jacek Szechiński (Wrocław)
dr hab. Krzysztof Szymanowski (Poznań)
prof. dr hab. Leszek Wdowiak (Lublin)
prof. dr hab. Henryk Wiktor (Lublin)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (Poznań)
prof. dr hab. Maciej Wilczak (Poznań)
prof. dr hab. Irena Wrońska (Lublin)
prof. dr hab. Jacek Wysocki (Poznań)

KOLEGIUM REDAKCYJNE / EDITORIAL BOARD*Redaktor Naczelny:*

prof. dr hab. Tomasz Opala

Zastępcy Redaktora Naczelnego:

dr hab. Krystyna Jaracz (pielęgniarstwo)
prof. dr hab. Michał Musielak (nauki społeczne)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (fizjoterapia i reumatologia)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (nauki biologiczne)
prof. dr hab. Maciej Wilczak (edukacja medyczna)
prof. dr hab. Jacek Wysocki (zdrowie publiczne)

Sekretarze Naukowi:

dr n. med. Andrzej Grzybowski
dr n. med. Maciej Sobkowski

Sekretarz Redakcji:

dr n. med. Maciej Sobkowski
lek. med. Joanna Buks

Skład i tkanie:

Bartłomiej Wąsiel

Korekta:

dr n. hum. Janina S. Rogalińska

Projekt okładki:

dr n. med. Maciej Sobkowski

Zdjęcia:

dr n. med. Paweł Rzymski

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WYDAWCA / PUBLISHER

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ADRES REDAKCJI / ADDRESS

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
(Sekretariat Dyrektora)
e-mail: maciej.sobkowski@ump.edu.pl
tel.: 61 841 96 70, fax: 61 841 92 88
strona internetowa: www.przeglاد.amp.edu.pl

MNIŚW 2 pkt.

ISSN 1643-3203

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel.: 61 854 71 52, fax: 61 854 71 51
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 6,3. Ark. druk. 7,0
Format A4. Zam. nr 111/14.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

- Weronika Wrona-Wolny
*Wiedza studentów – przyszłych wychowawców zdrowotnych na temat
zapobiegania wrodzonym wadom cewy nerwowej u dzieci* 209

PRACE POGLĄDOWE

- Piotr S. Baranowski
*Work and Personal Health. A disability management perspective
on Canada* 217
- Angelika Dańda, Joanna Buks
*Mięśniaki macicy – przyczyny, diagnostyka, leczenie
– przegląd literatury* 223
- Grażyna Jarząbek-Bielecka, Maciej Wilczak, Małgorzata Mizgier,
Magdalena Pisarska-Krawczyk
Zaburzenia erekcji z uwzględnieniem zaburzeń układu krążenia 227
- Angelika Dańda, Joanna Buks
Opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych 232
- Beata Matyska
Zachowania zdrowotne człowieka. Teoria i praktyka 237
- Erwin Strzesak, Sylwia Zygmunt, Katarzyna Milejczak
Znaczenie kształcenia personelu ewidencyjnego w placówce medycznej . . . 242
- Żaneta Dobińska
Gospodarka hormonalna w okresie ciąży 244
- Joanna Domańska, Erwin Strzesak, Katarzyna Milejczak
Zmiana sposobu rozliczeń w chemioterapii 250

Contents

ORIGINAL PAPERS

Weronika Wrona-Wolny <i>Knowledge of students – future health educators on the prevention of neural tube defects in children</i>	209
---	-----

REVIEW PAPERS

Piotr S. Baranowski <i>Wartość pracy w kontekście zdrowia jednostki. Zarys systemu rehabilitacji zawodowej w Kanadzie</i>	217
Angelika Dańda, Joanna Buks <i>Myomata uteri – causes, diagnosis, treatment – literature review.</i>	223
Grażyna Jarząbek-Bielecka, Maciej Wilczak, Małgorzata Mizgier, Magdalena Pisarska-Krawczyk <i>Erectile dysfunction in conjunction with cardiovascular disorders.</i>	227
Angelika Dańda, Joanna Buks <i>Health care in prisons</i>	232
Beata Matyska <i>Health behaviors of man. Theory and practice</i>	237
Erwin Strzesak, Sylwia Zygmunt, Katarzyna Milejczak <i>The importance of education staff muster in a medical facility</i>	242
Żaneta Dobińska <i>Endocrine system during pregnancy</i>	244
Joanna Domańska, Erwin Strzesak, Katarzyna Milejczak <i>Changing the settlement in chemotherapy</i>	250

WIEDZA STUDENTÓW – PRZYSZŁYCH WYCHOWAWCÓW ZDROWOTNYCH NA TEMAT ZAPOBIEGANIA WRODZONYM WADOM CEWY NERWOWEJ U DZIECI

KNOWLEDGE OF STUDENTS – FUTURE HEALTH EDUCATORS ON THE PREVENTION OF NEURAL TUBE DEFECTS IN CHILDREN

Weronika Wrona-Wolny

Zakład Promocji Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Streszczenie

Wstęp. Wady cewy nerwowej zaliczane są do najcięższych wad rozwojowych płodu, w wyniku których dochodzi do takich patologii somatycznych, jak bezmózgowie, przepuklina oponowo-mózgowa oraz przepuklina oponowo-rdzeniowa. Wady te uwarunkowane są genetycznie, a w procesie ich powstawania istotną rolę odgrywają czynniki środowiskowe, wśród których najlepiej poznanym jest niedobór kwasu foliowego.

Cel pracy. Celem opracowania była kontynuacja oceny poziomu wiedzy studentów. Próbowano znaleźć odpowiedź na następujące pytania badawcze: kiedy kobieta powinna zacząć troszczyć się o zdrowie, aby urodzić zdrowe dziecko? Jakie choroby oraz czynniki mogą być przyczyną wad i zaburzeń w rozwoju płodu? Co to jest kwas foliowy i jakie są jego źródła? Czy studenci są zainteresowani tematami dotyczącymi zdrowia ich przyszłego dziecka?

Materiał i metody. W latach 2010–2012 przebadano 224 osoby (110 kobiet i 114 mężczyzn IV roku kierunku Wychowania Fizycznego Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie). W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż poziom wiedzy studentów z zakresu problematyki zapobiegania wrodzonym wadom cewy nerwowej jest niewystarczający.

Wnioski. Niezadowalająca wiedza studentów skłania do podjęcia większych wysiłków w edukacji zdrowotnej w kierunku zapobiegania wrodzonym wadom cewy nerwowej. Mając na uwadze realizowanie edukacji zdrowotnej w szkołach przez przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego, konieczne jest poszerzenie wiedzy studentów oraz zainteresowanie ich tematyką prewencji wrodzonych wad cewy nerwowej.

Słowa kluczowe: wrodzone wady cewy nerwowej, kwas foliowy, wiedza, edukacja zdrowotna, studenci.

Summary

Introduction. Neural tube defects are among the heaviest developmental defects of the fetus, as a result of which there is a somatic pathologies such as anencephaly, meningomyelocele-cerebral and meningomyelocele-core. That kind of defects are conditioned genetically and the environmental effects play an important role as the origin of the medullary tube defects. The folic acid deficiency is one of well-recognised environmental factors causing those defects.

Aim of the study. The aim of the study was to assess the level of knowledge of students. Were sought to answer the following research questions: when a woman should begin to take care of health to a healthy baby? What diseases and factors may be the cause of defects and abnormalities in the developing fetus? What is folic acid and what are its sources? Do the students are interested in topics related to the health of their future child?

Material and methods. During the time period 2010–2012, 224 people (110 women and 114 men, 4 th grade students of the Academy of Physical Education in Krakow). The studies used a diagnostic survey using a questionnaire.

Results. Based on the survey, it was found that the level of students' knowledge on the issues of prevention of neural tube defects is insufficient.

Conclusions. Unsatisfactory knowledge of students tends to make greater efforts in health education towards the prevention of neural tube defects. In view of the implementation of health education in schools by the future teachers of physical education, it is necessary to expand the students' knowledge of and interest in the subject of prevention of neural tube defects.

Key words: neural tube defects, folic acid, knowledge, health education, students.

Wstęp

Wady cewy nerwowej (WCN) określone są również jako wady dysraficzne, które stanowią grupę nieprawidłowości rozwojowych o zróżnicowanej postaci klinicznej i etiologii. Powstają w wyniku defektu w procesie tworzenia się ośrodkowego układu nerwowego, polegającego na zaburzeniu zamknięcia cewy nerwowej lub elementów ją

pokrywających [1]. Wady pojawiają się w dowolnym miejscu wzdłuż formującego się rdzenia kręgowego, w kierunku głowowym od rozwijającego się mózgowia oraz w kierunku ogonowym od kości krzyżowej [2]. Występowanie WCN wykazuje znaczne zróżnicowanie terytorialne między poszczególnymi krajami oraz regionalnie wewnątrz państw. Częstość WCN w Polsce wyno-

si 2,05–2,68 na 1000 urodzeń [3]. Wady cewy nerwowej mają złożoną etiologię, podkreślić należy ich wieloczynnikowy charakter, obejmujący czynniki genetyczne i środowiskowe, a więc fizyczne, chemiczne i biologiczne [4]. Ryzyko wystąpienia WCN mogą zwiększać także inne czynniki, takie jak: pestycydy, lekarstwa przeciwpadaczkowe, antagoniści kwasu foliowego, kotynina czy uzależnienie od alkoholu. Duży wpływ mają też warunki socjalno-bytowe rodziny, a także nadwaga. Wówczas ryzyko wzrasta proporcjonalnie do wzrostu indeksu masy ciała. Niedobór kwasu foliowego w organizmie matki ma szczególny wpływ na występowanie wad cewy nerwowej [5]. Zbadano, iż przyjmowanie na dobę 0,4 mg kwasu foliowego zarówno przed, jak i w czasie ciąży przez matkę, aż o 75% obniża ryzyko wystąpienia wad cewy nerwowej [6]. U kobiet z nadwagą zażywanie 0,4 mg kwasu foliowego na dobę nie działa profilaktycznie w zapobieganiu wadom cewy nerwowej [7].

Reasumując, należy podkreślić, iż wady cewy nerwowej to bardzo poważny problem, którego skalę można jednak zmniejszyć poprzez takie działania, jak realizowanie edukacji zdrowotnej, profilaktykę, zmianę stylu życia oraz przez odpowiednie podejście do rodzicielstwa.

Cel pracy

Celem podjętych badań była ocena poziomu wiedzy z zakresu wybranej problematyki zapobiegania wrodzonym wadom cewy nerwowej w środowisku studentów. Próbowano uzyskać odpowiedzi na następujące pytania badawcze: czy studenci wiedzą, kiedy kobieta powinna zacząć troszczyć się o zdrowie, aby urodzić zdrowe dziecko?, Czy badani znają choroby oraz inne czynniki, które mogą być przyczyną wad i zaburzeń w rozwoju płodu?, Czy studenci słyszeli o kwasie foliowym, czy znają jego źródła?, Czy studenci są zainteresowani tematami dotyczącymi zdrowia ich przyszłego dziecka?, Czy płęć jest czynnikiem determinującym wiedzę badanych z zakresu wymienionej problematyki?

Materiał i metody

Przebadano grupę 224 osób (124 K – kobiet i 100 M – mężczyzn) studiujących na IV roku studiów stacjonarnych kierunku Wychowanie Fizyczne w Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Badania przeprowadzono w roku akademickim 2010/2011 i 2011/2012 w ramach realizowanego przedmiotu wychowanie zdrowotne. Badania niniejsze były kontynuacją wcześniej rozpoczętych w latach 2002–2004. Podstawową metodą badawczą przeprowadzoną wśród młodzieży studenckiej był sondaż diagnostyczny. Zastosowano anonimową ankietę według Woynarowskiej i wsp. [8]. Badania odbywały się w trakcie ćwiczeń

z wymienionego wyżej przedmiotu na temat „Edukacja zdrowotna w zakresie zapobiegania wrodzonym wadom cewy nerwowej”.

Wyniki

Badanym postawiono pytanie: *czy stan zdrowia kobiety i mężczyzny przed urodzeniem ich przyszłego dziecka ma wpływ na rozwój płodu?* Spośród grupy 224 respondentów zdecydowana większość (96,9%) uważała, iż stan zdrowia rodziców przed poczęciem ma wpływ na rozwój płodu. Opinię przeciwną wyraził 1 mężczyzna, natomiast od nielicznych respondentów (2,7%) nie uzyskano żadnej odpowiedzi. Analiza odpowiedzi twierdzących uzyskanych od respondentów, w zależności od płci wykazała, iż kobiety prawie nie różniły się w odpowiedziach od mężczyzn (K – 97,8%; M – 97,0%).

Analizowano odpowiedzi studentów na temat okresu, w jakim płód jest najbardziej narażony na działanie czynników szkodliwych. Ponad połowa respondentów (51,4 0%) sądziła, iż płód jest najbardziej narażony na działanie czynników szkodliwych do 2. miesiąca ciąży. Odpowiedzi, iż płód jest najbardziej narażony do 2. miesiąca ciąży, udzieliło znacznie więcej kobiet (62,0%) niż mężczyzn (40,0%). Ponad co trzeci respondent (33,9%) uważał, iż płód jest najbardziej podatny na działanie czynników szkodliwych między 3.–6. miesiącem ciąży. Według nielicznych badanych szczególne niebezpieczeństwo płodu na działanie czynników szkodliwych występuje między 7.–9. miesiącem ciąży. Prawie co 10 respondent (9,8%) nie udzielił żadnej odpowiedzi na to pytanie. Niewłaściwe odpowiedzi bądź ich nieudzielenie jest jednoznaczne z brakiem wiadomości.

Respondenci wymieniali choroby występujące u ciężarnej, które mogą być przyczyną występowania wad i zaburzeń w rozwoju płodu. Najczęściej przyszli wychowawcy zdrowotni wymieniali schorzenia wirusowe (43,7%). Takie choroby, jak cukrzyca, cywilizacyjne, zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowych wskazywało 37,5% respondentów. AIDS proponowała ponad 1/5 respondentów (21,5%), a uwarunkowania genetyczne były wyszczególniane przez 15,2% studentów. Nieliczni badani sądzili, iż choroby nowotworowe (6,7%), układu rozrodczego (1,3%), przenoszone drogą kontaktów płciowych (3,1%) oraz psychiczne (4,5%) występujące u ciężarnej mogą zagrażać rozwijającemu się płodowi. Analiza badań wykazała, że praktycznie w połowie przypadków kobiety częściej wskazywały na daną chorobę niż mężczyźni. Choroby wirusowe wymieniała ponad połowa (54,8%) kobiet i około 1/3 mężczyzn (30%), nowotworowe 5% mężczyzn i 8% kobiet, genetyczne 17,7% kobiet i 12% mężczyzn. Tylko w przypadku przedstawionych wyżej chorób, takich jak cukrzyca, cywilizacyjne, zapalenie

płuc, zapalenie opon mózgowych (K – 37,9%, M – 37,0%) i chorób przenoszonych drogą kontaktów płciowych (K – 3,2%, M – 3,0%) nie było różnicy w odpowiedziach studentów. Pozostałe choroby, jak AIDS, psychiczne i układu rozrodczego częściej wymieniali mężczyźni. Zauważalna różnica była w przypadku choroby AIDS, na którą wskazywało 32,0% mężczyzn i 13,7% kobiet.

Studenci, przyszli wychowawcy zdrowotni wymieniali również poza chorobami inne czynniki, które mogą zagrażać rozwijającemu się płodowi. Najczęściej respondenci podawali takie czynniki, jak: alkohol (66,5%), nikotyna (66,1%) oraz narkotyki (48,2%). Są to stosunkowo wysokie dane procentowe, jednakże oczekiwano, iż prawie wszyscy respondenci powinni wskazywać na substancje psychoaktywne, jako istotne zagrożenie zdrowia dla rozwijającego się płodu. Rzadziej natomiast podkreślano stres (25,4%), używki (16,5%), oraz dietę (17,9%). Wśród używek wymieniano picie kawy oraz mocnej herbaty. Niewielki odsetek respondentów podkreślał lekarstwa (9,8%), negatywny wpływ środowiska, zwłaszcza oddziaływanie promieniowania, hałas (8,5%), urazy (2,7%) oraz inne (1,3%). Z analizy badań wynika, że prawie we wszystkich przypadkach kobiety częściej wskazywały na dany czynnik niż mężczyźni.

Analizowano także odpowiedzi studentów na pytanie, *kiedy kobieta pragnąca urodzić zdrowe dziecko powinna zacząć troszczyć się o swoje zdrowie?* Zdecydowana większość (96,4%) respondentów słusznie uważała, iż kobieta pragnąca urodzić zdrowe dziecko powinna zacząć rozłączać opiekę nad swoim zdrowiem jeszcze przed zajściem w ciążę. W wyrażaniu takiej opinii kobiety (96,7%) nie różniły się od mężczyzn (96,0%). Nieliczni badani sądzili, iż należy chronić swoje zdrowie dopiero w pierwszych trzech miesiącach bądź od czwartego miesiąca ciąży.

Optymalny przyrost masy ciała w trakcie ciąży oddziałuje bezpośrednio na stan zdrowia przyszłego dziecka. Analizując odpowiedzi respondentów na pytanie, *czy ważne jest dla rozwoju płodu, o ile wzrośnie masa ciała ciężarnej?* stwierdzono, iż poprawnej odpowiedzi udzieliła ponad połowa (53,6%) respondentów. Opinię przeciwną wyraziło 16,1% studentów. Prawie co dziesiąty respondent (9,8%) uważał, iż dla rozwoju płodu obojętne jest, o ile wzrośnie masa ciała ciężarnej. Od 1/5 studentów nie uzyskano żadnej odpowiedzi na to pytanie. Analiza odpowiedzi na powyższe pytanie wskazuje, iż kobiety częściej (59,0%) udzielały poprawnej odpowiedzi niż mężczyźni (49,5%).

Kolejne pytanie przedstawione przyszłym wychowawcom zdrowotnym brzmiało: *czy słyszeli kiedykolwiek coś na temat kwasu foliowego?* Zdecydowana większość respondentów (88,6%) deklarowała, iż słyszała o kwasie foliowym. Pozo-

stali studenci podawali, iż nigdy nic nie słyszeli na temat kwasu foliowego. Okazuje się, iż kobiety częściej (91,0%) od mężczyzn (85,7%) słyszały o kwasie foliowym. Na pytanie *czym jest kwas foliowy?* oraz następne dotyczące *produktów szczególnie bogatych w zawartość kwasu foliowego* odpowiadali studenci, którzy deklarowali, iż docierały do nich informacje o kwasie foliowym. Prawidłowe stwierdzenie, iż kwas foliowy jest witaminą, potwierdziła niespełna połowa studentów (46,1%). Z analizy wynika, że prawidłową odpowiedź, iż kwas foliowy jest witaminą, częściej podkreślały kobiety (22,2%) niż mężczyźni (11,0%). Podawano błędne odpowiedzi, iż kwas foliowy jest aminokwasem (44,2%), biopierwiastkiem (6,5%), nienasyconym kwasem tłuszczowym (11,6%) oraz pozostawiano to pytanie bez odpowiedzi (20,6%), co świadczy też o braku podstawowej wiedzy o kwasie foliowym.

Przedstawiono również odpowiedzi studentów, dotyczące produktów, które ich zdaniem zawierają najwięcej kwasu foliowego. Spośród przedstawionym im 7 grup produktów, za szczególnie bogate w kwas foliowy respondenci uznawali kapustę, brokuły, kalafior (65,8%), kobiety częściej (76,9%) niż mężczyźni (52,7%) wskazywali taką odpowiedź. W drugiej kolejności pytani wskazywali na fasolę i groch (50,3%), tu także kobiety (57,4%) wykazały się większą wiedzą od mężczyzn (41,8%). Wątróbkę wymieniało 29,1% respondentów, również i tu kobiety częściej (37,0%) niż mężczyźni (19,8%) wymieniały wątróbkę, jako produkt szczególnie bogaty w kwas foliowy. Tylko 15,7% respondentów wyszczególniało wiśnie, śliwki i jabłka, jako produkt bogaty w kwas foliowy, na te produkty częściej wskazywali natomiast mężczyźni (17,6%) niż kobiety (13,0%). Nieliczni respondenci wymieniali produkty ich zdaniem bogate w kwas foliowy, takie jak ziemniaki (3,0), pieczywo (4,0%), mleko i ser żółty (4,0%).

Analizowano ponadto stopień zainteresowania przez studentów tematami dotyczącymi zdrowia przyszłego dziecka. Tak więc szczególne zainteresowanie tą problematyką deklarowało niewiele ponad 3/4 przyszłych wychowawców zdrowotnych (76,4%). Kobiety częściej (80,4%) od mężczyzn (71,0%) przejawiały zainteresowanie takimi tematami. Za niezbyt interesujące te zagadnienia uważał ponad co piąty respondent (22,2%). W tym przypadku dla kobiet rzadziej (17,9%) od mężczyzn (28,0%) tematyka z zakresu zdrowia przyszłego ich dziecka była niezbyt interesująca. W sporadycznych przypadkach (1,4%) badani w ogóle nie byli zainteresowani problematyką dotyczącą zdrowia ich przyszłego dziecka.

Studenci wyszczególniali tematy dotyczące zdrowia przyszłego dziecka, które wzbudziły u nich największe zainteresowanie. Na dietę dziecka wskazywał ponad co piąty badany, przy czym

kobiety częściej (24,2%) udzielały takiej odpowiedzi od mężczyzn (17,0%). Tematami związanymi z rozwojem dziecka interesował się co dziesiąty respondent, zainteresowanie tą problematyką było częstsze u mężczyzn (14,0%) niż u kobiet (7,3%). Zainteresowanie profilaktyką chorób dziecięcych przejawiało 13,4% respondentów, tu kobiety nieznacznie częściej (14,5%) były zainteresowane niż mężczyźni (12,0%). Tematy związane z trybem życia ciężarnej za interesujące uznało 10,3% respondentów, na te tematy częściej zwracały uwagę kobiety (12,1%) niż mężczyźni (8,0%). Zainteresowanie studentów tematami z zakresu chorób dziecięcych (4,5%), ich diagnostyki (3,6%) oraz higieną dziecka (2,2%) było niewielkie.

Dyskusja

W świetle podstawy programowej w II, III i IV etapie edukacyjnym [9] zapisano, że wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej. Stąd absolwenci kierunków wychowania fizycznego będą w przyszłości pełnić rolę wychowawców zdrowotnych. Wśród kompetencji, jakie powinni posiadać, ważna jest wiedza z zakresu problematyki zdrowotnej, między innymi dotycząca zapobiegania wrodzonym wadom cewy nerwowej.

Badania zrealizowane wśród studentów ukazały poziom wiedzy na temat poszczególnych zagadnień związanych z profilaktyką wad cewy nerwowej. Zdecydowane różnice w opiniach badanych na powyższe tematy, wyłoniły się między kobietami a mężczyznami. Na rozwój płodu bardzo duże znaczenie ma stan zdrowia rodziców. Walentyn i wsp. [10] podkreślają, iż efektem dbania o zdrowie rodziców oraz świadome podejście do problematyki zdrowotnej jest prawidłowy rozwój płodu oraz stan noworodka po porodzie. Utrzymanie stanu zdrowia na wysokim poziomie jest jednym z czynników, na który przyszli rodzice mają determinujący wpływ poprzez odpowiednie zachowanie się w konkretnych sytuacjach, a także etapach życia. Carlson i wsp. [11] uważają, iż rodzice mogą mieć większy lub mniejszy wpływ na to, co dzieje się z ich zdrowiem. Aby to osiągnąć, rodzice powinni dbać o zdrowie i kondycję przed planowaniem ciąży. Powinni oni w tym czasie eliminować ze swojego stylu życia wszystko, co niekorzystnie wpływa na ich zdrowie. Takie podejście do problematyki zdrowotnej, iż stan zdrowia rodziców przed poczęciem ma wpływ na rozwój płodu potwierdziła zdecydowana większość (96,9%) studentów kierunku wychowanie fizyczne. W wyrażeniu tej opinii kobiety (97,8%) praktycznie nie różniły się od mężczyzn (97,0%).

Okres do dwunastego tygodnia ciąży jest szczególnie niebezpieczny dla płodu. W tym czasie wstępnie kształtują się wszystkie narządy i układy, między innymi zamyka się cewa nerwowa. Zaniedbania z tego okresu mogą doprowadzić

wadzić do ciężkich patologii, takich jak np. wady cewy nerwowej, której następstwem może być bezmózgowie, wodogłowie czy rozszczep kręgosłupa [12].

W niniejszych badaniach ponad połowa respondentów (51,4%) uważała, iż płód jest najbardziej narażony na działanie czynników szkodliwych do 2. miesiąca ciąży. Odpowiedzi tej udzieliło znacznie więcej kobiet (62,0%) niż mężczyzn (40,0%). Wśród ogółu 33,9% respondentów sądziło, iż płód jest szczególnie narażony na działanie czynników szkodliwych między 3.–6. miesiącem ciąży. Nieliczni badani uważali, iż płód jest głównie podatny na działanie czynników szkodliwych między 7.–9. miesiącem ciąży. Część respondentów (9,8%) w ogóle nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie, co wskazuje na brak wiadomości na ten temat.

Wiedza kobiet na temat kwasu foliowego, jak donoszą wyniki badań, ciągle nie jest zadowalająca. Najczęściej kobiety dowiadują się, że są w ciąży w około 6. tygodniu, a wiadomo, że jest to już okres po zamknięciu się cewy nerwowej, tak, więc stosowanie suplementacji kwasem foliowym w celu zapobiegania wadom cewy nerwowej przestaje mieć znaczenie [13]. Najnowsze badania wskazują, że niedobór kwasu foliowego w okresie ciąży kilkakrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia neuroektodermalnych guzów mózgu u dzieci [14]. Na pytanie skierowane do przyszłych wychowawców zdrowotnych *czy kiedykolwiek słyszeli o kwasie foliowym?* zdecydowana większość (88,6%) słyszała o nim, jednakże tylko niespełna połowa studentów (46,1%) potwierdziła to prawidłową odpowiedzią, iż jest to witamina. We wcześniejszych badaniach realizowanych w latach 2002–2004 [15] o kwasie foliowym słyszało 78,8% respondentów, jednak dość znaczny odsetek badanych (70,0%) wskazał, iż jest to witamina. W badaniach niniejszych mężczyźni, a we wcześniejszych kobiety deklarowały, iż częściej słyszały o kwasie foliowym, podkreślając, że jest witaminą. Jeśli natomiast spojrzymy na wyniki dotyczące produktów szczególnie bogatych w kwas foliowy, okazuje się, iż w obecnych badaniach kapusta, brokuły, kalafior były najczęściej podkreślane przez studentów (65,8%), podobnie jak w latach 2002–2004 (54,0% kobiet i 35,7% mężczyzn). Drugą grupą produktów szczególnie bogatą w kwas foliowy według badanych studentów to fasola i groch (50,3%), a wcześniej wymienianą przez 35,7% kobiet i 33,1% mężczyzn.

Do szczególnie niebezpiecznych czynników, które mogą zagrażać rozwojowi płodu, należą różnego rodzaju choroby zakaźne występujące u ciężarnej (ospa, odra, różyczka i świnka) oraz choroby układu rozrodczego, nowotwory, choroby genetyczne i inne. Zakażenie matki różyczką w pierwszym trymestrze ciąży może doprowadzić

do powikłań w rozwoju płodu, a w konsekwencji do ciężkich wad [16]. Różyczka powoduje zahamowanie wzrostu komórek płodu. Większość dzieci, których matka zachorowała na różyczkę w pierwszym trymestrze ciąży, rodzi się z różnego rodzaju patologiami i powikłaniami, w drugim trymestrze ten odsetek jest mniejszy i wynosi 25%, a w trzecim zaledwie 15%. W przypadku odry, świnki czy ospy wietrznej ryzyko uszkodzenia płodu jest dużo mniejsze, jednak lekarze sugerują szczepienia u kobiet, które nie miały tych chorób, a planują zajście w ciążę [17]. Również niebezpieczne dla rozwijającego się płodu jest zakażenie cytomegalią. U kobiet, które były zakażone cytomegalią utrudnione jest czynne poradnictwo, ponieważ jest ograniczona możliwość wykonania badań serologicznych, z tego względu kobiety należy objąć profilaktyką [18].

Kolejnym niebezpieczeństwem dla rozwijającego się płodu jest zakażenie wirusem HIV. Jako zagrożenie dla płodu w przypadku choroby AIDS, występującej u ciężarnej wskazywała jedynie ponad 1/5 przyszłych wychowawców zdrowotnych (21,5%). Choroby przenoszone drogą płciową to bardzo istotny problem, a największym zagrożeniem dla płodu jest tak zwana kiła wczesna (pierwszorzędowa). Bardzo niewielki odsetek badanych studentów (3,1%) zwrócił uwagę na szkodliwość chorób przenoszonych drogą kontaktów płciowych, choć ich niekorzystny wpływ znajduje miejsce w wielu programach edukacji zdrowotnej. Trudnym problemem są nowotwory złośliwe występujące u ciężarnych. W przeprowadzonych badaniach wśród studentów, zaledwie 6,7% respondentów wymieniło nowotwory, jako chorobę zagrażającą rozwojowi płodu.

Szczególne niebezpieczeństwo związane z chorobami genetycznymi skłania do podjęcia profilaktyki, a wskazaniem do tych działań jest przede wszystkim występowanie chorób genetycznych w rodzinie, wada rozwojowa u członków rodziny lub samych rodziców. Dzieci, które przychodzą na świat z przekazanymi mutacjami posiadają niekorzystne rokowania, podobnie jak w przypadku wad letalnych cewy nerwowej [19]. Analiza badań własnych przedstawia, że tylko 15,2% respondentów przyszłych rodziców uważa schorzenia o podłożu genetycznym za szkodliwe dla rozwijającego się płodu. Kobiety (17,7%) po raz kolejny wykazały się wyższą wiedzą niż mężczyźni (12,0%).

Choroby psychiczne występują najczęściej u matek młodocianych, u kobiet po 35. roku życia, a także po poronieniach i w czasie pierwszej ciąży. W badaniach własnych zaledwie 4,5% studentów wymienia choroby psychiczne występujące u ciężarnej, jako zagrożenie dla rozwijającego się płodu. Negatywny wpływ cukrzycy na przebieg ciąży potwierdziło 37,5% studentów.

Do innych powszechnie znanych czynników wywierających negatywny wpływ na rozwój płodu zaliczamy przede wszystkim różnego rodzaju substancje psychoaktywne (narkotyki, alkohol). Do najcięższych patologii, których przyczyną jest zażywanie narkotyków należą przede wszystkim: porody przedwczesne, pęknięcie błon płodowych, a także urodzenie uzależnionych dzieci [20]. Tylko niespełna połowa studentów (48,2%) wskazała na stosowanie narkotyków, jako czynnik szkodzący rozwojowi płodu. Kolejny raz taką opinię wyrażały częściej kobiety (54,0%) niż mężczyźni (40,0%).

Każda dawka alkoholu jest trucizną, dlatego przyszła matka w ogóle nie powinna go spożywać w czasie ciąży. Ponad połowa (66,5%) badanych studentów przyszłych wychowawców zdrowotnych jest świadoma szkodliwości picia alkoholu. Znow kobiety wykazały się większą wiedzą na temat szkodliwości picia alkoholu w okresie ciąży. Dużym zagrożeniem dla rozwijającego się płodu jest palenie tytoniu, co może skutkować ciężkimi wadami wrodzonymi serca, wysoką śmiertelnością okołoporodową, poronieniami, rozszczepem kręgosłupa czy małogłowiem. Poważnym problemem jest duży odsetek kobiet ciężarnych sięgających po papierosy [21]. Palenie tytoniu jest czynnikiem szkodliwym dla rozwijającego się płodu, powszechnie znanym, a niestety tylko 66,1% studentów wskazuje na taką szkodliwość. Opinię o szkodliwości nikotyny na rozwój płodu częściej wyrażały kobiety (73,4%) niż mężczyźni (57,0%).

Kofeina działa na organizm człowieka moczopędnie, prowadzi do utraty wody i wapnia z organizmu, co szczególnie nie służy kobiecie ciężarnej, u której wzrasta zapotrzebowanie na wapń. Kofeina występuje nie tylko w kawie, ale również w innych napojach, dlatego przy braku odpowiedniej świadomości i samokontroli łatwo doprowadzić do nadmiernego spożywania [11]. Tylko 16,5% studentów wskazało na szkodliwość picia kawy.

W czasie ciąży należy ograniczyć stosowanie leków, a jeśli zachodzi taka potrzeba, przyjmować je pod ścisłą kontrolą lekarza. Szczególnie niebezpieczne w tym okresie jest stosowanie antybiotyków i chemioterapeutyków. Wykazują one w pierwszym trymestrze ciąży silne działanie teratogenne. Działanie niepożądane leków na płód zależy głównie od czasu ekspozycji, dawki przyjmowanego specyfiku oraz okresu rozwoju, w jakim znajduje się płód. W pierwszym trymestrze przy niekontrolowanym zażywaniu leków może dojść do poronienia, a w późniejszych okresach do wad rozwojowych. Choroby, które najczęściej wymagają leczenia antybiotykami to: zakażenia górnych dróg oddechowych, zapalenia opon mózgowych i inne, takie jak choroby zakaźne [22]. Za szkodliwością stosowania leków na rozwijający się płód opowiedziało się 9,8% studentów, przyszłych

wychowawców zdrowotnych, co świadczy o bardzo niskim poziomie wiedzy na ten temat.

Kolejnym wskazanym przez studentów czynnikiem zagrażającym rozwojowi płodu są urazy. Ich najczęstszą przyczyną są wypadki samochodowe oraz upadki na śliskim podłożu. Okazuje się, że nawet niewielkie obrażenia ciężarnej mają ujemny wpływ na płód. Często w okresie ciąży dochodzi do nasilenia zachowań w rodzinach patologicznych (bicie, popychanie), a skutki tego są zazwyczaj dramatyczne [23]. W badaniach własnych tylko 6 studentów (2,7%) twierdziło, że urazy są przyczyną zaburzeń w rozwoju płodu, co również świadczy o niewystarczającej wiedzy studentów.

Sytuacja zawodowa i materialna oraz planowanie rodziny to także czynniki środowiskowe, które mają wpływ na przebieg ciąży. Okazuje się, że odpowiednio uregulowane sprawy zawodowe, materialne oraz siła uczuciowego związku, korzystnie wpływają na stan psychiczny matki, a w konsekwencji płodu [20]. Innymi czynnikami środowiskowymi wpływającymi szkodliwie na płód są: praca zawodowa i telefony komórkowe. Z badań własnych wynika, że tylko 8,5% badanych studentów wskazuje na to, że czynniki środowiskowe (tryb życia kobiety ciężarnej, telefony, praca) są szkodliwe dla płodu. Mężczyźni częściej wyrażali taką opinię, ale poziom wiedzy obydwu grup w tym zakresie nie jest wystarczający.

Podczas ciąży znacząco wzrasta zapotrzebowanie na składniki odżywcze i energetyczne, np brak niektórych składników budulcowych może mieć zły wpływ na rozwijający się płód. Nieprawidłowe odżywianie jest przyczyną wielu nieprawidłowości, takich jak niska masa urodzeniowa dzieci czy porody przedwczesne. Brak w diecie odpowiednich witamin może być przyczyną niedokrwistości, a także niebezpiecznej dla matki nadwagi, która może doprowadzić do cukrzycy. Bardzo niekorzystny wpływ na rozwój płodu ma również niedobór wody w organizmie matki. Niestety z badań przeprowadzonych wśród studentów wynika, że złą dietę jako czynnik szkodliwy wymieniało tylko 17,9% respondentów. Wskazuje to na zdecydowanie za małą wiedzę na ten temat, a przecież dobrze dobrana dieta to podstawa oraz duże prawdopodobieństwo bezpiecznego donoszenia ciąży. Na stres, jako czynnik szkodliwy dla płodu, wskazało 25,4% respondentów. Kobiety (27,4%) częściej niż mężczyźni (23,0%) zwracały uwagę na jego szkodliwość. Stres matki może wywoływać porody przedwczesne. Czynnikiem ten prawie zawsze występuje podczas ciąży. Najczęściej jest on wywołany strachem przed bólem porodowym i również często sytuacjami rodzinnymi [24].

Na stan zdrowia rozwijającego się płodu największe znaczenie ma styl życia matki. Wiąże się to ściśle ze zmianą na poprawę zachowań zdrowotnych, zastosowaniem odpowiedniej die-

ty, nabyciem odpowiedniej dojrzałości i odpowiedzialności w stosunku do podjętej roli [25]. Dbanie o kondycję fizyczną, a także higienę jeszcze przed poczęciem, znacznie zwiększa szansę na urodzenie zdrowego potomstwa, obniża ryzyko komplikacji i powikłań w czasie trwania ciąży [26]. Wśród badanych studentów krakowskiej Akademii Wychowania Fizycznego zdecydowana większość 96,4% badanych wyraziła opinię, że aby urodzić zdrowe potomstwo, należy dbać o zdrowie już przed zajściem w ciążę. Kobiety nie różniły się w opiniach od mężczyzn, podając poprawną odpowiedź, że o zdrowie należy dbać jeszcze przed ciążą wskazało 96,7% kobiet i 96,0% mężczyzn.

Stan odżywienia kobiety w ciąży jest bardzo ważnym czynnikiem, który wpływa między innymi na rozwój płodu. Nadmiar, jak i niedobór masy ciała mogą mieć negatywny wpływ na jego wewnątrzmaciczne wzrastanie oraz przebieg porodu i połogu. Właściwe postępowanie dietetyczne, tak w przypadku niedoboru, jak i nadmiaru masy ciała u ciężarnej może wspomóc prawidłowy rozwój płodu [7]. Zbyt wielka masa ciała, powyżej BMI (26,0–29,0), może mieć wpływ na masę urodzeniową dzieci i na ogólny stan zdrowia płodu. Najlepszym więc rozwiązaniem jest oczywiście zredukowanie masy ciała przed zajściem w ciążę, z tego względu że odchudzanie w czasie ciąży jest niebezpieczne [27]. Pogląd dotyczący znaczenia nadwagi w przebiegu ciąży podzieliło 54,8% studentów. Kobiety (59,0%) częściej wyrażały taką opinię niż mężczyźni (49,5%), co potwierdza ich większą wiedzę na temat niektórych zagadnień związanych z ciążą. Dlaczego tak ważne jest prawidłowe tempo przyrostu masy ciała w trakcie ciąży. Warunkuje nie tylko stan odżywienia podczas życia płodowego, ale również masę urodzeniową, a także ma wpływ na masę ciała w wieku dorosłym i ewentualne wystąpienie wielu chorób.

Wśród przebadanych studentów 76,2% wyraziło zainteresowanie sprawami zdrowia swojego przyszłego dziecka. Spośród wielu tematów, które dotyczą rodzicielstwa 21,0% respondentów wskazało na dietę dziecka. Zainteresowanie tematami związanymi z rodzicielstwem może wynikać z naturalnej potrzeby posiadania zdrowego potomstwa oraz przeżycia jak największej radości z pełnionej roli.

Styl życia kobiety ciężarnej powinien być uregulowany i dostosowany do potrzeb rozwijającej się ciąży [14]. Stylem życia ciężarnej w niniejszych badaniach zainteresowało się tylko 10,3% badanych (w tym K – 12,1%, M – 8,0%). Kobieta ciężarna powinna pamiętać o różnorodności posiłków, w skład których powinny wchodzić produkty zbożowe, mleczne, produkty wysokobiałkowe oraz warzywa i owoce. Posiłki nie powinny być obfi-

te, ale za to częściej spożywane, około 4–5 razy dziennie. Należy pamiętać o uzupełnianiu wody, różnicować skład posiłków w zależności od danego trymestru ciąży i eliminować z diety wszystko, co może szkodzić [13]. Kobiety ciężarne często na początku ciąży skarżą się na senność i potrzebują więcej snu niż przed ciążą. Zapotrzebowanie na sen może zmieniać się w trakcie ciąży. Na samym jej początku jest wzmożone (wystarcza ok. 8–10 snu na dobę), natomiast w drugiej połowie ciąży mogą pojawić się problemy z zasypianiem lub częste przebudzanie się. Tak samo ważny jak sen nocny jest odpoczynek w ciągu dnia [14].

Reasumując, należy podkreślić, iż studentom należy umożliwić zrozumienie własnej roli jako przyszłych wychowawców zdrowotnych, którzy będą przekazywali wiedzę wychowankom na temat czynników sprzyjających prawidłowemu urodzeniu, rozwojowi i zdrowiu dziecka oraz roli jako przyszłych rodziców w stwarzaniu szans na zdrowie i dobrą jakość życia w przyszłości swojego dziecka. Odpowiedni styl życia kobiety ciężarnej zwiększa szansę urodzenia zdrowego dziecka. W modyfikacji stylu życia ciężarnej szczególną rolę odgrywa edukacja zdrowotna, do której należy przygotować studentów kierunku wychowania fizycznego, jako przyszłych wychowawców zdrowotnych.

Wnioski

Na podstawie badań przeprowadzonych w grupie studentów – przyszłych wychowawców zdrowotnych, stwierdzono, iż ich poziom wiedzy z zakresu problematyki zapobiegania wrodzonym wadom cewy nerwowej jest niewystarczający. Zauważono, iż w niektórych zagadnieniach kobiety w porównaniu z mężczyznami przewyższały ich wiedzę. Niewystarczający poziom wiedzy studentów, przyszłych wychowawców zdrowotnych na temat zapobiegania wrodzonym wadom cewy nerwowej, skłania do podjęcia większych wysiłków w realizacji edukacji zdrowotnej.

Piśmiennictwo

- [1] Mikiel-Kostyra K. Podział i definicje wad cewy nerwowej. W: Brzeziński ZJ (red.). Zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej. Instytut Matki i Dziecka, Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej. Warszawa 1998, 7–23.
- [2] Finnell R, Gould A, Spiegelstein O. Pathobiology and genetics of neural tube defects. *Epilepsia*. 2003;44:14–23.
- [3] Dąbrowska B. Prewencja wad cewy nerwowej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2006;1–2:56–57.
- [4] Padmanabhan R. Etiology, pathogenesis and prevention of neural tube defects. *Congenit Anom*. 2006;46:55–67.
- [5] Kamiński K, Potrykus A, Laskowska M, Bartosiewicz J, Oleszczuk J. Kwas foliowy i [6S]-5-metylotetrahydrofolian w prewencji występowania wad cewy nerwowej. *Ginekologia i Położnictwo*. 2010;2(16):54–60.

- [6] Owieczko K, Owoc A. Wady cewy nerwowej, jako przykład uszkodzenia mózgu w okresie prenatalnym. Możliwości przeciwdziałania. Wybrane elementy. *Zdrowie Publiczne*. 2005;115(1):115–117.
- [7] Czerwonogrodzka-Senczyna A, Ehmke w el Emczyńska E. Stan odżywienia kobiety w okresie ciąży a rozwój płodu. *Położna Nauka i Praktyka*. 2011; 1(13):46–49.
- [8] Woynarowska B, Pułtorak M, Jodkowska M, Wiśniewska A. Edukacja prozdrowotna w szkole. Program edukacyjny dla uczniów szkół ponadpodstawowych oraz studentów kolegiów nauczycielskich i szkół wyższych. *Lider*. 2000;4:11–21.
- [9] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z dnia 15 stycznia 2009 r. Nr 4, poz. 17).
- [10] Walentyn E, Wiktor A, Wawrzycka B, Henryk W. Ocena zachowań prozdrowotnych kobiet ciężarnych zależnie od udziału w zajęciach szkoły rodzenia. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Vol. LIX, Suppl. XIV, 463. Sectio D*, 2004: 428–432.
- [11] Carlson KJ, Eisenstat SA, Ziporyn T. Harwardzka encyklopedia zdrowia kobiet. Prószyński i S-ka, Warszawa 2000, 24–25, 227, 324–325.
- [12] Connor M, Ferguson-Smit M. Podstawy genetyki medycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 20, 222–224.
- [13] Szostak-Węgierek D, Cichocka A. Żywnienie kobiet w ciąży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, Wydanie II uaktualnione. 2012;13–15,29–31,53–55, 66–67.
- [14] Grudzińska M, Bień AM. Styl życia kobiety ciężarnej. W: Bień AM (red.). Opieka nad kobietą ciężarną. PZWL, Warszawa 2009, 183–241.
- [15] Wrona-Wolny W, Brudecki J, Wdowik M, Wiedza przyszłych rodziców w aspekcie zapobiegania wadom wrodzonym cewy nerwowej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Vol, Lix, Supl, XIV, 556. Sectio D*, 2004:447–454.
- [16] Janicki K, Rewerski W. Medycyna naturalna. PZWL, Warszawa 1991, 68–69,417.
- [17] Corazza V, Daimler R, Erns A, Federspiel K, Herbst V, Hans-Peter M, Weiss H. Podręczna encyklopedia zdrowia. 2004:530–539.
- [18] Stadnicka G, Iwanowicz-Palus G. Choroby zakaźne w ciąży. W: Stadnicka G (red.). Opieka przedkonceptyjna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 131–134.
- [19] Bień AM, Kocki J, Profilaktyka wad rozwojowych i chorób genetycznych. W: Stadnicka G (red.). Opieka przedkonceptyjna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 150–163.
- [20] Łepecka-Klusek C, Bucholc M, Karauda M, Wiktor H. Relacje pomiędzy małżonkami w okresie ciąży. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. VOL. LIX, Supl XIV, 274 Sectio D* 2004:449–451.
- [21] Marcinkowski J, Bajek A, Galewska I, 2010. Alkohol i papierosy w czasie ciąży. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2010, 4, 37–38.
- [22] Krychowska-Ćwikła A. Antybiotykoterapia w okresie ciąży. *Położna, Nauka i Praktyka*, 2010, 50–54.

- [23] Ciećkiewicz J. Medycyna ratunkowa – obrażenia urazowe kobiet w ciąży. *Medycyna praktyczna – Ginekologia i Położnictwo*. 2009;5:104–106.
- [24] Uszyński M. Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne. *MedPharm*, Wrocław 2009, 77–83.
- [25] Banaszak-Żak B, Dabrzyń D. Czynniki warunkujące zdrowie kobiety ciężarnej. *Annales Universitatis Mariae-Skłodowska*. Vol, LIX, Suppl, XIV, 12. Sectio D. 2004:56–60.
- [26] Bucholc M, Łepecka-Klusek C, Karauda M. Korzystanie z opieki lekarskiej w okresie ciąży wyrazem troski rodziców o zdrowie dziecka. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. Vol. LIX, Suppl. XIV, 49 Sectio D, 2004:253–257.
- [27] Strzelec-Polewka I, Droszdzol A, Skrzypulec V. Otyłość i jej konsekwencje dla kobiet w ciąży. *Wiadomości Lekarskie*. 2009;4(LXII):257–261.

adres do korespondencji

Zakład Promocji Zdrowia
Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronistawa Czecha w Krakowie
Al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków
tel.: 12 683 13 97, 12 683 12 60, 662 309 038
e-mail: weronika.wrona@awf.krakow.pl

WORK AND PERSONAL HEALTH. A DISABILITY MANAGEMENT PERSPECTIVE ON CANADA

WARTOŚĆ PRACY W KONTEKŚCIE ZDROWIA JEDNOSTKI. ZARYS SYSTEMU REHABILITACJI ZAWODOWEJ W KANADZIE

Piotr S. Baranowski

Doktorant w Zakładzie Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Summary

Satisfaction is considered an essential ingredient of healthy living and a necessary ingredient of human happiness. Considering the value the society ascribes to work, and the amount of time people spend working, it is only reasonable to assume that vocational satisfaction, or lack thereof, matters significantly for an individual's sense of identity and self-worth.

Chronic stress has been recognized a silent killer. From psychosomatic, or the wider context bio-psycho-social perspective, it seems obvious that the level of perceived satisfaction can influence both emotional and physical health. Thus, analyzing a person's state of health, their symptomatology in the course of an illness, it appears relevant to probe that level of satisfaction as well. There is a growing belief that addressing psychological needs during the recovery process could decrease medical and social cost significantly.

The second issue is the recognition of the value of providing a healthy work environment, in which the person can not only perform the assigned tasks, but also develop positive relationships and grow his/her level of satisfaction, personally and professionally.

Key words: satisfaction, self-worth, de-personalization, productivity, bio-psycho-social analysis.

Streszczenie

Doznawanie satysfakcji uznawane jest za istotny element zdrowego życia oraz niezbędny składnik ludzkiego szczęścia. Biorąc pod uwagę wartość, jaką współczesne społeczeństwa przypisują pracy zawodowej, oraz wymiar czasu spędzany przez większość ludzi w pracy, zasadnym wydaje się założenie, że satysfakcja zawodowa lub jej brak ma znaczenie dla poczucia tożsamości i własnej wartości.

Długotrwały stres uważany jest często za cichego mordercę. W konwencji psychosomatycznej lub z szerszego bio-psycho-socjologicznego punktu widzenia wydaje się oczywiste, że poziom odczuwanej satysfakcji ma wpływ na psychiczne i fizyczne zdrowie osoby. Zatem, wydaje się, iż analizując stan zdrowia jednostki oraz występujące objawy chorobowe, warto zainteresować się także poziomem satysfakcji życiowej odczuwanej przez chorego. Istnieje coraz szersze przekonanie, że oferowanie pacjentom pomocy psychologicznej w trakcie przebiegu chorób somatycznych może obniżyć koszty medyczne i społeczne procesu leczenia.

Dodatkowym zagadnieniem wartym analizy jest wymierna wartość tworzenia tzw. zdrowych środowisk pracy, w których osoba może nie tylko wykonywać powierzone obowiązki i zarabiać na życie, ale także nawiązywać pozytywne relacje z ludźmi i zwiększać poziom odczuwanej satysfakcji osobistej i zawodowej.

Słowa kluczowe: satysfakcja, własna wartość, depersonalizacja, produktywność, analiza bio-psycho-socjologiczna.

Introduction

After decades of fascination with technology and the ever-expanding conveniences of modern life, Western world is showing renewed interest in the notion of returning to a more natural lifestyle. Decreasing stress, achieving greater balance with nature, eating healthy, being more self-aware, are topics dominating the media and personal conversations around the globe.

Besides personal motivations propelling individuals, the back-to-nature trend is also fuelled by social pressure, amongst them, the growing cost of healthcare and social services. When the recurring shortage of public funds is superimposed on the increasingly larger healthcare budgets, a num-

ber of questions are born: does modern lifestyle influence human health, how do we contribute to our own health status physically and emotionally?

In human society work has always had a special meaning. At the basic material level, nowadays, what we do for living determines our financial status, since the type of work one performs is closely related to the lifestyle they can afford. However, looking at the issue from a deeper, more philosophical perspective, work often determines an individual's sense of self-worth. In circumstances when career choice is described as a "*calling*", what the person does can define the overall meaning of the person's life. Professional success, or failure, remains one of the most impor-

tant landmarks in a person's history, and job loss is often described as a strongly traumatic experience. On Holmes and Rahe's 43-points Stress Scale [6], loss of work is on 8th position. It seems only natural to ask whether work satisfaction has any significant influence on the physical and psychological health status of an individual.

To understand how the type of work and the level of work satisfaction, or work-injury, affects a person, we need to understand the reasons why people work in the first place. It is also important to look at the history of work and understand how the workplace and work itself have evolved.

Definition of Work

How do we define work? The definition usually involves paid employment yet, what about the housewife who cooks, cleans, and cares for her family? Does that differ from working for someone else for wages? By defining work only in terms of money, society begins to equate a person's worth with pay. If you receive more money, are you a more worthy person? It seems obvious to add that it is very important to understand that no one is worthless, nor is anyone worth a hundred times more than another just because he or she is paid a hundred times as much.

The Report of a Special Task Force to the Secretary of Health, Education and Welfare of the United States [13], defines work as "an activity that produces something of value for other people". This implies that there is a purpose to work. Monetary reward is a large motivating factor' however; reducing any definition only to one dimension (e.g. monetary value), tends to produce skewed results and promotes incomplete picture. Defining work itself in only monetary terms, largely neglects its other important functions in the society thus, it ignores a deeply personal and social aspect of work. Herzberg, Mausner, and Snyderman [4] cite the following reasons why people are motivated to work. They divide the population into two groups. The first group gets satisfaction by being able to develop an occupation. The second group "operates as an essential base to the first and is associated with fair treatment in compensation, supervision, working conditions and administrative practices". For the first group, the value is in the development of an occupation, while for the second group, the value is in the maintenance of the tasks.

A Brief Historical Perspective of Work

Work has always been necessary for human beings. In early societies, and in many parts of the world today, work was focused on finding food in order to sustain life. Civilizations such as the Ancient Greeks saw work as debasing or suitable only for slaves. The work done by slaves allowed

citizens to pursue activities such as the study of art, science, and politics.

During the Middle Ages, the Church was very influential. In the thirteenth century, St. Thomas Aquinas ranked all professions and trades according to their value to society, with agriculture at the top of the hierarchy and commerce at the bottom. His doctrine of labour introduced the concept that work was a natural right and duty, the sole legitimate foundation for property and profit. Nevertheless, work was still not yet a social obligation. Work was elevated to a higher level than in Ancient Greece, but the Christian work ethic still promoted work as a way to virtue. Work was not regarded as an end in itself, nor was it noble or satisfying. As in Ancient Greece, the lower classes were on earth to serve the higher classes, who devoted much of their time to study.

The shortage of labour caused by the Black Death permanently established a money-based economy in which the trades flourished and money lending grew. Work became important to all citizens.

The Protestant Ethic

The Reformation in the sixteenth century promoted the idea that people have a calling, or vocation in life, set by God. Martin Luther (1483–1546) preached service to God through work, but he clung to the medieval notion that work should only provide sustenance. John Calvin (1509–1564) elevated work, describing it as something that should be done for the glory of God. Calvin promoted the pursuit of profit. He maintained it was a religious duty not to remain in one station for life, but to actively seek a profession that would bring to the individual, and to society, the greatest return.

Puritanism emphasized the pursuit of profit but prohibited its enjoyment. This philosophy encouraged men to make money and justified it in terms of salvation. Therefore, one could seek a profit with a clear conscience, and at the same time be ensured of industrious employees who were obedient to God's will. As Anthony says, "the engagement of God as the supreme supervisor was a most convenient device" [1].

The Industrial Revolution

The Industrial Revolution brought capitalism and the division of labour that was necessary to increase production and support the capitalist economy. Specialization was vital, and labour became divided by task and function, as well as by class and interest. The division of labour produced far-reaching consequences. The phrase "alienation of the workforce" refers to a modern management problem that reflects the separation of employees by class and function today.

The Industrial Revolution changed forever how people work. Hill [5] states that “during the later half of the nineteenth century, the home and workshop trades were essentially replaced by the mass production of factories. In the factories, skill and craftsmanship were replaced by discipline and anonymity”. He goes on to describe how “the factory system did little to support a sense of purpose or self-fulfillment for those who were on the assembly lines”. Work became more routine and repetitive and the monetary rewards decreased, leading to a decrease in job satisfaction. Employers based all activities on dollars and cents and used cheap labour such as children and women. Ignoring working conditions reduced overhead. The goal was profit, and the employee was merely a means to an end.

In the early 1800s factories began to flourish in Canada. Even though people knew that Canadian winters were very harsh, they were drawn to the country by promises of work. “Pioneers were promised that work digging canals or building railways would give them enough money to start their own business or farm”. Morton [10] also notes, “Employees had few rights. Slavery had been abolished in British colonies in 1800, but until 1877, an employee could be jailed for “quitting a job without the employer’s permission”. In 1867 a man could earn \$1.00 per day, which would allow him to buy a small home and adequate food and clothing. There were no paid vacations, few pension plans, and no health care plans. If the economy had a downturn the employees were laid off, and because their low wages did not allow for savings, they ended up destitute.

Along with the changes in work came changes in management style. Hill describes how competition required the factories to become more structured in how they conducted their day-to-day operations. He discusses how the management styles changed over time from authoritarianism in the late eighteenth century to the participatory style common in the 1960s [5].

Each style was intended to increase productivity, but the early managers did not consider worker satisfaction. The traditional authoritarian style was based on the belief that workers did not desire, nor were they capable of, autonomous or self-directed work [5]. By the early 1900s the traditional style led to the *scientific management* concept that broke down complex jobs into simple tasks in order to “increase worker production and result in increased pay” [5]. Assembly lines are a good example of the application of scientific management. The concept did not take into consideration that some workers were self-motivated and did not like close supervision. Money was not the only motivator [5].

After World War II the scientific management style was no longer meeting industry needs. Wor-

kers were not being given credit for being adaptive. “If the environment failed to provide a challenge, workers became lazy, but if appropriate opportunities were provided, workers would become creative and motivated” Organizations began to focus on finding “ways to make jobs more fulfilling for workers” [5].

Industrialization and the division of labour created new problems: performance of industrial tasks under strict discipline, isolation of employees from their families, increased urbanization and pollution, increasing specialization of labour. Exploitation of children and women was prevalent, and economic values predominated.

As employees were regarded as easily replaceable, employers did not worry about protecting them from harm. Hazards were everywhere, and it was common to see open lathes, hanging chains, and cables. Severe injuries and deaths were common. Many employers knew that various chemicals and products caused disease, but the employees were not protected. Illness or death was often the price you paid to have a job. The conditions that people had to endure in the workplace eventually led to the formation of unions.

The Importance of Work

Most adults spend one-fourth to one-third of their time at work. Many people identify their work as part of who they are. Rogers [11] states, “almost three-quarters of employed men and the majority of employed women indicate they would prefer to work even if they had no financial need to do so. Therefore, work is considered by most an integral component of life in a productive society”. We can look at the functions of work to understand what purpose work plays in our lives. If any of these functions are not fulfilled, negative consequences may lead to dissatisfaction with work, which in turn may cause alienation and possibly health problems.

Work serves a number of purposes.

1. Economic Function.

By producing goods and services, people are able to earn money to purchase immediate material necessities and save to meet future needs. For the employee, work provides a way to “make a living”.

2. Social Function.

Work provides a place to meet people and form relationships. The type of work performed confers a social status on the employee and her or his family. A person’s status is frequently determined by asking, “What do you do for a living?” In addition, the organization’s internal culture also influences a person’s social interactions, people make both friends and enemies at work.

3. Personal Function.

Work plays a significant role in the development of self-esteem, identity, and a sense of order. Self-esteem is developed by the competent performance of activities that other people consider valuable. Success or failure at work often determines how we feel about ourselves. A sense of identity is closely tied to one's work. Most people tend to describe themselves in terms of the job they do or the organization to which they belong. "I am a nurse at...", "I am a steel worker working for..." "I am a volunteer at the library", etc.

It would appear that the human desire to impose order on the world is important. It means being able to plan or predict so we can develop a sense of mastery. People who have little control over their work may experience great dissatisfaction. For example, studies show that assembly-line employees experience significant dissatisfaction, as they have little control over the work being done. Unemployment can produce a similar sense of dissatisfaction.

Dissatisfactions of Work

Social scientists generally agree that thrift, hard work, and a capacity for deferring gratification were prevalent traits in Western societies in the early twentieth century. However, significant changes in this work ethic have been observed, beginning in the 1960s and 1970s. Reduced productivity, increased absenteeism, high turnover rates, strikes, and sabotage indicate a rising dissatisfaction among employees, even through the physical conditions in the workplace and monetary rewards for work have improved dramatically.

Many social scientists have attempted to identify reasons for the increasing problems associated with work. Abraham Maslow suggested that humans have a hierarchy of needs [8]. As each level of need is met, higher-level needs become important. Therefore, if basic physiological needs for food and shelter are met, the need for safety and security arises. When this need is met, companionship and affection become important. So it would seem that the basic needs of employees have been met, and now the need for fulfilling jobs is the most important need.

Surveys have been conducted to determine factors that contribute to dissatisfaction with one's work. Generally, social scientists agree that unsatisfactory work environments result in a condition known as alienation. Four ingredients of alienation have been identified:

1. **Powerlessness** with regard to ownership of the enterprise, general management policies, employment conditions, and the immediate work process.

2. **Meaninglessness** with respect to the character of the production as well as the scope of the product or the production process.

3. **Isolation** from the social aspects of work.

4. **Depersonalization**, including boredom, which can result in lack of personal growth.

This sense of alienation affects all kinds of employees: blue-collar employees, white-collar employees, managers, the young, minority groups, female employees, and the elderly. Each has its own specific problem areas, but each group expresses dissatisfaction in similar ways: absenteeism, decreased productivity, and lack of commitment to the organization's goals.

Of most interest to disability management professionals is the relationship between job satisfaction and employee health and safety. Studies have indicated that job dissatisfaction produces stress and subsequent physical ailments. For example, the following risk factors are associated with heart disease:

- Tedious, repetitive work
- Lack of recognition
- Poor relations with co-workers
- Poor working conditions
- Low self-esteem
- Work overloads
- Excessive responsibility
- Role conflict
- Rapid change in employment
- Incongruity between job status and other aspects of life, such as having a high educational level and low paying job or a job with low level of control. Common belief dictates that a higher level of education should produce a better quality job in the future. When this "expectation" is not met, the level of frustration perceived by an individual is usually higher.

Current Trends and Issues in Canada

Employers and those involved in disability management must be aware of many trends. These include the aging of the population, the type of work performed, and the changing workplace.

Aging Population

In 2002 in Canada, 51% of the workforce was between 35 and 54 years of age [13]. What does this mean to employers? As people age, they tend to become ill or injured more often, and their illnesses tend to be more chronic than those of young people. A good example is heart disease. Injuries of younger employees are most often caused by a single incident, whereas the injuries of older employees are often chronic, such as back pain and repetitive strain injuries, including carpal tunnel syndrome. In most cases, sudden one-time injuries heal faster, with fewer long-term pro-

blems. Cumulative injuries may take months or even years to resolve [3].

Decreased productivity and increased health-care costs can have a huge financial impact on an organization. One way to manage this problem is to have a good health promotion program in place to try to prevent or at least minimize the occurrence of these problems. It is also important to have a good return-to-work program to ensure employees reenter the workplace safely and as soon as possible.

Type of Work

In the past most work was physical work. Since the Industrial Revolution work has become more automated and less physical. The twentieth century has seen a huge increase of skilled employees and even less physical work. Our personal lives have also become more sedentary, contributing to an increase in repetitive strain injuries, back injuries, and medical problems such as heart disease, diabetes, and obesity related to lack of exercise and poor physical fitness.

The Changing Workplace

In the past many employers found it easy to substitute one employee for another. Many jobs required little skill, and often the work was repetitive. As work became more technical, the skills and knowledge of employees increased. In today's workplace we often find only one or two employees skilled enough to do a particular job. This situation makes it very difficult to replace skilled employees who are away from work.

In an effort to reduce operating costs, some employers run their businesses with a minimal number of employees. Therefore, when someone is away, the rest of the staff is often asked to take on extra work. This situation may be very onerous for some employees and businesses. The employees left at work may be resentful of the employee who is away, and the employer may put pressure on the absent employee to return to work. This may also be the situation when employees are ill or injured yet, they return to work on modified duties.

Healthy Workplace Environment

Most organizations understand their moral and legal duty to keep employees safe and healthy while they are at work. However, if safety is relatively easy to describe, defining a healthy work environment presents more challenges. A workplace can be physically safe yet, remain an unhealthy place to work at the same time. In the recent years the concept of "psychosocial hazards" has been introduced into occupational health field [11]. Some examples of such hazards include:

- Ambiguity about job expectations and responsibilities
- Unclear reward system, lack of meaningful recognition and rewards for employees' efforts
- Poor communication
- Lack of control over how work is done
- Work overload
- Lack of supervisor support
- Lack of respect for and from workers
- Harassment, bullying, or discrimination in the workplace.

Most people intuitively know when they feel unpleasant (at work) at work however; there is also some more systematic information available. Research shows that working in an unhealthy workplace may lead to increased:

- risk of back pain and incidents of musculoskeletal injuries
- risk of infections
- risk of heart disease
- risk for a certain cancers
- potential for conflicts and violence in the workplace
- incidents of substance use
- risk for mental illnesses, like anxiety and depression.

Summary

Experiencing satisfaction is considered an essential ingredient of healthy living and a necessary ingredient of one's happiness. Considering the value the society ascribes to work, and the amount of time people spend working, it is only reasonable to assume that vocational satisfaction, or lack thereof, makes a significant contribution to the individual feelings of self-identity and self-worth.

For quite sometime already we recognize prolonged stress as a silent killer. Therefore, from psychosomatic, or in the wider context bio-psychosocial perspective, it seems obvious that the level of perceived life/work satisfaction can influence both emotional and physical health. Thus, analyzing a person's state of health, or their reported symptomatology in the course of an illness, it appears relevant to probe that very topic as well. There is a growing belief that addressing psychological needs at the beginning of the rehabilitation process could decrease medical cost significantly. The savings would amount to a number of, often costly, medical procedures (e.g. MRI, CT Scan) that may not be necessary, if the nature of the person's condition can be addressed through a psychological intervention.

The second issue is the recognition of the value of providing a healthy work environment, in which the person can not only perform the assigned tasks but also develop positive relationships and grow professionally. Engaged and happy

employees show increased productivity and lower absenteeism rate, both producing greater profit and lower employment-related expenses.

References

- [1] Anthony PD. The ideology of work. London: Tavistock, 1977; 38–48.
- [2] Dyck D. Disability management: Theory, strategy and industry practice (2nd ed.). Markham, ON: Butterworths, 2002; 106–110.
- [3] Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work. New Brunswick, NJ: Transaction, 1993; 110–114.
- [4] Hill R. Historical context of the work ethic. 8–10. Retrieved from <http://www.coe.uga.edu/~rhill/workethic/hist.htm>. 1996.
- [5] Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 1967;11(2):213–8.
- [6] Kahn RL. Work and health. New York: John Wiley & Sons, 1981; 1–8.
- [7] Leckie A, Grewal M. Disability claims management (2nd ed.). Markham, ON: Butterworths, 2002; 5–7.
- [8] Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological Review. 1943;50(4):370–96. Retrieved from <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>.
- [9] Morton D. Labour in Canada. Toronto: Grolier, 1982; 21–24.
- [10] Rogers B. Occupational health nursing concepts and practice. Philadelphia, PA: Saunders, 1994;1–3.
- [11] Psychosocial Risk Management. What Every Business Manager Should Know! Industrial Accident Prevention Association. 2007;1. Retrieved from http://www.iapa.ca/pdf/2006_hwp_psychosocial_risk.pdf.
- [12] Statistics Canada. Canadian statistics: Labour force characteristics by age and sex. Retrieved from <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/labor20a.htm>.
- [13] A Report of a Special Task Force to the Secretary of Health, Education and Welfare. The USA Department of Health, Education and Welfare Press. 1972:2–6. Retrieved from <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED070738.pdf>.

adres do korespondencji

Piotr S. Baranowski
ReSolutions Consulting
2123 Maitland Street, Halifax, Nova Scotia, Canada
phone: 403 554 7358
e-mail: rehabsol@telus.net

MIĘŚNIAKI MACICY – PRZYCZYNY, DIAGNOSTYKA, LECZENIE – PRZEGLĄD LITERATURY

MYOMATA UTERI – CAUSES, DIAGNOSIS, TREATMENT – LITERATURE REVIEW

Angelika Dańda¹, Joanna Buks²

¹ Studentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny w Poznaniu

Streszczenie

Mięśniaki macicy są najczęstszymi łagodnymi guzami macicy występującymi u kobiet w wieku reprodukcyjnym. Często pacjentki nie zgłaszają żadnych objawów, jest też liczna grupa cierpiąca z powodu różnorodnych dolegliwości. Dotychczas nie ustalono jednoznacznej przyczyny powstawania mięśniaków macicy, określono jedynie liczne czynniki wpływające na rozwój guzów. Popularnymi metodami leczenia są operacje wyuszczenia mięśniaków lub wycięcia mięśniakowato zmienionej macicy. Pojawiają się jednak metody alternatywne z zakresu zabiegów małoinwazyjnych oraz leczenia falami ultradźwiękowymi. Szczególnej trosce poddane są kobiety ciężarne z współistniejącymi mięśniakami macicy.

Słowa kluczowe: mięśniaki macicy, diagnostyka, farmakoterapia, embolizacja tętnic macicznych.

Summary

Uterine fibroids are the most common benign female tumours during reproductive age. Patients don't often complain symptoms of fibroids. On the other hand, there is big group of patients who suffer from disorders made by fibroids. So far, there is no sure cause of fibroids' existing. Literature describes some factors of fibroids' development. Common methods of treatment are miomectomy and hysterectomy. However, there are alternative methods that are directed towards minimally invasive surgery and treatment using ultrasound. Particular care is aimed at pregnant women with uterine fibroids.

Key words: uterine fibroids, diagnostics, pharmacotherapy, uterine artery embolisation.

223

Codziennie lekarza ginekologa są pacjentki zgłaszające nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych, dolegliwości bólowe w obrębie miednicy mniejszej lub jamy brzusznej, albo mające w wywiadzie poronienia [1, 2, 3]. Często są to objawy mięśniaków macicy, które stanowią wg szacunków 1/3 chorób ginekologicznych [3]. Mięśniaki macicy powstają z włókien mięśni gładkich macicy lub ze ścian naczyń krwionośnych mięśnia macicy [2]. Te niezłośliwe nowotwory występują zazwyczaj u kobiet powyżej 30. roku życia [4], dotyczą, wg różnych autorów, od 10 do 30% populacji [2, 3, 4].

Nadal nie ustalono jednoznacznej przyczyny powstawania mięśniaków macicy. Określono natomiast czynniki wpływające na rozwój tych łagodnych guzów macicy. Mięśniaki macicy najczęściej występują między 35. a 55. rokiem życia [4], do 2011 roku opisano tylko kilkanaście przypadków nastolatek ze zdiagnozowanym mięśniakiem macicy [5]. Stwierdzono zależność: im więcej lat kobieta miesiączkuje, tym większe jest ryzyko rozwoju mięśniaków macicy. Częściej obserwuje się mięśniaki u kobiet nigdy nierodzących niż u tych, które rodziły. Pod względem etnicznym częściej i szybciej rozwijają się mięśniaki u kobiet rasy czarnej. Wskazuje się na hormonozależ-

ność mięśniaków macicy, głównie na znaczenie estrogenów, co jest uzasadniane niewystępowaniem mięśniaków przed pokwitaniem, zmniejszaniem się tych guzów po okresie menopauzy lub po farmakologicznej gonadektomii oraz wzrostem po zastosowaniu HTZ. Zaobserwowano wyższą częstotliwość występowania mięśniaków u kobiet otyłych, w porównaniu z kobietami mającymi prawidłową masę ciała. Poparte zostało to badaniami, które stwierdziły wyższe stężenia osoczowe leptyny u kobiet z otyłością. Leptyna znajduje się na włóknach kolagenowych mięśnia i mięśniaka macicy. Piśmiennictwo wskazuje na wpływ insulinopodobnego czynnika wzrostu oraz czynnika wzrostu śródbłonna naczyń, które miałyby odpowiadać za tworzenie się nowych naczyń krwionośnych mięśniaka, odpowiedzialnych za jego wzrost. Trwają badania nad wpływem czynników genetycznych na ryzyko wystąpienia mięśniaków. Dotychczasowe badania cytogenetyczne wykazały, że w około 40% mięśniaków występują aberracje chromosomów 6, 7, 12, 14. Stwierdzono również częstsze ich występowanie u krewnych pierwszego stopnia [4].

Opisuje się różną lokalizację mięśniaków macicy. Najczęściej, bo u co drugiej chorej, występują mięśniaki podsurowicówkowe. Mogą one ulec

uszypułowaniu, czego konsekwencją są trudności diagnostyczne. Uszypułowane mięśniaki są trudne w różnicowaniu z guzami innych narządów, takimi jak guz jajnika czy jelita. 30% wszystkich mięśniaków stanowią mięśniaki śródścienne macicy, najrzadziej występują mięśniaki podśluzówkowe. Nieliczne mięśniaki są umiejscowione w szyjce macicy lub więzadłach obłych [4].

W większości przypadków rozpoznanych mięśniaków macicy nie występują żadne objawy kliniczne ani subiektywne spostrzeżenia pacjentek. Czasami są przyczyną różnych zaburzeń: uczucia bólu i dyskomfortu w miednicy mniejszej, bolesnych miesiączek, nieprawidłowych krwawień, zaburzeń płodności czy poronień [4]. W diagnostyce niepłodności czy poronień największy udział mają mięśniaki podśluzówkowe, które uniemożliwiają zagnieżdżenie się jaja płodowego w doczesnej macicy i jego prawidłowy rozwój [2].

Objawy uciskowe dotyczą najczęściej pęcherza moczowego, czego skutki mogą mieć szeroki zakres: częstomocz, nietrzymanie moczu czy niemożność jego oddania. Jeśli mięśniak wywołuje zmianę położenia anatomicznego szyjki macicy, skutkować to może zatrzymaniem przepływu moczu przez cewkę moczową. Natomiast duże mięśniaki macicy, rozrastające się w kierunku ścian miednicy, mogą uciskać moczowód, powodując jego niedrożność, a w następstwie wodonercze. Dolegliwości bólowe mogą mieć różny charakter oraz umiejscowienie w czasie: podczas miesiączki, współżycia płciowego lub towarzyszące skrętowi uszypułowanego mięśniaka podsurowinkowego [4].

Podstawą diagnostyczną mięśniaków macicy jest badanie ultrasonograficzne. Zalecane jest badanie głowicą przezpochwową o częstotliwości 5–7,5 MHz, odstępnie się od tej procedury na rzecz badania przez powłoki brzuszne, w przypadku macicy powiększonej do wielkości odpowiadającej macicy w 12. tygodniu ciąży. Ultrasonografia rozwiązuje trudności diagnostyczne, takie jak: współistnienie mięśniaków z innymi zmianami macicy, różnicowanie mięśniaków ze zmianami innych narządów miednicy czy występowanie mięśniaków uszypułowanych. Czasami stwarza kłopot różnicowanie mięśniaków podśluzówkowych i polipów endometrialnych w ultrasonografii. Pomocą diagnostyczną jest sonohisterografia, podanie płynu do jamy macicy zwiększa dokładność badania USG, precyzyjnie stwierdza istnienie zmiany, jak i punkt jej wyjścia. W celu oceny zezłośliwienia mięśniaka wykorzystuje się badanie dopplerowskie. Ultrasonografia dopplerowska pozwala przeprowadzić ocenę prawidłowego unaczynienia macicy. W sytuacji nieprawidłowej, takiej jak obecność mięśniaka, regularny układ naczyń krwionośnych ulega zaburzeniu lub zylakowatemu poszerzeniu. W zmianach złośliwych

układ naczyń krwionośnych macicy charakteryzuje uogólniona, patologiczna neoangiogeneza [6]. Złotym standardem w diagnostyce mięśniaków, w celu oceny morfologii zmiany, jej unaczynienia oraz lokalizacji przestrzennej, jest badanie rezonansu magnetycznego, na razie dostępne w nielicznych ośrodkach w Polsce [3, 7]. Do tej pory nie istnieje test genetyczny, który służyłby zdiagnozowaniu mięśniaków macicy [7].

Przy kwalifikowaniu pacjentek do leczenia mięśniaków bierze się pod uwagę wiele aspektów: liczbę i rozmiary mięśniaków, wiek pacjentek, posiadanie potomstwa i chęć zachowania płodności, rodzaj wykonywanej pracy zawodowej, schorzenia ogólne mogące stanowić przeciwwskazanie do farmakoterapii, poziom opieki ginekologicznej w miejscu zamieszkania, zdyscyplinowanie pacjentki oraz uwarunkowania psychologiczne [3]. Występowanie dolegliwości wywołanych mięśniakami macicy, podejrzenie procesu złośliwego, duży rozmiar mięśniaka, występowanie niepłodności lub problemów z utrzymaniem ciąży do terminu porodu determinują podjęcie leczenia [2].

Ginekolożki korzystają z różnych metod leczniczych w terapii mięśniaków macicy: leczenie zachowawcze, leczenie inwazyjne – chirurgia konwencjonalna, metody małoinwazyjne oraz leczenie nieinwazyjne [7]. Leczenie zachowawcze polega na podawaniu pacjentkom leków hormonalnych. W farmakoterapii stosuje się analogi gonadoliberyny (agonistyczne i antagonistyczne), selektywne modulatory receptorów estrogenowego i progesteronowego, antagonistów progesteronu, androgeny, czyste antyestrogeny oraz inhibitory aromatazy [5]. Najczęściej w leczeniu farmakologicznym stosowane są analogi gonadoliberyny, wywołujące hipiestrogenizm w mechanizmie supresji przysadki mózgowej, co skutkuje inwolucją mięśniaków macicy. Terapię analogami gonadoliberyny można prowadzić do 6 miesięcy. Dłuższe stosowanie zwiększa ryzyko wystąpienia osteoporozy [2]. Piśmiennictwo podkreśla fakt, że w 30–40% przypadków zastosowania metod zachowawczych występuje nawrót choroby, a w ok. 2% zachorowań mięśniak przekształca się w mięsaka gładkokomórkowego. W związku z powyższym, leczenie zachowawcze wspiera leczenie operacyjne, umożliwiając odroczenie zabiegu do czasu ustania przeciwwskazań do operacji lub przyczynia się do zastosowania mniej inwazyjnych metod operacyjnych (histeroskopia, laparoscopia) [5]. Klasyczne metody chirurgiczne w leczeniu mięśniaków macicy to selektywne wyluszczenie mięśniaków lub wycięcie macicy z przydatkami lub bez przydatków, wykonywane w trakcie laparotomii, laparoskopii lub drogą pochwową [8]. Lata 90. XX wieku zaowocowały nowymi metodami leczenia mięśniaków macicy. Małoinwazyjną techniką zabiegową

jest embolizacja tętnic macicznych. Wskazaniem do zabiegu embolizacji jest obecność objawowych mięśniaków macicy, których położenie i wielkość ocenione w badaniu rezonansu magnetycznego koreluje z objawami klinicznymi. Przyjmuje się, że zakwalifikowane do embolizacji tętnic macicznych są kobiety z symptomatycznymi mięśniakami macicy, bez względu na ich wymiary i ilość. Jednak najbezpieczniejsze do zabiegu są nieuszypułowane mięśniaki o największym wymiarze do 10 cm. Nie stwierdzono wielu przeciwwskazań do zabiegu embolizacji, są to: duże mięśniaki uszypułowane, zakażenia narządów płciowych, miednicy lub ogólne, ciąża oraz choroba psychiczna. Obecność wkładki wewnątrzmacicznej jest przeciwwskazaniem względnym [9]. Zespół ekspertów z Monachium wymienił wśród przeciwwskazań relatywnych także stosowanie dłużej niż 3 miesiące analogów gonadoliberyny, co podwyższa ryzyko spazmu naczyniowego, dodatkowe unaczynienie mięśniaków macicy przez tętnice jajnikowe oraz okres postmenopauzalny. Za przeciwwskazanie bezwzględne oprócz zakażeń wymieniają aktywną nadczynność tarczycy [7]. Do kwalifikacji do zabiegu embolizacji wymagane są badania: próba ciążowa, badania laboratoryjne (poziom kreatyniny, stężenie FSH, czynniki krzepnięcia, CRP, badanie ogólne moczu, pacjentki po 40. roku życia dodatkowo Ca²⁵), wynik badania cytologicznego szyjki macicy i rezonansu magnetycznego [7, 9]. Każda chora zakwalifikowana do embolizacji powinna być konsultowana przez kolegium radiologiczno-ginekologiczne [7]. W trakcie zabiegu pacjentka ułożona jest w pozycji leżącej na plecach. Metodą nasiętkową znieczulana jest skóra, a przez tętnicę udową wprowadzony zostaje cewnik do aorty brzusznej. Po podaniu środka cieniującego ocenia się strukturę naczyń krwionośnych miednicy. Cewnik jest wprowadzany kolejno do lewej i prawej tętnicy macicznej, przez niego podawany jest materiał embolizacyjny, w celu zamknięcia naczyń zaopatrujących mięśniaki. Po usunięciu cewnika stosowany jest ucisk w miejscu nakłucia przez 5–10 minut, przez kolejne 3 godziny stosuje się opatrunek uciskowy [9]. Charakterystycznym skutkiem ubocznym zabiegu jest tzw. zespół poembolizacyjny, który jest reakcją organizmu na ostre niedokrwienie mięśniaków. Towarzyszą mu silne dolegliwości bólowe, nudności i wymioty, podwyższona temperatura ciała do 37,5 °C oraz bradykardia. Bezpośrednio po embolizacji może wystąpić krwiak podskórny okolic nakłucia. Planowa hospitalizacja trwa 18–24 godziny po zabiegu. Powrót do pracy zawodowej o charakterze umiarkowanego wysiłku fizycznego trwa przeciętnie 7 dni [9]. Kontrolne badanie pacjentki po zabiegu powinno odbyć się w okresie do 6 miesięcy od hospitalizacji i obejmować badanie fizykalne, ultrasonograficzne, dopplerowskie oraz badanie rezonansu magnetycznego z dożylnym

podaniem środka kontrastowego [7]. Wysoka skuteczność i mała inwazyjność embolizacji tętnic macicznych została potwierdzona w kilku zagranicznych badaniach, w których wykazano podobną skuteczność redukcji objawów, jak po leczeniu operacyjnym, lecz embolizacja była mniej bolesna, wymagała krótszej hospitalizacji i pozwalała na wcześniejszy powrót do obowiązków służbowych. Liczba powikłań po embolizacji była mniejsza niż po operacji. Ocena satysfakcji pacjentek oraz jakości życia po roku i po 3 latach nie wykazały istotnych różnic statystycznych w porównaniu obu metod. Embolizacje częściej skutkowały reinterwencjami i ponownymi hospitalizacjami [9]. Aktualnie brakuje danych o przebiegu ciąży po embolizacji tętnic macicznych. Dotychczasowe przypadki ciąży po zabiegu embolizacji charakteryzuje większy odsetek poronień, porodów przed przewidywanym terminem, nieprawidłowego zagnieżdżenia łożyska, nieprawidłowych położeń płodów oraz krwotoków poporodowych w porównaniu z myomektomią laparoskopową [10]. Stosuje się również metody nieinwazyjne leczenia mięśniaków i włókniaków macicy falami ultradźwiękowymi pod kontrolą rezonansu magnetycznego. Zabieg polega na wykorzystaniu fal ultradźwiękowych o dużej częstotliwości, które wywołują hipertermię w guzie. Wysoka temperatura mięśniaka (55–60 °C) powoduje w jego komórkach apoptozę oraz martwicę. Pacjentka w trakcie zabiegu jest ułożona na specjalnym stole terapeutycznym w pozycji leżącej na brzuchu, pod wpływem środka uspokajającego. Zabieg jest przeprowadzany przez radiologa. Po leczeniu pacjentka powinna być pod opieką specjalisty przez mniej więcej 2 godziny, po tym czasie, gdy nie zgłasza żadnych dolegliwości, może wrócić do domu, a po 2 dniach podjąć ponownie pracę zawodową. Ocena skuteczności tego leczenia jest jeszcze niemożliwa [7, 10].

Osobnym przedmiotem rozważań są mięśniaki w okresie ciąży. Zmiany hormonalne, poszerzenie układu naczyń żylnych i utrudniony odpływ krwi żyłnej z macicy powodują zmiany w anatomii mięśniaków. Pogląd o zwiększaniu rozmiarów mięśniaków w macicy ciężarnej jest dyskusyjny, są jednak doniesienia, że większość tych łagodnych guzów zmienia kształt z kulistego na elipsoidalny lub wydłużony. W związku z powyższym nie zaleca się pomiaru tylko dwóch wymiarów mięśniaka macicy w trakcie badania ultrasonograficznego, bo prowadzi to do błędnych wyników. Mięśniaki macicy są przyczyną wielu komplikacji ciąży, porodu i połogu. W ciąży z współistniejącymi mięśniakami macicy mogą wystąpić nieprawidłowe krwawienia w pierwszym trymestrze, poronienia, poród przedwczesny, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, przedwczesne oddzielenie łożyska, odczucia bólowe w miednicy mniejszej czy też wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu pło-

du. Poważnym powikłaniem ciąży rozwijającej się w mięśniakowatej macicy może być wtórna infekcja wywołana zmianami martwiczymi mięśniaka. Podczas porodu mięśniaki macicy mogą wywołać nieprawidłowe położenie płodu, osłabienie czynności skurczowej macicy, zahamowanie postępu porodu, zabiegowe ukończenie drugiego okresu porodu drogą pochwową lub cięciem cesarskim. Obecność mięśniaków macicy wpływa na przebieg porodu, utrudniając inwolucję mięśnia macicy, zwiększając ryzyko krwotokiem poporodowym i infekcją połogową. Powszechną metodą leczenia mięśniaków jest wyłuszczenie, które nie jest zalecane w drugim trymestrze ciąży. Najkorzystniejszym okresem do przeprowadzenia operacji wyłuszczenia mięśniaków jest 12–14 tydzień ciąży, w tym czasie mogą być usuwane mięśniaki umiejscowione podsurowiczo lub płytko w mięśniu macicy, dużych rozmiarów oraz mięśniaki uszypułowanie. Związane z powyższym jest zagadnienie resekcji mięśniaków macicy w trakcie cięcia cesarskiego. Obecnie takie operacje są coraz rzadziej wykonywane, wskazaniami do takiego postępowania są mięśniaki uszypułowane i podsurowiczkowe z niewielką częścią śródścienną lub umiejscowienie mięśniaka w linii cięcia. Argumentami przeciwko równoczesnej miomektomii w przebiegu cięcia cesarskiego są: ryzyko zwiększonej utraty krwi, wrota szerzenia się zakażenia z pochwy przez rozwartą szyjkę macicy do łoży po wyłuszczonego mięśniaku oraz fakt, że inwolucja macicy w porodu może prowadzić do utrudnionego gojenia się rany po resekcji mięśniaka [11]. Dlatego, jeśli nie istnieją bezwzględne wskazania do miomektomii, należy zabieg wyłuszczenia mięśniaków przeprowadzić w odległym okresie po porodzie [8].

Piśmiennictwo

- [1] Markowska J, Mądry R. Objawy kliniczne. W: Markowska J. (red.). Mięśniaki macicy. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008, 15–21.
- [2] Poręba R. Współczesne trendy w leczeniu mięśniaków macicy. *Lekarz*. 2011;3:4–6.
- [3] Reroń A. Nowotwory trzonu macicy. W: Opala T. (red.). Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 260–265.
- [4] Markowska A. Epidemiologia. W: Markowska J. (red.). Mięśniaki macicy. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008, 9–13.
- [5] Rzepka-Górska I. Zachowawcze leczenie mięśniaków macicy. W: Markowska J. (red.). Mięśniaki macicy. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008, 43–56.
- [6] Bidzińska-Dańska A. Ultrasonografia. W: Markowska J. (red.). Mięśniaki macicy. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008, 23–34.
- [7] Sieroń D, Wiggermann P, Skupiński J, Kukawska-Sysio K, Lisek U, Koczy A. Przeznaczyniowa embolizacja oraz leczenie falami ultradźwiękowymi mięśniaków macicy. *Polish Journal of Radiology*. 2011; 76(2):40–42.
- [8] Emerich J. Operacyjne leczenie mięśniaków. W: Markowska J. (red.). Mięśniaki macicy. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008, 73–83.
- [9] Pietura R. Embolizacja tętnic macicznych w leczeniu mięśniaków macicy – gdzie jesteśmy po 10 latach doświadczeń? *Przegląd Menopauzalny*. 2011;4:309–315.
- [10] Kotarski J. Małoinwazyjne metody leczenia objawowych mięśniaków macicy. W: Markowska J. (red.). Mięśniaki macicy. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008, 57–71.
- [11] Reroń A, Jaworowski A, Pośpiech K. Mięśniaki macicy u kobiet ciężarnych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2009;2(2):109–112.

adres do korespondencji

Joanna Buks
Klinika Zdrowia Matki i Dziecka
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: 502 838 970
e-mail: asia57@tlen.pl

ZABURZENIA EREKCJI Z UWZGLĘDNIENIEM ZABURZEŃ UKŁADU KRĄŻENIA

ERECTILE DYSFUNCTION IN CONJUNCTION WITH CARDIOVASCULAR DISORDERS

Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Maciej Wilczak², Małgorzata Mizgier³, Magdalena Pisarska-Krawczyk⁴

¹ Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Zakład Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Zakład Dietetyki Katedry Higieny Żywności Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy im. Augusta Cieszkowskiego w Poznaniu

⁴ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, PWSZ Kalisz

Streszczenie

O zaburzeniach erekcji można mówić, gdy występuje stała lub nawracająca niemożność osiągnięcia i/lub utrzymania erekcji przez mężczyznę w stopniu niewystarczającym do zadowalającej aktywności seksualnej. Objawiają się one w braku stwardnienia prącia bądź też jego usztywnieniu niedostatecznym, co uniemożliwia odbycie stosunku seksualnego. Przyczyn zaburzeń erekcji może być wiele, wynikać one mogą zarówno z czynników biologicznych, jak i psychogennych.

Słowa kluczowe: erekcja, seksuologia, zdrowie.

Summary

We can speak of erectile dysfunction in the case of constant or recurrent inability to attain and/or maintain an erection sufficient for satisfactory sexual activity by a man. It manifests itself in the absence of hardening of the penis, or insufficient stiffening, preventing sexual intercourse. There are multiple causes of erectile dysfunction. It can result from both biological and psychogenic factors.

Key words: erection, sexuology, health.

Z definicji zaburzeń erekcji wynika, że problem dotyczy jednej z najważniejszych sfer w życiu człowieka – sfery seksualnej. Bezpośrednio dotyka on mężczyzn, pośrednio także kobiet, które stają się również jego „ofiarami”. Stosunek płciowy dotyczy bowiem przedstawicieli obojga płci: mężczyzny i kobiety. Problemy seksualne jednej ze „stron” stają się także istotne dla tej drugiej. Zatem można wysnuć wniosek, iż zaburzenia erekcji wpływają negatywnie na oboje partnerów w związku.

Jak zauważa Stanley E. Althof ludzie zawsze przykładali dużą wagę do potencji seksualnej. „Znane są traktaty, opisy rytuałów, przekazy o lekarstwach ludowych oraz poradniki seksualne starożytnych lekarzy greckich, chińskich i hinduskich oraz islamskich i żydowskich uczonych”. Kłopoty z erekcją miewano już w okresie antyku, z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, iż musiało do nich dochodzić znacznie wcześniej, być może już u zarania dziejów z tym problemem się stykano [1].

Impotencję można podzielić na pierwotną i wtórną. Pierwsza z nich jest poważną i chroniczną dysfunkcją seksualną dotyczącą mężczyzn, którzy nigdy nie osiągnęli potencji z kobietą. Ma ona charakter patologiczny. Druga jest formą lekką, niepatologiczną, występującą po okresie prawidłowego funkcjonowania seksualnego [1, 2, 3, 4].

Poza powyższym podziałem można dokonać jeszcze innego, dotyczącego sytuacji, gdy:

- erekcja w ogóle nie występuje
- ma miejsce tylko częściowy, niepełny wzwód prącia
- erekcja występuje tylko, jeśli kontakt seksualny nie jest przewidywany
- wzwód pojawia się we wstępnej fazie gry miłosnej, ale zanika lub zmniejsza się przy próbie podjęcia stosunku.

Przyczyny kłopotów ze wzwodem

Przyczyn zaburzeń erekcji może być wiele, wynikać one mogą zarówno z czynników biologicznych, jak i psychogennych. Do pierwszej grupy można zaliczyć:

- pierwotne anomalie narządów płciowych (np. spodziectwo, czy stulejka)
- wtórne zmiany narządów płciowych (np. na skutek urazu lub pooperacyjne)
- choroby zapalne narządów płciowych (np. zapalenie żołędzi)
- osłabiające choroby ogólnoustrojowe
- problemy z wątrobą
- choroby neurologiczne: stwardnienie rozsiane lub niektóre rodzaje nowotworów, urazy rdzenia kręgowego, zapalenie opon mózgowych)
- używki (narkotyki, alkohol, papierosy)
- cukrzycę

- choroby serca i układu krążenia (niewydolność mięśnia sercowego, miażdżyca, podwyższony poziom cholesterolu)
- zaburzenia hormonalne (np. hipogonadyzm, czy hyperprolaktynemia)
- zażywanie niektórych leków psychotropowych, przeciwnadciśnieniowych, diuretycznych, przeciwpatkinsonowych lub przeciwnowotworowych)
- stosowanie steroidowych środków dopingujących) [1].

Omawiając psychogenne przyczyny zaburzeń erekcji, należy odwołać się do następujących czynników:

- stany nadmiernego stresu i niepokoju np. utrata pracy
- depresja
- lęk przed niepowodzeniem odbycia kontaktu seksualnego
- problemy w związku (nie muszą one jednak dotyczyć sfery seksualnej, mogą to być kłopoty rodzinne, czy też finansowe)
- niezdolność mężczyzny do całkowitego oddania się własnym przeżyciom erotycznym
- strach przed opuszczeniem przez partnerkę
- niska samoocena własnych predyspozycji seksualnych
- silne naciski i powtarzające się żądania seksualne ze strony kobiet
- brak edukacji seksualnej, niewłaściwa edukacja seksualna
- patologiczne środowisko rodzinne, rygorystyczny wychowawczy
- trauma z dzieciństwa
- nadmierny rygorystyczny religijny.

Kryzys męskości, który objawia się w utracie wyłączności na pełnienie pewnych, do niedawna, jedynie dla mężczyzn zarezerwowanych funkcji, np. jedynego żywiciela, głowy rodziny. Coraz większa emancypacja kobiet powoduje, że panowie zaczynają czuć się zagubieni, nie mogą się wykazać przed partnerką czymś szczególnym. W dodatku kobiety coraz częściej zajmują wyższe stanowiska w pracy, niż mężczyźni, w związku z tym zarabiają od nich nierzadko więcej, co może prowadzić u panów do poczucia frustracji i braku spełnienia.

Mity seksualne typu: „mężczyzna powinien mieć erekcję członka na zawołanie”, „wielkość członka decyduje o przeżyciach seksualnych kobiety”, „mężczyzna jest odpowiedzialny za życie seksualne”, „impotencja to sprawa wieku” itp.

Jak pisze Stanley E. Althof, który powołuje się na poglądy Acermana i Careya, przypadki problemów ze wzrodem o podłożu czysto psychicznym bądź czysto organicznym należą raczej do wyjątków [2]. Zaznaczenia wymaga fakt, że wymienione przeze mnie czynniki mogą, ale nie muszą powodować problemów z potencją (każdy przy-

padek jest inny i trzeba go rozpatrywać indywidualnie). Według Althofa zaburzenia erekcji mogą spełniać różne funkcje – na przykład maskować problemy związane z preferencjami seksualnymi, skłonności homoseksualne, brak pożądania wobec partnerki lub nawet kłopoty z identyfikacją płci [2, 3, 4].

Wielu autorów podejmowało próby oceny wpływu konkretnych czynników na ryzyko wystąpienia zaburzeń wzrodu. Stwierdzili oni zwiększenie częstości występowania zaburzeń wzrodu u chorych z innymi współistniejącymi schorzeniami, takimi jak: cukrzyca – 4-krotnie, nadciśnienie tętnicze – 1,58, hipercholesterolemia – 1,63, choroby naczyń obwodowych – 2,63, choroby serca – 1,79. Wykazano także silny związek ED z przyjmowaniem leków określanych jako wpływające na układ nerwowy oraz leków nasennych, odpowiednio ED częstsze 2,78- i 4,27, a także z paleniem tytoniu i spożyciem alkoholu, odpowiednio ED częstsze 2,5-krotnie oraz 1,53.

Czynnikiem, którego rolę podejmowano niezmiennie we wszystkich badaniach, wyciągając analogiczne wnioski co do zwiększenia ryzyka wystąpienia zaburzeń wzrodu, był wiek.

Wiąże się to między innymi z narastaniem liczby kolejnych czynników ryzyka wraz ze starzeniem się organizmu i czasem działania tych czynników na układ sercowo-naczyniowy. Wpływ na nasilenie się zaburzeń erekcji w starszym wieku może wywierać również częściowy niedobór androgenów – PADAM (ang. *Partial Androgen Deficiency in Aging Male*).

Analizując wpływ czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej na zaburzenia wzrodu, nie sposób nie wspomnieć o znaczeniu predyspozycji osobniczych związanych z prezentowanym modelem osobowości w jednym i drugim schorzeniu.

Przedstawione analizy nie pozostawiają żadnych wątpliwości co do istotnego wpływu czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej na powstawanie zaburzeń wzrodu.

Jedynie alkohol jest elementem, w stosunku do którego pojawiają się wątpliwości. Działając kardioprotekcyjnie na chorobę sercowo-naczyniową powoduje jednocześnie zwiększenie częstości zaburzeń wzrodu. Można przypuszczać, że sedno dotyczy w tym wypadku nie faktu samego spożywania alkoholu, a stosowanej dawki. W piśmiennictwie brak jednak przekonujących dowodów rozwiewających zaistniałe wątpliwości. Poza udowodnionym wpływem czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej na powstawanie zaburzeń wzrodu także wystąpienie samej choroby sercowo-naczyniowej konsekwentnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń erekcji i odwrotnie – pojawienie się zaburzeń wzrodu zwiększa zagrożenie chorobą wieńcową [4].

Skutki problemów ze wzwodem

Znając już przyczyny, można teraz przejść do zapoznania się ze skutkami zaburzeń erekcji. Oto one:

- poczucie winy u mężczyzn związane z niemożnością zaspokojenia partnerki
- obniżenie poczucia własnej wartości u panów
- depresja
- konflikt partnerski, a nawet rozwód
- próby samobójcze
- problemy w komunikowaniu się pomiędzy partnerami (mężczyzna często nie chce się przyznać do swojego problemu, unika kontaktów seksualnych, kobieta może czuć się odrzucona i sądzić, że jej partner już jej nie kocha albo „ma inną”)
- rozdrażnienie, problemy w kontaktach międzyludzkich, niekiedy zamykanie się w sobie u przedstawicieli „tej brzydszej” płci.

Jak można zauważyć, zaburzenia wzvodu wpływają bardzo negatywnie na mężczyzn, w sposób szczególnie patologiczny odbijają się na ich psychice. Panowie ogromną wagę przykładają do spraw seksu, a penis jest traktowany przez nich jako uosobienie męskości, dlatego każda dysfunkcja związana z tym narządem urasta w ich mniemaniu do rangi prawdziwej katastrofy. Skąd bierze się u nich tak duża wrażliwość na „te sprawy”? Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Podkreślić należy, że już w wielu starożytnych kulturach fallus zajmował miejsce szczególne, ceniono go jak symbol płodności, niekiedy darzono nawet czcią. U Żydów okresu antycznego członek był nawet chroniony i kobietom zabraniano uszkodzenia okolic genitalnych u mężczyzn. Być może owo szczególne wyczulenie panów na wszelkie kłopoty związane z seksualnością „otrzymaliśmy” jako swego rodzaju dziedzictwo od ludów antycznych, a może wynika to z niewłaściwej edukacji [5, 6, 7, 8, 9].

Jak postępować przy problemach ze wzwodem?

Jak sobie poradzić z zaburzeniami erekcji? Wydaje się, iż podstawową kwestią jest zdecydowanie się na jak najszybszą wizytę u lekarza. Sprawa nie jest jednak prosta, gdyż jak już wcześniej wspomniano, mężczyźni bardzo trudno jest przyznać się, iż ma kłopoty ze wzwodem. Należałoby zmienić nastawienie panów do spraw seksu, by nie wstydzili się mówić o swoich problemach. Do tego konieczna jest odpowiednia edukacja i wychowanie już od najmłodszych lat.

Metody leczenia

Jeśli już pacjent pojawi się u lekarza, podstawą jest określenie, czy zaburzenia wzvodu mają charakter wtórny, czy też pierwotny. Ważne jest także poznanie przyczyn schorzenia, gdyż determinuje

to wprowadzenie określonych metod leczenia. Te z kolei można podzielić na:

- środki farmakologiczne
- zabiegi chirurgiczne
- terapię psychologiczno-seksuologiczną [2].

Farmakologiczne i chirurgiczne metody leczenia

Farmakologiczne i chirurgiczne metody leczenia można podzielić na trzy główne kategorie: (1) stosowanie leków doustnych, (2) leczenie miejscowe (nieinwazyjne) i mechaniczne oraz (3) leczenie chirurgiczne.

Wśród doustnych środków erekto-gennych najbardziej popularny jest sildenafil (nazwa handlowa viagra). Cytrynian sildenafilu jest selektywnym inhibitorem cyklicznej fosfodiesterazy, swoistym dla GMP typu 5. Blokując selektywnie katabolizm cyklicznego GMP w komórkach mięśni gładkich ciał jamistych, sildenafil przywraca naturalną reakcję wzvodu na stymulację seksualną; nie wywołuje jednak erekcji przy braku takiej stymulacji. Inne środki doustne pomocne przy leczeniu kłopotów z potencją to apomorfina i metylosulfonian fentolaminy, nie są one jednak tak popularne jak sildenafil.

- W leczeniu miejscowym stosuje się natomiast:
- iniekcje do ciała jamistego (alprostacyl, który ma postać proszku do sporządzania roztworu do wlewu oraz alprostacyl alfadex). Oprócz wstrzykiwania pojedynczego leku, w praktyce urologicznej szeroko stosuje się różne połączenia alprostacylu, fentolaminy i/lub papaweryny
 - docewkowe podawanie alprostacylu, który może być podawany do cewki moczowej w postaci półstałej granulki, wprowadzanej przy użyciu specjalnego aplikatora
 - pompki próżniowe, co jest skuteczną alternatywą dla pacjentów, u których przeciwwskazane jest leczenie farmakologiczne lub którzy odrzucają inne metody leczenia. Pompki próżniowe wytwarzają podciśnienie wokół wiotkiego penisa, co powoduje napływ krwi żyłnej. Jej odpływ tamuje się następnie za pomocą elastycznej opaski uciskowej nakładanej u nasady penisa.

Jeśli chodzi o leczenie chirurgiczne, to odbywa się ono przez operacyjne wszczępienie protezy penisa. Podkreślić należy, że w literaturze przedmiotu opisuje się różne rodzaje takich protez chirurgicznych [4, 5, 6].

Terapia psychologiczno-seksuologiczna

Ostatnią grupę sposobów leczenia zaburzeń wzvodu stanowią metody terapii psychologiczno-seksuologicznej. Można je podzielić na cztery główne klasy: (1) redukcja lęków i odwrócenie, (2) metody poznawczo behawioralne, (3) wzmożona stymulacja, a także (4) trening komunikacji

partnerskiej. Niezwykle ważną kwestią jest wybór rodzaju terapii: indywidualnej bądź też partnerskiej.

Redukcja lęków i odwrażliwianie

Metody redukcji lęku były zawsze wysoko cenione w różnych formach psychoterapii zaburzeń wzrodu. Technika polegająca na zakazaniu stosunku i zaleceniu mężczyźnie wykonywanie niewymuszonych pieszczot z partnerką (odwrażliwianie in vivo) została już opisana w XVIII w. W 1970 r. Masters i Johnson opracowali metodę koncentracji na doznaniach zmysłowych. Według tych badaczy lęki dotyczące sprawności seksualnej są głównym czynnikiem sprawczym zaburzeń wzrodu, zaś redukuje się je za pomocą specjalnego zestawu ćwiczeń. Podejście to zostało później poddane krytyce.

Opierając się na psychofizjologicznych badaniach porównawczych mężczyzn z zaburzeniami wzrodu oraz zdrowej populacji, D.H. Barlow i jego współpracownicy doszli do wniosku, że to nie same lęki, lecz związane z nimi rozproszenie poznawcze jest odpowiedzialne za psychologiczne podłoże tych zaburzeń. Badania, które przeprowadzili, ukazały, że koncentracja na podnieceniu ułatwiała zdrowym mężczyznom funkcjonowanie seksualne, natomiast na mężczyzn z dysfunkcją wpływała wysoce hamująco. LoPiccolo twierdzi, że nie należy zbyt polegać na technikach relaksacyjnych oraz koncentracji na doznaniach zmysłowych. Wskazuje, że koncentracja na doznaniach może być rozumiana jako forma interwencji paradoksalnej. Choć terapeuci zalecają tę metodę, wielu pacjentom ona nie pomaga. Przeżywają bowiem lęki „meta sprawności seksualnej”, czyli lęki przed niewykonaniem czynności seksualnych, które występują właśnie w obliczu zapewnienia, że nie ma przymusu ich wykonania.

Metody poznawczo-behawioralne

W psychoterapii zaburzeń erekcji coraz częściej stosuje się metody poznawcze. W celu przezwyciężenia ignorancji i nierealnych oczekiwań seksualnych zwykle towarzyszących tym zaburzeniom stosuje się biblioterapię i techniki przebudowy systemu poznawczego. W celu rozwoju pozytywnych wyobrażeń seksualnych wskazane jest stosowanie autohipnozy oraz treningu wyobraźni.

Techniki stymulacji seksualnej

Według niektórych badaczy kłopoty z erekcją są najbardziej psychologicznie obciążające dla par o ograniczonej wyobraźni seksualnej, które dysponują niewielką liczbą opcji alternatywnych dla stosunku. U par, które nie wypracowały alternatywnych wobec stosunku dopochwowego metod zaspokajania potrzeb seksualnych, obserwuje się znacznie podwyższony poziom wymogów wyko-

niania oraz lęków przed porażką we współżyciu. Terapia w takich przypadkach polega na wypracowaniu alternatywnych tzw. scenariuszy seksualnych bądź też modyfikacji tych już stosowanych przez partnerów.

Metody interpersonalne

Problemy interpersonalne i partnerskie odgrywają znaczącą rolę w wielu, o ile nie w większości przypadków zaburzeń wzrodu. Konflikty w związku mogą być podstawowym źródłem problemów seksualnych albo przyczynić się do pogłębienia lub utrzymania niemożności osiągnięcia odpowiednich erekcji przez mężczyznę. Najczęściej spotykanymi aspektami konfliktów partnerskich, towarzyszących zaburzeniom wzrodu, są: (1) kwestie statusu i dominacji, (2) intymność i zaufanie oraz (3) utrata atrakcyjności fizycznej.

Problemy dotyczące statusu i dominacji pojawiają się wówczas, gdy w związku następuje zachwianie równowagi sił, wywołane czynnikami zewnętrznymi (utrata pracy, bezrobocie) lub czynnikami wewnętrznymi (depresja, utrata poczucia własnej wartości). Trudności z intymnością pojawiają się natomiast w sytuacjach, gdy jeden z partnerów nawiąże romans, podejmie nową pracę lub po narodzeniu dziecka. Utrata atrakcyjności seksualnej związana jest najczęściej z przyrostem masy ciała, chorobą, operacją, zażywaniem narkotyków lub nadużywaniem alkoholu.

Niektórzy autorzy proponują podawanie leków doustnych jako terapii pierwszego rzutu (sildenafil, vardenafil i tadalafil). W drugiej kolejności według nich należy stosować miejscowe metody leczenia (iniekcje do ciała jamistego, czopki docewkowe) oraz aparaty mechaniczne, natomiast leczenie chirurgiczne (protezy) powinno być zarezerwowane przede wszystkim dla osób, u których leczenie pierwszego i drugiego rzutu się nie sprawdza. Obecnie kładzie się nacisk w leczeniu problemów z erekcją na stosowanie metod łączonych: medyczno-psychoterapeutycznych [7, 8, 9].

Piśmiennictwo

- [1] Papiernik J. Erekcja – zaburzenia erekcji, <http://choroby.senior.pl/158,0,Erekcja-zaburzenia-erekcji,4326.html> (dostęp 13.01.2011, godz. 23:29).
- [2] Pelamatti L. Bolesna miłość. Kiedy seksualność dzieli małżonków. Wydawnictwo WAM, Kraków 2005.
- [3] Przyczyny zaburzeń erekcji, <http://we-dwoje.pl/przyczyny;zaburzen;erekcji,artykul,4937.html>, (dostęp 14.01.2011, godz. 15:35).
- [4] Kałka D, Sobieszcańska M, Pilecki W, Adamus J. Zaburzenia erekcji a czynniki ryzyka choroby sercowo-naczyniowej. *Pol Merkur Lek.* 2009;26(151):71–76.
- [5] Rosen RC. Medyczne i psychologiczne postępowanie przy zaburzeniach wzrodu. W: *Stronę metod łączonych.* W: Leiblum S, Rosen R (red.). *Terapia za-*

- burzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [6] Społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń seksualnych, <http://we-dwoje.pl/spoleczno;-;kulturowe;uwarunkowania;zaburzen;seksualnych,artykul,4> (dostęp 14.01.2011, godz. 16:15).
- [7] Althof SE. Zaburzenia wzwodu. Psychoterapia indywidualna i partnerska. W: Leiblum S, Rosen R (red.). Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [8] Zaburzenia erekcji problemem wielu mężczyzn, Zespół redakcyjny portalu MediWeb. <http://mediweb.pl/mens/wyswietl.php?id=1080> (dostęp 13.01.2011, godz. 22: 15).
- [9] Lew-Starowicz Z. Seks w kulturach świata. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1987.

adres do korespondencji

Grażyna Jarząbek-Bielecka
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
ul. Polna 33
60-535 Poznań

OPIEKA MEDYCZNA W JEDNOSTKACH PENITENCJARNYCH

HEALTH CARE IN PRISONS

Angelika Dańda¹, Joanna Buks²

¹ Studentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny w Poznaniu

Streszczenie

Pobyt w zakładzie karnym wpływa na stan zdrowia osadzonych. Prawo określa działanie więziennej służby zdrowia. Kontrole i badania przeprowadzane w zakładach penitencjarnych przedstawiają jakość udzielania świadczeń zdrowotnych oraz stan zdrowia osadzonych. Polska więzienna służba zdrowia funkcjonuje sprawnie i mimo stwierdzonych nieprawidłowości została oceniona przez Najwyższą Izbę Kontroli pozytywnie. Największy problem opieki zdrowotnej w więzieniach w Polsce to stara infrastruktura medyczna i niewystarczająca liczba wykwalifikowanego personelu medycznego. Osadzeni najczęściej korzystają z porad lekarzy psychiatrów. Doniesienia z literatury polskiej, jak i światowej na temat zakładów karnych najczęściej dotyczą zaburzeń psychicznych wśród więźniów. Nieliczne prace opisują problemy somatyczne osób pozbawionych wolności. Choroby dietozależne wynikają ze złej podaży składników odżywczych w posiłkach przygotowanych dla osadzonych.

Słowa kluczowe: opieka medyczna, więzienie, choroby psychiczne, żywienie.

Summary

Stay in prison influences prisoners' health. The law defines action of prison health care centres. Inspections and research show quality of health care in prison and health condition of inmates. Polish prison health care is efficient and despite irregularities it has been rated positive by Supreme Audit Office. The biggest problem of Polish prison health care is old medical infrastructure and little qualified medical staff. Prisoners are examined most frequently by psychiatrists. Polish and world's literature writes most often about mental disorders of inmates. Few articles describe prisoners' somatic problems. Diet-related diseases are effects of low counts of nutrients in meals for prisoners.

Key words: health care, prison, mental diseases, nourishment.

Zrozumiałe jest, że zapewnienie opieki zdrowotnej w zakładach karnych jest drugoplanową funkcją tych instytucji. Z definicji są to „miejsca, w których odbywa się karę pozbawienia wolności” [1]. Celem jednostek karnych jest odseparowanie osób nieprzeznaczających przepisów prawnych od społeczeństwa, powstrzymanie osadzonego przed popełnieniem czynu zabronionego po raz kolejny i współdziałanie w procesie resocjalizacji. Przebywanie w instytucji penitencjarnej, życie zgodnie z wyznaczonym harmonogramem dnia musi wywierać wpływ na zdrowie osadzonych. Właściwe rozporządzenia wskazują na sposób udzielania świadczeń medycznych osobom pozbawionym wolności.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnego stanu opieki medycznej w zakładach karnych w Polsce, aktów prawnych regulujących działalność tych instytucji oraz przytoczenie doniesień z literatury światowej.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności w Polsce zostało określone w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. [2]. Osobom osadzonym w jednostkach penitencjarnych przysługują świadczenia leczni-

cze (badanie i porada lekarska, badania diagnostyczne, w tym analityka medyczna, leczenie; badanie i terapia psychologiczna oraz leczenie stomatologiczne), pielęgnacyjne (pielęgnacja chorych, niepełnosprawnych i opieka nad nimi), opieka nad kobietą ciężarną i jej płodem, rodzącą i położnicą, świadczenia rehabilitacyjne oraz działania profilaktyczne (zapobieganie powstawaniu urazów i chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne) [2]. Wszystkie świadczenia udzielane są przez więzienną służbę zdrowia, która w Polsce dysponuje 157 ambulatoriami. Każdy zakład opieki zdrowotnej jednostek penitencjarnych to ambulatorium z izbą chorych i gabinet stomatologiczny. Ponadto leczenie specjalistyczne odbywa się w 37 oddziałach specjalistycznych rozmieszczonych w 13 szpitalach zlokalizowanych w 15 inspektoratach [3] (Tabela 1). Jeżeli świadczenia zdrowotne nie mogą być udzielone w więziennej infrastrukturze medycznej, to są udzielane przez pozawięziennne podmioty lecznicze [2]. W szpitalach więziennych nie wykonuje się procedur wysokospecjalistycznych z zakresu: neurochirurgii, torakochirurgii, okulistyki, z zakresu chirurgii szczękowej, kardiologii inwazyjnej, urologii, przeszczepów narządów, ginekologii, z zakre-

Tabela 1. Baza szpitali więziennych

Siedziba szpitala	Oddziały
AŚ Bydgoszcz	Wewnętrzny
	Chirurgiczny
	Laryngologiczny
ZK nr 1 Grudziądz	Ginekologiczno-położniczy
ZK Barczewo	Wewnętrzny
	Detoksykacyjny
AŚ Bytom	Wewnętrzny
	Okulistyczny
ZK Czarne	Wewnętrzny
	Wewnętrzny dla przewlekłych chorych
AŚ Gdańsk	Wewnętrzny
	Neurologiczny
	Przeciwgruźliczy
AŚ Kraków	Wewnętrzny
	Chirurgiczny
	Psychiatryczny
ZK nr 2 Łódź	Wewnętrzny
	Chirurgiczny
	Przeciwgruźliczy
	Psychiatryczny
	Detoksykacyjny
	Rehabilitacji leczniczej
ZK Potulice	Przeciwgruźliczy
	Hepatologiczny
AŚ Poznań	Wewnętrzny
	Psychiatryczny
	Dermatologiczny
AŚ Warszawa Mokotów	Wewnętrzny
	Chirurgiczny
	Psychiatryczny
	Ortopedyczny
	OIOM
AŚ Wrocław	Psychiatryczny
ZK nr 1 Wrocław	Wewnętrzny
	Chirurgiczny
AŚ Szczecin	Wewnętrzny
	Psychiatryczny

Źródło: www.sw.gov.pl, AŚ – areszt śledczy, ZK – zakład karny

su chirurgii urazowej, onkologii [3]. Osobę pozbawioną wolności poddaje się badaniom wstępnym, okresowym i kontrolnym [2] (Tabela 2). Zgłoszenia osób pozbawionych wolności do lekarza lub lekarza dentystry są przyjmowane codziennie [2]. Rozporządzenie reguluje zasady farmakoterapii. Zlecenia lekarskie związane z przygotowaniem i wydaniem leków wykonuje pielęgniarka. Jeśli w zakładzie karnym nie jest zapewnione całodobowe udzielanie świadczeń zdrowotnych, to po godzinach pracy osób wykonujących zawód medyczny jednorazowe dawki leków mogą być przekazane osadzonemu za pośrednictwem funk-

cjonariusza działu ochrony [2]. Szczególną uwagę w rozporządzeniu objęto kobiety ciężarne pozbawione wolności. Zakres i częstotliwość świadczeń zdrowotnych udzielanych osadzonej w okresie ciąży określa lekarz zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej sprawowanej w fizjologicznej ciąży, porodzie i połogu oraz opieki nad noworodkiem. Lekarz przedstawia wytyczne w związku z żywieniem oraz czasem i warunkami odbywania spaceru i kąpieli przez ciężarną, ponadto kieruje kobietę ciężarną pozbawioną wolności do zakładu karnego ze szpitalnym oddziałem ginekologiczno-położniczym na dwa miesiące przed przewidywanym terminem porodu lub wcześniej, jeśli wymaga tego stan zdrowia ciężarnej. Kobieta w okresie połogu przebywa razem z dzieckiem w oddziale zakładu karnego do czasu, gdy stan ich zdrowia pozwoli na wypisanie z tego oddziału [2].

Problem opieki zdrowotnej w zakładach penitencjarnych zainteresował też przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, którzy przeprowadzili badania kontrolne 17 jednostek więziennych (z 157 znajdujących się w Polsce). Wnioski dotyczące okresu kontrolnego od 1 stycznia 2010 r. do 31 marca 2012 r. opublikowali w raporcie w lutym 2013 r. [4]. Celem głównym przeprowadzonej kontroli była „ocena skuteczności zabezpieczenia praw osób pozbawionych wolności do opieki medycznej”. Kontrolerzy ocenili więzienną służbę zdrowia pozytywnie, mimo występujących nieprawidłowości. Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie podkreśliła, że Służba Więzienna zapewniła całodobową opiekę medyczną oraz niezwłoczny dostęp do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych, mimo ciągle zwiększającego się zapotrzebowania osadzonych na te świadczenia. Statystycznie każdy osadzony korzystał z porad podstawowej opieki zdrowotnej średnio 17 razy w 2010 r., a w 2011 nastąpił wzrost do 21 takich świadczeń. Ze świadczeń stomatologicznych i porad specjalistycznych (na które oczekiwanie wynosiło do 14 dni) osoby pozbawione wolności korzystały średnio 3 razy w roku. W latach 2010–2011 średnio co 6. osadzony skorzystał w ciągu roku ze świadczeń szpitalnych, a z badań specjalistycznych, takich jak badania analityczne, RTG, USG, badania endoskopowe, świadczenia fizjoterapeutyczne, a także protezowanie uzębienia, korzystali średnio 8-krotnie. Mimo więziennej infrastruktury medycznej w latach 2010–2011 nastąpił wzrost wydatków o 26,4% na zakup świadczeń w pozawięziennych podmiotach leczniczych. Jest to wymierny skutek likwidacji niektórych działalności leczniczych w zakładach więziennych, które z powodu ograniczonych środków finansowych na modernizację obiektów służby zdrowia zostały zamknięte. Na te uchybienia zwrócili uwagę przedstawiciele Najwyższej Izby Kontroli, którzy wskazują na zły stan techniczny budynków

Tabela 2. Badania obowiązkowe wykonywane u osób pozbawionych wolności

Badanie	Termin	Uwagi
Badanie wstępne: <ul style="list-style-type: none"> • podmiotowe • przedmiotowe • profilaktyczne badanie RTG klatki piersiowej • badanie stanu uzębienia 	Nie później niż 3 dni robocze od dnia przyjęcia Do 14 dni od dnia przyjęcia	Lekarz podmiotu leczniczego może odstąpić od RTG klatki piersiowej, jeśli <ul style="list-style-type: none"> • osoba przyjmowana przedstawi wynik takiego badania wykonanego max. 6 m-cy przed przyjęciem do zakładu karnego • w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia ciąży
Badanie okresowe: <ul style="list-style-type: none"> • RTG klatki piersiowej 	Co najmniej raz na 24 m-ce	Od badania można odstąpić, jeżeli <ul style="list-style-type: none"> • osadzony miał wykonane badanie RTG klatki piersiowej z innych powodów w okresie ostatnich 24 m-cy i wynik jest dołączony do dokumentacji medycznej • w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia ciąży

Źródło: na podstawie Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. Dz.U. 2012 nr 0, poz. 738

234

i pomieszczeń więziennej służby zdrowia, a co więcej na brak dbałości o stan techniczny w większości przestarzałej aparatury medycznej, co wywiera bezpośredni wpływ na jakość świadczeń oraz bezpieczeństwo personelu i pacjentów, np. przy badaniu RTG, którzy są narażeni na promieniowanie jonizujące. Z drugiej strony kontrolerzy spotkali się z sytuacją niewykorzystanego sprzętu medycznego. Następną nieprawidłowością było nieprzestrzeganie terminów przeprowadzanych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych u części osadzonych, obejmujących badania RTG klatki piersiowej, co jest tym bardziej niepokojące, ze względu na wzrost zachorowalności na gruźlicę (2010 r. to 388 nowych przypadków zachorowań, 2011 r. – 445 nowych przypadków gruźlicy). Kolejny problem, z jakim mierzy się Służba Więzienna, to trudności w pozyskaniu personelu medycznego o odpowiednich kwalifikacjach. Stwierdzono również wysoką fluktuację kadr i występowanie wakatów w więziennej służbie zdrowia. Mimo opieki medycznej, osadzeni korzystali z przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, m.in. z tytułu chorób psychicznych lub innych ciężkich chorób. Właśnie świadczenia udzielane przez lekarzy psychiatrów stanowią najliczniejszą grupę porad specjalistycznych.

Podobne wnioski wysunięto po badaniach przeprowadzonych w 19 więzieniach w Anglii i Walii [5]. Reed i Lyne porównywali założenia systemowe z rzeczywistością na podstawie kontroli obiektów więziennej opieki zdrowotnej, rozmów ze służbą więzienną i personelem medycznym, analiz protokołów, spotkań z osadzonymi oraz przeprowadzonych badań ankietowych wśród osób pozbawionych wolności. Inspektorzy stwierdzili duże zróżnicowanie poziomu jakości opieki zdrowotnej – niektóre zakłady penitencjarne udzielały świadczeń zbliżonych jakościowo do usług narodowej służby zdrowia, inne zapewniały niską jakość świadczeń zdrowotnych. Wynika to z braku wyszkolonego personelu medycznego, któ-

ry niejednokrotnie nieetycznie udzielał świadczeń osobom pozbawionym wolności, a także ze złego zarządzania opieką medyczną. Przepisy brytyjskie nakazują badanie lekarskie każdej osoby przyjmowanej do zakładu karnego w ciągu 24 godzin. W badaniach ankietowych 85,9% osadzonych deklarowało, że byli przebadani przez lekarza. Ponadto podobna ilość ankietowanych (84,9%) czuła się swobodnie i otrzymała możliwość podzielenia się swoimi problemami z pielęgniarką lub lekarzem. Były także jednostki ze znacznie niższym odsetkiem zadowolonych z badań wstępnych osób pozbawionych wolności [5].

Powyższe badania [5], jak i kolejne z 2003 r. [6] wskazują na znaczny odsetek osób pozbawionych wolności z zaburzeniami psychicznymi, znacznie wyższy niż w populacji ogólnej – tylko jeden z dziesięciu osadzonych nie wykazywał cech zaburzeń psychicznych. 70% przypadków to współwystępowanie co najmniej dwóch zaburzeń psychicznych. Dlatego główny problem, z którym borykają się zakłady penitencjarne, to długi czas oczekiwania na przeniesienie osadzonego w ostrym stadium choroby psychicznej do pozawięziennego szpitala psychiatrycznego. Przyczynami takiej sytuacji w brytyjskich więzieniach są błędnie zdiagnozowani osadzeni oraz wzrastająca liczba osób pozbawionych wolności z zaburzeniami psychicznymi potrzebujących leczenia specjalistycznego. Sugerowano, że opóźnienia w transporcie osadzonych są skutkiem niewłaściwej ochrony pozawięziennej infrastruktury medycznej, wynikają z obawy przed przeniesieniem „zachowań więzienniczych” osób z chorobami psychicznymi oraz pewności, że szpitale więzienne zapewniają bezpieczeństwo pacjentom z poważnymi chorobami psychicznymi. Kontrolerzy zakładów penitencjarnych wykazali, że ponad 14% wszystkich samobójstw dokonanych w zakładach karnych miało miejsce w szpitalach służby więziennej [6].

Temat opieki medycznej nad osobą pozbawioną wolności w okresie warunkowego zawieszenia

wykonania kary rozważył Stępnik [7]. Przepisy prawne wskazują, że zawieszając wykonanie kary pozbawienia wolności, sąd może wskazać kuratora lub osobę godną zaufania, instytucję albo organizację społeczną, do której obowiązków należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanemu, także w zakresie otrzymania świadczeń medycznych. Ponadto, może zostać nałożony na skazanego w okresie probacji obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu lub rehabilitacyjnemu, dopuszczone jest zobowiązanie sprawcy do innych oddziaływań terapeutycznych. Choć regulacje prawne dotyczące opieki medycznej osób pozbawionych wolności są korzystniejsze dla faktycznie przebywających w zakładach karnych (objęci są prawem do więziennej służby zdrowia), niż osób przebywających pod dozorem probacyjnym kuratora, które muszą korzystać ze świadczeń oferowanych przez powszechną służbę zdrowia. Zadaniem kuratora jest określenie wraz z dozorowanym podopiecznym celowości podejmowania działań prozdrowotnych w okresie próby. Działania te mogą polegać na właściwych świadczeniach medycznych, jak i działaniach z zakresu profilaktyki medycznej. Autor określił zadania kuratorów sądowych z zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad skazanym:

- uzmysłowienie podopiecznemu konieczności troski o własne zdrowie, zwłaszcza związane z badaniami profilaktycznymi
- konsultowanie aspektów prozdrowotnych z podopiecznym oraz instytucjami opieki zdrowotnej
- zarządzanie środkami i wydzielenie części przeznaczanej na ochronę zdrowia skazanego
- koordynowanie spotkań z personelem medycznym
- reorganizowanie społeczności lokalnych w celu integracji podopiecznych mających problemy zdrowotne z tymi społecznościami.

Przedmiotem kontroli, badań oprócz zdrowia psychicznego są problemy somatyczne. Amerykańskie statystyki [8] wskazują, że wskaźnik osób skazanych na karę pozbawienia wolności szybciej wzrasta w grupie kobiet niż mężczyzn. Jednocześnie rozpowszechnienie takich jednostek chorobowych jak zarażenie wirusem HIV, HBV, HCV i innych krwiopochodnych oraz chorób przenoszonych drogą płciową jest częstsze wśród osadzonych kobiet, niż mężczyzn. Uzależnienia przebiegają w sposób bardziej ostry w żeńskich zakładach karnych, w porównaniu do męskich jednostek karnych [8].

Przedstawiciele Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego [9] postawili pytanie o organizację żywienia w wybranym areszcie śledczym i realizację zaleceń żywieniowych osadzonych, co ma oczywisty wpływ na stan zdrowia. Tym bardziej w sytuacji, gdy odnotowywany jest wzrost czę-

stotliwości występowania chorób dietozależnych m.in. otyłości, cukrzycy typu 2, miażdżycy, nadciśnienia tętniczego. Z badań przeprowadzonych w 2012 r. uzyskali wyniki stwierdzające nieprawidłowości w jakości posiłków. Wartość energetyczna posiłków była wyższa niż dzienne zapotrzebowanie kobiet osadzonych, spełniała normy dla osadzonych mężczyzn. Zawartość makroskładników w posiłkach dla osadzonych przekraczała przyjęte normy. Stwierdzono wyższą ilość białka, tłuszczu i węglowodanów w posiłkach dla kobiet. Mężczyźni otrzymywali więcej tłuszczu niż określają to normy. Jednak procentowy udział makroskładników w ładunku energetycznym diety mieścił się w rekomendowanych wartościach. Natomiast posiłki były ubogie w błonnik pokarmowy. Wraz z pokarmami osadzeni przyjmowali więcej niż jest zalecane witamin A, E, B2, B12 oraz składników mineralnych (Na, P, Zn). Ilość witaminy C, folianów oraz składników mineralnych K, Ca, Mg nie zaspokajała dziennego zapotrzebowania osób przebywających w areszcie śledczym. 46,06% osadzonych miało prawidłową masę ciała, u 34,2% stwierdzono nadwagę, a 9,2% osadzonych było otyłych (pozostali nie podali swojej masy ciała). 86,8% badanych zgłosiło wpływ pobytu w areszcie śledczym na ich masę ciała – wzrost masy ciała zauważyło 40,9% tej grupy, a spadek masy ciała wystąpił u 59%. Badacze nie stwierdzili występowania istotnie statystycznej zależności między długością pobytu w areszcie śledczym a zmianą masy ciała i wartością wskaźnika BMI. Korzystnie oceniono stały rozkład posiłków w ciągu dnia, który sprzyja utrzymaniu stałego stężenia glukozy we krwi, perystaltyki jelit oraz prawidłowej masy ciała. Pozytywnie oceniono czas dostarczenia posiłków do osadzonych, co zapewniało właściwą temperaturę spożywanych dań [9].

W Polsce przeprowadzono badania, które miały na celu przedstawienie zjawiska marginalizacji więźniów [10], poczucia alienacji [11] i syndromu agresji [12] wśród osób pozbawionych wolności, ale są to zagadnienia socjologiczne i psychologiczne, co nie jest przedmiotem tego artykułu. Jednak warto wspomnieć te prace, bo przybliżają rzeczywistość instytucji penitencjarnych.

Podsumowując, należy stwierdzić, że opieka medyczna dla osób pozbawionych wolności w Polsce jest ściśle określona prawnie, a zapisy i rekomendacje są realizowane w miarę dostępności zasobów finansowych i ludzkich. Polska Służba Więzienna boryka się z podobnymi problemami, jakie istnieją w zagranicznych instytucjach penitencjarnych. Pobyt w zakładach karnych wpływa na zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne osadzonych. Jakość życia osób pozbawionych wolności (aspekty medyczne, społeczne, psychiczne) tworzy przestrzeń dla badaczy, jak dotąd niewykorzystaną.

Piśmiennictwo

- [1] <http://sjp.pwn.pl/szukaj/zak%C5%82ad%20karny> [dostęp 1.10.2013].
- [2] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. Dz.U. 2012 nr 0, poz. 738.
- [3] <http://sw.gov.pl/pl/o-sluzbie-wieziennej/sluzba-zdrowia-dla-skazanych> [dostęp 28.09.2013].
- [4] <http://www.nik.gov.pl/plik/id,4619,vp,5950.pdf>.
- [5] Reed J, Lyne M. The quality of health care in prison: results of a year's programme of semi-structured inspections. *British Medical Journal*. 1997;315(7120):1420–4.
- [6] Reed J. Mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182:287–288.
- [7] Stępnik P. Opieka nad zdrowiem w warunkach dozoru probacyjnego. W: Skrzypczak J, Żołędź-Strzelczyk D, Cylkowska-Nowak M (red.). *Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2010; 211–222.
- [8] Rich JD, Clarke JG, Adashi EY. Obstetrical and Gynecological Training in the Correctional Setting: Learning to Care for the Most Vulnerable Patients. *Journal of Graduate Medical Education*. 2012;4(3): 387–388.
- [9] Kucharska A, Gronau M, Sińska B, Michota-Katulska E, Zegan M. Ocena realizacji zaleceń żywieniowych dla osób osadzonych na przykładzie wybranego aresztu śledczego. *Prob. Hig Epidemiol*. 2013; 94(4):807–810.
- [10] Pol JD. Marginalizacja więźniów – problem skazanych czy społeczeństwa? W: Marzec-Holka K, Rutkowska A, Joachimowska M. (red.). *Praca socjalna i polityka społeczna – obszary współdziałania wobec wykluczenia społecznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2008, 119–126.
- [11] Klaus-Strożek A. Poczucie alienacji a nasilenie skłonności agresywnych u kobiet osadzonych w zakładach karnych. W: *Przemoc i agresja jako zjawisko społeczne*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej. Warszawa 2003, 375–401.
- [12] Lipiński S. Syndrom agresji u kobiet i mężczyzn osadzonych w zakładach karnych. W: *Przemoc i agresja jako zjawisko społeczne*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej. Warszawa 2003, 402–415.

adres do korespondencji

Joanna Buks
Klinika Zdrowia Matki i Dziecka
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: 502 838 970
e-mail: asia57@tlen.pl

ZACHOWANIA ZDROWOTNE CZŁOWIEKA. TEORIA I PRAKTYKA

HEALTH BEHAVIORS OF MAN. THEORY AND PRACTICE

Beata Matyska

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

Streszczenie

Zachowania zdrowotne są jedną z najważniejszych składowych stylu życia oraz determinantem poziomu zdrowia. W związku z tym powstał intensywnie rozwijający się dział zajmujący się zachowaniami zdrowotnymi. W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji, w których obserwuje się wielość nazw oraz brak pełnej zgodności autorów. W zależności od przyjętej koncepcji oraz wyników badań, eksperci prezentują różne wykazy zachowań wpływających korzystnie lub niekorzystnie na stan zdrowia. Uświadomienie sobie wszystkich problemów w kontekście dbania o zdrowie jest warunkiem do podejmowania działań zmierzających do poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i upowszechnianie prozdrowotnych zachowań w każdej dziedzinie życia ludzkiego.

Słowa kluczowe: zdrowie, choroba, zachowania zdrowotne, czynniki ryzyka.

Summary

Health behaviour is one of the most essential components of man's lifestyle and a determinant of health level. Due to this, a fast-developing health section has been created. There are many definitions in the professional literature, demonstrating multiple terminology and lack of full unanimity among the authors. Depending on the assumed conception as well as research results, experts present various examples of behavior having positive and/or negative influence on health condition. Being aware of all factors regarding health care is vital to take further steps leading to improvement of the society's well-being, along with popularizing pro-health behaviour in every domain of human life.

Key words: health, disease, health behaviour, risk factors.

237

Wstęp

Prawdopodobnie pojawienie się i narastanie chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia, nowotwory, choroby metaboliczne, wypadki stało się powodem szczególnego zainteresowania znaczeniem zachowań zdrowotnych [1].

Zidentyfikowanie zachowań ludzkich, jako wiodącego czynnika stanu zdrowia poszczególnych ludzi i zbiorowości, ukierunkowało współczesną politykę w dziedzinie ochrony zdrowia. Pierwszy krajowy program promocji zdrowia opublikowany został w 1974 roku dla Kanady. Firmowany przez kanadyjskiego ministra zdrowia Loland'a stawiał sprawę zachowań zdrowotnych w centralnym punkcie kanadyjskiego programu rozwoju zdrowia. Pięć lat później podobny program przygotowali Amerykanie. Prawdziwym zwieńczeniem w tej dziedzinie jest program WHO (World Health Organization): *Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku*. Wśród trzydziestu ośmiu celów zapisanych w dokumencie WHO znalazły się dwa, które odnoszą się wprost do zachowań zdrowotnych [4].

W Polsce problematyka zachowań zdrowotnych staje się również aktualna. Alarmujący jest obecny poziom zachorowalności i umieralności z powodu chorób zachowaniозależnych. Dlatego też głównym celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 jest „Poprawa

zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenia nierówności w zdrowiu”, który ma być osiągnięty m.in. poprzez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa. Cele i zadania zwracają z jednej strony uwagę na behawioralne uwarunkowania szeregu chorób cywilizacyjnych, z drugiej zaś na odpowiednią zmianę stylu oraz kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych i eliminację szkodliwych.

Uprościlibyśmy problem stanu zdrowia Polaków, skupiając się jedynie na ludzkich zachowaniach. Z powodu braku rozwoju socjoekonomicznego mamy wiele zaległości w takich obszarach jak warunki sanitarno-higieniczne, warunki mieszkaniowe oraz poziom życia. W Polsce z jednej strony oddziałują na nas czynniki właściwe rozwiniętemu wysoko społeczeństwu, z drugiej zaś mocno obciążające są czynniki właściwe społeczeństwu zacofanym [2].

Uświadomienie sobie wszystkich problemów w kontekście troski o zdrowie jest warunkiem niezbędnym do podejmowania działań zmierzających do w miarę wczesnej eliminacji zagrożeń i optymalizacji życia człowieka. Mając świadomość czynników warunkujących wystąpienie określonych zachowań, można uniknąć, choć nie w każdym przypadku, ich konsekwencji.

Przemiany w obszarze kulturowym, społecznym, typowe dla współczesnego świata, nie ułatwiają nam przyjęcia zdrowego stylu życia. Pomimo, że powstało wiele publikacji i działań, nadal istnieje wiele kontrowersji wokół zachowań zdrowotnych człowieka. Ponieważ wcześniejsze rozważania koncentrują się wokół problemów zdrowia, konieczne wydaje się uściślenie tego pojęcia.

Pojęcie zdrowia

To, co rozumiemy przez zdrowie w dużym stopniu zależy od naszego oglądu świata, rozumienia tajemnic życia, pojmowania człowieka i jego związków z otaczającym środowiskiem.

Człowiek niezajmujący się zawodowo sprawami zdrowia zazwyczaj określa je jako stan braku choroby i dolegliwości. Trudno jednak takie stwierdzenie uznać za wystarczające. Ujęcie zdrowia jako braku objawów choroby i dysfunkcji stawia chorobę w centralnym miejscu, co umożliwia bardziej wykrywanie patologii niż rozpoznawanie zdrowia. W tym modelu, zwanym biomedycznym, zdrowie i choroba są kategoriami rozłącznymi, jest się albo zdrowym albo chorym, nie ma stanów pośrednich [1].

Stan zagrożenia zdrowia pozostaje całkowicie pod kontrolą lekarza, a poza kontrolą podmiotu. Od chorego oczekuje się tylko podporządkowania zaleceniom specjalisty a nie oczekuje się aktywności prozdrowotnej.

Stwierdzenie, że zdrowie jest czymś więcej niż nieobecnością symptomów chorobowych odnosić musi się do jednostki traktowanej całościowo w kontekście uwarunkowań środowiskowych [5]. Tak rozumiane zdrowie nawiązuje do definicji z 1948 roku Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, gdzie zaproponowano pierwszą definicję zdrowia, uwzględniającą trzy obszary funkcjonowania człowieka, ujmując je jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny: „Zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niedomagań” (WHO, 1994).

To klasyczne ujęcie stawia przed praktyką medyczną ogromnie trudne zadanie. Proces leczenia powinien zatem obejmować nie tylko usunięcie dolegliwości somatycznych, ale i zapewnienie jednostce komfortu psychicznego

Inne, nowe propozycje definiowania zdrowia, owszem nawiązujące do definicji WHO, lecz sformułowane są bardziej szczegółowo i dynamicznie.

Po pierwsze zdrowie traktowane jako dyspozycja. W tym podejściu zdrowie z jednej strony jest zasobem warunkującym rozwój człowieka, z drugiej zaś umożliwia stawianie czoła aktualnym wymaganiom. To podejście umożliwia człowiekowi korzystanie ze swego potencjału zdrowotnego, przy czym współcześnie najczęściej ma się na myśli zasoby zdrowotne, tj. takie właściwości

człowieka, grupy i środowiska, które umożliwiają skuteczne radzenie sobie z wymaganiami i obciążeniami życia codziennego [1].

Warto wspomnieć, że na gruncie psychologii ogólnej pojęcie zdrowia występuje jako jedna z wartości. Następuje tu obiektywizacja zdrowia, które jest jakby lokowane na zewnątrz, w tym sensie, że może stać się celem aktywności człowieka. W tej koncepcji zdrowiu nadaje jednostka wartość pozytywną, a jego przeciwieństwu – chorobie – wartość negatywną.

Rozumienie zdrowia jako wartości jest szczególnie przydatne w promocji zdrowia, ponieważ pozwala wyjaśnić, dlaczego ludzie podejmują się działań mających na celu rozwój, poprawę zdrowia, szczególnie gdy jest ono wartością samą w sobie.

Drugie ujęcie określa zdrowie jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu obciążeń, jakie wciąż nakłada na organizm otoczenie. Akcentowany jest tutaj dynamiczny i interakcyjny charakter zdrowia człowieka. Zdrowie jako proces ma określoną dynamikę w czasie i zmienia się w odpowiedzi na zaistniałe zewnętrzne bądź wewnętrzne wymagania. Przyjmuje się, że choroba jest następstwem niewydolności tego procesu. Dochodzi do tego wtedy, kiedy brakuje energii i umiejętności do utrzymania równowagi i harmonii. Atrybutem zdrowia jest zdolność do osiągania integracji względnego stanu równowagi, obejmującego fizyczne i psychiczne wymiary organizmu oraz jego współoddziaływanie ze środowiskiem przyrodniczym [6].

Z pojęciem dynamicznej równowagi wiąże się ujmowanie zdrowia na kontinuum zdrowie – choroba [7], którego jeden kraniec wyznacza przedwczesną śmierć, a drugi optymalny stan zdrowia rozumiany bardzo szeroko. Zdrowie tutaj nie jest stanem, ani stałym zasobem, ale procesem przemieszczania się na kontinuum. Uznanie kontinuum skłania do podjęcia działań prozdrowotnych zanim nastąpi załamanie zdrowia.

To, co wspólne dla obu współczesnych definicji zdrowia to to, że podstawę stanowi złożony i różnorodny zespół czynników zarówno genetycznych, jak i psychospołecznych oraz, że obie uwzględniają złożone relacje między jednostką a otoczeniem.

Ciekawym przykładem koncepcji traktującej zdrowie w szerszym ujęciu jest teoria Antonovsky'ego [8], gdzie zdrowie traktuje się w kontekście zasobów, jakimi dysponuje jednostka, przy czym zasoby odnoszą się zarówno do obszarów somatycznych, jak i psychologicznych człowieka. Stan tych zasobów, zdaniem Antonovsky'ego, zależy od wielu czynników, ale za najistotniejsze uznaje (9):

- poziom społecznego wsparcia wyznaczany przez liczbę bliskich, osobistych związków z otoczeniem

- sposoby korzystania ze strategii radzenia sobie, tj. racjonalność, zmienność w zależności od sytuacji, dalekowzroczność
- poziom identyfikacji z własnym „ego”.

Model ten, zorientowany na zdrowie a nie na patologię, ukierunkowuje proces diagnozowania w oparciu o to co zostało nienaruszone. Stan wszelkich zasobów, zarówno subiektywnych (czy jestem dość silny, aby podnieść ten ciężar) jak i obiektywnych (ciśnienie krwi, EKG) jakimi dysponuje jednostka może być zweryfikowany za pomocą testów.

C.E. Thoresen i J. R. Eagleston, analizując różnorodne definicje jakie można znaleźć w literaturze, wskazują na najważniejsze założenia koncepcji zdrowia:

- jest związane z codziennymi nawykami
- jest czymś więcej niż nieobecnością fizjologicznych objawów patologicznych
- zdrowie mieści się na dynamicznym kontinuum rozciągającym się w czasie, zależne od uwarunkowań zewnętrznych i wewnętrznych
- załamanie następuje przy braku energii i/lub braku zdolności zaspokojenie wymagań [9].

Należy zwrócić uwagę na fakt, że mimo przypisywaniu zdrowiu wysokiej pozycji w hierarchii wartości, wielu ludzi nie robi nic, aby to zdrowie utrzymać, a co gorsza – ewidentnie mu szkodzi. Aby odpowiedzieć na pytanie, dlaczego ludzie, mając możliwość wyboru, prezentują takie właśnie zachowania, należy sięgnąć do problematyki specyfiki zachowań zdrowotnych.

Pojęcie zachowań zdrowotnych

W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji zachowań zdrowotnych, w których można zaobserwować wielość nazw, ich zróżnicowanie, nadmierną dowolność w posługiwaniu się nimi oraz brak pełnej zgodności autorów co do znaczenia treściowego pojęcia. Według Krzysztofa Puchalskiego „pojęcie określone jako zachowania zdrowotne kryje w sobie tak wielką złożoność i różnorodność treści, że trudno uchwycić wspólny dla wszystkich jego znaczeń sens pojęciowy” [14].

W literaturze można znaleźć szereg opisów, ale mimo że przyjmują one różne określenia, tworzą wspólną kategorię zwaną właśnie „zachowaniami zdrowotnymi”. Najczęściej spotykane to:

- pozytywne praktyki zdrowotne/negatywne praktyki zdrowotne
- zachowania zdrowotne/zachowania chorobowe
- zachowania użyteczne/zachowania szkodliwe
- ochraniające zachowania zdrowotne/zagrażające zachowania zdrowotne.

Lista ta nie wyczerpuje oczywiście wszystkich określeń jakie można znaleźć w literaturze [10].

Pozytywne praktyki zdrowotne prowadzą bezpośrednio do utrzymania zdrowia, zaś negatywne do zakłóceń w funkcjonowaniu organizmu. S.V.

Kasl i S. Cobb dokonali podziału na zachowania zdrowotne, uważając te za jakąkolwiek aktywność podejmowaną przez jednostkę w celu bycia zdrowym, zanim pojawią się symptomy choroby oraz zachowania chorobowe, definiując je jako aktywność podejmowaną w momencie wystąpienia już objawów choroby w celu znalezienia pomocy [11].

Pozostałe typy zachowań różnią się tylko nazwami, interpretacja autorów jest bowiem bardzo podobna. W takich podziałach widzimy duży stopień ogólności i na ich podstawie trudno klasyfikować różnorodne działania jednostki skierowane na zdrowie [10].

I. Heszen-Klemens używa pojęcia „działania zdrowotne”, gdzie formy aktywności celowej obejmują działania profilaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne [12].

E. Kasperek wprowadza podział zachowań ze względu na skutek do jakiego prowadzą [13]:

- zachowania antyzdrowotne, tj. szkodliwe dla zdrowia
- zachowania prozdrowotne, które według autorki rozprujemy w trzech kategoriach działań odnoszących się do:
 - zachowań ratowniczych, których celem jest odzyskanie zdrowia, np. korzystanie z usług służby zdrowia
 - działań promocyjnych, których celem jest poprawa zdrowia, np. radzenie sobie ze stresem
 - ochrony zdrowia, której celem jest utrzymanie zdrowia, np. higiena żywienia.

Porządkując obszerną wiedzę z zakresu psychologii zdrowia, J. Heszen i H. Sęk wprowadzają następujący podział zachowań zdrowotnych wobec zdrowia [1]:

- podejście funkcjonalne, skutkowe – w tej kategorii wymienia się dwie klasy zachowań: zdrowotne i antyzdrowotne. Istotne są tutaj skutki dla zdrowia
- podejście celowe – w tej kategorii zachowania zdrowotne rozumie się jako czynności celowo ukierunkowane na zdrowie. Podejście to jest bardziej złożone, ponieważ istotną rolę odgrywają tutaj przekonania jednostki o znaczeniu zachowań zdrowotnych dla zdrowia. Przekonania te mogą mieć różne powiązania z doświadczeniem człowieka, jego wiedzą oraz aktualnym stanem zdrowia.

K. Puchalski łączy oba te podejścia celowościowe i funkcjonalne [1]). Według niego: „wybrane przez obserwatora lub (i) podmiot działania wybrane zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonania potocznych danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy” [1, s. 59].

Uwarunkowania zachowań zdrowotnych

Zazwyczaj trudno określić, jakie czynniki decydują o charakterze zachowaniach zdrowotnych. Zrozumienie przyczyn ich różnorodności możliwe będzie wtedy, jeśli poddamy analizie czynniki, które warunkują te zachowania.

Czynniki te można podzielić na dwie grupy [10]:

- 1) związane z jednostką, osobowościowe
- 2) związane z otoczeniem, środowiskowe

Ad 1. W literaturze do najczęstszych czynników osobowościowych, które wpływają na kształtowanie się zachowań zdrowotnych należą:

- rodzaj kontroli – jeżeli wydarzenia jednostka uznaje za konsekwencje własnych działań, to określamy rodzaj sprawowanej kontroli jako wewnętrzny, jeśli jednak uznaje je za niemające związku z jej własnym zachowaniem jako zewnętrzną kontrolę. Teoretycznie można spodziewać się, że ludzie z kontrolą wewnętrzną, dlatego iż czują się odpowiedzialni za własne życie, będą bardziej skłonni, aby poszerzać swoją wiedzę na temat zdrowia [15]. W badaniach empirycznych B. Stricklanda uzyskano potwierdzenie tych przewidywań, np. ludzie z wewnętrznym poczuciem kontroli osiągają lepsze wyniki w działaniach zmierzających do obniżenia wagi [16]
- samoocena – J. G. Bruhn [17] przedstawił teoretyczne związki pomiędzy samooceną a zdrowiem. Swą koncepcję stworzył na bazie teorii Eriksona, stwierdzając, że wysoka samoocena pozwala jednostce na znajdowanie najlepszych rozwiązań i stosowanie osiągniętych efektów w celu ochrony zdrowia [17]
- wykształcenie – wraz ze wzrostem wykształcenia można zauważyć, że skłonność do korzystania z pomocy medycznej zależy od charakteru dolegliwości. Ponadto ludzie z wyższym wykształceniem korzystają z opieki służb medycznych również w celach profilaktycznych [18]

Ad 2. Człowiek istnieje, żyje, działa w określonym środowisku. W zależności od rodzaju elementów otoczenia oraz związków, jakie łączą z nimi jednostkę, możemy wyróżnić następujące rodzaje środowiska: fizyczne, biologiczne oraz środowisko społeczne: miejskie, wiejskie, rodzinne, szkolne, zawodowe.

Za jeden z przejawów dbałości o zdrowie uważa się częstość korzystania z pomocy instytucji medycznych. Z badań przeprowadzonych w Warszawie i na kilku polskich wsiach (miejsce zamieszkania traktowane jako przynależność do grupy terytorialnej) wynika, że w ciągu ostatnich 2 lat nie było u lekarza wcale lub tylko raz 23,9% kobiet zamieszkających w mieście i ponad 50% kobiet mieszkających na wsi (18). Oczywiście należy wziąć pod uwagę, że na wyniki te

może mieć wpływ dostępność do placówek służby zdrowia.

W rozważaniach na temat czynników środowiskowych nie sposób pominąć czynników kulturowych. Istotnym elementem kultury jest dominujący system wartości i usytuowanie w nim zdrowia. Wysoka pozycja zdrowia w hierarchii społecznej wartości ma również wpływ na działanie systemu opieki zdrowotnej. Taki system opiera się nie tylko na eliminacji choroby, ale na uruchamianiu takich mechanizmów, które będą skłaniać społeczeństwo do profilaktyki i ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Zdrowie i choroby są w znacznym stopniu uwarunkowane zachowaniem człowieka. Mimo braku zgodności autorów, różnorodność interpretacji analizowanego pojęcia wzbogaca i warunkuje rozwój wiedzy wykorzystywanej w profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Dlatego najlepszą strategią zmierzającą do poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest promowanie zdrowotnych zachowań w każdej dziedzinie życia ludzkiego.

Piśmiennictwo

- [1] Heszen I, Sęk H. Behavioralne uwarunkowania zdrowia i choroby. W: Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa, PWN, 2007:90–104.
- [2] Gniazdowski A. Zachowania zdrowotne. Strategiczny problem ochrony zdrowia. W: Gniazdowski A. Zachowania zdrowotne. Łódź, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, 1990:16–22.
- [3] Słońska Z, Misiuna M. Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. W: Heszen I, Sęk H. (red.). Psychologia zdrowia. Warszawa, PWN, 1993.
- [4] Cele i zadania polskiego programu Zdrowie dla wszystkich w roku 2000. Rządowa Komisja do opracowania Raportu ZDW 2000. Warszawa, 1985.
- [5] Davidson GC, Neale JM. Abnormal psychology: An Experimental Clinical Approach. New York, John Wiley, 1974.
- [6] Dolińska-Zygmunt G. Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001.
- [7] Sheridan CL, Radmacher SA. Definiowanie zdrowia i terminów pokrewnych. W: Sheridan CL, Radmacher SA. (red.). Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa Instytut Psychologii Zdrowia. PTP. 1998;7–9.
- [8] Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
- [9] Thoresen CE, Eagleston JR. Counseling for Health. The counseling psychologist. 1985;11:15–87.
- [10] Skommer M, Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Bartkowiak G. (red.). Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia, teoria i praktyka. Wydawnictwo Naukowe UM, Poznań; 2008;11–29.
- [11] Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. Archives of Environmental Health. 1966;12:246–266.

- [12] Heszen-Klemens I. Psychologia medyczna. Główne kierunki badań. Uniwersytet Śląski, Katowice, 1983.
- [13] Kasperek E. Zachowania prozdrowotne nauczycieli. G&P Oficyna Wydawnicza, Poznań, 1999.
- [14] Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia, W: Gniazdowski A. Zachowania zdrowotne. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź, 1990;16–22.
- [15] Srickland BR. Internal-External Expectancies and health-related behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1978;146:1192–1211.
- [16] Balch B, Ross AW. Predicting success in weight reduction as a function of locus of control: A unidimensional approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1975;143.
- [17] Bruhn JG, Cordova FD. A developmental approach to learning wellness behavior. Part I: Infancy to early adolescence. Health Values. 1977;246–254.
- [18] Ostrowska A. Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego. Ossolineum, Wrocław–Warszawa, 1975.

adres do korespondencji

Beata Matyska
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna
ul. Willowa 2, 43-309 Bielsko-Biała
tel.: 603 809 157
e-mail: beata.matyska@gmail.com

ZNACZENIE KSZTAŁCENIA PERSONELU EWIDENCYJNEGO W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

THE IMPORTANCE OF EDUCATION STAFF MUSTER IN A MEDICAL FACILITY

Erwin Strzesak¹, Sylwia Zygmunt², Katarzyna Milejczak²

¹ Katedra i Zakład Elektryoradiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu

Streszczenie

Finansowanie ochrony zdrowia zmieniało się na przestrzeni lat i doprowadziło do sytuacji konieczności wprowadzenia zmian w zakresie podejścia personelu do tego zagadnienia. Pojawiła się potrzeba posiadania odpowiedniej wiedzy do prawidłowego procesu ewidencyjnego. W Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu, w powyższym celu oraz by zmniejszyć prawdopodobieństwo występowania błędów podczas sprawozdawania świadczeń do Narodowego Funduszu Zdrowia, rozpoczęto przeprowadzanie cyklicznych szkoleń dla personelu odpowiedzialnego za ewidencję świadczeń. Wprowadzony został również obowiązek raportowania błędów, które pojawiają się w raportach statystyczno-medycznych, tak przed wysłaniem, jak też po weryfikacji przez płatnika. Prowadzona liczbowo kontrola błędów w latach 2012–2013 wykazała tendencję spadkową, co pozwala mieć nadzieję, iż przy stałym szkoleniu personelu zostanie osiągnięty cel w postaci bezbłędnej ewidencji świadczeń.

Słowa kluczowe: personel medyczny, świadczenia, ewidencja, sprawozdawanie, szkolenia.

Summary

Financing of health care has changed over the years and has led to the situation of the need to introduce changes in the staff approach to this issue. There is a need to have adequate knowledge to properly process a registration. In Poland Cancer Centre in Poznan, in the above order, and to reduce the likelihood of errors during the reporting services to the National Health Fund, began to hold regular training for personnel responsible for records of benefits. Introduced was also obliged to report errors that appear in the medical statistical reports, so before sending, as well as after verification by the payer. Conducted numerical error control in recent years: 2012–2013, showed a downward trend which lets hope that at constant personnel training goal will be achieved as a flawless record of benefits.

Key words: medical staff, benefits, records, reporting, training.

Wstęp

Zmiana finansowania ochrony zdrowia, która miała miejsce w 1999 roku polegała na przejściu z systemu budżetowego w ubezpieczeniowy [1, 2]. Autorzy licznych opracowań podkreślają znaczenie wyodrębnienia składki zdrowotnej, utworzenia odrębnej puli środków przeznaczonych na ochronę zdrowia oraz powiązanie wielkości przychodów placówki medycznej z ilością i zakresem udzielanych tam świadczeń medycznych. Rzadko uważa się, że budżetowe finansowanie ochrony zdrowia było komfortowe dla placówek medycznych, bo nie zmuszało ich do starannego ewidencjonowania udzielanych świadczeń. Istniały oczywiście zadania statystyki publicznej w zakresie ochrony zdrowia, ale obejmowały one tylko ogólne informacje o zakresie udzielanych świadczeń i ich liczbie. Jednocześnie ewidentne błędy w statystyce, polegające na niezgodnym z rzeczywistością opisanym działalności placówki medycznej, nie przekładały się na wielkość przychodów. Karta MZ Szp-11 wypełniana była tylko dla co 10 pacjenta [3]. Po 1999 roku idea płacenia w ochronie zdro-

wia uległa przeobrażeniu w kierunku rynkowym. Przychody powiązane zostały z liczbą i zakresem udzielanych świadczeń. Zasady płatności zmieniały się od prostych płatności za hospitalizacje 1, 2, 3 i więcej „dniowe” do aktualnie obowiązującego modelu case-mix. Ponad 50 miesięcy obowiązywania systemu JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów) [4] to ponad 100 raportów statystyczno-medycznych wysłanych do płatnika (2 razy w miesiącu), zweryfikowanych, poprawionych i rozliczonych. Każdy z tych raportów niesie informacje o niedostatkach w zakresie ewidencji danych i skutkuje tylko jednym: zmniejszeniem przychodów.

W Wielkopolskim Centrum Onkologii (WCO) wprowadzony został obowiązek raportowania błędów, które pojawiają się w raportach statystyczno-medycznych, zarówno przed wysłaniem do płatnika, jak i po weryfikacji w NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia). Raportowanie to wykonywane jest w cyklu miesięcznym i obejmuje spis błędów wraz z ich liczbą. Pierwsze raporty zostały wykonane jeszcze przed wdrożeniem JGP, ujawniły

one stopień nieprzygotowania personelu zajmującego się ewidencją w placówkach medycznych do skomplikowanego zadania, które determinuje wysokość przychodów szpitala. Pojawiła się potrzeba posiadania wiedzy niezbędnej do prawidłowego procesu ewidencyjnego. Rozpoczęto cykl szkoleń wraz z testami wiadomości po ich zakończeniu.

Szkolenia obejmowały: wiadomości potrzebne do prawidłowego przyjęcia pacjenta do placówki medycznej, wiadomości potrzebne do prawidłowego ewidencjonowania wykonywanych procedur medycznych w trakcie leczenia oraz wiadomości potrzebne do prawidłowego sporządzenia dokumentu związanego z zakończeniem udzielania świadczeń, a następnie z ich rozliczeniem. Po zakończonym szkoleniu personel zajmujący się ewidencją świadczeń zobowiązany jest do poddania się sprawdzianowi wiedzy w postaci testu.

Przykładowe pytania testowe przedstawiono poniżej.

1. Skierowanie do poradni specjalistycznej może wystawić:
 - a) lekarz POZ
 - b) lekarz z prywatnego gabinetu
 - c) tylko lekarz specjalista
 - d) tylko odpowiedzi „b” i „c” są prawidłowe.
2. Pacjent zgłaszający się ze skierowaniem do szpitala w trybie planowym:
 - a) może być natychmiast przyjęty, jeśli są wolne miejsca w oddziale
 - b) musi być natychmiast przyjęty, nawet jeśli wszystkie łóżka są zajęte
 - c) może być umieszczony na liście oczekujących i poinformowany o terminie przyjęcia
 - d) jeśli w szpitalu nie ma wolnych miejsc, musi być przewieziony transportem sanitarnym do innego szpitala.
3. Pacjent przewieziony z innej placówki medycznej do tutejszego szpitala w celu wykonania badania diagnostycznego musi posiadać:
 - a) skierowanie do poradni
 - b) skierowanie do oddziału
 - c) skierowanie do badania diagnostycznego i potwierdzenie zapłaty za świadczenie
 - d) dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne.
4. W przypadku dyskwalifikacji z podania chemioterapii i ewidencji jedynie kodu procedu-

ry 5.08.05.00000002 w rozpoznaniach należy wpisać:

- a) tylko rozpoznanie główne (zasadnicze), np.: C50.9 [5]
 - b) tylko rozpoznanie Z51.1 – Inna opieka medyczna – Cykle chemioterapii nowotworów
 - c) tylko rozpoznanie zasadnicze, np.: C50.9 oraz rozpoznanie Z51.1 – Inna opieka medyczna – Cykle chemioterapii nowotworów
 - d) tylko rozpoznanie C50.9 i rozpoznanie określające powód dyskwalifikacji z podania.
5. W przypadku wykonania procedury związanej z założeniem kontaktu centralnego należy zaewidencjonować:
 - a) procedurę ICD9 CM 86.07, procedurę rozliczeniową 5.53.01.0000035
 - b) procedurę ICD9 CM 100.62, procedurę rozliczeniową 5.53.01.0001445
 - c) procedurę ICD9 CM 99.04, procedurę rozliczeniową 5.53.01.0000940
 - d) procedurę ICD9 CM 100.62, procedurę rozliczeniową 5.53.01.0000035.

Prowadzona liczbowo kontrola błędów w latach 2011–2013 wskazuje na ich zmniejszającą się liczbę, pomimo włączenia przez płatnika kolejnych progów weryfikacji raportów lub zmianę sposobu rozliczania.

Oznacza to, że jakiś dotychczas nie analizowany parametr zostaje włączony do mechanizmu weryfikacji i ujawnia to błędy albo tak jak w 2011 roku zmieniony zostaje sposób rozliczania świadczeń i wprowadzenie JGP do AOS (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna).

Kształcenie personelu, mimo że związane jest z pewnymi kosztami szkoleniowymi, prowadzi do zwiększenia kompetencji tego personelu, a co za tym idzie: do przyspieszenia wykonywanych czynności i ich bezbłędności.

Piśmiennictwo

- [1] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
- [2] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- [3] Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej.
- [4] Zarządzenie Prezesa NFZ 89/2013/DSOZ.
- [5] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Kategorie 3-znakowe, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000 r.

adres do korespondencji

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel.: 61 885 08 72
fax: 61 885 07 08
e-mail: erwin.strzesak@wco.pl

GOSPODARKA HORMONALNA W OKRESIE CIĄŻY

ENDOCRINE SYSTEM DURING PREGNANCY

Żaneta Dobińska

Położna Oddziału Ginekologii Onkologicznej
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Artykuł stanowi próbę ukazania przemian hormonalnych i ich roli w rozwoju ciąży poprzez przegląd i krótką charakterystykę hormonów biorących bezpośredni udział w powstawaniu i rozwoju nowego życia. Omówiono udział hormonów w momencie zapłodnienia i zagnieżdżenia zarodka, ciążowe zmiany ogólnoustrojowe, warunkowane zmianami hormonalnymi, a także patologie ciążowe, wynikające z zaburzeń gospodarki hormonalnej.

Słowa kluczowe: hormony, ciąża, gospodarka hormonalna.

Summary

The article attempts at describing hormonal changes and their role in pregnancy by means of a short characteristic of the hormones taking part directly in appearance and development of a new life. It discusses the participation of hormones in the process of fertilization and implantation of the embryo, systemic changes caused by hormonal changes during pregnancy as well as pregnancy pathologies resulting from hormone level disorders.

Key words: hormones, pregnancy, endocrine system.

Wprowadzenie

Mówi się o ciąży, że jest stanem odmiennym. Tę odmienność można określać za pomocą różnych wskaźników – wśród nich bardzo istotne z punktu widzenia fizjologii są zmiany poziomu hormonów, przy czym w tym okresie organizm kobiety produkuje cały szereg hormonów specyficznych. Poza ciążą pojawiają się one jedynie w stanach patologicznych, wskazujących na istnienie nowotworów narządów płciowych i ewentualnych ich dalszych przerzutów.

W organizmie ciężarnej hormony m.in. zawiadują prawidłowym funkcjonowaniem ciała, wpływając zarazem na stan psychiki. Wysokie czy niskie ciśnienie, dotlenienie lub jego brak, ból, uniesienie, przygnębienie, radość – wszystkie te stany zależne są od poziomu hormonów. Zarówno przed zajściem kobiety w ciążę, jak i w trakcie jej rozwoju hormony wywołują całą kaskadę biofizykochemicznych przemian ustrojowych. Stanowią podstawę prawidłowego funkcjonowania organizmu kobiety ciężarnej i prawidłowego rozwoju zapłodnionej komórki jajowej oraz jej implantacji, a następnie rozwoju zarodka i płodu. Dlatego mówiąc o fizjologicznym aspekcie ciąży, warto odnieść się do zmian w gospodarce hormonalnej. Dla ukazania problemu w niniejszym artykule posłużono się metodą analizy danych, zawartych w tekstach źródłowych, redagowanych przez uznanych polskich lekarzy i naukowców: G.H. Bręborowicza, G. Rajtar-Cynke, T. Pisarskiego. Celem pracy jest ukazanie zmian w gospodarce hormo-

nalnej w okresie ciąży, ze szczególnym podkreśleniem faktu, że właśnie płaszczyzna zmian hormonalnych jest jedną z pierwszych i podstawowych spośród wielu innych płaszczyzn życia.

Przeгляд hormonów wpływających na pomyślny rozwój ciąży

Hormony podwzgórza (neurohormony) wpływają bezpośrednio na *przedni płat przysadki*, który z kolei wydziela tzw. hormony tropowe:

- *somatotropina* (STH), hormon nieposiadający gruczołu docelowego; działa ogólnie, pobudzając do wzrostu komórki i tkanki ciała (czynniki pośredniczące w tym procesie, *somatomedyny*, produkowane są w wątrobie i innych tkankach); somatotropina nasila resorbcję wapnia i fosforu w jelitach, a także działa metabolicznie, wpływając na gospodarkę białkową, węglowodanową i tłuszczową; jako hormon anaboliczny stymuluje syntezę białka i syntezę kwasów nukleinowych [1, 2]; niestety, działa też diabetogennie, podnosząc poziom glukozy we krwi i prowadząc do zmniejszonego wykorzystania glukozy w tkankach obwodowych przy zwiększonej glukogenezie w wątrobie; powoduje też uwalnianie wolnych kwasów tłuszczowych [1, 3] i glicerolu
- *tyreotropina* (TSH), hormon pobudzający tarczycę: na osi podwzgórze–przysadka mózgowo–gruczoł tarczowy zachodzi tzw. ujemne sprzężenie zwrotne

- *kortykotropina* (ACTH) posiada bezpośredni wpływ na wydzielanie i syntezę hormonów kory nadnerczy
- *prolaktyna*, produkowana stale, znacząco wpływa na gruczoły mleczne i ich wydzielanie podczas okresu laktacji; produkcję hormonu stymulują estrogeny i odruch ssania; hamuje dopamina; prolaktyna, z kolei, pobudza wzrost ciała żółtego i produkcję progesteronu, a w nadmiarze hamuje wydzielanie *gonadotropin*, co prowadzi do zaniku miesiączki; nadmiar prolaktyny (hypertyreoza) wykazuje też działanie antyowulacyjne
- *gonadotropiny*, do których należy FSH i LH, warunkują rozwój i prawidłowe działanie gonad; FSH u kobiet stymuluje wzrost i rozwój pęcherzyków Graafa, u mężczyzn – powstawanie plemników; LH u kobiet pobudza wydzielanie estradiolu, dojrzewanie i pęknięcie pęcherzyka Graafa, wytwarzanie ciała żółtego i wydzielanie przez nie progesteronu; u mężczyzn pobudza wydzielanie testosteronu.

W części pośredniej przysadki produkowana jest *melanotropina*, która pobudza melanocyty skóry do syntezy i odkładania melaniny [1, 2, 6]. Część tylna przysadki wydziela takie hormony, jak:

- *oksytocyna*, której wzrost wydzielania przypada na okres porodu, karmienia piersią oraz połogu; oksytocyna pobudza syntezę prostoglandyn w mięśniu macicy, powodując jej skurcze, a także kurczenie się komórek sutka – w ten sposób doprowadza do wypływu mleka; podczas porodu oksytocyna bierze udział w dodatnim sprzężeniu zwrotnym, sprzyjającym zaistniałej sytuacji
- *wazopresyna*, której działanie doprowadza do rozcieńczenia krwi przy jednoczesnym wzroście jej objętości, a zarazem wzroście ciśnienia; hormon ma także zdolność kurczenia naczyń krwionośnych, co prowadzi do podwyższenia ciśnienia krwi.

Produkcja hormonów odbywa się także w tarczycy. Tu produkowane są m.in. T_3 / T_4 i *kalcytonina*, których wydzielanie podlega zjawisku ujemnego sprzężenia zwrotnego. Wpływają one na ogólną przemianę materii, a przez to na każdy narząd organizmu i każdą tkankę. Nadmiar wydzielanych hormonów tarczycy (działanie katoboliczne) prowadzi do hypertyreozy objawiającej się tachykardią, potliwością, nerwowością, nasileniem spalania węglowodanów, tłuszczów, białka, czego konsekwencją może być wyniszczenie organizmu.

W przytarczycach natomiast znajduje się *parahormon*, który zapewnia odpowiedni stały poziom wapnia we krwi, kontrolując jego gospodarkę i warunkując prawidłowe funkcjonowanie nerwo-mięśniowe; ma też wpływ na krzepnięcie krwi (większa poziom wapnia we krwi, uwalniająco

z kości). Antagonistycznie zadziała tu *kalcytonina*, a synergistycznie witamina D_3 .

Tzw. wyspy β -Langerhansa znajdujące się w trzustce wydzielają *insulinę* w odpowiedzi na podwyższony poziom glukozy we krwi oraz powodują jej przejście do komórki i uzyskanie tam z niej energii. Zwiększenie wydzielania insuliny „prowokować” będą także aminokwasy, środki pobudzające układ β -adrenergiczny, pośrednio też somatotropina, glikokortykoidy i glukagon (antagonista insuliny, wydzielany przez komórki trzustki); z kolei *adrenalina* będzie hamowała insulinę w czasie stresu, a pobudzała glikogenezę, podobnie – *noradrenalina*. Niedobór insuliny prowadzi do wystąpienia cukrzycy, objawiającej się wielomoczem, osłabieniem, sennością, zapachem acetonu z ust. Gdy poziom glukozy we krwi przekroczy poziom nerkowy, glukoza zaczyna być wydalana z moczem [1, 6]. Komórka zużywa wówczas zapasy glukozy, a następnie tłuszcze, które ulegają lipolizie – jej skutkiem jest powstawanie szkodliwych metabolitów i zatrucie organizmu poprzez fragmenty dwu-węglowe, przekształcone do ciał ketonowych. Powstaje aceton, acetoocotan i β -hydroksymaślan, zakwaszające organizm. W praktyce medycznej wyróżnia się cukrzycę typu 1, objawiającą się destrukcją komórek β (cukrzyca insulinozależna) i cukrzycę typu 2, która objawia się insulinoopornością i jest charakterystyczna dla ludzi w starszym wieku oraz osób otyłych. Cukrzyca wystąpić może także u kobiety ciężarnej (cukrzyca ciążowa) i nawrócić nawet po kilkunastu latach. Jest niebezpieczna dla rozwoju zapłodnionej komórki jajowej, następnie płodu. Jej objawy to: nadwaga płodu (powyżej 4000 g), liczne jego wady, opóźnienie ogólnego rozwoju, a także uszkodzenia tkanek podczas porodu (dotyczy to zarówno dziecka, jak i rodzącej). Dla rozpoznania cukrzycy przeprowadza się test przesiewowy między 24. a 28. tygodniem ciąży. Skutkiem nieleczonej cukrzycy mogą być: poronienia, wady rozwojowe płodu, wady budowy łożyska, porody przedwczesne, zgony wewnątrzmaciczne, kardiomiopatia jako następstwo zaburzeń oddychania płodu [1, 2, 3].

Wśród hormonów nadnerczy wskazać należy przede wszystkim substancje produkowane przez korę nadnerczy: *mineralokortykoidy*, z których najważniejszy to *aldosteron*, współzawiadujący gospodarką wodno-elektrolitową organizmu. Zatrzymuje on sód, a wraz z nim wodę, co prowadzi do podwyższenia ciśnienia krwi i zatrzymania produkcji reniny w aparacie przykłębkowym nerki [2, 6].

Wśród *glikokortykosteroidów*, hormonów syntezowanych z cholesterolu, wymienić należy *kortyzol* (jeden z najważniejszych hormonów, pomagających utrzymać homeostazę w organizmie) oraz *kortyzon*. Są one nazywane hormonami stresu, bowiem ich sekrecję pobudza stres; podczas

ciąży, a także przy stosowaniu środków antykoncepcyjnych ilość kortyzolu zwiększa się. Glikokortykosteroidy katabolicznie wpływają na białka, szczególnie białka mięśni i tkanki łącznej, powodują wzrost uwalniania aminokwasów i wolnych aminokwasów, które ulegają przemianie w glukozę, co prowadzi do podwyższenia poziomu glukozy we krwi, a nawet do cukrzycy; w wątrobie natomiast glikokortykosteroidy nasilają glukoneogenezę i gromadzą białka, a także stymulują syntezę glikogenu; poza tym powodują szybsze spalanie aminokwasów. Hormony z grupy glikokortykosteroidów posiadają działanie przeciwzapalne, przeciwwysięgowe oraz immunosupresyjne [2, 3, 6]; jednak ich nadmiar może doprowadzić do osteoporozy, wrzodów żołądka, cukrzycy, zaburzeń miesiączkowania, nadciśnienia tętniczego, otyłości, zaburzeń psychicznych, a także grozi utratą ciąży lub występowaniem bardzo poważnych, ciężkich wad płodu.

Adrenalina syntezowana jest przez komórki rdzenia nadnerczy i komórki zwojów nerwowych [1, 2, 6]; wraz z *tyraminą* i *dopaminą* jest pochodną tyrozyny. Powstaje z *noradrenaliny*, posiada działanie metaboliczne oraz pobudza do pracy mięsień sercowy, kurcząc obwodowe naczynia krwionośne, przez co podnosi ciśnienie krwi; stymuluje glikogenezę w wątrobie i mięśniach szkieletowych [1], powodując wzrost poziomu glukozy we krwi; uwalnia kwasy tłuszczowe, które dostarczają energii; hamuje wydzielanie insuliny, co w dalszym procesie dostarcza energię dla centralnego układu nerwowego.

Kolejna grupa hormonów to hormony płciowe. *Gonadoliberyna* podwzgórzowa pobudza sekrecję przysadkowych *LH* oraz *FSH* (*gonadotropin*), uwalniających się w sposób pulsacyjny: u mężczyzn dobowy; u kobiet przez cały okres rozrodczy również w rytmie dobowym, ale zależnym od fazy cyklu miesiączkowego [1, 2, 4, 6]. *Androgeny* (testosteron, 5 α -dihydrotestosteron) wytwarzane są w gonadach, a także, w mniejszych ilościach, w nadnerczach i tkance tłuszczowej. Utrzymują m.in. libido, jednak ich nadmiar prowadzi do wirylizacji. *Estrogeny* (estron, estradiol i estriol) powstają w jajnikach i łożysku podczas ciąży oraz we wspomnianych wyżej nadnerczach i tkance tłuszczowej. *Estradiol* to hormon dominujący w całym cyklu miesiączkowym. Odgrywa jedną z kluczowych ról w procesie dojrzewania, powoduje wzrost macy, sromu, gruczołów piersiowych [3, 4], sprzyjając kształtowaniu kobiecej sylwetki, pobudzając libido, świadomość kobiecości, pociąg do płci przeciwnej, radość, zadowolenie, chęć do życia. W dojrzałości płciowej przygotowuje do rozrodu, zapłodnienia, a także współdziała w utrzymaniu ciąży. W komórkach pęcherzyka owulacyjnego pod wpływem *LH* dokonuje się tworzenie „prekursorów” estra-

diolu – androsteronu i testosteronu. Następnie przechodzą one do komórek ziarnistych, gdzie ulegają przeistoczeniu w estriol i estradiol. Tuż przed owulacją komórki ziarniste, stymulowane przez *LH*, syntezują *progesteron*. Wzrost poziomu estradiolu powoduje wzrost pH śluzu szyjkowego; wraz z tym śluz staje się obfitszy, jego struktura ułatwia drogę plemnikom do komórki jajowej. Gdy nadchodzi faza folikularna, estradiol zaczyna pobudzać syntezę *LH* [1, 5, 6], które zapoczątkowuje owulację. Estrogeny stosuje się leczniczo przy przedwczesnym wygasaniu czynności jajników, zaburzeniach cykli miesięczkowych, w niektórych postaciach raka sutka; rozszerzają one naczynia i w ten sposób obniżają ciśnienie krwi. Udowodniono, iż opóźniają rozwój miażdżycy, choroby Alzheimera, osteoporozy; zwiększają frakcję HDL, a zmniejszają LDL, łagodzą objawy depresji. Niestety powodują również tworzenie się mięśniaków, rozwój raka endometrium, przyrost masy ciała. Mogą upośledzać pracę wątroby, prowadząc do niedokrwistości, oraz zwiększać syntezę wątrobowych czynników krzepnięcia krwi. Bezwzględny przeciwwskazaniem do stosowania estrogenów są: ciąża, endometrioza, rak sutka (do 5 lat po menopauzie), mięśniaki, włókniaki.

Innym hormonem płciowym, niezbędnym do utrzymania w ciąży jest *progesteron*. W cyklu miesięczkowym *progesteron* wytwarzany jest przez ciało żółte, podczas ciąży (do 12. tygodnia) – głównie przez łożysko i (w niewielkich ilościach) korę nadnerczy. Hormon podwyższa temperaturę ciała, obniża napięcie mięśniowe, działa synergistycznie z estradiolem na gruczoł sutkowy [3, 4, 5]. Stosowany jest w niektórych przypadkach zaburzenia cyklu miesięczkowego, w zagrożeniu poronieniem, leczeniu mięśniaków i endometriozy. Jednak stosowanie preparatów z *progesteronem* prowadzić może do przyrostu masy ciała oraz żółtaczk. Okres ciąży wymaga szczególnych wskazań do stosowania *progesteronu*.

Cykl miesięczkowy

Prawidłowy, regularny cykl miesięczkowy, nazywany też cyklem płciowym bądź menstruacyjnym, przygotowuje organizm kobiety do ciąży. Czas cyklu płciowego wynosi 23–35 dni, licząc od pierwszego dnia kolejnego krwawienia menstruacyjnego; pojawia się wówczas cały szereg przeobrażeń w narządach kobiecych. Główną rolę w rozwoju płciowym odgrywają hormony w połączeniu z narządami, które je wydzielają i odbierają. Odpowiednie sygnały narządów powodują konkretne efekty biologiczne, niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Ciąża i czas jej trwania (prawidłowo – 37–40 tygodni, czyli 270 + 1/280 + 1 dni) koreluje ze zmianami w jajnikach, macicy, pochwie i na sromie [3, 4].

Następują przeobrażenia ogólnoustrojowe: ciąża przebiegająca prawidłowo powoduje przemiany w układzie krążenia i układzie oddechowym; sprawia, że dochodzi do zmian objętości osocza, białka i krwinek, czerwonych i białych, a także w czynności nerek, przewodzie pokarmowym, ogólnej przemianie materii. Te zjawiska mają bezpośredni i pośredni wpływ na psychikę kobiety ciężarnej [4, 6].

Podczas całego cyklu miesięczkowego dojrzewa tylko jeden pęcherzyk, choć w momencie narodzin dziewczynki każdy z jej jajników posiada około 2 milionów niedojrzałych oocytów. Rosną one i umierają do momentu całkowitego wyczerpania. W okresie pokwitania jest ich już około 300 tysięcy, a przez całe życie rozrodcze kobiety dojrzewa i ulega owulacji tylko około 500 pęcherzyków [3].

Około 14. dnia cyklu miesięczkowego oocyt drugorzędowy jako ciało kierunkowo przemieszcza się na zewnątrz błony komórkowej. Mejoza zachodzi pod wpływem szczytu LH. Należy podkreślić, że FSH, LH i progesteron powodują pęknięcie pęcherzyka poprzez stymulację enzymów trawiących proteolitycznych; miejsce tego trawienia to *stigma* (biegun pęcherzykowy). Zjawisko przemieszczania oocyta odbywa się z udziałem prostoglandyn i prostanoid. Pęcherzyk pęka, a komórka jajowa wydostaje się na zewnątrz. Po owulacji wraz ze wzrostem poziomu progesteronu wzrasta też temperatura ciała. Owulacja stanowi początek fazy lutealnej. Z końcem owulacji pęknięty pęcherzyk zamienia się w ciało żółte, które po spadku LH produkuje estrogeny i progesteron. Zadaniem progesteronu jest przygotowanie endometrium do zagnieżdżenia zapłodnionej komórki jajowej; w tym momencie śluz szyjkowy gęstnieje, ma obniżone pH. Około 20. dnia cyklu spada wydolność ciała żółtego, hamowane jest wydzielanie LH, zmniejsza się poziom estradiolu i progesteronu. Podczas fazy lutealnej na skutek małego stężenia gonadotropin wstrzymany jest wzrost kolejnych pęcherzyków. Jeśli nie doszło do zapłodnienia i implantacji, następują skurcze tętniczek w endometrium jako wynik małego stężenia wymienionych hormonów. Następnie dochodzi do złuszczenia endometrium i do krwawienia miesięczkowego. Gdyby doszło do zapłodnienia i zagnieżdżenia zapłodnionej komórki jajowej, to ciało żółte zamieniłoby się w ciało ciążowe, podtrzymujące ciążę (jako wynik działania gonadotropiny kosmówkowej, wytwarzanej przez trofoblast – β HCG). Ciało ciążowe podtrzymuje ciążę do około 16.–18. tygodnia, czyli do czasu wytworzenia się łożyska. W przypadku niezapłodnienia komórki jajowej dochodzi do jej atrofii w ciągu 4–5 dni, a ciało żółte przekształca się wówczas w ciało białawe. Na skutek jego zmian morfologicznych stężenie estrogenów i progesteronu spada, na błonie śluzowej pojawiają się nacieki granulocytów i limfocytów, dochodzi

do zaburzenia krążenia i złuszczenia się warstwy czynnościowej endometrium, po czym następuje krwawienie [1, 4, 5, 6].

Zapłodnienie i rozwój zarodka

Komórka jajowa żyje około 12 godzin i jeżeli nie ulegnie w tym czasie zapłodnieniu, umiera. Zapłodnienie następuje poprzez połączenie się komórki jajowej z plemnikiem. Po zapłodnieniu otrzymamy czasowo 2n DNA (*zygota*), następnie 4n DNA. Zygota ulega kolejnym podziałom na dwie potomne komórki, tzw. blastomery ($2 \times 2n$ DNA). Dalsze podziały występować będą sukcesywnie co 12 godzin. W drugim podziale mitotycznym powstają 4 blastomery, potem 8 i 16; następnie – morula i blastocysta. W blastocystie dokonuje się różnicowanie na warstwę zewnętrzną (trofoblast, a potem łożysko) i wewnętrzną (węzeł zarodkowy, następnie płód). W blastocystie znajduje się też jamka wypełniająca się płynem: dokonuje się tu transport aktywnych jonów sodu i chloru, także wodowęglanów, wody i CO_2 . Obserwuje się rytmiczne pulsowanie blastocysty. Już w okresie przedimplantacyjnym zarodek jest zdolny do syntezy białka i gonadotropiny kosmówkowej. Posiada zdolność trawienia steroidów $\Delta^53\beta$ i 17β , uczestniczących w przekształcaniu moruli w blastocystę i wspomagających degenerację błony przeźroczystej. Zarodek osiąga macicę w postaci moruli, implantacji dokonuje już blastocysta (5.-6. dzień po owulacji). Po dwóch tygodniach cały zarodek znajduje się pod endometrium. Blastocysta posiada zdolność przetransportowywania się w głąb doczesnej. Teraz trofoblast różnicuje się na syncytiotrofoblast i cytotrofoblast. Tworzy się jamka owodni; następuje rozwój tarczki zarodkowej z komórek embrioblastu.

Błona śluzowa macicy zaniknie wraz z zakończeniem ciąży. Dzieli się na [1,4]:

- podstawową, usytuowaną pod jajem płodowym, a później pod łożyskiem
- torebkową, odgryzającą jajo płodowe od światła macicy
- ścienną, leżącą na pozostałym obszarze jamy macicy, poza jajem płodowym.

W czasie trwania ciąży zachodzi zjawisko zwane *przystosowaniem ciążowym*: rozrasta się macica (od ok. 50 g przed ciążą do ok. 1 kg pod koniec ciąży; z pojemności ok. 5 ml do ok. 4000 ml); występują zmiany w całym organizmie ciężarnej, przystosowując go do przyjęcia rozwijającego się płodu i jego utrzymania, a także zmiany mające na celu przystosowanie kobiety do zaistniałego stanu rzeczy. Za przyczyną specyficznego oddziaływania hormonów, w tym także typowo ciążowych – β HCG, laktogenu łożyskowego, oksytocyny i specyficznych białek ciążowych – oraz z powodu zmienionych ilości progesteronu, estradiolu, prolaktyny i niektórych enzymów obserwuje się cały

szereg przemian. W pierwszej kolejności następuje zatrzymanie krwawienia miesięcznego na skutek wydzielania przez ciało ciążowe zwiększonych ilości progesteronu i estrogenów. Wydzielanie tych hormonów stymuluje β HCG, hormon wytwarzany przez trofoblast, który następnie syntezuje progesteron i estrogeny. Zauważalne nabrzmienie i bolesność piersi są spowodowane wzrostem poziomu prolaktyny i laktogenu łożyskowego. Odczucie zmęczenia i drażliwości, a także nudności i wymioty są wynikiem podwyższonego poziomu progesteronu, a także specyficznych emocji, towarzyszących kobiecie w okresie ciąży. Podwyższony progesteron jest także przyczyną spowolnienia motoryki jelit oraz poszerzania moczowodów oraz kielichów i miedniczek nerkowych, co prowadzi do częstszego oddawania moczu. Do innych zmian warunkowanych wzrostem hormonów należą: podwyższenie temperatury ciała kobiety; powiększenie na piersiach naczyń żylnych, powstawanie przebarwień i pigmentacji; zasinienie przedsionka pochwy i rozpulchnienie błony śluzowej pochwy i szyjki macicy wraz ze wzmoczoną wydzieliną w pochwie; rozpulchnienie i powiększenie macicy. Macica przygotowuje się na przyjęcie zapłodnionej komórki jajowej, na jej implantację i odżywianie. Powiększa się błona śluzowa macicy – endometrium (doczesna). Powiększają się gruczoły endometrialne oraz podścielisko; zwiększając cytoplazmę, stają się bardziej odżywcze dla zarodka. Wzrasta aktywność wielu enzymów. Przez poszerzone naczynia krwionośne zaczyna przepływać więcej krwi, przenoszącej więcej tlenu. Objętość osocza zauważalnie zwiększa się od 12. tygodnia ciąży, osiągając szczyt (około 1,5 l) po 32. tygodniu. Obserwowany jest także spadek białka osocza o około 1 g w stosunku do stanu sprzed ciąży. Zwiększa się OB oraz krzepliwość krwi. Wzrasta liczba krwinek czerwonych; ten wzrost jest proporcjonalnie mniejszy od zwiększonej ilości osocza, co w efekcie przynosi względną niedokrwistość, najbardziej widoczną około 32. tygodnia ciąży. Zwiększa się pula krwinek białych i płytek krwi. Wzrasta objętość wyrzutowa serca (do 6 l na minutę około 32. tygodnia ciąży). Skurczowe ciśnienie krwi obniża się w początkach ciąży i do normy wraca dopiero pod koniec tego okresu. Z kolei znacząco się obniża ciśnienie rozkurczowe. Nie ulega jednak zmianie ciśnienie żyłne w górnej części ciała, wzrasta ono natomiast w żyłach głównej dolnej. W tej sytuacji trzeba bardzo uważać na tzw. *zespół żyły głównej dolnej* podczas leżenia ciężarnej na wznak. Jest on o tyle niebezpieczny, że doprowadzić może do niedokrwienia mózgu lub omdleń. Poza tym zwiększa się przepływ krwi przez macicę, nerki, skórę: pod koniec ciąży w czasie 1 minuty przepływa przez macicę około 600 ml krwi, przez nerki 1200 ml. Dokonuje się wiele korzystnych zmian w układzie oddechowym, m.in. przestawienie sposobu

oddychania z żebrowego na przeponowy, zwiększenie wentylacji o około 40%, wzrost pojemności płuc. Zwiększeniu ulega także wymiana gazy – połowa całego popytu na tlen w końcowej fazie ciąży jest przeznaczona dla płodu. W nerkach obserwuje się poszerzenie drogi odprowadzającej mocz. Nieznacznie zmienia ulega miąższ. Dochodzi do wspomnianego wyżej zwiększenia przepływu krwi przez nerki, a także do zwiększenia przesączu kłębuszkowego i resorpcji zwrotnej sodu i wody. W moczu pojawiają się aminokwasy i glukoza, co może wpływać na zwiększenie ryzyka zakażeń bakteryjnych dróg moczowych. Przewód pokarmowy ulega częściowemu zniekształceniu za sprawą zwiększającej się macicy. Następuje spowolnienie motoryki i ruchów robaczkowych jelit. Wynika z tego też pewna korzyść, a mianowicie, lepsze trawienie i wchłanianie pokarmu. Zdarzają się jednak zaparcia; częstym zjawiskiem jest refluks żołądkowy. Masa ciała ciężarnej zwiększa się o około 20% masy wyjściowej. Sytuacją niezwykle korzystną w czasie ciąży jest zauważalny dodatni bilans azotowy, warunkujący prawidłowy wzrost narządów ciężarnej i prawidłowy rozwój płodu. Wątroba zaczyna wytwarzać większe ilości mocznika, a w surowicy obserwuje się zmniejszenie jego stężenia o około 50%. Wyraźnie podnosi się poziom lipidów oraz cholesterolu. Zwiększa się przysadka mózgowa, która jest lepiej odżywiana. Rozrasta i staje się bardziej ukrwionym gruczoł tarczowy. Tarczyca zaczyna intensywniej wychwytywać jod i zwiększać jego stężenie, wzrasta też stężenie globuliny niezbędnej dla transportu tyroksyny. W korze nadnerczy zachodzi zwiększona sekrecja glikokortykosteroidów. Estrogeny powodują, iż zwiększa się ilość transkortyny [2, 5, 6].

Udowodniono [2], że w czasie ciąży zwiększają aktywność limfocyty Th_2 nad Th_1 , co działa ochronnie na rozwijający się płód. Śluz szyjkowy obniża pH do 4,0; w wydzielinie pochwy obserwowane są przeciwciała IgG, IgA, IgM.

Nie można pominąć roli, jaką w gospodarce hormonalnej pełni łożysko, osiągające dojrzałość około 16.-18. tygodnia ciąży. Natychmiast po zagnieżdżeniu zarodka, między 9. a 11. dniem, łożysko produkuje *gonadotropinę kosmówkową* (białka hormonalne). Spełnia ona istotną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu ciąży i rozwoju płodu: podtrzymuje ciało żółte, wytwarzające progesteron, ma ważne znaczenie w inicjowaniu i rozwoju gonad płodu. Osłabia ponadto reakcję odrzucenia, chroni przed poronieniem. Dla lekarza jest cennym źródłem informacji przy ocenie ewentualnych wad (chorób) genetycznych płodu, jak np. zespół Downa. Dobrostan łożyska ocenia się przy pomocy badań ilościowych laktogenu łożyskowego, hormonu, który koreluje z masą tego narządu. Laktogen uczestniczy także w przygotowaniu gruczołów piersiowych do laktacji.

Na prawidłowy przebieg ciąży i rozwój płodu wpływają bezsprzecznie *hormony łożyskowe steroidowe*. Uczestniczą w przemianie materii, pozwalają ocenić ogólny dobrostan matki i płodu. O prawidłowej ciąży świadczą wysokie wartości estrogenów (estron, estradiol i estriol). Gdy zachodzi podejrzenie niewydolności łożyska, nadciśnienia tętniczego czy stanu przedrzucawkowego, oznaczają się wartości estrogenów (w surowicy, moczu, ślinie, płynie owodniowym). Szybki spadek ich stężenia sygnalizuje obumarcie płodu. Progesteron utrzymuje ciążę, stanowiąc ochronę przed ewentualnymi skurczami, a w następstwie – przed poronieniem.

Istnieją także specyficzne białka ciążowe SP1, PAPP-A, PAPP-B. SP1 oznacza się, np. do oceny jaja płodowego oraz przy podejrzeniu niewydolności łożyska. PAPP-A to immunosupresor. Funkcjonują także białka SP2, SP3, PP i inne, nie do końca poznane.

Patologie ciąży wywołane zaburzeniami w gospodarce hormonalnej

Poza prawidłową fizjologiczną korelacją *hormony – ciąża* pojawiają się niekiedy sytuacje patologiczne, stanowiące zagrożenie dla matki i płodu. Zbyt duże ilości wydzielanych przez łożysko estrogenów mogą doprowadzić do wyzwolenia czynności skurczowych macicy i poronienia. Istnieje też niebezpieczeństwo zatrucia nadmiernymi ilościami tych substancji. Progesteron w przeciwieństwie do estrogenów zabezpiecza przed poronieniem, ale może powodować zaparcia i inne dolegliwości. Podnosi także poziom lipidów w organizmie, może prowadzić do stanów depresyjnych, obniżenia witalności. Oba wymienione hormony mogą przyczyniać się do powstawania zmian nowotworowych narządów płciowych oraz piersi.

Jednym z większych zagrożeń okresu ciąży i rozwoju płodu jest nieprawidłowe funkcjonowanie trzustki kobiety ciężarnej i występująca cukrzyca tzw. ciążowa. Nieprawidłowy metabolizm, ewentualne zakwaszanie organizmu, niedotlenienie i zatrucie niekorzystnie wpływają na kobietę ciężarną i płód. Dochodzi wówczas do poronień, wad płodu, w tym częstej makrosomii. Cukrzyca wykryta odpowiednio wcześniej może być z powodzeniem leczona [1, 2, 3].

Inną grupę hormonów, które w nadmiarze lub niedoborze doprowadzają do patologii ciąży, stanowią hormony tarczycy. Ich nadmiar (hipertyreozą) powoduje przyspieszenie przemiany materii,

zwiększenia tętna i objętości wyrzutowej serca, a także niedotlenienie. W następstwie tych powikłań obserwuje się olbrzymie zagrożenie poronienia, przedwczesnego oddzielania się łożyska, krwawienia. W przypadku nieleczenia następuje niedorozwój płodu. Niedobór hormonów tarczycy podczas ciąży doprowadzić może do jednego z najpoważniejszych następstw, tzw. kretyzmu dziecka, którego objawami są zniekształcenie ciała i szczególnie silne upośledzenie umysłowe. Do patologii prowadzić może też nadmiar hormonów nadnerczy. Aldosteron produkowany w nadmiarze skutkuje podniesieniem ciśnienia tętniczego i w konsekwencji obrzękiem i przeciążeniem układu krążenia. Jednocześnie obserwuje się zaburzenie oddechu, zwiększenie diurezy, kwaśnicę. Nadmiar aldosteronu prowadzi też do nieprawidłowego rozwoju płodu. Inny hormon, kortyzol, z grupy glikokortykoidów, w nadmiarze prowadzi do otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego.

Nie da się zaprzeczyć, że to właśnie biologia, a szczególnie gospodarka hormonalna stanowi początek i podstawę całego wymiaru macierzyństwa. Mówiąc o prawidłowo przebiegającej ciąży, należy podkreślić, że za jej prawidłowy rozwój odpowiadają w sposób idealnie logiczny hormony [1, 2, 6]. Fascynuje fakt, iż niewielka ilość substancji jest w stanie przyczynić się do olbrzymich zmian w organizmie kobiety ciężarnej; od ich działania uzależnione jest zapłodnienie komórki jajowej, a następnie przemiana jej w zarodek. To głównie hormony decydują o możliwości zaimplantowania i dalszego trwania ciąży. Zatem w procesach fizjologicznych, przebiegających w organizmie ciężarnej, gospodarka hormonalna nakierowana jest na ochronę i przetrwanie zarówno jej, jak i rozwijającego się w niej nowego życia.

Piśmiennictwo

- [1] Pasternak K. Biochemia. PZWL, Lublin 2002, 2013.
- [2] Rajtar-Cynke G (red.). Farmakologia. Wyd. Czelej, Lublin 2002, 127–160.
- [3] Bręborowicz G (red.). Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. PZWM, Warszawa 2002, 41–47; 60–100.
- [4] Pisarski T (red.). Położnictwo. PZWM, Warszawa 1991, 74–95; 119–195.
- [5] Gumułka W, Rewerski W (red.). Encyklopedia zdrowia. Tom II, wyd. IX. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, 233–259.
- [6] Traczyk W. Fizjologia człowieka w zarysie. Wyd. VIII, uaktualnione. PZWL, Warszawa 2006, 200–248; 468–481.

adres do korespondencji

mgr Żaneta Dobińska
os. Czwartaków 16 m. 25, 62-020 Swarzędz
e-mail: dobinski@wp.pl

ZMIANA SPOSOBU ROZLICZEŃ W CHEMIOTERAPII

CHANGING THE SETTLEMENT IN CHEMOTHERAPY

Joanna Domańska¹, Erwin Strzesak², Katarzyna Milejczak¹

¹ Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

² Katedra i Zakład Elektryki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Wprowadzenie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzeń w sprawie: określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii oraz programy zdrowotne, spowodowało istotne zmiany w zasadach rozliczania podanych leków z dokładnością do określonej postaci handlowej, identyfikowanej kodem EAN oraz pozycji leku na fakturze zakupu. Całość rozliczeń oparta została na fakturze zakupu leku, a do sprawozdania musi zostać dołączona kopia tej faktury w trybie importu docelowego, decyzja Ministra Zdrowia oraz lista pacjentów, których dotyczy zapotrzebowanie – obejmująca: imię, nazwisko, wiek, numer PESEL. Stało się to przyczyną trudności w rozliczeniach dla szpitali oraz strat związanych z koniecznością zamówienia leku, który być może nie zostanie uwzględniony na nowej liście refundacyjnej lub jego cena ulegnie zmianie, a co za tym idzie nie zostanie pokryty rzeczywisty jego koszt zakupu przez szpital.

Słowa kluczowe: świadczenia, rozliczenia, chemioterapia, leki, płatnik.

Summary

Introduction by the President of the National Health Fund regulations on: the definition of the conclusion and implementation of agreements such as hospital treatment in the field of chemotherapy and health programs, resulted in significant changes in accounting principles given drugs to an accuracy of a particular form of trade identified EAN code and the position of the drug on the invoice purchase. The whole settlement was based on the purchase invoice of the drug, and the report must be accompanied by a copy of the invoice in the import mode of the target, the decision of the Minister of Health and a list of patients affected by demand-including: name, surname, age, social security number. It has become a cause of difficulty in clearing for hospitals and losses associated with the need to order a drug that might not be included on the new reimbursement list or price changes, and this is not covered by the actual cost of purchase by the hospital.

Key words: benefits, settlements, chemotherapy, drugs, payer.

Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków [1], środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zaskutkowało wchodzącą w życie od dnia 1 lipca 2012 r., zmianą zasad rozliczania programów zdrowotnych (lekowych) i chemioterapii. W dniu 11 maja 2012 r. ukazało się Zarządzenie Nr 26/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia [2] w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii oraz Zarządzenie nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia [3] w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe). Oba zarządzenia w istotny sposób zmieniły zasady rozliczania leków i stanowią największą i najbardziej kompleksową zmianę prawną dotyczącą leków podawanych w ramach zakontraktowanych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ujęte w zarządzeniach zmiany spowodowały konieczność przeprowadzenia przez jednostki szybkich i kompleksowych zmian w rozli-

czeniach, a ich wejście w życie okazało się mniej korzystne dla świadczeniodawców i pociągnęło za sobą szereg problemów.

Od 1 lipca 2012 r. programy terapeutyczne zostały zastąpione programami lekowymi. Zmiana w programach polegała przede wszystkim na zmianie nazwy, wprowadzono również nowe programy, jak np. Program leczenia zaawansowanego raka jelita grubego.

Największą zmianę stanowi jednak przede wszystkim fakt, że od 1 lipca oba zakresy – zarówno chemioterapia jak i programy lekowe – podlegają w pełni regulacjom ustawy refundacyjnej. To z kolei wymusiło m.in. zmiany w sposobie rozliczania terapii pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem.

Zmiany wprowadzone zarządzeniami dotyczą konieczności rozliczania leków podanych/wydanych pacjentowi z dokładnością do określonej postaci handlowej, identyfikowanej kodem EAN oraz pozycji leku na fakturze zakupu [4].

Do dnia 30 czerwca 2012 roku ceny leków stosowanych w chemioterapii i programach tera-

peutycznych nie były cenami urzędowymi. Rozliczenie prowadzonej chemioterapii z Narodowym Funduszem Zdrowia opierało się na cenie zawartej w katalogu stanowiącym załącznik do aktualnie obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ. Ta, tzw. cena katalogowa, stanowiła wycenę punktową za jedną jednostkę leku zgodnie z katalogiem substancji czynnych stosowanych w programach bądź chemioterapii (mg, mcg, j.m., j.u., j). Jednej jednostce leku odpowiadał 1 punkt, a jego wartość wynosiła 10 zł. Rozliczeniu podlegały podane/wydane świadczeniobiorcy substancje czynne, w ilościach stanowiących wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji określonych w katalogu substancji. Na podstawie sprawozdania, w którym świadczeniodawca podawał ilość podanych lub wydanych pacjentowi jednostek leku, obliczana była wartość zastosowanej chemioterapii, która odpowiadała płatności otrzymywanej z NFZ. W przypadku braku wyceny punktowej substancji w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (status „imp. doc.”), cena substancji czynnej uzgadniana była pomiędzy świadczeniodawcą a Oddziałem Funduszu, na podstawie wniosku złożonego do Oddziału zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do aktualnie obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ popartego fakturą zakupu leku. Dodatkowo w formie elektronicznej sprawozdawane były comiesięcznie faktury związane z zakupem leków stosowanych w ramach prowadzonych terapii, jednak ich przekazywanie nie miało żadnego wpływu na prowadzone rozliczenia.

Po wejściu w życie Zarządzeń 26/2012/DGL i 27/2012/DGL ceny leków stosowanych w ramach chemioterapii i programów lekowych stały się cenami urzędowymi. Zarządzenia, które zaczęły obowiązywać od 1 lipca 2012 roku wprowadziły spore zmiany w zasadach rozliczeń między świadczeniodawcą realizującym umowy lekowe a płatnikiem.

Zgodnie z zarządzeniem prezesa NFZ jednostką rozliczeniową pozostał punkt, który odpowiada jednej jednostce miary leku, ale sposób obliczenia jej wartości w porównaniu z poprzednio obowiązującymi zasadami uległ całkowitej zmianie. Zgodnie z zapisami § 12 pkt 1 zarządzenia nr 27/2012/DGL i § 14 pkt 1 zarządzenia nr 26/2012/DGL podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym pozostał jak i wcześniej rachunek wraz z raportem statystycznym oraz sprawozdanie w formie załącznika sprawozdawczo-rozliczeniowego dla świadczeń z zakresu programów zdrowotnych (lekowych) oraz chemioterapii – przekazywane w formie elektronicznej.

Pierwszą zasadniczą zmianą wprowadzoną zarządzeniami jest zmiana wartości jednego punktu – dotychczas było to 10 zł, a po 1 lipca 2012 r. jest to 1 zł.

Zarządzenia wprowadziły również nowe pojęcie „Taryfy” (T) i sposobu jej obliczania. Taryfa (T) to iloczyn ceny z faktury zakupu leku (L) oraz liczby jednostek miary leku (I). Należność za podanie leku obliczona zostanie więc jako wartość taryfy dla danego leku przemnożona razy liczbą mg leku, która została podana pacjentowi. Taryfa natomiast obliczana jest na podstawie wartości leku z faktury zakupu podzielonej przez jego ilość zawartą w opakowaniu wyrażoną w jednostce miary. Zakupiony lek musi mieć kod EAN znajdujący się na liście refundacyjnej. Warto zwrócić tu uwagę na zmianę definicji wartości L przez płatnika – zarządzenia 26 i 27/2012/DGL określały ją jako „wysokość limitu finansowania zgodną z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), obowiązującym w dniu zastosowania (podania) leku, a w przypadku wymagającym uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka dane z faktury zakupu danego leku”. Natomiast zarządzenia nr 41/2012/DGL [5] i 42/2012/DGL [6] zmieniające w/w akty – definiują wartość L jako: „cenę z faktury zakupu leku dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN, nie wyższą niż wysokość limitu finansowania zgodna z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanym w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej”. Całość rozliczeń oparta została więc na fakturze zakupu leku.

Kolejnym novum w zakresie rozliczeń jest wprowadzenie pojęcia instrumentów dzielenia ryzyka. W oparciu o zapisy zawarte w ustawie refundacyjnej podmioty odpowiedzialne – firmy farmaceutyczne – zawarły z Ministerstwem Zdrowia umowy podziału ryzyka. Umowy te są generalnie dwojakiego rodzaju – oparte o mechanizm *pay-backu*, czyli zwrotu określonej sumy środków do budżetu płatnika po zamknięciu bilansu rocznego lub polegające na obniżeniu ceny sprzedaży leku do szpitali poniżej ceny urzędowej podanej w obwieszczeniu.

W przypadku kiedy instrument podziału ryzyka opiera się na obniżeniu ceny leku rozliczenie polega na tym, że podmiot zadeklarował określoną cenę po jakiej będzie sprzedawał szpitalom lek w okresie obowiązywania decyzji refundacyjnej. W takiej sytuacji taryfa obliczana jest w oparciu o cenę z faktury nabycia leku, ale nie więcej niż limit finansowania zgodny z datą podania leku. W tym momencie, jeżeli szpitalowi udałoby się wynegocjować z hurtownią cenę niższą niż cena zadeklarowana przez firmę w umowie podziału ryzyka, to i tak nie zarobi na różnicy

ponieważ płatnik rozliczy leki wg faktury zakupu. Profit w tej sytuacji to zysk funduszu, który zapłaci mniej za leczenie pacjentów. W związku z tym świadczeniodawcy nie mają w takim przypadku żadnego zysku i motywacji do negocjowania jeszcze niższych cen, a podmioty do rywalizacji o pacjenta w tym mechanizmie. Pojawia się tu również problem związany z tajnością umów zawartych pomiędzy podmiotem dostarczającym lek a Ministerstwem Zdrowia. Szpitale nie wiedzą jakie umowy zawarła firma z MZ i jakie ceny ona zawiera. W momencie kiedy taryfa obliczana jest zgodnie z datą podania i obowiązującą na ten moment ustawą refundacyjną, leki zakupione w momencie obowiązywania innej ceny zawartej na wcześniej obowiązującej liście refundacyjnej, ale podane już w ramach nowszej jej wersji, muszą być rozliczone wg nowych zasad. W takiej sytuacji szpitale muszą wnioskować do firm o dokonywanie korekt faktur za zakupione leki do wartości obowiązującej w dniu podania. Stanowi to spory problem dla jednostek, które zmuszone są wnioskować do hurtowni o zmianę wcześniej wystawionych dokumentów, a te z kolei nie poczynią żadnej zmiany dopóki producent nie dokona im właściwej korekty. Sytuacja ta skutkuje najczęściej powstawaniem strat po stronie szpitali.

252

Powyższe zmiany w zakresie rozliczeń dopełniają konieczność ewidencji i sprawozdawania do płatnika kodu EAN leku. Zgodnie z zapisami zawartymi w zarządzeniach ilość podanej substancji musi być ściśle powiązana z „lekami identyfikowanymi kodami EAN” – każde opakowanie posiada kod EAN, najważniejsze jednak jest to, by znajdował się on na liście refundacyjnej. Zgodnie z ustawą refundacyjną decyzja o objęciu refundacją nie dotyczy substancji czynnej czy preparatu – składnika leku, ale leku posiadającego konkretny kod EAN. W sytuacji kiedy świadczeniodawca nie jest tego faktu świadomy może dokonać zakupu potrzebnej substancji, ale w opakowaniu, które oznaczone jest kodem EAN nie „wciągniętym” na listę refundacyjną. W takiej sytuacji nie otrzyma on zwrotu środków finansowych od płatnika za zakupiony lek. Problem ten pojawił się również w momencie braku na rynku leków niektórych substancji stosowanych w chemioterapii. Świadczeniodawcy przymuszeni zostali zaistniałą sytuacją do zakupu leków w opakowaniach i po cenie różnej od figurującej na liście refundacyjnej. Płatnik wprowadził tu jednak w życie zarządzenie zawierające załącznik 1t zawierający listę „procedur podania leku” dotyczących leków brakujących na rynku. Rozliczenie świadczeń jest jednak możliwe jedynie w przypadku podania leku zawierającego substancje czynne wymienione w Katalogu świadczeń dodatkowych oraz, gdy sprowadzenie produk-

tu leczniczego z zagranicy nastąpiło na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, wydanej w trybie art. 4 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) [7]. Rozliczenie podań leków zgodnie z zapisami zarządzenia stanowi: „ilość liczb udzielonych świadczeń” – czyli np. 1, „ich wartości punktowych określonych w katalogu świadczeń dodatkowych” – np. dla procedury podania leku zawierającego doxorubicinum jest to wartość 1,2138 – dla 100 mg, „ceny punktu” – wartości zakontraktowanej z NFZ dla procedur – np. 52 zł, oraz „ilości podanych lub wydanych świadczeniobiorcom jednostek miary substancji czynnych rozumianych, jako krotność procedury podania leku” – np. 100 mg. Za podane 100 mg doxorubicyny rozliczanej z katalogu świadczeń dodatkowych NFZ zapłaci wówczas 63,12 zł. Wartość ceny punktu zgodna tu jest z wartością obowiązującą przy procedurach pobytu, a nie jak w przypadku leków 1 zł. Dodatkowe utrudnienie stanowi fakt ustanowienia wartości punktowej dla 100 mg bądź 100 j.m. leków. W momencie tym rodzi się konieczność dokonywania rozliczeń leków na dwa sposoby – w oparciu o taryfę i kod EAN lub, jeśli lek pochodzi z „zakupu interwencyjnego” bądź „importu docelowego”, w oparciu o ilość substancji i wartość punktową obliczoną dla 100 jednostek leku zawartą w katalogu. Cena leków nie jest już – jak to było wcześniej – indywidualnie uzgadniana przez jednostkę z płatnikiem tylko ustalana ogólnie w oparciu o zestawienia przesyłane przez wszystkie jednostki posiadające ww. leki. Powoduje to, iż cena „średnia dla wszystkich” która zawarta jest w katalogu często odbiega od ceny za jaką szpital zakupił lek.

Dodatkowo do sprawozdania musi być dołączona kopia faktury zakupu leku w trybie importu docelowego, decyzja Ministra Zdrowia oraz lista pacjentów, których dotyczy zapotrzebowanie, obejmująca imię, nazwisko, wiek, numer PESEL.

Rzeczywistość jaka spotkała świadczeniodawców po 1 lipca 2012 r. okazała się bardzo skomplikowana. Ogrom zmian wprowadzonych przez nowe Zarządzenia spowodował, że sam płatnik nie był w dniu ich wejścia w życie gotowy do realizacji zapisów. System rozliczeń został na przełomie roku zupełnie zmieniony, co skutkowało koniecznością rozbudowy systemów informatycznych, jak i zwiększeniem ilości danych ewidencjonowanych dla każdego pacjenta otrzymującego leczenie w ramach umów lekowych. Dodatkowo wprowadzenie rozliczania opartego o listę leków i kody EAN spowodowało, że apteki szpitalne musiały do 30 czerwca 2012 r. „zużyć” wszystkie leki, które na obowiązującej liście się nie znajdowały. W innym przypadku szpital poniósł stratę, gdyż leku, którego nie ma na liście po 1 lipca 2012 nie można już było rozliczyć i uzyskać za niego

zapłatę z NFZ. Niestety w rzeczywistości większość jednostek weszła w nowy system z lekami posiadającymi kod EAN, ale nie znajdującym się na liście ministerialnej.

Na skutek wejścia w życie nowych przepisów, jednostki pozbawione zostały możliwości uzyskania dodatkowych środków finansowych płynących z negocjacji cen i zakupu leków taniej, co mogło powodować powstanie dodatkowego źródła pieniędzy przeznaczanego na realizację działalności jednostki. Dla przykładu za 1 mg irinotekanu przed 30 czerwca NFZ płacił 1 zł, natomiast od momentu wejścia w życie nowych zarządzeń – NFZ płaci już za tą samą ilość niecałe 0,60 gr. W przypadku kiedy jednostka nabyła ww. lek po 0,60 gr przed 30 czerwca 2012 r., to różnica między ceną zakupu a refundacją pozostawała na jej koncie. W obecnej sytuacji otrzyma od NFZ równe 0,60 gr, a w przypadku zmiany listy refundacyjnej i zmiany ceny na niższą – również i niższą zapłatę od płatnika.

W związku z powyższym należy zwrócić większą uwagę podczas rozliczania zastosowanych leków i pamiętać o kontroli zmieniającej się listy refundacyjnej.

Piśmiennictwo

- [1] Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. nr 122, poz. 696).
- [2] Zarządzenie Nr 26/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia.
- [3] Zarządzenie Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).
- [4] Komunikat dla świadczeniodawców z dnia 3.08.2012 opublikowany na stronie www.nfz.gov.pl.
- [5] Zarządzenie Nr 41/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lipca 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia.
- [6] Zarządzenie Nr 42/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lipca 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).
- [7] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271, z późn. zm.).

adres do korespondencji

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
 ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
 tel.: 61 885 09 52
 fax: 61 885 07 08
 e-mail: joanna.domanska@wco.pl

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC W „POLSKIM PRZEGLĄDZIE NAUK O ZDROWIU”

Redakcja „Polskiego Przeglądu Nauk o Zdrowiu” publikuje prace oryginalne, poglądowe, opracowania kazuistyczne, sprawozdania z uczestnictwa w zjazdach krajowych oraz międzynarodowych z zakresu: medycyny, w tym fizjoterapii i rehabilitacji, zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowia, problematyki zarządzania w ochronie zdrowia, kształcenia kadr w ochronie zdrowia.

Przygotowanie manuskryptu

1. Artykuł powinien być napisany w języku polskim i przesłany do redakcji w 2 identycznych egzemplarzach w wersji wydrukowanej oraz elektronicznej na nośniku CD/DVD lub przenośnej pamięci USB (pendrive).
2. Przyjmowane będą prace napisane w edytorze tekstu Microsoft Word.

Strona tytułowa manuskryptu

Strona tytułowa artykułu powinna posiadać następujący układ:

1. Tytuł (w języku polskim i angielskim).
2. Imiona, nazwiska i tytuły naukowe autorów.
3. Nazwa jednostki, w której praca została wykonana oraz imię, nazwisko, tytuł kierownika jednostki.
4. Pełny adres korespondencyjny głównego autora pracy (wraz z numerem telefonu, faksu oraz adresem mailowym).

Streszczenia i słowa kluczowe

Do pracy powinno być dołączone streszczenie w języku polskim i angielskim zawierające nie więcej niż 250 słów oraz od trzech do pięciu słów kluczowych również w języku polskim i angielskim.

W przypadku pracy oryginalnej streszczenie powinno posiadać układ strukturalny: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, wnioski (introduction, aim of the study, material and methods, results, conclusions).

Układ pracy

1. Tekst prac oryginalnych powinien posiadać budowę strukturalną i dzielić się na następujące rozdziały: wstęp, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo.
2. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna przekraczać 12 stron, kazuistycznych 5 stron, innych – 2 strony.
3. Prace powinny być napisane na papierze w formacie A4, z zachowaniem 1,5 linii odstępu między wierszami, czcionką 12 punktów (Times New Roman).
4. Materiał źródłowy przytaczany w tekście wg systemu Vancouver (wg kolejności cytowania, oznaczony w nawiasach kwadratowych. Spis piśmiennictwa należy umieścić po tekście pracy).

W przypadku czasopism obowiązuje układ: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł pracy, nazwa czasopiśma, rok, zeszyt, tom, numery pierwszej i ostatniej strony. W przypadku cytowania rozdziału z książki należy podać: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł rozdziału, nazwiska redaktorów książki (jeśli występują), tytuł książki, wydawnictwo, miejsce wydania, rok wydania, numery pierwszej i ostatniej strony rozdziału.

Powołując się na fragmenty książek, należy uwzględnić: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł książki, nazwiska redaktorów (jeśli występują), wydawnictwo, miejsce wydania, rok wydania, numer strony.

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac niecytowanych w tekście pracy.

Ryciny i tabele

Ryciny i tabele należy wydrukować na oddzielnej stronie. Na odwrocie należy podać numer ryciny lub tabeli, nazwisko autora i tytuł pracy. W tekście należy zaznaczyć miejsce na rycinę lub tabelę, podając jej numer i tytuł.

Wymagania i prawa wydawcy

1. Wraz z pracą należy przesłać oświadczenie wszystkich autorów, że manuskrypt nie był wcześniej publikowany, oraz że nie został zgłoszony do publikacji w innym czasopiśmie krajowym lub zagranicznym.
2. Praca przed przyjęciem do druku podlega recenzji przez dwóch wybranych specjalistów z danej dziedziny.
3. Redakcja może dokonywać zmian, bez uzgadniania z autorem, dotyczących stylistyki, usunięcia powtórzeń oraz przesunięć tabel i rycin.

Adres redakcji:

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
(Sekretariat Dyrektora)