

Nr 1 (38) 2014

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

Sekretarze Redakcji:

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

Skład i tamanie:

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 im. Karola Marcinkowskiego 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.ump.edu.pl

MNiSW 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. 9,2. Ark. druk. 10,8
Format A4. Zam. nr 164/14.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Joanna Buks, Tomasz Opala <i>Seksuologiczne i psychologiczne problemy u pacjentek z wrodzonymi wadami rozwojowymi narządów płciowych – obserwacje kliniczne</i>	5
Alicja Miedziejko, Grażyna Jarząbek-Bielecka, Agata Król, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Maciej Wilczak, Witold Kędzia, Magdalena Wróbel <i>Ocena potrzeb i reakcji seksualnych kobiet ze stwierdzonym w wywiadzie problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu</i>	9
Maria Korzonek, Agnieszka Dziergas <i>Jakość życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku</i>	13
Ewa Mędreła-Kuder <i>Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka i profilaktyki raka szyjki macicy wśród studentek wybranych krakowskich uczelni</i>	20

PRACE POGLĄDOWE

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Joanna Buks, Joanna Witkowska, Maciej Wilczak, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Witold Kędzia, Michał Pawlaczyk, Zbigniew Friebe, Magdalena Wróbel, Małgorzata Mizgier <i>Starzenie się: kobieca aktywność seksualna, wypadanie narządów miednicy i nietrzymanie moczu</i>	25
Anna Stefanek, Paulina Durka <i>Poziom świadomości kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy.</i>	29
Marta Łukaszewska, Bartosz Łukaszewski, Jerzy Nazar, Mieczysława U. Jurczyk <i>Radikulopatia szyjna</i>	39
Magdalena Pogorzalczyk, Ewa Gajewska <i>Terapia dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym z punktu widzenia fizjoterapeuty</i>	43
Katarzyna Janda, Oliwia Lach <i>Cera naczyniowa – przyczyny, pielęgnacja, leczenie</i>	48
Alicja Świątek-Pawelczak, Katarzyna Cebrowska, Joanna Grasza <i>Znaczenie przeciwciał przeciw cyklicznemu cytrulinowemu peptydowi (anti-CCP) we wczesnej diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów – przegląd danych klinicznych</i>	55
Żaneta Dobińska <i>Opieka pielęgniarska – wybrane zagadnienia teoretyczne</i>	59
Patrycja Zając, Rafał Szpakowski <i>Pielęgniarstwo – zawód deficytowy?</i>	64
Dorota Lizak <i>Szkoła jako środowisko wspierające kształtowanie prozdrowotnych postaw – kontekst pedagogiczno-zdrowotny</i>	69
Artur Guźlecki <i>Prawna ochrona dóbr naturalnych w uzdrowiskach we współczesnym prawie polskim</i>	75

Contents

ORIGINAL PAPERS

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Joanna Buks, Tomasz Opala <i>Sexological and psychological problems affecting women with congenital malformations of genital organs – clinic observation</i>	5
Alicja Miedziejko, Grażyna Jarząbek-Bielecka, Agata Król, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Maciej Wilczak, Witold Kędzia, Magdalena Wróbel <i>Disorders of pelvic support and urinary incontinence – sexological aspects</i>	9
Maria Korzonek, Agnieszka Dziergas <i>Quality of life of patients with gastroesophageal reflux disease</i>	13
Ewa Mędreła-Kuder <i>Awareness level of risk factors and prevention of cervical cancer among female university students in Krakow</i>	20

REVIEW PAPERS

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Joanna Buks, Joanna Witkowska, Maciej Wilczak, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Witold Kędzia, Michał Pawlaczyk, Zbigniew Friebe, Magdalena Wróbel, Małgorzata Mizgier <i>Aging: women sexual activity, pelvic organ prolapse and urinary incontinence</i>	25
Anna Stefanek, Paulina Durka <i>Women's knowledge of prevention of cervical cancer</i>	29
Marta Łukaszewska, Bartosz Łukaszewski, Jerzy Nazar, Mieczysława U. Jurczyk <i>Cervical radiculopathy</i>	39
Magdalena Pogorzalczyk, Ewa Gajewska <i>Therapy of a child with Cerebral Palsy from a physiotherapist's point of view</i>	43
Katarzyna Janda, Oliwia Lach <i>Vascular skin – causes, care, treatment</i>	48
Alicja Świątek-Pawelczak, Katarzyna Cebrowska, Joanna Graszka <i>Meaning of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies (anti-CCP) in early diagnosis of rheumatoid arthritis – review of clinical data</i>	55
Żaneta Dobińska <i>Nursing care – selected theoretical aspects</i>	59
Patrycja Zająć, Rafał Szpakowski <i>Nursing – profession shortage?</i>	64
Dorota Lizak <i>The school as an environment supporting the development of health-promoting attitudes – pedagogical-medical context</i>	69
Artur Guźlecki <i>Legal protection of natural resources in health resort localities in contemporary Polish law</i>	75

SEXOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS AFFECTING WOMEN WITH CONGENITAL MALFORMATIONS OF GENITAL ORGANS – CLINIC OBSERVATION

SEKSUOLOGICZNE I PSYCHOLOGICZNE PROBLEMY U PACJENTEK Z WRODZONYMI WADAMI ROZWOJOWYMI NARZĄDÓW PŁCIIOWYCH – OBSERWACJE KLINICZNE

Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Joanna Buks², Tomasz Opala²

¹ Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii i Katedry Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny w Poznaniu

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

Abstract

Introduction. The data on psychological status of patients with congenital defects of urogenital tract are very scarce, yet it was confirmed that reactions to the information about diagnosed anomaly and then patients' attitudes toward treatment vary with a kind of malformation, patient's age and personality.

Aim of the study. The aim of the study was to analyze the correlation between the severity of malformation of urogenital organs and psychological status of the patient.

Material and methods. 102 female patients with congenital anomalies of the genital tract, hospitalized in Gynecological Clinic in the years 1983–2000, were analyzed. All presented patients needed multidirectional diagnostics and treatment. Diagnosis was made based on clinical examination, including psycho-sexological consultation. Malformations diagnosed in the patients were divided into 5 groups.

Results. Malformations diagnosed in the patients were divided into the following groups: Group I: Congenital atresias of the female genital tract (gynatresias) – imperforate hymen; 34 patients; all treated effectively by incision of hymen (hymenectomy). Group II: Vaginal and uterine septa; 11 patients; these malformations develop in the fetal period as a consequence of inappropriate degeneration of paramesonephric ducts' apposed walls. Group III: Duplications of the female genital organs – double uterus and vagina. 13 patients, these malformations arise from complete failure of unification of the paramesonephric ducts in parts that normally join to form uterus and vagina. Group IV: Rudimentary genital tract and genital tract hypoplasia; 15 patients, these malformations follow an incomplete development of paramesonephric Müllerian ducts. Group V: Congenital absence of the vagina and uterus (aplasia) – the Rokitansky syndrome; 29 patients. Awareness of severe malformations, especially those resulting with inability to give birth, had strong impact on patient's psyche.

Conclusions. It is essential to point, that clinical management of patients with malformations of the genital tract, particularly in Rokitansky syndrome, must include psychological counseling. Medical professionals should be aware of psychosocial effects of these disorders.

Keywords: malformation, genitalia, sexuology, psychology, gynecology.

Streszczenie

Wstęp. Dane dotyczące stanu psychicznego pacjentów z wrodzonymi wadami układu moczowo-płciowego są bardzo rzadkie, ale stwierdzono, że reakcje na informację o nieprawidłowości i diagnozowane postawy pacjentów wobec leczenia zależą od rodzaju deformacji, wieku i osobowości pacjenta.

Cel pracy. Obserwacje kliniczne dotyczące związku między rodzajem wad rozwojowych żeńskich narządów płciowych a aspektami psychologicznymi.

Materiał i metody. Analizowano przypadki 102 pacjentek Kliniki Ginekologii (z lat 1983–2000) z wrodzonymi wadami rozwojowymi narządów płciowych, u których przeprowadzano wielokierunkową diagnostykę i leczenie uwzględniając aspekty psychoseksuologiczne. Zależnie o rodzaju wad wyodrębniono 5 grup pacjentek.

Wyniki. Według wyodrębnionych grup: I. Gynatrezje (tzw. „zarośnięcia”) 34 pacjentki z brakiem otworu w błonie dziewiczej (hymenektomia zastosowana we wszystkich przypadkach dała dobry rezultat). II. 11 pacjentek z przegrodami w obrębie pochwy i macicy. III. 13 pacjentek ze zdwojeniem macicy i pochwy. IV. 15 pacjentek z szczątkowymi narządami płciowymi pochodzącymi z przewodów Müllera. V. 29 pacjentek z agenezją macicy/pochwy, tzw. zespół Rokitansky'ego. We wszystkich przypadkach rozpoznanie wady rozwojowej wiązało się ze stresem i problemami psychoseksualnymi, jednak najmocniej wyraża się to u pacjentek z wadami uniemożliwiającymi odbywanie stosunków płciowych i posiadanie potomstwa – (grupa V).

Wnioski. Pacjentki z wrodzonymi wadami rozwojowymi narządów płciowych wymagają interdyscyplinarnej opieki medycznej i psychologicznej, w sposób szczególny dotyczy to pacjentek z zespołem Rokitansky'ego.

Słowa kluczowe: malformacje, genitalia, seksuologia, psychologia, ginekologia.

Introduction

The Müllerian system, also known as the paramesonephric system, the mesonephric or Wolfian system. It starts cephalad, extends caudad. As it comes down, it is in close approximation to the developing renal system and urinary collection system. This has strong implications in the practices of gynecology because if major anomalies in one of these systems are detected, we will find corresponding anomalies in the other. Teratogenic factors acting about 8–10 weeks of embryonic life are the general cause of these malformations. Extent and intensification of abnormalities depend on kind of evoking factor and time of its activity (gestational age, duration) [1, 2].

Aim of the study

The aim of the study was to analyze the correlation between the severity of malformation of urogenital organs and psychological status of the patient.

Material and methods

102 female patients with congenital anomalies of the genital tract, hospitalized in Gynecological Clinic in the years 1983–2000, were analyzed. All presented patients needed multidirectional diagnostics and treatment. Diagnosis was made based on clinical examination, including sexological consultation.

Results

Malformations diagnosed in the patients were divided into the following groups:

- Group I Congenital atresias of the female genital tract (gynatresias) – imperforate hymen; 34 patients; all treated effectively by incision of hymen (hymenectomy).
- Group II Vaginal and uterine septa; 11 patients; these malformations develop in the fetal period as a consequence of inappropriate degeneration of paramesonephric ducts' apposed walls.
- Group III Duplications of the female genital organs – double uterus and vagina; 13 patients; these malformations arise from complete failure of unification of the paramesonephric ducts in parts that normally join to form uterus and vagina.
- Group IV Rudimentary genital tract and genital tract hypoplasia; 15 patients; these malformations follow an incomplete development of paramesonephric Müllerian ducts.
- Group V Congenital absence of the vagina and uterus (aplasia) – the Rokitansky syndrome; 29 patients.

It was proved that reactions to the information about diagnosed anomaly and then patients' attitudes toward treatment are influenced by the

type of malformation, patient's age and personality. Awareness of severe malformations, especially those resulting with inability to give birth, had strong impact on patient's psyche.

Discussion

1. Vaginal anomalies

Embryology

After the 17th week of gestation, the female reproductive tract arises from the paired müllerian ducts, which eventually fuse, canalize, and join the urogenital sinus. Further differentiation of these structures results in the formation of fallopian tubes and uterus. The upper vagina is formed from the müllerian duct, whereas the lower one develops from the urogenital sinus. The external female genitalia differentiate after 12 weeks' gestation. The genital tubercle becomes the clitoris, the genital swellings form the posterior fourchette and labia major, and the labia minor arise from the genital folds [1, 2, 3].

2. Absent vagina

Congenital vaginal agenesis, also known as the Mayer-Rokitansky syndrome, develops when the vaginal plate fails to canalize. Patients with this syndrome are normal genetic female patients (46, XX) and present at puberty with primary amenorrhea and normal external female genitalia. Many of these patients have renal anomalies also, including renal agenesis; renal ectopia; or fusion anomalies, including horseshoe kidneys or crossed fused renal ectopia. Other abnormalities include skeletal anomalies. These findings, once seen together, are described as the MURCS (müllerian duct aplasia, renal aplasia, and cervicothoracic somite) association [1, 3, 4].

3. Vaginal obstruction

Obstruction of the vagina most likely results from an incomplete formation of the vaginal canal during gestation. Hydrocolpos is defined as vaginal obstruction only, whereas hydrometrocolpos refers to blockage and distension of the vagina and uterus. Imperforate hymen, vaginal septum, or vaginal atresia may be among the more common anatomic problems. In newborn infants, an abdominal or introital mass may be noted on physical examination. In some cases, urinary tract obstruction may result from extrinsic compression of the bladder or ureters. At puberty, amenorrhea may be the initial presentation. Obstruction of menstrual flow with distension of the vagina or uterus is termed hematocolpos or hematometrocolpos, respectively. Other abnormalities of vaginal canalization can result in a transverse vaginal septum, with or without obstruction [1, 5].

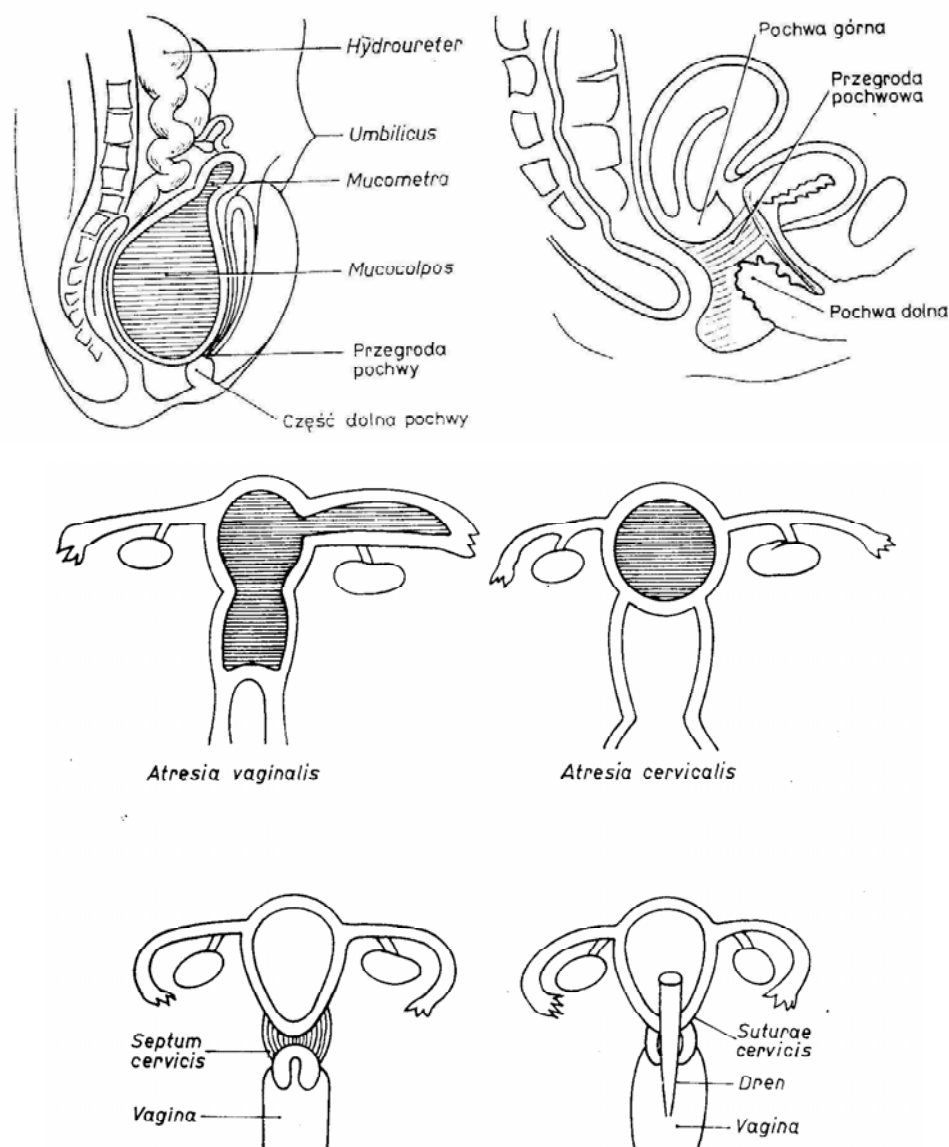


Figure 1. Type of obstruction of the vagina [8]

4. Vaginal or uterine duplication

Disruption of the fusion process of the müllerian structures can result in a variety of duplication anomalies. A result of partial fusion can lead to a bicornuate uterus with a single vagina or complete duplication with uterus didelphys and vaginal duplication. As discussed earlier, various portions of these duplicated segments may be obstructed. Many of these patients have unilateral renal agenesis [1, 6].

Evaluation and Management

Detection of vaginal anomalies depends on the time of presentation, varying from an abdominal mass to bulging introitus in newborn infants to cyclical abdominal pain and amenorrhea at puberty. Obvious findings of an absent or blind-ending vagina lead to the diagnosis of vaginal agenesis. Rectal examination with bimanual palpation in

older patients may help to detect masses or asymmetry of the internal genital structures [1, 3, 4]. As noted earlier, sonography, computed tomography, and MR imaging may be helpful in determining the anatomic relationships of the internal structures and, when present, the area of obstruction. Surgical treatment is tailored to specific abnormalities. In cases of vaginal segment obstruction by a transverse web, simple incision may be the only procedure required [1, 5, 6]. In cases of vaginal agenesis, extensive reconstruction, including the use of isolated bowel segments and split thickness skin grafts, may be required. These procedures may require consultation from practitioners of various specialties, including pediatric urology, pediatric surgery, plastic surgery, and gynecology. As in the case of ambiguous genitalia, vaginal anomalies may present complex diagnostic and therapeutic challenges to practitioners [1, 7, 8].

Psychosocial problems

Heller-Boersma et al. [9] who reviewed literature on psychological impact of Rokitansky syndrome suggested that most patients learn about the diagnosis in adolescence. They believed that trauma from distressing diagnostic procedures and psychological adjustment to the new situation (i.e. the prospect of childlessness) may pose major psychological difficulty for the patient. Coming to terms and learning to live with the impairment could be a long process often accompanied by feelings of inadequacy and confusion over one's psychosexual identity. Heller-Boersma and her colleagues (9) also studied psychological characteristics of vaginal agenesis patients and controls. They showed that even many years after diagnosis young adults with Rokitansky syndrome were characterized by high levels of depression and phobic anxiety. Additionally, these women had lower self-esteem, considered themselves ineffective and had substantially more feelings of interpersonal alienation and distrust than controls. Their research also confirmed that women with congenital vaginal agenesis were prone to eating disorders, especially to bulimia. Moreover, investigators argued that because of its intimate character surgical procedures for congenital vaginal agenesis such as dilator treatment could add up to feelings of shame and disturbance. In their study the amount of time (i.e. years since diagnosis) was found to have no influence on patient's psychological status. On the other hand, a great deal of women with Rokitansky syndrome who were subjects in Heller-Boersma investigation were able to sustain satisfying relationships with their partners. Furthermore, authors found the future for women with this gynecological problem very optimistic because

with the development of in vitro fertilization and surrogacy they would have a good chance of overcoming infertility, having biological children of their own and living a full life.

Conclusions

It is essential to point, that clinical management of patients with malformations of the genital tract, particularly in Rokitansky syndrome, must include psychological counseling. Medical professionals should be aware of psychosocial effects of these disorders.

References

- [1] Stanford EK. MD Abnormalities of the External Genitalia www.medical-library.org
- [2] Allen TD. Disorders of sexual differentiation. In: Kelalis KP, King LR, Belman BA (eds). *Clinical Pediatric Urology*, ed 2. Philadelphia, WB Saunders; 1985:904.
- [3] Avolio L, Koo HP, Bescrypt AC, et al. The long-term outcome in men with exstrophy/epispadias: Sexual function and social integration. *J Urol*. 2005; 156:822.
- [4] Barcat J. Current concepts in treatment. In: Horton CE (ed.). *Plastic and Reconstructive Surgery of the Genital Area*. Boston, Little, Brown & Co.; 1973:249.
- [5] Barth RA, Filly RA, Sondheimer FK. Prenatal sonographic findings in bladder exstrophy. *Ultrasound Med*. 1990;9:359.
- [6] Bauer SB, Retik AB, Colodny AH. Genetic aspects of hypospadias. *Urol Clin North Am*. 1981;8:559.
- [7] Bellinger MF. Embryology of the male external genitalia. *Urol Clin North Am*. 1981;8:375.
- [8] Komorowska A. *Ginekologia wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa; 1991.
- [9] Heller-Boersma JG, Schmidt UH, Edmonds DK. Psychological Distress in Women With Uterovaginal Agenesis. *Psychosomatics*. 2009;50:277-281 (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome, MRKH).

adres do korespondencji

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Klinika Ginekologii I
ul. Polna 33
60-535 Poznań

OCENA POTRZEB I REAKCJI SEKSUALNYCH Kobiet ZE STWIERDZONYM W WYWIADZIE PROBLEMEM ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH I NIETRZYMANIA MOCZU

DISORDERS OF PELVIC SUPPORT AND URINARY INCONTINENCE – SEXUOLOGICAL ASPECTS

Alicja Miedziejko¹, Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Agata Król¹, Magdalena Pisarska-Krawczyk²,
Maciej Wilczak³, Witold Kędzia¹, Magdalena Wróbel⁴

¹ Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² PWSZ w Kaliszu, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Zakład Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴ Szpital Wojewódzki w Poznaniu

Streszczenie

Wstęp. Okres przekwitania i senium predysponuje do zaburzeń statyki żeńskich narządów płciowych, co zdarza się u około 50% kobiet w tym okresie życia. Choć wśród czynników etiologicznych znaczenie ma hypoestrogenizm, to podkreśla się, że przyczyny zaburzeń statyki żeńskich narządów płciowych są wieloczynnikowe. Zaburzenia statyki narządów płciowych wiążą się zazwyczaj z nietrzymaniem moczu, są przyczyną znacznego dyskomfortu. Jest to problem uroginekologiczny, a także seksuologiczny.

Cel pracy. Badanie potrzeb i reakcji seksualnych kobiet z problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu – w wywiadzie.

Materiał i metody. Analizowano potrzeby i reakcje seksualne 48 aktywnych seksualnie pacjentek w okresie przekwitania z zaburzeniami statyki narządów płciowych i nietrzymaniem moczu, po leczeniu uroginekologicznym w wywiadzie. Pacjentki zgłaszały się regularnie na wizyty ginekologiczne, podczas których uwzględniano aspekty seksuologiczne. Pacjentki chętnie poddały się badaniu ankietowemu dotyczącemu potrzeb i reakcji seksualnych.

Wyniki. Wyniki badań wskazują, że właściwie przeprowadzone leczenie i dalsza opieka ginekologiczna dają pacjentkom możliwość realizowania swych potrzeb seksualnych – kobiety wyrażały chęć kontaktów seksualnych i chętnie próbowały różnych pozycji seksualnych.

Wnioski. Zaburzenia statyki narządów płciowych i związane z nimi zaburzenia uroginekologiczne stanowią ważny problem tak medyczny (uroginekologiczny i seksuologiczny), jak i socjalny. Kobiety z tymi problemami dzięki prawidłowej opiece uroginekologicznej i seksuologicznej mogą realizować swe potrzeby seksualne.

Słowa kluczowe: klimakterium, zaburzenia statyki, nietrzymanie moczu.

Abstract

Introduction. The period of menopause and senium may cause pelvic organ prolapse; approximately 50% of women in this period of life are affected by this phenomena. Even though within the ethological aspects hypoestrogenism plays an important role here, it has to be stressed that the reasons for pelvic organ prolapse may have the following various reasons. Pelvic organ prolapse occurs when weakened pelvic muscles allow the bladder, uterus or rectum to “fall” or sink into the vagina. Pelvic organ prolapse is an uncomfortable condition very often connected with urinary incontinence – it is urogynecological problem and sexuological problem too. Patients may experience pressure, pain and the sensation of something falling out of their vagina or rectum.

Aim of the study. Research of the needs and sexual reactions of women suffering from pelvic organ prolapse and incontinence.

Material and methods. For the reason of this research the needs and sexual reactions of 48 sexually active patients have been study; these patients were in the period of menopause, had pelvic organ prolapse and incontinence. The patients consulted their physician regularly; within these consultations sexuological aspects have been taken into consideration. The patients voluntarily underwent the study (questionnaire), which especially took into consideration their needs and sexual reactions.

Results. The findings of the study indicated that a proper medical treatment and a further gynecological treatment allow the patients realizing their sexual needs – the patients showed and increase interest in sexual contacts and wanted to try out various sexual techniques.

Conclusion. Pelvic organ prolapse and urological disturbances can be seen as a serious medical (urological and sexuological) as well as a sociological problem. Women suffering from this problem may realize their sexual needs by applying a proper urological and sexuological treatment.

Keywords: climacterium, pelvic organ prolapse, incontinence.

Jednym z powodów zainteresowania problematyką przekwitania i rozwoju tzw. medycyny przeciwstarzeniowej oraz geriatry jest starzenie się społeczeństwa.

Ponad 11% całej populacji to ludzie, którzy przekroczyli 65. rok życia, do roku 2020 procent ten wzrośnie do 13; po drugie, żyjemy dłużej – 65-letni mężczyzna bez problemu osiąga wiek 79 lat, a kobieta nawet 83 lat... Im więcej jest starszych ludzi, tym więcej uwagi powinno im się poświęcać – także w aspekcie seksuologii.

Jednym z najistotniejszych problemów medycyny przeciwstarzeniowej, ginekologii i seksuologii jest zaburzenie statyki żeńskich narządów płciowych, skutkujące zazwyczaj zaburzeniami funkcji seksualnych oraz problemami uroginekologicznymi. Według danych z piśmiennictwa i obserwacji klinicznych autorów, zainteresowanie seksem jak i sprawność seksualna kobiet i mężczyzn w dużej mierze zależą od wczesnych wzorców zachowań seksualnych, które tracą na intensywności z wiekiem [1, 2].

Właściwie przeprowadzone leczenie uroginekologiczne, poprawna opieka ginekologiczna, uwzględniająca aspekty seksuologiczne u kobiet w okresie przekwitania z zaburzeniami statyki narządów płciowych i nietrzymaniem moczu, jak wskazują wyniki przedstawionych badań, powo-

dują, że kobiety te mogą z sukcesem realizować swe potrzeby seksualne.

Cel

Badanie potrzeb i reakcji seksualnych kobiet z problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu – w wywiadzie.

Materiał i metoda

Analizowano potrzeby i reakcje seksualne 48 aktywnych seksualnie pacjentek w okresie przekwitania z zaburzeniami statyki narządów płciowych i nietrzymaniem moczu, po leczeniu uroginekologicznym w wywiadzie. Pacjentki zgłaszały się regularnie na wizyty ginekologiczne, podczas których uzględniano aspekty seksuologiczne. Pacjentki chętnie poddały się badaniu ankietowemu dotyczącemu potrzeb i reakcji seksualnych.

Każda z potrzeb i reakcji seksualnych oceniana była w 5-stopniowej skali (od 0 do 4, gdzie 0 to niska ocena, 4 – wysoka ocena).

Wyniki

Na podstawie tabeli 1. można wywnioskować, że najwyżej przez badane kobiety ocenione zostało libido (pyt. 1) – średnia ocena 2,88 ± 0,76 punktów i pozycje (pyt. 15) – średnia ocena 2,85 ± 0,90 punktów. Kobiety te wyrażały chęć kontaktów sek-

Tabela 1. Ocena potrzeb i reakcji seksualnych

Nr pyt.	Ocena potrzeb i reakcji seksualnych	Średnia	SD
1	Libido	2,88	0,76
2	Potrzeba kontaktów seksualnych	2,54	0,77
3	Częstość orgazmu	2,00	0,83
4	Częstotliwość orgazmu w stosunku	2,27	0,71
5	Częstotliwość stosunków	2,35	0,86
6	Odsetek stosunków z orgazmem	2,67	1,14
7	Podniecenie przed stosunkiem	2,67	0,88
8	Odczucia podczas stosunku	2,75	1,18
9	Szybkość osiągnięcia orgazmu	2,18	1,14
10	Zgranie z partnerem w orgazmie	2,42	1,09
11	Nastrój przed stosunkiem	2,43	0,93
12	Nastrój po stosunku	2,71	0,93
13	Samooceana	2,76	0,85
14	Aktywność podczas stosunku	2,51	1,12
15	Pozycje	2,85	0,90
16	Zachowanie podczas orgazmu	2,46	1,01
17	Skurcze pochwy podczas orgazmu	2,50	1,19
18	Częstość reakcji pochwy w orgazmie	2,33	0,99
19	Orgazmy nocne	0,70	0,62
20	Czas trwania zaburzeń seksualnych	2,19	1,48

sualnych i chętnie próbowały różnych pozycji seksualnych. Najniżej ocenione zostały przez badane kobiety orgazmy nocne.

Dyskusja

Zaburzenia statyki narządów płciowych i związane z nimi problemy uroginekologiczne są swoistym kalectwem, skutkującym ograniczeniem w aktywności fizycznej i seksualnej. Fakt ten przed leczeniem uroginekologicznym występował u wszystkich pacjentek, co przyznawały w wywiadzie lekarskim – badanie ankietowe przeprowadzono po leczeniu uroginekologicznym. Jak wskazują wyniki badań właściwie przeprowadzone leczenie i dalsza opieka ginekologiczna dają pacjentkom możliwość realizowania swych potrzeb seksualnych. Wyniki badań wskazują, że kobiety po takim leczeniu wyrażały chęć kontaktów seksualnych i chętnie próbowały różnych pozycji seksualnych.

Najniżej ocenione zostały przez badane kobiety orgazmy nocne. Badane kobiety, jak wykazały wyniki badań, rzadko miewają nocne orgazmy.

Do zaburzeń seksualnych okresu przekwitania związanych z tym swoistym kalectwem należą: hypo- lub anorgazmia, dyspareunia oraz klimakturia (wyciekanie moczu w czasie współżycia), hypolibidemia lub alibidemia stowarzyszone ze wspomnianym poczuciem własnej atrakcyjności. Tym problemom towarzyszy suchość pochwy, wtórne stany zapalne układu moczowo-płciowego [1–3]. Dane z piśmiennictwa oraz obserwacje kliniczne wskazują, że w przypadku analizowanych zaburzeń uroginekologicznych ponad 50% kobiet przejawia hypo- lub alibidemię, czując się mniej atrakcyjnie unikają one kontaktów seksualnych, co często zakłóca relacje partnerskie [4–6]. Do tego stanu przyczynia się dyskomfort przy współżyciu, spowodowany wtórnymi do hypostrogenizmu okresu przekwitania zmianami atroficznymi i podrażnieniem skóry i błony śluzowej narządów płciowych przez mocz (klimakturia). Należy podkreślić przy tym tendencję do nawracających stanów zapalnych i zakażeń narządów moczowo-płciowych u takich pacjentek [7–9]. Badane pacjentki, po leczeniu uroginekologicznym, leczeniu preparatami estriolu, pochodnymi kwasu hialuronowego, mogły realizować swe potrzeby seksualne.

Obserwacje kliniczne autorów wskazują jednak, że o ile pacjentki w lekarskim wywiadzie ginekologicznym same uskarżają się na dolegliwości uroginekologiczne, o tyle same zazwyczaj nie zgłaszają problemów seksuologicznych związanych z zaburzeniami statyki – trzeba je zazwyczaj o to w sposób empatyczny zapytać – wtedy istotnie zgłaszają opisane wyżej zaburzenia w sferze seksualnej. Autorzy pragną podkreślić, że zawsze istnieje konieczność poszerzenia wywiadu lekarskiego ginekologicznego o aspekty seksuologicz-

ne, co przeprowadzić należy z poszanowaniem intymności i dużą empatią [9–11].

Problemem bezpośrednio związanym z zaburzeniami statyki narządów płciowych jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, co dodatkowo negatywnie wpływa także na sferę psychoseksualną. Negatywny wpływ na życie w każdym jego aspekcie u pacjentek z zaburzeniami statyki narządów płciowych i nietrzymaniem moczu skłania do poszukiwania jak najskuteczniejszych metod leczenia nietrzymania moczu i zaburzeń statyki narządów płciowych [11–14].

Badane pacjentki miały zastosowane leczenie uroginekologiczne, które, jak same przyznawały w wywiadzie lekarskim, poprawiło ich funkcjonowanie także w aspekcie seksualnym – chętnie poddały się badaniu ankietowemu. Aktualnie obowiązujący algorytm postępowania u pacjentek z zaburzeniami statyki i nietrzymaniem moczu obejmuje leczenie zachowawcze, polegające na ćwiczeniach wzmacniających mięśnie dna miednicy (chodzi o tzw. gimnastykę Kegla – napinanie mięśni krocza kilkanaście razy w ciągu dnia) w skojarzeniu z miejscowym stosowaniem terapii estrogenowej. Pierwszym etapem leczenia są metody zachowawcze. Szczególną formą jest fizjoterapia, obejmująca kinezyterapię – trening mięśni dna miednicy, elektrostymulację, biofeedback, stymulację magnetyczną oraz terapię behawioralną. Zastosowanie odpowiedniej terapii jest uzależnione od rodzaju nietrzymania moczu. Sposoby postępowania fizjoterapeutycznego są skuteczne, jednak wymagają od pacjentki cierpliwości oraz samodyscypliny [13–15].

W leczeniu farmakologicznym stosowane są preparaty antycholinergiczne, blokujące receptory muskarynowe: oksybutynina, tolterodyna, trospium, solifenacyna i darifenacyna lub niedostępna w Polsce duloksetyna, a także zmniejszające wydzielanie moczu (desmopresyna). U części pacjentek można stosować terapię odnerwienia pęcherza, używając w tym celu toksyny botulinowej. Wspomagające działanie mają także stosowane dodatkowo doraźnie urządzenia, np. Kolpexin, wewnątrzcewkowe wkładki i zaciskacze cewki moczowej hamujące „ucieczkę” moczu. Nie należy zapominać o możliwości używania wkładek wchłaniających i w odróżnieniu od typowych – neutralizujących zapach moczu, a przez to poprawiających komfort życia. Istnieją rekomendacje PTG dotyczące leczenia operacyjnego pacjentek z zaburzeniami statyki i nietrzymania moczu – u pacjentek zastosowano metody leczenia wg rekomendacji PTG [16–19].

Decyzja co do wyboru sposobu leczenia zależy od wielu warunków i kryteriów, w tym od wieku pacjentki, jej stanu ogólnego, aktywności fizycznej, ewentualnie od poprzedzających operacji uroginekologicznych, a także od decyzji pacjent-

ki w sprawie kontynuacji życia seksualnego, co jak wskazują dane z piśmiennictwa i poczynione obserwacje stanowi ważny aspekt diagnostyki i terapii [18–21].

Wnioski

Zarówno z punktu widzenia profilaktyki jak i terapii pacjentek z zaburzeniami statyki stowarzyszonymi z zaburzeniami uroginekologicznymi, istotnym aspektem jest seksualność kobiet i problemy relacji partnerskich.

Właściwe leczenie uroginekologiczne, poprawna opieka ginekologiczna uwzględniająca aspekty seksuologiczne pozwalają na realizowanie potrzeb seksualnych pacjentek z zaburzeniami statyki stowarzyszonymi z nietrzymaniem moczu.

Piśmiennictwo

- [1] Pawlaczyk M, Jarząbek-Bielecka G, Menopause and sexual activity. *Nowiny Lekarskie*. 2009;78(5–6): 317–320.
- [2] Jarząbek-Bielecka G, Wilczak M. Sexual dysfunction caused not by organic disorders or somatic diseases. *Dyspareunia and climacterium. Prz Menopauz*. 2012;11(5):428–430.
- [3] Pisarska-Krawczyk M. Epidemiologia i postacie nietrzymania moczu. W: *Czynność dolnego odcinka układu moczowego u kobiet leczonych z powodu wybranych chorób ginekologicznych*. Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2004:16–24.
- [4] Rechberger T, Aleksandra Bartuzi A, Perżyło K. Zaburzenia statyki narządu rodowego – przyczyny, diagnostyka, symptomatologia i leczenie. *Przegląd Menopauzalny*. 2011;3:206–217.
- [5] Hunskaar S. A 2006 update on definitions, reviews, metaanalyses, and clinical guidelines regarding management of urinary incontinence in women. *Fam Med Prim Care Rev*. 2006;8:1301–9.
- [6] Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82:327–38.
- [7] Surkont G, Właźlak E, Suzin J. Nietrzymanie moczu u kobiet – problem społeczny, medyczny i naukowy. *Prz Menopauz*. 2003;2:59–65.
- [8] Rechberger T, Skorupski P. Nietrzymanie moczu – problem medyczny, socjalny i społeczny. W: *Rechberger T, Jakowicki JA (red.). Nietrzymanie moczu u kobiet. Patologia, diagnostyka, leczenie*. Bifolium, Lublin 2005:29–34.
- [9] Futyma K, Rechberger T. Życie seksualne kobiet po leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu. *Przegląd Urologiczny*, 2003;3:74–76.
- [10] Strauss G, Schmidt AW. Zmiany położenia narządów płciowych. W: *Pschyrembl W, Strauss G, Petri E (red.). Ginekologia praktyczna*. PZWL 1994: 317–356.
- [11] Payne CK. Behavioral therapy for overactive bladder. *Urology*. 2000;55(supl. 5A):3–6.
- [12] Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167–78.
- [13] Seim A, Eriksen BC, Hunskaar S. A study of female urinary incontinence in general practice. Demography, medical history, and clinical findings. *Scand J Urol Nephrol*. 1996;30:465–71.
- [14] Bidzan M. Medyczne aspekty nietrzymania moczu. W: *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008:25–34.
- [15] Słojewski M, Gołubiński A, Torbe B, Sikorski A. Nietrzymanie moczu u kobiet. *Lekarz Rodzinny*. 2005;10:680–5.
- [16] Banach R, Zdziennicki A. Diagnostyka i aktualne wytyczne postępowania terapeutycznego w nietrzymaniu moczu. *Gin Prakt*. 2004;4:37–43.
- [17] Piechota E, Baranowski W. Nietrzymanie moczu u kobiet. *Pediatr Med Rodz*. 2006;2:163–75.
- [18] Zielińska A, Smolarek N, Pisarska-Krawczyk M. Nietrzymanie moczu u młodych kobiet. *Gin Prakt*. 2009;2:19–23.
- [19] Zespół ekspertów; Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące profilaktyki oraz leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych i wysiłkowego nietrzymania moczu u pacjentek zakwalifikowanych do histerektomii. *Ginekol Pol*. 2009;80:459–465.
- [20] Ellerkmann MR, Cundiff GW, Melick CF, et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:1332–1338.
- [21] Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, et al. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2004;104:982–988.

adres do korespondencji

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Klinika Ginekologii I
ul. Polna 33
60-535 Poznań

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZEŁYKU

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Maria Korzonek, Agnieszka Dziergas

Samodzielna Pracownia Opieki Długoterminowej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Streszczenie

Wstęp. Choroba refluksowa przełyku (GERD) jest obecnie jednym z częściej spotykanych schorzeń w gastroenterologii. Występuje u ok. 20–40% społeczeństwa krajów wysoko rozwiniętych. Wiele prac badawczych wykazuje, że choroba refluksowa przełyku jest dużym obciążeniem fizycznym i emocjonalnym dla cierpiących na nią pacjentów.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy jest określenie jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku w zależności od zmiennych socjodemograficznych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 w Szczecinie i objęto nim grupę 100 osób z rozpoznaną chorobą refluksową przełyku. Do badania jakości życia chorych z GERD zastosowano ankietę Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), składającą się z 36 pytań dotyczących pięciu zakresów życia pacjentów, tj. objawów chorobowych, stanu fizycznego, funkcjonowania socjalnego, emocji chorego i wpływu leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego.

Wyniki. W całej badanej populacji średnia punktacja GIQLI wyniosła 91,53. U mężczyzn wynik ten wyniósł 99,38 punktów natomiast u kobiet 86,50 punktów. Jakość życia zdecydowanie większej liczby badanych pacjentów okazała się dużo niższa niż w populacji ludzi zdrowych (122,6 punktów). Za przyczynę obniżenia jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku, zwłaszcza u kobiet, można uznać obniżone emocje oraz konieczność wprowadzenia diety.

Wnioski.

1. U większości pacjentów z chorobą refluksową przełyku stwierdza się zdecydowanie niższą jakość życia w porównaniu z populacją zdrową.
2. Konieczność stosowania długotrwale leków oraz wprowadzenie diety to czynniki obniżające jakość życia chorych.
3. Na jakość życia w chorobie refluksowej przełyku ma wpływ sfera emocjonalna. Zdenerwowanie i smutek jako stany związane z chorobą silnie obniżają jakość życia w tej sferze.
4. Wiek, miejsce zamieszkania i źródło utrzymania nie wpływają na jakość życia chorych z GERD.

13

Słowa kluczowe: jakość życia, choroba refluksowa przełyku.

Abstract

Introduction. Many research works show that gastroesophageal reflux disease is currently a significant physical and emotional burden for patients. The aim of this work is to determine how the GERD influences patients functioning in family, professional and social life.

Material and methods. The research was carried out in the Gastroenterology Clinic of the Pomeranian Medical University in Szczecin and involved a group of 100 patients with GERD.

Aim of the study. The Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) survey composed of 36 questions concerning five areas of patients' lives, i.e. symptoms of the disease, physical state, social functioning, patients emotions and the influence of conservative treatment on patients' well-being was conducted.

Results. The average GIQLI score was 91.53 (99.38 men and 86.50 women). The quality of life of a greater number of surveyed patients proved to be much lower than in the population of healthy people (122.6 points). Negative emotions and the need of starting a diet reduce comfort of life of patients with GERD, particularly women.

Conclusions.

1. The quality of life of a greater number of surveyed patients proved to be much lower than in the population of healthy people.
2. The necessity to take one's medication and to go on a diet in GERD is a factor lowering the quality of life and causes discomfort connected with treatment.
3. Emotional sphere affects the quality of life with GERD. Nervousness and sadness as states connected with the disease have a significant negative effect on life.
4. Age, place of residence and source of livelihood do not influence the quality of life with GERD.

Keywords: quality of life, gastroesophageal reflux disease.

Wstęp

Choroba refluksowa przełyku, czyli GERD (Gastroesophageal Reflux Disease) jest schorzeniem związanym z patologicznym zarzucaniem treści żołądko-

wej (kwaśnej przy pH < 4 lub zasadowej przy pH > 4) do przełyku, co wywołuje subiektywne dolegliwości i/lub związane z nimi powikłania, niekorzystnie wpływające na jakość życia pacjenta [1–3].

Etiopatogeneza GERD

Wśród czynników, które wywołują chorobę refluksową przełyku wymienia się przede wszystkim zaburzenie funkcji bariery antyrefluksowej.

Naturalna bariera antyrefluksowa składa się z dolnego zwieracza przełyku (LES – Lower Esophageal, Sphincter) włókien przepony (odnogi przepony) oraz kąta Hisa, utworzonego przez odcinek brzuszny przełyku i więzadła połączenia żołądkowo-przełykowego. Jednak zasadnicze znaczenie w patogenezie GERD ma zaburzenie mechanizmu LES, co doprowadza do spadku ciśnienia zwieracza i skrócenia jego długości.

Za kolejną przyczynę GERD uważa się upośledzenie tzw. kliransu przełykowego, czyli oczyszczania przełyku. Osłabienie motoryki przełyku i spadek ilości wydzielanej śliny doprowadzają do uszkodzenia bariery śluzówkowej przełyku.

Do czynników sprzyjających powstawaniu GERD zalicza się także upośledzone opróżnianie żołądkowe, które występuje prawie u 40% pacjentów z chorobą refluksową przełyku, nadmierne rozszerzenie żołądka oraz wzrost ciśnienia w żołądku i jamie brzusznej.

Zapadalność na GERD związana jest także ze zmianami, jakie zachodzą w sposobie odżywiania się i stylu życia. Za prawdopodobne czynniki ryzyka uważa się: otyłość i nadwagę, szybkie jedzenie z potykaniem dużej ilości powietrza, siedzący tryb życia, niewłaściwą dietę oraz spożywanie w nadmiernej ilości potraw tłustych, alkoholu, czekolady, naparów z mięty, napojów gazowanych oraz niektórych leków.

Według nowej klasyfikacji montrealskiej objawy GERD można podzielić na zespoły przełykowe (typowe) i pozaprzełykowe (nietypowe) [1, 4].

Do objawów przełykowych zalicza się zgagę (uczucie palenia za mostkiem), bóle w nadbrzuszu, odbijania, bóle w klatce piersiowej (które nierzadko sugerują bóle wieńcowe) oraz cofanie się treści żołądkowej do przełyku (tzw. regurgitacja) [1, 5, 6].

Do zespołów pozaprzełykowych o udowodnionym związku z refluksiem zalicza się:

- zespół kaszlu refluksowego
- zespół refluksowego zapalenia krtani
- refluksowy zespół astmatyczny
- zespół refluksowych nadżerek szkliwa zębów [7].

Powikłania choroby refluksowej

Wieloletnie zarzucanie treści żołądkowej do przełyku i występujący stan zapalny błony śluzowej może prowadzić do poważnych powikłań [8]. W następstwie refluksowego zapalenia przełyku może dojść do krwawień i owrzodzeń przełyku (w ok. 5–10%), a nawet perforacji wrzodu (w ok. 0,2%), a w procesie gojenia się owrzodzeń

do zwężenia przełyku (w ok. 5%). U 3–15% chorych z GERD może rozwinąć się przełyk Barretta. Przełyk Barretta jest przeobrażeniem nabłonka wielowarstwowego płaskiego w nabłonek walcowaty, charakterystyczny dla metaplastyki jelitowej lub żołądkowej, co stanowi stan przednowotworowy. Na podłożu tak patologicznie zmienionego nabłonka, u ok. 10% chorych może rozwinąć się rak gruczołowy.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jakość życia definiuje, jako „*postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w jakich żyją, oraz jej związku z indywidualnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami*” [9]. Pojęcie jakości życia jest pojęciem zrozumiałym, ale bardzo trudnym do zdefiniowania i zmierzenia. Z medycznego punktu widzenia ocenie podlega jakość życia zależna od zdrowia (*Health Related Quality of Life-HRQL*). Na HRQL składa się wpływ procesu chorobowego na socjalne, psychologiczne i fizyczne aspekty życia oraz sumaryczny wpływ na dobre samopoczucie [10]. Jakość życia jest zmienną o wielu wymiarach, a każdy z nich zawiera wiele wyróżników będących przedmiotem oceny w badaniach klinicznych [10].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest określenie jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku w zależności od zmiennych socjodemograficznych.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 w Szczecinie.

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów (61 kobiet i 39 mężczyzn) ze stwierdzoną chorobą refluksową przełyku. Średnia wieku u ankietowanych wynosiła 45,8 lat (zakres 17–74 lat), dominanta – 61, mediana – 48.

Najwięcej, bo 39% chorych posiadało wykształcenie średnie. Niewiele mniejszy procent (38%) stanowili pacjenci z wykształceniem wyższym. Łącznie 23% stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym i podstawowym (odpowiednio 13% i 10%).

Większość badanych, bo aż 54 osoby (54%) stanowili pacjenci zamieszkujący miasta o wielkości powyżej 100 tys. mieszkańców. 23% pacjentów pochodziło z miast od 10 do 100 tysięcy mieszkańców, a 14% ankietowanych pochodziło ze wsi. Tylko 11 osób (9%) pochodziło z miasta do 10 tysięcy mieszkańców. Respondenci dobrowolnie wyrazili zgodę i chęć wzięcia udziału w badaniach.

Badania przeprowadzono przy użyciu sondażu diagnostycznego, złożonego z ankiety zawie-

rające dane dotyczące płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, źródła utrzymania, oraz standaryzowanego kwestionariusza GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index), który bada jakość życia pacjentów z GERD [2, 10].

Do wstępnych obliczeń oraz wszelkich koniecznych przekształceń całego materiału badawczego wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel 2007. Do statystycznego opracowania danych wykorzystano natomiast program Statistica 9.

Ponieważ badane parametry nie posiadały rozkładów normalnych, do analizy zastosowano statystykę nieparametryczną gamma. W analizie tej przyjęto poziom istotności $< 0,05$.

Wyniki badań

Wykonano analizę związku sześciu parametrów badanej grupy pacjentów (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, źródło utrzymania) z wynikiem testu GIQLI. Do obliczeń zastosowano statystykę nieparametryczną gamma.

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie korelację (0,4) pomiędzy płcią badanych a rezultatem punktacji GIQLI, co zezwala twierdzić, że mężczyźni oceniali wyżej jakość życia z chorobą refluksową przełyku aniżeli kobiety.

Kolejno porównano przy użyciu współczynnika korelacji rang gamma wynik punktacji GIQLI a stan cywilny badanych. Wystąpiła średnia korelacja (0,3) między oceną jakości życia a stanem cywilnym badanych pacjentów, co dowodzi, że osoby samotne niżej oceniły jakość życia z chorobą refluksową przełyku.

Następnie porównywano poziom wykształcenia i punktację GIQLI. W tym przypadku przeprowadzona analiza wykazała słabo dodatnią korelację (0,2). Chorzy z wykształceniem wyższym oceniają wyżej jakość życia z chorobą refluksową aniżeli chorzy z wykształceniem średnim, zawodowym czy podstawowym.

Porównując natomiast wynik punktacji GIQLI z miejscem zamieszkania, wiekiem i źródłem utrzymania nie wykazano żadnego związku. Współczynnik korelacji rang gamma dla tych parametrów wyniósł: -0,1 dla wieku i miejsca zamieszkania oraz 0,1 dla źródła utrzymania. Wynika z tego, że niezależnie od tego, czy pacjenci pochodzili z dużych (54%), małych lub średnich miast (w sumie 32%), czy ze wsi (14%) nie wpłynęło to na wynik GIQLI. Podobnie sytuacja miała się do źródła utrzymania respondentów. Niezależnie

od tego, czy ankietowani pracowali (53%), utrzymywali się z renty lub emerytury (29%), czy korzystali z innego źródła utrzymania lub nie pracowali (łącznie 16%) nie miało to wpływu na wynik testu GIQLI. Podobnie i wiek ankietowanych, pomimo dużej rozpiętości lat (od 17 do 74), nie wpłynął na wynik testu.

Wyznaczone współczynniki korelacji gamma (dla poziomu istotności $< 0,05$) podano w **tabeli 1**.

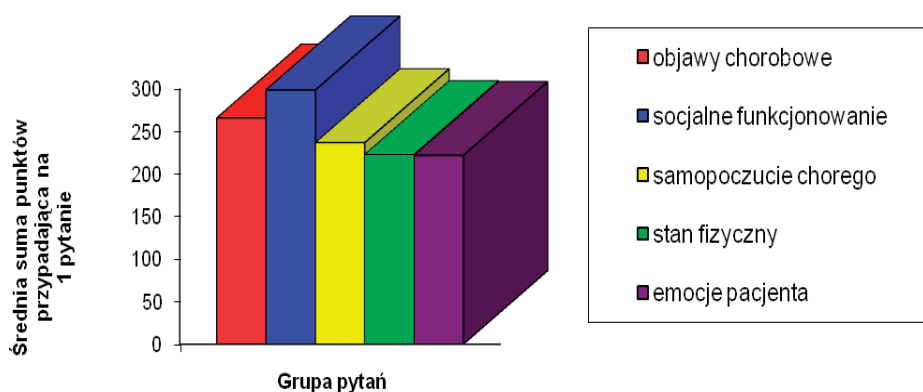
Wśród całej badanej populacji pacjentów z chorobą refluksową przełyku cztery osoby uzyskały wyniki mniejsze lub równe 61 punktów, co świadczy o bardzo niskiej jakości życia pacjentów z GERD. 30% pacjentów uzyskało punktację w przedziale 62–82 punkty. Z kolei 38% pacjentów uzyskało punktację między 83–102. Wynika z tego, że u 2/3 przebadanych pacjentów jakość życia jest dużo niższa niż średnia w populacji ludzi zdrowych (122,6 punktów). Tylko 22% pacjentów w przeprowadzonych badaniach uzyskało punkty w przedziale 103–122, co świadczy o niewielkim stopniu obniżenia jakości życia. Natomiast 6% wyników stanowiły odpowiedzi powyżej 122 punktów, co świadczy o porównywalnej z populacją ludzi zdrowych jakością życia.

Analizując wyniki badań, można zauważyć, że w grupie 100 pacjentów najwyższą średnią sumę punktów uzyskały pytania z zakresu funkcjonowania socjalnego, tj. pytania dotyczące wypełniania codziennych obowiązków, pogorszenia się kontaktów osobistych z bliskimi czy dotyczące spadku libido u badanych. Wynik ten świadczy o tym, że funkcjonowanie socjalne nie wpływa istotnie na jakość życia pacjentów z GERD. Z kolei najmniejszą średnią sumę punktów uzyskały pytania o stan emocjonalny pacjenta, tj. pytania dotyczące wpływu stresu, zdenerwowania i zaniepokojenia czy smutku na respondenta. Uzyskane wyniki z tej grupy pytań świadczą o tym, iż to właśnie emocje w znacznym stopniu obniżają jakość życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku (**Rycina 1**).

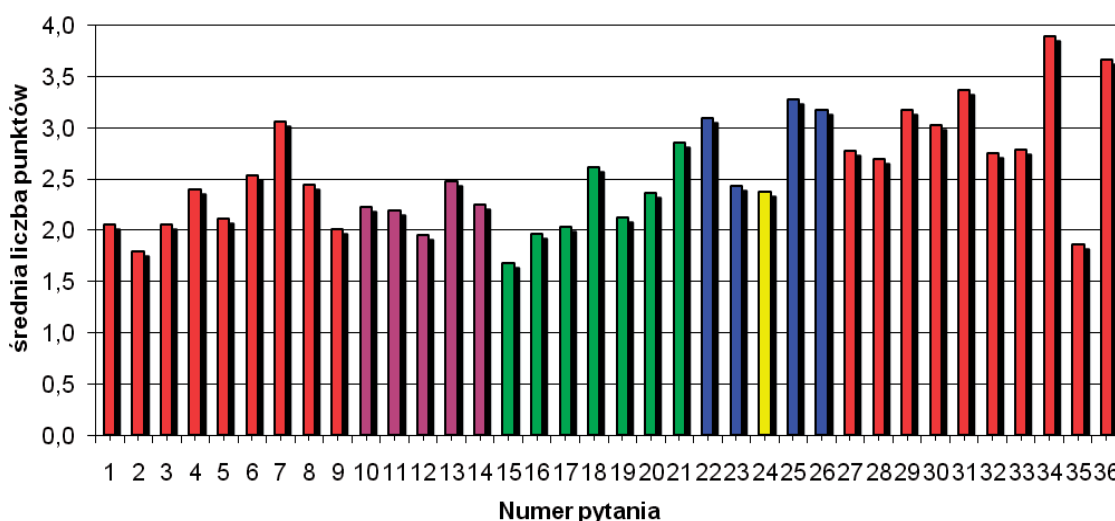
Rycina 2 przedstawia z kolei szczegółowo średnią liczbę punktów odpowiadającą kolejnym pytaniom ankiety. Średnią arytmetyczną uzyskano poprzez sumę punktów z każdego pytania podzieloną przez liczbę respondentów biorących udział w badaniu. Wyniki dowodzą, iż niepokój i zdenerwowanie (pyt. 12) uzyskały najniższą średnią liczbę punktów w grupie pytań o emocje pacjenta. Łącznie 95% pacjentów odpowiedziało, że zdenerwowanie i zaniepokojenie związane z chorobą w znacznym stopniu wpłynęło na obniżenie jako-

Tabela 1. Współczynniki korelacji rang gamma pomiędzy wynikiem ankiety *GIQLI* a wybranymi parametrami badanej grupy pacjentów

Poziom istotności $< 0,05$	Współczynniki korelacji rang gamma					
	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Źródło utrzymania
Wynik testu <i>GIQLI</i>	0,4	-0,1	0,3	-0,1	0,2	0,1



Rycina 1. Średnia suma punktów odpowiadająca pytaniom z poszczególnych grup: objawy chorobowe, socjalne funkcjonowanie, samopoczucie, stan fizyczny, stan emocjonalny



Rycina 2. Średnia liczba punktów odpowiadająca kolejnym pytaniom z poszczególnych grup, w skali od 0–4. Kolory oznaczeń grup jak na rycinie 1

16

ści ich życia w sferze emocjonalnej. Ponad 1/3 pacjentów (tj. 34% ankietowanych) odpowiedziało, że zdenerwowanie i zaniepokojenie swoją chorobą odczuwało bez przerwy lub przez większość czasu, a ponad połowa ankietowanych (61%) twierdziła, że zdenerwowanie i zaniepokojenie o swoje zdrowie przejawiało się czasami lub rzadko. Tylko 5% respondentów ze 100 twierdziło, że zdenerwowanie i zaniepokojenie, występujące z powodu

choroby, nie wpłynęło na jakość ich codziennego życia (**Ryciny 1 i 2**).

Spośród ankietowanych, którzy uzyskali z testu GIQLI ≤ 61 punktów, największy wpływ na obniżenie jakości życia miał ich stan fizyczny, tj. zmęczenie, obniżenie sił fizycznych, oraz ograniczona wydolność. U pacjentów, którzy uzyskali wynik GIQLI 62–82 punkty, największy wpływ na obniżenie ich jakości życia miało złe samopoczucie

Tabela 2. Średnia liczba punktów przypadająca na jedno pytanie w skali od 0 do 4 (zaokrąglone do jednego miejsca po przecinku) odpowiadająca pytaniom z poszczególnych grup z uwzględnieniem wyniku GIQLI

Liczba punktów otrzymanych w teście GIQLI w określonych przedziałach punktowych	Średnia liczba punktów za każde pytanie w poszczególnych grupach				
	Grupa: objawy chorobowe	Grupa: funkcjonowanie socjalne	Grupa: leczenie zachowawcze a samopoczucie chorego	Grupa: stan fizyczny	Grupa: emocje pacjenta
Wynik GIQLI ≤ 61	1,9	1,5	1,0	0,8	1,0
Wynik GIQLI 62–82	2,1	2,6	1,7	1,7	1,8
Wynik GIQLI 83–102	2,7	3,1	2,4	2,3	2,2
Wynik GIQLI 103–122	3,1	3,5	3,1	2,9	2,6
Wynik GIQLI ≥ 123	3,4	3,8	3,8	3,4	3,7

spowodowane leczeniem zachowawczym (pyt. 24) oraz stan fizyczny, tj. złe samopoczucie, zmęczenie i obniżenie sił fizycznych (odpowiednio pyt. 16, 15, 19). Natomiast w grupach, które uzyskały wynik GIQLI między 83–102 oraz 103–122 punkty, wyraźnie na obniżenie jakości życia miały wpływ emocje ankietowanych, tj. zdenerwowanie i zaniepokojenie swoją chorobą, stres oraz smutek (odpowiednio pyt. 12, 10, 11) (**Tabela 2**).

Dyskusja

Choroba refluksowa przełyku jest schorzeniem przewlekłym, któremu często towarzyszy szereg nieprzyjemnych dla pacjenta objawów. Skutkiem tej choroby są negatywne emocje, obniżone samopoczucie, a co za tym idzie ogólne pogorszenie jakości życia pacjenta [11]. Przez wielu autorów obniżenie jakości życia w GERD często porównywane jest z obniżeniem jakości życia nawet w takich chorobach, jak: niedokrwienie serca, cukrzyca czy niewydolność krążenia [1, 10, 12].

W niniejszej pracy przeprowadzono badania przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index), który bada jakość życia pacjentów z GERD [2, 10]. Uzyskane wyniki wynosiły średnio 91,53 punktów, co porównywalne jest z punktacją, jaką uzyskali w swoich pracach E. Kalinowska [10] oraz T. Kamolz i wsp. [13]. Badacze ci, posługując się tym samym kwestionariuszem badania jakości życia, stwierdzili, że średnia punktacja GIQLI u pacjentów GERD wynosiła odpowiednio 91 punktów oraz 90,4 punkty GIQLI, podczas gdy średnia punktów u ludzi zdrowych wynosi 122,6. Można zatem stwierdzić, że u pacjentów z chorobą refluksową przełyku, biorąc pod uwagę badania własne, jakość życia jest zdecydowanie niższa niż u ludzi zdrowych.

W materiale własnym wykazano, że istnieje zależność między płcią pacjentów a wynikiem testu jakości życia. U kobiet średnia punktacja GIQLI wyniosła 86,50, a u mężczyzn 91,53, przy czym współczynnik korelacji wyniósł 0,4. Pozwala to stwierdzić, że istnieje istotna korelacja pomiędzy płcią pacjentów a wynikiem testu, co oznacza, że jakość życia u kobiet z chorobą refluksową przełyku jest niższa, aniżeli jakość życia u mężczyzn. Natomiast O. Tyszkowski, w swojej pracy oceniającej wyniki leczenia operacyjnego GERD metodą laparoskopową i klasyczną z zastosowaniem kwestionariusza GIQLI, stwierdził brak istotnej statystycznie różnicy między płcią a wynikiem testu GIQLI [14].

W materiale własnym wykazano, że na obniżenie jakości życia największy wpływ miał stan emocjonalny pacjenta, tj. zdenerwowanie, zaniepokojenie, stres oraz smutek związany z chorobą. Wielu badaczy w swoich pracach przedstawia rolę przeżyć emocjonalnych jako ważny element

zarówno w powstawaniu jak i przebiegu choroby refluksowej, a także w powodzeniu terapii [11]. T. Kamolz i wsp. [15] w swojej pracy podkreślali, że istnieje silny związek pomiędzy emocjonalnym reagowaniem pacjenta a efektami leczenia. Również L.H. Baker i wsp. [16] udowadniali, że przeżywany stres ma niebywale istotny wpływ na dolegliwości odczuwane przez pacjentów.

To właśnie emocje stanowią w dużej mierze o jakości życia pacjentów z GERD. Chorzy, w pytaniach dotyczących emocji, najbardziej narzekali na niepokój i zdenerwowanie związane ze swoją chorobą. Jedynie 5% respondentów nie odczuwało zaniepokojenia lub zdenerwowania. U pozostałych badanych wystąpiła bardzo silna korelacja (0,9) pomiędzy poziomem zdenerwowania a smutkiem, jako stanami związanymi z chorobą.

Z badań własnych wynika, że kolejnym elementem mającym znaczny wpływ na obniżenie jakości życia jest gorszy stan fizyczny pacjenta. Zmęczenie, złe samopoczucie i kłopoty ze snem (dokładnie w tej kolejności) to elementy, które wywarły największy wpływ na stan fizyczny badanych respondentów. Z badań własnych wynika, że zmęczenie towarzyszyło niemal połowie pacjentów z GERD (47%) bez przerwy lub przez większość czasu. Natomiast złe samopoczucie towarzyszyło 32% pacjentów bez przerwy lub przez większość czasu. Z kolei ponad połowa ankietowanych (53%), skarżyła się na częste wybudzania nocne, które występowały u nich od 3 do 6 razy w tygodniu, a w niektórych przypadkach nawet co noc.

Instytut Gallupa przeprowadził badania ankietowe dla Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, z których wynika, że spośród tysiąca badanych 79% odczuwało zgasną w godzinach nocnych. Wśród nich 75% osób skarżyło się na zaburzenia snu, przy czym 40% twierdziło, że to właśnie zaburzenia snu powodują gorsze funkcjonowanie następnego dnia [17]. Należy się zatem zastanowić, czy właśnie kłopoty ze snem nie są główną przyczyną pogorszenia stanu fizycznego pacjentów z GERD.

Kolejnym elementem obniżającym jakość życia pacjentów z GERD jest pogorszenie samopoczucia, związane z przewlekłym leczeniem farmakologicznym, co wykazano u 81% respondentów. Do sytuacji takich dochodzi w przypadku, gdy występują działania niepożądane leków, gdy leczenie farmakologiczne zawodzi, lub gdy leki są przez pacjenta źle tolerowane [18]. M. Migaczewski [12] w swoich badaniach zauważył, że konieczność stosowania długotrwałe leków przez pacjentów i brak możliwości zakończenia leczenia farmakologicznego powoduje u 81,5% chorych „poczucie przewlekłego pozostawania w stanie choroby”. Z kolei P. Bytzer i A.L. Blum [19] na podstawie przeprowadzonych obserwacji wykazali, że prawidłowo zaproponowane leczenie (tzw. „na żąda-

nie”) może w znacznym stopniu polepszyć jakość życia chorych.

Istotne znaczenie w leczeniu pacjentów z GERD (poza farmakologicznym) ma również stosowanie odpowiedniej diety. M. Jarosz i A. Taraszewska [20] w badaniach przeprowadzonych w latach 2005–2007 na grupie 183 osób (130 – grupa badana, 53 – grupa kontrolna), porównywali sposoby żywienia osób z GERD i osób zdrowych. Dowiedziono, że prawdopodobnie czynnikami rozwoju GERD mogą być otyłość i nadwaga, szybkie jedzenie, i niektóre produkty spożywcze, takie jak: przetwory pomidorowe, kawa, napary i napoje miętowe. W badaniach własnych wykazano, że występuje średnia korelacja pomiędzy koniecznością stosowania diety a poczuciem dyskomfortu związanego z leczeniem.

J. Reguła i wsp. [21] w badaniach nad obciążeniem polskich pacjentów związanym z chorobą refluksową przełyku wykazali, że najbardziej dokuczliwymi objawami u badanych pacjentów były zgaga, niestrawność oraz ból brzucha. Podobnie u M. Migaczewskiego i wsp. [12], dominującym objawem przed zabiegiem fundoplikacji była zgaga, kwaśne i puste odbijania oraz zwracanie treści żołądkowej do przełyku. Badania własne potwierdzają, że uczucie pełności w nadbrzuszu i zgaga oraz uciążliwe odbijanie, ból brzucha, wzdęcia brzucha i konieczność ograniczenia pokarmów, są najbardziej uciążliwe dla pacjentów w grupie pytań o objawy chorobowe. Wykazano, że istnieje silna korelacja pomiędzy bólem brzucha a uczuciem pełności w nadbrzuszu.

W badaniach własnych w obszarze życia socjalnego nie obserwuje się negatywnego wpływu choroby refluksowej na życie pacjenta. Natomiast M. Migaczewski i wsp., przeprowadzając badania w grupie 43 osób z chorobą refluksową przełyku leczonych laparoskopową fundoplikacją sposobem Nissena [12], wykazali, że przed operacją 32,5% ankietowanych było zmuszonych do ograniczenia kontaktów towarzyskich z powodu choroby, 38% ograniczyło wykonywanie czynności zawodowych, a 42% spośród ankietowanych musiało ograniczyć wykonywanie codziennych czynności domowych.

U ankietowanych nie odnotowano utrudnień w kontaktach z rodziną, życiu seksualnym, oraz w codziennych obowiązkach, takich jak szkoła, praca, dom. Również na kontakty towarzyskie choroba nie miała praktycznie żadnego wpływu, a większość badanych twierdziła, że z powodu choroby nie musiała rezygnować z charakterystycznych dla siebie sposobów spędzania wolnego czasu.

Wnioski

1. U większości pacjentów z chorobą refluksową przełyku stwierdza się zdecydowanie niższą jakość życia w porównaniu z populacją zdrową.

2. Konieczność stosowania długotrwanie leków oraz wprowadzenie diety to czynniki obniżające jakość życia chorych.
3. Na jakość życia w chorobie refluksowej przełyku ma wpływ sfera emocjonalna. Zdenerwowanie i smutek jako stany związane z chorobą silnie obniżają jakość życia w tej sferze.
4. Wiek, miejsce zamieszkania i źródło utrzymania nie wpływają na jakość życia chorych z GERD.

Piśmiennictwo

- [1] Huk J, Wallner G, Dąbrowski A, Solecki M, Majewski M, Kubalewska M, Kowalczyk K, Wiktor W, Jankowski L. Ocena wpływu dolegliwości towarzyszących chorobie refluksowej przełyku na jakość życia pacjentów leczonych przez 4 tygodnie jednorazową dawką omeprazolu 20 mg/dobę (ENJOY 12HEE/2005). *Przegląd Gastroenterologiczny*. 2007;2(6): 271–281.
- [2] Kalinowska E, Tarnowski W, Banasiewicz J. Metody pomiaru jakości życia u chorych z chorobą refluksową przełyku. *Gastroenterologia Polska*. 2005; 12(6):531–536.
- [3] Kazimierczuk E, Rydzewska G. Leczenie choroby refluksowej. *Świat Medycyny i Farmacji*. 2009;8: 9–13.
- [4] Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas T i wsp. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:1900–20.
- [5] Małeczka-Panas E, Talar-Wojnarowska R. Choroby przełyku. W: Szczekliki A. (red.). *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010; 816–820.
- [6] Taraszewska A, Jarosz M. Modyfikacja diety i stylu życia jako element terapii w chorobie refluksowej żołądkowo-przełykowej. *Żywność Człowieka i Metabolizm*. 2005;32(2):66–73.
- [7] Łozowski CT, Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M. Nietypowe manifestacje refluksu żołądkowo-przełykowego. *Lekarz*. 2008;9:42–47.
- [8] Ziółkowski B. Choroba refluksowa przełyku. *Essentia Medica*. 2007;1:18–20, 22, 24, 26–27.
- [9] Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego. W: Ostrowska A. *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy kategorii analizy*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009; 112–141.
- [10] Kalinowska E. Jakość życia a zaburzenia osobowości u pacjentów z chorobą refluksową przełyku leczonych chirurgicznie. *Postępy Nauk Med*. 2007;10: 430–438.
- [11] Marcinkowska-Bachlińska M, Małeczka-Panas E. Poczucie kontroli i strategie radzenia sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową. *Przewodnik Lekarza*. 2006;9:83–90.
- [12] Migaczewski M, Budzyński A, Rembiasz K, Choruz R. Ocena jakości życia osób z chorobą refluksową przełyku leczonych laparoskopową fundoplikacją sposobem Nissena. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne*. 2008;3(3):119–125.

- [13] Kamolz T i wsp. Mid and Long-term Quality of life Assessments after Laparoscopic Fundoplication and Refundoplication: a Single Unit Review of More than 500 Antireflux Procedures. *Digest Liver Dis.* 2002;34:470–6.
- [14] Tyszkowski O. Ocena wyników operacyjnego leczenia GERD (Gastroesophageal Reflux Disease) metodą laparoskopową i klasyczną na podstawie oceny jakości życia przy pomocy GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) i ankiety własnej. Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej. Praca Doktorska, Poznań 2009.
- [15] Kamolz T, Pointner R. Gastroesophageal reflux disease. Heart-burn from a psychological view. *Mineerva Gastroenterol Dietol.* 2004;50:261–268.
- [16] Baker LH, Liberman D, Oehlke M. Psychological distress in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:1797–1803.
- [17] Shaker R, Castell DO, Schoenfeld PS. Nighttime heartburn is an unter-appereciated clinical problem that impacts sleep and daytime function: the results of a Gallupsurvey conducted on behalf of the American Gastroenterological Association. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:1487–1493.
- [18] Przytułski K. Jakość życia w chorobie refluksowej. *Gastroenterologia Polska.* 2004;11(6):559–563.
- [19] Bytzer P, Blum AL. Personal view: rationale and proposed algorithms for symptom-based proton pump inhibitor therapy for gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20:389–398.
- [20] Jarosz M, Taraszewska A. Porównanie sposobu żywienia osób z chorobą refluksową żołądkowo-przełykową i osób zdrowych. *Badania Pilotażowe. Żywnienie człowieka i Metabolizm.* 2007;34(6):1595–1607.
- [21] Reguła J, Kulich KR, Stasiewicz J, Jasiński B, Carlson J, Wiklund I. Obciążenie polskich pacjentów związane z chorobą refluksową przełyku. *Przegląd Epidemiologiczny.* 2005;59:75–85.

adres do korespondencji

Maria Korzonek
Samodzielna Pracownia Opieki Długoterminowej
Pomorski Uniwersytet Medyczny
ul. Grudziącka 31, 70-103 Szczecin
tel.: 91 44 14 758, 501 128 297, e-mail: mariakorzonek@wp.pl

POZIOM WIEDZY Z ZAKRESU CZYNNIKÓW RYZYKA I PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY WŚRÓD STUDENTEK WYBRANYCH KRAKOWSKICH UCZELNI

AWARENESS LEVEL OF RISK FACTORS AND PREVENTION OF CERVICAL CANCER AMONG FEMALE UNIVERSITY STUDENTS IN KRAKOW

Ewa Mędreła-Kuder

Zakład Promocji Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Streszczenie

Wstęp. Rak szyjki macicy jest drugą po raku piersi przyczyną zgonów na nowotwory złośliwe wśród kobiet. Do głównych czynników ryzyka zalicza się: przewlekłe zakażenie wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV), wiek, wczesną inicjację seksualną, dużą liczbę partnerów seksualnych, dużą liczbę porodów, niski status ekonomiczny, wieloletnie palenie tytoniu.

Cel pracy. Celem pracy było określenie stanu wiedzy studentek na temat nowotworu szyjki macicy.

Materiał i metody. Badaniami objęto grupę 160 kobiet, w tym: 80 studiujących na kierunku fizjoterapii i 80 na technologii chemicznej. Obie grupy wybrały typ stacjonarny jednolitych studiów magisterskich. Ankietowane były w wieku 22–25 lat. Wszystkie respondentki z fizjoterapii i 97,5% z technologii chemicznej były stanu wolnego. Metodą zastosowaną w pracy była ankieta, która została skonstruowana dla potrzeb badania, była dobrowolna i anonimowa.

Wyniki. Większość studentek z AWF wymieniła jako czynniki ryzyka – wczesną inicjację seksualną i dużą liczbę partnerów. Większość studentek fizjoterapii (65,0%) i prawie połowa z technologii chemicznej uważała, że pierwsze objawy tego nowotworu pojawiają się późno, gdy jest już inwazyjny. Zdecydowana większość studentek obu kierunków prawidłowo stwierdziła, że badanie cytologiczne umożliwia wykrycie wczesnego stadium przedrakowego. Zdecydowana większość studentek fizjoterapii (92,5%) i z technologii chemicznej (60,0%) wiedziała, że jest szczepionka przeciw wirusom brodawczaka. Większość (80,0%) studentek z AWF i prawie połowa z Politechniki Krakowskiej twierdziła, iż za 90% przypadków raka szyjki macicy odpowiada przewlekła infekcja wirusem HPV.

Wnioski. Ogólna wiedza studentek obu kierunków na temat raka szyjki macicy jest niewystarczająca. Studentki fizjoterapii posiadały większą wiedzę o nowotworach od kobiet z drugiego kierunku, co wynika z profilu studiów.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy, czynniki ryzyka, profilaktyka.

Abstract

Introduction. Cervical cancer plays the second leading role, after breast cancer, as a cause of death from malignant neoplasms. The main risk factors include chronic infections with human papillomavirus (HPV), age, early sexual initiation, large number of sexual partners, many childbirths, low economic status, and perennial smoking.

Aim of the study. The study aims at assessing the level of knowledge on cervical cancer among female university students.

Material and methods. The research involved a group of 160 women following full-time five-year Master's programmes, divided equally into eighty Physiotherapy (University of Physical Education: AWF) and eighty Chemical Technology (Technical University of Krakow: PK) students. The age of the respondents ranged from twenty-two to twenty-five. All Physiotherapy and 97.5% of Chemical Technology students were unmarried. A voluntary, anonymous survey method was selected, and a dedicated questionnaire developed for the purpose of the study.

Results. Most AWF students specified early sexual initiation and a large number of sexual partners as risk factors. Sixty-five per cent of Physiotherapy and nearly half of the Chemical Technology students felt that the symptoms occur late, only when the disease has already become invasive. In the vast majority, the women following both study programmes identified the Papanicolaou test as a means of early pre-cancerous process detection. Most Physiotherapy (92.5%) and sixty per cent of Chemical Technology students were aware of the existence of the human papilloma virus vaccine. Ninety per cent of cancer cases were attributed to chronic infections with the HPV by 80.0% of AWF and almost half of PK students.

Conclusions. Overall, these results indicate insufficient general knowledge on cervical cancer among students of both programmes. Those enrolled for Physiotherapy possess a higher awareness level than the other group, which can be explained by their university education profile.

Keywords: cervical cancer, risk factors, prevention.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rak szyjki macicy jest drugim po raku piersi pod względem częstości występowania nowotworem u kobiet i trzecią z najczęstszych przyczyną zgo-

nów. Rak szyjki macicy stanowi 8,6% zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet [1].

Corocznie na świecie pojawia się 530–550 tys. nowych przypadków tej choroby, w Europie 60

tys., a w Polsce 4,9 tys., a współczynnik zachorowalności w naszym kraju wynosi 18,4 [2]. Jest to druga po raku piersi przyczyna zgonów na nowotwory złośliwe wśród kobiet. Niepokojący jest fakt, że dużo chorych jest diagnozowanych w wysokich stopniach zaawansowania, z tego też względu połowa pacjentek ze stwierdzonym rakiem szyjki macicy umiera [3, 4].

Do głównych czynników ryzyka zalicza się: przewlekłe zakażenie typami wysokoonkogennymi wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV), wiek, wczesną inicjację seksualną, dużą liczbę partnerów seksualnych, dużą liczbę porodów, niski status ekonomiczny, obecność śródnamionkowej neoplazji szyjki macicy w przeszłości, wieloletnie palenie tytoniu [5–7].

Wśród prawdopodobnych czynników ryzyka wymienia się: zakażenie HIV, dietę ubogą w antyoksydanty, wieloletnie stosowanie antykoncepcji hormonalnej, częste, nieleczone stany zapalne, niski poziom higieny seksualnej i osobistej [1, 6, 7].

Palenie tytoniu i duża liczba porodów należą do czynników zwiększających zachorowanie na jednego typu raka szyjki macicy – raka płaskonabłonkowego [6].

Ryzyko rozwoju raka jest 5 razy większe u wieloródek (powyżej 10 porodów), które miały dużo partnerów seksualnych i których mężowie również mieli wiele partnerek seksualnych [8].

W przypadku raka szyjki macicy profilaktyka pierwotna polega na edukacji prozdrowotnej.

Kształcenie na temat choroby powinno się rozpocząć już u młodzieży, jeszcze przed rozpoczęciem współżycia płciowego. Należy w podawanych informacjach uwzględnić palenie tytoniu, jako czynnik zwiększający ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy [5].

Czynnikiem onkogennym raka szyjki macicy jest w 90% wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), przenoszony drogą płciową [5, 7]. Niektóre źródła podają, że prawie wszystkie (około 99%) przypadki raka szyjki macicy są powiązane z zarażeniem HPV [9, 6, 10]. Zakażenie zwykle przebiega bezobjawowo [5, 9]. Zidentyfikowano około 100 typów HPV. Typy wirusa o powinowactwie do narządów płciowych mogą powodować określone choroby szyjki macicy. Wirusy o małej onkogenności powodują rozwój łagodnych kłykcin. Z kolei wirusy o dużej onkogenności wykrywa się w 99,7% przypadków raka szyjki macicy [11, 12]. Najczęstszymi typami HPV identyfikowanymi w nowotworach są typ 16 i typ 18 odpowiedzialne za ponad 70% wszystkich przypadków raka szyjki macicy [9, 10]. Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego mają charakter przejściowy, a ich większość nie prowadzi do rozwoju raka [5]. Czynniki współdziałającymi w tworzeniu się tego nowotworu mogą być inne wirusy (np. wirus opryszczki), bakterie, a także czynniki związane ze środowiskiem lub organizmem kobiety [7].

Obecnie na rynku są dostępne szczepionki przeciwko wirusom HPV. Są one istotnym elementem profilaktyki pierwotnej. Można wyróżnić szczepionkę czterowalentną, obejmującą oprócz HPV 16 i 18 dwa inne typy o niskim potencjale onkogennym – HPV6 i 11 oraz szczepionkę dwuwalentną przeciw – HPV16 i 18. Obie szczepionki dają wysoką skuteczność. Po pięciu latach szczepionka czterowalentna daje ochronę przeciwko infekcji HPV16 sięgającą 96,6%, natomiast w przypadku HPV18 – 90,6%. Szczepionka dwuwalentna daje ochronę 100% w odniesieniu do obu typów wirusów [13]. Szczepienia przeciw HPV nie eliminują już istniejącego zakażenia czy choroby, nie chronią też przed pozostałymi typami wirusa. Kobiety, które zostały zaszczepione przed HPV w dalszym ciągu powinny poddawać się badaniom w kierunku wykrywania raka szyjki macicy [9].

Profilaktyka wtórna polega na wczesnym wykrywaniu zmian przedrakowych oraz wczesnych stadiów choroby, co zwiększa skuteczność leczenia. Głównym narzędziem profilaktyki wtórnej są badania przesiewowe, w raku szyjki macicy jest to badanie cytologiczne. Jest ono tak skonstruowane, aby zapobiegać rozwojowi raka inwazyjnego wykrywając zmiany w fazie przednowotworowej, jak i w momencie, kiedy już doszło do rozpoczęcia procesu nowotworowego.

Niektórzy badacze uważają za wstępne narzędzie przesiewowe w nowotworze szyjki macicy testy wykrywające HPV i wykonują cytologie dopiero w momencie stwierdzenia wirusa o wysokim potencjale onkogennym w pochwie [3].

Rak szyjki macicy występuje u prawie 60% kobiet, które nie poddawały się cytologii w ciągu ostatnich 5 lat, a ponad 50% wszystkich przypadków dotyczy osób, które nigdy nie wykonywały tego badania [6].

Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie i Polski Komitet Zwalczania Raka ze względów ekonomicznych i organizacyjnych zalecają wykonywanie cytologii najrzadziej co 3 lata i przeprowadzanie badań przesiewowych u kobiet w wieku 30–60 lat [14].

Cel pracy

Celem pracy było określenie stanu wiedzy studentek fizjoterapii i technologii chemicznej na temat nowotworu szyjki macicy. Porównano również poziom wiedzy kobiet z zakresu profilaktyki tych nowotworów.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 160 kobiet w tym: 80 studiujących na kierunku fizjoterapii w Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie i 80 na technologii chemicznej w Politechnice Krakowskiej. Obie grupy ankietowanych wybrały typ stacjonarny jednolitych studiów magisterskich. Ankiety

wane były w wieku 22–25 lat. Największą część respondentek stanowiły kobiety 24-letnie (41,3% – fizjoterapia, 42,5% – technologia chemiczna).

Większość respondentek zarówno z fizjoterapii (63,7%), jak i z technologii chemicznej (53,7%) mieszkała w mieście. Wszystkie respondentki z fizjoterapii i 97,5% z technologii chemicznej było stanu wolnego. Swoją sytuację materialną studentki w większości oceniały jako wystarczającą (48,8% fizjoterapeutek i 60% kobiet z technologii chemicznej). Nieco mniej respondentek uważało, że ma dobre warunki bytowe, tak stwierdziło 38,9% studentek z fizjoterapii i 33,8% z kierunku chemicznego.

Metodą zastosowaną w pracy był kwestionariusz ankiety. Ankieta, która została skonstruowana dla potrzeb badania, była dobrowolna i anonimowa.

Wyniki

Większość kobiet z obu kierunków (fizjoterapia – 85%, technologia chemiczna – 51,2%) wiedziała, że rak szyjki macicy jest nowotworem złośliwym.

Większość studentek z AWF (73,8%) wymieniła jako czynniki ryzyka – wczesną inicjację seksualną a 82,5% dużą liczbę partnerów. Z kolei niewielki odsetek studentek z Politechniki Krakowskiej znało te czynniki (35,0% i 57,5%). Większość stu-

dentek fizjoterapii 65,0% i prawie połowa z technologii chemicznej uważała, że pierwsze objawy tego nowotworu pojawiają się późno, gdy jest już inwazyjny (**Tabela 1**).

Zdecydowana większość studentek obu kierunków prawidłowo stwierdziła, że badanie cytologiczne umożliwia wykrycie wczesnego stadium przedrakowe. Na czym polega badanie cytologiczne poprawnie określiła większość (65,0%) studentek z AWF i ponad połowa (58,8%) z Politechniki Krakowskiej (**Tabela 2**).

Większość respondentek obu kierunków znała sposób zakażenia wirusem HPV. Zdecydowana większość studentek fizjoterapii (92,5%) i z technologii chemicznej (60,0%) wiedziała, że istnieje szczepionka przeciw wirusom brodawczaka. Większość (80,0%) studentek z AWF i prawie połowa z Politechniki Krakowskiej twierdziła, iż za 90% przypadków raka szyjki macicy odpowiada przewlekła infekcja wirusem HPV (**Tabela 3**).

Dyskusja

Do głównych czynników ryzyka raka szyjki macicy najczęściej zalicza się: wiek, przewlekłą infekcję HPV, wczesne rozpoczęcie współżycia, dużą liczbę partnerów seksualnych, dużą liczbę poródów, śródnabłonkową neoplazję szyjki w wywiadzie i niski status ekonomiczny [6].

Tabela 1. Charakterystyka raka szyjki macicy

Kategorie badawcze	AWF [%]			PK [%]		
	Kw	Km	O	Kw	Km	O
Rak szyjki macicy należy do nowotworów złośliwych.	82,8	86,3	85,0	70,3	34,9	51,2
Wczesna inicjacja seksualna sprzyja powstawaniu tego nowotworu.	69,0	76,5	73,8	32,5	37,2	35,0
Do czynników ryzyka należy duża liczba partnerów.	82,8	82,4	82,5	64,9	51,2	57,5
Pierwsze objawy raka szyjki macicy pojawiają się, gdy jest już inwazyjny.	58,6	68,6	65,0	35,1	60,4	48,8

Kw – kobiety ze wsi

Km – kobiety z miasta

O – ogółem

Tabela 2. Charakterystyka badania cytologicznego

Kategorie badawcze	AWF [%]			PK [%]		
	Kw	Km	O	Kw	Km	O
Polega na pobraniu nabłonka z szyjki macicy ze śluzem.	71,7	60,0	65,0	55,8	60,0	58,8
Badanie jest bezbolesne.	72,4	76,5	75,0	67,6	55,8	61,2
Umożliwia wykrycie stadium przedrakowego.	100	98,0	98,8	94,6	100	97,5

Tabela 3. Zakażenie wirusem HPV

Kategorie badawcze	AWF [%]			PK [%]		
	Kw	Km	O	Kw	Km	O
Zakażenie następuje przez kontakt płciowy.	98,0	82,4	90,0	75,7	89,0	85,0
Jest szczepionka, która chroni przed zakażeniem tym wirusem.	93,1	92,2	92,5	56,8	62,8	60,0
Za 90% przypadków raka szyjki macicy odpowiada przewlekła infekcja wirusem HPV.	75,9	82,4	80,0	37,8	58,1	48,8

W badaniach przeprowadzonych przez Chorążkę i wsp. [15] wśród 300 studentek (Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu Łódzkiego) tylko 14% potrafiło wymienić wszystkie czynniki ryzyka raka szyjki macicy. Kobiety wymieniały najczęściej niski poziom higieny osobistej i seksualnej, zakażenie wirusem HPV oraz palenie papierosów jako czynniki zwiększające prawdopodobieństwo rozwoju tego nowotworu. Większość ankietowanych (60%) widziała związek powstawania raka z infekcją HPV. Z kolei większość respondentek (65%) wskazała jako czynnik ryzyka niski poziom higieny osobistej i seksualnej, a 33% uznało, że wczesna inicjacja seksualna przyczynia się do rozwoju nowotworu szyjki macicy. Prawie połowa respondentek (46%) stwierdziła że duża liczba partnerów ma wpływ na ryzyko zachorowania na ten nowotwór [15].

Cholewicka i wsp. [1] w badaniach zaobserwowali, że żadna ze 100 kobiet nie potrafiła wskazać większości czynników ryzyka. Ankietowane podawały w różnych kombinacjach: czynniki genetyczne, stany zapalne, nadżerkę, dużą liczbę partnerów seksualnych, współżycie bez zabezpieczeń, wirusy, wczesną inicjację seksualną, dużą liczbę ciąż, zmiany hormonalne, palenie papierosów, długotrwałe stosowanie tamponów, niski poziom higieny osobistej, unikanie badań profilaktycznych i brak kontroli u lekarza ginekologa [1].

Uzyskane wyniki w niniejszej pracy wykazały, że większość studentek fizjoterapii prawidłowo wskazała czynniki zwiększające ryzyko zachorowania, natomiast studentki technologii chemicznej posiadały niekompletną wiedzę na ten temat. Kobiety z Akademii Wychowania Fizycznego zaliczyły do czynników ryzyka raka szyjki macicy: wczesną inicjację seksualną (fizjoterapia – 73,8%, technologia chemiczna – 35%), antykoncepcję doustną (fizjoterapia – 71,2%, technologia chemiczna – 52,5%), dużą liczbę partnerów seksualnych (fizjoterapia – 82,5%, technologia chemiczna – 57,5%).

Do najważniejszych czynników ryzyka nowotworu szyjki macicy należy przewlekłe zakażenie onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Odsetek zależności między rakiem szyjki macicy a zakażeniem HPV wynosi ponad 99%. Zakażenie HPV nie daje żadnych objawów i do 24 miesięcy ulega samoistnej remisji. Jeżeli utrzymuje się dłużej, to prawdopodobnie dotyczy wysokoonkogennych typów HPV [9]. Około 80% kobiet aktywnych seksualnie przechodzi zakażenie tym wirusem w swoim życiu, a od 5–10 lat od rozpoczęcia współżycia istnieje największe ryzyko infekcji HPV [2].

Odkrycie wirusa brodawczaka ludzkiego i jego związku z rakiem szyjki macicy dało możliwości stworzenia szczepionki zmniejszającej ryzyko zachorowania na ten nowotwór. Szczepionka jest elementem profilaktyki pierwotnej. Na rynku dostępne są dwa rodzaje szczepionki, dwuwalentowa (typ 16 i 18) i czterowalentowa (typ: 6, 11, 16 i 18) [9].

Ponad połowa studentek (52,9%) z wszystkich kierunków branych pod uwagę na Wydziale Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu wskazała jako przyczynę większości przypadków nowotworu szyjki macicy infekcję wirusem HPV. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi udzieliły studentki zdrowia publicznego (77,8%) i fizjoterapii (58,8%). Większość respondentek (67%) uznała, że wprowadzenie szczepień przeciwko HPV jest skutecznym elementem profilaktyki, szczególnie tych zastosowanych pomiędzy 12. a 26. rokiem życia [16].

W grupie 100 badanych kobiet przez Cholewicką i wsp. [1] tylko 30% zdawało sobie sprawę z istnienia szczepionki zmniejszającej ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy i bezpłatnych badań profilaktycznych, a 33% słyszało tylko o profilaktycznej szczepionce [1].

W badaniach Branca [17] potwierdzono nie tylko silny związek pomiędzy zakażeniem onkogennymi wirusami brodawczaka ludzkiego a dużą liczbą partnerów seksualnych, lecz także aktywnością seksualną wyrażoną w częstotliwości kontaktów seksualnych w tygodniu [17].

Badania własne wykazały, że 80% kobiet z fizjoterapii i 48,8% z technologii chemicznej uważało, że za 90% przypadków raka szyjki macicy odpowiada przewlekła infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

Prawie wszystkie respondentki (92,5%) z fizjoterapii i 60% z technologii chemicznej wiedziały o istnieniu szczepionki chroniącej przed zarażeniem HPV.

Badanie cytologiczne jest najskuteczniejszą metodą wykrywania zmian w obrębie szyjki macicy. Pozwala ono na wykrycie nieprawidłowości w komórkach oraz zmian przedrakowych. Cytologia jest bezbolesna i nie daje żadnych powikłań. Może być wykonywana wiele razy, u kobiet w każdym wieku nawet podczas ciąży [1, 5, 6].

Dane dotyczące przebiegu zakażenia wirusem HPV wykazały, że badania cytologiczne można rozpocząć od 21. roku życia albo 3 lata po rozpoczęciu współżycia płciowego, jest to okres bezpieczny dla zdrowia kobiety. Nie istnieją bezpośrednie dane wykazujące, że cytologia wykonywana co rok daje znacząco lepsze wyniki, niż co 3 lata. U większości kobiet częstsze wykonywanie skriningu wiąże się z niewielkimi korzyściami dla zdrowia. Dlatego wykonywanie badań przesiewowych co roku przez pierwsze 3 lata, a później w odstępach 3-letnich ma sens [4].

Większość studentek Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu Łódzkiego (81%) uważała, że cytologia umożliwia wykrycie stanów przednowotworowych. Z kolei 89% kobiet posiadało informację, że należy ją wykonywać raz w roku, a 11%, że co 2–3 lata [15].

Wcześniejsze badania przeprowadzone w AWF w Krakowie wśród 140 studentek wykazały, że

95% respondentek wiedziało, że badanie cytologiczne pozwala wykryć zmiany w szyjce macicy, a 84,6% znało prawidłową częstotliwość z jaką powinno się je wykonywać [18].

Analizując niniejsze badania można stwierdzić, że znaczna większość kobiet z obu kierunków (fizjoterapia – 98,8%, technologia chemiczna – 97,5%) posiadała wiedzę, że cytologia jest badaniem wykrywającym stadium przedrakowe. Większość zarówno studentek fizjoterapii 65%, jak i technologii chemicznej 58,8% potrafiła określić na czym polega badanie cytologiczne.

W badaniach przeprowadzonych w Szczecinie w grupie 284 studentek pedagogiki i socjologii zwrócono uwagę, że w opinii respondentek dostępność informacji na temat programu profilaktycznego jest ograniczona. Podstawowym nośnikiem informacji o programie są imienne zaproszenia na badania cytologiczne. Większość badanych deklaruowała, że chciałaby, aby bezpłatne badania cytologiczne były obowiązkowe i znalazły się na liście okresowych badań pracowniczych [19].

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły sformułować następujące wnioski:

1. Ogólna wiedza studentek obu kierunków na temat raka szyjki macicy jest niewystarczająca.
2. Studentki fizjoterapii posiadały większą wiedzę o nowotworach od kobiet z drugiego kierunku, co wynika z profilu studiów.
3. Wiedza studentek z obu kierunków na temat epidemiologii raka szyjki macicy, badania cytologicznego i zakażenia HPV wymaga uzupełnienia. Ocena czynników ryzyka tego nowotworu sprawiła respondentkom największą trudność.
4. Niewystarczający stan wiedzy respondentek z obu kierunków świadczy o potrzebie wprowadzenia programów edukacyjnych na temat profilaktyki nowotworów.

Piśmiennictwo

- [1] Cholewicka D, Kabala A, Dmoch-Gajzlarska E. Profilaktyka raka szyjki macicy, a świadomość kobiet. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska*, 2007;Suppl. XVIII:369–371.
- [2] Markowska J, Bidziński M, Markowska A. Rak gruczołowy szyjki macicy w świetle profilaktyki. *Ginekologia Onkologiczna*. 2009;7(2):83–87.
- [3] Pertyński T, Stachowiak G, Zając A. Perspektywy immunoprofilaktyki HPV u kobiet po 40. roku życia. *Przegląd Menopauzalny*. 2008;5:237–241.
- [4] Łoś J. Skryning cytologiczny raka szyjki macicy. *Ginekologia Praktyczna*. 2006;88:10–14.
- [5] Didkowska J, Wojciechowska U. Populacyjne programy przesiewowe w onkologii. *Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa* 2007; 32–51.
- [6] Krasnodębski J, Dawid P, Chudoba R. Współczesne sposoby profilaktyki raka szyjki macicy. *Ginekologia Praktyczna*. 2007;2:11–14.
- [7] Kubiak R, Bieńkiewicz A, Kusińska R. Rak szyjki macicy. W: Kordek R (red.). *Onkologia. Podręcznik studentów i lekarzy*. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007; 233–238.
- [8] Hempling RE. Zmiany przedinwazyjne w szyjce macicy: rozpoznawanie i postępowanie. W: Priver MS, (red.). *Podręcznik onkologii ginekologicznej*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1996; 123–135.
- [9] Hirnie L. Zakażenia wirusami HPV – problem medyczny i społeczny. *Ginekologia Praktyczna*. 2009;4:8–12.
- [10] Majewski S, Sikorski M. Szczepienia przeciw HPV jako pierwotna profilaktyka raka szyjki macicy oraz innych zmian wywołanych przez HPV. *Przewodnik Lekarza*. 2008;1:228–233.
- [11] Bergeron C, Jeannel D, Poveda J. Human papillomavirus testing in women with mild cytologic atypia. *Obstet Gynecol*. 2000;95:821–27.
- [12] Nawarra-Karowicz D, Karowicz-Bilińska A, Kowalska-Koprek U. Ocena wystąpienia czynników ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz stopnia jego onkogenności wśród mieszkanki wsi. *Przegląd Menopauzalny*. 2005;4:22–31.
- [13] Radomański T. Rak gruczołowy szyjki macicy – rola profilaktyki pierwotnej. *Przegląd Menopauzalny*. 2008;3:144–147.
- [14] Malarewicz A. Cytologiczne badania przesiewowe raka szyjki macicy u kobiet i ich znaczenie w okresie po menopauzie. *Przegląd Menopauzalny*. 2003; 5:27–30.
- [15] Charązka A, Bieńkiewicz A. Profilaktyka raka szyjki macicy w świadomości studentek. *Zdrowie Publiczne*. 2007;112(3):340–344.
- [16] Felińczak A, Trebenda TM, Grzebieluch J, Pawlikowska E, Fal A. Świadomość młodych kobiet w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska*. 2007;Suppl. XVIII:207–209.
- [17] Branca M, Costa S, Mariani L. Assessment of risk factors and human papillomavirus (HPV) related pathogenic mechanisms of CIN in HIV-positive and HIV-negative women, Study design and baseline data of the HPV-Pathogen ISS study. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2004;25(6):689–98.
- [18] Mędreła-Kuder E. Wiedza na temat profilaktyki i diagnostyki wybranych chorób nowotworowych. *Ann. Univ Mariae Curie-Skłodowska*. 2007;Suppl. XVIII: 438–441.
- [19] Podolska MZ, Kozłowska U. Edukacja zdrowotna i świadomość zdrowotna w profilaktyce raka szyjki macicy. *Psychoonkologia*. 2013;2:71–78.

adres do korespondencji

Ewa Mędreła-Kuder
Zakład Promocji Zdrowia Akademii Wychowania Fizycznego
al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków
tel.: 12 683 15 75, e-mail: ewa.medrela@awf.krakow.pl

AGING: WOMEN SEXUAL ACTIVITY, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND URINARY INCONTINENCE

STARZENIE SIĘ: KOBIECA AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA, WYPADANIE NARZĄDÓW MIEDNICY I NIETRZYMANIE MOCZU

Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Joanna Buks⁶, Joanna Witkowska¹, Maciej Wilczak², Magdalena Pisarska-Krawczyk³, Witold Kędzia¹, Michał Pawlaczyk¹, Zbigniew Friebe¹, Magdalena Wróbel⁵, Małgorzata Mizgier⁴

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

² Zakład Edukacji Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, PWSZ w Kaliszu, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴ Zakład Dietetyki, Katedra Higieny Żywności Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

⁵ Szpital Wojewódzki w Poznaniu

⁶ Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Abstract

Sex and aging are topics most older women do not want to talk about. The most obvious changes in a woman's body as she ages come with climacterium. During climacterium, decreasing estrogen levels cause physical changes that may impact sexual function. As a result of hormonal changes, menopausal women retain body fluids much more easily and experience mastalgia – painful breast swelling; it is accompanied by flatulence and swelling as another common symptom of climacterium, strongly reducing libido. Some women also complain about pain, especially within the lumbosacral spine, ostealgia and myalgia as well as migraines, dry skin and the appearance of wrinkles. Not all of the above symptoms are directly associated with menopause. Some of them can occur as a result of other circumstances, e.g. stress connected with, among other things, their life situation, or their primary disease. Climacterium brings a variety of physical and psychological changes that can have an impact on sexual performance and pleasure. Sex and aging are topics most older women do not want to talk about. Sexual activity is a natural and important part of a healthy lifestyle, no matter what women or men age. Although the amount of sexual activity generally declines with age, sexual interest and ability can remain fairly constant if not disturbed by such common problems like pelvic organ prolapse very often connected with urinary incontinence.

Keywords: women, sexual activity, pelvic organ prolapse, urinary incontinence.

Streszczenie

Seks i starzenie się to są tematy, na które większość starszych kobiet nie chce rozmawiać. Najbardziej widoczne zmiany w organizmie kobiety widoczne są w okresie klimakterium. Podczas klimakterium zmniejsza się poziom estrogenów, powoduje to zmiany fizyczne, które mogą mieć wpływ na funkcje seksualne. W wyniku zmian hormonalnych, będących wynikiem menopauzy, obserwuje się zatrzymanie płynów w organizmie. Niektóre kobiety skarżą się również na ból, szczególnie w kręgosłupie lędźwiowo, a także migreny, suchość skóry i pojawienie się zmarszczek. Nie wszystkie z tych objawów są bezpośrednio związane z menopauzą, niektóre z nich mogą występować w innych okolicznościach, na przykład w stresie związanym z ich sytuacją życiową, lub ich pierwotną chorobą. Klimakterium przynosi wiele zmian fizycznych i psychicznych, które mogą mieć wpływ na sprawność seksualną. Aktywność seksualna jest naturalną i ważną częścią zdrowego stylu życia, bez względu na to, w jakim kobiety i mężczyźni są wieku. Chociaż aktywność seksualna na ogół zmniejsza się z wiekiem, zainteresowanie seksualne może pozostać niezmiennie, gdy nie będą się pojawiały takie problemy, jak wypadanie narządów miednicy mniejszej, które są bardzo często związane z nietrzymaniem moczu.

Słowa kluczowe: kobiety, aktywność seksualna, wypadanie narządów miednicy mniejszej, nietrzymanie moczu.

Aging may bring emotions that can interfere with sex. Estrogen decreases alter the thickness and size of a woman's reproductive organs [1, 2].

These changes include:

1. Loss of elasticity and a thinning of the vaginal tissue.
2. Decrease in the amount of lubrication.
3. Decrease in the size of the clitoral, vulvar and labial tissues.
4. Decreases in the size of the cervix, uterus and ovaries.

5. Pelvic organ prolapse and urinary incontinence. These changes alter the experience of sex in the following ways:

- The anticipation before orgasm decreases.
- Orgasms may be less intense.
- Sexual desire may be reduced.
- However, the sensitivity of the clitoris remains the same.

For women, vaginal discomfort, dryness or pain during intercourse may occur, due to decreased lubrication, the result of hormonal changes related

to climacterium. Treatment and ways to adapt are available. Oversensitivity to breast stimulation may also occur. Anatomic and physiologic changes that accompany aging in women include reduced vaginal size, thinning and decreased elasticity of the vaginal walls, variable tendency for pelvic organ prolapse, a change in the vaginal pH from acidic to alkaline, shrinkage of the labia majora and thinning of the labia minora, decreased clitoral sensitivity and size, reduced perineal muscle tone, possible bladder prolapse, and a thinner orgasmic platform [2–4].

Pelvic organ prolapse (POP) occurs when the tissue and muscles of the pelvic floor no longer support the pelvic organs resulting in the drop (prolapse) of the pelvic organs from their normal position. POP is cause of sexual difficulties – painful sexual contact. Protrusion of pelvic organs (uterus, bladder, rectum, small bowel) and their associated vaginal segments into or through the vagina is complicated psychosocial and medical problem (low morbidity and mortality, but has great impact on quality of life – body image, self-feeling, sexual-, sport- and work activity) [5, 6].

Epidemiology of POP:

- regarding ~12–15% of all population of women
- with aging of population POP frequency is increasing
- ~50% of women after 50 years of age have some degree of POP (if had vaginal delivery)
- ~20% have significant symptoms requiring operation
- operations due to POP have been estimated of about 16%, but after 55 years of age – 33%.

In the US 11% of women up to the age of 80 years have surgery for POP, and nearly 30% of them require repeated surgery – (vaginal vault prolapse rate after hysterectomy: 2–49%).

The bladder is the most commonly involved organ in pelvic organ prolapse. Supporting muscles and tissue of the pelvic floor may become torn or stretched because of labor or childbirth or may weaken with age. Other risk factors for POP include: genetic predisposition, connective tissue disorder, obesity, post-delivery perineal lesions, heavy lifting, frequent constipation, even chronic coughing (multifactorial etiology, which in most cases can't be prevented).

Many women have some degree of POP, although not all women have symptoms. Women who have symptoms may experience pelvic discomfort or pain, pressure and other symptoms including these descriptions:

- heaviness or fullness in the pelvis
- „something falling out”
- bulge of tissue or organs that protrudes to or past the vaginal opening
- discomfort and back pain, especially after prolonged standing, feel worse in the day and better after resting

- defecatory problems (constipations, fecal incontinence).
- sometimes: decubitus, ulceration, bleeding
- sexual difficulties; dyspareunia (painful sexual contact)
- urinary problems (incontinence, urgency and frequency, retention).

Severity of the degree of POP and the symptoms do not correlate.

It is important for women to consult with their health care provider for proper diagnosis of POP [7, 8].

Uterine prolapse – definition

The result of poor cardinal or uterosacral ligaments and pelvic floor muscles support, which allows downward protrusion of the cervix and uterus toward the introitus.



Uterine prolapse

Enterocoele – definition

A herniation of the pouch of Douglas. Contains small bowel and is the only true herniation among the pelvic support disorders. Most occur downward between uterosacral ligaments and the rectovaginal space, but they may also occur apically, especially in the setting of a previous hysterectomy.



Uterine prolapse

*Vaginal vault prolapse + enterocele**Rectocele – definition*

The protrusion of the rectum into the vaginal lumen resulting from weakness in the rectovaginal fascia and the muscular wall of the rectum and the paravaginal musculoconnective tissue, which holds the rectum in place posteriorly.



Uterine prolapse

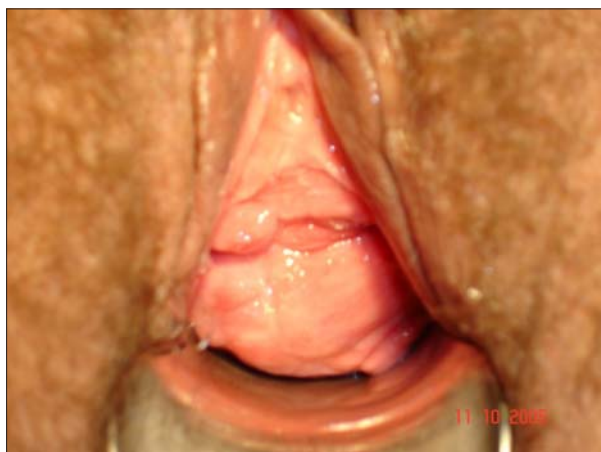
Cystocele – definition

A herniation of the urinary bladder through the anterior vaginal wall. Usually occurs when the pubocervical fascia tissue weak midline – central cystocele, or detaches vagina lateral from arcus tendineus pelvis – lateral cystocele.

Cystocele (central defect)

Recognizing symptoms early and seeing a physician right away increases the likelihood of successful treatment. Examples of nonsurgical treatment options for POP should be individualised and include:

- Kegel exercises: A type of exercise to strengthen the pelvic floor by contracting and rela-



Uterine prolapse

xing the muscles that surround the opening of the urethra, vagina, and rectum.

- Pessary: A removable device that is inserted into the vagina to support the pelvic organ(s) that have prolapsed [5, 7, 9].
- Electrical stimulation of pelvic floor muscles.
- Massage and gymnastics.
- Estrogens.

Not every woman with POP will need surgery. Many various surgical procedures (40 methods) and choice of appropriate techniques (hard to obtain long-lasting anatomic, postoperative effect) Surgery may be recommended for women with significant discomfort or pain from POP that impairs their quality of life. If surgery is recommended, factors to consider include:

- which kind of prolapse was diagnosed
- degree of prolapse
- desire for future children
- age
- sexual activity
- severity of symptoms
- presence of urinary (stress) incontinence.

There are many surgical options what means lack of universal one for all cases. They include restoring the normal position of the vagina, repairing the tissue around the vagina, closing the opening to the vagina with or without hysterectomy In vaginal vault prolapse there are two main categories of surgery: obliterative and reconstructive. During surgery, a procedure to prevent or decrease urine leakage may be performed. including the use of vaginal mesh implants. Some serious complications identified by the FDA and associated with the use of urogynecologic surgical mesh should be considered. Yet, urinary incontinence represents epidemiological problem: It affects an estimated 8 million women in the USA, however is not a normal part of aging (more than 75% of women older than age 80 years are continent). Urinary incontinence is a symptom for which the underlying etiology should be sought with the use of complex methods. The two most common forms of urinary incontinence in ambulatory women are genuine stress incontinence and detrusor overactivity.

Obstetrician-gynecologists can facilitate the reporting of urinary incontinence by regularly inquiring about it. The fact that approximately one of five women who experience urinary incontinence do so after a single vaginal delivery suggests that this group should be questioned as part of routine postpartum assessment.

Additionally, open-ended questions during annual examinations should facilitate reporting of bowel and bladder control disorders. Comments such as, “Let me know if you experience leaking when you cough” or “Let me know if your urine begins to come out before you reach the toilet=let me know if you start passing water before you

reach the toilet“ can be followed with an explanation that such experiences are not normal and can be evaluated and treated.

Urinary continence is a result of the normal bladder and urethral function as well as the support and function of the pelvic floor support. Involuntary escape of urine is common and may result from functional or anatomic changes in any or all of these elements. An incontinence evaluation begins with a complete history and physical examination, which will provide a list of possible etiologic factors, an impression as to the type of incontinence, and the impact of urinary incontinence on the woman's life. An assessment of the dynamics of the lower urinary tract function – urodynamics – during the storage and emptying phases will be necessary to diagnose and delineate a treatment plan. Proper utilization of urodynamic testing depends on the good understanding of its indications, techniques, and limitation.

Urodynamics is not one specific test, but a series of tests. Other tests that are a part of the urodynamic evaluation include uroflowmetry, cystometry, and the assessment of the urethral pressure profile. In some cases urodynamics may be required to establish the diagnosis e.g. if we suspect the detrusor instability. Women urinary incontinence is one of the most important health problems at the 21st century. It is considered a serious disability hindering one's life and function in society. With the number of patients affected by urinary incontinence increasing constantly not only gravids and women in confinement, but first of all menopausal women are afflicted by it. The first stage of the therapy is the non-intensive treatment. The special form of it is physiotherapy which involves kinesitherapy consisting in pelvic floor muscle training, electrical stimulation, bio-feedback, magnetic stimulation and behavioral therapy. The application of a suitable therapy depends on the type of urinary incontinence. The physiotherapeutical methods are effective, but they require patience and self-control from patients. Women must be evaluated to determine the way of treatment. The whole discussion regarding treatment options needs to include information about continence and the ability to voluntarily

urinate, and first of all the possibility of nonsurgical management [10, 11].

Management of sexual difficulties in older women should include local or systemic estrogen supplementation to alleviate vaginal dryness, urinary tract symptoms and dyspareunia very often connected with pelvic organ prolapse. An important predictor of how active sex life people will have in later years is their overall physical health [9, 11].

References

- [1] Jarząbek-Bielecka G, Sowińska-Przepiera E, Pawlaczyk M. Starzenie się i aktywność seksualna – aspekty ginekologiczne, seksuologiczne i psychologiczne. *Przegląd Menopauzalny*. 2012;6:487–489.
- [2] Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol*. 2001;98:350–353.
- [3] Nass, *Sexual Choices*, Jones and Bartlett Publishers, 1987.
- [4] Delancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166(6 Pt 1):1717–24.
- [5] Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;2:CD003882.
- [6] Bai SW, Yoon BS, Kwon JY, Shin JS, Kim SK, Park KH. Survey of the characteristics and satisfaction degree of the patients using a pessary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2004 Dec 1 (online publication).
- [7] Witkowska J. Ocena skuteczności chirurgicznej rekonstrukcji zaburzeń statyki narządów płciowych metodą podwieszenia górnego odcinka pochwy do więzadła krzyżowo-kolcowego (SSLF) w okresie 12-miesięcznej obserwacji; Rozprawa doktorska. Poznań; 2008.
- [8] Szmuklerz-Kajdos E, Lau K, Wieczorek M, Puto W, Bobeff A, Rutkowska B. Wpływ całkowitego usunięcia macicy na zaburzenia motoryki pęcherza moczowego i zaburzenia statyki narządu rodowego *Przegląd Menopauzalny*. 2009;1:49–52.
- [9] www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/life-vie/seniors-aines_e.html.
- [10] Pisarska M. Diagnostyka urodynamiczna w czynnościowej ocenie nietrzymania moczu; *Prz Menopauz*. 2003;2:28–37.
- [11] Smolarek N, Pisarska-Krawczyk M, Sajdak S. Fizjoterapia jako sposób terapii stosowanej u kobiet z powodu nietrzymania moczu, *Ginekologia Praktyczna*. 2007;4.

adres do korespondencji

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
tel.: 61 8419 224, fax: 61 8419 288

POZIOM ŚWIADOMOŚCI KOBIEC NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

WOMEN'S KNOWLEDGE OF PREVENTION OF CERVICAL CANCER

Anna Stefanek, Paulina Durka

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Wstęp. Rak szyjki macicy jest najczęstszym, po raku piersi, nowotworem złośliwym żeńskich narządów płciowych. Jest czwartym spośród wszystkich nowotworów stwierdzanych u kobiet. Pomimo spadku zapadalności na raka szyjki macicy, w Polsce nadal, w porównaniu z krajami Unii Europejskiej, jest najwyższy odsetek zachorowań i zgonów z powodu nowotworu szyjki macicy.

Cel pracy. Celem pracy jest ocena wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy, co może w przyszłości posłużyć do utworzenia programu edukacyjnego.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 777 kobiet w różnym wieku, z całej Polski. Dane zebrano za pomocą ankiety składającej się z 3 pytań metryczkowych oraz 10 pytań dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Wyniki. Najrzadziej cytologię wykonują kobiety młode – do 29. roku życia, w ciągu ostatniego roku zaledwie 40% ankietowanych. Trzykrotnie więcej kobiet z wykształceniem średnim, zawodowym i podstawowym (36,3%) nigdy nie wykonało cytologii w porównaniu do kobiet z wykształceniem wyższym (12,3%). Większość kobiet jest świadoma, że głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy jest zakażenie wirusem HPV (89,7%).

Wnioski. Należy zwrócić szczególną uwagę na edukację młodzieży w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy, profilaktyka.

Abstract

Introduction. Cervical cancer is the most common after breast cancer of female genital mutilation. It is the fourth of all cancers, diagnosed in women. Despite of the decrease in the incidence of cervical cancer in Poland, in comparison with the countries of the European Union, is still the highest percentage of cases and deaths from cervical cancer.

Aim of the study. The aim of this study is assessment of knowledge of Polish women about the prevention of cervical cancer, which may in the future be used to create an educational program.

Material and methods. The study population was a group of 777 female. Data were collected by questionnaire consisting of three questions, birth date, and 10 questions on the prevention and early detection of cervical cancer.

Results. Most rarely carry out cytology young women – up to 29 years of age, in the last year only 40% of those polled. Three times more women with secondary education, vocational and primary (36.3%) have never failed to fulfill cytology compared to women with higher education (12.3%). The vast majority of women are aware that a major risk factor for cervical cancer is infection with HPV (89.7%).

Conclusions. Educating young people in the field of prevention and early detection of cervical cancer.

Keywords: cervical cancer, prevention.

Wstęp

W Polsce rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości, nowotworem narządów płciowych kobiety, a wyniki leczenia są niezadowolające ze względu na częste wykrywanie tego nowotworu w wysokim zaawansowaniu klinicznym. Polska ma jedne z najwyższych współczynników zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy wśród wszystkich państw stowarzyszonych w Unii Europejskiej – przeżycie 5 lat od rozpoznania tego nowotworu nie przekracza 50% [1, 2]. W Polsce w roku 2010 u 3103 kobiet rozpoznano raka szyjki macicy, co stanowi 4,4% zachorowań na wszystkie nowotwory złośliwe. Według Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowalność na ten typ nowo-

tworu wynosi 10,3, zaś umieralność 5,2/100 tysięcy. W związku z tendencją spadkową zachorowań na raka szyjki macicy, Didkowska i wp. szacują, iż w roku 2015 zachorowalność może obniżyć się do 9,3, zaś umieralność do 4,7/100 tysięcy [3].

Najlepiej udokumentowanym i najsilniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju raka szyjki macicy jest długotrwała infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). WHO w 1994 roku uznało onkogenne typy wirusa HPV 16 i 18 za czynniki rakotwórcze dla człowieka. Obecność wirusa HPV u 99,7% chorych na raka szyjki macicy potwierdza związek pomiędzy zakażeniem a rakiem szyjki macicy [4]. Czynniki ryzyka, które wraz z dodatkowo współ-

istniejącą infekcją HPV przyczyniają się do rozwoju patologii szyjki macicy [5–8]:

- młody wiek w momencie inicjacji seksualnej
- wielorództwo (3 i więcej urodzeń żywych)
- palenie tytoniu
- choroby przenoszone drogą płciową – HIV, Chlamydia, wirus opryszczki (HSV 2)
- dieta z niedoborem prowitaminy A, karotenoidów i witaminy C
- długotrwałe stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (10 > lat)
- niski status socjoekonomiczny
- częsta zmiana partnerów seksualnych
- infekcje bakteryjne pochwy.

Profilaktyka raka szyjki macicy to wielokierunkowe działanie mające na celu zapobieganie zachorowaniu oraz wczesne wykrycie zmian nowotworowych. W 2006 roku Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wprowadziło rekomendacje, które mają na celu zminimalizowanie zachorowania na raka szyjki macicy [9]. Zalecenia:

1. Badaniami profilaktycznymi polegającymi na corocznej kontroli cytologicznej powinny być objęte kobiety po ukończeniu 25. roku życia (najpóźniej w wieku 30 lat). W sytuacji wczesnego rozpoczęcia współżycia należy wykonać badanie cytologiczne nie później niż 3 lata po inicjacji seksualnej. Prawidłowe wyniki wymazów cytologicznych i brak czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy pozwalają na prowadzenie badania przesiewowego, co 3 lata.
2. Kontroli cytologicznej, co 12 miesięcy, wymagają kobiety:
 - zakażone HIV
 - przyjmujące leki immunosupresyjne
 - zakażone HPV-typem wysokiego ryzyka
 - leczone w przeszłości z powodu śródna-błonkowej neoplazji szyjki macicy (CIN 2, CIN 3) lub raka szyjki macicy
3. Badanie cytologiczne w okresie krótszym niż 12 miesięcy należy powtórzyć u kobiet, u których w poprzednich rozmazach cytologicznych nie stwierdzono obecności komórek pochodzących ze strefy przekształceń, endocervix lub też poprzednie rozmazy cytologiczne były mało czytelne z powodu domieszki śluzu, krwi lub obecności stanu zapalnego.
4. Dopuszcza się odstępstwa od corocznej kontroli cytologicznej w następujących grupach:
 - kobiety 30-letnie i starsze nie podlegające kryteriom wymienionym w pkt. 2, które mają prawidłowe trzy kolejne wyniki rozmazu cytologicznego
 - kobiety po usunięciu macicy wraz z szyjką z powodu zmian niezłośliwych.
5. Kobiety, u których nie znaleziono komórek strefy przekształceń w rozmazie cytologicznym i mają prawidłowy ostatni wynik cytologiczny bez ASC, AGC, LSIL, SIL, AGUS lub po

dejrzenia raka powinny być ponownie zbadane po upływie 12 miesięcy.

6. Populacyjnym szczepieniem profilaktycznym powinny być poddane dziewczęta między 12. a 15. rokiem życia.

Natomiast The American Cancer Society zaleca [10, 11]:

1. Pierwsze badanie cytologiczne powinno być wykonane w wieku 21 lat. Do 29. roku życia należy powtarzać to badanie co 3 lata.
2. Po 30. roku życia badanie cytologiczne wraz z testem na obecność HPV należy wykonywać co 5 lat do 65. roku życia, w przypadku samego badania cytologicznego co 3 lata.
3. Badanie cytologiczne częściej niż co 3 lata wymagają kobiety z grupy ryzyka:
 - zakażone HIV
 - przyjmujące leki immunosupresyjne
 - po długotrwałej terapii sterydowej.
4. Kobiety po 65. roku życia, które wykonywały regularnie cytologię w ciągu ostatnich 10 lat i wynik był prawidłowy, mogą zakończyć badanie skriningowe.
5. Szczepienie dziewczynek przeciwko HPV w wieku 11–12 lat bądź w wieku 13–26 lat bez czynnej infekcji HPV.
6. Szczepienie przeciwko HPV nie zwalnia kobiet z konieczności zgłaszania się na badanie cytologiczne.

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy zapewnia bezpłatne badanie cytologiczne dla każdej Polki w wieku 25 do 59, która nie miała wykonanego rozmazu cytologicznego przez ginekologa w ciągu ostatnich trzech lat [12]. Przyjmuje się, że wykonanie cytologii każdej kobiecie, chociaż jeden raz w życiu, spowoduje spadek zgonów z powodu raka szyjki macicy do 40%. Ponadto przy częstotliwości badania cytologicznego utrzymanej co 3 lata, ryzyko zachorowania maleje o 91%, co roku o ok. 93%, zaś co 5 lat tylko o 83%.

Profilaktyka pierwotna ma na celu zapobieżenie zachorowaniu. Osiągnięciem inżynierii genetycznej jest stworzenie szczepienia przeciw wirusowi HPV, które zalecane jest przez Ministerstwo Zdrowia i znajduje się w Karcie Szczepień. Największą skuteczność mają szczepienia wykonane u osób przed inicjacją seksualną. Szczepienia zaleca się u kobiet do 26. roku życia, u których wykluczono infekcję HPV, gdyż szczepionka nie jest skuteczna w fazie zakażenia. Obecnie na rynku dostępne są dwie szczepionki:

- Silgard, która ma zadanie chronić przed typem wirusa HPV: 6, 11, 16, 18. Zarejestrowana jest dla chłopców i dziewczynek w wieku 9–15 lat oraz kobiet od 16. roku życia.
- Cervarix, która ma zadanie chronić przed typem wirusa HPV: 16 i 18. Zarejestrowana jest dla dziewczynek po 10. roku życia.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy, co może w przyszłości posłużyć do utworzenia programu edukacyjnego.

Materiał i metody

Badaniami objęto 777 internatek z całej Polski. Do badań użyto autorskiej ankiety, która dotyczyła wiedzy na temat badania cytologicznego, czynników ryzyka oraz profilaktyki zachorowania na raka szyjki macicy. Badanie przeprowadzono przez Internet, co pozwoliło uzyskać odpowiedzi od osób o różnym stopniu wykształcenia, w różnym wieku, zamieszkałych w miejscowościach różnej wielkości. Charakterystyka grupy została przedstawiona w tabeli 1. Zdecydowana większość kobiet, bo aż 607 (78,12%) badanych, to osoby z przedziału wiekowego 18–28 lat. W wieku powyżej 40. r.ż. odnotowano 53 odpowiedzi, co stanowi 6,82% całej grupy. Prawie połowa badanych (49,03%) miała wykształcenie wyższe. Aż 394 (50,84%) ankietowanych zamieszkuje miasto powyżej 500 tys. mieszkańców, pozostała część badanych pochodzi z mniejszych miast (33,03%) i wsi (16,13%). Zdecydowana większość respondentek (65,24%) miała wykonane badanie cytologiczne w ciągu ostatnich trzech lat.

Wyniki

Tabela 2. przedstawia wiedzę respondentek z zakresu znajomości momentu wykonania badania cytologicznego oraz sposobów przygotowa-

nia się do niego. W tabeli 3. przedstawiono analizę porównawczą odpowiedzi respondentek na pytania dotyczące ostatnio wykonanej cytologii oraz sposobu przygotowania się do tego badania. W przeprowadzonej analizie wyodrębniono 3 grupy ankietowanych: w wieku 18–29 lat, z wyższym wykształceniem oraz zamieszkujące miasta > 500 tys. mieszkańców. Odpowiedzi respondentek w wieku 18–29 lat znacząco różniły się ($p < 0,001$) od pozostałej grupy w zakresie ostatnio wykonanej cytologii. Ankietowane te, rzadziej w stosunku do respondentek > 29. r.ż., zgłaszały się na badanie cytologiczne. W grupie tej aż 30,6% nigdy nie miało wykonanej cytologii. Mimo to, kobiety do 29. r.ż. mają znacząco ($p < 0,05$) większą wiedzę na temat przygotowania się do tego badania. W przypadku respondentek zróżnicowanych pod względem wykształcenia, aż 36,6% badanych z wykształceniem średnim bądź niższym nigdy nie zgłosiło się na badanie cytologiczne, co w porównaniu z ankietowanymi z wyższym wykształceniem daje różnicę na poziomie istotności $< 0,001$.

Dodatkowo przeprowadzona analiza pomiędzy badanymi w wieku 18–29 lat a pozostałą grupą ankietowanych wykazała istotne statystycznie różnice ($p < 0,001$) w zakresie wykonanej cytologii w ciągu ostatnich trzech lat. W tym okresie cytologię wykonało 58,3% osób w wieku do 29. r.ż., zaś w grupie badanych > 29. r.ż. aż 90%. Podobne wyniki ($p < 0,001$) kształtują się pomiędzy ankietowanymi z wyższym wykształceniem a pozostałą grupą badaną. 80,5% respondentek z wyższym wykształceniem deklaruje, iż wykonało cytolo-

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Charakterystyka		N = 777	%
Wiek	Poniżej 18. r.ż.	4	0,52
	18–28 lat	607	78,12
	29–38 lat	113	14,54
	39–49 lat	24	3,09
	Powyżej 50. r.ż.	29	3,73
Wykształcenie	Podstawowe	4	0,52
	Zawodowe	7	0,90
	Średnie	385	49,55
	Wyższe	381	49,03
Miejsce zamieszkania	Wieś	125	16,13
	Miasto do 30 tys. mieszkańców	75	9,55
	Miasto 30–100 tys. mieszkańców	108	13,93
	Miasto 100–500 tys. mieszkańców	75	9,55
	Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	394	50,84
Ostatnio wykonane badanie cytologiczne	W ciągu ostatniego roku	344	44,27
	W ciągu ostatnich 1–3 lat	163	20,97
	W ciągu ostatnich 4–5 lat	14	0,90
	Ponad 5 lat temu	7	1,80
	Nie pamiętam	57	7,34
	Nigdy nie miałam wykonanej cytologii	192	24,71

gię w ciągu ostatnich trzech lat. Natomiast taką odpowiedź odnotowano tylko wśród 52,2% osób z wykształceniem średnim bądź zawodowym. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy mieszkankami dużych miast (< 500 tys. mieszkańców) a pozostałą częścią grupy w zakresie wykonanej cytologii w ciągu ostatnich trzech lat.

Dodatkowa analiza wykazała istotne statystycznie różnice ($p = 0,032$) pomiędzy mieszkankami wsi a respondentkami miast > 500 tys. mieszkańców. W grupie pierwszej 33,8% ankier-

owanych deklaruje, iż wykonała cytologię w ciągu ostatniego roku, zaś wśród badanych z dużych miast taką deklarację złożyło 44,6% osób. Pomiedzy tymi samymi badanymi zaobserwowano również istotne różnice statystyczne ($p = 0,008$) w zakresie liczby odpowiedzi „nie pamiętam, kiedy miałam ostatnio wykonaną cytologię”. Takiej odpowiedzi udzieliło 12,5% mieszkanki wsi, w porównaniu z 5,6% badanych z dużych miast. W ciągu ostatnich trzech lat cytologię wykonało 57,4% badanych ze wsi, natomiast z miast > 500

Tabela 2. Wiedza respondentek dotycząca badania cytologicznego

Badanie cytologiczne należy wykonać:	raz do roku	481	61,9%
	minimum co 3 lata, jeżeli poprzedni wynik był dobry	278	35,8%
	kiedy zaobserwuje jakieś niepokojące objawy – swędzenie, upławy	18	2,3%
	w ogóle nie ma takiej potrzeby	0	0%
Po raz pierwszy badanie cytologiczne należy wykonać:	dopiero przed planowaną ciążą	13	1,7%
	po pierwszej miesiączce	170	21,9%
	od 3 lat po pierwszym stosunku	225	29%
	przed planowanym rozpoczęciem współżycia	295	38%
Ostatnie badanie cytologiczne wykonuje się:	do ukończenia 25. r.ż., pod warunkiem nierozpoczętego współżycia	370	47,6%
	do końca życia	719	92,5%
	po wejściu w okres menopauzy	40	5,1%
	rok po ostatniej miesiączce	18	2,3%
Przygotowanie do badania cytologicznego	w momencie nieplanowania już dalszego rozrodu	0	0%
	zgłoszenie się na badanie najlepiej w 10–18 dniu cyklu	355	45,7%
	zgłoszenie się na badanie minimum 2 dni po zakończeniu miesiączki	312	40,1%
	zgłoszenie się na badanie minimum 2 doby od ostatniego stosunku seksualnego	268	34,5%
	badanie nie wymaga specjalnych przygotowań, można je wykonać w dowolnym momencie	241	31%
	na 24 h przed badaniem nie powinno być wykonywane USG, ani badanie ginekologiczne	118	15,8%
przed badaniem należy wykonać irygację	13	1,7%	

32

Tabela 3. Analiza odpowiedzi respondentek w zakresie ostatnio wykonanej cytologii oraz wiedzy na temat przygotowania do badania cytologicznego

	Wiek		p	Wykształcenie		p	Zamieszkanie		p
	18–29 lat (%)	Pozostali (%)		Wyższe (%)	Pozostali (%)		> 500 tys. (%)	Pozostali (%)	
Ostatnio wykonana cytologia									
Ostatni rok	40,8	56,5	< 0,001	54,0	37,3	< 0,001	44,6	43,9	0,821
1–3 lata temu	17,5	33,5	< 0,001	26,5	14,8	< 0,001	22	20,1	0,555
4–5 lat temu	1,4	2,9	0,206	3,6	1,2	0,256	2,2	1,3	0,305
Ponad 5 lat temu	0,8	1,1	0,667	1,8	1	0,743	1	0,8	0,732
Nie pamiętam	8,7	2,3	0,011	14,9	11,3	< 0,001	5,6	9,1	0,052
Nigdy	30,6	3,5	< 0,001	12,3	36,6	< 0,001	24,6	24,8	0,952
Przygotowanie do badania cytologicznego									
Nie wymaga przygotowania	27,2	44,7	< 0,001	34,1	28,0	0,067	30,7	31,3	0,852
Zgłosić się pomiędzy 10.–18. dniem cyklu	46,9	41,2	0,181	44,4	47	0,289	50	41,2	0,014
Min. 2 dni po miesiączce	41,	37,	0,352	40,7	39,6	0,815	38,1	42,3	0,230
Min. 2 doby od ostatniego stosunku	36,7	26,5	0,004	34,1	34,8	0,831	35,5	33,4	0,536
Przed badaniem należy wykonać irygację	2,1	0	0,051	0,8	2,5	0,055	1,8	1,6	0,155
Na 24 h przed badaniem nie powinno być wykonane USG ani badanie gin.	17,8	5,9	< 0,001	15,5	14,9	0,820	15,9	14,4	0,527

tys. mieszkańców 66,6% ankietowanych, co daje poziom istotności na poziomie $p = 0,065$.

Tabela 4. przedstawia wiedzę wszystkich respondentek z zakresu znajomości czynników ryzyka i metod profilaktyki zachorowania na raka szyjki macicy. W **tabeli 5.** przedstawiono analizę porównawczą odpowiedzi badanych, które zróżnicowano pod względem wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Zdecydowana większość kobiet do 29. r.ż. ma świadomość jak ważną rolę odgrywa infekcja HPV oraz częste zmiany partnerów w zachorowaniu na raka szyjki macicy. W porównaniu z pozostałą częścią ankietowych, w analizie tej stwierdzono wysoce istotną różnicę statystyczną ($p < 0,001$). Podobne wyniki w tym zakresie ($p < 0,001$) kształtują się w odpowiedziach respondentek zróżnicowanych ze względu na miejsce zamieszkania. 89,3% kobiet zamieszkujących duże miasta uznało szczepienie prze-

ciwko HPV jako skuteczną metodę profilaktyki zachorowania na raka szyjki macicy, taką odpowiedź odnotowano wśród 80,4% pozostałej części badanych. Ponadto w dodatkowej analizie, którą przeprowadzono pomiędzy ankietowanymi ze wsi a respondentkami z dużych miast, wykazano znaczące różnice statystyczne ($p = 0,001$) w uznaniu szczepienia przeciwko HPV jako metody profilaktyki zachorowania na raka szyjki macicy. Taką odpowiedź udzieliło 78% mieszanek wsi.

Tabela 6. przedstawia odpowiedzi wszystkich ankietowanych na pytania dotyczące szczepienia przeciwko HPV. W **tabeli 7.** przedstawiono analizę porównawczą ogólnej wiedzy dotyczącej szczepienia przeciwko HPV pomiędzy badanymi zróżnicowanymi pod względem wieku, wykształcenia oraz zamieszkania. Na pytanie „Czy słyszała Pani o szczepieniu przeciwko HVP?“, aż 696 wszystkich ankietowanych odpowiedziało twier-

Tabela 4. Wiedza respondentek dotycząca czynników ryzyka i metod profilaktyki zachorowania na raka szyjki macicy (pytania wielokrotnego wyboru)

Czynniki ryzyka	Wczesna inicjacja seksualna	343	44,1%
	Częste zmiany partnerów	555	71,4%
	Liczne porody	131	16,9%
	Brak higieny osobistej	319	41,1%
	Noszenie skąpej bielizny (stringów)	89	11,5%
	Palenie tytoniu	252	32,4%
	Infekcje HPV	697	89,7%
	Infekcje HIV	213	27,4%
	Infekcje Chlamydia	240	27,0%
	Nawracające infekcje pochwy	442	56,9%
	Współżycie z partnerem, który miał liczne partnerki	414	53,3%
Profilaktyka zachorowania na raka szyjki macicy	Szczepienie przeciwko wirusowi HPV	660	84,9%
	Regularne wykonywanie badania cytologicznego	747	96,1%
	Ograniczenie lub rzucenie palenia papierosów	249	32,1%
	Monogamia	310	39,9%
	Nie ma skutecznej metody profilaktycznej, minimalizującej ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy	32	4,1%

33

Tabela 5. Analiza porównawcza w zakresie znajomości metod profilaktyki oraz wybranych czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy

	Wiek		p	Wykształcenie		p	Zamieszkanie		p
	18–29 lat (%)	Pozostali (%)		Wyższe (%)	Pozostali (%)		> 500 tys. (%)	Pozostali (%)	
Metody profilaktyka raka szyjki macicy									
Szczepienie przeciwko HPV	87,3	77,8	0,002	84,5	86,2	0,598	89,3	80,4	< 0,001
Wykonywanie cytologii	96,2	98,9	0,248	97,1	95,8	0,313	94,4	98	0,011
Ograniczenie lub rzucenie palenia	33,6	27,1	0,115	34,9	30,2	0,224	31,2	31,8	0,710
Monogamia	43,4	28,9	< 0,001	39,3	40,3	0,659	40,3	40,2	0,952
Nie ma skutecznej metody	4,2	6,9	0,190	5,7	3,1	0,120	5,5	2,6	0,041
Czynniki ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy									
HPV	91,2	84,1	0,007	90,1	90,2	0,957	90,1	89,2	0,712
Częste zmiany partnerów	75	58,8	< 0,001	70,6	72,2	0,618	70,8	72	0,7
Palenie tytoniu	33,1	30	0,443	34,9	30	0,148	34,2	30,5	0,269

Tabela 6. Wiedza respondentek dotycząca szczepienia przeciwko HPV

Szczepienie przeciwko HPV skierowane jest do:	chłopców w wieku 9.–15. r.ż.	33	4,7%
	kobiet i mężczyzn z czynną infekcją HPV	25	5,6%
	kobiet, które nie rozpoczęły współżycia	341	48%
	dziewczynek w wieku 9–15 lat	317	45,5%
	dziewczynek powyżej 16. r.ż.	157	22,6%
	kobiet do ukończenia 26. r.ż.	93	13,4%
	kobiet, bez stwierdzonej uprzednio infekcji HPV	115	16,5%
Po zaszczepieniu przeciwko HPV można zrezygnować z wykonywania badania cytologicznego:	wszystkich kobiet	240	34,5%
	tak	4	0,6%
	nie	625	89,8%
	nie wiem	67	9,6%

Tabela 7. Analiza porównawcza dotycząca ogólnej wiedzy na temat szczepienia przeciwko HPV

	Wiek		p	Wykształcenie		p	Zamieszkanie		p
	18–29 lat (%)	Pozostali (%)		Wyższe (%)	Pozostali (%)		> 500 tys. (%)	Pozostali (%)	
Tak, słyszałam o tym szczepieniu	89,8	88,8	0,717	90,5	88,6	0,567	93,4	85,6	< 0,001

dząco. Ponadto w tym zakresie stwierdzono istotne statystycznie różnice ($p < 0,001$) pomiędzy odpowiedziami ankietowanych z miast > 500 tys. mieszkańców (93,4%) a pozostałą częścią badanych (85,6%).

Dodatkowa analiza porównawcza pomiędzy odpowiedziami respondentek ze wsi a tymi z miast > 500 tys. mieszkańców, wykazała istotne statystycznie różnice ($p < 0,001$) w zakresie ogólnej wiedzy dotyczącej szczepienia przeciwko HPV. 83,4% ankietowanych ze wsi deklaruje, iż słyszało o szczepieniu przeciwko HPV, natomiast w grupie kobiet z dużych miast takiej odpowiedzi udzieliło 93,4% całości tej grupy.

Dyskusja

Profilaktyka raka szyjki macicy sprowadza się przede wszystkim do redukcji częstości występowania nowych zachorowań i ograniczenia roli czynników nasilających podatność na chorobę, czyli do profilaktyki pierwotnej. Ponadto sprowadza się do działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów, czyli do profilaktyki wtórnej. Przez wiele lat dominowały działania drugiego typu. Profilaktyka polegała na realizacji badań cytologicznych programu badań przesiewowych, wspieranych okazjonalnymi akcjami edukacyjnymi. Biorąc pod uwagę ilość kobiet zgłaszających się do gabinetów ginekologicznych, w związku z otrzymanym zaproszeniem z NFZ na badanie przesiewowe, oczywista wydaje się konieczność oddziaływania, mająca na celu wzrost świadomości dotyczącej czynników ryzyka. i zwiększenia odpowiedzialności młodych kobiet za swoje zdrowie i życie.

W Polsce zachorowalność i umieralność z powodu raka szyjki macicy od 1980 r. uległa tyl-

ko nieznacznym zmianom, odnotowuje się wprawdzie spadek liczby zachorowań i zgonów, lecz obserwacja dynamiki tego spadku nie składania do nadmiernego optymizmu. Tendencje spadkowe zachorowalności oraz niska umieralność w krajach rozwiniętych wiążą się z wdrożeniem powszechnej i ciągłej profilaktyki oraz z lepszym dostępem do systemu opieki zdrowotnej. Program badań przesiewowych realizowany jest zaledwie od 2004 r., przy czym przez 3 pierwsze lata był stosowany selektywnie. Zgodnie z danymi podawanymi przez GUS na badania zgłasza się około 6% kobiet, do których wysyłane są zaproszenia. Natomiast według danych GUS aż 30% kobiet nigdy w życiu nie miało wykonanej cytologii. Czy wynika to z niewiedzy kobiet czy raczej z tego, że większość decyduje się na wizyty i badanie w prywatnych gabinetach, które nie informują o ilości oraz wynikach wykonywanych cytologii?

Z przeprowadzonego badania wynika, że prawie 60% kobiet ankietowanych do 29. roku życia i ponad 90% powyżej 29. roku życia wykonało badanie cytologiczne w ciągu ostatnich 3 lat. Są to wyniki porównywalne z badaniami przedstawionymi przez Lewandowską i wsp. [13], którzy przeprowadzili badanie na grupie 100 losowo wybranych kobiet w wieku od 18 do 60 lat. Zgodnie z podanymi przez nich danymi 50% badanych kobiet w przedziale wiekowym 18–45 lat w ciągu ostatnich 10 lat wykonało cytologię 3–5 razy, a w przedziale wiekowym 46–60 lat 2 razy. W badaniu Nowickiego i wsp. również większość badanych kobiet wykonała cytologię w ciągu ostatnich trzech lat, a grupę badaną stanowiło 207 losowo wybranych kobiet w wieku 21–81 lat [14]. Z innych badań wynika natomiast, że zaledwie 30% Polek wykonuje cytologię raz na trzy

lata, a połowa rzadziej niż co 5 lat, niektóre tylko raz w życiu [15, 16].

Istotną również informacją wynikającą z badania jest fakt, że ponad 30% badanych w wieku 18–29 lat do tej pory nie wykonała badania cytologicznego. Najnowszy raport prof. Zbigniewa Izdebskiego i Polpharmy „Seksualność Polaków 2011” wykazuje, że w wieku 15–17 lat inicjację seksualną ma za sobą 15,6% dziewcząt, a w wieku 18 lat ponad 60% [17]. Osoby, które odpowiedziały, że nie wykonywały do tej pory badania cytologicznego miały możliwość napisania dlaczego. Oto przykładowe odpowiedzi respondentów z grupy wiekowej poniżej 29. roku życia:

- „Ponieważ mam 21 lat, a ginekolog powiedział mi, że badanie jest bezpłatne dopiero po 25. roku życia”.
- „Jako student dzienny mam utrudniony dostęp do bezpłatnego ginekologa”.
- „Bo nie jestem w wieku, w którym zalecana jest regularna cytologia”.
- „Ginekolog powiedział, że jestem zbyt młoda”.
- „Nie chodzę do ginekologa”.
- „Nie zaobserwowałam niepokojących objawów”.
- „Nie zauważyłam nic niepokojącego, a w mojej rodzinie nigdy nie było raka”.

Biorąc pod uwagę powyższe odpowiedzi zdecydowanie bardziej zakorzenioną wiedzą jest zalecenie wykonania cytologii po 25. roku życia niż do 3 lat od rozpoczęcia współżycia. W związku z raportem prof. Izdebskiego wydaje się być zasadnym obniżenie wieku zalecanej pierwszej cytologii, np. od 21. roku życia, tak jak zaleca American Cancer Society, tym bardziej, że inni autorzy wskazują dwukrotnie lub większe względne ryzyko rozwoju CIN u chorych HPV-ujemnych, które rozpoczęły współżycie w wieku 16 lat lub wcześniej [18].

Osoby powyżej 29. roku życia na pytanie dlaczego nie wykonały do tej pory badania cytologicznego odpowiadały m.in.:

- „Tkwią w przekonaniu, że jestem zdrowa i tym to sobie tłumaczę, lecz w istocie boję się nieznanego zabiegu oraz wstydę się”.
- „Mam uraz do ginekologów”.
- „Nie odczuwam potrzeby zbadania się”.
- „Albo infekcja, albo brak terminu u lekarza”.
- „Nie planuję już zachodzić w ciążę”.
- „Nigdy nie zaproponowano mi takiego badania, a samemu ciężko się wybrać skoro teoretycznie nic się nie dzieje”.
- „Uważam, że nie ma takiej potrzeby”.
- „Nie interesuję się tym”.
- „Nie stać mnie na wizytę”.
- „Boję się wyniku”.
- „Brak czasu dla siebie”.

Dość często powtarzającą się odpowiedzią w tej grupie wiekowej była: „Nie chodzę do ginekologa”. Odpowiedzi dotyczące niewykonywania

badań profilaktycznych zgodne są z odpowiedziami uzyskanymi przez autorów opublikowanego w kwietniu 2011 r. raportu „Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?” [19]. Autorki w swoim badaniu doszły do wniosku, że odpowiedź na to pytanie zmienia się wraz z wiekiem. Młodsze kobiety twierdzą, że są zbyt młode lub uważają, że w związku z brakiem niepokojących objawów nie ma potrzeby zgłaszania się na cytologię. Kobiety w wieku 31–50 lat są zbyt zajęte domem, dziećmi, pracą. Najstarsze obawiają się, że badanie wykaże coś złego, więc lepiej żyć w nieświadomości. Oba badania potwierdzają, iż wszystkie kobiety odczuwają brak rozmów o cytologii i oceniają swoją wiedzę jako zbyt płytką. Znaczna większość badanych, bo aż 92,5% uważa, że badanie cytologiczne należy wykonywać do końca życia. W badaniu Lewandowskiej i wsp. żadna z badanych kobiet nie potwierdziła konieczności wykonywania badań po 60. roku życia [13].

Z badania własnego wyniknęły również istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) pomiędzy respondentkami z wykształceniem wyższym a pozostałymi paniami zarówno, jeżeli chodzi o wykonanie cytologii w ciągu ostatniego roku, jak i w ciągu trzech ostatnich lat, a także niewykonaniu jej ani razu w życiu. W badaniu Lewandowskiej i wsp. analiza związku częstości wykonywania badań cytologicznych z wykształceniem respondentek wykazała, że najwięcej badań wykonują kobiety posiadające wykształcenie podstawowe i zawodowe [13]. W badaniu własnym uzyskano odwrotne wyniki – spośród przebadanych kobiet zdecydowanie częściej badają się kobiety z wykształceniem wyższym. Również potwierdza się to w odpowiedzi ankietowanych w przypadku nigdy nie wykonanej cytologii – grupa osób z wyższym wykształceniem podała taką odpowiedź 3 razy rzadziej niż pozostałe respondentki. Nie odnotowano natomiast istotnych statystycznie różnic związanych z miejscem zamieszkania, a częstością wykonywania badań cytologicznych. Z badania Lewandowskiej i wsp. wynika, że kobiety ze wsi rzadziej wykonują badania niż kobiety mieszkające w miastach [13].

Kolejnym bardzo ważnym elementem badania była kontrola wiedzy kobiet w związku z przygotowaniem do badania cytologicznego. Wykazano istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) między badanymi kobietami do 29. roku życia a pozostałą częścią grupy. Bardzo cieszy fakt, że niewiele ponad 27% młodych respondentek nie jest świadoma konieczności przygotowania się do badania cytologicznego. Natomiast prawie 45% ankietowanych powyżej 29. roku życia uważa, że na badanie cytologiczne można zgłosić się w każdej chwili. Również odnośnie do czasu, jaki minął od ostatniego stosunku seksualnego do pobrania cytologii wiedza kobiet młodszych jest większa

w stosunku do kobiet po 29. roku życia. W związku z powyższym cieszy fakt, że młode kobiety są coraz bardziej świadome i zainteresowane przygotowaniem do badania, gdyż jest to element, który może istotnie wpłynąć na wynik fałszywie dodatni lub fałszywie ujemny. Pozytywne jest to, że nie wykazano istotnych statystycznie różnic odnośnie do częstości i regularności wykonywania cytologii oraz sposobu przygotowania do badania pomiędzy mieszkankami miast powyżej 500 tys. mieszkańców a mniejszymi miastami i wsią. Wyniki te różnią się od wyników opisywanych przez Spaczyńskiego i wsp., którzy ze swoich badań wysunuli wniosek, że częściej na badania zgłaszają się kobiety z wyższym wykształceniem, zamieszkałe w dużym mieście, a zdecydowanie rzadziej w badaniach uczestniczą kobiety zamieszkałe na wsi i w mniejszych miastach [20].

W profilaktyce nowotworów niezwykle istotna jest znajomość czynników ryzyka, gdyż niektóre z nich można wtedy świadomie wyeliminować. Poza ogólnie przyjętymi czynnikami ryzyka rozwoju raka szyjki macicy celowo umieszczono w ankiecie odpowiedzi niezwiązane z etiologią nowotworu, które miały na celu sprawdzić faktyczną wiedzę badanych. Ponad 41% badanych wiąże brak prawidłowej higieny intymnej, a 11,5% noszenie stringów z zachorowaniem na raka szyjki macicy. Wynika to chyba z ciągłej wiary w zabobony przekazywane w rodzinach, a również z różnych, nieprawdziwych informacji, które można znaleźć w Internecie. Również w innych badaniach kobiety wskazują niski poziom higieny osobistej, jako czynnik rozwoju raka szyjki macicy [21].

Niektóre źródła podają palenie papierosów jako niezależny od zachowań seksualnych czynnik ryzyka rozwoju raka szyjki macicy oraz zwiększenie ryzyka zachorowania od dwóch do czterech razy [22]. Zarówno w badaniu własnym, jak i w badaniu Lewandowskiej i wsp., jednym z możliwych do zaznaczenia w ankiecie czynników ryzyka było palenie tytoniu [13]. Respondentki w badaniu Lewandowskiej i wsp. w znacznej większości (87%) uznały, że palenie tytoniu ma bezpośredni wpływ na rozwój raka szyjki macicy [13]. W badaniu własnym uzyskano 32% odpowiedzi na to pytanie. Również niespełna 30% ankietowanych uznała, że ograniczenie lub rzucenie palenia może być jedną z form profilaktyki raka szyjki macicy. W obu badaniach pytano kobiety o to, czy ilość partnerów seksualnych może mieć wpływ na rozwój raka szyjki macicy. Zarówno w badaniu własnym (71%), jak i w badaniu Lewandowskiej i wsp. (67%), większość badanych potwierdziła, że częsta zmiana partnerów może być przyczyną rozwoju raka [13]. Ponadto w badaniu własnym uzyskano istotne statystycznie różnice zarówno w zakresie metod profilaktyki – monogamię zaznaczyło ponad 43,3% kobiet

do 29. r.ż., jak i w zakresie ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy – częsta zmiana partnera wg 75% ankietowanych osób do 29. r.ż. może być przyczyną rozwoju raka szyjki. W pozostałej grupie wiekowej było to odpowiednio 28,9% zaznaczeń monogamii oraz 58,8% dla częstej zmiany partnerów. Bardzo cieszy taki wynik, ponieważ wskazuje to na coraz większą świadomość młodych kobiet.

Badania dotyczące infekcji HPV wykazały, że większość aktywnych seksualnie kobiet, a ponad 50% dziewcząt zakazi się wirusem w ciągu 48 miesięcy od rozpoczęcia współżycia [13]. W badaniu własnym znaczna większość ankietowanych jest świadoma, że zakażenie wirusem HPV koreluje z rakiem szyjki macicy, ale wyliczono istotne statystycznie różnice w grupach wiekowych badanych kobiet. 91,2% ankietowanych kobiet do 29. roku życia jest świadomych ryzyka, jakie niesie za sobą zakażenie wirusem HPV, ale już tylko 84% kobiet po 29. roku życia wskazało na ten rodzaj infekcji jako czynnik ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy. Podobnie wygląda w tych grupach rozkład statystyczny dla częstej zmiany partnerów seksualnych, jako czynnika ryzyka zachorowania. Znowu zdecydowanie więcej osób młodych rozumie negatywny wpływ na zdrowie częstej zmiany partnerów seksualnych, bo aż około 75% omawianej grupy wiekowej, podczas gdy w grupie osób powyżej 29. roku życia niespełna 60% wskazało na ten czynnik jako ryzyko rozwoju raka szyjki macicy. Podobne wyniki w swoim badaniu uzyskali Nowicki i wsp. [14], którzy przeprowadzili badanie na grupie 207 losowo wybranych kobiet, podzielonej na dwie podgrupy: A – kobiety zawodowo związane z medycyną oraz B – kobiety niezwiązane zawodowo z ochroną zdrowia. Ponad połowa badanych zarówno z grupy A jak i B uznała zakażenie HPV za główną przyczynę raka szyjki.

Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego nie jest tożsame z powstaniem zmiany nowotworowej, nie można jednak przewidzieć, które kobiety zwalczą zakażenie zanim spowoduje ono zmiany przednowotworowe. W 20 krajach Unii Europejskiej szczepienia przeciwko HPV wprowadzone zostały jako obowiązkowe do kalendarza szczepień. W Polsce nadal są szczepieniami zalecanymi i tylko niektóre, bogatsze gminy, decydują się na wprowadzenie profilaktycznego programu szczepień refundowanego przez władze. Szczepienie to jest kosztowne i jedynie pełna refundacja zapewni do niego ogólny dostęp. W przeprowadzonym badaniu nie wykryto istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi z różnych grup wiekowych o różnym wykształceniu odnośnie do wiedzy o istnieniu szczepionki na HPV. Jedynie w grupie związanej z miejscem zamieszkania odnotowano istotne różnice ($p < 0,05$) dotyczą-

ce możliwości szczepienia, natomiast w miastach mniejszych i na wsi było to 85% ankietowanych – prawie 93,4% osób żyjących w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców wiedziało o szczepieniach. Może to wskazywać na wolniejszą edukację w mniejszych miejscowościach, choć szczepionka ta w Polsce dostępna jest od 2007 roku, więc informacja na jej temat powinna dotrzeć do każdego zakątka kraju. Połączenie programów badań przesiewowych i szczepień byłoby najkorzystniejszym rozwiązaniem zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i populacyjnym. W badaniu Lewandowskiej i wsp. 52% kobiet oceniło swoją wiedzę na temat szczepionki na niskim poziomie, a zaledwie 6% określiło stan wiedzy wysoko [13]. W badaniach tych wykazano również istotne różnice statystyczne ($p < 0,05$) w zakresie grup wiekowych – kobiety do 45. r.ż. wykazały się większą wiedzą dotyczącą szczepień przeciwko HPV niż kobiety starsze.

Jeżeli odpowiednio wcześniej wykryta choroba jest całkowicie uleczalna, a mimo wszystko tak wiele kobiet umiera z jej powodu, to fakt ten musi powodować zadanie pytania – dlaczego tak się dzieje? Z przeprowadzonego badania wynika, że większość kobiet zna podstawowy czynnik ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, ale niestety nie potrafi połączyć tego z najczęstszą przyczyną zakażenia HPV – współżycie z wieloma partnerami lub z partnerem, który miał liczne partnerki. Niewiele kobiet też łączy palenie tytoniu z wystąpieniem raka szyjki macicy i nie traktuje rzucenia palenia jako jednej z form profilaktyki. Oprócz konieczności poszukiwania odpowiedzi na powyższe pytanie w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej (programy profilaktyczne, akcje edukacyjne), należy również wziąć pod uwagę indywidualny poziom wiedzy, motywacji i czynników społeczno-kulturowych warunkujących postawę kobiety wobec zdrowia, ale także wizyty u ginekologa. Dla części kobiet wizyta taka wiąże się z ogromnym wstydem, strachem i uczuciem zażenowania. Wynika to między innymi z braków w zakresie edukacji seksualnej na poziomie nauczania szkolnego. Należy się zastanowić, czy edukacja w tym zakresie nie powinna odbywać się jak najwcześniej poprzez informowanie młodych dziewczyn o konieczności regularnych wizyt, z omówieniem przebiegu samej wizyty ginekologicznej, jak i procedury pobierania cytologii. Część kobiet boi się wykonać badanie, ponieważ nie wie, jak to będzie wyglądało i czy czasem nie będzie bolesne. Obniżenie wieku inicjacji seksualnej oraz liberalizacja kontaktów erotycznych stwarzają potrzebę intensyfikacji edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodzieży, szczególnie, że jest to obszar często pomijany w edukacji rodzicielskiej.

Wnioski

1. Kobiety w każdym wieku, bez względu na wykształcenie i miejsce zamieszkania, potrafią wymienić główne przyczyny raka szyjki macicy.
2. Większość kobiet wie, jak istotne jest regularne wykonywanie badań cytologicznych, ale niestety nie wszystkie odnoszą tę wiedzę do siebie.
3. Niezwykle istotna jest wczesna, regularna i ciągła edukacja kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy.
4. Do programów edukacyjnych należy włączyć informacje dotyczące „przygotowania się” do pobrania cytologii.

Piśmiennictwo

- [1] Ostrowska A, Gujski M. Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki i państwa. Warszawa : Szkoła Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik Służba Zdrowia, 2008.
- [2] PTG Wielkopolskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej i. Profilaktyka pierwotna i wtórna raka szyjki macicy, diagnostyka i leczenie. Książka dla lekarzy, położnych, studentów. Poznań: PTG, 2008.
- [3] Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku. Centrum Onkologii Instytut, Warszawa; 2012.
- [4] Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J i wsp. Human Papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007;8;370(9590):890–907.
- [5] Ghosh C, Baker JA, Moysich KB i wsp. Dietary intakes of selected nutrients and food groups and risk of cervical cancer. *Nutr Center*. 2008;60(3):331–341.
- [6] Kędzia W. Zakażenia HPV w ginekologii. W: Niemiec T. (red). Zakażenia w położnictwie i ginekologii. Via medica, Gdańsk; 2009.
- [7] Appleby P, Beral V, Colin D i wsp. Cervical cancer and hormonal contraceptives collaborative reanalysis of individual data for 16573 women with cervical cancer and 35509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet*. 2007;8;370(9590):1609–1621.
- [8] Mocarska A, Starostawska E, Zelazowska-Cieślińska I i wsp. Epidemiologia i czynniki ryzyka rozwoju raka płaskonabłonkowego szyjki macicy. *Pol Merk Lek*. 2012;XXXIII(194):101–106.
- [9] Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy. 2006.
- [10] Society American Cancer. Cancer Facts & Figures, Atlanta; ACS, 2012.
- [11] Saskow D, Solomon D, Lawson H i wsp. American Cancer Society, American Society for Colposcopy Cervical Pathology and American Society for Clinical Pathology Screening. Guidelines for prevention and early detection of cervical cancer. *Am J Clin Pathol*. 2012;137(4):516–42.
- [12] www.rakszyjki.org.
- [13] Lewandowska A, Mess E, Wrona A. Profilaktyka pierwotna raka szyjki macicy. *Onkol Pol*. 2011;14(4):185–189.
- [14] Nowicki A, Borowa I, Maruszczak M. Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wcze-

- snego wykrywania stanów przedrakowch i raka szyjki macicy. *Ginekol Pol.* 2008;79:840–849.
- [15] Knihinicka-Mercik Z, Kazimierczak I, Mess E. Styl życia kobiet przed rozpoznaniem raka szyjki macicy. *Onkol Pol.* 2006;9:141–144.
- [16] Klasa-Mazurkiewicz D, Emerich J, Milczek T. Próba wyjaśnienia związku zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy z długoletnim niezgłaszaniem się na kontrolne badania ginekologiczne. *Ginekol Pol.* 2002;73:823–828.
- [17] Izdebski Z. XVIII Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. Warszawa, 2011.
- [18] Schiffman M, Bauer H, Hoover R. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85:958–964.
- [19] Łuszczynska A, Bukowska-Durawa A. Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych? Szkoła Wyższa Profilaktyki Społecznej, Warszawa; 2011.
- [20] Spaczyński M, Nowak-Markwitz E, Januszek-Miachalecka L i wsp. Profil socjalny kobiet a ich udział w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. *Ginekol Pol.* 2009;80:833–838.
- [21] Charązka A, Bieńkiewicz A. Profilaktyka raka szyjki macicy w świadomości studentek. *Zdrow Publiczne.* 2002;112:340–344.
- [22] Winkelstein W. Smoking and cervical cancer – current status: a review. *Am J Epidemiol.* 1990;131: 945–960.

adres do korespondencji

Anna Stefanek
ul. św. Wincentego 40/25
03-526 Warszawa
tel.: 501 258 738
e-mail: a.m.stefanek@gmail.com

RADIKULOPATIA SZYJNA

CERVICAL RADICULOPATHY

Marta Łukaszevska¹, Bartosz Łukaszevski², Jerzy Naza², Mieczysław U. Jurczyk³

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

² Oddział Kliniczny Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, SPSK 2,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Dolegliwości bólowe kręgosłupa są jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się do lekarza. Ma na to wpływ postęp cywilizacyjny, który doprowadził do znacznej zmiany stylu życia, ograniczenia aktywności ruchowej i spędzania większości czasu w pozycji siedzącej, co znacznie przyspiesza rozwój zmian zwyrodnieniowo-przeciążeniowych kręgosłupa. Radikulopatia szyjna jest stanem neurologicznym wywołanym uciskiem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych szyjnego odcinka kręgosłupa. Prowadzi do wystąpienia bólu szyi oraz bólu promieniującego do obręczy barkowej i kończyny górnej z towarzyszącymi zaburzeniami czucia oraz deficytami czynności ruchowych. W postępowaniu diagnostycznym, poza badaniami obrazowymi i neurofizjologicznymi, należy przeprowadzić dokładny wywiad w celu wykluczenia poważnej patologii wymagającej natychmiastowego leczenia. Rokowanie dla większości pacjentów cierpiących na radikulopatię szyjną jest korzystne. Leczenie nieoperacyjne jest podstawą postępowania terapeutycznego. Stosowanie leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych, krótkotrwałe unieruchomienie i ukierunkowana fizykoterapia mogą zmniejszyć ból i dyskomfort w obrębie kręgosłupa szyjnego oraz zniwelować ubytki neurologiczne. Jednak, gdy leczenie zachowawcze zawodzi, a pacjent nadal zgłasza dolegliwości bólowe, można rozważyć przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu odbarczenia uciśniętych struktur nerwowych i uwolnienia chorego od przewlekłego bólu.

Słowa kluczowe: radikulopatia szyjna, patofizjologia, diagnostyka, leczenie.

Abstract

The pain of cervical spine is one of the most popular reasons for reporting to the doctor. With the advance of civilization there have been many significant changes in lifestyle which limited people's physical activity and made them spend most of the time in a sitting position. All these factors accelerate the development of degenerative and osteoarthritic changes. Cervical radiculopathy is a neurological condition caused by compression or damage of the nerve roots of the cervical spine. This leads to the occurrence of the neck pain as well as radiating shoulder pain and upper extremity which are associated with the sensory deficits and motor dysfunction. In diagnostic management apart from taking imaging and neurophysiological tests there should be also a thorough medical interview taken which aims at excluding serious pathology requiring immediate treatment. Prognosis for the majority of patients suffering from cervical radiculopathy is positive. Nonoperative treatment is the basis of therapeutic treatment. The use of anti-inflammatory drugs and analgesic drugs, short-term immobilization and physiotherapy can reduce pain and discomfort in the cervical spine and reduce neurological deficits. However, when conservative treatment fails and the patient continues to report pain, surgery may be considered in order to decompress constricted neurological structure and release the patient from chronic pain.

Keywords: cervical radiculopathy, pathophysiology, diagnostics, treatment.

Wstęp

Radikulopatia szyjna jest stanem neurologicznym, charakteryzującym się dysfunkcją korzeni nerwowych szyjnego odcinka kręgosłupa, spowodowaną uciskiem zwyrodnieniowych wyrostki kostnych lub zawartości przepukliny krążka międzykręgowego na nerwy. Ucisk ten powoduje wystąpienie bólu szyi oraz bólu promieniującego wzdłuż obszaru zaopatrywania danego nerwu. Często towarzyszą mu zaburzenia czucia, drętwienie oraz deficyty czynności ruchowych w obrębie szyi, obręczy barkowej i kończyn górnych.

1. Epidemiologia i patogeneza

Ból w odcinku szyjnym jest jedną z najczęstszych dolegliwości mięśniowo-szkieletowych zgłasza-

nych przez chorych. Radikulopatie towarzyszące zmianom zwyrodnieniowo-wytwórczym odcinka szyjnego kręgosłupa szacuje się na ok. 85 przypadków na 100 tys. osób rocznie [1]. Choroba dotyka nieco częściej mężczyzn niż kobiety [2]. Występuje w każdym wieku, częściej jednak w wieku średnim i starszym. W prawie 70% przypadków przyczyną są zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, przepukliny krążków międzykręgowych lub oba te stany [1, 2]. Jednak w przeciwieństwie do zaburzeń w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, przepukliny jądra miazdżystego są odpowiedzialne jedynie za 20–25% przypadków radikulopatii. Inne przyczyny, włączając guzy lub infekcje rdzenia kręgowego, są rzadkie [3].

Prawidłowo ukształtowany kręgosłup szyjny jest łukowato wygięty do przodu, co zapewnia lepszą amortyzację sąsiadujących kręgów i odciążenie krążków międzykręgowych. Początkiem choroby zwyrodnieniowej jest zazwyczaj utrata fizjologicznych wartości krążka międzykręgowego, mogąca być skutkiem ostrego lub przewlekłego przeciążenia kręgosłupa, urazu lub wad wrodzonych. Poprzez rozciągnięcie lub naderwanie pierścienia włóknistego dochodzi do jego osłabienia, a w konsekwencji do przemieszczenia się zwyrodniałego jądra miążdżystego i powstania wypukliny prowadzącej do ucisku korzenia nerwowego [5]. Badania histopatologiczne wykazały zwiększoną produkcję mediatorów stanu zapalnego (w tym czynnika martwicy nowotworu $TNF\alpha$, $PGE\ 2$, $IL-6$), które mogą być przyczyną narastającego obrzęku, uszkodzenia osłonek mielinowych, aksonów oraz zaburzeń przewodnictwa [4, 7]. Wraz z postępem choroby zwyrodnieniowej dochodzi do zwężenia przestrzeni międzykręgowej, zniekształcenia powierzchni trzonów, przemieszczenia powierzchni stawowych, a w konsekwencji – zniekształcenia otworów międzykręgowych [6]. W związku z faktem, iż korzenie nerwów rdzeniowych, przebiegające w bezpośrednim sąsiedztwie krążków międzykręgowych, wydostają się z kręgosłupa przez wąskie otwory międzykręgowe, nawet najmniejsza deformacja w przebiegu zmian zwyrodnieniowych może powodować nasilone dolegliwości.

2. Obraz kliniczny

Ból korzeniowy towarzyszący radikulopatii jest ostry i przenikliwy, może mu towarzyszyć parestezja lub dyzestezja [10]. W odróżnieniu od przewlekłego bólu związanego ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgów ból jest zazwyczaj jednostronny i promieniuje wzdłuż dermatomu [2, 10]. W zależności od poziomu uszkodzenia korzenia nerwowego, promieniowanie to jest zmienne, może też występować zaburzenie funkcji czuciowej lub motorycznej bez nasilonego bólu. Pacjenci często skarżą się na ból w okolicy międzyłopatkowej. Objawy może nasilać prostowanie i rotacja szyi (objaw Spurlinga), które powodują zmniejszenie wielkości otworu międzykręgowego (**Tabela 1**).

Etiologia bólu odcinka szyjnego kręgosłupa może być bardzo zróżnicowana. Poza chorobą zwyrodnieniową jego przyczyną mogą być też inne stany chorobowe (**Tabela 2**). Poza badaniem fizykalnym, należy przeprowadzić dokładny wywiad, gdyż to on jest najbardziej istotnym elementem w ustaleniu źródeł bólu. Lekarz musi być także świadomy objawów alarmujących, które mogą wskazywać na poważną patologię. Objawy ogólnoustrojowe, jak gorączka, utrata masy ciała, anoreksja, przebyta lub aktualna choroba nowotworowa mogą sugerować onkologiczne podłoże bólu [10]. Patologiczne objawy podmiotowe lub przedmiotowe ze strony górnego neuronu ruchowego (np. objaw Babińskiego, Hoffmana), osłabienie, zaburzenia chodu mogą wskazywać na ucisk szyjnego odcinka rdzenia kręgowego wymagającego dekompresji chirurgicznej. Za innym rozpoznaniem mogą również przemawiać: wiek < 20. r.ż. lub ≥ 50 . r.ż., ból ciągły, nieustępujący w spoczynku, nagłe wystąpienie ostrego bólu szyi lub głowy, uczucie rozrywania w obrębie szyi (podejrzenie rozwarstwienia ściany tętnicy szyjnej/kręgowej), podejrzenie zakażenia, np. ropień nadtwardówkowy, zapalenie krążka międzykręgowego, zapalenie kości, tętniaki grzybicze [2, 10, 11].

3. Diagnostyka

Jednym z najistotniejszych elementów postępowania diagnostycznego jest dokładny wywiad, który, w razie konieczności, może być uzupełniony dodatkowymi badaniami obrazowymi. Należy wypytać chorego o okoliczności pojawienia się bólu, jego charakter, lokalizację, czynniki wywołujące zaostrzenie lub złagodzenie oraz ewentualną zmienność w czasie [5, 18]. Badanie fizykalne daje lekarzowi możliwość całościowej oceny postawy pacjenta, zakresu ruchów odcinka szyjnego kręgosłupa, obecności ewentualnych niedowładów oraz ustalenia pozycji, w których ból nasila się lub zanika.

W przypadku utrzymującego się bólu szyi i objawów korzeniowych należy wykonać zdjęcie rentgenowskie odcinka szyjnego kręgosłupa w projekcji przednio-tylnej i bocznej. Należy jednak pamiętać, iż badanie to ma pewne ograniczenia. Korelacja między wynikami badań RTG a obrazem preparatów sekcyjnych wykazała 67% powiązanie

Tabela 1. Lokalizacja bólu w uszkodzeniu korzeni szyjnych [2, 8]

Korzeń nerwowy	Prześczeń międzykręgowy	Lokalizacja bólu
C4	C3–C4	Dolna część szyi, mięsień czworoboczny
C5	C4–C5	Szyja, bark, przednia powierzchnia ramienia
C6	C5–C6	Szyja, boczna powierzchnia ramienia i przedramienia, kciuk
C7	C6–C7	Szyja, tylna powierzchnia ramienia, grzbietowo-boczna część przedramienia, palec II i III
C8	C7–C8	Szyja, wewnętrzna powierzchnia ramienia, przyśrodkowa część przedramienia, palce IV i V
Th1	C8–Th1	Część przedramienia unerwiana przez nerw łokciowy

Tabela 2. Różnicowanie dolegliwości bólowych w obrębie szyi [2, 10]

Stan	Objawy
Niedokrwienie mięśnia sercowego	Towarzyszący ból w klatce piersiowej, ból promieniujący do kończyny górnej (gł. lewego barku i ramienia), duszność, pocenie się
Zespół cieśni kanału nadgarstka	Bóle podczas pracy obciążającej nadgarstek, bóle podczas snu, parestezje czuciowe, obj. Tinela, pomocne: test Phalena, EMG
Mielopatia szyjna	Zaburzenia chodu, upadki, zaburzenia czynności jelit i/lub pęcherza moczowego, sztywność kończyn, pogorszenie sprawności rąk, objawy ze strony górnego neuronu ruchowego
Zaburzenia stożka rotatorów	Ból barku, bocznej części ramienia, ograniczenie ruchomości
Proces nowotworowy	Objawy ogólnoustrojowe, utrata masy ciała, stany gorączkowe, nieprawidłowości w wynikach badań laboratoryjnych, choroba nowotworowa w wywiadzie
Półpasiec	Ostra wirusowa choroba zakaźna, powodująca bolesną radikulopatię oraz wysypkę w obrębie określonego dermatomu
Zespół górnego otworu klatki piersiowej	Zaburzenie czynności nerwu pośrodkowego i łokciowego, spowodowane przez ucisk na struktury nerwowe lub krwionośne w obrębie zwężenia w otworze górnym klatki piersiowej (korzenie nerwowe dolnego pnia splotu ramiennego, C8–Th1)
Neuralgiczny zanik mięśni barku (zespół Parsonage'a–Turnera)	Ból barku promieniujący do ramienia o ostrym początku, niedowład mięśni ksoonych i zaburzenia czucia, przeważnie obejmuje górną część splotu ramiennego, może wystąpić po infekcji, szczepieniu, zabiegu operacyjnym.

między zwężeniem przestrzeni międzykręgowej a zmianami zwyrodnieniowymi krążków międzykręgowych. Ponadto radiogramy zidentyfikowały tylko 57% obecnych osteofitów oraz 32% nieprawidłowości w stawach międzykręgowych wykazanych w badaniach sekcyjnych [4].

Jeśli wyniki badań rentgenowskich są prawidłowe, a pacjent nadal odczuwa dolegliwości bólowe, wskazane jest przeprowadzenie dalszych badań diagnostycznych. W celu uwidocznienia nieprawidłowości w obrębie krążków międzykręgowych oraz struktur uciskających korzenie nerwów rdzeniowych, należy wykonać obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego [12]. Wg American College of Radiology MRI jest najwłaściwszym badaniem obrazowym u pacjentów z przewlekłym bólem szyi i objawami korzeniowymi oraz brakiem zmian w obrazie RTG [13]. W przypadku przeciwwskazań do MRI badaniem z wyboru jest mielografia metodą tomografii komputerowej [2]. Istotną częścią diagnostyki są również badania neurofizjologiczne (elektroencefalografia, elektromiografia, ruchowe potencjały wywołane indukowane polem magnetycznym), których celem jest obiektywne potwierdzenie klinicznego rozpoznania zespołu korzeniowego na poziomie danego neuromeru oraz eliminacja innych chorób o objawach podobnych do radikulopatii, jak mononeuropatie lub zespoły z ucisku [9].

4. Postępowanie

Niewiele jest badań porównujących strategię postępowania nieoperacyjnego i operacyjnego. Nie ma jasnych dowodów, że leczenie chirurgiczne radikulopatii szyjnej prowadzi do lepszych długoterminowych rezultatów niż postępowanie nieoperacyjne [14].

W okresie silnych dolegliwości bólowych celem leczenia powinno być opanowanie bólu i stanu zapalnego. Terapia obejmuje schładzanie obszaru bólowego, stosowanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (NLPZ) oraz unikanie pozycji nasilających ból. Wykazano, iż u pacjentów we wczesnej fazie radikulopatii szyjnej noszenie półsztywnego kołnierza szyjnego i odpoczynek przez 3 – 6 tygodni albo fizjoterapia z samodzielnymi ćwiczeniami w domu przez 6 tygodni wiązały się z redukcją nasilenia bólu ramienia i szyi [15]. U pacjentów, u których wykluczono objawy mielopatii, można również zastosować wyciąg szyjny powodujący zmniejszenie objawów korzeniowych poprzez odbarczenie uciśniętych korzeni nerwowych [2].

Gdy zostanie osiągnięta kontrola nad bólem oraz ustąpi stan zapalny, można rozpocząć ćwiczenia rozciągające i poprawiające zakres ruchów, uzupełniane masażem i stosowaniem ciepłych lub zimnych okładów.

U pacjentów, którzy nie odczuwają satysfakcjonującej poprawy po stosowaniu doustnych leków przeciwbólowych oraz prawidłowo przeprowadzonej fizykoterapii, można rozważyć iniekcje GKS do przestrzeni nadtwardówkowej lub wybiórcze blokady korzeni nerwowych. Badania wykazały istotne złagodzenie bólu korzeniowego (do 60%) i szybki powrót pacjentów do codziennej aktywności. Powikłania związane z tymi zabiegami są rzadkie, jednak jeśli wystąpią mogą być bardzo poważne (np. uszkodzenie rdzenia kręgowego czy pnia mózgu) [4, 16].

Jeśli po 6–8 tygodniach postępowania nieoperacyjnego nie obserwuje się stopniowej poprawy stanu pacjenta, można rozważyć zabieg operacyjny. Operacja neurochirurgiczna wskazana jest

w przypadku obecności objawów klinicznych radikulopatii, spowodowanych uciskiem rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych [17]. Warunkiem jej przeprowadzenia jest zgodność objawów klinicznych z wynikami badań neuroradiologicznych. Zakres operacji uzależniony jest od rozległości zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i odpowiednio przeprowadzony może przynieść doskonałe efekty u większości pacjentów.

Rokowanie dla większości pacjentów cierpiących na radikulopatię szyjną jest korzystne. Leczenie nieoperacyjne jest skuteczne u 80 – 90% pacjentów a zabiegi operacyjne stosowane są tylko, gdy postępowanie zachowawcze zawodzi [4].

Podsumowanie

Ciągły rozwój nauk biologicznych i medycznych sprawia, że posiadamy coraz większą wiedzę na temat patofizjologii przy leczeniu dolegliwości bólowych kręgosłupa. Leczenie zachowawcze nadal pozostaje standardem postępowania wobec chorych z objawami radikulopatii szyjnej, mimo stale rozwijających się i udoskonalonych technik operacyjnych. Wczesne rozpoznanie i szybkie wdrożenie właściwej terapii pozwala na opanowanie dolegliwości bólowych i zapobiega przekształceniu się choroby w formę przewlekłą trudną do leczenia. Przede wszystkim należy skupić się na edukacji pacjentów w zakresie zdrowego i aktywnego ich trybu życia. Najskuteczniejszą metodą leczenia bólu jest jego profilaktyka.

Piśmiennictwo

- [1] Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, Kurland LT. Epidemiology of cervical radiculopathy. A population – based study from Rochester, Minnesota, 1976–1990. *Brain*. 1994;117(2):325–335.
- [2] Eubanks JD. Cervical radiculopathy: Nonoperative Management of Neck Pain and Radicular Symptom. *American Family Physican*. 2010;81:33–40.
- [3] Currence S, Phil M, Fehlings MG. Cervical radiculopathy. *N Engl J Med*. 2005;353:392–399.
- [4] Malanga GA. Chief Editor: Sherwin SW Ho, Cervical radiculopathy. www.emedicine.medscape.com/article/94118-overview.
- [5] Kiwerski J. Uszkodzenia krążka międzykręgowego. W: Kiwerski J. (red.). Schorzenia i urazy kręgosłupa. PZWL 2001; 116–136.
- [6] Kiwerski J. Zmiany zwyrodnieniowo-przeciążeniowe kręgosłupa. W: Kiwerski J. (red.). Schorzenia i urazy kręgosłupa, PZWL 2001, 137–149.

- [7] Jantos M, Legocki S. Znaczenie i rola stanu zapalnego w patofizjologii zmian morfologicznych i czynnościowych korzenia nerwowego na skutek przepukliny pierścienia włóknistego oraz zmian w rejonie jądra miazdżystego i płyty granicznej. www.pttmmh.pl/file/KOMUNIKAT%20IV_12_02_2013.pdf.
- [8] Prusiński A. Choroby obwodowego układu nerwowego. W: Prusiński A. Podstawy neurologii klinicznej, PZWL Warszawa 1974, 270–272.
- [9] Kulczyk A, Huber J, Lipiec J. Diagnostyka neurofizjologiczna u osób z konfliktem dyskowo-korzeniowym w odcinku szyjnym kręgosłupa. Zakład Patofizjologii Narządu Ruchu, Katedra i Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. www.pttmmh.pl/file/KOMUNIKAT%20IV_12_02_2013.pdf.
- [10] Teichtahl A, McColl G. An approach to neck pain for the family physician, 2013;42(11):774–778.
- [11] Bussieres AE, Taylor JA, Peterson C. Diagnostic imaging guidelines for musculoskeletal complaints in adults – an evidence-based approach – part 3: Spinal disorders. *J Manipulative Physiol Ther*. 2008; 31(1):33–88.
- [12] Koszewicz M, Budrewicz S. Elektrofizjologiczna diagnostyka zespołów korzeniowych; Katedra i Klinika Neurologii AM we Wrocławiu. www.neuroedu.pl.
- [13] American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria: Chronic Neck pain. National Guideline Clearinghouse; www.guideline.gov/Abstract/Abstract.aspx.doc_id=8297. Accessed March 24, 2009.
- [14] Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S i wsp. For the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Assessment of neck pain and its associated disorders: result of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 2008;33(4 suppl.):101–22.
- [15] Kuijper B i wsp. Cervical collar or physiotherapy versus wait and see Policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. *BMJ*. 2009;339:952–954.
- [16] Pobielski RS, Schellas KP, Eklund JA, Golden MJ, Johnson BA, Chopra S i wsp. Selective cervical nerve root blockade: prospective study of immediate and longer term complications, *AJNR Am J Neuroradiol*. 2009;30(3):507–11.
- [17] Jankowski R, Żukiel R. Leczenie operacyjne dyskopatii i zmian zwyrodnieniowych w odcinku szyjnym kręgosłupa. Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. www.pttmmh.pl/file/KOMUNIKAT%20IV_12_02_2013.pdf.
- [18] Speed C. Ból szyi, barku i ramienia. W: Michael L. Snaith (red.). ABC reumatologii. PZWL. 2007:15–23.

adres do korespondencji

Marta Łukaszewska
e-mail: marta_sywala@wp.pl

Mieczysława Jurczyk
e-mail: mjur@poczta.onet.pl

TERAPIA DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM Z PUNKTU WIDZENIA FIZJOTERAPEUTY

THERAPY OF A CHILD WITH CEREBRAL PALSY FROM A PHYSIOTHERAPIST'S POINT OF VIEW

Magdalena Pogorzelszyk¹, Ewa Gajewska²

¹ Studentka I roku studiów drugiego stopnia, kierunku Fizjoterapia, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Mózgowe porażenie dziecięce jest zespołem objawów, gdzie oprócz zaburzeń ruchowych występują różnorakie problemy towarzyszące, takie jak niepełnosprawność intelektualna, zaburzenie mowy, wzroku, słuchu, padaczka. Dlatego też osoby z tą jednostką wymagają wielokierunkowej opieki. Personel medyczny i terapeuci powinni działać w interdyscyplinarnym zespole, który poprzez wyznaczanie wspólnych celów, konsultowanie przebiegu i postępu leczenia oraz podejście indywidualne do pacjenta, pozwoli na zwiększenie efektywności terapii. Podczas planowania rehabilitacji, prócz głównej terapii, można również uwzględnić terapie wspomagające, zaliczane do grupy niekonwencjonalnych, które dostarczą innych bodźców i doświadczeń dziecku. Wpływają one szczególnie na pobudzanie zmysłów oraz odbieranie wrażeń. Należą do nich m.in. zooterapia, czyli terapia z udziałem zwierząt, jak na przykład dogoterapia czy hipoterapia. Wpływają one na zmysł dotyku, słuchu, wzroku, węchu oraz na motorykę dziecka. Szczególną zaletą zajęć jest duża motywacja dzieci do ćwiczeń. Terapia w wodzie daje pozytywne warunki do normowania napięcia mięśniowego oraz pobudzania receptorów znajdujących się w skórze. Terapia Doman, poprzez uwzględnienie programów: podłogi, równowagi, motorycznego, oddechowego, odżywiania i pobudzania intelektu, ma wielokierunkowe działanie na organizm dziecka.

Słowa kluczowe: mózgowe porażenie dziecięce, metody niekonwencjonalne, rehabilitacja.

Abstract

Cerebral Palsy is the syndrome where, besides movement disorders, various additional problems occur, such as mental disability, speech, sight and hearing disorders and epilepsy. That is why people with this unit need multidirectional care. Medical staff and therapists should act in an interdisciplinary team, which through setting common goals, consulting the course and progress of treatment as well as individual attitude towards the patient, will allow to increase the efficiency of the therapy. During planning the rehabilitation, besides the main therapy, you can also take into account an adjunctive therapy included in a group of unconventional therapies which will provide other stimuluses and experiences to the child. They especially affect senses stimulation and the perception. These include: zotherapy, which means therapy with participation of animals, like dogotherapy or hippotherapy. They affect the sense of touch, hearing, sight, smell as well as the motility of the child. A special advantage of these activities is a big motivation of a child to exercises. Therapy in water gives positive conditions to standardization of muscle tension and stimulation of receptors in skin. Doman's therapy through consideration of programs: floor, balance, motor, respiratory, nutrition and stimulation of intellect, has multidirectional impact on the child's body.

Keywords: Cerebral Palsy, unconventional methods, rehabilitation.

Mózgowe porażenie dziecięce (mpd) to zespół objawów ruchowych powstałych w wyniku niepostępującego, trwałego uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego w okresie prenatalnym, okołoporodowym lub poporodowym. Oprócz objawów motorycznych występują inne schorzenia towarzyszące, pojawiające się w zależności od postaci mózgowego porażenia dziecięcego [1].

W literaturze spotyka się wiele klasyfikacji mózgowego porażenia dziecięcego, jednak najbardziej użyteczny jest podział topograficzny, który wyróżnia następujące postaci: monoplegia (zajęta jest jedna kończyna), hemiplegia (zajęta jest kończyna górna i dolna po tej samej stronie), triplegia (zajęte są trzy kończyny), paraplegia (zajęte są kończyny dolne), kwadriplegia (zajęte są wszystkie kończyny), diplegia (zajęte są kończyny dolne i w niewielkim stopniu kończyny górne) [2].

Jak wcześniej wspomniano, u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym mamy do czynienia z różnymi objawami towarzyszącymi, których częstotliwość występowania zależy od postaci. Problemy ruchowe występują u 100% dzieci, niepełnosprawność intelektualną stwierdza się u 40–60% dzieci, w szczególności z ciężką postaćią (zajęta jest jedna kończyna), hemiplegia (zajęta jest kończyna górna i dolna po tej samej stronie), triplegia (zajęte są trzy kończyny), paraplegia (zajęte są kończyny dolne), kwadriplegia (zajęte są wszystkie kończyny), diplegia (zajęte są kończyny dolne i w niewielkim stopniu kończyny górne) [2].

Jak wcześniej wspomniano, u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym mamy do czynienia z różnymi objawami towarzyszącymi, których częstotliwość występowania zależy od postaci. Problemy ruchowe występują u 100% dzieci, niepełnosprawność intelektualną stwierdza się u 40–60% dzieci, w szczególności z ciężką postaćią

cią kwadriplegii. Zez pojawia się u 20–60% dzieci głównie z diplegią i kwadriplegią. Niedowidzenie jednoimienne towarzyszy 25% dzieci z hemiplegią. Drgawki występują u 50% dzieci [1], a zaburzenia narządu słuchu stwierdza się u 25% dzieci. Procent dzieci mających problem z mową szacuje się na 50–80% [3].

Oznacza to, że podczas wspomagania rozwoju nie można skupiać się wyłącznie na sferze ruchowej dziecka. Ponieważ mózgowe porażenie dziecięce jest złożonym problemem, dziecko potrzebuje pomocy wielokierunkowej, która będzie zapobiegać i łagodzić również objawy dodatkowe. Dlatego tak ważna jest współpraca wielu specjalistów w procesie usprawniania, jak również zaangażowanie rodziców [4]. Ze względu na to, iż postacie mpd są zróżnicowane ze względu na lokalizację uszkodzenia i ciężkość objawów, każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie. Bardzo ważnym elementem jest wczesna diagnostyka i wczesne wykrycie nieprawidłowości rozwoju. Szybkie wdrożenie procesu rehabilitacyjnego pozwala na poprawę jakości życia pacjenta na danym etapie rozwoju, jak i w przyszłości. Dziecko prócz wiodącej metody terapeutycznej, powinno mieć dostarczane różnorodne bodźce, również poprzez metody niekonwencjonalne, co pozwoli na pobudzanie wszystkich zmysłów, które jak wiadomo wpływają na funkcjonowanie układu motorycznego dziecka. Pozwala to również na poprawę sfery poznawczej, psychicznej i życia społecznego dziecka, a poprzez osiągnięcie wspólnych celów przez specjalistów zwiększenie efektów terapii.

Metody konwencjonalne

Metoda Vojty

Metoda stworzona przez czeskiego neurologa. Stwierdził on, że aktywność ruchowa jest odpowiedzią na bodziec, a zaburzenie rozwoju ośrodkowego układu nerwowego powoduje powstawanie patologicznych odruchów i reakcji w postawie ciała. Stąd celem terapii jest stymulowanie sensorów w celu wywołania prawidłowych schematów ruchowych (pełzanie, obrót). Zasady terapii uwzględniają odpowiednią pozycję wyjściową, wybór właściwych stref wyzwolenia, ustalenie kierunku stymulacji stref oraz wielokrotne powtarzanie jej.

Usprawnianie metodą Vojty można wprowadzać już kilka dni po urodzeniu, kiedy ośrodkowy układ nerwowy wykazuje się największą plastycznością, co zwiększa efektywność rehabilitacji. Efekty zależą również od postaci uszkodzenia mózgu oraz systematyczności wykonywania terapii. Terapeuta poprzez oddziaływanie nie ma na celu poprawy funkcji ruchowych, tylko aktywizowanie grup mięśniowych, koniecznych do wyko-

nywania przez dziecko ruchów dowolnych oraz osiągania kolejnych wzorców ruchu i etapów lokomocji. Terapia wpływa nie tylko na układ motoryczny, ale także na układ oddechowy, krążenia i funkcje zwieraczy. Należy wspomnieć, że ćwiczenia nie są bolesne, a płacz dziecka podczas terapii spowodowany jest niewygodną, przymusową pozycją ułożeniową [5–7].

Metoda Bobath

Metoda stworzona przez małżeństwo Bertę i Karel Bobath, którzy zauważyli podczas swojej pracy, że właściwe pozycje ułożeniowe oraz prowadzenie odpowiednich ruchów czynnych i biernych pozwala na zmianę rozkładu napięcia mięśniowego. Uważali, że poziom rozwoju OUN jest możliwy do oceny przez widoczny odruch postawy, czyli autonomiczne reakcje, dzięki którym możliwe jest przybranie pozycji z jednoczesnym wykonywaniem ruchów wbrew sile ciężenia. W uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego, odruch ten jest zaburzony, przez nieprawidłowe napięcie mięśniowe, przetrwałe odruchy patologiczne oraz opóźnione reakcje.

Celem terapii wg Bobathów jest uzyskanie maksymalnej samodzielności ruchowej pacjenta. Realizując powyższe założenie, kładzie się głównie nacisk na normalizację napięcia mięśniowego. Innymi składowymi metody są: hamowanie odruchów patologicznych i ułatwianie reakcji fizjologicznych, praca nad osiągnięciem pełnych zakresów ruchów w stawach, wyrównanie wrażeń czuciowych. Podczas pracy powyższą metodą stosuje się następujące wspomaganie: kompresja, czyli docisk powierzchni stawowych, aby utrzymać pozycję i ułatwić wyprost, trakcja, czyli oddalenie powierzchni stawowych względem siebie, aby ułatwić zgięcie i wspomóc wykonanie ruchu, plating, ma na celu utrzymanie pozycji przez zatrzymanie ruchu, aby nauczyć świadomej kontroli ruchu, oklepywanie, które ma działanie hamujące lub pobudzające, oraz głaskanie, wstrząsanie i wibracje, które są technikami pomagającymi rozluźnić napięte mięśnie [5, 6].

Podczas ćwiczeń wykorzystuje się przybory: piłki, wałki, materace, platformy. W koncepcji Bobathów, oprócz ćwiczeń, ważna jest prawidłowa pielęgnacja dziecka, sposób noszenia i karmienia [6].

Skuteczność metody uzależniona jest od wieku czynników: postaci mpd, rozległości uszkodzenia OUN, problemów towarzyszących, wieku rozpoczęcia rehabilitacji, systematyczności ćwiczeń, kwalifikacji terapeuty. Badania pokazują, że najlepsze wyniki uzyskuje się u dzieci z najłżejszymi postaciami mózgowego porażenia dziecięcego oraz u tych z niedowładem kurczowym połowicznym, natomiast najmniej widoczne u chorych z tetraplegią. Jeśli chodzi o wpływ częstości reha-

bilitacji na skuteczność usprawniania, nie ma jednakowego zdania na ten temat wśród badających tę zależność. Intensywność rehabilitacji nie miała wpływu na skuteczność metody [8]. Inne badania pokazują, że wczesne rozpoczęcie usprawniania dziecka z mpd ma wpływ na jego dalsze funkcjonowanie [9].

Metody niekonwencjonalne

Hipoterapia

Nazwa wywodzi się od słów *hippis* – koń oraz *therapia* – terapia. Hipoterapia to oddziaływania terapeutyczne uzyskiwane przy pomocy wybranych koni. Wyselekcjonowanych ze względu na łagodność, budowę oraz prawidłowość chodu.

Zabiegi terapeutyczne za pomocą zwierzęcia mają wpływ na sferę fizyczną dziecka, gdzie ćwiczenia mają na celu normalizację napięcia mięśniowego, torowanie poprawnego wzorca chodu, poprzez ruchy miednicy podczas jazdy konnej, poprawę równowagi i koordynacji, stymulację czucia powierzchniowego oraz głębokiego, kształtowanie świadomości schematu własnego ciała, doskonalenie orientacji przestrzennej, poprawę ogólnej sprawności. Zajęcia mają wpływ na emocje dziecka. Zauważalny jest wzrost motywacji oraz większa chęć do uczestnictwa w rehabilitacji. Wspomagając rozwój sfery poznawczej, kładzie się nacisk na stymulację zmysłów, poprawę koncentracji uwagi, rozwój mowy oraz pobudzenie percepcji wrażeń słuchowych i wzrokowych. Rodzice często obserwują, iż dzieci łatwiej nawiązują relacje społeczne [10].

Przykłady ośrodków zajmujących się hipoterapią w obrębie województwa wielkopolskiego: *Ośrodek Hipoterapii przy Parafii Matki Boskiej Częstochowskiej w Latowicach*, *Fundacja „Stworzenia Pana Smolenia”*, *Centrum Hipoterapii i Rehabilitacji „Zabajka”*, *Ostrowskie Centrum Hipoterapii*, *Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci Specjalnej Troski im. Leszka Grajka w Swarzędzu*.

Dogoterapia

Dogoterapia jest to naturalna terapia z udziałem wyselekcjonowanych psów, mająca wpływ na poprawę zdrowia i samopoczucia. Przede wszystkim jest elementem wspomagającym rehabilitację, nie może stanowić głównej metody terapeutycznej. Wzmacnia efekty leczenia, a pies obecny podczas zajęć jest wspianym motywatorem dla dziecka. Kontakt ze zwierzęciem wpływa na sferę fizyczną, psychiczną, emocjonalną, poznawczą oraz społeczną dziecka.

Wyróżniamy trzy formy zajęć: AAA, AAT, AAE, co oznacza kolejno: zajęcia, terapia, edukacja z udziałem zwierząt. Pierwsza forma nie uwzględnia konkretnych celów. Ma oddziaływanie relaksacyjne, rekreacyjne oraz zabawowe; druga forma

uwzględnia określony cel i ma oddziaływanie terapeutyczne, natomiast trzecia pomaga w procesie edukacyjnym [11].

Dogoterapia ma szeroki zakres działania. Wpływa na kształtowanie dużej motoryki dziecka poprzez naśladownictwo, przechodzenie przez psa w różnych pozycjach, kształtowanie małej motoryki przez wykonywanie ruchów precyzyjnych, np. podczas nawlekania koralików dla psa. Położenie głowy na zwierzęciu czy leżenie obok działa rozluźniająco na małych pacjentów. Tory przeszkód po których należy przejść do psa pozwalają na kształtowanie równowagi i koordynacji. Bodźce, jakie dostarcza pies dziecku, pobudzają zmysły. Odbywa się to poprzez głaskanie, słuchanie bicia serca, a także lizanie przez psa rąk i nóg dziecka. Dziecko podczas wykonywania czynności takich jak czesanie sierści, nalewanie wody czy spacerowanie z psem jest zmotywowane do dłuższej koncentracji na wykonywanym zadaniu. Poprzez nazywanie części ciała psa czy wydawanie komend kształtujemy mowę i pamięć. Kontakt ze zwierzęciem wzbudza pozytywne emocje i dzieci stają się bardziej otwarte.

Przeciwwskazaniem jest uczulenie na psią sierść lub paniczny strach, którego mimo wielu zmagañ nie da się przełamać [11].

W Fundacji Mały Piesek Zuzi zostały przeprowadzone badania oceniające efekty metody [12]. Wnioski przedstawiono na podstawie wywiadu z rodzicami dzieci biorących udział w półrocznej terapii. Dzieci korzystały z dogoterapii raz w tygodniu, poza tym uczestniczyły również w innym zajęciach. Ostatecznie stwierdzono, że dogoterapia jest efektywną metodą wspomagającą, jednak musi być prowadzona regularnie, dłużej niż miesiąc. Podsumowując obserwacje rodziców, dowiadujemy się, że najwięcej z nich zauważyło większą otwartość dzieci na nowe sytuacje, postęp w sferze ruchowej oraz lepsze nawiązywanie więzi z terapeutą i psem.

Ośrodki prowadzące zajęcia z dogoterapii w obrębie województwa wielkopolskiego: Fundacja Mały Piesek Zuzi, Fundacja Kynoterapeutyczna „Sekret Gai”, Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci Specjalnej Troski im. Leszka Grajka w Swarzędzu.

Metoda Domana (metoda filadelfijska)

Metoda powstała w latach 50. XX wieku i jest kontynuacją teorii TempleFay'a. Autor terapii uważa, że sfera motoryczna (ruch, mowa, chwytność ręki) i sensoryczna (wzrok, słuch, czucie) są ściśle ze sobą powiązane, a zaburzenie choć jednego elementu wpływa na nieprawidłowy rozwój pozostałych. Doman zakłada również, iż w miarę dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego rozwijane są wyższe poziomy organizacji i powinno to następować w określonym czasie.



Rycina 1. Podczas zajęć z dogoterapii w Stowarzyszeniu Przyjaciół Dzieci Specjalnej Troski im. Leszka Grajka w Swarzędzu, źródło własne

Diagnostykę przeprowadza się na podstawie profilu rozwojowego specjalnie skonstruowanego na potrzeby terapii. Porównuje się najistotniejsze dla człowieka funkcje, będące składowymi sfery motorycznej i sensorycznej do wzorcowego rozwoju. Na podstawie diagnozy ustala się program terapeutyczny.

Celem ćwiczeń jest podnoszenie sprawności fizycznej, intelektualnej oraz przygotowanie pacjenta do samodzielnego funkcjonowania. Do realizacji założeń zostały stworzone rozmaite ćwiczenia i programy. *Program podłogi* służy polepszaniu funkcji lokomocyjnych. Dziecko spędza na podłodze większą część doby, zachęcając go interesującymi przedmiotami. A w celu utrzymania prawidłowej pozycji wykorzystuje się różne przybory. *Program motoryczny*, w którym stosuje się wzorce ruchowe (patteringi). Każdemu poziomowi rozwoju OUN odpowiada określona forma lokomocji. Doman zakłada, że aby dziecko samodzielnie wykonało ruch, najpierw musi być on wykonany biernie. Odbywa się to przy pomocy 3–5 osób, które przemieszczają głowę oraz kończyny pacjenta w określonym rytmie i tempie. Powtarza się to 5–20 razy w ciągu dnia po 5–15 min. *Program oddechowy* polega na „maseczkowaniu” w celu pogłębienia i przyspieszenia wdechu i oczyszczenia dróg oddechowych. Pacjent oddycha powietrzem ze zwiększonym stężeniem dwutlenku węgla przez 60–120 sekund kilkanaście razy dziennie. *Program równowagi*, którego celem jest kształtowanie zmysłu równowagi i poprawa reakcji równoważnych poprzez przewroty, skoki, stanie na głowie czy zjazdy po pochylni. *Program odżywiania* zakładający odpowiedni dobór składników pokarmowych. *Program pobudzania intelektu* wpływający na rozwój umysłowy dziecka, gdzie kładzie się nacisk na naukę czytania [5].

Jest wielu krytyków powyższej metody, ze względu na duże poświęcenie rodziców, jak również konieczność zaangażowania wielu specjali-

stów i wolontariuszy. Wgłębiając się w poszczególne programy ćwiczebne widzimy, iż wymagają one ingerencji dużej ilości osób w ciągu dnia. Zadania muszą być powtarzane wielokrotnie i są długotrwałe. Metoda opiera się na trzech zasadach: intensywność, częstotliwość oraz czas trwania ćwiczeń. Wyeliminowanie któregoś elementu zmniejszy efektywność terapii. Dodatkowo dla dziecka jest to ogromny wysiłek, wielu badaczy uważa, że decydując się na tę metodę zabieramy małym pacjentom dzieciństwo.

Ze względu na wszystkie składowe opisywanej metody, nie ma ona wielu zwolenników wśród lekarzy, a jej skuteczność nie jest potwierdzona naukowo. Jednak są placówki, które w rehabilitacji wykorzystują elementy tej metody. Dla dzieci będących na wózku inwalidzkim zaletą terapii jest spędzanie dużej ilości czasu poza nim i uczestniczenie w licznych czynnościach, dzięki czemu rehabilitacja staje się częścią życia. Najwięcej pozytywnych opinii można usłyszeć od rodziców dzieci z deficytami neurologicznymi korzystających z tych ćwiczeń. Mimo, że terapia wymaga ciężkiej pracy, to efekty zauważane przez nich dają im tyle radości, iż pozwala to zapomnieć o poświęceniu [13].

W Polsce metoda filadelfijska propagowana jest w Instytucie Terapeutycznym *Fundacji „Daj Szansę”* w Toruniu.

W województwie wielkopolskim elementy metody Domana praktykowane są w *Stowarzyszeniu „Nadzwyczajne Dzieci”*.

Rehabilitacja w wodzie

Jednym ze sposobów ćwiczeń w wodzie jest koncepcja Halliwick, która ma w założeniu naukę pływania oraz terapię w środowisku wodnym osób zdrowych i niepełnosprawnych. Zasada holistycznego podejścia wpływa na sferę fizyczną, psychiczną i społeczną uczestnika. Obejmuje 10-punktowy program, który zawiera takie ele-

menty jak przystosowanie psychiczne do nowego środowiska, kontrolę równowagi, umiejętność przemieszczania się oraz uzyskanie niezależności w wodzie [14]. Ćwiczenia doskonalą wykonywane czynności na lądzie. Poprawiają balans ciała i koordynację podczas chodzenia, kształtują postawę oraz uaktywniają układ oddechowy i krążenia. Pływanie zmniejsza spastyczność i rozluźnia mięśnie, co pozwala na zwiększenie ruchomości w stawach oraz wykonywanie ćwiczeń niemożliwych do wykonania na lądzie [15].

Zajęcia w wodzie prowadzone są przez *Szkołę Pływania Fregata Swimming*.

Podsumowanie

Rehabilitacja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wymaga indywidualnego podejścia oraz zaangażowania w terapię wielu specjalistów. Ważne jest wyznaczenie celów rehabilitacji bliższych i dalszych, aby móc zapewnić dziecku jak najlepsze funkcjonowanie na danym etapie rozwoju, jak i w przyszłości. Istotna jest wczesna diagnostyka, aby pomoc została wdrożona jak najszybciej, kiedy mózg dziecka ma największą plastyczność i łatwiej można osiągać kolejne umiejętności ruchowe, a hamować te patologiczne. Należy pamiętać, że istnieje wiele metod rehabilitacji, również niekonwencjonalnych, które wzmacniają efekty uzyskane poprzez główną terapię. Pozwalają na rozwój wszystkich sfer życia dziecka oraz dostarczają nowych doświadczeń.

Piśmiennictwo

- [1] Tecklin JS. Fizjoterapia pediatryczna. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1996; 106–154.
- [2] Levitt S. Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 23–24.
- [3] Otapowicz D, Kułak W, Sobaniec W. Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Neurol Dziec.* 2002;11(22):49–57.
- [4] Nowotny J, Czupryna K, Domagalska M. Aktualne podejście do rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Neurol Dziec.* 2009;18(35):53–60.
- [5] Zembaty A. Kinezyterapia, tom II. Wyd. Kasper, Kraków 2003.
- [6] Domagalska M, Czupryna K, Szopa A, Nowotny J. Specyficzne i alternatywne sposoby terapii dzieci z porażeniem mózgowym. *Neurol Dziec.* 2005;14(27):7–15.
- [7] Banaszak G. Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty. Alfa-medica, Bielsko-Biała 2002.
- [8] Cybula K, Kułak W, Wiśniewska E. Badania skuteczności metody NDT u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Neurol Dziec.* 2009;18(35):49–52.
- [9] Chochowska M, Zgorzalewicz-Stachowiak M, Serebada-Wiszowaty E. Wpływ wybranych czynników na skuteczność metody NDT-Bobath w usprawnianiu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Fizjoterapia.* 2008;16(3):8–24.
- [10] Szymczak M. Wpływ zajęć hipoterapeutycznych na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Piel Pol.* 2009;4(34):282–285.
- [11] Potocka A. Nie tylko głaskanie. Wyd. Perro, Warszawa 2013.
- [12] Nawrocka-Rohnka J. Dogoterapia jako metoda wspomagania rehabilitacji dziecka z zaburzeniami rozwoju. *Now Lek.* 2010;79(4):304–310.
- [13] Gorajewska D. Wsparcie dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie i szkole, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa 2008.
- [14] Weber-Nowakowska K, Żyżniewska-Banaszak E, Gębska M. Nowe metody fizjoterapii. Koncepcja Halliwick jako forma usprawniania w środowisku wodnym. *Ann Acad Med Stetin.* 2011;57(2):43–45.
- [15] Pasek J, Wołyńska-Ślężyńska A, Ślężyński J, Pasek T, Witiuk-Misztalska A, Sieroń A. Znaczenie pływania korekcyjnego i ćwiczeń w wodzie w fizjoterapii. *Fizjoterapia.* 2008;17(1):53–59.

adres do korespondencji

Magdalena Pogorzalczyk
ul. Żwirki i Wigury 46, Gruszczyń
62-006 Kobylnica
tel.: 664 007 511
e-mail: madzia230191@wp.pl

CERA NACZYNIOWA – PRZYCZYNY, PIELĘGNACJA, LECZENIE

VASCULAR SKIN – CAUSES, CARE, TREATMENT

Katarzyna Janda¹, Oliwia Lach²

¹ Zakład Biochemii i Żywienia Człowieka, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Streszczenie

W dzisiejszych czasach cera gładka o jednolitej barwie należy do rzadkości. Coraz więcej kobiet i mężczyzn w różnym wieku ma liczne niedoskonałości cery. Jedną z coraz częstszych dolegliwości jest związana z rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi, rumieniem, czasami z uczuciem rozgrzania i pieczenia. Są to jedne z objawów charakterystycznych dla cery naczyniowej, która stanowi problem medyczny i kosmetyczny. Celem pracy było omówienie przyczyn występowania cery naczyniowej, jej właściwej pielęgnacji oraz metod leczenia.

Słowa kluczowe: cera naczyniowa, charakterystyka, profilaktyka, usuwanie zmian.

Abstract

Nowadays, smooth skin of a uniform color is rare. More and more men and women of all ages has many imperfections. One of the more frequent complaints is associated with dilated blood vessels, erythema, sometimes with a feeling of heat and burning. These are some of the symptoms characteristic of vascular skin, which is a medical and cosmetic problem. The aim of this work was to discuss the causes of vascular skin, its proper care and treatment options.

Keywords: vascular skin, characteristic, prevention, removal changes.

Skóra spełnia istotne dla całego organizmu funkcje: chroni narządy wewnętrzne przed szkodliwym wpływem środowiska zewnętrznego, uczestniczy w regulacji cieplnej, odgrywa rolę w czynności wydzielniczej i resorpcyjnej. Bierze również udział w metabolizmie lipidów, węglowodanów, białek i witamin. Ponadto jest narządem czucia oraz organem immunologicznym [1]. Powierzchnia skóry u dorosłego człowieka waha się od 1,5 do 2 m², natomiast jej grubość wynosi od 0,5 do 5 mm i jest zależna od lokalizacji anatomicznej. Skóra składa się z tkanki podskórnej, skóry właściwej i naskórka. Dodatkowo zawiera przydatki, takie jak gruczoły potowe i łojowe oraz mieszki włosowe. Umieszczone są w niej również zakończenia nerwowe, naczynia krwionośne i chłonne [1]. Barwa skóry jest bardzo zróżnicowana w zależności od grubości naskórka, zawartości melaniny i unaczynienia [2]. Oprócz melaniny skóra zawiera karoten, który znajduje się w warstwie rogowej i ma żółtą barwę. Jest on prekursorem witaminy A. Nadaje skórze żółty odcień, co jest szczególnie widoczne w przypadku zaburzeń rogowacenia w obrębie dłoni i stóp. Odcień czerwony skóry jest efektem przeświecających przez nią naczyń krwionośnych. Jest to bardzo wyraźne w przypadku powierzchownego przebiegu naczyń oraz gdy są one poszerzone lub nadmiernie wypełnione krwią.

Charakterystyka cery naczyniowej

Mianem skóry naczyniowej określono skórę twarzy, szyi i dekoltu, która czasowo lub stale jest

zajęta zmianami rumieniowymi w postaci teleangiektazji i/lub plam naczyniowych o zróżnicowanym nasileniu. Na powierzchni wykwitów naczyniowych nierzadko pojawiają się inne zmiany zapalne, jak obrzęk, krosty, grudki i guzki. Wykwity umiejscowione są głównie na skórze twarzy, co jest konsekwencją wyjątkowej jej roli oraz lokalizacji. Twarz spełnia funkcję komunikatywną, umożliwia wyrażanie emocji, w związku z czym nie jest okryta odzieżą. Z powodu ciągłego ekspozowania skóra twarzy jest szczególnie narażona na działanie różnych czynników środowiska [3]. Skóra naczyniowa charakteryzuje się rumieniem o różnym nasileniu i czasie trwania, często uczuciem pieczenia i ściągnięcia skóry. Jest nadmiernie reaktywna w stosunku do czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Objawy zaostrzają się w odpowiedzi na drażniące czynniki fizyczne i chemiczne oraz uczulające, zwłaszcza o charakterze alergii kontaktowej [4]. W następstwie działania bodźców środowiskowych lub wewnętrznych mogą pojawiać się: przemijający lub utrwalony rumień, czasem wykwity zapalne, najczęściej zlokalizowane w okolicy policzków, nosa i brody. Ponadto w cerze naczyniowej występują rozszerzone naczynia włosowate, tzw. teleangiektazje. Są to trwale rozszerzone powierzchowne naczynia włosowate spłotu podbrodawkowego, przeświecające przez naskórek. W skrajnych przypadkach teleangiektazje mogą ściśle do siebie przylegać, dając obraz jednolitego rumienia [5]. Teleangiektazje można podzielić na pierwotne

i wtórne. Na zmiany pierwotne, powstające w różnych okresach życia, np. w ciąży lub w podeszłym wieku, nie mamy wpływu. Teleangiektazje wtórne są spowodowane działaniem czynników zewnętrznych, np. nadmierną ekspozycją na promieniowanie słoneczne, mróz, wiatr, wahania temperatury, choroby skóry, przebyte choroby ogólnoustrojowe, brak odpowiedniej pielęgnacji [6]. Czynniki wewnętrzne, które prowadzą do wystąpienia zaczerwienienia skóry to określone fizjologiczne reakcje i choroby (dermatologiczne, ogólnoustrojowe). Natomiast czynniki zewnętrzne, prowadzące do zaostrzenia cery naczyńniowej, to głównie niekorzystne czynniki atmosferyczne (wiatr, mróz, wysoka temperatura), spożywane potrawy itp. Problem rozszerzonych, prześwitujących przez skórę naczyń występuje u większości dorosłych osób, głównie kobiet w okresie okołomenopauzalnym o jasnej karnacji (fototyp I i II). Cera naczyńniowa jest wrażliwa, cienka, delikatna i ma skłonności do alergii [7]. Teleangiektazje występują głównie u kobiet, ze względu na estrogeny. Hormony te mają działanie rozluźniające na mięśnie naczyń krwionośnych, co zwiększa ich skłonność do poszerzania się. Rozszerzone naczynia różnią się morfologicznie w zależności od lokalizacji. Tętnicze naczynia występują na twarzy, klatce piersiowej, karku. Jeśli są one rozszerzone mogą występować pod postacią „pajączków” z centralnie położoną tętnicą, od której rozchodzą się promieniście naczynia powierzchowne [5]. Skóra naczyńniowa ułatwia śledzenie somatycznych reakcji, powstających w odpowiedzi na czynniki emocjonalne. Psychiczne przeżycia, na podstawie złożonego systemu powiązań między bodźcami hormonalnymi, odpornościowymi i układem nerwowym autonomicznym, a także neurotransmiterami, modulują napięcie ścian naczyń skóry oraz przebieg metabolicznych i zapalnych procesów w ich otoczeniu. Przemijające lub utrwalone rozszerzenie naczyń skórnych mikrokrążenia uwidacznia się głównie w tzw. rumieniowych okolicach ciała, czyli na twarzy, szyi, dekolcie i górnej części klatki piersiowej. Okolicą wyjątkowo predysponowaną do występowania objawów charakterystycznych dla skóry naczyńniowej jest twarz. Skóra twarzy jest ukrwiona przez odgałęzienia szyjnej tętnicy zewnętrznej. Jej ściany są unerwione przez włókna splotu nerwowego szyjno-tętniczego zewnętrznego, które pochodzą ze zwoju szyjno-tętniczego górnego. Obfite unerwienie naczyń skóry w okolicy twarzy przez włókna pozazwojowe układu współczulnego powoduje żywą grę naczyńniową w tym obszarze ciała. Układ naczyńniowy cery charakteryzuje się stosunkowo dużą ilością naczyń krwionośnych, co oznacza, że pojemność łożyska naczyńniowego skóry w tym obszarze jest większa niż w innych obrębach ciała. Kolejną cechą charakterystyczną skóry twarzy, która sprzyja wystę-

powaniu widocznego rozszerzenia naczyń krwionośnych w postaci zaczerwienienia skóry, jest płytka lokalizacja – bezpośrednio pod powierzchnią naskórka – podbrodawkowego splotu naczyńniowego, która spowodowana jest mniejszą grubością powierzchniowych warstw skóry właściwej. Napięcie ściany naczyń skóry zależne jest od skurczu mięśni gładkich, który kontrolują dwa podstawowe mechanizmy naczynioruchowe: neurogeny i humoralny. W skórze przeważa aktywność neurogenna, która jest kontrolowana przez układ nerwowy współczulny. Stałe napięcie zewnętrznej warstwy mięśniówki naczyń krwionośnych skóry jest utrzymywane dzięki spoczynkowej aktywności tonicznej naczyń zwężających włókien współczulnych. Skóra pełni główną rolę w mechanizmie termoregulacji. Na całej powierzchni skóry, która spełnia główną rolę w termoregulacji, poszerzenie światła naczynia i neurogeny rozkurcz jego mięśni oraz otwarcie zespoleń tętniczo-żylnych są realizowane na drodze dwóch mechanizmów neurogennych. Pierwszy mechanizm polega tylko na hamowaniu włókien współczulnych, które zwężają naczynia. Drugi natomiast opiera się na przewodze aktywności współczulnych włókien, rozszerzających naczynia. Ten mechanizm jest nieczuły na niewielkie wahania temperatury w termonormalnych warunkach i zostaje aktywowany na skutek pobudzenia ośrodka termoregulacji (mieszczącego się w podwzgórze) po obciążeniu cieplnym. Zjawisko takie ma miejsce, gdy temperatura wnętrza ciała wzrasta powyżej 37°C lub gdy temperatura otoczenia oscyluje w zakresie 28–32°C. Efektem termoregulacyjnej odpowiedzi jest rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry i pobudzenie wydzielania gruczołów potowych ekrynowych, dlatego reakcję tę nazywa się często „wet flushing”. Poza neurogeną regulacją, mikrokrążenie skóry jest zależne od czynników humoralnych, które wpływają albo bezpośrednio na mięśnie gładkie ścian naczyń, albo pod wpływem śródblewnego czynnika rozluźniającego mięśniówkę naczyń. W tym mechanizmie do bodźców rozszerzających naczynia krwionośne skórne należą m.in.: histamina, serotonina, wazopresyna, kwas arachidonowy, prostacyklina oraz trombina. Wymienione mediatory zapalne iuropeptydy mogą być uwalniane do skóry również na skutek miejscowego wpływu czynników drażniących oraz reakcji nadwrażliwości (histamina, kininy), na które cera jest szczególnie narażona. W patogenezie zmian naczyńniowych skóry należy uwzględnić również zaburzenia budowy tkanki łącznej, która buduje ściany naczyń krwionośnych skóry oraz znajduje się w ich pobliżu. Powtarzające się regularnie epizody rozszerzania naczyń krwionośnych skóry w konsekwencji prowadzą do utrwalenia zaczerwienienia (kuperioza) i teleangiektazji [8]. Obecność tych zmian naczyńniowych sprzyja zale-

ganiu pozbawionej tlenu krwi, co wpływa na sine zabarwienie skóry. Teleangiektazje i kuperozę prowadzą do inicjowania procesów zapalnych (grudki, krosty i obrzęk) i zwyrodnieniowych (wtórnienie). Przyczyny czasowego lub utrwalonego wystąpienia zaczerwienienia skóry są różne. Najczęściej niemożliwe jest jednoznaczne wskazanie mechanizmu, który odpowiada za wywołanie odpowiedzi rumieniowej. Jest to spowodowane tym, że ten sam czynnik może uruchamiać więcej niż jeden typ reakcji, a każda z nich może spowodować rozszerzenie naczyń skóry. Stany provokujące występowanie zaczerwienienia cery w neurogenym mechanizmie to m.in.: ekspozycja na wysokie temperatury otoczenia (gorące powietrze, sauna, gorąca kąpiel, spożywanie gorących potraw i napojów, promieniowanie słoneczne) oraz wzmożenie procesów metabolicznych, które prowadzą do podwyższenia ciepłoty ciała (ćwiczenia fizyczne, gorączka, choroby endokrynologiczne). Napadowy rumień wraz z nadmierną potliwością rozwija się również w odpowiedzi na emocje. Taka reakcja powstaje także w przypadku wahania poziomu hormonów w czasie klimakterium lub też po chirurgicznym usunięciu jąder lub jajników. Takie zaczerwienienie skóry powiązane z uderzeniami gorąca nazywamy „hot flushing”. Do powstania cery naczyniowej może prowadzić nadmierna ekspozycja na promieniowanie słoneczne, wysoką lub niską temperaturę, szczególnie nagłe zmiany temperatur, wiatr, nadmierną suchość lub wilgotność powietrza. Oprócz tego nieprawidłowości w unaczynieniu skóry mogą pojawiać się na skutek czynników emocjonalnych (stres), podczas spożywania alkoholu lub gorących i pikantnych potraw, w wyniku wysiłku fizycznego, czy przebywania w saunie. Cera naczyniowa może również być wrażliwa na kosmetyki i leki (głównie kortykosteroidy, leki hormonalne i leki wzmacniające naczynia) [5]. Reakcja rumieniowa cery, często wraz z innymi objawami skórnymi i pokarmowymi, może występować podczas spożywania posiłku, który zawiera np. tyraminę lub histaminę (tuńczyk, makrela, łosoś, sery pleśniowe), siarczyny i azoty. Do częstych czynników wyzwalających reakcję napadowego rumienia należy spożywanie alkoholu. Tzw. flushing występuje zwykle po 3–10 minut po wypiciu napoju alkoholowego i jest najintensywniejszy w trakcie kolejnych 15 minut oraz ustępuje po około godzinie. Nagłe przejściowe zaczerwienienie twarzy, występujące po spożyciu alkoholu, może być też rezultatem jego interakcji z aktualnie przyjmowanymi lekami lub reakcji alergicznej na inne składniki napoju alkoholowego, np. na zawarte w czerwonym winie związki polifenolowe [9]. Szacuje się, że około 36% mieszkańców wschodniej Azji (Japonia, Chiny, Korea) wykazuje charakterystyczną reakcją fizjologiczną na picie alkoholu, która objawia się zaczerwienieniem twa-

rzy, nudnościami i tachykardią. Cerę naczyniową charakteryzuje nietolerancja niektórych kosmetyków i leków miejscowych. Taka reakcja obejmuje zarówno nieimmunologiczne odczyny, czyli osłabienie bariery naskórkowej, jak i alergiczne kontaktowe zapalenie skóry. Cera naczyniowa, z uwagi na funkcję estetyczną tego obszaru ciała, jest ekspozowana na czynniki uboczne, wywołane ciągłym używaniem jednocześnie wielu różnych kosmetyków, które pozostają na skórze przez długi czas. Sprzyja to rozwojowi późnej nadwrażliwości w obrębie cery naczyniowej u kobiet, które stosują kosmetyki przez wiele lat (kobiety w wieku średnim i starszym).

W diagnostyce cery naczyniowej wyróżnia się badanie przedmiotowe, nieinwazyjne metody instrumentalne i metody inwazyjne (np. biopsja lub testy prowokacyjne). Badanie przedmiotowe skóry opiera się na kilkustopniowej skali ciężkości objawów. Z powodu braku standaryzowanych kryteriów w ocenie tych zmian, w pracach badawczych wykorzystywane są skale, których wyniki są trudne do porównania. Ponadto, na podstawie różnych publikacji dotyczących zmian naczyniowych można uznać, że wizualne badanie kliniczne to metoda bardzo subiektywna, a różnice wyników oceny tych zmian są bardzo duże w zależności od badającego. Z tego powodu badanie przedmiotowe należy traktować jedynie jako pomocne przy kwalifikacji chorego do dalszych badań instrumentalnych.

Pielęgnacja i leczenie cery naczyniowej

W pielęgnacji cery naczyniowej bardzo ważne są działania prewencyjne. Osoby ze skłonnością do zaczerwienień powinny unikać czynników wzmagających to zjawisko oraz stosować wysoką fotoprotekcję. Cera naczyniowa jest z reguły wrażliwa i wymaga specjalistycznej pielęgnacji, dlatego do mycia twarzy należy korzystać z delikatnych kosmetyków. Zamiast mydeł powinno się używać łagodnych syndetów pozbawionych kompozycji zapachowych. Woda do mycia powinna być letnia. Należy unikać gorących kąpieli, które przyczyniają się do zaczerwienienia skóry twarzy, nawet gdy woda nie ma z nią bezpośrednio kontaktu. Najbardziej wskazane jest używanie mleczek lub śmietanek na bazie roślinnych wyciągów. Po oczyszczeniu skóry należy przemyć tonikiem do cery wrażliwej, by usunąć pozostałości mleczka i przywrócić naturalne pH. Ponadto stosuje się płyny micelarne, które nie wymagają stosowania mleczka i toniku. Płyn micelarny ma na celu usunąć makijaż i zanieczyszczenia skóry w delikatny sposób, dzięki zawartym w nim micelom [7]. Niezwykle istotne w pielęgnacji cery naczyniowej jest stosowanie odpowiednich kremów. Zaleca się używanie osobno kremu na dzień i innego na noc. Kosmetyki stosowane na dzień powin-

ny zapewniać ochronę przed niekorzystnymi czynnikami atmosferycznymi oraz szkodliwym wpływem klimatyzacji i oświetlenia jarzeniowego w pomieszczeniach. Szczególnie istotna jest ochrona przed promieniami słonecznymi poprzez stosowanie produktów zawierających filtry chroniące zarówno przed promieniowaniem UVA, jak i UVB. Kosmetyki ochronne powinny być wzbogacone o filtry fizyczne, np. tlenek cynku lub tlenek tytanu, które odbijają promienie słoneczne. Środki, które chronią skórę przed promieniowaniem UV powinny być stosowane także przez osoby przebywające często w pomieszczeniach wyposażonych w oświetlenie jarzeniowe. Istotna jest również ochrona skóry przed mrozem i wiatrem poprzez stosowanie ochronnych kremów zimowych. Kremy tego rodzaju zawierają substancje o działaniu okluzyjnym (wazelina, oleje silikonowe, olej parafinowy, woski), jak również składniki wzmacniające lipidową barierę naskórka (oleje roślinne, ceramidy, estry kwasów tłuszczowych, sterole) [7]. W odróżnieniu od pielęgnacji dziennej, która powinna być oparta głównie na ochronie przed zewnętrznymi czynnikami środowiska, pielęgnacja w nocy skoncentrowana jest na regeneracji bariery naskórkowej, łagodzeniu podrażnień, a przede wszystkim na wzmacnianiu układu mikrokrążenia. Przy doborze kremów dla cery naczyńniowej należy wziąć pod uwagę współtowarzyszący typ skóry, związany z nawilżeniem, tłustością i wiekiem cery [7]. Szczególnie ważne są kremy nawilżające ze składnikami uszczelniającymi naczyń krwionośne. Te substancje wzmacniają ściany naczyń krwionośnych i zapobiegają ich poszerzaniu. Natomiast w okresie niskich temperatur należy stosować kremy ochronne z dużą zawartością fazy tłuszczowej, która działa jak swoista warstwa izolująca skórę od niekorzystnych warunków atmosferycznych. Ekspozycja na słońce znacząco pobudza naczyń krwionośne, co w konsekwencji zaostrza objawy cery naczyńniowej. Z tego względu należy nieustannie chronić skórę twarzy przed szkodliwym wpływem promieni słonecznych. Zaleca się stosowanie kremów z filtrami UV, które blokują dostęp promieni słonecznych do skóry na drodze odbijania lub pochłaniania ich. W warunkach miejskich wystarczają filtry UV o faktorze od 8 do 10, natomiast w sezonie letnim, szczególnie podczas korzystania z kąpieli słonecznych, należy sięgać po blokery UV o faktorze 25–30, a nawet do 50. W pielęgnacji skóry z problemami naczyńniowymi dużą rolę odgrywają wody termalne działające przeciwzapalnie i łagodząco. Do złuszczenia martwego naskórka można używać pilingów, które pozbawione są agresywnych substancji ściernych. Zaleca się stosowanie preparatów enzymatycznych lub delikatnie ścierających, np. mąka owsiana [10]. W pielęgnacji skóry naczyńniowej bardzo ważne jest stosowa-

nie kosmetyków bogatych w składniki aktywne, przeznaczone dla tego rodzaju skóry. Najczęściej są to substancje, które wzmacniają ścianki naczyń krwionośnych, wspomagają ochronną funkcję skóry i działają przeciwzapalnie. Jednym z najczęściej stosowanych składników aktywnych jest kwas askorbinowy (witamina C), który wzmacnia ścianki naczyń krwionośnych i działa przeciwutleniająco. Witamina K obkurcza i uszczelnia naczyń krwionośne oraz zmniejsza krwawienie. Z kolei witamina PP (niacyna) ma działanie przeciwzapalne i również uszczelnia naczyń krwionośne. Bardzo popularną substancją aktywną przeznaczoną dla cery naczyńniowej jest bisabolol. Jest to związek o działaniu przeciwzapalnym, występujący w rumianku pospolitym. Niezwykle cenne są flawonoidy – związki roślinne o właściwościach przeciwzapalnych, przeciwrodnikowych i uszczelniających naczyń krwionośne. Najcenniejszym flawonoidem jest rutyna, która wydłuża czas działania witaminy C [7, 11]. W pielęgnacji tego rodzaju cery cenna jest również witamina E (tokoferol). Jej działanie przeciwzapalne ogranicza mechaniczne „zużycie” ścian naczyń krwionośnych, spowodowane rozszerzeniem naczyń w procesie stanu zapalnego. Oznacza to, że tokoferol pośrednio zmniejsza ryzyko powstawania zmian naczyńniowych, takich jak teleangiektazje [12]. Do złagodzenia objawów nadwrażliwości cery naczyńniowej służą również allantoina, zawarta w korzeniu żywokostu, o działaniu zmiękczającym i łagodzącym, pantenol, który oprócz łagodzenia działa również silnie nawilżająco i przeciwzapalnie wyciąg z aloesu. Ponadto wiele kosmetyków przeznaczonych do cery naczyńniowej jest wzbogaconych ekstraktami z opuncji figowej (działanie nawilżające i wzmacniające), arniki górskiej (działa przeciwzapalnie, wzmacniając i uszczelniając na naczyń krwionośne), miłorzębu japońskiego (wzmacnia naczyń krwionośne, działa przeciwutleniająco i przeciwzapalnie), zielonej herbaty (działa antyoksydacyjnie i przeciwzapalnie), oczaru wirginijskiego (działa przeciwzapalnie, ściągająco i uszczelniająco), dziurawca (antyutleniając, działa przeciwzapalnie). Substancją aktywną, wskazaną w przypadku cery naczyńniowej, jest wyciąg z kasztanowca, zawierający escynę. Jest to związek należący do flawonoidów, który działa silnie przeciwzapalnie, uszczelniająco na naczyń krwionośne oraz zapobiega zastojom krwi. Wzmacniając na naczyń krwionośne włosowate wpływają również ekstrakty z owoców cytrusowych, które jednocześnie poprawiają mikrokrążenie. Wykorzystuje się również oleje roślinne, zwłaszcza olej z wiesiołka i różany, które działają przeciwzapalnie i ściągająco na naczyń krwionośne [13].

Zaleca się także stosowanie lampy sollux. Emituje ona promieniowanie podczerwone i widzialne

(tzw. białe). W celu uzyskania pożądaných efektów stosuje się filtry. Filtr czerwony, który przepuszcza promienie widzialne czerwone oraz promieniowanie podczerwone, wykorzystuje się w celu pobudzenia skóry. Filtr niebieski, przepuszczający promienie widzialne niebieskie, działa łagodząco i obkurcza rozszerzone naczynia krwionośne. Z tego względu w zabiegach łagodzących teleangiektazje stosuje się lampę sollux z filtrem niebieskim. Dodatkowym zabiegiem w pielęgnacji cery naczyniowej może być klasyczny masaż twarzy. Nie powinien być on zbyt intensywny, by nie prowadził do silnego przekrwienia tkanek. Niewskazane są ruchy rozcierające i ugniatające. Wskazany jest masaż, w którym dominuje głaskanie. Rodzajem masażu jest drenaż limfatyczny. Jego celem jest usprawnienie przepływu limfy (chłonki) dzięki oddziaływaniu na tkanki bodźcami uciskowymi w formie ruchów przesuwających i tłoczących. Drenaż pozwala na mechaniczne przepchnięcie limfy, zmniejszając obrzęk, który jest efektem zastoju chłonki. Masaż limfatyczny jest wykonywany zgodnie z kierunkiem przebiegu naczyń chłonnych. Stosuje się ruchy tłoczące, które prowadzą w kierunku znajdujących się najbliższych węzłów chłonnych. Nie należy masować bezpośrednio samych węzłów chłonnych, ale ważne jest odpowiednie masowanie ich okolic. W tym masażu wykorzystuje się ruchy głaskania, rozcierania, ugniatań przepychającego i uciski falujące. Masaż limfatyczny wykonywać można na całym ciele lub na wybranych jego obszarach – również w okolicy twarzy [14]. Omawiając pielęgnację skóry naczyniowej należy pamiętać o stosowaniu właściwej diety. Wskazane jest spożywanie świeżych, surowych warzyw oraz owoców, zwłaszcza tych zawierających dużo bioflawonoidów. Są to związki występujące w żółtych i zielonych warzywach, cebuli i czosnku, a także w białej części skórek cytrusów. Mają właściwości wzmacniające ściany naczyń krwionośnych włosowatych [10]. Ponadto osoby dotknięte problemem skóry naczyniowej powinny komponować swoje posiłki tak, by unikać potraw bardzo ostrych i gorących, które niekorzystnie wpływają na naczynia krwionośne. Opisywane metody pielęgnacji nie prowadzą do całkowitego ustąpienia zmian naczyniowych. Usunięcie teleangiektazji może być skuteczne po zastosowaniu zabiegów, takich jak elektrokoagulacja, kriochirurgia, laseroterapia, jonoforeza, elektroлиза, termoliza i galwanokaustyka.

Usuwanie zmian naczyniowych

Gabinety medycyny estetycznej i kosmetologii oferują szeroki zakres usług związanych z usuwaniem zmian skórnych o podłożu naczyniowym. Do zabiegów wykonywanych najczęściej należy usuwanie teleangiektazji [15]. Polega on na przerwaniu ciągłości rozszerzonego naczynia krwiono-

śnego, co prowadzi do zamknięcia jego światła. Podczas zabiegu dochodzi do uszkodzenia ściany naczynia, za czym idzie zablokowanie dopływu krwi. Brak ukrwienia naczynia powoduje jego bezużyteczność, a następnie wchłonięcie go przez organizm. Powstaje inne obejście dla przepływu krwi. Usuwanie teleangiektazji jest możliwe przy pomocy różnych czynników uszkadzających ścianki naczyń takich, jak prąd stały i zmienny, światło laserowe oraz IPL, a także niska temperatura (krioterapia, wymrażanie).

Pośród metod elektroterapii można wyróżnić: elektrolizę, elektrokoagulację, metodę blend i galwanokaustykę. Elektroliza wykorzystuje prąd stały (galwaniczny). Zabieg przeprowadza się przy użyciu dwóch elektrod. Elektroda czynną jest stalowa igła, połączona z ujemnym biegunem źródła prądu. Elektroda bierna, zamykająca obwód prądu, umocowana jest na ramieniu pacjenta. W rozszerzone naczynie wprowadza się igłę i rozpoczyna przepływ prądu. Dochodzi do gromadzenia się jonów wodorotlenowych i powstaje silnie zasadowe środowisko, które prowadzi do złuszczenia ścianek naczynia. Uszkodzone w ten sposób naczynie nie spełnia już odpowiednio swojej funkcji i zostaje wchłonięte. Elektrokoagulacja (inaczej termoliza lub diatermia) wykorzystuje prąd zmienny o wysokiej częstotliwości i niskim napięciu. Elektroda czynną, podobnie jak w elektrolizie, jest igła podłączona do źródła prądu, która zostaje wprowadzona w rozszerzone naczynie. Po uruchomieniu przepływu prądu dochodzi do termolizy, czyli drobnego „oparzenia” naczynia, które prowadzi z kolei do zniszczenia jego ścianek. Metoda blend łączy w sobie elektrokoagulację i elektrolizę. W zabiegu wykorzystuje się naprzemienne działanie prądu stałego i prądu wysokiej częstotliwości. W galwanokaustyce (inaczej elektrokaustyce) wykorzystuje się działanie prądu stałego. Elektroda w postaci igły jest podłączona do źródła prądu. Prąd powoduje nagrzanie igły, którą przykładają się do skóry w miejscu rozszerzonego naczynia. W wyniku reakcji termicznej naczynie ulega uszkodzeniu. Zabieg ten pozostawia blizny, więc nie jest wskazany do usuwania teleangiektazji w okolicy twarzy. Ponadto metoda ta jest skuteczna tylko w przypadku drobnych, płytko położonych naczyń. Przeciwwskazaniami do zabiegów elektroterapii są ciąża, rozrusznik serca, wszczepy metalowe, stany zapalne skóry w miejscu zabiegu, stany gorączkowe, nowotwory, leki przeciwzakrzepowe, zakrzepowe zapalenie naczyń krwionośnych [15].

Do usuwania teleangiektazji metodą fototermodolizy stosuje się lasery wysokoenergetyczne, powodujące przegrzanie tkanek. Podczas zabiegu naświetla się rozszerzone naczynie światłem laserowym, które zostaje pochłonięte przez chromofor, czyli hemoglobinę, zawartą w naczyniu krwiono-

śnym [16]. Efektem jest miejscowe podwyższenie temperatury do 70–72°C, co powoduje denaturację białka i zniszczenie naczynia. Zarówno pacjent, jak i osoba wykonująca zabieg muszą mieć oczy zabezpieczone specjalnymi okularami, chroniącymi przed negatywnym wpływem światła laserowego. Przewagą laseroterapii nad elektroterapią jest jej bezinwazyjność. Nie dochodzi w niej do przerwania ciągłości naskórka, co zmniejsza dyskomfort pacjenta w czasie zabiegu i po nim. Aby skutecznie zamknąć poszerzone naczynie krwionośne, należy dostosować moc pojedynczego impulsu oraz długość fali, która pozwala na dobrą absorpcję przez hemoglobinę [17]. Efekty zabiegu są zależne od lokalizacji naczynia krwionośnego, jego barwy, grubości ściany oraz średnicy [18]. Zabiegi zamykania poszerzonych naczyń krwionośnych przy pomocy laserów dzieli się na przezskórne i wewnątrznaczyniowe (wewnątrzżylny). Zabiegi przezskórne polegają na zamykaniu drobnych naczyń włosowatych o średnicy do 3 mm i nie wymagają szczególnej diagnostyki. W zabiegach wewnątrznaczyniowych laserowy światłowód bezpośrednio wprowadza się do poszerzonego naczynia. Laserowy impuls prowadzi do jego zamknięcia, a widoczna pod skórą zmiana naczyniowa ulega zapadnięciu. Zabiegi takie powinny być wykonywane dopiero po dopplerowskim badaniu układu żylnego. Pozwala to wyeliminować ryzyko związane z zamykaniem życiowo ważnych naczyń krwionośnych, co mogłoby spowodować martwicę lub zastój żylny [19]. W przypadku laserowego zamykania teleangiektazji często konieczne jest powtarzanie zabiegu, ponieważ efekt jest mało widoczny lub zamknięcie naczynia było zbyt krótkotrwałe. Niska efektywność może być spowodowana niewłaściwym doбором zastosowanych parametrów, zbyt płytką penetracją impulsu lub nietrafieniem wiązki w naczynie wymagające zamknięcia. Kontrolowanie zabiegu zamykania naczyń krwionośnych umożliwia ultrasonografia wysokiej częstotliwości. Badanie to uwidocznia naczynie, umożliwiając ocenę jego morfologii i wielkości. Pomiar grubości skóry właściwej przy pomocy ultrasonografii pozwala na dobór właściwej głębokości penetracji impulsu lasera w obrębie skóry. By zwiększyć efektywność zabiegu należy zamknąć całe naczynie oraz jego dopływ z żył siatkowatych. W przypadku, gdy zamknięcie naczynia będzie niecałkowite może dojść do szybkiego ponownego udrożnienia tego naczynia, w związku z czym początkowo uzyskany efekt kosmetyczny będzie krótkotrwały [20]. Przeciwwskazaniami do laserowego zamykania rozszerzonych naczyń są ciąża, opalenizna, bielactwo, łuszczyca, leki obniżające krzepliwość krwi, leki i zioła światłouczulające, np. dziurawiec, kosmetyki z retinolem.

Metoda IPL jest odmianą fototermolizy, która wykorzystuje światło rozproszone o szeroko-

kim paśmie, emitowane przez reflektor błyskowy. Głowica aparatu zostaje przyłożona do skóry, a wystrzał przez nią bodziec powoduje zamknięcie naczynia. Ta metoda jest stosowana w przypadku płytko położonych teleangiektazji. Przeciwwskazaniami są ciąża, epilepsja, świeża opalenizna, skłonność do keloidów, leki podwyższające wrażliwość na światło, leki obniżające krzepliwość krwi. Krioskleroterapia to usuwanie zmian naczyniowych metodą wymrażania z użyciem ciekłego azotu, podtlenku azotu lub zestalonego dwutlenku węgla w postaci śnieżnej masy. Schłodzony pręt lub wacik z ciekłym azotem przykładana się do miejsca zmiany na około 5–10 sekund, co prowadzi do martwicy tkanki. Zabieg może pozostawiać blizny [14].

Maskowanie zmian naczyniowych

Na skórę zapalnie zmienioną często nakładany jest makijaż korygujący. Z tego względu produkty kamuflujące powinny się odznaczać szerokim marginesem bezpieczeństwa – nie mogą wywoływać alergii ani podrażnień. Efektem stosowania kosmetyków do makijażu kamuflującego, oprócz uzyskania poprawy wyglądu bez większego narażenia na działania niepożądane, jest także ochrona skóry przed szkodliwymi czynnikami środowiska, takimi jak słońce, wiatr czy mróz. W celu ukrycia tak widocznych zmian, jak teleangiektazje czy trądzik różowaty, niezbędne jest stosowanie mocno kryjących podkładów. W przypadku czerwonych zmian skórnych poleca się stosowanie korektora lub bazy pod makijaż w kolorze zielonym. Wynika to z faktu, że zieleń jest kolorem uzupełniającym dla czerwieni i neutralizuje taki odcień. Następną czynnością jest nałożenie podkładu w kolorze skóry, który wyrównuje całość i ukrywa nieregularności. Najodpowiedniejszy do tego celu jest podkład w kompakcie, który daje się dokładnie rozprowadzać na całej powierzchni twarzy za pomocą gąbki. W celu utrwalenia makijażu kryjącego należy nanieść na podkład sypki puder [21].

Na występowanie cery naczyniowej wpływa wiele czynników, nie zawsze zależnych od pacjenta. Niezwykle ważna jest właściwa jej pielęgnacja oraz unikanie czynników ryzyka. Zadowolające efekty może przynieść łączenie odpowiedniej profilaktyki i pielęgnacji z właściwie dobranymi metodami leczenia.

Piśmiennictwo

- [1] Jaroszevska B. Kosmetologia. ATENA, Warszawa 2008.
- [2] Dylewska-Grzelakowska J. Kosmetyka stosowana. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
- [3] Ratajczak-Stefańska V, Maleszka R, Boer M, Kiedrowicz M. Skóra naczyniowa – problemy diagnostyczne. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej

- w Szczecinie nr 55. Wydawnictwo Naukowe PUM, Szczecin 2009.
- [4] Karbarczyk M. Cera naczynekowa. *Manager Apteki* 2009;8:20-21.
- [5] Goliszewska A, Gromek M, Padlewska K, Smolińska M, Sobolewska E, Witkowska D. *Kosmetologia pielęgnacyjna*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zawodowej Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia, Warszawa 2010.
- [6] Florkiewicz K. Cera naczynekowa – rozpoznanie, pielęgnacja, leczenie. *Postępy Kosmetologii* 2012;1: 51–53.
- [7] Prystupa-Chalkidis K. *Skóra Naczyniowa. Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska*. PZWL Warszawa; 2011.
- [8] Peyrefitte G. Budowa i funkcje skóry cz. 8. Od uszkodzenia skóry do dermatozy. *Les Nouvelles Esthétiques*. 2012;1:35-37.
- [9] Brooks PJ, Enoch MA, Goldman D, Li TK, Yokoyama A. The Alcohol Flushing Response: An Unrecognized Risk Factor for Esophageal Cancer from Alcohol Consumption. *PLOS Medicine*. 2009;6. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000050.
- [10] Tourles S. *Piękna i zdrowa skóra*. Świat Książki, Warszawa; 2006.
- [11] Adamski Z, Kaszuba A. *Dermatologia dla kosmetologów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Poznań; 2008.
- [12] Arct J, Pytkowska K. Witaminy A i E w kosmetyce. *Les Nouvelles Esthétiques*. 2011;6:24–26.
- [13] Draelos ZD. *Kosmeceutyki*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław; 2011.
- [14] Kaniewska M. *Kosmetologia podstawy*. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa; 2011.
- [15] Młosek KR, Malinowska S, Serafin-Król M, Górski G, Ciostek P, Jakubowski W. Laserowe zamykanie drobnych naczynek krwionośnych pod kontrolą USG – doświadczenia własne. *Postępy Kosmetologii*. 2012;1:59–61.
- [16] Havey J, Alam M. *Lasery naczyniowe i barwnikowe. Dermatologia kosmetyczna*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner. Wrocław; 2012.
- [17] Anderson R, Parrish J. Selective photothermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science. New Series*. 1983;4596: 524–527.
- [18] Wójcicka P, Gadomska-Krasny J, Zawodny PJ. Zastosowanie laserów w medycynie estetycznej – fotodmładzanie w terapii przebarwień oraz rozszerzonych naczyń krwionośnych – cz. I. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny*. 2010;12:46–49.
- [19] Kępa A. Laser – w praktyce medycyny estetycznej. *Kosmetologia Estetyczna*. 2012;3:205–208.
- [20] Młosek KR, Malinowska S, Jakubowski W. Badania ultrasonograficzne (USG) skóry i ich zastosowanie w gabinecie kosmetycznym i medycyny estetycznej – doświadczenia własne. *Postępy Kosmetologii*. 2011;4:295–298.
- [21] Petsitis X, Kipper K. *Kosmetyka ozdobna i pielęgnacyjna twarzy. Wiedza o produktach kosmetycznych i ich prawidłowym stosowaniu*. Wydawnictwo Med-Pharm, Wrocław; 2007.

adres do korespondencji

Katarzyna Janda
Zakład Biochemii i Żywienia Człowieka, PUM w Szczecinie
ul. Broniewskiego 24, 71-460 Szczecin
tel. 091 441 48 18, fax: 091 441 48 07
e-mail: Katarzyna.Janda@pum.edu.pl

ZNACZENIE PRZECIWCIAŁ PRZECIW CYKLICZNEMU CYTRULINOWEMU PEPTYDOWI (ANTI-CCP) WE WCZESNEJ DIAGNOSTYCE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW – PRZEGLĄD DANYCH KLINICZNYCH

MEANING OF ANTI-CYCLIC CITRULLINATED PEPTIDE ANTIBODIES (ANTI-CCP) IN EARLY DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS – REVIEW OF CLINICAL DATA

Alicja Świątek-Pawelczak¹, Katarzyna Cebrowska², Joanna Graszka¹

¹ Szpital Wojewódzki w Poznaniu

² Szpital im. Teodora Dunina w Kościanie

Streszczenie

Reumatoidalne zapalenie stawów to choroba układowa o podłożu zapalnym, należąca do grupy jednostek chorobowych z autoagresji. Choroba przebiega rzutami i doprowadza nie tylko do upośledzenia funkcjonowania stawów, ale również do powikłań wielonarządowych. Wczesna diagnostyka i leczenie dają możliwość złagodzenia objawów choroby oraz jej powikłań. W tym celu wykorzystuje się badania laboratoryjne, serologiczne oraz diagnostykę obrazową. Badanie poziomu przeciwciał anti-CCP aktualnie jest najbardziej swoistą i specyficzną metodą wykrywania RZS.

Słowa kluczowe: RZS – reumatoidalne zapalenie stawów, anti-CCP, RF.

Abstract

Rheumatoid arthritis is a chronic and inflammatory disease from group of autoimmune diseases. RA affects not only joints, but also leads to multi-organ failure. Early diagnosis and treatment gives opportunity to control symptoms and minimize further complications. In this case, lab tests, serological tests and imaging are used, but anti-CCP levels are actually the most specific blood test in RA early diagnosis.

Keywords: RA – rheumatoid arthritis, anti-CCP, RF (rheumatoid factor).

55

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to zapalna choroba układowa należąca do grupy chorób z autoagresji. Aktualnie wyróżnia się 17 podgrup chorych na RZS, wyodrębnionych na podstawie różnej swoistości przeciwciał przeciwko cytrulinowanemu peptydom (ACPA) [13]. Na RZS choruje około 2% populacji, a szczyt zachorowań przypada na okres między 40. a 50. rokiem życia. Kobiety zapadają na tę chorobę 3–4 razy częściej niż mężczyźni. Występują częste zachorowania u członków rodziny. RA (rheumatoid arthritis) rozwija się od zapalenia błony maziowej stawów (synovitis) do kaletki maziowej (bursitis) i pochewek ścięgniowych (tendovaginitis). Choroba przebiega rzutami i doprowadza do upośledzenia czynności stawu, zniszczenia stawu, a w konsekwencji do inwalidztwa (nawet już po 2 latach od wystąpienia pierwszych objawów choroby)! Ze względu na szybko postępujące i nieodwracalne zmiany, istotne jest wczesne rozpoznanie. W chorobie tej może dochodzić również do wystąpienia objawów narządowych. Na podstawie wielu badań stwierdzono, że wiarygodnym parametrem we wczesnym diagnozowaniu RZS jest miano przeciwciał przeciw cyklicznemu cytrulinowemu peptydowi (anti-CCP – anti-cyclic citrullinated peptide antibodies).

Przyczyna choroby nie została dotychczas poznana. Rozważa się możliwość zainicjowania procesu zapalnego przez czynnik zakaźny m.in. wirusy, niektóre szczepy mykoplazmy. Zwraca się także uwagę na rolę czynników genetycznych w RZS – częsta obecność u chorych antygenów HLA-DR4 i DR1 (u 70% chorych stwierdza się antygen DR4 układu HLA). Uważa się, że genetyczna zmiana struktury receptorów limfocytów T (TCR – T-cell receptor) może być przyczyną nieprawidłowego rozpoznania antygenów.

Podstawą procesu zapalnego jest wyzwolenie reakcji immunologicznej, w której dochodzi do interakcji między limfocytami i monocytami, której skutkiem jest wytwarzanie prozapalnych cytokin tj. IL-1, IL-6, TNF- α ; immunoglobulin i autoprzeciwciał przeciwko fragmentowi Fc immunoglobuliny IgG (RF – czynnik reumatoidalny). W wyniku aktywacji układu dopełniacza dochodzi do uwalniania mediatorów zapalenia i enzymów niszczących chrząstkę stawową. W wyniku nagromadzenia się komórek zapalnych, tj. limfocytów T i B, makrofagów i innych, tworzy się ziarnina reumatoidalna. Równocześnie toczą się procesy naprawcze, które prowadzą do powstania zrostów włóknistych, a następnie kostnych, co doprowadza do usztywnienia stawów. Często dochodzi do powstania

guzków reumatoidalnych, co ma związek z zajęciem przez proces zapalny tkanki podskórnej.

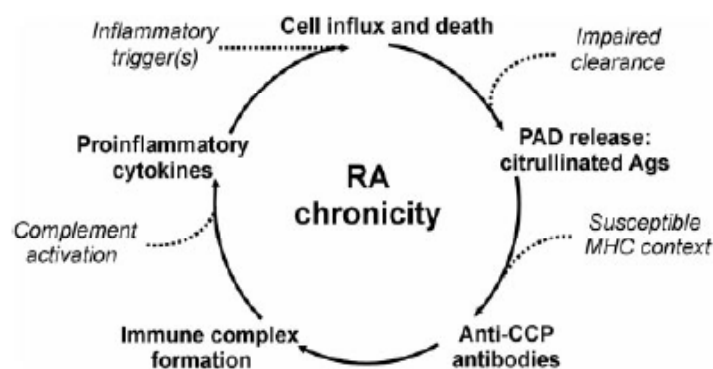
Reumatoidalne zapalenie stawów dzielimy na:

- seropozytywne (występuje RF, a także u większości z tych chorych występuje HLA-DR1 – gorsze rokowanie i cięższy przebieg)
- seronegatywne (brak RF, przebieg choroby łagodniejszy).

Rozpoznanie opiera się na obrazie klinicznym, badaniach laboratoryjnych (morfologia, OB, diagnostyka serologiczna – RF, anti-CCP) oraz obrazowych (głównie radiologiczne – nadżerki krawędzi kostnych stawu, geody). Istotne jest dokładne przeprowadzenie badania podmiotowego (m.in. sztywność poranna, zapalenie i obrzęk stawu, guzki reumatoidalne, ograniczenie ruchomości w stawie) oraz badania przedmiotowego (m.in. dokładnie obejrzeć stawy, zbadać ruchomość stawów, bolesność uciskową, określenie ewentualnych przykurczy). Należy pamiętać, że mogą występować również objawy pozastawowe, np. zespół cieśni nadgarstka, zapalenie osierdzia czy też zespół nerczycowy, co świadczy o znacznym zaawansowaniu choroby [1, 7, 11, 12].

Wczesne zdiagnozowanie RZS jest bardzo trudne, ale jakże istotne! Rozpoznanie choroby w początkowym jej okresie umożliwia szybkie wdrożenie prawidłowego leczenia: przede wszystkim zastosowanie leków modyfikujących przebieg choroby, które są najskuteczniejsze we wczesnych stadiach choroby, co łączy się z wydłużeniem życia chorych (przyjmuje się, że RZS skraca przewidywaną długość życia o dekadę), a także

toży komórek lub defektów genetycznych, dotyczących degradowania komórek martwiczych, dochodzi do uwalniania enzymów PAD (deiminazy peptydyloargininowej) z komórek zapalnych. Enzymy te do swojej aktywności wymagają stosunkowo wysokich stężeń Ca^{2+} (około 100 razy wyższych niż występujące w cytozolu), aby przekształcić resztę argininową do cytrulinowej, np. „cytrulinacja” fibryny, wimentyny, fibronektyny, fibrynogenu, antytrombiny III oraz od niedawna – kolagen typu II i α -enolaza. Następnie dochodzi do prezentacji przez komórki APC (komórki prezentujące antygen) fragmentów białkowych posiadających reszty cytruliny limfocytom T (uważa się, że produkt genu HLA-DRB1 tzw. „shared epitope” <SE> ulega ekspresji na komórkach MHC klasy II, umożliwiając wiązanie cyklicznego peptydu cytrulinowego z SE i prezentowanie go limfocytom T) [4, 9]. W rezultacie limfocyty B rozpoczynają produkcję przeciwciał przeciw cyklicznemu peptydowi cytrulinowemu (anti-CCP). Następnie powstają kompleksy immunologiczne – antygen–przeciwciało, które stymulują proces zapalny. Do tak zmienionego zapalnie miejsca napływają monocyty i granulocyty, które ponownie uwalnają enzymy PAD i w ten sposób kontynuują rozpoczęty proces „dodawania” reszt cytrulinowych i produkcji w konsekwencji przeciwciał anti-CCP. Ponadto uważa się, że zachodzi silna korelacja między epitopem HLA-DRB1 i genem PTPN22 u palaczy (którego mutacja wpływa na ryzyko wystąpienia chorób autoimmunologicznych) [1, 2, 4, 12, 13] (**Rycina 1**).



Rycina 1. Cykl ilustrujący hipotezę przewlekłości procesu chorobowego w RZS [2]

zapobiega wysokim kosztom leczenia związanego z ortopedyczną interwencją „naprawczą” zniekształconych stawów [1, 6].

We wczesnym rozpoznaniu RZS znamienne rolę odgrywa marker anti-CCP. Marker ten to przeciwciało przeciw trzeciorzędowym białkom posiadającym wiele reszt cytrulinowych. Występowanie peptydów cytrulinowych związane jest z nekrozą lub apoptozą komórek. W wyniku rozległej apop-

Metoda stosowana do wykrywania przeciwciał anti-CCP to ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Charakteryzuje się wysoką swoistością (91–97,4%) oraz umiarkowanie wysoką czułością (47,1–68%), jednak dzięki zmodyfikowaniu metody ELISA czułość wzrosła do 60–70%. Jeżeli chodzi o pozytywną i negatywną wartość predykcyjną, to wynoszą one odpowiednio 93,8% i 68,9%. Natomiast swoistość dotycząca RF to

Tabela 1. Porównanie czułości i specyficzności ww. autoprzeciwciał dla wczesnego RZS [1, 2, 6, 8]

Autoprzeciwciało	Antygen	Czułość %	Swoistość %
RF	IgG	75	74
AKA	Keratyna śluzówki przełyku	46	94
APF	Trichohialina śluzówki jamy ustnej	28	95
Sa	Wimentyna	68	95
RA33	Peptydy A2-RNP	28	85
Anty-CCP	Wszystkie wymienione po modyfikacji cytruliny	68	97

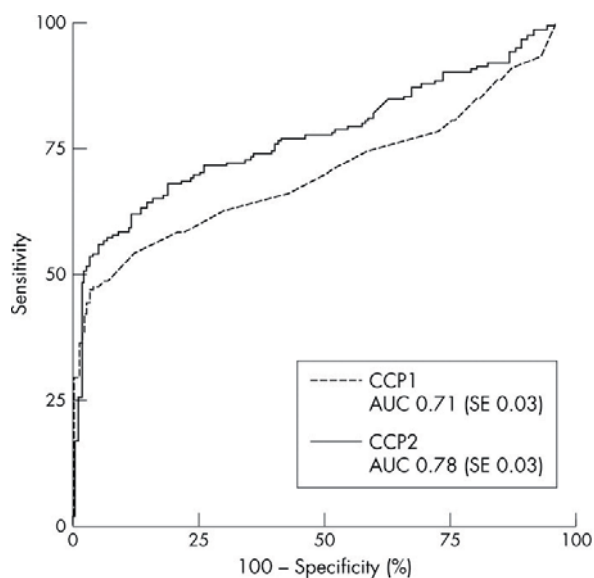
90%, a czułość 40–60%. Z kolei pozytywna wartość predykcyjna wynosi 79,5%, a negatywna równa się 61,2% (**Tabela 1**).

Znany jest fakt, że rutynowo wykorzystuje się oznaczanie wartości RF w surowicy w celu diagnostyki RZS. Jednak we wczesnych przypadkach RZS jest on wykrywany u zaledwie 25–30% przypadków [6]. Natomiast stosowanie jako rutynowego markera w diagnostyce RZS miana przeciwciał anti-CCP umożliwiłoby wczesne wykrycie tej choroby nawet 14 lat przed pojawieniem się objawów klinicznych lub przed wystąpieniem nieodwracalnych zmian stawowych. W jednym z (wielu) badań, mających na celu udowodnienie istotności anti-CCP we wczesnej diagnostyce RZS, wykorzystano surowice 43 chorych. Oznaczenie przeciwciał anti-CCP zostało wykonane za pomocą metody ELISA. Punktem odcięcia była wartość 5RU/ml. Z każdej z tych surowic wykonano oznaczenie RF metodą odczynu wiązania lateksu oraz metodą Waalera-Rosego. Wyodrębniono 4 podgrupy chorych:

- I. 23 pacjentów z wczesnym RZS (od 2 do 12 miesięcy od początku choroby), u 19 z nich stwierdzono obecność anti-CCP w mianie przekraczającym wartość progową, natomiast RF znajdował się w mianie progowym lub był nieobecny.
- II. 4 chorych z podejrzeniem RZS, anti-CCP w 3 przypadkach przekraczało normę, a w jednym było poniżej wartości odcięcia.
- III. 4 chorych z seronegatywnym zapaleniem stawów, w żadnym przypadku nie odnotowano obecności anti-CCP.
- IV. 12 chorych z podejrzeniem RZS, u których ostatecznie rozpoznano chorobę Still'a (1), polimialgię reumatyczną (1), seronegatywne zapalenie stawów (4), tłuszczycowe zapalenie stawów (1), polimiositis (1), reaktywne zapalenie stawów (1), toczeń układowy (2), chorobę zwyrodnieniową stawów (1) – w żadnym z wyżej wymienionych przypadków nie stwierdzono obecności przeciwciał anti-CCP [1, 3, 5].

Mimo bardzo dobrych parametrów jakie reprezentują testy anti-CCP zaczęto je udoskonalać; w ten sposób powstał test z wykorzystaniem anti-CCP2. Różnica polega na tym, że anti-CCP1 (the

first generation of ELISAs for anti-CCP) zawiera ludzki cytrulinowy peptyd, natomiast anti-CCP2 (the second generation of ELISAs for anti-CCP) został utworzony in vitro w wyniku cytrulinacji białek, takich jak filagryna, fibrynogen. Metoda z wykorzystaniem anti-CCP2 wykazuje, że specyficzność i czułość są wyższe aniżeli w metodzie opartej na anti-CCP1. Jest to związane z „czystością” stosowanych w teście antygenów. W teście anti-CCP1 dochodzi do reakcji z niecytrulinowanymi fragmentami białka lub innymi zanieczyszczeniami, co obniża specyficzność metody. Natomiast produkcja peptydów in vitro (anti-CCP2) dała możliwość standaryzacji metody i jej powtarzalności, czego wynikiem jest utrzymywanie specyficzności na stałym poziomie [2, 8] (**Rycina 2**).

**Rycina 2.** Porównanie czułości i specyficzności anti-CCP1 i anti-CCP2 dla wczesnego RA [8]

Analiza metod została przeprowadzona na 467 pacjentach w początkowym stadium RA. Każdy z chorych został przebadany: bad. przedmiotowe, bad. laboratoryjne oraz RTG dłoni i stóp w celu możliwości udowodnienia progresu choroby i wykazania zależności między wynikiem anti-CCP1 i/lub anti-CCP2 a postępowaniem choroby. Na

Tabela 2. Porównanie czułości i specyficzności anti-CCP1 i anti-CCP2 dla wczesnego RA [8]

	anti-CCP1	anti-CCP2
specyficzność	42%	54%
czułość	97%	96%
pozytywna wartość predykcyjna	89%	86%
negatywna wartość predykcyjna	78%	81%

tej podstawie określono czułość i swoistość obu metod oraz wykazano wyższość anti-CCP2 nad anti-CCP1 [8] (**Tabela 2**).

Wykorzystanie anti-CCP2 w diagnostyce RA umożliwia przewidywanie przebiegu choroby u pacjentów anti-CCP dodatnich w 93%, natomiast u pacjentów anti-CCP ujemnych w 25% [7].

Obecność przeciwciał anti-CCP umożliwia różnicowanie pomiędzy RZS a niezróżnicowanym zapaleniem stawów. Przeciwciała anti-CCP są także obecne u seronegatywnych pacjentów. Brak czynnika RF nie wyklucza rozpoznania RZS, natomiast obecność przeciwciał anti-CCP praktycznie pozwala na ustalenie diagnozy, ponadto mają one duże znaczenie prognostyczne, wskazują na agresywny przebieg RZS, prowadzący do znacznych destrukcji stawów. Z testami wykrywającymi miano przeciwciał anti-CCP wiąże się przyszłość nie tylko diagnostyczną, ale także umożliwiającą planowanie indywidualnej strategii terapeutycznej, ponieważ anti-CCP znajdują zastosowanie w przewidywaniu przebiegu choroby w okresie (jak na razie) 3-letnim. Ponadto bierze się pod uwagę możliwość wdrożenia diagnostyki anti-CCP, a szczególnie anti-CCP2 jako testu screeningowego w wykrywaniu RA [8, 9, 10].

Zastosowanie w praktyce klinicznej oznaczania miana przeciwciał anti-CCP w jego wczesnym okresie wydaje się być bardzo cennym diagnostycznie markerem reumatoidalnego zapalenia stawów. Rutynowe wykorzystanie tych markerów w diagnostyce laboratoryjnej umożliwiłoby wczesne wykrywanie, a w konsekwencji zastosowanie odpowiedniego leczenia, które mogłoby zapobiec rozwojowi bardzo nasilonych zmian w obrębie stawów, a także późniejszym powikłaniom, szczególnie narządowym. Ponadto wykorzystywanie ACPA o różnej swoistości (np. związanych z wimentyną czy alfa-enolazą) w kontekście ich zależności z poszczególnymi genami (np. PTPN22) jest podstawą do dalszych badań

wpływu czynników genetycznych i środowiskowych na etiopatogenezę RZS [13].

Piśmiennictwo

- [1] Tuchocka-Piotrowska A, Zimmermann-Górska I, Białkowska-Puszczewicz G. Określenie przydatności oznaczania przeciwciał przeciw cyklicznemu cytrulinowemu peptydowi (aCCP) w surowicy krwi w rozpoznawaniu reumatoidalnego zapalenia stawów w jego wczesnym okresie. *Reumatologia*. 2004;42:223.
- [2] Zendman AJ, van Venrooij WJ, Pruijn GJ. Use and significance of anti-CCP autoantibodies in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2006;45:20–25.
- [3] Lopez-Hoyos M, Ruiz de Alegria C, Blanco R et al. Clinical utility of anti-CCP antibodies in the differential diagnosis of elderly-onset rheumatoid arthritis and polymyalgia rheumatica. *Rheumatology*. 2004;43:655–657.
- [4] Bas S, Genevay S, Meyer O et al. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies, IgM and IgA rheumatoid factors in the diagnosis and prognosis of rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2003;42:677–680.
- [5] Lee DM, Schur PH. Clinical utility of the anti-CCP assay in patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:870–874. Xiaofeng Zeng, Maixing Ai, Xiping Tian et al. Diagnostic Value of Anti-Cyclic Citrullinated Peptide Antibody in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*. 2003;30:1451–1455.
- [6] Quinn MA, Gough AK, Green MJ et al. Anti-CCP antibodies measured at disease onset help identify seronegative rheumatoid arthritis and predict radiological and functional outcome. *Rheumatology*. 2005;1/3.
- [7] Khosha P, Shackar S, Duggal L. Anti-CCP antibodies in rheumatoid arthritis. *Indian Rheumatol Assoc*. 2004;12:143–146.
- [8] van Gaalen FA, Visser H, Huizinga TW. A comparison of the diagnostic accuracy and prognostic value of the first and second anti-cyclic citrullinated peptides (CCP1 and CCP2) autoantibody tests for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:1510–1512.
- [9] de Vries RR, Huizinga TW, Toes RE. Redefining the HLA and RA association to be or not to be anti-CCP positive. *Journal Of Autoimmunity*. 2005;25:21–25.
- [10] Kastbom A, Strandberg G, Lindroos A. Anti-CCP antibody test predicts the disease course during 3 years in early rheumatoid arthritis. *Ann of the Rheum Dis*. 2004;63:1085–1089.
- [11] Herold G. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Medycyna wewnętrzna*. Siedlecka A. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2000, 714–23.
- [12] Biernacka E, Ząbek J. Przeciwciała dla cytrulinowanych białek – nowe kierunki badań. *Reumatologia*. 2010;48(4):262–270.
- [13] Zimmermann-Górska I. *Reumatologia – postępy* 2013. *Medycyna Praktyczna*. 2014;278:36–38.

adres do korespondencji

Szpital Wojewódzki w Poznaniu
ul. Juraszów 7/19
60-479 Poznań
tel.: 61 821 22 00

OPIEKA PIELĘGNIARSKA – WYBRANE ZAGADNIENIA TEORETYCZNE

NURSING CARE – SELECTED THEORETICAL ASPECTS

Żaneta Dobińska

Położna Oddziału Ginekologii Onkologicznej, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

Streszczenie

Praca ma na celu dookreślenie idei pielęgnowania i ukazania jej przejawów w przeszłości i obecnie, ze szczególnym uwzględnieniem jej misyjnego, ponadczasowego charakteru. Podjęto problem pojęcia opieki, przede wszystkim opieki pielęgniarskiej, w ujęciu historycznym, skupiono się jednak przede wszystkim na problemie definicji pielęgnowania na przykładzie najważniejszych teorii pielęgniarskich – Florence Nightingale, Virginii Henderson i Dorothy Orem. Podstawą artykułu stały się materiały z czasopism naukowych, podręczników akademickich oraz źródeł tematycznych ujętych w Piśmiennictwie.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska, teorie pielęgniarstwa, idea miłosierdzia, podejście holistyczne.

Abstract

The aim of this work is to specify the idea of nursing care and show its manifestations in the future and nowadays with a special stress put on its missionary, timeless character. This work deals with the notion of care, especially nursing care, in historical terms, focusing primarily on the problem of defining nursing care basing on the most important theoretical works – by Florence Nightingale, Virginia Henderson and Dorothy Orem. The article is based on material from scientific magazines, academic textbooks and thematic sources comprised in the References section.

Keywords: nursing care, nursing care theories, the idea of mercy, holistic approach.

Wstęp

Pielęgniarstwo to profesja posiadająca charakter troszczącej się o człowieka cierpiącego, niosącej ulgę w cierpieniu.

Niniejszy artykuł podejmuje problem pojęcia *opieki*, poszerzając badane zagadnienie o pojęcie *opieki pielęgniarskiej* w ujęciu historycznym, poczynając od starożytności po nowożytność i współczesność. Skupia się jednak przede wszystkim na problemie definicji pielęgnowania, ukazując trzy najważniejsze teorie w historii pielęgniarstwa – autorstwa Florence Nightingale, Virginii Henderson i Dorothy Orem.

Artykuł powstał na podstawie materiałów z czasopism naukowych, podręczników akademickich dla pielęgniarek i położnych oraz źródeł tematycznych ujętych w Piśmiennictwie.

Cel pracy

Praca ma na celu przypomnienie idei pielęgnowania i ukazania jej przejawów w przeszłości i obecnie, ze szczególnym podkreśleniem jej misyjnego, ponadczasowego charakteru.

1. Idea miłosierdzia a opieka zdrowotna w ujęciu historycznym

Opieka określana jest najczęściej jako *troszczenie się, dbanie o kogoś, dogłębne, uczuciowe zainteresowanie, udzielanie pomocy, zabezpie-*

czanie potrzeb fizycznych, pocieszanie, ochrona, kontrola, nadzór [1]. Jedną z najstarszych form udzielania przez społeczeństwa świadczeń na rzecz osób potrzebujących wsparcia była opieka społeczna. W praktyce istniała ona prawdopodobnie od zawsze, ściśle powiązana z miłosierdziem, które w religii chrześcijańskiej stało się jedną z myśli przewodnich i czynnikiem niezbędnym do osiągnięcia zbawienia [2]. Nakaz świadczenia miłosierdzia dobitnie wyrażała Ewangelia, a jego pierwsze formy stanowiły prawdopodobnie samopomoc wśród członków gmin i jałmużna. Następnie w ciągu pierwszych trzech wieków po Chrystusie w świecie chrześcijańskim pojawiły się instytucje opiekuńcze – szpitale, a Sobór w Nicei w 325 roku zalecał, by w każdym mieście założono szpital, który przyjmowałby podróżnych, kalekich, chorych i ubogich, okazując im wszelką możliwą pomoc [2].

Już starożytność zresztą (i to nie tylko europejska) wypracowała pewne formy placówek opiekuńczo-leczniczych. W starożytnej Grecji i Rzymie były to m.in. świątynie boga Asklepiosa, do których ściągali liczni chorzy, istniały też zakłady świeckie z gabinetami zabiegowymi i pewną liczbą łóżek, a także lazarety przeznaczone dla żołnierzy i gladiatorów. Podobnie od starożytności był znany zawód położnej, *mądrej kobiety*, która opiekowała się ciężarną i udzielała pomocy rodzącej.

Szpitalnictwo chrześcijańskie oparte na idei miłosierdzia szło jednak w innym kierunku – nie tyle leczyło, co opiekowało się, żywiło, dawało schronienie, widząc w ubogim czy chorym brata w Chrystusie. Głównym powodem rozwoju sieci szpitali w średniowieczu mogły być całe rzesze ludzi wędrujących i pielgrzymujących [2], których podstawowym sposobem utrzymania stało się żebractwo. Zresztą sama nazwa – *domus hospitalis* (z łac. „dom gościnny, gospoda”; stąd polskie *szpital*) – wskazuje, że ówczesne szpitale były przede wszystkim przytułkiem dla podróżujących.

Reformy religijne i rozwój stosunków ekonomicznych zmieniały poglądy społeczeństw na ludzi ubogich, żebraków, włóczęgów oraz na formy opieki nad nimi. W żebraku (niekiedy słusznie) dopatrywano się już nie brata w Chrystusie, a próżniaka i przestępcę, starającego się przeżyć na koszt innych. Zdrowych żebrzących zmuszano do pracy, opiekę zapewniano tylko niedołącznym, przy czym coraz częściej przestawała ona być domeną Kościoła. W krajach protestanckich w stosunkowo krótkim czasie opieka stała się kwestią społeczną, rozwiązywaną przez instytucje świeckie i państwo, a z biegiem czasu zaczęła przybierać różne formy. Przy tym uniwersalny w niesieniu pomocy średniowieczny szpital dał początek kilku różnym instytucjom. Nazwa *szpital* pozostała przy placówkach świadczących usługi medyczne, zajmujących się leczeniem chorych i zatrudniających personel medyczny. W Polsce oddzielenie opieki medycznej od społecznej nastąpiło w pierwszej połowie XIX wieku [2].

2. Problemy definicyjne pielęgnowania i pielęgniarstwa

Po wyodrębnieniu placówek leczniczo-opiekuńczych z uniwersalnego średniowiecznego systemu opieki społecznej, ich podstawowym zadaniem stała się opieka zdrowotna. *Opieka zdrowotna* to działalność, której celem jest *utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia poszczególnych osób, grup społecznych i całego społeczeństwa* [1]. Opieka zdrowotna skierowana jest na umacnianie zdrowia człowieka, przywracanie zdrowia w przypadku jego osłabienia lub utraty, pomoc przy braku możliwości całkowitego powrotu do zdrowia; przeznaczona jest dla tych, którzy jej potrzebują ze względu na wiek, stan zdrowia, brak wiedzy, umiejętności i motywacji w zakresie troski o zdrowie.

Opieka ma charakter interakcji (werbalnej, niewerbalnej, dotykowej) między opiekunem a podopiecznym. Niekiedy działaniem opiekuńczym jest już sama obecność opiekuna. W literaturze przedmiotu wyodrębnia się opiekę profesjonalną, nieprofesjonalną i samoopiekę, przy czym za podstawową formę uznaje się **samoopiekę** rozumianą jako podejmowanie przez człowieka decyzji i działań dotyczących jego zdrowia i życia. Opieki **nieprofesjonalnej** (nieformalnej) mogą udzielić

człowiekowi członkowie rodziny, sąsiedzi, przyjaciele, natomiast opieka **profesjonalna** związana jest z wykonaniem zadań opiekuńczych w sposób rzeczowy, według obowiązujących zasad, procedur i norm, w oparciu o wiedzę, którą wykwalifikowany opiekun zdobywa w wyniku systematycznego kształcenia i stałego doskonalenia się. Opieka profesjonalna może być udzielona w domu podopiecznego, szpitalu, placówkach ambulatoryjnych, zakładach opieki społecznej [1].

Pielęgniarstwo stanowi integralną część opieki zdrowotnej; posiada swoją strukturę organizacyjną, regulacje prawne, system kształcenia i przygotowaną kadrę. Zadaniem pielęgniarki jest świadczenie profesjonalnej opieki jednostkom, rodzinom, grupom, udzielanie im *pomocy w ocenianiu i osiąganiu ich własnego fizycznego, psychicznego i społecznego potencjału* [1] w środowisku, w którym mieszkają.

Opieka jako proces dwustronny zakłada aktywność zarówno opiekuna, jak i podopiecznego, stając się dla tego ostatniego zachętą do przyjmowania postawy zaangażowania, podejmowania samodzielnych działań w granicach jego możliwości. Ważnym elementem opieki jest wzajemne udzielanie informacji, przekazywanie wskazówek, dotyczących stanu zdrowia, posiadanej wiedzy i umiejętności. Współpraca pomiędzy opiekunem (pielęgniarką) a podopiecznym (pacjentem) powinna odbywać się na zasadach podmiotowości, która oznacza, że podopieczny jest podmiotem opieki, czyli stanowi osobę poznającą, przeżywającą, działającą, posiadającą określone prawa i obowiązki. Przy tym pielęgniarka akceptuje indywidualność podopiecznego, dba o poszanowanie jego godności, respektuje prawo do subiektywnego postrzegania własnego stanu zdrowia, pozwala na podejmowanie pewnych decyzji w zakresie oczekiwanej przez niego pomocy. Podmiotowe traktowanie pacjenta obejmuje także stosunek wobec jego rodziny, która udziela „swojemu choremu” opiekę nieprofesjonalną. Obecnie pielęgniarstwo staje się również dyscypliną naukową, przedmiotem nauczania wyższych uczelni.

Podobnie kilka płaszczyzn i definicji ma termin *pielęgnowanie*. O ile dawniej pojmowano go zgodnie z modelem biologicznym, zorientowanym wyłącznie na chorobę, o tyle obecnie podkreśla się jego wymiar humanistyczny, czyli zorientowanie na całego człowieka (człowiek jako byt fizyczny, emocjonalny, intelektualny, społeczny, duchowy), oraz wymiar holistyczny, całościowy. Według WHO (1956) pielęgnowanie to sprawowanie opieki nad chorym oraz zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek od 1966 roku posługuje się natomiast definicją zaproponowaną przez Virginie Henderson, która określa pielęgnowanie jako pomaganie człowiekowi, również zdrowemu, przy wykonywaniu czyn-

ności istotnych dla utrzymania czy uzyskania jego zdrowia, a także dla zapewnienia godnej śmierci. Polskie Centrum Edukacji Medycznej w 1994 roku zdefiniowało pielęgnowanie jako profesjonalne pomaganie i towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu i w chorobie oraz kształtowanie umiejętności do samoopieki i samopielęgnowania w celu utrzymania komfortu życia [1]. Dla potrzeb niniejszej pracy można przyjąć, że **pielęgnowanie** to wyuczona, profesjonalna, zaplanowana praca pielęgniarki, świadczona człowiekowi (choremu czy zdrowemu) albo grupie ludzi, którzy są podmiotem opieki, skierowana na pomaganie, towarzyszenie i kształtowanie w podopiecznym umiejętności do samoopieki w celu utrzymania komfortu życia codziennego.

3. Wybrane idee dawne i współczesne w zakresie zawodowej pielęgnacji chorych

We współczesnej literaturze pielęgniarskiej można znaleźć informacje o istnieniu ponad trzystu teorii pielęgniarstwa i pielęgnowania, które są wciąż rozwijane i dopracowywane. Pielęgniarstwo polskie, mimo zainteresowania wieloma koncepcjami, szczególną uwagę zwraca na idee Florence Nightingale, Virginii Henderson, Dorothy Orem. Każda z autorek omawia i ustala względem siebie takie pojęcia, jak pielęgnowanie, pielęgniarka, człowiek (osoba, pacjent, podmiot opieki), jego zdrowie, środowisko. Teorie Nightingale, Henderson i Orem stanowią obecnie klasykę światowego pielęgniarstwa.

W teorii Florence Nightingale (1820–1910) do najważniejszych pojęć należą: człowiek (istota ludzka), zdrowie, środowisko (zewnętrzne względem człowieka), pielęgnowanie. Każde z nich autorka jednoznacznie określiła i zdefiniowała.



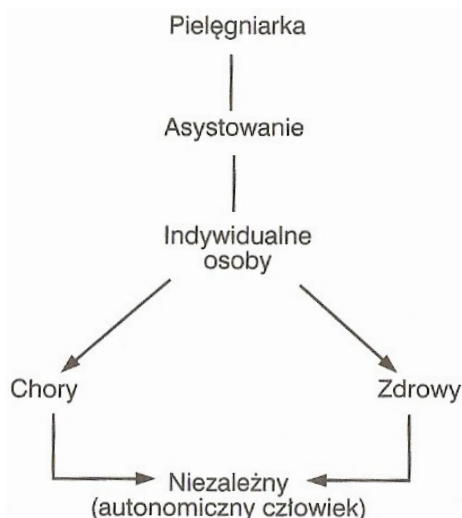
Rycina 1. Koncentryczny model pielęgniarstwa według Florence Nightingale (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 15)

Następnie ustaliła i zobrazowała związek pomiędzy nimi. Według Nightingale, zdrowie człowieka jest uzależnione od środowiska, w którym on żyje, pracuje, odpoczywa; dlatego pielęgniarka, dążąc do poprawy zdrowia człowieka, musi zmieniać jego środowisko zewnętrzne. To sprawia, że pielęgnowanie pozostaje w ścisłym związku ze środowiskiem, a do zadań pielęgniarki należy tworzenie odpowiednich warunków środowiskowych i wspieranie jednostki w jej powrocie do zdrowia z minimalnym jej obciążeniem (**Rycina 1**).

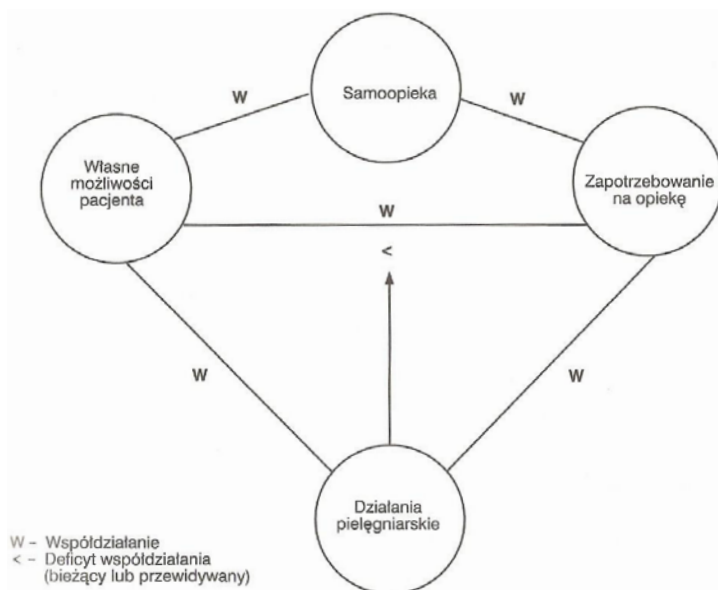
Virginia Henderson zaproponowała w 1955 roku liniowy model pielęgniarstwa. W tym modelu pielęgnowanie jest pojmowane jako asystowanie choremu, aby powrócił do zdrowia, lub uzyskał jego poprawę. Pielęgnowanie ma także zapewnić człowiekowi spokojną śmierć. Rola pielęgniarki polega na niesieniu pomocy w rozpoznaniu i zaspokojeniu kilkunastu wyodrębnionych przez Henderson potrzeb, szczególnie w sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie sam z nimi się uporać (**Rycina 2**).

Bardziej skomplikowany model opieki pielęgniarskiej prezentuje Dorothy Orem, akcentując rolę samoopieki i znaczenie współpracy pomiędzy pielęgniarką a pacjentem. Orem zakłada, że każdy człowiek jest w stanie dbać o zdrowie własne i swoich bliskich, i dlatego ponosi odpowiedzialność za własne bezpieczeństwo, zdrowie i życie, pod warunkiem, że pozwala mu na to jego stan biopsychospołeczny. Zaburzenie stanu zdrowia, wiek i inne czynniki mogą warunkować niezdolność do sprawowania samoopieki i wówczas do opieki włącza się pielęgniarka (**Rycina 3**).

Obecnie centralnym pojęciem pielęgniarstwa jest *opieka* rozumiana jako pomoc, troska, towarzyszenie. Idea troski, aktualna od czasów Nightingale, odwołuje się do naturalnej skłonności



Rycina 2. Liniowy model pielęgniarstwa według Virginii Henderson (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 16)



Rycina 3. Model pielęgniarstwa według Dorothy Orem (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 17)

62

człowieka, który w określonej sytuacji jest w stanie dbać o kogoś, niepokoić się i martwić, angażować się w przeżycia drugiego człowieka. W pielęgniarstwie zawodowym troska jest umiejętnością określenia potrzeb opiekuńczych, celowym zbliżeniem się do potrzebującego, akceptowaniem jego człowieczeństwa i godności. Troszczenie się jest określoną postawą pielęgniarki, wyrazem szacunku dla osoby ludzkiej i przejawem otwarcia się na drugiego człowieka. Do innych ważnych pojęć pielęgniarstwa należą także: empatia, odpowiedzialność, wiedza, umiejętności zawodowe, sumienność, samoświadomość.

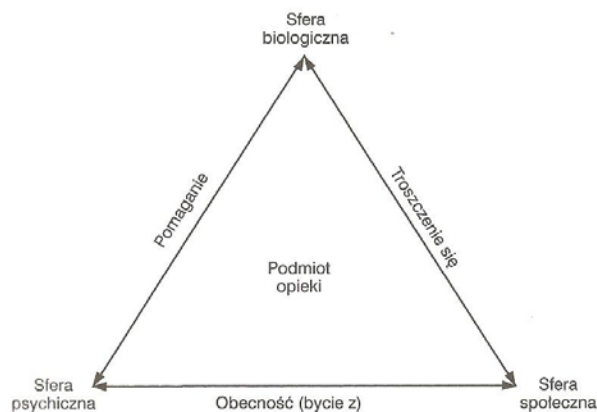
Od pielęgniarki wymaga się świadomego rozwijania troskliwej natury, przejawiania zawodowej troskliwości wobec każdego podmiotu opieki, postrzegania troski jako wartości ogólnej. Pielęgniarka niesie człowiekowi nie tylko pomoc w sferze biologicznej, ale także psychicznej i społecznej, troszczy się o wymiar duchowy i kulturowy opieki. Istotę procesu pielęgnowania stanowi więc taka opieka, która świadomie odwołuje się do diagnozy stanu biopsychicznego, kulturowego i duchowego podmiotu opieki oraz podejmuje odpowiednie działania, zmierzające do poprawy jego stanu zdrowia, a także dąży do oceniania uzyskanych wyników w stosunku do założonych celów opieki [1] (**Rycina 4**).

Dzisiejsze pielęgniarstwo jest określane przede wszystkim jako dyscyplina praktyczna, powołująca się na wypracowane założenia teoretyczne oraz rozwiązania praktyczne; jest autonomiczne, posiada wymiar naukowy. Jednym z podstawowych zagadnień rozwijanych przez współczesne pielęgniarstwo jest komunikacja interpersonalna, pojmowana jako relacja pomiędzy osobą pielę-

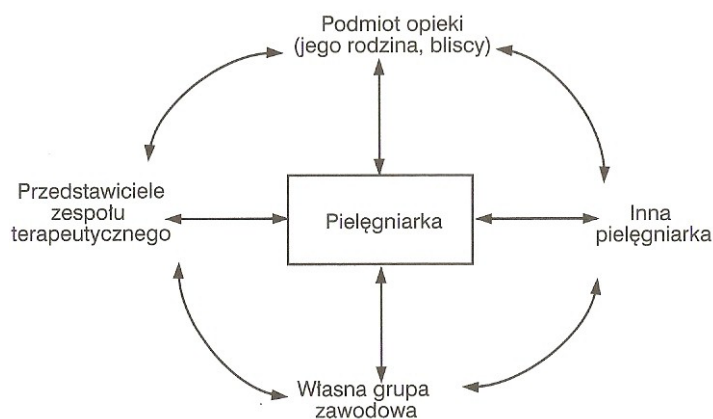
gnowaną a pielęgniarką, czyli świadomy, ukierunkowany proces wymiany informacji niezbędnej do ich współpracy (współdziałania) [1] (**Rycina 5**).

Komunikowanie ma na celu stworzenie dobrych relacji pomiędzy pielęgniarką, pacjentem oraz całym zespołem terapeutycznym, w ramach którego pielęgniarka realizuje swoje zadania (**Rycina 6**).

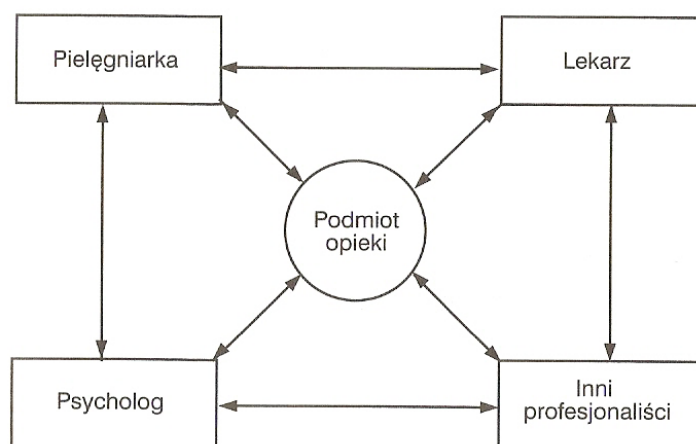
Obecnie mówi się przede wszystkim o pielęgnowaniu zindywidualizowanym, którego podstawowe zasady to: powszechność indywidualizacji, łączenie teorii z praktyką, racjonalne postępowanie, pełne otwarcie na podmiot opieki, celowe komunikowanie się z nim. Proces pielęgnowania posiada określony wzorzec, model (standard), który obowiązuje pielęgniarki pracujące na danym oddziale szpitalnym. Nadaje on opiece pielęgniarstwu odpowiedni kierunek działań wykonywanych w uporządkowanej kolejno-



Rycina 4. Istota opieki pielęgniarstwu (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 23)



Rycina 5. Komunikowanie w pielęgniarstwie (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 34)



Rycina 6. Relacje wewnętrzne w zespole terapeutycznym (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 37)

ści; stanowi pewną normę realizacji konkretnych zadań. Standardy charakteryzują się trafnością, zrozumiałością, mierzalnością i osiągalnością. Ich przestrzeganie umożliwia wysoki poziom opieki, a także bezpieczny rozwój zawodowy i osobowy pielęgniarki [3].

W ten sposób współczesne pielęgniarstwo, wywodzące się historycznie z opieki nad ubogimi, ewoluowało do roli nauki pomocniczej dla medycyny i obecnie w coraz większym stopniu uzyskuje status dziedziny autonomicznej.

Zakończenie

Współczesne pielęgniarstwo to zawód, profesja, to także dyscyplina naukowa, zorientowana na człowieka z wykorzystaniem jego potencjału biologicznego, jak i duchowego oraz kulturowego. W opiece pielęgniarskiej najważniejsze stają się

trzy zasadnicze wymiary: człowiek, jego zdrowie i jego środowisko, a dominującym jest holistyczne widzenie pacjenta, który staje się centrum działania pielęgniarki, jego podmiotem. Takie podejście zakłada profesjonalizm i odpowiedzialność w towarzyszeniu choremu, cierpiącemu człowiekowi, a także kształtowanie u pacjenta potrzebnych umiejętności do podjęcia samoopieki, do samokontroli, samoobserwacji.

Piśmiennictwo

- [1] Ciechanowicz W (red.). *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, wyd. III, PZWL, Warszawa 2007, 140.
- [2] Kępski C. *Idea miłosierdzia a dobroczynność i opieka*, wyd. UMCS, Lublin 2002.
- [3] Bręborowicz G. (red.), *Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek*, PZWM, Warszawa 2002, 102–103.

adres do korespondencji

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

PIELĘGNIARSTWO – ZAWÓD DEFICYTOWY?

NURSING – PROFESSION SHORTAGE?

Patrycja Zając¹, Rafał Szpakowski²

¹ Doktorant WNoZ, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Absolwent studiów stacjonarnych II stopnia, Zdrowie Publiczne, WNoZ, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Przystąpienie Polski do krajów Unii Europejskiej przyczyniło się do zmiany eskalacji procesów migracyjnych wśród pracowników medycznych. Jej skala, charakter oraz skutki dla rynku ochrony zdrowia stały się przedmiotem debat na międzynarodowych audytoriach. Kluczowym problemem w systemie ochrony zdrowia w Polsce i na świecie jest postępujące starzenie się personelu oraz brak zastępowalności nowo wykwalifikowaną kadrą tych, którzy odejdą na emeryturę. Powiększająca się z roku na rok frakcja osób starszych powinna przyczyniać się do kształtowania polityki kadrowej sektora zdrowotnego. Rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa powinny iść w parze z planowaniem oraz prognozowaniem popytu na pracę przez profesjonalistów medycznych. Zmiany demograficzne oraz starzenie się społeczeństwa przyczyniają się do systematycznego wzrostu osób wymagających podstawowej, specjalistycznej opieki zdrowotnej, jak i długookresowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Zwiększająca się średnia wieku populacji bezpośrednio wpłynie na funkcjonowanie rynku, w tym usług medycznych na całym świecie.

Słowa kluczowe: kadra pielęgniarska, emigracja i imigracja, starzenie się.

Abstract

Polish accession to the European Union contributed to the escalation of changes of migration processes among health care workers. Its scale, nature and impact of the health care market have been the subject of debate in the international auditoriums. However, one of the key problems in the healthcare system in Poland and the world is the progressive aging of the personnel and the lack of substitutability newly qualified staff those who will retire. Thus, increasing from year to year the fraction of the elderly should contribute to the development of personnel policies in the health sector, where from the point of view of the relevant security protection enabled them growing health needs of the society should go hand in hand with planning and forecasting the demand for labor by medical professionals. In contrast, demographic changes in the population which society increasingly aging contributes to a systematic increase in people requiring primary, health care and long-term care services and care. Hence the increasing average age of the population will directly affect the functioning of the market including medical services around the world.

Keywords: nursing staff, emigration and immigration, aging.

Wstęp

Przystąpienie Polski do krajów Unii Europejskiej otworzyło niewątpliwie nowe możliwości przed personelem medycznym, którego kwalifikacje i umiejętności, na tle niekorzystnych procesów demograficznych populacji [1], stały się szczególnie *cenione* i *pożądane* [2]. Tym bardziej, że starzenie się personelu medycznego na rynku medycznym Europy stale wzrasta [3], zatem niedobory kadrowe są jednym z głównych czynników determinujących przyszłą politykę zdrowotną, zarówno w Polsce jak i w całej Europie [4].

Starzenie się populacji vs starzenie się kompetencji

Jednym z fundamentalnych problemów dzisiejszych czasów jest starzenie się społeczeństw, w których dochodzi do systematycznego zwiększania liczby ludzi starszych (60–65 lat i więcej) w stosunku do ogółu populacji [5]. Dynamika nie-

korzystnych procesów demograficznych postępuje bardzo szybko, obrazują to między innymi prognozy opracowane przez Europejski Urząd Statystyczny (Eurostat) [1] w 2008 roku, wg których wzrost odsetka udziału osób w wieku powyżej 65 lat i więcej wzrośnie prawie dwukrotnie na przestrzeni blisko 50 lat z 84,6 mln w 2008 roku do 151,5 mln w 2060 roku we wszystkich krajach europejskich [1]. W Polsce, która jest krajem z relatywnie młodym społeczeństwem [6] (na tle państw Unii Europejskiej) zauważalna jest stała tendencja rosnąca wieku średniego z 32,4 lat (1988) do 38,0 lat (2010) [7]. Niemniej jednak, niepokojące dla naszego państwa są długoletnie prognozy rozwoju demograficznego Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [7], które wskazują, iż w roku 2035 mediana wieku populacji polskiej sięgnie 47,9 lat. I będzie jedną z najwyższych w Europie. Niezaprzeczalnie starzenie się populacji jest jednym z głównych czynników determinują-

cych przyszłą politykę zdrowotną zarówno w Polsce, jak i całej Europie [4].

Systematycznie rosnący udział osób starszych znacząco zmieni strukturę chorób (współwystępowanie przewlekłych schorzeń, chorób zależnych od wieku – otępienie w przebiegu choroby Alzheimera, udary i stany poudarowe, niewydolność serca, choroba zwyrodnieniowa stawów, upadki i następne złamania kości [8], dysfunkcje narządów zmysłów [9]). Tym samym zwiększy się konsumpcja usług zdrowotnych, pielęgnacyjnych oraz opiekuńczych [10]. Starzenie się populacji jest również przyczyną znaczących zmian, które aktywować będą kaskadę przekształceń w systemie ochrony zdrowia [11] – który zorientowany będzie na osoby żyjące dłużej ale z ograniczoną samodzielnością lub całkowicie niesamodzielne wymagające opieki długoterminowej [11]. Opieki długoterminowej, będącej obszarem strategicznym dla rynku ochrony zdrowia, która generować będzie prawdopodobnie zwiększone zapotrzebowanie na pracowników medycznych [9]. Ze względu, między innymi, na zmniejszenie potencjału opiekuńczego rodziny (niska stopa urodzeń, gospodarstwa jednoosobowe, migracja rodziny), nastąpi niedostatek opiekunów niemedyceńskich, a opieka nad osobami starszymi będzie zastępowana przez instytucje [3].

Zatem opieka zdrowotna stoi przed wielkim wyzwaniem, aby przygotować system do zadań, jakie stawia przed nim starzejące się społeczeństwo, by właściwie nakierować politykę zdrowotną w stosunku do wielokrotnionych potrzeb osób starszych (szczególnie na opiekę leczniczo-pielęgnacyjną oraz leczniczo-rehabilitacyjną) [9]. Ponieważ, jak można stwierdzić na podstawie danych GUS [12], intensyfikacja stanów przewlekłych nasila się wraz z wiekiem. Aby móc zaspokoić potrzeby starzejącej się populacji i zapewnić wysokiej jakości świadczenia medyczne, dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia powinien dysponować wystarczającą liczbą wykwalifikowanej kadry z odpowiednimi umiejętnościami, a tej w Europie brakuje [13]. Niezwykle niepokojące są szacunki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), które wskazują, iż w skali globalnej występuje pogłębiający się z roku na rok deficyt pracowników ochrony zdrowia. W roku 2006 WHO oceniło deficyt personalny światowego sektora ochrony zdrowia na 4,3 mln pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników. W roku 2013 szacunki oscylowały wokół 7,2 mln. Prognoza na rok 2035 zakłada deficyt na poziomie 12,9 mln [14]. Wśród czynników, które rzutują na braki siły roboczej (pielęgniarek) na pewno trzeba wymienić niewłaściwe planowanie obsad, niewystarczające środki na kształcenie, szkolenia oraz promocję zawodu [15]. Dodatkowo należy wyszczególnić proces starzenia się, który uderza w zasoby pielęgniarek w całej Europie [3]. Średni wiek pielęgniarki w państwach europej-

skich systematycznie rośnie oscylując w przedziale 41–45 lat [16]. Średnia wieku polskiej pielęgniarki na koniec roku 2008 wynosiła 44 lata, natomiast na koniec 2013 wynosiła już 48 lat [17]. Ponieważ zbliża się ona do wieku emerytalnego, istotnym jest kształcenie nowo wykwalifikowanej kadry, aby ta mogła zastąpić tych, którzy odejdą na emeryturę [3]. Fakt ten ma przełomowe znaczenie, zwłaszcza dla ochrony zdrowia w Polsce, w której braku personelu pielęgniarskiego w roku 2020 szacowane są przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) na 60 860 pielęgniarek [15].

Z jednej strony znacząco rośnie popyt na usługi zdrowotne [11], z drugiej zaś występuje brak zastępowalności pokoleń do obsadzenia stanowisk pracy przez nowo wykwalifikowaną kadrę [15]. Z tego względu, polityka krajów borykających się z deficytem personelu medycznego ukierunkowana jest na zatrudnianie obcokrajowców [11]. Priorytetowym działaniem wydaje się być inicjowanie mechanizmów przyciągających wykwalifikowane pielęgniarki. Zaś liberalizacja przepływu osób, swobodne podejmowanie zatrudnienia, związane z ułatwieniami instytucjonalnymi po przystąpieniu do Unii Europejskiej, niewątpliwie mogą mieć bardzo duży wpływ na postawy migracyjne. Stąd uzasadnionym działaniem wydaje się poznanie tendencji wśród studentów pielęgniarstwa, jak i już pracujących pielęgniarek w związku z zamiarem poszukiwania zatrudnienia za granicą, w celu zabezpieczenia perspektywicznych potrzeb na wykwalifikowany personel pielęgniarstwa.

Czynniki przyciągające pielęgniarki do pracy za granicą

Okres przystąpienia Polski do krajów Unii Europejskiej związany był z wieloma oczekiwaniami, zarówno poprawy sytuacji gospodarczej, jak i warunków życia [18]. Obecnie bez wahania można stwierdzić, iż tendencje zmian jakie nastąpiły w kraju miały charakter pozytywny. Znalazły one potwierdzenie chociażby w widocznej progresji wynagrodzeń w pierwszych latach po akcesji (przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w latach 2004–2007 zwiększyło się z 2289,57 do 2691,03 zł) [19]. Istotnie zwiększyła się również dostępność pielęgniarek dysponujących wyższym wykształceniem, będącym następstwem transformacji kształcenia w zawodach pielęgniarek i położnych, co wynikało z przyjęcia zobowiązań dostosowania polskich regulacji prawnych do dyrektyw Rady Europy.

Należy jednak zaznaczyć, że pomimo systematycznego wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia, na przestrzeni ostatnich kilku lat [20] to niezmiennie kluczową kwestią w polityce finansowej w tym sektorze pozostaje konflikt na tle poziomu i dysproporcji płac [20]; wynagrodzenia w odczu-

ciu środowiska medycznego są nieadekwatnie niskie oraz niewspółmierne do rodzaju wykonywanej pracy oraz ponoszonej odpowiedzialności. Wynagrodzenia te kształtują się na poziomie poniżej przeciętnego uposażenia brutto w gospodarce (**Tabela 1**) [21]. Nie dziwi więc fakt, iż regułą stały się liczne akcje protestacyjne, będące rezultatem utrzymującej się deprecjacji płac [22], która wpływa na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy, z czym bezpośrednio koreluje motywacyjna funkcja wynagrodzeń [23]. W związku z tym, patrząc na zjawisko migracji pielęgniarek przez pryzmat czynników wypychających i przyciągających, można zaryzykować preasumpcję, iż różnica w poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego (wpływająca na rozwarstwienie dochodów oraz warunki pracy) jest czynnikiem napędzającym mobilność w poszczególnych krajach, gdzie poziom oczekiwanego wynagrodzenia odgrywa znaczącą rolę w procesie decyzyjnym pracownika, który w sposób naturalny dąży do zaspokajania potrzeb osobistych. To sprawia, że ruchy migracyjne pielęgniarek kształtowane są głównie przez motywy ekonomiczne, w których decydującą rolę odgrywa różnica w poziomie stawek płac między krajami. I choć pieniądze nie są jedyną determinantą wpływającą na motywację [24], trudno oczekiwać pracy za wynagrodzenie niezaspokajające zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych.

W kontekście czynników wypychających warto zwrócić uwagę na równie istotny czynnik wpływający na poczucie satysfakcji zawodowej pielęgniarek, a mianowicie na nieprawidłowe warunki pracy, które z punktu widzenia pracownika, wpisując się w dodatkowe obciążenie zawodowe, przekładają się na jakość oraz wydajność opieki sprawowanej nad pacjentem [25]. Należałoby w tym miejscu wyszczególnić choćby niedobory kadrowe, nieodpowiednie warunki lokalowe czy też brak podstawowej aparatury [25]. Prowadzenie procesu leczniczego w warunkach „permanentnego niedoinwestowania” [26] obarczone jest wyższym ryzykiem wystąpienia zdarzenia niepożądanego.

Niedobory przyszłej kadry pielęgniarskiej

Niewątpliwie kryzys w obsadzie pielęgniarek (migracja, brak nowych adeptów, starzenie się kadry) ini-

cjuje zmiany w polityce rynku pracy, która zorientowana będzie na optymalne eksploataowanie potencjału starszych pracowników (m.in. zwiększenie oraz zrównanie wieku emerytalnego), by móc utrzymać równowagę w zatrudnieniu przy braku zastępowalności kadr. Stąd uzasadnionym działaniem wydaje się być dalsza aktywizacja zawodowa [27] pielęgniarek zbliżających się do wieku emerytalnego. Jednocześnie należy mieć na uwadze fakt, iż wraz z wiekiem zdolności człowieka do wykonywanej pracy ulegają zmianie (obniżenie wydolności i sprawności psychofizycznej, np. spostrzegawczości, szybkości reakcji, sprawności narządów zmysłów, zwiększa się częstość występowania chorób układu krążenia, oddechowego i mięśniowo-szkieletowego [28]), natomiast wymagania jakie stawia zawód pielęgniarki pozostają stałe, bez względu na wiek. Ujawnia się przy tym pewna antynomia między zaspokajaniem potrzeb rynku pracy a brakiem regulacji zapewniających dostosowanie stanowiska pracy na rzecz zmieniających się możliwości starszego pracownika (modyfikacji rytmu, zadań czy czasu pracy starszych pielęgniarek). Skłania to zatem do przemyśleń nad wdrożeniem kompleksowych oraz zindywidualizowanych działań zmniejszających rzeczywiste obciążenie pracą osób starszych, bowiem umiejętne zarządzanie kapitałem ludzi starszych wydaje się być tu strategicznym czynnikiem, warunkującym sprawne funkcjonowanie rynku ochrony zdrowia (powinien być fundamentalną częścią nie tylko systemów zarządzania wiekiem, ale i systemów bezpieczeństwa oraz higieny pracy). Jest to zadanie szczególnie ważne z punktu widzenia rozwiązań systemowych, uwzględniających prognozowane niedobory personelu pielęgniarskiego, będących konsekwencją przechodzenia na emeryturę kapitału, który nie jest równoważony napływem nowych osób do systemu [15].

Z drugiej jednak strony, rozważając przyznane limity przyjęć przez Ministra Zdrowia (MZ) na studia pielęgniarskie, wydaje się że nic nie wskazuje na to, aby pielęgniarek odchodzących na emeryturę nie miał kto zastąpić. Wręcz przeciwnie, wskazują one na stabilizację, a nawet zaspokojenie perspektywicznych potrzeb społeczeństwa na kadrę pielęgniarską [29] (przy pełnym wykorzystaniu limitów przyjęć na studia oraz ukończeniu ich przez

Tabela 1. Struktura przeciętnych wynagrodzeń brutto pielęgniarek na tle przeciętnego wynagrodzenia brutto ogółu społeczeństwa polskiego w latach 2006, 2008, 2010, 2012

Rok	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto ogółem (zł)	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto grupy pielęgniarek (zł)
2006	2654,13	2242,46
2008	3232,07	2900,77
2010	3543,50	3186,44
2012	3895,72	3276,61

Źródło: Opracowane na podstawie struktury wynagrodzeń GUS z lat 2006, 2008, 2010, 2012 [21]

Tabela 2. Liczba studentów studiów stacjonarnych I^o na kierunku pielęgniarstwo na WUM oraz liczba absolwentów w latach 2000–2011

Rok akademicki	Liczba studentów pielęgniarstwa studiów stacjonarnych I ^o	Rok zakończenia nauki	Liczba absolwentów studiów stacjonarnych I ^o
2000/2001	55	2003	35
2001/2002	198	2004	112
2002/2003	251	2005	176
2003/2004	362	2006	291
2004/2005	384	2007	239
2005/2006	400	2008	262
2006/2007	480	2009	292
2007/2008	477	2010	272
2008/2009	388	2011	229

Źródło: Opracowane na podstawie danych niepublikowanych WUM

wszystkich studentów MZ przewiduje wykształcenie 60% więcej osób niż odchodzi na emeryturę [15, 29]). Należy zatem zadać sobie pytanie, czy prognozowany deficyt personelu pielęgniarstwa budzi uzasadniony niepokój, a przewidywana liczba absolwentów nie wywołuje fałszywego poczucia bezpieczeństwa. W tym celu uzasadnioną eksplikacją wydaje się skonfrontowanie liczby osób rozpoczynających studia z liczbą absolwentów, gdyż samo wypełnienie limitów przyjęć nie prowadzi do sukcesu w postaci wzrostu kapitału intelektualnego, a liczba studentów rozpoczynających naukę nie zawsze koresponduje z liczbą absolwentów. Dostrzegalne jest to zwłaszcza na przestrzeni ostatnich lat na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, gdzie liczba absolwentów (należy także pamiętać o osobach, które są na urlopach dziekańskich/zdrowotnych, lub obronę pracy przełożyli na rok następny) studiów stacjonarnych pierwszego stopnia (dane niepublikowane) stanowiła jedynie ok. 58–65% studentów (**Tabela 2**). Z pewnością przyczyn tej niewspółmierności możemy doszukiwać się w rezygnacji z dalszego kształcenia, zwłaszcza wśród studentów, którzy kierunek pielęgniarstwo wybrali przypadkowo lub nie dostali się na wymarzone studia. Pierwsza konfrontacja z zawodem w warunkach naturalnych pozwala na weryfikację niekiedy nierealnych wyobrażeń o pracy pielęgniarki, pociągając za sobą rozczarowania, a w konsekwencji zniechęcając do zawodu. Nie należy zapominać również o demobilizacji przyszłej kadry generowanej zapewne małym prestiżem społecznym zawodu [30], utrudnionym poszerzaniem kompetencji (według danych niepublikowanych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych – CKPPIP, w roku 2010 specjalizację ukończyło 2960 pielęgniarek, z czego tylko 2,9% stanowiły osoby mające 30 lat i mniej), nie mówiąc o niskim zapleczu materialnym wynagrodzeń [31], na poziomie niegwarantującym stabilności finansowej. Podkreślić należy także, iż zawód ten uznawany jest za szczególnie wymagający

emocjonalnie [32], związany jest również z szerokim zakresem odpowiedzialności zawodowej [31], będącej główną przyczyną stresu. Brak poprawy aktualnej sytuacji zawodowej pielęgniarek rzutować może na dalsze zmniejszanie się liczby absolwentów, jak i kandydatów na studia pielęgniarstwa.

Podsumowanie

Reasumując można powiedzieć, że umiejętne zarządzanie, zwłaszcza na poziomie polityki personalnej w ochronie zdrowia, wydaje się być tu strategicznym czynnikiem warunkującym jego sprawne funkcjonowanie. Jest to zadanie szczególnie ważne z punktu widzenia prognozowanego deficytu potencjału zawodowego, w którym to niedobory personelu pielęgniarstwa, będące konsekwencją przechodzenia na emeryturę kapitału, nie są równoważone napływem nowych osób do systemu. Dlatego nadzieją jest remedium niosące ze sobą rozwój pielęgniarstwa będącego konsensusem pomiędzy oczekiwaniami (zarówno finansowymi jak i warunków pracy) a rzeczywistą kondycją polskiego pielęgniarstwa na rynku medycznym, które bez wątpienia zaprocentuje intensyfikacją zainteresowania kierunkiem, którego ukończenie pozwoli na dalszy rozwój zawodowych ambicji, a gratyfikacja finansowa będzie silnym czynnikiem motywującym do pozostania w kraju.

Piśmiennictwo

- [1] Giannakouris K. Population and social conditions. Eurostat. 2008;72. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF (28.03.2012)
- [2] Makulec A. Konsekwencje migracji wysoko wykwalifikowanego kapitału ludzkiego dla krajów wysyłających i migrantów na przykładzie personelu medycznego. Ośrodek Badań Nad Migracjami. CMR Working Paper. 2013;61(119).
- [3] Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie. Komisja Wspólnot Europejskich. KOM(2008) 725. Bruksela 2008. [Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 1 \(38\) 2014](http://eur-

</div>
<div data-bbox=)

- lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:PL:PDF (12.03.2012).
- [4] Zdziebło K. Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. *Studia Medyczne*. 2008;9:63–69.
- [5] Kurowska H. Społeczno-gospodarcze uwarunkowania i konsekwencje wydłużania życia ludzkiego w Europie Środkowej w czasach nowożytnych. Zielonogórskie spotkanie z Demografią. Zielona Góra. 2010. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/POZ_folder_konf_prezentacja.pdf (12.12.2012).
- [6] Szafranec K. Młodzi 2011. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. 2011. http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/pliki/mlodzi_2011_printerfriendly.pdf (26.09.2012).
- [7] Prognoza ludności na lata 2008–2035. GUS. 2009. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf (13.03.2012).
- [8] Hryniewicz J. O sytuacji ludzi starszych. Rządowa Rada Ludnościowa. 2012. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_POZ_O_sytuacji_ludzi_starszych_2012.pdf (13.02.2013).
- [9] Barcikowska M, Członkowska A, Derejczyk J. Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. *Raport. Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2006;15(3):203–2011.
- [10] Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K. Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy. *Geriatrics*. 2009;3:12–16.
- [11] Golinowska S. Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania. *Polityka Społeczna*. 2008;7:1–5.
- [12] Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. GUS. 2011. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf (15.06.2012).
- [13] Ryś A. Opieka zdrowotna – perspektywa nowych miejsc pracy. *Biuletyn Zdrowie – UE*. 2012;99. http://ec.europa.eu/health-eu/newsletter/99/newsletter_pl.htm (13.03.2013).
- [14] WHO. A Universal Truth: No Health Without a Workforce. 2014. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/> (01.07.2014).
- [15] Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020. NIPIP. 2010. <http://www.izbapiel.org.pl/upload/Wstepna.ocena.zasobow.kadrowych.pdf> (26.11.2012).
- [16] Fact Sheet. An Ageing Nursing Workforce. International Centre for Human Resources in Nursing. ICN. 2007. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/2a_FS-Ageing_Workforce.pdf (01.12.2012).
- [17] NIPIP. Analizy i raporty statystyczne: Wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych. 2014. <http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/2730-statystyki-sanieublagane-z-roku-na-rok-mimo-ze-rosnie-liczbazarejestrowanych-pielegniarek-i-polozonych-chetnych-do-ksztalcenia-sie-w-tych-zawodach-wciazybywa-dowodem-jest-wzrost-sredniej-wieku-osobywykonujacych-te-zawody-2> (01.08.2014).
- [18] Raport. Społeczno-gospodarcze efekty członkostwa Polski w Unii Europejskiej. Główne wnioski w związku z siódmą rocznicą przystąpienia Polski do UE. http://polskawue.gov.pl/files/2011/Ocena_7lat28.04.2011.pdf (24.11.2012).
- [19] Adamczyk P. Tendencje w poziomie i zróżnicowaniu wynagrodzeń w Polsce po przystąpieniu do Unii Europejskiej. Katedra Ekonomii i Polityki Gospodarczej SGGW. http://www.wne.sggw.pl/czasopisma/pdf/EIOGZ_2008_nr72_s17.pdf (12.12.2012).
- [20] Klimiek D. Kontraktowa forma świadczenia pracy w ochronie zdrowia – szansa czy zagrożenie?. *Polityka Społeczna*. 2010;7:10–15.
- [21] Struktura wynagrodzeń według zawodów (2012, 2010, 2008, 2006). GUS. 22.07.2014.
- [22] Czajka Z. Zarządzanie wynagrodzeniami w publicznej służbie zdrowia. *Polityka Społeczna*. 2008;7:14–18.
- [23] Stachowska S. Motywacyjna funkcja wynagrodzeń. *Benefit*. 2012. <http://miesiecznik-benefit.pl/index.php?wiad=149> (25.11.2012).
- [24] Wasiluk T. Wynagrodzenia za pracę: ich rola w systemie motywacji pracowników. <http://www.wasiluktomasz.republika.pl/wynagrodzenia.pdf> (13.06.2012)
- [25] Sowińska K, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Prob Piel*. 2012;20(3):361–368.
- [26] Cytat [w:] Książek J., Szveczyk G. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek a bezpieczeństwo chorych. *GUM*. <http://seminarium.21.edu.pl/ks/8edu2/2.3.7.%20KSI%5%AFEK%20Janina.pdf> (07.12.2012).
- [27] Błędowski P, Szuwarzyński A. Aktywizacja zawodowa osób w wieku 50+ – szanse i zagrożenia, PBS DGA Sp. z o.o. i Human Capital Business Sp. z o.o, 2009. http://www.pbsdga.pl/repository/files/Wyniki_2010/50plus_desk_research_2009.pdf (12.01.2013).
- [28] Janosik E, Olesiak K. Dostosowywanie warunków pracy do możliwości psychofizycznych starszych pracowników. *Journal of Ecology and Health*. 2011;15(4):192–198.
- [29] Sopliński A. Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 6457 w sprawie sytuacji pielęgniarek i położnych w Polsce. 2012. <http://sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=41156518> (15.09.2012).
- [30] CKPPIP. Pozycja społeczna pielęgniarek, położnych w opinii pacjentów. 2011. http://www.ckppip.edu.pl/doki/analiza_pozycja_spoleczna_pielegniarek.pdf (02.02.2013).
- [31] Tartas M, Derewicz G, Walkiewicz M. Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej. *Ann Acad Med Gedan*. 2009;39:145–153.
- [32] Cieślak I. Analiza kapitałowa wynagrodzeń lekarzy. Katedra Rachunkowości Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego. Warszawa.

SZKOŁA JAKO ŚRODOWISKO WSPIERAJĄCE KSZTAŁTOWANIE PROZDROWOTNYCH POSTAW – KONTEKST PEDAGOGICZNO-ZDROWOTNY

THE SCHOOL AS AN ENVIRONMENT SUPPORTING THE DEVELOPMENT OF HEALTH-PROMOTING ATTITUDES – PEDAGOGICAL-MEDICAL CONTEXT

Doroła Lizak

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Promocji Zdrowia,
Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Streszczenie

Rodzina i szkoła to środowiska, które odgrywają kluczową rolę dla rozwoju i funkcjonowania człowieka. Socjalizacja pierwotna i edukacja nieformalna mogą stanowić i/lub stanowią wstęp do socjalizacji wtórnej i edukacji formalnej, dlatego też zwraca się szczególną uwagę na współpracę tych dwóch siedlisk. Artykuł nawiązuje do zadań i roli szkoły, jakie powinny być przez nią realizowane i jaką odgrywa w kształtowaniu prozdrowotnych postaw uczniów. Podkreśla również znaczenie szkoły jako instytucji, na której spoczywa największy ciężar, a zarazem odpowiedzialność za efekty edukacji zdrowotnej. Każda poprawnie zaplanowana edukacja nie może być pozbawiona ewaluacji, dzięki której uzyskuje się informację zwrotną na temat jakości zrealizowanej edukacji. Bez wątplenia edukacja zdrowotna, prowadzona w szkole, może być wstępem do budowania świadomości zdrowotnej młodych ludzi, a zarazem całego społeczeństwa, gdyż to siedlisko z różnych względów sprzyja realizowaniu działań edukacyjnych. Zmniejszenie kontroli rodziców i osób znaczących dla dziecka jest pewnego rodzaju pułapką na zagrożenia współczesnego świata, gdyż umiejętność dokonywania racjonalnych wyborów kształtuje się wraz z wiekiem, zatem w okresie dzieciństwa nie jest jeszcze wystarczająco utrwalona. W związku z powyższym, zarówno rodzina jak i szkoła powinny być siedliskami wspierającymi umacnianie zdrowia i realizowanie procesu edukacyjnego, bowiem tylko spójność i współpraca ww. środowisk może dziecko utwierdzić w przekonaniu co do słuszności podejmowanych działań prozdrowotnych. Wszelkie sprzeczności będą budziły niepokój i wątpliwości, co może stanowić zagrożenie i być punktem wyjścia do zachowań inicjacyjnych.

Słowa kluczowe: szkoła, postawa, edukacja zdrowotna, socjalizacja zdrowotna.

69

Abstract

Family and school are the environments that play a key role in the development and functioning of the human being. The primary socialization and informal education can provide or provide access to the secondary socialization and formal education, so it is very important to pay particular attention to the cooperation of these two habitats. The article refers to the tasks and role of the school, which should be implemented by it. Moreover it shows the role they play in shaping of the health-promoting attitudes of students. It also underlines the importance of the school as the institution, which bears the greatest burden and also responsibility for the effects of health education. Each properly planned education cannot be deprived of the evaluation, which allows to obtain the feedback on the quality of realized education. Undoubtedly, health education carried out in the school may be a prelude to building a health awareness young man and at the same time the whole society, as a habitat with a variety of reasons, favors the implementation of educational activities. Reduction of the control of parents and significant people for the child is a kind of trap for the threats of the modern world, because the ability of making rational choices strengthens with age, therefore in childhood is not yet shaped. Therefore, both the family and the school should be the environments that promote the strengthening of health and implementation of the educational process, because only the aforementioned consistency and cooperation of those environments, can confirm a child in the conviction of the rightness to undertaken health-promoting actions. Any conflicts will arouse anxiety and doubts, which may cause a threat and be the starting point for the initiation behaviors.

Keywords: school, attitude, health education, socialization of health.

Wstęp

Proces uczenia się, realizowany w szkole, stanowi podstawę i zarazem jeden z celów funkcjonowania tej placówki oświatowej. W myśl koncepcji podejmowania edukacji zdrowotnej m.in. w ramach tzw. ścieżek edukacyjnych, obecnie nauczania zintegrowanego i uzyskiwanych z niej pierwszych informacji zwrotnych wynika, że szkoła nie tylko przygotowuje młodego człowieka do życia w społeczeństwie ucząc podstaw komunikacji werbal-

nej, pisania, liczenia czy współżycia społecznego, począwszy od grupy rówieśniczej poprzez klasę szkolną, ale, co szczególnie ważne, proces ten wzbogacony o zagadnienia z zakresu zdrowia stanowi istotny element polityki zdrowotnej państwa. Nie bez powodu działania prozdrowotne skierowane do najmłodszej grupy społeczeństwa, ukierunkowane na kształtowanie prozdrowotnych postaw i zachowań pozytywnych, tj. prozdrowotnych, mogą w perspektywie przynieść wymierne

korzyści dla dojrzewającego społeczeństwa. Efektywność tych działań może być trudna do oceny w krótkiej perspektywie czasu, ale stan zdrowia przyszłego społeczeństwa może w dużej mierze zależeć od skuteczności działań edukacyjnych, oprócz stylu życia jednostki czy funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Zdrowie to nie tylko element życia, ale jego główna determinanta, bowiem tylko dzięki zdrowiu można realizować założone cele i spełniać wymagania stawiane przez życie. Pomimo, iż zdrowie jest wartością niematerialną, służy ono m.in. zdobywaniu wszystkich innych wartości, w tym materialnych, a kluczową rolę odgrywają osoby, w których zawód wpisane jest prowadzenie działań edukacyjnych.

Kropińska zwraca uwagę na fakt, iż edukacja zdrowotna towarzyszy człowiekowi na każdym etapie życia. Proces ten ewoluuje wraz ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi i edukacyjnymi odbiorcy. Wychowanie zdrowotne nie pozostaje w izolacji, ale jest częścią wychowania ogólnego, wyznaczającego cele życiowe i sposoby ich osiągnięcia (...). Miejszem realizacji tak rozumianego wychowania zdrowotnego jest przede wszystkim rodzina i szkolnictwo wszystkich szczebli [1].

Woynarowska podkreśla, że we wstępie do podstawy programowej z 2008 r. zapisano po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, że: „ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”. Zrezygnowano ze ścieżek edukacyjnych, w tym „edukacji prozdrowotnej”, ale wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono w wielu przedmiotach. Jest to w rzeczywistości ścieżka międzyprzedmiotowa (choć nie użyto takiej nazwy). Liczba i zakres wymagań dotyczących edukacji zdrowotnej jest większy niż w poprzedniej podstawie programowej. Nowym rozwiązaniem jest powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej w sprawie nowej podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego z dnia 23 grudnia 2008 r., od 1 września 2009 r. edukacja zdrowotna jest realizowana w szkołach na wielu przedmiotach, ale nie w postaci ścieżki międzyprzedmiotowej [2, 3].

Socjalizacja a edukacja zdrowotna i profilaktyka

Szczególną rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych odgrywają wychowanie i socjalizacja. Pewne zachowania zdrowotne są wyuczone poprzez naśladownictwo oraz interakcje społeczne w rodzinie, grupie rówieśniczej lub poprzez działania wychowawcze szkoły, wpływ środków masowego przekazu są one stale interpretowa-

ne i testowane w różnych sytuacjach społecznych [4]. Człowiek, podlegając procesowi socjalizacji, wypracowuje pewne wzorce zachowań, przy współdziałaniu osób, które zarówno w sposób bezpośredni jak i pośredni w ten proces są wpisane. Mając na uwadze przede wszystkim etap socjalizacji pierwotnej stwierdza się, że szczególnie istotnymi kreatorami postaw są rodzice, a także nauczyciele. Proces ten, który ma niezwykle ważne znaczenie w życiu człowieka, a może mieć kluczowe dla jego późniejszego stanu zdrowia, określono nawet mianem socjalizacji zdrowotnej.

Jutras i wsp. zaznaczają, że socjalizacja zdrowotna jest częścią ogólnego procesu socjalizacji i składają się na nią trzy podstawowe elementy, tj. kontekst codziennego życia, aktywne uczestnictwo oraz dwustronne interakcje [5]. Nie jest to bez znaczenia dla wchodzenia przez młodziego człowieka w etap socjalizacji wtórnej, na którym silne ugruntowane „fundamenty zdrowotne” mają szansę pozostać nienaruszone poprzez szereg niekorzystnych oddziaływań środowiskowych. Jest to szczególnie ważne w przypadku utrwalania niektórych zachowań, głównie negatywnych, które winny być odpowiednio wcześniej korygowane i eliminowane, ponieważ zbyt często powielane mogą nabrać charakteru nawyku, a w konsekwencji nałogu czy uzależnienia. Do tego właśnie potrzebne są głęboko zakorzenione postawy psychospołeczne, które pozwolą ograniczyć bądź wyeliminować negatywne wpływy.

Zmiana zachowań staje się wraz z wiekiem zadaniem coraz trudniejszym, a w związku z tym, zmniejsza się szansa na powodzenie działania, zatem czynnik czasowy odgrywa tutaj dość ważną rolę. Zdaniem Lewickiego, zachowania prozdrowotne człowieka są zawsze związane z jego wysokim poziomem świadomości własnego ciała i zdrowia (...), natomiast zachowania antyzdrowotne są najczęściej wynikiem niskiego poziomu tej dyspozycji [6]. Akved i wsp. podkreślają, że w kształtowaniu u uczniów zachowań sprzyjających zdrowiu tak samo ważna jest edukacja zdrowotna, jak „sytuacje zdrowotne” w szkole – szkoła nie różni się pod tym względem od innych instytucji, takich jak np. zakład pracy. Jedyną różnicą polega na tym, że relacje pomiędzy ludźmi w szkole dokonują się „na płaszczyźnie pedagogicznej”, co stawia przed szkołą większą odpowiedzialność [7].

Socjalizacja może również stanowić punkt wyjścia do profilaktyki. O ile sama edukacja zdrowotna nie powinna być utożsamiana z profilaktyką, to stanowi ona jeden z jej istotnych elementów. Na skutek działań edukacyjnych następuje przyrost wiedzy, a człowiek wyedukowany to człowiek świadomy, w związku z czym na zasadzie procesu decyzyjnego wybiera taką, a nie inną drogę. Świadomość ta określana mianem zdrowotnej, umożli-

liwia dokonywanie racjonalnych i/lub nieracjonalnych wyborów, których podstawę stanowi pewne kwantum wiedzy, zaś drugą część indywidualność i behawioralność człowieka oraz podatność na wpływy otoczenia.

Zmiana zachowań zdrowotnych, zwłaszcza zaś angażowanie się w zachowania określone jako ryzykowne, następuje wraz ze zmniejszaniem się kontroli rodziców i wzrostem wpływu rówieśników. Jednakże, jak wynika z badań, również i w późniejszym wieku, wpływ rodziców na postawy i zachowania zdrowotne jest decydujący, zwłaszcza poprzez przekazany system wartości [8, 9]. Rodzina jest tym siedliskiem, w którym wiele działań i procesów zostaje zainicjowanych. W licznych publikacjach naukowych czy literaturze przedmiotu podkreśla się związek szkoły z rodziną, jako środowisk wzajemnie się wspierających w podejmowaniu działań edukacyjno-wychowawczych. Istnieją jednak sytuacje, w których z różnych przyczyn m.in. sytuacji materialnej rodziny, dysfunkcji rodziny czy problemów natury społecznej, proces edukacyjny będzie realizowany raczej jednostronnie, tj. przy udziale przede wszystkim szkoły. Brak siły wspierającej ze strony rodziny może ten proces osłabić, ale nie uniemożliwić. Nie można z góry założyć, że jest on skazany na niepowodzenie, ponieważ nie jest kontynuowany w domu. Jest to pewnego rodzaju utrudnienie, a zarazem wyzwanie dla osoby edukującej oraz niejako „wyjście poza mury szkoły”, ponieważ indywidualizacja edukacji zdrowotnej powinna stanowić jeden z jej elementów uwzględnianych po diagnozie potrzeb uczestników, podobnie jak sytuacja społeczno-socjalna. W myśl twierdzenia, iż każdy człowiek jest indywidualnością, tym razem postawa edukującego – edukatora zdrowia umożliwi spojrzenie na pewne problemy czy potrzeby edukacyjne z nieco innej perspektywy. Drugą stroną medalu jest podejście, iż nie można obarczać odpowiedzialnością za efekty edukacji zdrowotnej wyłącznie edukującego, bo to, czy treści edukacji trafią na podany grunt i zostaną wcielone w życie będzie zależne od edukowanego i siły jego postawy. Nie chodzi tutaj o uwzględnienie możliwości poznawczych odbiorcy czy tempa przyswajania treści – czynników istotnych dla planowania i realizowania działań edukacyjnych. Ważne jest dostosowanie treści edukacji do problemu zdrowotnego, społecznego, psychologicznego ucznia czy rodziny, a w związku z tym edukację pośrednią członków rodziny, tj. przenoszenie poprzez dziecko treści edukacji zdrowotnej na grunt domowy. Zakładając bowiem, że nie wszyscy rodzice posiadają dostatecznie duży zasób wiedzy o zdrowiu i rozwoju człowieka, chociażby ze względu na brak wykształcenia medycznego czy pedagogicznego, albo uwzględnienie faktu, iż temat ten nie stanowi przedmiotu ich zainteresowań, istnieje przynajmniej szansa na

„zaszczepienie wiedzy o zdrowiu” w rodzicach czy opiekunach poprzez dziecko, na zasadzie przeniesienia wiedzy. Przyjmując zatem takie założenie, edukacja zdrowotna może zwiększać swój zasięg na drodze formalno-nieformalnej i nie można również wykluczyć, że przyniesie ona pozytywny skutek. Czasem właśnie na drodze nieformalnej, w kontekście prowadzonej edukacji, można uzyskać bardzo dobre efekty.

Nie bez powodu podkreśla się znaczenie i wpływ środowiska rodzinnego na funkcjonowanie dziecka w szkole. Rodziny nie można odizolować podczas prowadzenia działań edukacyjnych w siedliskach pozadomowych, np. przedszkolu czy szkole. Przeplatanie się tych siedlisk, szczególnie zaś rodziny i szkoły, rzutuje na kształtowanie pozytywnych wzorców zachowań u dzieci. Szkoła nie jest jednostką zawieszoną w próżni, która funkcjonuje tylko dla idei i sama dla siebie, ale miejscem, które ma człowieka przygotować do życia, przekazać pewną wiedzę i właśnie na drodze edukacji ukształtować postawy zwane kompetencjami społecznymi, a więc pewne wzorce zachowań. Szkoła jest kontynuacją procesu edukacyjno-wychowawczego zapoczątkowanego w domu. Do sukcesu w tym względzie konieczna jest współpraca pomiędzy poszczególnymi środowiskami życia człowieka i tutaj swoje zastosowanie znajduje podejście siedliskowe. Tylko współdziałanie szkoły z rodziną, zgodność co do celu podejmowanych działań, czyli dobra dziecka (ucznia) – podmiotu opieki oraz działań edukacyjno-wychowawczych, może przynieść pozytywne efekty, przy czym działania te powinny mieć charakter raczej wspierająco-uczący oraz korygujący (korekcyjny), aniżeli nakazująco-moralizujący. Badania wskazują na fakt, że im wyższe wykształcenie rodziców, tym większa świadomość zdrowotna, im wyższy poziom wiedzy o zdrowiu, tym więcej pozytywnych wzorców zdrowotnych utrwalanych czy przenoszonych na grunt rodziny. Zależność ta potwierdza tezę, iż wiedza lub jej przyrost mogą mieć wprost proporcjonalny wpływ na zdrowie. Czynniki warunkujące edukację zdrowotną w rodzinie, takie jak pozytywne wzorce zachowań, kompetencje rodziców do wychowania dziecka w zdrowiu i do zdrowia, sytuacja materialna rodziny czy zjawisko wykluczenia społecznego, składają się na tworzenie podstaw do działań edukacyjnych, kontynuowanych w pozostałych, pozadomowych siedliskach życia człowieka. Świadomość istnienia tych powiązań, a szczególnie korelacji pomiędzy wiedzą a zdrowiem, stanowi bardzo dobry punkt wyjścia do inicjowania działań edukacyjnych, w tym przypadku edukacji zdrowotnej.

Edukacja (zdrowotna)

– wstęp do świadomości zdrowotnej

Kształtowanie się postaw jest działaniem długofalowym i przebiega pod wpływem wielu osób

i czynników. Wpływ autorytetu nauczyciela jest w tym względzie niezwykle istotny, ponieważ zazwyczaj na etapie edukacji szkolnej nauczyciel (często ulubionego przez ucznia przedmiotu) staje się kluczową postacią (niejednokrotnie na równi z rodzicami), determinującą jego późniejsze zachowania czy przekonania co do określonych kwestii, w tym spraw dotyczących zdrowia.

Gil i Dziedziczko zauważają, że nauczyciele, pedagodzy, psycholodzy współpracujący z dziećmi i młodzieżą muszą mieć poczucie obowiązku kształtowania świadomości zdrowotnej dzieci i młodzieży. Zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, procesem utrzymywania dynamicznej równowagi w obrębie wymiaru fizycznego, psychicznego i społecznego oraz pomiędzy nimi [10].

Nauczyciele znajdują się w centrum szkolnej edukacji zdrowotnej, są bowiem edukatorami zdrowia, a dodatkowo tworzą określone wzorce zachowań dla uczniów i ich rodziców. Niestety wielu z nich, mając poczucie niedostatku wiedzy i umiejętności, a niejednokrotnie także przeciążenia obowiązkami, niechętnie widzi siebie w roli realizatora zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej. Skłania to często do „wyręczania się” lekarzami bądź innymi specjalistami wygłaszającymi okazjonalne prelekcje, co drastycznie zmniejsza skuteczność podejmowanych działań [11]. Trudno nie zgodzić się z powyższą opinią, ponieważ strach przed niewiedzą powoduje zaniechanie podejmowania działań, a dodatkowo formalizacja działania może powodować zniechęcenie. Z punktu widzenia pedagoga warto jednak podjąć tego typu próbę, która będzie zarazem miernikiem zasobów i możliwości oraz formą „sprawdzenia się”. Należy również pamiętać, że porada czy życzliwe słowo, czasem wypowiedziane mimochodem, jest w stanie wiele zmienić w świadomości drugiego człowieka: dziecka, adolescenta, osoby dojrzałej. To impulsywne bądź czynione z premedytacją działania może mieć charakter bodźca, który sprawi, że uda się w odbiorcy pewne procesy zainicjować, a pewnych (negatywnych) zaniechać, mając oczywiście na uwadze kontekst edukacji zdrowotnej i kształtowanie postaw oraz zachowań zdrowotnych. Pedagog powinien być przygotowany na różne okoliczności. Trudno jednak mówić o realizowaniu edukacji zdrowotnej mimochodem, ponieważ jest to proces, który winien być starannie zaplanowany. Nawijając do skuteczności wspomnianych wcześniej działań edukacyjnych, warto również wspomnieć o warunkach, jakie należy spełnić planując i realizując edukację zdrowotną, aby okazała się ona działaniem efektywnym.

Woynarowska wymienia trzy podstawowe warunki skuteczności edukacji zdrowotnej, a mianowicie: ramowość, spiralność i ciągłość [12]. Aby edukacja zdrowotna mogła być realizowana w sposób efektywny, nie wystarczy jedynie wła-

ściwe dobranie tematu edukacji, bowiem na efektywność edukacji składa się wiele innych elementów, takich jak np. diagnoza potrzeb uczestników czy odpowiedni dobór metod, środków i form. Warto również zwrócić uwagę na konieczność dokonania ewaluacji podejmowanych działań (ewaluacja procesu) oraz uzyskanych efektów (ewaluacja wyników). Trudno jest bowiem dokonywać korekty błędów edukacyjnych, dobierać optymalne metody i środki, czy wreszcie oceniać poziom (przyrost) wiedzy uczestników edukacji, nie mając informacji zwrotnej na temat jakości i efektywności przeprowadzonej edukacji. Ewaluacja jako ocena, oszacowanie wartości, stanowi cenną informację nie tylko o uczestnikach edukacji, ale i o samym nauczycielu, który powinien mieć na uwadze doskonalenie swojego warsztatu pracy, aktualizowanie wiedzy czy realizowanie swoich zadań w sposób profesjonalny i wiarygodny. Wiąże się to właśnie m.in. z dokonywaniem ewaluacji i „wglądu w siebie”.

Jeden z prekursorów wychowania zdrowotnego i pedagogiki zdrowia – Maciej Demel – wyróżnił etapy edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, które w sposób bardzo obrazowy przedstawiają proces kształtowania się postaw, zachodzący przy współudziale wielu znaczących, a zarazem na pewnych etapach życia, kluczowych dla człowieka osób. Jako pierwszy występuje etap heteroedukacji, dla którego kluczowymi osobami są rodzice, pielęgniarka, położna środowiskowa czy lekarz, po nim następuje etap pośredni, na którym podkreśla się znaczenie przedszkola i szkoły, a tym samym rolę nauczyciela, jako partnerów działań edukacyjno-wychowawczych zapoczątkowanych w siedlisku rodzinnym. Z kolei poprzez etap autoedukacji, dla którego charakterystyczny jest wpływ kolegów z grupy rówieśniczej, dochodzi się do momentu, gdy młody człowiek sam staje się świadomym wychowawcą dorosłych, co ma miejsce na etapie heteroedukacji odwróconej [13]. Aby jednak proces ten nie został zaburzony, na którymś z etapów, działania edukacyjne w tym zakresie należy podejmować w sposób profesjonalny, tj. zaplanowany, poprawny metodycznie i merytorycznie, z zastosowaniem odpowiednich metod i środków, adekwatnych do etapu rozwoju i możliwości percepcyjnych osób edukowanych. Nie chodzi tu o brak profesjonalizmu prowadzącego edukację zdrowotną, ale o podkreślenie faktu, że aby była ona efektywna i optymalna, powinna spełniać pewne kryteria, na które zwraca uwagę niekwestionowany autorytet w tej dziedzinie, profesor Barbara Woynarowska. Edukacja zdrowotna to proces, który powinien składać się z siedmiu etapów, począwszy od diagnozy potrzeb uczestników i wyboru priorytetów, skończywszy na realizacji programu i ewaluacji [12]. Oprócz przekonań dotyczących zdrowia i choroby, ważne są także

przekonania o możliwości wpływu na stan zdrowia, odnoszące się do własnej osoby. Przekonania dotyczące lokalizacji kontroli w sprawach zdrowotnych określają źródło wpływu na stan zdrowia. Źródłem tym może być własne działanie, działanie innych osób, obdarzonych mocą lub przypadkiem. Poczucie własnej skuteczności w odniesieniu do działań zdrowotnych – to ocena własnych możliwości wykonywania tych działań [14].

Podsumowanie

Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szanse na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w której żyją [15].

Wobec powyższych przesłanek należy jednoznacznie stwierdzić, że nauczyciel-pedagog powinien nie tylko wprowadzać wychowanków w świat kultury zdrowotnej, ale przede wszystkim powinien sam w niej aktywnie uczestniczyć, tworząc wzorzec będący podstawą jego autorytetu, inspirując siebie, uczniów do podejmowania wielu działań na rzecz kształtowania pozytywnych postaw wobec zdrowia [16]. Nauczyciel właściwie realizujący swoją rolę zawodową to nauczyciel kompetentny, a zatem musi mieć niezbędną wiedzę i umiejętności, które pozwolą mu skutecznie wywiązywać się z powierzonych zadań. Doskonalenie kompetencji nauczyciela może być także jedną z dróg podnoszenia motywacji do pracy, ponieważ chętniej angażujemy się w działanie, kiedy przynosi ono wymierne efekty [17]. Wychowanie do zdrowia powinno mieć nie tylko wymiar edukacji nieformalnej, ale przede wszystkim edukacji formalnej, realizowanej przez profesjonalistów w sposób świadomy i zaplanowany oraz ustawicznie monitorowany. O ile trudno jest mówić o odpowiedzialności za zdrowie innych, tak w kontekście prowadzenia działań edukacyjnych warto poczuwać się do współodpowiedzialności za efekty edukacji, ponieważ jakość edukacji zdrowotnej może być czynnikiem determinującym i utrwalającym zachowania (pro- i anty-) zdrowotne edukowanych. Treści i jakość edukacji zdrowotnej to połowa tego, co daje edukator i czym dysponuje edukowany po zajęciach, prelekcji czy wykładzie. Drugą połowę edukowany wypracowuje sam, tj. albo poszukuje informacji, zgłębia wiedzę w efekcie czego uzyskuje znaczny zasób wiedzy na dany temat, albo pozostaje przy tym, czego dowiedział się w ramach edukacji. Jest to niejako podejście „teoria-teoria”. Drugim podejściem, które można zaobserwować jako skutek działań edukacyjnych jest podejście „teoria-praktyka”. W wyniku przyswojenia określonej wiedzy, na

drodze działań edukacyjnych, edukowany wprowadza teorię w życie, np. zmieniając swoje negatywne przyzwyczajenia, styl życia czy wyzbywając się nałogu. Obydwa podejścia są poprawne, ale jednym z najlepszych mierników skuteczności edukacji zdrowotnej jest zmiana zachowań u edukowanych. To proces, który może być rozłożony w czasie i czasem trudny do zaobserwowania (konieczny stały kontakt z edukowanym), ale jeśli przynosi pożądane skutki, ma charakter użyteczny i daje poczucie satysfakcji. Jest to pewnego rodzaju sprawdzian dla edukatorów zdrowia, a zarazem wstęp do „nauczania społeczeństwa o zdrowiu”.

Według Woynarowskiej i wsp., środowisko szkolne ma istotny wpływ na skuteczność edukacji zdrowotnej, gdyż zależy ona od tego, czy istnieje spójność pomiędzy tym, czego uczniowie uczą się na lekcjach, a tym, co widzą wokół siebie i co mogą praktykować w szkole [18].

Piśmiennictwo

- [1] Kropińska I. Szkoła jako środowisko wspierające zdrowie w opiniach licealistów. W: Bilski D. (red.). Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź 2010; 81–96.
- [2] Woynarowska B. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej kształcenia ogólnego, jako fundament dla szkolnego programu profilaktyki, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011; 1–2. (www.ore.edu.pl) [dostęp 12.03.2014].
- [3] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie nowej podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z dnia 15 stycznia 2009, Nr 4, poz. 17).
- [4] Misiuna M. Styl życia a zdrowie. Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna. 1994;1–2:102.
- [5] Jutras S, Normandeau S, Kalnins I. Mutual help in relation to health: The experience of children, The Journal of Primary Prevention. 1997;2:173–192.
- [6] Lewicki C. Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006; 43.
- [7] Akved G, Schaap O, de Vries G. Health and safety coordinator at school, Commission of the European Countries, Utrecht 1997, cyt. za: Zdrowie i szkoła, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 424.
- [8] Brown BB. Peer groups and peer cultures. W: G. Elliot (red.), As the threshold: The developing adolescent, S. Feldman. Cambridge, Harvard University Press 1990; 171–196.
- [9] Fischhoff B. Risk taking: A developmental perspective. W: Yates JF (red.). Risk taking behavior. Chichester 1992, Wiley; 133–162.
- [10] Gil R, Dziedziczko A. Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby, Zdrowie Publiczne. 2004; 114(2):250–255.
- [11] Syrek E, Borzucka-Sitkiewicz K. Edukacja zdrowotna, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009; 114.

- [12] Woynarowska B. Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013; 142–148.
- [13] Demel M. O wychowaniu zdrowotnym, Wydawnictwo PZWS, Warszawa 1968.
- [14] Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 121.
- [15] Woynarowska B. Związki między zdrowiem a edukacją. W: Woynarowska B (red.). Zdrowie i szkoła. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 15.
- [16] Kijo P. Wartościowanie zdrowia i zachowania zdrowotne wśród przyszłych nauczycieli i pedagogów wychowania fizycznego. W: Bilski D. (red.). Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi, Łódź 2010; 49–80.
- [17] Hamer H. Klucz do efektywności nauczania. Poradnik dla nauczycieli, Wydawnictwo „Veda”, Warszawa 1994; 24–25.
- [18] Woynarowska B, Kowalewska A, Izdebski Z, Komościńska K. Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010; 337.

adres do korespondencji

mgr Dorota Lizak
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: dlizak@afm.edu.pl

PRAWNA OCHRONA DÓBR NATURALNYCH W UZDROWISKACH WE WSPÓŁCZESNYM PRAWIE POLSKIM

LEGAL PROTECTION OF NATURAL RESOURCES IN HEALTH RESORT LOCALITIES IN CONTEMPORARY POLISH LAW

Artur Guźlecki

Nie reprezentuję obecnie żadnej jednostki naukowej. Działalność naukową traktuję jako rodzaj zamiłowania.

Streszczenie

Według współczesnej ustawy „uzdrowskiej” uzdrowskiem może być miejscowość, w której przede wszystkim znajdują się dobra geologiczne i klimatyczne poprawiające stan zdrowia człowieka. Artykuł ten będzie zbliżeniem prawnej ochrony dóbr naturalnych we współczesnej wiedzy prawnej o uzdrowskach. Celem pracy jest nadanie wiedzy prawnej o uzdrowskach określonej struktury, czyli zgrupowanie fragmentów wiedzy wokół problemu ochrony prawnej dóbr naturalnych w uzdrowskach. Przedmiotem analizy metodą ilustrowania cytatami prawa z dziedziny życia uzdrowskich w Polsce będzie ustawa „uzdrowskowa” z 2005 roku, ujednolicona z ustawą „uzdrowskową” z 2011 roku, zaczerpniętą z Internetowego Systemu Aktów Prawnych.

Postawiono hipotezy:

1. Większość pojęć we współczesnych polskich ustawach „uzdrowskowych” dotyczy ochrony dóbr naturalnych w tych uzdrowskach.
2. Warunkiem koniecznym prawnej ochrony dóbr naturalnych w uzdrowskach polskich jest współcześnie opis i wyczerpująca klasyfikacja powyższych.
3. Wyróżnia się strefy ochrony uzdrowskowej o określonych cechach i do każdej są przyporządkowane odpowiednie regulacje prawne, np. do ochrony uzdrowska jest zobowiązany m.in. lekarz naczelny uzdrowska i gmina.
4. Uzdrowska polskiego nie wolno urbanizować ani uniemożliwiać jego prawnej ochrony.
5. Konsekwencją za wszelkie szkodenia uzdrowska jest w Polsce jedynie grzywna.

Podjęty w badaniach temat został wyczerpany, ale nie bezwarunkowo. Zaczepnięta z bazy ISAP ustawa zawiera artykuły pominięte. Gdyby Autor znał te artykuły to mogłoby ustawić wyniki badań w innym świetle. Większość podjętych w badaniach hipotez się potwierdziła.

Słowa kluczowe: uzdrowska polskie, prawna ochrona uzdrowskich w Polsce, strefy ochrony uzdrowskowej, obszar ochrony uzdrowskowej, gmina uzdrowskowa, lekarz naczelny uzdrowska.

Abstract

According to current resort law, a town can be called a health resort locality where first and foremost geological resources and climatic, agreeable conditions are present, improving health and general fitness of people. The article is an insight into the issue of legal protection of natural resources in contemporary legal body of works on health resort. The overriding aim of the paper is to give a specific structure to legal knowledge about health resorts a, i.e. to group fragments of knowledge around the issue of legal protection of natural resources present in health resort localities. The health resort law of 2005 made uniform with the health resort law of 2011 taken from The Internet Legal Acts System will constitute the subject matter of an analysis based on illustration of legal quotations about the life of health resorts in Poland.

The following hypotheses have been posed:

1. Most of concepts in contemporary Polish health resort laws refer to the protection of natural resources in health resort localities.
2. A full description and an exhaustive classification of Polish health resorts is a prerequisite for protecting natural resources in legal terms.
3. There are health resort protection zones of specific features and respective regulations are assigned to each one, e.g. health resort's head physician and commune are responsible for the protection of the given health resort.
4. Poland's health resorts must neither be urbanized nor exempt from legal protection.
5. In Poland only a fine is a sort of penalty for damage done to the health resort.

The subject matter, constituting the core of research, has been exhaustively, but not fully discussed. The law taken from the Internet Legal Acts System includes omitted articles. If the author knew the articles, he could put a different light on the research results. Most of the hypotheses posed in research have been confirmed..

Keywords: Polish health resort, legal protection of Poland's health resorts, health resort protection zones, health resort protection area, health resort commune, health resort's head physician.

Wstęp

Biorąc pod uwagę kondycję współczesnej polskiej służby zdrowia można powiedzieć, że prze-

ciętny Polak „na ubezpieczalnię” do uzdrowska jeździ rzadko. Jednak kiedy już pojedzie, to ma do dyspozycji cały wachlarz propozycji spędzania

czasu w uzdrowisku. Przejrzystą i chyba wyczerpującą listę odpowiadających tym możliwościom funkcji uzdrowisk w odniesieniu do kuracjusza dorosłego podał A. Guźlecki [1]. Na pierwszym miejscu wyróżnia funkcję zdrowotną polskich kurortów, powiązaną z ochroną dóbr naturalnych tam występujących, która zdaje się być opisywaną w literaturze przedmiotu jako jedyna funkcja w odniesieniu do dzieci [2]. Nie ma tu miejsca na analizowanie ustaw „uzdrowiskowych”, które powstały w minionych epokach społeczno-politycznych w Polsce. Mowa o ustawie „uzdrowiskowej” z 1922 [3] oraz z 1966 roku [4]. Warto wspomnieć jednak o tym, że funkcja zdrowotna uzdrowisk polskich jest:

- 1) biorąc pod uwagę upływ czasu i powtarzający się ten motyw w ww. ustawach „uzdrowiskowych” ponadczasowa,
- 2) biorąc pod uwagę znaczenie dóbr geologicznych i klimatycznych w życiu polskich uzdrowisk w przeszłości – motyw ten jest główny.

W całym współczesnej ustawie „uzdrowiskowej” z 2005 i jej nowelizacji z 2011 roku nie jest inaczej. Uzdrowiskiem może być ta miejscowość, w której przede wszystkim znajdują się dobra geologiczne i klimatyczne, poprawiające stan zdrowia człowieka chorego na określone choroby, w których leczeniu dane uzdrowisko się wyspecjalizowało [5]. Autor napisał także artykuł stanowiący spójną, krótką syntezę całej współczesnej wiedzy prawnej na temat uzdrowisk w Polsce [6].

Cel pracy

1. Nadanie wiedzy prawnej o uzdrowiskach określonej struktury, tj. zgrupowanie fragmentów tej wiedzy wokół określonego problemu, jakim w przypadku tej pracy jest ochrona prawna dóbr naturalnych w uzdrowiskach polskich.
2. Popularyzacja tej wiedzy wśród tych, którzy nie przepadają za analizowaniem gąszczy przepisów prawnych słusznie.

Materiał i metody

Przedmiotem analizy metodą ilustrowania cytami określonych faktów prawnych z dziedziny życia uzdrowisk w Polsce jest ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. 2005 nr 167 poz. 1399). Referowany będzie tekst ujednolicony w 2012 roku z ustawą z dnia 4 marca 2011 o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2011 nr 73 poz. 390). Ta ustawa została zaczerpnięta z Internetowego Systemu Aktów Prawnych, a jej obowiązywalność w tym Systemie została zweryfikowana w dniu 29. VI. 2014.

Na sformułowane poniżej pytania:

- 1) czy większość podstawowych pojęć we współczesnych ustawach „uzdrowiskowych” mówi o ochronie dóbr naturalnych w uzdrowiskach w Polsce?
- 2) co jest warunkiem koniecznym do ochrony dóbr naturalnych w uzdrowiskach w Polsce?
- 3) jak ta ochrona jest zorganizowana i do czyich zadań należy?
- 4) czego nie wolno w uzdrowiskach polskich?
- 5) czy odpowiedzialność karna za jakiegokolwiek szkodzenie uzdrowisku to w Polsce jedynie kara grzywny?

autor postawił hipotezy-odpowiedzi, mające duże prawdopodobieństwo potwierdzenia się:

1. Większość podstawowych pojęć we współczesnych polskich ustawach uzdrowiskowych mówi o ochronie dóbr naturalnych w tych uzdrowiskach.
2. Warunkiem koniecznym prawnej ochrony dóbr naturalnych w uzdrowiskach polskich jest współcześnie opis i wyczerpująca klasyfikacja wyżej wymienionych.
3. Wyróżnia się strefy ochrony uzdrowiskowej o określonych cechach i do każdej są przyporządkowane odpowiednie regulacje prawne, np. do ochrony uzdrowisk jest zobowiązany m.in. lekarz naczelny uzdrowiska i gmina.
4. W uzdrowisku polskim nie wolno robić nic w kierunku jego urbanizacji. Poza czynnościami zmierzającymi do urbanizacji uzdrowiska, czynnościami zabronionymi są czynności zmierzające do uniemożliwienia jego prawnej ochrony.
5. Konsekwencją za wszelkie szkodzenie uzdrowisku jest w Polsce jedynie kara grzywny.

Wyniki

1. Przystępując do omówienia zawartych w tym artykule wyników badań, warto przytoczyć artykuł 2. wskazanej ustawy ujednoczonej, zawierający definicje podstawowych pojęć użytych w ustawie, zatem ważnych dla regulacji prawnych związanych z lecznictwem uzdrowiskowym w Polsce.

„Użyte w ustawie określenia oznaczają (m.in. – dopisek autora):

1. Uzdrowisko – obszar, na którego terenie prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, spełniających warunki o których mowa w art. 34 ust. 1, któremu został nadany status uzdrowiska.
2. Obszar ochrony uzdrowiskowej – obszar spełniający warunki o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt. 1, 2, 4 i 5, któremu został nadany status obszaru ochrony uzdrowiskowej.
3. Operat uzdrowiskowy – dokument zawierający charakterystykę wyodrębnionego obszaru pod

względem możliwości uznania go za uzdrowisko albo obszar ochrony uzdrowiskowej ze szczególnym uwzględnieniem dostępnych na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i klimatu.

4. Strefy ochrony uzdrowiskowej – część obszaru uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej, określone w statucie uzdrowiska, wydzielone w celu ochrony czynników leczniczych i naturalnych surowców leczniczych, walorów środowiska i urządzeń uzdrowiskowych.” [7]

II. Druga z przyjętych hipotez badawczych dotyczy zagadnienia warunków ochrony uzdrowiska. Czyli tego, jakie warunki musi spełnić uzdrowisko, aby jego lecznicze zasoby były dobrem prawnie chronionym. Żeby przybliżyć Czytelnikowi to zagadnienie, może warto pójść śladem zapisów zawartych w ww. definicjach. Nawet po pobieżnym badaniu okazało się, że trop ten jest słuszny, ponieważ cały artykuł 34. tej ustawy mówi o warunkach pod jakimi uzdrowisko może być uzdrowiskiem. Art. 34 stanowi, że:

„1. Status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

1. posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie,
2. posiada klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie,
3. na jego obszarze znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego,
4. spełnia określone w przepisach o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska,
5. posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami,

2. Status obszaru ochrony uzdrowiskowej może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie warunki o których mowa w ust. 1 pkt. 1, 2, 4 i 5 [8].”

Zgodnie z art. 38b tej ustawy:

„Gmina, która na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia uzyska potwierdzenie możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na swoim obszarze sporządza i uchwała miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego dla strefy „A” ochrony uzdrowiskowej na zasadach określonych w odrębnych przepisach w terminie 2 lat od dnia otrzymania tej decyzji” [9].

O tym co należy zrobić jeszcze przed otrzymaniem tej decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia informuje art. 39 ww. ustawy w brzmieniu: „Gmina, która zamierza wystąpić o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska, albo statusu

obszaru ochrony uzdrowiskowej w celu określenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na tym obszarze sporządza operat uzdrowiskowy” [10]. Cóż to jest za pojęcie poucza przytoczony już wcześniej art. 2 tejże ustawy. Natomiast co zawiera ów operat i jakie wymogi musi spełniać wskazuje dalsza część art. 39 wskazanej ustawy w brzmieniu:

„2. Operat uzdrowiskowy jest sporządzany w formie pisemnej w podziale na część opisową i graficzną.

3. Część opisową operatu uzdrowiskowego sporządza się również w formie elektronicznej.

4. W części opisowej operatu uzdrowiskowego uwzględnia się w szczególności:

1. nazwę gminy,
2. określenie obszaru, który będzie objęty wystąpieniem o nadanie statusu uzdrowiska, albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej,
3. opis zagospodarowania przestrzennego obszaru, o którym mowa w punkcie 2 z uwzględnieniem powierzchni i granic stref ochrony uzdrowiskowej, dokładnych danych o lokalizacji infrastruktury technicznej w tym komunikacyjnej oraz prowadzonych robotach budowlanych dotyczących tej infrastruktury, a także terenów przeznaczonych w miejscowym planie zagospodarowania przestrzennego lub studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy pod lecznictwo uzdrowiskowe oraz działalność rekreacyjno-wypoczynkową i działalność gospodarczą,
4. określenie projektowanych stref ochrony uzdrowiskowej wraz z określeniem koniecznych do zachowania terenów zieleni i terenów biologicznie czynnych,
5. opis właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu na obszarze, który będzie objęty wystąpieniem o nadanie statusu uzdrowiska, albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej,
6. świadectwa potwierdzające właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i właściwości lecznicze klimatu,
7. informacje na temat działających zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego lub dane o planach w tym zakresie,
8. wskazanie kierunków leczniczych i przeciwwskazań dla przyszłego uzdrowiska,
9. opis istniejących obszarów i terenów górniczych ze wskazaniem zgodnie z przepisami prawa geologicznego i górniczego ich wyznaczonych granic lub projektowanego położenia, nazwy kopaliny głównej oraz towarzyszącej,
10. informacje o ujęciach wody, sieci wodno-kanalizacyjnej, oczyszczalniach ścieków, gospodarce odpadami oraz mogących wystąpić zagrożeniach ekologicznych,

11. informacje o stanie czystości powietrza oraz natężeniu hałasu opracowane zgodnie z odrębnymi przepisami,

12. datę sporządzenia i podpis wójta (burmistrza, prezydenta miasta).

5. Część graficzna operatu uzdrowiskowego obejmuje mapy obszaru, któremu ma być nadany status uzdrowiska, albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej z zaznaczeniem poszczególnych, planowanych stref ochrony uzdrowiskowej, oraz graficznym przedstawieniu informacji, o których mowa w ust. 4 punkt 3, 4, 7, 9 i 10.

6. Część graficzną operatu uzdrowiskowego sporządza się w skali nie mniejszej niż 1:5000 dla projektowanej strefy „A” ochrony uzdrowiskowej, 1:10000 wspólnie dla stref „A” i „B” ochrony uzdrowiskowej oraz 1:25000 wspólnie dla stref „A”, „B” i „C” ochrony uzdrowiskowej” [11].

Po sporządzeniu operatu uzdrowiskowego zgodnie z art. 40:

„1. Gmina przesyła operat uzdrowiskowy ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu potwierdzenia spełnienia warunków koniecznych do nadania statusu uzdrowiska, albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej przez obszar dla którego sporządzono operat uzdrowiskowy.

2. Stwierdzenie w oparciu o przesłany operat uzdrowiskowy spełnienia warunków o których mowa w art. 34 następuje w drodze decyzji o potwierdzeniu możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze dla którego sporządzono operat uzdrowiskowy.

2a. W decyzji o której mowa w ust. 2 minister właściwy do spraw zdrowia ustala kierunki lecznicze dla danego uzdrowiska na podstawie:

1. świadectwa o którym mowa w art. 36 ust. 4,
2. opinii krajowego konsultanta do spraw balneologii i medycyny fizykalnej w zakresie skuteczności leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej w danym kierunku leczniczym,
3. informacji o kwalifikacjach pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
4. informacji o rodzajach zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w danym uzdrowisku.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia występuje do gminy o uzupełnienie danych lub informacji, o których mowa w art. 39 ust. 4. jeżeli operat uzdrowiskowy ich nie zawiera.

4. Nie uzupełnienie informacji, o których mowa w art. 39 ust.4 w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia ministra właściwego do spraw zdrowia stanowi podstawę do wydania decyzji o odmowie potwierdzenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze dla, którego sporządzono operat uzdrowiskowy” [12].

Art. 41 przytoczonej ustawy zawiera kolejny warunek uznania danej miejscowości za uzdrowi-

sko i jej prawnej ochrony przysługującej uzdrowisku. Brzmi on tak:

„1 Rada gminy po uzyskaniu decyzji, o której mowa w art. 40 ust. 2 uchwała na podstawie operatu uzdrowiskowego statut uzdrowiska lub statut obszaru ochrony uzdrowiskowej z zastrzeżeniem ust. 3,

2. Statut uzdrowiska albo statut obszaru ochrony uzdrowiskowej zawiera w szczególności:

1. nazwę uzdrowiska lub nazwę obszaru ochrony uzdrowiskowej i określenie jego granic,
2. określenie powierzchni obszaru uzdrowiska wraz z opisem stref ochrony uzdrowiskowej, o których mowa w art. 38,
3. przepisy mające na celu ochronę funkcji leczniczej w uzdrowiskach określające w szczególności:

- a) formy i miejsca prowadzenia punktów sprzedaży pamiątek, wyrobów ludowych, produktów regionalnych lub towarów o podobnym charakterze,
- b) formy i miejsca lokalizacji tablic i urządzeń reklamowych,

4. opis właściwości naturalnych surowców leczniczych i występujących na terenie uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej i właściwości leczniczych klimatu,

5. część graficzną określającą strefy ochrony uzdrowiskowej oraz granice obszaru i terenu górniczego, ustanowionego na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994, Prawo geologiczne i górnicze (Dz.U. 2005 Nr 228 poz. 1947 z późn. zm.) obejmującą mapy strefy „A” ochrony uzdrowiskowej w skali 1:5000 z zaznaczonymi ulicami, terenami zieleni, zakładami lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeniami lecznictwa uzdrowiskowego, mapy strefy „B” ochrony uzdrowiskowej w skali 1:10000, oraz mapy strefy „C” ochrony uzdrowiskowej i obszaru górniczego w skali 1:25000.

2a. Statut uzdrowiska powinien także zawierać wykaz zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz kierunków leczniczych ustalonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Rada gminy uchwała statut uzdrowiska lub statut obszaru ochrony uzdrowiskowej w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia, o którym mowa w art. 42 ust. 2” [13].

Co dalej się dzieje na opisywanej drodze ustalania charakteru uzdrowiskowego danej miejscowości i cóż zawiera ów tajemniczy art. 42. Stawia on mianowicie iż:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po potwierdzeniu zgodnie z art. 36 ust. 2 spełnienia przez obszar warunków niezbędnych do uzyskania statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, występuje do Rady Ministrów z wnioskiem o nadanie danemu obszarowi

statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej.

1a. Jeżeli obszar ochrony uzdrowiskowej spełnia wymagania o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt. 3 i gmina przekaże uzupełniony operat uzdrowiskowy o którym mowa w art. 40 minister właściwy do spraw zdrowia występuje do Rady Ministrów z wnioskiem o nadanie obszarowi ochrony uzdrowiskowej statusu uzdrowiska.

2. Rada Ministrów w drodze rozporządzenia nadaje danemu obszarowi status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej określając:

1. nazwę uzdrowiska albo nazwę obszaru ochrony uzdrowiskowej,
2. granicę uzdrowiska albo granicę obszaru ochrony uzdrowiskowej,
3. uchylony – z uwzględnieniem właściwości leczniczych występujących na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej” [14].

Gmina także posiada obowiązki będące warunkami uznania danej miejscowości za uzdrowisko albo obszar ochrony uzdrowiskowej, albowiem art. 43 cytowanej ustawy stanowi, że:

„1. Gmina, na obszarze której znajduje się uzdrowisko albo obszar ochrony uzdrowiskowej jest zobowiązana do sporządzania i przedstawiania nie rzadziej niż raz na 10 lat ministrowi właściwemu do spraw zdrowia operatu uzdrowiskowego celem potwierdzenia spełnienia przez jej obszar albo jego część wymagań określonych w ustawie.

2. Jeżeli na podstawie złożonego operatu uzdrowiskowego minister właściwy do spraw zdrowia stwierdzi nieprawidłowości wyznacza okres dostosowawczy w celu ich usunięcia. Okres ten nie może być dłuższy niż 5 lat.

3. W przypadku nieusunięcia nieprawidłowości o których mowa w ust. 2. minister właściwy do spraw zdrowia występuje do Rady Ministrów z wnioskiem o pozbawienie danego obszaru statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej.

4. W przypadku o którym mowa w ust. 3 stosuje się przepisy z art. 44 ust. 2 i 3.

5. W przypadku wystąpienia istotnych zmian na obszarze gminy w szczególności zmiany stref ochrony uzdrowiskowej, kierunków leczniczych i przeciwwskazań do leczenia w danym uzdrowisku oraz zmiany liczby zakładów lecznictwa uzdrowiskowego na terenie uzdrowiska, gmina sporządza uzupełnienie operatu w tym zakresie i przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu potwierdzenia o którym mowa w ust. 1” [15].

Status uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej po niespełnieniu określonych warunków

może być danej miejscowości odebrany o czym mówi ww. art. 44 w brzmieniu:

„1. Jeżeli ustały warunki uzasadniające nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej minister właściwy do spraw zdrowia występuje do gminy o podjęcie działań koniecznych w celu przywrócenia tych warunków.

2. Jeżeli gmina w terminie 5 lat nie przywróci warunków o których mowa w ust. 1 Rada Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia pozbawia dany obszar takiego statusu.

3. Statut uzdrowiska lub statut obszaru ochrony uzdrowiskowej traci moc z dniem wejścia w życie rozporządzenia o którym mowa w ust. 1” [16].

III. Kolejna, trzecia przyjęta w badaniach hipoteza mówi o organizacji ochrony uzdrowiska i o osobach za nią odpowiedzialnych. Kwestię tę reguluje art. 38 cytowanej ustawy w brzmieniu:

„Na obszarze uzdrowiska lub obszarze ochrony uzdrowiskowej wydziela się trzy rodzaje stref ochrony uzdrowiskowej oznaczone literami „A”, „B” i „C”.

1. Strefa „A”, dla której procentowy udział terenów zieleni wynosi nie mniej niż 65% obejmuje obszar na którym są zlokalizowane lub planowane zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, a także inne obiekty służące lecznictwu uzdrowiskowemu, lub obsłudze pacjenta lub turysty w zakresie nie utrudniającym funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego w szczególności pensjonaty, restauracje lub kawiarnie.

2. Strefa „B”, dla której procentowy udział terenów zieleni wynosi nie mniej niż 50% obejmuje obszar przyległy do strefy „A” stanowiący jej otoczenie, który jest przeznaczony dla nie mających negatywnego wpływu na właściwości lecznicze uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej oraz nie uciążliwych dla pacjentów obiektów usługowych, turystycznych w tym hoteli, rekreacyjnych, sportowych i komunalnych, budownictwa mieszkaniowego oraz innych związanych z zaspokajaniem potrzeb osób przebywających na tym obszarze lub objęty granicami parku narodowego lub rezerwatu przyrody, albo jest lasem, morzem lub jeziorem.

3. Strefa „C”, dla której procentowy udział terenów biologicznie czynnych wynosi nie mniej niż 45% obejmuje obszar przyległy do strefy „B” stanowiący jej otoczenie oraz obszar mający wpływ na zachowanie walorów krajoznawczych, klimatycznych oraz ochronę ziół naturalnych surowców leczniczych.” [17]
To, w której części (strefie) uzdrowiska prowadzona jest działalność lecznicza w rzecz kuracjusza reguluje art. 4 cytowanej ustawy. Mianowicie:

„2. W uzdrowiskach lecznictwo uzdrowiskowe prowadzone jest w zakładach lecznictwa uzdro-

wiskowego zlokalizowanych w strefie „A” ochrony uzdrowskiej” [18].

Art. 17 teŝe ustawy mówi bezpośrednio i wprost kto jest odpowiedzialny za lecznictwo uzdrowskie i stanowi materiał weryfikacyjny do drugiej części przyjętej w tych badaniach trzeciej hipotezy. Mianowicie:

„1. Nadzór nad lecznictwem uzdrowskim stanowi minister właściwy do spraw zdrowia i wojewoda a w odniesieniu do lecznictwa uzdrowskiego utworzonych przez ministra obrony narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych odpowiednio ci ministrowie w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

2. Wojewoda sprawuje nadzór nad lecznictwem uzdrowskim prowadzonym przez zakłady lecznictwa uzdrowskiego na obszarze województwa przy pomocy naczelnego lekarza uzdrowskiego [19].

Art. 20 cytowanej ustawy uszczegóławia obowiązki nadzorcze ministra właściwego do spraw zdrowia w temacie podległych mu uzdrowsk. Stanowi, ŝe:

„1. W ramach nadzoru o którym mowa w art. 17 ust. 1 minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:

1. oceny zgodności lecznictwa uzdrowskiego z kierunkami leczniczymi o których mowa w art. 13 ust. 1,
2. ŝądania udostępnienia dokumentów związanych z działalnością zakładów lecznictwa uzdrowskiego oraz zapoznawania się z ich treścią,
3. ŝądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień dotyczących działalności zakładów lecznictwa uzdrowskiego,
4. przeprowadzania kontroli na terenach zakładów lecznictwa uzdrowskiego i ŝądania wyjaśnień potrzebnych do oceny ich działalności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania zakładów lecznictwa uzdrowskiego.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia pisemne ŝądania, o których mowa w ust. 1 pkt. 2 i 3 i wskazuje termin ich wykonania.

W przypadku stwierdzenia na podstawie ust. 1 naruszenia przepisów ustawy minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia kierownika zakładu lecznictwa uzdrowskiego o stwierdzeniu nieprawidłowości oraz:

3. wydaje zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości,

4. wydaje w miarę potrzeby decyzje administracyjne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów ustawy.

W przypadku, gdy został złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy termin do usu-

nięcia nieprawidłowości, o którym mowa w ust. 3 liczy się od dnia doręczenia zalecenia lub decyzji po rozpatrzeniu wniosku.

W terminie 14 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości zakład lecznictwa uzdrowskiego informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Przepisy ust. 1 pkt. 2–4 i ust. 2–5 stosuje się odpowiednio do wojewody.” [20]

Ale art. 19 ust. 3 i 5 stanowi, ŝe zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia jest:

„3) monitorowanie zachowania warunków leczniczych i środowiskowych warunkujących przyznanie i utrzymanie statusu uzdrowska albo statusu obszaru ochrony uzdrowskiej.

1. potwierdzanie spełnienia warunków koniecznych do nadania danemu obszarowi statusu uzdrowska albo statusu obszaru ochrony uzdrowskiej albo utrzymanie tego statusu na podstawie operatu uzdrowskiego.” [21]

Wojewoda ma do pomocy w aspekcie kontroli, a zatem i odpowiedzialności za lecznictwo uzdrowskie organ naczelnego lekarza uzdrowskiego, o którym stanowią odpowiednie przepisy. Art. 24 cytowanej ustawy brzmi:

„1. Wojewoda powołuje i odwołuje naczelnego lekarza uzdrowskiego. Wojewoda może powołać naczelnego lekarza uzdrowskiego dla więcej niż jednego uzdrowskiego na terenie danego województwa.

2. Naczelnym lekarzem uzdrowskiego o którym mowa w ust. 1 sprawuje nadzór nad jakością świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez zakłady lecznictwa uzdrowskiego” [22].

Jednak dopiero art. 26 tej ustawy mówi o powinnościach naczelnego lekarza uzdrowskiego wobec dóbr naturalnych tam się znajdujących. Mianowicie niektóre ustępy art. 26 mówią, ŝe do zadań naczelnego lekarza uzdrowskiego naleŝy:

„3) monitorowanie i inicjowanie porozumień między jednostkami prowadzącymi zakłady lecznictwa uzdrowskiego w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych, prawidłowej eksploatacji naturalnych surowców leczniczych i prawidłowego wykorzystania kadr medycznych,

1. współpraca z zakładami górniczymi znajdującymi się na obszarze uzdrowskiego lub obszarze ochrony uzdrowskiej i podmiotami posiadającymi koncesję na wydobywanie i eksploatację naturalnych surowców leczniczych w sprawach prawidłowego wykorzystania tych surowców,

2. zgłaszanie wniosków w sprawie warunków naturalnych i właściwego kształtowania czynników środowiskowych w uzdrowsku lub na obszarze ochrony uzdrowskiej [23].

Okazało się takŝe w toku prowadzenia badań, ŝe zadanie ochrony dóbr naturalnych na terenie

danej gminy ma także sama gmina jako zadanie własne. Pociąga to za sobą odpowiedzialność organów gminy za znajdujące się na jej terenie naturalne dobra geologiczne i klimatyczne, albowiem art. 46 brzmi:

„Gmina uzdrowska oraz gmina posiadająca status obszaru ochrony uzdrowskiej poza zadaniami przewidzianymi przepisami ustawy z dnia 8 marca 1990 o samorządzie gminnym realizuje zadania własne związane z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowska w szczególności w zakresie:

1. gospodarki terenami z uwzględnieniem potrzeb lecznictwa uzdrowskiego, ochrony źródeł naturalnych surowców leczniczych oraz budowy lub innych czynności zabronionych w poszczególnych strefach ochrony uzdrowskiej,
2. ochrony warunków naturalnych uzdrowska lub obszaru ochrony uzdrowskiej oraz spełniania wymagań w zakresie dopuszczalnych norm zanieczyszczeń powietrza, natężenia hałasu, odprowadzania ścieków do wód lub do ziemi, gospodarki odpadami, emisji pól elektromagnetycznych o których mowa w odrębnych przepisach,
3. tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej przeznaczonej dla uzdrowsk lub obszarów ochrony uzdrowskiej związanej ze spełnianiem warunków o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt. 5.” [24].

W trakcie przeprowadzania badań okazało się, że rada gminy uzdrowskiej ma w sprawach ochrony dóbr naturalnych swój organ opiniotwórczo-doradczy pod postacią stałej komisji uzdrowskiej o której przepisy, a konkretnie art. 47 cytowanej ustawy mówi tak:

„1. W gminie uzdrowskiej oraz gminie posiadającej status obszaru ochrony uzdrowskiej rada gminy powołuje stałą komisję uzdrowską określając przedmiot jej działania i skład osobowy.

2. Komisja uzdrowska jest organem opiniotwórczo-doradczym rady gminy w sprawach dotyczących uzdrowska oraz obszaru ochrony uzdrowskiej. Do zadań komisji uzdrowskiej należą w szczególności:

1. opiniowanie projektu operatu uzdrowskiego,
2. opiniowanie projektu statutu uzdrowska lub statutu obszaru ochrony uzdrowskiej,
3. opiniowanie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego obejmujących tereny wchodzące w skład stref ochrony uzdrowskiej,
4. opiniowanie gminnych programów ochrony środowiska,
5. opiniowanie projektów programów zamierzeń inwestycyjnych gminy dotyczących obszaru uzdrowska oraz obszaru ochrony uzdrowskiej.” [25]

IV. Przyjęta w badaniach czwarta i tym samym przedostatnia hipoteza mówi o tym, czego w uzdrowsku nie wolno. Bardzo szeroko na ten

temat z podziałem na strefy „A”, „B” i „C” ochrony uzdrowskiej mówi art. 38a cytowanej ustawy w brzmieniu:

„1. W strefie „A” ochrony uzdrowskiej zabrania się:

1. budowy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 – Prawo budowlane (Dz.U. z 2010 r. Nr 243 poz. 1623 z późn. zm.)
 - a) zakładów przemysłowych,
 - b) budynków mieszkalnych jednorodzinnych i wielorodzinnych,
 - c) garaży wolnostojących,
 - d) obiektów handlowych o powierzchni użytkowania większej niż 400 m²,
 - e) stacji paliw oraz punktów dystrybucji produktów naftowych,
 - f) autostrad i dróg ekspresowych,
 - g) parkingów naziemnych o liczbie miejsc postojowych większej niż 15% miejsc noclegowych w szpitalach uzdrowskich, sanatoriach uzdrowskich i pensjonatach nie większej jednak niż 30 miejsc postojowych oraz parkingów naziemnych przed obiektami usługowymi o liczbie miejsc postojowych nie większej niż 10,
 - h) stacji bazowych telefonii ruchomej, stacji nadawczych radiowych i telewizyjnych, stacji radiolokacyjnych i innych emitujących fale elektromagnetyczne z wyłączeniem urządzeń łączności na potrzeby służb bezpieczeństwa publicznego i ratownictwa z zastrzeżeniem, że urządzenia te będą oddziaływały na środowisko polami elektromagnetycznymi o poziomie nie wyższym niż określone dla strefy „B”,
 - i) obiektów budowlanych mogących zawsze znacząco oddziaływać na środowisko w szczególności takich jak: warsztaty samochodowe, wędzarnie, garbarnie z wyjątkiem obiektów budowlanych służących poprawie stanu sanitarnego uzdrowska w szczególności takich jak: sieć wodno-kanalizacyjna, sieć gazowa, kotłownie gazowe, wiercenia wykonywane w celu ujmowania wód leczniczych,
 - j) zapór piętrzących wodę na rzekach oraz elektrowni wodnych i wiatrowych,
2. uruchamiania składowisk odpadów stałych i płynnych, punktów skupu złomu i punktów skupu produktów rolnych, składowisk nawozów sztucznych i środków chemicznych i składowisk opału,
3. uruchamiania pól biwakowych i campingowych, budowy domków turystycznych i campingowych,
4. prowadzenia targowisk z wyjątkiem punktów sprzedaży pamiątek, produktów ludowych, wyrobów regionalnych w formach i miejscach wyznaczonych przez gminę,

5. prowadzenia działalności rolniczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2011 Nr 177 poz. 1054),
 6. trzymania zwierząt gospodarskich w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 2007 o organizacji hodowli i rozrodzie zwierząt gospodarskich (Dz.U. Nr 133 poz. 921 z późn. zm.),
 7. organizacji rajdów samochodowych i motorowych,
 8. organizacji imprez masowych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 marca 2009 o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz.U. Nr 62 poz. 504 z 2010 i Nr 127 poz. 857 i Nr 152 poz. 1021 oraz z 2011 Nr 217 poz. 1280) zakłócających proces leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej i działalności o charakterze rozrywkowym zakłócającej ciszę nocną w godzinach 22.00–6.00 rano z wyjątkiem imprez masowych znajdujących się w harmonogramie imprez gminnych,
 9. pozyskiwania surowców mineralnych innych niż naturalne surowce lecznicze,
 10. wyrębu drzew leśnych i parkowych z wyjątkiem cięć pielęgnacyjnych,
 11. prowadzenia robót melioracyjnych i innych działań powodujących niekorzystną zmianę istniejących stosunków wodnych,
 12. prowadzenia działań mających negatywny wpływ na fizjografię uzdrowiska i jego układ urbanistyczny lub właściwości lecznicze klimatu.
2. W strefie „B” ochrony uzdrowiskowej zabrania się:
1. budowy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994- Prawo budowlane:
 - a) stacji paliw bliżej niż 500 metrów od granicy strefy „A” ochrony uzdrowiskowej,
 - b) urządzeń emitujących fale elektromagnetyczne, będących przedsięwzięciami mogącymi zawsze mocno oddziaływać na środowisko w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 3 października 2008 o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz.U. Nr 199 poz. 1227 z późn. zm) oddziałujących na strefę „A” ochrony uzdrowiskowej polami elektromagnetycznymi o poziomach wyższych niż dopuszczalne poziomy pól elektromagnetycznych- charakteryzowane przez dopuszczalne wartości parametrów fizycznych dla miejsc dostępnych dla ludności – określone na podstawie art. 122 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 – Prawo ochrony środowiska (Dz.U. 2008 Nr 25 poz. 150 z późn. zm.)
 - c) parkingów naziemnych o liczbie miejsc postojowych powyżej 50 z wyjątkiem pod-

ziemnych i naziemnych parkingów wielopoziomowych.

2. Wyrębu drzew leśnych i parkowych z wyjątkiem cięć pielęgnacyjnych i wyrębu określonego w planie urządzania lasu.
3. Budowy lub innych czynności o których mowa w ust. 1 punkt 1 lit. a) d) oraz pkt 2, 9, 11 i 12
4. W strefie „C” ochrony uzdrowiskowej zabrania się budowy lub innych czynności o których mowa w ust. 1 pkt. 1 lit. a), pkt. 9, 11 i 12 oraz w ust. 2 pkt. 2” [26].

Bardziej ogólnie, ale i bardziej wszechstronnie regulacje prawne na temat tego, czego w uzdrowisku nie wolno zawiera ostatni cytowany art. 50 cytowanej ustawy w brzmieniu:

„Kto:

1. utrudnia lub uniemożliwia prowadzenie oceny zgodności leczenia uzdrowiskowego z kierunkami leczniczymi o których mowa w art. 13 ust. 1,
2. utrudnia lub uniemożliwia prowadzenie nadzoru nad zachowaniem warunków leczniczych i środowiskowych warunkujących przyznanie i utrzymanie statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej,
3. będąc do tego zobowiązanym nie dostosowuje działalności zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do przepisów ustawy w wyznaczonym terminie lub nie usuwa stwierdzonych w toku kontroli nieprawidłowości,
4. będąc do tego zobowiązanym nie powiadamia pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w zaleceniach pokontrolnych o których mowa w art. 20 ust. 3 pkt. 1,
5. wbrew zakazowi prowadzi działalność lub wykonuje czynności o których mowa w art. 38a – podlega karze grzywny.” [27]

V. Przytaczając materiał faktograficzny z art. 50 analizowanej ustawy ujednoliconej, zweryfikowano ostatnią, piątą hipotezę badawczą mówiącą o tym, że za jakiegokolwiek uszkodzenie uzdrowiska grozi jedynie kara grzywny. Trzeba dodać, że jest to jedyny artykuł mówiący w tej ustawie o karze za uszkodzenie uzdrowiska.

Dyskusja

Zaczerpnięta z bazy ISAP ustawa zawiera artykuły pominięte przy umieszczeniu w bazie. Zatem badania przeprowadzone na podstawie zaczerpniętej z ISAP ustawy mogą zawierać lukę. Być może pominięte artykuły ustawy zawierają treści, które, gdyby Autor mógł je poznać, stawiłyby odpowiedzi na pytania badawcze w innym świetle.

Wnioski

1. Nie potwierdziła się przyjęta przez Autora hipoteza mówiąca o tym, że większa część aparatu pojęciowego polskiego prawodawstwa uzdrowiskowego mówi o ochronie dóbr naturalnych

- w uzdrowiskach. Chętnego Czytelnika należy odesłać do odpowiedniej strony w Internetowym Systemie Aktów Prawnych w celu zapoznania się z faktami, które są takie, że tylko 4 na 14 podstawowych pojęć w ustawie zawiera w definiensie lub definiendum założenie ochrony dóbr naturalnych w uzdrowiskach w Polsce.
2. Potwierdziła się druga z przyjętych przez Autora hipoteza mówiąca o tym, że w celu ochrony dóbr naturalnych w uzdrowiskach konieczne jest ich opisanie i klasyfikacja. Takie zadanie spełnia już jeden z warunków uznania danej miejscowości za uzdrowisko bądź obszar ochrony uzdrowiskowej to jest operat uzdrowiskowy danej miejscowości lub obszaru ochrony uzdrowiskowej.
 3. Potwierdziły się także oba człony trzeciej przyjętej przez Autora hipotezy mówiącej o tym, że:
 - a) ochrona uzdrowisk polskich jest tak ustrukturalizowana, że wydziela się strefy ochrony uzdrowiska i dla każdej strefy jest odpowiednia regulacja prawna,
 - b) za ochronę uzdrowisk polskich odpowiedzialny jest między innymi lekarz naczelny uzdrowiska i sama gmina.

Pierwsza część hipotezy potwierdziła się, gdyż stwierdzono w toku badań, że istnieją trzy strefy ochrony uzdrowiskowej, to jest strefa „A”, „B” i „C”, z których każda ma oddzielne regulacje prawne w temacie ochrony dóbr naturalnych tam się znajdujących.

Druga część trzeciej hipotezy mówiącej o tym kto jest odpowiedzialny za ochronę uzdrowiska także się potwierdziła. Istotnie odpowiedzialnymi są MIĘDZY INNYMI lekarz naczelny uzdrowiska i sama gmina uzdrowiskowa. To ważne stwierdzenie „MIĘDZY INNYMI” warunkujące potwierdzenie hipotezy. Okazało się bowiem w trakcie badań, że odpowiedzialnymi są TAKŻE minister właściwy do spraw zdrowia i pozostający mu do pomocy wojewoda odpowiedzialny za uzdrowiska na terenie swojego województwa. Gdyby stwierdzono, że odpowiada TYLKO gmina i lekarz naczelny uzdrowiska, to ta część trzeciej hipotezy by się nie potwierdziła.
 4. Potwierdziła się także czwarta hipoteza mówiąca o tym, czego w uzdrowisku nie wolno. Istotnie, tak jak Autor hipotetycznie założył, nie wolno czynić niczego zmierzającego do urbanizacji uzdrowiska oraz nie wolno czynić czegokolwiek zmierzającego do uniemożliwienia prawnej ochrony uzdrowiska, np. nie wolno nie informować ministra właściwego do spraw zdrowia o tym co dzieje się w uzdrowi-

sku (o ważnych wydarzeniach z życia miejscowości uzdrowiskowych).

5. Potwierdziła się także przyjęta przez Autora piąta hipoteza, mówiąca o tym, że za jakiegokolwiek uszkodzenie uzdrowiska w Polsce grozi jedynie kara grzywny. Mówi o tym jako jedyny art. 50 omawianej ustawy. W tym artykule to jedyna przewidywana za uszkodzenie uzdrowiska kara.

Piśmiennictwo

- [1] Guźlecki A. Rozwój i funkcje polskich uzdrowisk – rys historyczny od początku istnienia do roku 1989. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2012;4:340–344.
- [2] Guźlecki A. Tradycje dziecięcego lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce. W: *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 2011;2:83–92.
- [3] Ustawa z dnia 23 marca 1922 o uzdrowiskach, Dz.U. 1922 Nr 31 poz. 254.
- [4] Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 o uzdrowiskach i leczeniu uzdrowiskowym, Dz.U. 1966 Nr 23 poz. 150.
- [5] Ustawa z dnia 28 lipca 2005 o leczeniu uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Dz.U. 2005 Nr 167 poz. 1399 ujednoliconą z ustawą z dnia 4 marca 2011 o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych i niektórych innych ustaw, Dz.U. 2011 Nr 73 poz. 390.
- [6] Guźlecki A. Prawne aspekty współczesnego lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce, cz. 2, lata 1990–2012. W: *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2013;3: 191–198.
- [7] Ustawa z dnia 28 lipca 2005 o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Dz.U. 2005 Nr 167 poz. 1399 ujednoliconą z ustawą z dnia 4 marca 2011 o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych i niektórych innych ustaw, Dz.U. 2011 Nr 73 poz. 390:2.
- [8] *Ibidem*: 15–16.
- [9] *Ibidem*: 20.
- [10] *Ibidem*: 20.
- [11] *Ibidem*: 21–22.
- [12] *Ibidem*: 22.
- [13] *Ibidem*: 22–23.
- [14] *Ibidem*: 23–24.
- [15] *Ibidem*: 24.
- [16] *Ibidem*: 24.
- [17] *Ibidem*: 17–18.
- [18] *Ibidem*: 3.
- [19] *Ibidem*: 8.
- [20] *Ibidem*: 9–10.
- [21] *Ibidem*: 9.
- [22] *Ibidem*: 11.
- [23] *Ibidem*: 13.
- [24] *Ibidem*: 25.
- [25] *Ibidem*: 25.
- [26] *Ibidem*: 18–20.
- [27] *Ibidem*: 26.

adres do korespondencji

Artur Guźlecki
ul. Szosa Okrężna 6J/35, 87-100 Toruń
tel.: 519 111 260, e-mail: arturguzlecki2@wp.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 lub angielskim i przesyłany 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 e-mail).

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, materiały 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, materiały 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 czasopiśmiennictwa, 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 przesyłać 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)