Nr 4 (53) 2017

Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu
Polish Review of Health Sciences

Kwartalnik / Quarterly

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

RADA NAUKOWA / SCIENTIFIC COUNCIL
Przewodniczący Rady Naukowej:
dr n. med. Maciej Sobkowski (Poznań)

Członkowie:
prof. dr Andre Aeschlimann (Szwajcaria)
prof. Vincenzo Antonelli (Włochy)
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. Grażyna Iwanowicz-Palus (Lublin)
dr hab. Krystyna Jaracz (Poznań)
prof. Christina Köhlen (Niemcy)
prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz (Katowice)
prof. dr hab. Piotr Małkowski (Warszawa)
prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński (Warszawa)
prof. Wolfgang Müller (Szwajcaria)
prof. dr hab. Michał Musielak (Poznań)
prof. dr hab. Alfred Owoc (Lublin)
prof. Winfried Papenfuß (Austria)
dr hab. Paweł Rzymski (Poznań)
prof. dr hab. Stefan Sajdak (Poznań)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (Poznań)
prof. dr hab. Marian Sygit (Szczecin)
prof. dr hab. Jacek Szechiński (Wrocław)
prof. 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:
dr n. med. Maciej Sobkowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego:
prof. dr hab. Michał Musielak (nauki społeczne)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (fizjoterapia i reumatologia)
dr hab. Monika Urbaniak (organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (nauki biologiczne)
prof. dr hab. Maciej Wilczak (edukacja medyczna)
prof. dr hab. Jacek Wysocki (zdrowie publiczne)

Sekretarz Naukowy:
lek. med. Adam Malinger

Sekretarze Redakcji:
mgr Sylwia Kaczmarek
mgr Piotr Sobkowiak

Skład i łamanie:
Mirosława Zajączkowska

Korekta:
Barbara Błażejczak

Projekt okładki:
dr n. med. Maciej Sobkowski

Zdjęcia na okładce:
dr hab. Paweł Rzymski

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WYDAWCA / PUBLISHER
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ADRES REDAKCJI / ADDRESS
Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: 61 841 96 70, fax: 61 841 92 88
e-mail: przeglad@ump.edu.pl
strona internetowa: www.przeglad.ump.edu.pl

MNiSW 7 pkt

ISSN 1643-3203
e-ISSN 2544-283X

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. 22,0. Ark. druk. 22,4.
Format A4. Zam. nr 80/18.
Druk ukończono w marcu 2018.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Olga Wilgocka, Małgorzata Kampioni, Karolina Chmaj-Wierzchowska, Maciej Wilczak
Wiedza kobiet w ciąży na temat badań prenatalnych 397

Ewa Humeniuk, Olga Dąbska, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Krzysztof Zub
Stres – psychospołeczne zagrożenie zawodowe ratowników medycznych . . 402

Mieczysława U. Jurczyk, Karolina Chmaj-Wierzchowska, Lucyna Kasprzyk
Bezpieczeństwo radiacyjne personelu medycznego w diagnostyce niepłodności kobiecej metodą histerosalpingografii 409

Ewa Mędrela-Kuder, Marta Bogacka
Zachowania zdrowotne osób starszych w zależności od wskaźnika BMI 418

Krystyna Lach, Grażyna Dębska, Beata Baran
Ewolucja programu szczepień i poziom wyszczepienia w latach 1995–2011 wybranymi szczepionkami obowiązkowymi w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej działającym na terenie wiejskim w województwie małopolskim . . 424

Maciej Wilczak, Małgorzata Mizgier, Grażyna Jarząbek-Bielecka, Joanna Buks, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Monika Olejniczak, Anna Potasińska-Sobkowska, Mikołaj Sinica, Witold Kędzia
Wpływ ciąży i połogu na libido, nastrój i apetyt – retrospektywna analiza . . . 431

Maria Połocka-Molińska, Anna Molińska-Kulesza, Katarzyna Plagens-Rotman, Jolanta Swobodzińska
Jakość życia kobiet po mastektomii w trakcie chemioterapii 436

Maria Połocka-Molińska, Katarzyna Plagens-Rotman, Monika Pawlak
Wpływ masy ciała matki na przebieg ciąży, porodu oraz stan noworodka . . . 450

Agnieszka Sikorska, Wiktor Synoracki, Kornela Cieślik, Teresa Matthews-Brzozowska
Dokonana przez dzieci subiektywna ocena estetyki twarzy i uzębienia w aspekcie działań promujących zdrowie 462

Karolina Smutek, Aleksandra Kulik, Joanna Domagalska, Przemysław Nowak
Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem wśród nauczycieli akademickich 468

PRACE POGLĄDOWE

Martyna Wojdyło, Rafał Staszewski
Wpływ rodziny oraz mediów na kształtowanie zachowań żywieniowych u dzieci 480

Renata Banasiewicz, Elżbieta Antos, Magdalena Śniegocka
Wypalenie zawodowe jako konsekwencja stresu w pracy pielęgniarek oddziałów zabiegowych 488

Michał Chrobot, Aldona Kowalska, Stanisław Góźdź, Maciej Miszczuk, Łukasz Fortuna, Dagmara Mirowska-Guzel, Marek Postuła
Polski pakiet onkologiczny a regulacje w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów w wybranych krajach 496

Elżbieta Król-Pakulska, Cezary Pakulski
Rtęć – pierwiastek silnie toksyczny 508

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Małgorzata Mizgier, Ewa Szłyk, Mikołaj Sinica, Witold Kędzia, Maciej Wilczak
Problem diagnostyki gruczołów sutkowych w ginekologii wieku rozwojowego 514

Joanna Moćkun, Jolanta Olszewska, Jakub Pietrzak, Lucyna Wójcicka, Aleksandra Śliwińska
Diety wegetariańskie stosowane w okresie ciąży i laktacji 518

Nela Aleksandra Kameduła, Grażyna Bączek, Beata Pięta
Opieka laktacyjna nad kobietą po cięciu cesarskim zgodna z aktualną wiedzą medyczną 523

Katarzyna Turoń
Niepłodność w aspekcie opieki położniczej 531

Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Najczęstsze zagrożenia występujące podczas jazdy motocyklem 538

Iwona Wrześniewska-Wal, Bartosz Kobuszewski
Specjalista ze zdrowia publicznego w systemie opieki zdrowotnej 542

Contents

ORIGINAL PAPERS

Olga Wilgocka, Małgorzata Kampioni, Karolina Chmaj-Wierzchowska, Maciej Wilczak
Knowledge of pregnant women about prenatal examinations 397

Ewa Humeniuk, Olga Dąbska, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Krzysztof Zub
Stress – psychosocial work-related hazard among paramedics 402

Mieczysława U. Jurczyk, Karolina Chmaj-Wierzchowska, Lucyna Kasprzyk
Radiation safety of medical personnel in the diagnosis of female infertility by hysterosalpingography 409

Ewa Mędrela-Kuder, Marta Bogacka
Health behaviours of seniors depending on the BMI 418

Krystyna Lach, Grażyna Dębska, Beata Baran
Evolution of the immunization program and the level of its implantation in the years 1995–2011 using chosen obligatory vaccines in a non-public health care centre in the rural area of Malopolska region 424

Maciej Wilczak, Małgorzata Mizgier, Grażyna Jarząbek-Bielecka, Joanna Buks, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Monika Olejniczak, Anna Potasińska-Sobkowska, Mikołaj Sinica, Witold Kędzia
The impact of pregnancy and delivery at the libido, mood and appetite – retrospective analysis 431

Maria Połocka-Molińska, Anna Molińska-Kulesza, Katarzyna Plagens-Rotman, Jolanta Swobodzińska
Quality of life of women after the mastectomy and during the chemotherapy . 436

Maria Połocka-Molińska, Katarzyna Plagens-Rotman, Monika Pawlak
The influence of mother body weight on the pragnancy, childbirth and the condition of a new-born child 450

Agnieszka Sikorska, Wiktor Synoracki, Kornela Cieślik, Teresa Matthews-Brzozowska
Subjective assessment of the aesthetics of the face and teeth made by children in terms of health promotion activities 462

Karolina Smutek, Aleksandra Kulik, Joanna Domagalska, Przemysław Nowak
Level of stress and coping with stress among academic teachers 468

REVIEW PAPERS

Martyna Wojdyło, Rafał Staszewski
Children's nutrition behavirs – family and media influences 480

Renata Banasiewicz, Elżbieta Antos, Magdalena Śniegocka
Occupational burnout as a consequence of stress in the work of nurses from surgical wards 488

Michał Chrobot, Aldona Kowalska, Stanisław Góźdź, Maciej Miszczuk, Łukasz Fortuna, Dagmara Mirowska-Guzel, Marek Postuła
Polish oncology package and regulations in the diagnosis and treatment of cancer in selected countries 496

Elżbieta Król-Pakulska, Cezary Pakulski
Mercury – a highly toxic element 508

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Małgorzata Mizgier, Ewa Szłyk, Mikołaj Sinica, Witold Kędzia, Maciej Wilczak
The problem of breast glands diagnosis in gynecology of the adolescence. 514

Joanna Moćkun, Jolanta Olszewska, Jakub Pietrzak, Lucyna Wójcicka, Aleksandra Śliwińska
Vegetarian diets during pregnancy and lactation 518

Nela Aleksandra Kameduła, Grażyna Bączek, Beata Pięta
Evidence based lactation care after cesarean section 523

Katarzyna Turoń
Infertility in terms of maternity care 531

Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
The most common hazards that occur while driving a motorcycle 538

Iwona Wrześniewska-Wal, Bartosz Kobuszewski
Specialist in public health in the health care system 542

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

WIEDZA KOBIET W CIĄŻY NA TEMAT BADAŃ PRENATALNYCH

KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN ABOUT PRENATAL EXAMINATIONS

Olga Wilgocka[1], Małgorzata Kampioni[2], Karolina Chmaj-Wierzchowska[1, 2], Maciej Wilczak[2]

[1] absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.56

STRESZCZENIE

Wstęp. Terminem: diagnostyka prenatalna określa się wszystkie badania, zarówno nieinwazyjne, jak i inwazyjne, które wykonuje się przed narodzeniem dziecka.
Cel. Celem pracy było przedstawienie aktualnego stanu wiedzy kobiet w ciąży na temat badań prenatalnych, a także poruszenie aspektów prawnych, moralnych oraz etycznych związanych z diagnostyką prenatalną.
Materiał i metody. Realizację tematu przeprowadzono z wykorzystaniem literatury naukowej przedmiotu oraz artykułów przedstawiających stanowisko specjalistów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, a także za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.
Wyniki. Zaledwie 2% kobiet w ciąży nie ma wiedzy na temat badań prenatalnych, 83% badanych uważa, że badania prenatalne są bezpieczne dla płodu, 14% badanych nie wie, czy badania prenatalne są bezpieczne, a 3% uważa, że badania prenatalne są niebezpieczne. Najwięcej informacji na temat badań prenatalnych kobiety ciężarne czerpią z rozmowy z lekarzem, a także z Internetu i książek.
Wnioski. Wiedza oraz świadomość kobiet w ciąży na temat badań prenatalnych są wysokie.

Słowa kluczowe: badania prenatalne, ciąża, badania inwazyjne, badania nieinwazyjne, diagnostyka prenatalna.

ABSTRACT

Introduction. The term "prenatal diagnosis" defines all invasive and non-invasive tests that are performed before the child is born.
Aim. The purpose of this thesis is to present the current state of knowledge of pregnant women about prenatal examinations as well as the disturbance of the legal, moral and ethical aspects associated with prenatal diagnosis.
Material and methods. The subject of the work was carried out using the scientific literature of the subject and articles presenting the position of specialists of the Polish Gynecological Society as well as the author's questionnaire survey.
Results. Only 2% of pregnant women have no knowledge of prenatal examinations. 83% of respondents believe that prenatal tests are safe for the fetus, 14% do not know whether prenatal tests are safe and 3% believe that prenatal testing is dangerous. The most prenatal information a pregnant woman draws from a conversation with a doctor, as well as the internet and books.
Conclusions. The knowledge and awareness of pregnant women about prenatal examinations is high.

Keywords: prenatal examinations, pregnancy, invasive testing, non-invasive testing, prenatal diagnostics.

Wstęp

W ciągu ostatnich kilkunastu lat nastąpił wielki postęp w diagnostyce i terapii płodu. Dotyczy on możliwości terapii przedurodzeniowej, na którą składają się farmakoterapia bezpośrednia i pośrednia, a także chirurgiczne próby leczenia płodu wewnątrzmacicznie [1]. Widoczny jest również postęp w technologii medycznej. W terapii płodu wykorzystywane są aparaty nowej generacji, które umożliwiają poprzez obrazowanie wewnątrzmaciczne wykrycie znacznej części wad rozwojowych płodu. W przeszłości diagnostyka prenatalna nie była tak dobrze rozwinięta. Polegała ona na jak najszybszym rozpoznaniu wady rozwojowej lub choroby płodu i szybkim zakończeniu ciąży, by objąć noworodka intensywną terapią.

Terminem: diagnostyka prenatalna określa się zatem wszystkie badania, zarówno nieinwazyjne, jak i inwazyjne, które wykonuje się przed narodzeniem dziecka. Badania prenatalne umożliwiają wczesne wykrycie wad wrodzonych oraz chorób genetycznych, a także pomagają wyodrębnić kobiety ciężarne wysokiego ryzyka [2]. Celem badań prenatalnych jest umożliwienie leczenia wewnątrzmacicznego bądź też szybkie rozwiązanie ciąży w celu leczenia noworodka tuż po przyjściu na świat, a także psychiczne przygotowanie kobiety ciężarnej na urodzenie dziecka dotkniętego chorobą genetyczną lub wadą rozwojową. Wyróżnia się dwie grupy badań prenatalnych: nieinwazyjne oraz inwazyjne. Badania prenatalne nieinwazyjne są dostępne dla wszystkich kobiet w ciąży bez względu na

wiek. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG) zaleca, aby kobiety ciężarne miały wykonane co najmniej 3 badania USG. Badanie prenatalne inwazyjne wykonywane są ze wskazań wynikających z wcześniej wykonanych badań przesiewowych lub u kobiet z obciążonym wywiadem [3]. Do technik diagnostyki prenatalnej nieinwazyjnej możemy zaliczyć badanie USG oraz badanie surowicy krwi ciężarnej. Do badań inwazyjnych zalicza się amniopunkcję, biopsję kosmówki, kardocentezę oraz biopsję tkanek płodu, zwaną fetoskopią [4]. Badania prenatalne nieinwazyjne pozwalają jedynie oszacować, czy istnieje ryzyko wystąpienia choroby genetycznej lub wady wrodzonej u dziecka. Nieprawidłowy wynik badań nieinwazyjnych jest wskazaniem, by poszerzyć diagnostykę i wykonać badanie inwazyjne. Badania prenatalne inwazyjne dają podstawy do wykrycia choroby genetycznej [5].

Celem pracy było przedstawienie aktualnego stanu wiedzy kobiet w ciąży na temat badań prenatalnych, a także poruszenie aspektów prawnych, moralnych oraz etycznych związanych z diagnostyką prenatalną.

Materiał i metody

Badaniem zostało objętych 111 kobiet w ciąży. Ankiety przeprowadzone w poradni ginekologiczno-położniczej stanowiły 56 wyników badań, natomiast 55 wyników uzyskano za pomocą kwestionariusza umieszczonego w Internecie. Badanie przeprowadzono od października 2016 roku do stycznia 2017 roku za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, który zawierał 21 pytań zamkniętych. Ankieta zawierała 17 pytań jednokrotnej odpowiedzi oraz 4 pytania wielokrotnej odpowiedzi. Ankieta miała za zadanie sprawdzić, jaką wiedzę na temat badań prenatalnych mają respondentki. Kobiety były pytane m.in. o to, czy znają pojęcie badania prenatalnego, czy badanie prenatalne w ich opinii jest bezpieczne oraz co mogą wykazać badania nieinwazyjne oraz inwazyjne. Dodatkowo w ankiecie znalazła się metryczka z pytaniami o wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i liczbę posiadanych dzieci.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 111 kobiet w ciąży w przedziale wiekowym od 21 do 42 lat. Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w **tabeli 1**. Wiek matki powyżej 35. r.ż. zdaniem 84% kwalifikuje do programu badań prenatalnych; 76% badanych stwierdziło, że wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka kwalifikuje do programu; 68% stwierdziło, że wystąpienie strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka spełnia kryteria do włączenia do badania prenatalnego; 65% badanych uważa, że stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową kwalifikuje do wykonania badań prenatalnych; 82% uważa również, że stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu umożliwia uczestniczenie w programie badań prenatalnych. Wiedzę kobiet w ciąży na temat badań prenatalnych przedstawiono w **tabeli 2**, a na **rycinach 1** i **2** przedstawiono w formie graficznej odpowiedzi na pytania, czym jest test podwójny i test potrójny.

Dyskusja

Wady wrodzone to problem społeczny i ekonomiczny. Około 2–4% noworodków rodzi się z wadami, które są zasadniczą przyczyną zgonów, a także niepełnosprawności dzieci. W ostatnich latach wzrasta średni wiek kobiet rodzących. Według statystyk ciąża po 35. r.ż. niesie ze sobą większe ryzyko patologii płodu uwarunkowanej aberracją chromosomalną. Badania prenatalne umożliwiają wykrycie wielu wad oraz nieprawidłowości w przebiegu ciąży. Badania prenatalne wykonuje się w pierwszym i drugim trymestrze ciąży. Granicznym momentem, do którego możemy wykonać badanie prenatalne, jest 22. tydzień ciąży. Dzięki badaniom prenatalnym ciąża może być bezpiecznie leczona i prowadzona. Skutkiem leczenia wewnątrzmacicznego oraz rozwijającej się diagnostyki prenatalnej jakość opieki zdrowotnej kobiet w ciąży może się w dalszym ciągu poprawiać. Badania prenatalne inwazyjne niosą ze sobą niewielkie ryzyko poronienia.

Satysfakcjonującym wynikiem przeprowadzonych badań jest informacja o tym, że kobiety o diagnostyce prenatalnej dowiadują się głównie od lekarza. Według ustawy o badaniach prenatalnych kobieta ciężarna ma prawo do uzyskania informacji o tych badaniach. Zdarza się, że lekarze nie dostarczają pacjentkom informacji o możliwości wykonania badań prenatalnych, co stanowi zachowanie naganne i jednocześnie uchybia należytej staranności lekarskiej. Każda pacjentka powinna świadomie brać udział w procesie diagnostyczno-leczniczym, a informowanie jej o możliwych badaniach powinno być obowiązkiem każdego lekarza. Z szacunku dla pacjentki kobieta w ciąży powinna posiąść wiedzę, czy u jej dziecka występuje zwiększone ryzyko choroby genetycznej. Ciężarna ma prawo także przygotować się na możliwość urodzenia chorego dziecka lub zdecydować o dalszym przebiegu ciąży zgodnie z przysługującym jej prawem. Testy przesiewowe to badania małego ryzyka, które często uspokajają pacjentkę oraz zmniejszają stres związany z obawą o potomstwo

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

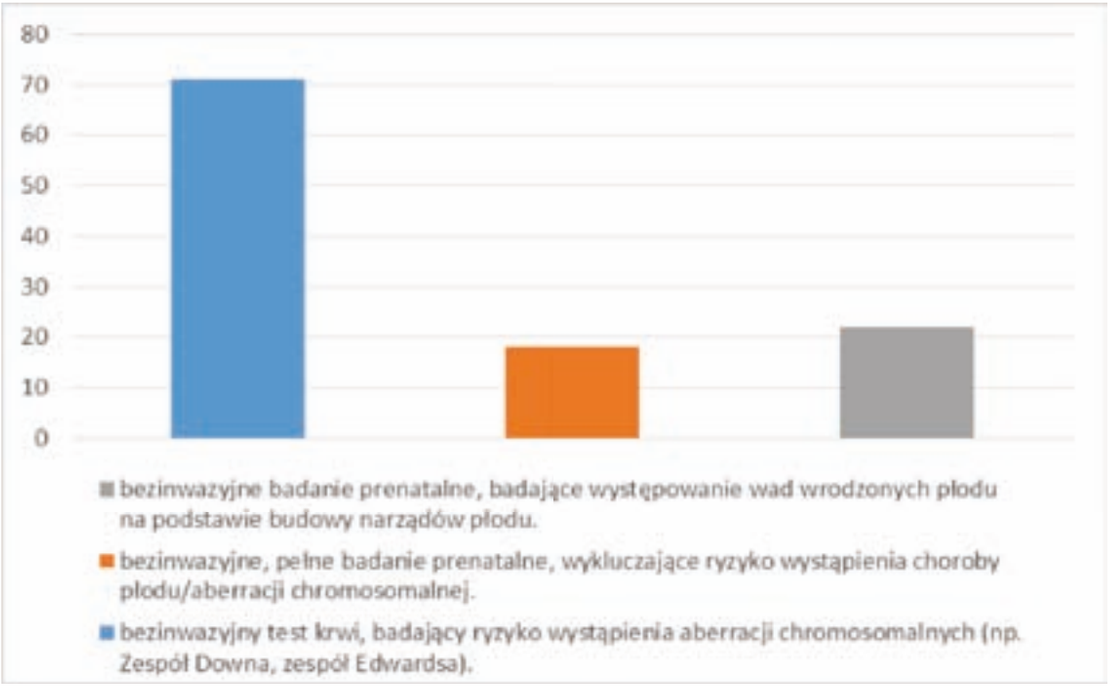
		Liczba	%
Wiek [lata]	21–27	36	33
	28–34	58	52
	35–42	17	15
Miejsce zamieszkania	wieś	17	15
	miasto do 10 tys. mieszkańców	7	6
	miasto od 10 do 50 tys. mieszkańców	11	10
	miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców	22	22
	miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	54	49
Wykształcenie	podstawowe	0	0
	średnie	13	12
	niepełne wyższe	32	29
	wyższe	66	59
Stan cywilny	mężatka	86	78
	związek partnerski	17	15
	niezamężne	7	6
	rozwiedzione	1	1
Liczba posiadanych dzieci	0	59	53
	1 dziecko	41	37
	2 dzieci	8	7
	3 dzieci	2	2
	4 i więcej dzieci	1	1
Liczba poronień	0	90	81
	1	16	14
	2	5	5

Tabela 2. Wiedza ciężarnych kobiet na temat badań prenatalnych

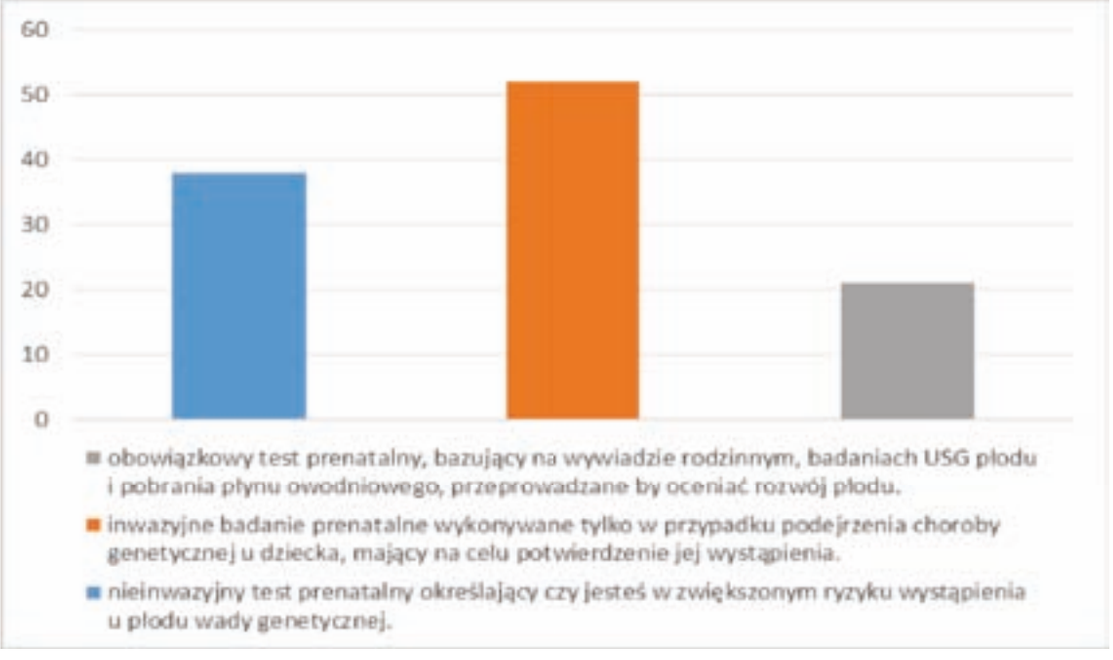
		Liczba	%
Czy badanie prenatalne jest bezpieczne?	TAK	92	83
	NIE	3	3
	NIE WIEM	16	14
Czy lekarz poinformował o możliwości wykonania badania prenatalnego?	TAK	88	79
	NIE	23	21
Czy badania nieinwazyjne w 100% wykluczają patologię płodu?	TAK	11	10
	NIE	75	68
	NIE WIEM	25	22
Czy wiedza o badaniach prenatalnych w Polsce jest dobrze rozpowszechniona?	TAK	3	3
	NIE	94	85
	NIE WIEM	13	12
Czy prawidłowy wynik badania prenatalnego wyklucza wadę płodu?	NIE	59	53
	TAK	33	30
	NIE WIEM	19	17

u pacjentki, który większości ciężarnych towarzyszy przez całą ciążę. Tymczasem wynik oraz wiedza, którą można zdobyć, wpływają korzystnie na więź matki i rozwijającego się dziecka. A to następnie oddziałuje pozytywnie na poród i macierzyństwo.

Polskie regulacje prawne w dziedzinie badań prenatalnych zawierają informacje dotyczące przede wszystkim dostępności badań. Wskazują również, jakie działania są dopuszczalne oraz niedopuszczalne [1]. Badania prenatalne w Polsce są możliwe, a lekarz prowadzący ciążę ma



Rycina 1. Czym jest test podwójny?



Rycina 2. Czym jest test potrójny?

obowiązek poinformować o nich pacjentkę oraz skierować ją na takie badania, jeśli istnieją do tego wskazania medyczne. W większości przypadków badania prenatalne nie wykazują żadnych nieprawidłowości w rozwoju płodu, mogą one potwierdzić i uspokoić mamę, że dziecko prawidłowo się rozwija. W przypadku gdy badania prenatalne wykażą nieprawidłowości, wiedza o tych nieprawidłowościach może dać szansę na szybkie działanie i ratowanie zdrowia i życia dziecka. Poprawa jakości opieki perinatalnej, realizacja programu badań prenatalnych, a także realizacja programu kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej umożliwiają ciągłą poprawę opieki

zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem, a także prowadzą do obniżenia wskaźnika umieralności okołoporodowej i noworodkowej.

Podsumowując powyższą pracę, można stwierdzić, że wiedza oraz świadomość kobiet w ciąży na temat badań prenatalnych są wysokie, a najwięcej informacji na temat badań prenatalnych kobiety ciężarne czerpią m.in. z rozmowy z lekarzem.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Frączek P, Jabłońska M, Pawlikowski J. Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(2): 103–109.
2. Bręborowicz GH. Ciąża wysokiego ryzyka. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 2006. 547.
3. Wojtyłko-Gołowkin A, Bagłaj M, Wojtyłko A. Diagnostyka prenatalna wad wrodzonych. Puls Uczelni. 2014; 28.
4. Bręborowicz GH. Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 2005. 72.
5. Wojtowicz E, Rychlik U, Marszałek A. Diagnostyka prenatalna – teraźniejszość i przyszłość. Diagn Lab. 2014; 50(1): 71–74.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Karolina Chmaj-Wierzchowska
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
e-mail: kzmid@gpsk.am.poznan.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

STRES – PSYCHOSPOŁECZNE ZAGROŻENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

STRESS – PSYCHOSOCIAL WORK-RELATED HAZARD AMONG PARAMEDICS

Ewa Humeniuk[1], Olga Dąbska[1], Katarzyna Pawlikowska-Łagód[2], Krzysztof Zub[1]

[1] Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2] Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.57

STRESZCZENIE

Wstęp. Stres uważany jest za jeden z głównych determinantów wpływających destruktywnie na środowisko pracy. Stres w pracy to główne zagrożenie dla zdrowia oraz bezpieczeństwa pracowników niemalże wszystkich profesji. Ostatnimi czasy szczególną uwagę kieruje się na pracowników służby zdrowia.
Cel. Celem artykułu była ocena stresu zawodowego ratowników medycznych pracujących w samodzielnych stacjach pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego na terenie Polski wschodniej.
Materiał i metody. Narzędziami badawczymi były autorska ankieta stworzona na potrzeby pracy oraz Kwestionariusz Subiektywnej Oceny Pracy autorstwa Dudka i wsp. Badania przeprowadzono na grupie 50 ratowników medycznych.
Wyniki. Poziom stresu odczuwanego przez badanych ratowników medycznych jest wysoki. Czynniki takie jak: wiek, płeć, stan cywilny, poziom wykształcenia, warunki socjalno-bytowe, miesięczna pensja, staż pracy, możliwość utraty zatrudnienia nie rzutują na natężenie stresu zawodowego w badanej grupie. Z kolei obsada karetek, jak i szeroko pojęte warunki pracy ratownika medycznego wpływają na odczuwanie stresu zawodowego.
Wnioski. Niezbędne jest wdrożenie względem przedstawicieli służby zdrowia strategii prewencyjnych, których priorytetem będzie minimalizowanie częstotliwości występowania objawów stresu oraz zjawiska wypalenia zawodowego.

Słowa kluczowe: stres, ochrona zdrowia, ratownicy medyczni, syndrom wypalenia zawodowego, psychospołeczne zagrożenia zawodowe.

ABSTRACT

Introduction. Stress is considered to be one of the main determinants affecting workplace in a negative way. Stress in workplace is the main health and security hazard for workers of almost every profession. Lately special focus was put on the health service workers.
Aim. The aim of the article was assessment of occupational stress medical rescuers working on the Standalone Ambulance Service and Sanitary Transport Stations in the area of eastern Polish.
Material and methods. Authorial survey created for this work and Subjective Work Assessment Questionnaire were the research tools. The survey was conducted on the group of 50 paramedics.
Results. The level of stress experienced by the respondents was high. Factors such as age, sex, marital status, education levels, social and living conditions, the monthly salary, work experience, the possibility of loss of employment does not impinge on the intensity of occupational stress in the study group. The cast of ambulances and broadly defined working conditions affect the perception of occupational stress.
Conclusions. It is necessary to implement preventive strategies, which priority will be to minimize the frequency of stress symptoms and the phenomenon of burnout syndrome among paramedics.

Keywords: stress, healthcare, medical rescuers, burnout syndrome, psychosocial work-related hazards.

Wstęp

Stres uważany jest za jeden z głównych determinantów wpływających destruktywnie na środowisko pracy. Stres w pracy to główne zagrożenie dla zdrowia oraz bezpieczeństwa pracowników niemalże wszystkich profesji. Szczególną uwagę ostatnimi czasy kieruje się na pracowników służby zdrowia. Z racji zainteresowań badawczych autorzy pragną przeanalizować profesję ratownika medycznego pod kątem szerokiego spektrum stresorów zawodowych.

Cel pracy

Celem podjętych badań była próba poznania czynników stresogennych, na które narażeni są ratownicy medyczni pracujący w samodzielnych stacjach pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego Polski wschodniej, i wpływu stresu na pracę tej grupy zawodowej. Głębszemu wyjaśnieniu postawionego celu posłużą odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie cechy zawodu ratownika medycznego i zdarzenia w pracy w największym stopniu generują stres zawodowy?

2. Czy istnieje związek między czynnikami socjodemograficznymi, jak wiek, płeć, stan cywilny, warunki socjalno-bytowe, miesięczna pensja ratownika medycznego, a narażeniem na stres zawodowy?
3. Czy kwalifikacje zawodowe, obsada karetek pogotowia i staż pracy w zawodzie ratownika medycznego mają wpływ na narażenie na stres w pracy?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na grupie 50 ratowników medycznych, pracujących w samodzielnych stacjach pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego w Lublinie, Zamościu, Świdniku i Tomaszowie Lubelskim. Respondentów poinformowano o istocie badań i ich anonimowym charakterze, poproszono o udzielanie szczerych i przemyślanych odpowiedzi.

W badaniu wzięło udział 8 kobiet (16%) i 42 mężczyzn (84%). Ankietowani reprezentowali kategorie wiekowe: do 40 lat – 68% (n = 34), ≥ 41 lat – 32% (n = 16), przy czym najmłodszy respondent miał 23 lata, a najstarszy – 55 lat. Ponad połowa (56%, n = 28) respondentów była w formalnym związku. Pozostali (44%, n = 22) badani byli stanu wolnego. Uczestnicy badania w 38% (n = 19) pochodzili ze wsi, w 62% (n = 31) – z miasta, przy czym w dużym stopniu mieszkali wspólnie z rodziną (76%, n = 38). Badanych poproszono o dokonanie samooceny warunków socjalno-bytowych. Najczęściej (72%, n = 36) oceniano je jako dobre. Zdecydowana mniejszość deklarowała bardzo dobre (22%, n = 11) lub złe (6%, n = 3) warunki socjalno-bytowe. Aczkolwiek aż 76% (n = 38) badanych przyznało, że otrzymywana pensja jest za niska w stosunku do ich potrzeb. Niewiele ponad połowa (52%, n = 26) badanych ukończyła liceum lub studium medyczne. Z kolei 48% (n = 24) ukończyło studia licencjackie bądź magisterskie. Najliczniejszą grupą (40%, n = 20) byli ankietowani ze stażem pracy w zawodzie ratownika medycznego wynoszącym powyżej 10 lat. Mniej liczne były grupy z krótszym doświadczeniem zawodowym. Mianowicie 36% (n = 18) stanowiły osoby z 3–10-letnim i 24% (n = 12) – z 2-letnim doświadczeniem.

Przeprowadzając badania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz, do którego dołączono metryczkę z pytaniami o czynniki socjodemograficzne. W kwestionariuszu znajdowały się pytania dotyczące m.in. stażu zawodowego, obsady karetek pogotowia, zadowolenia z warunków pracy, stresorów zawodowych, sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Pytania miały charakter zamknięty i półotwarty, a ankietowani mogli udzielić przeważnie jednej odpowiedzi. Drugim wykorzystanym narzędziem był Kwestionariusz Subiektywnej Oceny Pracy autorstwa Dudka i wsp., przeznaczony do pomiaru indywidualnego poczucia stresu zawodowego. Narzędzie składa się z 50 stwierdzeń opisujących różne cechy pracy, opatrzonych 5-stopniową skalą Likerta, określającą poziom, w jakim dana cecha jest uciążliwa, irytująca, stresująca. W kwestionariuszu wyodrębniono następujące czynniki stresogenne: poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy, brak nagród w pracy, poczucie niepewności wywołane organizacją pracy, kontakty społeczne, poczucie zagrożenia, uciążliwości fizyczne, nieprzyjemne warunki pracy, brak kontroli, brak wsparcia, poczucie odpowiedzialności. Proces obliczania wyników rozpoczyna się od zsumowania wszystkich punktów uzyskanych przez daną osobę w całym kwestionariuszu. Następnie wyniki surowe przekształca się według dołączonej do narzędzia tabeli na skalę stenową. Normy stenowe wyników ogólnych Kwestionariusza Subiektywnej Oceny Pracy przedstawiają się następująco: a) 1–4 – poziom niski, gdzie wyniki surowe wynoszą 65–80, b) 5–6 – poziom średni, wyniki surowe mieszczą się w przedziale 81–101, c) 7–10 – poziom wysoki, wyniki surowe wynoszą ≥ 102 [1].

Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 12 i programu Microsoft Office Excel. Posłużono się testem c2 i t-studenta. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Wyniki

Zdecydowana większość (84%, n = 42) ankietowanych postrzega zawód ratownika medycznego jako stresującą profesję. Spośród sytuacji generujących najsilniejsze emocje ankietowani wymienili wypadek z udziałem dziecka (66%, n = 33), poród (18%, n = 9), katastrofę lub wypadek o charakterze masowym (10%, n = 5). Za silnie stresujące uznano braki kadrowe, gdyż zdaniem 72% (n = 36) obsada karetek jest niewystarczająca. Jednocześnie ponad połowa (54%, n = 27) ankietowanych odczuwa zagrożenie utraty pracy. Niepokojące jest, że badani nigdy nie korzystali z porad specjalistów w związku z doświadczanym stresem. Ankietowanych poproszono o udzielenie odpowiedzi na pytanie „Czy w miejscu pracy prowadzone są spotkania na temat sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych?". Z dokonanej analizy wynika, iż niestety 76% (n = 38) ankietowanych nie miało możliwości uczestnictwa w specjalistycznych zajęciach poświęconych tematyce sytuacji trudnych. Godne podkreślenia jest, iż żaden z badanych nie zażywał środków farmakologicznych, dążąc do rozładowania stresu doświadczanego w pracy. Ankietowani w dużej mierze (86%, n = 43) są zadowoleni

z warunków pracy i odczuwają satysfakcję (98%, n = 49) z racji wykonywanego zawodu.

Drugim zastosowanym narzędziem był Kwestionariusz Subiektywnej Oceny Pracy. Średni ogólny wskaźnik stresu w badanej grupie ratowników medycznych wyniósł 115,5 (wynik najniższy – 78, najwyższy – 183). Wartości mieściły się w granicach 4–10 stena, przy czym aż u 64% (n = 32) badanych oszacowano stres jako wysoki (**Tabela 1**).

Niezależnie od wieku i płci poziom stresu zawodowego badanych był wysoki. Jednakże najwyższe jego natężenie zgłaszane było przez osoby płci męskiej i do 40. r.ż. Wykazano, że badani stanu wolnego odczuwali stres częściej niż

Tabela 1. Poziom stresu zawodowego wśród ratowników medycznych oszacowany na podstawie wyników Kwestionariusza Subiektywnej Oceny Pracy

Poziom stresu	n	%	Średni poziom stresu	SD
Niski	1	2%	115,5	28,98
Średni	17	34%		
Wysoki	32	64%		

n – liczebność, % – odsetek, SD – odchylenie standardowe

Tabela 2. Poziom natężenia stresu oszacowany na podstawie autorskiego kwestionariusza w zależności od czynników: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie

Zmienna	Poziom natężenia stresu						Analiza statystyczna	
	niski		średni		wysoki			
	n	%	n	%	n	%	χ2	p
Wiek								
do 40 lat	1	3%	15	44%	18	53%	5,7	n.i.
powyżej 41 lat	0	0%	2	12,5%	14	87,5%		
Płeć								
kobieta	0	0%	3	37,5%	5	62,5%	0,228	n.i.
mężczyzna	1	3%	14	33%	27	64%		
Stan cywilny								
osoby stanu wolnego	0	0%	5	23%	17	77%	5,59	n.i.
mężatka/żonaty	1	4%	13	46%	14	50%		
Wykształcenie								
liceum i studium medyczne	0	0%	9	35%	17	65%	4,89	n.i.
studia licencjackie i magisterskie	1	4%	8	33%	15	63%		

n – liczebność, % – odsetek, p – poziom istotności, χ2 – wynik testu chi-kwadrat, n.i. – nieistotne statystycznie

Tabela 3. Wyniki Kwestionariusza Subiektywnej Oceny Pracy z uwzględnieniem wieku, płci, stanu cywilnego, wykształcenia

Zmienna	$\bar{x}$	SD	Analiza statystyczna	
			t	p
Wiek				
do 40 lat	2,10	1,17	0,012	n.i.
powyżej 41 lat	2,098	1,19		
Płeć				
kobieta	2,11	1,06	0,01	n.i.
mężczyzna	2,10	1,20		
Stan cywilny				
osoby stanu wolnego	2,06	1,09	0,01	n.i.
mężatka/żonaty	2,14	1,24		
Wykształcenie				
liceum i studium medyczne	2,08	1,25	-0,0387	n.i.
studia licencjackie i magisterskie	2,14	1,08		

x – średnia ważona, SD – odchylenie standardowe, t – wynik testu t-studenta, p – poziom istotności, n.i. – nieistotne statystycznie

ci będący w związku małżeńskim. Silne natężenie stresu zgłaszane było przez ankietowanych niezależnie od poziomu wykształcenia. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych zależności między wiekiem, płcią, stanem cywilnym, poziomem wykształcenia a natężeniem stresu ratowników medycznych (**Tabele 2, 3**).

Niezależnie od miesięcznego wynagrodzenia i samooceny warunków socjalno-bytowych u badanych występował wysoki poziom stresu. Największe natężenie sytuacji trudnych występowało w grupie osób z dobrymi warunkami socjalno-bytowymi i niewystarczającą pensją. Jednocześnie nie wykazano istotnych statystycznie zależności między wysokością pensji i oceną warunków życia a poziomem stresu (**Tabele 4, 5**).

Porównywalny wysoki poziom stresu wykazali ratownicy medyczni reprezentujący różny staż pracy. Nie stwierdzono istotnych zależności w wysokości stresu w zależności od doświadczenia zawodowego. Wykazano, iż obsada karetek ma duże znaczenie dla natężenia stresu, co potwierdza przeprowadzona analiza statystyczna ($p < 0,05$). Znacznie częściej silny stres doskwierał grupie badanych, którzy uważali, że obsada karetek jest za mała. Wśród sytuacji generujących duży stres badani wymieniali najczęściej wypadek masowy i z udziałem dziecka. Jednak nie wykazano związku między rodzajem sytuacji wywołujących stres w pracy a jego poziomem. Duże znaczenie w niwelowaniu stresu przypisuje się prowadzeniu rozmów o trudnych sytuacjach zawodowych. Brak spotkań o tematyce antystresowej istotnie oddziałuje na wysokość odczuwalnego stresu ($p = 0,001$) (**Tabele 6, 7**).

Udowodniono, że wyższy poziom stresu występuje u osób niezadowolonych z warunków pracy. Analiza statystyczna wykazała istotne statystyczne zależności między warunkami pracy a poziomem stresu ($p < 0,05$). Silny stres odczuwali badani bez względu na zagrożenie utratą pracy, toteż analiza statystyczna nie wykazała zależności pomiędzy poczuciem zagrożenia utratą pracy a natężeniem stresu (**Tabele 8, 9**).

Dyskusja

Stres uważany jest za jedno z najbardziej rozpowszechnionych zagrożeń środowiska pracy. Dane uzyskane na

Tabela 4. Poziom natężenia stresu oszacowany na podstawie autorskiego kwestionariusza w zależności od miesięcznej pensji i samooceny warunków socjalno-bytowych

Zmienna	Poziom natężenia stresu						Analiza statystyczna	
	niski		średni		wysoki			
	n	%	n	%	n	%	χ2	p
Miesięczna pensja								
wystarczająca do moich potrzeb	0	0%	4	33%	8	67%	2,25	n.i.
zbyt niska do moich potrzeb	1	3%	13	34%	24	63%		
Warunki socjalno-bytowe								
bardzo dobre	1	9%	4	36%	6	55%	5,39	n.i.
dobre	0	0%	11	31%	25	69%		
złe	0	0%	2	67%	1	33%		

n – liczebność, % – odsetek, p – poziom istotności, χ2 – wynik testu chi-kwadrat, n.i. – nieistotne statystycznie

Tabela 5. Wyniki Kwestionariusza Subiektywnej Oceny Pracy z uwzględnieniem miesięcznej pensji i samooceny warunków socjalno-bytowych

Zmienna	$\bar{x}$	SD	Analiza statystyczna	
			t	p
Miesięczna pensja				
wystarczająca do moich potrzeb	2,06	1,10	-0,055	n.i.
zbyt niska do moich potrzeb	2,11	1,20		
Warunki socjalno-bytowe				
bardzo dobre	1,98	1,24	-0,19	n.i.
dobre	2,15	1,17	0,03	
złe	1,97	0,85	0,003	

x – średnia ważona, SD – odchylenie standardowe , t – wynik testu t-studenta, p – poziom istotności, n.i. – nieistotne statystycznie

podstawie przeprowadzonych badań potwierdzają, że ratownicy medyczni narażeni są na stres w związku z aktywnością zawodową. Odczuwany przez badaną grupę stres mieścił się w granicach 4–10 stena. Podobnych obserwacji dokonali Rybojad i wsp. Ich zdaniem praca ratownika niesie ryzyko licznych, zagrażających życiu sytuacji, będących źródłem wielu dolegliwości zdrowotnych. Zdaniem badaczy problem stresu zawodowego ratowników medycznych jest niedoceniany. Zespół badał wpływ czynników socjodemograficznych na rozwój zespołu stresu pourazowego (PTSD) u ratowników. Częstość występowania PTSD w badanej grupie wynosiła 40%, przy czym częściej diagnozowano go u kobiet i osób o niższym poziomie wykształcenia. Wykazano, że polscy ratownicy mają wysoki wskaźnik PTSD [3].

Tabela 6. Oszacowany na podstawie autorskiego kwestionariusza poziom natężenia stresu w zależności od stażu pracy, obsady karetek, stresujących sytuacji, prowadzenia rozmów na temat stresu

Zmienna	Poziom natężenia stresu						Analiza statystyczna	
	niski		średni		wysoki			
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Staż pracy w zawodzie								
do 2 lat	0	0%	5	42%	7	58%	2,27	n.i.
od 3 do 10 lat	1	5%	5	28%	12	67%		
powyżej 10 lat	0	0%	7	35%	13	65%		
Obsada karetek pogotowia								
za mała	0	0%	12	33%	24	67%	21,5	0,05
wystarczająca	1	8%	5	35%	8	57%		
Sytuacja powodująca najsilniejsze emocje								
katastrofa/wypadek masowy	0	0%	1	20%	4	80%	1,93	n.i.
wypadek z udziałem dziecka	1	3%	11	33%	21	64%		
poród	0	0%	4	44%	5	56%		
inne	0	0%	1	33,3%	2	66,6%		
Prowadzenie rozmów w miejscu pracy na temat sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych								
czasami	0	0%	6	50%	6	50%	9,79	0,001
nigdy	1	3%	11	29%	26	68%		

n – liczebność, % – odsetek, p – poziom istotności, χ^2 – wynik testu chi-kwadrat, n.i. – nieistotne statystycznie

Tabela 7. Wyniki Kwestionariusza Subiektywnej Oceny Pracy z uwzględnieniem stażu pracy w zawodzie, obsady karetek, stresujących sytuacji, prowadzenia rozmów na temat stresu

Zmienna	$\bar{x}$	SD	Analiza statystyczna	
			t	p
Staż pracy w zawodzie				
do 2 lat	2,14	1,00	-0,0077	n.i.
od 3 do 10 lat	2,15	1,29	0,08	
powyżej 10 lat	2,03	1,16	0,09	
Obsada karetek pogotowia				
za mała	4,20	1,23	0,65	n.i.
wystarczająca	2,00	1,02		
Sytuacja powodująca najsilniejsze emocje				
katastrofa/wypadek masowy	2,13	1,19	0,05	n.i.
wypadek z udziałem dziecka	2,09	1,14	0,04	
poród	1,97	1,29	-0,15	
inne	2,29	1,13	-0,09	
Prowadzenie rozmów w miejscu pracy na temat sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych				
czasami	2,11	1,14	0,01	n.i.
nigdy	2,10	1,19		

x – średnia ważona, SD – odchylenie standardowe, t – wynik testu t-studenta , p – poziom istotności, n.i. – nieistotne statystycznie

Donnelly i wsp. uważają, że pracownicy pogotowia ratunkowego narażeni są na liczne stresory. Badacze podkreślają znaczenie wsparcia od współpracowników, przyjaciół, członków rodziny oraz sugerują prowadzenie treningów relaksacyjnych w miejscu pracy, które pomogłyby złagodzić PTSD [4]. Clompus i Albarran ustalili, że poziom stresu doświadczanego przez ratowników medycznych nasilił się w ostatnich latach. Mimo to tematyka nie została jak dotąd dobrze zbadana, a ratownikom oferuje się niewystarczający do skali problemu zakres pomocy. Pracownicy pogotowia celem redukowania stresu stosują zazwyczaj metody nieformalne oparte na wsparciu ze strony rodziny i przyjaciół oraz wykorzystaniu humoru [5]. W badaniach Leblanc i wsp. niejednokrotnie podkreślono, iż stresory towarzyszące ratownikom medycznym mogą prowadzić do problemów ze zdrowiem psychicznym. Badacze uważają, że konieczne jest popularyzowanie systemów wsparcia i interwencji szkoleniowych mających na celu psychiczne przygotowanie ratowników, którzy pełniąc swoje obowiązki, napotykają na stresory [6]. Potwierdzeniem istnienia takiej konieczności są wyniki badań własnych, gdyż tylko 24% ankietowanych miało możliwości uczestnictwa w specjalistycznych zajęciach poświęconych tematyce sytuacji trudnych. Badani nigdy nie korzystali z porad specjalistów w związku z odczuwanym stresem.

O stresie ratowników medycznych mówi się już podczas samego procesu kształcenia. Kennedy, Kenny, O'Meara podkreślają istotną rolę ratowników medycznych w opiece zdrowotnej, jednocześnie dowodząc, że przekształcenie się studenta w profesjonalnego ratownika jest bardzo stresujące. Sanitariusze wchodzący na rynek pracy są narażeni na kontakt z pełnym zakresem ludzkich emocji, szkód i cierpienia, co stanowi część ich codziennej pracy [7]. W opinii Ogłodek i Araszkiewicz obsada karetek pogotowia ratunkowego wystawiona jest na liczne niebezpieczeństwa i szkodliwe czynniki, wpływające obciążająco na zdrowie psychiczne i fizyczne. Praca, jaką wykonują ratownicy medyczni, naraża ich na ciągły stres związany z odpowiedzialnością za czynności zabiegowe, które ratują i podtrzymują życie chorego [8]. Zdaniem Bartczaków źródeł stresu zawodowego ratownika medycznego należy upatrywać w organizacji pracy. Wymieniono tu zwłaszcza nieregularny i zmianowy charakter pracy połączony z długotrwałymi okresami napięcia emocjonalnego, ograniczoną przewidywalność reakcji ze strony pacjenta, konieczność podejmowania szybkich działań, przemęczenie fizyczne [9]. Kolejnym stresorem jest poczucie niepewności, wynikające z wątpliwości co do słuszności dokonywanych wyborów, powątpiewania we własne umiejętności. Czynnikiem obciążającym jest także system wynagrodzeń [10]. W badaniach własnych stwierdzono, że największy stres u ankietowanych ratowników generują katastrofa, wypadek masowy czy też wypadek z udziałem dziecka ($p = 0,95$). Duże obciążenie stanowią zagrożenie utraty

Tabela 8. Poziom natężenia stresu oszacowany na podstawie autorskiego kwestionariusza w zależności od zadowolenia z warunków pracy, zagrożenia utraty pracy

Zmienna	Poziom natężenia stresu						Analiza statystyczna	
	niski		średni		wysoki			
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Zadowolenie z warunków pracy								
zadowolony/a	1	3%	13	30%	29	67%	34,94	0,05
niezadowolony/a	0	0%	2	29%	5	71%		
Zagrożenie utraty pracy								
tak	0	0%	8	30%	19	70%	0,973	n.i.
nie	1	4%	9	39%	13	57%		

n – liczebność, % – odsetek, p – poziom istotności, χ^2 – wynik testu chi-kwadrat, n.i. – nieistotne statystycznie

Tabela 9. Wyniki Kwestionariusza Subiektywnej Oceny Pracy z uwzględnieniem zadowolenia z warunków pracy, zagrożenia utraty pracy

Zmienna	$\bar{x}$	SD	Analiza statystyczna	
			t	p
Zadowolenie z warunków pracy				
zadowolony/a /	2,07	1,14	-0,05	n.i.
niezadowolony/a /	2,26	1,38		
Zagrożenie utraty pracy				
tak	2,10	1,25	0,06	n.i.
nie	1,99	1,07		

x – średnia ważona, SD – odchylenie standardowen, t – wynik testu t-studenta, p – poziom istotności, n.i. – nieistotne statystycznie

pracy (p = 0,06), niewystarczająca obsada karetek (p < 0,05), a także nieproporcjonalne do włożonego wysiłku i warunków pracy wynagrodzenie.

Bogstrand i wsp. dokonali oceny spożywania alkoholu, narkotyków i medykamentów wśród ratowników narażonych na działanie stresu. Badani przyznali się do nadużywania alkoholu w 6,8%, leków w 5,5%, co uznano za niski poziom [11]. W badaniach własnych żaden z ankietowanych nie zażywał środków farmakologicznych, dążąc w ten sposób do rozładowania stresu doświadczanego w pracy.

W badaniach Ślusarskiej i wsp. niski poziom nasilenia stresu zgłosiło 32,62% badanych. Wykazano, że osoby starsze i z dłuższym stażem pracy charakteryzują się wyższym poziomem stresu. Nie istniał związek między natężeniem stresu a płcią badanych ratowników. Ponad połowa respondentów za najbardziej stresogenny czynnik w swojej pracy uznała obecność dzieci wśród ofiar [12]. W badaniach Bryant i Harvey wykazano, iż traumatyczne zdarzenia, takie jak masowe katastrofy, duże pożary oraz wypadki z udziałem niemowląt i dzieci, powodują niepokój psychiczny u znacznej liczby pracowników służb ratowniczych [13]. Zbliżone były rezultaty badań własnych. Tylko 16% badanych uważa zawód ratownika za mało stresujący. Płeć nie miała wpływu na odczuwanie stresu zawodowego. A jako jeden z głównych stresorów wskazano na wypadek z udziałem dziecka.

Podsumowanie i wnioski

Na podstawie przedstawionego krytycznego przeglądu literatury i analizy badań własnych można stwierdzić, iż niezbędne jest wdrożenie względem przedstawicieli służby zdrowia strategii prewencyjnych, których priorytetem będzie minimalizowanie częstotliwości występowania objawów stresu oraz zjawiska wypalenia zawodowego w grupie ratowników medycznych.

1. Poziom stresu odczuwanego przez badanych ratowników medycznych jest wysoki. Wskazuje to na potrzebę wsparcia tej grupy zawodowej i zwiększenia w niej umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach.
2. Czynniki takie jak wiek, płeć, stan cywilny, poziom wykształcenia, warunki socjalno-bytowe, miesięczna pensja, staż pracy, możliwość utraty zatrudnienia nie rzutują na poziom natężenia stresu zawodowego w badanej grupie.
3. Obsada karetek oraz szeroko pojęte warunki pracy ratownika medycznego wpływają na poziom odczuwanego stresu zawodowego.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Dudek B, Waszkowska M, Merecz D, Hanke W. Ochrona pracowników przed skutkami stresu zawodowego. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2004.
2. Potocka A. Narzędzia kwestionariuszowe stosowane w diagnozie psychospołecznych zagrożeń zawodowych – przegląd metod. Med Pracy. 2012; 63(2): 237–250.
3. Rybojad B, Aftyka A, Baran M, Rzońca P. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Polish Paramedics: A Pilot Study. J Emerg Med. 2016; 50(2): 270–276.
4. Donnelly EA, Bradford P, Davis M, Hedges C, Klingel M. Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics. CJEM. 2016; 18(3): 205–212.
5. Clompus SR, Albarran JW. Exploring the nature of resilience in paramedic practice: A psycho-social study. Int Emerg Nurs. 2015; doi: 10.1016/j.ienj.2015.11.006.
6. Leblanc VR, Regehr C, Tavares W, Scott AK, Macdonald R, King K. The impact of stress on paramedic performance during simulated critical events. Prehosp Disaster Med. 2012; 27(4): 369–374.
7. Kennedy S, Kenny A, O'Meara P. Student paramedic experience of transition into the workforce: A scoping review. Nurse Educ Today. 2015; 35(10): 1037–1043.
8. Ogłodek E, Araszkiewicz A. Przewlekły i pourazowy stres w zawodzie ratownika medycznego. Pol Merk Lek. 2011; 31(182): 97–99.
9. Bartczak M, Bartczak M. Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego. Rocz Nauk Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej. 2010; 5: 7–17.
10. Żurowska-Wolak M, Wolak B, Mikos M, Juszczyk G, Czerw A. Stress and a burn-out syndrome at work among paramedics. J Educ Health Sport. 2015; 5(7): 43–50.
11. Bogstrand ST, Skogstad L, Ekeberg Ø. The association between alcohol, medicinal drug use and post-traumatic stress symptoms among Norwegian rescue workers after the 22 July twin terror attacks. Int Emerg Nurs. 2016; doi: 10.1016/j.ienj.2016.03.003.
12. Ślusarska B, Nowicki G, Jędrzejewicz D. Poziom odczuwanego stresu i czynniki stresogenne na stanowisku pracy ratownika medycznego. Piel XXI w. 2014; 1(46): 11–18.
13. Bryant RA, Harvey AG. Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. J Trauma Stress. 1996; 9: 51–62.

Zaakceptowano do edycji: 2017-10-09
Zaakceptowano do publikacji: 2017-10-30

Adres do korespondencji:
Olga Dąbska
Gózd Lipiński 49A
23-425 Biszcza
tel. kom.: 511 413 167
e-mail: olga49a@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

BEZPIECZEŃSTWO RADIACYJNE PERSONELU MEDYCZNEGO W DIAGNOSTYCE NIEPŁODNOŚCI KOBIECEJ METODĄ HISTEROSALPINGOGRAFII

RADIATION SAFETY OF MEDICAL PERSONNEL IN THE DIAGNOSIS OF FEMALE INFERTILITY BY HYSTEROSALPINGOGRAPHY

Mieczysława U. Jurczyk[1], Karolina Chmaj-Wierzchowska[1], Lucyna Kasprzyk[2]

[1] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Zakład Elektroradiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.58

STRESZCZENIE

Wstęp. Histerosalpingografia polega na podaniu środka cieniującego do jamy macicy i jajowodów za pomocą aparatu Schulzego lub cewnika z balonikiem uszczelniającym. Wykorzystując strumień wiązki promieniowania rentgenowskiego (X), skierowany w badaniu w obszar diagnozowany u pacjentki, możemy uzyskać obrazy diagnostyczne podlegające ocenie. Wiązka promieniowania i jej sposób podania mają decydujący wpływ na wielkość dawki promieniowania obciążającej badaną pacjentkę, a także na lekarza wykonującego badanie.
Cel. Celem pracy była ocena narażenia personelu medycznego obsługującego stanowisko w diagnostyce histerosalpingografii.
Materiał i metody. W pracy badawczej przeanalizowano w okresie 5 lat grupę lekarzy narażonych na promieniowanie jonizujące przy diagnozowaniu pacjentów techniką HSG w Pracowni Radiologii Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego w Poznaniu. Oceniono dawkę promieniowania u lekarza obsługującego stanowisko; zbadano obszar najbardziej eksponowany w trakcie diagnostyki.
Wyniki. W grupie 69 lekarzy przeanalizowano wielkości dawek równoważnych podanych na dłonie w trakcie jednego badania. Oceniono narażenie u poszczególnych lekarzy w okresie roku, a także w okresie 5 kolejnych lat.
Dyskusja. Wykazano, że sposób i technika dystrybucji dawki promieniowania X z aparatu diagnostycznego w badaniu HSG nie narażają lekarza obsługującego stanowisko z pacjentem. Promieniowanie ma poziom bezpieczny, nie przekracza poziomu narażenia określonego w procedurach roboczych i w przepisach dotyczących ochrony radiologicznej.

Słowa kluczowe: diagnostyka radiologiczna, dawka równoważna, narażenie na promieniowanie X.

ABSTRACT

Introduction. Hysterosalpingography is based on the administration of a shading agent to the uterine cavity and fallopian tubes using Schulze apparatus or a catheter with a sealing balloon. Using an X-ray beam (X) directed at the diagnosed area of the patient, diagnostic images are obtained for evaluation. The radiation beam and its mode of administration have a decisive influence on the radiation dose to which the patient and the physician performing the test are exposed.
Aim. The aim of the study was to assess the exposure of medical staff performing the hysterosalpingography diagnostics.
Material and methods. In the recent work, a group of physicians exposed to ionizing radiation in the period of 5 years, performing diagnostics on patients with HSG technique in the Laboratory of Gynecological and Obstetric Radiology of the Clinical Hospital in Poznań, were included in the study. Radiation dose, to which the physicians were exposed, on the area most exposed in the examination was evaluated.
Results. Equivalent doses administered on palms during one study of sixty nine physicians were analyzed. The exposure of the individual physicians was evaluated during one year period and also during the five years one.
Discussion. It has been shown that the method and technique of X-ray dose distribution from a diagnostic apparatus in an HSG exposes the physician performing the diagnostics to a safe level not exceeding the exposure level specified in the working procedures and radiological protection regulations.

Keywords: radiation safety, equivalent dose, exposure to radiation X.

Wstęp

Histerosalpingografia (HSG) polega na podaniu środka cieniującego do jamy macicy i jajowodów za pomocą aparatu Schulzego lub cewnika z balonikiem uszczelniającym. Wykorzystując wiązkę promieniowania rentgenowskiego (X) skierowaną podczas badania na obszar diagnozowany u pacjentki, możemy uzyskać obrazy diagnostyczne podlegające ocenie. Wiązka promieniowania oraz sposób jej podania mają decydujący wpływ na wielkość dawki promieniowania obciążającej badaną pacjentkę. Podczas wykonywania badania jest obciążony również lekarz obsługujący stanowisko do badań HSG dawką promieniowania jonizującego.

W grupie zawodowego narażenia na generowane ze sztucznych źródeł promieniowanie jonizujące, najliczniejsze grono stanowią osoby narażone na promieniowanie RTG [4]. „Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie dawek granicznych promieniowa-

nia jonizującego" (Dz.U. z 2005 r. Nr 20, poz. 168) określa wielkości dawek stosowane w ocenie narażenia zawodowego oraz sposób dokonywania ich oceny dla personelu medycznego.

Przepisy wyraźnie precyzują tzw. dawki graniczne dla pracowników, które stosowane są w kontrolowanej działalności zawodowej. Określają je jako dawki skuteczne (efektywne):

- na całe ciało – 20 mSv/rok

oraz jako dawki równoważne:

- dla soczewek oczu – 150 mSv/rok,
- dla skóry – 500 mSv/rok (jako średnia wartość dla dowolnej powierzchni 1 cm^2 napromienionej części skóry),
- a także dla dłoni, przedramion, stóp i podudzi – 500 mSv/rok.

Dla porównania dla osób z ogółu ludności dawki te wynoszą odpowiednio:

- dawka skuteczna na całe ciało – 1 mSv/rok,
- dawka równoważna dla soczewek oczu – 15 mSv/rok,
- dawka równoważna dla skóry – 50 mSv/rok.

Wszystkie te dawki odnosi się do roku kalendarzowego [2, 3, 5]. Dawka efektywna pozwala oszacować całkowite ryzyko kancerogenezy i ułatwia jej porównanie dla poszczególnych narządów [6].

Personel medyczny pracujący w narażeniu na promieniowanie jonizujące zostaje przydzielony przez kierownika jednostki organizacyjnej do określonej kategorii narażenia A lub B.

Na podstawie „Ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe" (z późniejszymi zmianami) pracownik przydzielony do kategorii A to taki, który może być narażony na dawkę skuteczną promieniowania w ciągu roku powyżej 6 mSv lub na dawkę równoważną, która przekracza trzy dziesiąte dawek granicznych dla soczewek oczu, skóry i kończyn. Pracownik przydzielony do kategorii B może być narażony na dawkę skuteczną promieniowania w ciągu roku powyżej 1 mSv lub na dawkę równoważną, która przekracza jedną dziesiątą dawek granicznych dla soczewek oczu, skóry i kończyn [3, 7]. Dla pracowników kategorii A stosuje się kontrolę indywidualną, a dla pracowników kategorii B – kontrolę środowiska pracy [3, 8].

Dla ochrony osób narażonych zawodowo założono, iż każda, nawet najmniejsza, dawka promieniowania ma działanie kancerogenne wg hipotezy liniowej przyjętej w roku 1959 przez Międzynarodową Komisję Ochrony Radiologicznej (ICRP). Wraz ze wzrostem tej dawki wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia skutków deterministycznych. Stąd należy optymalizować warunki, w jakich wykonywane są badania, czyli oceniać ryzyko i zapewniać odpowiedni poziom jakości wykonywania badań oraz określać dawki indywidualne, czyli dla personelu wyznaczać właśnie dawki graniczne [9, 10]. W 1965 roku ICRP określiła rodzaje skutków późnych (somatycznych) i wprowadziła pojęcie ryzyka radiacyjnego [11].

Stosowanie niektórych metod diagnostyki radiologicznej wymaga bezpośredniej obecności personelu przy pacjencie podczas wykonywania badania. Podczas wykonywania takich badań bardzo ważną funkcję pełni dozymetria, która wskazuje, jaką dawkę promieniowania otrzymali osoba wykonująca badanie oraz sam pacjent. Pozwala to monitorować wielkość otrzymanej dawki i zapobiegać w razie potrzeby negatywnym skutkom oddziaływania promieniowania na żywy organizm.

Badanie radiologiczne, jakim jest HSG, pozwala oceniać wady rozwojowe macicy badanej pacjentki. Jest także stosowane w diagnostyce niepłodności. Umożliwia ocenę zmian patologicznych w jamie macicy, takich jak zrosty, przegrody, mięśniaki czy polipy.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepłodność jako niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia płciowego, bez stosowania środków zapobiegawczych [12]. W celu ustalenia przyczyny niepłodności wykonuje się diagnostykę, w tym również obrazową. Jednym z badań radiologicznych wykonywanych w diagnostyce niepłodności kobiecej jest właśnie histerosalpingografia. Podczas jej wykonywania narażenie na promieniowanie jonizujące dotyczy zarówno pacjentki, jak i personelu medycznego wykonującego badanie.

HSG traktowane jest jako jedno z podstawowych badań w wykrywaniu przyczyn niepłodności [13]. Badanie to wykonywane jest przez lekarza ginekologa. Podczas badania pierwotna wiązka promieniowania wychodzi z lampy rentgenowskiej i przechodzi przez ciało pacjentki, ulegając osłabieniu, dając efekt w postaci obrazu radiologicznego – zdjęcia oraz prześwietlenia. Celem poprawy kontrastu na obrazie podawany jest środek cieniujący do jamy macicy przez lekarza. Podczas wykonywania badania bezpośrednio na działanie promieniowania jonizującego narażone są dłonie lekarza.

Indywidualną kontrolą dawek otrzymywanych przez skórę rąk określa „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2006 r. w sprawie szczególnych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi" [2–4, 14].

Cel pracy

Celem pracy była ocena narażenia lekarzy na promieniowanie jonizujące w trakcie wykonywania badania diagnostycznego HSG u pacjentek. Określono dawkę promieniowania w okresie kolejnych 5 lat (2011–2015).

Materiał i metody

Przeanalizowano dawki graniczne równoważne na dłonie otrzymane przez 69 lekarzy wykonujących badanie HSG u pacjentek. Analiza dawek dotyczyła poszczególnych lat, od 2011 do 2015 roku, oraz dawek sumarycznych u poszczególnych lekarzy dla wskazanego okresu 5-letniego.

Wielkość dawek równoważnych uzyskano z przeliczenia DAP, dzięki wykorzystaniu wskazań komory jonizacyjnej systemu AEC, rejestrowanych podczas badań u poszczególnych pacjentek szpitala. Do analizy statystycznej pomiarów wykorzystano program Microsoft Excel 2010.

Metoda obejmowała ocenę wielkości dawek granicznych równoważnych otrzymanych przez poszczególnych lekarzy, dla każdego roku z analizowanego przedziału czasowego, oraz analizę wielkości dawki uśrednionej otrzymanej podczas pojedynczego badania. Analizie poddano otrzymaną dawkę promieniowania u lekarza na obszar najbardziej eksponowany w badaniu.

Wyniki

U każdego z 69 lekarzy stanowiących analizowaną grupę określono ilość wykonanych badań HSG w ciągu roku i w okresie łącznie kolejnych 5 lat.

Najliczniejszą grupę stanowili lekarze, którzy wykonali od 11 do 100 badań w okresie kolejnych 5 lat. Lekarze, którzy wykonali największą ilość badań (powyżej 500), stanowili około 1% z analizowanej grupy (**Rycina 1**).

W badanej grupie byli lekarze, którzy w analizowanym okresie corocznie wykonywali badania radiologiczne (32%) oraz tacy, którzy z różnych przyczyn mieli krótsze bądź dłuższe przerwy w wykonywaniu badań HSG (68%).

W każdym z analizowanych lat określono wielkość dawki równoważnej podanej na dłonie u poszczególnych lekarzy. Na podstawie analizy stwierdzono, iż żaden z nich nie przekroczył dawki granicznej przewidzianej przepisami [3].

W roku 2011 analizowano dawki równoważne na dłonie 47 osób (**Rycina 2**).

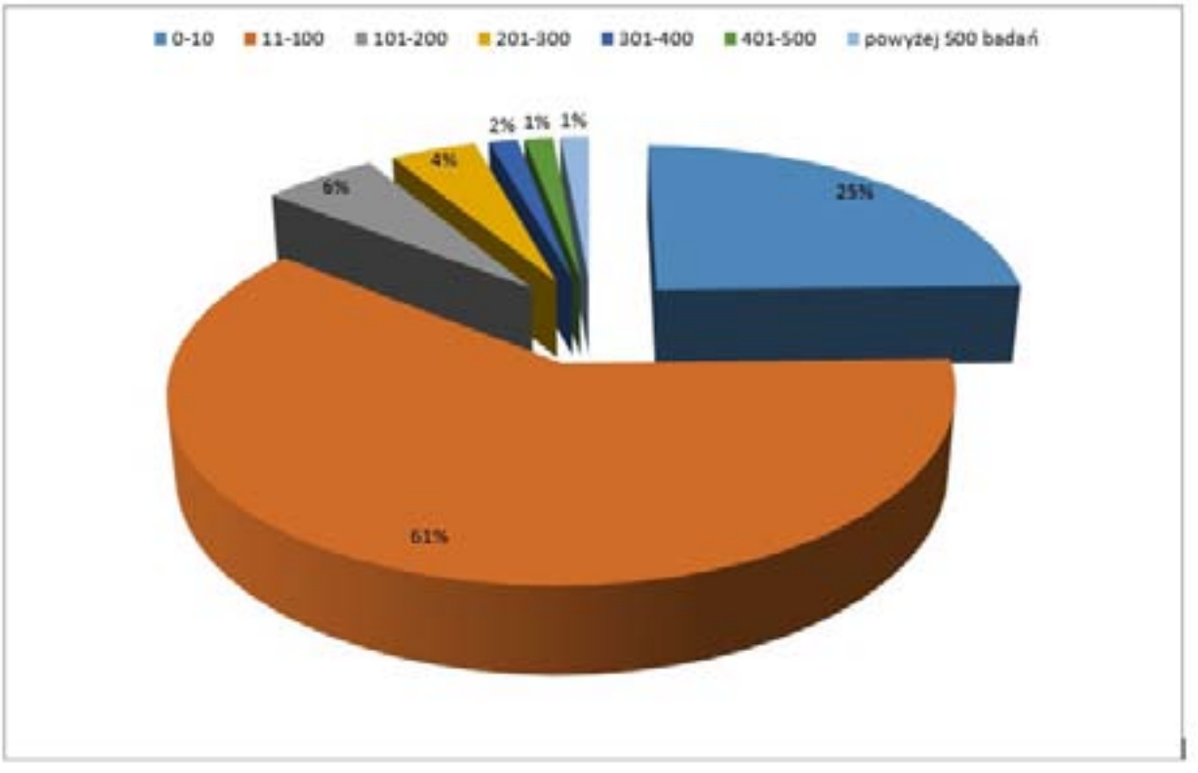
W roku 2012 analizowano dawki równoważne na dłonie 44 osób (**Rycina 3**).

W roku 2013 analizowano dawki równoważne na dłonie dla 54 osób (**Rycina 4**).

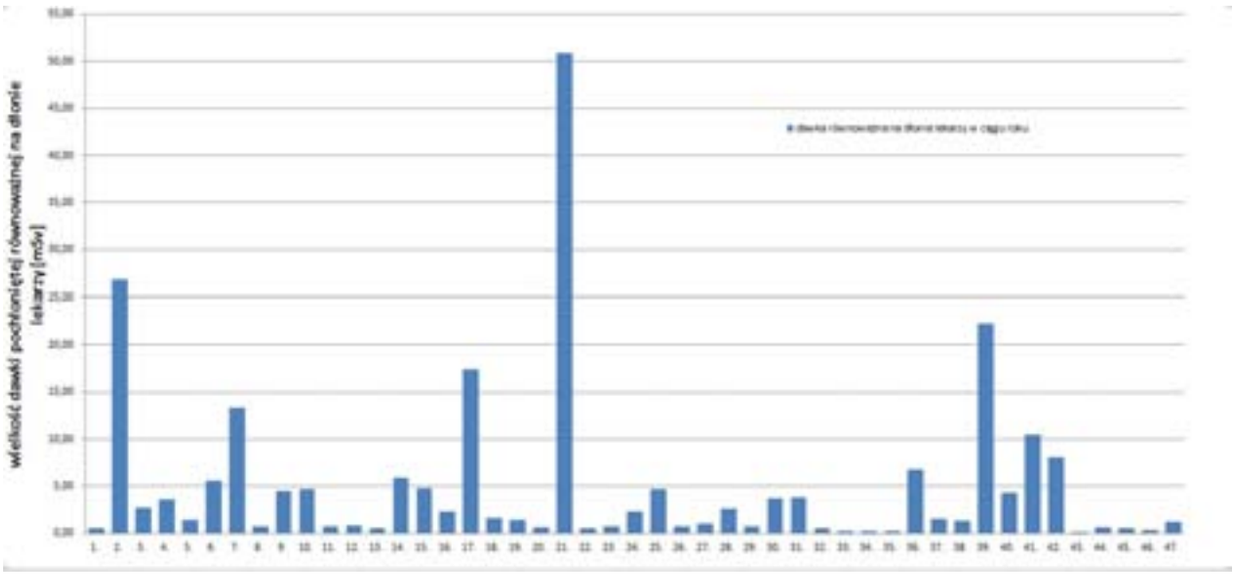
W roku 2014 analizowano dawki równoważne na dłonie dla 51 osób (**Rycina 5**).

W roku 2015 analizowano dawki równoważne na dłonie dla 41 osób (**Rycina 6**).

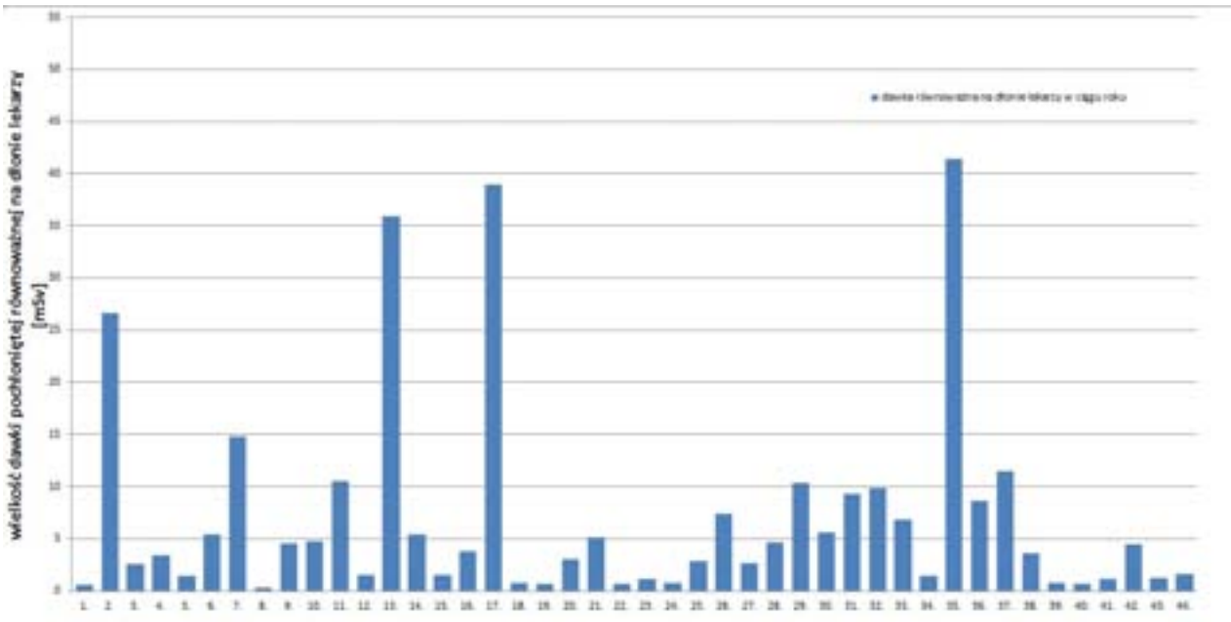
Podczas wykonywania badania histerosalpingografii dawka promieniowania, jaką otrzyma lekarz, zależy od oceny sytuacji pacjenta, np. od rodzaju wad rozwojowych pacjentki czy jej samopoczucia w trakcie badania oraz od budowy jej ciała.



Rycina 1. Ilość badań HSG wykonanych przez lekarzy w ciągu 5 lat (2011–2015)



Rycina 2. Wielkość dawki pochłoniętej równoważnej [mSv] na dłonie lekarzy w 2011 roku



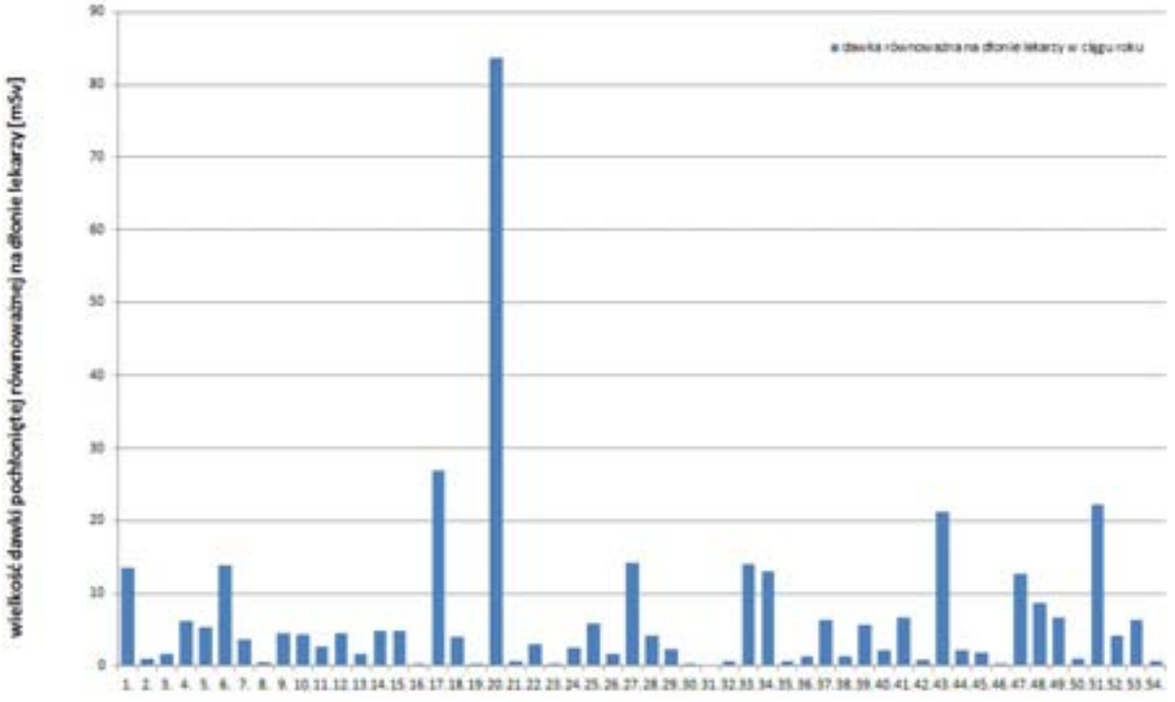
Rycina 3. Wielkość dawki pochłoniętej równoważnej [mSv] na dłonie lekarzy w 2012 roku

Na tej podstawie obliczono dawkę uśrednioną, która przypada na jedno badanie, aby móc porównać wielkości dawek otrzymywanych przez poszczególnych lekarzy. Lekarze zostali przydzieleni do grup, które określono na podstawie wartości dawki przypadającej na jedno badanie. Wysokość słupka na przedstawionych histogramach pokazuje, jak liczna jest grupa osób, która została do niej przypisana (**Ryciny 7–11**).

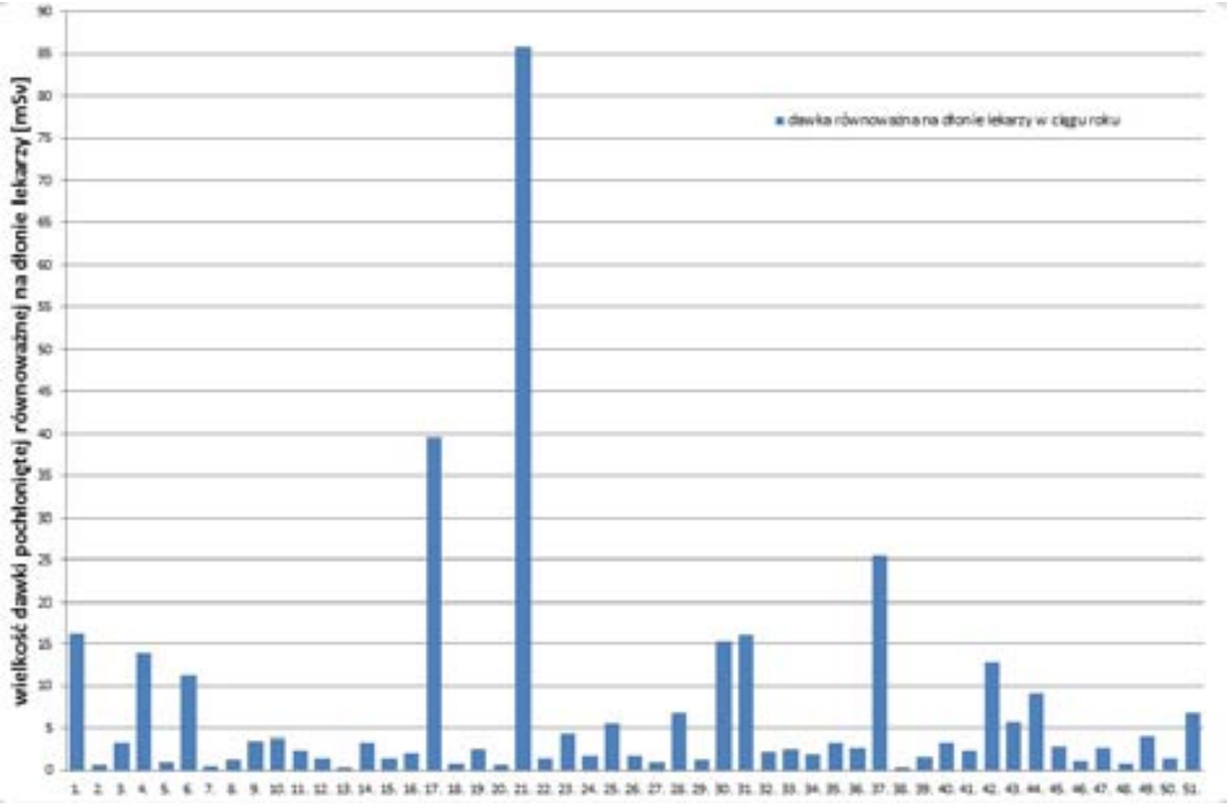
Zgodnie z przepisami ochrony radiologicznej dawka równoważna obciążająca w trakcie badania personel medyczny lekarski analizowana jest również łącznie dla okresu 5-letniego (**Rycina 12**).

Dyskusja

Na podstawie przedstawionej analizy wykazano, iż promieniowanie jonizujące, na jakie są narażeni lekarze wy-

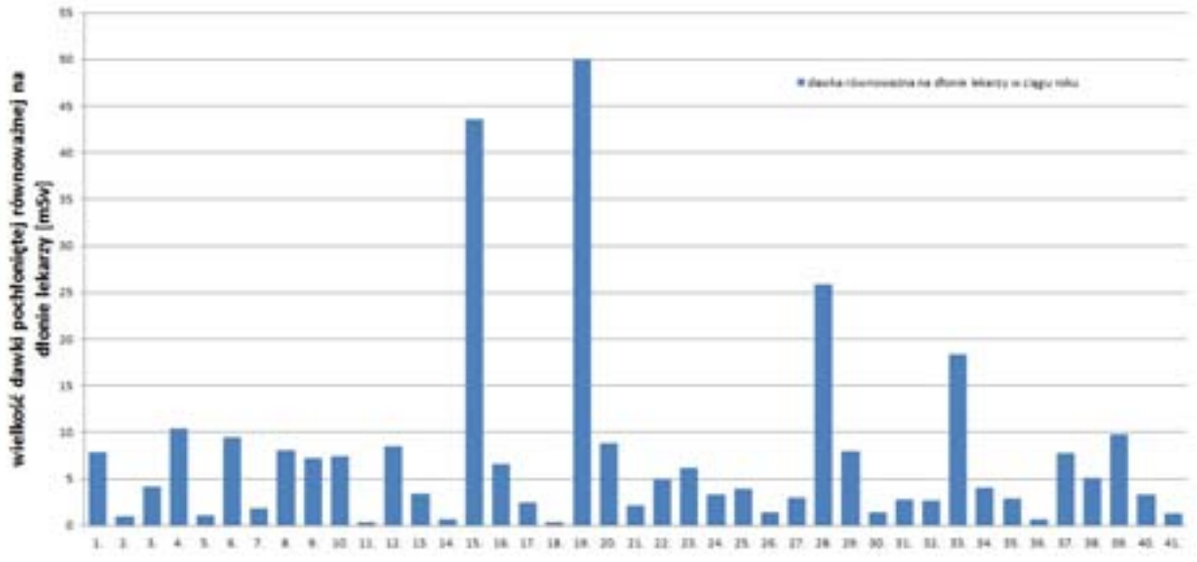


Rycina 4. Wielkość dawki pochłoniętej równoważnej [mSv] na dłonie lekarzy w 2013 roku

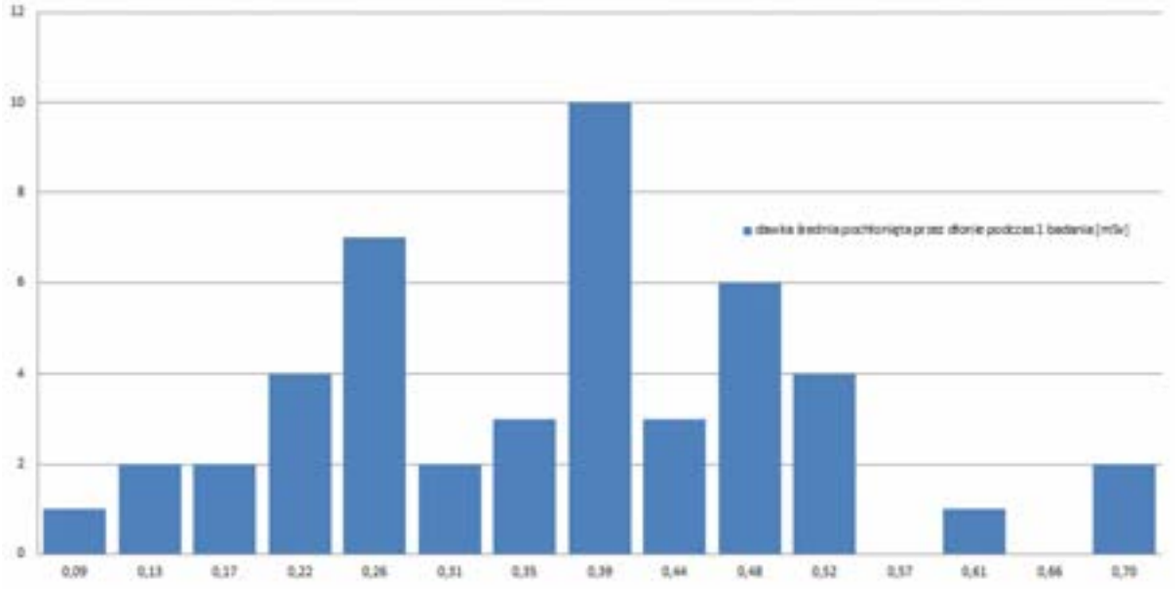


Rycina 5. Wielkość dawki pochłoniętej równoważnej [mSv] na dłonie lekarzy w 2014 roku

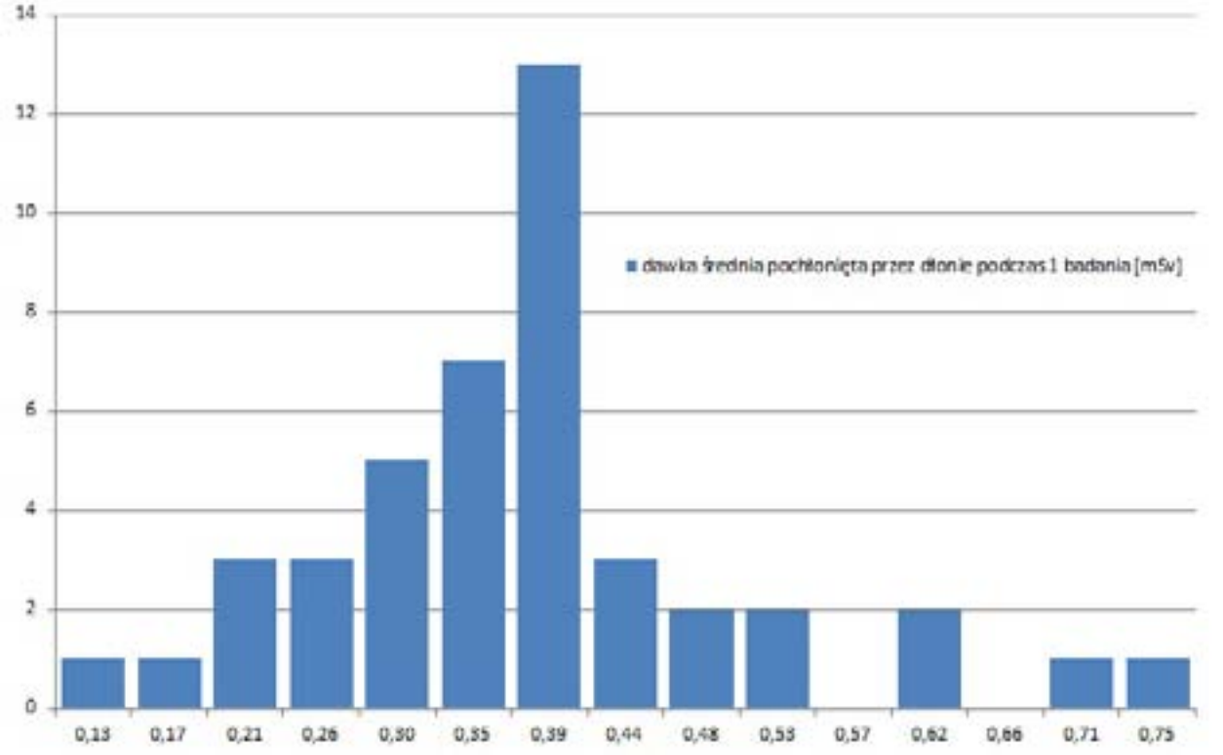
konujący badania HSG w Pracowni Radiologii Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przy ul. Polnej 33, ma poziom bezpieczny, nie przekracza poziomu narażenia liczo-



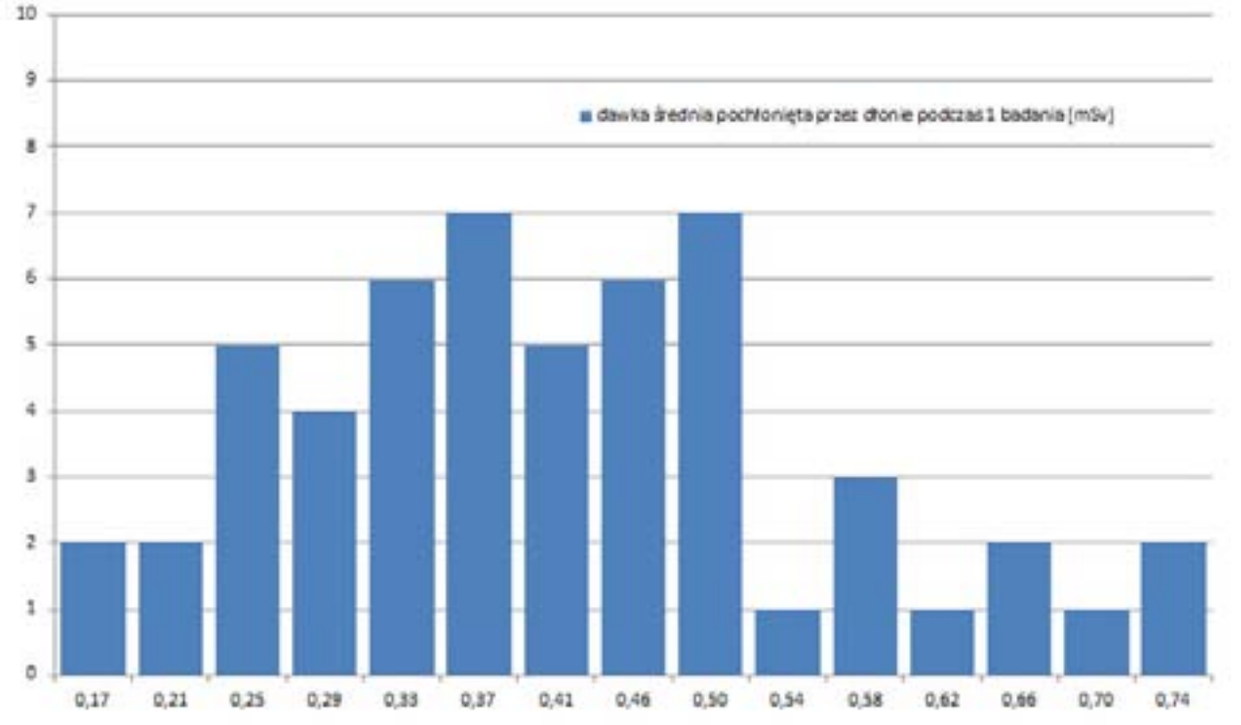
Rycina 6. Wielkość dawki pochłoniętej równoważnej [mSv] na dłonie lekarzy w 2015 roku



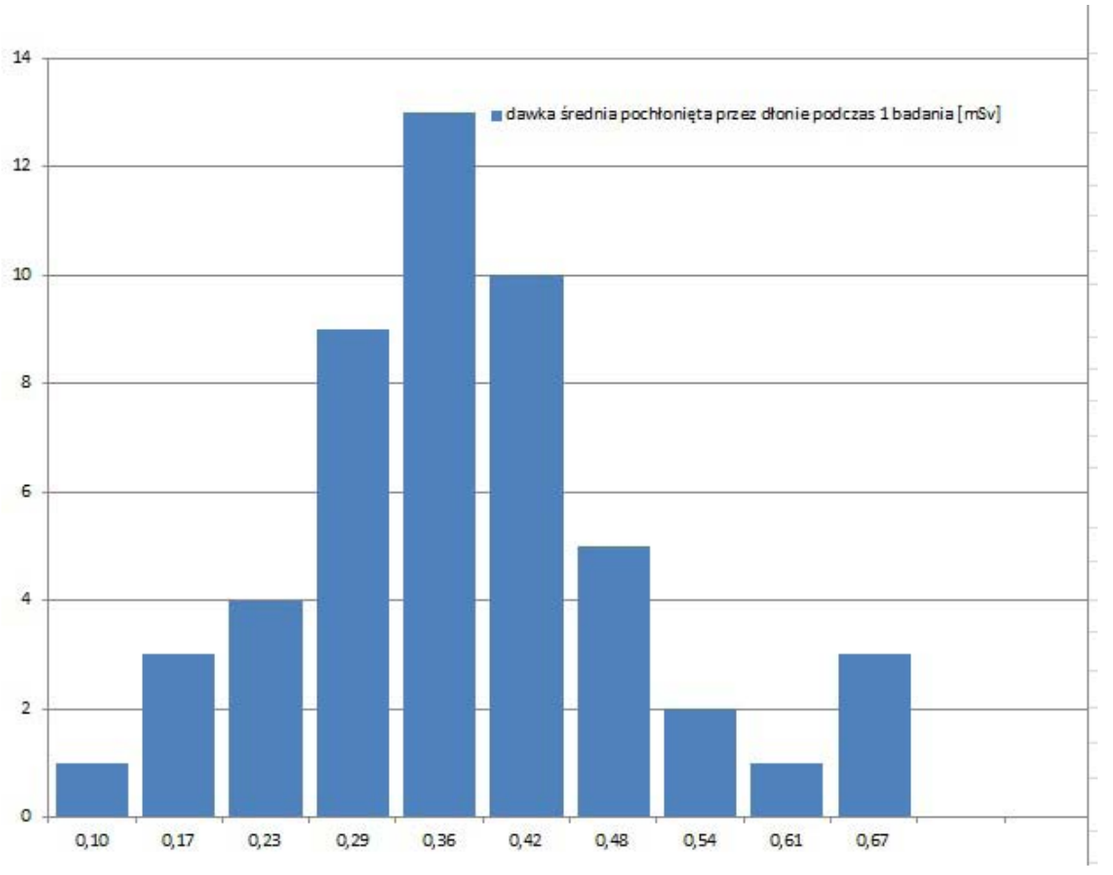
Rycina 7. Histogram przedstawiający liczbę lekarzy, którzy otrzymali dawkę pochłoniętą uśrednioną na dłonie podczas pojedynczego badania HSG w 2011 roku



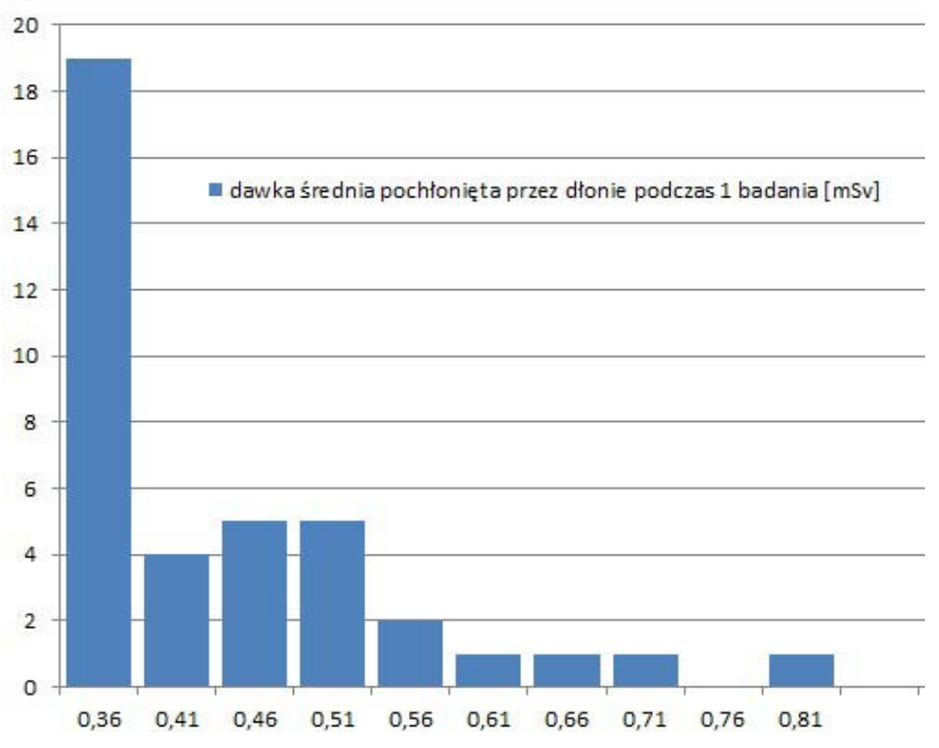
Rycina 8. Histogram przedstawiający liczbę lekarzy, którzy otrzymali dawkę pochłoniętą uśrednioną na dłonie podczas pojedynczego badania HSG w 2012 roku



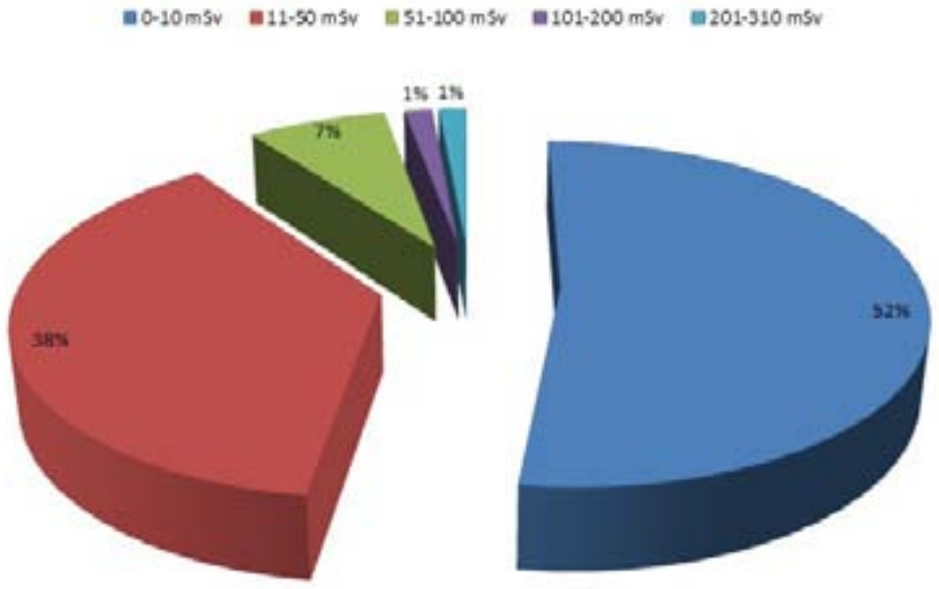
Rycina 9. Histogram przedstawiający liczbę lekarzy, którzy otrzymali dawkę pochłoniętą uśrednioną na dłonie podczas pojedynczego badania HSG w 2013 roku



Rycina 10. Histogram przedstawiający liczbę lekarzy, którzy otrzymali dawkę pochłoniętą uśrednioną na dłonie podczas pojedynczego badania HSG w 2014 roku



Rycina 11. Histogram przedstawiający liczbę lekarzy, którzy otrzymali dawkę pochłoniętą uśrednioną na dłonie podczas pojedynczego badania HSG w 2015 roku



Rycina 12. Dawka pochłonięta otrzymana na dłonie lekarzy w ciągu 5 lat (2011–2015)

nego dla populacji; tym samym jest znacząco niższe niż narażenie określone dla kategorii B. Przestrzeganie przepisów i procedur roboczych opracowanych w jednostce niewątpliwie poprawia bezpieczeństwo pracy personelu i pacjenta [1, 2, 3, 15].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Garcarek J, Falkowski A, Janczak D, Weyde W. Higiena radiacyjna w pracowniach radiologicznych. Post Hig Med Dosw. 2013; 67: 1391–1396.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2017 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Dz.U. z 2017 r., poz. 884.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Dz.U. z 2011 r. Nr 51, poz. 265.
4. Papierz S, Kacprzyk J, Kamiński Z, Adamowicz M, Zmyślony M. Ocena narażenia zawodowego na promieniowanie fotonowe w Polsce w roku 2006. Med Pracy. 2011; 62(6): 579–582.
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego. Dz.U. z 2005 r. Nr 20, poz. 168.
6. Linet MS, Slovis TL, Miller DL, Kleinerman R, Choonsik L, Rajaraman P, Berrington de Gonzalez A. Ryzyko kancerogenezy w następstwie napromieniania podczas diagnostycznych badań obrazowych. CA Cancer J Clin. 2012, 62: 75-100. (Przedruk w:) Onkol Dypl. 2012; 9(3): 5–37.
7. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe. Dz.U. z 2001 r. Nr 3, poz. 18 z późn. zm.
8. Wróblewska D, Kluszczyński D. Ochrona personelu medycznego przed promieniowaniem jonizującym. Ogólnopol Prz Med. 2012(6): 40–42, 44.
9. Styczyński J, Pogorzała M. Ryzyko związane z napromienieniem podczas diagnostycznych badań radiologicznych. Pediatr Dypl. 2008: 12(5): 112–118.
10. Staniszewska MA, Jankowski J. Bezpieczniejsze badania rentgenowskie. Med Prakt. 1994: 45(6): 529–536.
11. Bałtrukiewicz Z. Aktualne problemy ochrony przed promieniowaniem jonizującym związane z oceną ryzyka radiacyjnego. Lekarz Wojskowy. 2000: 76(3): 133–135.
12. WHO: Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
13. Tomala J, Witek A, Brudnik A, Bakon I, Kossowski P. Aktualność histerosalpingografii w niepłodności u kobiet. Ginekol Pol. 1993; 64, 11: 539–540
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi. Dz.U. z 2006 r. Nr 180, poz. 1325.
15. Procedury robocze, opracowane i wdrożone do użytkowania w Pracowni Radiologii GPSK UM, Poznań 2016 r.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Mieczysława U. Jurczyk
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul .Polna 33
60-535 Poznań
e-mail: mjur@poczta.onet.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ZACHOWANIA ZDROWOTNE OSÓB STARSZYCH W ZALEŻNOŚCI OD WSKAŹNIKA BMI

HEALTH BEHAVIOURS OF SENIORS DEPENDING ON THE BMI

Ewa Mędrela-Kuder, Marta Bogacka

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

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.59

STRESZCZENIE

Wstęp. Zachowania zdrowotne osób starszych, takie jak: odpowiednia aktywność fizyczna, prawidłowe odżywianie, niestosowanie substancji psychoaktywnych, mają duże znaczenie w utrzymaniu prawidłowej masy ciała i w prewencji chorób przewlekłych niezakaźnych.
Cel. Celem pracy jest określenie zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem wskaźnika BMI.
Materiał. Badania przeprowadzono wśród 73 osób w wieku od 60 do 75 lat, mieszkających samodzielnie w rodzinnych domach. Respondenci zostali podzieleni na dwie grupy ze względu na wiek: A – 60–65 lat i B – 66–75 lat.
Metody. W badaniach zastosowano autorską ankietę i Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ).
Wyniki. Ponad połowa badanych – 54, 8% – miała nadwagę, prawidłową masę ciała odnotowano u 35,6%, natomiast na otyłość cierpiało 9,6% respondentów. Osoby z prawidłową masą ciała częściej wybierały pieczywo ciemne (42,6%), natomiast respondenci z nadwagą częściej uwzględniali w diecie pieczywo z mąki oczyszczonej (73%). Stwierdzono występowanie istotnej zależności (p = 0,0499) między BMI a spożywaniem pieczywa. Więcej mężczyzn niż kobiet spożywało alkohol, występowała istotna zależność między płcią a piciem alkoholu (p = 0,0425). Nie stwierdzono istotnej zależności między płcią a paleniem tytoniu (p = 0,4947). Zdecydowana większość mężczyzn z grupy młodszej (80%) i ponad połowa z grupy starszej nie podejmowała aktywności ruchowej. Większość kobiet w wieku 66–75 lat (63,6%) i ponad połowa w wieku 60–65 lat deklarowała, że nie jest aktywna ruchowo.
Wnioski. Wśród osób starszych należy wdrożyć edukację zdrowotną z zakresu znaczenia aktywności fizycznej, odpowiedniego odżywiania i prawidłowej masy ciała w profilaktyce chorób przewlekłych niezakaźnych.

Słowa kluczowe: BMI, aktywność fizyczna, żywienie.

ABSTRACT

Introduction. Health behaviours of seniors, including adequate levels of physical activity, a balanced diet, and abstinence from psychoactive substances, carry substantial importance in maintaining appropriate body mass and preventing non-infectious chronic diseases.
Aim. The aim of the study was to determine health behaviours in relation to the body-mass index (BMI).
Material. The study encompassed seventy-free respondents aged sixty to seventy-five, living independently at family homes. The population was divided into two age groups: A (60–65 years of age) and B (aged between 66 and 75).
Methods. The research employed a dedicated questionnaire developed by the author as well as the International Physical Activity Questionnaires (IPAQ).
Results. More than half of the surveyed were overweight (54.8%), 35.6% possessed a normal body mass, whereas 9.6% suffered from obesity. The healthy-weight participants selected brown bread more frequently (42.6%) compared to the overweight respondents, who favoured refined flour products (73.0%). A significant relationship between BMI and bread consumption was found (p = 0.0499). More men than women consumed alcohol, yielding a significant relationship between gender and alcohol intake (p = 0.0425). By contrast, no significant relationship applied to gender and smoking (p = 0.4947). A vast majority of men from the younger group (80%) and more than half of the older male respondents did not undertake physical activity. A greater part of the older female participants (group B, 63.6%) and more than half of those aged between 60 and 65 declared a lack of physical activity.
Conclusions. Targeted health education should be introduced to increase seniors' awareness of the importance of physical activity, appropriate nutrition and healthy body mass in preventing non-infectious chronic diseases.

Keywords: BMI, physical activity, nutrition.

Wstęp

Starzenie się jest naturalnym procesem fizjologicznym polegającym na pogarszaniu się homeostazy, którego nie można cofnąć ani zatrzymać, ma charakter indywidualny, gdyż przebiega odmiennie u każdego osobnika [1].

Procesy starzenia się są w 50% uwarunkowane genetycznie, natomiast pozostałymi czynnikami wpływającymi na pogarszanie się stanu zdrowia wraz z wiekiem są brak aktywności fizycznej, nieracjonalne odżywianie się prowadzące do przyrostu nadmiernej masy ciała oraz stosowanie substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol czy tytoń. Wszystkie powyższe czynniki sprawiają, że procesy starzenia się przebiegają szybciej i bardziej gwałtownie [2].

W Polsce ponad 13% ludności znajduje się w wieku powyżej 65. roku życia, w tym 65,6% stanowią kobiety. Na długość trwania życia i przebieg procesów starzenia mają wpływ różne czynniki i zaliczają się do nich m.in. uwarunkowania genetyczne, zdrowotne, demograficzne, społeczne, ekonomiczne, kulturowe i społeczne [3].

Średnia długość życia w Polsce (według raportu Głównego Urzędu Statystycznego publikowanego w 2015 roku) wyniosła w 2013 roku odpowiednio 81,1 roku dla kobiet i 73,1 roku dla mężczyzn. W porównaniu do danych z 1990 roku mężczyźni żyją dłużej o 6,9 roku, a kobiety o 5,9 roku. Z badań wynika również, że średnia długość życia osób mieszkających w miastach jest dłuższa od długości życia osiąganej przez osoby zamieszkujące na wsi. Prognozuje się, że do 2035 roku przeciętna długość życia wzrośnie o około 8 lat dla mężczyzn i o około 3 lat dla kobiet [4, 5].

Zjawisko starzenia się populacji jest tendencją globalną. Prognozuje się, że w Europie w latach 2005–2050 liczba osób po 80. roku życia zwiększy się o 34 miliony, wzrastając przez to o 180%. Jednocześnie będzie się zmniejszać liczba młodych osób do 24. roku życia [6].

Zachowania zdrowotne osób starszych są w dużej mierze warunkowane nawykami nabytymi we wcześniejszym okresie życia związanymi ze sposobem odżywiania się, trybem życia, stosowaniem substancji psychoaktywnych czy też radzeniem sobie ze stresem [7].

Sposób żywienia odgrywa bardzo ważną rolę w biologicznych procesach starzenia się. Najważniejszym celem postępowania dietetycznego u seniorów jest prewencja metabolicznych chorób przewlekłych niezakaźnych. Osoby w wieku senioralnym powinny więc przestrzegać podstawowych zasad racjonalnego odżywiania, stosować odpowiednią aktywność ruchową w celu utrzymania prawidłowej masy ciała [8].

Czynniki ekonomiczne mają znaczny wpływ na zachowania zdrowotne seniorów. Osoby o wysokim statusie materialnym znajdują się w dużo lepszej sytuacji, jeżeli chodzi o pomyślne starzenie się. Łatwiej bowiem jest zachować zdrowe nawyki, jeżeli nie trzeba oszczędzać na odpowiednio zbilansowanym odżywianiu, środkach higienicznych i sprzęcie pomocniczym. Jednocześnie osoby o dobrym statucie finansowym mają większy dostęp do aktywnych form aktywności rekreacyjnych i rehabilitacji [9].

Celem pracy jest określenie zachowań zdrowotnych, takich jak: odżywianie, aktywność ruchowa, palenie papierosów czy picie alkoholu, u osób starszych w zależności od wskaźnika BMI.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 73 osób w wieku od 60 do 75 lat mieszkających w swoich rodzinnych domach. Wśród badanych były 42 kobiety (57,5%) i 31 mężczyzn (42,5%). Średni wiek badanych wynosił 68,3 roku (SD = 4,27).

W badaniach zastosowano autorską ankietę i Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ).

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 4 lutego do 24 marca 2016 roku.

Respondenci zostali podzieleni na dwie grupy w zależności od wieku: grupa A – 60–65 lat – 55,6% kobiet i 44,4% mężczyzn (SD = 1,84), grupa B – 66–75 lat – 59,5% kobiet oraz 40,5% mężczyzn (SD = 2,7).

Analizę wyników wykonano przy użyciu programu Statistica. Obliczenia wykonano według wzoru zależności chi-kwadrat.

Wyniki

Wśród ogółu ankietowanych ponad połowa osób (54,8%) miała nadwagę, prawidłową masę ciała miało 35,6% badanych, natomiast otyłość – 9,6% respondentów.

W grupie osób w wieku 60–65 lat nadwagę miało 37,8%, natomiast otyłość występowała u 13,5% seniorów. W drugiej grupie nadwagę stwierdzono u większości ankietowanych (72,2%), a otyłość – u 5,6% (**Tabela 1**).

Stwierdzono występowanie istotnej zależności (p = 0,0314) między BMI a spożyciem tłuszczu roślinnego. Osoby otyłe znacznie częściej niż osoby z nadwagą i prawidłową masą ciała konsumowały olej zamiast oliwy z oliwek. Osoby z prawidłową masą ciała częściej wybierały pieczywo ciemne (42,6%), natomiast respondenci z nadwagą częściej uwzględniali w diecie pieczywo z mąki oczyszczonej (73%). Stwierdzono występowanie istotnej zależności (p = 0,0499) między BMI a spożywaniem pieczywa (**Tabela 2**).

Więcej mężczyzn niż kobiet konsumowało alkohol, występowała istotna zależność między płcią a piciem alkoholu (p = 0,0425). Nie stwierdzono istotnej zależności między płcią a paleniem tytoniu (p = 0,4947) (**Tabela 3**).

Zdecydowana większość mężczyzn z grupy młodszej (80%) i ponad połowa z grupy starszej nie podejmowała aktywności ruchowej. Większość kobiet w wieku 66–75 lat (63,6%) i ponad połowa w wieku 60–65 lat deklarowała, że nie jest aktywna ruchowo (**Tabela 4**).

Nie stwierdzono istotnej zależności między wykształceniem a aktywnością ruchową badanych (p = 0,3037), a także między wykształceniem a częstością aktywności fizycznej (p = 0,4984).

Tabela 1. BMI w badanych grupach

Grupa badana	Wartość BMI		
	18,5–24,9 – prawidłowa masa ciała	25–29,9 – nadwaga	powyżej 30 – otyłość
60–75 lat (ogół)	35,6	54,8	9,6
60–65 lat (grupa A)	48,7	37,8	13,5
66–75 lat (grupa B)	22,2	72,2	5,6

Tabela 2. Charakterystyka spożycia produktów z uwzględnieniem wskaźnika BMI

Rodzaj produktów		BMI			
		prawidłowa masa ciała	nadwaga	otyłość	
Pieczywo	jasne	23,1%	73%	3,8%	p = 0,0499*
	ciemne	42,6%	44,7%	12,8%	
Mięso	czerwone	25%	75%	0%	p = 0,6389
	drób	37,7%	52,2%	10,1%	
Wędliny	tłuste	25%	58,3%	16,7%	p = 0,5084
	chude	39,3%	54,1%	8,2%	
Nabiał	pełnotłusty	33,3%	59,3%	7,4%	p = 0,1908
	light	47,4%	36,9%	15,8%	
Napoje	słodzone	0%	100%	0%	p = 0,4174
	woda	38,1%	53,5%	9,9%	
Tłuszcze	olej	41,7%	37,5%	20,8%	p = 0,0314*
	oliwa z oliwek	34,7 %	63,3%	4,1%	
Tłuszcze do smarowania chleba	margaryna	35%	65%	0%	p = 0,2002
	masło	37,7%	49,1%	13,2%	
Sery żółte	tłuste	42,6%	48,9%	8,5%	p = 0,4486
	chude	26,9%	61,5%	11,5%	

* – istotne statystycznie

Tabela 3. Stosowanie substancji psychoaktywnych przez badanych

Rodzaj substancji		Kobiety		Mężczyźni		
		n	%	n	%	
Picie alkoholu	tak	1	14,3%	6	85,7%	p = 0,0425*
	nie	20	58,8%	14	41,2%	
	sporadycznie	21	65,6%	11	34,4%	
Palenie tytoniu	tak	7	50,0	7	50,0	p = 0,4947
	nie	35	58,3	24	41,7	

* – istotne statystycznie

Tabela 4. Podejmowanie aktywności ruchowej przez seniorów

Aktywność ruchowa		60–65 lat [%]	66–75 lat [%]
Brak	K	55,0	63,6
	M	80,0	56,3
Regularna	K	15,0	27,3
	M	0	31,2
Okazjonalna	K	30,0	9,1
	M	20,0	12,5

Dyskusja

Zachowania zdrowotne osób starszych są ważnym elementem utrzymania zdrowia i sprawności w podeszłym wieku. Kozieł i wsp. przeprowadzili badania na temat wpływu kształcenia na uniwersytecie trzeciego wieku na zachowania zdrowotne osób starszych. Autorzy wykazali korzystny wpływ podejmowania aktywności fizycznej, racjonalnego odżywiania i unikania substancji psychoaktywnych na utrzymanie dobrej kondycji psychicznej seniorów [10].

Również Gębka i wsp., w pracy traktującej o korzyściach treningu zdrowotnego u osób starszych, oraz Trzaskoma i wsp., w badaniach sprawdzających wpływ treningu siłowego na sprawność osób w wieku starszym, stwierdzili, że podejmowanie aktywności fizycznej ma dobry wpływ na polepszenie funkcji poszczególnych układów w organizmie, wpływa na polepszenie systemu odpornościowego, lepszą pracę układu krwionośnego, kostno-szkieletowego, trawiennego i innych. Osoby aktywne fizyczne poza lepszą sprawnością ruchową cechowały się również lepszym stanem psychicznym i emocjonalnym [11, 12].

Angevaren i wsp. zaobserwowali, że wykonywanie treningów fizycznych, zwłaszcza aerobowych, wpływa na polepszenie funkcji poznawczych seniorów. Znacznie poprawiają się reakcje na bodźce słuchowe i wzrokowe wśród aktywnych osób w starszym wieku [13].

Crombie i wsp. w przeprowadzonych badaniach wykazali, że osoby starsze znają korzyści płynące z podejmowania regularnej aktywności fizycznej, a mimo to zdecydowana większość osób w wieku 65–85 lat nie jest aktywna fizycznie w czasie wolnym. Powodami biernego spędzania czasu wolnego najczęściej wymienianymi przez respondentów były brak zainteresowania aktywnością fizyczną oraz bóle stawowe, duszność, brak energii czy też powątpiewanie w skuteczność ćwiczeń fizycznych w perspektywie przedłużenia życia. Prócz ćwiczeń tlenowych osobom starszym szczególnie polecane są ćwiczenia równoważne i utrzymujące lub zwiększające elastyczność, gdyż stanowią one profilaktykę upadków będących ważnym problemem dotyczącym seniorów [14, 15].

W badaniach aktywności fizycznej osób starszych mieszkających w Krakowie i okolicach zaobserwowano, że respondenci o nieprawidłowej masie ciała (nadwaga, niedowaga) wykazywali mniejszą aktywność fizyczną niż osoby z prawidłowym BMI (istotne statystycznie) [16].

Z badań własnych wynika, że zdecydowana większość ankietowanych nie podejmuje na co dzień żadnej formy aktywności fizycznej. Spośród osób starszych deklarujących aktywność ruchową większość podejmowała ją okazjonalnie. Wśród osób aktywnych największą popularnością cieszyły się spacery, jazda na rowerze i Nordic Walking.

Kolejnym ważnym elementem zachowań zdrowotnych osób starszych są nawyki żywieniowe. Osoby starsze nie spożywają posiłków regularnie, a dieta zdecydowanej większości respondentów nie jest urozmaicona. W jadłospisie brakuje m.in. warzyw, owoców i ryb, przez co osoby w wieku podeszłym nie dostarczają wystarczającej ilości wartości odżywczej w codziennym pożywieniu.

Berg i wsp. przeprowadzili badania, których celem było określenie wzorców żywieniowych i ich wpływu na ryzyko zapadalności na choroby układu krążenia wśród mieszkańców Szwecji. Podczas testu wyróżniono pięć wzorców żywienia, spośród których jeden określany był jako zdrowy. Był on oparty na spożyciu produktów niskotłuszczowych i bogatych w błonnik, a jednocześnie ograniczał produkty mające wysoką zawartość cukru i tłuszczów. Z analizy wyników wynika, że ankietowani wybierający cztery pozostałe wzorce częściej zapadali na choroby układu krążenia. Osoby, których BMI wskazywał na nadwagę czy otyłość, rzadko zjadały warzywa i owoce, za to zdecydowanie częściej spożywały białe pieczywo i napoje słodzone [17].

Nadwaga i otyłość jest problemem globalnym. Coraz większa część populacji krajów rozwiniętych ma zbyt dużą masę ciała. W 2002 roku nadwagę i otyłość stwierdzono u 1,4 mld osób w Europie. Połowa populacji dotknięta była nadwagą, a 30% – otyłością. Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że w USA wśród osób po 60. roku życia 78,40% mężczyzn i 68,60% kobiet miało nadwagę lub otyłość. W tej samej grupie wiekowej w populacji Meksyku 65,4% kobiet i 50,9% mężczyzn miało podwyższony wskaźnik BMI. Z kolei we Włoszech 76% mężczyzn oraz 86% kobiet miało podwyższoną masę ciała; podobną tendencję stwierdzono również w Finlandii, a było to odpowiednio 80% mężczyzn i 73% kobiet z nadwagą i otyłością. W Polsce według danych z 2009 roku nadwagę ma 36,40%, a otyłość – 15,8% mieszkańców naszego kraju [18].

W niniejszych badaniach 54,8% ankietowanych miało nadwagę, natomiast otyłość odnotowano u 9,6% ogółu respondentów. Wśród badanych kobiet u większości (72,7%) zauważono nadwagę. Z kolei u zdecydowanej większości mężczyzn (80%) stwierdzono podwyższony wskaźnik BMI (66,7% – nadwaga, 13,3% – otyłość).

W badaniach przeprowadzonych przez Dudę i wsp. oceniano sposób żywienia osób starszych. Autorzy zauważyli, że dieta seniorów jest niezbilansowana, uboga w składniki odżywcze, przez co odbiega od zasad racjonalnego żywienia [19].

Baker zaobserwował, że osoby starsze są szczególnie narażone na niedobory składników pokarmowych. Wśród osób starszych odnotowano niedostateczne spożycie witaminy D, niacyny i folianów [20].

Z uwagi na zmiany struktur tkankowych ciała w procesach starzenia objawiających się zmniejszeniem beztłuszczowej masy ciała oraz przyrostem tkanki tłuszczowej warto przy ocenie odżywienia osób starszych nie kierować się jedynie oceną BMI, ale zawartością tkanki tłuszczowej w organizmie.

Z przeprowadzonych przez Tańską i wsp. badań traktujących o postawie osób starszych wobec zdrowia i żywności wynika, iż słuchacze uniwersytetu trzeciego wieku przykładają dużą wagę do walorów odżywczych wybieranych przez siebie produktów spożywczych w codziennej diecie. Ankietowani w zdecydowanej większości układali swoje jadłospisy pod kątem niskiej zawartości tłuszczów oraz wybierając produkty zawierające dużą ilość minerałów i witamin. Respondenci przykładali dużą wagę do tego, by spożywane produkty były zawsze świeże i nieprzetworzone. Zdecydowana większość badanych deklarowała unikanie konsumpcji produktów, które mają wpływ na podwyższenie poziomu cholesterolu we krwi [21].

Suwała i wsp. stwierdzili, że wśród osób po 65. roku życia 10,8% stanowili palacze (7,8% kobiet i 16,7% mężczyzn). Regularnie palący mężczyźni stanowili zdecydowaną większość. Badania wykazały, że najwięcej osób palących znajdowało się w przedziale wiekowym 65–75 lat, a wraz z wiekiem częstość palenia spadała, po 75. roku życia była mniejsza o 2,9% [22].

W badaniach własnych większość respondentów nie spożywała substancji psychoaktywnych. Wśród osób pijących zachodziła istotna statystycznie zależność między płcią a spożywaniem alkoholu. Istotnie więcej mężczyzn niż kobiet regularnie spożywało alkohol ($p = 0,0425$).

Wnioski

Nie stwierdzono istotnej zależności w większości zachowań zdrowotnych między grupami pod względem płci, wieku i wskaźnika BMI. W badanej grupie wystąpiła zależność istotna statystycznie względem płci a piciem alkoholu.

Zdecydowana większość badanych nie podejmowała regularnej aktywności fizycznej. Nie stwierdzono istotnej zależności między wiekiem i wskaźnikiem BMI a podejmowaniem aktywności fizycznej przez osoby starsze.

Stwierdzono zależność między spożyciem pieczywa a BMI. Osoby otyłe istotnie częściej niż osoby z nadwagą i w normie spożywały pieczywo białe ($p = 0,0499$). Stwierdzono również zależność między wartością BMI a spożyciem tłuszczów roślinnych. Osoby otyłe istotnie częściej niż osoby z nadwagą i z prawidłową masą ciała wybierały w codziennej diecie olej zamiast oliwy z oliwek.

Wśród osób starszych należy wdrożyć edukację zdrowotną z zakresu znaczenia aktywności fizycznej, odpowiedniego odżywiania i prawidłowej masy ciała w profilaktyce chorób przewlekłych niezakaźnych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Marchewka A, Dąbrowski Z, Żołądź JR. Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja. Warszawa: PWN; 2013. 1–3.
2. Guccione A, Wrong R, Avers D. Fizjoterapia kliniczna w geriatrii. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012. 14–15.
3. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Ocena występowania zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Jurczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. Probl Hig Epidemiol. 2013; 94(3): 509–513.
4. Rutkowska L. Trwanie życia w 2014 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2015. 30–37.
5. Zaworna-Cieślak M, Ogińska- Bulik N. Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym. Psychogeriatr Pol. 2013; 10(4): 145–156.
6. Derejczyk J, Bień B, Kokoszka-Paszkot J, Szczygieł J. Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – Czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? Gerontol Pol. 2008; 16(3): 149–159.
7. Kulik T, Janiszewska M, Piróg E, Pacian A, Stefanowicz A, Żołnierczuk-Kieliszek D et al. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. Med Og Nauk Zdr. 2011; 11(2): 90–95.
8. Suliga E. Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych. Hygeia Public Health. 2010; 45(1): 44–48.
9. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. Piel XXI w. 2011; 3(36): 5–9.
10. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. Studia Med. 2008; 12: 23–28.
11. Gębka D, Kędziora-Kornatowska K. Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(2): 256–259.
12. Trzaskoma Z, Trzaskoma T, Krzesicka A. Wykorzystanie ćwiczeń ukierunkowanych na zwiększenie siły mięśniowej w usprawnianiu starszych osób. Post Rehabil. 2013; 1: 49–61.
13. Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar H, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive imparment. Cocharane Database Syst Rev. 2008; 16(2).
14. Crombie I, Irvine L, Williams B, McGinnis A, Slanke P, Alder E. Why older people do not participate in leisure time physical

activity: a survey of activity levels beliefs and deterrents. Age Ageing. 2004; 33, 3: 287–292.
15. Nelson M, Rejeski J, Blair S, Duncan P, Judge J, King A. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation From the American Collage of Sports Medicine and American Heart Association. Circulation. 2007; 116(9): 1094–1105.
16. Mędrela-Kuder E. Porównanie aktywności ruchowej osób starszych mieszkających samodzielnie i w domach pomocy społecznej. (W:) Barnaś E (red.). Człowiek w zdrowiu i chorobie. Tarnów: Wydawnictwo PWSZ; 2016. 468–477.
17. Berg C, Lappas G, Strandhagen E, Wolk A, Toren K, Rosengren A, Aires N. Food patterns and cardiovascular disease risk factors: the Swedish INTERGENE research program. Am J Clin Nutr. 2008; 88(2): 289–297.
18. Wasiluk A, Saczuk J, Szyszka P, Chazan Z. Nadwaga i otyłość w populacji 60-letnich i starszych mieszkańców Białej Podlaskiej. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(2): 227–232.
19. Duda G, Różycka-Cała K, Przemysławski J. Sposób żywienia a wybrane wskaźniki stanu odżywienia osób w wieku podeszłym. Nowa Med. 2000; 12: 17–18.
20. Baker H. Nutrition in the elderly: An overview. Geriatrics. 2007; 62(7): 28–31.
21. Tańska M, Babicz-Zielińska E, Przysławski J. Postawy osób starszych wobec zdrowia i żywności o działaniu prozdrowotnym. Probl Hig Epidemiol. 2013: 94(4): 915–918.
22. Suwała M, Gerstenkom A. Palenie tytoniu i picie alkoholu w wielkomiejskiej populacji osób w starszym wieku. Psychogeriatr Pol. 2006; 3(4): 191–200.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Ewa Mędrela-Kuder
Zakład Promocji Zdrowia
Akademia Wychowania Fizycznego
im. Bronisława Czecha w Krakowie
al. Jana Pawła II 78
31-571 Kraków
tel.: 12 683 15 75
e-mail: emedkud@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

EWOLUCJA PROGRAMU SZCZEPIEŃ I POZIOM WYSZCZEPIENIA W LATACH 1995–2011 WYBRANYMI SZCZEPIONKAMI OBOWIĄZKOWYMI W NIEPUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ DZIAŁAJĄCYM NA TERENIE WIEJSKIM W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM

EVOLUTION OF THE IMMUNIZATION PROGRAM AND THE LEVEL OF ITS IMPLANTATION IN THE YEARS 1995–2011 USING CHOSEN OBLIGATORY VACCINES IN A NON-PUBLIC HEALTH CARE CENTRE IN THE RURAL AREA OF MALOPOLSKA REGION

Krystyna Lach[1], Grażyna Dębska[2], Beata Baran[3]

[1] NZOZ w Rabie Niżnej
[2] Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
[3] Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Rabka-Zdrój, NZOZ w Rabie Niżnej

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.60

STRESZCZENIE

Wstęp. Przez skuteczne szczepienia uzyskujemy odporność populacyjną, która zapobiega transmisji choroby zakaźnej.
Cel. Celem pracy było określenie, w jaki sposób ewolucja kalendarza szczepień wpłynęła na poziom wyszczepienia dzieci i młodzieży w latach 1995–2011, takimi szczepionkami jak: gruźlica, WZW typu B, poliomyelitis, odra, świnka, różyczka, krztusiec.
Materiał i metody. Badaniami objęto dzieci i młodzież zamieszkałe na terenie wiejskim w obszarze działania NZOZ w województwie małopolskim. W analizie wykorzystano dane z rocznych sprawozdań ze szczepień ochronnych (MZ-54 oraz dane z biuletynów Państwowego Zakładu Higieny).
Wyniki. Poziom zaszczepienia przeciwko gruźlicy noworodków utrzymuje się na poziomie 100%. Szczepienie najmłodszych dzieci do 2. roku życia przeciw krztuścowi i poliomyelitis utrzymywało się na niskim poziomie około 50%, jednakże w 2. roku życia poziom zaszczepienia przekraczał 95%. Wyszczepialność przeciwko odrze i różyczce w 3. roku życia uzyskano na poziomie powyżej 95%. Bardzo wysoki poziom zaszczepienia przeciwko WZW B osiągnięto w 2. roku życia. Poziom zaszczepienia przeciwko różyczce w latach 1995–2001 był niski, a od 2002 roku wzrósł do 100%.
Wnioski. Poziom uodpornienia w latach 1995–2011 w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rabie Niżnej był wysoki i zależny od rodzaju szczepień i wieku szczepionych, co było uwarunkowane zmianami w obowiązującym kalendarzu szczepień.

Słowa kluczowe: program szczepień, poziom wszczepienia, podstawowa opieka zdrowotna.

ABSTRACT

Introduction. Due to effective vaccination population gains immunity that prevents transmission of infectious diseases.
Aim. The aim of the study was to determine how the evolution of the vaccination schedule affected the level of inoculation of children and adolescents in the years 1995–2011 with the use of such vaccines as tuberculosis, hepatitis B, poliomyelitis, measles, mumps, rubella, pertussis.
Material and methods. The study included children and youth who live in a rural area of Malopolska region administrated by Non-public Heath Care Centre. The analysis used data from annual reports on immunization (MZ – 54 and the data from the bulletin of the National Institute of Hygiene).
Results. All the newborns were vaccinated against tuberculosis. Around half of the children till the age of 2 were vaccinated against pertussis and poliomyelitis but in the in the second year of life the level of inoculation exceeded 95%. Inoculation against measles and rubella in the third year of life reached above 95% level. Very high level of inoculation against hepatitis B was achieved in the second year of life. The level of inoculation against rubella in the years 1995–2001 was low but since 2002 it has increased up to 100% level.
Conclusions. The level of immunization in the years 1995–2011 in Non-public Health Care Centre in Raba Niżna was high and depended on the type of vaccination and the age of the vaccinated, which was the result of changes in the current vaccination schedule.

Keywords: vaccination program, the coverage level, primary health care.

Wstęp

Powszechną profilaktyką chorób zakaźnych na świecie są szczepienia, które zmniejszyły umieralność i zachorowalność. Przez skuteczne szczepienia uzyskujemy odporność populacyjną, która zapobiega transmisji choroby zakaźnej. Przyjmuje się, że szczepienia wykonywane na poziomie 95% zmierzają do eliminacji i eradykacji chorób zakaźnych [1, 2].

W latach 1995–2011 Program Szczepień Ochronnych podlegał stopniowej ewolucji. Zależne było to od sytuacji epidemiologicznej kraju i zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Pierwsza zmiana, jaką wprowadzono do

kalendarza szczepień, to szczepienie obowiązkowe dzieci przeciwko WZW B [3]. Kolejna zmiana dotyczyła wprowadzenia inaktywowanej szczepionki poliomyelitis (IPV) i acelularnej DTPa oraz nowych preparatów do szczepień obowiązkowych m.in. przeciwko odrze, śwince i różyczce. Istotną zmianą było wprowadzenie w 2007 roku szczepień obowiązkowych przeciwko Haemophilus influenzae typu B u dzieci do 7. roku życia oraz wycofanie szczepionki przeciw BCG dzieci w 7. roku życia. Rozszerzeniu ulegały też szczepienia zalecane m.in. przeciwko: WZW typu A, pneumokokom, meningokokom, wściekliźnie, rotawirusowi [3–5].

Materiał i metody

Celem pracy była próba określenia, w jaki sposób czas i ewolucja kalendarza szczepień wpłynęły na poziom wyszczepienia dzieci i młodzieży w latach 1995–2011 w obszarze działania Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rabie Niżnej.

Na podstawie celu głównego przedstawiono następujące pytanie badawcze: Jaki jest poziom wyszczepienia dzieci i młodzieży szczepionkami obowiązkowymi przeciwko: gruźlicy, poliomyelitis, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, różyczce, odrze w badanej populacji?

Badanie przeprowadzono metodą analizy dokumentów, wykorzystując zbiory archiwalne rocznych sprawozdań MZ-54 NZOZ w Rabie Niżnej i Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Limanowej oraz Programy Szczepień Ochronnych od 1995 do 2011 roku, a także indywidualne karty uodpornienia. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody dyrektora Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rabie Niżnej.

Wyniki

W badanej populacji na przestrzeni 17 lat (od 1995 do 2011) wszczepialność dzieci i młodzieży utrzymywała się na poziomie 77% w pierwszych 5 latach. W pierwszym analizowanym roku, tj. w 1995, szczepieniu podlegało 747 dzieci i młodzieży, z czego 73% zaszczepiono. Wzrost zaszczepionych o 5% obserwuje się w latach 2000–2002. Od roku 2003 obserwujemy stopniowy wzrost odsetka zaszczepionych w granicach 7%. A od 2006 roku odsetek zaszczepionych według kalendarza szczepień utrzymuje się w granicach 82,9–88,3%. W 2011 roku szczepieniu podlegały 822 osoby. Z badanej populacji zaszczepiono 85% dzieci i młodzieży. Przedstawione dane dotyczą ogólnego wskaźnika zaszczepionych w badanej populacji i obejmują wszystkie szczepionki wchodzące w obowiązkowy kalendarz szczepień. Można zaobserwować, że poziom wszczepialności w stosunku do niektórych szczepionek jest wyższy w porównaniu do innych, a przede wszystkim odsetek zaszczepionej populacji jest wyższy w porównaniu do całego województwa małopolskiego oraz obszaru Polski (**Tabele 1, 2**).

Szczepienie przeciw gruźlicy w badanej populacji noworodków wynosi 100% i jest wyższe od odsetka zaszczepionych zarówno w województwie małopolskim, jak i w Polsce, gdzie w 1999 roku wynosił odpowiednio 95,0% (Małopolska) i 94,8% (Polska), a w 2005 roku uległ spad-

Tabela 1. Odsetek zaszczepionych dzieci i młodzieży szczepionką BCG na terenie NZOZ w porównaniu do województwa małopolskiego i Polski w wybranych latach [6]

Wiek dzieci i młodzieży	1999 rok			2005 rok			2011 rok		
	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska
15. dzień	100	95,0	94,8	100	94,6	93,2	100	93,5	93,7
7. rok	70,0	63,3	82,3	94,0	79,4		-	-	-
12. rok	93,8	99,2	93,0	98,0	98,8	99,8	-	-	-
18. rok	83,7	98,9	99,8	-	-	-	-	-	-

Tabela 2. Odsetek zaszczepionych dzieci i młodzieży szczepionką WZW typu B na terenie NZOZ, w porównaniu do województwa małopolskiego i obszaru Polski w latach 1999, 2005 i 2011 [8]

Wiek dzieci i młodzieży	1999 rok			2005 rok			2011 rok		
	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska
1. rok	66,6	70,4	73,4	92,8	90,8	90,2	88,8	91,7	90,3
2. rok	93,3	98,1	98,9	100	99,5	99,8	98,3	99,7	99,7
14. rok	-	-	-	97,4	97,1	98,0	100	99,9	99,9

kowi do 94,6% w Małopolsce i do poziomu 93,2% w skali kraju (**Tabela 1**).

W 2005 roku odsetek zaszczepionych WZW typu B w 2. roku życia wynosił 100% i był wyższy od wskaźników dla Małopolski – 99,5% – i Polski – 99,8%. Wskaźnik zaszczepienia 14-latków w 2011 roku w badanej populacji wyniósł 100%, a w Małopolsce i w Polsce był równy 99,9% (**Tabela 2**).

Odsetek zaszczepionych dzieci w 2. roku życia w 1999 roku w Rabie Niżnej wyniósł 100% i był wyższy od wskaźnika zarówno dla Małopolski (93,7%), jak i Polski (97,6%).

W 2005 roku wynosił on 71,4% u dzieci w 1. roku życia i również wartość wskaźnika była wyższa w porównaniu do województwa małopolskiego i całej Polski, gdzie wyniósł zaledwie 59% (**Tabela 3**).

W 1999 roku odsetek wszczepionych szczepionką: odra + MMR II (odra, świnka i różyczka) był najniższy i wyniósł 50% w porównaniu do województwa małopolskiego i kraju. W 3. roku życia odsetek zaszczepionych dzieci przekroczył wymagany poziom 95% założeń programu eradykacji. W 2. roku życia (w 2005 rok) udało się uzyskać poziom 91,1% zaszczepionych. W stosunku do województwa małopolskiego i całej Polski odsetek ten był wyższy aż o 8,1%. W 2011 roku poziom zaszczepienia dzieci w 3. roku życia w NZOZ był wyższy o 0,3% dla Małopolski, a niższy o 0,3% dla Polski (**Tabela 4**).

W badanej jednostce NZOZ Raba Niżna wyszczepialność dziewcząt na różyczkę w 1999 roku wynosiła 84,6%, w województwie małopolskim – 76,5%, a w Polsce – 79,3%. W 2005 roku poziom zaszczepienia wynosił 92,8% i był wyższy o 0,5% dla Małopolski i 7,4% dla Polski. W 2011 roku zaszczepiono wszystkie dziewczęta w 11. roku życia. Natomiast w 12. roku życia poziom zaszczepienia wynosił 94,4% i był niższy o 4,6% w porównaniu do województwa małopolskiego i Polski (**Tabela 5**).

Tabela 3. Odsetek zaszczepionych dzieci i młodzieży szczepionką: polio na terenie NZOZ w porównaniu do województwa małopolskiego i Polski w latach 1999, 2005 i 2011 [6]

Wiek dzieci i młodzieży	1999 rok			2005 rok			2011 rok		
	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska
1. rok	33,3	49,2	55,5	71,4	57,5	59,0	55,5	59,0	60,3
2. rok	100	93,7	97,6	97,1	97,6	98,8	98,3	98,0	98,8
3. rok	72,9	86,2	94,6	91,0	93,3	95,8	93,8	94,0	95,8
6. rok	35,5	64,2	74,8	94,2	80,1	82,1	70,4	81,0	81,5
11. rok	85,3	90,7	97,2	-	-	-	-	-	-

Tabela 4. Odsetek zaszczepionych dzieci i młodzieży szczepionką: odra + MMR II na terenie NZOZ, województwa małopolskiego i Polski w latach 1999, 2005, 2011 [6]

Wiek dzieci i młodzieży	1999 rok			2005 rok			2011 rok		
	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska
2. rok	50,0	64,3	75,6	91,1	83,1	84,3	76,6	83,8	84,4
3. rok	97,2	92,4	97,0	100	97,1	98,2	97,9	96,9	98,1
7. rok	72,0	69,9	79,9	13,8	47,2	39,5	-	-	-
10. rok	-	-	-	-	-	-	91,6	96,1	94,4

Tabela 5. Odsetek zaszczepionych dziewcząt szczepionką: różyczka + MMR II na terenie NZOZ, województwa małopolskiego i Polski w latach 1999, 2005 i 2011 [6]

Wiek dzieci i młodzieży	1999 rok			2005 rok			2011 rok		
	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska
11. rok	-	-	-	-	-	-	100	98,5	98,4
12. rok	-	-	-	-	-	-	94,4	99	99,1
13. rok	84,6	76,5	79,3	92,8	92,3	85,4			

Poziom zaszczepienia w badanej populacji dzieci w 2. roku życia w 1999 roku wyniósł 100% i przekraczał wskaźniki dla Małopolski i Polski. Najniższy poziom zaszczepienia zaobserwowano w 1. roku życia we wszystkich latach zarówno w populacji badanej, jak i w Małopolsce i w Polsce. W 2005 roku uzyskano również niski poziom zaszczepienia dzieci w 1. roku życia (76,8%), ale porównując z Małopolską i Polską był on wyższy (wyniósł odpowiednio 56,3%, i 58,6%). Dzieci w 6. roku życia zaszczepiono w 94,2%, odsetek ten przekroczył średni wskaźnik dla Polski o 12%. W 2011 roku poziom zaszczepienia w 2. roku w analizowanym obszarze wynosił 98,3% (**Tabela 6**).

Dyskusja

Priorytetem w punktach szczepień ochronnych jest lokalne uzyskanie wysokiego poziomu uodpornienia, co zapobiega szerzeniu się epidemii wśród osób nieuodpornionych. Dlatego celem szczepień jest uzyskanie wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci i młodzieży. Uznaje się, że wszczepialność na poziomie 95% zmierza do eliminacji i eradykacji chorób zakaźnych, takich jak: poliomyelitis, odra i różyczka wrodzona.

W pracy podjęto analizę Programu Szczepień Ochronnych na przestrzeni od roku 1995 do 2011 pod kątem ewolucji szczepień ochronnych obowiązkowych finansowanych z budżetu państwa i ich wszczepialności w obszarze działania NZOZ w Rabie Niżnej. Ponadto poziom wszczepialności porównano z danymi w odniesieniu do województwa małopolskiego i Polski w latach 1999, 2005 i 2011 [6].

Program Szczepień Ochronnych na przestrzeni ostatnich 17 lat (1995–2011) ulegał modyfikacji. Sytuacja epidemiologiczna miała wpływ na zmiany schematu szczepień w kolejnych latach, a także na wprowadzanie nowych preparatów szczepionkowych.

Szczepienia przeciw gruźlicy u noworodków wykonywane było do 1995 roku między 3. a 15. dniem życia, a od 1996 roku do chwili obecnej – w 1. dobie życia.

W 2002 roku zniesiono szczepienie przeciwko gruźlicy w 18. roku życia po próbie tuberkulinowej. Pozostawiono szczepienie u osób tuberkulinoujemnych w 12. roku życia i dzieci w 7. roku życia. Kolejnym krokiem w 2006 roku było wycofanie tego szczepienia w 7. i 12. roku życia oraz odstąpienie od oceny wielkości blizny poszczepiennej w 12. miesiącu życia. Zmianę tę zaproponował zespół ekspertów do spraw Programu Szczepień Ochronnych, który zgodził się ze stanowiskiem WHO [7]. Obecnie jednorazowe szczepienie BCG wykonuje się w okresie przedekspozycyjnym u noworodków jak najszybciej po urodzeniu. Pozwoliło to na uzyskanie gwarancji odporności populacyjnej, a tym samym zwiększenia bezpieczeństwa epidemiologicznego [5, 7, 8].

Z przedstawionej analizy w obszarze działania NZOZ wynika, że wszczepialność BCG w okresie noworodkowym wynosi 100%, odsetek ten zmniejsza się w przypadku szczepień w starszym wieku, nie tylko w analizowanej populacji, ale również w województwie małopolskim oraz w Polsce (**Tabela 1**).

Szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW typu B) do 1993 roku były wykonywane u noworodków matek zakażonych HBV. W kolejnych latach 1994 i 1995 roku rozszerzono szczepienia na województwa o wysokim ryzyku zakażenia (bielskie, bydgoskie, ciechanowskie, konińskie, kaliskie, szczecińskie, toruńskie, wałbrzyskie, włocławskie, zielonogórskie).

W województwie nowosądeckim (analizowany NZOZ w dawnym podziale administracyjnym należał do województwa nowosądeckiego) szczepieniem objęto dzieci urodzone od czerwca 1996 roku. Do 1997 roku obowiązywał schemat 4-dawkowy: I dawka u noworodków łącznie ze szczepieniem BCG, kolejna w 2., 3. i 12. miesiącu życia. Schemat ten zmieniono w 1998 roku na 3-dawkowy (0, 1., 6. miesiąc życia) niemowląt oraz rozszerzone szczepienie dla młodzieży gimnazjalnej w 14. roku życia tym samym cyklem. Wycofano z Programu Szczepień Ochronnych szczepienie WZW B młodzieży w 14. roku życia w 2012 roku, ponieważ młodzież 14 lat temu była szczepiona po urodzeniu. Społeczną akceptację uzyskały szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. W badaniach własnych wykazano bardzo wysoki poziom wy-

Tabela 6. Odsetek zaszczepionych dzieci i młodzieży szczepionką: krztusiec na terenie NZOZ, województwa małopolskiego i Polski w latach 1999, 2005 i 2011 [6]

Wiek dzieci i młodzieży	1999 rok			2005 rok			2011 rok		
	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska	Raba Niżna	Małopolska	Polska
1. rok	50,1	49,5	55,5	76,8	56,3	58,6	55,5	59,0	60,3
2. rok	100	94,1	97,5	97,1	97,4	98,8	98,3	98,1	98,8
3. rok	72,9	86,7	94,5	91,0	93,4	95,8	76,6	93,9	95,8
6. rok	-	-	-	94,2	80,3	82,2	70,4	81,2	81,6

szczepienia dzieci i młodzieży, który przekroczył 95% badanej populacji. Podobne badania przeprowadziła Mrożek-Budzyn, która w 2005 roku analizowała realizację szczepień ochronnych dzieci i młodzieży na terenie województwa małopolskiego w latach 1999–2004. W tych badaniach stwierdzono, że szczepienia młodzieży gimnazjalnej przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, mimo zmian organizacyjnych, nie uległy pogorszeniu, poziom zaszczepienia przekraczał 95% [9]. Była to bardzo korzystna ewolucja Programu Szczepień Ochronnych, która wpisała się w zadanie Europejskiej Grupy Doradczej do spraw Szczepień, mającej na celu zredukowanie do 2010 roku zapadalności WZW B o 80% [8–10].

W analizowanym obszarze obserwuje się podobną tendencję, a nawet odnotowuje się bardzo korzystny odsetek zaszczepialności w latach 2005 i 2011, który wynosi 100% (**Tabela 2**).

Inną korzystną zmianą w Programie Szczepień Ochronnych było wprowadzenie od 1998 roku inaktywowanej szczepionki: poliomyelitis (IPV) na początku jako I dawki w 3.–4. miesiącu życia, a zrezygnowanie z atenuowanej (OPV). W kolejnych latach wycofywanie inaktywowanej szczepionki zmniejszyło niepożądane odczyny poszczepienne w postaci ostrych porażeń wiotkich (ang. *vaccine-associated paralytic poliomyelitis* – VAPP) [11].

W 2010 roku w badaniu Ślusarczyk i wsp. oceniono sytuację epidemiologiczną poliomyelitis i korzystny wpływ masowych szczepień w Polsce i krajach Unii Europejskiej. Poprzez szczepienia udało się zmniejszyć zachorowania do 1997 przypadków w 2006 roku, a w 2009 roku zgłoszono 1247 zachorowań poliomyelitis w obszarze endemicznym. W krajach nieendemicznych odnotowano 350 zachorowań. Zachorowania wywołane dzikim wirusem polio w krajach Afryki i Azji oraz niski poziom realizacji szczepień były głównymi czynnikami przesunięcia eradykacji poliomyelitis na świecie [12].

Dorota Mrożek-Budzyn [13] w 1999 roku przeprowadziła badania na temat realizacji szczepień przeciw poliomyelitis w jednym z województw w odniesieniu do założeń Krajowego Programu Eliminacji i Eradykacji Poliomyelitis w latach 1991–1998, w trzech najmłodszych rocznikach dzieci (od 1 do 3 lat). Z przeprowadzonych badań wynika, że na początku lat 90. ubiegłego stulecia stan zaszczepienia w 2. roku życia utrzymywał się poniżej 75%, ale już w kolejnym roku życia udało się zaszczepić 88% dzieci. Krajowy Program Eliminacji i Eradykacji Poliomyelitis wymagał uzyskania poziomu 95%. Dało to impuls do rozpoczęcia intensywnych działań, mających na celu poprawę uodpornienia, poprzez szkolenie lekarzy pediatrów, pielęgniarek, akcje oświatowe w mediach oraz zastosowanie szczepionki IPV u dzieci z przeciwwskazaniami. Akcje społeczne przyniosły stopniową poprawę [13]. W cytowanych badaniach w latach 1991–1994 uzyskano tylko 4% wzrost poziomu zaszczepienia dzieci w 2. roku życia.

W kolejnych latach systematycznie poprawiał się poziom zaszczepienia. Rokroczny wzrost poziomu o kolejne 4% pozwolił na osiągnięcie w 1998 roku 92% wartości wskaźnika zaszczepienia. Niestety, wymaganego poziomu 95% nie udało się osiągnąć, nawet w 3. roku życia [13].

Z przedstawionej analizy populacji w obszarze działania NZOZ wynika, że wszczepialność poliomyelitis nie osiągnęła poziomu 95%, ale i tak jest wyższa w porównaniu ze wskaźnikami dla Małopolski i Polski. Najwyższy wskaźnik wszczepialności przekraczający wymagający w analizowanym okresie wystąpił w 1999 roku, a w późniejszych latach był znacznie niższy i to zarówno w obszarze analizowanym, jak i w Małopolsce i w kraju (**Tabela 3**).

Wielkim przełomem w szczepieniach było wprowadzenie w miejsce monowalentnej szczepionki przeciw odrze skojarzonej szczepionki przeciwko odrze, śwince i różyczce od 2004 roku w 13.–14. miesiącu życia. Szczepienie wprowadzono pierwszy raz do kalendarza szczepień w 1975 roku jako I dawka, a od 1991 roku – II dawka w 9. roku życia.

W 1994 roku szczepiono w 7., 8., 9. roku życia, a od 1995 roku – od 7. roku życia i kontynuowano to szczepienie do 2005 roku [14].

Od 2006 roku szczepieniem objęto całą populację dzieci w 10. roku życia, podając II dawkę przypominającą. Szczepienia w 11. i 12. roku życia dotyczą tylko dziewcząt, które nie otrzymały tej szczepionki w 10. roku życia; kontynuacja trwała do 2009 roku. Przedstawione zmiany były wręcz rewolucyjne, zaobserwowano duży postęp w profilaktyce zachorowań na odrę, świnkę i różyczkę w naszym kraju.

Poprzez powszechne stosowanie szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce podjęto strategię eliminacji zarówno odry, jak i różyczki wrodzonej. Program miał na celu ograniczenie szerzenia się odry, zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu odry i wyeliminowanie rodzimych zachorowań na odrę w regionie Europy. Program przedstawiono w 1989 roku na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia [2].

W ostatnich latach nasilenie ruchów antyszczepionkowych głoszących, że szczepionka skojarzona powoduje autyzm u dzieci, sprawiło, że realizacja szczepień uległa pogorszeniu. Największe nasilenie ruchów antyszczepionkowych obserwuje się w Wielkiej Brytanii. Wpłynęło to niekorzystnie na realizację szczepień, doprowadzając do zmniejszenia odsetka zaszczepionych dzieci przeciw-

ko odrze. Spowodowało to wzrost zachorowań na odrę i równocześnie szerzenie się zachorowań w charakterze zakażeń zawleczonych na cały świat, w tym również do Polski [8, 15].

Dorota Mrożek-Budzyn [16] w kolejnych badaniach, które przeprowadziła na terenie województwa małopolskiego, obserwując wykonywanie szczepień m.in. przeciwko odrze, poddała analizie zaszczepienie dzieci w 2. i 3. roku życia przeciw odrze. Według tych badań województwo małopolskie na koniec 1999 roku nie spełniało założeń programowych eradykacji odry, ponieważ zaszczepiono zaledwie 64,3% dzieci w 2. roku życia i 92,4% dzieci w 3. roku życia.

Niski wskaźnik wszczepialności przeciw odrze, śwince, różyczce został potwierdzony w badaniach własnych w obszarze działania ZOZ Raba Niżna. Wszczepialność dziewcząt na różyczkę w 1999 roku wynosiła 84,6% i była wyższa w porównaniu do Małopolski i Polski. Odsetek ten w latach 2005 i 2011 był wyższy (odpowiednio: 92,8%, 94,4%) (**Tabela 5**).

Po wprowadzeniu dawki przypominającej zachorowalność na krztusiec zmniejszyła się z 2954 przypadków zachorowań w 2004 roku do 1987 przypadków zachorowań w 2007 roku. Mimo tego liczba przypadków zachorowań ciągle wzrasta, w 2009 roku zgłoszono 2391 przypadków zachorowań na krztusiec. Po 50 latach powszechnych szczepień przeciwko krztuścowi sytuacja epidemiologiczna do lat 90. była stabilna. Wzrost zachorowania w połowie lat 90. stał się problemem epidemiologicznym, nieefektywna immunogenność szczepień ochronnych wpłynęła na pogorszenie kontroli krztuśca [7, 12, 17]. W wyniku przeprowadzonych w Polsce badań przez Ślusarczyk i wsp. [12] stwierdzono, że wzrost zachorowań na krztusiec ma związek ze zmniejszoną odpornością od momentu podania ostatniej dawki lub zmianą antygenowości szczepów krztuśca wywołaną mutacjami w genomie bakterii.

Poziom zaszczepienia krztuścem w badanej populacji dzieci i młodzieży w 2. roku życia był wysoki we wszystkich badanych latach, za wyjątkiem zaszczepienia w 1. roku życia (**Tabela 6**).

Uzyskanie wysokiego poziomu zaszczepienia powyżej 95% jest dużym wyzwaniem organizacyjnym dla osób odpowiedzialnych za szczepienia ochronne. Sytuacja epidemiologiczna szczepień na przestrzeni lat wykazuje tendencję zmienności. W dalszym ciągu natrafia się na opór rodziców w podejmowaniu decyzji o szczepieniu. Spowodowane jest to nie tylko brakiem zachorowań na choroby zakaźne, co wpływa na zmniejszenie motywacji rodziców do szczepień dzieci, ale przede wszystkim uaktywnieniem się ruchów antyszczepionkowych. Uzyskanie wielkiego odsetka wszczepialności zależy od wielu czynników, m.in. od oddziaływania edukacyjnego, które obowiązkowo zapisane jest w podstawową działalność lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski

1. Poziom wyszczepienia dzieci i młodzieży badanej populacji w latach 1995–2011 był zależny od obowiązującego kalendarza szczepień, rodzaju szczepień i wieku szczepionych.
2. Poziom uodpornienia dzieci i młodzieży w latach 1995–2011 w badanej populacji utrzymywał się na wysokim poziomie, a dla szczepionek przeciwko gruźlicy, WZW typu B wskaźnik przekraczał 95%.
3. W badanej populacji obserwuje się niski poziom wyszczepienia dla szczepionek przeciw poliomyelitis, odrze, śwince, różyczce, krztuścowi, jednakże pozostawał on nadal wyższy w porównaniu do Małopolski i Polski.
4. W analizowanej grupie w wieku 10–18 lat uzyskano wysoki poziom wyszczepienia szczepionkami obowiązkowymi.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Zieliński A, Stefanoff P. Odporność zbiorowiskowa i badanie efektywności szczepień. Prz Epidemiol. 2004; 58(supl. 1): 10–16.
2. Stefanoff P. Rola szczepień ochronnych w programach eradykacji chorób zakaźnych. (W:) Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A (red.). Wakcynologia. Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press; 2007.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2000 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad przeprowadzania szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym. Dz.U. 2000 Nr 55, poz. 664.
4. Bernatowska E. Szczepienia ochronne, Warszawa: PZWL; 2010. 85.
5. Czajka H, Wysocki J. Szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych. Vademecum. Kraków: Wydawnictwo Help-Med; 2010. 192.
6. Zakład Epidemiologii – Pracownia Monitorowania i Analizy Sytuacji Epidemiologicznej. Szczepienia ochronne w Polsce (biuletyn roczny), http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html (data dostępu: 05.01.2013).
7. Bernatowska E. Program Szczepień Ochronnych na 2006 rok – zasadnicze zmiany. Med Prakt Pediatr. 2006; 2: 69–72.
8. Bernatowska E, Mikuć B. Obowiązkowe szczepienia ochronne. Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane od A do Z. Warszawa: PZWL; 2012. 25–37.

9. Mrożek-Budzyn D. Realizacja szczepień ochronnych dzieci i młodzieży na terenie województwa małopolskiego w latach 1999–2004. Prz Epidemiol. 2005; 4: 823–832.
10. Gałązka A, Magdzik W. Sprawozdanie z XV Spotkania Europejskiej Grupy Doradczej dla rozszerzonego Programu Szczepień (EPI) WHO, Warszawa 9–10 listopada 1998. Prz Epidemiol. 1998; 4: 517–519.
11. Bernatowska E. Eradykacja poliomyelitis, zmiany w zakresie szczepień w Polsce. Prz Pediatr. 2000; 30, 4: 263–266.
12. Ślusarczyk J et al. Sytuacja epidemiologiczna krztuśca, błonicy, tężca i poliomyelitis w Polsce, innych krajach Unii Europejskiej i na świecie – cz. 1, 2, 3, 4. Med Prakt Pediatr, wydanie specjalne. 2010; 1: 18–21.
13. Mrożek-Budzyn D. Wykonawstwo szczepień przeciw poliomyelitis na terenie województwa krakowskiego w odniesieniu do założeń krajowego programu eliminacji i eradykacji poliomyelitis. Prz Epidemiol. 1999; 3–4: 319–323.
14. Gonera E, Magdzik W. Szczepienia ochronne w Polsce – kalendarze i programy szczepień ochronnych. (W:) Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A (red.). Wakcynologia. Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press; 2007. 215–231.
15. Gerber JS, Offit PA. Szczepienia a autyzm: historia zmieniających się hipotez. Med Prakt. 2010; 1(13): 5–15.
16. Mrożek-Budzyn D. Wykonawstwo szczepień przeciw odrze i poliomyelitis na terenie województwa małopolskiego w odniesieniu do założeń programów eliminacji i eradykacji tych chorób. Prz Epidemiol. 2001; 3: 255–363.
17. Nitsch-Osuch A. Krztusiec u młodzieży i dorosłych. Med Dypl. 2010; 9(10): 93–103.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Grażyna Dębska
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
30-705 Kraków
tel. kom.: 607 059 061
e-mail: gdebska@afm.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

WPŁYW CIĄŻY I POŁOGU NA LIBIDO, NASTRÓJ I APETYT – RETROSPEKTYWNA ANALIZA

THE IMPACT OF PREGNANCY AND DELIVERY AT THE LIBIDO, MOOD AND APPETITE – RETROSPECTIVE ANALYSIS

Maciej Wilczak[1], Małgorzata Mizgier[2], Grażyna Jarząbek-Bielecka[3], Joanna Buks, Magdalena Pisarska-Krawczyk[4,5], Monika Olejniczak, Anna Potasińska-Sobkowska[1], Mikołaj Sinica[3], Witold Kędzia[3]

[1] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Zakład Dietetyki Katedry Higieny Żywienia Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu
[3] Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[4] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[5] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.61

STRESZCZENIE

Wstęp. Istnieje wiele doniesień mówiących o tym, że libido, nastrój i apetyt kobiety w okresie ciąży ulegają zmianie. Opieka ginekologiczno-położnicza powinna uwzględniać także aspekty seksuologiczne oraz dietetyczne.
Materiał i metody. Analizowano (pytając retrospektywnie), jak w ocenie 52 aktywnych seksualnie kobiet zmieniły się potrzeby i reakcje seksualne od okresu przed ciążą, w ciąży i po okresie połogu – pytano kobiet, jak oceniały swe potrzeby i reakcje seksualne przed ciążą, w ciąży i po ciąży, przy czym każdej z potrzeb i reakcji seksualnych przyporządkowano ocenę wg 5-stopniowej skali (od 0 do 4, gdzie 0 to niska ocena, 4 – wysoka ocena). Badane pytano także o zmiany nastroju i apetytu. Badaniami objęto kobiety w wieku 19–30 lat, które rodziły raz, siłami natury, a ciąża i poród przebiegły bez powikłań.
Wyniki. Najwyżej przez kobiety ocenione zostało libido w okresie przedciążowym, najniżej zaś oceniono orgazmy nocne, w każdym z badanych okresów.
Dyskusja. Kobiety wyrażały najwyższą potrzebę kontaktów seksualnych przed ciążą i chętnie próbowały wówczas różnych pozycji seksualnych. Podczas wywiadu lekarskiego badane zgłaszały obniżenie chęci kontaktów seksualnych, ograniczanie pozycji seksualnych, obniżenie nastroju, zwłaszcza w I trymestrze ciąży i okresie połogu. Kobiety zgłaszały też w wywiadzie lekarskim zaburzenia apetytu wywołane nudnościami i wymiotami, szczególnie w I trymestrze ciąży. Zaburzenia apetytu i zmiany nastroju mogły mieć związek z obniżeniem popędu seksualnego.

Słowa kluczowe: ciąża, seksuologia, dietetyka.

ABSTRACT

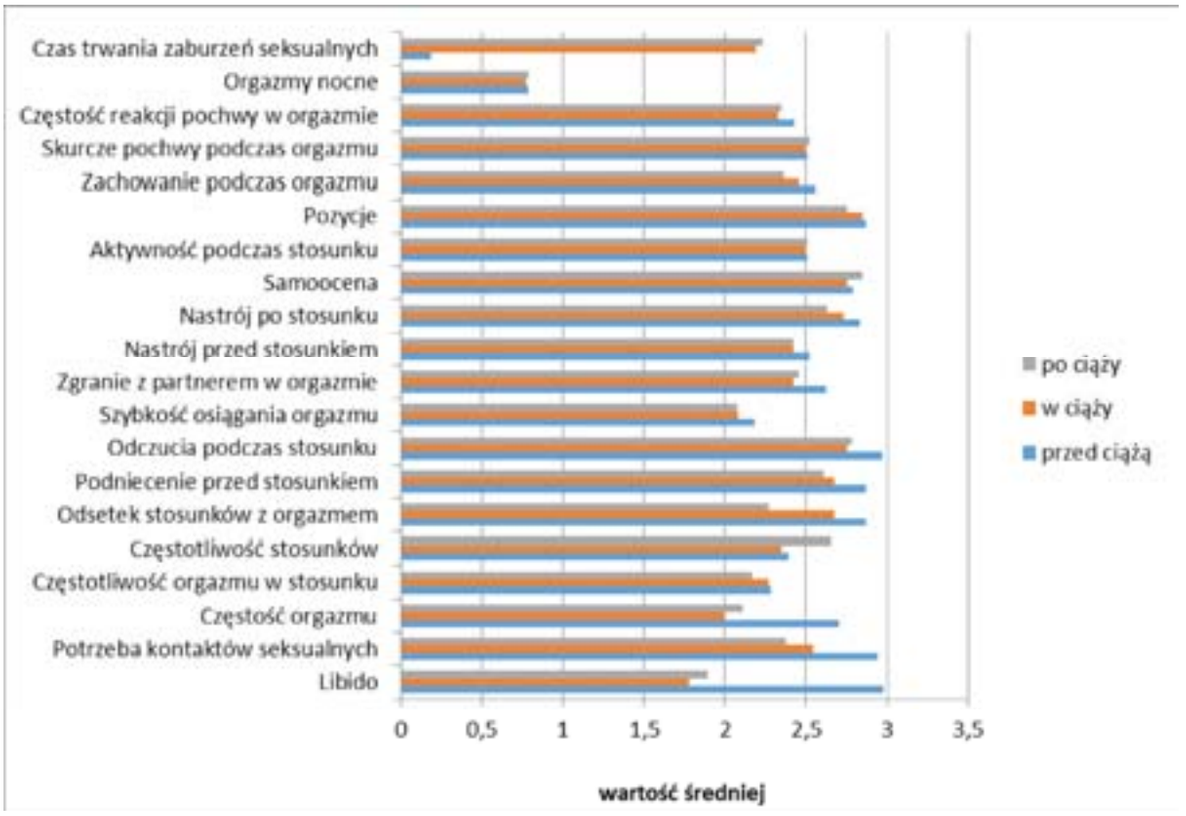
Introduction. There are reports dealing with the effects of pregnancy and childbirth at the libido. In contrast, few authors moves on the impact of pregnancy associated with changes in mood and appetite decline needs and sexual response. The paper attempts to analyze the issue.
Material and methods. They analyzed (asking retrospectively) as changed needs and sexual responses in the evaluation of 52 sexually active women from the period before pregnancy, during pregnancy and the postpartum period – women were asked how to evaluate their needs and sexual responses before pregnancy, during pregnancy and after pregnancy assigning each with the needs and sexual response assessment by 5-point scale (from 0 to 4, where 0 is the low score 4 – high score). The women were also asked about changes in mood and appetite. The study included women 19–30 years old, who have given birth once, vaginally, pregnancy and childbirth without complications.
Results. Top women libido was assessed before pregnancy, while the lowest rated orgasms night, in each of the periods studied.
Discussion. Women expressed the need for the highest sex before pregnancy and willingly then they are trying different sexual positions. During the medical history investigated reported a decrease in sexual desire, reduction of sexual positions, depressed mood, especially in the first trimester of pregnancy and the postpartum period. Women reported a history of medical disorders appetite induced nausea and vomiting, especially in the first trimester of pregnancy. Eating disorders and mood changes may be associated with decreased sex drive.

Keywords: pregnancy, sexology, dietetics.

Wstęp

Istnieje wiele doniesień mówiących o tym, że libido, nastrój i apetyt kobiety w okresie ciąży ulegają zmianie.

Ciąża i poród stwarzają dla kobiety nową sytuację psychologiczną, w sposób istotny przyczyniającą się do zmian nastroju i libido, sprzyjając przeżywaniu niepokoju. Analizowano (pytając retrospektywnie), jak w ocenie 52 aktywnych seksualnie kobiet zmieniły się potrzeby i reakcje seksualne od okresu przed ciążą, w ciąży i po okresie połogu – pytano, jak oceniały swe potrzeby i reakcje seksualne przed ciążą, w ciąży i po ciąży. Opieka ginekologiczno-położnicza powinna uwzględniać także aspekty seksuologiczne oraz dietetyczne – w sposób specyficzny dotyczy to okresu ciąży.



Rycina 1. Wartość średnia oceny potrzeb i reakcji seksualnych przed ciążą, w ciąży i po ciąży

Materiał i metody

W badaniach brały udział 52 aktywne seksualnie kobiety. Podczas wywiadu lekarskiego proszono pacjentki o retrospektywną ocenę potrzeb i reakcji seksualnych przed ciążą, w ciąży i po ciąży. Każdej z potrzeb i reakcji seksualnych przyporządkowano ocenę wg 5-stopniowej skali (od 0 do 4, gdzie 0 to niska ocena, 4 – wysoka ocena).

Na podstawie uzyskanej sumy punktów dla każdego pytania (1–20), w każdym z badanych okresów, wyliczono za pomocą programu Excel 2010 średnią oraz odchylenie standardowe (SD).

Wyniki

Na podstawie **tabeli 1** można wywnioskować, że najwyżej przez badane kobiety ocenione zostało libido (pyt. 1) – średnia ocena 2,98 ± 0,96 punktu w okresie przed ciążą; w okresie ciąży 1,78 ± 78 punktu; po połogu 1,89 ± 0,68 punktu, i pozycje (pyt. 15) – średnia ocena 2,85 ± 0,90 punktu.

Badane kobiety wyrażały najwyższą chęć kontaktów seksualnych przed ciążą i chętnie próbowały wówczas różnych pozycji seksualnych – w okresie ciąży i połogu każda z badanych zgłaszała obniżenie chęci kontaktów seksualnych, ograniczały pozycje seksualne, w wywiadzie lekarskim każda badana mówiła o obniżeniu nastroju, zwłaszcza w I trymestrze ciąży i okresie połogu. Badane zgłaszały też w wywiadzie lekarskim zaburzenia apetytu (charakterystyczne nudności i wymioty) w I trymestrze ciąży.

Najniżej ocenione zostały orgazmy nocne (pyt. 19) – średnia ocena 0,77 ± 0,63 punktu. Badane kobiety rzadko miewają nocne orgazmy.

Wszystkie badane wskazywały w swej subiektywnej ocenie na obniżenie nastroju w okresie ciąży oraz na zaburzenia apetytu, zwłaszcza w I trymestrze ciąży, co zazwyczaj miało związek z nudnościami typowymi dla tego okresu.

Dyskusja

Ciąża i poród stwarzają dla kobiety zupełnie nową sytuację psychologiczną w sposób istotny przyczyniającą się do zmian nastroju i libido, sprzyjając przeżywaniu niepokoju [1–3].

Na ten lęk składają się m.in.:

- lęk o przebieg ciąży,
- lęk o zdrowie dziecka,
- obawa o fizyczny stan płodu,
- strach przed porodem,

Tabela 1. Ocena potrzeb i reakcji seksualnych przed ciążą, w ciąży i po ciąży

Nr pytania	Ocena potrzeb i reakcji seksualnych	Przed ciążą		W ciąży		Po ciąży	
		średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
1	Libido	2,98	0,96	1,78	0,78	1,89	0,76
2	Potrzeba kontaktów seksualnych	2,94	0,87	2,54	0,77	2,38	0,71
3	Częstość orgazmu	2,7	1,43	2	0,83	2,11	0,93
4	Częstotliwość orgazmu w stosunku	2,28	0,72	2,27	0,71	2,17	0,81
5	Częstotliwość stosunków	2,39	0,96	2,35	0,86	2,65	0,87
6	Odsetek stosunków z orgazmem	2,87	1,24	2,67	1,14	2,27	1,11
7	Podniecenie przed stosunkiem	2,87	0,98	2,67	0,88	2,61	0,86
8	Odczucia podczas stosunku	2,97	1,19	2,75	1,18	2,78	1,19
9	Szybkość osiągania orgazmu	2,18	1,43	2,08	1,13	2,07	1,18
10	Zgranie z partnerem w orgazmie	2,62	1,19	2,42	1,09	2,46	1,19
11	Nastrój przed stosunkiem	2,52	0,94	2,42	0,92	2,42	0,82
12	Nastrój po stosunku	2,83	0,99	2,73	0,94	2,63	0,93
13	Samoocena	2,79	0,96	2,75	0,86	2,85	0,88
14	Aktywność podczas stosunku	2,51	1,12	2,5	1,11	2,51	1,12
15	Pozycje	2,87	0,92	2,85	0,9	2,75	0,86
16	Zachowanie podczas orgazmu	2,56	1,11	2,46	1,01	2,36	1,01
17	Skurcze pochwy podczas orgazmu	2,51	0,99	2,5	0,99	2,52	0,96
18	Częstość reakcji pochwy w orgazmie	2,43	1,19	2,33	1,19	2,35	1,29
19	Orgazmy nocne	0,79	0,64	0,77	0,63	0,79	0,73
20	Czas trwania zaburzeń seksualnych	0,19	0,48	2,19	1,48	2,23	1,43

- niepokój o zdolność karmienia piersią,
- strach przed opieką nad dzieckiem.

Na pojawienie się tej emocji mogą mieć również wpływ:

- wpojone wzorce kulturowe,
- indywidualne cechy osobowości kobiety,
- przewidywanie niepowodzeń.

Pozostałymi elementami mogącymi przyczynić się do występowania wzmożonego lęku mogą być:

- niedostateczna opieka nad ciężarną,
- obciążony wywiad położniczy,
- objawy kliniczne zagrażającego poronienia porodu przedwczesnego,
- choroby w rodzinie i własne,
- śmierć w rodzinie,
- sytuacje konfliktowe z partnerem lub rodziną,
- negatywne sytuacje wynikające z sytuacji ciężarnej,
- stresy związane z warunkami ekonomicznymi.

Te lęki wywołują reakcje obronne: zwiększa się napięcie mięśniowe, co może wywołać uczucie bólu, tworząc tzw. mechanizm błędnego koła – ból nasila lęk. Oczywistym jest, że w tym stanie kobiety nie mają ochoty na seks – zmniejsza się ich libido i aktywność seksualna, co niekorzystnie wpływa na relacje partnerskie i pogłębia obniżenie nastroju. Dane z piśmiennictwa i obserwacje własne potwierdzają indywidualne podejście do aktywności seksualnej w okresie ciąży [4–8]. Wyniki badań wskazują, że u większości badanych nastrój, potrzeba kontaktów seksualnych, libido, częstość orgazmu i stosunków oraz odczucia związane z współżyciem seksualnym w czasie ciąży ulegają obniżeniu.

Po okresie połogu obserwuje się zazwyczaj poprawę nastroju i libido oraz doznań seksualnych, wiele jednak kobiet podkreśla, że nie wróciły one w tych aspektach do stanu sprzed ciąży. Wskazuje to na konieczność opieki seksuologicznej nad tymi kobietami oraz konieczność zwrócenia uwagi na problematykę seksualną przez położników-ginekologów.

Wielu autorów zwraca uwagę na ten aspekt. Obserwacje własne autorów oraz niektóre doniesienia mówią o pozytywnym wpływie aktywności seksualnej w czasie ciąży na relacje partnerskie – oczywiście o ile nie ma przeciwwskazań położniczych. Według obserwacji własnych i piśmiennictwa ograniczenie aktywności seksualnej bywa przyczyną frustracji i nieporozumień między partnerami; to spostrzeżenie uzasadnia celowość również opieki seksuologicznej w okresie ciąży, nierzadko opieki partnerskiej [2, 9, 10].

W relacjach seksualnych i partnerskich w okresie ciąży znaczenie ma nastawienie emocjonalne kobiety, co związane jest z uogólnionym obniżeniem nastroju wpływają-

cym negatywnie także na sferę seksualną. Podkreśla się tu również negatywny wpływ progesteronu ciążowego na nastrój i libido.

Wg piśmiennictwa czynnikami warunkującymi podejście do współżycia płciowego podczas ciąży są m.in.:

- stan zdrowia ciężarnej,
- więź emocjonalna między małżonkami,
- potrzeby seksualne,
- współżycie płciowe przed ciążą,
- poczucie własnej wartości i atrakcyjności,
- lęk obojga partnerów o dziecko,
- poczucie zażenowania związane z bliskością płodu,
- tradycje kulturowe społeczeństwa.

Problemy dotyczące zaburzeń nastroju i funkcjonowania w sferze seksualnej nie mijają wraz z porodem – hypolibidemia, smutek poporodowy, depresja poporodowa oraz psychoza poporodowa są to najczęściej występujące zaburzenia emocjonalne u kobiet w połogu [2, 10–13].

Wpływ progesteronu na aktywność seksualną obserwuje się już w I trymestrze ciąży. Dane z piśmiennictwa i obserwacje własne wskazują, że następuje wówczas wyraźnie obniżenie zainteresowań seksualnych, a w konsekwencji zmniejszenie częstości i stosunków seksualnych i pogorszenie relacji seksualnych, na co wpływają dolegliwości nieodłącznie związane z I trymestrem, takie jak: nudności, wymioty (zaburzenia apetytu), senność, bolesność piersi, ogólny spadek nastroju oraz obawy przed uszkodzeniem zarodka lub wystąpieniem poronienia na skutek kontaktów seksualnych.

Wywiady z pacjentkami wskazują na to, że pozytywnie wpływa na życie seksualne w okresie zarówno ciąży, jak i po połogu komfort psychiczny związany ze wsparciem partnerskim, rodzinnym, dobrą sytuacją ekonomiczną, właściwą dietą, pozbyciem się ewentualnych lęków związanych z ciążą [2, 4–6]. U zdrowych kobiet nastawienie do seksu zazwyczaj zmienia się w II trymestrze ciąży, na co wpływ mają zachodzące w narządach płciowych zmiany, które sprzyjają przeżywaniu doznań erotycznych. Ma to związek z zachodzącymi w tym okresie zmianami hormonalnymi i fizjologicznymi, takimi jak przekrwienie okolicy narządów płciowych oraz intensywniejszym i szybszym zwilżaniem ścian pochwy. Z obserwacji autorów i danych z piśmiennictwa wynika, że zdrowe kobiety ciężarne mówią w wywiadach o wzroście libido i orgazmu w II trymestrze ciąży – następuje u tych kobiet wyraźny wzrost liczby kontaktów płciowych i wzbogacenia przeżyć seksualnych w tym okresie. Nie dotyczy to jednak wszystkich kobiet, na pewno nie dotyczy kobiet z przetrwałym obniżeniem nastroju czy problemami położniczymi rzutującymi też na sferę psychoemocjonalną i seksualną. Zazwyczaj jednak w kolejnych trymestrach ciąży mijają zaburzenia apetytu, nudności, wymioty, kobiety są uświadamiane o właściwym odżywianiu i zazwyczaj stosują się do wskazań dietetycznych.

Doniesienia z piśmiennictwa i obserwacje autorów wskazują, że w III trymestrze ciąży następuje wyraźny spadek aktywności seksualnej, zmniejszenie częstotliwości stosunków oraz zdolności do przeżywania orgazmu, co tłumaczy się wysokim poziomem lęku o dziecko i przebieg porodu oraz negatywnymi odczuciami somatycznymi, takimi jak: bóle okolicy krzyżowej, obrzęki, ociężałość, zmęczenie, przyrost masy ciała, wyczerpanie psychiczne [1–3, 8, 12, 13].

W ostatnich tygodniach ciąży istnieje uzasadniona konieczność zaniechania kontaktów seksualnych z uwagi na niebezpieczeństwo zakażenia i uszkodzenia pęcherza płodowego w razie wystąpienia czynności porodowej. W okresie tym istnieje niebezpieczeństwo wywołania porodu przedwczesnego z uwagi na fakt, że mięsień macicy reaguje na pobudzanie seksualne regularną czynnością skurczową trwającą nawet do pół godziny po orgazmie. Powstrzymanie się ciężarnej od współżycia jest bezwzględną koniecznością w przypadku niektórych powikłań przebiegu ciąży, takich jak przedwczesne odpłynięcie wód płodowych, krwawienie oraz zagrożenie porodem przedwczesnym [2–5, 13].

Na podstawie dotychczasowej analizy przeglądu piśmiennictwa i własnych obserwacji autorów stwierdzić można, że o ile ciąża w III trymestrze jest okresem, w którym z przyczyn położniczych zaleca się ograniczenie aktywności seksualnej, o tyle u zdrowych kobiet w I i II trymestrze, przy prawidłowym przebiegu ciąży, współżycie seksualne nie wywiera szkodliwego wpływu na stan płodu i przy zachowaniu szczególnej ostrożności możliwa i wskazana dla poprawności relacji partnerskich jest aktywność seksualna.

Autorzy podkreślają, że w I trymestrze można współżyć właściwie w każdej indywidualnie modyfikowanej pozycji. Brzuch jest wtedy jeszcze płaski i nie utrudnia kontaktów seksualnych.

W II trymestrze ciąży zwiększa się ukrwienie okolic miednicy mniejszej, co istotnie wpływa na ułatwienie współżycia i osiągnięcie satysfakcji seksualnej. Dozwolone są wtedy niemal wszystkie modyfikacje ułożenia ciał podczas stosunku, pod warunkiem, że brzuch nie jest w nich uciskany.

W przypadku przebiegu ciąży bez powikłań i chęci zachowania aktywności seksualnej w ostatnim trymestrze, jak wskazują autorzy, istnieje konieczność modyfikacji

pozycji seksualnych do najbezpieczniejszych, czyli takiego ułożenia ciał partnerów, że kobieta leży na boku tyłem do mężczyzny, odchylona od niego, ze zgiętymi kolanami. Brzuch jest wtedy bezpieczny, nie ciąży kobiecie i nie przeszkadza mężczyźnie. Jest to jedno z najodpowiedniejszych i najbezpieczniejszych ułożeń ciał podczas stosunku w III trymestrze ciąży.

Autorzy zgodnie podkreślają, że współżycie seksualne u zdrowych kobiet, z prawidłowym przebiegiem ciąży, bez występowania przeciwwskazań, nie wywiera szkodliwego wpływu na stan płodu [2, 4–7].

Ciąża stwarza nowe uwarunkowania dla kobiety, również co do funkcjonowania w sferze psychoemocjonalnej i seksualnej, sama z siebie jest źródłem wielu stresów i niepokojów rzutujących na libido i nastrój oraz apetyt. Istnieją jednak czynniki, które mają mniejszy lub większy wpływ na ich intensywność.

Należy tu wymienić przede wszystkim następujące aspekty:

- kultura, pod wpływem której kobieta została wychowana,
- fakt, czy ciąża była pożądana, czy przypadkowa,
- liczba poprzedzających ciąż u kobiety,
- rola, jaką kobieta pełni w życiu,
- struktura osobowości oraz konflikty wewnętrzne kobiety,
- wsparcie, jakie kobieta otrzymuje od rodziny, personelu medycznego oraz najbliższego otoczenia.

Na wyniki badań dotyczących wpływu ciąży na aktywność seksualną na pewno pozytywnie może wpływać właściwa opieka położnicza uwzględniająca aspekty seksuologiczne w okresie ciąży, pozwalająca na pozbycie się obaw i niepokojów związanych z seksem, o ile nie ma przeciwwskazań położniczych [2, 3, 11–13].

Wnioski

Opieka ginekologiczno-położnicza powinna uwzględniać także aspekty seksuologiczne oraz dietetyczne – w sposób specyficzny dotyczy to okresu ciąży.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Więznowska-Mączyńska K, Więznowski J. Seksualność kobiet w okresie pierwszego roku po porodzie. Prz Terapeut. 2009; 6/7.
2. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I, Kryś KM. Sexuality of pregnant women. Seksuol Pol. 2011; 9, 2: 85–90.
3. Marcyniak M, Hamela-Olkowska A, Czajkowski K. Współżycie płciowe podczas ciąży a ryzyko porodu przedwczesnego. Med Wieku Rozw. 2003; 7(3), supl. 1: 167–173.
4. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A, Diniz SG. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. J Sex Med. 2015; 12(5): 1212–20; doi: 10.1111/jsm.12883. Epub 2015 Apr 9.
5. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. Int Urogynecol J. 2014; 25(1): 5–14; doi: 10.1007/s00192-013-2118-7. Epub 2013 Jun 28. Review.
6. Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among brazilian women: a retrospective study. J Sex Marital Ther. 2010; 36(2): 124–136.
7. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Arch Gynecol Obstet. 2009; 279(3): 353–356.
8. Jarząbek G, Wybrańczyk K, Szafińska A, Rzeczycki J, Friebe Z. Postpartum depression. Now Lek. 2002; 4–5(71): 277–282.
9. Sowińska-Przepiera E, Jarząbek G. Zdrowie seksualne w aspekcie ginekologii wieku rozwojowego. Ginekol Prakt. 2007; 93(2): 39–42.
10. Libera A. Problemy psychologiczne okresu ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży. (W:) Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G (red.). Psychologia w położnictwie i ginekologii. Warszawa: PZWL; 2009. 154–157.
11. Iwanowicz-Palus G, Bień A. Psychoprofilaktyka u kobiet w ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży i porodu – charakterystyka stanów emocjonalnych kobiet w ciąży. (W:) Bień A (red.). Opieka nad kobietą ciężarną. Warszawa: PZWL; 2009. 342–348.
12. Smoliński R. Seksualność kobiet w ciąży i w połogu. (W:) Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V (red.). Podstawy seksuologii. Warszawa: PZWL; 2010. 133–137.
13. Sipiński A, Kazimierczak M, Buchacz P, Sipińska K. Sexual behaviors of pregnant women. Wiad Lek. 2004; 57(supl. 1): 281–284.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Maciej Wilczak
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
e-mail: kzmid@gpsk.am.poznan.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET PO MASTEKTOMII W TRAKCIE CHEMIOTERAPII

QUALITY OF LIFE OF WOMEN AFTER THE MASTECTOMY AND DURING THE CHEMOTHERAPY

Maria Połocka-Molińska[1], Anna Molińska-Kulesza[2], Katarzyna Plagens-Rotman[1], Jolanta Swobodzińska[3]

[1] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Nowy Szpital we Wschowie
[3] Oddział Chemioterapii, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.62

STRESZCZENIE

Życie z chorobą nowotworową piersi wymaga od kobiety wypracowania w sobie nowej postawy wobec zmieniającej się rzeczywistości, odwołania się do procesów przewartościowania poszczególnych dziedzin życia na wielu płaszczyznach. W ostatnich latach, zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), kieruje się dużą uwagę na jakość życia pacjentów w czasie leczenia choroby nowotworowej i po jego zakończeniu. Szczególne zainteresowanie ukierunkowano na jakość życia podczas leczenia uzupełniającego, jakim jest chemioterapia. Z wieloletniego doświadczenia wynika, że chemioterapia jest leczeniem, które niesie ze sobą wiele skutków ubocznych, a tym samym wpływa na jakość życia tych kobiet.
Celem pracy była ocena jakości życia kobiet po mastektomii w trakcie leczenia uzupełniającego – chemioterapii. Badanie przeprowadzono wśród 171 kobiet z rakiem piersi po przebytej mastektomii, u których zastosowano standardową chemioterapię. Narzędziami badawczymi były standaryzowany, powszechnie stosowany przy chorobach nowotworowych, kwestionariusz jakości życia – EORTC QLQ-C30 (wersja 3.0) w wersji polskiej oraz samodzielnie opracowana ankieta składająca się z dwóch części: demograficzno-społecznej i medycznej.
Przeprowadzone badania oraz analiza statystyczna wykazały, że wyższy standard życia – tj. wyższy status ekonomiczny, lepsze warunki zamieszkania, stałe dochody – sprzyja wyższej ocenie jakości życia i powoduje, że skutki uboczne chemioterapii są mniej uciążliwe.
Wykazano również, że osoby bardziej aktywne zawodowo i mogące liczyć na wsparcie najbliższych również wyżej oceniają jakość życia i mniej narzekają na dolegliwości po przebytej mastektomii, będąc w trakcie chemioterapii.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa piersi, mastektomia, chemioterapia, jakość życia.

ABSTRACT

Life with a breast cancer requires changes in attitudes towards changing reality and re-evaluation of various fields of life. Recently, in accordance with instructions of World Health Organisation (WHO), a lot of attention is being paid to the quality of life of patients both during and after the cancer treatment. The main focus is put on the life quality during a complimentary treatment, that is chemotherapy. Long term experience shows that chemotherapy has many side effects, thus affects the lives of the patients significantly.
The aim of the thesis was to evaluate the quality of life of women after the mastectomy and during the complementary treatment - chemotherapy. The research was conducted on 171 women after mastectomy who were also subjected to standard chemotherapy. There were two research tools used, which were a standardised, commonly adopted in evaluation of the quality of life questionnaire of patients during chemotherapy, namely EORTC QLQ-C30 (version 3.0) in Polish, as well as authorial survey consisting of two parts: socio-demographical and medical.
The conducted research and its analysis proved that higher standard, that is financial situation, accommodation conditions, constant income contribute to higher evaluation of quality of life and alleviate the deteriorating and strenuous effects of chemotherapy.
It is also proven, that working women with support from family tend to assess their quality of life as better, and complain less about ailments related to subjection to mastectomy or side effects of chemotherapy.

Keywords: breast cancer, mastectomy, chemotherapy, quality of life.

Wstęp

Najczęściej spotykanym nowotworem złośliwym u kobiet jest rak piersi. Leczenie tej choroby jest trudne i długotrwałe, składa się z leczenia miejscowego i ogólnego. Miejscowe polega na chirurgicznym usunięciu patologicznej zmiany lub całej piersi z regionalnymi węzłami chłonnymi. Zależnie od stopnia zaawansowania choroby stosuje się zabieg oszczędzający pierś z pooperacyjną radioterapią lub amputację całej piersi z włączeniem leczenia systemowego. Leczenie systemowe to chemioterapia, hormonoterapia i immunoterapia. Chemioterapia jest jedną z głównych metod leczenia raka piersi. Stosuje się ją zarówno przed leczeniem operacyjnym, jak i po mastektomii.

Leczenie cytostatykami to terapia bardzo agresywna, wywołuje wiele działań niepożądanych. Toksyczność chemioterapii wywołuje powikłania wczesne, występujące

w trakcie trwania leczenia, i powikłania późne, pojawiające się kilka tygodni, a nawet lat po zakończeniu leczenia [1].

Działanie cytostatyków powoduje objawy przemijające, takie jak wypadanie włosów czy wymioty. Skutkami leczenia przeciwnowotworowego mogą być także uszkodzenia narządów i układów prowadzące do trwałego kalectwa i śmierci [1, 2].

Diagnoza choroby nowotworowej, okaleczające leczenie chirurgiczne oraz toksyczne i długie działanie cytostatyków burzą cały świat wewnętrzny kobiety i wyzwalają bardzo silne emocje. Następstwa raka piersi powodują zaburzenia funkcjonowania w sferze fizycznej, psychicznej, duchowej oraz społecznej kobiety [3]. Mastektomia jest silnym przeżyciem odbijającym się w zachowaniu kobiet. Zmiany w obrębie kończyny górnej po stronie operowanej i obręczy barkowej oraz lęk przed kalectwem, deformacją postawy ciała oraz nawrotem choroby i śmiercią stwarzają pesymistyczny widok przyszłości kobiet po mastektomii. Kobiety narażone są na pojawienie się problemów zdrowia psychicznego z wystąpieniem depresji włącznie. Po mastektomii radykalnie zmieniają hierarchię wartości potrzeb. Choroba nowotworowa zakłóca życie rodzinne i zawodowe, może powodować zmianę wzajemnych relacji emocjonalnych z partnerem. Zmiany mogą dotyczyć statusu społecznego i materialnego [4–8].

Życie z chorobą nowotworową wymaga od kobiety wypracowania w sobie nowej postawy wobec zmieniającej się rzeczywistości, odwołania się do procesów przewartościowania poszczególnych dziedzin życia na wielu płaszczyznach. Większy dostęp do informacji, diagnostyki i placówek leczących nowotwory może przyspieszyć podjęcie decyzji o leczeniu. Wczesna diagnoza choroby i właściwe leczenie ratuje życie kobiety lub je wydłuża. Monitorowanie w czasie leczenia i działanie polegające na zmniejszaniu skutków ubocznych i niepożądanych objawów mają wpływ na jakość życia pacjentek zmagających się z tą ciężką chorobą. Duże znaczenie ma wsparcie osób bliskich i pomoc personelu medycznego w trudnych momentach walki z rakiem.

Szczególne zainteresowanie ukierunkowano na jakość życia podczas leczenia uzupełniającego, jakim jest chemioterapia. Z wieloletniego doświadczenia wynika, że chemioterapia jest leczeniem, które niesie ze sobą wiele skutków ubocznych, a tym samym wpływa na jakość życia tych kobiet.

Określenie ,,jakość życia" stało się bardzo popularne w drugiej połowie XX wieku, a definicja tego pojęcia nadal jest zróżnicowana. Wcześniej oznaczyło ,,dobre życie", wyrażające się zasobnym stanem posiadania dóbr materialnych. Z czasem rozszerzyło się na obszary ,,być", co spowodowało potrzebę zastosowania nowych kryteriów: zdrowia, wolności, szczęścia [9].

Pojęcie jakości życia jest nierozłącznym elementem zdrowia, definiowanego wg Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO) jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, niebędący jedynie brakiem choroby lub ułomności [10].

W medycynie jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia w różnych obszarach: psychicznym, fizycznym, społecznym i sprawności ruchowej. Postęp w diagnostyce i technologii medycznej spowodował wydłużenie czasu życia ludzi, zwłaszcza osób chorych. Proces leczenia wpływa na jakość życia pacjentów poprzez eliminowanie lub ograniczanie choroby. Jakość życia uzależniona jest od warunków ekonomicznych, możliwości znalezienia pracy, dostępu do dóbr kultury, wsparcia społecznego czy wsparcia ze strony najbliższej rodziny. Wprowadzone w opiece zdrowotnej badanie jakości życia pacjentów skupiło się na likwidowaniu cierpienia psychicznego, poprawie sprawności funkcjonalnej i tworzeniu życzliwego otoczenia społecznego i fizycznego [11].

Rak piersi jest traktowany jako choroba ogólnoustrojowa leczona metodą systemową, na którą składają się chemioterapia, hormonoterapia i immunoterapia.

Do pooperacyjnej chemioterapii kwalifikują się prawie wszystkie pacjentki z rakiem ,,potrójnie ujemnym" lub z nadekspresją/amplifikacją HER2, a także chore z guzami wskazującymi na ekspresję ER i PgR bez nadekspresji/amplifikacji HER2. Leczenie polega na podawaniu wielolekowych schematów opartych na antracyklinach, a u chorych z wyższym ryzykiem nawrotu stosuje się dodatkowo taksoidy [12].

Chemioterapia oznacza leczenie choroby nowotworowej naturalnymi i syntetycznymi lekami przeciwnowotworowymi. Zależnie od stopnia zaawansowania choroby oraz okresu, w którym stosuje się leczenie systemowe, wyróżnia się chemioterapię: przedoperacyjną, okołooperacyjną, pooperacyjną i paliatywną. Cytostatyki blokują cykl komórkowy poprzez uruchamianie biochemicznych procesów genetycznie zaprogramowanych do uśmiercania komórki. Terapia polega na podawaniu najczęściej kilku cytostatyków w dawkach obliczonych indywidualnie i we właściwej sekwencji, podawanych w określonych odstępach czasowych. Powoduje to osiągnięcie maksymalnego efektu zabijającego nieprawidłowe komórki. Umożliwia również interakcje między lekami, ujawniając dodatkowe efekty terapeutyczne oraz zmniejsza oporność na cytostatyki. Leki cytostatyczne mają różne mechanizmy działania i różne pochodzenie. Głównym czynnikiem decydującym o zastosowaniu chemioterapii jest profil immunohistochemiczny

guza pierwotnego. Pozwala przewidzieć wrażliwość guza na systemowe metody leczenia. Optymalny czas trwania chemioterapii to 14–16 tygodni, w którym podane są przynajmniej cztery cykle leczenia.

Toksyczność cytostatyków może prowadzić do niebezpiecznych objawów zagrażających zdrowiu i życiu. Działania niepożądane mogą pojawić się przy właściwie planowanym i realizowanym leczeniu. Kobiety tracą kontrolę nad swoim umysłem, ciałem, teraźniejszością i przyszłością. Uszkodzenie układu krwiotwórczego jest przyczyną niedokrwistości, leukopenii, małopłytkowości. Uszkodzenie tkanek nabłonkowych przyczynia się do wystąpienia biegunki, owrzodzeń i nadżerek przewodu pokarmowego, zmian skórnych i wypadania włosów. Szkodliwość dotyczy także komórek rozrodczych. Niektóre leki przeciwnowotworowe wykazują wybiórczą toksyczność na serce, nerki, wątrobę, płuca czy układ nerwowy. Stopień polekowego nasilenia niepożądanego działania zależy od rodzaju, dawki, czasu oraz ekspozycji na lek. Istotne czynniki to wiek, cechy osobnicze chorego, choroby współistniejące [13–15].

Cel pracy

W niniejszej pracy podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na pytanie, jak przedstawia się jakość życia kobiet chorujących na raka piersi poddanych mastektomii w trakcie leczenia cytostatykami. Głównym celem badania była ocena jakości życia pacjentek po mastektomii w trakcie chemioterapii.

Dla potrzeb pracy sformułowano następujące pytania szczegółowe:

1. Czy stan cywilny wpływa na jakość życia?
2. Czy jakość życia zależy od statusu ekonomicznego?
3. Czy mieszkanie z rodziną ma znaczenie w ocenie jakości życia ?
4. Czy aktywność zawodowa w trakcie chemioterapii oddziałuje na jakość życia?
5. Czy sytuacja mieszkaniowa wpływa na jakość życia?
6. Czy liczba osób w rodzinie ma wpływ na jakość życia?
7. Czy czynniki społeczno-demograficzne (miejsce zamieszkania, charakter pracy, wykształcenie, wiek) wpływają na jakość życia?
8. Które objawy uboczne wpływają na jakość życia?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody dyrekcji Wielkopolskiego Centrum Onkologii w okresie od lipca 2012 roku do lutego 2013 roku. Ankiety zostały wypełnione przez pacjentki na oddziale dziennej chemioterapii w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu.

Grupę badawczą stanowiło 171 kobiet z rakiem piersi po przebytej mastektomii, u których zastosowano chemioterapię. Respondentkom przedstawiono cel badania i po uzyskaniu zgody na wypełnienie ankiety wyjaśniono im sposób wypełniania kwestionariusza oraz zapewniono o dobrowolności i anonimowości. W trakcie przeprowadzania badania w wielu przypadkach pacjentki wyrażały aprobatę dla tematu badania. W większości chore wypełniały kwestionariusz samodzielnie, jedynie w kilku przypadkach panie poprosiły o pomoc ankietera. Kryterium włączenia do badania stanowiły: przebyta mastektomia w ostatnich 12 miesiącach i przyjmowanie kolejnego cyklu chemioterapii oraz zgoda pacjentki na udział w badaniu. Przyjmowany schemat leków cytostatycznych, czas trwania chemioterapii oraz wiek były czynnikami różniącymi badane kobiety.

W badaniu dla oceny jakości życia zastosowano ogólnie dostępny, wystandaryzowany kwestionariusz EORTC QLQ-C30 dla chorych na choroby nowotworowe.

Pytania w kwestionariuszu QLQ-C30 (wersja 3.0) dotyczą nasilenia objawów w ostatnim tygodniu przed badaniem. Większość pytań kwestionariusza miała 40--stopniową skalę (nigdy, czasami, często, bardzo często), z których pacjentka wybierała tylko jedną odpowiedź. Pytania dotyczące ogólnego stanu zdrowia przedstawiono w skali linearnej (od 1 do 7), gdzie 1 oznacza bardzo zły stan zdrowia i jakości życia, a 7 – doskonały.

Do kwestionariusza dołączono samodzielnie opracowaną ankietę, która składa się z dwóch części. Łącznie zawiera 21 pytań, w tym 6 otwartych. Ankieta była całkowicie anonimowa, co miało pozwolić na szczere odpowiedzi podnoszące wiarygodność i dokładność wyników. Pierwsza część – pytania od 1 do 13 – dotyczy danych demograficzno-społecznych, takich jak wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa, sytuacja materialna, mieszkaniowa i rodzinna.

Druga część – medyczna – pytania od 14 do 21 – dotyczy czasu trwania choroby, rodzaju schematu i cyklu chemioterapii. W tej części ankiety znajdują się również pytania dotyczące objawów niepożądanych leczenia cytostatykami. Występowanie tych objawów ma bardzo istotny wpływ na poziom jakości życia ankietowanych.

Kwestionariusz QLQ-C30 służy do kompleksowego badania poczucia zdrowia, oceny funkcjonowania w wymiarze fizycznym, emocjonalnym i społecznym. Zawiera 30 pytań pogrupowanych w 5 skalach funkcyjnych: funkcjonowanie fizyczne (5 pytań), funkcjonowanie w rolach życiowych (2 pytania), funkcjonowanie emocjonalne (4 pytania), funkcjonowanie poznawcze (2 pytania) i funkcjonowanie społeczne (2 pytania). Zawiera także 3 skale

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna ankietowanych

Czynnik socjodemograficzny	Liczba ankietowanych n = 171	[%]
Wiek		
a) do 30 lat	5	2,92
b) 31–40 lat	38	22,22
c) 41–50 lat	43	25,15
d) 51–60 lat	55	32,16
e) powyżej 60	30	17,54
Stan cywilny		
a) panna	18	10,53
b) mężatka	122	71,35
c) rozwiedziona	14	8,19
d) wdowa	17	9,94
Miejsce zamieszkania		
a) wieś	49	28,65
b) miasto do 10 tys.	27	15,79
c) miasto od 10 do 100 tys.	50	29,24
d) miasto powyżej 100 tys.	45	26,32
Status ekonomiczny		
a) bardzo dobry	14	8,19
b) dobry	75	43,86
c) średni	74	43,27
d) zły	8	4,68
Sposób zamieszkania		
a) z mężem/partnerem	68	39,77
b) z rodziną	73	42,69
c) z rodzicami	5	2,92
d) samotnie	23	13,45
e) inny	2	1,17
Wykształcenie		
a) podstawowe	10	5,85
b) zasadnicze zawodowe	40	23,39
c) średnie	73	42,69
d) wyższe	48	28,07
Aktywność zawodowa		
a) praca w pełnym wymiarze	73	42,69
b) praca w niepełnym wymiarze	7	4,09
c) na emeryturze	35	20,47
d) renta	22	12,87
e) nie pracuje	32	18,71
f) praca dorywcza	2	1,17
Sytuacja mieszkaniowa		
a) bardzo dobra	64	37,43
b) dobra	101	59,06
c) raczej zła	2	1,17
d) zła	4	2,34
Charakter pracy		
a) praca umysłowa	51	29,82
b) praca fizyczna	30	17,54
c) nie pracuje	90	52,63
Mąż/partner pracuje		
a) tak	104	60,82
b) nie	22	12,87
c) brak męża/partnera	45	26,32

Przychód *per capita*		
a) 0–1000 PLN	63	36,84
b) 1001–2000 PLN	66	38,60
c) 2001–3000 PLN	18	10,53
d) powyżej 3000 PLN	5	2,92
e) brak odpowiedzi	19	11,11
Liczba osób w rodzinie		
a) 1–2	57	33,33
b) 3–4	92	53,80
c) więcej niż 4	22	12,87

objawowe: zmęczenie (3 pytania), nudności i wymioty (2 pytania) i ból (2 pytania) oraz 6 pojedynczych pytań oceniających natężenie następujących objawów: duszności, bezsenności, utraty apetytu, zaparć, biegunek i trudności finansowych. Dwa ostatnie pytania dotyczą globalnej oceny stanu zdrowia. Odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu występują w skali 4-stopniowej (nigdy (1), czasami (2), często (3), bardzo często (4)) oceniającej stopień nasilenia analizowanych parametrów. Do każdego pytania chora wybierała jedną odpowiedź.

Wyniki badań i ich omówienie

Badania przeprowadzono na grupie liczącej 171 kobiet po zabiegu mastektomii w trakcie chemioterapii. Charakterystykę socjodemograficzną ankietowanych kobiet przedstawiono w **tabeli 1**.

Analiza danych z tej tabeli pokazuje, że najwięcej ankietowanych kobiet – 55 (32,2%) – było w wieku 51–60 lat, niewiele mniej, bo 43 kobiety (25,2%), było w wieku 41–50 lat. Kolejna grupa to kobiety w wieku 31–40 lat – było ich 38 (22,2%). Podobną liczbowo grupę stanowiły kobiety powyżej 60 lat – 30 (17,5%). Najmniej liczą grupę stanowiły kobiety do 30. roku życia, bo 5 osób, czyli 2,9% ogółu respondentek.

Stan cywilny ankietowanych wskazuje, że zdecydowanie najliczniejszą grupę kobiet stanowią mężatki – 122 (71%), następną grupą są panny w liczbie 18 osób (11%). Bardzo zbliżonymi liczbowo grupami do panien są: wdowy i rozwiedzione – było ich odpowiednio 17 (10%) oraz 14 (8%).

Poddając analizie miejsce zamieszkania, wykazano, że miasta od 10 do 100 tys. mieszkańców i wieś zamieszkuje odpowiednio 50 (29%) i 49 (29%) pań. Z miast powyżej 100 tys. pochodzi 45 kobiet (26%). Najmniej liczną grupę stanowią kobiety zamieszkujące środowiska miejskie do 10 tys. mieszkańców – 27, czyli 16% ogółu ankietowanych.

W badanej grupie zdecydowanie przeważają kobiety z wykształceniem średnim – 73 (43%). Wykształcenie wyższe posiada 48 kobiet (28%). Wykształceniem zawodowym legitymuje się 40 osób (23%). Najmniej, bo 10 (6%), respondentek posiada wykształcenie podstawowe.

Ankietowane określiły swój status ekonomiczny jako dobry – 75 (44%) i średni – 74 (43%). Zdecydowanie mniej określa go jako bardzo dobry – 14 (8%) i zły – 8 (5%).

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że 73 kobiety (43%) mieszkają z rodziną, 68 respondentek (40%) mieszka z mężem/partnerem, samotnie mieszkają 23 panie, co stanowi 13%, z rodzicami mieszka 5 osób (3%). Inny wskazały 2 respondentki (1%).

Analiza sytuacji mieszkaniowej ankietowanych pokazuje, że 101 (59%) kobiet określa ją jako dobrą, 64 kobiety (38%) uważają, że jest ona bardzo dobra. Za raczej złą i złą opowiadają się odpowiednio: 4 (2%) i 2 (1%) panie.

Z analizy charakteru wykonywanej pracy wynika, że 88 ankietowanych (51%) jest rencistkami i emerytkami, 51 kobiet (30%) wykonuje pracę umysłową, a 32 respondentki (19%) mają pracę fizyczną.

Aktywność zawodowa męża/partnera przedstawia się następująco: towarzysze życiowi 104 respondentek (61%) pracują, 45 (26%) to nie dotyczy (wdowy, panny, rozwiedzione) oraz w 22 przypadkach (13%) partnerzy nie pracują.

Wśród ankietowanych pracę w pełnym wymiarze deklarują 73 kobiety (43%), 35 (20%) jest emerytkami, 32 (19%) nie pracują, 22 (13%) pozostają na rencie, a 2 kobiety (1%) wykonują pracę dorywczą.

Rozpatrując przychód na osobę w rodzinie, 66 kobiet (43%) uzyskuje go w przedziale 1001–2000 PLN, niewiele mniej liczna grupa, bo 63 (42%), w przedziale 0–1000 PLN. W przedziale 2001–3000 – już tylko 18 (12%). Najmniej liczna grupa ankietowanych – 5 (3%) – uzyskuje dochód powyżej 3000 PLN na osobę.

Analizując liczbę osób w rodzinie ankietowanych kobiet, obserwujemy, że najbardziej liczna jest grupa rodzin 3–4-osobowych i występuje łącznie w 92 przypadkach (54%). Kolejno rodziny 1–2-osobowe to 57 przypadków (33%). Najmniej liczną grupę, bo 22 (13%), stanowią rodziny składające się z większej liczby osób niż 4.

Tabela 2. Wiek kobiety w momencie przeprowadzenia mastektomii

Przedziały wiekowe	N	%
Do 30. r.ż.	5	3
31.–40. r.ż.	38	22
41.–50. r.ż.	43	25
51.–60. r.ż.	56	33
Powyżej 60. r.ż.	29	17
Razem	171	100

Tabela 3. Czas trwania chemioterapii w miesiącach

Czas chemioterapii	N	%
2–4 miesiące	93	55
5–7 miesięcy	57	33
Powyżej 7 miesięcy	21	12
Razem	171	100

Tabela 4. Przyjmowany schemat chemioterapii

Schemat	Liczba schematów	Procent respondentów	Procent odpowiedzi
AC	85	46,45	49,71
CMF	4	2,19	2,34
FAC	5	2,73	2,92
FEC	1	0,55	0,58
GEMZAR	1	0,55	0,58
NOVALBINA	3	1,64	1,75
TAXOL	72	39,34	42,11
TAXOTERE	9	4,92	5,26
XLELODA	0	0,00	0,00
Inne	2	1,09	1,17

Tabela 5. Droga podawania cytostatyków

Droga podawania cytostatyków	Liczba metod	Procent respondentów	Procent odpowiedzi
Doustna	4	2,25	2,34
Dożylna	156	87,64	91,23
Przez port	18	10,11	10,53
Ogół	178	100.00	104,09

Tabela 6. Występowanie skutków ubocznych w czasie chemioterapii

Skutki uboczne	Liczba skutków	Procent respondentów
Nudności	103	60,23
Wymioty	53	30,99
Osłabienie	106	61,99
Biegunka	19	11,11
Zaparcia	46	26,90
Wypadanie włosów	139	81,29
Ból głowy	44	25,73

Z analizy wieku respondentek w momencie przeprowadzenia mastektomii wynika, iż największa liczba zabiegów – 56 (33%) – dotyczyła kobiet w wieku 51–60 lat. Aż 43 kobiety (25%) przeszły zabieg w wieku 41–50 lat. Kolejno 38 pań (22%) mastektomię przechodziło w wieku 31–40 lat. Powyżej 60. roku życia zabieg był przeprowadzany u 29 kobiet (17%). Najmniejsza liczba zabiegów była przeprowadzana u kobiet do 30. roku życia – 5 (3%). Dane liczbowe i procentowe przedstawiono w **tabeli 2**.

Biorąc pod uwagę czas trwania chemioterapii, najliczniejsza grupa respondentek – 93 (55%) – przyjmuje ją w przedziale 2–4 miesięcy, 57 (33%) – w przedziale 5–7 miesięcy i 21 kobiet (12%) poddaje się chemioterapii powyżej 7 miesięcy. Powyższe ma związek z ustalaniem składu grupy badawczej, w której zgodnie z przyjętym założeniem znalazły się kobiety po zabiegu mastektomii wykonanym nie później niż przed 2 laty (**Tabela 3**).

Największa liczba kobiet – 86 (50%) – jest w przedziale 1–5 cykli, kolejna w liczbie 51 (30%) znajduje się w przedziale 6–10 cykli. Dokładnie po 17 kobiet (10%) znajduje się w przedziałach 11–15 oraz powyżej 15 cykli. Najwięcej respondentek – 33 – jest po drugim cyklu chemioterapii. Wraz ze wzrostem numeru cyklu chemioterapii liczba przyjmujących je kobiet jest mniejsza. Tylko w przypadku cykli 15 i 16 – nieco wyższa.

Liczba przyjmowanych schematów jest większa od liczby respondentek, ponieważ 11 kobiet przyjmowało kolejno 2 schematy. Głównymi podawanymi schematami są: AC – 85 (46%) i TAXOL – 72 (39%).

Liczba metod jest większa od liczby respondentek, ponieważ 7 kobiet przyjmowało cytostatyki 2 drogami. Najczęstszą metodą jest metoda dożylna, stosowana w 156 przypadkach (88%). Cytostatyki podaje się przez port w 18 przypadkach (10%) i tylko w 4 (2%) – doustnie (**Tabela 5**).

Najczęściej występującym zjawiskiem jest wypadanie włosów – 139 (81%). Niewiele mniej przypadków obejmują: osłabienie – 106 (62%) i nudności – 103 (60%). Kolejno występującymi skutkami ubocznymi są: wymioty – 53 (31%), zaparcia – 46 (27%) i bóle głowy – 44 (26%). Biegunka występuje w 19 przypadkach (11%) (**Tabela 6**).

Najczęściej występuje obniżenie nastroju – 116 przypadków (68%). Drażliwość dotyczy 74 kobiet (43%). Niechęć do leczenia odczuwa 15 pań (9%). W 7 przypadkach (4%) są wskazane inne skutki, takie jak np.: senność i nadwrażliwość na zapachy. Dane liczbowe i procentowe przedstawiono w **tabeli 7**.

Wyniki otrzymane na podstawie odpowiedzi na pytania kwestionariusza QLQ-C30

Aby zbadać wpływ poszczególnych czynników socjodemograficznych oraz związanych z leczeniem chemioterapią na ocenę jakości życia, przeprowadzono odpowiednie testy ANOVA i t-studenta. Wyniki przedstawiono w **tabelach 8a**, **8b** i **8c**.

Jeżeli w kolumnie nie ma żadnej wartości p mniejszej niż 0,05, to znaczy, że dany czynnik nie wpływa w istotny sposób na zróżnicowanie ocen poszczególnych komponentów. Dzięki temu możemy od razu stwierdzić, że wiek, miejsce zamieszkania, charakter pracy, wykształcenie, czas trwania chemioterapii oraz wiek w momencie mastektomii nie wpływają na ocenę poszczególnych komponentów.

Podsumowanie

Analizując wybrane czynniki jakości życia badanych zaobserwowano, że poszczególne elementy danych społeczno-demograficznych oraz medycznych w określony sposób wpływają na jakość życia, co przedstawiono poniżej.

• Stan cywilny ma wpływ na jakość życia:

– Kobiety rozwiedzione niżej oceniają jakość swojego życia niż osoby o innym stanie cywilnym.
– Wdowy i osoby rozwiedzione niżej oceniają swoje funkcjonowanie w obszarze sprawności aniżeli osoby zamężne i panny.
– Kobiety rozwiedzione niżej oceniają swoje funkcjonowanie w sferze emocjonalnej w porównaniu do pozostałych trzech grup.
– Kobiety zamężne w mniejszym stopniu odczuwają dolegliwości wynikające ze zmęczenia w porównaniu do wdów i kobiet rozwiedzionych.

• Jakość życia jest zależna od statusu ekonomicznego:

– Kobiety deklarujące najlepszy status ekonomiczny również najwyżej oceniają swoją jakość życia i swój stan zdrowia.
– Kobiety oceniające najwyżej swój status ekonomiczny również najwyżej oceniały swoje funkcjonowanie w sferze sprawności.

• Zamieszkanie z rodziną ma istotne znaczenie w ocenie jakości życia:

– Kobiety zamieszkujące z rodziną wyżej oceniają swoją jakość życia niż samotne.
– Kobiety mieszkające z rodziną w mniejszym stopniu odczuwają trudności finansowe.
– Kobiety mieszkające samotnie niżej oceniają swoje funkcjonowanie w obszarze sprawności.

• Aktywność zawodowa w trakcie chemioterapii oddziałuje na jakość życia:

Tabela 7. Występowanie skutków psychologicznych w czasie chemioterapii

Skutki psychologiczne	Liczba skutków	Procent respondentów
Obniżenie nastroju	116	67,84
Niechęć do leczenia	15	8,77
Drażliwość	74	43,27
Inne	7	4,09

Tabela 8a. Wartości p dla testów ANOVA i t-studenta

Komponent	Wiek	Stan cywilny	Miejsce zamieszkania	Status ekonomiczny	Sposób zamieszkania
QL	0,356602	0,009084	0,234332	0,001045	0,093720
PF	0,306039	0,000367	0,751294	0,011508	0,003596
RF	0,713185	0,324118	0,857926	0,377287	0,411785
EF	0,100063	0,015176	0,546807	0,062290	0,035211
CF	0,900426	0,149425	0,633754	0,339430	0,541420
SF	0,760574	0,240750	0,513949	0,081566	0,100008
FA	0,679111	0,007142	0,821030	0,385216	0,018352
NV	0,147311	0,000210	0,889211	0,185667	0,110723
PA	0,427049	0,012554	0,878919	0,133837	0,068633
DY	0,435529	0,120501	0,200784	0,454318	0,681140
SL	0,334278	0,541995	0,669041	0,962087	0,478087
AP	0,576656	0,004485	0,155081	0,164435	0,001271
CO	0,846040	0,586069	0,571370	0,754964	0,219327
DI	0,984159	0,911450	0,765626	0,544310	0,785391
FI	0,427850	0,001395	0,498758	0,000000	0,001264

Tabela 8b. Wartości p dla testów ANOVA i t-studenta

Komponent	Wykształcenie	Aktywność zawodowa	Charakter pracy (t-student)	Przychód *per capita*	Sytuacja mieszkaniowa
QL	0,393226	0,030274	0,341395	0,326264	0,000342
PF	0,339366	0,008478	0,868689	0,379781	0,179990
RF	0,493686	0,215252	0,517844	0,496483	0,207143
EF	0,627192	0,515797	0,684836	0,128223	0,031144
CF	0,622417	0,586352	0,766932	0,504851	0,115764
SF	0,742709	0,299350	0,217488	0,354592	0,016954
FA	0,956819	0,249417	0,309081	0,355090	0,263324
NV	0,772513	0,350522	0,376357	0,671845	0,300381
PA	0,052663	0,003120	0,077256	0,012361	0,015549
DY	0,776046	0,044224	0,614958	0,381353	0,014990
SL	0,871281	0,067530	0,939224	0,744919	0,812505
AP	0,843594	0,017849	0,858254	0,852164	0,690280
CO	0,516706	0,430421	0,230232	0,908546	0,643375
DI	0,051912	0,092327	0,695338	0,754137	0,050013
FI	0,204980	0,019900	0,501387	0,008438	0,000550

– Kobiety pracujące w pełnym lub niepełnym wymiarze wyżej oceniają swoje funkcjonowanie w obszarze sprawności.
– Kobiety pracujące w pełnym wymiarze mniej narzekają na dolegliwości związane z bólem.
– Kobiety pracujące w sposób dorywczy deklarują niższą ocenę zdrowia i jakości życia.
– Emerytki i rencistki bardziej narzekają na trudności finansowe oraz silniej odczuwają dolegliwości zdrowotne.

• Sytuacja mieszkaniowa ankietowanych ma wpływ na jakość życia:

– Lepsza sytuacja mieszkaniowa sprzyja wyższej ocenie stanu zdrowia i jakości życia.

Tabela 8c. Wartości p dla testów ANOVA i t-studenta

Komponent	Mąż/partner pracuje (t-student)	Liczba osób w rodzinie	Czas trwania chemioterapii	Cykl chemioterapii	Wiek w momencie mastektomii
QL	0,233050	0,517133	0,870224	0,670368	0,380063
PF	0,440707	0,017275	0,864498	0,847863	0,495758
RF	0,159667	0,012055	0,708397	0,813668	0,738923
EF	0,090354	0,150124	0,372066	0,891775	0,083994
CF	0,350300	0,414468	0,095383	0,009037	0,926999
SF	0,860741	0,584663	0,389782	0,773904	0,606810
FA	0,868922	0,249900	0,451063	0,852306	0,812228
NV	0,422116	0,359309	0,627874	0,945210	0,147395
PA	0,970541	0,165521	0,134493	0,088292	0,381697
DY	0,194785	0,157640	0,216979	0,250556	0,688269
SL	0,053668	0,003041	0,318380	0,922529	0,546451
AP	0,177363	0,072840	0,247962	0,707358	0,514172
CO	0,534145	0,369383	0,525871	0,138832	0,868181
DI	0,464015	0,713568	0,197823	0,069811	0,981474
FI	0,676430	0,140683	0,748522	0,257584	0,417252

Tabela 9. Czynnik: sposób zamieszkania (średnie oceny dla komponentów)

Wariant	Średnia ocena				
	PF	EF	FA	AP	FI
Samotnie	62,03	55,43	54,11	37,68	43,48
Z rodziną	73,15	63,36	41,40	23,74	26,48
Z mężem/partnerem	75,49	62,38	40,36	19,61	25,98
Z rodzicami	64,00	56,67	57,78	53,33	60,00
Inne	50,00	16,67	66,67	66,67	83,33

Tabela 10. Czynnik: aktywność zawodowa (średnie oceny dla komponentów)

Wariant	Średnia ocen					
	QL	PF	PA	DY	AP	FI
Emerytura	66,43	67,81	23,81	23,81	31,43	20,95
Renta	60,98	64,55	38,64	30,30	36,36	45,45
Pełny wymiar	64,73	75,43	17,12	12,79	18,26	26,48
Niepełny wymiar	65,48	79,05	26,19	19,05	9,52	23,81
Nie pracuje	63,02	74,17	25,52	18,75	30,21	38,54
Praca dorywcza	16,67	46,67	50,00	50,00	33,33	50,00

– Kobiety deklarujące lepszą sytuację mieszkaniową mniej narzekają na dolegliwości związane z bólem.
– Kobiety, które lepiej oceniały swoją sytuację mieszkaniową, również lepiej oceniały funkcjonowanie w sferze emocjonalnej.

• Liczba osób w rodzinie ma wpływ na jakość życia:

– Kobiety deklarujące większą liczbę osób w rodzinie wyżej oceniały swoje funkcjonowanie w sferze sprawności.
– Kobiety deklarujące większą liczbę osób w rodzinie wyżej oceniały swoje funkcjonowanie w obszarze pracy.

Nie zaobserwowano wpływu takich czynników jak: wiek, miejsce zamieszkania, charakter pracy, wykształcenie, czas trwania chemioterapii oraz wiek w momencie mastektomii na ocenę jakości życia w badanej zbiorowości.

Najbardziej dokuczliwymi objawami ubocznymi wskazanymi przez respondentki w kwestionariuszu QLQ-C30 były zmęczenie (43,47 ± 22,0 pkt) i bezsenność (42,30 ± 29,99 pkt). Natomiast z odpowiedzi udzielonych na pytania zawarte w ankiecie dodatkowej wynika, że najbardziej na jakość życia wpływały następujące skutki uboczne:

Tabela 11. Czynnik: dochód *per capita* (średnie oceny dla komponentów)

Wariant	Średnia ocen	
	PA	FI
0–1000 PLN	27,51	37,04
1001–2000 PLN	19,19	23,74
2001–3000 PLN	20,37	14,81
Powyżej 3000 PLN	0,00	20,00

Tabela 12. Czynnik: sytuacja mieszkaniowa (średnie oceny dla komponentów)

Wariant	Średnia ocen					
	QL	EF	SF	PA	DY	FI
Bardzo dobra	71,88	63,41	75,00	16,41	14,58	20,31
Dobra	59,32	61,30	69,64	27,56	20,46	34,32
Zła	58,33	33,33	33,33	25,00	16,67	66,67
Raczej zła	47,92	35,42	50,00	37,50	58,33	66,67

Tabela 13. Czynnik: liczba osób w rodzinie (średnie oceny dla komponentów)

Wariant	Średnia ocen		
	PF	RF	SL
1–2	66,90	64,91	53,22
Więcej niż 4	76,67	68,18	36,36
3–4	74,13	76,09	36,96

Tabela 14. Czynnik: cykl chemioterapii (średnie oceny dla komponentów)

Wariant	Średnia ocena CF
1–5	77,13
6–10	76,80
11–15	56,86
Więcej niż 15	73,53

wypadanie włosów – 81% wskazań, obniżenie nastroju – 68%, osłabienie – 62%, nudności – 60%, drażliwość – 43%.

Dyskusja

W dzisiejszych czasach dużo uwagi poświęca się jakości, dąży się do coraz lepszych warunków życia, posiadania dóbr materialnych, zdobywania umiejętności poprawiających funkcjonowanie we współczesnej rzeczywistości. Osiąganie tych celów wymaga zdrowia i sprawności, zmusza do ciągłego rozwoju. Pojawienie się choroby wprowadza dezorganizację w życiu. Rozpoznanie raka wywołuje szok i doprowadza do zmiany planów i rezygnacji z dotychczasowych celów. Choroba nowotworowa oraz jej leczenie mają wpływ na stan fizyczny i psychiczny człowieka, a także na sytuację społeczną i ekonomiczną. Różne metody leczenia raka piersi wiążą się z działaniem niepożądanym stosowanych leków i powikłaniami. Celem leczenia uzupełniającego po mastektomii jest całkowita eliminacja ognisk nowotworu poprzez podanie cytostatyków.

Przeprowadzone badania dowiodły, że jakość życia pacjentek w trakcie chemioterapii zmienia się. Średnia ocena jakości życia w badanej zbiorowości wyniosła 63,74 ± 20,2 pkt, co jest wartością zbliżoną do wartości uzyskanych w innych badaniach, a znanych z przedmiotu literatury.

W przedstawionym badaniu wiek przeważającej liczby pacjentek – 55 (32,2%) – zawiera się w przedziale 51–60 lat; niewiele mniej kobiet – 43 (25,2%) – znalazło się w przedziale 41–50 lat. Średni wiek badanej pacjentki wynosił 49 lat i niewiele się różnił od wieku w momencie diagnozy, co świadczy o tym, że stosunkowo szybko zostało podjęte leczenie. Minimalny wiek wynosił 25 lat, a maksymalny – 76 lat. Wartość mediany dla wieku wskazuje, że 50% badanych kobiet miało co najwyżej 50 lat, a 50% – co najmniej 50 lat. Wartość współczynnika zmienności V = 21,52% świadczy o tym, że rozrzut wieku wokół wartości średniej miał umiarkowany charakter. Dane te wskazują również na fakt, że najczęściej chorują kobiety w okresie okołomenopauzalnym. Potwierdza to w pełnej rozciągłości literatura przedmiotu.

Barnaś i wsp. w swojej publikacji pt. „Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi" piszą, że rak piersi wcześnie wykryty i leczony staje się chorobą przewlekłą

wpływającą na sprawność bio-psycho-społeczną kobiet, co zmienia jakość życia. Wsparcie kobiety chorej na raka piersi i interdyscyplinarne leczenie umożliwiają życie w nowej sytuacji. Wszystkie działania ukierunkowane na zapewnienie jak najlepszego komfortu życia w chorobie dążą do subiektywnej poprawy jakości życia [16].

Z przeprowadzonego badania wynika, że wiek nie wpływa znacząco na jakość życia w trakcie leczenia chemicznego. W każdym okresie życia choroba nowotworowa wywołuje lęk i przygnębienie. Obawa o utratę sprawności i działanie uboczne leków obniża jakość życia kobiet w każdym wieku. Leczenie chemiczne działa destrukcyjnie na każdą respondentkę i utrudnia pełnienie ról rodzinnych, społecznych i zawodowych.

Miejsce zamieszkania badanych kobiet rozkłada się równomiernie, zarówno kobiety ze wsi – 49 (28,7%) – jak i z małego miasta – 50 (29,2%) – oraz dużego miasta – 45 (26,3%) – stanowią procentowo zbliżone grupy. Powyższe może świadczyć o jednakowych możliwościach dostępu do placówek leczniczych kobiet z rakiem piersi, bez względu na miejsce zamieszkania. Rozwój komunikacji i komputeryzacja poprawiają standard i wyrównują możliwości uzyskania i wymiany informacji.

Badania wykazały, że na jakość życia nie ma wpływu miejsce zamieszkania – kobiety mieszkające zarówno na wsi, jak i w mieście o różnej liczbie mieszkańców podobnie oceniały swoją jakość życia.

W badanej populacji przeważały kobiety ze średnim wykształceniem – 73 (42,7%) – nieco mniej było kobiet z wykształceniem wyższym – 48 (28,1%) – i z wykształceniem zawodowym – 40 (23,4%) – a najmniejszą grupę stanowiły pacjentki z wykształceniem podstawowym – 10 (5,9%). Nie wykazano wpływu wykształcenia na jakość życia. Zróżnicowane wykształcenie nie ma również wpływu na świadomość potrzeby dbania o własne zdrowie, zgłaszania się na badania profilaktyczne i podjęcia leczenia.

Analizując aktywność zawodową, można zauważyć, że w ponad 75% przypadków sytuacja ta ma charakter ustabilizowany, tzn. że jest to praca w pełnym wymiarze albo emerytura lub renta. Jeśli chodzi o charakter pracy, to lekko przeważa praca o charakterze umysłowym. W badanej grupie respondentek było 88 emerytek i rencistek (51%) oraz znalazły się w niej 83 kobiety aktywne zawodowo (49%). Z analizy charakteru pracy wynikało, że 51 kobiet (30%) pracowało umysłowo, a 32 (19%) – fizycznie. Charakter pracy nie miał znaczącego wpływu na jakość życia w trakcie leczenia.

Wśród badanych kobiet chemioterapia powodowała najczęściej wystąpienie skutków niepożądanych, takich jak nudności, wymioty, wypadanie włosów, osłabienie, obniżenie nastroju czy drażliwość w czasie podawania cytostatyków i po ich podaniu.

Uaktualnienie wytycznych MASCC i ESMO podczas konferencji w Perugii w 2009 roku w sprawie zapobiegania nudnościom i wymiotom w trakcie chemioterapii pozwoliło na zastosowanie nowych leków zapobiegających wymiotom [17].

Pomimo wprowadzenia leków nowej generacji zapobiegających tym objawom ubocznym nadal najczęściej występującymi i najbardziej uciążliwymi niepożądanymi objawami w trakcie chemioterapii są: nudności – pojawiły się u 103 respondentek (61,0%) – i wymioty – u 53 (31,4%). Respondentki zgłaszały nudności i wymioty jako objawy przejściowe, trwające od 1 do 3 dni po otrzymaniu schematu. U 139 respondentek (85%) najbardziej dotkliwym działaniem ubocznym było wypadanie włosów. Z wymienionych objawów wypadanie włosów jest stygmatem chemioterapii, najboleśniej przeżywanym przez pacjentki. Utrata włosów jest widoczna i początkowo uciążliwa. Troska o wygląd zewnętrzny jest dla kobiety esencją życia. Dobór peruki, chustki czy atrakcyjnie ułożony turban jest wyzwaniem i źródłem silnych emocji. Respondentki najmocniej emocjonalnie reagowały na informacje o utracie włosów i zadawały najwięcej pytań na ten temat.

Objawem również często zgłaszanym przez respondentki było osłabienie – zgłosiło ten fakt 106 kobiet (62,0%). Takie działanie wywołują cytostatyki z grupy taksoidów, które obniżają wydolność układu krwiotwórczego i nerwowego. Skutki psychologiczne występujące u badanych kobiet to: obniżenie nastroju – u 116 (67,8%) – drażliwość – u 74 (43,3%).

Według przeprowadzonego testu QLQ-C30 komponenty mające wpływ na ogólną ocenę jakości życia miały następujące wartości: zmęczenie 43,47 ± 22,0 pkt, bezsenność 42,30 ± 29,99 pkt, najmniej biegunki 10,72 ± 17,95 pkt. Nasilenie objawów w dużej mierze zależało od rodzaju przyjmowanego schematu. Respondentki z powodu zmęczenia mogą ograniczać kontakt z rodziną i otoczeniem, z czasem rezygnować z aktywności fizycznej i intelektualnej, co ujemnie wpłynie na ocenę jakości życia.

Inne wyniki w badaniach uzyskali Barnaś i wsp. – takie dolegliwości jak: nudności i wymioty (8,7%), biegunka (9,2%) czy zmniejszone łaknienie (10,3%) kobiety zgłaszały najrzadziej. Do najczęściej występujących zaburzeń panie zaliczyły bezsenność (55,4%), trudności finansowe (45,6%) oraz zmęczenie (44,1%) [16].

Podobne wyniki uzyskano w prezentowanych badaniach, stwierdzając, że psychologiczne skutki uboczne występujące w trakcie chemioterapii zgłaszane przez ankie-

towane pacjentki to: obniżenie nastroju – u 116 pań (68%), drażliwość – u 74 (43%), niechęć do leczenia – u 15 (9%), senność i wrażliwość na zapachy – u 7 (4%).

W zmaganiu z rakiem piersi ważną rolę odgrywa partner i jego postawa. W zdecydowanej większości (ponad 70%) badane kobiety były mężatkami mieszkającymi z rodziną lub mężem/partnerem (razem ponad 80% przypadków). W sytuacji gdy badana kobieta zamieszkuje razem z mężem/partnerem, to osoba ta najczęściej pracuje (ponad 82% przypadków). W niniejszej pracy 14 respondentek to kobiety rozwiedzione, 17 to wdowy oraz 18 to panny. Grupa ta oceniała swoją jakość życia znacznie niżej niż mężatki – 122 kobiety. Osoby zamężne lepiej radziły sobie z emocjami, nudnościami, wymiotami, dolegliwościami bólowymi, brakiem apetytu i zmęczeniem. Mężatki mniej odczuwały problemy finansowe. Kobiety rozwiedzione niżej oceniały swoją jakość życia niż osoby o innym stanie cywilnym. Wdowy i kobiety rozwiedzione niżej oceniają swoje funkcjonowanie w obszarze sprawności aniżeli osoby zamężne i panny. Kobiety rozwiedzione niżej oceniają swoje funkcjonowanie w sferze emocjonalnej w porównaniu do pozostałych trzech grup. Osoby zamężne w mniejszym stopniu odczuwają dolegliwości wynikające ze zmęczenia w porównaniu do wdów i kobiet rozwiedzionych. Kobiety rozwiedzione w większym stopniu odczuwają dolegliwości wynikające z nudności i wymiotów. Ankietowane rozwiedzione w największym stopniu odczuwają dolegliwości związane z bólem. Pacjentki zamężne najlepiej radzą sobie z problemami związanymi z brakiem apetytu. Kobiety rozwiedzione deklarują największe problemy związane z kwestiami finansowymi. Bliskość partnera daje poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, pomaga zmniejszyć lęk i bezradność. Wyzwala w kobiecie ducha walki i pobudza do działania. W badaniu z wykonanych testów NIR wykazano, że stan cywilny znacząco wpływa na jakość życia kobiet; kobiety niezamężne niżej oceniają swoje funkcjonowanie w sferze emocjonalnej, mocniej odczuwają występowanie objawów ubocznych chemioterapii i dolegliwości bólowe, deklarują największe problemy związane z kwestiami finansowymi w porównaniu do respondentek zamężnych. Mężatki lepiej radzą sobie z brakiem apetytu. Wyniki te są bardzo zbliżone do wyników, które uzyskali Zielińska-Więczkowska i Betłakowski w swoich badaniach prowadzonych z udziałem chorych leczonych cytostatykami, a także wynikami podobnych badań Michałowskiej-Wieczorek [2, 18].

Podobne wyniki uzyskano z testów NIR, które wykazują, że respondentki mieszkające samotnie niżej oceniały swoje funkcjonowanie w obszarze sprawności, bardziej odczuwały zmęczenie, zgłaszały większe problemy w obszarze związanym z emocjami w porównaniu do kobiet mieszkających z rodziną. Potwierdzają to badania Michałowskiej-Wieczorek, która stwierdziła, że wsparcie w walce z chorobą nowotworową ma wpływ na jakość życia kobiet z rakiem piersi. „Ankietowane pacjentki przejawiają bardziej aktywne sposoby radzenia sobie z chorobą, wskazują wyższą integrację społeczną, zaufanie transpersonalne i optymizm, posiadają znacznie lepsze zasoby radzenia sobie ze stresem" [18].

Na jakość życia znamienny wpływ ma status ekonomiczny – 75 ankietowanych kobiet (44%) określiło swój status jako dobry, 74 (43%) – jako średni, 14 (8%) – jako bardzo dobry i 8 (5%) – jako zły. Dochody *per capita* kształtują się na średnim poziomie wynoszącym 1423,84 PLN ± 807,79 PLN przy dużym zróżnicowaniu, o czym świadczy wartość współczynnika zmienności V = 56,73%. W ponad 85% przypadków zadeklarowany został dobry lub dostateczny status ekonomiczny, a sytuacja mieszkaniowa w przeważającej większości odpowiedzi (ponad 95%) została oceniona jako dobra lub bardzo dobra. Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym wynosi 3,14, a najczęściej występująca w badanej zbiorowości (wartość modalna) jest równa 4. Kobiety mieszkające samotnie w większym stopniu odczuwały trudności finansowe. Leczenie powoduje przerwanie lub rezygnację z pracy, a to wiąże się ze zmniejszeniem lub utratą źródła dochodu. Kontynuacja terapii wymaga środków i sposobów zmniejszających działanie uboczne leków. Kobiety o wyższym statusie ekonomicznym charakteryzuje wyższa jakość życia. Respondentki deklarujące najlepszy status ekonomiczny wyżej oceniają swój stan zdrowia i funkcjonowanie w sferze sprawności, co poprawia jakość życia. Status ekonomiczny jest ujemnie skorelowany z odczuwaniem trudności finansowych. Im wyższy deklarowany status ekonomiczny, tym mniej dokuczliwe są problemy finansowe. W trakcie leczenia chemicznego 82 respondentki kontynuowały aktywność zawodową o charakterze fizycznym lub umysłowym. Kobiety pracujące w sposób dorywczy deklarowały niższą ocenę jakości życia. Osoby pracujące w pełnym lub niepełnym wymiarze wyżej oceniały swoją sprawność. Kobiety pracujące w pełnym wymiarze mniej narzekały na dolegliwości związane z bólem. Osoby będące na emeryturze lub rencie w większym stopniu odczuwały dyskomfort wynikający z objawów duszności i braku apetytu. Emerytki i rencistki silniej odczuwały trudności finansowe. Kobiety, których dochód *per capita* był w przedziale 1001–2000 PLN, silniej odczuwały dyskomfort wynikający z bólu. W badaniu potwierdza się związek, że większe dochody to mniejsze problemy natury finansowej.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że duże znaczenie w ocenie jakości życia ma liczba osób pozostająca we wspólnym gospodarstwie. Najliczniejsza grupa kobiet – 92 (54%) – mieszkała w rodzinie 3–4-osobowej, rodziny 1–2-osobowe to 57 przypadków (33%). Powyżej 4 osób w rodzinie zgłosiły 22 ankietowane (13%). Kobiety samotne niżej oceniają swoje funkcjonowanie w obszarze sprawności i mają większe problemy w obszarze funkcjonalnym związanym z emocjami niż ankietowane mieszkające z rodziną. Osoby samotne silniej odczuwają dolegliwości związane ze zmęczeniem, a mieszkające z rodziną częściej zgłaszały bezsenność. W badaniach Zielińskiej-Więczkowskiej i Betłakowskiego wskazano, że pacjenci poddani chemioterapii częściej odczuwali zmęczenie i potrzebowali odpoczynku. Zmęczenie powodowało obniżenie jakości życia i prowadziło do rezygnacji z dalszego leczenia [2].

Kobiety mieszkające z mężem/partnerem lub rodziną mniej odczuwały dyskomfort związany z brakiem apetytu, w mniejszym stopniu odczuwały trudności finansowe w porównaniu z kobietami mieszkającymi samotnie.

Krystyna de Walden-Gałuszko twierdzi, że rodzina, jako środowisko naturalne człowieka, jest źródłem wsparcia dla chorego. Zadaniem osób najbliższych jest udzielanie pomocy w zależności od konkretnej sytuacji. Wymaga to dojrzałości psychicznej opiekuna oraz współudziału w podejmowaniu decyzji w różnych sprawach. Pomoc finansowa, zastąpienie chorej w dotychczas pełnionych rolach, opiekowanie się w czasie wystąpienia objawów ubocznych podczas leczenia są dużym wyzwaniem dla rodziny. Jeszcze trudniejszym zadaniem jest wsparcie psychiczne, ponieważ wymaga wiedzy o chorobie i umiejętności indywidualnego podejścia do osoby chorej. Pomoc psychiczna stanowi źródło siły oraz motywację do walki z chorobą, przyczynia się do przywrócenia równowagi emocjonalnej [19].

Podobne wyniki w swoich publikacjach przedstawiają Stępień i Wiraszka – 68,7% badanych przez nie kobiet wskazało rodzinę jako główne źródło wsparcia. Akceptacja choroby w rodzinie wpływa na jakość życia kobiet z rakiem piersi [20].

W badaniu podjęto próbę określenia wpływu sytuacji mieszkaniowej na jakość życia respondentek. Stwierdzono, że lepsza sytuacja mieszkaniowa sprzyja wyższej ocenie jakości życia oraz funkcjonowaniu w sferze emocjonalnej oraz społecznej. Kobiety deklarujące lepszą sytuację mieszkaniową mniej narzekały na dolegliwości związane z bólem i dolegliwości związane z dusznością. Lepsza sytuacja mieszkaniowa oznaczała zazwyczaj lepszą sytuację finansową, a zatem mniejsze trudności finansowe.

W przeprowadzonym badaniu wzięto pod uwagę czas trwania chemioterapii, który w badanej zbiorowości wynosił średnio 4,66 miesiąca i był mocno zróżnicowany. Wartość mediany wskazuje, że dla 50% badanych czas chemioterapii trwał co najwyżej 4 miesiące, a dla 50% – co najmniej 4 miesiące. Średni numer cyklu chemioterapii wśród badanych kobiet wynosi 6,77, przy czym minimalny numer wynosi 1, a maksymalny wynosi 23. Warto tutaj zauważyć, że 50% badanych kobiet przechodziło od 3 do 9 cykli chemioterapii. Wynika to z analizy wartości dolnego i górnego kwartyla. Najliczniejsza grupa respondentek – 93 (55%) – przyjmowała cytostatyki w przedziale 2–4 miesięcy, a 57 (33%) – w przedziale 5–7 miesięcy, 21 kobiet (12%) – powyżej 7 miesięcy. Wykazano, że większa liczba przebytych cykli chemioterapii powodowała pogorszenie funkcjonowania w sferze poznawczej.

Podobne wyniki uzyskali Zielińska-Więczkowska i Betłakowski w swoich badaniach przeprowadzonych nad jakością życia pacjentów w trakcie chemioterapii. Uzyskane wyniki również wskazują, że leczenie cytostatykami pogorszyło jakość życia w każdym wymiarze [2].

Nie zaobserwowano istotności statystycznej, badając wpływ wieku, miejsca zamieszkania, charakteru pracy, wykształcenia, czasu trwania chemioterapii oraz wieku w momencie mastektomii na ocenę jakości życia w badanej zbiorowości. Należałoby domniemywać, że leczenie raka piersi obniża jakość życia, o czym świadczą wyniki przeprowadzonego badania.

Odpowiednie podejście personelu medycznego, wsparcie rodzinne, dobra sytuacja ekonomiczna pozwalają na przewartościowanie życia i podjęcie walki o siebie. Poruszanie problemu w mediach i informacja o skali problemu, a także o leczeniu i środkach zaradczych w trakcie leczenia motywuje kobiety do podjęcia walki z chorobą. Pacjentki poprzez współpracę z personelem, aktywację społeczną, wspieranie i edukowanie innych kobiet z rakiem piersi wpływają na swoją jakość życia. Mobilizują się do dbania o siebie i spojrzenia na swoje życie z innej perspektywy. Jak wynika z przeprowadzonych badań, jakość życia kobiet w trakcie chemioterapii zmienia się i zależy od wielu czynników.

Podsumowując, na podstawie badań zaprezentowanych w niniejszej pracy można wywnioskować, że ważne jest działanie wspierające proces leczenia tak ciężkiej choroby. Jakość życia zależy nie tylko od respondentki, ale od wszystkich, którzy towarzyszą jej w walce z rakiem. Pomoc pacjentkom w radzeniu sobie z problemami, jakie powoduje chemioterapia, jest wyzwaniem nie tylko dla kobiety i jej rodziny, ale także dla personelu medycznego i społeczeństwa. Wspieranie w każdej życiowej roli może w znacznym stopniu przyczyniać się do poprawy jakości życia.

Wnioski

1. Średnia ocena stanu zdrowia/jakości życia w badanej zbiorowości wyniosła 63,74 ± 20,2 pkt, co jest wartością zbliżoną do wartości uzyskanych w innych badaniach, a znanych z literatury przedmiotu.
2. Spośród komponentów związanych z funkcjonowaniem najwyższą średnią ocenę uzyskał obszar poznawczy – 74, 66 ± 23,32 pkt, a najniższą – obszar związany z emocjami – 61, 16 ± 22,73 pkt.
3. Wśród komponentów dotyczących objawów najmniej dolegliwym czynnikiem okazały się biegunki – 10, 72 ± 17,95 pkt. Najbardziej dokuczliwymi czynnikami były zmęczenie – 43,47 ± 22,0 pkt – i bezsenność – 42,30 ± 29,99 pkt.
4. Oceny wszystkich komponentów charakteryzowały się dużym rozproszeniem względem wartości średniej, o czym świadczą duże wartości współczynników zmienności. Warto zauważyć, że zmienność ta była dużo większa w przypadku komponentów dotyczących objawów niż w przypadku komponentów dotyczących funkcjonowania.
5. Wyższy standard życia, tj. wyższy status ekonomiczny, lepsze warunki zamieszkania, stałe dochody, sprzyja wyższej ocenie jakości życia i powoduje, że skutki uboczne chemioterapii są mniej uciążliwe.
6. Osoby bardziej aktywne zawodowo i mogące liczyć na wsparcie najbliższych również wyżej oceniają jakość życia i mniej narzekają na dolegliwości po przebytej mastektomii, będąc w trakcie chemioterapii.
7. Nie zaobserwowano wpływu takich czynników jak: wiek, miejsce zamieszkania, charakter pracy, wykształcenie, czas trwania chemioterapii oraz wiek w momencie mastektomii na ocenę jakości życia w badanej zbiorowości.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Strukiel E, Mess E, Twardak I, Lisowska A. Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne kobiet chorych na raka leczonych chemioterapią. Onkol Pol. 2008; 1: 181–184.
2. Zielińska-Więczkowska H, Betłakowski M. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddawanych chemioterapii. Współcz Onkol. 2010; 14(3): 276–280.
3. Nowicki A, Ostrowska Ż. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. Pol Merk Lek. 2008; 24(143): 403–407.
4. Zegarski W, Basałygo M. Ocena wpływu fizjoterapii na jakość życia po leczeniu operacyjnym raka piersi. Współcz Onkol. 2010; 14(4): 281–285.
5. Jarosz I, Krychowska-Ćwikła A. Życie po mastektomii. Położ Nauka Prakt. 2009; 4: 24–30.
6. Andrzejewski W, Kassolik K, Ochrymowicz M, Pawłowska K. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii zrzeszonych w klubie Amazonek. Fizjoter Pol. 2008; 1: 51–64.
7. Nowicki A, Szwed A, Laskowski R. Depresja i lęk u kobiet przed i po amputacji piersi. Pol Prz Chir. 2008; 80(7): 673–686.
8. Łuczak E, Lisowski J, Poziomska-Piątkowska E. Charakterystyka społeczna i zmiany trybu życia kobiet po mastektomii. Kwart Ortop. 2007; 4: 363–371.
9. de Walden-Gałuszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. (W:) de Walden-Gałuszko K, Majakowicz M (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
10. WHO, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/ (data dostępu: 20.07.2013).
11. Wołowicka L (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej; 2001. 17–21, 55, 83.
12. Jassem J, Krzakowski M. Onkologia w praktyce klinicznej – zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Tom 7, supl. B. Gdańsk: Viamedica; 2011. 219–220, 224.
13. Puchalska M, Sierko E, Sokół M, Wojtukiewicz MZ. Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych. Probl Piel. 2011; 19(3): 341–347.
14. Pawlicki M (red.). Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia. Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press; 2011. 30–31.
15. Rzepka K, Nowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. Współcz Onkol. 2010; 14(5): 321–325.
16. Barnaś E, Skręt A, Skręt-Magierło J, Sobolewski M. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. Prz Menopauz. 2009; 1: 15–24.
17. Raila F et al. Zapobieganie nudnościom i wymiotom wywołanym przez chemioterapię i radioterapię. Med Prakt. – Onkologia, wyd. spec. 2012.
18. Michałowska-Wieczorek J. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Psychoonkol. 2006; 2: 51–56.
19. de Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Warszawa: PZWL; 2012. 139–140.
20. Stępień R, Wiraszka G. Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. Probl Piel. 2011; 19(3): 272–377.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Katarzyna Plagens-Rotman
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
e-mail: plagens.rotman@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

WPŁYW MASY CIAŁA MATKI NA PRZEBIEG CIĄŻY, PORODU ORAZ STAN NOWORODKA

THE INFLUENCE OF MOTHER BODY WEIGHT ON THE PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE CONDITION OF A NEW-BORN CHILD

Maria Połocka-Molińska[1], Katarzyna Plagens-Rotman[1], Monika Pawlak[2]

[1] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.63

STRESZCZENIE

Wstęp. Masa ciała człowieka ma ogromny wpływ na jego życie i zdrowie. Jest ona ważna na wszystkich etapach jego życia. Dotyczy to również potencjalnych matek i kobiet będących w ciąży.
Cel. Celem pracy było zbadanie, czy i jaki wpływ ma masa ciała matki na przebieg ciąży, porodu oraz stan noworodka. Porównywano między sobą matki o różnej masie ciała przed ciążą (niedowaga, norma, nadwaga i otyłość) oraz kobiety o różnym przyroście masy ciała w ciąży (niedostateczny, w normie oraz nadmierny).
Materiał i metody. Badaniem ankietowym objęto 162 kobiety zamieszkujące województwa wielkopolskie oraz lubelskie. W grupie tej znalazło się 25 kobiet z niedowagą, 93 w normie oraz 44 z nadwagą przed ciążą. Następnie te same badane podzielono według przyrostu masy ciała w ciąży, po czym odnotowano 29 kobiet z niedostatecznym, 63 w normie oraz 70 z nadmiernym przyrostem masy ciała w ciąży. Grupę badaną analizowano według wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, kolejności ciąży, masy ciała przed ciążą oraz przyrostu masy ciała w ciąży.
Wyniki. Zauważono związek przyrostu masy ciała z nieprawidłowościami łożyska (p = 0,035). U kobiet przed 35. rokiem życia częściej wykonywano czynności medyczne podczas porodu, a ich ilość spadała wraz z kolejnością ciąży. Sposób zakończenia ciąży wiązał się z kolejnością ciąży, miejscem zamieszkania, masą ciała sprzed ciąży i przyrostem masy ciała w ciąży. Masa ciała matki sprzed ciąży miała wpływ na konieczność badań płodu podczas porodu, a przyrost masy ciała matki podczas ciąży wpływał na masę urodzeniową noworodka (p = 0,026).
Wnioski. Masa ciała kobiet przed ciążą oraz przyrost masy ciała podczas ciąży nie były powiązane z wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem oraz stanem cywilnym. Resuscytacja noworodka, konieczność przewiezienia na oddział neonatologiczny lub intensywnej terapii, patologie stwierdzone u noworodka po porodzie lub u płodu podczas ciąży, punktacja w skali Apgar nie wiązały się z masą ciała matki przed ciążą, przyrostem masy ciała w ciąży, wiekiem kobiety, miejscem zamieszkania ani kolejnością ciąży.

Słowa kluczowe: BMI, ciężarna, noworodek, powikłania.

ABSTRACT

Introduction. The body weight of a human has great influence on his life and health. It is important in every life stage. It considers also potential mothers and pregnant women.
Aim. The aim of this work was to prove if and how far has the weight of body of pregnant mother on the course of pregnancy on childbirth and on condition of a newborn child. Mother before the pregnancy were compared with each other (underweight, norm, underweight, obesity) and women with different body weight increase in the pregnancy (insufficient, average, excessive).
Material and methods. The survey involved 162 women who live in province Wielkopolskie and Lubelskie. In this group there were ca. 25 woman with underweight, 93 average women and 44 overweight women before pregnancy. Then, these women were divided according to the gain of body weight in pregnancy: 29 women insufficient gain of body weight in pregnancy, 63 in norm and 70 with excessive gain of body weight during the pregnancy. Research data was analysed according to age, place of living, education, order of pregnancy, the gain of the body weight before pregnancy and the gain of body weight in pregnancy.
Results. It was noticed that there is a connection between the gain of body weight and abnormalities of placenta (p = 0,035). The medical activities during the childbirth were administrated by women before the age of 35 and the quantitude decreased with following pregnancy. The way of ending the pregnancy was connected with the order of pregnancy, place of residence, the body weight before the pregnancy and the gain of body weight during it. The body weight of mother before pregnancy has the influence on the necessity of medical check-ups of fetus during childbirth and the gain of body weight of mother during the pregnancy has the influence on how much does the newborn child weigh (p = 0,026).
Conclusions. The body weight of women before pregnancy and the gain of body weight in pregnancy wasn't connected with age, place of residence, education, marital status and disorder of fertility. Resuscitation of a new-born child the necessity to bring the child in neonatal ward or intensive medical-care pathologies which are found by a new-born child after childbirth or the pathologies of the fetus during pregnancy, scoring in the scale of Apgar weren't connected with the body weight of mother before pregnancy, the gain of body weight in pregnancy age of the mother her place of residence or the order of pregnancy.

Keywords: BMI, pregnant, newborn, complications.

Wstęp

Żywienie i związana z nim masa ciała mają zasadnicze znaczenie dla każdego człowieka. Dzięki odpowiedniej diecie podtrzymujemy funkcje życiowe organizmu. Spożywanie pokarmów dla jednych jest przyjemnością, dla innych natomiast jest elementem kultury, w której się wychowują lub aktualnie znajdują. W ostatnich latach dostrzec można wszechogarniającą modę na perfekcyjne, szczupłe ciało. Kobiety czytające kolorowe gazety i oglądające telewizję widzą gwiazdy z niedowagą i uznają ją za normę. Chcą być jak one. Dieta zatem jest nieodłącznym elementem ich życia. Niestety nie zawsze jest ona zgodna ze zdrowymi zasadami żywienia i może prowadzić do negatywnych skutków odbijających się nie tylko na zdrowiu, ale i na psychice. Powszechnie wiadomo, że masa ciała ma ogromne znaczenie nie tylko dla naszego samopoczucia, ale i dla zdrowia. Aby móc się nim cieszyć, ludzie dokonują wszelkich starań, by osiągnąć idealnie dla siebie wyznaczoną masę ciała. Prawidłowe odżywianie, kondycja fizyczna i związana z tym prawidłowa masa ciała pozwalają na zachowanie jak najdłużej zdolności do pracy fizycznej, psychicznej, a przede wszystkim na cieszenie się dobrym stanem zdrowia. Zagrożeniem zatem dla ludzi są zarówno niedobory żywieniowe, jak i nadmiar spożywanych produktów [1].

W ostatnich latach pojawił się nowy termin – pregoreksja – oznaczający anoreksję w ciąży. Przemiany zachodzące w organizmie kobiety podczas ciąży są nierozerwalnie związane z przyrostem masy ciała. Rozwój płodu, wzrost macicy, piersi, rozwój łożyska, wzrost objętości płynu owodniowego oraz płynów ustrojowych oraz odkładanie się tkanki tłuszczowej powodują przybranie masy ciała o 10–15 kg do 9. miesiąca ciąży.

Ciąża kobiet zarówno z niedowagą, jak i nadwagą jest ciążą wysokiego ryzyka, tak dla matki, jak i dla dziecka. Spotykając taką pacjentkę, należy wzmóc czujność już w czasie przedkoncepcyjnym, ponieważ kobiety te mogą mieć zaburzoną płodność, oraz podczas samej ciąży, w której pacjentka jest narażona na szereg komplikacji.

Z jednej strony nadmierny przyrost masy ciała w ciąży, z drugiej zaś niedostateczna podaż składników odżywczych nie są normą, do której należy dążyć. Wciąż jeszcze pokutuje przekonanie wśród kobiet, że należy jeść „za dwoje". Jest to bardzo krzywdzące zarówno dla niej, jak i dla dziecka. Kobiety powinny uświadomić sobie, że należy spożywać posiłki „dla dwóch", a rozwijający się płód nie potrzebuje takiej samej racji żywieniowej jak jego matka. Ważnym elementem jest mądre spożywanie posiłków, z różnorodną grupą składników oraz mikroelementów [2].

Dieta kobiety w ciąży winna być tak skomponowana, aby spełniać zasady racjonalnego żywienia, zaspokajać zapotrzebowanie energetyczne oraz uzupełniać składniki odżywcze. Ciężarnym zaleca się adekwatnie zwiększoną podaż energii. Dodatkowe zapotrzebowanie związane z budową tkanek, wyprodukowaniem mleka oraz rozwojem płodu musi zostać zaspokojone [3].

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej zapotrzebowanie energetyczne ciężarnej na dobę winno wynosić 2200–2500 kcal. W I trymestrze ciąży wartość energetyczna nie ulega zmianie, w II zwiększa się o 360 kcal/dobę, a w III – o 475 kcal/dobę.

Cel

Celem pracy jest analiza wpływu masy ciała matki na przebieg ciąży, porodu oraz stan noworodka. Starano się uwzględnić różnicę między matkami z niedowagą, nadwagą, otyłością oraz z masą ciała w granicach normy. Przedmiotem badań jest określenie negatywnego wpływu zarówno niedostatecznej, jak i nadmiernej masy ciała przed ciążą i w trakcie ciąży na jej przebieg, poród oraz stan noworodka.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród położnic oddziałów Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, a dobór kobiet – losowy. Respondentki zapoznano z celem przeprowadzonych badań, poinformowano o sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety oraz zapewniono o całkowitej anonimowości.

Grupą badawczą były 162 kobiety, których wiek w dniu porodu mieścił się w przedziale od 18. do 42. roku życia. Średni wiek wynosił 28 lat. Dokonano podziału na trzy grupy wiekowe: od 18. do 25. roku życia, między 26. a 35. rokiem życia oraz między 36. a 42. rokiem życia.

Dla zróżnicowania grupy badawczej badania przeprowadzono na mieszkankach odległych województw: wielkopolskiego i lubelskiego.

Badanie zrealizowano przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta składała się z trzech części. Pierwsza zawierała dane społeczno-demograficzne badanych. Znalazły się tu pytania o wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny. W części drugiej umieszczono pytania dotyczące masy ciała przed ciążą oraz w trakcie ciąży, przyczyn odstępstw od normy, jeżeli takie wystąpiły, oraz problemów z zajściem w ciążę. Trzecia część ankiety to pytania o przebieg ciąży, porodu oraz stan noworodka po urodzeniu. Kwestionariusz ankiety zawierał 35 pytań

otwartych, półotwartych, wielokrotnego wyboru i zamkniętych jednokrotnego wyboru.

Uzyskane dane przedstawiono w postaci wykresów, tabel oraz poddano analizie za pomocą programu Microsoft Excel. Badania zostały poddane także analizie na podstawie niezależności lub zależności cech X i Y. Zmienną niezależną – X – była masa ciała przed ciążą, w ciąży i stan noworodka po porodzie. Zmienną zależną – Y – były dane demograficzne respondentek (wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie). Przy hipotezie H0 cechy X i Y są niezależne od siebie, natomiast w hipotezie H1 cechy X i Y są zależne od siebie. Do weryfikacji powyższych hipotez zastosowano statystykę chi-kwadrat (X^2). Z tablic rozkładu chi-kwadrat odczytano: $\chi^2\alpha$; (r – 1) (k – 1), a następnie poddano analizie porównawczej wybrane pytania.

Wyniki

W przedziale 18–25 lat znalazły się 54 kobiety (33%). Najliczniejszą grupę stanowiły matki w przedziale wiekowym 26–35 lat, stanowiąc 60% ankietowanych (N = 97). Najmniejszą grupą były kobiety w przedziale wiekowym od 36. do 42. roku życia (N = 11, 7%). Wśród respondentek znalazło się 158 matek, które urodziły dzieci z ciąży pojedynczej i 4 z ciąży mnogiej bliźniaczej.

Najwięcej badanych – 53 (33%) – pochodziło ze środowisk wiejskich, 33 (20%) respondentki były z miast poniżej 50 tys. mieszkańców, a 32 kobiety (20%) mieszkały w miastach pomiędzy 50,1 a 100 tys. mieszkańców. W miastach powyżej 100 tys. mieszkańców zamieszkiwały 44 respondentki (27%).

Najwięcej badanych – 74 (46%) – ukończyło studia II stopnia magisterskie, 39 (24%) – studia I stopnia licencjackie lub inżynierskie, 38 (23%) posiada wykształcenie średnie, 9 (6%) – zasadnicze zawodowe, a 2 kobiety (1%) miały wykształcenie podstawowe.

Przeprowadzona analiza wykazała, że największą grupę 130 kobiet (80%) stanowiły mężatki. Panny oraz matki w związkach nieformalnych stanowiły po 10% badanej populacji.

Podziału masy ciała respondentek sprzed ciąży oraz zalecanego przyrostu masy ciała dokonano na podstawie norm indeksu masy ciała oraz przyrostu masy ciała w ciąży według WHO (ang. World Health Organization): punktacja < 18,5 oznacza niedowagę i zaleca się przyrost pomiędzy 12,5–18 kg, 18,5–24,99 – normę z zalecanym przyrostem pomiędzy 11,5 a 18 kg, 25–29,5 – nadwagę z zalecanym przyrostem pomiędzy 7 a 11,5 kg oraz > 29,5 – otyłość z przyrostem masy ciała 5–9 kg.

Biorąc pod uwagę masę ciała respondentek sprzed ciąży, najwięcej poronień, tj. 6 na 25 ankietowanych (24%), nastąpiło u kobiet z niedowagą. W grupie 44 kobiet z nadwagą i otyłością przed ciążą 7 z nich (16%) doświadczyło poronienia. Spośród największej grupy 93 respondentek najmniejszy odsetek poronień wystąpił u tych, które znajdowały się w granicach normy masy ciała przed ciążą – 8 (9%).

Analizując dane, wykazano, że największy odsetek trudności z zajściem w ciążę odnotowano wśród kobiet z niedowagą przed ciążą. Spośród 25 kobiet z tej grupy 5 (20%) udzieliło odpowiedzi, że miało trudności z zajściem w ciążę. Kolejną grupą były 44 badane, spośród których 4 (9%) zaznaczyły odpowiedź twierdzącą. Najmniejsze problemy z zajściem w ciążę zgłaszały respondentki o masie ciała w granicach normy. Spośród 93 twierdząco odpowiedziało 9, co daje 6%.

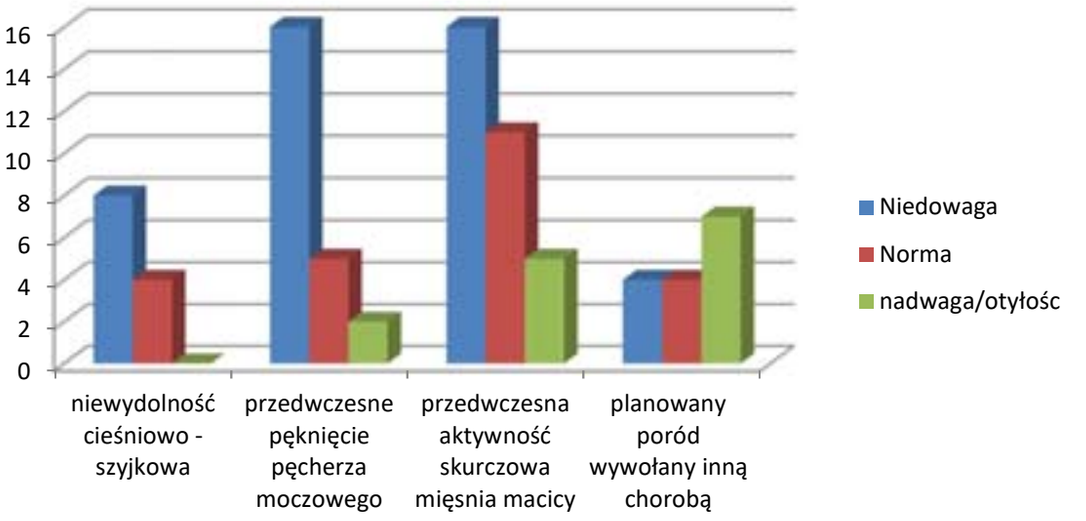
Biorąc pod uwagę masę ciała sprzed ciąży, zauważyć można, że we wszystkich grupach największy procent stanowią pierworódki. Wśród 25 kobiet z niedowagą przedciążową 15 (60%) urodziło pierwsze dziecko, następnie 7 (28%) – drugie, 2 (8%) urodziły dziecko trzecie, 1 (4%) urodziła czwarte dziecko. Wśród 93 kobiet z przedciążową masą ciała w normie 58 (62%) urodziło pierwsze dziecko, 29 (31%) – drugie, 3 (3%) urodziły czwarte, 2 (2%) – trzecie oraz 1 (1%) urodziła piąte dziecko. Wśród 44 kobiet z nadwagą i otyłością przedciążową 25 (57%) urodziło pierwsze dziecko, 12 (27%) – drugie, 5 (11%) – trzecie, 2 (5%) urodziły czwarte oraz żadna nie urodziła piątego dziecka z kolei.

Analizując przyrost masy ciała w ciąży, wśród 29 kobiet z niedostatecznym przyrostem masy ciała 16 (55%) urodziło pierwsze dziecko, 12 (15%) – drugie, 1 (3%) urodziła trzecie. Wśród 63 badanych, które przybrały na masie ciała zgodnie z przyjętymi normami, 42 (67%) urodziły pierwsze dziecko, 15 (24%) urodziło drugie, 3 (5%) urodziły trzecie, 3 (5%) – czwarte. Wśród 70 kobiet z nadmiernym przyrostem masy ciała 40 (57%) urodziło pierwsze dziecko, 21 (30%) – drugie, 5 (7%) – trzecie, 3 (4%) urodziły czwarte oraz 1 (1%) urodziła piąte dziecko.

Najwyższy odsetek porodów przedwczesnych lub zagrożenia ich wystąpieniem w ciąży spowodowanych niewydolnością cieśniowo-szyjkową, przedwczesnym pęknięciem pęcherza płodowego oraz przedwczesną aktywnością skurczową mięśnia macicy odnotowano wśród matek z niedowagą przed ciążą (**Rycina 1**).

Zależność między danymi socjodemograficznymi a przyrostem masy sprzed ciąży oraz w ciąży przedstawiono w **tabelach 1** i **2**.

Wśród respondentek z nieprawidłowościami łożyska w okresie ciąży znalazło się 12,0% (N = 3) ankietowanych z niedowagą przed ciążą, 8,6% (N = 8) z prawidłową



Rycina 1. Porody przedwczesne lub zagrożenie ich wystąpieniem a masa ciała matki sprzed ciąży

Tabela 1. Dane socjodemograficzne a masa ciała sprzed ciąży

Parametry		Niedowaga		Norma		Nadwaga		Otyłość		χ^2	p > 0,05
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wiek	18–25 lat	8	14,8	30	55,6	10	18,5	6	11,1	1,521	0,953
	26–35 lat	16	16,5	56	57,7	19	19,6	6	6,2		
	powyżej 35	1	9,1	7	63,6	2	18,2	1	9,1		
Miejsce zamieszkania	wieś	11	20,8	28	52,8	11	20,8	7	13,2	10,417	0,319
	miasto do 50 tys. mieszkańców	4	12,1	20	60,6	4	12,1	2	6,1		
	miasto 50 do 100 tys. mieszkańców	5	15,6	17	53,1	5	15,6	4	12,5		
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	11	25,0	28	63,6	11	25,0	0,0	0,0		
Wykształcenie	podstawowe	0,0	0,0	2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,229	0,646
	zasadnicze zawodowe	2	22,2	4	44,4	3	33,2	0,0	0,0		
	średnie	6	15,8	17	44,7	10	26,3	5	13,2		
	wyższe I°	6	15,4	21	53,8	10	25,6	2	5,1		
	wyższe II°	11	14,9	49	66,2	8	10,8	6	8,1		
Stan cywilny	panna	2	12,5	9	56,3	5	31,3	0,0	0,0	12,077	0,440
	zamężna	23	17,7	76	58,5	23	17,7	12	9,2		
	w związku nieformalnym	3	18,8	8	50,0	3	18,8	1	6,3		

masą ciała, a także 7,7% (N = 1) ze stwierdzoną otyłością i 6,7% (N = 2) z nadwagą. Respondentki, u których w czasie ciąży stwierdzono nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych, to aż 84,6% badanych z otyłością (N = 11), 71,0% z nadwagą w okresie przed ciążą (N = 22). Pozostałe dane liczbowe i procentowe przedstawiono w **tabeli 3**.

Ankietowane ze stwierdzonymi w okresie ciąży nieprawidłowościami łożyska to 20,7% respondentek z niedostatecznym przyrostem masy ciała (N = 6). Nieprawidłowości takie stwierdzono u 7,1% badanych z nadmiernym (N = 5) oraz 4,8% z prawidłowym przyrostem masy ciała w ciąży (N = 3) (**Tabela 4**).

Ankietowane kobiety, u których zaistniała w trakcie porodu konieczność wykonania działań/czynności medycznych, to 94,3% respondentek z nadmiernym (N = 66), 96,8% z prawidłowym (N = 61) oraz 89,7% z niedo-

Tabela 2. Dane socjodemograficzne a przyrost masy ciała w ciąży

Parametry		Niedostateczny		W normie		Nadmierny		χ^2	p > 0,05
		N	%	N	%	N	%		
Wiek	18–25 lat	8	14,8	21	38,9	25	46,3	1,129	0,890
	26–35 lat	18	18,6	38	36,2	41	42,3		
	powyżej 35 lat	3	27,3	4	36,4	4	36,4		
Miejsce zamieszkania	wieś	7	13,2	16	30,2	30	56,6	11,276	0,080
	miasto do 50 tys. mieszkańców	7	21,2	14	42,4	12	36,4		
	miasto 50 do 100 tys. mieszkańców	8	25,0	9	28,1	15	46,9		
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	7	15,9	24	54,5	13	29,5		
Wykształcenie	podstawowe	0,0	0,0	1	50,0	1	50,0	11,627	0,169
	zasadnicze zawodowe	0,0	0,0	4	44,4	5	55,6		
	średnie	4	10,5	15	39,5	19	50,0		
	wyższe I°	9	23,1	9	23,1	21	53,8		
	wyższe II°	16	21,6	34	45,9	24	32,4		
Stan cywilny	panna	5	31,3	50	38,5	7	43,8	4,983	0,289
	zamężna	23	17,7	4	25,0	57	43,8		
	w związku nieformalnym	1	6,3	9	56,3	6	37,5		

Tabela 3. Masa ciała przed ciążą a nieprawidłowości w ciąży

Parametry	Niedowaga		Norma		Nadwaga		Otyłość			
	N	%	N	%	N	%	N	%	χ^2	p > 0,05
Nieprawidłowości łożyska	3	12,0	8	8,6	2	6,7	1	7,7	0,560	0,905
Nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych	16	64,0	62	66,7	22	71,0	11	84,6	2,032	0,566
Stany zapalne	14	56,0	43	46,2	11	35,5	6	46,2	2,385	0,497
Choroby współistniejące	5	20,0	27	29,0	14	45,2	8	61,5	9,380	0,025

Tabela 4. Przyrost masy ciała w ciąży a jej nieprawidłowości

Parametry	Niedostateczny		W normie		Nadmierny		χ^2	p > 0,05
	N	%	N	%	N	%		
Nieprawidłowości łożyska	6	20,7	3	4,8	5	7,1	6,732	0,035
Nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych	19	65,5	46	73,0	46	65,7	0,967	0,617
Stany zapalne	12	41,4	35	55,6	27	38,6	4,118	0,128
Choroby współistniejące	10	34,5	16	25,4	28	40,0	3,203	0,202

statecznym (N = 26) przyrostem masy ciała w trakcie ciąży (p = 0,377). Wśród kobiet, u których w okresie porodu wystąpiły komplikacje, znalazło się 55,6% ankietowanych z prawidłowym (N = 35), 48,6% z nadmiernym (N = 34) oraz 41,4% z niedostatecznym (N = 12) przyrostem masy ciała w okresie ciąży (p = 0,428).

Wśród ankietowanych kobiet, u których ciążę zakończono planowym cięciem cesarskim, znalazła się połowa badanych będących więcej niż trzy razy w ciąży (N = 4; 50,0%). Ten sposób zakończenia ciąży stwierdzono także u 23,3% ankietowanych będących dwa lub trzy razy w ciąży (N = 13) oraz 12,2% będących tylko

Tabela 5. Liczba przebytych ciąż a sposób zakończenia ciąży

Parametry	1 ciąża		2–3 ciąże		Więcej niż 3 ciąże		χ^2	p > 0,05
	N	%	N	%	N	%		
Planowe cięcie cesarskie	12	12,2	13	23,3	4	50,0	8,812	0,012
Nagłe cięcie cesarskie	13	13,3	7	12,5	0	0	1,205	0,548
Poród siłami natury	57	58,2	31	55,4	3	37,5	1,306	0,521
Próżnociąg	10	10,2	3	5,4	1	12,5	1,219	0,544
Poród indukowany oksytocyną	18	18,4	8	14,3	1	12,5	0,533	0,766

Tabela 6. Przyrost masy ciała w ciąży a sposób zakończenia ciąży

Parametry	Niedostateczny		W normie		Nadmierny		χ^2	p > 0,05
	N	%	N	%	N	%		
Planowe cięcie cesarskie	12	17,1	6	20,7	11	17,5	0,189	0,910
Nagłe cięcie cesarskie	9	12,9	5	17,2	6	9,5	1,123	0,570
Poród siłami natury	38	54,3	16	55,2	37	58,7	0,280	0,869
Próżnociąg	5	7,1	2	6,0	7	11,1	1,798	0,671
Poród indukowany oksytocyną	17	24,3	0	0	10	15,9	8,754	0,013

Tabela 7. Liczba przebytych ciąż a czas trwania porodu i nasilenie bólu porodowego

Parametry	1 ciąża		2–3 ciąże		Więcej niż 3 ciąże		χ^2	p > 0,05
	N	%	N	%	N	%		
Poród do 10 godzin	52	70,3	33	89,3	4	100,0	6,257	0,044
Poród powyżej 10 godzin	22	29,7	4	10,8	0	0		
Ból ciężki lub nie do wytrzymania	52	70,3	29	78,4	2	50,0	1,822	0,402
Ból lekki lub do wytrzymania	22	29,7	8	21,6	2	50,0		

raz w ciąży (N = 12). Dane liczbowe przedstawiono w **tabeli 5**.

Wśród ankietowanych kobiet, u których ciążę zakończono planowym cięciem cesarskim, znalazło się 20,7% respondentek z niedostatecznym (N = 6), 17,5% z prawidłowym (N = 11) oraz 17,1% z nadmiernym (N = 12) przyrostem masy ciała w ciąży. W grupie kobiet, które rodziły siłami natury, znalazło się 58,7% ankietowanych z prawidłowym przyrostem masy ciała w okresie ciąży (N = 37), a także 55,2% z niedostatecznym (N = 16) i 54,3% z nadmiernym (N = 38) przyrostem masy ciała w ciąży. Pozostałe dane liczbowe i procentowe przedstawiono w **tabeli 6**.

Ankietowane kobiety, które wskazały, że ich poród trwał do 10 godzin, to wszystkie respondentki będące więcej niż trzy razy w ciąży (N = 4; 100,0%), a także większość badanych, które były dwa lub trzy razy w ciąży (N = 33; 89,3%) i 70,3% będących tylko raz w ciąży (N = 52). W grupie respondentek, które uznały, że ból porodowy był ciężki lub nie do wytrzymania, znalazło się 78,4% respondentek mających za sobą dwie lub trzy ciąże (N = 29), 70,3% będących tylko raz w ciąży (N = 52) oraz 50,0%, które były więcej niż trzy razy w ciąży (N = 2) (**Tabela 7**).

Wśród ankietowanych kobiet, których noworodki uzyskały 9 i więcej punktów w skali Apgar, znalazło się 90,9% respondentek z prawidłowym przyrostem masy ciała w czasie ciąży (N = 57), a także 89,7% z niedostatecznym (N = 26) i 87,1% z nadmiernym (N = 61) przyrostem masy ciała w czasie ciąży. Mniej niż 9 punktów w skali Apgar stwierdzono w przypadku 12,9% ankietowanych z nadmiernym (N = 9), 10,3% z niedostatecznym (N = 3) oraz 9,5% z prawidłowym (N = 6) przyrostem masy ciała w czasie ciąży (**Tabela 8**).

Tabela 8. Masa ciała kobiet przed ciążą a punktacja noworodka w skali Apgar i jego masa urodzeniowa

	Nadmierny		Niedostateczny		W normie			
	N	%	N	%	N	%	χ^2	p
9 i więcej pkt wg Apgar	61	87,1	26	89,7	57	90,9	0,394	0,821
Mniej niż 9 pkt wg Apgar	9	12,9	3	10,3	6	9,5		
Poniżej 2500 g	8	8,6	6	21,4	8	12,7	11,067	0,026
2500 do 4000 g	50	71,4	22	78,6	50	79,4		
Powyżej 4000 g	14	20,0	0	0	5	7,9		

Dyskusja

Współczesna koncepcja zdrowia i rozwoju chorób uznaje, że działanie czynników środowiskowych w okresie okołokoncepcyjnym i życia wewnątrzmacicznego, zaburzone dostarczanie pożywienia może wyrządzać trwałe negatywne skutki w metabolizmie człowieka.

W literaturze przedmiotu znaleźć można doniesienia potwierdzające zależności między masą ciała matki sprzed ciąży oraz przyrostem masy ciała w ciąży z przebiegiem ciąży, porodu oraz stanem noworodka.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia otyłość jest „warunkowaną genetycznie i środowiskowo zwiększoną zawartością tkanki tłuszczowej w organizmie". Istnieją dwa rodzaje tkanki tłuszczowej: BAT – brunatna tkanka tłuszczowa (ang. *brown adipose tissue*) i WAT – biała tkanka tłuszczowa (ang. *white adipose tissue*). Proporcje między nimi determinują czynniki genetyczne, środowiskowe, metabolizm oraz stopień unerwienia i unaczynienia ich struktury. Negatywne oddziaływanie na funkcjonowanie tkanek i narządów ma WAT. Pełni funkcję magazynu energetycznego w formie trójglicerydów i estrów cholesterolu. Uczestniczy również w wielu procesach endokrynnych, produkując białka (adypokiny) kierujące mechanizmami łaknienia, stabilizujące wartości ciśnienia tętniczego krwi, układ krzepnięcia, fibrynolizy oraz podatność tkanek na działanie insuliny. Wydzielanie nadmiernych ilości pewnych adypokin prowadzi do wielu zaburzeń metabolicznych w ustroju.

Leptyna – hormon wytwarzany przez adypocyty – działa hamująco na pobór pokarmów, normuje procesy wydatkowania energii oraz oddziałuje na poziom uwrażliwienia tkanek na funkcjonowanie insuliny. U ludzi otyłych nie zauważa się jej niedoboru, a leptynooporność (obniżona wrażliwość na jej działanie ze zwiększoną objętością w organizmie). Znaczącą nieprawidłowością u otyłych jest insulinooporność oraz hiperinsulinemia. Za ich przyczynę uznaje się nadmierne odkładanie się tkanki tłuszczowej w okolicach trzewi. Zwiększona ilość insuliny i estradiolu we krwi powoduje nieprawidłowy rozwój oocytów w pęcherzykach jajnikowych, wywołując patologie strukturalne zarodka i w konsekwencji – poronienie.

Otyłość wpływa również na spadek płodności kobiet. Nadmierna masa ciała przyczynia się do zmniejszenia wydzielania hormonu folikutropowego (FSH), luteinizującego (LH) oraz progesteronu przez ciałko żółte, a także globuliny wiążącej hormony płciowe (SHBG). Ich właściwe stężenie w indywidualnych fazach cyklu miesiączkowego wpływa na regularność i występowanie miesiączki oraz owulacji. Co za tym idzie – determinuje szanse na zapłodnienie i rozwój zarodka [4].

Ciąża jest czasem kompletnego przestawienia się organizmu oraz przymusem podporządkowania się konieczności zapewnienia płodowi elementów potrzebnych do rozwoju. Podwyższone zapotrzebowanie energetyczne matki łączy się z koniecznością kumulowania zapasów. Działania te mogą skutkować nadmiernym przyrostem masy ciała.

W przypadku gdy masa ciała w czasie pierwszej wizyty u lekarza jest równa 110–120% należnej masy ciała lub gdy przed zapłodnieniem pacjentka ważyła ponad 90 kg, a jej BMI przewyższało 29 kg/m^2, diagnozuje się otyłość ciążową [2].

Przesadne nagromadzenie rezerw energetycznych i wtórnie zwiększająca się otyłość (szczególnie gdy wzrost masy ciała w ciąży przewyższy 20% masy sprzed ciąży) może skutkować szeregiem przekształceń w patofizjologii jednostki matczyno-płodowej, mającej ścisły wpływ na przebieg ciąży [5].

Wyczerpanie objętościowe jest odpowiedzią na zwiększoną aktywność układu współczulnego, sprowokowaną przypuszczalnie działaniem wybranych hormonów – leptyny i insuliny oraz innych mediatorów stanu zapalnego. Akcja serca przyspiesza, a równocześnie maleje czas niezbędny na rozkurcz komór, co skutkuje spadkiem przepływu w samym mięśniu sercowym.

U ciężarnych z otyłością ograniczone są przewodnictwo i kurczliwość serca. Zwiększa się predyspozycja do wahań ciśnienia tętniczego, a także stwierdza się podwyższony opór naczyniowy, co może powodować spadek rzutu serca i przeciążenie lewej komory [5].

Otyłość niesie za sobą także istotne zaburzenia oddychania. Podatność oddechowa klatki piersiowej pomniejsza się przez skumulowany tłuszcz wokół żeber, w okolicy brzucha i przepony. Prowadzi to do wzrostu ciśnienia brzusznego powodowanego przez wzrost macicy. Dochodzi do dalszego obniżenia ruchów przepony. W konsekwencji występują zaburzenia wentylacji.

Konsekwencją nadmiernej masy ciała w ciąży jest często cukrzyca ciążowa. Głównymi jej przyczynami są hiperinsulinemia i insulinooporność występujące przy otyłości. Stężenie insuliny u otyłych kobiet na czczo jest wyższe w porównaniu ze stężeniem u osób o prawidłowej masie ciała.

Przemiany patofizjologiczne w tkankach w wyniku nieprawidłowości biochemicznych i metabolicznych organizmu otyłej ciężarnej mogą wywołać defekty śródbłonka naczyniowego. Prowadzi to w konsekwencji do rozwoju nadciśnienia tętniczego, stanu przedrzucawkowego, zagęszczenia krwi, zaburzeń czynności serca, obrzęków, przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego, zagrożenia porodem przedwczesnym. Istnieje możliwość wystąpienia niewydolności cieśniowo-szyjkowej, niedokrwistości czy wewnątrzmacicznego obumarcia płodu [4]. Ponadto nadmiar masy ciała zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zapalenia układu moczowego, pęcherzyka żółciowego, odmiedniczkowego zapalenia nerek (obniżona odpowiedź migracji leukocytów i zdolności fagocytozy bakterii powoduje stany zapalne). Częściej występują zaparcia (niepoprawna dieta bez błonnika) oraz bezdech senny [2].

Kaźmierczak i wsp. [24] stwierdzili, że nadwaga i otyłość oraz nadmierny przyrost masy ciała w ciąży wpływają na zwiększenie odsetka cięć cesarskich, co w niniejszej pracy potwierdziło się w przypadku nadwagi i otyłości.

Ulman-Włodarz i wsp. [10] w badaniach uznali, że nadwaga i otyłość przed ciążą zwiększają odsetek powikłań ciążowych, takich jak krwawienia w ciąży, poród przedwczesny zagrażający, nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość, zakażenia układu moczowego, stany zapalne pochwy, cukrzyca. Według badaczy w tej grupie zwiększa się ryzyko powikłań porodowych, takich jak nacięcie krocza, pęknięcie pochwy, pęknięcie krocza, szyjki macicy, instrumentalna kontrola jamy macicy czy dystocja barkowa. Zwiększa się również ilość powikłań okołoporodowych. Nie ma to odzwierciedlenia w niniejszej pracy. Jeśli chodzi o wystąpienie stanów zapalnych pochwy, pęknięcia krocza i szyjki macicy, dystocji barkowej oraz instrumentalnej kontroli jamy macicy, odnotowano wyższy odsetek procentowy tych powikłań wśród matek z nadwagą i otyłością sprzed ciąży niż wśród kobiet z innych grup.

Ciąża u kobiety z nadwagą obliguje do szczególnego monitorowania. Wzmożone ryzyko wielu powikłań winno skłaniać lekarzy położników i położne do podwyższonej czujności i intensywnej opieki medycznej. Podstawowymi działaniami profilaktycznymi są edukacja pacjentek pod względem dbania o własne zdrowie przed zajściem w ciążę oraz weryfikacja podczas ciąży przyrostu masy ciała (aby unikać zarówno jej nadmiaru, jak i niedoboru). Równie ważnymi działaniami prozdrowotnymi dla ciężarnej jest dokładna diagnostyka prenatalna powiązana z uważnym monitorowaniem przebiegu ciąży.

Odpowiedni sposób żywienia kobiet przed zajściem w ciążę służy wysyceniu wszystkich organów w składniki odżywcze, które organizm może potem wykorzystać podczas ciąży [8].

Dążenie do osiągnięcia perfekcyjnego wyglądu w ciąży może prowadzić do zaburzeń odżywiania. Szczególnym problemem wśród ciężarnych jest stosowanie diet odchudzających. Pod tym pojęciem kryje się dostarczanie wartości energetycznych mniejszych niż potrzeby fizjologiczne organizmu. Niewielki przyrost masy ciała ciężarnej jest zjawiskiem niekorzystnym dla prawidłowego rozwoju ciąży i płodu. Brak przyrostu masy ciała lub wręcz chudnięcie kobiety w ciąży mogą alarmować personel medyczny o zwiększonym ryzyku wystąpienia patologii i powikłań. Zaleca się wtedy częstszą kontrolę przebiegu ciąży. Gdy według zaleceń przyboru masy ciała w ciąży stwierdzi się niedowagę, na samym początku należy sprawdzić ilość oraz jakość spożywanych produktów oraz poziom aktywności fizycznej. W tej ocenie uwzględnić należy zawsze konsekwencje mdłości i wymiotów (szczególnie niepowściągliwych), zaburzeń przemiany materii współtowarzyszących chorobom tarczycy i zaburzeniom odżywiania (anoreksja ciążowa – pregoreksja).

Niedostatek masy ciała podczas ciąży może mieć wpływ na rozwój łożyska, niedobór witamin, składników mineralnych. Skutkiem takich niedoborów mogą być wady rozwojowe płodu oraz podwyższone ryzyko przedwczesnego porodu [2].

Niedożywienie ciężarnej zwiększa ryzyko poronień, porodów przedwczesnych, wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu oraz śmiertelność okołoporodową noworodka [8].

U kobiet źle odżywiających się z niedowagą często zauważa się zbyt małą ilość składników mineralnych, takich jak żelazo, kwas foliowy, wapń, witamina D, kwas tłuszczowy omega 3. Niedobory te prowadzą do rozwoju niedokrwistości ciężarnej, odwapnienia kości matki,

a w konsekwencji – wystąpienia osteoporozy, nadciśnienia tętniczego, stanu przedrzucawkowego oraz rzucawki i porodu przedwczesnego [9, 10].

U ciężarnej z niedoborami żywieniowymi stwierdza się gorszy rozwój łożyska. Częściej występuje łożysko przodujące, dochodzi do przedwczesnego jego oddzielenia czy uszkodzenia. Zmniejszona odporność prowadzi do infekcji płynu owodniowego, a co za tym idzie – przedwczesnego pęknięcia błon płodowych [9].

Poród ciężarnej z nadmierną masą ciała często określa się mianem trudnego porodu. Ryzyko powikłań zwiększa się dwukrotnie, dlatego często kończy się on cięciem cesarskim [2].

Nie są to łatwe decyzje, ponieważ przebieg operacji jest utrudniony ze względu na ograniczony dostęp operacyjny, trudności w preparowaniu tkanek, a następnie ich zaopatrzeniu. Głębokość pola operacyjnego stawia wysokie wymagania przed operującym. Nadmiar tkanek powoduje również wydłużenie czasu operacji i wydobycia płodu [11]. Kolejnym zagrożeniem są krwotoki oraz powikłania zatorowo-zakrzepowe.

Istotną komplikacją u rodzących są trudności w przeprowadzeniu znieczulenia podczas porodu drogami natury oraz w czasie cesarskiego cięcia. Wraz ze wzrostem masy ciała ciężarnej zauważa się podwyższony wychwyt środków wziewnych, zmienione rozprowadzanie anestetyków rozpuszczalnych we wszystkich tkankach oraz o wiele szybszy ich metabolizm. Zauważono wzrost wrażliwości na działanie depresyjne narkotycznych środków uśmierzających ból.

Podczas porodu drogami natury częściej dochodzi do przedłużenia fazy utajonej, wydłużenia aktywnej, wtórnego zatrzymania rozwierania szyjki macicy oraz przerwania obniżania się płodu w kanale rodnym. Są to zakłócenia przebiegu porodu, które stwarzają sytuację patologiczną zwaną brakiem postępu porodu. Patomechanizm nieprawidłowości w postępie porodu polega na tym, że otłuszczona miednica stanowi przeszkodę w kanale rodnym. Nadmierne odkładanie się cholesterolu w mięśniówce osłabia jej kurczliwość, a co za tym idzie – prowadzi do zakłócenia i osłabienia czynności skurczowej macicy [11].

Czerwonogrodzka-Senczyna i Ehmke vel Emczyńska [1] dowiodły, iż nadmiar tkanki tłuszczowej zarówno przed ciążą, jak i w jej trakcie predysponuje do częstszej indukcji porodu oksytocyną. Potwierdzają to również nasze badania, w których ciąża zakończyła się porodem indukowanym oksytocyną u 29,0% badanych z nadwagą, 15,4% z otyłością, 15,1% z prawidłową masą ciała oraz 8,0% z niedowagą przed ciążą.

Zwiększona predyspozycja do zachorowania na cukrzycę ciążową skutkuje wyższym ryzykiem makrosomii płodu, a co za tym idzie – powikłaniami porodowymi, takimi jak dystocja barkowa, czy zarówno matczyne, jak i płodowe urazy okołoporodowe [12]. U matki dystocja barkowa potencjalnie może spowodować urazy, takie jak urazy macicy, pochwy, krocza, uszkodzenia pęcherza moczowego, rozejście się spojenia łonowego, pęknięcie macicy czy krwotok poporodowy [13].

Wśród niebezpieczeństw spowodowanych niedoborem żywieniowym sprzed ciąży jest wyższe ryzyko porodów przedwczesnych z małą masą ciała noworodka. Wynika ono z długotrwałego deficytu składników odżywczych. Skutkiem jest obniżenie masy łożyska, zaburzenie jego wydolności, czyli upośledzenie transportu do płodu z krwi matki składników odżywczych. Bardzo ważny jest niedostatek żelaza i cynku. Ich zmniejszone stężenie w organizmie matki zakłóca pracę systemu immunologicznego. Niedobory żywieniowe będące w powiązaniu z niedowagą ciężarnych łączą się z niedoborami żelaza. To zjawisko niesie za sobą powikłania porodu, takie jak oddzielenie łożyska, przedwczesna aktywność skurczowa, przedwczesny poród, podczas którego podwyższa się zagrożenie obfitego krwawienia, osłabienia czynności skurczowej, wydłużenia się czasu porodu.

W przypadku małego płodu zwiększa się możliwość wypadnięcia i przodowania pępowiny oraz rączki płodu podczas porodu, a także nieprawidłowego położenia płodu [14].

Otyłość niesie za sobą wiele poważnych powikłań. W związku z tym dzieci matek z nadmierną masą ciała częściej niż te bez matczynych obciążeń wymagają hospitalizacji na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej [2]. Częściej występuje zespół zaburzeń oddychania i konieczność zastosowania mechanicznej wentylacji płuc [12].

W związku z możliwością wystąpienia trudnego porodu siłami natury stwierdza się częściej obecność smółki w płynie owodniowym, zaburzenia czynności serca płodu, niższe od 7,25 pH ze skalpu płodu oraz w 1. i 5. minucie życia niższą punktację Apgar aniżeli u dzieci matek z normalną masą ciała [11]. Przy wystąpieniu makrosomii płodu podczas takiego porodu może dojść do dystocji barkowej, która może skutkować urazami okołoporodowymi, takimi jak uszkodzenie splotu ramiennego, nerwu przeponowego, złamanie obojczyka czy w najgorszym wypadku uszkodzenie rdzenia szyjnego, niedotlenienie lub śmierć płodu [13].

U ciężarnych ze wskaźnikiem BMI > 30 kg/m^2 zauważa się większe ryzyko urodzenia noworodka z wadą układu nerwowego (zwłaszcza rozszczepem kręgosłupa). Ciąg przyczynowo-skutkowy nie jest jeszcze całkowicie pozna-

ny, jednakże istnieje teoria, która tłumaczy występowanie tych zaburzeń podobnie jak u kobiet z niewykrytą cukrzycą typu 2. Zwiększone stężenie insuliny, trójglicerydów, kwasu moczowego oraz endogennych estrogenów, przewlekła hipoksja i hiperkapnia wpływają na rozwój cewy nerwowej płodu. Jako profilaktykę wad układu nerwowego można dostarczać 400 mg kwasu foliowego. Nie jest ona tak skuteczna u kobiet ważących > 70 kg [5].

Przy niedoborach żywieniowych matek w I trymestrze ciąży dzieci często rodzą się równomiernie mniejsze z niedostatkiem masy i długości ciała. W deficytach podaży posiłków podczas II trymestru ciąży dzieci rodzą się z nierównomiernie małą masą ciała w stosunku do długości. Niedowaga w III trymestrze ciąży niesie za sobą ryzyko urodzenia dziecka z nieproporcjonalnie dużą głową.

Przewlekły deficyt podaży żywienia, szczególnie w II i III trymestrze ciąży, działa negatywnie na płód, u którego głównie słabo kształtują się poszczególne narządy i układy (np. immunologiczny). Zaobserwować można wewnątrzmaciczne opóźnienie wzrostu, a noworodek może narodzić się z niską masą urodzeniową.

Na skutek niewielkich zapasów witamin i składników mineralnych w organizmie płodu może dojść do szybkiego ich wyczerpania, a co za tym idzie – niedokrwistości czy złego uwapnienia kośćca [2].

Niedożywienie płodu, szczególnie w sytuacji niewystarczającego dostarczania składników odżywczych, może zaburzać rozwój mięśni szkieletowych, trzustki, nerek, przy utrzymaniu właściwego wzrostu narządów najważniejszych, takich jak mózg.

W wątrobie mogą zachodzić zmiany polegające na zmniejszeniu wychwytu glukozy i nasilaniu glukoneogenezy (wyprodukowanie glukozy i glikogenu z substancji niecukrowych, np. aminokwasów czy kwasu mlekowego). W mięśniach, oprócz ujemnego wpływu na insulinowrażliwość, może podwyższyć się utlenienie (oksydacja) lipidów [15].

Szczególnie istotny jest właściwy przyrost masy ciała u kobiet z niedowagą przed ciążą, który wyrównuje istniejące straty żywieniowe. Porównując kobiety ze zbyt niskim przyrostem masy ciała i prawidłowym, te pierwsze rodzą noworodki lżejsze o 100–300 g. Stwierdzono również wyższy odsetek wystąpienia dzieci z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g) [8]. Przedciążowa niedowaga jest związana nie tylko z mniejszą masą ciała noworodka urodzonego, ale i – w konsekwencji – częstszym zjawiskiem umieralności okołoporodowej [16].

Omanwa i wsp. [22] oceniają niedowagę przedciążową jako czynnik porodów przedwczesnych, a nie stwierdzają współzależności niskiego BMI z masą urodzeniową i stanem pourodzeniowym noworodków. Badania te mają odzwierciedlenie w niniejszej pracy, w której stwierdzono, iż u matek z niedowagą przed ciążą porody przedwczesne występują trzy razy częściej niż u tych w normie oraz z nadwagą i otyłością. Potwierdzono również brak zależności między niedowagą a masą urodzeniową i stanem noworodka po porodzie. Z kolei Szostak-Węgierek i wsp. [23] w swojej pracy zauważyli, że niedowaga przed ciążą i niedostateczny przyrost masy ciała w ciąży wpływają na niską masę urodzeniową noworodka, co nie ma odzwierciedlenia w niniejszych badaniach. W niniejszych badaniach średnia arytmetyczna urodzeniowej masy ciała noworodków matek z niedowagą oraz w normie masy ciała przed ciążą są na tym samym poziomie.

Wdowiak i wsp. [25] wskazują, że nie ma zależności między przyrostem masy ciała w ciąży a czasem jej trwania, urodzeniową masą ciała noworodka i jego oceną w skali Apgar. W niniejszej pracy wykazano, że twierdzenia te są zbieżne jedynie w przypadku oceny skali Apgar u noworodka. Stało się tak, ponieważ w badaniach wykazano zależność między czasem trwania ciąży oraz urodzeniową masą ciała noworodka a przyrostem masy ciała matki w ciąży. Stwierdzono, że kobiety z niedostatecznym przyrostem masy ciała w ciąży częściej rodziły przedwcześnie, a te z nadmiernym przyrostem masy ciała częściej rodziły dzieci powyżej normy urodzeniowej masy ciała noworodka.

Dla dziecka niedobory minerałów w diecie matki niosą za sobą poważne konsekwencje. Niedostatek żelaza może spowodować nieprawidłowy rozwój zarodka i kosmówki, rozwój wad wrodzonych, wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu. Niedokrwistość z niedoboru żelaza u ciężarnej wpływa na gorsze parametry urodzeniowe dziecka. Suplementacja tym składnikiem powoduje średni wzrost masy ciała płodów o 200 g. Zalecane są uzupełnienia żelaza dla każdej ciężarnej o 27 mg, a przy potwierdzeniu anemii – nawet o 60 mg na dobę.

Słaby kościec u dziecka, zakłócenia rozwoju mózgu oraz serca są wynikiem niedostatecznej podaży wapnia i witaminy D. Dodatkowo w badaniach dzieci, u których stwierdzono niedostatek witamin D, zauważono większą masę urodzeniową, która nie odpowiadała stopniowi mineralizacji układu kostnego. Niskie stężenie kwasu foliowego może skutkować zaburzonym rozwojem cewy nerwowej u płodu. Jest ona fragmentem strukturalnym embrionu, z którego kształtuje się mózg i rdzeń kręgowy. Zamknięcie cewy odbywa się w ciągu 28 dni od zapłodnienia. Dlatego tak ważne jest, aby kobieta już przed ciążą odpowiednio dostarczała tej witaminy. Jeśli proces ten przebiegnie nieprawidłowo, może prowadzić do wad

cewy nerwowej (najczęściej rozszczep kręgosłupa i bezmózgowie). Dodatkowo dowiedziono, że niedobory innych witamin z grupy B, takich jak np. witamina B1, wpływają na hipotrofię wewnątrzmaciczną; niedobór witaminy B6 jest odpowiedzialny za rozwój wad wrodzonych twarzoczaszki, takich jak rozszczep wargi i podniebienia [20, 21]. Ponadto dowiedziono, że dodawanie do diety preparatów multiwitaminowych i kwasu foliowego ma dodatni wpływ na masę urodzeniową noworodka [16].

Witaminy rozpuszczalne w tłuszczach oddziałują szeroko na płód. U kobiet w ciąży zaleca się przyjmowanie 750 µg witaminy A na dobę. Jej prekursorem jest barwnik β-karoten, który w organizmie zostaje przekształcony do retinolu. Niedobór tej witaminy może przyczyniać się do upośledzonego wzrostu wewnątrzmacicznego oraz wytworzenia się przepukliny przeponowej u płodu, w wyniku której wnętrzności przedostają się do klatki piersiowej. Witamina A stwarza też niebezpieczeństwo, ponieważ przedawkowanie retinolu działa teratogennie.

U kobiet z niedostateczną podażą składników mineralnych należy pamiętać o jodzie. Ten składnik hormonów tarczycy (T3 i T4) wpływa na prędkość metabolizmu komórkowego oraz należyty wzrost i rozwój od poczęcia aż do 2. roku życia. Udowodniono jego działanie na spadek liczby poronień, martwych urodzeń, podwyższenie masy urodzeniowej noworodków, właściwy rozwój układu nerwowego płodu. T3 i T4 biorą udział w rozprzestrzenieniu komórek nerwowych, więc co za tym idzie – przy ich niedoborze istnieje ryzyko opóźnienia umysłowego dziecka (kretynizm) [21].

Wymiary płodu nieadekwatne do wieku ciążowego są przedporodowymi czynnikami ryzyka konieczności resuscytacji noworodka i przewiezienia go na oddział intensywnej terapii noworodka [22].

Wnioski

1. Masa ciała kobiet przed ciążą nie była w istotny sposób związana z ich wiekiem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym oraz wykształceniem.
2. Nie stwierdzono, aby przyrost masy ciała w okresie ciąży w istotny sposób związany był z wiekiem kobiet, ich miejscem zamieszkania, stanem cywilnym oraz ich wykształceniem.
3. Konieczność wykonania działań medycznych w czasie porodu częściej dotyczyła kobiet przed 35. rokiem życia oraz malała wraz z liczbą przebytych ciąż.
4. Cięcia cesarskie w trybie planowym częściej wykonano u kobiet będących więcej niż trzy razy w ciąży. Stwierdzono także, że kobiety z nadwagą oraz otyłością przed ciążą rzadziej rodziły siłami natury, a także że porody indukowane oksytocyną częściej dotyczyły kobiet z nadmiernym przyrostem masy ciała w ciąży.
5. Długość trwania porodu nie była związana z przyrostem masy ciała kobiety ciężarnej.
6. Kobiety przed 35. rokiem życia intensywniej odczuwają nasilenie dolegliwości bólowych związanych z porodem. Im więcej przebytych ciąż, tym krótszy czas trwania porodu.
7. Urodzeniową masę noworodka powyżej 4000 g częściej odnotowano u dzieci kobiet z nadmiernym przyrostem masy ciała w okresie ciąży.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Czerwonogrodzka-Senczyna A, Ehmke vel Emczyńska E. Stan odżywienia kobiety w okresie ciąży a rozwój płodu. Położ Nauka Prakt. 2011; 1: 46–49.
2. Grzybowski A, Grzybowski P, Mrzygłód S, Trafalska E. Żywieniowe uwarunkowania stanu zdrowia ludzi w wieku produkcyjnym w świetle norm i zwyczajów żywieniowych. Probl Hig Epidemiol. 2007; 1: 1–6.
3. Wierzejska R, Jarosz M. Niedożywienie i zaburzenia odżywiania u kobiet w wieku prokreacyjnym. Post Nauk Med. 2012; 12: 965–970.
4. Krzyszucha R, Bień A, Grudzińska M. Dieta kobiety ciężarnej. (W:) Bień A (red.). Opieka nad kobietą ciężarną. Warszawa: PZWL; 2009. 213–241.
5. Wąsowska J, Janus P, Ambroży T. Prawidłowe żywienie zdrowych kobiet w ciąży jako sposób realizacji potrzeby bezpieczeństwa osobistego i społecznego. Kultura Bezpieczeństwa Nauka – Praktyka – Refleksje. 2015; 18: 227–245.
6. Ropacka M. Żywienie kobiet ciężarnych. (W:) Bręborowicz G (red.). Położnictwo i ginekologia. Tom 1. Ginekologia. Warszawa: PZWL; 2010. 67–75.
7. Bebelska K, Ehmke vel Emczyńska E, Gmoch-Gajzlerska E. Otyłość jako czynnik zaburzający procesy rozrodcze. Now Lek. 2011; 80(6): 499–507.
8. Lech M. Otyłość a ciąża, poród i stan zdrowia w późniejszym okresie życia kobiety. Forum Zaburzeń Metabol. 2010; 1(1): 37–45.
9. Kanadays W, Leszczyńska-Gorzelak B, Oleszuk J. Otyłość u kobiet. Aspekty kliniczne otyłości podczas ciąży. Perinatol Neonatol Ginekol. 2009; 2(4): 254–265.
10. Ulman-Włodarz I, Nowosielski K, Romanik M. Przebieg ciąży i porodu u ciężarnych z nadmierną masą ciała. Ginekol Pol. 2009; 80: 744–751.
11. Mądra M, Drobnik J. Zaburzenia odżywiania w ciąży – anoreksja i otyłość. (W:) Wojtal M, Żurawicka D (red.). Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Tom 1. Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa; 2013. 17–28.
12. Wierzejska R, Jarosz M. Niedożywienie i zaburzenia odżywiania u kobiet w wieku prokreacyjnym. Post Nauk Med. 2012; 15(12): 965–970.

13. Urbaniak T, Klejewski A, Pisarska A, Kostecka E. Wpływ suplementacji diety na masę urodzeniową noworodka. Prz Lek. 2012; 69(10): 1015–1020.
14. Ehmke vel Emczyńska E, Bebelska K, Czerwonogrodzka-Senczyna A. Znaczenie poradnictwa dietetycznego w prewencji powikłań ciąży. Now Lek. 2012; 81, 3: 273–280.
15. Squire C. Dystocja barkowa i wypadnięcie pępowiny. (W:) Boyle M (red.). Stany nagłe w okresie okołoporodowym. Warszawa: PZWL; 2008: 172–193.
16. Murlewska J, Pietryga M, Wender-Ożegowska E. Ultrasonograficzne prognozowanie makrosomii płodu z zastosowaniem oceny masy ciała ciężarnej. Ginekol Pol. 2011; 82(2): 114–118.
17. Miskelly S. Sytuacje nagłe podczas porodu. (W:) Iwanowicz-Palus G (red.). Prowadzenie porodu. Warszawa: PZWL; 2009. 298–320.
18. Seremak-Mrozikiewicz A. Wpływ diety stosowanej w ciąży na zdrowie i rozwój chorób w wieku dorosłym. Perinatol Neonatol Ginekol. 2014; 7(3): 136–142.
19. Szostak-Węgierek D, Szamotulska K. Żywienie matki w okresie ciąży a ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego u potomstwa. Ginekol Dypl. 2011; 11: 21–25.
20. Kapka-Skrzypczak L, Niedźwiecka J, Skrzypczak M, Diatczyk J. Dieta ciężarnej a ryzyko wad wrodzonych dziecka. Med Og Nauk Zdr. 2011; 17, 4: 218–223.
21. Castle N. Resuscytacja matki i noworodka. (W:) Iwanowicz-Palus G (red.). Prowadzenie porodu. Warszawa: PZWL; 2009. 323–340.
22. Omanwa K, Zimmer M, Tlolka J, Wytrychowska E, Maciejewska J, Dryś A. Niski BMI przed zajściem w ciążę: czy jest czynnikiem ryzyka porodów przedwczesnych i niskiej masy urodzeniowej noworodków? Ginekol Pol. 2006; 77, 7: 618–623.
23. Szostak-Węgierek D, Szamotulska K, Szponar L. Wpływ stanu odżywienia matki na masę ciała noworodka. Ginekol Pol. 2006; 75: 9.
24. Kaźmierczak J, Reszczyńska M, Szymański W, Daniłko M. Znaczenie masy ciała matek dla przebiegu porodu oraz adaptacji okołoporodowej noworodków. Perinatol Neonatol Ginekol. 2009; 2(4): 266–273.
25. Wdowiak A, Kanadys K, Lewicka M, Bakalczuk G, Bąk M. Przyrost masy ciała w ciąży a wybrane elementy oceny stanu noworodka. Probl Hig Epidemiol. 2010; 92(2): 281–285.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Katarzyna Plagens-Rotman
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
e-mail: plagens.rotman@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

DOKONANA PRZEZ DZIECI SUBIEKTYWNA OCENA ESTETYKI TWARZY I UZĘBIENIA W ASPEKCIE DZIAŁAŃ PROMUJĄCYCH ZDROWIE

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF THE AESTHETICS OF THE FACE AND TEETH MADE BY CHILDREN IN TERMS OF HEALTH PROMOTION ACTIVITIES

Agnieszka Sikorska[1, 2], Wiktor Synoracki[1], Kornela Cieślik[3], Teresa Matthews-Brzozowska[1]

[1] Katedra i Klinika Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Prywatna Praktyka Medyczna w Kole
[3] Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.64

STRESZCZENIE

Problemy dotyczące wyglądu i samooceny pojawiają się nie tylko wśród osób dorosłych, ale już we wczesnym okresie życia dzieci. Troska o swój wygląd staje się naturalną reakcją na akceptację ich rodziców/opiekunów prawnych, a także na akceptację grup rówieśników. Celem pracy jest przedstawienie, dokonane na podstawie badania ankietowego, samooceny w zakresie wyglądu i postrzegania własnej twarzy przez dzieci w przedziale wiekowym od 10 do 13 lat. Ponadto przeanalizowano dokonywaną przez dzieci w wieku szkolnym subiektywną ocenę stanu zdrowia jamy ustnej. Kontekstem tych badań były przemiany w jamie ustnej zachodzące pod wpływem skierowanych zarówno do dzieci, jak i rodziców działań edukacyjnych mających na celu kształtowanie zachowań prozdrowotnych zapobiegających wystąpieniu różnego rodzaju chorób cywilizacyjnych.

Słowa kluczowe: estetyka twarzy, samoocena, dzieci, promocja zdrowia.

ABSTRACT

Problems concerning the appearance and self-esteem appear not only among adults but early in children's lives. Caring for your appearance becomes a natural reaction to accept their parents/legal guardians of children and groups of peers. The aim of the study is to present self-esteem in terms of appearance and perception of their own face for children between the ages of 10 to 13 years, based on the survey. In addition, a subjective assessment of the state of oral health among children of school age, in the context of changes taking place in the oral cavity in terms of assessing educational needs aimed at both children and parents, aimed at shaping healthy behaviors to prevent the occurrence of various kinds of diseases of civilization.

Keywords: facial aesthetics, self-esteem, children, promotion of health.

Wstęp

W ostatnim czasie zdecydowanie większa uwaga dziecka i jego rodzica/opiekuna prawnego jest zwrócona na zewnętrzny wygląd twarzy, a w tym na wygląd uśmiechu i zębów. Współczesny kanon piękna jest determinowany przez fizyczność, głównie dotyczy on wyglądu twarzy. Niezwykle ważną komponentą tego wyglądu jest uśmiech – proste, równo ustawione zęby [1]. Ideał uśmiechu jest kreowany zwłaszcza przez media, gdzie osoba z takim uśmiechem jest odbierana jako człowiek sukcesu, atrakcyjny, lubiany przez otaczające go środowisko oraz behawioralny wzorzec. Nierzadko pojawienie się nastolatka w gabinecie dentystycznym jest podyktowane potrzebą samoakceptacji swojego wyglądu, a w szczególności akceptacji przez rówieśników. Jest to zatem problem na poziomie psychospołecznym, poprzez który kształtuje się samoocena nastolatka, poczucie jego wartości i relacji międzyludzkich. Zagadnienia szeroko pojętego zdrowia jamy ustnej niewątpliwie wpływają na jakość życia nastolatka [2].

Wygląd i dobre samopoczucie u dzieci, poza zwróceniem uwagi na układ stomatognatyczny, jest związane z prawidłową budową ciała, stąd oblicza się wskaźnik masy ciała (ang. *body mass index* – BMI; również: wskaźnik Queteleta II), który stanowi relację pomiędzy masą ciała a wzrostem. Oblicza się go poprzez podzielenie wagi ciała wyrażonej w kilogramach przez wzrost wyrażony w metrach. Klasyfikacja (zakres wartości) wskaźnika BMI została opracowana dla dorosłych i nie może być stosowana u dzieci bez analizy innych parametrów. Dla oceny prawidłowego rozwoju dziecka wykorzystuje się siatki centy-

lowe, które powinny być dostosowane dla danej populacji z uwzględnieniem płci [3].

Oznaczanie wskaźnika masy ciała ma znaczenie w ocenie zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi związanymi z nadwagą i otyłością. Tak więc podwyższona wartość BMI związana jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia różnych chorób, jak np. cukrzyca [4].

Z uwagi na fakt rozwoju fizycznego dzieci, który przejawia się przede wszystkim zmianami wzrostu i wagi ciała, klasyfikowanie otyłości w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania jest dodatkowo skomplikowane z uwagi na zmieniające się ww. parametry.

Według Światowej Organizacji Zdrowia definiuje się następująco: BMI wyrażone poniżej 18,5 oznacza niedowagę, BMI mieszczące się w przedziale 18,5–24,99 uznawane jest za prawidłowe, od 25 do 29,99 jest nadwagą, a powyżej 30 wskazuje na otyłość [5]. Niektórzy autorzy we wcześniejszych doniesieniach podają, że wartości prawidłowe BMI mieszczą się w przedziale 20–25 [4].

Analiza stanu zdrowia jamy ustnej nastolatków daje możliwość obserwacji przemian zachodzących w uzębieniu. Pozwala również na wykształcenie zachowań mających na celu przeciwdziałanie występowaniu nieprawidłowości, które mogłyby pojawić się lub utrwalić w kolejnych latach życia. Umożliwia także określenie potrzeby edukacji prozdrowotnej w zapobieganiu powstawania próchnicy i wad zgryzu, chorób przyzębia oraz uświadamia istnienie potrzeby podjęcia leczenia stomatologicznego, w tym i ortodontycznego [6]. Analiza ta dotyczy również zwrócenia uwagi i oszacowania efektów programów zarówno profilaktycznych, jak i edukacyjnych i szeroko pojętej promocji zdrowia.

Stan zdrowia jamy ustnej polskich nastolatków jest przedmiotem badań epidemiologicznych od wielu lat. Wyniki szeroko zakrojonych badań umożliwiają oszacowanie potrzeb leczniczych oraz ewentualną konieczność wdrożenia programów prozdrowotnych – w dziedzinie profilaktyki zarówno próchnicy, jak i wad zgryzu – skierowanych do dzieci i ich rodziców, ewentualnie opiekunów [7]. Próchnica nadal jest jedną z najczęstszych chorób cywilizacyjnych, jednakże nierzadko jest ignorowana przez dzieci i ich rodziców. Dokonując analizy wskaźników higieny jamy ustnej, można zobrazować, jak dzieci w wieku szkolnym są wyedukowane w zakresie profilaktyki próchnicy. Pozwalają również poddać ocenie metody i częstotliwość szczotkowania zębów i ewentualne stosowanie dodatkowych metod czy preparatów do utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej [8].

W Polsce częstość występowania wad narządu żucia u dzieci i młodzieży jest wysoka i zróżnicowana i są one zaliczone do najczęściej występujących chorób i zaburzeń rozwojowych dzieci w wieku szkolnym. Nastolatkowie w przeciwieństwie do dzieci częściej sami zaczynają zauważać powstałe zaburzenia jamy ustnej. Zwykle obserwują oni wady zgryzu, a ich częstość nasila się, co podkreśla wielu autorów z różnych regionów w Polsce [7, 8, 10–12]. Nierozerwalnie połączony z rozwojem narządu żucia jest rozwój części twarzowej czaszki. Narząd żucia, nazywany układem stomatognatycznym, stanowi zespół morfologiczno-czynnościowy, w którym elementy morfologiczne części twarzowej czaszki biorą udział w odgryzaniu pokarmów, ich żuciu, wstępnym trawieniu, następnie w ich połykaniu. Układ stomatognatyczny bierze także udział w procesach oddychania, formowaniu dźwięków oraz współuczestniczy w emocjonalnej sferze przeżyć psychicznych pacjenta.

Do morfologicznych elementów narządu żucia należą: zęby, przyzębie, wyrostek zębodołowy szczęki, kości części twarzowej czaszki, stawy skroniowo-żuchwowe, gruczoły ślinowe i błona śluzowa jamy ustnej, układ mięśniowo-nerwowy, sieć naczyń krwionośnych i limfatycznych. Negatywne czynniki oddziałujące na narząd żucia w trakcie jego rozwoju mogą doprowadzić do powstania różnych nieprawidłowości. Problem ten dotyczy dzieci zarówno w Polsce, jak i w innych krajach [13, 14].

W tym aspekcie ważna wydaje się samoocena w zakresie uśmiechu i uzębienia, dotąd częściej w piśmiennictwie analizowana jako wynik badania nieco starszej młodzieży lub młodych dorosłych [15].

Celem pracy jest przedstawienie, określonej na podstawie badania ankietowego, samooceny w zakresie wyglądu dolnego piętra własnej twarzy przez dzieci w wieku szkolnym.

Materiał i metody

Badaniem ankietowym objęło 161 dzieci w wieku od 10 do 13 lat, obu płci, będących uczniami szkół podstawowych i gimnazjów. W przeprowadzonym badaniu ankietowym zawarto 14 pytań. Dotyczyły one m.in. wieku i miejsca zamieszkania badanego, subiektywnej oceny estetyki własnego uzębienia, chęci zmiany jego wyglądu oraz dbania o higienę jamy ustnej. Badani mogli udzielić tylko jednej odpowiedzi na dane pytanie. W pytaniu nr 3 dziecko podawało miejsce swojego urodzenia, w pytaniu nr 4 i 5 – swoją wagę i wzrost (obliczono BMI i percentyle z uwzględnieniem płci), a w pytaniu nr 13 dziecko, odpowiadając twierdząco, uzupełniało odpowiedź o rodzaj dodatkowo stosowanego środka do higieny jamy ustnej. Poniżej przedstawiono zastosowany kwestionariusz ankiety.

KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA PACJENTA

1. Ile masz lat?

10 lat□ 11 lat □ 12 lat □ 13 lat □

2. Gdzie mieszkasz obecnie?

Miasto □ Wieś □

3. Podaj miejsce swojego urodzenia:

……..

4. Podaj swoją wagę w kilogramach

……..

5. Podaj swój wzrost

……..

6. Czy jest coś w wyglądzie twojej twarzy co chciałbyś/ chciałabyś zmienić?

Tak □ Nie □ Nie wiem □

7. Czy podoba Ci się twój uśmiech?

Tak □ Nie □

8. Czy jesteś zadowolony z wyglądu, kształtu i ustawienia twoich zębów?

Tak □ Raczej tak □ Raczej Nie □ Nie □

9. Czy masz problemy z wymową?

Tak □ Nie □

10. Czy występują u Ciebie problemy z żuciem pokarmów?

Tak □ Nie □

11. Czy doświadczyłeś przykrości ze strony koleżanek/kolegów z powodu wyglądu twoich zębów?

Tak □ Nie □

12. Jak często szczotkujesz zęby w ciągu dnia?

□ 1 raz

□ 2 razy

□ częściej niż 2 razy

13. Czy oprócz pasty i szczoteczki do zębów stosujesz inne środki do higieny jamy ustnej?

Tak □ Co?_____

Nie □

14. Czy lubisz przychodzić na wizytę do gabinetu stomatologicznego?

Tak □ Raczej tak □ Raczej nie □ Nie □

Otrzymane dane z badania ankietowego poddano analizie statystycznej z użyciem programów Statistica 10 i StatXact 8. Badanie stanowi część projektu badawczego, na który uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Uchwała nr 907/12).

Wyniki

Ze 161 dzieci objętych badaniem (89 dziewcząt i 72 chłopców) 49 uczniów mieszkało w mieście, 112 – na wsi. Dla dziewcząt wskaźnik BMI wynosił 17,3; 29 percentyle, natomiast dla chłopców wskaźniki te wynoszą odpowiednio: 18,9 i 57.

Przeważający odsetek dzieci był usatysfakcjonowany z wyglądu swojego uśmiechu – 76% wszystkich badanych. Dziewczętom w 71% podobał się ich własny uśmiech i w 40% ich własne uzębienie, z kolei chłopcom odpowiednio 29,8% i 42,9%. Na pytanie o występowanie problemu z wymową 83% ogółu dzieci odpowiedziało, że ocenia swoją mowę jako prawidłową, natomiast 28 badanych wyraziło opinię, że mają trudność z wymową, w tym 57% stanowili chłopcy (**Tabela 2**).

Analizując odpowiedzi dotyczące żucia, można stwierdzić, że powyższa dolegliwość prawie nie dotyczy całej badanej populacji – tylko 2 dzieci (dziewczynka i chłopiec) zgłosiło problem, co stanowi ponad 1% wszystkich badanych. Przeważający odsetek badanych dzieci, tj. około 97%, nie doznał przykrości ze strony rówieśników z powodu wyglądu swojego uzębienia, a jedynie 5 badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej (4 chłopców i 1 dziewczynka). Z badań wynika, że 33% dzieci szczotkuje zęby raz na dzień (30 dziewcząt i 23 chłopców), 2 razy dziennie – 57% (51 dziewcząt i 49 chłopców), pozostali ankietowani – 16 osób – częściej. W całej grupie badanych 39 osób, co stanowi 24%, w tym 59% (23 osoby) stanowiły dziewczęta i 41% (16 osób) stanowili chłopcy, zdeklarowało, iż stosują dodatkowe środki do higieny jamy ustnej, poza szczoteczką i pastą do zębów; były to głównie płyny do płukania jamy ustnej (**Tabela 3**).

Zdecydowana większość badanych dzieci pozytywnie ustosunkowała się do przychodzenia na wizytę do gabinetu stomatologicznego. Wśród badanych 71,4% (115 osób) z których większość stanowiły dziewczęta – 58% (67 osób) – lubi lub raczej lubi odwiedzać gabinet.

Twierdząco odpowiedziało 17 badanych spośród 49 mieszkających w mieście i 36 badanych ze 112 mieszkających na wsi (**Tabela 4**).

Dyskusja

Przeprowadzone badanie u dzieci w wieku szkolnym wykazało, że u dzieci z regionu wschodniej Wielkopolski nie występuje zagrożenie, jakim jest nadwaga i otyłość. Udokumentowano ten fakt na podstawie badań BMI, które mieściły się zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców w granicach normy. Z badań Stupnickiego wynika, że nadwaga u dzieci, które ukończyły 12. rok życia, jest dość często obserwowana [5]. Z piśmiennictwa wynika ponadto, że problem ten jest systematycznie analizowany, gdyż Światowa Organizacja Zdrowia ujmuje go jako aktualny i narastający, stanowiący duże zagrożenie dla zdrowia społeczeństw na całym świecie [3]. Jednym z wykładników ogólnego stanu zdrowia jest stan zdrowia jamy ustnej również uznany przez WHO za czynnik zagrożenia w chorobach sercowo-naczyniowych. Pośrednio informacje o stanie uzębienia można odczytać z odpowiedzi dzieci na pytania dotyczące oceny własnego uśmiechu, uzębienia i problemów związanych z żuciem i wymową. Należy zwrócić uwagę, że duży odsetek dzieci z miasta zgłosił problem z wymową – 1/3 badanych – mniejszy ze wsi, co może wynikać z innych uwarunkowań środowiskowych. Jednakże w piśmiennictwie jest podkreślany problem zaburzeń wymowy traktowanych jako wady w powiązaniu z innymi nawykami i wadami zgryzu u młodzieży, stąd istotna jest analiza w aspekcie wad narządu żucia [16–18]. Problem wad zgryzu jest powszechny na całym świecie [19, 20] i dotyczy także populacji polskiej. Zaburzenia zgryzu utrudniają utrzymanie prawidłowej higieny jamy ustnej, niemniej jednak z przeprowadzonych badań wynika, że dzieci często, choć nie zawsze 2 razy dziennie (co jest zalecane) szczotkują zęby. Ponadto około 20% dzieci podało, że stosują jako dodatkowe środki do higienizacji jamy ustnej płyny do płukania jamy ustnej, co potwierdza edukację prozdrowotną. Na podstawie współczesnej wiedzy w zakresie zapobiegania chorobom jamy ustnej uznaje się, że dużą rolę odgrywa tu przestrzeganie zachowań prozdrowotnych. Pośrednio wykładnikiem działań w tym zakresie jest oszacowana na podstawie odpowiedzi udzielonych przez badanych chęć korzystania z wizyt w gabinetach stomatologicznych. Stwierdzono, że większość dzieci dość chętnie odwiedza lekarzy dentystów. Z piśmiennictwa wynika, że zarówno dla lekarzy, jak i dla dzieci estetyka uzębienia od wielu lat stanowi ważny aspekt oceny twarzy [21].

Tabela 1. Rozkład wagi i wzrostu u badanych dzieci z uwzględnieniem płci

Zmienna	N ważnych i płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl
Masa ciała	89 ♀	41,72	12,31	40,00	22,00	88,00	35,00	47,00
	72 ♂	45,50	11,52	45,50	28,00	85,00	36,50	54,00
Wzrost	89 ♀	150,24	10,62	152,00	123,00	177,00	143,00	158,00
	72 ♂	154,14	11,13	156,00	128,00	176,00	144,50	163,50

Tabela 2. Zestawienie odpowiedzi dotyczących problemów z wymową z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Liczba dzieci nieposiadających problemów z wymową	Liczba dzieci posiadających problemy z wymową	Procent	Skumulowany procent
Miasto	36	-	73,47	73,47
	-	13	26,53	100,00
Wieś	97	-	86,61	86,61
	-	15	13,39	100,00

Tabela 3. Zestawienie odpowiedzi dotyczących stosowania innych niż szczoteczka i pasta do zębów środków do higieny jamy ustnej

Miejscowość	Odpowiedź	Liczba	Procent	Skumulowany procent
Miasto	tak	14	28,57	28,57
	nie	35	71,43	100,00
Wieś	tak	25	22,32	22,32
	nie	87	77,68	100,00

Tabela 4. Zestawienie odpowiedzi dotyczących wizyt w gabinecie dentystycznym z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Miejscowość	Lubię wizyty w gabinecie stomatologicznym	Nie lubię wizyt w gabinecie stomatologicznym	Procent	Skumulowany procent
Miasto	17	-	34,69	85,71
	-	7	14,28	100,00
Wieś	36	-	32,14	87,50
	-	14	12,50	100,00

Wnioski

Subiektywna ocena estetyki twarzy dzieci wykazała, że większość z nich jest usatysfakcjonowana ze swojego wyglądu twarzy, uśmiechu oraz ustawienia i kształtu zębów.

Analiza uzyskanych wyników badań pozwala ocenić konieczność monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej oraz zgryzu u dzieci w wieku szkolnym poprzez przeprowadzanie cyklicznych badań epidemiologicznych. Uzyskana w toku badań wiedza pozwala ocenić potrzeby edukacji prozdrowotnej skierowanej do dzieci i ich rodziców.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Marques CR, Couto GB, Orestes Cardoso S. Assessment of orthodontic treatment needs in Brazilian schoolchildren according to Dental Aesthetic Index (DAI). Community Dent Health. 2007; 24(3): 145–148.
2. Grodzka I, Szarmach I, Bugała-Musiatowich B. Zależności między nieprawidłowościami zgryzowymi a parafunkcjami w populacji młodzieży gimnazjalnej w Białymstoku. Dent Med Probl. 2009; 46, 3: 311–318.
3. Mikoś M, Mikoś M, Mikoś H, Obara-Moszyńska M, Niedziela M. Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży. Now Lek. 2010; 79, 5: 397–402.
4. Sikorska-Wiśniewska G. Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość. 2007; 6(55): 71–80.
5. Stupnicki R. Relacje wagowo-wzrostowe i stosowanie wskaźnika BMI u dzieci i młodzieży. Zeszyty Naukowe WSKFiT. 2015; 10: 41–47.
6. Kawala B, Szumielewicz M, Kozanecka A. Czy ortodonci są jeszcze potrzebni? Epidemiologia wad zgryzowo-zębowych u dzieci i młodzieży w Polsce w ostatnich 15 latach. Dent Med Probl. 2009; 46, 3: 273–278.

7. Onoszko M, Wojtaszek-Słomińska A, Rosnowska-Mazurkiewicz A. Występowanie wad zgryzu u 8- i 9-letnich dzieci z terenu Gdyni. Czas Stomatol. 2007; 60, 3: 195–201.
8. Czaplińska J, Pobol-Aidi M, Aidi N, Matthews-Brzozowska T. The advisability of oral health education of patients treated with fixed orthodontic appliances. Zdr Publ. 2013; 123, 1: 37–42.
9. Zadurska M et al. Wady zgryzu i zaburzenia funkcji układu mięśniowo-stawowego u dzieci w wieku 10–13 lat. Ortop Szczęk Ortod. 2005; 2: 14–18.
10. Warsz M, Rudnicka-Siwek K. Ocena stanu narządu żucia u 9–11-letnich dzieci ze szkół podstawowych z okolic Lublina pozbawionych gabinetów stomatologicznych. Dent Med Probl. 2009; 46, 2: 162–167.
11. Piątkowska D, Woźniak K, Lipski M. Systematyczny przegląd występowania wad zgryzu w Polsce na podstawie pierwotnych badań opublikowanych w latach 2000–2010. Mag Stomatol. 2012; 4: 121–126.
12. Kozanecka A, Kawala B. Częstość występowania wad zgryzu a potrzeba leczenia ortodontycznego w populacji młodych dorosłych Polaków – przegląd piśmiennictwa. J Stomatol. 2012; 65: 424–434.
13. Urzal V, Braga AC, Ferreira AP. The prevalence of anterior open bite in Portuguese children during deciduous and mixed dentition – correlations for a prevention strategy. Int Orthod. 2013; 11(1): 93–103.
14. Garde JB, Suryavanshi RK, Jawale BA, Deshmukh V, Dadhe DP, Suryavanshi MK. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. J Int Oral Health. 2014; 6(1): 39–43.
15. Aikins EA, Onyeaso CO. Prevalence of malocclusion and occlusal traits among adolescents and young adults in Rivers State, Nigeria. Odontostomatol Trop. 2014; 37(145): 5–12.
16. Laganà G, Masucci C, Fabi F, Bollero P, Cozza P. Prevalence of malocclusion, oral habits and orthodontic treatment need in a 7- to 15-year-old schoolchildren population in Tiran. Prog Orthod. 2013; 14: 12.
17. Moimaz SAS, Garbin AJI, Lima AMC, Lolli LF, Saliba O, Garbin CAS. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood. BMC Oral Health. 2014; 14: 96.
18. Martins Mda G, Lima KC. Prevalence of malocclusions in 10- to 12-year-old schoolchildren in Ceará, Brazil. Oral Health Prev Dent. 2009; 7(3): 217–223.
19. Ziemiańska-Maczek J. Częstość występowania wad zgryzu u dzieci jedenastoletnich z terenów wiejskich powiatu nowotarskiego województwa małopolskiego. Implantoprotetyka. 2007; 8, 3: 40–42.
20. Kumar M, Banerjee P, Gondhalekar R, Gondhalekar R, Lall R, Parwani R. Dental occlusion among school going children of Maharashtra. J Int Oral Health. 2014; 6(4): 53–55.
21. Shahnazari A. Estetyka uzębienia pacjentów w wieku 12 lat z województwa świętokrzyskiego. Mag Stomatol. 2005; 15, 12: 74–77.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Kornela Cieślik
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel. kom.: 605 975 693
e-mail: kcieslik@ump.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

NATĘŻENIE STRESU I SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM WŚRÓD NAUCZYCIELI AKADEMICKICH

LEVEL OF STRESS AND COPING WITH STRESS AMONG ACADEMIC TEACHERS

Karolina Smutek[1], Aleksandra Kulik[2], Joanna Domagalska[2], Przemysław Nowak[2]

[1] Zakład Higieny Komunalnej i Nadzoru Sanitarnego, Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
[2] Zakład Toksykologii i Ochrony Zdrowia w Środowisku Pracy, Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.65

STRESZCZENIE

Wstęp. Stres zawodowy zaliczany jest do czynników psychofizycznych wpływających niekorzystnie na pracowników i całą organizację. Może on wywoływać negatywne skutki zdrowotne, jak również poważne konsekwencje ekonomiczne i organizacyjne.
Cel. Cele badania to: (1) pomiar natężenia stresu, (2) określenie jego przyczyn w grupie nauczycieli akademickich, (3) ocena rodzaju strategii stosowanej w sytuacji stresowej oraz (4) określenie konieczności wprowadzenia działań profilaktycznych.
Materiał i metody. Badanie zostało zrealizowane na uczelniach wyższych na terenie Śląska. Wzięło w nim udział 198 nauczycieli akademickich, którzy wypełniali autorską ankietę dotyczącą potencjalnych stresorów oraz kwestionariusze: PSS-10 badający poziom natężenia stresu i MINI-COPE oceniający sposoby radzenia sobie ze stresem.
Wyniki. Stwierdzono, że psychiczne obciążenie pracą, organizacja pracy i okresowa ocena stanowią najbardziej stresogenne czynniki w pracy nauczycieli akademickich. Wysoki poziom natężenia stresu cechuje 2/5 wszystkich respondentów. Aktywne radzenie sobie, planowanie i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego są charakterystycznymi metodami radzenia sobie ze stresem w badanej grupie nauczycieli akademickich.
Wnioski. Praca na stanowisku nauczyciela akademickiego jest mocno stresująca, dlatego sposoby ograniczenia stresu powinny obejmować dwa aspekty: czynniki go wywołujące, a także metody radzenia sobie z nim. Wskazane byłoby podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych, w tym organizowanie regularnych spotkań nauczycieli akademickich z psychologiem.

Słowa kluczowe: stres, stres zawodowy, nauczyciel akademicki, sposoby radzenia sobie ze stresem.

ABSTRACT

Introduction. Professional stress is regarded as psychophysical risk factor, which adversely affect employees and the entire organization. It could bring about some negative health effects in working population, also it might be responsible for serious economic and organizational consequences.
Aim. The aim of the study was: (1) to measure the intensity of stress, (2) to define its sources in a group of academic teachers, (3) to assess the type of strategy used in a stressful situation and (4) to determine the need for developing preventive measures.
Material and methods. The survey was conducted at universities in Silesia. It was attended by 198 teachers, who completed a questionnaire about the author's potential stressors, and questionnaires PSS-10 studying level of intensity of stress, and MINI-COPE evaluating ways to cope with stress.
Results. It was found that the mental workload, work organization, and periodic assessment were the most stressful factors at academic teachers' work. 2/5 of all respondents had high levels of stress intensity. Active coping, planning and seeking emotional support were typical methods of coping with stress in the group of university teachers.
Conclusions. Working as a university teacher is highly stressful, therefore the approach to reduce stress should include two aspects: the factors that cause it, and ways of dealing with it. It would be desirable to take the appropriate prevention efforts, including regular meetings with psychologist.

Keywords: stress, professional stress, academic teacher, coping with stress.

Wstęp

Czynniki psychospołeczne, które ważne są w aspekcie bezpieczeństwa i higieny pracy, stały się w ostatnich latach przedmiotem zainteresowań szerokiego kręgu badaczy różnych dziedzin nauki. Szczególnie na popularności zyskało pojęcie stresu, które zazwyczaj kojarzy się z nieprzyjemnymi emocjami wpływającymi pejoratywnie na zachowanie danej jednostki w określonej sytuacji. Nawet badania naukowe dotyczące stresu analizują na ogół jego negatywne skutki. Nikt nie ma wątpliwości, iż długotrwały i silny stres to zjawisko destrukcyjne. Warto jednak zwrócić uwagę, że jest on również odpowiedzialny za mobilizację organizmu – jego prawidłowy rozwój i wzrost [1]. Selye [2] wprowadził zatem pojęcie dystresu – „złej odmiany stresu", charakteryzującej się deprywacją czy przeciążeniem prowadzącymi do choroby, oraz eustresu – „dobrej odmiany stresu", która mobilizuje do działania i nie wpływa destrukcyjnie na organizm.

W dzisiejszych czasach stres jest zarówno siłą napędową, jak i największym zagrożeniem, a jednym z jego źródeł jest praca zawodowa. Nadgodziny, presja czasu, przeciążenie psychiczne czy kontakt z przełożonymi to jedne z głównych czynników stresogennych w środowisku pracy. Stres pracowniczy można podzielić na ten dotyczący każdego pracownika, począwszy od rekrutacji, poprzez wszystkie etapy kariery zawodowej, oraz stres menadżerski – wynikający ze specyfiki zadań i funkcji wykonywanych przez kierowników [3].

Sytuacja stresowa niesie ze sobą wiele poważnych konsekwencji dla organizmu człowieka. Podczas jego trwania zmieniają się parametry fizjologiczne, takie jak wydzielanie hormonów, czynność akcji serca, ciśnienie krwi, częstość oddechu czy przemiana materii. Dowiedziono, że stres przyczynia się do rozwoju choroby niedokrwiennej serca, zaburzeń neurologicznych, metabolicznych oraz upośledzenia funkcji seksualnych [4]. Pojawiają się również negatywne emocje, takie jak złość, niepokój, lęk, niecierpliwość, gniew, a także specyficzne zachowania, jak bezsenność, wzmożenie lub brak apetytu, tiki nerwowe, zawroty głowy i obgryzanie paznokci [5–7]. Stres krótkotrwały, który nie pojawia się często, jest bezpieczny, gdyż organizm jest na niego przygotowany. Szkodliwe działanie ma wtedy, gdy pojawia się znacznie częściej i trwa dostatecznie długo. Chroniczny stres prowadzi do poważnych schorzeń somatycznych i psychicznych [5].

Stres zawodowy wpływa nie tylko na jednostkę i jej otoczenie, lecz także na funkcjonowanie całego przedsiębiorstwa. Pracownik traci zainteresowanie pracą, a jego wydajność i efektywność są znacznie zmniejszone, przynosząc organizacji straty. W skrajnych przypadkach zatrudnieni decydują się na rezygnację z pracy. Pracodawcy tracą w ten sposób klientów, spada jakość produktów oraz usług, co wyzwala dodatkowe koszty [5]. Takie zachowanie w szczególności cechuje pracowników o nerwowym uosobieniu, nastawionych na rywalizację, niechętnych na współpracę czy kompromisy [8].

Stres jest przedmiotem zainteresowań pracodawców nie tylko ze względu na zdrowie i bezpieczeństwo psychiczne pracownika, ale również na skutki, jakie ze sobą niesie. W konsekwencji radzenie sobie ze stresem i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań zwalczania stresu organizacyjnego powinno stać się priorytetem dla pracodawców chcących zredukować wymierne koszty ekonomiczne związane ze stresem w miejscu pracy [9].

Cel

Cele niniejszej pracy to: (1) pomiar natężenia stresu, (2) określenie jego przyczyn w grupie nauczycieli akademickich, (3) ocena rodzaju strategii stosowanej w sytuacji stresowej oraz (4) określenie konieczności wprowadzenia działań profilaktycznych.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 111 kobiet i 87 mężczyzn, sklasyfikowanych w pięciu grupach wiekowych, tj.: poniżej 26 lat – 8 osób, 26–35 lat – 76 osób, 36–45 lat – 59 osób, 46–55 lat – 33 osoby, powyżej 56. r.ż. – 22 osoby. Wśród ankietowanych 37,9% posiadało staż pracy krótszy niż 5 lat, 28,8% – 5–10 lat, 13,1% – 11–15 lat, natomiast 20,2% respondentów miało staż pracy powyżej 15 lat. Dodatkowo 54,5% badanych to magistrowie, 33,3% to doktorzy, 8,1% – doktorzy habilitowani, a 4% ankietowanych posiadało tytuł profesora.

Liczbę osób biorących udział w badaniu ustalono za pomocą kalkulatora doboru próby, biorąc pod uwagę wielkość populacji (96 909 nauczycieli akademickich) oraz przyjmując następujące parametry: wielkość frakcji – 0,5; poziom ufności – 95%; błąd maksymalny – 7%. Ankiety zostały rozdysponowane wśród aktualnie pracujących nauczycieli akademickich – pracowników naukowo-dydaktycznych i pracowników dydaktycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach i Politechniki Śląskiej. Przeprowadzono łącznie 200 ankiet, z czego 198 zostało wypełnionych poprawnie i zostało poddanych dalszej analizie.

Respondenci poproszeni zostali o wypełnienie autorskiej ankiety, kwestionariuszy PSS-10 oraz Mini-COPE (kwestionariusze zakupione zostały w Pracowni Testów Psychologicznych). Anonimowa ankieta zawierała metryczkę (która umożliwiła sklasyfikowanie poszczególnych nauczycieli na podgrupy), a także informacje na temat czynników stresogennych występujących na zajmowanym stanowisku. Kwestionariusze PSS-10 i Mini-COPE to przeznaczone dla dorosłych osób znormalizowane testy psychologiczne opracowane przez specjalistów w dziedzinie psychologii, zaadaptowane przez Zygfryda Jurczyńskiego i Ninę Ogińską-Bulik na język polski. PSS-10 to stworzona przez S. Cohena, T. Kamarcka, R. Mermelsteina Skala Spostrzeganego Stresu, w wersji 10-pytaniowej, dotycząca subiektywnych odczuć związanych z osobistymi zdarzeniami, które wydarzyły się w ostatnim miesiącu. Ankietowany wpisuje swoje odpowiedzi za pomocą właściwej cyfry, zgodnie ze znaczeniem: 0 – nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – dość często, 4 – bardzo często [10]. Ogólny wynik jest sumą wszystkich punktów, której minimalna wartość wynosi 0, a maksymalna – 40. Im wyższa wartość końcowa, tym większe nasilenie odczuwanego stresu.

Ogólny wskaźnik po przekształceniu na jednostki standaryzowane podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wartości końcowe zawierające się w granicach od 1 do 4 stena określa się jako wyniki niskie, rezultaty w granicach 5 i 6 stena traktowane są jako przeciętne, natomiast od 7 do 10 stena – jako wysokie [10].

Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – Mini-COPE – to skrócona wersja Wielowymiarowego Inwentarza – COPE – opracowana przez Ch.S. Carvera. Składa się z 28 stwierdzeń, w których badany wstawia odpowiednią cyfrę w 4-stopniowej skali, która odpowiada częstości danego postępowania w bardzo trudnej sytuacji. Na podstawie odpowiedzi ankietowanego można wyróżnić, które z 14 metod radzenia sobie ze stresem są dla danej jednostki skuteczne oraz najczęściej przez nią stosowane. Analizę statystyczną przeprowadzono programem Statistica 8.0 PL oraz MS Excel 2007. Dane przeanalizowano testem chi-kwadrat oraz testem Fishera. W analizie przyjęto wartość $p < 0,05$ jako znamienną statystycznie.

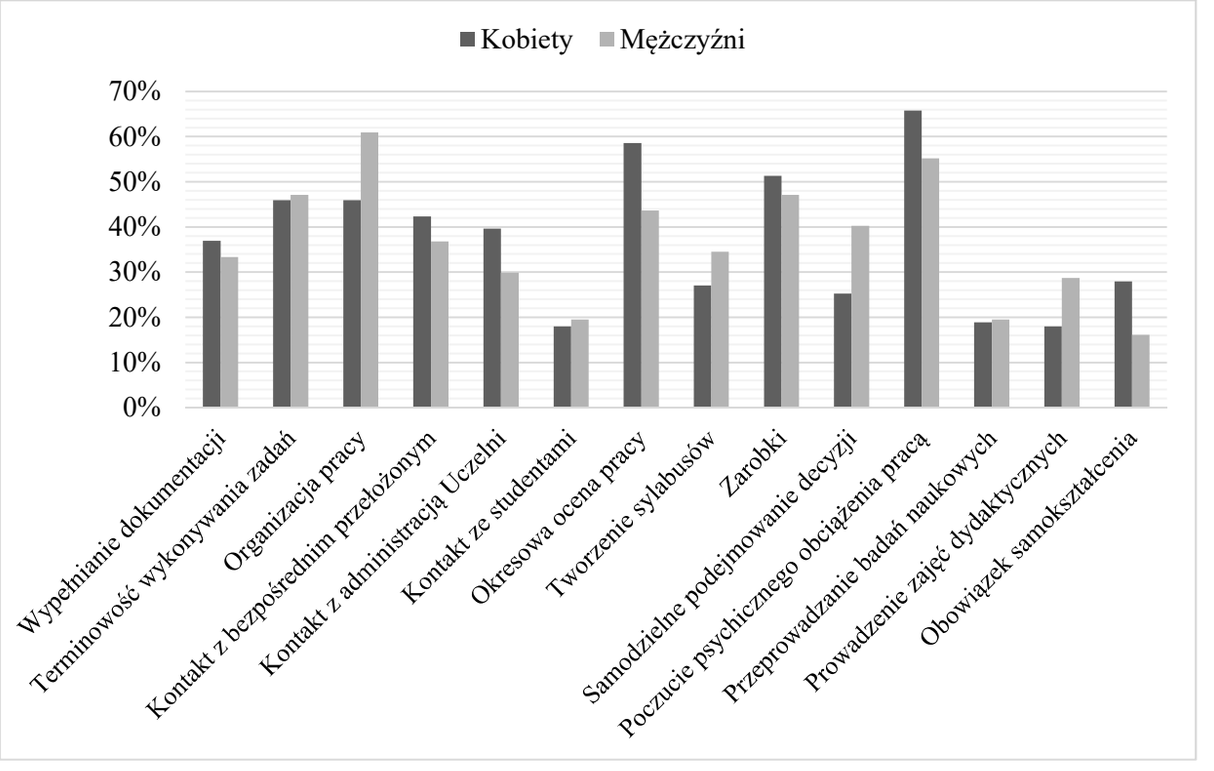
Wyniki

Czynniki stresogenne

Najczęstszym stresującym czynnikiem na stanowisku pracy nauczyciela akademickiego jest poczucie psychicznego obciążenia pracą, tak zadeklarowało 61,1% respondentów. Ponad połowa badanych – 52,5% i 52,0% – uznała za przyczynę stresu, kolejno, organizację pracy oraz tzw. okresową ocenę. Znacznie rzadziej przyczyną stresu był kontakt ze studentami (18,7%) i konieczność prowadzenia badań naukowych (19,2%) (**Tabela 1**).

Stwierdzono, że dla kobiet istotnym czynnikiem stresowym jest poczucie psychicznego obciążenia pracą – 66%, natomiast dla mężczyzn organizacja pracy (nadgodziny, przepracowanie) – 61%. Dalsza analiza uwzględniająca płeć jako czynnik różnicujący wykazała, że mężczyźni częściej niż kobiety stresują się organizacją pracy ($p = 0,036$), natomiast odwrotne zależności zaobserwowano w odniesieniu do obowiązku samokształcenia ($p = 0,0486$) oraz okresowej oceny pracy ($p = 0,0375$) (**Rycina 1**).

Analizując stresogenność czynników występujących w miejscu pracy nauczycieli akademickich, podzielono badanych ze względu na długość stażu pracy: do 5 lat, od 5 do 10 lat, od 11 do 15 lat i powyżej 15 lat. Terminowość wykonywania zadań (57%), kontakt z administracją uczelni (44%), kontakt ze studentami (44%) i prowadzenie zajęć dydaktycznych (29%) są czynnikami stresującymi bardziej grupę nauczycieli ze stażem pracy krótszym niż 5 lat aniżeli badanych z dłuższym stażem pracy. Ankietowani ze stażem od 5 do 10 lat zadekla-



Rycina 1. Czynniki wywołujące stres u nauczycieli akademickich w podziale na płeć

Tabela 1. Czynniki stresogenne w miejscu pracy

Czynniki mogące wywoływać stres	Czynnik występuje na stanowisku pracy		Czynnik nie występuje na stanowisku pracy
	nie wywołuje stresu	jest przyczyną stresu	
Wypełnianie dokumentacji	62,1%	35,4%	2,5%
Terminowość wykonywania zadań	53,5%	46,5%	0,0%
Organizacja pracy	43,9%	52,5%	3,5%
Kontakt z bezpośrednim przełożonym	59,1%	39,9%	1,0%
Kontakt z administracją uczelni	64,1%	35,4%	0,5%
Kontakt ze studentami	80,8%	18,7%	0,5%
Okresowa ocena pracy	46,5%	52,0%	1,5%
Tworzenie sylabusów	42,4%	30,3%	27,3%
Zarobki	49,5%	49,5%	1,0%
Samodzielne podejmowanie decyzji	67,2%	31,8%	1,0%
Poczucie psychicznego obciążenia pracą	29,8%	61,1%	9,1%
Przeprowadzanie badań naukowych	63,1%	19,2%	17,7%
Prowadzenie zajęć dydaktycznych	77,3%	22,7%	0,0%
Obowiązek samokształcenia	71,2%	22,7%	6,1%

Tabela 2. Czynniki wywołujące stres z wąskim podziałem na staż pracy

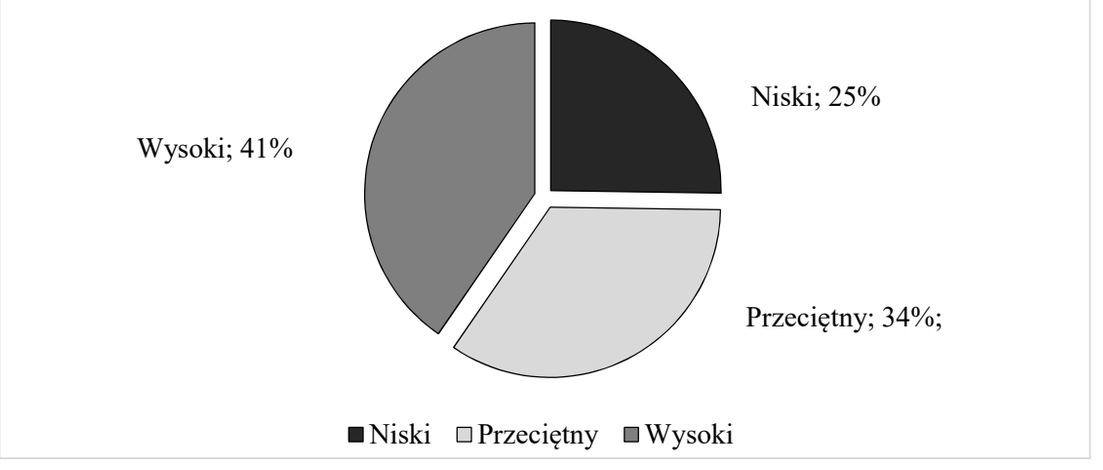
Stresory w miejscu pracy nauczycieli akademickich	N = 75 do 5 lat	N = 57 od 5 do 10 lat	N = 26 od 11 do 15 lat	N = 40 powyżej 15 lat	p
Wypełnianie dokumentacji	36%	32%	46%	33%	0,607
Terminowość wykonywania zadań	57%	42%	42%	35%	0,098
Organizacja pracy	59%	60%	35%	43%	0,064
Kontakt z bezpośrednim przełożonym	45%	39%	54%	23%	0,044
Kontakt z administracją uczelni	44%	26%	38%	30%	0,164
Kontakt ze studentami	27%	14%	19%	10%	0,114
Okresowa ocena pracy	53%	56%	54%	43%	0,588
Tworzenie sylabusów	21%	40%	46%	23%	0,020
Zarobki	53%	54%	46%	38%	0,333
Samodzielne podejmowanie decyzji	35%	30%	19%	38%	0,411
Poczucie psychicznego obciążenia pracą	60%	63%	65%	58%	0,905
Przeprowadzanie badań naukowych	21%	16%	15%	23%	0,760
Prowadzenie zajęć dydaktycznych	29%	23%	19%	13%	0,219
Obowiązek samokształcenia	27%	26%	31%	5%	0,027

rowali, częściej niż pozostali respondenci, iż stresują się organizacją pracy, okresową oceną pracy i zarobkami. Wyniki te nie są jednak znamienne. Statystycznie istotną zależność można jednak zauważyć u badanych ze stażem pracy 11–15 lat: kontakt z bezpośrednim przełożonym, tworzenie sylabusów i obowiązek samokształcenia stresują ich bardziej, niż zaobserwowano u pozostałych grup (**Tabela 2**).

Wykazano ponadto, że opracowywanie sylabusów stresuje 40% ankietowanych ze stopniem naukowym wyższym niż magister i jest to zjawisko prawie dwukrotnie częstsze niż w przypadku magistrów. Zależność jest istotna statystycznie ($p = 0,007$). Kontakt z bezpośrednim przełożonym stresuje prawie połowę (48%) respondentów z tytułem zawodowym magistra i niecałą 1/3 respondentów (32%) z wykształceniem wyższym niż magister. Podobnie kontakt z administracją uczelni, gdzie wartości te wynoszą odpowiednio 45% i 23%, oraz obowiązek samokształcenia – 32% i 11%. Wszystkie te zależności są statystycznie istotnie ($p < 0,05$) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Czynniki wywołujące stres z podziałem na stopień naukowy

Stresory w miejscu pracy nauczycieli akademickich	N = 108 magister	N = 90 wyższy niż mgr	p
Wypełnianie dokumentacji	36%	34%	0,807
Terminowość wykonywania zadań	45%	48%	0,735
Organizacja pracy	55%	50%	0,516
Kontakt z bezpośrednim przełożonym	48%	32%	0,023
Kontakt z administracją uczelni	45%	23%	0,001
Kontakt ze studentami	21%	16%	0,302
Okresowa ocena pracy	56%	48%	0,275
Tworzenie sylabusów	22%	40%	0,007
Zarobki	55%	43%	0,113
Samodzielne podejmowanie decyzji	29%	36%	0,303
Poczucie psychicznego obciążenia pracą	62%	60%	0,770
Przeprowadzanie badań naukowych	15%	24%	0,087
Prowadzenie zajęć dydaktycznych	22%	23%	0,853
Obowiązek samokształcenia	32%	11%	0,0004



Rycina 2. Poziom natężenia stresu u nauczycieli akademickich

Natężenie stresu

Posługując się testem PSS-10, stwierdzono, że mediana nasilenia stresu w całej badanej grupie wynosiła 6 w skali stenowej. Po kategoryzacji wyników stwierdzono, że wysoki poziom natężenia stresu (≤ 7 stena) występuje aż u 41% nauczycieli akademickich, 34% respondentów charakteryzował przeciętny poziom nasilenia stresu, a tylko 25% badanych – niski poziom (**Rycina 2**).

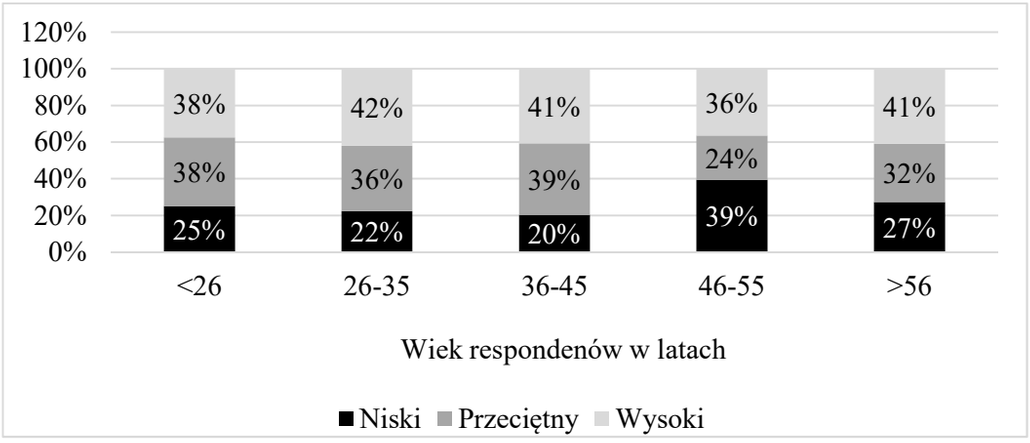
Najczęściej wysokie natężenie stresu obserwowano w grupie wiekowej 26–35 lat, natomiast najmniej zestresowani okazali się nauczyciele akademiccy w wieku 46–55 lat. Uzyskane różnice nie były jednak istotne statystycznie (p = 0,745) (**Rycina 3**).

W **tabeli 4** przedstawiono procentowy udział ankietowanych o zróżnicowanym stażu pracy i poziom ich stresu. Nauczyciele akademiccy ze stażem krótszym niż 5 lat (n = 75) częściej wykazywali wysoki poziom stresu – 48% – niż reprezentanci pozostałych grup. Z kolei nauczycieli z najdłuższym stażem pracy (> 15 lat) częściej charakteryzował niski poziom stresu (43% respondentów). Uzyskane różnice nie były jednak statystycznie znamienne (p = 0,557).

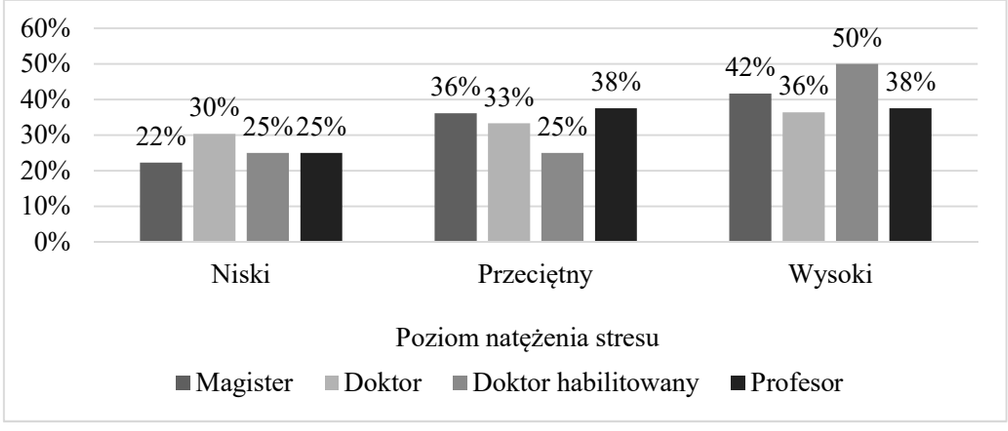
Po zawężeniu liczby grup do 2, tj. ze stażem pracy do 10 lat lub powyżej 10 lat, wykazano znamienną różnicę w natężeniu stresu. Ankietowanych z krótszym stażem częściej charakteryzował wysoki poziom stresu (p = 0,017) (**Tabela 5**).

Posiadanie stopnia lub tytułu naukowego nie wpływało znamiennie na nasilenie odczuwanego stresu (p = 0,890) (**Rycina 4**).

Nauczyciele akademiccy realizujący na uczelni średnio 160 lub więcej godzin dydaktycznych w miesiącu są po-



Rycina 3. Poziom natężenia stresu w podziale na wiek respondentów



Rycina 4. Poziom natężenia stresu w zależności od posiadanego stopnia lub tytułu naukowego

tencjalnie narażeni na wyższy poziom stresu niż nauczyciele pracujący krócej. Respondenci realizujący miesięcznie 80–120 godzin dydaktycznych charakteryzuje najmniejszy odsetek wysokiego poziomu stresu – 36% i 37%. Grupa ta również cechuje się najwyższym odsetkiem niskiego poziomu stresu. Uzyskane różnice nie były jednak znamienne statystycznie (p = 0,417) (**Tabela 6**).

Sposoby radzenia sobie ze stresem

Najskuteczniejszą metodą okazało się aktywne radzenie sobie – 81% respondentów. Planowaniem często posługuje się 77% badanych, a 61% ankietowanych poszukuje wsparcia emocjonalnego w bardzo trudnej sytuacji stresowej. Ponad połowa respondentów poszukuje również wsparcia instrumentalnego – 57%, a 51% akceptuje bieżący stan. Najmniej skuteczną metodą radzenia sobie ze stresem wśród badanej grupy jest zaprzestanie działań, które chętnie stosuje 7% badanych, zaprzeczanie – 10%, a także zażywanie substancji psychoaktywnych – 12% badanych nauczycieli akademickich (**Rycina 5**).

Kobiety nieco częściej niż mężczyźni korzystają z metody aktywnego radzenia sobie, strategii planowania oraz pozytywnego przewartościowania. Nie są to jednak zależności istotne statystycznie (kolejno: p = 0,054, p = 0,345 i p = 0,055). Podobny rezultat uzyskano w przypadku strategii zajmowania się czymś innym, wyładowania i zażywania substancji psychoaktywnych. Te rozwiązania również nieco częściej wybierają kobiety niż mężczyźni, jednak nie są to zależności statystycznie istotne (zajmowanie się czymś innym p = 0,378, wyładowanie p = 0,579, zażywanie substancji psychoaktywnych p = 0,621).

Mężczyźni z kolei częściej niż kobiety stosują do walki ze stresem metodę akceptacji (zależność nieistotna statystyczne p = 0,666). Strategia poczucia humoru u obu płci rozkłada się podobnie (p = 0,719). W trudnej sytuacji życiowej kobiety istotnie statystycznie częściej poszukują wsparcia emocjonalnego (p = 0,002) i instrumentalnego (p = 0,037). Pomiędzy kobietami i mężczyznami nie stwierdzono różnic w stosowaniu w wynikach dotyczących stra-

Tabela 4. Wpływ stażu pracy na poziom stresu

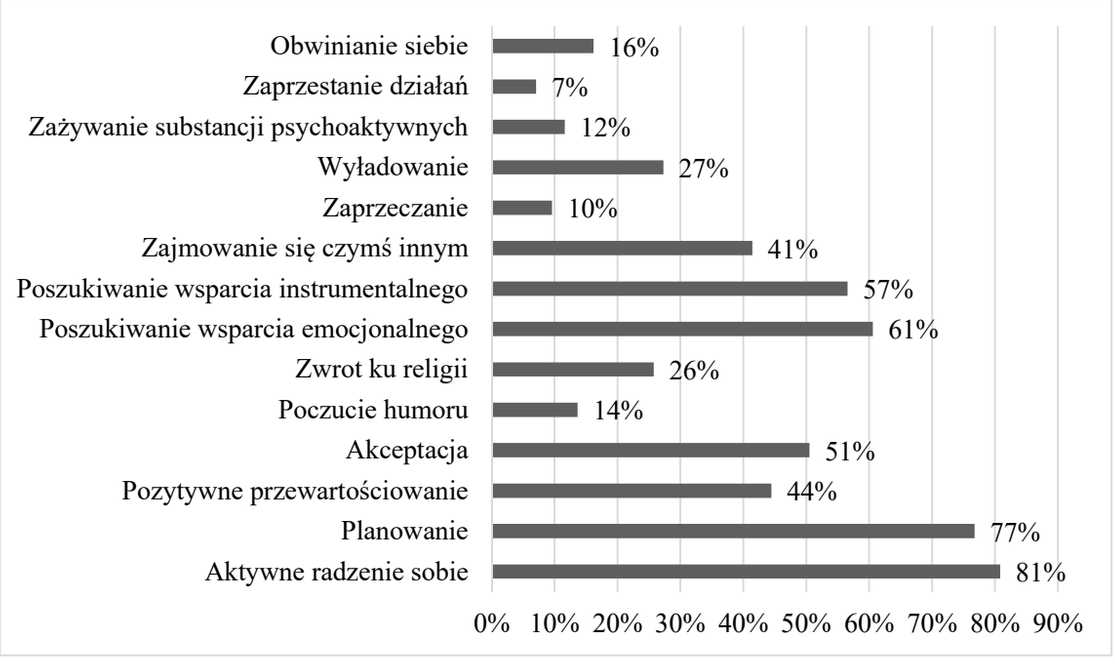
Poziom stresu	Staż pracy w latach			
	< 5	5–10	10–15	> 15
Niski	23%	16%	27%	43%
Przeciętny	29%	40%	42%	30%
Wysoki	48%	44%	31%	28%

Tabela 5. Natężenie stresu a staż pracy

Poziom stresu	Staż pracy do 10 lat		Staż pracy powyżej 10 lat	
	N	odsetek	N	odsetek
Niski	26	20%	24	36%
Przeciętny	45	34%	23	35%
Wysoki	61	46%	19	29%

Tabela 6. Poziom nasilenia stresu u nauczycieli akademickich w zależności od średniej liczby godzin dydaktycznych realizowanych w ciągu roku

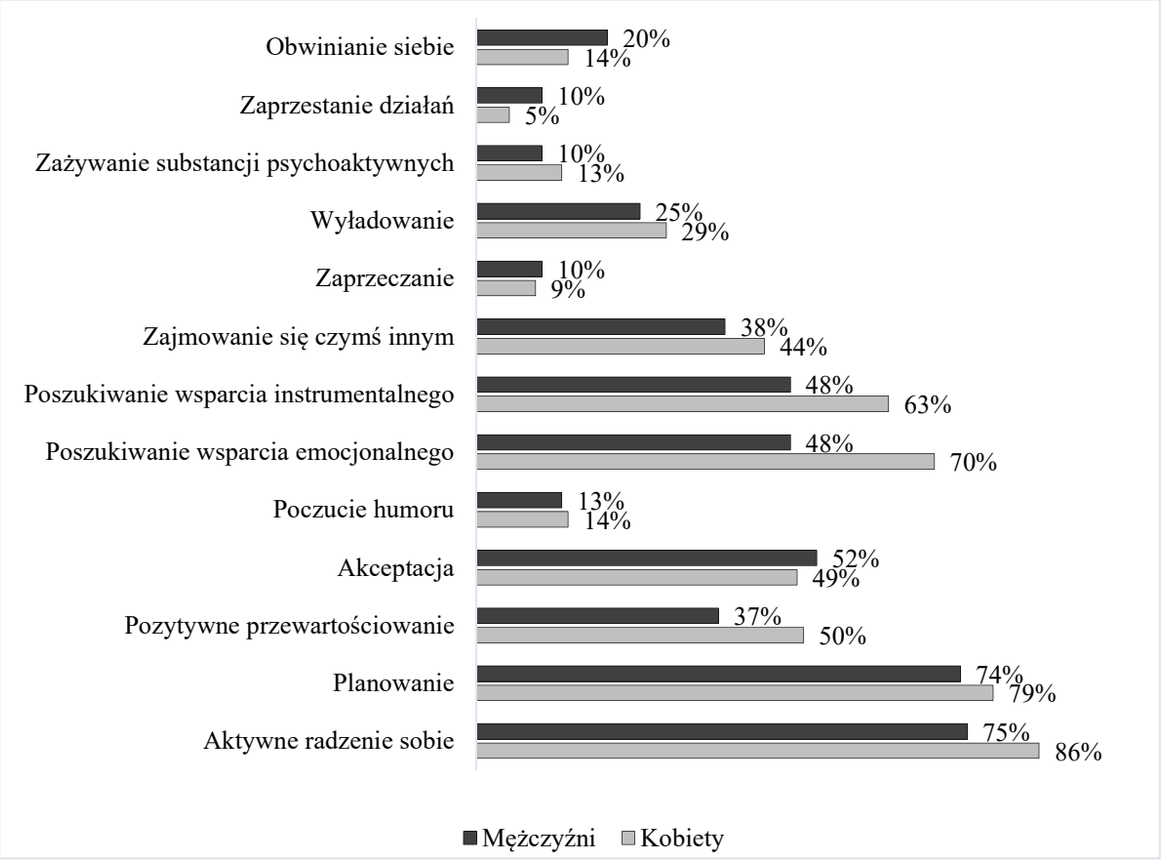
Poziom stresu	Średnia liczba godzin dydaktycznych realizowanych w ciągu roku na uczelni											
	> 160		160		120		80		40		< 40	
	N	odsetek	N	odsetek	N	odsetek	N	odsetek	N	odsetek	N	odsetek
Niski	3	25%	8	15%	5	32%	19	27%	11	17%	4	25%
Przeciętny	3	25%	8	18%	13	32%	19	37%	15	42%	10	34%
Wysoki	2	50%	16	47%	16	36%	21	37%	15	42%	10	40%



Rycina 5. Sposoby radzenia sobie ze stresem u nauczycieli akademickich

tegii zaprzeczania, zaprzestania działań i obwiniania siebie (p = 0,751, p = 0,112, p = 0,253) (**Rycina 6**).

Poddano analizie sposoby radzenia sobie ze stresem w zestawieniu ze stażem pracy nauczycieli akademickich, dzieląc ich na osoby pracujące do 5 lat i powyżej 5 lat. Wyniki przedstawiono w **tabeli 7**. Osoby z krótszym stażem pracy radzą sobie najczęściej w trudnych sytuacjach życiowych, stosując strategię aktywnego radzenia sobie (76%), planowania (68%) oraz poszukiwania wsparcia emocjonalnego (67%) i wsparcia instrumentalnego (60%). Respon-



Rycina 6. Sposoby radzenia sobie ze stresem u nauczycieli akademickich w podziale na płeć

denci z ponad 5-letnim stażem pracy również korzystają z aktywnego radzenia sobie i planowania (odpowiednio 84% i 82%), a także poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (57%) i przez akceptację (56%). Obie grupy najrzadziej korzystają z zaprzestania działań. Wykazano również pewne różnice pomiędzy badanymi grupami w stosowaniu strategii planowania i akceptacji, były to działania częściej wybierane przez respondentów z dłuższym stażem pracy (odpowiednio $p = 0,023$, $p = 0,044$). Ankietowani z krótszym stażem pracy znamiennie częściej sięgają po środki psychoaktywne ($p = 0,004$) (**Tabela 7**).

Dokonano analizy uwzględniającej wyniki skali PSS-10 oraz MINI-COPE. Dane te zostały przedstawione w **tabeli 8**. Stwierdzono, że respondenci charakteryzujący się wysokim poziomem stresu statystycznie rzadziej korzystają z metody aktywnego radzenia sobie ($p = 0,05$), pozytywnego przewartościowania ($p = 0,002$) oraz zwrotu ku religii ($p = 0,05$), natomiast częściej sięgają po strategie zażywania substancji psychoaktywnych ($p = 0,014$), zaprzestania działań ($p = 0,043$) czy obwiniania siebie ($p = 0,001$).

W dalszej analizie badanej grupy wyróżniono także trzy obszerniejsze strategie radzenia sobie ze stresem: (1) koncentrację na problemie (zawierającą aktywne radzenie sobie, planowanie oraz poszukiwanie wsparcia instrumentalnego), (2) ukierunkowanie na emocje (zawierającą poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i zaprzeczanie), (3) strategię uników (zawierającą poczucie humoru, zajmowanie się czymś innym, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych i zaprzestanie działań). Stwierdzono, że 88,9% ankietowanych nauczycieli akademickich najczęściej korzysta ze strategii koncentracji na problemie, 8,6% badanych najczęściej radzi sobie ze stresem poprzez strategie ukierunkowane na emocje, natomiast 6,1% respondentów najczęściej koncentruje się na strategii uników (**Rycina 7**).

Dyskusja

Stres zawodowy oraz związane z nim skutki, zarówno somatyczno-psychiczne, jak również ekonomiczne oraz społeczne, to jeden z bardziej aktualnych problemów dotyczących współczesnych społeczeństw, o czym świadczą liczne badania nad tą sferą życia. Przeprowadzone w II kwartale 2007 roku na populacji 31338 tys. osób modułowe badanie problemów zdrowotnych (w ramach pracy o akronimie BAEL) wykazało, że dla 5% tej populacji

Tabela 7. Sposoby radzenia sobie ze stresem a staż pracy

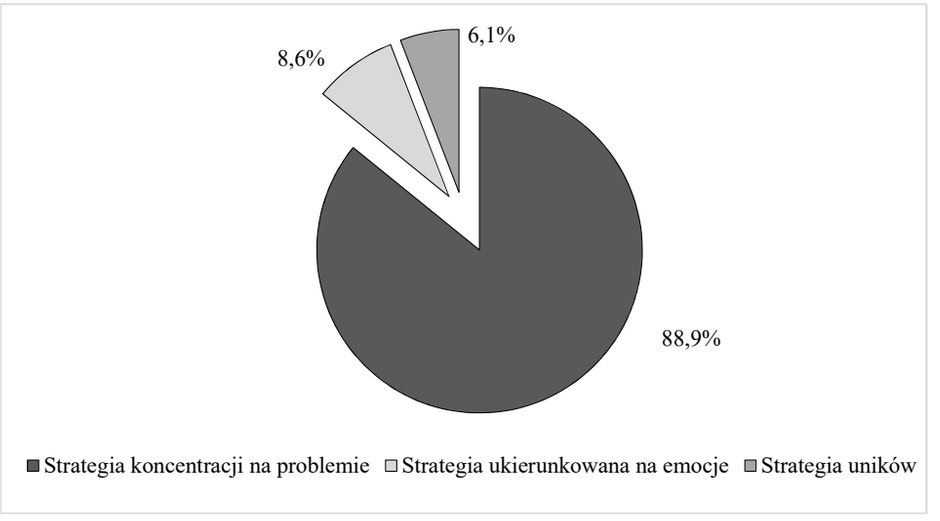
Sposoby radzenia sobie ze stresem	Staż pracy				
	do 5 lat	powyżej 5 lat	p		
	N	odsetek	N	odsetek	
Aktywne radzenie sobie	57	76%	103	84%	0,180
Planowanie	51	68%	101	82%	0,023
Pozytywne przewartościowanie	29	39%	59	48%	0,201
Akceptacja	31	41%	69	56%	0,044
Poczucie humoru	13	17%	14	11%	0,237
Zwrot ku religii	17	23%	34	28%	0,437
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	50	67%	70	57%	0,173
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	45	60%	67	54%	0,446
Zajmowanie się czymś innym	28	37%	54	44%	0,363
Zaprzeczanie	10	13%	9	7%	0,163
Wyładowanie	18	24%	37	30%	0,354
Zażywanie substancji psychoaktywnych	15	20%	8	7%	0,004
Zaprzestanie działań	7	9%	7	6%	0,332
Obwinianie siebie	12	16%	12	16%	0,962

Tabela 8. Sposoby radzenia sobie ze stresem u nauczycieli akademickich z różnym poziomem natężenia stresu

Sposoby radzenia sobie ze stresem	Poziom natężenia stresu			p
	niski	przeciętny	wysoki	
Aktywne radzenie sobie	86%	87%	73%	0,050
Planowanie	76%	79%	75%	0,809
Pozytywne przewartościowanie	48%	43%	28%	0,002
Akceptacja	46%	46%	58%	0,269
Poczucie humoru	14%	9%	18%	0,308
Zwrot ku religii	38%	25%	19%	0,050
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	72%	62%	53%	0,084
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	48%	62%	54%	0,317
Zajmowanie się czymś innym	34%	40%	48%	0,296
Zaprzeczanie	2%	12%	13%	0,107
Wyładowanie	20%	28%	31%	0,370
Zażywanie substancji psychoaktywnych	2%	10%	19%	0,014
Zaprzestanie działań	2%	4%	13%	0,043
Obwinianie siebie	0%	18%	25%	0,001

stres, depresja i niepokój zostały uznane za najpoważniejszy problem zdrowotny. W autorskiej ankiecie przeprowadzanej wśród nauczycieli akademickich stwierdzono, że wysoki poziom stresu dotyczył aż 40% badanych nauczycieli akademickich. W analizie wyników badania BAEL ponad połowa osób pracujących stwierdziła, że odczuwanie m.in. stresu zmusiło ich do przerw w trakcie pracy, a kolejne 20% z tego powodu musiało przerwać pracę zawodową na okres krótszy niż 2 tygodnie [11].

Badania Ogińskiej-Bulik [12] przeprowadzone wśród 650 pracowników ośmiu grup zawodowych zaliczanych do sektora usług społecznych (w tym nauczycieli) wykaza-



Rycina 7. Najczęściej używana strategia przez nauczycieli akademickich

ły, że zawody te charakteryzuje wysokie natężenie stresu (uzyskane wyniki odpowiadają wartości 7 stena). Obserwacje poczynione w ramach niniejszego badania wykazały zbliżone nasilenie stresu u nauczycieli akademickich, tj. wartość 6 stena (mediana). Niewielkie różnice mogą wynikać z zastosowania różnych metod badawczych: w cytowanej powyżej pracy korzystano z Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy, Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego, Kwestionariusza INTE do pomiaru inteligencji emocjonalnej. Co ważne, Ogińska-Bulik [12], poszukując przyczyn stresu zawodowego w grupie zawodów usług społecznych, stwierdziła, że do najbardziej stresujących należą psychiczne obciążenie pracą, brak nagród, niepewność organizacyjna i kontakty społeczne. Nauczyciele akademiccy również wskazali, że najbardziej stresogenne czynniki to poczucie psychicznego obciążenia pracą, organizacja pracy, a także dodatkowo okresowa ocena. W zawodach usług społecznych staż pracy w niewielkim stopniu różnicuje natężenie stresu, aczkolwiek było ono częściej obserwowane u pracowników ze stażem krótszym niż 15 lat niż u tych z dłuższym stażem pracy. Identyczną zależność odnotowano u nauczycieli akademickich, z tą różnicą, iż do porównania stażu pracy przyjęty został okres 10-letni.

Niewątpliwie ciekawym porównaniem natężenia stresu u nauczycieli akademickich są badania u nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Specyfika pracy znacząco jednak różni się pomiędzy tymi dwoma grupami, przede wszystkim ze względu na wiek edukowanych. Metody nauczania dzieci i młodzieży do 18. r.ż. oraz problemy napotykane na tych etapach kształcenia są inne niż u studentów, którzy nie są objęci obowiązkiem szkolnym. Dodatkowo nauczyciele zmagają się z ciągłym wychowywaniem młodszej populacji, czego już od nauczycieli akademickich się nie wymaga. Przeprowadzone badanie wśród angielskich nauczycieli na grupie 256 osób z wykształceniem średnim i wyższym wykazało, iż 20% badanej populacji odczuwało ekstremalne natężenie stresu, a u 38% stres występował w przeciętnym natężeniu. Dodatkowo nie wykazano statystycznie istotnych różnic w zależności od płci, wieku czy stażu pracy [13].

Żuławska [14] badała, czy staż pracy może różnicować poziom stresu. W tym celu przeprowadziła wśród 150 aktywnych zawodowo nauczycieli ankietę, dzieląc ich na trzy grupy ze względu na staż pracy: do 5 lat, od 6 do 10 lat i powyżej 11 lat wykonywania pracy w zawodzie. Respondenci najczęściej odczuwali stres z przyczyn ekonomicznych, gdyż 3/4 z nich uznało, że uposażenie jest niezadowalające. Występowały również somatyczne symptomy stresu zawodowego objawiające się ogólnym wyczerpaniem, napięciem i podwyższoną akcją serca u nauczycieli z najdłuższym stażem pracy. Również ta sama grupa nie odczuwała satysfakcji z wykonywanego zawodu, w przeciwieństwie do grupy nauczycieli z najkrótszym stażem pracy. Najbardziej narażoną grupą zawodową na przewlekły stres są nauczyciele o stażu pracy powyżej 11 lat. W autorskim badaniu staż pracy wpływał na poziom natężenia stresu u nauczycieli akademickich. Respondenci z krótszym stażem pracy (tj. do 10 lat) charakteryzowali się znacznie częściej wysokim poziomem odczuwanego stresu niż nauczyciele akademiccy pracujący dłużej.

W dostępnym piśmiennictwie brak jest jednak badań oceniających sposoby radzenia sobie ze stresem w grupie zawodowej nauczycieli akademickich. Podobne badania

zostały przeprowadzone na grupie położnych; w badaniach oceniano poprzez Wielowymiarowy Inwentarz COPE subiektywny poziom nasilenia stresu oraz strategie radzenia sobie z nim. Położne charakteryzowały się przeciętnym poziomem natężenia stresu i nie wykazano zależności pomiędzy jego nasileniem a stażem pracy. Najczęstszymi metodami radzenia sobie ze stresem były planowanie, aktywne radzenie sobie i poszukiwanie wsparcia instrumentalnego [15]. Podobne metody przeciwstresowe stosują nauczyciele akademiccy, którzy również najczęściej aktywnie sobie radzą i planują, lecz częściej niż położne poszukują wsparcia emocjonalnego. W cytowanym powyżej badaniu wykazano statystycznie istotną różnicę między wiekiem a stosowaniem strategii poczucia humoru. Młodsze położne znacznie częściej niż starsze żartują, aby poradzić sobie w trudnej sytuacji. Rozkład stosowania tej strategii w grupie badanych nauczycieli akademickich w podziale na wiek nie wykazał żadnych różnic.

Ogińska-Bulik [16] zwróciła również uwagę na strategie radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych. Autorka przeprowadziła badania na grupie osób, które przeżyły traumę podczas pracy zawodowej. Okazuje się, że ratownicy medyczni po takim zdarzeniu wykazują zwrot ku religii. Natomiast gdy zachodzą pozytywne zmiany po traumie, znacznie częściej używają strategii unikowych niż skoncentrowanych na problemie.

Wiele publikacji szczegółowo omawia sposoby radzenia sobie ze stresem – zarówno te podczas bezpośredniego wystąpienia trudnego zdarzenia, jak i dotyczące stresujących myśli pozostających po nim, a także diet i innych profilaktycznych technik antystresowych. Przygotowanie dla wybranych grup zawodowych bloku szkoleniowego z zakresu radzenia sobie ze stresem nie wymaga zatem szczególnego wykształcenia i kosztownych materiałów, a jedynie zaangażowania ze strony kierownictwa, służby bhp lub pracodawcy.

Z przeprowadzonych w Polsce badań dotyczących świadomości pracowników na temat psychospołecznych zagrożeń zawodowych wynika, iż respondenci precyzyjnie potrafią wskazać czynniki stresogenne, ich źródła i skutki zgodnie z danymi literaturowymi oraz badaniami empirycznymi. Niepokojący jest natomiast fakt niewiedzy ankietowanych na temat profilaktyki antystresowej [17]. Badania Extender DISC w 2009 roku wykazały, że najbardziej zestresowani na świecie pracownicy to właśnie Polacy. Poziom stresu ciągle wzrasta, co prowadzi do spadku produktywności, motywacji, wzrostu liczby konfliktów czy wypadków. W Polsce obserwuje się brak zarządzania czynnikami ryzyka psychospołecznego takiego jak minimalizacja stresu. Programy promocji zdrowia zwiększają ogólną wiedzę pracowników dotyczącą tego zjawiska oraz wzmacniania odporności na stres. Jednak pracownicy nie są włączani w proces zarządzania stresem, co może być spowodowane brakiem ogólnodostępnych narzędzi na polskim rynku [18]. Skuteczne przeciwdziałanie stresowi zawodowemu obejmuje czynności na poziomie systemowym. Istotną rolę odgrywa polityka krajowa, która powinna problematykę stresu zawodowego traktować jako żywotny element ochrony zdrowia pracujących. Stosowane rozwiązania prawne powinny nakładać obowiązek wobec pracodawców na przeciwdziałanie psychospołecznym czynnikom występującym w miejscu pracy [19]. Na poziomie organizacyjnym potrzebny jest solidny rozwój *know-how* w zakresie tworzenia i wdrażania programów zapobiegania stresowi; konieczna jest także powszechna wiedza na temat czynników przyczyniających się do jego powstawania oraz skutków indywidualnych, społecznych i organizacyjnych. Należy organizować szkolenia specjalistów ochrony zdrowia pracujących w zakresie monitorowania psychospołecznych zagrożeń, wdrażania technik przeciwstresowych oraz ich ewaluacji. Wszechstronność szkoleń pozwoliłaby na kompleksową organizację bezpiecznego od nadmiernego stresu miejsca pracy [20].

Wnioski

1. Praca nauczyciela akademickiego jest wysoce stresująca, a czynnikami wzmagającymi to zjawisko są psychiczne obciążenie pracą, organizacja pracy i okresowa ocena nauczycieli.
2. Nauczyciele akademiccy stosują najskuteczniejszą strategię radzenia sobie ze stresem, tj. koncentrują się na problemie, a najczęściej wykorzystywanymi metodami są aktywne radzenie sobie i planowanie.
3. Praca nad ograniczaniem zjawiska stresu organizacyjnego powinna obejmować zarówno stresory, jak i metody radzenia sobie ze stresem.
4. Ze względu na niekorzystny wpływ stresu zawodowego nauczycieli akademickich uczelnie powinny zorganizować cykl spotkań nauczycieli z psychologami; celem tych spotkań powinien być dobór odpowiedniej strategii radzenia sobie ze stresem.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa: Difin; 2010.
2. Selye H. Stress without distress. Philadelphia: Lippincott; 1974.
3. Żemigała M. Czynnik stresu w zarządzaniu firmą. Bezpieczeństwo Pracy. 2007; 3: 10–12.
4. Waszkowska M, Potocka A, Wojtaszczyk P. Miejsce pracy na miarę oczekiwań. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera; 2010.
5. Gólcz M. Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy. Warszawa: Państwowa Inspekcja Pracy; 2009.
6. Poradź sobie ze stresem. Poradnik dla poszukujących pracy. Warszawa: Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie. Centrum Informacji i Planowania Kariery Zawodowej; 2015.
7. Świderski A. Źródła stresu zawodowego jego objawy i skutki ekonomiczne dla przedsiębiorstwa. Stres w pracy. Seminarium Okręgowego Inspektoratu Pracy w Łodzi w 2016 r.
8. Ostrowska M, Michcik A. Stres w pracy – objawy, konsekwencje, przeciwdziałanie. Bezpieczeństwo Pracy. 2014; 5: 12–15.
9. Łuczak A, Żołnierczyk-Zerda D. Praca a stres. Bezpieczeństwo Pracy. 2002; 10: 2–5.
10. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2009.
11. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2008.
12. Ogińska-Bulik N. Stres zawodowy i jego konsekwencje w grupie pracowników sektora usług społecznych – rola inteligencji emocjonalnej. Prz Psycholog. 2008; 1: 69–85.
13. Kyriacou C, Sutcliffe J. Teacher stress: prevalence, sources and symptoms. Brit J Educ Psychol. 1978; 48: 159–167.
14. Żuławska S. Czy staż pracy nauczyciela różnicuje poziom stresu? Dyrektor Szkoły. 2003; 5: 27.
15. Gruszczyńska M, Skowrońska E, Bator A, Bąk-Sosnowska M. Staż pracy, poziom wypalenia zawodowego i strategie radzenia sobie ze stresem wśród położnych. Med Og Nauk Zdr. 2014; 3: 276–281.
16. Ogińska-Bulik N. Rola strategii radzenia sobie ze stresem w rozwoju po traumie u ratowników medycznych. Med Pracy. 2014; 65: 209–217.
17. Potocka A, Merecz-Kot D. Co wiemy o psychospołecznych zagrożeniach w środowisku pracy? Część II. Badanie świadomości pracowników. Med Pracy. 2010; 61: 393–411.
18. Warchał M. Stresogenność pracy i skutki społeczne stresu występującego wśród pracowników zatrudnionych w sektorze ubezpieczeń. Organizacja Zawodowa NSZZ Solidarność w PZU SA; 2015.
19. Kompier M. The psychosocial work environment and health – what do we know and where should we go? Scand J Work Environ Health. 2002; 28: 1–4.
20. Waszkowska M, Merecz M, Drabek M. Programy prewencji stresu zawodowego – strategie, techniki, ocena skuteczności. Część II. Prewencja stresu zawodowego na poziomie organizacji. Med Pracy. 2010; 61: 191–204.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Karolina Smutek
Zakład Higieny Komunalnej i Nadzoru Sanitarnego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Piekarska 18
41-902 Bytom
tel.: 32 275 59 91
e-mail: ksmutek@sum.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

WPŁYW RODZINY ORAZ MEDIÓW NA KSZTAŁTOWANIE ZACHOWAŃ ŻYWIENIOWYCH U DZIECI

CHILDREN'S NUTRITION BEHAVIOURS – FAMILY AND MEDIA INFLUENCES

Martyna Wojdyło[1], Rafał Staszewski[2]

[1] absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.66

STRESZCZENIE

Wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży stanowi poważny problem na całym świecie. Niska aktywność fizyczna oraz nieprawidłowe zachowania żywieniowe zwiększają ryzyko wystąpienia nadmiernej masy ciała. To z kolei predysponuje do rozwoju licznych chorób, w tym chorób sercowo-naczyniowych czy cukrzycy, stanowiąc – poprzez wzrost kosztów leczenia – wyzwanie dla ochrony zdrowia. Zachowania żywieniowe prezentowane w okresie dzieciństwa mają odzwierciedlenie w stanie zdrowia w życiu dorosłym. Kształtowanie zachowań żywieniowych u dzieci podlega wpływowi wielu czynników, do których można zaliczyć m.in. rodzinę, jako najbliższe otoczenie dziecka, oraz media, które w dzisiejszych czasach mają coraz większe znaczenie w życiu każdego człowieka. Poniższy artykuł przedstawia rolę rodziny oraz mediów w procesie kształtowania owych zachowań.

Słowa kluczowe: zachowania żywieniowe, nawyki żywieniowe, wybory żywieniowe, dzieci.

ABSTRACT

The increase in the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents is a serious problem around the world. Low physical activity and poor nutritional behaviours increase the risk of excessive body weight. This condition predisposes to the development of numerous diseases, including cardiovascular diseases or diabetes, as a challenge to healthcare through increased the costs of treatment. Nutritional behaviours presented during childhood are reflected in health in adulthood. The development of nutritional behaviours in children is influenced by many factors, including the family, as the closest surrounding of the child and the media, which today are more and more important in the life of every human being. The following article presents the role of the family and the media in the process of forming these behaviours.

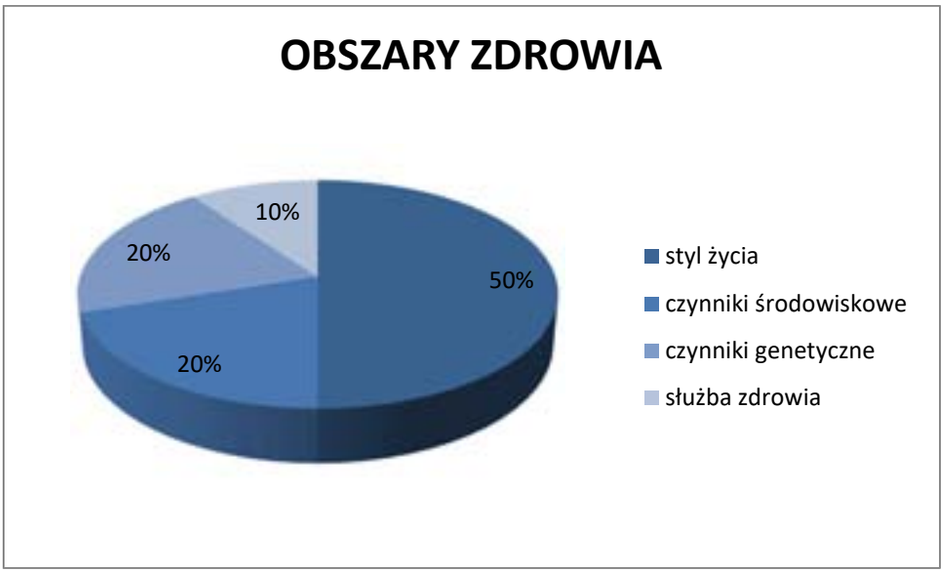
Keywords: nutritional behaviours, eating habits, dietary choices, children.

Wstęp

W ostatnich latach jednym z najbardziej niepokojących zjawisk zdrowotnych występujących na świecie jest problem nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży. Według najnowszych danych sporządzonych przez WHO nadwaga i otyłość dotyka blisko 41 mln dzieci poniżej 5. roku życia [1]. Okresami krytycznymi dla rozwoju nadmiernej masy ciała są dzieciństwo oraz dojrzewanie. Liczne badania wskazują, iż owa nadmierna masa ciała w okresie dzieciństwa zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia nadwagi lub otyłości w życiu dorosłym, a co za tym idzie – zwiększa się ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia czy cukrzycę [2, 3]. Jak wskazują najnowsze dane, zjawisko nadmiernej masy ciała u dzieci jest coraz bardziej powszechne i obejmuje coraz więcej państw. Najszybszy wzrost obserwuje się w krajach o niskim lub średnim dochodzie. Większy odsetek dzieci z nadmierną masą ciała występuje w krajach rozwijających się. Liczba dzieci borykających się z problemem nadwagi lub otyłości rośnie w tych państwach o ponad 30% szybciej aniżeli w krajach rozwiniętych. Problem nadwagi i otyłości u dzieci, mimo możności osiągnięcia przez niektóre kraje rozwinięte *plateau*, jest zjawiskiem, które wkrótce będzie stanowiło ogromne wyzwanie dla opieki zdrowotnej [4]. Niewątpliwie na tak gwałtowny wzrost występowania tego zjawiska, już u najmłodszych, ma wpływ zmiana stylu życia. Spadek aktywności fizycznej, związany z rozpowszechnieniem motoryzacji, a także łatwy dostęp do tanich, wysokokalorycznych produktów żywieniowych o niskiej wartości odżywczej należą do głównych przyczyn występowania nadwagi i otyłości u dzieci [5].

Czynniki wpływające na kształtowanie zdrowia

Zdrowie jest jedną z kluczowych wartości umożliwiającą nie tylko realizację własnych zamierzeń, ale wpływającą na dobrostan całego społeczeństwa, także w wymiarze ekonomicznym. W roku 1974 został opublikowany raport M. Lalonde'a. Autor zdefiniował zdrowie jako wynik działania czynników związanych ze środowiskiem, stylem życia, czynnikami genetycznymi oraz opieką medyczną. Wyróżnił on obszary zdrowia, czyli grupy czynników, które mają



Rycina 1. Obszary zdrowia. Źródło: Narodowy Program Zdrowia 1996–2005. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej; 1996

wpływ na stan zdrowia. Do obszarów tych należą: obszar środowiskowy, do którego zaliczamy czynniki społeczne, ekonomiczne, kulturowe oraz fizyczne, obszar stylu życia oraz zachowań, obszar biologii oraz genetyki oraz obszar systemu ochrony zdrowia [6]. Kilka lat później autorzy Narodowego Programu Zdrowia w Polsce oszacowali procentowy wpływ powyższych obszarów na stan zdrowia [7]. Podział zaprezentowano na **rycinie 1**.

Największy wpływ, bo aż 50%, na stan zdrowia człowieka ma styl życia, na który składają się takie elementy, jak m.in.: sposób odżywiania, aktywność fizyczna, stosowanie używek, zachowania seksualne czy umiejętność radzenia sobie ze stresem. W odróżnieniu od czynników środowiskowych, genetycznych czy systemu ochrony zdrowia człowiek ma bezpośredni wpływ na obszar stylu życia. Poprzez zmianę, modyfikację poszczególnych elementów składających się na styl życia może wpłynąć on na poprawę lub pogorszenie aktualnego oraz przyszłego stanu zdrowia.

Współcześnie kluczowego znaczenia nabiera także siedliskowy model podejścia do promocji zdrowia. Podejście to rozumiane jest jako system społeczny, który w każdym działaniu za priorytet uznaje działania prozdrowotne. Idea ta zaprzecza akcyjności i wskazywaniu miejsc, gdzie winna być realizowana promocja zdrowia. Promocja zdrowia bowiem winna być wpisana w codzienne działania, a możliwość jej realizacji musi wynikać ze stworzonych adekwatnych warunków i unikania paternalistycznej postawy. Siedlisko definiowane jest w promocji zdrowia jako miejsce, gdzie ludzie żyją, pracują, korzystają z usług. Zatem poszczególne ogniwa siedliska winny determinować budowanie adekwatnych zachowań zdrowotnych. Wśród tych siedlisk znajdują się niewątpliwie dom rodzinny oraz szkoła.

Zachowania a nawyk żywieniowy

Potrzeba zaspokojenia uczucia głodu należy do potrzeb fizjologicznych, które leżą u podstaw piramidy Maslowa, co czyni pożywienie nieodłącznym elementem życia każdego człowieka.

Zachowania żywieniowe to postępowania, działania, które w sposób bezpośredni mają wpływ na pozyskanie pożywienia oraz zaspokojenie potrzeb żywieniowych [8]. Dotyczą one wyboru żywności, sposobu, w jaki produkt żywieniowy jest pozyskiwany, przechowywany, przygotowywany, a także dotyczy częstości oraz sposobu spożywania tej żywności [9].

Natomiast nawyk żywieniowy jest charakterystycznym, powtarzającym się działaniem wykonywanym w celu pozyskania pożywienia oraz zaspokojenia potrzeb zarówno społecznych, jak i emocjonalnych [10]. Nawyk nabywa się poprzez wielokrotne powtarzanie tej samej czynności, podążając za wyuczonym wcześniej wzorem. Jest on wynikiem socjalizacji. Nawyki żywieniowe są kształtowane już od najmłodszych lat życia [11].

Czynniki wpływające na kształtowanie zachowań żywieniowych u dzieci

Istnieje wiele czynników mających wpływ na kształtowanie się zachowań żywieniowych u dzieci. Do czynników

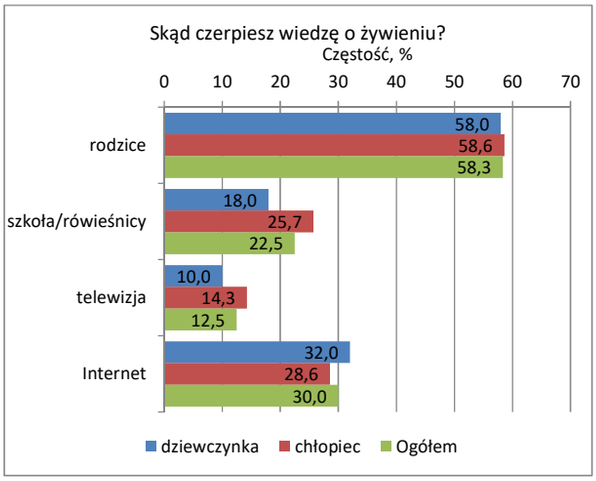
Rycina 2. Wybrane czynniki wpływające na kształtowanie nawyków żywieniowych. Źródło: opracowanie własne

tych należą m.in.: genotyp, konstytucja tkanki tłuszczowej, reaktywność układu nerwowego oraz hormonalnego, przebieg ciąży, dieta matki podczas ciąży, sposób żywienia niemowlęcia oraz dziecka w okresie wczesnego dzieciństwa, czynniki demograficzne, ekonomiczne i środowiskowe, w skład których wchodzi także dostępność żywności, jak również wpływ najbliższego otoczenia, czyli rodziny, rodzeństwa, szkoły, grupy rówieśniczej czy coraz szerzej dostępnych mediów [12] (**Rycina 2**).

Badania własne przeprowadzone w kwietniu 2017 roku wśród 120 uczniów poznańskich szkół podstawowych dowodzą, iż 58,3% uczniów czerpie wiedzę na temat żywienia od rodziców, w dalszej kolejności pojawiają się Internet oraz szkoła (**Rycina 3**).

Wpływ rodziny na kształtowanie zachowań żywieniowych

Rodzina stanowi podstawowe oraz najbardziej naturalne i pierwotne środowisko wychowania i życia człowieka. Jej zadaniem jest zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, jak również umożliwienie prawidłowego rozwoju dziecka [13]. To rodzice wraz z innymi członkami rodziny stają się wzorem do naśladowania dla młodego człowieka. Poprzez obserwację, naśladowanie i odtwarzanie zachowań rodziny dziecko nabywa pewne nawyki, w tym również nawyki żywieniowe. Badania wskazują, iż posiłki zjadane w gronie rodzinnym sprzyjają spożywaniu produktów prozdrowotnych. Rodzice poprzez swoje poglądy, preferencje żywieniowe czy zachowania oddziałują na dziecko [14]. Opiekunowie decydują o dostępności żywienia oraz sposobie jego przygotowania, jednak to dziecko w dalszym etapie zadecyduje, co i w jakiej ilości zje. Ważne, by dostarczać dziecku jasny, klarowny przekaz. Jeżeli rodzic sam prezentuje nieprawidłowe zachowania żywieniowe, nie może on oczekiwać od dziecka, iż będzie postępowało inaczej. Według badań przeprowadzonych przez Grimm i wsp. dzieci, których rodzice kupowali i spożywali napoje gazowane, chętniej sięgały po te produkty niż ich rówieśnicy, których rodzice nie kupowali regularnie takich napojów [15]. Kolejne badanie wskazuje, że dzieci jedzące obiad w gronie rodziny spożywały zdecydowanie większą ilość warzyw i owoców, w tym błonnika i mikroelementów, a mniej produktów przetworzonych, dosładzanych, smażonych oraz bogatych w tłuszcze nasycone [16]. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego pozyskanych z dokumentu „Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r." wynika, iż 73% dzieci spożywa owoc raz dziennie lub częściej, natomiast warzywa je już tylko 62%; 4% dzieci nie spożywa warzyw w ogóle lub spożywa je rzadziej niż raz w tygodniu. Wśród osób dorosłych procent ludzi spożywających warzywa i owoce był niższy niż u dzieci. Zaledwie co drugi dorosły mężczyzna spożywa owoce i warzywa codziennie, w przypadku dorosłych kobiet – prawie 2/3 [17]. Polskie dzieci prezentują wiele błędów żywieniowych, co może świadczyć o braku wiedzy lub świadomości rodziców na temat zasad prawidłowego żywienia, jak również braku znajomości konsekwencji, które niesie ze sobą utrwalenie u młodego człowieka nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Istotne wydaje się wprowadzenie edukacji żywieniowej u rodziców, by w sposób świadomy mogli oni wpływać na rozwój i zdrowie swojego dziecka [18]. Sposób żywienia dziecka powinien być dostosowany do stadium rozwojowego. Okres wzmożonego wzrostu jest czasem zwiększonego zapotrzebowania na składniki pokarmowe, jak również na witaminy czy minerały. W tym



Rycina 3. Odpowiedzi uczniów na pytanie „Skąd czerpiesz wiedzę o żywieniu?". Źródło: opracowanie własne

czasie młody organizm jest bardzo wrażliwy na niedobory [19]. Innymi błędami, które pojawiają się w rodzinie, są brak stałych pór jedzenia, pomijanie posiłków, jedzenie przed telewizorem, spożywanie przez dzieci produktów o niskiej wartości odżywczej, wysoko przetworzonych. Nieprawidłowym jest wykorzystywanie produktów spożywczych jako systemu nagradzania, gdzie często pojawiają się słodycze, słone przekąski, żywność przetworzona typu *fast food*. W ten sposób przypisuje się słodyczom szczególną wartość, klasyfikuje się je do lepszej kategorii, stają się one bardziej atrakcyjne, a tym samym – pożądane.

Kolejnym zadaniem rodziny w procesie kształtowania prawidłowych zachowań żywieniowych jest zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa. W sytuacji, w której dziecko nie czuje się bezpiecznie, gdy stale jest krytykowane, ośmieszane lub krzywdzone psychicznie lub fizycznie, dąży ono do ukradkowego zaspokojenia swoich niezaspokojonych potrzeb. Dziecko może starać się zapomnieć o swoich niezaspokojonych potrzebach, stosując wiele metod, np.: wyparcie, stłumienie czy racjonalizacje, jednak bardzo często te niezaspokojone potrzeby objawiają się występowaniem u młodego człowieka zachowań agresywnych, odczuciem nienawiści, przejawianiem przemocy lub zamknięciem się w sobie. Niezaspokojone potrzeby mogą powodować utrwalanie u dziecka nieprawidłowych zachowań czy nawyków żywieniowych. Dziecko może zacząć szukać w pożywieniu bezpieczeństwa, namiastki miłości, sposobu na pocieszenie, wynagrodzenie wszystkich krzywd, które je spotkały; jedzenie staje się wówczas formą ucieczki przez problemami. W takim przypadku można spodziewać się u dziecka wystąpienia zaburzeń odżywiania, takich jak: bulimia, anoreksja, jedzenie kompulsywne czy zespół nocnego jedzenia. Konsekwencjami powyższych zachowań może być wystąpienie u dziecka niedożywienia jakościowego lub ilościowego, nadwagi albo otyłości [20].

Wpływ mediów na kształtowanie zachowań żywieniowych

W dzisiejszych czasach wzrasta populacja dzieci, dla których Internet, smartfon, laptop, tablet czy telewizor stanowią element życia codziennego, co sprawia, iż wszechobecne media zaczęły mieć znaczący wpływ na kształtowanie zachowań żywieniowych już u najmłodszych widzów. Aktualna oferta mediów adresowana do dzieci jest bardzo bogata, obejmuje kanały i programy telewizyjne, gry komputerowe, playstation, strony internetowe oraz aplikacje na telefon, który jest w posiadaniu już niemal każdego ucznia [21]. Szacuje się, że dzieci poświęcają od 3 do 5 godzin dziennie na korzystanie z urządzeń ekranowych [22]. Już najmłodsze dzieci przeznaczają więcej czasu na oglądanie telewizji lub korzystanie z komputerów niż na zabawy na świeżym powietrzu. Istotną kwestią jest fakt, iż współczesne media odgrywają jedną z ważniejszych ról w rozwoju chorób cywilizacyjnych, a zwłaszcza nadmiernej masy ciała oraz otyłości u dzieci. Amerykańskie badania wskazują na istnienie związku między występowaniem otyłości u dzieci a wielogodzinnym spędzaniem czasu przed ekranem telewizora. Z każdą dodatkową godziną dziennie spędzoną przed telewizorem wzrasta ryzyko rozwoju otyłości o 2% [23].

Zjawisko lokowania produktów

Lokowanie produktu (ang. *product placement*) zgodnie z definicją zamieszczoną w dyrektywie UE i Rady to „wszelkie formy handlowego przekazu audiowizualnego

polegające na przedstawieniu lub nawiązaniu do produktu, usługi lub ich znaku towarowego w taki sposób, że stanowią one element samej audycji w zamian za opłatę lub podobne wynagrodzenie" [24]. Lokowanie produktu jest narzędziem wykorzystywanym przez licznych producentów, również producentów produktów żywnościowych, które z roku na rok nabiera coraz większego znaczenia. W ostatnich latach w Polsce lokowanie produktu stanowi źródło zasilające budżety radiofonii oraz telewizji. *Product placement* umożliwił producentom programów oraz audycji telewizyjnych obniżenie kosztów produkcji od kilku do kilkunastu procent budżetu [25]. Jest to narzędzie wykorzystywane przez przedsiębiorców do osiągania większych celów marketingowych, gdyż lokowanie umożliwia ekspozycję danego produktu, przyciągnięcie uwagi widza, zwiększenie zainteresowania daną marką, oddziałuje na podświadomość, dodatkowo wykorzystuje się np. dobry wizerunek aktora, co zwiększa wiarygodność oraz wzbudza zaufanie konsumenta [26, 27]. Poniżej przedstawiono przykłady lokowania produktów żywieniowych w programach adresowanych do dzieci (**Ryciny 4–6**).

Pomimo powszechnej wiedzy na temat szkodliwości spożywania przez dzieci bogatych w cukry proste napojów typu Coca-Cola czy słodyczy typu M&M's produkty te w dalszym ciągu są reklamowane i często wybierane przez młodych konsumentów. Producenci w bardzo sprytny sposób lokują produkty spożywcze, używając różnych chwytów w taki sposób, by ocieplić wizerunek marki. Do tego celu wykorzystują obraz rodziny, wspólnego stołu i wspólnego spożywania posiłków. Producenci żywności kierowanej dla dzieci wykorzystują również wizerunki znanych, lubianych i szanowanych przez najmłodszych osób medialnych, takich jak ulubieni sportowcy, aktorzy, jak również postacie z bajek, które budzą sympatię i w ten sposób kształtują pożądaną przez producentów postawę konsumencką. Taki sposób lokowania produktów żywnościowych sugeruje, iż prezentowany napój czy przekąska należą do zdrowych, lubianych oraz pożądanych przez wielu ludzi. Badania przeprowadzone w 2011 roku pokazały, iż wśród badanych dzieci zdecydowana większość deklarowała wybór produktu oznaczonego logo marki globalnej, np. Coca-Cola, aniżeli produktów lokalnej marki, np. Hoop Cola, czy produktów bez wyraźnie zaznaczonej marki (marki zostały zasłonięte) [28]. Inne badania pokazują, że istnieje zależność między ilością czasu poświęconego na oglądanie telewizji a rodzajem spożywanych przez dzieci produktów spożywczych, a także nabywaniem przez rodziców reklamowanych produktów. Dzieci zdecydowanie chętniej sięgają po produkty, które właśnie widziały w telewizji [29].

W Polsce zasady lokowania produktu regulowane są poprzez „Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z dnia 30 czerwca 2011 r. w sprawie szczegółowych warunków lokowania produktów" oraz „Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/13/UE z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych" (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych).

Samoregulacja nadawców telewizyjnych

W 2014 roku przedstawiciele największych nadawców telewizyjnych, takich jak Telewizja Polska SA, Telewizja Polsat sp. z o.o., TVN SA, i inni podpisali „Porozumienie nadawców telewizyjnych w sprawie zasad rozpowszechniania reklam i wskazań sponsorskich dotyczących artykułów spożywczych lub napojów zawierających składniki, których obecność w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazana". Porozumienie zobowiązało nadawców do zaniechania – przed, w trakcie oraz po emisji audycji kierowanych do dzieci – emitowania reklam bądź wskazań sponsorskich dotyczących artykułów spożywczych lub napojów zawierających składniki, których obecność w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazana. Trzonem owej samoregulacji nadawców są opracowane przez Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców (PFPŻ) kryteria żywnościowe reklamy żywności skierowanej do dzieci do lat 12. Kryteria te oparte zostały na zestawie „składników odżywczych wymagających ograniczenia", takich jak kwasy tłuszczowe nasycone, cukry proste i sód, oraz „składników, których obecność trzeba promować". Ustalają one również podział produktów żywnościowych na kategorie, uwzględniając zawartość poszczególnych składników odżywczych oraz energii. Wyodrębniono także kategorie produktów żywnościowych, dla których nie przewidziano żadnych kryteriów pozwalających na reklamę do dzieci poniżej 12 roku życia [30].

Wpływ producentów reklam na wybory żywieniowe u dzieci

Producenci bardzo uważnie patrzą zarówno na kalendarz i zegarek, starając się jak najlepiej dopasować czas emisji danej reklamy do naturalnego trybu życia rodziny. Najwięcej reklam kierowanych do dzieci pojawia się w godzinach porannych, kiedy dziecko ma możliwość oglądania telewizji podczas śniadania, szykowania się do szkoły, oraz w godzinach wieczornych, po zakończeniu wszystkich zajęć, a przed spaniem. Równie istotną kwestią obok pory dnia jest wybór dnia tygodnia. Zdecydowanie droższe,

Rycina 4. Lokowanie produktu – przykład 1. Źródło: serial „Rodzinka.pl", sezon 2, odcinek 45, 00:08:56

Rycina 5. Lokowanie produktu – przykład 2. Źródło: film „Kevin sam w Nowym Jorku", 00:41:03

Rycina 6. Lokowanie produktu – przykład 3. Źródło: film „The Smurfs", 00:48:36

bo zrzeszające większą liczbę widzów, jest wyemitowanie spotu reklamowego w weekend. W Polsce aż 71,4% reklamowanej żywności w telewizji na kanałach dla dzieci, a także podczas trwania programów kierowanych do najmłodszych stanowią reklamy żywności o wysokiej zawartości tłuszczów nasyconych oraz węglowodanów, 14,3% to reklamy słodkich napojów, a jedynie pozostałe 14,3% prezentowanych produktów można uznać za produkty zdrowe [31]. Producenci reklam poprzez jednoczesne wykorzystanie dźwięku i obrazu tworzą kolorowe, wesołe, radosne reklamy z łatwą do zapamiętania muzyką, co czyni przekaz prostszym do zrozumienia dla dziecka oraz pomaga w przyciągnięciu uwagi już najmłodszego widza. Umiejętność krytycznego analizowania reklam rozwija się u dzieci pomiędzy 8. a 10. rokiem życia [32]. Jednak wyniki badań pokazują, iż dzieci z reguły nie korzystają z tej możliwości. Inne badania potwierdzają istnienie związku między podatnością dzieci na oglądane reklamy a wykształceniem opiekunów [33]. Opiekunowie o wyższym wykształceniu dodają komentarz do przedstawianych w reklamie treści oraz tłumaczą dziecku mechanizm działania reklamy. Powyższe zachowanie ma szanse zwiększyć odporność młodych widzów na reklamowane produkty.

Podsumowanie

Kształtowanie prawidłowych zachowań żywieniowych powinno odbywać się już od najmłodszych lat, gdyż dzieci z łatwością przyswajają nowo zdobytą wiedzę. Poprzez powielanie pewnych zachowań dzieci mają szansę nauczyć się poprawnych nawyków, w tym również nawyków żywieniowych. Największe znaczenie w procesie kształtowania zachowań żywieniowych przypisuje się rodzinie. Istotne, by rodzice posiadali należytą wiedzę na temat prawidłowych zasad żywienia oraz sami prezento-

wali prozdrowotne zachowania. Dlatego też dostarczanie takiej wiedzy jest ważnym elementem profilaktyki nadwagi i otyłości.

Drugim elementem silnie oddziałującym na kształtowanie zachowań żywieniowych dzieci są szeroko rozpowszechnione w dzisiejszych czasach media. Niemożliwym jest odizolowanie dziecka od informacji medialnych, jednak poprzez wspólne oglądanie z dzieckiem np. reklamy rodzic ma szansę wytłumaczyć dziecku mechanizm działania reklam oraz zminimalizować ryzyko powstawania nieprawidłowych zachowań. Prezentowanie prawidłowych nawyków żywieniowych już w okresie dzieciństwa zmniejsza ryzyko rozwoju nadwagi i otyłości oraz wystąpienia licznych chorób w okresie dorosłości. To także ważne zadanie dla mediów, zwłaszcza publicznych, które powinny unikać prezentacji negatywnych zachowań żywieniowych, zwłaszcza w popularnych filmach i serialach oglądanych przez dzieci i młodzież.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report on the ad hoc working group on science and evidence on ending childhood obesity. Geneva: World Health Organisation (WHO); 2016.
2. Litwin SE. Childhood obesity and adulthood cardiovascular disease: quantifying the lifetime cumulative burden of cardiovascular risk factors. J Am Coll Cardiol. 2014; 64: 1588–1590.
3. Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R et al. Identifying risk for obesity in early childhood. Pediatrics. 2006; 118: 594–601.
4. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. Lancet. 2015; 385(9986): 2510–2520.
5. de Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr. 2010; 92: 1257–1264.
6. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde'a. Prz Epidemiol. 2003; 57: 505–512.
7. Narodowy Program Zdrowia 1996–2005. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej; 1996.
8. Gertig H, Gawęcki J. Żywienie człowieka. Słownik terminologiczny. Warszawa: PWN; 2007.
9. Narojek L. Niektóre aspekty uwarunkowań zachowań żywieniowych. Warszawa: IŻŻ; 1993. 9–10.
10. Gift HH. Nutrition Behaviour and Change. London: Prentice Hall;1972. (Za:) Jeżewska-Zychowicz M. Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2004. 7–15.
11. Jeżewska-Zychowicz M. Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2004. 7–15, 77–120.
12. Franek E. Postępy patofizjologii otyłości i jej głównych klinicznych skojarzeń. Med Metab. 2001; 5(1): 41–54.
13. Adamski F. Socjologia małżeństwa i rodziny: wprowadzenie. Warszawa: PWN; 2005. 45–65.
14. Szanecka E, Małecka-Tendera E. Zmiana nawyków żywieniowych a problem otyłości u dzieci. Endokrynol Otyłość. 2006; 2(3): 102–107.
15. Grimm D, Harnack L, Story M. Factors associated with soft drink consumption in school-aged children. J Am Diet Assoc. 2004; 104: 1244–1249.
16. Gillman M, Rifas-Shiman S, Frazier L, Rockett HR, Camargo CA Jr, Field AE, Berkey CS, Colditz GA. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. Arch Fam Med. 2000; 9: 235–240.
17. Piekarzewska M, Zajenkowska-Kozłowska A. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. Warszawa; 2015.
18. Jarosz M, Wolnicka K, Kłosowska J. Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Post Nauk Med. 2011; 9: 770–777.
19. Zalewska M, Maciorkowska E. Rola edukacji żywieniowej w populacji dzieci i młodzieży. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(3): 375–378.
20. Strelau J. Temperament, osobowość, działanie. Warszawa: PWN; 1985. 268–271.
21. Krauze-Sikorska H, Klichowski M. Świat Digital Natives. Młodzież w poszukiwaniu siebie i innych. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2013. 7–12.
22. Roberts DF, Foehr UG, Rideont VJ et al. Kids, Media and the New Millenium. A Kaiser Family Foundation Report. Menlo Park, CA; 1999.
23. Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income school children. Pediatrics. 2002; 109: 1028–1035.
24. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/13/UE z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych).
25. Kumor K. Społeczna recepcja produkt placement. (W:) Kubiak K (red.). Społeczna recepcja Public Relations. Warszawa: Wyższa Szkoła Promocji; 2011. 8–11.
26. Williams K, Petrosky A, Hernandez E, Page R. Product placement effectiveness: revisited and renewed. J Management Marketing Res. 2011; 7(2): 5–9.
27. Gołata K. Możliwości wykorzystania product placement do budowania wizerunku miast i regionów. (W:) Adamus-Matuszyńska A, Mackowska R (red.). Public relations. Doskonalenie procesu komunikowania. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego; 2012. 125.
28. Troć M, Zegan M, Sińska B, Michota-Katulska E. Marka jako czynnik determinujący wybory żywieniowe dzieci. Hand Wew. 2012; 5: 43–53.
29. Robinson TN, Killen JD. Ethnic and gender differences in the relationships between television viewing and obesity, physical activity, and dietary fat intake. J Health Educ. 1995; 26: 91–98.
30. (Dostępne w Internecie:) http://www.pfpz.pl/index/?id=66ef61e290a84099441f2a95ebfce8d5 (data dostępu: 22.01.2018).

31. Mazur A, Telega G, Kotowicz M et al. Impact of food advertising on food purchases by students in primary and secondary schools in south-eastern Poland. Public Health Nutr. 2008; 11: 978–981.
32. Jodkowska M. Aktywność fizyczna i zajęcia sedenteryjne w czasie wolnym. (W:) Oblacińska A, Jodkowska M (red.). Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej; 2007. 48.
33. Hindin TJ, Contento IR, Gussow JD. A media literacy nutrition education curriculum for head start parents about the effects of television advertising on their children's food requests. Am Diet Assoc. 2004; 104: 192–198.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Martyna Wojdyło
ul. Mirosławiecka 22
60-182 Poznań
tel. kom.: 509 044 336
e-mail: martyna.wojdylo@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

WYPALENIE ZAWODOWE JAKO KONSEKWENCJA STRESU W PRACY PIELĘGNIAREK ODDZIAŁÓW ZABIEGOWYCH

OCCUPATIONAL BURNOUT AS A CONSEQUENCE OF STRESS IN THE WORK OF NURSES FROM SURGICAL WARDS

Renata Banasiewicz[1], Elżbieta Antos[2], Magdalena Śniegocka[2]

[1] Instytut Pielęgniarstwa, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
[2] Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.67

STRESZCZENIE

Zespół wypalenia zawodowego jest zjawiskiem, którego istotą jest niewspółmierność zaangażowania włożonego w wykonywanie obowiązków zawodowych do uzyskiwanych korzyści. Zjawisko wypalenia zawodowego szczególnie często dotyczy osób pracujących w zawodach zorientowanych na ludzi, nastawionych na pomaganie innym. Wypalenie zawodowe dotyka przedstawicieli zawodów, które polegają na świadczeniu usług społecznych, wymagających bezpośredniej pracy z ludźmi, intensywnych kontaktów interpersonalnych, zaś umiejętności społeczne są tu podstawowym narzędziem pracy. Wypalenie zawodowe szczególnie często dotyczy grupy zawodowej pielęgniarek, ponieważ ich praca wiąże się m.in. ze stresem, okazywaniem współczucia, zaangażowaniem w stosunku do chorego z równoczesną koniecznością zachowania niezbędnego emocjonalnego dystansu. Stresogenny charakter pracy pielęgniarek oddziałów zabiegowych może być jednym z czynników przyczyniających się do rozwoju zespołu wypalenia zawodowego.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, stres, praca pielęgniarek, profilaktyka stresu.

ABSTRACT

Occupational burnout is a phenomenon at the core of which there is a disproportion between involvement in the performance of professional duties and the benefits derived from this. The phenomenon of occupational burnout frequently concerns people whose job is people-oriented and involves helping others. Occupational burnout is related to professions consisting in the provision of social services, requiring face-to-face work with people and intense interpersonal relationships, where social skills are the basic work tools. Occupational burnout is particularly frequent in the case of nurses as their job involves such elements as stress, showing compassion, and involvement in the affairs of the patient, at the same time requiring them to maintain emotional distance. Stressful character of the daily work of nurses from surgical wards can be the reason for the development of occupational burnout.

Keywords: professional burnout, stress, the work of nurses, stress prevention.

Wstęp

Wypalenie zawodowe jest problemem, którego istotę stanowi niewspółmierność zaangażowania włożonego w wykonywanie obowiązków zawodowych do uzyskiwanych korzyści. Zjawisko wypalenia zawodowego szczególnie często dotyczy osób pracujących w zawodach zorientowanych na ludzi, nastawionych na pomaganie innym. Jak opisują Walkiewicz i wsp., wypalenie zawodowe dotyka przedstawicieli zawodów, które polegają na świadczeniu usług społecznych, wymagających bezpośredniej pracy z ludźmi, intensywnych kontaktów interpersonalnych, a umiejętności społeczne są tu podstawowym narzędziem pracy [1].

Wypalenie zawodowe szczególnie często dotyczy grupy zawodowej pielęgniarek, ponieważ ich praca wiąże się m.in. ze stresem, okazywaniem współczucia, zaangażowaniem w stosunku do chorego z równoczesną koniecznością zachowania niezbędnego emocjonalnego dystansu. Objawami wypalenia są poczucie braku efektywności w pracy, negatywne odczucia związane z wykonywanymi czynnościami zawodowymi, drażliwość, cynizm, izolowanie się i podejrzliwość, w rezultacie prowadzące do wyczerpania fizycznego i psychicznego.

Przegląd piśmiennictwa

Termin ,,stres" pochodzi z języka angielskiego (*stress*) i został zaczerpnięty z fizyki, w której to dziedzinie określa napięcie, nacisk. Stres może być rozpatrywany w kilku ujęciach, m.in. w ujęciu biologicznym, medycznym czy psychologicznym. Pierwotnie termin ten był stosowany na określenie testowania metali lub szkła pod kątem ich odporności na obciążenia [2]. Prekursorem badań w psychologii medycyny był kanadyjski fizjolog Hans Selye, który w latach 50. XX wieku stwierdził, że w wyniku silnych

bodźców fizycznych lub psychicznych działających na organizm ze strony środowiska powstaje niespecyficzna reakcja alarmowa. Według niego stres mógł wywołać zdarzenia negatywne – które określił jako dystres, jak również pozytywne – eustres. Podstawą koncepcji biologicznych były adaptacyjne zdolności zwierząt w zmieniających się warunkach środowiska zewnętrznego [3].

W ramach biologicznych koncepcji stresu mieści się również teoria Hansa Selyego, która mechanizm choroby uznaje za zaburzenie adaptacji ustroju, tzw. ogólny zespół adaptacyjny (ang. *general adaptation syndrome* – GAS). Zespół ten wywoływany jest poprzez oddziaływanie na organizm stresorów, czyli czynników szkodliwych, ma charakter przystosowawczy. Selye wyróżnił trzy stadia ogólnego zespołu adaptacyjnego: stadium reakcji alarmowej (mobilizacja sił obronnych organizmu, gdzie wyróżnia się fazę szoku – początkowy, bezpośredni wpływ czynnika na organizm, oraz fazę przeciwdziałania szokowi – reakcje obronne połączone ze zmianami fizjologicznymi), stadium odporności (względnej adaptacji) oraz stadium wyczerpania (organizm nie zwalcza już stresora, co prowadzi do utraty sił obronnych) [4].

Z punktu widzenia psychologicznego do najważniejszych definicji stresu zalicza się teorię opracowaną w latach 80. przez Richarda Lazarusa i Susan Folkman. Według nich stres to „szczególny rodzaj reakcji pomiędzy jednostką i otoczeniem, który jest przez jednostkę oceniany jako nadwyrężający lub przekraczający jej możliwości i zagrażający jej dobru" [4].

Inne koncepcje stresu psychologicznego prezentują Stevan Hobfoll, Jan Strelau i Aaron Antonovsky. Według S. Hobfolla stres to reakcja jednostki wobec otoczenia, w którym istnieją trzy negatywne możliwości: zagrożenie utratą zasobów, utrata zasobów albo brak wzrostu zasobów, następujący po ich zainwestowaniu [5]. Z kolei J. Strelau definiuje stres jako stan, „na który składają się silne, negatywne emocje oraz towarzyszące im zmiany fizjologiczne i biochemiczne przekraczające normalny poziom pobudzenia" [6]. A. Antonovsky jest autorem salutogenetycznej koncepcji stresu, która zakłada, że brak homeostazy i uporządkowania jest normalnym stanem ludzkiego organizmu. Wszechobecność stresu wyzwala aktywność jednostki, która zostaje zmuszona do radzenia sobie z nim. Zależy to od zasobów odpornościowych człowieka, co badacz nazwał poczuciem koherencji, uznając, że obejmuje ono: zrozumiałość (jednostka rozumie docierające do niej informacje), sterowalność (jednostka posiada zasoby pozwalające jej poradzić sobie z sytuacją, jeśli nie samodzielnie, to przy pomocy innych), sensowność (jednostka dostrzega te dziedziny życia, w które warto zaangażować się emocjonalnie) [7].

Ważnym pojęciem łączącym się ze stresem jest tzw. stresor. Termin ten wprowadził H. Selye. Chciał on w ten sposób wykazać różnice pomiędzy przyczyną (stresor) a skutkiem (stres). Stresor oznacza zatem to, co przed człowiekiem stawia wymagania, wszelkie bodźce obciążające organizm jednostki. W sytuacji kiedy stresor ma charakter bardzo silny albo też jego działanie przedłuża się, dochodzi do wyczerpania organizmu [8]. Stresory mogą być różnego rodzaju, m.in. organizacyjne (pozaosobiste) – specyfika zawodu, miejsce wykonywania pracy, oraz osobiste – czynniki demograficzne i osobowościowe [9, 10].

Pojęcie stresu w pracy używane jest zamiennie z określeniami „stres organizacyjny" oraz „stres roli zawodowej". Większość koncepcji, które dotyczą stresu w pracy, opiera się na interakcji pomiędzy wymaganiami, jakie stawia środowisko pracy, a indywidualnymi zasobami pracowników [11]. W interakcji tej mogą brać udział różne stresory, które w kontekście pracy zawodowej klasyfikowane są na wiele różnych sposobów. Do najbardziej znanych podziałów należy m.in. klasyfikacja zaprezentowana przez Zennarta Levy'ego i Marianne Frankenhauser. Czynniki stresowe podzielili oni na elementy obejmujące:

1) czynniki stresowe tkwiące w samej pracy (ilościowe i jakościowe obciążenie lub przeciążenie pracą, presja czasu połączona z bezwzględną terminowością, praca zmianowa, warunki pracy),
2) interakcje z przełożonymi, podwładnymi oraz kolegami (brak wsparcia, niezdolność jednostki do podporządkowania się, prowadzenie przez organizację wadliwej polityki społecznej),
3) strukturę organizacyjną i klimat emocjonalny w miejscu pracy (brak współodpowiedzialności za podejmowane działania, poczucie osamotnienia, zła komunikacja interpersonalna),
4) miejsce jednostki w organizacji (dwuznaczność i konfliktogenność roli, zbyt duża zależność od kierownictwa wyższego szczebla, nieadekwatna do roli odpowiedzialność za ludzi i rzeczy),
5) źródła ekstraorganizacyjne (kryzysy życiowe, problemy rodzinne, trudności finansowe, konflikty w pracy i w domu, konflikty wynikające z małej wiarygodności firmy i prowadzonej przez nią polityki, brak wsparcia instytucjonalnego),
6) karierę zawodową (aktualny status zawodowy nieadekwatny do kwalifikacji i aspiracji, brak perspektyw rozwoju) [12].

Ważnym stresorem jest także odpowiedzialność związana z rolą, jaką w miejscu pracy pełni jednostka – do silnego stresu często prowadzą sytuacje, gdy odpowiada ona za współpracowników lub podwładnych, których pracę nadzoruje oraz składa z niej sprawozdania. Istotnym źródłem stresu w miejscu pracy są również relacje interpersonalne charakteryzujące się brakiem zaufania współpracowników do siebie, niechęcią czy też obojętnością. Silne stresory łączą się też z kwestią rozwoju zawodowego. Można wśród nich wyróżnić dwie grupy:

- niepewność pracy, lęk przed redukcją etatów, dezaktualizacją wykonywanych przez siebie zadań lub też przed wcześniejszym przejściem na emeryturę,
- niezgodność statusu, np. awans za wolny lub za szybki, frustracja spowodowana osiągnięciem pułapu w karierze zawodowej [11].

Opracowania polskich badaczy jednoznacznie wskazują, że wypalenie zawodowe jest ściśle powiązane z odczuwaniem wysokiego natężenia stresu, a obciążenie psychiczne niekorzystnie wpływa na pracę pielęgniarek [13].

Wypalenie zawodowe jako konsekwencja stresu w pracy zawodowej pielęgniarek

Pierwsze wzmianki o wypaleniu zawodowym pojawiły się w literaturze psychologicznej i dotyczyły wyczerpania emocjonalnego personelu pielęgniarskiego i pracowników medycznych. Po raz pierwszy celowo pojęcia wypalenia zawodowego użył amerykański psychoanalityk Herbert Freudenberger w 1974 roku i za jego pomocą opisał stan wyczerpania jednostki będący konsekwencją nadmiernych zadań stawianych jej przez środowisko pracy. Zdaniem tego specjalisty wypalenie zawodowe poprzedzone było wysokim pobudzeniem lub przeciążeniem. Zdefiniowane zostało jako drastyczny spadek energii człowieka, występujący na skutek przytłoczenia go problemami zawodowymi; stan ten, będący skutkiem permanentnego stresu, w efekcie wpływa negatywnie na motywację, przekonania, a także zachowania [14].

Pionierski artykuł Freudenbergera wprowadził do literatury przedmiotu pojęcie wypalenia zawodowego (ang. *job burnout syndrom*), które następnie zyskało popularność również w innych krajach. W literaturze niemieckiej upowszechnił je Elliot Aronson, który postrzegał je jako stan psychiczny „często występujący u ludzi, którzy pracują z innymi i którzy w swych relacjach z klientami lub pacjentami, przełożonymi lub kolegami są stroną dającą [...]. Wypalenie zawodowe najczęściej nie jest konsekwencją sporadycznych traumatycznych zdarzeń, lecz następującym powoli wyniszczeniem psychicznym" [15].

Christina Maslach uznaje wypalenie zawodowe za „syndrom, na który składa się wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i obniżenie oceny własnych dokonań zawodowych. Syndrom może występować u osób, które pracują z innymi, balansując na granicy swojej wydolności. Wyczerpanie emocjonalne dotyczy poczucia przeciążenia emocjonalnego i znacznego uszczuplenia posiadanych zasobów energetycznych na skutek kontaktu z innymi. Depersonalizacja wiąże się natomiast z negatywnym, nierzadko wręcz bezdusznym, a w najlepszym razie na zbyt obojętnym reagowaniu na innych ludzi będących odbiorcami pomocy danej osoby [...]. Obniżona ocena dokonań własnych odnosi się do radykalnego spadku poczucia swoich kompetencji i utraty przeświadczenia o możliwości odnoszenia sukcesów pracy z ludźmi. Wiąże się to również z negatywną samooceną" [16].

Problematyka związana z wypaleniem zawodowym dotarła do Polski pod koniec lat 80. Helena Sęk w swojej pracy podkreśla, że wypalenie zawodowe jest zespołem trzech odmiennych zjawisk psychologicznych. Autorka zwraca uwagę na to, że w literaturze przedmiotu istnieje pełna zgodność, iż proces ten rozpoczyna się od psychofizycznego, emocjonalnego wyczerpania (ang. *emotional exhaustion*). Do określenia drugiego objawu, depersonalizacji (ang. *depersonalization*), czyli interakcji bezosobowej, stosuje się również określenia „dystansowanie się", „wycofanie się z kontaktu", „stosowanie tzw. zdystansowanej – zobiektyzowanej troski" (ang. *detached concern*), w procesie obrony przed obciążeniem emocjonalnym. Trzecim składnikiem zespołu wypalenia jest obniżone poczucie dokonań osobistych (ang. *reduced personal accomplishment*). H. Sęk proponuje, by objaw ten nazwać ogólnie obniżeniem osobistego zadowolenia zawodowego, czyli obniżonym poziomem satysfakcji ze swoich osiągnięć zawodowych [17].

Warto podkreślić, że początkowo rzadko uznawano istnienie zespołu wypalenia zawodowego i rzadko otwarcie nad nim dyskutowano. W niektórych zawodach był to temat tabu, ponieważ jego podjęcie byłoby równoznaczne z uznaniem, iż profesjonaliści czasem postępują mniej profesjonalnie [16].

Z charakterystyki osób zagrożonych wypaleniem wynika, iż syndrom ten w szczególności dotyczy osób, którym zależy na tym, by czuć się potrzebnymi. Na początku zagrożeni wypaleniem bardzo efektywnie i wydajnie wypełniają swoje obowiązki, co natychmiast zostaje dostrzeżone oraz wykorzystywane przez otoczenie. Osoby takie dostają wciąż nowe zadania, często też są chwalone za ich wykonanie. Jeżeli w pewnym momencie kończą się pochwały i uznanie albo też psychiczny i fizyczny wysiłek

przez dłuższy czas przekracza granicę indywidualnego obciążenia, w efekcie dochodzi do zachwiania równowagi pomiędzy ogromnym nakładem pracy a życiową satysfakcją, powstaje ryzyko wypalenia zawodowego. Łączy się to z wyczerpaniem emocjonalnym, depersonalizacją i obniżeniem oceny własnych dokonań zawodowych. Szczególną przyczyną wypalenia zawodowego stają się dla takich osób kontakty z drugim człowiekiem, odbiorcą pomocy. Osoby wypalone depersonalizują tych, którym mają pomagać, reagują negatywnie, bezdusznie i obojętnie. Negatywnie oceniają również dokonania własne, co łączy się z wyraźnym poczuciem spadku kompetencji zawodowych, a także z utratą przeświadczenia o możliwości odnoszenia sukcesów w pracy z ludźmi, co prowadzi do negatywnej samooceny [18].

Wypalenie zawodowe w pielęgniarstwie

W roku 1997 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) regionu europejskiego określiła model zawodowej sylwetki pielęgniarki XXI wieku. Według założeń WHO współczesną pielęgniarkę powinny cechować: „profesjonalizm zawodowy, dążenie do kształcenia ustawicznego, elastyczność wobec zmian otoczenia, wyrażanie własnej opinii, formułowanie wniosków, komunikowanie się z otoczeniem oraz umiejętność pracy w zespole interdyscyplinarnym" [19].

Pielęgniarstwo to profesja szczególna, ogromnie złożona i zróżnicowana. Z punktu widzenia zawodowego to profesjonalna opieka nad zdrowiem, zapobieganie chorobom oraz umacnianie zdrowia i jego przywracanie. Praca pielęgniarki polega na towarzyszeniu człowiekowi na każdym etapie jego życia. Obowiązki te wiążą się z koniecznością przełamywania własnych słabości i niechęci.

Szeroki zakres obowiązków wymaga od pielęgniarek dużej wiedzy medycznej oraz specyficznych predyspozycji psychicznych oraz fizycznych. Stresowi w pracy pielęgniarki sprzyjają czynniki, które jednocześnie charakteryzują specyfikę tego zawodu:

- obciążenie fizyczne – konieczność przyjmowania pozycji stojącej, pochylonej, podnoszenia oraz przemieszczania chorych,
- obciążenie psychiczne – odpowiedzialność za wykonywanie zabiegu medycznego, duży przepływ informacji, konieczność szybkiego podejmowania decyzji,
- praca w ruchu ciągłym – wymagana dyspozycyjność, konieczność pracy w dni świąteczne, praca zmianowa,
- wymagane wysokie wykształcenie, konieczność ustawicznego doskonalenia zawodowego [20].

Stresujący charakter pracy pielęgniarki sprawił, że od początku badań nad zjawiskiem wypalenia zawodowego grupa ta znajdowała się w centrum zainteresowania badaczy. Maria Beisert uważa, iż obserwacja zjawisk łączących się z wykonywaniem zawodów medycznych stanowi źródło współczesnych badań nad wypaleniem [21]. Już pierwsze badania nad wypaleniem zawodowym pielęgniarek dostarczyły dowodów, że jego przyczyną jest intensywny kontakt personelu medycznego z innymi ludźmi, specyficzne problemy i wymagania, z jakimi na co dzień stykają się przedstawiciele tych profesji. Badania zaakcentowały takie cechy zawodu pielęgniarki sprzyjające wypaleniu zawodowemu, jak codzienny kontakt z chorobą, ograniczone możliwości sprawowania kontroli nad otoczeniem, niepewność roli, wymóg stałej czujności, zhierarchizowany układ zależności zawodowej, a także ciągła konieczność kontaktu z innymi członkami zespołu [21].

Z badań przeprowadzonych nad zjawiskiem wypalenia zawodowego w przypadku pielęgniarek wynika, że ważną zmienną jest poczucie kontroli. Poczucie sprawstwa w sposób naturalny wpływa zarówno na zdrowie psychiczne i fizyczne jednostki, jak i na podejmowaną przez nią aktywność zaradczą. Fakt, że nie można skutecznie poradzić sobie i kontrolować otoczenia, prowadzi do przewlekłego stresu, który odpowiada za powstanie zespołu wypalenia. Dla pielęgniarek podstawowym elementem oraz wyznacznikiem poczucia kontroli jest możliwość otrzymywania od pacjentów informacji zwrotnych, jak również możliwość podejmowania decyzji o czynnościach spełnianych przy chorym. Gdy tak rozumiana kontrola spada, wzrasta depersonalizacja. Niewielki udział w procesie decyzyjnym prowadzi z kolei do wzrostu liczby konfliktów wiążących się z rolą i przyczynia się do ambiwalencji związanej z jej wykonywaniem. Niejasno zdefiniowana rola zawodowa nie pozwala na określenie granic kontroli i powoduje wyczerpanie emocjonalne oraz wzrost poczucia braku osiągnięć. Wyczerpanie psychiczne potęguje konflikt roli, prowadząc do przyjmowania wobec pacjenta cynicznej postawy, stanowiącej istotny objaw depersonalizacji [21].

Pielęgniarki pracujące na oddziałach onkologicznych i internistycznych oraz pediatrycznych i psychiatrycznych uważane są za najbardziej narażone na wypalenie zawodowe [21]. W swoich badaniach Uchmanowicz i wsp. zwracają uwagę na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek oddziałów onkologicznych. Podkreślają istotny wpływ stresu zawodowego w etiologii wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego, zwłaszcza u pielęgniarek z dłuższym stażem pracy [22]. Podobnie Nowak-Starz i wsp. podkreślają, że pielęgniarki oddziałów

zabiegowych i zachowawczych na skutek odczuwanego stresu i obciążeń psychicznych w pracy zawodowej gorzej wykonują swoją pracę [13].

Badania prowadzone nad wypaleniem zawodowym pielęgniarek pozwoliły na wyróżnienie następujących kategorii uciążliwych cech zawodu prowadzących do wystąpienia tego zjawiska:

- wymagania wiążące się ze specyfiką zawodu – zmianowość pracy, praca w nocy, praca fizyczna,
- obciążenia psychiczne – odpowiedzialność, świadomość ryzyka popełnienia błędu,
- brak warunków do pielęgnowania i leczenia chorych – brak leków, sprzętu jednorazowego użytku, aparatury, braki kadrowe,
- niskie zarobki – niewspółmierność poziomu zarobków w stosunku do wymagań zawodu,
- niski status zawodowy – brak prestiżu zawodu, uznania społecznego,
- zła współpraca z zespołem terapeutycznym – interakcje z innymi członkami zespołu terapeutycznego,
- zła współpraca z pacjentem i jego rodziną [21].

Przejawy wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach zabiegowych

Zajmując się wypaleniem zawodowym pielęgniarek, należy zwrócić uwagę na specyfikę i charakter ich stanowisk pracy. Według najprostszej klasyfikacji pielęgniarki można podzielić na:

- pielęgniarki zatrudnione na stanowiskach zabiegowych – chirurgia, neurochirurgia, ortopedia, urologia, okulistyka, ginekologia,
- pielęgniarki zatrudnione na stanowiskach niezabiegowych – oddział internistyczny, pediatryczny, neurologiczny, psychiatryczny,
- pielęgniarki zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej [23].

Każde z tych stanowisk ma inną specyfikę wykonywanych działań oraz wiąże się z innym wyzwaniami (np. konieczność mniejszego lub większego wkładu wysiłku fizycznego w wykonywanie pielęgniarskich obowiązków). W tym miejscu można zaryzykować stwierdzenie, że pielęgniarki pracujące na stanowiskach zabiegowych są w dużym stopniu narażone na niebezpieczeństwo wypalenia zawodowego. Dzieje się tak ze względu na występujące na tym stanowisku duże obciążenia zarówno fizyczne, jak i emocjonalne [23]. W literaturze przedmiotu wymienia się również taki czynnik obciążenia fizycznego przyczyniający się do powstania zmęczenia, jak zbyt duża liczba powtórzeń wykonywanych czynności (monotypowość ruchów). Pielęgniarki pracujące na oddziałach zabiegowych w sposób szczególny narażone są zatem na przeciążenia narządów ruchu (konieczność pracy w pozycji stojącej, pozycja wymuszona, pochylona) [24].

Badania prowadzone przez Nowak-Starz i wsp. wykazały, że pielęgniarki pracujące na oddziałach zabiegowych odczuwały większy poziom stresu niż pielęgniarki pracujące na oddziałach zachowawczych. Jednocześnie specyfika pracy na oddziale zabiegowym miała istotny wpływ na odczuwanie stresu związanego z pracą zawodową [13].

Praca pielęgniarek na oddziałach zabiegowych wiąże się nie tylko z większym obciążeniem fizycznym, ale również psychicznym. Praca na oddziale zabiegowym wymusza konieczność przyjmowania dużej ilości złożonych informacji oraz podejmowania szybkich decyzji, pracy pod presją czasu czy działania w sytuacjach trudnych do zaplanowania, co wiąże się z brakiem poczucia kontroli. Kontakty zarówno z pacjentami, jak i z ich rodzinami często przebiegają w stresującym klimacie dużego wzburzenia, co może przyczyniać się do narastania napięcia emocjonalnego [25].

Objawy wypalenia zawodowego pielęgniarek

Wypalenie zawodowe to proces trwający i rozwijający się często latami. W literaturze przedmiotu najczęściej spotyka się czterofazowy model Ch. Maslach. Autorka ta wyróżnia następujące etapy wypalenia zawodowego:

- etap I – wyczerpanie emocjonalne (poprzedzone okresem entuzjazmu i zaangażowania w pracę),
- etap II – faza depersonalizacji, „utraty troski o człowieka",
- etap III – faza niskiego poczucia dokonań osobistych,
- etap IV – pełnoobjawowy zespół wypalenia [14, 18].

Wyczerpanie emocjonalne jest skutkiem silnego i głębokiego przeżywania problemów innych osób lub problemów w pracy. Do jego symptomów należy stopniowa utrata energii, uczucie zmęczenia i zniechęcenia, wzrastające napięcie, irytacja czy nawet złość. Pielęgniarka będąca w tej fazie zaczyna zamieniać opiekę i troskę na nadzór i kontrolę, w postępowaniu z pacjentem kładzie większy nacisk na nakazy, zakazy i dyscyplinę. Zaczyna ona etykietować innych, co jest procesem podświadomym, którego celem jest obrona własna, zdystansowanie się od nadmiernych, przytłaczających problemów pacjenta [14].

Wyczerpanie emocjonalne jest dostrzegane przez samego zainteresowanego oraz przez jego najbliższe otoczenie. Pielęgniarka wyczerpana emocjonalnie unika bezpośredniego kontaktu z pacjentem, ogranicza swoje

zaangażowanie w pracę. Efektem takiej postawy jest niska samoocena osoby wypalonej, postrzeganie swojej pracy jako pasma porażek, w odczuciach pojawiają się frustracja i zniechęcenie, a nawet objawy depresji. Wypalona osoba czuje niechęć do pogłębiania wiedzy, wskutek czego zanika w niej poczucie kompetencji. Pogłębiona frustracja prowadzi do poczucia beznadziejności swoich wysiłków, irytacji i formalizmu. Na tym etapie może dojść do ucieczki w alkoholizm oraz inne uzależnienia, często pojawia się lęk czy poczucie krzywdy i winy [14].

Końcowym etapem jest pojawienie się pełnoobjawowego zespołu wypalenia, któremu może towarzyszyć załamanie nerwowe, o którym mogą świadczyć takie objawy, jak pozbawione kontroli, irracjonalne zachowania, nasilone poczucie lęku, podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych, głęboka depresja (czasem połączona z okresami euforii), nieracjonalne postępowanie (np. porzucenie pracy, zerwanie związku), wykazywanie objawów schizofrenii. W przypadku załamania nerwowego konieczna jest profesjonalna pomoc psychoterapeuty lub psychiatry [26].

Objawy wypalenia zawodowego można podzielić na cztery grupy: symptomy fizyczne, symptomy emocjonalne i behawioralne, symptomy rodzinne i społeczne oraz symptomy związane z pracą.

Do najważniejszych symptomów fizycznych należą stale utrzymujące się poczucie zmęczenia, bezsenność oraz zakłócenia snu, zaniedbywanie fizycznej aktywności, zaburzenia apetytu i utrata wagi, obniżenie potrzeb seksualnych, nadużywanie leków i alkoholu, palenie tytoniu, a także zapadanie na częste choroby bez rozpoznanych przyczyn. Wśród symptomów emocjonalnych i behawioralnych należy wyliczyć utrzymujące się poczucie znużenia, trudności z relaksowaniem się i zapomnieniem o problemach w pracy, obniżony nastrój, nawracające lęki, stałą obecność negatywnych postaw i myśli, występujące poczucie osamotnienia, alienacji i izolacji, poczucie braku sensu swojego życia, pustki i braku celów życiowych, pesymizm, przejawianie niekontrolowanych zachowań agresywnych. Do najważniejszych symptomów rodzinnych oraz społecznych należą obniżenie zainteresowania członkami rodziny, częste wpadanie w irytację lub złość, niechęć do wykonywania domowych obowiązków, tendencja do spędzania większej ilości czasu poza domem, odczuwanie oporu przed wspólnym wypoczynkiem z rodziną lub niechęć do spotkań z przyjaciółmi, ucieczka w oglądanie telewizji jako sposób oderwania się od problemów, obniżenie poczucia wsparcia społecznego, zobojętnienie na osiągnięcia i niepowodzenia członków rodziny oraz przyjaciół. Objawy wypalenia zawodowego związane z pracą to utrata zapału i brak zaangażowania, poczucie braku czasu, niekompetencji, niechęć i opór przed kolejnym wyjściem do pracy, utrzymujący się żal, złość, potrzeba skracania czasu pracy, pielęgnowanie urazów do współpracowników, przełożonych czy kolegów, trudność i niechęć w wyrażaniu opinii i ocen, schematyczne i podmiotowe traktowanie swych podopiecznych, niechęć wobec nowości i usprawnień w pracy, osłabienie identyfikacji ze swoją grupą zawodową, poczucie stałego braku czasu, trudności w kończeniu rozpoczętych działań, unikanie trudnych tematów i niecierpliwość przejawiana podczas rozmowy z pacjentami [26].

Wymienione powyżej przejawy wypalenia zawodowego można sprowadzić do trzech kluczowych wymiarów: wyczerpanie i poczucie wyobcowania w pracy, brak efektywności działań i poczucie spadku osiągnięć zawodowych [27].

Wymiar wyczerpania stanowi pochodną stresu doświadczanego przez jednostkę i wiąże się z narastającym poczuciem rozległego spadku zasobów fizycznych oraz emocjonalnych. Wyczerpaniu mogą towarzyszyć objawy psychosomatyczne. Na płaszczyźnie zawodowej osoby wyczerpane czują niezdolność do dalszej efektywnej pracy, nie potrafią zaangażować się w rolę zawodową, na płaszczyźnie psychologicznej czują rozluźnienie więzi emocjonalnych z innymi, co często zyskuje formę utraty przywiązania oraz poczucia bliskości [26].

Z wymiarem wyczerpania łączy się cynizm, określany również jako depersonalizacja. Pokazuje on międzyludzki kontekst wypalenia zawodowego, a jego objawami są negatywne nastawienie do innych, przejawianie w pracy zachowań określanych jako gruboskórne, a także wykazywanie tendencji alienacyjnych i izolacyjnych. Złe nastawienie do pacjentów oraz współpracowników, chłód i obojętność, a także nadmierny dystans często wiążą się z utratą idealizmu przez osobę wypaloną. Jej relacje z innymi tracą charakter podmiotowy, stając się bezosobowymi. Cynizm i depersonalizacja wynikają z utraty zasobów emocjonalnych i fizycznych, prowadząc do postawy obojętności, która, jak ujmuje to Wilczek-Rużyczka, może „przyjąć formę usztywnionej, apersonalnej postawy wobec innych i prowadzić do dehumanizacji" [26].

Obniżenie osiągnięć i nieefektywność działań zawodowych wiąże się z poczuciem braku kompetencji i osiągnięć. Nieskuteczność własnych działań może prowadzić do depresji oraz trudności z radzeniem sobie z wymaganiami zawodowymi. Pracownik nabiera przekonań, że nie udało mu się niczego osiągnąć, co powoduje tendencje do wzrostu samokrytyki oraz poczucia braku samoakcepta-

cji. Zawodowa apatia może wiązać się z poczuciem braku sensu własnych działań oraz przyjmowaniem postawy rezygnacji. Jednostka dostrzega u siebie rosnące poczucie zawodowej nieadekwatności, co umacnia w przekonaniu o własnej bezwartościowości i nieprzydatności [28].

Skutki wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach zabiegowych

Fizyczne skutki wyczerpania mają szczególne znaczenie w przypadku pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych. Wśród fizycznych skutków wypalenia zawodowego należy wskazać częste bóle głowy i mięśni, zaburzenia snu i bezsenność, problemy gastryczne i kardiologiczne. Stres zawodowy stanowi jeden z czynników ryzyka występowania chorób układu krążenia, a także choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy [28]. Ogólne złe samopoczucie wynikające z wypalenia zawodowego najczęściej wiąże się z utratą apetytu, spadkiem wagi.

Fizyczne skutki stresu łączą się z jego biologicznym oddziaływaniem na organizm. W pierwszej kolejności pobudza on korę mózgową, a także ośrodki emocjonalne w mózgu, zmieniając aktywność wielu neuronalnych układów ośrodkowych. Kolejny etap to aktywacja osi podwzgórzowo-przysadkowo-korowo-nadnerczowej oraz osi podwzgórzowo-współczulno-rdzeniowo-nadnerczowej. Skutkiem pobudzenia hormonalnego jest zwiększone wydalanie tzw. hormonów stresu, czyli glikokortykosteroidów, adrenaliny, noradrenaliny, endorfin oraz enkefalin, które oddziałują na narządy efektorowe w obrębie układu krążenia, oddechowego, mięśniowego oraz innych [29].

Skutkiem ostrego stresu jest pobudzenie układów neuronalnych, które są odpowiedzialne za koncentrację uwagi, zwiększają pobudliwość i agresję, prowadzą do wzrostu pojemności minutowej serca oraz do zwiększonej wentylacji płuc. Następuje redystrybucja krwi z jamy brzusznej i miednicy do ośrodkowego układu nerwowego oraz mięśni. Kolejnym fizycznym skutkiem stresu jest hamowanie podwzgórzowych ośrodków pokarmowych i seksualnych, zmniejszenie ukrwienia jamy brzusznej oraz miednicy, hamowanie łaknienia, perystaltyki przewodu pokarmowego oraz wchłaniania. Układ immunologiczny wykazuje immunosupresję. W przypadku stresu przewlekłego skutki są zawsze negatywne, ponieważ wszystkie reakcje potrzebne do zmobilizowania organizmu ulegają znacznemu wydłużeniu, co stanowi zjawisko bardzo niekorzystne. Wypalenie zawodowe może prowadzić do bezsenności, zaburzeń wegetatywnych (np. drżenie rąk, wzmożona potliwość) albo też wywoływać objawy ze strony konkretnych układów, np. przewodu pokarmowego (nieregularne wypróżnienia, zaparcia, bóle brzucha) czy też układu odpornościowego (spadek odporności organizmu i zwiększona podatność na różne choroby) [29].

Wypalenie zawodowe ma bardzo negatywne skutki psychiczne. Przedłużające się zmęczenie i napięcie prowadzi do większej sztywności myślenia, automatyzmu zachowania, a także tendencji do stereotypowego postrzegania rzeczywistości, co na oddziałach zabiegowych możne okazać się szczególnie niebezpieczne, ponieważ charakter prowadzonych na nich działań wymaga błyskawicznego podjęcia decyzji, elastyczności myślenia i szybkiego wdrażania kreatywnych rozwiązań. Niebezpiecznym skutkiem wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek są formy uzależnień od środków psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, leki, narkotyki). Badania prowadzone przez Ch. Maslach potwierdzają również występowanie związków pomiędzy wypaleniem a neurotyzmem, którego skutkiem może być pojawienie się u osoby wypalonej niepokoju, lękliwości, depresyjności, labilności emocjonalnej, poczucia porażki i osaczenia, koncentracji na sobie z jednoczesnym obniżeniem samooceny, poczuciem winy oraz brakiem samoakceptacji [27]. Skutkiem wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych może być zatem niewłaściwe wykonywanie obowiązków, zła organizacja pracy, a także negatywny wpływ na cały zespół.

Podsumowanie

Negatywne skutki wypalenia zawodowego są znane i opisywane od wielu lat w literaturze medycznej. U dotkniętych nim pielęgniarek można zaobserwować objawy psychologiczne i fizyczne, niekorzystnie wpływające na wykonywaną przez pielęgniarki pracę zawodową. Wypalenie zawodowe destrukcyjnie wpływa także na relacje interpersonalne w małżeństwie, związku partnerskim i rodzinie.

Rola zawodowa pielęgniarek na przestrzeni lat ulegała przeobrażeniom. Jak każdy zawód wymagający posiadania wysokich umiejętności psychospołecznych jest predysponowany do wystąpienia wypalenia zawodowego. Umiejętności psychospołeczne posiadane przez pielęgniarki mogą być gwarantem wysokiej jakości świadczonych usług, a jednocześnie ich posiadanie i doskonalenie może być buforem i chroni pielęgniarki przed syndromem wypalenia zawodowego [30].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Walkiewicz M, Sowińska K, Tartas M. Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego. Prz Lek. 2014; 71, 5: 263–269.
2. Litzke SM, Schuh H. Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007. 11–12, 167–196.
3. Terelak JF. Człowiek i stres. Bydgoszcz – Warszawa: Branta; 2008. 23–24.
4. Łosiak W. Psychologia stresu. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2012. 26–27.
5. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006. 7.
6. Strelau J. Temperament jako regulator zachowania. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006. 156.
7. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005. 11.
8. Wojtczak D. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. Praca Socjalna. 2007; 4: 33–49.
9. Mojs E, Głowacka MD. Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. Now Lek. 2005; 74(2): 238–243.
10. Anczewska M, Świtaj P, Roszczyńska J. Wypalenie zawodowe. Post Psychiatr Neurol. 2005; 14(2): 67–77.
11. Ogińska-Bulik N. Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Warszawa: Difin; 2006. 9–35.
12. Terelak JF. Psychologia organizacji i zarządzania. Warszawa: Difin; 2005. 386.
13. Nowak-Starz G, Kozak B, Zdziebło K. Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Studia Med. 2013; 29(1): 15–21.
14. Sapilak BJ. Wypalenie zawodowe personelu medycznego. (W:) Steciwko A, Mastalerz-Migas A (red.). Stres oraz wypalenie zawodowe. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012. 47–54.
15. Aronson E, Pines AM, Kafry D. Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007. 167.
16. Maslach Ch. Wypalenie się, utrata troski o człowieka. (W:) Zimbardo P (red.). Psychologia i życie. Warszawa: PWN; 2012. 623.
17. Sęk H. Wstęp. (W:) Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe. Warszawa: PWN; 2012. 7.
18. Maslach Ch. Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. (W:) Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe. Warszawa: PWN; 2012. 13.
19. WHO Regionom Office for Jourop (2004d) out ODCE (2004b), http://www.emo.who.int (data dostępu: 04.01.2015).
20. Sienkiewicz Z, Paszek T. Zawodowe zagrożenia zdrowia pielęgniarek we wspólnocie europejskiej. (W:) Wrońska I, Krajewska-Kułak E (red.). Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. 168.
21. Beisert M. Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia się pielęgniarek. (W:) Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe. Warszawa: PWN; 2012. 182–204.
22. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Bronowicka G. Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych – badania wstępne. Probl Piel. 2013; 21, 4: 476–483.
23. Basińska B, Wilczek-Rużyczka E. Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenia w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. Prz Psycholog. 2013; 54, 1: 112.
24. Pytel-Kopczyńska M. Kształtowanie stanowiska pracy, kadry pielęgniarskiej w podmiotach leczniczych. (W:) Pietrzak B, Karkowski T (red.). Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013. 82–87.
25. Karkowski T. Zarządzanie relacjami pielęgniarska – pacjent w usługach medycznych. (W:) Pietrzak B, Karkowski T (red.). Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013. 203–207.
26. Wilczek-Rużyczka E. Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Warszawa: Wolters Kluwer; 2014. 102–104.
27. Maslach Ch, Leiter MP. Prawda o wypaleniu zawodowym. Warszawa: PWN; 2011. 35, 397.
28. Wojtczak D. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. Praca Socjalna. 2007; 4: 33–49.
29. Jośko J. Stres w chorobach przewlekłych. Warszawa: PZWL; 2007. 23–26.
30. Rutkowska K. Kompetencje społeczne – bufor wypalenia zawodowego pielęgniarek. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18, 4: 319–323.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Elżbieta Antos
ul. Stanisława Wyspiańskiego 1/49
05-120 Legionowo
tel. kom.: 608 376 007
e-mail: ela.antos@op.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

POLSKI PAKIET ONKOLOGICZNY A REGULACJE W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA NOWOTWORÓW W WYBRANYCH KRAJACH

POLISH ONCOLOGY PACKAGE AND REGULATIONS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CANCER IN SELECTED COUNTRIES

Michał Chrobot[1], Aldona Kowalska[1, 2], Stanisław Góźdź[1, 2], Maciej Miszczuk[1], Łukasz Fortuna[1], Dagmara Mirowska-Guzel[3], Marek Postuła[3]

[1] Świętokrzyskie Centrum Onkologii
[2] Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
[3] Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii (CePT), Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.68

STRESZCZENIE

Systemy opieki zdrowotnej są regulowane odmiennie przez poszczególne kraje. Na świecie funkcjonuje wiele rodzajów systemów, które różnią się między sobą. Jednakże należy stwierdzić, iż ich organizacja w dużej mierze zależy od wielkości środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną w poszczególnych krajach. Wprowadzane regulacje dotyczące organizacji ochrony zdrowia oraz ilość środków finansowych przeznaczanych na zdrowie wpływają na wskaźnik oczekiwanej długości życia oraz przeciętnej długości życia w pełnym zdrowiu. W zakresie opieki onkologicznej różnicę pomiędzy państwami wyznaczają wskaźniki zachorowalności na nowotwory złośliwe, umieralność z ich powodu oraz wskaźnik 5-letnich przeżyć. W artykule dokonano skróconego opisu systemów ochrony zdrowia wybranych krajów, ze szczególnym uwzględnieniem uwidocznienia ewentualnych regulacji w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów – takich aktów prawnych, jakimi w Polsce są zapisy stanowiące tzw. pakiet onkologiczny. Stwierdzono, iż większość krajów podnosi jakość opieki zdrowotnej, w tym onkologicznej, bez wprowadzania szczegółowych regulacji formalnych i organizacyjnych na poziomie aktów prawna powszechnego. Mimo tego kraje te osiągają lepsze efekty leczenia onkologicznego, a pacjenci pozytywnie oceniają organizację takiego systemu ochrony zdrowia, w jakim brak wytycznych podobnych do polskiego pakietu onkologicznego.

Słowa kluczowe: system opieki onkologicznej, diagnostyka onkologiczna, leczenie onkologiczne, pakiet onkologiczny.

ABSTRACT

Healthcare systems are regulated differently by each country. In all over the world there are many kinds of systems that differ from each other. However their organization depends on the amount of funds spent on healthcare in individual countries. Introduced regulations on the organization of healthcare and the amount of financial resources allocated to the health affects the indicator of life expectancy and life expectancy in good health. In the field of cancer care the difference between the countries is determined rate of cancer incidence, mortality because of them and the five-year survival rate. The article summary of the health systems of selected countries, with particular emphasis on adjustment in the diagnosis and treatment of cancers, such as oncology package in Poland. It was found that most of the countries in improving the quality of health care, including cancercare, without the introduction of detailed regulation of formal and organizational level of general legal acts. Despite this these countries have better effects of cancer treatment and patients positively evaluate the organization of the health system, in which the lack of guidelines similar to the Polish oncology package.

Keywords: the cancer care system, oncological diagnostics, oncological treatment, oncological package.

Wstęp

Ochrona zdrowia, w tym regulacje w zakresie opieki onkologicznej są domeną poszczególnych krajów i są odmiennie kształtowane.

Na całym świecie funkcjonuje wiele różnych systemów opieki zdrowotnej, które Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organization for Economic Cooperation and Development – OECD) podzieliła na następujące grupy systemów:

1) systemy ochrony zdrowia, w których w organizacji, finansowaniu i udzielaniu świadczeń dominują mechanizmy rynkowe. W tej grupie wydzielić należy:
   - systemy, w których prywatne, obowiązkowe ubezpieczenie pacjenta pokrywa podstawowy zakres świadczeń – np. Holandia, Niemcy, Słowacja,
   - systemy, w których ubezpieczenie publiczne pokrywa podstawowy zakres świadczeń (pozostałe świadczenia dostępne po wykupieniu dodatkowe-

go ubezpieczenia prywatnego lub za pełną odpłatnością) – np. Czechy, Belgia, Francja, Kanada;

2) systemy ochrony zdrowia, w których podstawą jest ubezpieczenie publiczne, z dominacją placówek publicznych. W tej grupie wydzielić należy:
   - systemy, w których dostęp do świadczeń specjalistycznych jest możliwy bez skierowania od lekarza pierwszego kontraktu, u wielu świadczeniodawców – np. Szwecja czy Turcja,
   - systemy, w których dostęp do świadczeń specjalistycznych jest możliwy wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza pierwszego kontraktu, w których występują ograniczenia budżetowe – np. Dania, Hiszpania, Wielka Brytania czy Polska [1].

Z uwagi na swoją złożoność system ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej nie został zaszeregowany przez OECD do żadnej z wyżej wymienionych grup [2].

Organizacja poszczególnych systemów ochrony zdrowia jest w dużej mierze pochodną wielkości środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną z budżetu państwa i/lub budżetów gospodarstw domowych (**Tabela 1**).

Z danych OECD wynika jednoznacznie, iż Polska jest jednym z tych krajów, w których wydatki na ochronę zdrowia są zdecydowanie najniższe (36. miejsce spośród 44 krajów sklasyfikowanych przez OECD [2]). W 2011 roku wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły 70,61% (prywatne – 29,39%). W Holandii, Wielkiej Brytanii czy Czechach udział wydatków publicznych jest większy i przekracza 80% [3]. Wpływ na organizację systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach ma także dostęp do kadr medycznych w danym kraju. Również w tym porównaniu Polska wypada gorzej niż pozostałe kraje, notując najwyższy wskaźnik liczby ludności na 1 lekarza i 1 pielęgniarkę (**Tabela 2**).

Organizacja ochrony zdrowia oraz wysokość środków finansowych na realizację świadczeń wpływa bezpośrednio na jeden z najważniejszych wskaźników, tj. oczekiwanej długości życia oraz przeciętnej długości życia w pełnym zdrowiu. Porównanie tych wskaźników zawiera **tabela 3**.

Zgodnie z tymi danymi mieszkańcy Polski żyją krócej od mieszkańców innych analizowanych krajów (mężczyźni – o 2,7 roku od Czechów i o ponad 6 lat od Brytyjczyków czy Holendrów; kobiety – o 9 miesięcy od Amerykanek i o blisko 2 lata od Holenderek).

W roku 2014 polski system ochrony zdrowia w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia został oceniony na 31. miejscu na 37 możliwych [56]. Dostępność do świadczeń i wyniki leczenia plasują nasz kraj za Albanią i Bułgarią, a przed Litwą, Rumunią czy Serbią. Ponadto Polska w roku 2014 uzyskała gorszy wynik niż w roku poprzednim [4]. W zakresie opieki onkologicznej należy zauważyć, że zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce jest niższa od średniej dla państw Europy Zachodniej (o około 10% wśród kobiet i około 20% wśród mężczyzn). Mimo to umieralność z ich powodu jest w Polsce wyższa od średniej dla krajów Unii Europejskiej (o około 20% u mężczyzn i około 10% u kobiet) [5].

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia i opiekę onkologiczną w wybranych krajach

Kraj	PKB *per capita* (w USD)	PKB *per capita* (w USD wg PPP)	Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB	Udział wydatków na onkologię w całości wydatków na zdrowie
Stany Zjednoczone	52 986	52 980	17,7%	4,7%
Holandia	51 439	46 162	11,9%	b.d.
Wielka Brytania	41 777	38 255	9,4%	6,1%
Czechy	19 821	29 018	7,5%	8,0%
Polska	13 610	23 994	6,9%	6,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) za rok 2013

Tabela 2. Liczba ludności na 1 osobę personelu medycznego w wybranych krajach

Kraj	Lekarze	Pielęgniarki
Polska	451,6	191,9
Stany Zjednoczone	391,6	90,1
Wielka Brytania	360,0	122,0
Holandia	304,2	82,5
Czechy	272,0	125,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) za rok 2013

Tabela 3. Przeciętna długość życia i życia w pełnym zdrowiu w wybranych krajach

Kraj	Przeciętne trwanie życia – mężczyźni	Przeciętne trwanie życia w zdrowiu – mężczyźni	Przeciętne trwanie życia – kobiety	Przeciętne trwanie życia w zdrowiu – kobiety
Holandia	79,3	63,5	83,0	58,9
Wielka Brytania	79,1	64,6	82,8	64,5
Stany Zjednoczone	77,3	b.d.	82,0	b.d.
Czechy	75,1	62,3	81,2	64,1
Polska	72,7	59,2	81,1	62,9

Wskaźnik 5-letnich przeżyć w Polsce jest niższy od średniego dla Europy (wg badania EUROCARE-4) o 10 punktów procentowych (pkt%), z tym że dla poszczególnych rozpoznań jest niższy od średnich wskaźników europejskich od 0,5 do 26% [6]. Zgodnie z wynikami badania CONCORD-2, prowadzonego w latach 1995–2009, wskaźniki 5-letnich przeżyć w Polsce poprawiły się w wielu nowotworach, np. w raku gruczołu krokowego (o 19,8 pkt%) czy piersi (7,2 pkt%). Mimo to w przypadku wielu nowotworów są nadal niższe od innych krajów Unii Europejskiej (najgorzej w raku szyjki macicy, gdzie wraz z Bułgarią jesteśmy ma ostatnim miejscu) [7]. Poprawa wskaźników dotyczących skuteczności diagnostyki i leczenia onkologicznego, np. 5-letnich przeżyć, jest utrudniona z uwagi na fakt, że wydatki na opiekę onkologiczną w Polsce są jednymi z najniższych w Europie (odsetek łącznych wydatków na poziomie innych krajów, jednak liczone od zdecydowanie niższej kwoty PKB).

Należy podkreślić, iż każdy z krajów dąży do poprawy jakości opieki zdrowotnej (poprzez standaryzację procesu diagnostyczno-terapeutycznego, skrócenie czasu oczekiwania czy wprowadzenie kompleksowości leczenia onkologicznego), optymalizacji wydatków publicznych oraz poprawy wskaźników dotyczących zdrowia swoich obywateli. Jednakże tylko wybrane kraje, poza Polską, zdecydowały się na wprowadzenie regulacji w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego na poziomie ogólnokrajowych aktów prawnych.

Mimo znaczących różnic w systemach opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach każde z państw w sposób odmienny kształtuje wytyczne dotyczące opieki onkologicznej. Poniżej zaprezentowano skrócony opis wybranych krajowych systemów ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem ich regulacji w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów – takich aktów prawnych, jakimi w Polsce są zapisy stanowiące tzw. pakiet onkologiczny.

Opieka onkologiczna w Wielkiej Brytanii

Wielka Brytania przeznacza na opiekę zdrowotną ponad 9% produktu krajowego brutto (PKB), z czego 87% wydatków pochłania sektor publiczny, a 13% – prywatny. Mimo to, z uwagi na słabe wskaźniki efektów leczenia pacjentów w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej (UE), system ten w ostatnich latach poddany został znaczącym przemianom. Głównym aktem ustalającym jego obecny stan jest ustawa *Health and Social Care Act*, która weszła w życie 1 kwietnia 2013 roku [8].

W oparciu o klasyfikację OECD Wielka Brytania i Polska posiadają ten sam rodzaj systemu ochrony zdrowia. Systemy te łączy: powszechność ubezpieczenia zdrowotnego oraz centralny płatnik publiczny, który posiada ograniczone środki finansowe, a także podobne mechanizmy ich kontroli. W praktyce na system ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii składają się cztery niezależne systemy: angielski, szkocki, walijski i północnoirlandzki.

Głównym płatnikiem w Wielkiej Brytanii jest Narodowa Służba Zdrowia (ang. National Health Service – NHS), której główna część finansowana jest ze źródeł podatkowych (ponad 80%). Osobą odpowiedzialną i nadzorującą NHS jest minister zdrowia, kierujący Departamentem Zdrowia Wielkiej Brytanii [9]. Minister zdrowia określa obszary priorytetowe, w których nie występuje limitowanie wydatków na leczenie, m.in. onkologia, położnictwo, neonatologia, pediatria, udary i zawały. Dla pozostałych procedur wprowadzone są limity finansowania, których efektem są kolejki oczekujących. W ramach NHS wydzielono specjalne organy odpowiedzialne za określone obszary ochrony zdrowia, tj. Krajowy Urząd ds. Krwiodawstwa (ang. National Blood Authority) oraz Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (ang. National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE) [10]. Regulowaniem zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Anglii zajmuje się odrębna i niezależna od NHS instytucja Monitora, która odpowiada bezpośrednio przed Parlamentem Wielkiej Brytanii [11]. Głównym celem powołania Monitora było zapewnienie pacjentom wysokiej jakości świadczeń finansowanych w ramach pobieranej składki. Cel ten jest realizowany poprzez:

- przeciwdziałanie praktykom monopolistycznym świadczeniodawców,

- wyznaczanie wymagań wobec placówek świadczących usługi medyczne,
- kontrolę jakości usług udzielanych przez świadczeniodawców,
- przyznawanie i odbieranie licencji świadczeniodawcom,
- ustalanie (we współpracy z NHS) cen będących podstawą kontraktowania poszczególnych świadczeń medycznych,
- zachęcanie do stosowania nowych metod opieki lub technologii medycznych [11].

Każda placówka realizująca świadczenia medyczne finansowane ze środków publicznych musi posiadać licencję otrzymaną od Monitora (zarówno podmioty publiczne, jak i podmioty prywatne).

Narodowa Służba Zdrowia zawiera bezpośrednie umowy ze świadczeniodawcami (w roku 2014 91% stanowiły podmioty publiczne, a tylko 9% – prywatne), w tym z mniej więcej 8 tysiącami lekarzy pierwszego kontaktu (ang. *general practitioner* – GP).

W sektorze opieki podstawowej GP świadczą usługi najczęściej w ramach praktyk grupowych lekarzy. Pracują oni na własny rachunek, zatrudniając inny personel medyczny i/lub pomocniczy. Lekarze pierwszego kontaktu reglamentują dostęp do innych świadczeń, a pacjenci posiadają możliwość dokonania wolnego wyboru GP.

Około 40% środków będących w posiadaniu NHS przeznaczane jest na specjalistyczną opiekę medyczną. Instytucją dystrybuującą środki jest Narodowa Rada Zlecająca (ang. National Commissioning Board – CB). Ma ona także za zadanie koordynować i nadzorować Kliniczne Grupy Zlecające (ang. Clinical Commissioning Group – CCG), których zadaniem jest podpisywanie kontraktów ze świadczeniodawcami w zakresach: diagnostycznych (MR, RTG czy TK), zabiegowych (w tym leczenia zabiegowego nowotworów piersi, płuca, jelita grubego i prostaty) czy usług pielęgniarskich [11].

Narodowa Służba Zdrowia zapewnia całodobową opiekę szpitalną przez własne placówki, tzw. fundusze NHS (ang. *NHS trusts*), posiadające licencję od Monitora. Należy do nich blisko 1600 szpitali i ośrodków specjalistycznych [10]. Otrzymują one środki finansowe, które stanowią ich budżet, mający zaspokoić potrzeby zdrowotne pacjentów. Dla przykładu diagnostyka i leczenie radioterapeutyczne świadczone jest w Anglii przez 50 funduszy NHS, zlokalizowanych w 58 szpitalach.

W systemie angielskim funkcjonuje ściśle określona, modelowa ścieżka pacjenta onkologicznego. Jej początkiem jest lekarz pierwszego kontaktu lub wykonanie przez pacjenta badań profilaktyki wtórnej. W uzasadnionych przypadkach (podejrzenia nowotworu) GP kieruje pacjentów na niezbędne badania diagnostyczne lub bezpośrednio do specjalisty. W przypadku potwierdzenia choroby nowotworowej leczenie przeciwnowotworowe rozpoczyna się decyzją wielodyscyplinarnego konsylium lekarskiego (ang. *multidisciplinary team* – MDT), składającego się m.in. z chirurga onkologa, radioterapeuty i chemioterapeuty/onkologa, które ustala plan i ścieżkę leczenia pacjenta. W skład konsylium wchodzi także osoba prowadząca pacjenta (ang. *keyworker*), która m.in. przekazuje pacjentowi istotne informacje dotyczące zaplanowanego leczenia czy uzyskuje zgodę pacjenta na zaproponowaną terapię [12]. Schemat opieki onkologicznej w Anglii przedstawia **rycina 1**.

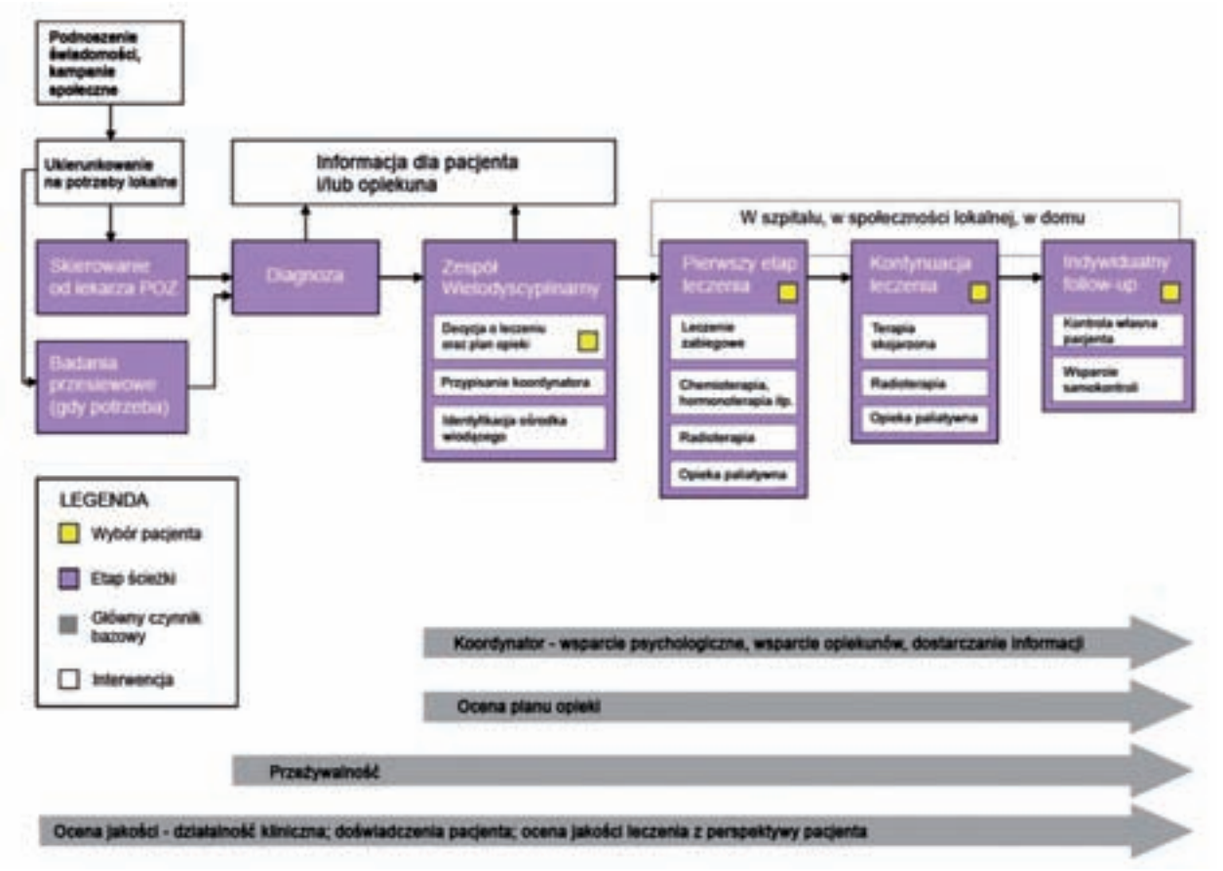
Zgodnie z wytycznymi poszczególne fazy terapii onkologicznej mogą zostać zrealizowane u różnych świadczeniodawców, zgodnie z decyzją konsylium. W związku z tym oraz faktem, iż w Wielkiej Brytanii istnieją nieliczne specjalistyczne centra onkologii (np. Royal Marsden Specialist), w Anglii tworzone są sieci świadczeniodawców świadczących opiekę onkologiczną dla dorosłych (opieka onkologiczna dla dzieci świadczona jest oddzielnie) [11]. Należy zwrócić uwagę, iż umowy na opiekę onkologiczną zawarte są przez NHS wyłącznie z placówkami publicznymi.

Dodatkowo należy zauważyć, że w Wielkiej Brytanii na poziomie ustawy określono także, że mieszkaniec Anglii, który jest pacjentem onkologicznym, nie może czekać dłużej niż:

- 14 dni na wizytę u specjalisty (od wizyty u GP),
- 31 dni od postawienia diagnozy do podjęcia leczenia,
- 31 dni na kolejny zabieg lub kurs leczenia radioterapią lub chemioterapią,
- 62 dni od wizyty u GP lub wykrycia nowotworu w badaniach screeningowych do podjęcia leczenia onkologicznego [13].

W przypadku gdy przez ponad 6 miesięcy placówka nie przestrzega powyższych terminów, NHS przeprowadza w niej kontrolę, której efektem jest wydanie zalecenia wprowadzenia właściwych procedur naprawczych, a w skrajnych przypadkach – utrata finansowania ze środków publicznych.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy stwierdzić, iż angielski system opieki nad pacjentem onkologicznym jest pierwowzorem dla założeń polskiego pakietu onkologicznego. Ponadto należy przypomnieć, iż wdrożony w 2008 roku w Polsce system rozliczeń szpitalnych (JGP) oparty był także na angielskim systemie DRG [10].



Rycina 1. Schemat opieki onkologicznej w Anglii. Źródło: opracowanie własne, zmodyfikowane na podstawie raportu Narodowej Służby Zdrowia Wielkiej Brytanii (NHS): A model of care for cancer services, 2010

Opieka onkologiczna w Holandii

Holenderski system opieki zdrowotnej jest tzw. systemem mieszanym, opartym na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [9]. Obejmuje on:

- program obowiązkowego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (hol. *Zorgverzekeringswet* – ZVW), obejmujący podstawowe ubezpieczenie zdrowotne,
- program ogólnego ubezpieczenia od szczególnych kosztów medycznych (hol. *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* – AWBZ), zapewniający ciągłą, długoterminową opiekę dla osób cierpiących na przewlekłe schorzenia oraz domową, krótkoterminową opiekę pielęgniarską dla osób w stanach ostrych,
- program dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (ang. *Voluntary Health Insurance* – VHI), które może pokrywać świadczenia zdrowotne nieuwzględnione w AWBZ i ZVW [10].

Wydatki na opiekę zdrowotną ogółem sięgają w Holandii blisko 12% PKB. System opieki zdrowotnej finansowany jest przede wszystkim przez AWBZ (około 27%) oraz ZVW (41%). Ubezpieczenie dodatkowe (VHI) odpowiada jedynie za 4% jego środków. Inne źródła finansowania obejmują wydatki prywatne (10%), środki z budżetu centralnego (13%) oraz organizacje związane z opieką zdrowotną (5%) [10].

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne (ZVW) powstało w 2006 roku poprzez połączenie publicznych kas chorych i prywatnego programu ubezpieczeń zdrowotnych. Zakłada ono:

- jednolity standard podstawowego zakresu ubezpieczenia ochrony dla wszystkich obywateli,
- możliwość zmiany firmy ubezpieczeniowej raz do roku,
- konkurencję między instytucjami ubezpieczeniowymi,
- podnoszenie jakości świadczeń medycznych,
- pomoc państwa osobom najuboższym, których nie stać na opłacenie polisy [14].

Wszyscy obywatele Holandii opłacają składki na ZVW poprzez zryczałtowaną składkę, przekazywaną bezpo-

średnio wybranemu przez siebie dostawcy ubezpieczeń zdrowotnych, oraz składkę pracodawcy, która trafia do Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych [10]. Holenderski system jest solidarnościowy i otwarty dla wszystkich obywateli, ale jest oparty na partnerstwie publiczno-prywatnym. Jest zarządzany przez Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu (hol. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – VWS), ale rola administracji państwowej ogranicza się do wyznaczania ram prawnych. Nadzór nad systemem spoczywa w rękach trzech samodzielnych instytucji wchodzących w skład ministerstwa, tj.:

- Inspektoratu Opieki Zdrowotnej (hol. Inspectie Gezondheidszorg – IGZ), który monitoruje i kontroluje jakość usług opieki zdrowotnej, środków na profilaktykę i produkty medyczne,
- Holenderskiego Instytutu Opieki Zdrowotnej (hol. Zorginstituut Nederland – ZIN), ustalającego ramy finansowe, budżety i taryfy, pełniącego funkcję doradczą względem VWS przy określaniu warunków konkurencji regulowanej,
- Rady ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych (hol. College voor Zorgverzekeringen – CVZ), doradzającej VWS m.in. w kwestiach dotyczących pakietów świadczeń.

W centrum systemu holenderskiego są firmy ubezpieczeniowe (obecnie na rynku 5 podmiotów, będących z założenia organizacjami *non-profit*) oraz pacjenci, którzy samodzielnie decydują o wyborze ubezpieczyciela. W ramach posiadanego ubezpieczenia mają oni prawo do podstawowego pakietu ubezpieczenia zdrowotnego, a opieka zapewniana jest przez ubezpieczycieli i placówki medyczne z pełnym uwzględnieniem mechanizmów rynkowych. Wśród ubezpieczycieli oraz świadczeniodawców publicznych działają także podmioty prywatne.

Na rynku dostępne są dwa rodzaje polis dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego, tj.: polisy określające zakres dostępnych świadczeń oraz polisy określające wysokość zwrotu wydatków na usługi medyczne [15].

Dostęp do opieki ponadstandardowej możliwy jest po wykupieniu przez pacjenta dodatkowego ubezpieczenia.

Pakiet podstawowy obejmuje najczęściej:

- wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- pobyty w szpitalu,
- opiekę dentystyczną do 22. roku życia,
- zwrot kosztów zakupu leków z listy podstawowej,
- rehabilitację,
- pomoc psychiatryczną [16].

Każdy pacjent po podpisaniu umowy z wybranym przez siebie ubezpieczycielem jest zobowiązany do opłacania składki. Dodatkowo część składki obowiązkowo muszą odprowadzić pracodawcy. Łącznie z obu źródeł pochodzi aż 95% budżetu na zdrowie. Dzieci posiadają ubezpieczenie poprzez dopisanie ich do polis rodziców.

W systemie nie występuje sytuacja odmowy dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż każdy pacjent, który wyrazi chęć ubezpieczenia u danego ubezpieczyciela, niezależnie od stanu zdrowia czy wieku, musi zostać przyjęty.

Osoby, których nie stać na pokrycie kosztów pakietu podstawowego, otrzymują zasiłek zdrowotny, wypłacany przez urzędy skarbowe. Decyzja o jego przyznaniu oraz wysokość świadczenia zależą od wysokości dochodów pacjenta [16].

Podstawą systemu ochrony zdrowia w Holandii jest lekarz pierwszego kontaktu, którego rolę znacząco zwiększono w ostatnich latach. Przyjęto, iż optymalnym czasem dotarcia do lekarza rodzinnego jest minuta jazdy samochodem. Dzięki temu lekarzy POZ jest stosunkowo dużo (8812 praktyk), zdecydowanie więcej niż placówek specjalistycznych (268) czy szpitalnych (158 szpitali, w tym 85 ogólnych, 8 klinicznych i 65 specjalistycznych).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej pełni w systemie rolę strażnika (ang. *gatekeeper*), który reglamentuje dostęp do opieki specjalistycznej i szpitalnej dla swoich pacjentów (są one dostępne wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza rodzinnego, z wyjątkiem stanów nagłych) [17].

Niderlandzki system opieki onkologicznej jest koordynowany przez Holenderski Instytut Chorób Nowotworowych w Amsterdamie (hol. Het Nederlands Kanker Instituut – NKI), posiadający 180 łóżek szpitalnych, 12 sal operacyjnych i 11 stanowisk do radioterapii [18]. Natomiast w 2010 roku utworzono Kompleksowe Centrum Onkologiczne (hol. Integraal Kankercentrum Nederland – IKNL), które skupia 9 wielospecjalistycznych ośrodków onkologicznych, zlokalizowanych na terenie całego kraju, w którym prowadzone jest systemowe leczenie nowotworów.

Głównymi zadaniami postawionymi przed IKNL są:

- zmniejszenie liczby zachorowań,
- poprawa wyników oraz jakości leczenia,
- prowadzenie badań naukowych w zakresie walki z rakiem.

Kompleksowe Centrum Onkologiczne ma także za zadanie zapewnić dostęp do kompleksowej, specjalistycznej opieki medycznej, prowadzić rejestr nowotworów i opracowywać wytyczne i rekomendacje dla diagnostyki i leczenia onkologicznego. Koordynuje ono również opiekę paliatywną, rehabilitację pacjentów z chorobą nowotworową oraz Narodowy Program Kontroli Chorób Nowotworowych [19].

Kompleksowe Centrum Onkologiczne jest finansowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu, darowizn oraz dotacji na cele badawcze i naukowe [18].

Mimo powyższych działań w Holandii nie określono „ścieżki pacjenta onkologicznego" w krajowych aktach prawnych ani maksymalnych czasów oczekiwania na świadczenia onkologiczne.

Opieka onkologiczna w Czechach

Czechy są jednym z tych krajów, w których publiczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne pokrywa podstawowy zakres świadczeń. Dostęp do świadczeń podstawowych jest w praktyce nielimitowany, a ubezpieczenia dodatkowe występują w ograniczonym zakresie.

Ubezpieczenia publiczne są oferowane przez regionalne fundusze ubezpieczeniowe, konkurujące ze sobą o ubezpieczonych, natomiast głównym regulatorem systemu ochrony zdrowia jest Ministerstwo Zdrowia oraz Władze Regionalne ds. Zdrowia Publicznego [11].

W systemie czeskim występuje dopłata pacjenta do świadczenia finansowanego z ubezpieczenia, lecz nie dotyczy ona leczenia onkologicznego (30 koron czeskich [CZK] za poradę lekarza POZ, 90 CZK za usługę lekarza specjalisty czy 30 CZK opłaty za leki refundowane na receptę).

Mimo braku jednoznacznej regulacji faktyczną funkcję instytucji koordynującej opiekę onkologiczną w Czechach sprawuje Czeskie Stowarzyszenie Onkologii.

Opieka onkologiczna jest skupiona w dużych ośrodkach, rozlokowanych równomiernie w największych miastach całego kraju. Tworzy ją sieć 18 kompleksowych centrów onkologicznych. Są to placówki publiczne, leczące nowotwory u dzieci i dorosłych. Ośrodki te mają wyłączność na podawanie wysokokosztowych terapii onkologicznych oraz używanie najnowocześniejszych technologii leczniczych w leczeniu przeciwnowotworowym [11].

W Republice Czeskiej w randze aktów obowiązującego prawa nie wprowadzono „ścieżki diagnostyki i leczenia pacjenta onkologicznego" oraz planów leczenia ustalanych przez wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne (WZT), jednakże określono ustawowy, maksymalny czas oczekiwania pacjenta na wybrane świadczenia lub maksymalny czas dojazdu, np.:

- na TK – 3 tygodnie,
- na MR – 5 tygodni,
- na mammografię – 6 tygodni,
- czas dojazdu pacjenta do poradni onkologicznej – nie dłużej niż 90 minut,
- na radioterapię w warunkach ambulatoryjnych – 120 minut,
- do onkologicznego leczenia szpitalnego – 120 minut,
- na radioterapię w warunkach szpitalnych – 180 minut [11].

Opieka onkologiczna w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej

System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (USA) oparty jest na mechanizmach rynkowych (składa się z wielu świadczeniodawców oraz ich płatników, którzy współpracują na indywidualnie ustalonych zasadach), a finansowanie oparte jest na dobrowolnym, prywatnym ubezpieczeniu zdrowotnym [9].

Z uwagi na fakt, iż w tym kraju nie funkcjonuje obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, około 17% populacji nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego.

Rynek usług zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych jest regulowany przez władze rządowe, stanowe i lokalne oraz podmioty prywatne.

Głównym administratorem systemu ochrony zdrowia jest Departament Zdrowia i Spraw Społecznych. W jego strukturze znajdują się m.in. Agencja Żywności i Leków (ang. Food and Drug Administration – FDA) i Narodowy Instytut Zdrowia (ang. National Health Institute – NIH).

Głównymi podmiotami publicznymi, które dokonują płatności za opiekę zdrowotną w USA, są natomiast:

- Medicare – zasilany z budżetu federalnego, finansujący opiekę dla osób po 65. roku życia i osób niepełnosprawnych,
- Medicaid – zasilany z budżetu federalnego i budżetów stanowych, finansujący opiekę nad osobami o najniższych dochodach,
- CHIP – zasilany z budżetu federalnego i budżetów stanowych, finansujący opiekę medyczną nad członkami rodzin o najniższych dochodach, w tym dzieci,
- Departament Obrony Narodowej i Departament ds. Weteranów – zasilany z budżetów poszczególnych departamentów, finansujący opiekę medyczną weteranów wojennych [20].

Mimo to w USA funkcjonuje znacząca liczba płatników prywatnych, którzy finansują usługi dla ponad połowy społeczeństwa. Większość pacjentów posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne uzyskuje je od pracodawców, około 10% pacjentów finansuje je z własnych środków [21]. W Stanach Zjednoczonych występuje współpłacenie pacjentów. Jego zasady są uzależnione od pakietu ubezpieczeniowego danego pacjenta oraz od warunków uzgodnionych z ubezpieczycielem.

Nadzór nad leczeniem onkologicznym w USA sprawuje Narodowy Instytut Nowotworów (ang. National Cancer

Institute – NCI), wchodzący w skład Narodowego Instytutu Zdrowia. Koordynuje on Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, wspiera Narodową Sieć Ośrodków Onkologicznych (ang. National Comprehensive Cancer Network – NCCN), prowadzi badania naukowe i szkolenia oraz jest odpowiedzialny za rozwój profilaktyki, diagnostyki i leczenia onkologicznego [20].

Faktyczna opieka onkologiczna świadczona jest w wyspecjalizowanych centrach onkologii oraz kompleksowych, regionalnych szpitalach specjalistycznych, które należą do sektora publicznego i niepublicznego [22].

Ponad 70% pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej lub potwierdzoną chorobą nowotworową leczonych jest w placówkach akredytowanych przez Komisję ds. Nowotworów Amerykańskiego Stowarzyszenia Chirurgów. Celem akredytacji jest podniesienie jakości usług onkologicznych oraz wprowadzanie standardów diagnostyki i leczenia. Spełnianie wymagań akredytacyjnych jest systematycznie monitorowane [23]. Obecnie akredytację tę posiada ponad 1500 podmiotów, w tym centra leczenia oraz szpitale regionalne. Część certyfikowanych szpitali regionalnych świadczy usługi z zakresu diagnostyki i leczenia w oparciu o umowy z centrami doskonałości.

Na amerykańską sieć onkologiczną składa się 27 wiodących centrów onkologii, skupionych w NCCN [24]. Organizacja ta wypracowuje zalecenia i rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne dla leczenia poszczególnych nowotworów, uwzględniające typ i stopień zaawansowania choroby. Ośrodki tworzące NCCN są wielospecjalistycznymi centrami onkologii, które posiadają podobną strukturę i zakres działania [25].

Do NCCN należą m.in.: City of Hope Comprehensive Cancer Center, Duke Cancer Institute, Roswell Park Cancer Institute, Stanford Cancer Institute, University of Michigan Comprehensive Cancer Center czy University of Tennessee Cancer Institute [24].

Od 1960 roku w Stanach Zjednoczonych prowadzony jest także program centrów do walki z rakiem, w ramach którego rozróżnia się ośrodki bazowe i kompleksowe. Różnicę między nimi stanowi zakres prowadzonych badań w jednym z następujących obszarów: zachorowalność, badania laboratoryjne, opieka kliniczna. Centra kompleksowe prowadzą badania we wszystkich ww. obszarach, a centra bazowe – przynajmniej w jednym [25].

Obecnie w ramach ww. programu opiekę onkologiczną sprawuje 68 podmiotów. Większość z nich zlokalizowanych jest przy uniwersytetach medycznych [25].

Instytucją skupiającą dziecięce ośrodki onkologiczne w USA jest Pediatryczna Grupa Onkologiczna (ang. Children's Oncology Group – COG). W jej skład wchodzi około 200 centrów, zlokalizowanych najczęściej przy ośrodkach uniwersyteckich, lub specjalistycznych szpitali dziecięcych. W tej grupie leczonych jest około 90% dzieci ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową [26].

Mimo tak zaawansowanego systemu opieki onkologicznej należy zauważyć, iż w USA nie występują ustawowe regulacje określające indywidualną ścieżkę pacjenta czy maksymalny czas oczekiwania pacjentów. Brakuje także standardu czasu dojazdu pacjenta do placówki onkologicznej [20].

Aktualne regulacje dotyczące opieki onkologicznej w Polsce (pakiet onkologiczny)

Podstawowe zmiany w opiece onkologicznej w Polsce wprowadzono „Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...)" [27]. Była ona bazą dla rozporządzeń Ministra Zdrowia (MZ) oraz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), takich jak:

- rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [28, 29],
- rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [30],
- rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [31],
- rozporządzenie MZ w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów [32],
- rozporządzenie MZ w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego [33, 34],
- rozporządzenie MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców [35],
- zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna [36],
- zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne [37],
- zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia [38].

Powyższy zbiór aktów prawnych, który z dniem 1 stycznia 2015 roku wprowadził zmiany dotyczące zakresu, terminów oraz sposobu prowadzenia diagnostyki i leczenia nowotworów w Polsce, nazwano potocznie pakietem onkologicznym [39].

Jednym z głównych założeń pakietu onkologicznego było określenie maksymalnego czasu prowadzenia

diagnostyki nowotworów (9 tygodni w 2015 roku, 8 tygodni w 2016 roku i 7 tygodni w roku 2017) oraz rozpoczęcie leczenia (w ciągu 14 dni od daty ustalenia planu leczenia) [40].

Dokumentem uprawniającym pacjenta do świadczeń realizowanych na zasadach określonych w pakiecie miała być karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (karta DiLO), zgodna ze wzorem wskazanym w rozporządzeniu MZ [33, 34], którą wydaje za użyciem dedykowanego portalu internetowego NFZ [41].

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w przypadku podejrzenia nowotworu wydaje kartę DiLO i kieruje pacjenta do poradni lub oddziału szpitalnego. Specjalista ma prawo wydać kartę DiLO wyłącznie w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego [40].

Zgodnie z wytycznymi NFZ diagnostyka onkologiczna jest podzielona na dwa etapy: wstępy oraz pogłębiony. Celem pierwszej z nich jest potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu złośliwego, druga natomiast obejmuje wykonanie badań, których celem jest ocena stopnia zaawansowania nowotworu oraz szczegółowe zróżnicowanie jego typu [36].

Po zakończonej diagnostyce onkologicznej pacjent kierowany jest do placówki wykonującej leczenie. Etap ten rozpoczyna się od konsylium (tj. spotkania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego), podczas którego opracowywany jest indywidualny plan terapii. W konsylium biorą udział lekarze specjaliści:

- specjalności zabiegowej,
- onkologii klinicznej lub hematologii,
- radioterapii onkologicznej lub terapii izotopowej,
- radiologii i diagnostyki obrazowej [39].

Placówka prowadząca leczenie przydziela pacjentowi koordynatora, którego zadaniem jest m.in. praktyczna pomoc w realizacji ustalonej ścieżki leczenia oraz przekazywanie informacji pomiędzy pacjentem a placówką medyczną [40].

Świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego co do zasady mają być nielimitowane. Warunkiem zapłaty za wszystkie wykonane świadczenia na rzecz pacjenta onkologicznego jest fakt posiadania przez niego aktywnej karty DiLO, zachowania przez placówkę „ścieżki pacjenta" w ramach pakietu onkologicznego oraz jej realizacji w terminach ustawowych [39].

Po zakończonym leczeniu onkologicznym pacjent powinien wrócić do dalszej kontroli (*follow-up*) w gabinecie lekarza POZ.

Analiza porównawcza wybranych aspektów pakietu onkologicznego w Polsce oraz regulacji dotyczących systemów opieki onkologicznej w innych krajach

Pakiet onkologiczny w Polsce miał być drogą do poprawy opieki onkologicznej w Polsce, w tym wskaźników dotyczących jakości i skuteczności leczenia nowotworów. Narzędziami do osiągnięcia powyższych celów były zapisy i wytyczne w poszczególnych aktach prawnych nazwane potocznie pakietem onkologicznym, które w wielu swoich założeniach czy szczegółowych rozwiązaniach „zapożyczone" zostały z angielskiego systemu opieki onkologicznej, w tym:

1) zapewnienie każdemu pacjentowi z podejrzeniem choroby nowotworowej lub potwierdzoną chorobą nowotworową usługi medycznej w ściśle określonych terminach,
2) stworzenie szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia onkologicznego,
3) wprowadzenie obowiązku zapewnienia przez placówkę realizującą pakiet onkologiczny dostępu do diagnostyki onkologicznej oraz leczenia przeciwnowotworowego [42],
4) zniesienie dla świadczeniodawców limitów w umowach z NFZ, dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego, w sytuacji gdy zostały one zrealizowane na zasadach i w terminach określonych w pakiecie onkologicznym,
5) zapewnienie każdemu pacjentowi wielospecjalistycznego konsylium lekarskiego przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego,
6) wprowadzenie funkcji koordynatora opieki, czyli przewodnika pacjenta po ścieżce leczenia onkologicznego [27],
7) wprowadzenie obowiązku wykonywania diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie ze standardami, wytycznymi lub zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych [43].

Analogiczne rozwiązania związane z wprowadzeniem tzw. szybkiej ścieżki zastosowano z sukcesami w Wielkiej Brytanii, gdzie punktem wyjścia było postawienie na poprawę współpracy lekarzy rodzinnych ze specjalistami [44], a także w Danii w odniesieniu do nowotworów głowy i szyi oraz mięsaków [45, 46]. Jednakże powyższe rozwiązania były wprowadzone w innych realiach epidemiologicznych i finansowych oraz po dłuższym niż w Polsce okresie przygotowań.

Trzeba pamiętać także, iż Polacy w zdrowiu żyją krócej niż mieszkańcy krajów Europy Zachodniej, co w znacznym stopniu determinuje faktyczne potrzeby zdrowotne

polskich pacjentów – inne niż populacji w krajach bogatszych [47].

Należy zauważyć, iż czas na diagnostykę onkologiczną w Polsce wynosił w 2016 roku 56 dni, a w roku 2017 – 49 dni. Powyższe założenie jest analogiczne do czasu rekomendowanego w Wielkiej Brytanii, gdzie czas do podjęcia leczenia nie powinien przekraczać 62 dni [48]. Niestety na osiągnięcie poziomu z Wielkiej Brytanii założono w Polsce zaledwie 3 lata, co wydaje się być trudne do osiągnięcia w tym czasie.

Podkreślany przez środowisko onkologów efekt nadmiernej liczby wydawanych przez lekarzy POZ nieuzasadnionych kart DiLO miał ograniczyć minimalny, indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów (1 karta DiLO z potwierdzeniem nowotworu złośliwego na 15 kart DiLO wydanych przez danego lekarza POZ [32]). Z uwagi na ewentualne sankcje za jego przekroczenie, jak również praktyczny sposób jego wyliczania (wskaźnik wylicza się dopiero w przypadku, gdy lekarz wydał ponad 30 kart DiLO w ciągu 12 miesięcy [49]), na koniec 2015 roku żaden z lekarzy POZ w Polsce nie przekroczył ww. wskaźnika. Powyższe stało się argumentem dla MZ do rozważań na temat likwidacji wyżej opisanego wskaźnika [50], co może pogłębić problem związany z wydawaniem coraz większej liczby kart DiLO przez lekarzy POZ.

W tym przypadku wydaje się, iż należałoby wprowadzić i systematycznie rozwijać obligatoryjny system kształcenia podyplomowego lekarzy rodzinnych, tak aby podnosić ich czujność onkologiczną, a co za tym idzie – minimalizować odsetek kart DiLO wydawanych bez merytorycznego uzasadnienia. Takie działania są systematycznie podejmowane przez NHS England, z którego rozwiązań polskie Ministerstwo Zdrowia czerpało założenia do pakietu onkologicznego [51]. Do rozważenia wydaje się utrzymanie wskaźnika, ale na niższym poziomie (np. 1/8, analogicznie do Wielkiej Brytanii), z jednoczesnym wyłączeniem sankcji za jego przekroczenie oraz wprowadzeniem systemu „nagradzania" tych lekarzy POZ, których faktyczny wskaźnik jest niższy niż określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia [32].

Powyższy problem nieuzasadnionego kierowania pacjentów na tzw. szybką ścieżkę potwierdzają Pencavel i wsp., którzy w badaniu z 2000 roku stwierdzili, że pacjent z podejrzeniem mięsaka tkanek miękkich nie powinien być przekazywany do ośrodka specjalistycznego bez przeprowadzenia wcześniejszej diagnostyki wykluczającej. Ich badania potwierdziły, iż występowanie zbyt dużej liczby takich pacjentów wydłużyło poprzez nieuzasadnione zaangażowanie zasobów czas oczekiwania na leczenie onkologiczne chorych z potwierdzonym rozpoznaniem mięsaka [52].

Reasumując, pozytywnie należy ocenić samą próbę rozwiązania problemów w dostępie do opieki onkologicznej w Polsce. Jednocześnie negatywną ocenę wystawić należy narzuceniu sztywnych reguł realizacji pakietu onkologicznego, wskazanych w ogólnopolskich aktach prawnych. W tym miejscu należy podkreślić, iż w większości opisywanych krajów (poza Wielką Brytanią), które na opiekę onkologiczną przeznaczają zdecydowanie większe środki finansowe, nie zdecydowano się na tak zaawansowaną formalizację regulacji w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego. Nie przeszkadza to jednak osiągać w tych krajach lepszych efektów leczenia onkologicznego, jak również pozytywnej oceny organizacji systemu ochrony zdrowia przez samych pacjentów.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Raport OECD: Health care systems: efficency and policy settings, OECD 2010, www.oecd.org (data dostępu: 01.12.2016).
2. Raport OECD: Health at Glance 2015, www.oecd.org (data dostępu: 01.12.2016).
3. Wasiak A, Szeląg P. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007–2011. Finanse i Prawo Finansowe. 2015; 2(2): 67–85.
4. Godlewski D, Godlewska K, Witek A, Wojtyś P. Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej. Instytut Wolności, luty 2016, http://www.instytutwolnosci.pl (data dostępu: 01.12.2016).
5. Didkowska J, Wojciechowska U. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/ (data dostępu: 02.12.2016).
6. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Pięcioletnie przeżycia chorych na nowotwory złośliwe w Polsce. Nowotwory. J Oncol. 2010; 60, 2: 122–128.
7. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang X, Bannon F, Ahn JV, Johnson ChJ, Bonaventure A, Marcos-Gragera R, Stiller Ch, Azevedo e Silva G, Chen W, Ogunbiyi OJ, Rachet B, Soeberg MJ, You H, Matsuda T, Bielska-Lasota M, Storm H, Tucker TC, Coleman MP, and the CONCORD Working Group. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). Lancet. 2015; 385: 977–1010.
8. Health and Social Care Act, http://www.legislation.gov.uk/ukpga/ 2012/7/ contents/enacted (data dostępu: 03.12.2016).

9. Suchecka J (red.). Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia. Warszawa: Wolters Kluwer; 2011. 23–64.
10. Busse R (red.). Jednorodne Grupy Pacjentów w Europie. W stronę przejrzystości, efektywności i jakości w szpitalach. Warszawa 2013, http://akademia.nfz.gov.pl (data dostępu: 03.12.2016).
11. Raport: Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach, opracowany przez Ernst & Young na zlecenie Fundacji Onkologia 2025, kwiecień 2014, http://onkologia2025.pl (data dostępu: 03.12.2016).
12. NHS Clinical paper: A model of cancer care for cancer services. 2010. 67.
13. OECD (2013), Cancer Care: Assuring quality to improve survival, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, www.oecd.org (data dostępu: 04.12.2016).
14. Więckowska B. Partnerstwo publiczno-prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – przykład Holandii. Wiadomości Ubezpieczeniowe. 2009; 1: 151–170.
15. Komisja Europejska. Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Holandii. Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne. 2012, http://ec.europa.eu (data dostępu: 04.12.2016).
16. (Dostępne w Internecie:) http://www.rynekzdrowia.pl/Ubezpieczenia-zdrowotne/ Ubezpieczenia-zdrowotne-w-Holandii-pacjent-placi- zawybor-panstwo-pamieta- o-najslabszych, 103464,4,2.html (data dostępu: 04.12.2016).
17. Health Systems in Transition, Vol. 18, No. 2. 2016, The Netherlands Health system review, www.euro.who.int (data dostępu: 05.12.2016).
18. (Dostępne w Internecie:) www.nki.nl (data dostępu: 05.12.2016).
19. (Dostępne w Internecie:) www.iknl.nl (data dostępu: 05.12.2016).
20. Warzocha K. Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii. Onkol Prakt Klin. 2013; 9, 5: 172–183.
21. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, va Ginneken E. USA – Health system review. Health Systems in Transition. 2013. 130.
22. Fast Facts on US Hospitals, American Hospital Association, http://www.aha.org/research/rc/ stat-studies/fast-facts.shtml (data dostępu: 07.12.2016).
23. American College of Surgeons, Commission on Cancer – Accredited Program Benefits, http://www. facs.org/cancer/coc/ benefitsofcoc.html, 2014 (data dostępu: 07.12.2016).
24. (Dostępne w Internecie:) www.nccn.org (data dostępu: 07.12.2016).
25. NCI, NCI-Designated Cancer Centers, 2014, www.cancer.gov (data dostępu: 07.12.2016).
26. American Cancer Society. Cancer Treatment & Survivorship, Facts & Figures 2012–2013. Atlanta: American Cancer Society; 2012. 18.
27. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2014, poz. 1138.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. 2014, poz. 1440.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. 2014, poz. 1914.
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dz.U. 2014, poz. 1442.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Dz.U. 2014, poz. 1441.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów. Dz.U. 2014, poz. 1810.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Dz.U. 2014, poz. 1751.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Dz.U. 2015. poz. 1627.
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Dz.U. 2016, poz. 192.
36. Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/ (data dostępu: 10.12.2016).
37. Zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/ (data dostępu: 10.12.2016).
38. Zarządzenie Nr 80/2014/DGL z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/ (data dostępu: 10.12.2016).
39. Chrobot M, Góźdź S, Macek P. Ocena realizacji i wdrażania pakietu onkologicznego w pierwszym półroczu 2015 roku w województwie świętokrzyskim na tle Polski. Pol Prz Nauk Zdr. 2015; 3(44): 301–306.
40. (Dostępne w Internecie:) www.pakietonkologiczny.gov.pl (data dostępu: 12.12.2016).
41. (Dostępne w Internecie:) https://dilo.nfz.gov.pl/ap-dilo/ (data dostępu: 12.12.2016).
42. Więckowska B, Tolarczyk A, Dagiel J. Cancer care in Poland: Activity and spending analysis as a forerunner to oncology reform. J Cancer Policy. 2016; 8: 42–50.
43. Krzakowski M, Warzocha K. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Gdańsk: Viamedica; 2013.
44. Martínez MT, González I, Tarazona N, Roselló S, Saiz R, Sanmartín A, Martínez-Agulló Á, Caballero A, Mas P, Franco J, Martínez-Jabaloyas J, García-Callejo J, Martín V, Navarro J, Teruel A, Lluch A, Chirivella I. Implementation and assessment of a fast-track programme to improve communication between primary and specialized care in patients with suspected cancer: how to shorten time between initial symptoms of cancer, diagnosis and initiation of treatment. Clin Transl Oncol. 2015; 17(2): 167–172.
45. Sorensen JR, Johansen J, Gano L, Sørensen JA, Larsen SR, Andersen PB, Thomassen A, Godballe C. A "package solution" fast track program can reduce the diagnostic waiting time in head and neck cancer. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014; 271(5): 1163–1170.

46. Dyrop HB, Safwat A, Vedsted P, Maretty-Nielsen K, Hansen BH, Jørgensen PH, Baad-Hansen T, Bünger C, Keller J. Cancer Patient Pathways shortens waiting times and accele rates the diagnostic process of suspected sarcoma patients in Denmark. Health Policy. 2013; 113(1–2): 110–117.
47. Ojrzyńska A. Ocena trwania życia w zdrowiu populacji Polski z wykorzystaniem sumarycznych miar stanu zdrowia. Śląski Przegląd Statystyczny. 2013; 11(17): 261–274.
48. NHS England. Delivering Cancer Waiting Times – A Good Practice Guide. 2015, https://www.england.nhs.uk (data dostępu: 14.12.2016).
49. Zarządzenie Nr 32/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/ (data dostępu: 14.12.2016).
50. (Dostępne w Internecie:) http://www.medexpress.pl/resort-zdrowia-przyznajeracje-lekarzom-poz/64016 (data dostępu: 14.12.2016).
51. NHS England. Five year Cancer commissioning Strategy for London. April 2014, https://www.england.nhs.uk (data dostępu: 14.12.2016).
52. Pencavel TD, Strauss DC, Thomas GP, Thomas JM, Hayes AJ. Does the two-week rule pathway improve the diagnosis of soft tissue sarcoma? A retrospective review of referral patterns and outcomes over five years in a regional sarcoma centre. Ann R Coll Surg Engl. 2010; 92: 417–421.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Michał Chrobot
os. Na Stoku 38/1
25-437 Kielce
tel. kom.: 533 847 641
e-mail: mchrobot@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

RTĘĆ – PIERWIASTEK SILNIE TOKSYCZNY

MERCURY – A HIGHLY TOXIC ELEMENT

Elżbieta Król-Pakulska[1], Cezary Pakulski[2]

[1] Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie
[2] Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.69

STRESZCZENIE

Rtęć fascynowała ludzkość od najdawniejszych czasów. Zainteresowanie rtęcią związane jest ze specyficzną naturą tego pierwiastka, która wynika z mnogości form, dużej lotności i ruchliwości w środowisku. Rtęć zaliczana jest do szczególnie toksycznych metali ciężkich. Nie pełni żadnej znanej funkcji biologicznej, jest natomiast toksyczna dla wszystkich żywych organizmów. Oprócz zanieczyszczeń środowiskowych, ekspozycji zawodowej na pary rtęci, głównym źródłem narażenia człowieka na rtęć jest żywność. Najwyższe zawartości rtęci całkowitej stwierdzane są w mięsie ryb i w owocach morza, w grzybach rosnących w warunkach naturalnych oraz w niektórych suplementach diety. Fakt wykorzystywania rtęci jako środka konserwującego w produkcji szczepionek, a także w produkcji niektórych maści i leków jest od lat przedmiotem kontrowersji. W pracy przedstawiono rzeczywiste znaczenie związków rtęci w generowaniu zjawiska toksyczności; szczególną uwagę zwrócono na problem zawartości rtęci w żywności i zastosowania rtęci w medycynie.

Słowa kluczowe: rtęć, zjawisko toksyczności, tiomersal, żywność, szczepionki.

ABSTRACT

Mercury has fascinated people since time immemorial. Interest in this element is associated with its specific nature: the multitude of its forms, and great volatility and mobility in the environment. Mercury is classified as a highly toxic heavy metal. It is not known to fulfil any biological role, while at the same time it is toxic for all living organisms. Next to environmental pollution and occupational exposure to mercury vapour, food is the main source of human exposure to mercury. The highest levels of total mercury are found in fish and seafood, mushrooms growing in the wild, as well as some food supplements. The use of mercury as a preservative in the production of vaccines, some ointments and medicines has given rise to controversy for many years. This study presents the actual role that mercury compounds play in generating the phenomenon of toxicity, with special reference to the problem of the mercury content in food and the use of mercury in medicine.

Keywords: mercury, toxicity, thiomersal, food, vaccine.

Wstęp

Rtęć jest pierwiastkiem wykorzystywanym przez człowieka od bardzo dawna. Znana była już starożytnym Egipcjanom, a przez Rzymian była wykorzystywana do ługowania piasków rzecznych, w celu wydobycia z nich srebra i złota. W starożytności była używana także jako pigment w barwnikach (cynober). Tlenek rtęci to główny składnik czerwonej farby, która była stosowana w kosmetologii do malowania i szminkowania twarzy. W średniowieczu prowadzone były próby stworzenia złota przez połączenie siarki z rtęcią. Jako tzw. żywe srebro wolna rtęć była trzymana w domach ludzi zamożnych jako zabawka. W XVI wieku związki rtęci zostały wprowadzone do medycyny i farmacji przez Paracelsusa. Pierwotnie rtęć była składnikiem lekarstw wykorzystywanych przy leczeniu kiły. Jako połączenie z chlorem, znane pod nazwą kalomel (Hg_2Cl_2), rtęć stosowano jako środek odrobaczający oraz jako składnik proszków do czyszczenia zębów. W czasach nam bliższych rtęć wykorzystywano do produkcji luster. Przez cały ten czas nie zdawano sobie jednak sprawy z jej olbrzymiej toksyczności, dlatego zatrucie tym metalem prowadziło do częstych ciężkich zachorowań [1]. Pomimo znakomitej już wiedzy o wszelkich działaniach ubocznych wywoływanych przez rtęć i jej związki pierwiastek ten jest wykorzystywany w wielu gałęziach przemysłu, w rolnictwie oraz w medycynie.

Celem pracy było przedstawienie rzeczywistego znaczenia związków rtęci w generowaniu zjawiska toksyczności; szczególną uwagę zwrócono na problem zawartości rtęci w żywności i zastosowania rtęci w medycynie.

Toksyczność rtęci

Rtęć jest srebrzystobiałym pierwiastkiem o silnym połysku, należącym do metali przejściowych. Jako jedyny

metal w warunkach normalnych występuje w stanie ciekłym. W stanie stałym, czyli poniżej temperatury topnienia (234°K, około –39°C), przypomina wyglądem ołów. W układzie okresowym pierwiastków jest położona w XII grupie (cynkowce) i w VI okresie. Z metalami (oprócz żelazowców, platyny, molibdenu i wolframu) tworzy amalgamaty, czyli stałe bądź ciekłe stopy [2].

Rtęć może występować w środowisku jako rtęć elementarna, tzw. metaliczna (Hg0), nieorganiczna (Hg_2^{2+} i Hg^{2+}) oraz pod postacią najbardziej toksycznych związków organicznych: głównie jako metylortęć, ale także dimetylortęć i etylortęć. W środowisku obserwuje się przemiany jednej formy w drugą. Za przejście nieorganicznych związków w organiczne odpowiadają żyjące w osadach dennych zbiorników wodnych bakterie beztlenowe, a donorem niezbędnych w tym procesie grup metylowych jest metylokobalamina. Metylacja może zachodzić również na poziomie komórkowym z udziałem tlenu i enzymów (połączenie z homocysteiną). W tym procesie donorem grup metylowych jest aktywna metionina. Należy podkreślić, że procesy metylacji są podatne na wpływ wielu czynników środowiskowych, chociażby takich jak pH, temperatura, obecność czynników kompleksujących, zwłaszcza chlorków [3–5].

Rtęć uwolniona do środowiska naturalnego pozostaje w nim, przemieszczając się w różnej postaci pomiędzy jego elementami: powietrzem, wodą, osadami, glebą oraz organizmami żywymi. Ze względu na swoją stosunkowo dużą lotność może zostać przeniesiona na duże odległości. Nie ulega biodegradacji i dlatego bardzo długo utrzymuje się w środowisku, gromadząc się w łańcuchach troficznych i przedostając się w tym mechanizmie do organizmu ludzkiego [6].

Obecność rtęci w środowisku spowodowana jest zarówno uwalnianiem jej ze źródeł naturalnych, jak i działalnością człowieka. Rtęć występuje powszechnie w skorupie ziemskiej, najczęściej pod postacią siarczku rtęci (HgS – cynober). W środowisku naturalnym głównym miejscem występowania rtęci są łupki węglowe i bitumiczne, zasadowe skały krystaliczne, gleby gliniaste i torfowe, może też stanowić zanieczyszczenie paliw kopalnych [6].

Zanieczyszczenia środowiska rtęcią wynikają ze źródeł naturalnych (uwalnianie ze złóż naturalnych pod wpływem czynników atmosferycznych, wietrzenia skał, erupcji wulkanów, parowania z wody) oraz antropogenicznych (przemysł wydobywczy, celulozowo-papierniczy, chemiczny, energetyczny, elektrotechniczny, elektrochemiczny, farmaceutyczny oraz rolnictwo). Szacuje się, że źródła pozostające w związku z działalnością człowieka odpowiadają za emisję łącznie około 3 tysięcy ton rtęci na rok w skali całego świata [7, 8].

Rtęć jest substancją – a szczególnie jej opary – bardzo toksyczną. Wspólnie z ołowiem i kadmem tworzy tzw. trójkę „metali śmierci". Jony rtęci mogą tworzyć wiele trwałych kompleksów z białkami i innymi związkami. Ta cecha decyduje o mechanizmie działania toksycznego, który wiąże się z powinowactwem rtęci do grup sulfhydrylowych, karboksylowych i aminowych aminokwasów. Głównym miejscem atakowanym przez rtęć i inne metale ciężkie jest błona komórkowa, z kolei narządem o największej kumulacji rtęci w organizmie człowieka są nerki. Niezależnie od postaci rtęci układem krytycznym w wyniku przewlekłego narażenia na pary rtęci jest ośrodkowy układ nerwowy [9].

Toksyczność rtęci zależy od jej chemicznej formy. Rtęć elementarna jest lotna i głównie wchłaniana przez układ oddechowy. Alkilowe pochodne rtęci mogą być absorbowane zarówno drogą oddechową, przez skórę, jak i drogą pokarmową. Metylortęć, najbardziej toksyczna forma rtęci, jest szybko wchłaniana na drodze żołądkowo-jelitowej i transportowana do wszystkich tkanek organizmu. Jest rozpuszczalna w tłuszczach, a zarazem bardzo toksyczna i trwała. Łatwo przenika przez barierę krew-mózg i krew-łożysko, a także do mleka matek. Jej biologiczny okres półtrwania wynosi od 44 do ponad 80 dni. Rtęć nieorganiczna wchłaniana jest drogą przewodu pokarmowego jedynie w około 7%. Rtęć, a szczególnie związki metylortęciowe, kumulując się w tkance mózgowej, powodują uszkodzenie centralnego układu nerwowego, a u dorosłych dodatkowo zaburzenia wzroku, słuchu, mowy i porażenie mięśni kończyn. Nagromadzenie rtęci skutkuje też zajęciem układu sercowo-naczyniowego, nerek, układu immunologicznego i rozrodczego [9].

Największe zatrucie związkami rtęci pochodzącymi z przemysłu nastąpiło w latach 1953–1970 w Japonii, nad zatoką Minamata, do której odprowadzane były nieoczyszczone ścieki z fabryki chemicznej. Rtęć znajdująca się w tych ściekach kumulowała się w organizmach ryb żyjących w zatoce, które następnie spożywali mieszkańcy wybrzeża. Spowodowało to masowe zachorowania na rtęcicę (merkurializm). Ogółem ucierpiało około 30 tys. osób, a kilkaset spośród nich zmarło [10]. W Iraku w latach 1971–1972 wskutek spożycia chleba z wypieku, do którego użyto mąki z ziarna siewnego zaprawionego organicznymi związkami rtęci, doszło do zatrucia 6530 osób, z których 459 zmarło [1, 11].

Objawy kliniczne zatrucia rtęcią są różne, zależnie od formy przyjętej rtęci, jej dawki i czasu działania. Początkowo zatrucie przewlekłe małymi ilościami rtęci wywołu-

je zapalenie błon śluzowych przewodu pokarmowego, wypadają zęby, a na dziąsłach pojawiają się charakterystyczne niebiesko-fioletowe obwódki. Obserwuje się postępujące uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego; objawy tego uszkodzenia to zaburzenie snu, upośledzenie koncentracji i pamięci, zmiana osobowości oraz drżenie rąk i nóg, niezborność chodu, zmiana charakteru pisma (objaw „drżącego pisma"). Ostre zatrucie parami rtęci wywołuje zapalenie płuc i oskrzeli prowadzące zazwyczaj do, w swoim przebiegu śmiertelnej, niewydolności oddechowej. Z innych objawów można wymienić krwotoczne zapalenie jelit, niewydolność krążenia, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i uszkodzenie nerek. Spożycie związków rtęci powoduje ślinotok, wymioty, krwawą biegunkę, martwicę błony śluzowej jelit, niewydolność nerek [9].

Ze względu na dużą toksyczność rtęci dla ludzi, ekosystemów i przyrody Rada i Parlament Europejski przyjęły strategię mającą na celu realizację ogólnego celu, jakim jest ochrona zdrowia człowieka i środowiska przed uwalnianiem rtęci i jej związków. Strategia ta realizowana jest przez ograniczanie lub całkowite wyeliminowanie wprowadzania do obrotu urządzeń pomiarowych zawierających rtęć (termometry, barometry, sfigmomanometry, higrometry itp.) [12].

Rtęć w żywności

Głównym źródłem narażenia człowieka na rtęć jest żywność. Najwyższe zawartości rtęci całkowitej stwierdzane są w mięsie ryb i owocach morza, ale także w grzybach rosnących w warunkach naturalnych oraz w suplementach diety. Stężenie rtęci w rybach jest bardzo zróżnicowane i zależy od wielu aspektów. Bardzo ważny jest czynnik geograficzny związany z obszarem bytowania i jakością dostępnego pokarmu oraz czynnik biologiczny wynikający z cech gatunkowych, takich jak wielkość organizmu i jego tkanki mięśniowej oraz mechanizmu wchłaniania. Wchłanianie rtęci przez rybę odbywa się przez skrzela i z pokarmem. Okres półtrwania rtęci w organizmie ryb wynosi nawet kilkaset dni. Zawartość rtęci w rybach większych jest większa, a najwięcej szkodliwych związków zawierają ryby stojące na szczycie łańcucha pokarmowego, czyli drapieżne. Do nich należą m.in. rekin, miecznik, tuńczyk, halibut, szczupak [6]. Zawartość rtęci zależy ponadto od wieku ryby (im starsza, tym większe prawdopodobieństwo zanieczyszczenia) oraz od obszaru geograficznego (ryby z czystych wód oceanicznych są mniej toksyczne) [11].

W Polsce zawartość rtęci w żywności była limitowana od 1994 roku. Obowiązujące przed uzyskaniem członkostwa w UE najwyższe dopuszczalne poziomy w poszczególnych grupach środków spożywczych ustalono na 0,003 mg/kg dla mleka płynnego i produktów mlecznych w formie gotowej do spożycia dla niemowląt i małych dzieci i na poziomie 1,0 mg/kg dla ryb drapieżnych. Najwyższy dopuszczalny poziom rtęci w grzybach świeżych wynosi 0,05 mg/kg, a w grzybach suszonych – 0,50 mg/kg [13].

W obowiązującym aktualnie „Rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1881/2006 z dnia 19 grudnia 2006 roku ustalającym najwyższe dopuszczalne poziomy niektórych zanieczyszczeń w środkach spożywczych", podane zostały limity zawartości rtęci tylko w niektórych środkach spożywczych, takich jak ryby i produkty rybołówstwa (0,50–1,0 mg/kg świeżej masy) oraz suplementy diety (0,10 mg/kg) [13, 14]. Zanieczyszczenie środków spożywczych nie powinno przekraczać najniższego rozsądnie osiągalnego poziomu przy zastosowaniu zasad dobrej praktyki produkcyjnej ALARA (ang. *as low as reasonable achievable*). Taki poziom rtęci (0,01–0,02 mg/kg) został podany w „Rozporządzeniu (WE) nr 396/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych poziomów pozostałości pestycydów w żywności i paszy pochodzenia roślinnego i zwierzęcego oraz na ich powierzchni, zmieniające dyrektywę Rady 91/414/EWG" [15]. Stosowanie środków ochrony roślin zawierających związki rtęci w krajach Unii Europejskiej od wielu lat jest zabronione. W wodzie do picia oraz naturalnych wodach mineralnych poziom rtęci nie powinien przekraczać 0,001 mg/l, w substancjach dodatkowych – 1 mg/kg, a w paszach – 0,1–0,5 mg/kg. W 2010 r., na podstawie oceny ryzyka, połączony Komitet Ekspertów FAO/WHO do spraw dodatków do żywności (JECFA) określił dawkę tymczasowego tolerowanego tygodniowego pobrania (PTWI) dla rtęci nieorganicznej jako 4 µg/kg m.c. (0,24 mg/osobę). Dla metylorteci PTWI zawężono do wartości 1,6 µg/kg m.c. W najnowszej ocenie ryzyka i opinii z końca 2012 r. Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) obniżył wartość PTWI dla metylorteci do 1,3 µg/kg m.c. [16].

Rtęć w medycynie

Z powodu toksyczności rtęci jej zastosowanie we współczesnej medycynie jest przedmiotem wielu kontrowersji. Od dziesiątek lat toczy się np. dyskusja na temat dopuszczalności stosowania zawierającego rtęć amalgamatu jako wypełniacza w stomatologii [17]. Rtęć i inne metale ciężkie bywają oskarżane o przyczynianie się do powodowania wielu chorób układu nerwowego, takich jak zanik nerwu wzrokowego, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane czy choroba Parkinsona. Toksyczność rtęci jest ponadto wskazywana jako prawdopodobna

przyczyna autyzmu u dzieci [18–20]. Fakt wykorzystywania tiomersalu zawierającego etylen rtęci jako środka konserwującego w produkcji szczepionek, a także w produkcji niektórych maści i leków jest od lat przedmiotem wielkich kontrowersji. Pojawiające się w środkach masowego przekazu oraz w wystąpieniach publicznych osób związanych z ruchami antyszczepionkowymi głosy na temat domniemanego związku między wykonywaniem szczepień ochronnych szczepionkami zawierającymi tiomersal a występowaniem u dzieci autyzmu spowodowały u niektórych rodziców reakcje lękowe, prowadzące do odmowy poddania dzieci szczepieniom profilaktycznym. Tiomersal został po raz pierwszy użyty jako konserwant w szczepionkach w latach 30. XX wieku. W sposób bardzo skuteczny chroni on preparaty szczepionkowe przed niekontrolowanym rozwojem bakterii i grzybów. W procesie produkcji szczepionek użycie tiomersalu przyczynia się do poprawy mikrobiologicznej jakości preparatu, a w innych przypadkach śladowe ilości rtęci pochodzące z tiomersalu zapewniają stabilizację antygenu szczepionkowego [21]. Dzięki tiomersalowi szczepionki mogą być przechowywane w wielodawkowych opakowaniach bez obawy, że zawartość zniszczą bakterie lub grzyby. W efekcie dużo łatwiejsze jest przechowywanie takich form szczepionek, zwłaszcza w lodówce, co obniża koszty szczepień w porównaniu z fiolkami jednodawkowymi. Tiomersal jest więc szczególnie ważnym czynnikiem rozwiązującym problemy zachowania prawidłowego łańcucha chłodniczego, które w przypadku krajów biednych i tropikalnych zdarzają się relatywnie często.

Opinie na temat związku szczepień z powstawaniem autyzmu bazują na niepoprawnie przeprowadzonych badaniach, które z racji popełnionych błędów metodycznych są niewiarygodne i nie mogą stanowić podstawy do wnioskowania [22]. Wiele instytucji czuwających nad bezpieczeństwem szczepień, w tym Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Europejskie Centrum Kontroli Chorób Zakaźnych (ECDC), Europejski Urząd Rejestracji Leków (EMEA) oraz pediatryczne towarzystwa naukowe, na podstawie szeregu prawidłowo zaplanowanych badań, przeprowadzonych niezależnie przez wiele zespołów naukowych w różnych krajach na świecie, uznało, że szczepionki z dodatkiem tiomersalu są bezpieczne. Nie wykazano związku pomiędzy szczepieniem dzieci preparatami z tiomersalem a zachorowaniami na autyzm lub inne choroby mózgu u dzieci [19–23]. Do 1999 roku tiomersal był składnikiem wszystkich szczepionek: skojarzonej przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP) z pełnokomórkowym komponentem krztuśca, szczepionek przeciwko błonicy i krztuścowi z acelularnym komponentem krztuśca, a także szczepionek przeciwko Haemophilus influenzae typu b (Hib) oraz przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B [18]. W 1997 roku amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) podjęła badania nad wpływem tego konserwantu na ludzki organizm. Badania te miały na celu generalną ocenę ryzyka związanego z zawartością rtęci także w innych lekach i w żywności. W efekcie tych badań ustalono, że oprócz powodowania łagodnych poszczepiennych odczynów miejscowych, tiomersal zawarty w szczepionkach nie jest szkodliwy. Jednakże już 2 lata później (1999 roku) Amerykańska Akademia Pediatrii w porozumieniu z producentami szczepionek uzgodniła, że należy dążyć do ograniczenia, a nawet wyeliminowania tiomersalu ze szczepionek. Ustalony też został limit, zgodnie z którym każde dziecko realizujące w USA pełny zakres obowiązujących szczepień ochronnych w ciągu 6 miesięcy życia może otrzymać nie więcej niż 187,5 µg etylenu rtęci [21, 24]. W ślad za tymi wskazaniami producenci szczepionek w ostatnich latach wycofali się ze stosowania tiomersalu. Również w Polsce, w 2009 roku, Rada Sanitarno-Epidemiologiczna przy Głównym Inspektorze Sanitarnym wydała opinię w sprawie stosowania tiomersalu jako środka konserwującego szczepionki – ogłoszono, że nie ma naukowych podstaw do stwierdzenia związku między wykonywaniem szczepień szczepionkami zawierającymi tiomersal a powstawaniem autyzmu. Tym niemniej należy podjąć działania mające na celu eliminowanie z programu szczepień ochronnych preparatów zawierających tiomersal i wprowadzanie nowych szczepionek pozbawionych związków rtęci [25, 26] (**Tabela 1**).

Aktualnie w Polsce tylko w jednej szczepionce dla małych dzieci (skojarzonej przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi pełnokomórkowej – DTP, ewentualnie w jej pojedynczych składowych wyjątkowo stosowanych zamiast DTP) jest obecny środek konserwujący – tiomersal. Tiomersal zawiera około 50% etylortęci, w niewielkim, dopuszczalnym dla urzędów rejestracyjnych stężeniu, w którym jest bezpieczny i nie działa toksycznie. Tiomersal po szczepieniu jest w ciągu kilku dni wydalany z organizmu, nawet noworodków i najmłodszych niemowląt. Mimo opublikowania wielu nowych badań klinicznych wykazujących, że tiomersal w szczepionkach jest bezpieczny dla dzieci i nie zwiększa ryzyka zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego, niepokój wśród rodziców i pacjentów pozostał. Nie jest łatwo odbudować raz podważone zaufanie do bezpieczeństwa szczepień. Szczęśliwie w przypadku szczególnie wyrażanych obaw rodziców istnieje, w ramach szczepień odpłatnych, możliwość wybrania innej formy szczepionki DTP, pozbawionej tiomersalu.

Tabela 1. Preparaty szczepionkowe zarejestrowane w Polsce zawierające tiomersal i wolne od tiomersalu [25]

Szczepionki zawierające tiomersal	Szczepionki wolne od tiomersalu
IRS 19	Engerix B
Euvax B	Fluarix
Fluvirin	H-B-Vax PRO
H-B-Vax II	Influvac
Isiflu zonale	Vaxigrip (1-dawkowy)
Szczepionka błonicza (D)	Hepavax Gene
Szczepionka błonicza (d)	
Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuśćcowa (DTP)	
Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuśćcowa (DT COQ)	
Szczepionka błoniczo-tężcowa (DT)	
Szczepionka tężcowa (T)	
Szczepionka tężcowo-błonicza	
Tritaqnrix HB (DTPw – wzw B)	
Vaxigrip (10-dawkowy)	

Podsumowanie

Każde przyjęcie pierwiastka tak toksycznego jak rtęć, kumulującego się w organizmie, jest zdarzeniem niepożądanym. Zasadne wydaje się podjęcie wszelkich działań mających na celu unikanie stosowania związków rtęci pod każdą postacią. Kluczowym celem przyjętej w 2005 roku Strategii Wspólnoty Europejskiej w zakresie rtęci jest obniżenie poziomu rtęci w środowisku poprzez ograniczenie i stopniową eliminację emisji oraz ochronę społeczeństwa przed narażeniem na działanie tego toksycznego pierwiastka. Głównym źródłem narażenia człowieka na ten pierwiastek jest żywność, dlatego szczególny nacisk położony został na zapobieganie pobieraniu rtęci z żywnością. Pomimo braku potwierdzenia toksyczności rtęci zawartej w szczepionkach należy podjąć działania mające na celu eliminowanie z programu szczepień ochronnych preparatów zawierających tiomersal i wprowadzanie nowych szczepionek pozbawionych związków rtęci.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Kłys M. Z rtęcią (i...) przez stulecia. Arch Med Sąd Kryminol. 2010; 60: 298–307.
2. Heiserman DL. Księga pierwiastków chemicznych. Warszawa: Prószyński i S-ka; 1997. 145.
3. UNEP 2002. Global Mercury Assessment. Geneva: UNEP Chemicals 2002, 1–270, http://www.unep.org/gc/gc22/Document/UNEP-GC22-INF3.pdf (data dostępu: 24.02.2016).
4. Morel FMM, Kraepiel AML, Amyot M. The chemical cycle and bioaccumulation of mercury. Ann Rev Ecol Syst. 1998; 29: 543–566.
5. Mania M, Wojciechowska-Mazurek M, Starska K, Rebeniak M, Postupolski J. Ryby i owoce morza, jako źródło narażenia człowieka na metylortęć. Rocz PZH. 2012; 63(3): 257–264.
6. Leśniewska E, Szynkowska MI, Paryjczak T. Główne źródła rtęci w organizmach ludzi nie narażonych zawodowo. Rocz Ochrona Środowiska. 2009; 11: 403–419.
7. AMAP/UNEP 2008. Technical Background Report to the Global Atmospheric Mercury Assessment. Arctic Monitoring and Assessment Programme / UNEP Chemicals Branch, 1–159, http://www.unep.org/chemicalsandwaste/Portals/9/Mercury/Documents/Publications/Technical_background_report.pdf (data dostępu: 24.02.2016).
8. Pacyna EG, Pacyna JM, Pirrone N. European emissions of atmospheric mercury from anthropogenic sources in 1995. Atmos Environ. 2001; 35(17): 2987–2996.
9. Chmielnicka J. Toksyczność metali i półmetali (metaloidów). (W:) Seńczuk W (red.). Toksykologia współczesna. Warszawa: PZWL; 2006. 360–446.
10. Hachiya N. The history and the present of Minamata disease – entering the second half a century. JMAJ. 2006; 49(3): 112–118.
11. Skerfving SB, Copplestone JF. Poisoning caused by the consumption of organomercury-dressed seed in Iraq. Bull World Health Organ. 1976; 54(1): 101–112.
12. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 847/2012 z dnia 19 września 2012 r. zmieniające załącznik XVII do rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH) w odniesieniu do rtęci.
13. Wojciechowska-Mazurek M, Mania M, Starska K, Rebeniak M, Karłowski K. Pierwiastki szkodliwe dla zdrowia w grzybach jadalnych w Polsce. Bromat Chem Toksykol. 2011; 44(2): 143–149.
14. Dz. Urz. UE L 364 z 20 grudnia 2006 r., z późn. zm.: Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1881/2006 z dnia 19 grudnia 2006 r. ustalającym najwyższe dopuszczalne poziomy niektórych zanieczyszczeń w środkach spożywczych.
15. Dz. Urz. UE L 70 z 16 marca 2005 r. z późn. zm.: Rozporządzenie (WE) nr 396/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych poziomów pozostałości pestycydów w żywności i paszy

pochodzenia roślinnego i zwierzęcego oraz na ich powierzchni, zmieniające dyrektywę Rady 91/414/EWG.
16. Benford D, Ceccatelli S, Cottrill B, DiNovi M, Dogliotti E, Edler L et al. EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM): Scientific Opinion on the risk for public health related to the presence of mercury and methylmercury in food. EFSA J. 2012; 10(12): 2985 [1–241], http://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/scientific_output/files/main_documents/2985.pdf (data dostępu: 24.02.2016).
17. Łapińska J, Kasacka I. Uboczne działanie amalgamatów i materiałów złożonych – na podstawie piśmiennictwa. Czas Stomatol. 2008; 61(8): 577–587.
18. Czajka H, Wysocki J. Kontrowersje wokół tiomersalu. (W:) Czajka H, Wysocki J (red.). Szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych. Vademecum. Kraków: Wyd. Help-Med; 2010.150.
19. Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. Vaccine. 2014; 32(29): 3623–3629.
20. DeStefano F, Price CS, Weintraub ES. Increasing exposure to antibody-stimulating proteins and polysaccharides in vaccines is not associated with risk of autism. J Pediatr. 2013; 163: 561–567.
21. Thimerosal in Vaccines, www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/thiomersal (data dostępu: 24.02.2016).
22. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M, Berelowitz M, Dhillon AP, Thomson MA, Harvey P, Valentine A, Davies SE, Walker-Smith JA. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet. 1998; 351: 637–641.
23. Global Advisory Committee on Vaccine Safety. Report of meeting held 6–7 June 2012 published in the WHO Weekly Epidemiological Record on 27 July 2012, www.who.int/vaccine_safety/committee/reports/Jun_2012/en/ (data dostępu: 24.02.2016).
24. CDC: Thimerosal in vaccines: a joint statement of the American Academy of Pediatrics and the Public Health Service. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1999; 48(26): 563–565.
25. Opinia Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie stosowania tiomersalu, jako środka konserwującego szczepionki z dnia 27 marca 2009 r., http://www.pis.gov.pl/userfiles/file/Departament%20Przeciwepidemiczny/szczepienia/opinia%20w%20sprawie%20stosowania%20tiomersalu.pdf (data dostępu: 24.02.2016).
26. Wysocki MJ, Zieliński A, Brydak LB, Bucholc B. Oświadczenie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny na temat bezpieczeństwa szczepionek i szczepień. Prz Epidemiol. 2010; 64(1): 105–107.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Elżbieta Król-Pakulska
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie
ul. Wincentego Pola 6
71-342 Szczecin
tel.: 91 487 03 13, 91 484 93 51
e-mail: psse.szczecin@pis.gov.pl; sekretariat@psse.szczecin.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

PROBLEM DIAGNOSTYKI GRUCZOŁÓW SUTKOWYCH W GINEKOLOGII WIEKU ROZWOJOWEGO

THE PROBLEM OF BREAST GLANDS DIAGNOSIS IN GYNECOLOGY OF THE ADOLESCENCE

Grażyna Jarząbek-Bielecka[1], Magdalena Pisarska-Krawczyk[2,3], Małgorzata Mizgier[4], Ewa Szłyk[1], Mikołaj Sinica[1], Witold Kędzia[1], Maciej Wilczak[2,3,5]

[1] Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu
[3] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[4] Zakład Dietetyki, Katedra Nauk Biomedycznych i Nauk o Zdrowiu, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu
[5] Zakład Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.70

STRESZCZENIE

Zmiany w obrębie gruczołów sutkowych w okresie rozwojowym często budzą niepokój u rodziców i pediatrów związany z obawą przed zachorowaniem na choroby nowotworowe. W prezentowanym artykule poruszono kwestie prawidłowości rozwoju gruczołów sutkowych u dziewcząt, zwracając uwagę na aspekty embriologiczne. Przedstawiono problem przedwczesnego i opóźnionego rozwoju gruczołów sutkowych na tle problemu przedwczesnego i opóźnionego pokwitania. Zwrócono uwagę, że powiększenie gruczołów sutkowych u dzieci może być objawem patologicznym nie tylko po okresie dojrzewania. Wraz z wiekiem wzrasta częstość zachorowań na choroby gruczołów sutkowych; choroby te zostały omówione. U dziewcząt choroby gruczołów piersiowych nie są na szczęście częste, a u kobiet przed 20. rokiem życia występowanie nowotworów złośliwych zdarza się bardzo sporadycznie. Jednakże jednymi z zadań ginekologii wieku rozwojowego są promocja zdrowia, edukacja seksualna i kształtowanie prawidłowych postaw wobec profilaktyki onkologicznej.

Słowa kluczowe: gruczoły sutkowe, rozwój, dziewczęta, ginekologia.

ABSTRACT

The changes in the area of breast glands in the puberty often raise anxiety among parents and paediatricians due to the risk of tumour. This paper touches upon the issues of correct development of breast glands among girls, in particular in the aspect of embriology. It also describes the problem of premature and delayed growth of breast glands in the context of premature and delayed adolescence. It has been noted that the overgrowth of the breast glands in children can be a pathological symptom not only after the adolescence period. The increase in number of breast gland issues grows with the age. The issues with breast glands among girls are rare, and cancer among women below the age of 20 is sporadic. Nevertheless, one of the adolescent gynecology's main goals and tasks is the promotion of health, sexual education and promotion of correct conduct regarding cancer prevention.

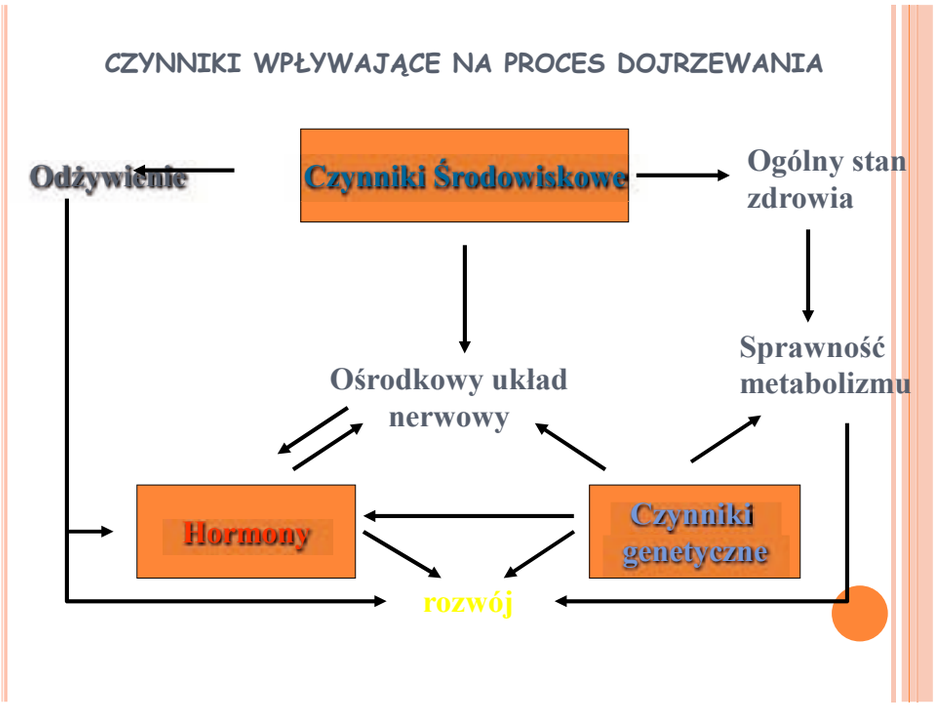
Keywords: breast, development, girls, gynecology.

Jednym z istotnych celów ginekologii wieku rozwojowego jest szeroko pojęta profilaktyka zdrowia, uwzględniająca, oprócz diagnostyki i terapii, szereg zadań profilaktycznych i edukacyjnych.

Zdrowy styl życia prowadzony od najmłodszych lat jest bowiem warunkiem prawidłowego rozwoju psychofizycznego i zdrowotnego, a działania, wybory i wypracowane nawyki w młodym wieku najczęściej determinują zachowania podejmowane przez całe życie (**Rycina 1**).

Takim działaniem jest ocena prawidłowości rozwoju gruczołów sutkowych, uczenie samokontroli, badania profilaktyczne, choć istotnie w wieku rozwojowym patologia gruczołów sutkowych zdarza się rzadko. Wielokrotnie powtarza się, że w tej dziedzinie każde działanie lekarskie musi być dostosowane do wieku pacjentki, do etapu jej rozwoju tak fizycznego, jak i psychicznego, z uwzględnieniem cech indywidualnych pacjentki. Już u noworodka ocenia się gruczoły sutkowe: tuż po urodzeniu może zdarzyć się przejściowe powiększenie gruczołów sutkowych. Jest to wynikiem oddziaływania estrogenów i prolaktyny matki w okresie życia płodowego, czemu może towarzyszyć wydzielanie substancji podobnej do siary. Zjawisko to powinno stopniowo ustąpić w ciągu kilku tygodni i nie wymaga ono leczenia, lecz obserwacji [1–5].

Z punktu widzenia embriologii gruczoły sutkowe należą do gruczołów skórnych, a zawiązki gruczołów sutkowych



Rycina 1. Czynniki wpływające na proces rozwoju istotne w promocji zdrowia

zaczynają się tworzyć około 6. tygodnia życia płodowego jako pasmowate, symetryczne zgrubienia ektodermy na przednio-bocznej powierzchni zarodka (tzw. listewki mlekowe lub grzebienie gruczołu mlekowego sięgające od okolicy pachowej do pachwinowej zarodka, stopniowo wpuklające się w warstwę mezenchymy). W ciągu kilku tygodni listewki mlekowe ulegają zanikowi, a ich pozostałością jest symetryczny pączek ektodermalny w okolicy piersiowej, w którym formują się pączki wtórne oraz przewody mlekowe. Z mezenchymy powstają komórki mięśniowo-nabłonkowe, tkanka łączna i tkanka tłuszczowa; brodawka i ujścia przewodów wyprowadzających rozwijają się dopiero pod koniec okresu płodowego.

Do oceny rozwoju gruczołów sutkowych stosuje się 5-stopniową skalę Tannera:

- B1 – niewyczuwalne pod wpływem dotyku gruczoły sutkowe,
- B2 – piersi nabrzmiałe, powiększenie otoczki brodawki, gruczoł w obrębie otoczki brodawki sutkowej jest uwypuklony,
- B3 – piersi są większe od otoczek brodawek sutkowych,
- B4 – gruczoł sutkowy jest uformowany, pierś w obrębie otoczki brodawki odróżnia się znacznie od reszty gruczołu sutkowego,
- B5 – gruczoły sutkowe są dojrzałe.

Diagnostyka gruczołów sutkowych u dziewcząt polega na oglądaniu, badaniu palpacyjnym, ewentualnie USG i ewentualnie biopsji. Palpacyjnie można dokonać rozpoznania bądź wykluczenia zmian patologicznych, wycieku z brodawek, określić kształt, symetrię gruczołów i – jak wspomniano – wielkość gruczołów sutkowych w odniesieniu do skali Tannera. Badanie gruczołów sutkowych jest elementem badania ginekologicznego – dotyczy intymnych sfer pacjentek – niewłaściwie przeprowadzone może być przyczyną wielu zahamowań, wstydu, niechęci ze strony pacjentek także do samokontroli gruczołów sutkowych w przyszłości [2, 5–9].

Rozwój gruczołów sutkowych w okresie pokwitania może być na tyle dynamiczny, że tworzą się na nich rozstępy skórne, a bezpośrednią ich przyczyną jest zerwanie sieci włókien kolagenowych, które tworzą strukturę tkanki skóry gruczołów sutkowych. Dość częstym problemem zgłaszanym przez matki dziewczynek i same dziewczynki jest ból gruczołów sutkowych związany ze stadium II rozwoju, tzw. stadium pączka. Należy podkreślić, że dojrzewanie dziewcząt rozpoczyna się od powiększenia gruczołów piersiowych – będącego jednym z pierwszych objawów pokwitania. Na rozwój gruczołów sutkowych wpływają hormony: estrogeny, progesteron, prolaktyna, ale również hormony tarczycy i hormon wzrostu – w aspekcie prawidłowości rozwoju, także gruczołów sutkowych, istotne jest właściwe odżywianie [1, 2, 5, 10, 11].

Cechami gruczołów sutkowych młodocianych pacjentek są ich jędrność, obfitość tkanki tłuszczowej i tkanki gruczołowej. W późniejszym okresie życia u kobiet wraz

z wiekiem następuje ubywanie tkanki gruczołowej w piersiach – im starsza kobieta, tym jej gruczoły tracą na jędrności i spoistości [2, 5, 11–13].

Badanie palpacyjne gruczołów sutkowych powinno być przeprowadzone w pozycji zarówno stojącej, jak i siedzącej czy leżącej. Ważnym etapem jest ich oglądanie ze zwróceniem uwagi na ich kształt, wielkość, symetrię – czy na piersiach nie znajdują się niepokojące zmiany, np. wciągnięcia czy spłaszczenia brodawki sutkowej, przebarwienia, przebieg żylny i ewentualne obrzęki. Ocena gruczołów sutkowych dotyczy całych piersi, włącznie z brodawkami i dołami pachowymi celem oceny węzłów chłonnych. Gruczoły sutkowe ocenia się palpacyjnie, w czterech kwadrantach, kolejno jeden po drugim od zewnątrz do wewnątrz, wykonując przy tym ruchy koliste, zgodne z kierunkiem wskazówek zegara. Podczas badania dołów pachowych ramiona powinny być rozluźnione. Przy okazji badania ginekologicznego dziewczęta uczone też są profilaktyki onkologicznej: kobiece piersi narażone są na choroby, a samokontrola, właściwa pielęgnacja i okresowe badania są niezmiernie ważne. Częstotliwość samokontroli zależy od wieku i cyklu miesiączkowego. Choć rozwój gruczołów sutkowych uważa się za w pełni zakończony w około 20. roku życia, także u pacjentek poradni ginekologii wieku rozwojowego wskazana jest edukacja prozdrowotna obejmująca przekazanie dziewczętom w okresie adolescencji wiedzy o samokontroli piersi. Dziewczęta powinny wiedzieć, jak wykonywać samokontrolę i że systematyczne samobadanie piersi powinny rozpocząć od 20. roku życia i wykonywać je najlepiej między 7. a 10. dniem cyklu, liczonym od pierwszego dnia okresu [2, 5, 14–16].

W poradniach ginekologii dziecięcej warto przekazać wiedzę, jak przeprowadzić samokontrolę gruczołów sutkowych.

Poniżej wymieniono zjawiska patologiczne w obrębie gruczołów sutkowych dziewcząt.

1. Dysplazja włóknisto-torbielowata (zmiana łagodna).
2. Guzy gruczołów sutkowych (u dzieci należą do rzadkości, częściej u dziewcząt w okresie pokwitania) – najczęściej niezłośliwe gruczolaki i brodawczaki.
   Do tych guzów łagodnych należą:
   - gruczolakowłókniaki,
   - brodawczaki wewnątrzprzewodowe.
3. Brodawczakowatość młodzieńcza (niezłośliwa, wyraźnie odgraniczona zmiana rozrostowa występująca najczęściej u dziewcząt w wieku powyżej 10. roku życia; zmiany pod postacią wielotorbielowatych struktur z włóknistym zrębem).
4. Inne zmiany łagodne: tłuszczaki, naczyniaki krwionośne i limfatyczne oraz torbiele.
5. Procesy zapalne, w tym ropnie (zapalenia o etiologii bakteryjnej wywoływane przez *Staphylococcus aureus*, *Salmonella*, *Escherichia coli*, rzadziej *Pseudomonas aeruginosa*, zapalenia o etiologii gruźliczej oraz występujące u osób z obniżoną odpornością zapalenia grzybicze).
6. Nowotwory złośliwe pierwotne (rak gruczołu sutkowego na szczęście jest bardzo rzadkim nowotworem u dzieci – poniżej 0,1% dzieci i mniej niż 1% wszystkich nowotworów złośliwych w pediatrii – znaczenie ma tu krótki okres ekspozycji na działanie estrogenów).
7. Nowotwory złośliwe przerzutowe (występują częściej niż nowotwory złośliwe pierwotne).
8. Mastalgia (bolesność gruczołów sutkowych związana z zespołem napięcia przedmiesiączkowego; zwykle jest ona związana z zaburzeniem równowagi hormonalnej w organizmie kobiety i może nasilać się szczególnie w okresie intensywnych przemian hormonalnych).
9. Nieprawidłowości rozwojowe w obrębie gruczołów sutkowych u dziewcząt:
   - asymetryczny rozwój sutków,
   - sutki dodatkowe (*mammilia accesoria*, *polythelia*, *polymastia*),
   - młodzieńczy przerost sutków (*hypertrophia mammae*),
   - mastodynia,
   - przedwczesny rozwój gruczołów sutkowych (*pubertas praecox*, *thelarche praecox*). Należy podkreślić, że wyciek z brodawek sutkowych wymaga oceny stężenia prolaktyny [2, 3, 5, 14, 16–18].
   - niedorozwój lub brak rozwoju gruczołów sutkowych (*aplasia* lub *hypoplasia mammae*). Mogą być objawami opóźnionego pokwitania (*pubertas tarda*), niedożywienia, ale są i inne przyczyny:
     - całkowity brak sutków wynika z zaniku listewek mlecznych w okresie embriogenezy, czemu mogą towarzyszyć inne wady wrodzone, jak w zespole Polanda (jednostronny brak brodawki sutkowej (*athelia*), brak (*amastia*) lub hipoplazja gruczołu sutkowego, brak mięśnia piersiowego większego, anomalie homolateralnej kończyny górnej współistniejące z wadami nerek i nowotworami),
     - brak rozwoju gruczołu piersiowego (*aplasia mammae*), np. jako efekt urazu, stanu zapalnego lub radioterapii,
     - hipoplazja sutków, np. związana z niedoborem estrogenów lub zaburzeniami funkcjonowania ich receptorów tkankowych.

Podsumowując, należy podkreślić raz jeszcze, że choć u dziewcząt choroby gruczołów sutkowych nie są częste, to jednak istnieje konieczność monitorowania rozwoju gruczołów sutkowych, ich diagnostyki oraz należy edukować dziewczęta i ich mamy w zakresie działań profilaktycznych [2, 17–21].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Jakubik J. Najczęstsze choroby i zaburzenia rozwojowe piersi u dzieci i młodych kobiet. Współcz Onkol. 2004; 8(6): 288–295.
2. Jarząbek-Bielecka G, Pisarska-Krawczyk M, Mizgier M, Kędzia W. The assessment of 17 year old patients' knowledge about a self-control of mammary glands – the proposal of a scheme of teaching mammary glands self-control. Endokr Pediatr. 2017; 16, 3: 177–186.
3. Kaplowitz K. Delayed puberty. Pediatr Rev. 2010; 31: 189–195.
4. Pisarski T, Jarząbek-Bielecka G, Pisarska-Krawczyk M. Zagadnienia rozwoju płciowego w ginekologii praktycznej. Kalisz: PWSZ; 2011.
5. Malczyk Ż, Kleszyk M, Jarzumbek A, Górowska-Kowolik. Diseases and disorders of breast in children Citing articles (35). Pediatr Pol. 2016.
6. Grossl NA. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features South Med J. 2000; 93(1): 29–32.
7. Nirupama K, De Silva ML. Brandt Disorders of the breast in children and adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006; 19(5): 345–349.
8. Laufer MR, Goldstein DP. The breast: examination and lesions. Pediatric & adolescent gynecology. 5th ed. Philidelphia: Williams & Wilkins; 2005. 729–759
9. Gutierrez J, Housri BA, Koniaris LG, Fischer AC, Sola JE. Malignant breast cancer in children: a review of 75 patients. J Surg Res. 2008; 147(2): 182–188.
10. Kennedy RD, Bouhey JC. Management of pediatric and adolescent breast masses Semin Plast Surg. 2013; 27(1): 19–22.
11. Kaneda JH, Mack J, Kasales CJ, Schetter S. Pediatric and adolescent breast masses: a review of pathophysiology, imaging, diagnosis and treatment AJR Am J Roentgenol. 2013; 200(2): 204–212.
12. Engelman MFB, Mundim FGL, Grande RM, Waitzberg AFL. Secretory breast carcinoma in a seven-year-old girl: case report and review of the literature. Rev Bras Masologia. 2011; 21(2): 73–77.
13. Wikiera J, Basiak A, Barg E, Noczyńska A. Przedwczesne izolowane powiększenie gruczołów piersiowych – obecny stan wiedzy. Endocr Dev. 2004; 7: 57–65.
14. Jarząbek-Bielecka G, Warchoł-Biedermann K, Sowińska E, Wachowiak-Ochmańska K. Precocious Puberty. Ginekol Pol. 2011; 82(4): 281–286.
15. Fenichel P. Delayed Puberty. (W:) Sultan C (red.). Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence-Based Clinical Practice. 2nd, revised and extended edition. Endocr Dev. Basel: Karger; 2012. Vol 22. 138–159.
16. Jarząbek-Bielecka G, Pisarska-Krawczyk M, Opala T. Opóźnione dojrzewanie płciowe jako problem w ginekologii dziecięcej. (W:) Pisarska-Krawczyk M, Jarząbek-Bielecka G (red.). Zagadnienia interdyscyplinarne w ginekologii praktycznej. Kalisz: PWSZ; 2014. 69–93.
17. Wolfenden H. Delayed puberty Fiona Ryan. Paediatr Child Health. 2014; 24(3).
18. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Endokrinologie (APE) als Sektion der der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) sowie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie Pubertas tarda und Hypogonadismus 2011.
19. Jarząbek-Bielecka G, Sowińska-Przepiera E, Szafińska-Dolata A, Kędzia W, Kędzia A. Girls delayed puberty. Endokr Pediatr. 2014; 13(3): 65–69.
20. Jarząbek-Bielecka G, Sowińska-Przepiera E, Szafińska-Dolata A, Kędzia W, Kędzia A. Hipogonadyzm hipogonadotropowy jako przyczyna opóźnionego pokwitania dziewcząt. Endokr Pediatr. 2014; 13(4): 41–45.
21. Haschke F, van't Hof MA. Euro-Growth references for breast-fed boys and girls: influence of breast-feeding and solids on growth until 36 months of age. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000; 31, suppl. 1: 60–71.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Maciej Wilczak
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
e-mail: kzmid@gpsk.am.poznan.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

DIETY WEGETARIAŃSKIE STOSOWANE W OKRESIE CIĄŻY I LAKTACJI

VEGETARIAN DIETS DURING PREGNANCY AND LACTATION

Joanna Moćkun[1], Jolanta Olszewska[1], Jakub Pietrzak[1], Lucyna Wójcicka[1], Aleksandra Śliwińska[2]

[1] Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny
[2] Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki, Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.71

STRESZCZENIE

Z roku na rok zwiększa się grono osób deklarujących wykluczenie pokarmów zwierzęcych ze swojej diety, rozpoczynających stosowanie różnych odmian wegetarianizmu. Według danych w 2013 roku dietę bezmięsną deklarowało około miliona Polaków, jest to o 600 tysięcy więcej niż w roku 2000. Wykluczenie mięsa z jadłospisu osób dorosłych nie budzi tylu obaw i jest społecznie akceptowane, a nawet staje się czymś w rodzaju „mody". Mimo wzrostu świadomości społeczeństwa w dalszym ciągu jednak najwięcej wątpliwości pojawia się przy stosowaniu diet bezmięsnych u ciężarnych, dzieci i młodzieży. I choć Ministerstwo Zdrowia oraz Amerykańskie Stowarzyszenie Dietetyczne zapewniają, że odpowiednio zaplanowane diety wegetariańskie, w tym także ich ścisła odmiana – weganizm, mogą być stosowane na każdym etapie życia, również w okresie ciąży i laktacji, okresie niemowlęcym, dzieciństwie czy okresie dojrzewania, to liczba osób, w tym także pracowników systemu opieki zdrowotnej, straszących będące na diecie wegetariańskiej kobiety ciężarne, a później matki, tylko nieznacznie maleje. W poniższym artykule przedstawiamy studium przypadku – kobiety, która w okresie ciąży stosowała dietę wegetariańską, wychowuje swoje dzieci również według zasad wegetarianizmu; prezentujemy także najnowsze publikacje i wytyczne środowisk dietetycznych jednoznacznie wskazujące na fakt, że odpowiednio zbilansowane diety wegetariańskie są bezpieczne na każdym etapie życia.

Słowa kluczowe: wegetarianizm, ciąża, dieta, laktacja.

ABSTRACT

Every year the number of people declaring exclusion of animal food from their diet, using different variations of vegetarianism, increases. Studies show that the motivations are different, ranging from the desire to take care of one's health, ethic reasons and fear of harmful substances added to food, to the ecology and trend of being fit. Exclusion of meat from the diet of adults does not raise many concerns, is socially accepted and even becomes a sort of "fashion". Still, despite an increase in public awareness, many doubts arise from the use of non-meat diets in case of pregnancy women, children and adolescents. Fortunately, an increasing number and availability of research related to the development of children on vegetarian diets, increased the knowledge of parents who frequently and willingly, and above all, consciously refrain from giving their children meat, as well as other foods of animal origin. Pregnancy is a period in which the woman's body comes to a great many changes. Although before the fourth month of the pregnancy the demand for food and nutrients increases only slightly (except for folic acid), after this period, the expectant mother should pay a particular attention to the increase in the amount of specific vitamins and nutrients. The American Dietetic Association and Dietitians of Canada is of the opinion that a properly planned and balanced vegetarian as well as vegan diet, can be used in every period of human life - including pregnancy and lactation. Despite this official information which proves the safety and the proper development of the pregnancy, as well as the health of the fetus, this fact is controversial and one can still hear the statement 'vegetarianism or pregnancy'. Popular today is a statement declaring that women on meatless diets have problems with getting pregnant, as well as with proper development of the pregnancy. This thesis is not confirmed by any available research. In case of poorly balanced diet, both vegetarian and others, problems with fertility or numerous miscarriages may occur as a result of an insufficient supply of micro and macro elements. Future mother's diet is of great importance not only for the development and proper growth of the fetus, but also for the development of the child already born. In the article below, we present a case study of a woman who was on a vegetarian diet during pregnancy and also raises her children according to vegetarian rules. Moreover, we also present recent dietary guidelines and publications, which clearly indicate that properly balanced vegetarian diets are safe at every stage of life.

Keywords: vegetarianism, pregnancy, diet, lactation.

Diety wegetariańskie

Głównym założeniem wegetarianizmu jest nie tyle aspekt dietetyczny, ile współczucie w stosunku do zwierząt – wegetarianizm jest przede wszystkim nastawiony na dobro tych stworzeń, co wyklucza spożywanie jakiegokolwiek mięsa, także mięsa ryb. Niepoprawne stosowanie przez społeczeństwo określenia: wegetarianizm powoduje, że aby przejść do dalszej części pracy, należy wyjaśnić różnice pomiędzy różnymi odmianami diet bezmięsnych. I tak w zależności do rodzaju dopuszczalnych pokarmów wyróżnia się: dietę jarską oraz odmiany diet wegetariańskich: laktoowowegetarańską, laktowegetariańską, owowegetariańską, wegańską, witarianizm oraz frutarianizm.

Dieta jarska to dieta, której określenie budzi pewne kontrowersje. Istnieją dwie definicje diety jarskiej, pierwsza określa osoby ją stosujące jako wegetarian (semiwegetarian) spożywających drób bądź ryby, a także żelatynę czy krew. Druga natomiast mówi o osobach, które odrzuciły spożywanie mięsa nie ze względów etycznych, a dla

własnego dobra, ale jednocześnie osoby te noszą skórzaną garderobę.

Laktoowowegetarianizm to najczęstsza odmiana diety wegetariańskiej. Określenie: wegetarianin odnosi się właśnie do tego rodzaju diety. Wyklucza ona spożywanie każdego gatunku mięsa, ale dopuszcza spożywanie nabiału i jajek.

Laktowegetarianizm odnosi się do wegetarian, którzy poza tym, że wykluczyli ze swojej diety produkty mięsne, nie spożywają także jajek, ale dopuszczają spożywanie nabiału. Ze względu na wyznanie religijne wielu laktowegetarian to Hindusi.

Owowegetarianizm odnosi się do osób będących na diecie owowegetariańskiej, które nie jedzą mięsa ani produktów mlecznych, ale dopuszczają spożywanie jajek. Wiele z nich to osoby z nietolerancją laktozy. Przedrostek „owo" pochodzi od łacińskiego słowa *ovum* oznaczającego jajka.

Weganizm to dieta na bazie roślin, unikająca każdego rodzaju pokarmów pochodzenia zwierzęcego. Poza mięsem weganie nie spożywają także nabiału, jaj, miodu oraz wszelkich innych artykułów spożywczych zawierających w składzie wyżej wymienione produkty. Dieta wegańska jest mimo wszystko bardzo zróżnicowana – obejmuje wszystkie rodzaje warzyw, owoców, orzechów, ziaren, roślin strączkowych, z których dania mogą być przygotowane w nieskończonej ilości kombinacji [1].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest próba ukazania bezzasadności popularnego wśród ginekologów stwierdzenia: albo wegetarianizm, albo ciąża. Pogląd, że diety wegetariańskie są niebezpieczne nie tylko w okresie ciąży, ale również laktacji, a także na różnych etapach rozwoju dziecka jest powszechny nie tylko wśród ginekologów, ale wśród większości pracowników opieki medycznej.

Opis przypadku

Kobieta, lat 34, od 25. roku życia stosująca dietę laktoowowegetariańską. Mężczyzna, lat 36, również jest laktoowowegetarianinem od 23. roku życia. W kwietniu 2011 roku, po 3 latach stosowania powyższej diety, kobieta urodziła syna.

Przez cały okres trwania ciąży kobieta suplementowała kwas foliowy, a od 7. miesiąca do porodu również żelazo, ze względu na obniżony poziom hemoglobiny (od 10,3 do 11,8).

W 39. tygodniu ciąży urodziła syna. Dziecko urodziło się drogami i siłami natury, z użyciem próżniociągu z powodu przedłużającego się II okresu oraz braku postępu porodu. Ze względu na dodatni posiew GBS poród odbył się w osłonie antybiotykowej. Masa urodzeniowa dziecka to 3960 g, długość – 57 cm, obwód głowy – 36 cm. Z odchyleń w badaniu fizykalnym stwierdzono złamanie obojczyka prawego.

Dziecko urodzone w stanie ogólnym dobrym, punktacja w skali Apgar 9/10.

Punktacja obniżona została ze względu na zabarwienie skóry. Ze względu na złamanie obojczyka dziecko wypisane do domu w 7. dobie życia, w stanie ogólnym dobrym.

Badanie ortopedyczno-chirurgiczne wykonane kilka tygodni po porodzie i zrośnięciu kości: dziecko nie wymagało rehabilitacji. Dziecko było karmione mlekiem matki przez 2,5 roku, po ukończeniu 6. miesiąca życia wprowadzone zostały pierwsze produkty. W okresie jesienno-zimowym suplementowane produktami wspomagającymi prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego.

Badania profilaktyczne dotyczące rozwoju fizycznego chłopca wykazują jego prawidłowy rozwój.

W styczniu 2014 roku, w 41. tygodniu ciąży, kobieta urodziła córkę. Poród decyzją lekarzy zakończył się cięciem cesarskim ze względu na przewidywaną dużą masę urodzeniową dziecka oraz brak postępu pierwszego porodu. Dziewczynka urodziła się w stanie ogólnym dobrym, uzyskała 10 pkt w skali Apgar. Masa ciała przy urodzeniu to 4150 g, długość – 57 cm, obwód głowy – 35 cm. Dziecko wypisane do domu w stanie ogólnym dobrym, w 4. dobie życia.

Profilaktyczne badania okresowe obojga dzieci wskazują na odpowiedni rozwój fizyczny i stan zdrowia.

Dyskusja

Według American Dietetic Association właściwie zbilansowane diety wegetariańskie i wegańskie są odpowiednie na każdym etapie życia, włącznie z okresem ciąży i laktacji. Jednakże będące na dietach wegetariańskich ciężarne bądź karmiące piersią powinny zadbać o to, aby ich jadłospis był urozmaicony oraz zawierał jak najmniejsze ilości pokarmów przetworzonych. Powinien być także bogaty w kasze, płatki, ziarna zbóż, warzywa i owoce, a także orzechy i nasiona. Kobiety planujące macierzyństwo zachęcane są do suplementacji witamin i minerałów, ze szczególnym uwzględnieniem kwasu foliowego, którego niedobór doprowadzić może do rozwoju wad cewy nerwowej. Ciężarne będące na dietach wegetariańskich zazwyczaj spożywają większe ilości kwasu foliowego, co związane jest ze zwiększonym spożyciem warzyw, owoców [2].

Badania dowodzą, że noworodki urodzone przez matki stosujące w okresie ciąży dietę wegetariańską ważą więcej niż urodzone przez kobiety stosujące dietę tradycyjną.

Analizując studium przypadku, skłonność ta wydaje się być prawdziwa. Oboje dzieci przyszło na świat z wysoką masą urodzeniową. Dzieci z ciąż wegańskich wykazują 4,4 razy mniejszą częstość występowania niskiej masy urodzeniowej w porównaniu do noworodków, których matki spożywały w okresie ciąży produkty pochodzenia zwierzęcego [3]. Z analiz przeprowadzonych przez Małgorzatę Desmond, specjalistę medycyny żywienia, a także współtwórcę badań Centrum Zdrowia Dziecka dotyczących rozwoju dzieci na dietach wegetariańskich i diecie tradycyjnej, wynika, że młodzi wegetarianie charakteryzują się prawidłowym rozwojem oraz odpowiednim wzrostem i wagą [4].

Prowadzone w ciągu ostatnich lat eksperymentalne badania na zwierzętach wykazują, że podawanie N-nitrozoamidów, związków, które przenikają przez łożysko, wiąże się z powstawaniem guzów mózgu u potomstwa zwierząt laboratoryjnych.

N-nitrozoamidy to związki znajdujące się w mięsie, a ekspozycja u ludzi rośnie głównie wraz ze wzrostem ilości spożywanych wędlin, kiełbas i parówek. Pierwsze badania przeprowadzone w 1982 roku potwierdziły hipotezę, że ich spożycie wiąże się ze wzrostem ryzyka zachorowań na nowotwory mózgu u dzieci [5]. Analiza badań naukowych dotyczących wpływu częstości spożywania wędlin przez ciężarne na zachorowalność na guzy mózgu u dzieci również dowiodła, że częstość występowania guzów mózgu wzrasta wraz ze wzrostem spożycia wędlin wśród ciężarnych i waha się od 10 do aż 600% u kobiet z dużym i umiarkowanym spożyciem wyrobów wędliniarskich w porównaniu do tych o ich niskim spożyciu [6].

Badania wykazują również na zwiększone stężenie szkodliwych substancji pochodzących ze środowiska w mleku niewegetariańskich matek. Wzrost stężenia zanieczyszczeń zależny jest od częstości spożywania mięsa oraz nabiału. W mleku weganek wykryto znacznie mniej takich substancji toksycznych jak chlordan, środka owadobójczego, inaczej DDT [7].

Rozwój dzieci

Już w 1920 roku znany pediatra profesor Mieczysław Michałowicz w swojej książce „Odżywianie dziecka od pierwszego roku życia" pisze, że „z podawaniem mięsa można śmiało powstrzymać się do końca trzeciego półrocza życia. Dzieci żywione bez mięsa chowają się doskonale, natomiast zbyt wczesne i zbyt obfite włączenie mięsa do jadłospisu dziecka może spowodować zaparcie stolca, a nawet wywołać biegunkę". Przekonywał on również rodziców swoich pacjentów, aby podawali swoim dzieciom zamiast mięsa warzywa i owoce. Fizjologiczny proces trawienia u człowieka polega na przetwarzaniu i wchłanianiu pokarmów roślinnych, zawierających niewielką ilość białka, więc niepowodujących zwiększonej produkcji śluzu, jak wygląda to w przypadku spożywania pokarmów zwierzęcych. W nieprzeciążonym nadmierną ilością wydzieliny śluzowej przewodzie pokarmowym roślinożerców, a więc także niemowląt, białko trawione jest łatwiej i szybciej. Tak samo jak dla pozostałych młodych ssaków, tak dla noworodków i niemowląt mleko matki jest najlepszym i pełnowartościowym pokarmem. Mleko kobiet zawiera około 1,4 g/100 ml białka, czyli najmniej ze wszystkich ssaków. Znaczna część społeczeństwa uważa, że wprowadzenie u dziecka pokarmów innych niż mleko matki powinno wiązać się z wprowadzeniem pokarmów mięsnych. Zazwyczaj jest to zupa gotowana na wywarze mięsnym. Zdarza się, że już w 4. miesiącu życia niemowlę karmione jest takim jedzeniem, na co organizm nie pozostaje obojętny. Objawia się to zazwyczaj niechęcią dziecka do zjadania takich zup, co nazywane jest „brakiem apetytu". Pomimo tej reakcji znaczna większość matek, pewna, że jest to niezbędne do prawidłowego rozwoju ich dzieci, za wszelką cenę stara się przekonać dziecko do spożywania wywarów, łamiąc przy tym naturalną blokadę. Zbyt wczesne wprowadzenie białka zwierzęcego do jadłospisu dziecka bardzo często powoduje reakcję obronną organizmu, której najczęstszymi objawami są biegunki czy dyspepsja, co w konsekwencji powoduje podawanie dziecku leków. Zwiększona produkcja śluzu w przewodzie pokarmowym doprowadza do zaklejenia go poprzez warstwę kosmków jelitowych, wskutek czego ograniczone jest wchłanianie składników pokarmowych, a to, mimo spożywania prawidłowej ilości pożywienia, prowadzić może do występowania niedoborów witamin i minerałów. Nadmierne ilości wydzieliny śluzowej są produkowanie nie tylko przez układ pokarmowy, ale także drogi oddechowe, na skutek czego u niemowlęcia pojawiać się mogą dolegliwości ze strony tego układu, takie jak katar, zapalenia uszu, anginy, zapalenia gardła i oskrzeli. Przypadłości te to nic innego jak reakcja obronna organizmu, który próbuje w ten sposób uwolnić się od nadmiaru śluzu – idealnej pożywki dla drobnoustrojów chorobotwórczych. Za podłoże tych schorzeń uznaje się błędnie ochłodzenie ciała dziecka, skutkiem czego jest cieplejszy ubiór, a to z kolei doprowadza do najgorszej z możliwości – przegrzania. Dziecko znów zostaje poddane antybiotykoterapii, która powoduje pozbawienie organizmu witamin, minerałów i „dobrych bakterii" oraz zmniejszenie odporności na choroby wywoływane ich niedoborem.

Badania dowiodły, że wczesne wprowadzenie mięsa do diety dziecka może spowodować, iż już przed ukończeniem

2. roku życia zauważalne będą u niego objawy miażdżycy. Spożywanie pokarmów pochodzących od zwierząt, które współcześnie w większości karmione są paszą wzbogaconą w hormony, powoduje czasem zaburzenia gospodarki hormonalnej u dzieci, które to doprowadzić mogą np. do przedwczesnego dojrzewania płciowego [8].

Odpowiednio zbilansowana i urozmaicona w owoce, warzywa, pełnego przemiału produkty zbożowe, tłuszcze roślinne dieta niemowlęcia chroni je przed niedorozwojem umysłowym, którego tak bardzo obawiają się ich matki. U niemowląt karmionych w ten sposób znacznie bardziej możliwy jest prawidłowy rozwój mózgu i jego struktur niż u tych, w których diecie spotkać można mięso i inne produkty zawierające białko zwierzęce. Dzieci z rodzin wegetariańskich są inteligentniejsze, bardziej spostrzegawcze niż te karmione nadmierną ilością pokarmów zwierzęcych i lekami, podawanymi im w celu zniwelowania zatruć i uczucia niestrawności.

Badania przeprowadzone w 1980 roku, choć niewielkie, ponieważ udział w nich wzięło tylko 28 dzieci, wykazały właściwy, a nawet ponadprzeciętny rozwój intelektualny badanej grupy. Wyniki te potwierdzone zostały w przeprowadzonych w Polsce w 2010 roku na grupie 46 dzieci dzieci na diecie wegetariańskiej i wegańskiej badaniach dotyczących oceny ilorazu inteligencji oraz stanu odżywienia. Badania te wykazały, że rozwój intelektualny tych dzieci jest prawidłowy, a średnie IQ jest wyższe od populacji. Stan odżywienia badanych dzieci nie wykazał żadnych zaburzeń, a BMI było korzystnie niższe w porównaniu do ogólnej populacji. Badania przeprowadzono w Klinice Pediatrii Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Biorące udział w badaniu dzieci były w wieku 1,4–7,6 roku. Ich waga urodzeniowa wynosiła pomiędzy 2000 g a 4300 g, a długość 44–63 cm. Okres karmienia piersią wynosił od zera do 51 miesięcy, a pokarmy dodatkowe wprowadzono pomiędzy 5. a 13. miesiącem życia. Ocena ilorazu inteligencji wykazała, że mieścił się on pomiędzy 94 a 164, co oznacza, że 96% badanych dzieci ma IQ wyższe od średniej populacji; porównując dzieci, u których stosowana była dieta wegetariańska, z dziećmi na diecie wegańskiej, stwierdzono, że nieznacznie wyższy iloraz miały dzieci z pierwszej grupy, jednak różnica ta nie była znamienna statystycznie. Pomiary wykazały, że wegańskie i wegetariańskie dzieci nie różniły się wzrostem od norm WHO, ale za to posiadały znacznie korzystnie niższe BMI i istotnie większy obwód głowy.

W badaniu przeprowadzonym w 2010 roku przez Zakład Żywienia Człowieka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dotyczącym oceny diety wegetariańskiej stosowanej u dzieci wzięło udział 90 dzieci w wieku od 3. do 9. roku życia. Czterdzieścioro czworo z nich było na diecie tradycyjnej – nieeliminującej z jadłospisu żadnych produktów, u 35 stosowana była dieta wegetariańska, a u pozostałych 11 – weganizm. Rodzaj stosowanej diety oceniono na podstawie wypełnionej przez rodziców ankiety zawierającej 90 pytań dotyczących częstości spożywania przez dziecko określonych produktów. Wyniki badania ukazały znaczną różnicę w ilości spożywanych przez dzieci warzyw, od 1 porcji w diecie tradycyjnej do średnio 3,3 porcji u wegan. Wegańskie dzieci spożywały ponad 6 razy więcej surowych warzyw niż dzieci, u których stosowana była dieta tradycyjna, i 3 razy więcej niż wegetarianie. Wegańskie dzieci spożywały również najwięcej owoców, różnica jest znaczna i wynosiła 170 g więcej niż u dzieci na diecie tradycyjnej i 70 g więcej od wegetariańskich dzieci. U dzieci żywionych w sposób tradycyjny wykazano także niewystarczającą ilość błonnika pokarmowego pochodzącego z produktów zbożowych, u pozostałych badanych natomiast jego ilość była istotnie wyższa od zalecanej u dzieci w tym wieku. Również stosunek wielonasyconych do nienasyconych kwasów tłuszczowych na diecie tradycyjnej był zbyt niski, najkorzystniejsze pod tym względem były jadłospisy dzieci wegańskich. Reasumując, badanie to ukazuje, że u dzieci stosujących dietę wegetariańską i wegańską obserwuje się ponad dwukrotnie mniejsze ryzyko zachorowania w wieku dorosłym na choroby układu krążenia i nowotwory niż u dzieci na diecie tradycyjnej [9].

Wszystkie wyniki badań potwierdzone zostały w Szkole Publicznej PS 244 w Queens w Stanach Zjednoczonych. Odkąd szkoła ta, jako pierwsza na świecie, wprowadziła w 2013 roku w swojej stołówce wegetariański jadłospis, poprawiły się wyniki uczniów w nauce, zwiększyła się ich frekwencja na lekcjach i polepszyło się samopoczucie dzieci. Uczniowie PS 244 po pierwszym półroczu od wprowadzenia zmian w tamtejszej stołówce zaczęli osiągać lepsze wyniki w nauce, wykazywali się większą chęcią do współpracy oraz aktywnością fizyczną. Ponadto u dzieci z nadwagą zauważono spadek masy ciała [10].

W okresie od września 1984 do września 1985 roku naukowcy z Chicago przeprowadzili badania polegające na analizie wegetarianek i niewegetarianek. Wzięło w nich udział 75 dziewczyn, z których 35 stosowało diety wegetariańskie. Badania polegały na porównaniu stężenia hormonów w fazie lutealnej i folikularnej cyklu miesiączkowego, wieku, w którym pojawiła się pierwsza miesiączka, masy ciała oraz BMI dziewcząt. Wegetarianki cechowały się znacznie wyższym poziomem estradiolu w pęcherzykach 2,00 +/- 0,27 pg/ml w porównaniu do swoich koleżanek niewegetarianek, u których poziom ten wynosił 1,85 +/- 0,27 pg/ml. Badania wykazały również wyższy

poziom DHS, odpowiednio 1,72 +/- 0,79 µg/ml u wegetarianek w porównaniu do 1,45 +/- 0,95 µg/ml u niewegetarianek [11].

Wnioski

1. Osoby stosujące diety roślinne częściej prowadzą zdrowy i aktywny tryb życia.
2. Właściwie zbilansowana dieta roślinna jest odpowiednia w okresie ciąży, nie jest przyczyną występowania powikłań okołoporodowych oraz nie zagraża rozwojowi płodu.
3. Dzieci z ciąż wegetariańskich i wegańskich przychodzą na świat z prawidłową masą ciała, choć na dalszym etapie rozwoju osiągają wagę niższą od rówieśników, wartość BMI jest prawidłowa.
4. IQ dzieci, u których stosowane są diety wegetariańskie, jest wyższe od IQ dzieci karmionych w sposób tradycyjny.

Podsumowując, na podstawie przeanalizowanego w pracy piśmiennictwa, a także przytoczonego przykładu można zaprzeczyć panującemu jeszcze wśród wielu ludzi przekonaniu, że dieta wegetariańska stosowana u dzieci negatywnie wpływa na ich rozwój.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. (Dostępne w Internecie:) http://wegelandia.webs.com/fanatyzmiinnedefinicje.1. htm (data dostępu: 11.11.2017).
2. Pawlak R. Jestem mamą, jestem wegetarianką. Mszczonów: Fundacja Źródło Życia; 2014. 45–47.
3. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJK, Wilson EC, Mathews TJ. National Vital Statistic Report, Birth-final data for 2010, http://www.cdc.gov/growthcharts (data dostępu: 25.02.2013).
4. Książyk J, Jakubowska-Winecka A, Świąder A, Biernacka M, Kołodziejczyk H, Sobiecki J, Desmond M. Rozwój intelektualny i antropologiczna ocena stanu odżywienia dzieci na diecie wegetariańskiej. Stand Med Pediatr. 2012; 9: 279–284.
5. Hunarek M. Maternal Intake of N-nitroso Compounds from Cured Meat and the Risk of Pediatric Brain Tumors: A Review. J Environ Pathol Toxicol Oncol. 2010; 29(3): 245–253.
6. Pawlak R. Jestem mamą, jestem wegetarianką. Mszczonów: Fundacja Źródło Życia; 2014. 18–19.
7. Reed Mangels A, Messina V. Zalecenia dotyczące planowania diet wegańskich u niemowląt. Empatia.pl, http://empatia.pl/zdrowie/Zalecenia-na-temat-planowania-diety-wega%C5%84skiej-dzieci.pdf.
8. Grodecka M. Zmierzch świadomość łowcy wszystko o wegetarianizmie. Katowice: VEGA; 1991. 128–134.
9. Książyk J, Jakubowska-Winecka A, Świąder A, Biernacka M, Kołodziejczyk H, Sobiecki J, Desmond M. Rozwój intelektualny i antropologiczna ocena stanu odżywienia dzieci na diecie wegetariańskiej. Stand Med Pediatr. 2012; 9: 279–284.
10. (Dostępne w Internecie:) http://www.fpiec.pl/post/2015/04/20/wegetarianskaszkolanaprawdesluzydzieciom.
11. Persky VW, Chatterton RT, Van Horn LV, Grant MD, Langenberg P, Marvin J. Hormone levels in vegetarian and nonvegetarian teenage girls: potential implications for breast cancer risk. Cancer Res. 1992; 52(3): 578, 581.

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Joanna Moćkun
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7
80-211 Gdańsk
tel. kom.: 583 491 968
e-mail: jmockun@gumed.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

OPIEKA LAKTACYJNA NAD KOBIETĄ PO CIĘCIU CESARSKIM ZGODNA Z AKTUALNĄ WIEDZĄ MEDYCZNĄ

EVIDENCE BASED LACTATION CARE AFTER CESAREAN SECTION

Nela Aleksandra Kameduła[1], Grażyna Bączek[2], Beata Pięta[3]

[1] Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie
[2] Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
[3] Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.72

STRESZCZENIE

Wstęp. Cięcie cesarskie jest jedną z najczęściej przeprowadzanych operacji położniczych, co sprawia, iż kobieta po porodzie operacyjnym codziennie stanowi podmiot opieki położnej. Jednym z najważniejszych obowiązków położnej jest zapewnienie kobiecie profesjonalnej opieki laktacyjnej, która będzie prowadzić do udanego procesu karmienia piersią będącego jedynym optymalnym sposobem żywienia noworodka i niemowlęcia.
Dyskusja. Fakt operacyjnego ukończenia ciąży niesie za sobą szereg problemów, które mogą negatywnie wpływać na proces karmienia piersią. Wiążą się one ze stanem zarówno matki, jak i noworodka. Wytyczne dotyczące opieki nad pacjentką po cięciu cesarskim zawierają kilka kluczowych kwestii, co do których zgodni są autorzy na całym świecie. Najważniejsze elementy postępowania to: kontakt „skóra do skóry", wczesna inicjacja karmienia piersią wraz z dbałością o jego prawidłowy przebieg, unikanie dokarmiania noworodków, a także stosowanie systemu *rooming in* i właściwe postępowanie przeciwbólowe.
Wnioski. Położna jest osobą odpowiedzialną za zapewnienie matce i dziecku profesjonalnej opieki laktacyjnej, która pozwoli na przezwyciężenie problemów wynikających z operacyjnego ukończenia ciąży.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie, karmienie piersią, problemy laktacyjne.

ABSTRACT

Introduction. Caesarean section is the most common surgical procedure in obstetrics. That means that woman after c-section is a subject of everyday midwife care. One of the most important tasks is providing professional lactation care, which leads to successful breastfeeding process. Breastfeeding is the only optimal way of feeding newborns and infants.
Discussion. Caesarean birth causes many problems which may affect breastfeeding. They are connected with mother's as well as newborn's condition. Lactation care guidelines include few components distinctive to mothers who have underwent c-section. Crucial components of management include "skin to skin" contact, early breastfeeding initiation, avoiding feeding newborns with formula milk, practicing rooming in system and proper analgesic therapy.
Conclusions. Midwife is responsible for professional lactation care, which allows to overcome breastfeeding problems caused by caesarean birth.

Keywords: caesarean section, breastfeeding, lactation disorders.

Wstęp

Cięcie cesarskie jest jedną z najczęściej przeprowadzanych operacji położniczych. Według raportu Najwyżej Izby Kontroli wskaźnik porodów operacyjnych wzrósł z 40,6% w roku 2010 do 47,1% w roku 2015 [1]. Naturalną konsekwencją tego stanu rzeczy jest fakt, iż kobieta po cięciu cesarskim codziennie stanowi podmiot opieki położnej. Jednym z najważniejszych obowiązków położnej jest zapewnienie kobiecie profesjonalnej opieki laktacyjnej, która będzie prowadzić do udanego procesu karmienia piersią będącego jedynym optymalnym sposobem żywienia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka [2, 3].

Autorzy na całym świecie są zgodni co do faktu, że połóg po cięciu cesarskim przebiega w sposób odmienny niż po porodzie siłami natury. Samo wykonanie tej operacji może negatywnie wpływać na karmienie piersią, a w szczególności na nieudany początek laktacji. Jest to bezpośrednio związane z dolegliwościami odczuwanymi przez matkę, jej ograniczoną mobilnością, a także ze szpitalną organizacją opieki nad położnicą [4–9]. W literaturze powszechne jest stwierdzenie, iż poród operacyjny niesie za sobą ryzyko opóźnienia laktogenezy II [9–13]. Większość autorów jest jednak zdania, że jeżeli w początkowym okresie uda się przezwyciężyć trudności wynikające z operacyjnego ukończenia ciąży, typ porodu nie będzie w ostateczności wpływał na długość karmienia piersią [5, 9]. W związku z tym znajomość problematyki trudności w karmieniu piersią po cięciu cesarskim wydaje się kluczowa.

Omówienie

Prowadząc rozważania na temat opieki laktacyjnej po cięciu cesarskim, konieczne jest zwrócenie uwagi na treść wytycznych, zarówno krajowych, jak i ogólnoświatowych. Ich znajomość pozwala bowiem na stosowanie postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Wśród krajowych i ogólnoświatowych wytycznych brak jest dokumentu, który byłby odrębnym standardem postępowania w opiece laktacyjnej po cięciu cesarskim. Istotnym faktem jest jednak to, iż zarówno w Polsce, jak i na świecie nie rozpatruje się zaleceń w sposób odmienny w odniesieniu do cesarskiego cięcia [14]. Przeciwnie, w kluczowym dokumencie, *Breastfeeding and the use of human milk*, obecny jest nawet przypis informujący, że rekomendacje odnoszą się również do dzieci urodzonych przez cesarskie cięcie [2]. Dokument *Baby-Friendly Hospital Initiative*, w którym opisane jest 10 kroków do udanego karmienia piersią, również nie daje podstawy do odmiennego traktowania zaleceń, gdy poród zakończył się drogą operacyjną. Zawiera on natomiast istotne wytyczne dotyczące wprowadzania programu w życie, które dodatkowo obligują personel do stosowania ważnych kroków nawet po cięciu cesarskim [15].

„Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem" (Standard Opieki Okołoporodowej) nie wspomina o różnicach w postępowaniu po cesarskim cięciu. Jego forma wydaje się wytyczać ścieżkę postępowania, gdzie kluczowym kryterium zastosowania ważnych procedur jest stan matki i dziecka oraz wiedza i doświadczenie personelu medycznego [16].

Kontakt „skóra do skóry"

Kontakt „skóra do skóry" stanowi czynnik, który jest związany z powodzeniem w karmieniu piersią. Możliwość odbycia kontaktu „skóra do skóry" natychmiast po porodzie przez minimum 50 minut ma związek ze zwiększeniem zdolności noworodków do rozpoznania zapachu pokarmu własnej matki. Dzieci te szybciej podejmują ssanie, a także wykazują korzystne zachowania przygotowujące do karmienia piersią. Dzięki temu zarówno w dniu wypisu, jak i 3 miesiące po porodzie większa ich liczba jest karmiona wyłącznie piersią [9, 14, 17–19]. AAP oraz WHO rekomendują stosowanie kontaktu „skóra do skóry" jak najwcześniej po porodzie u zdrowych donoszonych noworodków. Według wytycznych do 10 kroków do udanego karmienia piersią, zawartych w dokumencie *Baby-Friendly Hospital Initiative*, krok 4 powinien być współcześnie realizowany przez natychmiastowe zapewnienie kontaktu „skóra do skóry" po porodzie przez przynajmniej godzinę [2, 15].

Standard Opieki Okołoporodowej zaleca zapewnienie matce i dziecku przynajmniej 2-godzinnego kontaktu „skóra do skóry" bezpośrednio po porodzie. Zaznacza, że kontakt nie powinien być przerywany, chyba że występuje sytuacja zagrożenia zdrowia lub życia kobiety lub noworodka, co należy odnotować w dokumentacji medycznej [16]. Dokument ten nie uściśla, jakie stany kwalifikują się do uznania ich za wystarczające do przerwania kontaktu „skóra do skóry". Wyjaśniają to jednak częściowo wskazówki dla klinicystów skonstruowane przez AAP w pracy *Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns.* Noworodek musi być zdrowy, donoszony, niewykazujący cech zaburzeń oddychania. Dzieci, dla których natychmiastowe badanie pediatryczne przeważa szalę korzyści nad kontaktem z matką, to: wcześniaki (dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży), noworodki wykazujące cechy poważnych zaburzeń oddychania, sinicy, posiadające wady wrodzone, które mogą prowadzić do wystąpienia zaburzeń układu krążenia, urodzone z zabarwionego smółką płynu owodniowego, prezentujące objawy hipotonii, cichy, słaby płacz lub podwyższone ryzyko infekcji w przypadku gorączki matki [20].

Wiadomym jest, że cięcie cesarskie niesie ze sobą częstsze ryzyko występowania wspomnianych powikłań, co może ograniczać częstość prawidłowo przeprowadzonego kontaktu „skóra do skóry". Wytyczne do 10 kroków do udanego karmienia piersią biorą pod uwagę ten fakt. Pomimo wszystko sugerują, iż w szpitalu przyjaznym dziecku 80% losowo wybranych kobiet po porodzie siłami natury lub cięciu cesarskim w znieczuleniu innym niż ogólne powinno doświadczyć kontaktu „skóra do skóry" rozpoczętego w ciągu 5 minut po porodzie i trwającego przynajmniej godzinę. Jeśli wziąć pod uwagę również matki po cięciu cesarskim w znieczuleniu ogólnym, odsetek ten ma prawo spaść do 50%. Matka powinna rozpocząć kontakt „skóra do skóry" w momencie, gdy minie działanie znieczulenia ogólnego [15].

Wczesna inicjacja karmienia

Nie mniej istotne niż kontakt „skóra do skóry" jest wczesne zapoczątkowanie karmienia piersią. Niezmiernie ważny jest fakt bezpośredniego wpływu czasu zainicjowania pierwszego karmienia na późniejszą całkowitą długość karmienia piersią [21]. Badacze są zgodni co do tego, że te dwa czynniki są ze sobą nierozerwalnie połączone. Istnieją jednak rozbieżności co do konkretnego czasu, w jakim powinno odbyć się pierwsze karmienie. Japońscy naukowcy wykazali, że przystawienie dziecka do piersi w ciągu zło-

tych 2 godzin po porodzie wiąże się z sukcesem w karmieniu piersią podczas kolejnych 4 miesięcy [22]. Sztyber oraz Chmielewska są natomiast zdania, że pierwsze karmienie powinno odbyć się w ciągu 6 godzin po porodzie [9].

WHO rekomenduje, by wszystkie dzieci, nawet te o niskiej masie urodzeniowej, zostały przystawione do piersi najszybciej jak to możliwe [23]. Krok 4 do udanego karmienia piersią mówi o stworzeniu możliwości do zainicjowania laktacji w ciągu 30 minut po porodzie [15]. AAP z kolei zaleca, by pierwsze karmienie odbyło się w ciągu pierwszych 60 minut życia dziecka. Wyraźnie podkreśla, że zalecenie to tyczy się również dzieci urodzonych drogą cesarskiego cięcia [2].

Standard Opieki Okołoporodowej zwraca uwagę na bezpośredni związek kontaktu „skóra do skóry" z inicjacją karmienia piersią. Informuje, że podczas tego kontaktu należy zachęcać matkę do rozpoznawania u dziecka momentu gotowości do podjęcia ssania piersi. Do zakończenia karmienia kontaktu nie wolno przerywać, chyba że zajdą ku temu poważne wskazania medyczne [16].

Podobne uwagi zamieszczone są w dokumencie *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Osiemdziesiąt procent losowo wybranych kobiet po porodzie siłami natury lub cięciu cesarskim w znieczuleniu przewodowym powinno przyznać, że były zachęcane do poszukiwania oznak gotowości dziecka do ssania podczas pierwszego kontaktu [15].

Pomimo istnienia rozbieżności co do zaleceń odnośnie czasu pierwszego karmienia można wysnuć wniosek, iż wszyscy autorzy są zgodni co do tego, iż powinno to nastąpić jak najszybciej oraz najlepiej podczas kontaktu „skóra do skóry" [2, 9, 15, 16, 21–23].

Prawidłowa technika karmienia

Już od pierwszych chwil po narodzinach dziecka położna powinna zadbać o technicznie prawidłowe przystawienie dziecka do piersi. Należy uważnie obserwować i zachęcać matkę do rozpoznania właściwego momentu, w którym może spróbować przystawić dziecko do piersi. Gdy uda się to osiągnąć, położna winna obserwować przebieg karmienia, a w razie potrzeby zaoferować swoją pomoc. Standard Opieki Okołoporodowej nakłada na personel obowiązek dostarczenia matce wyczerpujących informacji na temat laktacji oraz udzielenia instruktażu [16]. Krok 5 do udanego karmienia piersią również wspomina o obowiązku edukacji w zakresie prawidłowego karmienia. Zalecenia informują o konieczności udzielenia instruktażu dotyczącego właściwych technik dobierania pozycji i przystawiania dziecka. Cechy dobrego instruktażu potwierdza uzyskanie zrozumienia przez matki, które potrafią wymienić wskaźniki skutecznego ssania piersi przez noworodka [12, 15, 24].

Ważne jest właściwe ułożenie matki i dziecka, umożliwiające realizację pierwszego aktu karmienia. W tym czasie, zważając na ograniczoną mobilność matki, można ułożyć dziecko w poprzek jej klatki piersiowej lub wzdłuż boku, na poduszce lub zwiniętym kocu. Najważniejsze, by pozycja ta była stabilna, nie zagrażała bezpieczeństwu matki i dziecka oraz by stwarzała możliwość uchwycenia piersi przez noworodka. Matka nie może odczuwać niewygody i nadmiernego napięcia. Dziecko powinno przylegać brzuszkiem do jej ciała, zachowując jednocześnie prostą linię ucha, ramienia i biodra. Należy zadbać o to, by noworodek uchwycił brodawkę i część otoczki, szeroko otwierając buzię i wywijając wargi. Mały kąt uchwycenia, zapadające się policzki oraz odgłos cmokania powinny być natychmiast korygowane, gdyż świadczą o nieprawidłowym przystawieniu [4, 5].

Podczas kolejnych karmień obowiązują takie same zasady. W związku z coraz większą mobilnością matki i sukcesywną poprawą jej samopoczucia możliwe staje się karmienie w różnym ułożeniu. Prawidłowa pozycja do karmienia jest po cięciu cesarskim szczególnie ważna. Pozwala ona zapobiec występowaniu problemów laktacyjnych spowodowanych nieprawidłowym uchwyceniem brodawki przez dziecko. Zmniejsza też ilość dolegliwości bólowych zgłaszanych przez matkę. Przy doborze pozycji czynniki niezwykle istotne to techniczna możliwość prawidłowego uchwycenia piersi przez dziecko, a także wygoda i ochrona miejsca cięcia u kobiety. Na początku, gdy matka wciąż jest zmęczona i osłabiona, szczególnie korzystna wydaje się być pozycja leżąca na boku. Pozwala ona na odpoczynek w łóżku, jednocześnie czyniąc możliwym nakarmienie dziecka. Sprzyja również nieprzerwanemu kontaktowi kobiety i noworodka, gdyż może on leżeć w bezpośredniej bliskości ciała matki, nawet gdy ta usypia w ciągu dnia.

Kolejną pozycją, szczególnie polecaną po cięciu cesarskim, jest pozycja futbolowa. Zapewnia ona matce wygodę oraz ochronę rany pooperacyjnej, bowiem nie trzeba trzymać dziecka w okolicach obolałego brzucha. Jednocześnie gwarantuje dużą możliwość kontroli nad prawidłowym uchwyceniem piersi. Główka jest bowiem pewnie podtrzymywana, podobnie jak pierś. Znajdują się one w polu widzenia matki, która może zapanować nad techniką przystawienia dziecka. Wartym wspomnienia elementem są poduszki, które pomagają ustabilizować ciało matki, a także stanowią podwyższenie, na którym można ułożyć noworodka. Poduszki te nie muszą być specjalistyczne, wyprodukowane specjalnie do wspomagania karmienia piersią. Funkcję znakomicie spełniają zwykłe poduszki lub nawet koce zwinięte w odpowiedni sposób.

Pomocne staje się ułożenie ich pod plecami oraz pod/między łydkami matki [4, 5, 9, 16].

W sprawie częstotliwości karmienia noworodka panuje zgodne przekonanie, iż powinno się to robić na żądanie, czyli zgodnie z potrzebami dziecka. Mówi o tym 8 krok do udanego karmienia piersią. Według niego częstotliwość oraz długość karmień winna być podyktowana tym, czego potrzebuje dziecko. Zgodnie z wytycznymi matki powinny potwierdzić, że zostały nauczone, jak rozpoznawać objawy głodu u dziecka oraz że polecono im karmić zgodnie z potrzebami noworodka. Oznakami głodu są m.in. otwieranie ust, wysuwanie języka, obracanie głowy, ssanie rączek oraz płacz. Jako skutki karmienia stosownego do potrzeb dokument podaje dłuższy okres karmienia piersią, lepsze przybieranie dzieci na wadze, obniżone ryzyko żółtaczki noworodkowej oraz problemów laktacyjnych, takich jak obrzęk piersi. Choć niezalecane jest ograniczanie czasu przeznaczonego na karmienie, wytyczne uczulają, iż karmienia bardzo długie, tj. trwające ponad 40 minut, bardzo krótkie, tj. poniżej 10 minut, oraz bardzo częste, tj. ponad 12 razy na dobę, mogą sugerować niewłaściwą technikę przystawiania dziecka do piersi [15, 24].

Standard Opieki Okołoporodowej informuje, że w pierwszych 12 godzinach życia noworodek ze względu na jego obniżoną aktywność w tym okresie nie musi być wybudzany do karmienia. Później jednak konieczne jest częste przystawianie dziecka – do kilkunastu razy na dobę. Jeżeli noworodek nie zgłasza się do karmienia, należy wybudzać go nie rzadziej niż co 3–4 godziny, a na karmienie z jednej piersi przeznaczać minimum 15 minut [16].

Dokarmianie noworodków

Krok 10 do udanego karmienia piersią mówi, iż noworodkom nie należy podawać pokarmów innych niż mleko matki bez wyraźnych przyczyn medycznych [15]. Identyczne zalecenia można znaleźć w dokumencie *AAP Breastfeeding and the Use of Human Milk* [2].

Standard Opieki Okołoporodowej, w rozdziale mówiącym o zapewnieniu warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka, zawiera wyraźne wytyczne zabraniające podawania karmionym piersią noworodkom glukozy, wody i sztucznego mleka [16].

Dokarmianie mieszanką sztuczną zostało zidentyfikowane jako czynnik ryzyka dla przerwania karmienia piersią nawet wśród kobiet, które wykazywały dużą chęć karmienia naturalnego. W związku z tym szpitalna strategia postępowania powinna opierać się na unikaniu dokarmiania i na wspieraniu karmienia piersią, gdy dokarmianie jest konieczne [25].

W obliczu istniejących zaleceń niezwykle ważne jest zidentyfikowanie rzeczywistych wskazań do zastosowania wobec noworodka sztucznego dokarmienia. W publikacji Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci wyróżniona jest grupa dzieci, dla których pokarm kobiecy jest najlepszym źródłem pożywienia, jednak mogą one wymagać dokarmienia przez pewien okres. Są to noworodki urodzone przed 32. tygodniem ciąży, ważące poniżej 1500 g oraz doświadczające hipoglikemii podczas karmienia pokarmem kobiecym [15].

W literaturze znaleźć można również bardziej szczegółowy wykaz medycznie uzasadnionych wskazań do dokarmiania noworodka; są one podzielone na dwie grupy: matczyne i dziecięce. Dokarmienia mogą wymagać noworodki w przypadku hipoglikemii występującej mimo regularnego karmienia piersią. Wystarczającymi przyczynami mogą być również udokumentowane objawy odwodnienia, zmniejszenie masy ciała o 10% lub więcej, stwierdzenie nieprawidłowości w częstości mikcji i oddawania stolca. Uwagi wymaga też karmienie dziecka w przypadku występowania żółtaczki noworodkowej. Noworodki mogą bowiem być odwodnione, odmawiać ssania i niedostatecznie przybierać na masie. Odmowa ssania i ssanie nieefektywne również mogą stać się przyczyną do dokarmiania. W grupie przyczyn matczynych znaleźć można problemy psychiatryczne oraz stany, które skutkują rzeczywistym niedoborem pokarmu, np. zespół Sheehana, czynniki hormonalne, hipoplazja tkanki gruczołowej piersi [5]. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci stwierdza, że bardzo niewielka część kobiet przejawia rzeczywistą niemożność wytworzenia dostatecznej ilości pokarmu. Jako pewne wskaźniki skutecznego karmienia piersią podaje zmniejszenie urodzeniowej masy o nie więcej niż 10% i jej wyrównanie w czasie krótszym niż 2 tygodnie [26].

Należy bezwzględnie pamiętać, że w przypadku wystąpienia wyżej wymienionych problemów zawsze niezbędne jest udzielenie matce porady laktacyjnej nakierowanej na ich rozwiązanie. Głównym celem jest bowiem próba zlikwidowania przyczyny, a nie wyłącznie usunięcie objawów.

Po zidentyfikowaniu problemu konieczne jest podjęcie decyzji, czym noworodek będzie dokarmiany. Pierwszym wyborem jest zawsze odciągnięty pokarm własnej matki. Wyjątek stanowią stany, gdy pokarm matki jest nieosiągalny, niemożliwe jest uzyskanie jego właściwej ilości lub istnieją przeciwwskazania do karmienia dziecka pokarmem kobiecym. W związku z tym należy zademonstrować matkom, w jaki sposób pozyskać pokarm w wyniku odciągania ręcznego lub z użyciem laktatora.

Mając na uwadze fakt, iż mleko kobiece jest najlepszym rodzajem pożywienia dla noworodka, w przypadku niemożności uzyskania pokarmu od matki należy podjąć próbę pozyskania mleka z banku. Jeśli jest to niemożliwe, kolejną grupę pokarmów stanowi modyfikowane mleko początkowe lub, stosownie do sytuacji i stanu zdrowia dziecka, preparaty mlekozastępcze [26].

Nie mniej ważny jest wybór metody dokarmiania. Jeśli dokarmiane jest dziecko karmione docelowo piersią, należy pamiętać, że metoda ta nie powinna zaburzać mechanizmu ssania i umożliwić dziecku powrót do karmienia naturalnego. Inne kryteria brane pod uwagę przy doborze metody podawania pokarmu to wiek, dojrzałość, stan dziecka, przyczyna dokarmiania, przewidywany czas dokarmiania oraz preferencje rodziców [5, 27–29].

Dokarmianie noworodków butelką jest przez część autorów określane jako ryzykowne [4, 9, 27]. W przypadku stosowania dokarmiania krótkotrwałego można zastosować kubeczek lub łyżeczkę. Możliwe jest również karmienie strzykawką po palcu lub drenem po palcu. Wymieniane są liczne zalety stosowania cewnika przy piersi, oczywiście jeśli dziecko posiada umiejętność uchwycenia piersi. W przypadku stosowania tej metody noworodek stymuluje pierś do produkcji pokarmu, jednocześnie ucząc się prawidłowej techniki ssania [5, 12]. Nie została zidentyfikowana najwłaściwsza technika dokarmiania dzieci. Każda z nich ma bowiem swoje wady i zalety, a przypadki kliniczne różnią się między sobą. Ważne są jednak znajomość wielości dostępnych współcześnie metod, znajomość wskazań do ich stosowania oraz otwartość, pozwalająca na wybór najwłaściwszej [29].

System *rooming in*

Od kilkunastu lat standardem w ośrodkach położniczych jest stosowanie na oddziałach poporodowych systemu *rooming in*. Jak wskazuje angielska nazwa, polega on na stałym przebywaniu matki i dziecka wspólnie, w jednym pokoju. Założeniem systemu jest jak najwierniejsze naśladowanie warunków domowych, gdzie noworodek pozostaje ciągle pod opieką swojej matki, zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy. Pozwala to na rozwój relacji między tą parą, która ma szansę jak najlepiej się poznać już podczas pierwszych dni po porodzie. Matka ma szansę przez całą dobę obserwować zachowanie noworodka i dzięki temu uczy się rozpoznawania wysyłanych przez niego sygnałów. Ma to niewątpliwie zbawienny wpływ na udane karmienie piersią. Kobieta po kilku dniach, a nawet wcześniej, jest w stanie odczytać wczesne oznaki głodu i podjąć karmienie piersią, gdy tylko dziecko tego potrzebuje. Wyeliminowany zostaje czynnik zakłócający w postaci ograniczania czasu karmienia piersią i ustalania go według odgórnie narzuconego szpitalnego grafiku, co jeszcze kilkadziesiąt lat temu stanowiło w szpitalach położniczych normę. Pozostawanie w systemie *rooming in* przyczynia się również do szybszego opanowania przez kobiety umiejętności związanych z pielęgnacją noworodka. Matki szybciej stają się pewne siebie i nie potrzebują pomocy personelu przy wielu czynnościach. Oprócz tego lepszy jest również ich stan emocjonalny, gdyż możliwość stałej obserwacji dziecka przyczynia się do podwyższenia poziomu spokoju i bezpieczeństwa [2, 24]. Barierą w kontynuowaniu systemu *rooming in* 24 godziny na dobę może być samopoczucie matki. W szczególności po cięciu cesarskim jest ono często gorsze, matki czują się zmęczone, obolałe i stwierdzają, iż nie są w stanie podjąć opieki nad swoim dzieckiem. Sytuacja ta jest charakterystyczna zwłaszcza w pierwszych godzinach po operacji. Czasem trudne są również godziny nocne, kiedy to matka, przyzwyczajona do dotychczasowego sposobu funkcjonowania, przeważnie chce zaspokoić potrzebę snu. Bardzo ważną funkcję w rozwiązaniu tego problemu spełnia położna. To jej zadaniem jest takie zaplanowanie postępowania, by uwzględniało ono umożliwienie matce odpoczynku, a zarazem gwarantowało możliwość przebywania wraz z dzieckiem i zaspokajania jego potrzeb. Dobrej praktyki nie stanowi rutynowe zabieranie dzieci matkom w nocy, może to bowiem być przyczyną pozbawienia dziecka wystarczającej ilości karmień nocnych. Zgodnie z wcześniej omówionymi zaleceniami nie jest również dopuszczalne rutynowe dokarmianie dzieci podczas takiej krótkotrwałej separacji. Kluczowe jest takie dostosowanie warunków, by matka już od pierwszych chwil uczyła się, jak odpoczywać, jednocześnie unikając rozdzielenia z dzieckiem. Rozwiązaniem wystarczającym może okazać się zademonstrowanie wygodnych pozycji do karmienia piersią, które umożliwią wypoczynek w łóżku, drzemki i jednoczesne częste przystawianie noworodka do piersi. W pierwszych godzinach po porodzie natomiast można zaproponować matce odpoczynek, gwarantując regularne kontrolowanie stanu noworodka i w razie potrzeby zapewnienie pomocy.

Światowe zalecenia odnośnie wspólnego przebywania matki i dziecka na oddziale poporodowym są jednoznaczne. Krok 7 do udanego karmienia piersią rekomenduje stosowanie systemu *rooming in*, który ma zapewnić matce i dziecku możliwość pozostawania razem przez całą dobę. Przyczyną do niespełnienia tych warunków mogą być jedynie wyraźne wskazania medyczne, które personel jest w stanie przedstawić [15]. Takie samo stanowisko prezentuje AAP, która zwraca uwagę na konieczność zapewnie-

nia matce stałego dostępu do dziecka. Zaznacza również, że matka powinna spać w bezpośredniej bliskości noworodka, gdyż ułatwia to regularne karmienie piersią. Dokument *Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns* zawiera stwierdzenie, iż stosowanie systemu *rooming in* nieprzerwanie w ciągu dnia i w nocy stanowi ułatwienie w procesie prowadzącym do udanego karmienia piersią. W związku z tym niezaprzeczalnie konieczne jest umożliwienie matce i dziecku wspólnego pobytu w okresie poporodowym [2, 20].

Leczenie bólu pooperacyjnego

Jak zostało wcześniej wspomniane, ból pooperacyjny, dyskomfort i ograniczona mobilność to jedne z największych problemów matek po cięciu cesarskim. Wiele publikacji zwraca uwagę na negatywny wpływ bólu na laktację, stan emocjonalny kobiety oraz na wzajemne oddziaływania między tymi czynnikami. Podobnie autorzy zgodnie podkreślają, jak ważne jest zwrócenie szczególnej uwagi na skuteczne leczenie bólu po cięciu cesarskim [4, 5, 7, 9, 10]. Wybierając leki przeciwbólowe dla położnicy po cięciu cesarskim, należy zwrócić uwagę na fakt przechodzenia leku do pokarmu oraz wywieranie skutków ubocznych u matki i dziecka [4]. Należy również pamiętać, by lek podawany był zawsze z wyprzedzeniem, nie zaś dopiero w momencie, gdy ból jest maksymalnie nasilony. Każdy analgetyk musi bowiem mieć czas na zadziałanie. Dobrą praktyką jest rozpisywanie leków na konkretne godziny, unikając narażenia pacjentki na okresy, gdy jest zupełnie pozbawiona działania leków przeciwbólowych. Nie powinno się również ograniczać podawania leków tylko do zerowej i pierwszej doby po operacji. W kolejnych dniach pacjentka czuje się lepiej, nie trzeba już podawać jej tak dużych dawek silnych leków jak w początkowym okresie, lecz wciąż narażona jest na odczuwanie dolegliwości bólowych. W pierwszej dobie wciąż można podawać jej leki dożylne, a w kolejnych – doustne. Należy wykazać troskę o samopoczucie pacjentki, uświadamiając jej wielką wagę leczenia przeciwbólowego po cięciu cesarskim i możliwość poproszenia o podanie dodatkowego leku w miarę potrzeby [30].

Polskie autorki jako skuteczny i bezpieczny lek wymieniają paracetamol. Bezpośrednio po cięciu cesarskim jest on podawany pacjentkom dożylnie. Gdy zaś ich stan ulega polepszeniu, można zacząć podawać lek drogą doustną. Kolejnym wymienianym lekiem jest diklofenak w czopkach doodbytniczych, który wykazuje skuteczne działanie w połączeniu z paracetamolem. Możliwe jest również podawanie pacjentkom ketoprofenu lub ibuprofenu [9, 10, 31]. Wśród autorów panuje niezgodność w kwestii stosowania metamizolu. Krychowska-Ćwikła jest zdania, iż można go podawać matkom po cięciu cesarskim, Sztyber i Chmielewska oraz Pawlus twierdzą, iż jest to przeciwwskazane [9, 10, 32].

Kontrowersyjną grupą leków są opioidy. W niektórych artykułach spotkać można pogląd, iż należy je stosować ostrożnie i w najmniejszych możliwych dawkach [9, 32]. Można jednak znaleźć również odmienne opinie na ten temat. Sujata i Hanjoora stwierdzają, iż niesteroidowe leki przeciwzapalne i paracetamol są niewystarczające, aby podawać je samodzielnie. Za złoty standard uznają dooponowe stosowanie morfiny wraz z dodatkową podażą paracetamolu lub niesteroidowego leku przeciwzapalnego [33]. Opisywaną w literaturze metodą podaży leków opioidowych jest analgezja kontrolowana przez pacjenta. Wówczas pacjentka może dozować ilość podawanego leku adekwatnie do bieżących dolegliwości bólowych. Oczywiście podczas tej procedury zachowane są środki ostrożności, które uniemożliwiają pacjentkom przyjęcie zbyt dużej dawki leku. Opisywana jest wysoka skuteczność metody powiązana z wysoką satysfakcją pacjentek [31, 34, 35].

Nie mniej ważny jest wpływ czynników emocjonalnych na natężenie bólu pooperacyjnego. Zostało udowodnione, iż matki, które podejmują wczesny kontakt ze swoimi dziećmi oraz pozostają z nimi w ciągłej styczności, zgłaszają mniejszą potrzebę zażywania środków przeciwbólowych. Łatwiej jest im skupić uwagę na kwestiach innych niż ból i własne samopoczucie. W związku z tym należy objąć szczególną opieką kobiety, które zostały odseparowane od dzieci. Mogą one zgłaszać silne dolegliwości oraz wykazywać większą labilność emocjonalną. Stres i brak poczucia pewności siebie również nie pozostają bez wpływu na poziom natężenia bólu. Radość i samozadowolenie spowodowane odniesieniem sukcesu w karmieniu piersią niewątpliwie przyczynią się do słabszego odczuwania dolegliwości bólowych przez matkę [9, 32].

Wnioski

Opieka laktacyjna nad kobietą po cięciu cesarskim niewątpliwie różni się od tej, która sprawowana jest nad kobietą po porodzie fizjologicznym. Osobą odpowiedzialną za zapewnienie wysokiej jakości tej opieki jest położna. To właśnie ona powinna wykazać się dogłębną znajomością problemów, z którymi borykają się kobiety po porodach operacyjnych, a także wiedzą dotyczącą opieki laktacyjnej zgodną ze światowymi standardami. Właściwe postępowanie zapewni bowiem kobietom możliwość udanego karmienia piersią, niezależnie od drogi porodu.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli. Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych, https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf (data dostępu: 16.07.2017).
2. AAP. Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk, http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552.full.pdf+html (data dostępu: 19.02.2017).
3. Dmoch-Gajzlerska E, Durka A. Żywienie zdrowych noworodków i niemowląt. Położ Nauk Prakt. 2012; 2(18): 50–52.
4. Osuch K. Karmienie piersią po cięciu cesarskim. Mag Piel Położ. 2012; 11: 34–35.
5. Nehring-Gugulska M, Pietkiewicz A, Żukowska-Rubik M. Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Warszawa: Medycyna Praktyczna; 2012.
6. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the-LATCH breastfeeding charting system. Int J Nurs Stud. 2007; 44: 1128–1137.
7. Fiedler C. Determining the influencing factors of a caesarean section birth on breastfeeding. Evid Based Midwif. 2016; 14(2): 57–63.
8. Prior E, Santhakumaran S, Gale C et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. Am J Clinic Nutr. 2012; 95: 1113–1135.
9. Sztyber B, Chmielewska D. Karmienie dzieci po cięciu cesarskim. Położ Nauk Prakt. 2010; 3(11): 44–50.
10. Krychowska-Ćwikła A. Przebieg połogu po cięciu cesarskim. Położ Nauk Prakt. 2013; 1(21): 50–53.
11. Hobbs A, Mannion CA, McDonald SW et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16: 1–9.
12. Iwan A. Rola położnej w utrzymaniu prawidłowego procesu laktacji po porodzie naturalnym i po cięciu cesarskim. Położ Nauk Prakt. 2014; 3(27): 34–36.
13. Moskała K. Czy poród zabiegowy jest nadal barierą utrudniającą prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią? (Dostępne w Internecie:) http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Porod%20zabiegowy_Moskala.pdf (data dostępu: 19.02.2017).
14. Kowalska I, Kornacka M. Postępowanie ze zdrowym noworodkiem po cięciu cesarskim. Stand Med Pediatr. 2012; 9(2): 271–274.
15. UNICEF/WHO, Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care (2009), Section 1: Background and Implementation, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf (data dostępu: 19.02.2017).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Dz.U. 2012, poz. 1100.
17. Baranowska B. Pierwszy kontakt po cięciu cesarskim. Mag Piel Położ. 2012; 4: 30–31.
18. Beake S, Bick D, Narracott C et al. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: a systematic review. Matern Child Nutr. 2016; doi: 10.1111/mcn.12390.
19. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. Am J Matern Child Nurs. 2011; 36(5): 318–324.
20. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns, http://www2.aap.org/breastfeeding/curriculum/documents/pdf/Hospital%20Breastfeeding%20Policy_FINAL.pdf (data dostępu: 07.03.2017).
21. Forster DA, McLachlan HL. Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(3): 273–280.
22. Nakao Y, Moji K, Honda S et al. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: A self-administered questionnaire survey. Int Breastfeed J. 2008, 3: 1; doi: 10.1186/1746-4358-3-1.
23. WHO. Guidelines on Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health approved by WHO Guidelines Review Committee. Recommendations on newborn health, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf (data dostępu: 08.03.2017).
24. UNICEF/WHO. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care (2009). Section 3: Breastfeeding promotion and support in baby-friendlyhospital. A 20-hour course for maternity staff, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf (data dostępu: 07.03.2017).
25. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. J Pediatr. 2014; 164(6): 1339–1345.
26. Szajewska H, Socha P, Horvath A et al. Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Stand Med Pediatr. 2014; 11: 321–338.
27. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. 2010. ABM Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2009. Breastfeed Med. 2009; 4(3): 175–182.
28. Żukowska-Rubik M, Osuch K. Materiały warsztatowe. Jak dokarmiać dziecko, aby je odżywić i chronić laktację? (Dostępne w Internecie:) http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/zjazd2013/Jak%20dokarmiac%20Rubik.pdf (data dostępu: 07.03.2017).
29. Oslislo A, Nehring-Gugulska M. Metody dokarmiania dzieci karmionych piersią – trudny wybór? (Dostępne w Internecie:) http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/metodydokarmiania.pdf (data dostępu: 07.03.2017).
30. Dmoch-Gajzlerska E, Rabiej M. Opieka położnej nad kobietą i jej dzieckiem po cięciu cesarskim. Położ Nauk Prakt. 2014; 2(26): 50–54.
31. Sutton CD, Carvahlo B. Optimal Pain Management After Cesarean Delivery. Anesthesiol Clin. 2017; 35(1): 107–124.
32. Pawlus B. Wczesny kontakt i karmienie piersią po cięciu cesarskim. Piel Położ. 2006; 6: 19–22.

33. Sujata N, Hanjoora VM. Pain Control After Cesarean Birth – What are the Options? J Gen Pract. 2014; 2(4): 2–4.
34. Ismail S. What is new in postoperative analgesia after caesarean section. Anaesth Pain Intensive Care. 2012; 16: 123–126.
35. Saracoglu A, Saracoglu KT, Umuroglu T. The Effectivity of Fentanyl Versus Tramadol as Intravenous Patient-Controlled Analgesia After Cesarean Section. Adv Clin Exp Med. 2010; 19(6): 739–743.

Adres do korespondencji:
Grażyna Bączek
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 81
02-091 Warszawa
tel./fax: 22 572 07 02
tel. kom.: 603 500 337
e-mail: gbaczek@wum.edu.pl

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

PRACA POGLĄDOWA

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

NIEPŁODNOŚĆ W ASPEKCIE OPIEKI POŁOŻNICZEJ

INFERTILITY IN TERMS OF MATERNITY CARE

Katarzyna Turoń

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.73

STRESZCZENIE

Raporty Głównego Urzędu Statystycznego oraz Rządowej Rady Ludnościowej alarmują, że wiek kobiet starających się o pierwsze dziecko systematycznie wzrasta, natomiast problemy z płodnością dotykają coraz młodsze kobiety. Tematyka niepłodności oraz jej leczenie są jednymi z najszybciej rozwijających się zakresów ginekologii. Powstają nowoczesne kliniki specjalizujące się w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym, mające w swojej ofercie dostęp do nowoczesnego sprzętu i procedur pozwalających na spełnienie marzeń o potomstwie. Para, która trafiła do kliniki leczenia niepłodności, poddawana jest różnego rodzaju testom, mającym na celu wykrycie czynnika powodującego nieprawidłowości w prokreacji. Pierwszą osobą, jaką spotykają pacjenci, jest położna. Jej profesjonalne podejście i prawidłowo zebrany wywiad ogólny i położniczy, poparty testami diagnostycznymi, bardzo często pozwala ustalić przyczynę problemów, które mogą być rozwiązane bez konieczności wykorzystania technik wspomaganego rozrodu (ART). Niestety według statystyków ok. 24 000 par musi zostać poddanych terapii ART. Opieka położnicza powinna być prowadzona holistycznie, ponieważ leczenie wpływa nie tylko na sferę biologiczną człowieka, ale także na jego psychikę i relacje z otaczającym społeczeństwem. Dane pochodzące z ankiet prowadzonych w ośrodkach leczenia niepłodności ukazują, że większe szanse powodzenia w kuracji oraz lepsze samopoczucie mają pacjenci, u których w odpowiednim momencie wdrożono psychoterapię. Umiejętnie prowadzone rozmowy z pacjentką tworzą atmosferę zaufania i wsparcia, jest to bardzo ważne, ponieważ nadzór nad parą nie kończy się w momencie sukcesu, jakim jest poczęcie dziecka. Położna prowadząca ciążę po niepowodzeniach w zapłodnieniu powinna pamiętać, że jest to sytuacja stresogenna, wymagająca zaangażowania obu stron.

Słowa kluczowe: ginekologia, niepłodność, położna, opieka położnicza, psychoterapia.

ABSTRACT

Reports of Główny Urząd Statystyczny (Central Statistical Office) and Rządowa Rada Ludnościowa (the Government Population Council) alert that age of women trying to conceive their first child is systematically growing, however, fertility problems are beginning to affect younger females. Infertility and its treatment are ones of the fastest developing areas of gynecology. Modern clinics which specialise in fertility treatment process are emerging. These clinics provide access to modern equipment and procedures that help to make the dream of having children come true. A couple that goes to a clinic for infertility treatment is being tested in many various ways in order to determine the factor which causes irregularities in procreation. A midwife is the first member of the medical staff that patients meet in the clinic. The midwife's professionalism reflected, among other things, in a correctly taken medical and obstetric history, supported by a proper diagnostic tests, very often enables to determine a cause of problems. In many cases those can be treated without the use of the assisted reproductive technology (ART). Unfortunately, statisticians state that approximately 24 000 couples must be treated with the ART therapy. Maternity care should be conducted holistically, because the treatment affects the human biological sphere, mental state and social relations. Data from surveys conducted in fertility treatment resorts indicates that patients who have been treated with psychotherapy in the right time, have better chances of a successful treatment and well-being. Considering that supervision over couples doesn't end with the conception, skilfully-lead conversation with the patient creates an atmosphere of trust and support. The midwife who is responsible for the pregnancy after failures with fertilization should remember that this situation is highly stressful and requires the commitment of the both sides.

Keywords: gynecology, infertility, midwife, maternity care, psychotherapy.

Wstęp

Znana od czasów biblijnych niepłodność jest wciąż przez wielu ludzi bagatelizowana. Nie stanowi przejściowego problemu bądź sytuacji, lecz poważną chorobę, która wymaga specjalistycznego leczenia. Nierzadko odciska się piętnem na psychice, a w dłuższym okresie – na zdrowiu pary starającej się o dziecko. Lęk oraz niepewność spowodowane problemami z płodnością psują relacje między partnerami oraz ich otoczeniem. Bardzo ważne jest, aby zapewnić niepłodnej parze opiekę profesjonalnego psychologa, położnej i ginekologa, którzy pomogą pokonać trudności i patrzeć z nadzieją w przyszłość.

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia 10–15% par zmaga się z niepłodnością. Stanowi to odsetek osób, które starają się o dziecko przez rok systematycznej prokreacji, bez używania środków antykoncepcyjnych [1] .

Wiele publikacji ukazuje dobre dla par rokowania dotyczące poczęcia dziecka za pomocą inseminacji wewnątrzmacicznej i zapłodnienia *in vitro*. Przełom w postaci zapłodnienia w probówce doceniono w 2010 roku, wręczając nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny [2].

Ważną funkcję w sprawowaniu opieki nad parą, w trakcie leczenia lub po leczeniu niepłodności zakończonym sukcesem, pełni wykwalifikowana położna. Rzetelnie prowadzona edukacja w ramach szkoły rodzenia lub indywidualnych spotkań pozwala na zwiększenie poziomu wiedzy oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa przyszłych rodziców.

Płodność kobiet w Polsce

Zjawisko płodności rozpatrywane jest pod trzema względami – biologicznym, psychologicznym, ale także demograficznym. Określenie jej w kontekście populacyjnym jest niezwykle czasochłonnym zadaniem wymagającym użycia skomplikowanych wzorów matematycznych.

Według raportu Rządowej Rady Ludnościowej przedstawiającego odsetek ciężarnych oraz liczbę urodzeń w Polsce z perspektywy europejskiej w 2014 roku nastąpił wzrost płodności ogólnej, odpowiednio o 2,28% (Polska), 2,89% (miasto) i 1,2% (wieś). Autorka raportu, Jolanta Kurkiewicz, zwraca uwagę na fakt, iż maksymalny poziom płodności występował u kobiet w trzeciej dekadzie życia (30–40 lat). Natomiast biorąc pod uwagę całą grupę kobiet w wieku rozrodczym, płodność obniżyła się w każdej grupie wiekowej. Standardowy wiek urodzenia pierwszego dziecka przesunął się do grupy 25–29 lat. Fakt ten stanowi sprawdzian dla współczesnego położnictwa, ponieważ ciąża zarówno u bardzo młodych kobiet, jak i tych po 35. roku życia nie jest rekomendowana przez specjalistów [3].

Bezdzietność a niepłodność

Bezdzietność jest pojęciem bardzo szerokim, w jego zakres wchodzą problemy z płodnością, niepłodność, ale także prawidłowa prokreacja. Według danych GUS w 2015 roku urodziło się o połowę mniej dzieci niż podczas ostatniego wyżu demograficznego. Najłatwiej opisać bezdzietność na zasadzie kontrastu z posiadaniem potomstwa. W przeszłości potomstwo wiązało się ze szczęściem rodzinnym, natomiast brak dziecka był dowodem braku harmonii w związku. Zarówno kobieta, jak i mężczyzna zmagający się z problemem niepłodności byli wyśmiewani i traktowani z litością [4–6].

Zmiany światopoglądowe oraz obyczajowe we współczesnym świecie zapewniają kobietom autonomiczną decyzję o posiadaniu dziecka. Kobieta posiada wolność prokreacyjną – może posiadać dziecko, ale nie musi. Za pomocą nowoczesnych metod antykoncepcji może wstrzymać się od prokreacji. Obecnie bezdzietność nie stanowi tematu tabu. Bezdzietne pary są w coraz mniejszym stopniu wytykane palcami. Media społecznościowe wykreowały nowy ideał kobiety – odnoszącej sukcesy w życiu zawodowym i prywatnym, lecz nieposiadającej dziecka [3, 4].

Drugą stroną medalu jest niezamierzona bezdzietność, czyli niepłodność. Według Światowej Organizacji Zdrowia niepłodność jest to niemożność prokreacji po 12 miesiącach regularnych starań o dziecko. Zdarza się, że niepłodność dotyczy kobiet, które wcześniej były już w ciąży. Stan ten określa się jako niepłodność wtórną [3, 7, 8]. Szacuje się, że około 10–15% populacji ma problemy z poczęciem dziecka, z czego 24 000 związków musi poddać się leczeniu niepłodności [9, 10].

Czynniki odpowiadające za niepłodność

Czynników warunkujących chorobę jest wiele, często są ze sobą powiązane. Mogą dotyczyć zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Wbrew powszechnym poglądom wśród obserwowanych przyczyn niepłodności największy udział ma czynnik męski [11].

Analiza zebranych danych pochodzących z wywiadów i początkowych testów pozwala przyporządkować niepłodność zgodnie z etiologią. Choroba ta powstaje na podłożu hormonalnym, psychogenicznym bądź odpornościowym. Także nieprawidłowości w budowie lub/i funkcjach macicy oraz przydatków mogą być przyczyną problemów z prokreacją [7].

Niepłodność kobieca

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu osi podwzgórze-przysadka-jajnik powodują niewydolność ciałka żółtego oraz brak owulacji. Niewydolność występuje w sytuacji, gdy synteza progesteronu przez ciałko żółte jest niewystarczająca, następuje zaburzenie fazy lutealnej cyklu jajnikowego. Powoduje to trudności w utrzymaniu ciąży. Brak owulacji jest jedną z najczęściej występujących przyczyn niepłodności. Prowadzi także do zaburzeń w rozwoju pęcherzyka jajnikowego. Brak owulacji może być symptomem np. endometriozy, zespołu policystycznych jajników, hiperprolaktynemii, hiperandrogenizmu, przedwczesnego wygasania czynności jajników oraz chorób tarczycy, nadnerczy, a także skutkiem otyłości [7].

Prawidłowe jajowody są zbudowane m.in. z błony śluzowej, rzęsek i komórek wydzielniczych, które ułatwiają transport komórek płciowych żeńskich i męskich oraz zapłodnionej komórki jajowej. Wodniaki jajowodu, uszkodzenia w strukturze błony śluzowej powodują zaburzenie transportu gamet i zapłodnionej komórki jajowej. Czasami błona mięśniowa bierze udział w procesie transportu komórki, dlatego zdarzają się pojedyncze ciąże u kobiet z tym schorzeniem. Etiologia niepłodności jajowodowej

przypisywana jest także zakażeniom w obrębie miednicy mniejszej oraz endometriozie [7, 12, 13].

Niepłodność maciczną może powodować występowanie mięśniaków, zrostów wewnątrzmacicznych, wad rozwojowych, stanów zapalnych szyjki i endometrium, nieprawidłowości w składzie, a tym samym właściwościach śluzu (dochodzi do inaktywacji plemnika). Usytuowane w błonie mięśniowej macicy mięśniaki są najczęstszymi niezłośliwymi guzami u kobiet. Przyczyna ich powstawania nie jest znana, wiadomo jednak, że rozwój wiąże się z działaniem estrogenów. Mięśniaki mogą prowadzić do zaburzeń miesiączkowania oraz krwawień międzymiesiączkowych. Mięśniaki, które rozwijają się w okolicach rogów macicy, mogą uciskać na jajowody, co w znacznym stopniu może upośledzać płodność kobiety. Zrosty wewnątrzmaciczne są problemem powstałym w wyniku zabiegów ginekologicznych. Najczęściej jako powikłanie operacyjnego usunięcia mięśniaków, przydatków oraz jako następstwo porodu rozwiązanego metodą cesarskiego cięcia. Wady rozwojowe powstają w wyniku zaburzenia rozwoju macicy w fazie prenatalnej rozwoju kobiety. Dochodzi wówczas do zaburzeń w łączeniu się kanałów przyśródnerczowych bądź zamknięcia ich światła [7, 14, 16].

Niepłodność immunologiczna jest wynikiem „niedopasowania" immunologicznego partnerów. Przeciwciała klasy IgG i IgA oddziałują negatywnie na plemniki, unieruchamiając je. Mogą znajdować się w błonie śluzowej macicy, jajowodach oraz w śluzie szyjkowym. U niektórych kobiet stwierdza się ich negatywny wpływ na zygotę lub rozwijający się zarodek [17].

Niepłodność męska

Problemy z płodnością u mężczyzn spowodowane są nieprawidłowościami w spermatogenezie, transporcie plemników, funkcjonowaniu gruczołów dodatkowych oraz ejakulacji. Dlatego też czynniki powodujące tę chorobę u mężczyzn dzielimy na przedjądrowe, jądrowe, pozajądrowe [18].

Przyczyny przedjądrowe spowodowane są czynnikami hormonalnymi, genetycznymi i seksualnymi. Prawidłowo funkcjonująca przysadka mózgowa wydziela odpowiednie ilości FSH i LH, od których to zależy poprawny proces spermatogenezy. Jeżeli na tym etapie dojdzie do zachwiania stężenia hormonów, jądra nie są dostatecznie stymulowane, co powoduje opóźnienie pokwitania, którego następstwa są nieodwracalne. Ze strony genetyki najczęściej jest to zespół Klinefeltera (kanaliki nasienne pozbawione są struktur rozrodczych). Problemami są również nieprawidłowy wzwód, spodziectwo i ejakulacja wsteczna [18].

Przyczyny jądrowe powstają na podłożu wrodzonym, immunologicznym (immunoglobuliny klasy IgA) i naczyniowym (najczęściej żylaki powrózka nasiennego). Szkodliwy wpływ na płodność mają także infekcje (np. wirusem świnki, bakteriami), choroby przebiegające z wysoką temperaturą oraz leczenie nowotworów za pomocą radioterapii i/lub chemioterapii. Najczęściej występującym wrodzonym czynnikiem niepłodności jest kryptorchizm, czyli brak gonad w worku mosznowym. W takiej sytuacji bardzo ważny jest czas, ponieważ im dłużej jądra znajdują się poza obrębem moszny, tym większy stopień uszkodzenia procesu spermatogenezy. Zapalenia jąder i najądrzy, niedrożność nasieniowodów, również urazy jąder powodują u 7% niepłodnych mężczyzn wytwarzanie przeciwciał przeciwplemnikowych [18].

Przyczynami pozajądrowymi są wrodzony brak nasieniowodów skorelowany z mukowiscydozą, infekcje gruczołów dodatkowych oraz tzw. wrogość najądrzy – prawidłowe plemniki ulegają degeneracji w obszarze najądrzy [18].

Diagnostyka

Dzisiejsze kliniki leczenia niepłodności mają do zaoferowania szerokie spektrum badań diagnostycznych. Diagnostyka schorzeń dotyczących płodności opiera się na uzyskaniu odpowiedzi na trzy podstawowe pytania:

- Jakiej jakości jest nasienie?
- Czy kobieta ma regularne miesiączki?
- Czy kobieta cierpi na niedrożność jajowodów?

Oczywiście pytania należy dostosować do indywidualnych potrzeb pacjentów. Wszystko zależy od pary, która zgłosiła się na diagnostykę. Badania powinny objąć nie tylko kobietę, ale także jej partnera [19].

Diagnostyka niepłodności męskiej

Wywiad powinien składać się z pytań dotyczących przebytych chorób, ze szczególnym zwróceniem uwagi na te, które mogły spowodować ograniczenie płodności. Działające szkodliwie na plemniki leki, które obecnie zażywa mężczyzna, np. stosowana w zakażeniach erytromycyna czy gentamycyna, leki hormonalne (kortykosteroidy, sterydy anaboliczne, androgeny, estrogeny), przeciwdepresyjne (inhibitory monoaminooksydazy), a nawet przewlekle stosowana aspiryna, powinny być wzięte pod uwagę. Należy również pamiętać o uzyskaniu informacji na temat zaburzeń seksualnych oraz urazów jąder [18, 20].

Kolejnym etapem diagnostyki niepłodności męskiej jest badanie fizykalne. Polega ono na sprawdzeniu stanu jąder, najądrzy, nasieniowodów, prącia, pachwin, prostaty, piersi [7].

Następnym badaniem, które należy wykonać w trakcie diagnostyki niepłodności męskiej, jest ocena nasienia. Bardzo ważnym elementem badania jest przekazanie mężczyźnie dokładnych wskazówek dotyczących badania. Ze względu na 3-miesięczny okres dojrzewania plemników należy zaplanować badanie odpowiednio wcześniej. Związane jest to z faktem, iż czynniki takie jak antybiotyki, operacja, duży wysiłek czy stres mogą znacznie obniżyć jakość spermy. Nasienie oddawane jest za pomocą pobudzania własnych narządów płciowych bez udziału partnera (metoda zalecana przez WHO) bądź podczas stosunku przerywanego. Stosując stosunek przerywany, należy pamiętać o niekorzystaniu z prezerwatyw zawierających środek plemnikobójczy. Jeżeli mężczyzna zdecyduje się na oddanie nasienia w innym miejscu niż specjalny pokój w klinice, nasienie powinno być dostarczone do laboratorium w ciągu 30 min. Pacjenci powinni zostać poinformowani o obowiązkowym okresie abstynencji seksualnej. Badanie należy powtórzyć po upływie około miesiąca [19]. Analiza ejakulatu jest najbardziej przydatnym narzędziem diagnostycznym w wykrywaniu niepłodności męskiej [21].

Kolejnymi badaniami wykonywanymi przy diagnozowaniu niepłodności męskiej są:

- ocena hormonalna: oznaczanie poziomu SHBG, estradiolu, LH, FSH, TSH, testosteronu,
- diagnostyka obrazowa: USG gruczołu krokowego, USG narządów moszny, czasami USG jamy brzusznej, TESA, TESE, MESA, biopsja chirurgiczna jądra,
- diagnostyka genetyczna: badanie w kierunku mutacji genu CFTR, ocenianie mikrodelecji chromosomu Y, fragmentacja DNA plemników [7].

Diagnostyka niepłodności żeńskiej

Diagnostykę niepłodności żeńskiej, tak samo jak męskiej, należy zacząć od wywiadu. Powinien zawierać zapytania o historię położniczą, zakres czasowy starania się o dziecko, miesiączkę, stosowane środki antykoncepcyjne, choroby, z którymi boryka się pacjentka, przyjmowane leki.

Następnym etapem jest badanie fizykalne: pomiar podstawowych czynności życiowych, pomiar BMI, badanie ginekologiczne oraz USG przezpochwowe. Nie należy również pominąć oznaczania stężenia TSH, testosteronu, S-DHEA, DHEA, prolaktyny, FSH, LH, 17-beta-E2, T3, T4. Pacjentka powinna wykonać także progesteronowy test czynnościowy i E-P oraz badania laboratoryjne, takie jak test ELISA w wykrywaniu *T. gondii*, morfologia, białko, poziom glikemii na czczo, elektrolity, CRP, próby wątrobowe, HBS Ag, WR, grupa krwi, kwas moczowy, kreatynina, badanie ogólne moczu [7]. Ponadto należy wykonać badania oceniające macicę i drożność jajowodów. Histerosalpingografia zalicza się do diagnostyki przesiewowej. Jeżeli rezultatem badania będzie wynik w normie, to przypuszczalnie jajowody są drożne. Laparoskopia to badanie mające na celu ocenę organów miednicy mniejszej, drożności jajowodów z możliwym działaniem zabiegowym. Histeroskopia jest oglądaniem kanału szyjki macicy, jamy macicy i przydatków, z jednoczesną możliwością wdrożenia leczenia zabiegowego. W celu dalszej diagnostyki należy wykonać:

- badania cytogenetyczne, ponieważ wady w budowie chromosomu są przyczyną 50–85% poronień,
- badania immunologiczne. Badanie w kierunku przeciwciał przeciwko receptorom łożyska (APA). Nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu immunologicznego jako jedyne nie są przyczyną niepłodności. Jednak efektami takiego stanu są bardzo często wtórne nieprawidłowości w budowie i czynnościach plemników. W śluzie szyjkowym oraz surowicy bada się obecność przeciwciał przeciwplemnikowych (ASA), które działają unieruchamiająco na plemniki,
- monitorowanie cyklu i ocenę wydolności ciałka żółtego. Najważniejszą składową badania jest rozmowa z pacjentką dotycząca cykli miesiączkowych. Jeżeli uzyskane informacje nie wskazują na występowanie owulacji, należy wykonać USG, zwracając uwagę na obecność oraz objawy pęknięcia pęcherzyka jajnikowego. Wydolność ciałka żółtego bada się na podstawie stężenia progesteronu (3 razy, między 20. a 23. dniem cyklu) [19, 23–26].

Wpływ niepłodności na psychikę kobiety oraz jej partnera

Problemy z płodnością każdorazowo (już w Piśmie Świętym zostały opisane bezdzietne kobiety, np. Sara i Rachela) powodują małżeńskie niezadowolenie i utrapienia. Brak potomstwa u pary wielokrotnie starającej się o dziecko powoduje załamanie obojga partnerów. Często powodem takiej sytuacji jest konfrontacja między przeświadczeniami a realną sytuacją. Iluzje odnoszą się do spojrzenia na rozrodczość, urodzenia potomstwa, wychowywania własnych dzieci, modelu rodziny, które nie mają związku z wiedzą na temat własnej kondycji, postępowania oraz sytuacji życiowej i małżeńskiej. Problemy z niepłodnością rodzą wiele pytań i wątpliwości spowodowanych zmianą podejścia do posiadania dziecka, które stało się marzeniem, a nie przeszkodą w drodze do kariery [27].

Zdaniem dużej liczby kobiet posiadanie potomstwa jest ważną składową funkcji w społeczności. Chociaż problem niepłodności zawsze powinien być rozpatrywany w kontekście pary, to badania wskazują, że więk-

szość z negatywnych emocji, tj. frustracja, złość na siebie i społeczeństwo, poczucie bezradności, wycofania, dotyka kobiety. Opisane emocje mogą pchnąć w zdradę małżeńską, ponieważ problemy, z jakimi małżonkowie się zmagają, wywołują u nich chęć sprawdzenia się. Wraz z brakiem wymarzonej ciąży uwidaczniają się złe emocje, takie jak impulsywność, melancholia czy brak wzajemnego wsparcia. Według Mellera i wsp. kobiety po raz pierwszy zetknęły się z depresją jeszcze przed diagnozą problemów z płodnością i wdrożeniem kuracji. Terapeuci zwracają uwagę na podenerwowanie spowodowane ciągłymi niepowodzeniami w leczeniu niepłodności. Opisują tzw. zamknięte koło – przeświadczenie o pomyślności zapłodnienia przeplata się ze zdenerwowaniem i lękiem o to, czy się uda. Istotną rolę odgrywa tutaj partner. Jego zrozumienie i wsparcie działa kojąco na kobietę, obniża jej obawy i polepsza samopoczucie [11, 28, 29].

Mężczyźni są w mniejszym stopniu bezpośredni w okazywaniu uczuć związanych z rozpoznaniem i sugerowanym leczeniem. Zdają się mniej poruszeni uzyskanymi informacjami. Jest to błędne myślenie. Doniesienia naukowe sugerują, że jest to zachowanie „na pokaz". Funkcja w społeczności i ambicje nie pozwalają im na okazywanie emocji. Mężczyźni także oczekują wsparcia od partnerek. Zmagają się z bardzo podobnymi uczuciami co kobiety, w równym stopniu. Ich zdaniem są przedmiotami, a nie podmiotami w kuracji. Regularnie wskazują na fakt, że współżycie zostało sprowadzone do czystego instynktu, bez namiętności i uczuć. Czują się „urządzeniem" do dostarczania plemników. Bardzo częstą „ucieczką" przed narastającymi problemami są sekrety przed najbliższymi, praca, niekiedy romanse. Zaburzenia emocjonalne częściej występują u osób niezadowolonych ze swojego życia seksualnego oraz w przypadku osób, które powyżej 5 lat są poddawane leczeniu niepłodności. To właśnie u mężczyzn z poczuciem „uprzedmiotowienia seksu" częściej występują objawy depresji [30, 31].

Rekomendacje The European Society of Human Reproduction and Embryology zawierają dane o preferencjach pacjentów odnośnie opieki psychospołecznej. Dokument zawiera informacje o wpływie psychoterapii na pary leczone z powodu niepłodności oraz wskazówki dla personelu medycznego dotyczące prawidłowego porozumiewania się z podopiecznymi. Zalecenia opublikowane na łamach „Human Reproduction" w 2015 roku pozwalają na wczesne wykrywanie nieprawidłowości i szybką interwencję członków zespołu terapeutycznego niezwiązanego bezpośrednio z psychiatrią. To rozmowa pozwala dojrzeć prawdziwy pryzmat osobowości i osiągnąć stabilizację [30, 31].

Pomyślne zakończenie leczenia nie powinno wiązać się z odstąpieniem od rozmów z przyszłymi rodzicami, ponieważ okres ciąży jest nieporównywalnym kryzysem psychologicznym. Zdaniem psycholog Marzeny Twardowskiej istnieje wiele czynników mogących powodować stres u ciężarnych, najczęściej zgłaszanymi problemami są zmiany w wyglądzie, „burza hormonów", oczekiwania rodziny względem kobiety oraz lęk o życie i zdrowie płodu. Położna powinna stworzyć atmosferę wzajemnego szacunku i zaufania, dzięki której podopieczna mogłaby opowiedzieć o swoich przemyśleniach i emocjach, bez poczucia winy i napiętnowania [32].

Opieka nad ciężarną po IVF

Położna, opiekując się ciężarną, powinna pamiętać, że nawet prawidłowo przebiegająca ciąża wymaga spełnienia dodatkowych zaleceń; oto one:

- kontynuowanie przyjmowania do 11.–12. tygodnia ciąży 200 mg progesteronu *per vaginam*/30 mg dydrogesteronu *per os*,
- bezwarunkowe leczenie w placówce o najwyższej referencyjności ze wskaźnikami zespołu hiperstymulacji jajników (OHSS), którego symptomy można rozpoznać we wczesnej ciąży (ustępuje z reguły około 8 tygodnia ciąży). Przy prawidłowym leczeniu zachowawczym OHSS nie ma wpływu na przebieg ciąży,
- badanie laboratoryjne w kierunku toksoplazmozy,
- zwrócenie uwagi na ryzyko IUGR [33].

Przy transferze do jamy macicy dwóch zarodków u około 20% pacjentek rozpoznaje się ciążę bliźniaczą, która powoduje większą ilość powikłań niż w przypadku rozwijania się jednego płodu w macicy, dlatego wykwalifikowana położna powinna:

- kierować ciężarną na dodatkowe badania USG (nie rzadziej niż co 4 tygodnie), zwiększyć ilość badań położniczych z oceną *cervix uteri* oraz badań dodatkowych (co 4 tygodnie),
- zaproponować diagnostykę prenatalną, jeśli są ku temu argumenty (wiek matki, podejrzenia wady u płodów),
- wskazać możliwości zakończenia ciąży: metodą cięcia cesarskiego bądź porodu fizjologicznego [33–35].

Edukacja ciężarnej rozpoczyna się od 21. tygodnia ciąży do rozwiązania (od 32. tygodnia ciąży 2 razy tygodniowo). Położna może spędzać ten czas indywidualnie z przyszłą mamą lub w ramach szkoły rodzenia (od 26. tygodnia ciąży) [36].

Tabela 1. Propozycje tematów edukacji ciężarnych. Źródło: Pilewska-Kozak AB, Kandys K. Wychowanie i przygotowanie do rodzicielstwa. Promocja zachowań prozdrowotnych w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży. (W:) Stadnicka G (red.). Opieka przedkoncepcyjna. Biblioteka położnej. Warszawa: PZWL; 2009

PROMOCJA ZDROWIA	PRZEBIEG CIĄŻY, PORODU I POŁOGU	OPIEKA NAD NOWORODKIEM
• Właściwa dieta dla ciężarnej • Szkodliwość nałogów • Wykluczanie z życia codziennego składników o charakterze teratogennym (wpływ na płód, sposoby unikania zagrożeń) • Higiena ciężarnej • Reguły stylu życia nastawionego na zdrowie	CIĄŻA • Funkcje płynu owodniowego, łożyska, rozwój płodu w macicy • Stany emocjonalne w ciąży • Radzenie sobie z dolegliwościami charakterystycznymi dla przebiegu ciąży • Zwiastuny porodu PORÓD • Kiedy się zaczyna? • Przebieg • Rodzinne porody • Metody łagodzenia bólu • Funkcjonowanie sali porodowej POŁÓG • Zmiany w organizmie • Stany emocjonalne • Karmienie piersią • Problemy z laktacją • Higiena • Płodność, antykoncepcja	• Wyprawka • Opieka szpitalna i domowa • Stany przejściowe • Trudności w przystawianiu do piersi • Higiena

Na spotkaniach powinny być poruszane tematy związane z promocją zdrowia, tokiem ciąży oraz byciem rodzicem. Spotkania składają się z części teoretycznej i praktycznej. Część teoretyczna najczęściej jest przeprowadzana w formie dyskusji lub wykładu, natomiast zajęcia praktyczne obejmują ćwiczenia fizyczne, naukę technik relaksacji, prawidłowego oddychania oraz czynności pielęgnacyjnych wykonywanych u noworodka. Prowadzący spotkania z ciężarnymi opracowuje autorskie tematy lekcji lub korzysta z gotowych wzorów. W **tabeli 1** przedstawiono przykładowe zagadnienia edukacji ciężarnej. Należy pamiętać, że każda pacjentka powinna posiadać kartę ciąży, która zawiera dane pochodzące z wywiadu ogólnego i położniczego oraz wyniki badań diagnostycznych. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia położna jest zobowiązana do omówienia z ciężarną planu opieki podczas ciąży i porodu [37, 38].

Podsumowanie

Niepłodność jest coraz szerzej omawianym aspektem ginekologii. Istnieje wiele czynników mogących powodować tę chorobę. Duża liczba osób zmagających się z problemami płodności nie wymaga leczenia technikami ART. Uniknięcie obciążającej kuracji zależy od prawidłowo przeprowadzonego wywiadu ogólnego i położniczego oraz dodatkowych badań. Niestety spory odsetek par leczących się z powodu niepłodności wymaga wdrożenia specjalistycznych procedur, które negatywnie wpływają na samopoczucie i relacje z otoczeniem. Bardzo ważna jest psychoterapia, prowadzona w czasie kuracji oraz po jej pomyślnym zakończeniu, dzięki której partnerzy mogą spokojnie opowiedzieć o swoich frustracjach i lękach. W sprawowaniu opieki nad parą dotkniętą problemem niepłodności kluczową funkcję pełni położna, która powinna stanowić źródło informacji i fachowej pomocy.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. (Dostępne w Internecie:) www.endogin.wum.pl https://endogin.wum.edu.pl/ sites/endogin.wum.edu.pl/files/ nieplodnosc.pdf (data dostępu: 12.03.2017).
2. Maleszewski M. Zapłodnienie i zapłodnienie in vitro. Nagroda Nobla z biologii lub medycyny 2010. Kosmos. Problemy nauk biologicznych. 2011; 60, 1–2: 5.
3. Kurkiewicz J. Urodzenia i płodność w Polsce z perspektywy europejskiej. Rządowa Rada Ludnościowa: Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2014/2015. Warszawa 2015. 138–198.
4. Slany K, Szepaniak I. Fenomen dobrowolnej bezdzietności we współczesnych wysoko rozwiniętych społeczeństwach. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Małżeństwo i Rodzina. 2003; 5, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/58-maestwo-i-rodzina/674-fenomen-dobrowolnej-bezdzietnosci-we-wspolczesnych-wysokoJ- rozwinietych-spoleczenstwach.html (data dostępu: 04.03.2017).

5. Stańczak J, Stelmach K, Urbanowicz M. Małżeństwa oraz dzietność w Polsce, http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/malzenstwa-i-dzietnosc-wpolsce,23,1.html (data dostępu: 12.03.2017).
6. Cieślińska B. Bezdzietność jako styl życia. Pogranicze. Studia Społeczne. 2014; 24, http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element. hdl_11320_ 2860 (data dostępu: 12.03.2016).
7. Opala T, Woźniak J, Rabiega D, Rzymski P. Zaburzenia płodności. Epidemiologia i metody diagnostyczne. (W:) Opala T (red.). Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Warszawa: PZWL; 2006. 133–136.
8. Bidzan M. Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym. Kraków: Wydawnictwo Impuls; 2010. 20–21.
9. Materiały informacyjne Klinika Invicta, https://www.klinikainvicta.pl/ nieplodnosc-faq/ jaka-jest-skala-problemu-ile-par-borykasie-z-nieplodnoscia/.
10. Janieka A, Spaczyński ZA, Kurzawa R. Medycyna wspomaganego rozrodu w Polsce – raport na rok 2011. Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (SPiN PTG). Ginekol Prakt. 2014; 85: 549–556.
11. Milewski R, Milewska AJ, Czerniecki J, Leśniewska M, Wołczyński S. Analiza profilu demograficznego pacjentów leczonych z powodu niepłodności metodami rozrodu wspomaganego w latach 2005–2010. Ginekol Pol. 2013; 84: 609–614.
12. Pyra K, Roman T, Sojka M et al. Przezpochwowe udrożnianie jajowodów w leczeniu niepłodności – badania wstępne. Post Nauk Med. 2015; 28(2), http://www.czytelniamedyczna.pl/ 5101, przezpochwowe-udraznianie- jajowodow-w-leczeniunieplodnosci-badania- wstepne. html (data dostępu: 12.03.2016).
13. Materiały informacyjne Center for Human Reproduction: Understanding infertility, https://www.centerforhumanreprod.com/inter/pl/niep%C5%82odno%C5%9B%C4%87_804/ (data dostępu: 03.03.2017).
14. Panay N, Dutta R. Ryan A, Broadbent JAM. Położnictwo i ginekologia. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2006. 121.
15. Baranowski W, Heydrych-Seweryn M, Złotorowicz-Grochowska R. Profilaktyka przeciwzrostowa „wczoraj i dziś" – przegląd metod. Ginekol Pol. 2010; 81: 529.
16. Bartel H. Embriologia medyczna. Ilustrowany podręcznik. Warszawa: PZWL; 2008. 152.
17. Górna I. Wpływ sposobu żywienia oraz wybranych parametrów stylu życia na płodność i rozrodczość kobiet (rozprawa doktorska). Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wydział Farmaceutyczny; 2014. 17–37.
18. Kuczyński W. Zaburzenia płodności. Niepłodność męska. (W:) Opala T (red.). Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek, fizjoterapeutów. Warszawa: PZWL; 2006. 149–154.
19. Munkhuu D. Leczenie. Rozdz. 5. Płodność w medycynie klasycznej. (W:) Zacharek W (red.). Drogi ku płodności. Wszystko o diagnostyce, leczeniu i metodach wsparcia w niepłodności. Warszawa: Zacharek Dom Wydawniczy; 2011. 155–243.
20. Materiały informacyjne portal Medycyna Praktyczna, http://ciaza.mp.pl/ lista/67755, wplyw-lekow- na-jakosc-nasienia (data dostępu: 11.03.2017).
21. Mc Lahan RI, Holden C. Diagnostyka niepłodności męskiej i testy czynnościowe nasienia. Tł. Kretowicz P. Libramed. Numery archiwalne, http://www.libramed.pl/wpg/ NumeryArchiwalne/03/03.html.
22. Skrzypczak J. Zaburzenia płodności. Niepłodność żeńska. (W:) Opala T (red.). Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek, fizjoterapeutów. Warszawa: PZWL; 2006. 149.
23. Drosdzol A, Skrzypulec V, Bakon I, Buchacz P. Standard postępowania diagnostycznego w niepłodności. Annales Academiae Medicae Silesiensis. 2006; 60(5): 436.
24. Grygoruk C, Mrugacz G, Grusza M, Ratomski K, Stasiewicz-Jarocka B, Pietrewicz P. Wpływ stanu czynnościowego jajników na wyniki kliniczne leczenia niepłodności. Nowa Pediatr. 2013; 2: 57.
25. Putała-Pośpiech M, Robak E. Układowe choroby tkanki łącznej w ciąży – postępowanie terapeutyczne. Część 1: SLE, zespół antyfosfolipidowy. Prz Lek. 2012; 69, 11: 1221.
26. Putała-Pośpiech M, Robak E. Układowe choroby tkanki łącznej w ciąży – postępowanie terapeutyczne. Część 1: SLE, zespół antyfosfolipidowy. Prz Lek. 2012; 69, 11: 436.
27. Śliwiecki L. Wsparcie. Rozdz. 6. Psychologia – jak emocje i relacje wpływają na płodność. (W:) Zacharek W (red.). Drogi ku płodności. Wszystko o diagnostyce, leczeniu i metodach wsparcia w niepłodności. Warszawa: Zacharek Dom Wydawniczy; 2011. 249–250.
28. Studzińska-Makara M, Studnicka G. Czynniki psychoemocjonalne. (W:) Stadnicka G (red.). Opieka przedkoncepcyjna. Biblioteka położnej. Warszawa: PZWL; 2009. 120.
29. Bidzan M, Podolska M, Bidzan L, Smutek J. Cechy osobowościowe a poczucie osamotnienia kobiet leczonych z powodu niepłodności. Ginekol Pol. 2011; 82: 508.
30. Kmieciak B. Psychologia in vitro – między etyką a społeczeństwem. Med Prakt Psychiatria. 2014; 4: 64.
31. Studzińska-Makara M, Wdowiak A, Bakalczuk G, Bakalczuk S, Kryś K. Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności. Seksuol Pol. 2012; 10(1): 28–35.
32. Twardowska M. Problemy psychologiczne związane z ciążą, http://www.psychiatria.pl / artykul /problemy-psychologiczne-zwiazane-z-ciaza/854 (data dostępu: 20.03.2017).
33. Rekomendacje PTG w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zabiegu in vitro. Prz Menopauz. 2004; 6: 12, http://www.termedia.pl/ Rekomendacje-Polskiego-Towarzystwa-Ginekologicznego -w-zakresiewybranychpatologii-wczesnej-ciazy-oraz-postepowania -w-ciazy-po-zaplodnieniu-in-vitro-,4,2819,1,1.html (data dostępu: 12.03.2017).
34. Wołczyński S. Techniki wspomaganego rozrodu. (W:) Opala T (red.). Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Warszawa: PZWL; 2006. 174.
35. Kempiak J. Ciąża wielopłodowa. (W:) Bręborowicz GH (red.). Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 2005. 264.
36. Iwanowicz-Palus GJ, Krysa J, Bień A. Rola położnej rodzinnej w Polsce. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19, 3: 275.
37. Pilewska-Kozak AB, Kandys K. Wychowanie i przygotowanie do rodzicielstwa. Promocja zachowań prozdrowotnych w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży. (W:) Stadnicka G (red.). Opieka przedkoncepcyjna. Biblioteka położnej. Warszawa: PZWL; 2009. 166–186.
38. Stręk W. Rola opieki okołoporodowej we współczesnej rodzinie – rola edukacyjna położnej, http://www.poloznawiola.pl/publikacje/2-rola-opieki-okoloporodowej -we-wspolczesnej-rodzinie?showall=&start=2 (data dostępu: 19.03.2017).

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Katarzyna Turoń
Nowakowo 37
82-310 Elbląg
tel. kom.: 508 076 571
e-mail: katarzynkaturon@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

NAJCZĘSTSZE ZAGROŻENIA WYSTĘPUJĄCE PODCZAS JAZDY MOTOCYKLEM

THE MOST COMMON HAZARDS THAT OCCUR WHILE DRIVING A MOTORCYCLE

Ewelina Kimszal[1], Katarzyna Van Damme-Ostapowicz[2]

[1] studentka studiów doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[2] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.74

STRESZCZENIE

W ostatnich latach można zauważyć na drogach zwiększone natężenie ruchu osób jeżdżących jednośladami, a fakt ten potwierdza zwiększająca się z roku na rok liczba osób ubiegających się o prawo jazdy na motocykl. Zagrożenia dla stanu zdrowia zarówno kierującego, jak i jego pasażera są poważniejsze po wystąpieniu wypadku motocyklowego niż w przypadku wypadku samochodowego. Urazy dotykają głównie młodych mężczyzn w wieku produkcyjnym oraz stanowią specyficzną i ważną grupę, ponieważ urazy, na jakie są wystawiani motocykliści, zagrażają życiu, pociągają za sobą poważne, często nieodwracalne skutki zdrowotne.

Słowa kluczowe: wypadki, urazy, jazda motocyklem, zagrożenia, motor.

ABSTRACT

In recent years, you will notice increased traffic on the roads people riding motors, it is evident that after increasing from year to year the number of people applying for a motorcycle license. During an motorcycle accident risks to the health driver and his passengers are greater than in the case of a car accident. Injuries mainly affects young men in age and constitute a specific and important group because injuries to which are issued motorcyclists life threatening, entail serious and often irreversible health effects.

Keywords: accidents, injuries, riding a motorcycle, threats, motor.

Wstęp

Jazda motocyklem jest bardzo popularnym hobby, a także sportem uprawianym przez mężczyzn, chociaż coraz częściej wybieranym przez kobiety. W ostatnich latach można zauważyć na drogach zwiększone natężenie ruchu osób jeżdżących jednośladami. Wybierane są one m.in. dlatego, że ułatwiają przejazd przez zatłoczone miasta. O popularności tego środka lokomocji świadczy fakt zwiększającej się z roku na rok liczby osób ubiegających się o prawo jazdy na prowadzenie motocykla, co za tym idzie – zwiększającej się liczby zarejestrowanych pojazdów motocyklowych w Polsce [1]. W 2005 roku było 754 tys. sztuk, w 2010 roku – 1013 tys. motocykli, w 2014 – 1190 tys., a w 2015 – 1272 tys. motocykli [2].

Zagrożenia dla stanu zdrowia zarówno kierującego, jak i jego pasażera są poważniejsze po wystąpieniu wypadku motocyklowego niż w przypadku wypadku samochodowego. Przyczyną doznania poważniejszych urazów przez kierowcę motocykla jest m.in. brak pasów bezpieczeństwa, nie ma on również żadnej osłony wokół siebie, która mogłaby stanowić strefę zgniotu [1]. Urazy dotykają głównie młodych mężczyzn w wieku produkcyjnym oraz stanowią specyficzną i ważną grupę, ponieważ urazy, na jakie są wystawiani motocykliści, zagrażają życiu, pociągają za sobą poważne, często nieodwracalne skutki zdrowotne [3]. Jedynym zabezpieczeniem ciała motocyklisty podczas wypadku jest odzież ochronna. Chroni ona przed wiatrem, deszczem, słońcem, oparzeniami od rozgrzanych elementów motoru, uderzeniami drobnych kamieni wydobywających się spod kół, jak również uderzeniami owadów [1]. Badania przeprowadzone przez Krajową Radę Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego nad stosowaniem kasków ochronnych przez użytkowników motocykli, motorowerów i rowerów w 2014 roku pokazują, że wśród 655 kierujących motocyklem i 34 ich pasażerów aż 99% badanych użytkowników motocykli używało kasków ochronnych [4]. Każdy motocyklista powinien pamiętać, że kask, który uchronił jego głowę nawet w najmniejszym wypadku, nie nadaje się do dalszego użytkowania i powinien być zmieniony na nowy, ponieważ kaski zaprojektowane są do absorpcji jednego uderzenia. Nawet jeśli kask nie wykazuje

zewnętrznych oznak uszkodzenia (zadrapania, pęknięcia, zarysowania), jego wewnętrzna struktura jest już uszkodzona i taki kask nadaje się do wyrzucenia [5].

Dane statystyczne na temat wypadków motocyklowych

Najczęściej wypadkom ulegają młodzi mężczyźni w wieku 18–24 lat, którzy są skłonni do ryzykownych zachowań na drodze. Policja od 2005 roku odnotowuje zwiększoną liczbę wypadków z udziałem jednośladów. Statystyki z ostatnich lat wskazują, że kierujący motocyklami najczęściej powodowali wypadki w miesiącach wakacyjnych, łączy się z tym fakt, że w tym czasie znacząco wzrasta liczba motocykli na drogach. Do głównych przyczyn wypadków spowodowanych przez motocyklistów są:

- niedostosowanie prędkości,
- nieprawidłowe wyprzedzanie,
- nieudzielanie pierwszeństwa przejazdu,
- niezachowanie bezpiecznej odległości między pojazdami,
- nieprawidłowe zachowanie wobec pieszego,
- jazda po niewłaściwej stronie drogi,
- nieprawidłowe skręcanie [6].

Najczęstszym mechanizmem zgłaszanym w sytuacji utraty przez kierowcę kontroli nad motocyklem były zderzenia z nieruchomymi obiektami (70%), takimi jak drzewa lub skały, utrata trakcji (15%), zderzenia z ruchomymi obiektami (6%), takimi jak piesi, rowerzyści. Utrata kontroli w wyniku wysokiej prędkości i związanymi z tym duże drgania motoru powodowały 2% wypadków. Według badań najczęstszym kierunkiem, w którym kierowca zostaje wyrzucony z motocykla podczas zderzenia, jest kierownica (45% przypadków) [7].

W 2015 roku 2136 motocyklistów uczestniczyło w wypadkach drogowych: 225 osób zginęło, a 2188 zostało rannych. Wśród ofiar większość osób stanowili kierujący motocyklami, bo aż 188 zabitych i 1703 rannych; zginęło 18 pasażerów i 194 zostało rannych. Porównując ubiegły rok, liczba ofiar wypadków motocyklowych zmniejszyła się – liczbą zabitych o 42 osoby (-18,3%) oraz liczbą rannych o 261 osób (-13,3%).

Motocykliści spowodowali 855 wypadków, w których zginęło 114 osób, a 874 zostało rannych. W porównaniu z ubiegłym rokiem liczba wypadków zmniejszyła się o 168 (-16,4%), zostało mniej o 37 (-24,5%) osób zabitych i o 187 (-17,6%) osób rannych.

Według statystyk kierujący motocyklami najczęściej powodowali wypadki w miesiącach maj – wrzesień i łączy się to z warunkami klimatycznymi. W sierpniu zanotowano największą liczbę wypadków – 149 (17,4%). Dokonując podziału wypadków na dni tygodnia, najwięcej wypadków przypada na niedzielę (21,3% ogółu).

Ze względu na przedział wiekowy młodzi kierowcy w wieku 18–24 lat spowodowali 227 wypadków, w których 33 osoby poniosły śmierć, a 232 zostały ranne [8].

Najczęstsze urazy występujące podczas wypadków motocyklowych

Urazami nazywamy takie działania siły zewnętrznej na organizm poszkodowanego, które powodują powstanie różnego rodzaju obrażenia ciała. Rozległość obrażeń może się różnić od nieznacznych do okaleczających, a nawet do śmiertelnych. Uszkodzenie po urazie i stopień obrażeń zależne są od szybkości, działającej energii oraz rodzaju zadanej energii [9]. Kierowcy motocykli jeżdżący bez kasku są dwukrotnie bardziej narażeni na grożące życiu urazy mózgu. Narodowa Administracja Bezpieczeństwa Highway Traffic (NHTSA) oszacowała, że kask uratował życie 1544 motocyklistów w samym 2010 roku. Urazowe uszkodzenie mózgu jest najczęstszą przyczyną śmierci, a nawet gdy nie jest ono śmiertelne, to niesie za sobą kosztowną rehabilitację oraz ciężkie urazy emocjonalne dla rodziny i przyjaciół [10].

Według statystyk motocykliści najczęściej ulegają urazom głowy, w tym urazom czaszkowo-mózgowym, urazom kręgosłupa, otwartym złamaniom rąk i nóg oraz urazom narządów wewnętrznych i miednicy [11].

Do urazu czaszkowo-mózgowego dochodzi w wyniku użycia siły zewnętrznej, która może wpływać na zmniejszenie stanu świadomości, pogorszenie funkcji poznawczych lub ograniczenia w funkcjonowaniu. U osób uczestniczących w wypadku, u których doszło do urazu czaszkowo-mózgowego, w wielu wypadkach dochodzi do zmian w zachowaniu, a także w stanie emocjonalnym. Brak roztropności u kierowców jednośladów, brawura, często z elementami jazdy w sposób kaskaderki, doprowadza do przepełnienia oddziałów ortopedycznych przez osoby uprawiające ten rodzaj sportu [12].

Innym urazem często występującym u motocyklistów jest uszkodzenie kręgosłupa, które dzieli się na stabilne i niestabilne zagrażające uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Mechanizmy urazu związane są z ruchami głowy i wyróżnia się urazy zgięciowe, wyprostne oraz kompresyjne (zgnieceniowe). Uraz kręgosłupa u motocyklisty podejrzewamy podczas każdego wypadku, niezależnie od prędkości, z jaką jechał kierowca. Dla ratowników medycznych szczególne wyzwanie stanowi zdjęcie kasku osobie nieprzytomnej. Poprawne wyjęcie głowy z kasku jest bardzo ważne, ponieważ u takich osób podejrzewamy uraz kręgosłupa oraz rdzenia kręgowego [3].

Uszkodzenie rdzenia kręgowego u ofiar wypadków komunikacyjnych obejmuje około 10–20% urazów kręgosłupa i może być to uszkodzenie całkowite (kompletne) lub niecałkowite (niekompletne). Bezpośrednią reakcją rdzenia kręgowego na uszkodzenie może być tzw. szok rdzeniowy, czyli czasowa utrata wszystkich funkcji, bądź wstrząs neurogeniczny [3].

Liczne badania wykazały również u ofiar wypadków motocyklowych częste pourazowe obrażenia kończyn dolnych, klatki piersiowej, jamy brzusznej. Kraus i wsp., przeprowadziwszy badania nad występowaniem uszkodzeń klatki piersiowej i jamy brzusznej wśród poszkodowanych motocyklistów z Kalifornii, poinformowali, że wielokrotnie i powszechnie występowały obrażenia w obrębie klatki piersiowej i w obrębie jamy brzusznej, a liczba złamań żeber była związana z poważnymi uszkodzeniami klatki piersiowej i narządów jamy brzusznej. Brytyjskie badania rannych motocyklistów, przeprowadzone przez Ankaratha i wsp. w 2002 roku, wykazały, że obrażenia klatki piersiowej i brzucha, a także złamania miednicy związane z urazami kości długich były głównymi, po urazie głowy, czynnikami przyczyniającymi się do zmniejszenia przeżycia motocyklistów [13].

Według badań Colburna i Meyera uszkodzenia więzadeł, złamania i zwichnięcia były równomiernie rozłożone pomiędzy kończyną górną (57%) a kończyną dolną (43%). Złamania kończyny górnej najczęściej obejmowały dłoń/nadgarstek, ramię/obręcz barkową: złamania obojczyka, śródręcza, kości łódeczkowatej i kości ramiennej. W kończynie dolnej najczęstsze były obrażenia kości stopy, kostki, kolan, bioder [7].

Do przyczyn powodujących powyżej wymienione urazy często zalicza się alkohol. Prowadzenie pojazdów motocyklowych przez osoby po spożyciu alkoholu jest nadal często spotykanym zjawiskiem. W badaniu Wittayarungruengsri i wsp. wykazano, że 3 na 10 kierowców w Bangkoku prowadziło pojazd w stanie upojenia alkoholowego powyżej dopuszczalnej normy; problem dotyczył głównie kierujących w wieku 15–25 lat [14].

Zalecenia, które mogą zmniejszyć ilość wypadków motocyklowych

1. Każdy kierowca i pasażer motocyklu powinien włożyć kask ochronny, który zabezpiecza głowę przed urazem.
2. Motocyklista powinien być edukowany o konieczności zakładania odzieży ochronnej i świadomy tej konieczności.
3. Należy wprowadzić wytyczne, jaką minimalną wysokość powinien mieć kierowca do odpowiedniej wysokości jednośladu, uwzględniając rodzaj motoru i minimalny stosunek wagi kierowcy do wagi motoru. Takie rozporządzenia powinny być znane sprzedawcom, którzy mogą pomóc w dobrze odpowiedniego motocykla.
4. Kierowcy powinni być informowani o zwiększonym ryzyku wypadku przy jeździe na nowym motorze, nawet jeśli kierowca jest doświadczony. Ryzyko może być zmniejszone dzięki korzystaniu z powierzchni bez przeszkód, wolniejszej jeździe i stosowaniu ochronnej odzieży.
5. Należy zmniejszyć liczbę osób jeżdżących bez prawa jazdy i liczbę niezarejestrowanych motocykli na drogach.
6. Trzeba zintensyfikować kontrolę kierowców, którzy mogą prowadzić motocykl pod wpływem alkoholu [15].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Zwolińska M. Bezpieczeństwo motocyklistów w aspekcie odzieży ochronnej. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy. Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka. 2012; 10: 12–15.
2. Mały Rocznik Statystyczny Polski. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016.
3. Grzanka M. Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego. Promotor. 2011; 7: 46–50.
4. Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego. Stosowanie kasków ochronnych przez użytkowników motocykli, motorowerów i rowerów w 2014 roku. Warszawa: Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju; 2014.
5. Kask po wypadku. Biznes i Motocykle, czerwiec 2005: 14.
6. Stan bezpieczeństwa motocyklistów w ruchu drogowym, www.policja.pl (data dostępu: 05.01.2017).
7. Colburn NT, Meyer RD. Sports Injury or trauma? Injuries of the competition off-road motorcyclist. Injury. 2003; 34(3): 207–214.
8. Biuro Ruchu Drogowego. Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku. Warszawa: Komenda Główna Policji; 2016.
9. Lisiecka-Tyszko S, Lipiński J, Lasek J et al. Skojarzone obrażenia piersiowo-brzuszne. Now Lek. 2008; 77, 2: 101–106.
10. Centres for Disease Control and Prevention Motorcycle Safety. How to save lives and money. 1–28.
11. (Dostępne w Internecie:) http://motorbook.pl/article/6 (data dostępu: 16.01.2017).
12. Pietkun K, Siminska J, Stocka J et al. Urazy czaszkowo-mózgowe w sporcie – analiza danych demograficznych. J Health Sci. 2014; 4(13): 77– 84.
13. Dischinger PC, Ryb GE, Ho SM, Braver ER. Injury Patterns and Severity Among Hospitalized Motorcyclists: A Comparison of Younger and Older Riders. Annu Proc Assoc Adv Automot Med. 2006; 50: 237–249.

14. Wittayarungruengsri N, Chirachariyavej T, Kusamran T, Tiensuwan M. Causes of Fatalities and Injuries from Motorcycle Accidents in Bangkok by Autopsy Investigation. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University; 2007. 1–11.
15. Haworth N, Ozanne-Smith J, Fox B, Brumen I. Motorcycle-related injuries to children and adolescents. Vic Health. Report No 56, 1994.

Adres do korespondencji:
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7A
15-096 Białystok
tel./fax: 85 748 55 28
e-mail: katarzyna.ostapowicz@gmail.com

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

SPECJALISTA ZE ZDROWIA PUBLICZNEGO W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

SPECIALIST IN PUBLIC HEALTH IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Iwona Wrześniewska-Wal, Bartosz Kobuszewski

Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.75

STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje jeden z głównych problemów systemu ochrony zdrowia w Polsce, jakim jest niedobór kadr medycznych. Autorzy próbują odpowiedzieć na pytanie, czy rozwiązaniem może być zaangażowanie specjalistów ze zdrowia publicznego – osób wszechstronnie wykształconych i przygotowanych, a dotychczas niewykorzystanych przez system.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, specjalista, system ochrony zdrowia.

ABSTRACT

This article presents one of the main problems of the health care system in Poland, which is the shortage of medical staff. The authors try to answer the question whether the solution could be the involvement of public health professionals – persons who are well versed and prepared and not used by the system so far.

Keywords: public health, specialist, health system.

Niedobór pracowników ochrony zdrowia

Jednym z problemów systemów ochrony zdrowia nie tylko w Polsce jest niedobór kadr medycznych. Według danych OECD liczba lekarzy w Polsce w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wynosi 2,2, odbiegając od średniej w krajach OECD, która wynosi 3,31. Jak wskazuje raport NIK, na niedostateczną liczbę pracowników ochrony zdrowia nakłada się również nierównomierne rozmieszczenie terytorialne, ponieważ większość pracowników wybiera praktykowanie raczej w dużych aglomeracjach niż na obszarach wiejskich [1]. W Europie dyskusję na temat niedoboru kadr medycznych zapoczątkowała Komisja Europejska, wydając „Zieloną Księgę w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie"[2], gdzie przedstawiła trudności, z jakimi borykają się pracownicy ochrony zdrowia. Dokument miał usystematyzować działania dotyczące pracowników ochrony zdrowia i opracować strategie przeciwdziałania dalszemu niedoborowi kadr. Choć zgodnie z regulacjami traktatowymi odpowiedzialność za organizację i świadczenie usług zdrowotnych oraz opieki medycznej spoczywa na poszczególnych państwach członkowskich, to Komisja Europejska odgrywa w tym procesie istotną rolę: wspiera państwa członkowskie i przynosi dodatkowe korzyści poprzez budowanie partnerstwa między zainteresowanymi stronami, oferuje pomoc przy tworzeniu sieci kontaktów i dzielenie się dobrymi praktykami [3]. Dokument zwraca uwagę na ważny aspekt polityki kadrowej, jakim jest współpraca pomiędzy państwami członkowskimi oraz na arenie międzynarodowej w zakresie warunków przepływu kadry, wymiany danych o migracji, negocjowania rekompensat finansowych bądź szkoleniowych oraz rozwijania współpracy badawczej w tej dziedzinie.

W Zielonej Księdze zostały zidentyfikowane czynniki, które mają zasadniczy wpływ na niedobór kadr medycznych w UE. Są one wspólne dla wszystkich państw członkowskich: globalne starzenie się społeczeństwa, ale i starzenie się personelu służby zdrowia, migracja pracowników ochrony zdrowia wewnątrz UE i poza nią oraz rozwój i wdrożenie nowych technologii. Fakt starzenia się społeczeństwa europejskiego jest powszechnie znany, lecz warte jest podkreślania to, że starzeje się również personel medyczny. Z danych opublikowanych w Księdze wynika, że pomiędzy rokiem 1995 a 2000 liczba lekarzy poniżej 45. roku życia w całej Europie spadła o 20%, podczas gdy liczba tych, którzy mają ponad 45 lat, wzrosła o ponad 50%. W przypadku personelu pielęgniarskiego średni wiek również rośnie: w pięciu państwach członkowskich prawie połowa personelu pielęgniarskiego ma ponad 45 lat [2].

Podobna sytuacja występuje obecnie w Polsce. Największy niedobór dotyczy lekarzy medycyny specjalistów

(np. chirurgów, pediatrów), których średnia wieku wynosi 54,5 roku. W przypadku lekarzy dentystów aż 18% specjalistów to osoby po 66. roku życia wykonujące zawód. Badania przeprowadzone w 2017 roku wskazują, że w Polsce ponad 65% pielęgniarek i położnych ma powyżej 45 lat. Powyższe wnioski wynikają z analizy struktury wiekowej polskiego personelu medycznego przedstawionej na **rycinach 1–5**.

Powyższa analiza wskazuje, że działania planistyczne w zakresie kadr medycznych są koniecznością. Nie daje to pewności, że nie wystąpią problemy związane z niedoborem kadr medycznych, ale skuteczne planowanie i monitorowanie daje szansę na podjęcie w porę interwencji. W tych okolicznościach należy postawić sobie pytanie: czy rozwiązaniem może być zaangażowanie w proces opieki zdrowotnej specjalistów zdrowia publicznego? Obecna sytuacja kadr polskiego systemu ochrona zdrowia wskazuje na pilną konieczność zmiany podejścia do procesu planowania zasobów ludzkich. Praca specjalisty zdrowia publicznego mogłaby w pewnych obszarach odciążyć lekarzy, pielęgniarki i położne. Zaangażowanie specjalisty ze zdrowia publicznego w systemie powinno być oparte na współpracy.

Migracja kadry medycznej

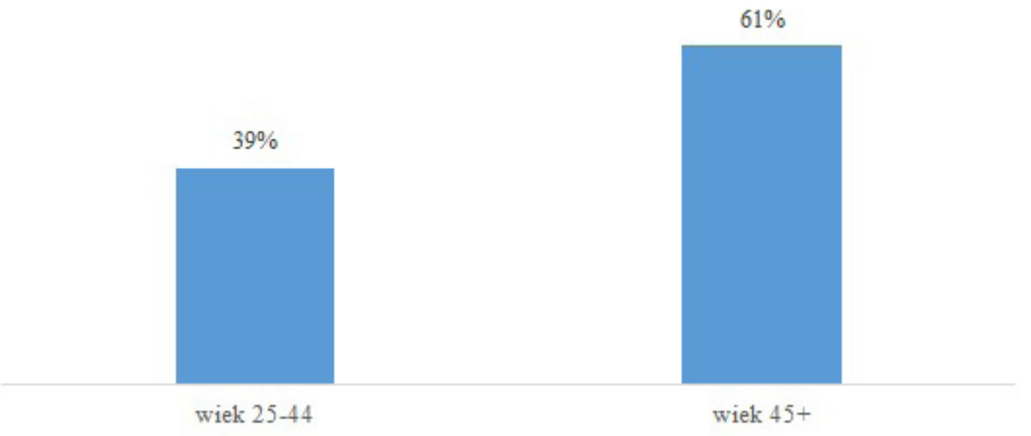
Uznawanie kwalifikacji zawodowych ma kluczowe znaczenie w kontekście swobodnego przepływu pracowników, swobody przedsiębiorczości i świadczenia usług. Komisja Europejska zwraca uwagę na regulacje prawne w tym obszarze, które gwarantują swobodę przepływu pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów. Uznawanie kwalifikacji zdobytych w innym państwie jest jedną z największych barier dla swobodnego przepływu pracowników (art. 45 TFUE). Powyższe regulacje traktatowe, rozszerzone poprzez rozporządzenie nr 1612/68 [4], gwarantują obywatelom UE prawo do pracy w innym państwie członkowskim w charakterze pracownika. Natomiast w celu ułatwienia swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje wydana została odrębna dyrektywa nr 2005/36/WE [5]. Ta dyrektywa skonsolidowała w jeden akt prawny wiele poprzednio obowiązujących dyrektyw sektorowych (wcześniejsze dyrektywy sektora to: dla lekarzy dyrektywa Rady nr 93/16, dla lekarzy dentystów – nr 78/686 i nr 78/687), dotyczących zasad uznawania kwalifikacji w ramach systemu ogólnego oraz zasad uznawania działalności gospodarczej. Zachowała także to, co najistotniejsze dla lekarzy, czyli automatyczne uznawanie kwalifikacji zawodowych [6]. Oznacza to, że właściwy organ przyjmującego państwa członkowskiego nie może kontrolować wykształcenia zainteresowanej osoby, jeśli legitymuje się ona dyplomem wskazanym w załączniku V do ww. dyrektywy. W związku z dużą mobilnością pracowników ochrony zdrowia Parlament przyjął rezolucję, w której wezwał do unowocześnienia i ulepszenia ww. dyrektywy [7, 8].

W badaniach liczby emigrujących lekarzy często wykorzystywanym źródłem danych są informacje o liczbie zaświadczeń wydawanych przez okręgowe rady lekarskie oraz pielęgniarskie, które są organami właściwymi do wydawania zaświadczeń regulujących zasady uznawania kwalifikacji zawodowych w UE. Jednak posiadane dane nie mogą stanowić podstawy do sporządzenia pełnej oceny skali emigracji lekarzy czy pielęgniarek. Wynika to z faktu, że niektórzy lekarze i pielęgniarki kilka razy zgłaszali się po zaświadczenie albo uzyskali je, po czym zrezygnowali z wyjazdu. Należy przyjąć, że są to jedynie dane szacunkowe (**Rycina 6, Tabele 1 i 2**).

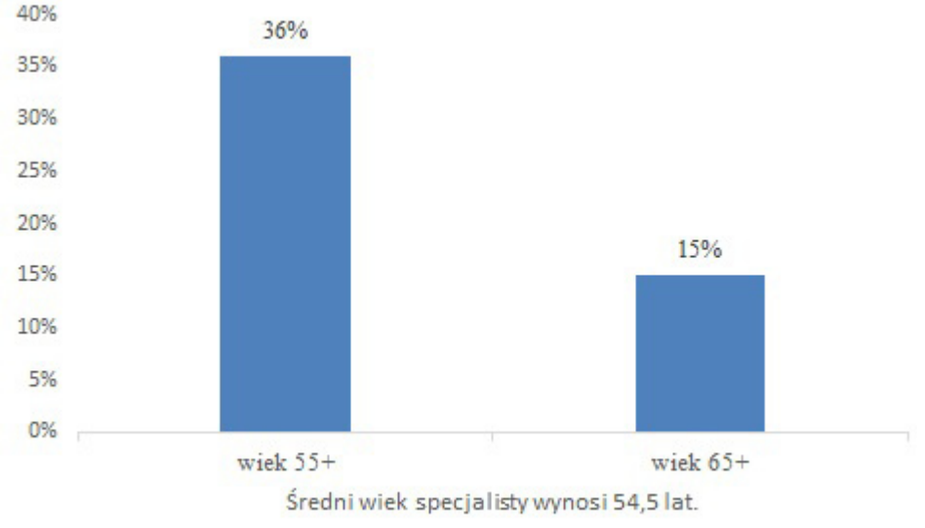
Edukacja w zdrowiu publicznym

Kształcenie przeddyplomowe – magister zdrowia publicznego

Edukacja w zdrowiu publicznym może się odbywać na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym. Na początku 1999 roku zaczęto otwierać pierwsze studia licencjackie na kierunku: zdrowie publiczne. Obecnie zdrowie publiczne można studiować zarówno na uczelniach medycznych, jak i w różnych innych publicznych i niepublicznych szkołach wyższych oraz uniwersytetach. Programy nauczania na studiach pierwszego i drugiego stopnia z zakresu zdrowia publicznego oparte są na rezolucji nt. wzmocnienia zdrowia publicznego w Europie, przyjętej przez Europejski Komitet Regionalny Światowej Organizacji Zdrowia we wrześniu 2012 roku [9]. Zgodnie z tymi wytycznymi podstawowym celem kształcenia na studiach pierwszego i drugiego stopnia z zakresu zdrowia publicznego jest wykształcenie specjalistów posiadających kompetencje niezbędne do kształtowania polityki zdrowotnej, planowania, wdrożenia, monitorowania oraz oceny skuteczności interwencji pro-zdrowotnych w zakresie wykonawczym, jak również posiadających podstawowe umiejętności związane z zarządzaniem zasobami niezbędnymi do realizacji wytyczonych celów polityki zdrowotnej państwa na różnych szczeblach organizacyjnych: instytucji samorządowych, rządowych, instytucji pozarządowych oraz organizacji udzielających świadczeń w zakresie zdrowia [10]. Uczelnie prowadzące kierunek: zdrowie publiczne, tworząc programy studiów, posiłkują się także standardami kształcenia [11], opracowanymi przez Radę Główną Nauki i Szkolnictwa Wyższego na potrzeby „Rozporządze-



Rycina 1. Struktura wiekowa kadry medycznej – lekarze (lekarze medycyny – specjaliści). Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów, 2017



Rycina 2. Struktura wiekowa kadry medycznej – lekarze (lekarze medycyny – specjaliści). Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów, 2017

Rycina 3. Struktura wiekowa kadry medycznej (lekarze dentyści – specjaliści). Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów, 2017

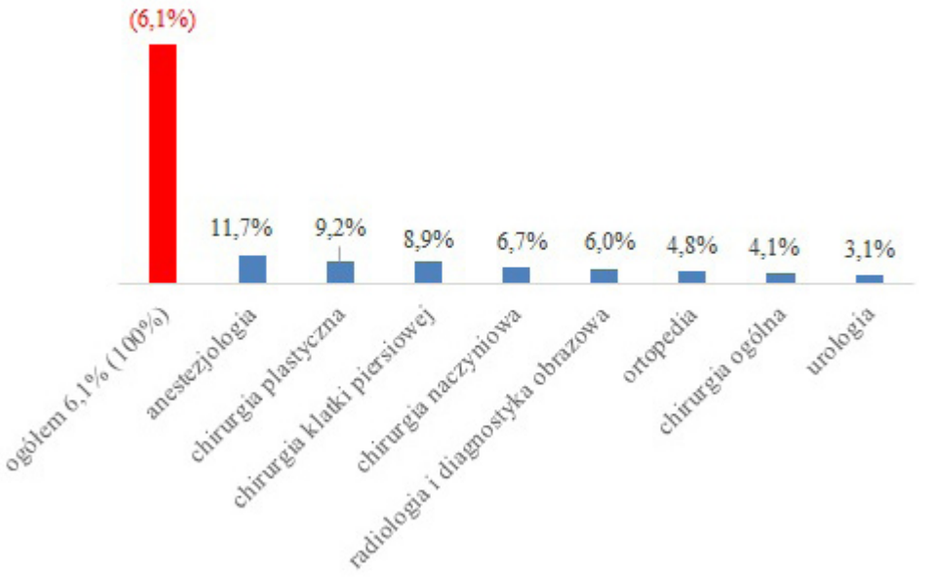
Rycina 4. Struktura wiekowa kadry medycznej – pielęgniarki i położne (pielęgniarki). Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych, 2017

Rycina 5. Struktura wiekowa kadry medycznej – pielęgniarki i położne (położne). Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych, 2017

nia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki"; rozporządzenie zostało uchylone w 2012 roku. Zgodnie z wytycznymi absolwent studiów drugiego stopnia (magisterskich) „posiada zaawansowaną (...) wiedzę z zakresu nauk społecznych i nauk medycznych. Posiada umiejętności umożliwiające włączenie się w realizację zadań profilaktyki i ochrony zdrowia instytucji: państwowych, samorządowych, społecznych i prywatnych – funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia – w zakresie:

- opieki społeczno-medycznej;
- promocji zdrowia;
- edukacji prozdrowotnej;
- nadzoru sanitarno-epidemiologicznego;
- organizowania i administrowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz
- podnoszenia stanu zdrowia społeczeństwa".

Zgodnie z przytoczonymi powyżej wytycznymi RGNiSW program studiów (pierwszy i drugi stopień) obej-



Rycina 6. Liczba zaświadczeń dla zagranicznych instytucji, wydanych w latach 2005–2008. Źródło: opracowanie własne na podstawie: [7] oraz podanej tam literatury

Tabela 1. Ostatnie lata doświadczeń – lekarze: zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń, województwa miejsca zameldowania i okresu wydania zaświadczenia w latach 2011–2015. Źródło: Naczelna Izba Lekarska, Centralny Rejestr Lekarzy

Województwo (kod TERYT)	2011			2012			2013			2014			2015		
	L	D	S	L	D	S	L	D	S	L	D	S	L	D	S
dolnośląskie (02)	88	38	26	90	23	16	97	28	21	151	36	32	149	27	25
kujawsko-pomorskie (04)	19	7	6	23	2	9	19	5	5	38	6	20	30	3	13
lubelskie (06)	33	10	10	20	4	5	20	5	7	27	11	11	30	8	6
lubuskie (08)	22	7	4	13	6	3	10	3	3	14	6	6	18	4	4
łódzkie (10)	42	14	18	50	15	21	51	25	23	42	17	19	38	19	17
małopolskie (12)	50	13	23	50	14	14	70	20	27	82	18	26	89	17	25
mazowieckie (14)	114	24	36	135	25	43	124	36	48	164	47	70	189	26	69
opolskie (16)	2	4	0	11	2	0	9	1	5	14	3	5	14	2	9
podkarpackie (18)	9	10	3	18	7	10	15	3	4	15	9	4	20	9	8
podlaskie (20)	21	10	5	17	4	6	24	7	9	31	9	16	23	11	8
pomorskie (22)	62	12	23	41	19	21	39	15	19	64	16	26	64	16	25
śląskie (24)	70	17	30	70	17	20	80	15	35	104	23	44	91	18	24
świętokrzyskie (26)	4	1	2	8	6	3	4	6	3	12	4	4	4	5	3
warmińsko-mazurskie (28)	6	3	1	13	4	5	8	2	2	12	3	3	13	2	7
wielkopolskie (30)	64	13	14	72	16	25	52	28	8	75	37	22	66	17	13
zachodniopomorskie (32)	49	15	9	70	20	17	79	10	18	59	13	13	92	9	22
[brak inf. lub nieznany kod] (?)	12	4	1	18	3	2	15	4	2	16	5	4	8	8	1
	667	**202**	**211**	**719**	**187**	**220**	**716**	**213**	**239**	**920**	**263**	**325**	**958**	**201**	**279**

L - Liczba lekarzy, którym w danym okresie wydano conajmniej jeden rodzaj zaświadczenia, z wyłączeniem zaświadczeń potwierdzających posiadanie specjalizacji równorzędnej z wym. w przepisach UE
D - Liczba lek. dentystów, którym w danym okresie wydano conajmniej jeden rodzaj zaświadczenia, z wyłączeniem zaświadczeń potwierdzających posiadanie spec. równorzędnej z wym. w przepisach UE
S - Liczba lekarzy i lekarzy dentystów, którym w danym okresie wydano conajmniej jedno zaświadczenie potwierdz. posiadanie specjalizacji równorzędnej z wymienioną w przepisach UE (wzory nr 5.6.19)

System FINN - Koniec wydruku. Sporządził: Marcin Kędzierski 2016-12-30 12:40

Tabela 2. Ostatnie lata doświadczeń – pielęgniarki i położne: liczba wydanych zaświadczeń na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 1 maja 2004 do 31 grudnia 2014 roku. Źródło: Raport Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarskie i położnicze, 2015

Rok	Mgr pielęgniarstwa	Mgr położnictwa	Licencjat pielęgniarstwa	Licencjat położnictwa	Absolwenci medycznych szkół zawodowych - pielęgniarki	Absolwenci medycznych szkół zawodowych - położne	Absolwenci liceów medycznych	RAZEM
2014 r.	283	31	548	45	127	35	255	**1 324**
2013 r.	307	34	532	36	114	28	202	**1 253**
2012 r.	204	32	431	39	163	37	248	**1 154**
2011 r.	165	20	315	32	163	45	199	**939**
2010 r.	122	7	281	25	144	46	181	**806**
2009 r.	148	12	253	33	311	74	367	**1 198**
2008 r.	123	8	434	58	290	95	441	**1 449**
2004 - 2007	555	24	665	57	3040	670	4305	**9 316**
RAZEM	1 907	168	3 459	325	4352	1 030	6 198	**17 439**

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych. 31 grudnia 2014 r.

mował ponad 3500 godzin obowiązkowych zajęć dydaktycznych. Obecnie uczelnie mogą modyfikować program realizowanych zajęć, w związku z czym liczba obowiązkowych zajęć dydaktycznych obejmuje nawet 4400 godzin. Zdrowie publiczne jako kierunek studiów ma charakter interdyscyplinarny, przez co treści kształcenia obejmują szeroki wachlarz zagadnień z wielu dziedzin nauki, m.in. epidemiologię, biostatystykę, metodologię badań społecznych, promocję zdrowia i edukację zdrowotną, ekonomikę zdrowia, zarządzanie w ochronie zdrowia, marketing usług zdrowotnych, ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, politykę społeczną i zdrowotną, zdrowie środowiskowe, prawo medyczne, bioetykę itd.

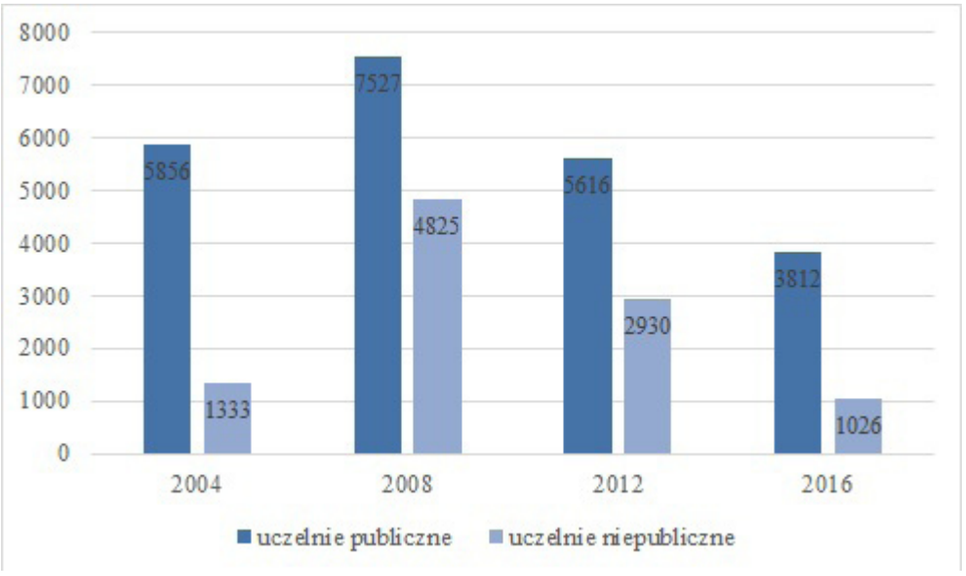
Zgodnie z bazą POLon [12] obecnie (rok akademicki 2016/2017) zdrowie publiczne można studiować w ramach: stacjonarnych studiów pierwszego stopnia (licencjackich) na 26 uczelniach (23 publicznych i 3 niepublicznych), niestacjonarnych studiów pierwszego stopnia na 30 uczelniach (10 publicznych i 20 niepublicznych), stacjonarnych studiów drugiego stopnia na 16 uczelniach publicznych, niestacjonarnych studiów drugiego stopnia na 21 uczelniach (11 publicznych i 10 niepublicznych). Kształcenie odbywa się w bardzo różnych jednostkach organizacyjnych uczelni, m.in. na wydziałach nauk o zdrowiu, zdrowia publicznego, lekarskim, ekologii, filozofii i pedagogiki, zarządzania, studiów międzynarodowych i informatyki [13].

Zgodnie z danymi GUS w roku akademickim 2015/2016 w Polsce na kierunku: zdrowie publiczne studiowało łącznie 4838 osób – 2526 na studiach pierwszego stopnia i 2312 na studiach drugiego stopnia. Zdecydowana większość studentów – niemal 79% – wybrała studia na uczelni publicznej (**Rycina 7**).

W ostatnich latach notowany jest stały spadek liczby studentów kierunku: zdrowie publiczne. W 2016 roku uczelnie odnotowały ponad 60% spadek liczby studentów w porównaniu z szczytowym [13] rokiem 2008, przy czym na uczelniach publicznych ubyło około 50% studentów, natomiast na uczelniach niepublicznych – prawie 80% (**Rycina 8**).

Największy spadek liczby studentów odnotowano na studiach niestacjonarnych pierwszego stopnia – z 4741 osób w 2008 roku do 697 osób w 2016 roku (spadek o około 85%). Sukcesywnie spada także liczba absolwentów zdrowia publicznego, opuszczających mury uczelni. W 2016 roku było ich 1912, czyli o połowę mniej niż w 2012 roku (**Rycina 9**). Coraz wyraźniej widać spadek zainteresowania studiowaniem zdrowia publicznego wśród kandydatów na studia.

Umiejętności i kompetencje absolwenta zdrowia publicznego nie podlegają dyskusji. Zadziwiającym jest jednak fakt, że magistrzy tego kierunku nie są ujęci w żadnym z aktów prawnych regulujących funkcjonowanie sekto-



Rycina 7. Liczba studentów kierunku: zdrowie publiczne w wybranych latach. Źródło: opracowanie własne na podstawie: [13], dane GUS

ra opieki zdrowotnej w Polsce. Zostali pominięci nawet w obowiązującej od 2015 roku „ Ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym ", która nie definiuje, kim jest specjalista zdrowia publicznego. Stan ten budzi tym większy niepokój, że nie wiadomo, jakie taki specjalista ma zadania w systemie i za co ponosi odpowiedzialność.

Kształcenie podyplomowe – zawody medyczne i pokrewne

Historycznie specjalizacja ze zdrowia publicznego związana jest z lekarzem, a dopiero od 1990 roku objęła inne osoby. W kształceniu podyplomowym oprócz licznych kursów i studiów podyplomowych w tym zakresie są specjalizacje. Zdrowie publiczne jako specjalność lekarska została uruchomiona w 1999 roku. Obecnie w ramach tej specjalizacji kształcą się:

- lekarze i lekarze dentyści,
- farmaceuci,
- diagności laboratoryjni,
- pozostałe osoby z wykształceniem wyższym w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, np. biologia, chemia, zarządzanie, socjologia, prawo [15].

W świetle obecnych reform i propozycji otwarcia podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) na innych specjalistów konieczne jest również określenie liczby lekarzy posiadających specjalizację ze zdrowia publicznego (**Ryciny 10, 11**).

Celem szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w zdrowiu publicznym (**Ryciny 12–15**) jest wykształcenie kadry niezbędnej dla kształtowania polityki zdrowotnej, jak również do planowania, wdrożenia, monitorowania oraz oceny skuteczności interwencji prozdrowotnych, jak i specjalistów zdolnych do sprawnego zarządzania zasobami niezbędnymi do realizacji celów polityki zdrowotnej państwa. Główne obszary działań lekarza w tej dziedzinie to:

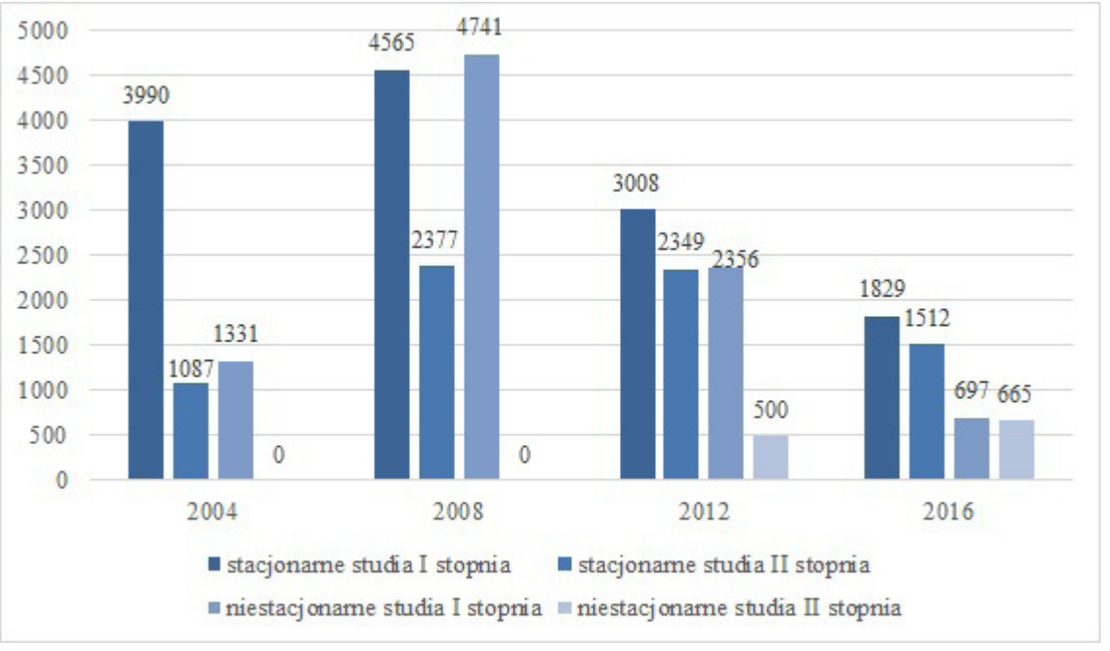
- działania umacniające i promujące zdrowie populacji,
- pełnienie funkcji kierowniczych na różnych szczeblach [16].

Perspektywy zatrudnienia – magister zdrowia publicznego

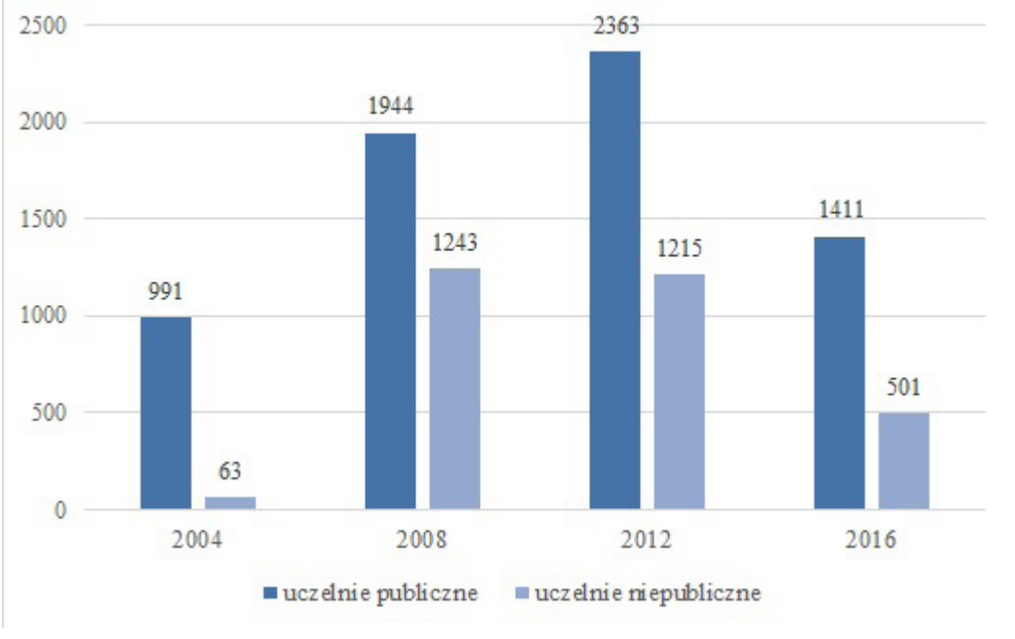
Miejsc w systemie ochrony zdrowia jest wiele, lecz w dużej części nie są przeznaczane dla specjalistów ze zdrowia publicznego. A przecież choćby jedno z zadań specjalisty ze zdrowia publicznego, np. promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom, jest ważne, gdyż jego realizacja może w znaczący sposób przyczynić się w przyszłości do zmniejszenia zapotrzebowania na leczenie i usługi opiekuńcze. Niestety możliwości zatrudnienia specjalisty zdrowia publicznego nie są obiecujące.

Wnioski

Na początku konieczne jest zdefiniowanie specjalisty zdrowia publicznego, a przede wszystkim określenie jego kompetencji, roli i zasad współpracy z innymi uczestnikami rynku medycznego. W tym celu potrzebna jest zmiana „Ustawy (...) o zdrowiu publicznym", która pozwoli umiej-

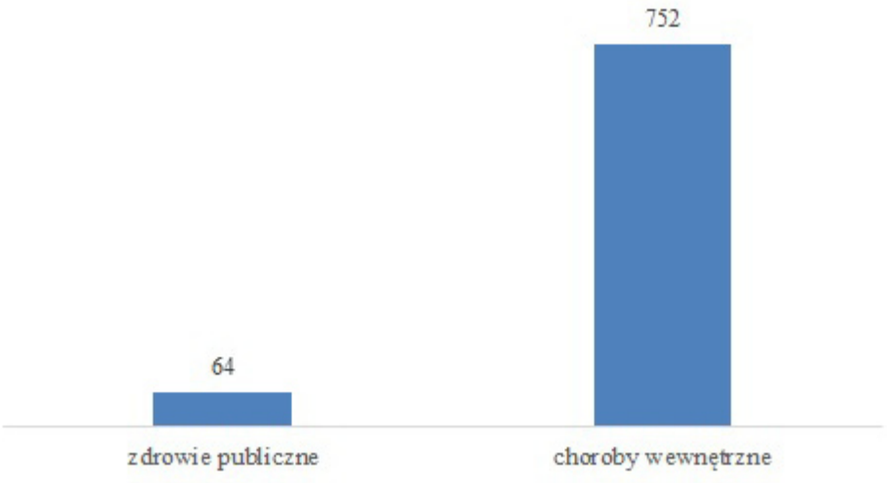


Rycina 8. Liczba studentów kierunku: zdrowie publiczne w podziale na typ studiów w wybranych latach. Źródło: opracowanie własne na podstawie: [13], dane GUS

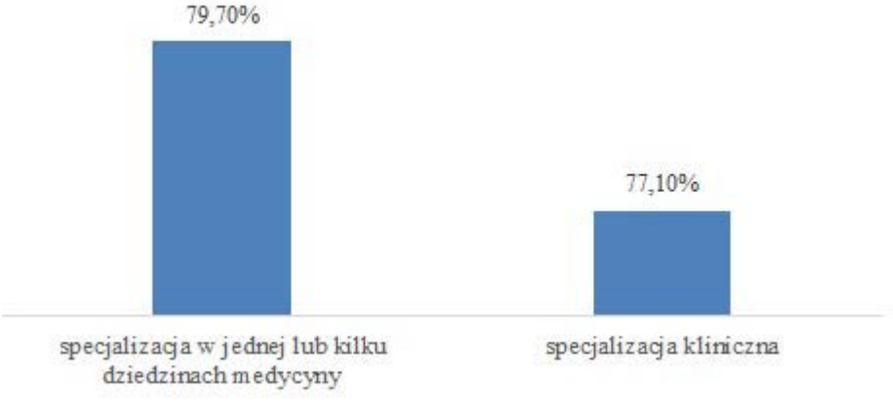


Rycina 9. Liczba absolwentów kierunku: zdrowie publiczne w wybranych latach. Źródło: opracowanie własne na podstawie: [13], dane GUS

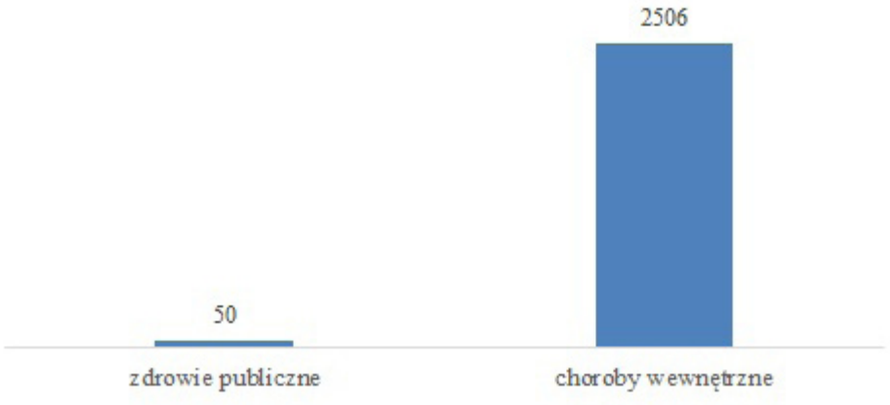
scowić tego profesjonalistę w systemie. Zmiany w ustawie powinny przełożyć się na standardy kształcenia, programy i plany studiów. Pozwoli to uporządkować kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego i efektywnie wykorzystać istniejący potencjał kadry. Na polskim rynku medycznym wyraźnie widoczne jest zapotrzebowanie na tego typu profesjonalistę, który może w dłuższej perspektywie czasu stać się narzędziem do uzdrowienia systemu. Konstruując politykę zdrowotną państwa, z pewnością warto uwzględnić specjalistę ze zdrowia publicznego.



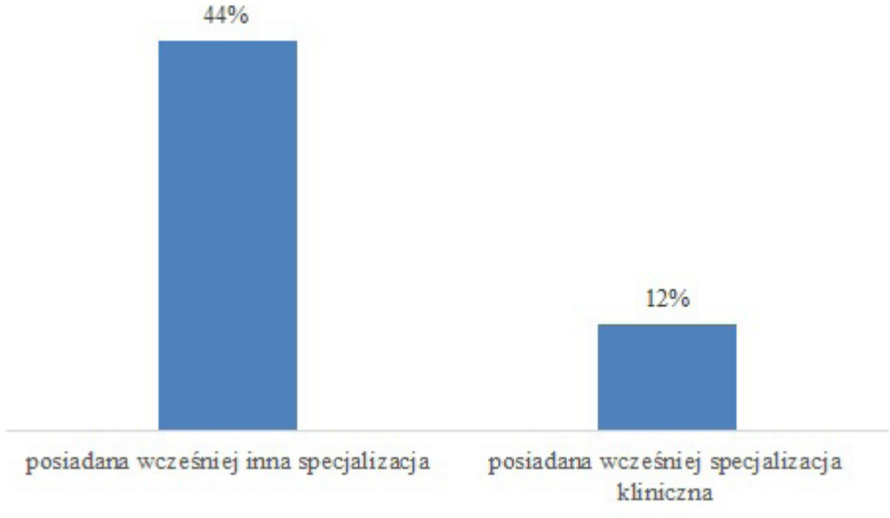
Rycina 10. Lekarze specjaliści ze zdrowia publicznego 2004–2009 (egzamin specjalizacyjny 2004–2009). Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rejestr lekarzy CMKP



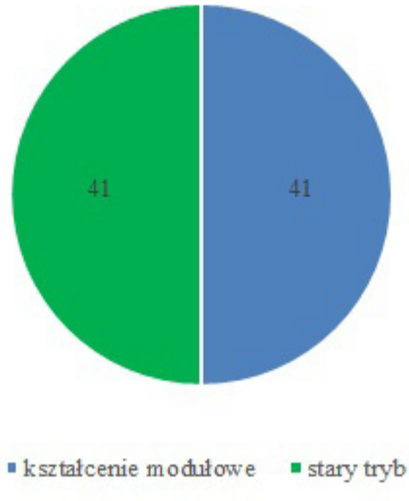
Rycina 11. Dodatkowe kwalifikacje zawodowe specjalistów ze zdrowia publicznego. Źródło: opracowanie własne na podstawie: [14]



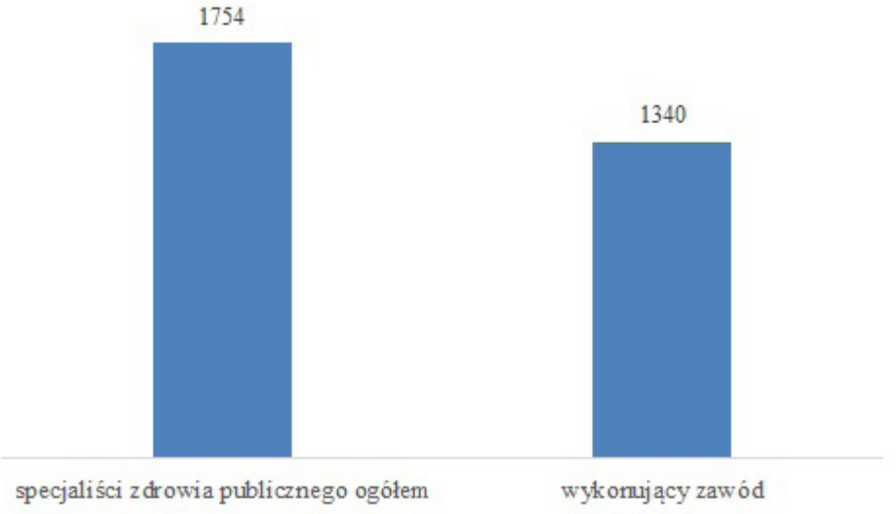
Rycina 12. Dodatkowe kwalifikacje zawodowe specjalistów ze zdrowia publicznego (egzaminy specjalizacyjne 2011–2016). Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rejestr lekarzy CMKP



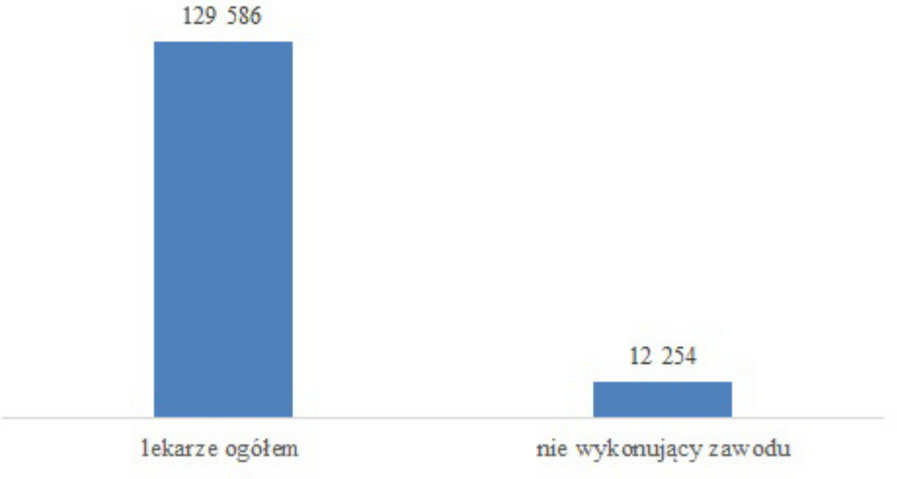
Rycina 13. Dodatkowe kwalifikacje zawodowe specjalistów ze zdrowia publicznego. Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rejestr lekarzy CMKP



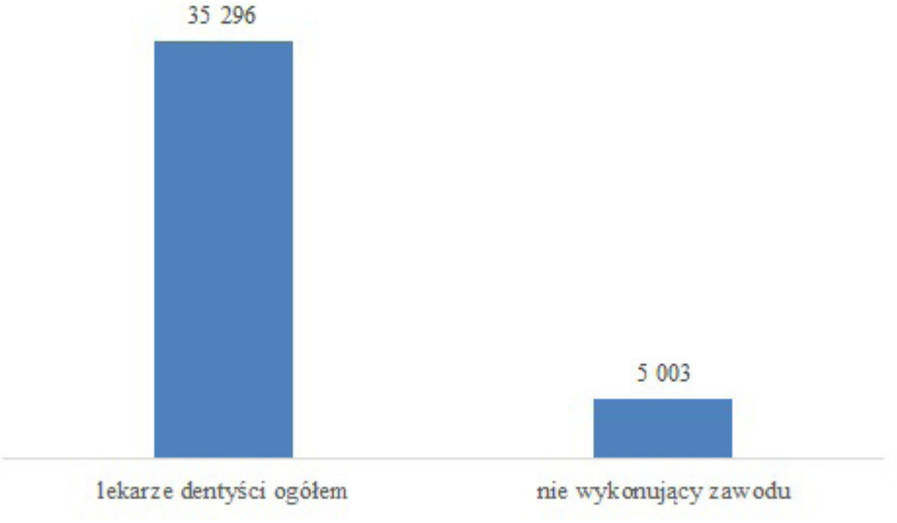
Rycina 14. Liczba kształcących się specjalistów ze zdrowia publicznego – 2017 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rejestr lekarzy CMKP



Rycina 15. Lekarze i lekarze dentyści posiadający specjalizację ze zdrowia publicznego. Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rejestr lekarzy CMKP



Rycina 16. Liczba lekarzy. Źródło: opracowanie własne na podstawie: Naczelna Izba Lekarska, Centralny Rejestr Lekarzy



Rycina 17. Liczba lekarzy dentystów. Źródło: opracowanie własne na podstawie: Naczelna Izba Lekarska, Centralny Rejestr Lekarzy

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Łada A, Seges Frelak J. Medycyna bez granic? Wykwalifikowani migranci w zawodach medycznych w Polsce i Niemczech. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych; 2017, http://www.isp.org.pl/uploads/pdf/827566274.pdf (data dostępu: 31.08.2017).
2. Green Paper on the European Workforce for Health. Brussels: European Commission; 2008, https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf (data dostępu: 22.08.2017).
3. Domagała A. Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie – założenia, cele i główne postulaty dokumentu. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2009; 1: 76–84.
4. Rozporządzenie Rady z dnia 15 października 1968 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Wspólnoty. Dz.U. L 257 z 19 października 1968 r., s. 2.
5. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2005/36/WE z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Dz. Urz. UE L 255 z 30 września 2005 r. z późn. zm., s. 22.
6. Zielińska E. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty – komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2008. 127–140.
7. Wrześniewska-Wal I. Mobilność polskich lekarzy. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(1): 209–215.
8. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Dz.U. L 354 z 28 grudnia 2013 r., s. 132.
9. Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu – streszczenie, www.who.un.org.pl/common/files_download.php?fid=16.
10. Koncepcja kształcenia dla kierunku zdrowie publiczne Wydziału Nauk o Zdrowiu, http://wnoz.wum.edu.pl/sites/wnoz.wum.edu.pl/files/KONCEPCJA%20ZP.pdf.
11. Standardy kształcenia dla kierunku studiów: zdrowie publiczne, http://www.rgnisw.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013_05/79a6317030-ba4778e3c6774b18c5e44b.pdf (data dostępu: 23.08.2017).
12. Zintegrowany System Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym, www.polon.nauka.gov.pl (data dostępu: 23.08.2017).
13. Cinaciara D, Piotrowicz M, Lewtak K, Gajewska M, Urban E. Jak przeciwdziałać spadkowi liczby studiujących na kierunku zdrowie publiczne? Hygeia Public Health. 2015; 50(4): 589–597.
14. Cianciara D, Lewtak K, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Brukało K. Public health physicians and dentists in Poland: results from public health workforce pilot study. Rocz Państw Zakł Hig. 2016; 67(4): 435–443.
15. Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Dz.U. z 2017 r., poz. 599.
16. (Dostępne w Internecie:) http://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/studia-specjalizacyjnelekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich/modulowe-programyspecjalizacji/ (data dostępu: 23.08.2017).

Zaakceptowano do edycji: 2017-12-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-12-20

Adres do korespondencji:
Iwona Wrześniewska-Wal
Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania
Szkoła Zdrowia Publicznego
Centrum Medyczne Kształacenia Podyplomowego w Warszawie
ul. Kleczewska 61/63
01-826 Warszawa
tel.: 22 560 11 40
e-mail: iwona.wrzesińska-wal@cmkp.edu.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 przesłany do redakcji w dwóch 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 mieć 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 do korespondencji

głównego autora pracy (wraz z numerem telefonu, faksu oraz adresem mailowym).

Streszczenia i słowa kluczowe

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

W przypadku pracy oryginalnej streszczenie powinno posiadać układ strukturalny: Wstęp, Cel, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski (*Introduction, Aim, Material and methods, Results, Conclusions*).

Układ pracy

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

W przypadku czasopism obowiązuje układ: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł pracy, nazwa czasopisma, 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, miejsce wydania, wydawnictwo, 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), miejsce wydania, wydawnictwo, rok wydania, numer strony.

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac niecytowanych w tekście pracy.

Ryciny i tabele

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

Wymagania i prawa wydawcy

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

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