Nr 3 (40) 2014

Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu
Polish Review of Health Sciences

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

RADA NAUKOWA / SCIENTIFIC COUNCIL
Przewodniczący Rady Naukowej:
prof. dr hab. Tomasz Opala (Poznań)

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

KOLEGIUM REDAKCYJNE / EDITORIAL BOARD
Redaktor Naczelny:
prof. dr hab. Tomasz Opala

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

Sekretarze Naukowi:
dr n. med. Andrzej Grzybowski
dr n. med. Maciej Sobkowski

Sekretarz Redakcji:
dr n. med. Maciej Sobkowski
lek. med. Joanna Buks

Skład i łamanie:
Bartłomiej Wąsiel

Korekta:
dr n. hum. Janina S. Rogalińska

Projekt okładki:
dr n. med. Maciej Sobkowski

Zdjęcia:
dr n. med. Paweł Rzymski

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WYDAWCA / PUBLISHER
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

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

MNiSW 2 pkt.

ISSN 1643–3203

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 8,5. Ark. druk. 9,8
Format A4. Zam. nr 87/15.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Agnieszka Skorupska-Król, Aldona Samborska, Iwona Bodys-Cupak, Iwona Oskędra
Wiedza pielęgniarek na temat praw pacjenta 193

Paulina Durka, Anna Cieszyńska
Wewnątrzmaciczna śmierć płodu jako stan zagrożenia życia ciężarnej 200

Anna Bitner, Małgorzata Szady-Grad, Piotr Biegański, Paweł Zalewski, Jacek J. Klawe, Julia L. Newton
Analiza składu pierwiastkowego włosów i paznokci w chorobie Parkinsona z użyciem atomowej spektrometrii absorpcyjnej (AAS) – krótki komunikat . . . 205

Wacław Batko, Patrycja Zurzycka
Funkcjonowanie młodzieży z dysfunkcją wzroku w przestrzeni miejskiej Krakowa 210

Bernadeta Sajdak, Iwona Bodys-Cupak
Ocena wyników leczenia operacyjnego dyskopatii w zależności od stopnia nasilenia dolegliwości bólowych 216

Ewa Mędrela-Kuder
Charakterystyka wybranych zwyczajów żywieniowych i aktywności fizycznej studentów wychowania fizycznego i filologii 223

PRACE POGLĄDOWE

Katarzyna Milejczak, Erwin Strzesak
Udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z sumieniem i przepisami 226

Joanna Domańska, Erwin Strzesak, Hanna Waligórska
Wyzwania w rozliczaniu umów lekowych, czyli dlaczego szpitalom opłaca się wylewać leki 229

Tomasz Bochenek
Znaczenie leków generycznych i biopodobnych w racjonalnej refundacji i polityce lekowej 232

Aleksandra Komajda, Erwin Strzesak, Jolanta Kaczmarek
Model kompetencji komunikacyjnej jako podstawa relacji pacjent–pracownicy rejestracji szpitalnej 238

Marzena Zołoteńka-Synowiec, Ewa Malczyk, Beata Całyniuk, Marlena Gambal
Ocena ilościowa zestawów obiadowych realizowanych w stołówce szkolnej . 242

Beata Marta Urbanowicz
Poród przedwczesny w przebiegu niewydolności cieśniowo-szyjkowej szyjki macicy 248

Teresa Slosorz
Początki akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce 255

Contents

ORIGINAL PAPERS

Agnieszka Skorupska-Król, Aldona Samborska, Iwona Bodys-Cupak, Iwona Oskędra
Nurse's knowledge about patient's rights 193

Paulina Durka, Anna Cieszyńska
Intrauterine fetal death as a life-threatening of pregnant woman 200

Anna Bitner, Małgorzata Szady-Grad, Piotr Biegański, Paweł Zalewski, Jacek J. Klawe, Julia L. Newton
Mineral analysis of hair and nails in Parkinson's disease using Atomic Absorption Spectroscopy (AAS) – short communications 205

Wacław Batko, Patrycja Zurzycka
Activity of adolescents with visual impairment in the urban space of Cracow . 210

Bernadeta Sajdak, Iwona Bodys-Cupak
Evaluation of the results of surgical treatment of disc herniation depending on the severity of pain 216

Ewa Mędrela-Kuder
Selected dietary habits and physical activity profile of physical education and philology students 223

REVIEW PAPERS

Katarzyna Milejczak, Erwin Strzesak
Providing health benefits with the provisions or conscience 226

Joanna Domańska, Erwin Strzesak, Hanna Waligórska
Challanges in accounting hospital treatment in the field of chemotherapy and health programs that is why it pays to hospitals flush medications 229

Tomasz Bochenek
Role of generic and biosimilar drugs in the rational reimbursement and pharmaceutical policy 232

Aleksandra Komajda, Erwin Strzesak, Jolanta Kaczmarek
Communication skills model as the basis of relation between a patient and the hospital registration staff 238

Marzena Zołoteńka-Synowiec, Ewa Malczyk, Beata Całyniuk, Marlena Gambal
Quantitative evaluation of dinner sets served by school canteen 242

Beata Marta Urbanowicz
Premature birth in the course of cervical incompetence. 248

Teresa Slosorz
The beginnings of university education for nurses in Poland 255

PRACA ORYGINALNA

WIEDZA PIELĘGNIAREK NA TEMAT PRAW PACJENTA

NURSE'S KNOWLEDGE ABOUT PATIENT'S RIGHTS

Agnieszka Skorupska-Król, Aldona Samborska, Iwona Bodys-Cupak, Iwona Oskędra

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniartswa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Prawa pacjenta określają jego status w trakcie udzielania mu zróżnicowanych świadczeń zdrowotnych. Szczególne znaczenie ma w tym względzie Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Znajomość tych praw oraz ich respektowanie decyduje o jakości świadczonej opieki i kreuje wizerunek placówki medycznej.
Cel pracy. Celem przeprowadzonych badań była ocena wiedzy z zakresu praw pacjenta wśród pielęgniarek.
Materiał i metody. W badaniach wzięły udział pielęgniarki ze szpitala małopolskiego i podkarpackiego. Posługując się metodą sondażu diagnostycznego i wykorzystując technikę ankiety, próbowano ocenić wiedzę respondentów, stosując własny kwestionariusz ankiety. Otrzymane wyniki skategoryzowano i poddano analizie.
Wyniki. Prawie połowa ankietowanych prezentowała dostateczny poziom wiedzy na temat praw pacjenta. Najmniej znanym było prawo do sporządzania wypisów, odpisów i kopii z dokumentacji medycznej oraz prawo do wglądu do dokumentacji medycznej. W opinii respondentów lekarz i pielęgniarka są w równej mierze zobligowani do informowania pacjentów o przysługujących im prawach. Spora liczba badanych nie wie, że endoskopowe badania diagnostyczne wymagają od pacjenta odrębnej zgody na ich przeprowadzenie. Najczęściej wymienianym aktem, zawierajacym prawa pacjenta była, Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej.
Wnioski. Wiedza pielęgniarek na temat praw pacjenta jest zadowalajaca, o czym świadczy znajomość poszczególnych praw i umiejętność wskazania większości świadczeń, które wymagają uzyskania od pacjenta dodatkowej zgody.

Słowa kluczowe: pacjent, prawa pacjenta, pielęgniarka.

SUMMARY

Introduction. Patient rights constitute an essential component for determining the status patients have when they undergo various kinds of treatment. The Act on Patients' Rights and the Commissioner for Patients' Rights are particularly important in this regard. The knowledge of the rights medical staff possesses and their observance condition the quality of health care and a positive image of a particular medical centre or facility.
Aim. The aim of this study was to evaluate nurses' knowledge concerning rights of patients.
Material and methods. Nurses working in two different hospitals in Lesser Poland Voivodeship and Subcarpathian Voivodeship took part in the survey. It was carried out using a diagnostic poll method and a questionnaire. The results were categorised and analysed statistically.
Results. Almost half of the respondents possess satisfactory knowledge of patients' rights. The right to make abstracts from the documentation, its duplicates and copies and the right to access medical records are the least known rights. According to the respondents, both doctors and nurses are equally obliged to inform patients about their rights. Quite a few of them are not aware of the fact that in order to perform endoscopic diagnosis there needs to be a separate consent given by a patient. The Act on the Professions of Nurse and Midwife is the most frequently mentioned when it comes to acts concerning patients' rights.
Conclusions. Nurses' knowledge of patients rights is satisfactory. They are aware of most of the rights and can name the majority of procedures that require obtaining patient's consent.

Keywords: patient, patients' rights, nurse.

Wstęp

Prawa pacjenta są integralną częścią praw człowieka i w ostatnim półwieczu przeszły głęboką ewolucję. W Polsce nie były one uregulowane aż do 1991 roku, kiedy to weszła w życie Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej [1].

Obowiązkiem personelu medycznego jest respektowanie praw pacjenta. W przypadku pielęgniarek reguluje to Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej z 2003 roku [2]. Niewątpliwie, znajomość uprawnień – jakie przysługują pacjentowi – stanowi podstawę do sprawnego i bezkonfliktowego udzielania mu świadczeń zdrowotnych, a znajomość swoich praw przez pacjentów sprzyja poczuciu zadowolenia z otrzymywanych usług, co w sytuacjach trudnych pomaga zakończyć rodzący się spór już na etapie rozmowy, a nie na drodze sądowej. W idealnym systemie ochrony zdrowia pacjent i pracownik ochrony zdrowia powinni być partnerami znającymi swoje prawa i obowiązki.

W Polsce do podjęcia konkretnych działań w zakresie praw pacjenta doszło niewątpliwie na skutek przyjęcia przez Światową Organizację Zdrowia – Deklaracji Praw Pacjenta. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w komunikacie z 11.12.1998 roku przedstawił Kartę Praw Pacjenta i nakazał świadczeniodawcom jej publiczne udostępnienie [3].

Uaktualniona karta składa się z dwóch części: ogólnej oraz szczegółowej. W pierwszej, ogólnej części Karty opisane są prawa pacjentów korzystających z ubezpieczenia zdrowotnego, prywatnego sektora usług oraz prawa innych osób niż ubezpieczeni. Do najważniejszych praw wymienionych w tej części możemy zaliczyć prawo do: ochrony zdrowia, świadczeń medycznych zgodnych z ak-

tualną wiedzą medyczną, natychmiastowej pomocy medycznej, intymności i poszanowania godności, umierania w spokoju i godności, wyrażenia zgody, dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, kontaktu z osobami z zewnątrz, opieki duszpasterskiej, sprzeciwu na wykonanie sekcji zwłok, złożenia skargi na pracownika ochrony zdrowia. Druga, szczegółowa część Karty nawiązuje do praw: pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej, przebywających w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych czy wreszcie do praw dziecka przysługujących mu w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych [4].

Najnowszym aktem prawnym regulującym prawa pacjenta jest Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opublikowana w Dzienniku Ustaw z dnia 31 marca 2009 roku. Kwestią innowacyjną tego dokumentu jest utworzenie stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta podległego Prezesowi Rady Ministrów [5].

Cel

Celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek na temat praw pacjenta.

Aby ten cel zrealizować, postawiono następujące pytania badawcze:

1. Które prawa przysługujące pacjentowi są dla pielęgniarek najbardziej, a które najmniej znane?
2. Kto zdaniem pielęgniarek zobligowany jest do informowania pacjenta o przysługujących mu prawach?
3. Jakie sytuacje związane z postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym wymagają dodatkowej zgody pacjenta w opinii respndentów?
4. Jakie akty normatywne wskazują pielęgniarki, które ich zdaniem mówią o prawach pacjenta?
5. Czy subiektywne odczucia pielęgniarek na temat znajomości praw pacjentów pozostają w zależności z obiektywną wiedzą w tym zakresie?

Materiał i metody

Do realizacji przedstawionego celu badań posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowej. Wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który zawierał 42 pytania, z czego 27 pytań odnosiło się bezpośrednio do wiedzy respondentów nt. praw pacjenta, natomiast pozostałe dotyczyły opinii w tym zakresie i zachowań mających związek z respektowaniem tych praw przez osoby badane. Kwestionariusz ankiety zawierał również 8 pytań socjo-demograficznych.

Z uwagi na wykorzystanie w badaniach niewystandaryzowanego narzędzia przeprowadzono je w dwóch etapach. Pierwszy z nich stanowiło badanie pilotażowe, którym objęto 15 osób. Na podstawie uzyskanych wyników zmodyfikowano kwestionariusz ankiety poprzez: dodanie 6 nowych pytań oraz dokładniejsze sprecyzowanie jednego pytania, pozostałe 35 pytań pozostało bez zmian. Badania zostały przeprowadzone w dwóch szpitalach na terenie małopolski i podkarpacia. Aby zweryfikować związek pomiędzy znajomością praw pacjenta a wybranymi wskaźnikami, wykorzystano test niezależności chi-kwadrat (χ^2). W przeprowadzonych obliczeniach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

W badaniach wzięły udział 184 osoby, w przeważającej większości kobiety (98,9%). Wiek ankietowanych wahał się od 22 do 59 lat, a średnia wieku w całej grupie wynosiła 41,1 lat.

Wśród respondentów zdecydowaną większość stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim – 76,1%. Nieznacznie większy odsetek badanych mieszkał w mieście (52,7%). Ponad połowa, bo 51,6%, deklarowała ukończenie liceum medycznego, a kolejne 31,5% szkoły pomaturalnej (medyczne studium zawodowe). Wyższym wykształceniem legitymowało się 16,9% badanych, w tym 9,3% stanowiły osoby, które ukończyły studia magisterskie, a 7,6% studia licencjackie. Najliczniejszą grupę stanowili ankietowani ze stażem pracy od 21 do 30 lat (41,3%). Średnia pracy w zawodzie wynosiła 19 lat.

Z uwagi na próbę oceny poziomu wiedzy respondentów na temat praw przysługujących pacjentom, otrzymane wyniki skategoryzowano w oparciu o liczbę poprawnych odpowiedzi w następujący sposób: 25–27 prawidłowych odpowiedzi oznaczało wiedzę bardzo dobrą, 20–24 – dobrą, 16–19 – dostateczną i poniżej 15 odpowiedzi wiedzę nieznaczną (**Tabela 1**).

Z danych zawartych w **tabeli 1.** wynika, iż prawie połowa ankietowanych (47,3%) prezentuje dostateczny poziom wiedzy nt. praw pacjenta i odpowiedziała poprawnie na 16–19 pytań. Dobry poziom wiedzy cechuje 22,8% respondentów. Natomiast najwyższy poziom wiedzy do-

Tabela 1. Poziom wiedzy ankietowanych na temat praw pacjenta

Poziom wiedzy	Liczba osób [N]	Odsetek badanych [%]
Bardzo dobry	32	17,4
Dobry	42	22,8
Dostateczny	87	47,3
Nieznaczny	23	12,5
Ogółem	184	100

tyczy tylko 17,4% badanych osób, a 12,5% respondentów posiada nieznaczną wiedzę w tym zakresie.

W celu ustalenia, które prawa pacjenta są pielęgniarkom najbardziej znane zadano respondentom 17 pytań, a ich wyniki przedstawiono w **tabeli 2**.

Z analizy danych przedstawionych w **tabeli 2** wynika, iż wszyscy respondenci wiedzą, że pacjent ma prawo do: natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej, informacji odnośnie do przysługujących mu praw, złożenia skargi na pielęgniarkę, intymności i poszanowania godności jak również umierania w spokoju i godności. Natomiast prawem najmniej znanym (59,7%) jest prawo do sporządzania wypisów, odpisów i kopii z dokumentacji medycznej, a także prawo dostępu do dokumentacji medycznej (66,3%). Ponadto, nie wszyscy z respondentów są świadomi tego, że pacjenci mają prawo do odszkodowania (82,6%), do wycofania zgody na udział w eksperymencie (86,4%), do wyrażenia sprzeciwu na wykonanie sekcji zwłok po swojej śmierci (87,5%) czy wypisu ze szpitala na własne żądanie (80,4%).

Dane kolejnej tabeli (**Tabela 3**) informują, kto z zespołu terapeutycznego w opinii respondentów jest zobowiązany poinformować pacjenta o przysługujących mu prawach. W pytaniu tym była możliwość wskazania jednocześnie kilku odpowiedzi.

Jak wynika z danych zamieszczonych w powyższej tabeli, respondenci najczęściej, bo aż w 79,9% przypadków wskazywali, że osobą informującą pacjenta o jego prawach powinien być lekarz, niewiele mniej badanych (77,2%) wymieniło pielęgniarkę.

Pacjent w chwili przyjęcia do zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany jest podpisać zgodę na leczenie. Nie jest ona jednak równoznaczna ze zgodą na wszystkie świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, którym chory poddawany jest w czasie hospitalizacji. Istnieją takie procedury, które wymagają dodatkowej, świadomej zgody pacjenta, wyrażonej na piśmie. Zapytano więc respondentów, które

Tabela 2. Znajomość poszczególnych praw pacjenta reprezentowana przez pielęgniarki

Prawa pacjenta	Osoby badane	
	[N]	[%]
Prawo do natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta	184	100
Prawo do ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej	184	100
Prawo do informacji odnośnie do przysługujących pacjentowi praw	184	100
Prawo do wypisania się ze szpitala na własne żądanie	148	80,4
Prawo do opieki duszpasterskiej	182	98,9
Prawo do opieki przez bliskie osoby	180	97,8
Prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz	183	99,4
Prawo do wyrażenia sprzeciwu na wykonanie sekcji zwłok po swojej śmierci	161	87,5
Prawo do identyfikacji personelu	177	96,2
Prawo do odszkodowania	152	82,6
Prawo do uzyskania od pielęgniarki informacji w zakresie pielęgnacji	183	99,4
Prawo dostępu do dokumentacji medycznej	122	66,3
Prawo do sporządzania wypisów, odpisów i kopii z dokumentacji medycznej	110	59,7
Prawo do złożenia skargi na pielęgniarkę	183	99,4
Prawo do intymności i poszanowania godności	184	100
Prawo do cofnięcia zgody na udział w eksperymencie	159	86,4
Prawo do umierania w spokoju i godności	183	99,4

Tabela 3. Osoby, które według respondentów są zobligowane do informowania pacjentów o ich prawach

Osoby zobligowane do informowania chorych o przysługujących im prawach	Liczba odpowiedzi	Odsetek odpowiedzi [%]
Lekarz	147	79,9
Pielęgniarka	142	77,2
Każdy członek zespołu terapeutycznego	11	6,0
Pracownik socjalny	1	0,5
Rehabilitant	1	0,5
Psycholog	2	1,1
Trudno powiedzieć	5	2,7

świadczenia można wykonać pod warunkiem uzyskania dodatkowej zgody na ich przeprowadzenie. Wyniki przedstawione są w **tabeli 4**.

Tabela 4. Świadczenia wymagające odrębnej pisemnej zgody pacjenta

Rodzaj świadczenia	Liczba osób [N]	Odsetek badanych [%]
Zabieg operacyjny	179	97,3
Znieczulenie	171	92,9
Punkcja podpotyliczna lub lędźwiowa	159	86,4
Leczenie metodami śpiączkowymi	145	78,8
Przetaczanie krwi	144	78,3
Badanie kontrastowe dróg żółciowych	133	72,3
Tomografia głowy z kontrastem	159	86,4
Urografia z kontrastem	145	78,8
Cystoskopia	131	71,2
Nakłucie opłucnej	128	69,6
Arteriografia	142	77,2
Koronarografia	165	89,7
Inwazyjne badania naczyniowe	145	78,8
Centralne wkłucie dożylne	120	65,2
Biopsja tarczycy	141	76,6
Biopsja wątroby	141	76,6
Biopsja stercza	140	76,1
Nakłucie talerza biodrowego	144	78,3
Gastroskopia	120	65,2
Rektoskopia	118	64,1
Kolonoskopia	122	66,3

Analizując dane można stwierdzić, że 97,3% badanych uważa, iż wykonanie zabiegu operacyjnego musi być poprzedzone podpisem pacjenta pod zgodą na ten zabieg. Nie wszyscy respondenci wiedzą, że takiej zgody wymagają też procedury wziernikowania układu pokarmowego, jak gastroskopia (65,2%), rektoskopia (64,1%) czy kolonoskopia (66,3%) (**Tabela 5**).

Dane zawarte w powyższej tabeli wskazują, że respondenci najczęściej (56%) wskazywali na Ustawę o zawodzie pielęgniarki i położnej jako na akt prawny zawie-

Tabela 5. Akty prawne, w których zawarte są prawa pacjenta w opinii respondentów

Akt prawny	Liczba osób [N]	Odsetek badanych [%]
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	6	3,3
Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej	103	56,0
Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej	60	32,6
Konstytucja RP	48	26,1
Ustawa o zawodzie lekarza	77	41,8
Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego	34	18,5
Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów	29	15,8
Brak odpowiedzi	69	37,5

Tabela 6. Analiza zależności subiektywnej i obiektywnej wiedzy na temat praw pacjenta

Subiektywne odczucia na temat znajomości praw pacjenta	Wyniki obiektywne w zakresie wiedzy na temat praw pacjenta									
	Nieznaczny poziom wiedzy		Dostateczny poziom wiedzy		Dobry poziom wiedzy		Bardzo dobry poziom wiedzy		Suma	
	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]
Zainteresowanie i pogłębianie tematu	4	2,2	23	12,5	20	10,9	17	9,2	64	34,8
Wiedza obligatoryjna nabyta w szkole	19	10,3	64	34,8	22	12,0	15	8,2	120	65,2
Suma	23	12,5	87	47,3	42	22,9	32	17,4	184	100
Wynik analizy zależności wiedzy obiektywnej i wiedzy subiektywnej: $\chi^2 = 13,53$, $p = 0,00$										

Tabela 7. Analiza zależności ilości przytaczanych aktów prawnych zawierających prawa pacjenta i miejsca pracy ankietowanych pielęgniarek

Miejsce pracy	Ilość podawanych aktów prawnych									
	Nie podaje		Podaje 1–2 akty prawne		Podaje 3–4 akty prawne		Podaje 5–9 aktów prawnych		Suma	
	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]
Szpital małopolski	54	29,3	11	6,0	11	6,0	6	3,3	82	44,6
Szpital podkarpacki	15	8,2	27	14,7	47	25,5	13	7,0	102	55,4
Suma	69	37,5	38	20,7	58	31,5	19	10,3	184	100
Wynik analizy zależności ilości podawanych aktów prawnych i miejsca zatrudnienia $\chi^2 = 52,15$, $p = 0,00$										

rający prawa pacjenta. Warto zaznaczyć, że duży odsetek badanych (37,5%) nie udzielił żadnej odpowiedzi, a tylko 1/5 badanej grupy (18,5%) wie, że Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego zawiera prawa pacjenta leczonego psychiatrycznie (**Tabela 6**).

Uzyskana wartość p = 0,00 wskazuje, że związek pomiędzy deklarowaną wiedzą na temat praw pacjenta a obiektywnymi wynikami uzyskanymi w tym zakresie cechuje istotność statystystyczna. U osób, które wyrażały brak/niewielkie zainteresowanie tematyką praw pacjenta częściej występował dostateczny bądź nieznaczny poziom wiedzy rzeczywistej (**Tabela 7**).

Uzyskana wartość p = 0,00, dowodzi, że miejsce pracy badanych osób wiąże się istotnie z liczbą podawanych przez nich aktów normatywnych zawierających prawa pacjenta.

Dyskusja

Prawa pacjenta w Polsce stają się coraz częściej tematem szerszej dyskusji, dzięki czemu ich znajomość wzrasta. Zawdzięczamy to między innymi mediom, które nagłaśniają wszelkie próby dochodzenia swoich praw przez pacjentów na drodze sądowej. Pacjenci w każdej placówce służby zdrowia mają bezpośredni dostęp do Karty Praw Pacjenta lub Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Niewątpliwie, znajomość swoich praw przez aktualnych lub potencjalnych świadczeniobiorców zróżnicowanych usług medycznych jest ważna, ale nie bez znaczenia jest również znajomość tychże praw przez osoby, które takie usługi świadczą. Aktualna wiedza w tym zakresie (i jej przełożenie na konkretne sytuacje) decyduje w istotny sposób o poziomie satysfakcji pacjentów ze sprawowanej nad nimi opieki i kreuje wśród nich wizerunek placówki medycznej.

Znajomość praw pacjenta reprezentowana przez pielęgniarki jest w prezentowanych badaniach zadowalająca. Ponad 3/4 ankietowanych osób udzieliło prawie 70% poprawnych odpowiedzi w tym zakresie. Prawem najmniej znanym personelowi pielęgniarskiemu było prawo do sporządzania wypisów, odpisów i kopii z dokumentacji medycznej. Ponadto, blisko 1/3 badanych stwierdziła, że pacjenci nie mają prawa dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej ich osoby. Taki stan rzeczy może być wynikiem tego, iż jest to prawo, z którego pacjenci niezbyt często korzystają, bo sami nie są jego świadomi. Potwierdzeniem tego przypuszczenia są wyniki Hajduk, Binkowskiej-Bury i Jacek (2011), które wskazują, że blisko 60% ankietowanych pacjentów szpitali podkarpackich nie wiedziało, że ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej [6]. Jacek i Ożóg (2012) dowodzą, że prawo do dokumentacji medycznej jest jednym z częściej łamanych praw. Prawo to oznacza nie tylko możliwość fizycznego wglądu w dokumentację, ale też możliwość zrozumiałego zapoznania się z jej treścią. W placówkach opieki medycznej nie tylko odmawia się chorym wglądu w ich dokumentację, ale też często pobiera się opłaty za jej udostępnienie, co jest nezgodne z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [7].

Nie dziwi fakt, iż wszyscy ankietowani zgodnie stwierdzili, że pacjenci mają prawo do intymności i poszanowania godności osobistej. Te dwa prawa choć ujmowane łącznie mają jednak odrębny charakter. Nesterowicz (2010) wyjaśnia, że prawo do intymności odnosi się do prywatności człowieka i tzw. poczucia wstydu (...), prawo do poszanowania godności natomiast można określić jako prawo do respektowania subiektywnie rozumianej wartości własnej konkretnego pacjenta [8]. Choć prawo to wydaje się oczywiste i, jak wynika z przytoczonych badań, wszyscy je znają, analiza Jacek i Ożóg (2012) wskazuje, że we wnioskach kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta dostrzega się częste łamanie tego prawa. Cytowane przejawy tego zjawiska są nierzadko dość drastyczne, jak chociażby przypadki szarpania czy inne rodzaje stosowania nadmiernej siły fizycznej wobec chorego. Wśród przytoczonych przez obu autorów innych przykładów znajdujemy: lekceważący sposób zwracania się do chorego, odbieranie telefonów osobistych w trakcie rozmowy z nim czy wreszcie brak osłoniętych okien w pomieszczeniach sanitarnych lub wchodzenie bez uprzedzenia i istotnego wskazania do toalet pacjentów [7]. Nawet brak zapisu prawnego nie może upoważniać osoby świadczące opiekę do przytoczonych zachowań. Własne obserwacje pozwalają dodać, że często łamanym prawem w warunkach oddziału stacjonarnego jest też prawo do odmowy uczestnictwa w pokazach medycznych dla celów dydaktycznych, a także prawo do odmowy w eksperymencie medycznym. Badania Hajduk i wsp. (2011) zdają się te obserwacje potwierdzać. Analiza danych wykazała, że najwięcej pacjentów biorących w nich udział nie znało właśnie tych praw [6]. Nasuwa się zatem negatywny komentarz postrzeganej sytuacji. Pacjenci, zwłaszcza ci przebywający w placówkach realizujących dydaktykę, z uwagi na ogromną ilość studentów są nie tylko nieinformowani o przysługującym im prawie do odmowy, ale często są poddawani presji, w efekcie której tkwią w mylnym przeświadczeniu, iż odmowa udziału w pokazie dydaktycznym bądź eksprymencie medycznym wpłynie negatywnie na ich proces leczenia. Może zastanawiać fakt, że blisko 20% ankietowanych nie wie o prawie do wypisu ze szpitala na własne żądanie.

Zdaniem pielęgniarek, wśród osób zobligowanych do informowania pacjenta o przysługujących mu prawach

znalazła się w jednakowej mierze osoba lekarza oraz pielęgniarki. Ustawowo obowiązek ten spoczywa na zakładach opieki zdrowotnej, co jest zapisane w art. 19 ust. 6 tejże Ustawy, w świetle którego kierownik zakładu opieki zdrowotnej zapewnia dostępność informacji o prawach pacjenta [1]. W polskim prawie istnieje również artykuł odnoszący się bezpośrednio do personelu pielęgniarskiego, a znaleźć go możemy w Ustawie o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej (art. 20 ust. 1), w którym jest zapisane, że pielęgniarka, położna ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach [13]. Z uzyskanych danych wynika, iż około jedna piąta ankietowanych nie jest tego świadoma. W świetle wyników Hajduk i wsp. (2011), badani pacjenci byli najczęściej informowani o przysługujących im prawach poprzez zaznajomienie się z Kartą Praw Pacjenta wywieszoną w szpitalu [6]. Wydaje się, że samodzielne jej przeczytanie może okazać się niewystarczające z uwagi na możliwość różnej interperatcji poszczególnych, zawartych w niej praw.

Zastanawiająca może być opinia respondowanych pielęgniarek nt. sytuacji związanych z postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym, które wymagają dodatkowej zgody pacjenta. Świadoma zgoda na interwencję medyczną o charakterze diagnostycznym lub leczniczym jest wyrazem podmiotowego traktowania chorego, który staje się partnerem lekarza w procesie terapii. Obowiązek uzyskania zgody pacjenta powinien być zrealizowany przed rozpoczęciem procedur medycznych, tak by miał on wystarczającą ilość czasu na podjęcie w tym względzie własnej decyzji [7]. Z uzyskanych danych wynika, że znaczny odsetek ankietowanych osób nie jest świadomy, że takiej właśnie odrębnej zgody wymagają endoskopowe badania diagnostyczne (jak np. rektoskopia, kolanoskopia, gastroskopia), choć są one obarczone podwyższonym ryzykiem powikłań. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadza obowiązek uzyskania od pacjenta pisemnej zgody na leczenie przed wykonaniem zabiegu operacyjnego lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko [9]. Jednakże wiele szpitali dokładnie określa te świadczenia w swoich wewnętrznych procedurach. Wyniki jakie otrzymano można jednak uznać za satysfakcjonujące, biorąc pod uwagę fakt, że uzyskanie tej zgody nie należy do obowiązków pielęgniarek.

Odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące aktów normatywnych, w których mowa jest o prawach pacjenta dowodzą, że ponad połowa poprawnie wskazała na Ustawę o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej jako na taki właśnie akt normatywny. Nie jest to akt prawny, w którym prawa pacjenta zajmują czołowe miejsce, ale kilka z nich jest tam zawartych. Ustawa ta jest jednak pielęgniarkom najbliższa i najlepiej znana, bo bezpośrednio dotyczy wykonywanego przez nie zawodu dlatego też była najczęściej wymieniana. Szkoda, że tylko 34 osoby (18,4%) wiedziały, że Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego [10] zawiera istotne prawa dla pacjenta, choć oczywiście dotyczą one osób leczonych psychiatrycznie. Wydaje się to ważne, bo powszechnie wiadomo, że choroba psychiczna może zaburzać kontakt z rzeczywistością, ograniczać funkcjonowanie emocjonlane, poznawcze i społeczne osoby nią dotkniętej i wtedy od pielęgniarki oczekuje się, że będzie przeciwdziałała naruszeniu praw chorego przez osoby trzecie, a także właściwie relacjonowała ich nieprzestrzeganie [11]. Leczenie bez zgody czy zastosowanie środków przymusu bezpośredniego ograniczają choremu czasowo samodecydowanie, co w sposób szczególny obliguje pielęgniarki do przestrzegania praw swoich podopiecznych, a o tym mówi właśnie Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego [10]. Usprawiedliwiającym w tym przypadku może być fakt, że respondenci nie pracowali w oddziale psychiatrycznym.

Jako uzupełnienie prezentowanych zagadnień warto jeszcze przytoczyć wyniki, które sugerują, że istnieje statystyczny związek pomiędzy deklaracjami respondenetek a obiektywnymi wynikami uzyskanymi przez nie w zakresie zagadnień dotyczących praw pacjenta ($\chi^2 = 13{,}53$, $p = 0{,}00$). Istotnością statystyczną cechowała się też zależność znajomości aktów normatywnych zawierających prawa pacjenta i miejsca pracy ($\chi^2 = 52{,}15$, $p = 0{,}00$). Osoby zatrudnione na stanowisku pielęgniarki w szpitalu podkarpackim posiadają większą wiedzę w tym zakresie. Być może zaobserowowana sytuacja wynika z faktu, iż w szpitalu podkarpackim tematyka praw pacjenta jest częstym zagadnieniem poruszanym w ramach wewnątrzszpitalych szkoleń. Ciekawym uzupełnieniem poruszanych zagadnień może być ewaluacja warsztatów „Akademia Praw Pacjenta" oraz ocena znajomości tychże praw wśród personelu medycznego z punktu widzenia pielęgniarki i położnej. Wszyscy uczestnicy warsztatów (blisko 240 osób) stwierdzili jednogłośnie, że temat praw pacjenta powinien być przedmiotem szkoleń personelu medycznego, a argumenty takiego stanowiska były następujące: zbyt ogólna wiedza dotycząca praw pacjenta, brak jednoznacznego ich interpretowania, nieznajomość podstaw prawnych praw pacjenta. Ponadto, respondowane osoby wskazywały, iż w starym systemie nauczania nie realizowano treści związanych z prawami pacjenta, a pracodawcy nie organizują szkoleń nawiązujących do takich zagadnień [12]. Potwierdzeniem powyższych obserwacji mogą być również badania prowadzone przez Hajduk, Binkowską- Bury i Jacek (2011), które wskazują, że wie-

dza personelu medycznego na temat praw pacjenta jest częściowa i zróżnicowana, a informowanie pacjentów o przysługujących im prawach następuje w sposób niewystarczający [6].

Wnioski

Analiza wyników badań pozwala wyciągnąć następujące wnioski:

1. Wiedza pielęgniarek na temat praw pacjenta jest zadowalająca. Przemawiają za tym:
   - dobra znajomość poszczególnych praw przez pielęgniarki
   - umiejętność wskazania przez pielęgniarki większości tych świadczeń, które wymagają odrębnej, świadomej zgody pacjenta.
2. Zarówno lekarz jak i pielęgniarka są w jednakowym stopniu zobligowani do informowania pacjenta o przysługujących mu prawach.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dn. 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. z późn. zm.).
2. Kodeks Etyki Zawodowej pielęgniarki i położnej, 2003.
3. Ustawa z dn. 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. nr 52 z późn. zm.).
4. Karta Praw Pacjenta. Dostępna pod aderesem http//:www.bpp.waw.pl/karta_praw_pacjenta2.html
5. Ustawa z dn. 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz Ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r. nr. 76, poz. 641).
6. Hajduk Ł, Binkowska-Bury M, Jacek A. Informowanie o prawach pacjenta przez personel medyczny. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów; 2011(3):348–358.
7. Jacek A, Ożóg K. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. Hygeia Public Health. 2012;47(3):264–271.
8. Nestarowicz M. Prawo medyczne. Dom Organizatora, Toruń 2010: 24–25.
9. Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty (Dz.U. z 2008 r. nr. 136, poz. 857 z późn. zm.).
10. Ustawa z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
11. Czyżowicz K. Prawne i etyczne uwarunkowania opieki psychiatrycznej. W: Wilczek-Rużyczka E. (red.) Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wyd. Czelej, Lublin 2007; 3–15.
12. Warsztaty „Akademia Praw Pacjenta", Warszawa 18 listopada 2011. Dostepne pod adresem https://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Ewaluacja_Szkolendla_Pielegniarek_I_i_II_edycja.pdf.
13. Ustawa z dn. 5 lipca 1996 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. z późn. zm.).

Adres do korespondencji:
Agnieszka Skorupska-Król
os. Albertyńskie 21/84
31-853 Kraków
tel.: 698 612 206
e-mail: agnieszka.skorupska@uj.edu.pl

PRACA ORYGINALNA

WEWNĄTRZMACICZNA ŚMIERĆ PŁODU JAKO STAN ZAGROŻENIA ŻYCIA CIĘŻARNEJ

INTRAUTERINE FETAL DEATH AS A LIFE-THREATENING OF PREGNANT WOMAN

Paulina Durka, Anna Cieszyńska

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WUM

STRESZCZENIE

Wstęp. Obumarciem płodu określamy jego przedporodowy zgon, który wystąpił po 22. tygodniu ciąży i został potwierdzony badaniem ultrasonograficznym. Najczęstszą przyczyną jest przedwczesne oddzielenie łożyska prawidłowo usadowionego. Czas pozostania martwego płodu w jamie macicy jest niezwykle istotny dla oceny ryzyka wystąpienia groźnych dla życia matki stanów chorobowych. Najgroźniejszym powikłaniem zagrażającym życiu jest zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC).
Cel. Opis przypadku dotyczy 26-letniej kobiety, u której w 33. tygodniu ciąży zdiagnozowano ciążę obumarłą jako konsekwencję ciężkiego stanu przedrzucawkowego. Przedstawiono analizę podjętych działań w tym przypadku i porównano je ze sposobami opisanymi w literaturze.
Wnioski. Monitorowanie stanu kobiety oraz podjęte kroki pozwoliły uniknąć sytuacji zagrożenia życia.

Słowa kluczowe: ciąża, wewnątrzmaciczna śmierć płodu, płód martwo urodzony.

ABSTRACT

Introduction. Intrauterine fetal death define his death, which occurred after 22 weeks of gestation and was confirmed by ultrasound examination. The most common cause is abruption of the placenta. Time to remain a dead fetus in the uterus is essential for assessing the risk of life-threatening maternal conditions. The most serious complication is a life-threatening syndrome disseminated intravascular coagulation (DIC).
Aim. Report of the case of 26-year-old woman who has a 33 week pregnant pregnancy diagnosed withered, as a consequence of severe pre-eclampsia. The analysis of the action taken in this case, and compares them with the methods described in the literature.
Conclusions. Monitoring of women and measures taken helped avoid life-threatening situations.

Keywords: pregnancy, intrauterine fetal death, stillbirth.

Wstęp

Obumarciem płodu określamy stan, w którym doszło do śmierci dziecka przed jego urodzeniem lub wydobyciem z macicy. Ramy czasowe tego stanu określiła Światowa Organizacja Zdrowia, uznając 22. tydzień (154 dzień) ciąży za granicę pomiędzy poronieniem zatrzymanym a ciążą obumarłą. W związku z tym obowiązuje podział na wczesną i późną ciążę obumarłą, a granicę między nimi wyznacza 28. tydzień ciąży. Natomiast w przypadku kiedy wiek ciąży nie jest znany, rozpoznanie określa masa ciała martwego płodu. Granicą w tej sytuacji jest masa płodu wynosząca 500 g [1].

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD 10) nie uwzględnia wspomnianego wcześniej podziału w przypadku przedporodowego zgonu [2]. Nie znajduje się go również w polskich przepisach dotyczących prawa do otrzymywania zasiłku macierzyńskiego. Zapis zawarty w Kodeksie Pracy gwarantuje otrzymanie zasiłku kobiecie po urodzeniu martwego dziecka po upływie 8. tygodnia ciąży [3].

Występowanie ciąży obumarłej szacuje się na około 2,3% wszystkich porodów na świecie. Wyraźna różnica zaznacza się w próbie porównania częstotliwości obumarć płodów w krajach rozwijających się i rozwiniętych. W pierwszym przypadku średnia zgonów wewnątrzmacicznych po 22. tygodniu ciąży wynosi 2,6%, natomiast w drugim 0,6% [1].

Cel

Celem pracy jest omówienie problemu ciąży obumarłej na przykładzie pacjentki, u której stwierdzono śmierć płodu w 33. tygodniu ciąży z powodu przedwczesnego oddzielenia łożyska prawidłowo usadowionego.

Opis przypadku

Opis przypadku dotyczy kobiety w wieku 26 lat, u której w 33. tygodniu ciąży doszło do obumarcia płodu w wyniku ciężkiego stanu przedrzucawkowego. Pacjentka zgłosiła się do szpitala z powodu dwóch epizodów drgawek, obrzęku twarzy, bólu głowy i ogólnie złego samopoczucia. Kobieta

przed ciążą chorowała na nadciśnienie tętnicze przewlekłe (PPH), które regulowane było poprzez przyjmowanie leku Valsartan. Jednak decyzją lekarza, na okres ciąży lek ten został odstawiony.

W wywiadzie ogólnym pacjentka nie podawała innych chorób ani uczuleń, a w badaniu ogólnym nie stwierdzono dodatkowych dolegliwości. W wywiadzie rodzinnym wymieniona została matka pacjentki, która choruje na cukrzycę i nadciśnienie. Kobieta miesiączkowała od 14. r.ż. regularnie, co 29 dni krwawiąc miernie przez 5 dni cyklu. Nie stosowała antykoncepcji hormonalnej. W wywiadzie położniczym brak wcześniejszych porodów i poronień.

Ciąża we wczesnym okresie przebiegała prawidłowo, kobieta regularnie zgłaszała się na wizyty do ginekologa. Między 20. a 23. tygodniem ciąży pacjentka była hospitalizowana z powodu kolki nerkowej. W czasie pobytu w szpitalu, z powodu skracającej się szyjki, założono Pessar, aby zapobiec wystąpieniu porodu przedwczesnego. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu.

Ponowna hospitalizacja miała miejsce w 33. tygodniu ciąży. Ciężarna zgłosiła się do szpitala z wymienionymi wcześniej objawami. Stan ogólny w chwili przyjęcia oceniony został na średni. Pierwszy pomiar ciśnienia wyniósł 205/116 mmHg, tętno 140', temperatura 37,4° C. Zlecone zostały podstawowe badania laboratoryjne oraz konsultacje: internistyczna, neurologiczne i anestezjologiczna. Zdjęto również krążek położniczy z szyjki macicy.

Z powodu niemożności wysłuchania tętna płodu wykonano badanie ultrasonograficzne. USG wykazało pojedynczy płód w jamie macicy w położeniu główkowym oraz bezwodzie. Serce płodu pozostało w rozkurczu, a jego podstawową czynność określono jako ujemną. Badanie potwierdziło wewnątrzmaciczny zgon płodu. Lekarz prowadzący podjął decyzję o preindukcji porodu cewnikiem Foley'a, a w przypadku nieskuteczności tej metody zastosowanie dopochwowo prostaglandyn lub dożylnego wlewu z Oxytocyny. Pacjentka została poinformowana o śmierci dziecka oraz proponowanych sposobach wyidukowania porodu, na które wyraziła zgodę. W badaniu wewnętrznym stwierdzono szyjkę macicy od kości krzyżowej o długości 1,5 cm przepuszczającą 1 palec. Zlecono badania laboratoryjne układu krzepnięcia, w których czas protrombinowy wyniósł 9,85 s, fibrynogen 7,71 g/l, D-dimery 3,6 mg/l. Zabezpieczono także 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) i 2 jednostki świeżo mrożonego osocza (FFP).

Pacjentka otrzymała dożylnie leki hipotensyjne, Nepresol oraz $MgSo_4$. Wartość ciśnienia w kolejnym pomiarze wyniosła 160/90 mmHg, tętno 125. Do szyjki macicy założono cewnik Foley'a, który został wypełniony 60 ml 0,9% NaCl. Wyniki badań laboratoryjnych wskazały na wzrost białych krwinek (WBC) do wartości 20,7 tyś/mm^3, wzrost białka C-reaktywnego (CRP) do 33,7 mg/l oraz obecność białka w moczu. Pozostałe wartości badania morfologicznego nie odbiegały od normy. Ilość płytek krwi wynosiła 189 tys./mm^3.

Pacjentka zareagowała na leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi. W kolejnym pomiarze po podaniu leków, wartość ciśnienia wyniosła 145/69 mmHg, tętno 126'. Po godzinie od założenia cewnika Foley'a podjęto decyzję o podłączeniu w pompie wlewu z Oxytocyny (5 j.m. w 20 ml 0,9% NaCl), ustawiając przepływ na 2 ml/h. Kobieta zaczęła zgłaszać odczuwanie skurczów macicy o nieregularnych odstępach czasu. W badaniu wewnętrznym stwierdzono część pochwową o grubości 0,5 cm, przepuszczającą 2 palce. Zastosowano dopochwowo Mizoprostol, w celu przygotowania szyjki macicy. Ze względu na niepokój pacjentki, związany z zbliżającym się porodem martwego dziecka, według zlecenia lekarza podano 10 mg Relanium p.o. oraz przeciwbólowo Ketonal 100 mg i.v. Przez kolejną godzinę stwierdzono nieregularną czynność skurczową mięśnia macicy. Stan ogólny pacjentki był dobry, ciśnienie 137/71 mmHg, tętno 120'. Pacjentce w trakcie porodu pobrano krew do badań laboratoryjnych. W badaniu morfologicznym ilość czerwonych krwinek wyniosła 4,52 M/µL, płytek krwi – 203 tys./mm^3, hemoglobiny – 14,7 g/dl a hematokrytu 42,3%. Wynik koagulogramu wskazał na podwyższone wartości fibrynogenu 6,03 g/dl i D-dimery 5,1 mg/l. Czas protrombinowy wynosił 10,22 s. Na zlecenie lekarskie podano Clexan 4.0 s.c..

Poród postępował i po 10 godzinach od przyjęcia pacjentki do szpitala urodziła siłami i drogami natury syna martwego, niedonoszonego o wadze 2010 g i 35 cm długości. W trwającym 25 minut III okresie porodu doszło do wydalenia kompletnego popłodu z cechami przedwczesnego oddzielenie na 1/2 powierzchni łożyska. Obawiając się pozostania w jamie macicy tkanek mogących wywołać zakażenie, przeprowadzono rewizję instrumentalną w znieczuleniu ogólnym. Założono kilka szwów na otarcia pochwy i krocza powstałe w skutek porodu. Macica po porodzie była twarda i obkurczona, z miernym krwawieniem z dróg rodnych. Stan ogólny położnicy oceniono na dość dobry, ciśnienie 137/72 mmHg, tętno 87'. Na twarzy i kończynach górnych utrzymywały się obrzęki. Zlecono kontrolę ciśnienie tętniczego co 15 minut oraz prowadzenie bilansu płynów. Na zlecenie lekarskie pobrano krew do badań laboratoryjnych, których wyniki nie wskazywały na konieczność przetoczenia pacjentce pozostającej w rezerwie krwi.

W pierwszej dobie połogu wykonano pacjentce kolejne badanie laboratoryjne pobranej krwi. Fibrynogen na-

dal pozostawał powyżej normy (8,96bg/l), D-dimery 1,8 mg/l, a czas protorombinowy 9,72 s.

W kolejnych dwóch dobach po porodzie pacjentka w dalszym ciągu otrzymywała leki obniżające ciśnienie krwi (Nepresol, Betaloc, Adalat, Captopril). W celu zahamowania laktacji zlecono pacjentce także Bromergon 2x1 tabletkę. Pomimo wielolekowej terapii w trzeciej dobie połogu doszło do podwyższenia wartości ciśnienia tętniczego krwi do 217/123 mmHg. Na lecenie lekarza podano w bolusie 50 mg Labetalolu. Pomiar po 30 minutach wynosił 173/110 mmHg, dlatego też, zdecydowano o podaniu kolejnego bolusa Labetalolu. Kolejny pomiar ciśnienia dokonano po 15 minutach, wtedy wynosiło 172/104 mmHg. W pompie podłączono Labetalol ustawiając przepływ na 8 ml/h. Ciśnienie obniżono do wartości 147/82 mmHg.

Pacjentka wyraziła zgodę na badanie autopsyjne martwego dziecka i popłodu. Badaniu poddany został płód płci męskiej o wadze 2010 g i 35 cm długości. Skóra na całym ciele była zaczerwieniona z cechami maceracji. Ponadto stwierdzono liczne plamy opadowe na grzbietowej powierzchni, które nie znikały przy ucisku. Wynik badania przemawia za niedotlenieniem wewnątrzmacicznym płodu. Stwierdzono krwiak podokostnowy prawej okolicy ciemieniowej, poszerzenie moczowodów, wylewy krwi w obrębie narządów wewnętrznych oraz cechy aspiracji płynu owodniowego w płucach.

W opisie popłodu stwierdzono: łożysko o średnicy 13 cm z brzeżnym przyczepem pępowiny o długości 25 cm. Powierzchnia płodowa była gładka i lśniąca, natomiast powierzchnia matczyna pokryta licznymi skrzepami krwi. Błony płodowe pozałożyskowe oraz pępowina pozostawały bez istotnych zmian.

Kobietę w siódmej dobie w stanie ogólnym dość dobrym przeniesiono do szpitala specjalistycznego na oddział kardiologiczny z powodu połogu powikłanego ciężko obniżającym się ciśnieniem. Przed wypisem wykonano kontrolne badanie USG, które potwierdziło opróżnioną jamę macicy.

Omówienie

Najczęstszą przyczyną doprowadzającą do przedporodowego zgonu płodu jest przedwczesne oddzielenie łożyska prawidłowo usadowionego. Następnie jako przyczyny wewnątrzmacicznego zgonu kolejno wymieniane są: anomalie wrodzone lub genetyczne płodu, zadzierzgnięcie pępowiny wokół szyi płodu, krwawienie z pękniętego naczynia błądzącego, węzeł prawdziwy na pępowinie, wypadnięcie pępowiny, przenoszenie ciąży. Istotną przyczyną śmierci płodu są infekcje wewnątrzmaciczne. W przebiegu infekcji matczynej, przebiegającej z wysoką temperaturą, niewydolnością oddechową oraz reakcją ogólnoustrojową, płód może obumrzeć pomimo braku bezpośredniej inwazji drobnoustrojów.

Obciążony wywiad położniczy matki znacząco wpływa na wewnątrzmaciczne obumarcie płodu. Najczęściej wymienianymi stanami chorobowymi są: nadciśnienie tętnicze i stan przedrzucawkowy, cukrzyca, cholestaza ciężarnych, choroby tarczycy oraz przewlekłe choroby nerek. Również zespół antyfosfolipidowy przyczynia się do powikłania ciąży zgonem przedporodowym płodu. Mechanizm nie jest znany, natomiast może obejmować stany zapalne, zakrzepy i zawały łożyska. Czynnikiem ryzyka jest także wrodzona trombofilia u kobiety. Badania histomorfologiczne łożysk wykazują zawały i martwicę spowodowane krzepnięciem krwi w naczyniach [1, 4].

Niezależnie od przyczyn medycznych, styl życia zwiększa częstość występowania śmierci wewnątrzmacicznej dziecka. Kobiety, u których doszło do powikłania ciąży zgonem płodu charakteryzuje zły stan socjoekonomiczny, niski poziom wykształcenia oraz mniejszy przyrost masy ciała w odniesieniu do tygodnia ciąży. Kobiety te zwykle później zgłaszają się na pierwszą wizytę do ginekologa i rzadziej zgłaszają się na kolejne. Ciążę obumarłą częściej spotyka się u kobiet otyłych, starszych, zażywających używki, zwłaszcza palących papierosy [5, 1].

W przypadku opisywanej pacjentki stwierdzono, iż przyczyną wewnątrzmacicznego zgonu płodu było przedwcześnie oddzielone łożysko. W badaniu histopatologicznym odnotowano po stronie matczynej łożyska liczne skrzepy krwi.

Pierwszym objawem wewnątrzmacicznego obumarcia płodu jest brak odczuwania ruchów dziecka przez ciężarną, która z tego właśnie powodu zazwyczaj zgłasza się do lekarza. Kolejnym symptomem jest niemożność wysłuchania czynności serca płodu. Ostateczną diagnozę potwierdza badanie ultrasonograficzne (USG), przeprowadzone dwukrotnie, przez dwie niezależne osoby. Badanie potwierdza brak czynności serca, brak przepływów i ruchów płodu. Ponadto w badaniu USG stwierdza się zapadanie kości czaszki pod wpływem ucisku główki głowicą ultrasonografu. Możliwa jest także obecność pęcherzyków gazu w obrębie jamy brzusznej, serca, naczyń krwionośnych oraz stawów. Kolejną typową cechą przedporodowego wewnątrzmacicznego zgonu jest obrzęk lub maceracja płodu manifestująca się obecnością bezkształtnej masy płodowej w zależności od stopnia maceracji. Objawem klinicznym zaś jest zmniejszenie obwodu brzucha oraz obniżenie dna macicy [5].

Powodem zgłoszenia się do szpitala przez opisywaną pacjentkę było przede wszystkim złe samopoczucie oraz obrzęk twarzy wynikający z ciężkiego nadciśnienia. Po-

dejrzenie wewnątrzmacicznego zgonu płodu stwierdzono przy niemożności wysłuchania tętna płodu, a następnie potwierdzono w badaniu USG.

Najgroźniejszym powikłaniem, zagrażającym życiu kobiety, w przypadku wewnątrzmacicznej śmierci płodu jest zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC – Disseminated Intravascular Coagulation).

Rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe nie jest odrębną chorobą, lecz zespołem wtórnych objawów dla wielu chorób i stanów klinicznych. Jego podstawę stanowi uogólniona aktywacja krzepnięcia krwi z wytworzeniem dużej ilości fibrynogenu. Powstałe zakrzepy blokują przepływ krwi w mikrokrążeniu przyczyniając się do niedokrwiennego uszkodzenia wielu narządów. W procesie tworzenia zakrzepów dochodzi do zużycia płytek krwi, fibrynogenu i innych czynników krzepnięcia objawiającego się skazą krwotoczną (koagulopatia ze zużycia) [6]. W przebiegu DIC bardzo często stwierdza się zwiększoną zawartość produktów degradacji fibryny. Określa się je za pomocą ilościowego badania D-dimerów, które są fragmentami fibryny powstałymi na skutek jej degradacji przez plazminę. Podwyższone wartości D-dimerów występują w wielu innych sytuacjach klinicznych i jego izolowane określenie nie upoważnia do potwierdzenia rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego. Wydłużone czasy krzepnięcia, zarówno PT (czas protrombinowy) i APTT (czas koalinowo – kefalinowy), dotyczą ponad połowy przypadków DIC. Stan ten powstaje w wyniku niedoboru w osoczu czynników krzepnięcia zużywanych do wytworzenia fibryny. Zużywanie fibrynogenu w procesie wytwarzania fibryny przyczynia się do wystąpienia hipofibrynogenemii. Zaobserwowano, u znacznego odsetka pacjentów, że poziom fibrynogenu pozostaje w normie pomimo jego zużywania. Mimo to rekomenduje się jego oznaczenie.

W literaturze często zwraca się uwagę, iż możliwość wystąpienia ciężkiego DIC dotyczy około 10% pacjentek z wewnątrzmacicznym obumarciem płodu i ryzyko to wzrasta do 30% w momencie, kiedy do śmierci płodu doszło na skutek przedwczesnego oddzielenia łożyska prawidłowo usadowionego [7; 8]. Wskaźniki te są zapewne wynikiem kontrolowania wszystkich parametrów mogących świadczyć o jego rozwoju. Porody samoistne obumarłych płodów w 90% przypadków mają miejsce po 3 tygodniach od orzeczenia zgonu, kiedy to pełnoobjawowy DIC rozwija się w ciągu 4 tygodni. Pozostawienie w macicy martwego dziecka jest nie tylko ryzykiem rozwinięcia DIC, ale również dużym obciążeniem psychicznym dla pacjentki.

U opisywanej pacjentki, w badaniach laboratoryjnych, zaobserwowano zwiększone stężenie we krwi fibrynogenu oraz D-dimerów. Zabezpieczono 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych i 2 jednostki świeżo mrożonego osocza. W związku z tym, iż wyniki morfologii krwi nie odbiegały od normy nie dokonano transfuzji krwi.

Ze względu na możliwość wystąpienia powikłań należy podjąć działania prowadzące do opróżnienia macicy z obumarłego płodu. Decyzja co do drogi porodu podejmowana jest na podstawie aktualnej sytuacji położniczej, jednak standardem pozostaje poród siłami natury [7]. Zaletą porodu siłami natury jest szybszy powrót kobiety do zdrowia oraz krótszy czas pobytu w szpitalu, jednak nie zawsze istnieje taka możliwość i czasami konieczne jest wykonanie cięcia cesarskiego. Wskazaniem do operacyjnego ukończenia ciąży jest ciężki stan matki, który zagraża jej życiu. Sporną kwestią pozostaje wybór drogi porodu u kobiety po wcześniej ukończonej ciąży cięciem cesarskim [1].

Poród w przypadku obumarcia płodu indukowany jest za pomocą prostaglandyn lub oxytocyny. W literaturze opisywane jest podanie mizoprostolu w celu przygotowania szyjki macicy do porodu. Jak ujawniły badania z randomizacją, podanie dopochwowe mizoprostolu jest skuteczniejsze od oxytocyny. Porównanie go z innymi prostaglandynami pod kątem dawkowania, częstotliwości oraz drogi podania wskazuje na dopochwowe zastosowanie jako najskuteczniejsze. Wiązało się z nim mniej skutków ubocznych, zwłaszcza ze strony układu pokarmowego oraz zmniejszało liczbę powikłań u rodzących [9]. W 90% przypadków poród został wyindukowany po 24 godzinach od podania prostaglandyn. Dawkę mizoprostolu należy dostosować do wieku ciąży. W przypadku braku postępu porodu możliwe jest również zastosowanie cewnika Foley'a lub innych metod mechanicznych w celu przygotowania szyjki macicy do porodu. Nieskuteczność wyżej wymienionych metod uzasadnia użycie oxytocyny [1].

Postępowanie w przypadku obumarcia płodu bez powikłań dopuszcza podjęcie działań wyczekujących na poród samoistny, jednak w przytoczonej sytuacji nie było takiej możliwości. Przebywający w macicy płód stanowił zagrożenie dla zdrowia i życia kobiety. Przeprowadzane w czasie hospitalizacji badania laboratoryjne potwierdzały dynamiczne zmiany w wynikach układu krzepnięcia, które nie kwalifikowały pacjentki do zdiagnozowania zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, ale pozwalały na kontrolowanie rozwoju sytuacji. Czynne postępowanie w przypadku ciąży obumarłej pozwala na uniknięcie niebezpiecznych dla życia stanów chorobowych [7].

W próbie wywołania porodu najskuteczniejszym algorytmem jest użycie dopochwowo mizoprostolu, zaś w przypadku braku efektu – zastosowanie oxytocyny, a w ostateczności mechaniczne próby przygotowania szyjki macicy do porodu [1]. W opisanym przypadku działania odbiegały

od przytoczonego standardu. Preindukcję porodu rozpoczęto od mechanicznej próby poprzez założenia do szyjki macicy cewnika Foley'a, następnie podłączono wlew z Oxytocyny i zastosowano dopochwowo prostaglandyny. Wyindukowano poród, który zakończył się po 10 godzinach.

Bardzo ważne z psychologicznego punktu widzenia dla kobiety, która straciła dziecko jest zahamowanie laktacji. Wykorzystuje się w tym celu leki z grupy agonistów dopaminy. Przeprowadzono badanie w grupie 272 kobiet (metodą podwójnej ślepej próby z randomizacją), w której poddano porównaniu dwa leki hamujące wydzielanie prolaktyny: bromokryptynę oraz kabergolinę. Obserwację prowadzono przez 14 dni podając w tym czasie pojedynczą dawkę kabergoliny (1 mg) i bromokryptynę (2,5 mg 2 razy na 24 h). Wyniki wskazały na łatwiejsze stosowanie, rzadszy powrót laktacji oraz zmniejszenie działań niepożądanych w przypadku kabergoliny [10]. Należy jednak pamiętać, że leki te nie mogą być stosowane w przypadku nadciśnienia tętniczego, gdyż podwyższają ciśnienie krwi [7]. Opisywana pacjentka, która miała rozpoznane nadciśnienie pierwotne, otrzymała lek hamujący wydzielanie prolaktyny (Bromergon) i w tym samym dniu doszło do gwałtownego wzrostu ciśnienia tętniczego krwi do wartości 217/123 mmHg.

W przypadku wewnątrzmacicznej śmierci płodu ważne jest, aby nie tylko objąć pacjentkę odpowiednią opieką i pielęgnacją, ale także wsparciem psychicznym. Z wielu badań wynika, że to nie konkretne słowa, a postawa personelu medycznego jest ważnym źródłem wsparcia dla osieroconych rodziców [11]. Ciepła i oparta na empatycznym podążaniu za potrzebami rodziców opieka jest o wiele ważniejsza niż jakiekolwiek próby znalezienia odpowiednich słów. Wynikające najczęściej z bezradności i nadmiernych oczekiwań wobec siebie pocieszenia i rady, bazujące na pewnych stereotypowych powiedzeniach, mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. W związku z tym, należy unikać takich zwrotów jak: „czas leczy rany", „jeżeli zaczniesz płakać, możesz nigdy nie przestać", „powinnaś cały czas czymś się zajmować, żeby pomóc sobie zapomnieć", „wiem co czujesz" [12].

Wnioski

1. Każda obumarła ciąża niesie ze sobą ryzyko pojawienia się groźnych dla zdrowia i życia stanów chorobowych, dlatego należy podjąć jak najszybciej działania prowadzące do zakończenia ciąży.
2. W przypadku hamowania laktacji bromokryptyną, należy brać pod uwagę wzrost ciśnienia tętniczego, zwłaszcza u pacjentek ze stwierdzonym stanem przedrzucawkowym.
3. Biorąc pod uwagę aspekt psychologiczny, poród u pacjentek z wewnątrzmacicznym obumarciem płodu powinien być prowadzony ze szczególnym poszanowaniem intymności i godności osobistej, a także z poczuciem empatii i wsparcia emocjonalnego. Po porodzie ważne jest, aby otoczyć obojga rodziców odpowiednią opieką i zaproponować pomoc psychologa.

Piśmiennictwo

1. Milart P. Obumarcie płodu. W: Bręborowicz G. (red.) Medycyna matczyno-płodowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa. 2012;2:75–81.
2. Światowa Organizacja Zdrowia. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych-X Rewizja. 2008:477–503.
3. Kodeks Pracy. Dział ósmy uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem. Art. 180.
4. Jaworski S. Ciąża obumarła. W: Bręborowicz G. (red.) Położnictwo. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa. 2005;1:146–150.
5. Zaręba-Szydlik J, Romejko-Wolniewicz E, Malinowska-Polubiec A. Analiza czynników ryzyka zgonów wewnątrzmacicznych płodów. Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia. 2009;2:203–207.
6. Windyga J. Patofizjologia, rozpoznawanie i leczenie rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego. Hematologia. 2011; 2:326–331.
7. Royal College of Obstetricians and Gyneacologists. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. London: RCOG, 2010; 55.
8. Teliga-Czajkowska J. Zaburzenia krzepnięcia w okresie okołoporodowym. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia. 2009;2:208–211.
9. Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. Cochrane Colaboration. 2010;4.
10. European Multicentre Study Group for Cabergoline in Lactation Inhibition. Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. BMJ. 1991;302(6789):1367–1371.
11. Evans R. Emotional care for women who experience miscarriage. Nursing Standard. 2012;26(42):35–41.
12. Rosiewicz M, Buczkowski K. Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby – rola lekarza rodzinnego. Polska Medycyna Paliatywna. 2006;1(5):21–29.

Adres do korespondencji:
Paulina Durka
ul. Fabryczna 32/25, 05-500 Piaseczno
tel.: 601888980
e-mail: paulinalaskus@gmail.com

PRACA ORYGINALNA

MINERAL ANALYSIS OF HAIR AND NAILS IN PARKINSON'S DISEASE USING ATOMIC ABSORPTION SPECTROSCOPY (AAS) – SHORT COMMUNICATIONS

ANALIZA SKŁADU PIERWIASTKOWEGO WŁOSÓW I PAZNOKCI W CHOROBIE PARKINSONA Z UŻYCIEM ATOMOWEJ SPEKTROMETRII ABSORPCYJNEJ (AAS) – KRÓTKI KOMUNIKAT

Anna Bitner[1], Małgorzata Szady-Grad[1], Piotr Biegański[1], Paweł Zalewski[1], Jacek J. Klawe[1], Julia L. Newton[2]

[1] Chair and Department of Hygiene and Epidemiology, The Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, The Nicolaus Copernicus University in Toruń, Bydgoszcz, Poland
[2] Institute for Ageing and Health, The Medical School, Newcastle University, Framlington Place Newcastle-upon-Tyne NE2 4HH, Great Britain

ABSTRACT

Introduction. Parkinson's disease is a chronic, neurodegenerative disorder of central nervous system. Detection of Parkinson's disease is solely a clinical diagnosis and cannot be verified by any test.
Aim. The purpose of this study was to determine the levels of minerals in the hair and nails of PD patients and compare them with those of control subjects in order to evaluate their possible implication in the pathology.
Material and methods. Seven healthy women (66,4 ± 6,89 years old) and seven women (65,3 ± 4,7 years old) with 10 to 12 years history of PD diagnosed in accordance with the London Brain Bank Criteria (II stage of Hoehn-Yahr scale and 80% in Schwab-England scale), were selected for the present study. Hair and nail samples of individual were analysed for minerals using Atomic Absorption Spectrometer (AAS).
Results. The results of analysis hair samples of Parkinson patients and control subjects show the following mean concentrations ± SD (μg/g): Parkinson patients – Fe = 11.53 ± 2.33, Mn = 1.06 ± 0.16, Na = 223 ± 31.22, K = 114.00 ± 11.00, Ca = 208.0 ± 15.62, P = 130.33 ± 17.01, Mg = 13.6 ± 0.92, Zn = 85.00 ± 6.24, Cu = 9.70 ± 0,36, Cr = 0.49 ± 0.09; Control subjects – Fe = 13.95 ± 1.40, Mn = 1.035 ± 0.28, Na = 234 ± 53.25, K = 104.5 ± 7.37, Ca = 231.75 ± 25.54, P = 136.75 ± 22.74, Mg = 15.5 ± 2.34, Zn = 114.75 ± 6.93, Cu = 12.7 ± 1.85, Cr = 0.705 ± 0.10. The results of analysis nails samples shows the following mean concentrations (μg/g): Parkinson patients – Fe = 11.77 ± 1.72, Mn = 1.06 ± 0.10, Na = 220.67 ± 41.02, K = 125.00 ± 5.29, Ca = 221.67 ± 12.86, P = 122.67 ± 8.14, Mg = 15.00 ± 0.66, Zn = 90.67 ± 6.51, Cu = 10.97 ± 1.81, Cr = 0.56 ± 0.08; Control subjects – Fe = 13.225 ± 1.30, Mn = 0.9525 ± 0.21, Na = 249 ± 46.03, K = 103.25 ± 4.51, Ca = 247.75 ± 23.90, P = 133.25 ± 11.72, Mg = 15.825 ± 1.05, Zn = 108.25 ± 16.52, Cu = 13.1 ± 1.21, Cr = 0.65 ± 0.04.
Conclusions. Our findings in PD patients suggest a probable relationship between the disease and a deficiency of some minerals in the hair and nails of patients.

Keywords: Atomic Absorption Spectrometer, Parkinson's disease, Human Hair and Nails.

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba Parkinsona jest przewlekłym, neurodegeneracyjnym schorzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie choroby Parkinsona jest jedynie rozpoznaniem klinicznym i nie istnieje żaden test umożliwiający jego potwierdzenie.
Cel. Celem pracy jest określenie stężenia minerałów we włosach i paznokciach pacjentów z chorobą Parkinsona i porównanie otrzymanych wyników z grupą kontrolną, aby ocenić jaki wpływ na patomechanizm choroby mają analizowane różnice stężeń pierwiastków.
Materiał i metody. Siedem zdrowych kobiet (66,4 ± 6,89 lat) i siedem kobiet (65,3 ± 4,7 lat) z chorobą Parkinsona trwającą 10–12 lat i zdiagnozowaną według kryteriów London Brain Bank Criteria (stadium choroby II według skali Hoehn-Yahr i 80% według skali Schwab-England) zostało wybranych do przedstawionego badania. Włosy i paznokcie pacjentów zostały zbadane przy pomocy Atomowej Spektrometrii Absorpcyjnej (AAS).
Wyniki. Wyniki analizowanych próbek włosów pacjentów z chorobą Parkinsona i grupy kontrolnej przedstawiają się w sposób następujący ± SD (μg/g): Pacjenci z choroba Parkinsona – Fe = 11.53 ± 2.33, Mn = 1.06 ± 0.16, Na = 223 ± 31.22, K = 114.00 ± 11.00, Ca = 208.0 ± 15.62, P = 130.33 ± 17.01, Mg = 13.6 ± 0.92, Zn = 85.00 ± 6.24, Cu = 9.70 ± 0,36, Cr = 0.49 ± 0.09; Grupa kontrolna – Fe = 13.95 ± 1.40, Mn = 1.035 ± 0.28, Na = 234 ± 53.25, K = 104.5 ± 7.37, Ca = 231.75 ± 25.54, P = 136.75 ± 22.74, Mg = 15.5 ± 2.34, Zn = 114.75 ± 6.93, Cu = 12.7 ± 1.85, Cr = 0.705 ± 0.10. Wyniki analizowanych próbek paznokci pacjentów z chorobą Parkinsona i grupy kontrolnej przedstawiają się w sposób następujący ± SD (μg/g): Pacjenci z chorobą Parkinsona – Fe = 11.77 ± 1.72, Mn = 1.06 ± 0.10, Na = 220.67 ± 41.02, K = 125.00 ± 5.29, Ca = 221.67 ± 12.86, P = 122.67 ± 8.14, Mg = 15.00 ± 0.66, Zn = 90.67 ± 6.51, Cu = 10.97 ± 1.81, Cr = 0.56 ± 0.08; Grupa kontrolna – Fe = 13.225 ± 1.30, Mn = 0.9525 ± 0.21, Na = 249 ± 46.03, K = 103.25 ± 4.51, Ca = 247.75 ± 23.90, P = 133.25 ± 11.72, Mg = 15.825 ± 1.05, Zn = 108.25 ± 16.52, Cu = 13.1 ± 1.21, Cr = 0.65 ± 0.04.
Wnioski. Nasze badania sugerują prawdopodobny związek pomiędzy rozwojem choroby Parkinsona a różnicami w stężeniach niektórych minerałów we włosach i paznokciach badanych pacjentów.

Słowa kluczowe: Atomowa Spektrometria Absorpcyjna, Choroba Parkinsona, włosy i paznokcie.

Introduction

Parkinson's disease (PD) is a progressive neurodegenerative disorder of the central nervous system, most frequently observed in patients older than 50 years. It is a direct consequence of the atrophy of cells forming the substantia nigra (SN) of the brain; these cells are responsible for the release of dopamine, a neurotransmitter. Upon the "death" of SN cells, the amount of released dopamine decreases, leading

to impaired transmission of neural impulses. The atrophy of approximately 50–80% of substantia nigra neurons is reflected by the presence of Parkinson's symptoms [1–3].

Detection of Parkinson's disease is solely a clinical diagnosis and cannot be verified by any test. Due to the lack of an independent and reliable test for Parkinson's disease, the diagnosis is based on clinical symptoms. However, establishing diagnosis is difficult in most cases. For instance, the symptoms of the disease can be misdiagnosed as a consequence of the aging process, since the condition typically occurs in individuals older than 60 years of age [4–6].

Hair and nails mineral analysis, using Atomic Absorption Spectroscopy (AAS), is an analytic test widely used in the diagnostics of pathological conditions and it is possible to use it in examinations of patients with neurological disorders. The aetiology of PD is still unknown, but some hypotheses have focused on the imbalance in body levels of minerals [concerning above all: iron (Fe), magnesium (Mg), aluminium (Al), zinc (Zn), copper (Cu), chromium (Cr)] as co-factors of risk. Elemental analysis in combination with examination and medical interview is a important information, that has the potential to assist in the assessment of the PD patient's health condition [7–11].

Aim

The purpose of this study was to determine the levels of minerals in the hair and nails of PD patients and compare them with those of control subjects in order to evaluate their possible implication in the pathology. Our findings in PD patients suggest a probable relationship between the disease and a deficiency of some minerals in the hair and nails of patients.

Material and Methods

Patient characteristics

Seven healthy women (66,4 ± 6,89) and seven women (65,3 ± 4,7 years old) with 10 to 12 years history of PD diagnosed in accordance with the London Brain Bank Criteria (II stage of Hoehn-Yahr scale and 80% in Schwab-England scale), were selected for the present study.

Postulated clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease included slowness of movement and satisfying at least one on the following conditions: stability disorders (excluding the stability disorders resulting from labyrinthine or cerebellar injuries, visual problems, and proprioception abnormalities), muscular stiffness, resting tremor with a frequency ranging between 4 Hz and 6 Hz [12].

Additional criteria, confirming the diagnosis of Parkinson's disease, included: at least 5-year good response to levodopa-containing preparations (the levodopa-induced improvement of patient's status should range between 70% and 100%), presence of resting tremor, progression of the disease during long-term clinical follow-up (more than 10 years), persistent asymmetry of symptoms observed during progression of the disease and occurrence of choreic dyskinesia during levodopa treatment [12].

The exclusion criteria of Parkinson's disease included: lack of improvement after levodopa preparations (if malabsorption was excluded), history of encephalitis, clinical injuries of the head, administration of neuroleptics at the time point of Parkinson's symptom development, unilateral character of symptoms in case of the disease lasting for more than three years, cerebellar signs, presence of Babinski sign, brain tumors, history of exposure to MPTP, lack of synchronized vertical eye movement, oculogyric spasms, presence of symptoms in more than one member of family [12].

Additionally, information regarding all taken medications was obtained, along with the dosage, to exclude their potential effects on patient's functioning.

Patients were recruited from the Neurology Outpatient Clinic of the Dr. J. Biziel Memorial University Hospital no. 2 and at the Outpatient Clinic of Parkinsonism and Extrapyramidal Disorders of the Sue Ryder Home in Bydgoszcz, as well as the members of the Society of Individuals with Disabilities "Akson" and regional branch of the Kuyavian-Pomeranian Association of Individuals with Parkinson's Disease.

The ethics committees approved our case study. Written informed consent was obtained from healthy subjects and PD patients.

Measurements

Hair and nail samples from individuals were analysed for minerals (sodium, potassium, calcium, phosphorus, magnesium, iron, zinc, copper, manganese, chromium), using Atomic Absorption Spectrometer (AAS). Hair samples were cut from the sub-occipital zone of the head. Only the first 3–4 cm of the hairs, counting from the scalp skin, was suitable for analysis. Nails were cut from the right and left hand.

The procedure of removing outside pollutants was based on recommendations of the International Atomic Energy Agency. Hair and nails samples were cleaned with a detergent X-100 ($C_{14}H_{22}O(C_2H_4O)_n$) and rinsed with deionized water. After this, samples were dried off in the temperature 60^0C and later cooling to room temperature. Acetone (C_3H_60) was added to hair and nail samples, then samples were rinsed three times with deionised water and dried off in the temperature 80^0C for about 6 hours and later in the room temperature one twenty-four hours.

To the disintegration and oxidizing organic compounds was applied pressure mineralization with exploiting the

microwave energy as follows: 5 min at 500 W; 10 min at 1000 W and 15 min 0 W. The macro- and microelements concentration in hair and nails samples were extrapolated from calibration curves graph.

Perkin-Elmer AAnalyst 800 Atomic Absorption Spectrometer complete with flame/graphite furnace, AS-800 autosampler, 8-lamp turret, PE AA accessory cooling system, Total Flow gas controls for flame AA and a Transversely Heated Graphite Furnace (THGA) with longitudinal Zeeman-effect background corrector was used in analysis. In examinations used certificate reference material (Certified Values and Uncertainty NCS ZC 81002). Atomic-absorption methods are described in **table 1**.

Results and discussion

Table 2 and **3** show comparison of the mineral concentration between healthy subjects and PD patients in hair and nails. Research has also shown, that there is difference in concentrations of minerals in the human hair and nails.

Calcium (Ca) values were lower in Parkinson patients than in controls, but difference was not significant both in hair and nails samples. A lower content in the hair and nails of PD patients was found in 80% of examinations of other authors. Calcium is an essential mineral, is an element of the bone and teeth and plays a crucial role in the transmission of nerve impulses. Our finding of values below the normal range may be related to the age of the cohort as patients older than 50–60 years have a lower concentration of calcium in the body [9, 13].

The values for Mg in the hair and nails of PD patients were also lower than in control. Magnesium regulates the activity of calcium, which stimulates muscles to contract. If the proportion between magnesium and calcium is inappropriate, it leads to abnormally elevated muscle tone or inversely, decreased tone. Patients with Parkinson's disease report symptoms such as stiffness of muscles, something that can be associated with magnesium and calcium deficiency. Much of the literature also identifies problems related to imbalances between Ca/Mg ratio, which can be associated with degeneration of the central nervous system (CNS) [9, 10].

Potassium, manganese, sodium, iron and phosphorus concentrations in hair and nails were in the normal range or slightly lowered and similar for PD patients and healthy

Table 1. Atomic-absorption methods

Chemical element	Atomization techniques	Lamp	Wave length [nm]
Ca	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	239.0
Cr	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	357.9
Cu	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	222.6
Fe	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	302.1
K	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	222,6
Mg	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	202.6
Mn	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	280.1
Na	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	589
P	Flame atomization (air – acetylene)	HCL	213.6
Zn	Flame atomization (air – acetylene)	EDL	307.6

HCL – hollow-cathode lamp, EDL – electrodeless discharge lamps

Table 2. Element concentrations (μg/g) in the hair of the healthy subjects and PD patients

	Elements (mean ± SD)		
	PD patients Found	Healthy subjects Found	Norm
Ca	208.0 ± 15.62	231.75 ± 25.54	230–360
Cr	0.49 ± 0.09	0.705 ± 0.10	0.64–1
Cu	9.70 ± 0,36	12.7 ± 1.85	9–15
Fe	11.53 ± 2.33	13.95 ± 1.40	13–21
K	114.00 ± 11.00	104.5 ± 7.37	75–120
Mg	13.6 ± 0.92	15.5 ± 2.34	19–32
Mn	1.06 ± 0.16	1.035 ± 0.28	1–2
Na	223 ± 31.22	234 ± 53.25	170–300
P	130.33 ± 17.01	136.75 ± 22.74	115–190
Zn	85.00 ± 6.24	114.75 ± 6.93	120–200

Table 3. Element concentrations (μg/g) in the nails of the healthy subjects and PD patients

	Elements (mean ± SD)		
	PD patients Found	Healthy subjects Found	Norm
Ca	221.67 ± 12.86	247.75 ± 23.90	225–360
Cr	0.56 ± 0.08	0.65 ± 0.04	0.64–1
Cu	10.97 ± 1.81	13.1 ± 1.21	9–15
Fe	11.77 ± 1.72	13.225 ± 1.30	13–21
K	125.00 ± 5.29	103.25 ± 4.51	75–120
Mg	15.00 ± 0.66	15.825 ± 1.05	19–32
Mn	1.06 ± 0.10	0.9525 ± 0.21	1–2
Na	220.67 ± 41.02	249 ± 46.03	170–300
P	122.67 ± 8.14	133.25 ± 11.72	115–190
Zn	90.67 ± 6.51	108.25 ± 16.52	120–200

subjects. This suggests that these minerals may not play a role in degenerative conditions like Parkinson's disease.

Data for zinc and copper showed differences between PD patients and controls. Of all the minerals measured the greatest differences were seen in zinc and copper with significantly lower levels of Cr ($p < 0.05$). It might suggest that they are playing a major part in Parkinson's disease. Chromium deficiency is characterized by oversensitivity, fear and tiredness frequent symptoms seen in Parkinson's disease. Many studies have suggested abnormalities in Zn and Cu levels, highlighting the role that these minerals could play as a co-factor of risk for developing PD or a marker of the disease. Studies suggest that copper and zinc play important roles as factors in brain damage processes. [9, 10, 14, 15].

Finally, the level of elements in hair corresponds to the level of these elements in internal tissues, however their concentration is much higher than in nails. Nails analysis also detects and measures the concentration of minerals, but human hair is selected as one of the important monitoring materials of minerals. There are differences between concentrations of minerals in the hair and nails samples, therefore analysis of nails could supplement analysis of hair.

Conclusions

In conclusion, there is possible relationship between the disease and a deficiency of some minerals in the hair and nails of PD patients. Results indicate significantly lower levels of Cr and lower levels of Mg, Cu, Zn in the hair and nails samples. Ca, K, Mg, Na, Cr, Fe and P concentrations in hair and nails were in the norm or slightly lowered and similar between PD patients and healthy subjects. Therefore these minerals are unlikely to play a role in degenerative conditions like Parkinson's disease.

This study highlights the possible roles of Mg, Cu, Zn in the etiology of Parkinson's disease, it is important to emphasise that although this study has shown differences it has not explored causation. Our results suggest that these minerals could be a marker of PD or at least, a risk factor for the development of this disease. For this reason, either prospective studies are required to elucidate the role of trace elements in PD.

Finally, hair and nails analysis is a quick, non-invasive and inexpensive method, therefore analyses of minerals in human hair and nails could represent an additional component in the diagnosis of Parkinson's disease.

References

1. Worth PF. How to treat Parkinson's disease in 2013. Clin Med. 2013;13:93–6.
2. Pandey S. Parkinson's disease: recent advances. J Assoc Physicians India. 2012;60:30–2.
3. Gazewood JD, Richards DR, Clebak K. Parkinson disease: an update. Am Fam Physician. 2013;87:267–73.
4. Shtilbans A, Henchcliffe C. Biomarkers in Parkinson's disease: an update. Curr Opin Neurol. 2012;25:460–5.
5. Brooks DJ. Parkinson's disease: diagnosis. Parkinsonism Relat Disord. 2012;18:31–3.
6. Svenningsson P, Westman E, Ballard C, Aarsland D. Cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: diagnosis, biomarkers, and treatment. Lancet Neurol. 2012;11:697–707.
7. Onuwa OP, Ishaq SE, Rufus Sha'Ato. Analysis of Heavy Metals in Human Hair Using Atomic Absorption Spectrometry (AAS). American Journal of Analytical Chemistry. 2012;3: 770–773.
8. Komatsu F, Kagawa Y, Kawabata T, Kaneko Y, Chimedregzen U, Purvee B et al. A high accumulation of hair minerals in Mongolian people: 2(nd) report; influence of manganese, iron, lead, cadmium and aluminum to oxidative stress, Parkinsonism and arthritis. Curr Aging Sci. 2011;4:42–56.
9. Forte G, Alimonti A, Violante N, Di Gregorio M, Senofonte O, Petrucci F et al. Calcium, copper, iron, magnesium, silicon and zinc content of hair in Parkinson's disease. J Trace Elem Med Biol. 2005;19:195–201.
10. Bocca B, Alimonti A, Senofonte O, Pino A, Violante N, Petrucci F et al. Metal changes in CSF and peripheral compartments of parkinsonian patients. J Neurol Sci. 2006;248:23–30.
11. Miyake Y, Fukushima W, Sasaki S, Kiyohara C, Tsuboi Y, Yamada T et al. Dietary intake of metals and risk of Parkinson's dise-

ase: a case-control study in Japan. J Neurol Sci. 2011;306:98–102.
12. Politis M, Wu K, Molloy S, G Bain P, Chaudhuri KR, Piccini P. Parkinson's disease symptoms: the patient's perspective. Mov Disord. 2010;25:1646–51.
13. Siritapetawee J, Pattanasiriwisawa W, Sirithepthawee U. Trace element analysis of hairs in patients with dementia. J Synchrotron Radiat. 2010;17:268–72.
14. Younes-Mhenni S, Aissi M, Mokni N, Boughammoura-Bouatay A, Chebel S, Frih-Ayed M, et al. Serum Copper, Zinc and Selenium levels in Tunisian patients with Parkinson's disease. Tunis Med. 2013;91:402–5.
15. Kozłowski H, Luczkowski M, Remelli M, Valensin D. Copper, zinc and iron in neurodegenerative diseases (Alzheimer's, Parkinson's and prion diseases). Coordination Chemistry Reviews. 2012;256:2129–214. 9.

Correspondence address:
Anna Bitner
Department of Hygiene and Epidemiology
Collegium Medicum in Bydgoszcz
Nicolaus Copernicus University in Toruń
fax: +48 52 5853589
phone: +48 52 5853616
e-mail: aniab@doktorant.umk

PRACA ORYGINALNA

FUNKCJONOWANIE MŁODZIEŻY Z DYSFUNKCJĄ WZROKU W PRZESTRZENI MIEJSKIEJ KRAKOWA

ACTIVITY OF ADOLESCENTS WITH VISUAL IMPAIRMENT IN THE URBAN SPACE OF CRACOW

Wacław Batko, Patrycja Zurzycka

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

STRESZCZENIE

Wstęp. Liczba osób niepełnosprawnych, także z dysfunkcjami wzroku, ciągle rośnie a prawodawstwo i podejmowane działania, choć coraz skuteczniejsze, wciąż nie są w pełni skorelowane i nierzadko nie przynoszą realnych korzyści i nie podnoszą jakości życia niewidomych i słabowidzących.
Cel. Celem pracy jest analiza możliwości samodzielnego funkcjonowania w przestrzeniach miejskich osób z dysfunkcją wzroku, przegląd zasad kształtowania dostępnych przestrzeni publicznych, zgodnych z założeniami projektowania uniwersalnego i ich wykorzystanie na terenie miasta Krakowa oraz określenie na podstawie kwestionariusza autorskiego oddziaływania przestrzeni Krakowa na młodzież niewidomą i niedowidzącą.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 50 uczniów Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących w Krakowie. Percepcję przestrzeni miejskiej Krakowa oceniono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.
Wyniki. W badanej grupie zaobserwowano dobre funkcjonowanie w przestrzeni miejskiej. Kraków nie jest miejscem dobrze dostosowanym, ale nie jest też, wbrew pozorom, miastem całkowicie niebezpiecznym.
Wnioski. Chociaż ankietowani wskazywali wiele braków w przestrzeni miejskiej, to jednak ogólny wniosek jest dość pozytywny: większość badanych spotykała się w przestrzeni z różnego typu udogodnieniami i rozwiązaniami poprawiającymi bezpieczeństwo, a zaobserwowane przeszkody i zagrożenia w przestrzeni miejskiej mają charakter czasowy (zaparkowane samochody, nieskoordynowany ruch pieszych, zwierzęta) i nie wypływają ze złej organizacji samej przestrzeni, ale raczej – z nieprzemyślanego jej wykorzystania przez innych użytkowników.

Słowa kluczowe: niewidomi, słabe widzenie, samodzielne życie, miasta.

ABSTRACT

Introduction. The number of disabled people, including those with sight dysfunctions, is still growing. Legislature and efforts are now more efficient but they are not fully correlated and they do not offer practical results. Moreover they do not enhance the quality of life of the blind as well as partially sighted.
Aim. The aim of the thesis is the analysis of the ability of visually impaired people to function independently in urban areas. Furthermore, to review the rules used to form public spaces that are available with regard to assumptions of universal planning and their usage in Krakow. Moreover, to determine the impact on the blind and visually impaired youth of Krakow, based on an author's questionnaire.
Material and methods. The study was conducted in the Special Education Centre for the Blind and Partially Sighted Children in Krakow on a group of 50 students. Perception of the city of Krakow was assessed by a diagnostic survey using author's own questionnaire.
Results. The tested group observed that Krakow is not a well adapted place, but on the other hand it is not totally unsafe.
Conclusions. The general conclusion is quite positive, although many respondents pointed out the deficiencies in urban areas. Majority of respondents encountered various amenities and solutions within the city which improve safety. Spotted obstacles and hazards in urban areas are temporary (parked cars, uncoordinated movement of pedestrians, animals) and do not derive from the poor organization of the space itself but rather – from its indiscriminate use by other users.

Keywords: visually impaired persons, low vision, independent living, cities.

Wstęp

Rozpatrując znaczenie wzroku w procesach poznawania rzeczywistości należy pokreślić, że hierarchicznie zajmuje on w nich najwyższe miejsce, reagując na największą liczbę bodźców. Wzrok, należąc do teleanalizatorów, reaguje na bodźce pochodzące od przedmiotów znajdujących się nawet w znacznej odległości, stąd też duże znaczenie bodźców wizualnych dla orientacji przestrzennej i poruszania się [1, 2, 3].

Sygnały (bodźce), które docierają do człowieka poprzez różne receptory i których źródłem jest ten sam obiekt, powodują powstawanie wielu różnych wrażeń w tym samym czasie – ich scalenie tworzy podstawę „obrazu", czyli spostrzeżenie. Spostrzeżenia osób z dysfunkcją wzroku są adekwatne do bodźców odbieranych przez czynne receptory – typowe spostrzeżenia wzrokowe muszą więc zostać zastąpione informacjami pochodzącymi od innych zmysłów lub powstałymi jako wyobrażenia surogatowe [1, 2].

Większość informacji o otaczającym nas świecie odbieramy za pomocą wzroku, znaczące i niedające się skorygować zaburzenia widzenia powodują stan niepokoju, lęku i niepewności. W konsekwencji zakłóceniu ulega funkcjonowanie we wszystkich niemal sferach codziennego życia, począwszy od orientacji i poruszania się w nowych miejscach, poprzez czytanie i pisanie oraz utrzymywanie kontaktów z ludźmi. U osób ociemniałych może więc często dochodzić do zmian w postrzeganiu otaczającego świata fizycznego i społecznego, postrzeganiu samego siebie

oraz własnych emocji [4, 5]. Osoby z niepełnosprawnością wzroku często stanowią grupę dyskryminowaną ze względu na dostęp i korzystanie z przystosowanych do ich potrzeb przestrzeni miejskich i obiektów użyteczności publicznej.

Jednakże badania, mające na celu porównanie procesów podejmowania decyzji przy poruszaniu się w przestrzeni miejskiej osób niewidomych od urodzenia i ludzi widzących wykazały, że są one bardzo do siebie zbliżone, a główną różnicę stanowił fakt, iż niewidomi przygotowywali swoją trasę staranniej niż osoby widzące, a w podejmowaniu wyborów opierali się na innych informacjach [2, 3, 6].

Cel

Celem pracy była ocena funkcjonowania młodzieży niewidomej i słabowidzącej w przestrzeni miejskiej Krakowa.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział pięćdziesięcioro uczniów Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących w Krakowie w wieku od 13. do 20. roku życia. Aby zrealizować cel pracy i poznać opinie badanych, wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który dostosowano do potrzeb i możliwości osób słabowidzących i niewidomych. Badani przed udzieleniem odpowiedzi na pytania ankiety zostali poinformowani o celu badań oraz dobrowolnie wyrazili zgodę na udział w nich. Uzyskane wyniki rozpatrywano pod względem ilościowym z wykorzystaniem programu Mircosoft Office Excel 2007.

Wyniki

Przedział wiekowy ankietowanych mieści się w granicy od 13 do 20 lat, przeważały kobiety stanowiące 52% badanych. Znaczna większość uczestników badania (72%) to osoby słabowidzące, 8 uczestników (16%) deklarowało się jako osoby niewidome, zaś u 12% zachowane zostało szczątkowe widzenie. Zarówno osoby słabowidzące jak i z zachowanym widzeniem resztkowym stwierdziły, że wykorzystują wzrok do poruszania się w przestrzeni miejskiej przy współistnieniu korzystnych ku temu warunków (oświetlenie, warunki atmosferyczne).

Uczestnicy badania proszeni byli o określenie, z jakiej formy pomocy korzystają przy poruszaniu się w przestrzeni miejskiej. Najczęściej udzielaną odpowiedzią było korzystanie z pomocy osób trzecich – z pomocy członka rodziny korzysta 39% osób, z pomocy znajomych 16%, a z pomocy innych osób 20%. Niemal jedna czwarta ankietowanych (24%) nie korzysta z pomocy, a jedynie jedna osoba korzysta z wsparcia asystenta osoby niepełnosprawnej. Z białej laski korzysta 36% ankietowanych (z czego 10% wykorzystuje ją na co dzień), 8% nie potrafi się nią posługiwać, a 56% respondentów nie chce jej użytkować. Znaczna większość badanych – 94% nie korzysta z pomocy psa przewodnika (aż 56% osób nie posiada odpowiednio przeszkolonego psa), jedynie troje badanych wykorzystuje tę formę pomocy. Respondenci zostali zapytani o wykorzystanie w życiu codziennym urządzeń wspomagających orientację w terenie, aż 60% z nich nie ma dostępu do tego typu urządzeń. Spośród osób, które urządzeniami wspomagającymi orientację dysponują (ogółem 20 osób) jedynie 10 osób wykorzystuje je w życiu codziennym.

Kolejną poruszoną w badaniu kwestią była częstotliwość samodzielnego opuszczania miejsca zamieszkania przez badanych i ocena możliwości poruszania się w przestrzeni miejskiej oraz przydatności udogodnień dedykowanych osobom niepełnosprawnym. Zdecydowana większość badanych (90%) opuszcza samodzielnie miejsce zamieszkania (z czego 64% robi to kilka razy w tygodniu), jedynie 10% osób zadeklarowało, że nigdy nie porusza się samodzielnie w przestrzeni miejskiej. W zakresie samooceny, co do możliwości samodzielnego poruszania się w przestrzeni miejskiej, niemal połowa respondentów (48%) określiła, że są raczej samodzielni, 14% uważa się za raczej niesamodzielnych, a 18 osób (36%) twierdzi, że poruszają się całkowicie samodzielnie. Zaobserwowano różnice w opinii na temat samodzielnego poruszania się w zależności od obszaru – w bliskiej znanej sobie przestrzeni (najbliższa okolica domu lub szkoły) 98% badanych potrafiło się poruszać samodzielnie, w dalszej znanej przestrzeni (ulice w sąsiedztwie domu lub szkoły) 84%. W przestrzeni nieznanej potrafi się orientować i poruszać ponad połowa badanych (54%), są to te osoby, które zadeklarowały, że były uczone orientacji w przestrzeni i zdobyte informacje wykorzystują w życiu codziennym.

Zdecydowana większość (86%) osób niewidomych i słabowidzących stwierdziła, że informacje dźwiękowe lub głosowe znacznie ułatwiają im orientację w przestrzeni miejskiej, dla pięciorga ankietowanych informacje te były raczej przydatne. Przydatność map wypukłych i schematów dotykowych również oceniona została wysoko, 96% pozytywnie oceniło ich przydatność (z czego 63% jako zdecydowanie przydatne, a 34% jako raczej przydatne).

Następnym poruszonym zagadnieniem było poczucie bezpieczeństwa ankietowanych w mieście Krakowie oraz czynniki je warunkujące. Niemal połowa ankietowanych (54%) określiła Kraków jako miejsce raczej bezpieczne dla osób niewidomych i słabowidzących, kolejne 10% uznało miasto za zdecydowanie bezpieczne. Sześciu ankietowa-

nych uznało Kraków za miasto niebezpieczne (z czego 2 osoby określiły jako zdecydowanie niebezpieczne). Niemal jedna czwarta badanych (24%) nie potrafiła jednoznacznie określić poziomu bezpieczeństwa, udzielając odpowiedzi „trudno powiedzieć". Elementami wpływającymi na bezpieczeństwo w mieście są przede wszystkim: brak barier społecznych (uważa tak 40% badanych), wsparcie społeczne (36%), a brak barier architektonicznych za istotny uznała jedna czwarta ankietowanych (24%).

Ankietowani mieli za zadanie wskazać, jakie rozwiązania mają ich zdaniem wpływ na bezpieczeństwo funkcjonowania osób niewidomych i słabowidzących w przestrzeni miejskiej Krakowa. Osoby z dysfunkcjami wzroku w dużej mierze orientację przestrzenną opierają na odbiorze bodźców dźwiękowych. Pośród dźwięków wspomagających orientację ankietowani wymienili sygnalizację dźwiękową zlokalizowaną na przejściach dla pieszych (46%), dźwięki charakterystyczne dla danego obszaru (28%), jedynie 10% badanych uważało za przydane dźwięki generowane przez ruch uliczny. Z kolei bodźce dźwiękowe, które najbardziej przeszkadzają w orientacji przestrzennej to: maszyny budowlane (32%), hałas komunikacyjny (28%), gwar miejski (18%), dźwięk silników pojazdów mechanicznych (16%).

Następnie ankietowani proszeni byli o wskazanie, z jakimi rozwiązaniami poprawiającymi bezpieczne uczestnictwo w ruchu drogowym osób niewidomych i słabowidzących zetknęli się na terenie ulic Krakowa. Zestawienie rozwiązań wraz z liczbą osób, które się z nimi zetknęły na terenie miasta przedstawia **tabela 1**.

Respondenci mieli również za zadanie wskazać, jakie napotkane przez nich na terenie Krakowa rozwiązania poprawiają jakość użytkowania i wpływają na bezpieczeństwo osób niewidomych i słabowidzących przebywających w przestrzeniach rekreacyjnych miasta. Wyniki przedstawia **tabela 2**.

Wśród rozwiązań ułatwiających poruszanie się ankietowanych w przestrzeni miejskiej Krakowa najczęściej wymienianymi były: wyraźne oddzielenie chodnika od ulicy (31 wskazań), wyraźne oddzielenie wysepki na jezdni, wyraźne oznaczenie przejścia dla pieszych i oznaczenia fakturowe na chodnikach (po 24 wskazania). Dziewiętnastu ankietowanych miało styczność z makietami przestrzennymi lub korzystało z informacji od przechodniów, z informacją dźwiękową w windach zetknęło się 15 osób. Z wypukłymi mapami miasta miało styczność 13 badanych, z oznaczeniem punktów informacyjnych przy pomocy pisma wypukłego – 9, zaś jedynie 5 osób spotkało się z umieszczeniem informacji dźwiękowej na budynkach.

Niewidoma i słabowidząca młodzież w czasie badań zidentyfikowała elementy zagrażające ich bezpieczeństwu podczas poruszania się w przestrzeni miejskiej Krakowa. Ilustrację dla zidentyfikowanych zagrożeń obszarów chodnika i jezdni stanowi **tabela 3**.

Większość ankietowanych (64%) przemieszcza się na terenie miasta korzystając z komunikacji miejskiej. Ponad 80% badanych uważa, że jest samodzielna (w tym 36% całkowicie samodzielna), jeżeli chodzi o poruszanie się komunikacją zbiorową. Niemal jedna czwarta (24%) korzysta

Tabela 1. Rozwiązania poprawiające bezpieczeństwo osób słabowidzących i niewidomych na ulicach

Rozwiązanie	Liczba osób
Sygnalizacja dźwiękowa na przejściach dla pieszych	40
Schody, rampy, pochylnie wyposażone w poręcze	30
Dobre oznakowanie przystanków komunikacji publicznej	22
Dobrze utrzymane chodniki	21
Dobre oznakowanie przejść dla pieszych	21
Wyraźne wyodrębnienie różnych przestrzeni	18
Ważne informacje umieszczone na wysokości wzroku	17
Łatwa lokalizacja ścieżek rowerowych	17
Dobre oznakowanie schodów, ramp, pochylni	16
Łatwa identyfikacja różnych przestrzeni dzięki innej ich barwie czy strukturze	15
Wyraźne oznaczenie miejsc potencjalnie niebezpiecznych	4

Tabela 2. Rozwiązania poprawiające bezpieczeństwo i podnoszące jakość użytkowania przez osoby słabowidzące i niewidome przestrzeni rekreacyjnych

Rozwiązanie	Liczba osób
Szerokość ścieżek umożliwiająca swobodne wyminięcie się	31
Krawężniki wzdłuż ścieżek	23
Bliskie sąsiedztwo przystanku komunikacji miejskiej	22
Schody, rampy, pochylnie wyposażone w poręcze	21
Bliska lokalizacja miejsc parkingowych dla osób niepełnosprawnych	19
Dobre oznakowanie schodów, ramp, pochylni	18
Umieszczenie mapy dotykowej przy wejściu na teren rekreacyjny	14
Wyróżnienie poręczy kolorem lub fakturą	11
Umieszczanie ważnych informacji na wysokości wzroku	11
Zabezpieczenie niebezpiecznych elementów wystających ze ścian	9
Wyraźne oznaczenie miejsc potencjalnie niebezpiecznych	3

Tabela 3. Zagrożenia i utrudnienia dla osób słabo widzących i niewidomych w przestrzeni miejskiej Krakowa

Utrudnienie/zagrożenie	Liczba osób
Nierówna powierzchnia chodników	42
Przeszkody ustawione na chodniku (kosze na śmieci, reklamy)	36
Zaparkowane pojazdy	35
Ubytki w nawierzchni jezdni	35
Elementy zawężające przestrzeń chodnika (drzewa, stragany)	34
Brak sygnalizacji dźwiękowej na skrzyżowaniach	33
Rowerzyści poruszający się po chodnikach	32
Brak ujednoliconego systemu sygnalizacji dźwiękowej	26
Brak oznaczeń ułatwiających poruszanie się w przejściach podziemnych	25
Wysokie krawężniki	25
Brak wyraźnego rozgraniczenia między chodnikiem a jezdnią	23
Brak wyraźnego rozgraniczenia między chodnikiem, jezdnią a torowiskiem	19
Przeszkody stawiane na chodniku, jezdni w regularnych odległościach (latarnie)	18
Brak zróżnicowania faktury i kolorystyki nawierzchni jezdni i chodnika	17
Nieutwardzona powierzchnia przeznaczona do poruszania się	16
Brak odpowiedniego oznaczenia miejsca wykonywania prac remontowych	14
Inni piesi	13
Zwierzęta	12

z komunikacji zbiorowej codziennie, 38% robi to kilka razy w tygodniu, a 22% raz w tygodniu. Największą trudność w korzystaniu z komunikacji miejskiej w Krakowie sprawia badanym: brak informacji dźwiękowej o numerze nadjeżdżającego pojazdu czy rozkładzie jazdy (41 wskazań), brak informacji dźwiękowej w pojeździe oraz zbyt wysoko umieszczone wejście do pojazdu (po 27 wskazań), źle oznaczone wejście do pojazdu (15 osób). Dla 12 badanych problem stanowili inni podróżujący, zaś 9 osób uznało, że dostęp do przystanków komunikacji miejskiej jest utrudniony.

Ocena dostępności krakowskich dworców PKP i PKS uzależniona była od stopnia zaburzenia wzroku. Niemal jedna trzecia (28%) badanych uznała, że dworzec główny PKP w Krakowie jest dostępny zarówno dla osób niewidomych jak i słabowidzących, niemal taki sam odsetek (26%) uznał, że dworzec jest dostępny jedynie dla osób słabowidzących. Aż 36% nie ma zdania na ten temat, a 10% uznało, że dworzec ten jest całkowicie nieprzystosowany dla potrzeb osób niewidzących jak i słabowidzących. Podobnie kształtowały się opinie na temat przystosowania dworca PKS, 26% ankietowanych ocenia dobrze dostępność dla niewidzących i słabo widzących, 32% jedynie dla słabowidzących. Szesnastu respondentów (32%) nie miało zdania, zaś 10% uważa dworzec PKS za całkowicie niedostosowany do potrzeb osób z deficytami widzenia. Utrudnienia w korzystaniu z dworców stanowiły przede wszystkim: brak informacji dźwiękowej oraz przeszkody w ciągach komunikacyjnych (po 24 odpowiedzi), brak oznaczeń na schodach i oznaczeń ciągu ruchu pieszych (24 wskazania) oraz brak oznaczeń na peronach (16 wskazań).

Respondentów pytano o ich odczucia dotyczące dyskryminacji młodzieży niewidzącej i słabowidzacej w dostępie do życia kulturalnego i społecznego miasta. Zdecydowana większość (76%) nie odczuwa dyskryminacji, 20% nie potrafi określić swojego stanowiska, zaś 4% czuje się dyskryminowana ze względu na utrudnione dotarcie na miejsce imprezy. Wśród preferowanych sposobów spędzania wolnego czasu najliczniejsza grupa młodzieży deklarowała spędzanie czasu z rodziną (26 wskazań), na zajęciach pozalekcyjnych czas spędzało 19 osób. Wolny czas spędza w domu samotnie 17 ankietowanych, niemal tyle samo respondentów zdeklarowało aktywny udział w życiu kulturalnym szkoły i miasta (16 osób), jedynie 13 młodych ludzi stwierdziło, że spędza czas wolny uprawiając sport, zaś 12 osób uczestnicząc w zajęciach rehabilitacyjnych.

Dyskusja

Głównym celem pracy była ocena funkcjonowania młodzieży niewidomej i słabowidzącej w przestrzeni miejskiej Krakowa – badano ich samodzielność i aktywność, wykorzystanie sprzętu wspomagającego poruszanie i opinie na temat przydatności planów dotykowych i informacji głosowej w budynkach, a także – odczuwane przez nich w przestrzeni publicznej bezpieczeństwo.

W literaturze podkreślany jest problem braku samodzielności osób z niepełnosprawnością, szczególnie zaś tych z dysfunkcją wzroku, jako że jego częściowa czy też całkowita utrata utrudnia, ogranicza lub nawet uniemożliwia życie codzienne, pracę i naukę [3]. Brak samodzielności i ogólna bierność osób niewidomych i słabowidzących są w piśmiennictwie często akcentowane i dotyczą zarówno poruszania się w przestrzeni jak i całej organizacji życia osób z dysfunkcją, które, według badań autorów, często nie potrafią lub nie chcą wziąć pełnej odpowiedzialności za swoje życie – pracę, naukę czy inne rodzaje aktywności [7–9].

W badaniach własnych zaobserwowano z kolei, że ogólny poziom deklarowanej samodzielności osób ankietowanych jest wysoki, a nawet – bardzo wysoki. Na co

dzień aż jedna czwarta ankietowanych nie korzysta z niczyjej pomocy, 98% osób deklaruje umiejętność samodzielnego poruszania się w bliskiej przestrzeni, którą zna; 84% – w znajomej dalszej przestrzeni a ponad połowa ankietowanych (54%) potrafiłaby się poruszać w przestrzeni, w której jest po raz pierwszy. Na pytanie „Jak oceniasz swoje możliwości samodzielnego poruszania się w przestrzeni miejskiej?" aż 84% badanych odpowiedziało, że są całkowicie lub raczej samodzielni.

W literaturze [2–4, 8] częsty jest też pogląd, że osoby niewidome i słabowidzące z racji swojej niepełnosprawności czują się dyskryminowane w społeczeństwie. Powodem tej dyskryminacji jest zazwyczaj nieprzystosowanie przestrzeni do ich potrzeb, brak informacji dźwiękowych i dotykowych. Z przeprowadzonych badań własnych wynika jednak, że większość (76%) nie czuje się dyskryminowanych w dostępie do życia społecznego i kulturalnego; poczucie dyskryminacji ma tylko 4%, a reszta nie ma zdania na ten temat. Również w badaniach Kasperskiej i Bodys-Cupak [9] 22% ankietowanych uważało, że zawsze jest samodzielne w zakresie aktywności dotyczących życia społecznego, a kolejne 50% ankietowanych stwierdziło, że często wykazuje się samodzielnością w tym obszarze.

W kontekście dysfunkcji wzroku niezwykle ciekawym wydaje się zagadnienie wszelkich pomocy i sprzętu rehabilitacyjnego, zwłaszcza tak charakterystycznych i związanych z kulturowym obrazem osób niewidomych i słabowidzących jak biała laska i pies przewodnik. Według literatury, większość osób ze znaczną lub całkowitą dysfunkcją wzroku podczas poruszania się w przestrzeni posługuje się białą laską. Przy tym wszystkim biała laska stanowi także czytelny komunikat dla innych użytkowników przestrzeni, oznaczający, że dana osoba cierpi na dysfunkcję wzroku, dlatego w przestrzeni należy na nią zwrócić pewną szczególną uwagę [2, 9, 10]. Spośród badanych jedynie 16% stanowią osoby całkowicie niewidome, kolejne 12% to osoby szczątkowo widzące, a aż 72% to osoby słabowidzące. W związku z tym nie dziwi fakt wykorzystywania przez 80% ankietowanych wzroku w poruszaniu się w przestrzeni. Wśród badanych codziennie lub często z białej laski korzysta 18% osób, a kolejne 18% korzysta z niej rzadko, 64% nie korzysta z niej w ogóle (niezależnie od tego czy nie umie, czy też nie chce).

Ankietowani pytani o konkretne zagrożenia w przestrzeni miejskiej wymieniali najczęściej nierówne chodniki, chaotycznie ustawione na chodniku przeszkody (kosze, ławki, rowery), zaparkowane przy chodniku pojazdy, ubytki w jezdni, brak informacji dźwiękowej w przestrzeni i jej nieujednolicenie, brak oznaczeń kolorystycznych i fakturowych. Z tych odpowiedzi wynika jasno, że to nie brak jakiegoś planowego udostępnienia przestrzeni, ale zwykle zaniedbania dają się najmocniej we znaki osobom z dysfunkcją wzroku: są to przede wszystkim zaniedbania w zakresie utrzymania infrastruktury miejskiej, a także bezmyślność innych użytkowników przestrzeni – właścicieli aut zaparkowanych na chodnikach czy kawiarnianych ogródków zajmujących przestrzeń przeznaczoną dla ruchu pieszych. Ważna jest świadomość, że to, co osoby widzące odbierają jako niewielkie (choć irytujące) utrudnienie, dla osób niewidomych może być realnym zagrożeniem, zwłaszcza że aż 36% ankietowanych całkowicie samodzielnie porusza się pieszo i komunikacją miejską, a raczej samodzielnie kolejne 48%. Uzyskane w badaniach własnych rezultaty dotyczące identyfikacji przez osoby z dysfunkcjami wzroku czynników utrudniających i ułatwiających funkcjonowanie w przestrzeni publicznej są zbliżone z wynikami badań przeprowadzonych przez Kasperską i Bodys-Cupak [9] oraz Kilian [11]. Potwierdzają one, że największą barierą w funkcjonowaniu osób z zaburzeniami wzroku jest brak wystarczającej adaptacji przestrzeni miejskiej do ich potrzeb.

Respondenci poproszeni zostali o zaznaczenie w kolejnych pytaniach spotykanych przez nich na terenie Krakowa rozwiązań poprawiających jakość przestrzeni i zapewniających w niej bezpieczeństwo oraz zagrożeń, obniżających zarówno jakość użytkowania przestrzeni jak i bezpieczeństwo w niej. Wyniki ukazały, że łączna liczba wskazań zagrożeń (773) w przestrzeni była znacznie większa niż liczba udogodnień (613): oznacza to, że 56% wskazań stanowiły zagrożenia, a 44% tzw. „dobre praktyki" w przestrzeni, mimo to według opinii badanych Kraków uważany jest za miejsce bezpieczne w sumie dla 64% (raczej bezpiecznym dla 54% badanych i zdecydowanie bezpiecznym dla kolejnych 10%). Jako niebezpieczne ocenia je w sumie zaledwie 12% badanych, a problemy z wyrażeniem opinii na ten temat ma niemal 1/4 wszystkich ankietowanych. Również dostępność komunikacji miejskiej została oceniona dość dobrze.

Wnioski

1. Ankietowane osoby w większości oceniają swoją samodzielność i umiejętność radzenia sobie w przestrzeni miejskiej jako dobrą. Na co dzień większość z nich, korzystając z czyjejś pomocy, samodzielnie porusza się w bliskiej i dalszej poznanej wcześniej przestrzeni, a nieco ponad połowa deklaruje umiejętność poruszania się w przestrzeni, w której jest po raz pierwszy.
2. W samodzielnym funkcjonowaniu istotną rolę odgrywa jakość przestrzeni miejskiej, przy czym według opinii ankietowanych ważniejsze od odgórnego planowa-

nia dostępności jest dobry stan infrastruktury miejskiej oraz wyobraźnia i świadomość innych użytkowników przestrzeni miejskiej.

3. Pomimo przeważającej nad udogodnieniami ilości zagrożeń w przestrzeni Krakowa, samo miasto uznane zostało za bezpieczne (lub trudne do zdefiniowania, lecz nie niebezpieczne). Badana grupa określiła również poszczególne punkty miasta, jak dworzec PKP i PKS, przestrzeń rekreacyjną za raczej dostępne.

Piśmiennictwo

1. Fojkis A. Wyobrażenia surogatowe, ich rola i znaczenie w kształtowaniu wyobrażeń świata i pojęć u niewidomych. Szkoła Specjalna. 2006;2(11):195–204.
2. Wysocki M. Projektowanie otoczenia dla osób niewidomych. Pozawzrokowa percepcja przestrzeni. Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2010; 20–36.
3. Majewski T. Psychologia Niewidomych i Niedowidzących. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1983; 9–29.
4. Łukasiak E, Oleksiak E. Osoby niewidome i niedowidzące. W: Kaczmarek BM (red.). Zbiorczy raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce. Warszawa 2011; 4–20.
5. Stanikowska E. Psychologiczne aspekty słabowzroczności. Kontaktol Opt Okul. 2008;3(19):20–22.
6. Kuryłowicz E. Projektowanie uniwersalne. Uwarunkowania architektoniczne kształtowania otoczenia wybudowanego przyjaznego dla osób niepełnosprawnych. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji. Warszawa 2005; 20–40.
7. Majewski T. Znaczenie kompetencji i umiejętności społecznych dla zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Praca i Rehabilitacja Niepełnosprawnych. 2007;5:3–6.
8. Majewski T. Aktualne poglądy na możliwości zawodowe osób niewidomych. Szkoła Specjalna. 2009;4:245–251.
9. Kasperska M, Bodys Cupak I. Funkcjonowanie psychospołeczne niewidomych i słabowidzacych w opinii osób z dysfunkcją wzroku oraz osób pełnosprawnych. Niepełnospawność i Rehabilitacja. 2012;4:4–15.
10. Kuczyńska-Kwapisz J. Efektywność kształcenia młodzieży niewidomej i słabowidzącej w zakresie orientacji przestrzennej i poruszania się. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1994; 20–36.
11. Kilian M. Trudności w poruszaniu się i sposoby radzenia sobie z nimi przez osoby z poważnym uszkodzeniem wzroku. Szkoła Specjalna. 2008;4:257–271.

Adres do korespondencji:
Patrycja Zurzycka
ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków
tel.: 12 4214160, 602886883
fax: 12 4294872
e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

PRACA ORYGINALNA

OCENA WYNIKÓW LECZENIA OPERACYJNEGO DYSKOPATII W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA NASILENIA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH

EVALUATION OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DISC HERNIATION DEPENDING ON THE SEVERITY OF PAIN

Bernadeta Sajdak[1], Iwona Bodys-Cupak[2]

[1] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Łukasza w Tarnowie
[2] Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

STRESZCZENIE

Wstęp. Dyskopatia jest przyczyną około 80% bólów kręgosłupa. Ból kręgosłupa lędźwiowego i rwa kulszowa utrzymujące się przez dłuższy czas pogarszają w znaczący sposób jakość życia i zmuszają do podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym. Zmiany zwyrodnieniowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa to najczęstsze przyczyny ograniczeń aktywności ludzi młodych i w wieku średnim. Wybór odpowiedniego postępowania terapeutycznego jest zadaniem trudnym i wynika z istnienia wielu metod i technik stosowanych w leczeniu zmian zwyrodnieniowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.
Cel. Celem badań była ocena skuteczności leczenia operacyjnego dyskopatii w zależności od stopnia nasilenia bólu.
Materiał i metody. Materiał badawczy stanowiła grupa 100 pacjentów (43 kobiety, 57 mężczyzn), operowanych w oddziale Neurochirurgicznym Szpitala Wojewódzkiego w Tarnowie. Badania przeprowadzono przed i po zbiegu operacyjnym przy pomocy narzędzi: kwestionariusza ankiety, skali VAS.
Wyniki. Po zastosowaniu leczenia chirurgicznego stwierdzono poprawę jakości funkcjonowania w życiu codziennym, a także obniżenie natężenia bólu u operowanych.
Wnioski. Uzyskane wyniki we wczesnym okresie po operacji świadczą o dużej skuteczności leczenia operacyjnego dyskopatii.

Słowa kluczowe: dyskopatia, bóle krzyża, leczenie operacyjne.

ABSTRACT

Introduction. Discopathy is reason abort 80% back pains. The pain of the lumbar spine and sciatica persisting over longer time significantly worsens the quality of life and forces to take a decision about the surgery. The degenerative low back diseases are the most often causes of the restrain of the physical activity among young middle-aged people. Choosing the right treatment is a very difficult task to do. That is because there are many different methods and many various techniques that are used in the treatment of the degenerative changes of low back.
Aim. The assessment of the efficiency surgical treatment of discopathy in depend as well as an evaluation of the degree of intensity pain.
Material and methods. Study material included a group of 100 patients (43 women, 57 men), who were operated at the Department of Neurosurgery of Provincial Hospital in Tarnow. The research was conducted with the use of authors questionnaire, scale VAS. The data were collected before and after surgery.
Results. After the surgical treatment satisfaction intensity of pain decreased.
Conclusions. Results in the early period after the operation show the large effectiveness of the surgical treatment of the discopathy.

Keywords: discopathy, surgical treatment, spine pains.

Wstęp

Ból kręgosłupa jest objawem choroby złożonej, o wielopostaciowym charakterze, wieloetapowym przebiegu, zróżnicowanych objawach. Znaczącą rolę w jego powstawaniu odgrywa indywidualna podatność człowieka na zachorowanie oraz środowisko w jakim żyje i pracuje [1]. Ból ten może wywodzić się zarówno z elementów samego kręgosłupa, jak i uciśniętych lub drażnionych struktur układu nerwowego czy też tkanek miękkich okołokręgosłupowych [2]. Jedną z przyczyn bólu bywa przepuklina jądra miażdżystego występująca najczęściej w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, gdzie obciążenia naciskowe, a także ruchliwość kręgosłupa są bardzo duże. Do najczęstszych czynników wywołujących ból kręgosłupa należą też zmiany patologiczne w obrębie krążka międzykręgowego, ucisk na korzeń nerwowy oraz mięśniowa nierównowaga statyczno-dynamiczna miednicy i kręgosłupa. Do nierównowagi mięśniowej dochodzi na skutek złych nawyków, charakteru wykonywanej pracy, braku aktywności fizycznej. Brak aktywności przekłada się na przyrost masy ciała i przyspiesza rozwój zmian przeciążeniowych krążka międzykręgowego. Przebywanie w wymuszonej pozycji oraz wykonywanie jednakowych, powtarzających się czynności przez długi czas mogą doprowadzić do powstania przykurczów przeciążonych grup mięśniowych [3].

Ból kręgosłupa stanowi jeden z najczęstszych problemów zdrowotnych w krajach wysokorozwiniętych. Czynniki odpowiadające za ten stan są związane z siedzącym

trybem życia i małą ilością ruchu. Na bóle pleców skarży się przynajmniej raz w życiu większość ludzi, przy czym u 25–60% przybierają one postać bólu przewlekłego [4]. Przeprowadzone w Polsce badania wykazały, że 72% Polaków po ukończeniu 40. roku życia miało przynajmniej jeden epizod bólowy w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, a 2% z nich wymagało leczenia operacyjnego [5].

Doroczny raport, przygotowany przez amerykańskie Centrum Zwalczania Chorób (ang. Centre for Disease Control – CDC), dotyczący bólów kręgosłupa wykazał, że 25,4% badanych doświadczyło w ciągu ostatnich trzech miesięcy silnych bólów dolnego odcinka kręgosłupa, 12,8% – silnych dolegliwości bólowych szyi i karku. W Europie szacuje się, że bóle dolnego odcinka kręgosłupa występują rocznie u ok. 25–45% populacji [2].

Badania przeprowadzone w Polsce wśród młodzieży ukazały, że 79,9% badanych doświadczyło bólu kręgosłupa, 8% korzystało z pomocy zajęć rehabilitacyjnych, 62,8% cierpiało z powodu bólu o charakterze nawracającym [6,7]. Zespoły bólowe rozwijające się w młodym wieku są zwykle początkiem przewlekłych, nawracających dolegliwości prowadzących do ograniczenia sprawności, aktywności życiowej i zwiększonej absencji chorobowej w dorosłym życiu [5]. Wszystko to może prowadzić do rozwoju tzw. zespołu przeciążeń powolnych. Z czasem mogą pojawić się zmiany strukturalne w przeciążonych elementach segmentów ruchowych kręgosłupa oraz ciasnota otworów międzykręgowych i ucisk na korzenie nerwowe. Ból kręgosłupa pojawia się zwykle dość późno w stosunku do początku rozwoju nieprawidłowej postawy ciała, co zależy od zdolności adaptacyjnych danej osoby [8]. Przewlekłe zespoły bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego najczęściej dotykają ludzi w wieku 45–64 lat. Większość leczonych pacjentów to mężczyźni. Ból odcinka lędźwiowego jest jedną z najczęstszych dolegliwości u kobiet ciężarnych [9].

U wszystkich chorych cierpiących z powodu bólu przewlekłego występują podobne mechanizmy pogarszające jakość życia: zaburzenia fizjologiczne, psychologiczne i społeczne. Zależą one od czasu trwania bólu i stopnia jego natężenia. Pojawia się depresyjny nastrój, nadmierna drażliwość i zdenerwowanie, zaburzenia snu, łaknienia, obniżone libido, ociężałość psychoruchowa oraz obniżony próg bólu. Większość chorych nie jest w stanie pracować zawodowo, zmniejszają się dochody, obniża się standard życia i pozycja w rodzinie. Chorzy postrzegają swoją sytuację jako trudną [3].

Obniżenie intensywności odczuwanego bólu jest najważniejszym celem leczenia zachowawczego w ostrym okresie przepukliny dyskowej. Równolegle z leczeniem farmakologicznym wprowadza się rehabilitację. Jest to proces kompleksowy, przywracający zakres ruchów, wytrzymałość mięśni i właściwą reedukację wzorców postawy oraz aktywność ruchową pacjenta [1, 2].

W planowaniu leczenia operacyjnego chorych z bólami kręgosłupa stosuje się metody o minimalnej inwazyjności. Miejscowe podawanie kortykosteroidów czy wykonanie zabiegów ablacyjnych może przynieść znaczącą ulgę na długi czas. Celem przezskórnych zabiegów chirurgicznych jest leczenie przyczynowe: korekcja istniejącej nieprawidłowości anatomicznej i wyeliminowanie mechanizmu powstawania bólu. Najczęściej stosowanym sposobem otwartego leczenia operacyjnego, o statusie standardu terapeutycznego, w przypadkach dyskopatii stała się mikrodiscektomia [2]. Dwa najczęstsze schorzenia, które leczy się za pomocą laminektomii to przepuklina dysku i stenoza kanału kręgowego [10].

Po zabiegu operacyjnym konieczna jest dalsza, kompleksowa fizjoterapia, istnieje bowiem ryzyko powikłań i nawrotów. Celem działań jest przywrócenie prawidłowego ustawienia miednicy, równowagi czynnościowej mięśni w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, a także profilaktyka podczas wykonywania czynności codziennych [11].

Cel

Celem pracy była ocena wyników leczenia operacyjnego dyskopatii w zależności od stopnia nasilenia bólu.

Materiał i metody

Badaniem objęto 100 pacjentów zgłaszających dolegliwości bólowe w obrębie kręgosłupa lędźwiowego. Badania przeprowadzono w Szpitalu Wojewódzkim im. św. Łukasza w Tarnowie, w okresie od lutego 2012 do marca 2012 na oddziale Neurochirurgii. Osoby zakwalifikowane do badań musiały spełniać następujące kryteria:

- wyrażenie świadomej zgody na badanie i wykorzystanie danych do celów naukowych
- dyskopatia odcinka lędźwiowego kręgosłupa na poziomie L4-L5 lub L5-S1
- kwalifikacja do zabiegu operacyjnego potwierdzona badaniem rezonansu magnetycznego.

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety, a narzędzie badawcze stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety i skala VAS. Pacjenci byli ankietowani w dniu przyjęcia pacjenta do oddziału szpitalnego oraz w 4.–10. dobie po wykonanej operacji w obrębie kręgosłupa lędźwiowego. Pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety dotyczyły: wieku, płci, wykonywanego zawodu, liczby operacji, rodzaju chorób współistniejących, charakteru i lokalizacji bólu oraz czasu trwania dolegliwości, oraz charakteru bólu, lokalizacji,

odczuwanych zmian po zabiegu operacyjnym i charakteru powikłań. Skala VAS posłużyła do oceny nasilenia dolegliwości bólowych, gdzie nasilenie bólu 0 oznaczało zupełny brak bólu, a 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica, wykorzystując parametryczne testy Wilcoxona oraz U Manna-Whitney'a.

Wyniki

Badaniem objęto grupę 100 osób z zespołem bólowym kręgosłupa odcinka lędźwiowego zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego. W badaniu wzięły udział 43 kobiety i 57 mężczyzn, najliczniejszą grupą były osoby w wieku od 21–40 lat. Pracownicy umysłowi stanowili 19% badanych, pracownicy fizyczni 54%, emeryci/renciści 18%, natomiast grupa osób uczących się stanowiła 9% badanej populacji. Ponad połowa badanych (53%) to były osoby operowane metodą fenestracji, mikrodyscektomię wykonano u niespełna 1/3 ankietowanych (28%), natomiast stabilizację z użyciem DIAM wykonano u 18 osób (18%). U jednego pacjenta zastosowano nukleoplastykę (1%). Większość ankietowanych (88%) jako przyczynę zabiegu podawała dyskopatię. Pacjenci operowani dwukrotnie z tego powodu stanowili niespełna jedną dziesiątą badanej populacji (9%).

Najwięcej badanych pacjentów (58%) odczuwało dolegliwości bólowe ponad rok przed zabiegiem. Ponad jedna trzecia chorych (37%) odczuwała ból przez okres 6 miesięcy przed interwencją chirurgiczną. Tylko 5 osób (5%) odczuwało silny ból przez około 1 miesiąc. Najliczniejsza grupa (85%) to byli pacjenci odczuwający ból przewlekle, 9 osób (9%) podało, że odczuwany przez nich ból był nagły i silny. Natomiast 6% respondentów opisywało, że ból pojawiał się po wysiłku, a ustępował po odpoczynku. Ponad połowa ankietowanych (55%) to byli pacjenci opisujący ból promieniujący do kończyny dolnej. Z niedowładem stopy do leczenia zgłosiło się 20 osób (20%). Drętwienie kończyny dolnej odczuwało 17 osób (17%).

Leczenie farmakologiczne zastosowano u 2/5 badanych (42%), rehabilitację i masaż zaproponowano 14 osobom (14%). Blokadę stawów międzykręgowych wykonano u 13 osób (13%), a 1/10 osób nie korzystała z żadnych metod leczenia (10%). Ponad 1/5 pacjentów łączyła metodę leczenia farmakologicznego z rehabilitacją (21%). Część respondentów (14%) skorzystała z leczenia rehabilitacyjnego i masaży, natomiast 42% stosowało tylko leczenie farmakologiczne.

Większość badanych (41%) oczekiwała, że po operacji dyskopatii powróci do pracy. Ponad jedna trzecia respondentów (35%) oczekiwała ustąpienia dolegliwości bólowych. Niespełna jedna czwarta badanych (24%) chciała osiągnąć większą samodzielność w życiu codziennym.

Po operacji dyskopatii 40% respondentów podało całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych. Niespełna jedna trzecia ankietowanych (27%) odczuwała jedynie ból rany operacyjnej. Niespełna jedna piąta chorych (17%) podawała, że ból ustąpił tylko częściowo, natomiast nadal utrzymujący się niedowład stopy wystąpił u 7 osób (7%). Sześciu pacjentów (6%) odczuwało ból w innym miejscu niż przed operacją. U 6 chorych stwierdzono częściowe ustąpienie bólu i ból rany operacyjnej. Oceniając zmiany odczuwania dolegliwości bólowych przez pacjentów przed i po operacji wykorzystano test Wilcoxona. Różnica przed i po leczeniu wynosiła 6,0. Uzyskano zmianę istotną statystycznie. Jest to potwierdzenie skuteczności operacji dyskopatii, która obniża znacząco dolegliwości bólowe (**Tabela 1**).

Na podstawie analizy wyników badania za pomocą skali VAS stwierdzono istotną zmianę w odczuwaniu stopnia nasilenia bólu. Przed operacją nasilenie bólu badani oceniali na poziomie 8–9, po operacji nasilenie dolegliwości zdecydowanie obniżyło się do 2.

W celu określenia skuteczności operacji dyskopatii posłużono się testem U Manna-Whitney'a względem zmiennej: ból odczuwany przed i po operacji. Zaznaczone wyniki są istotne statystycznie z = 10,859; p = 0,00. Ból przed i po operacji obrazuje **rycina 1**.

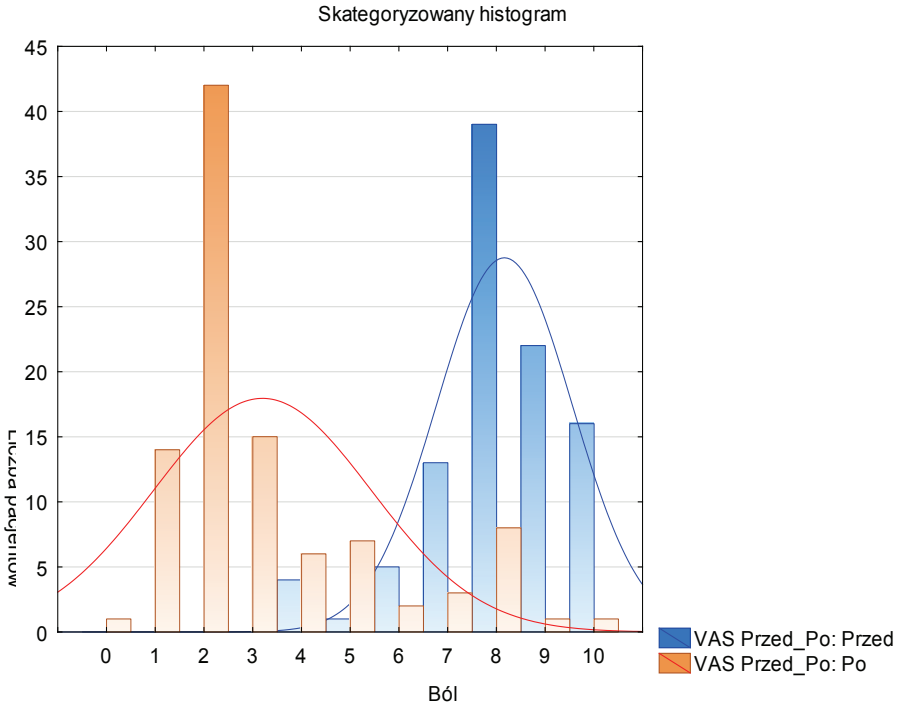
Analizując zależność pomiędzy stopniem nasilenia dolegliwości bólowych a płcią, stwierdzono, że w grupie mężczyzn poziom bólu był wyższy niż wśród kobiet. W wy-

Tabela 1. Zmiany natężenia subiektywnych dolegliwości oraz bólów po zastosowanym leczeniu w skali VAS (Visual Analogue Scale = Analogowa Skala Bólu)

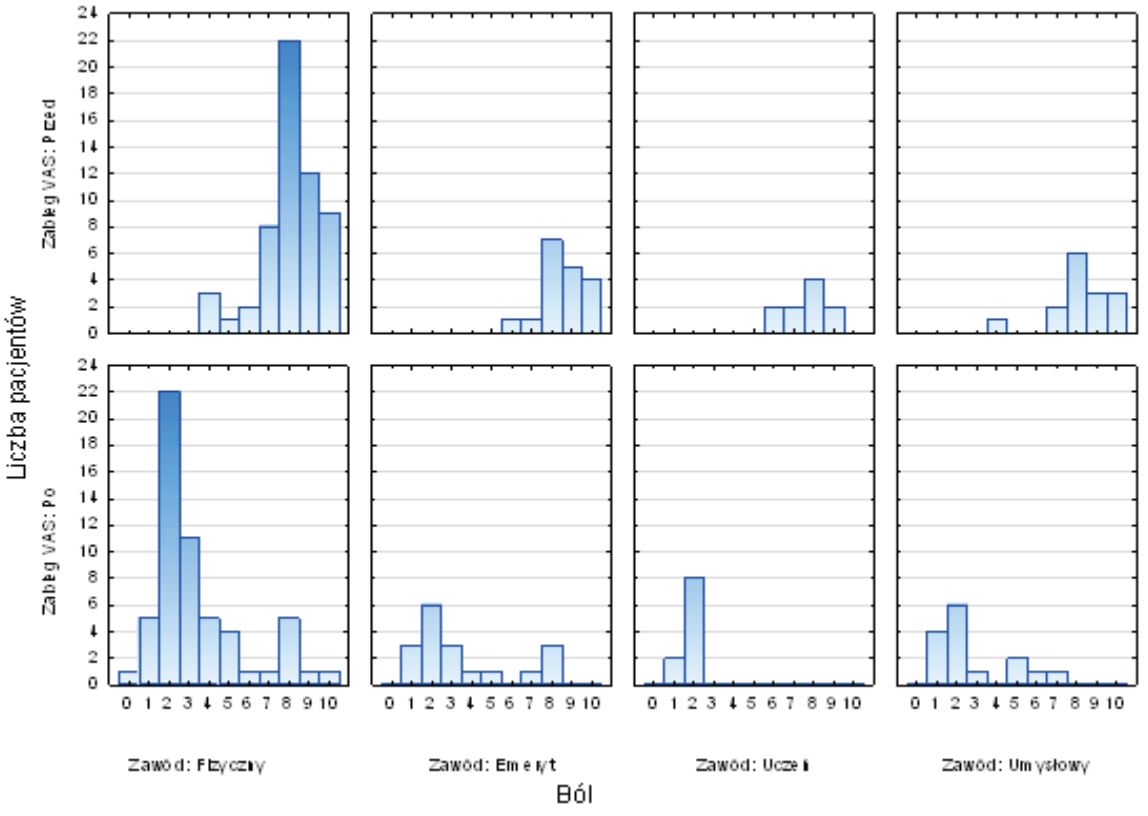
	VAS		
	Q25	Mε	Q75
Wynik przed leczeniem	8,0	8,0	9,0
Wynik po leczeniu	2,0	2,0	4,0
Różnica przed i po leczeniu	3,5	6,0	6,5
P współczynnik istotności testu Wilcoxona dla oceny zróżnicowania wartości mediany przed i po leczeniu	**0,00** zmiana istotna statystycznie		

Mε (mediana)

niku przeprowadzonych badań wykazano, że w grupie wiekowej 21–40 lat, stopień nasilenia bólu był najwyższy. W analizie zależności między rodzajem wykonywanego zawodu a stopniem nasilenia bólu wykazano, że charakter wykonywanej pracy ma duże znaczenie w odczuwaniu dolegliwości bólowych. Najwyższy stopień dolegliwości bólowych zanotowano w grupie pacjentów pracujących fizycznie (**Rycina 2**).



Rycina 1. Nasilenie dolegliwości bólowych wśród badanych przed i po operacji



Rycina 2. Rodzaj wykonywanego zawodu przez badanych a odczuwanie bólu przed i po operacji

Kolejnym analizowanym czynnikiem był rodzaj wykonanej operacji i jego wpływ na obniżenie doznań bólowych w zależności od płci badanych. W grupie kobiet i mężczyzn uzyskano podobne wyniki mówiące o największej skuteczności fenestracji oraz mikrodyscektomii. Były to zabiegi stosowane najczęściej: fenestracja u 53% chorych, mikrodyscektomia wśród 28% badanych (**Rycina 3**).

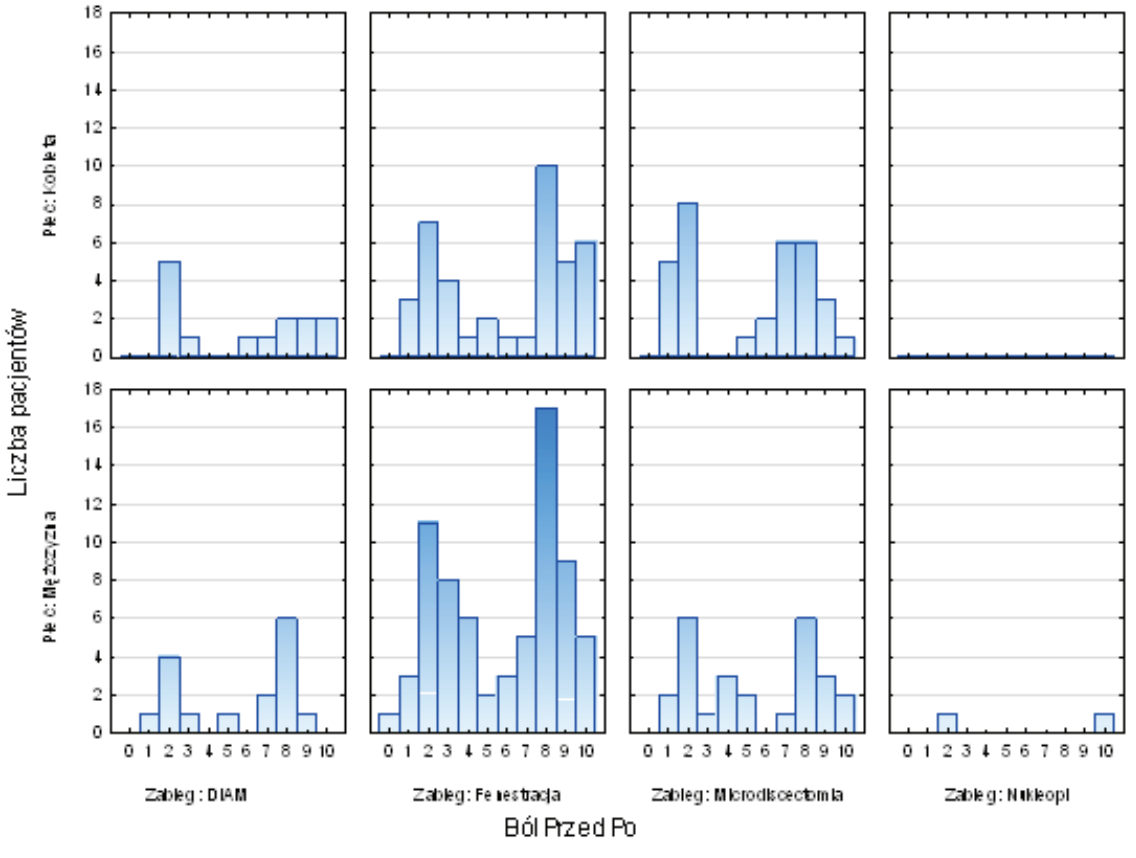
Po zabiegu operacyjnym większość badanych (75%) skarżyła się na dolegliwości bólowe w obrębie pleców. Ból promieniujący do kończyny dolnej podało 10%, 5% pacjentów odczuwało ból i drętwienie kończyny dolnej. Niedowład stopy zaobserwowało 8 osób (8%), a zmianę lokalizacji miejsca bólu podały 2 osoby (2%). Po zabiegu więcej osób nie odczuwało dolegliwości bólowych, a tylko 3 osoby zgłaszały dolegliwości takie same jak przed zabiegiem (3%).

Dyskusja

Od kilku lat w Polsce obserwuje się narastającą liczbę pacjentów skarżących się na dolegliwości bólowe kręgosłupa. Zespoły bólowe kręgosłupa występują u 60–90% populacji w różnych okresach życia i z różną częstotliwością [11]. W badaniach własnych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 21–40 r.ż. (56%), mniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku od 41–60 r.ż. (25%), najmniej było osób w wieku powyżej 60 r.ż. (13%), oraz osób w wieku do 20 r.ż. (6%).

Jan Świerkot [12] uważa, że bóle kręgosłupa częściej występują u kobiet niż u mężczyzn. Inni autorzy w swoich badaniach wykazali, iż ból dolnego odcinka kręgosłupa zdecydowanie częściej występuje wśród mężczyzn oraz dotyczy osób w wieku produkcyjnym, a więc między 30. a 50. rokiem życia. Jerzy Kiwerski [13] twierdzi zaś, że występowanie zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa nie ma związku z płcią. Badania własne potwierdzają, że 57% ankietowanych to byli mężczyźni, a 43% to kobiety.

Prawidłowe leczenie zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa to leczenie wielospecjalistyczne, którego podstawą jest odpowiednio dobrana do danego przypadku rehabilitacja. Badania przeprowadzone w Rzeszowie wykazały, że ponad połowa przebadanych pacjentów po zabiegu (54%) poddała się leczeniu rehabilitacyjnemu [14]. Inni autorzy zaobserwowali zmniejszenie dolegliwości bólowych odcinka L-S po zastosowanej serii zabiegów rehabilitacyjnych [15, 16]. Badania własne wykazały, że tylko 14% badanych skorzystało z leczenia rehabilitacyjnego i masaży, natomiast 42% osób stosowało farmakoterapię.



Rycina 3. Zależność między płcią a rodzajem operacji w stosunku do stopnia nasilenia bólu

Po pierwszym epizodzie bólu krzyża dolegliwości bólowe nawracają u 60–86% pacjentów. Następuje rozwój przewlekłego bólu krzyża u 40% osób, które zgłaszają obecność bólu po upływie 6 miesięcy, oraz u 33%, które nadal odczuwają go po roku lub 2 latach [25]. W grupie przebadanych chorych 88% stanowiły osoby operowane jeden raz, dwie operacje przebyło 9% chorych, a 3% osób operowano po raz trzeci. W 85% przypadków odczuwany ból miał charakter przewlekły, trwający kilka tygodni, tylko w 9% spowodowany był stanem nagłym. Czas odczuwanych dolegliwości trwał dłużej niż 1 rok u ponad połowy poddanych zabiegowi pacjentów (58%).

Rodzaj stosowanego leczenia wynika ze stopnia zaawansowania zmian w odcinku lędźwiowym kręgosłupa [5, 7]. W badaniach przeprowadzonych w oddziale neurochirurgii w Tarnowie największą grupę stanowili pacjenci operowani metodą fenestracji – 53%, zabiegi małoinwazyjne zastosowano u 28% badanych. Rodzaj stabilizacji międzykolczystej DIAM wykonano w 18% przypadków. Tylko 1 osoba miała wykonaną nukleoplastykę.

Na wczesnym etapie dolegliwości bólowych kręgosłupa lekarze mogą przewidzieć, w których przypadkach można liczyć na skuteczność leczenia zachowawczego, a kiedy należy wykonać operację. Ponad 70% pacjentów osiąga ustąpienie bólu bez leczenia operacyjnego. Ból ustępuje tym łatwiej im bardziej osiowa jest jego lokalizacja. Trudniej obniżyć ból gdy jego położenie jest obwodowe – gdy jest to ból promieniujący do kończyn [17, 18]. Wśród 100 operowanych pacjentów oddziału neurochirurgii ponad połowa (55%) to były osoby zgłaszające ból promieniujący do kończyny dolnej, o dużym nasileniu: do 9 punktów w skali VAS. Po leczeniu operacyjnym nastąpiła zdecydowana poprawa, dolegliwości bólowe zmniejszyły się. Uzyskana zmiana była istotna statystycznie.

Z uwagi na ciągły wzrost liczby osób w wieku geriatrycznym, istnieje konieczność przygotowania i wdrożenia skutecznych programów rehabilitacji ruchowej, które zmniejszyłyby deficyty aktywności oraz spowolniły niekorzystne zmiany inwolucyjne związane z wiekiem. W badaniach własnych wzięło udział 13 osób w wieku powyżej 60. r.ż. Była to druga grupa osób, u której po zabiegu operacyjnym zanotowano znaczące obniżenie stopnia nasilenia dolegliwości bólowych z 6–10 do 0–3 w skali VAS.

Przewlekłe bóle kręgosłupa są jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób na świecie [5]. W badaniach własnych wykazano, że rodzaj wykonywanej pracy zawodowej wpływa na nasilenie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa. Dolegliwości kręgosłupa pojawiają się zarówno podczas prac wykonywanych w pozycji stojącej, jak i siedzącej. W badaniach własnych najwyższy odczuwany stopień dolegliwości zanotowano wśród pacjentów pracujących fizycznie. Natomiast S. Kaczor i wsp. wykazali, iż dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa występowały częściej w grupie kierowców [17].

Podsumowując uzyskane w badaniach wyniki, należy stwierdzić, że dyskopatia jest częstym problemem zdrowotnym. Obecny tryb życia zwiększa ryzyko jej wystąpienia. Ból o różnym stopniu nasilenia, często promieniujący do kończyny dolnej nierzadko jest przyczyną absencji chorobowych i zdecydowanie pogarsza jakość życia chorego. Prawidłowe rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja i rehabilitacja dają choremu szansę na szybki powrót do pracy i polepszenie jakości życia poprzez zmniejszenie odczuwanych dolegliwości bólowych.

Wnioski

1. Operacja dyskopatii skutecznie obniża dolegliwości bólowe już we wczesnym okresie pooperacyjnym.
2. Wykonanie zabiegu operacyjnego wpływa na poprawę sprawności i jakości życia pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Stodolny J. Choroba przeciążeniowa kręgosłupa. NATURA, Kielce 2009; 17–65.
2. Koszewski W. Bóle kręgosłupa i ich leczenie. Termedia, Poznań 2010; 1–11.
3. Permoda A, Myrda M, Zajt-Kwiatkowska J. Występowanie objawów pseudokorzeniowych u pacjentów ze stwierdzoną dyskopatią kręgosłupa lędźwiowego i przejścia lędźwiowo-krzyżowego. Medycyna Manualna. 2010;1(2):21–71.
4. Drozda K, Lewandowski J. Epidemiologia bólów kręgosłupa wśród młodzieży szkół średnich Poznania. Fizjoterapia Polska. 2011;1(4) Vol. 11:31–40.
5. Otwinowska E., Maciejczak A. Ocena stopnia nasilenia bólu oraz jakości życia u pacjentów z zespołem bólowym lędźwiowego odcinka kręgosłupa. W: Żarow R. (red.)Człowiek w zdrowiu i chorobie, Tarnów 2010; 299–311.
6. Nowotny J, Nowotny-Czupryna O, Brzęk A, Kowalczyk A, Czupryna K. Postawa ciała a zespoły bólowe kręgosłupa. Ortopedia. Traumatologia, Rehabilitacja. 2011;13(1):59–71.
7. Potoczek M. Profilaktyka i terapia bólu odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa u kobiet w ciąży. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja. 2010:52–55.
8. Wordliczek J, Dobrogowski J. Leczenie bólu. PZWL, Warszawa 2011; 413–420.
9. Tindel N, Hampel T. Kręgosłup bez bólu. Wyd. Bauer-Weltbild Media, Warszawa 2010; 99–113.
10. Chantsoulis M. Choroba dyskowa odcinka lędźwiowego kręgosłupa – leczenie zachowawcze i operacyjne. Medycyna Manualna. 2006;2(3):9–16.
11. Depa A, Przysada G, Wolan A. Wykorzystanie kwestionariusza Oswestry do oceny stopnia upośledzenia aktywności funkcjonalnej u chorych z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa. Postępy Rehabilitacji. 2010;(2):5–13.
12. Świerkot J. Bóle krzyża – etiologia, diagnostyka, leczenie. Postępy Rehabilitacji. 2006;2:86–98.

13. Kiwerski JE. Choroba dyskowa dolnego odcinka kręgosłupa u osób młodych. Postępy Rehabilitacji. 2011;1:19–22.
14. Jasięga J, Mintał P, Kużdżał A. Wpływ funkcjonalnej osteopatii i integracji na dysfunkcje i dolegliwości bólowe pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa. Medycyna Manualna. 2010;3–4:30–37.
15. Gałuszka G. Standardy medycyny ortopedycznej wg Cyriax'a w badaniu pacjenta z bólem odcinka lędźwiowego. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja. 2011;14:15–20.
16. Ratajczak B. (red.). Ocena wpływu laseroterapii i magnetoterapii w połączeniu z kinezyterapią u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Postępy rehabilitacji. Warszawa 2011;2:13–18.
17. Kaczor S, Bac A, Brewczyńska P, Woźniacka R, Golec E. Występowanie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa i nawyków ruchowych u osób prowadzących siedzący tryb życia. Postępy Rehabilitacji. 2011;3:19–28.
18. Maciejczak A, Georgiew F. Rehabilitacja w minimalnie inwazyjnym chirurgicznym leczeniu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów 2008;4:287–298.

Adres do korespondencji:
Iwona Bodys-Cupak
ul. Michałowskiego 12
31-126 Kraków
tel.: 12 6336259, 512396382
e-mail: i.bodys-cupak@uj.edu.pl

PRACA ORYGINALNA

CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ZWYCZAJÓW ŻYWIENIOWYCH I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ STUDENTÓW WYCHOWANIA FIZYCZNEGO I FILOLOGII

SELECTED DIETARY HABITS AND PHYSICAL ACTIVITY PROFILE OF PHYSICAL EDUCATION AND PHILOLOGY STUDENTS

Ewa Mędrela-Kuder

Zakład Promocji Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp. Niedostatki zachowań prozdrowotnych przyczyniają się do powstawania licznych schorzeń, nie tylko w młodości, ale i dalszych latach życia. Z licznych badań z zakresu odżywiania różnych grup populacyjnych w naszym kraju wynika, że podstawowy sposób żywieniowy, polegający na prawidłowym zbilansowaniu diety w energię i składniki odżywcze, nie jest przestrzegany.
Cel. Celem pracy była ocena zwyczajów żywieniowych i aktywności fizycznej młodzieży akademickiej o różnych profilach studiów.
Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 200 studentów (51 mężczyzn, 149 kobiet). Połowę stanowili studenci AWF z kierunku wychowanie fizyczne (22 mężczyzn i 78 kobiet), pozostali studiowali w UJ na kierunkach: anglistyka i germanistyka.
Wyniki. Prawie wszyscy studenci z AWF ze względu na profil studiów aktywnie spędzali czas wolny. Połowa młodzieży z kierunków humanistycznych uprawiała aktywność fizyczną oraz więcej czasu spędzała przed komputerem. Studenci obu uczelni popełniali liczne błędy żywieniowe, takie jak: wychodzenie z domu bez śniadania, konsumowanie słodyczy, produktów typu „fast food", spożywanie małych ilości ryb, przetworów mlecznych oraz pełnoziarnistego pieczywa. Zdecydowana większość studentów (86,7%) uczelni o profilu sportowym konsumuje alkohol, mimo że uczestniczy w zajęciach promujących zdrowy styl życia.
Wnioski. Należy wprowadzić więcej zajęć z szeroko pojętej promocji zdrowia na obu uczelniach, by studenci rozumieli znaczenie zachowań prozdrowotnych dla utrzymania zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych niezakaźnych.

Słowa kluczowe: studenci, aktywność fizyczna, dieta.

ABSTRACT

Introduction. Lack of health-oriented behaviours contribute to health disorders not only in youth but in adulthood as well. Numerous studies on nutrition and diets of various populations in Poland prove that the basic way of healthy eating, which is a balanced diet of energy and nutritious elements, is not observed.
Aim. The aim of the project was to evaluate dietary habits and physical activity of undergraduates following diverse fields of study.
Material and methods. With two hundred young people participating (51 male, 149 female), half were enrolled on the Physical Education degree course at the University of Physical Education (22 men and 78 women) and the rest were taking English and German Philology at Jagiellonian University.
Results. Due to their educational profile, the vast majority of the University of Physical Education undergraduates were actively spending their leisure time. By contrast, only half of the philology students did physical activity as well as spending more time at computers. Furthermore, both groups made numerous dietary errors, including leaving home without breakfast, eating sweets and fast food products and consuming little amounts of fish, dairy and whole-grain bakery goods. Furthermore, alcohol intake was characterised by a clear predominance of 86.7% among young people from the University of Physical Education: a contradiction to the healthy lifestyle-oriented classes attended.
Conclusions. It is therefore recommended that more health-promoting courses be offered at both universities in order for the students to become aware of the significance of health-oriented behaviours in health preservation and chronic non-infectious disease prevention.

Keywords: students, physical activity, diet.

Wstęp

Zachowania zdrowotne, styl życia kształtowane są już w dzieciństwie. W profilaktyce wielu chorób przewlekłych niezakaźnych (otyłość, cukrzyca, osteoporoza itp.) duże znaczenie ma stosowanie racjonalnego odżywiania i odpowiedniej aktywności ruchowej. Młodzież akademicka jest grupą podatną na zaniedbywanie prawidłowego żywienia, a także unikanie aktywności fizycznej. Usamodzielnienie się, konieczność przygotowywania posiłków we własnym zakresie powodują, iż studenci często sięgają po gotowe produkty typu „fast food", zastępują posiłki słodyczami i innymi niezdrowymi produktami. Taki tryb życia podyktowany jest nie tylko wygodą, ale brakiem czasu na przygotowanie posiłku.

Żywność typu „fast food" należy do produktów ciężkostrawnych o niewłaściwie zbilansowanej wartości odżywczej. Dostarcza dużo energii, tłuszczów nasyconych, białka zwierzęcego, dlatego niekorzystnie wpływa na zdrowie [1]. Młodzi ludzie mają potrzebę ruchu jednak często nie mogą zastosować tego w praktyce, gdyż dużo czasu spędzają na zajęciach na uczelni. Ograniczanie aktywności ruchowej prowadzi do stopniowego wyga-

sania tej naturalnej potrzeby, co w późniejszym okresie przejawia się niechęcią do jakiegokolwiek ruchu.

Cel

Celem pracy była ocena zwyczajów żywieniowych i aktywności fizycznej młodzieży akademickiej o różnych profilach studiów.

Materiał i metody

Badaniami objęto 200 studentów z dwóch uczelni: Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie z kierunku wychowanie fizyczne oraz z Uniwersytetu Jagiellońskiego z filologii angielskiej i germanistyki. W badaniach przeprowadzonych w marcu i kwietniu 2011 studenci stanowili jedynie 29,5% respondentów, a studentki 70,5%.

Jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki

Studenci popełniają wiele błędów żywieniowych: codziennie spożywają słodycze, kawę, wychodzą na zajęcia bez śniadania i konsumują produkty typu „fast food" (**Tabela 1**).

Młodzież akademicka zbyt rzadko uwzględnia w diecie ryby, a także mleko i jego przetwory. Zdecydowana większość studentów AWF spożywa tłuszcze roślinne. Studenci obu uczelni deklarują, że piją alkohol (**Tabela 2**).

Prawie wszyscy studenci kierunku wychowanie fizyczne aktywnie spędzają czas wolny, natomiast tylko 50% studiujących w UJ jest aktywna. Więcej czasu przed komputerem spędza młodzież studiująca filologię (**Tabela 3**).

Dyskusja

Ponad połowa studentek wychowania fizycznego przyjmowała suplementy witaminowe, natomiast mężczyźni

Tabela 1. Błędy żywieniowe studentów

Kategorie badawcze	Wychowanie fizyczne			Filologia		
	K [%]	M [%]	O [%]	K [%]	M [%]	O [%]
Spożywanie kawy (codziennie)	21,4	33,3	32,0	40,8	34,5	37,0
Wychodzenie z domu bez śniadania	28,6	20,0	26,0	23,9	44,8	31,0
Spożywanie słodyczy (codziennie)	34,3	40,0	37,0	43,3	41,3	42,0
Spożywanie produktów typu fast food	5,7	33,3	19,0	22,5	55,2	37,0
Konsumpcja ostatniego posiłku mniej niż 1 godz. przed snem	14,3	46,7	29,0	24,0	51,7	36,0
Robienie przerw między posiłkami dłuższych niż 5 godz.	0	6,7	3,0	4,4	10,3	7,0

Tabela 2. Charakterystyka spożywanych produktów

Kategorie badawcze	Wychowanie fizyczne			Filologia		
	K [%]	M [%]	O [%]	K [%]	M [%]	O [%]
Spożywanie białego mięsa (4 i więcej razy w tygodniu)	8,6	26,7	16,0	11,3	34,5	22,0
Spożywanie ryb (2 do 3 razy w tygodniu)	20,0	13,3	18,0	16,9	20,7	18,0
Konsumpcja tłuszczów roślinnych	95,2	93,3	94,0	76,1	75,9	76,0
Konsumpcja pełnoziarnistego pieczywa	77,1	53,3	65,0	84,5	55,2	70,0
Konsumpcja alkoholu	71,4	86,7	76,0	64,8	79,3	70,0
Spożywanie mleka i jego przetworów	71,4	21,0	46,0	52,0	60,0	56,0
Spożywanie jednej porcji warzyw (codziennie)	62,8	60,0	61,0	49,3	58,6	53,0
Spożywanie jednej porcji owoców (codziennie)	57,1	73,4	62,0	40,8	58,6	48,0

Tabela 3. Aktywność fizyczna badanych studentów

Kategorie badawcze		Wychowanie fizyczne			Filologia		
		K [%]	M [%]	O [%]	K [%]	M [%]	O [%]
Oglądanie programów telewizyjnych	ponad 5 godz.	0	0	0	7,0	3,5	5,0
	3 do 5 godz.	20,0	6,7	13,0	8,5	0	4,0
	1 do 2 godz.	40,0	33,3	37,0	38,0	20,7	29,0
	mniej niż 1 godz.	31,4	13,3	23,0	16,9	55,1	35,0
	nie ogląda	8,6	46,7	27,0	29,6	20,7	28,0
Czas spędzony przed komputerem	ponad 5 godz.	5,7	0	3,0	14,1	41,4	26,0
	3 do 5 godz.	17,1	26,7	22,0	21,1	41,4	31,0
	1 do 2 godz.	42,9	40,0	41,0	42,3	13,8	30,0
	mniej niż 1 godz.	31,4	33,3	32,0	22,5	3,4	13,0
	nie korzysta	2,9	0	2,0	0	0	0
Aktywne spędzanie wolnego czasu		97,1	93,3	95,0	50,7	48,3	49,0

rzadko korzystali z suplementacji. Spośród studentek filologii 35,2% deklarowało przyjmowanie witamin.

Połowa studentek studiujących w UJ twierdziła, że czyta etykiety na produktach spożywczych, dotyczyło to również 24,1 % mężczyzn. Na kierunku wychowanie fizyczne zainteresowanie składem produktów spożywczych wykazała połowa kobiet i 2% mężczyzn.

Większość respondentów z AWF (60%) przyznała, że chciałaby poprawić swój styl życia, a 28% nie widziało takiej potrzeby. Również studenci UJ (73%) deklarowali zmianę stylu życia, 21% nie widziało takiej potrzeby, a 6% nic nie chciało robić w tym zakresie.

Kowalska [2], oceniając zwyczaje żywieniowe studentów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, zauważyła, że różnice upodobań żywieniowych zależne są od płci i to właśnie kobiety częściej jadły śniadanie (59% regularnie i 37% nieregularnie). Z kolei spożycie ryb i nabiału było niedostateczne [2].

Zdecydowana większość studentek (94%) i studentów (97%) wychowania fizycznego w Wyższej Szkole Wychowania Fizycznego i Turystyki w Białymstoku deklarowała spożywanie pierwszego śniadania. Codziennie owoce uwzględniało w diecie 44,4% respondentek i 32,5% respondentów, a warzywa 66,6% studentek i 42,5 studentów [3].

Badania studentów z Akademii Rolniczej we Wrocławiu wykazały różną częstość spożywania posiłków, a codziennie pierwsze śniadanie zjadało 69% studentek [4].

W niniejszej pracy 26% ogółu studentów z AWF i 31% z UJ wychodziło na zajęcia bez śniadania. Zaobserwowano również niewystarczające spożycie mleka i jego przetworów, ryb i innych zdrowych produktów. Jednocześnie respondenci studiujący w Krakowie wychowanie fizyczne i filologię deklarowali konsumpcję słodyczy, kawy, produktów typu „fast food".

Połowa studentów i 53% studentek wychowania fizycznego w Białymstoku deklarowała spożycie mleka i jego przetworów kilka razy w tygodniu [3].

Badania Kolarzyk i wsp. [5], dotyczące częstości spożycia wybranych grup produktów przez studentki z Krakowa i Grodna, wykazały niewystarczającą konsumpcję w obu grupach mleka, serów twarogowych oraz warzyw i owoców. Spożycie słodyczy oraz słodkich napoi było porównywalne i wynosiło raz w tygodniu [5].

W badaniach dotyczących stanu odżywiania i zwyczajów żywieniowych studentów z rejonu Polski Południowej zauważono wysoką konsumpcję białego pieczywa, przy małym spożyciu owoców, kasz i roślin strączkowych [6].

W profilaktyce wielu chorób duże znaczenie ma odpowiednia aktywność fizyczna, która powinna być podejmowana od najmłodszych lat.

W niniejszej pracy jedynie studenci AWF, ze względu na profil studiów, podejmowali regularną aktywność ruchową, studenci kierunków humanistycznych czynili to znacznie rzadziej. Do podobnych wniosków doszli autorzy badań przeprowadzonych w grupie studentów wrocławskich uczelni: Akademii Wychowania Fizycznego, Akademii Medycznej, Akademii Ekonomicznej i Politechniki Wrocławskiej. Autorzy zauważyli, ze większość badanych (89,5%) trenowała regularnie w czasie wolnym, przy czym najwyższa była aktywność studentów AWF, a najniższa z Politechniki – 47,% ćwiczyło raz w tygodniu [7].

Wnioski

1. Studenci obu uczelni popełniają wiele błędów żywieniowych: codziennie spożywają słodycze, kawę, wychodzą na zajęcia bez śniadania i konsumują produkty typu „fast food", co w przyszłości może mieć negatywne konsekwencje zdrowotne.
2. Studenci AWF prowadzą regularną aktywność ruchową, a ich koledzy z UJ czynią to znacznie rzadziej.
3. Należy wprowadzić szeroko pojętą edukację zdrowotną na obu uczelniach, by studenci rozumieli znaczenie zachowań prozdrowotnych dla utrzymania zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych niezakaźnych.

Piśmiennictwo

1. Bartosiuk E, Markiewicz-Żukowska R, Puścizn A, Mystakowska K. Ocena spożycia żywności typu „fast food" oraz napojów energetyzujących i alkoholu wśród grupy studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Bromat Chem Toksykol. 2012;45(3):766–770.
2. Kowalska A. Zwyczaje żywieniowe studentów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Roczn PZH. 2010;61(3):277–282.
3. Szczerbiński R, Karczewski J, Maksymowicz-Jaroszuk J. Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki – zachowania żywieniowe. Bromat Chem Toksykol. 2011;44(3):409–414.
4. Wyka J, Żechałko-Czajkowska A. Wiedza żywieniowa, styl życia i spożycie grup produktów przez studentów I roku Akademii Rolniczej we Wrocławiu. Roczn PZH. 2006;54(4): 381–388.
5. Kolarzyk E, Szpakow A, Skop A. Porównanie częstości spożycia wybranych grup produktów spożywczych przez studentki z Krakowa i Grodna. Probl Hig Epidemiol. 2005;86(1):36–40.
6. Wronka I, Pawlińska-Chmara R, Suliga E. Stan odżywiania i nawyki żywieniowe studentów z rejonu Polski Południowej. Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska. 2007;62:201–204.
7. Kosendiak J, Migasiewicz J, Kosendiak A. Aktywność fizyczna studentów uczelni wrocławskich jako przejaw postaw prozdrowotnych. Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska. 2007;62:380–383.

Adres do korespondencji:
Ewa Mędrela-Kuder
Zakład Promocji Zdrowia
al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków
e-mail: emedkud@wp.pl

PRACA POGLĄDOWA

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZGODNIE Z SUMIENIEM I PRZEPISAMI

PROVIDING HEALTH BENEFITS WITH THE PROVISIONS OR CONSCIENCE

Katarzyna Milejczak[1], Erwin Strzesak[2]

[1] Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Poznań
[2] Katedra i Zakład Elektroradiologii

STRESZCZENIE

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w obecnych czasach jest obwarowane przez szereg przepisów prawa je regulujących. Dodatkowym utrudnieniem jest mały nakład finansowy państwa na ochronę zdrowia przy dużej liczbie osób korzystających z odpłatnej opieki zdrowotnej. Świadczenia zdrowotne polegają na świadczeniach rzeczowych związanych z procesem leczenia, czyli: ordynowaniem leków, wyrobów medycznych czy środków pomocniczych, ale też na świadczeniach towarzyszących procesowi leczenia, np.: pobyt pacjenta w szpitalu (nocleg, wyżywienie), transport sanitarny. W tej codzienności udzielania świadczeń „ginie" człowiek, który często cierpi i potrzebuje pomocy. Udzielenia tej pomocy teraz, a nie za pół roku, wg miejsca na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Jedynym świadczeniem, na które może liczyć pacjent natychmiast: jest zagrożenie jego życia, ale kto z nas ma prawo decydować, że właśnie to czy inne schorzenie jest zagrażające jego życiu, a inne nie? A co z powikłaniami i postępującą w tej sytuacji chorobą? Odpowiedź: Narodowy Fundusz Zdrowia, który ustala wartość podpisywanego kontraktu ze Świadczeniodawcą, a tym samym potencjalną ilość udzielonych przez niego świadczeń.

Słowa kluczowe: świadczenia zdrowotne, udzielanie świadczeń, pacjent, świadczeniodawca, przepisy prawa.

ABSTRACT

Provision of health services at the present time is subject by a number of laws regulating them. An additional complication is small outlay for the protection of health of a large number of people using in this situation with paid health care. Health benefits rely on benefits in kind related to the process of treatment, namely: prescribing, medical devices or aids but also on the benefits accompanying the process of treatment, for example, the patient's stay in hospital (accommodation, food), transport facility. In the daily provision of benefits „killed" a man who of ten suffers and needs help him now. This assistance now, and not for half a year, according to the place on the waiting list for the award of benefits. The only provision to which the patient can expect soon: a threat to his life, but who of us has the right to decise that it is this or any other disease is threatening his life and others do not? What about the complications and progressive disease in this situation? Answer: the National Health Fund, which sets the value of the signed contrach with the provider, and the potential amount of benefits granted by him.

Keywords: health benefits, the provision of benefits, patient, healthcare provider, the law.

Świadczenie zdrowotne, według definicji podanej w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [1], to: „działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania". Natomiast ten kto udziela tych świadczeń, czyli świadczeniodawca, to:

„a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi".

Procedura medyczna, to z kolei: „postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych". Powyższe definicje wydają się w sposób jasny regulować udzielanie świadczeń zdrowotnych w Polsce, a jednak wielokrotnie mamy problem z udzieleniem nam świadczeń zagwarantowanych ustawą, rozporządzeniami i przede wszystkim Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, która w art. 68 mówi:

„1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa" [2].

Problemy z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Polsce są spowodowane finansowaniem tychże świadczeń przez płatnika tj. Narodowy Fundusz Zdrowia. W Polsce na ochronę zdrowia wg danych z GUS (Główny Urząd Statystyczny) wydaje się kwoty pieniężne [3] ujęte w **tabeli 1**.

Powyższe dane w połączeniu z danymi dotyczącymi liczby mieszkańców kraju (38 mln) dają w przeliczeniu koszt: 2,76 tys. zł rocznie na jednego mieszkańca. Trudno zatem mówić o łatwym i szybkim dostępie do świadczeń zdrowotnych za taką kwotę. Należy pamiętać przy tym, że świadczenia zdrowotne to świadczenia rzeczowe związane z procesem leczenia, takie jak: leki, wyroby medyczne oraz świadczenia towarzyszące, czyli: zakwaterowanie, wyżywienie w placówkach świadczących całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej oraz transport sanitarny [4].

Udzielane świadczenia, które służą: zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, polegają przede wszystkim na: badaniach lekarskich, wypisywaniu recept i zwolnień od świadczenia pracy; sprawowaniu opieki nad kobietą ciężarną i innymi pacjentami wymagającymi stałej kontroli; szczepieniach; leczeniu stomatologicznym, a w szpitalach np. na: leczeniu powiązanego z pobytem, podawaniu leków, odbieraniu porodów, badaniach diagnostycznych, pielęgnacji chorych, rehabilitacji niepełnosprawnych i wielu, wielu innych.

Obecnie podstawą prawną do udzielenia wyżej wymienionych świadczeń i tych pozostałych, oprócz wspomnianej wcześniej Konstytucji, Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest również szereg zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które z kolei już nie tak ogólnikowo, ale w sposób bardziej dokładny i szczegółowy regulują zasady udzielania świadczeń zdrowotnych. Oczywiście do tego wszystkiego dochodzi fakt konieczności posiadanej przez Świadczeniodawcę aktualnej umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z płatnikiem, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, oraz aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego – w przeciwnym razie wszystkie świadczenia mogą zostać udzielone, jednak za pełną lub częściową odpłatnością.

Tabela 1. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 r.

Wydatki na ochronę zdrowia	W milionach złotych
Wydatki ogółem[1)]	104 996,6
z tego:	
bieżące	97 673,3
inwestycyjne	7 323,3
Wydatki publiczne razem	73 790,4
Wydatki publiczne bieżące	69 223,7
z tego:	
budżetu państwa	1 972,8
jednostek samorządu terytorialnego	4 220,0
funduszy ubezpieczeń społecznych	63 030,9
z wydatków publicznych razem	
wydatki inwestycyjne	4 566,7
Wydatki prywatne razem	30 706,9
Wydatki prywatne bieżące	28 449,6
z tego:	
bezpośrednie gospodarstw domowych	23 397,4
inne wydatki prywatne	5 052,2
z wydatków prywatnych razem	
wydatki inwestycyjne	2 257,3

1) Łącznie z wydatkami sektora za granicą

Będąc osobą ubezpieczoną, udającą się na wizytę do podmiotu leczniczego posiadającego podpisaną umowę z płatnikiem, możemy się dowiedzieć, że nie od razu zostanie nam udzielone wymagane/wskazane świadczenie zdrowotne, gdyż zgodnie z art. 20 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej: „Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane wg kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej", co w praktyce oznacza, że najpierw musimy się zapisać w kolejce na udzielenie tego świadczenia, a dopiero jak przyjdzie wyznaczony czas zostanie ono nam udzielone.

W tych wszystkich przepisach ginie gdzieś sam człowiek – tu pacjent, wymagający – czasem pilnie – diagnozy, opieki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji; bo choć chciałoby się być człowiekiem dla tego pacjenta, to już na pierwszym etapie wizyty u Świadczeniodawcy w okienku rejestracyjnym, pierwszym pytaniem jakie pada z ust uprzejmej Pani jest pytanie o: dowód osobisty, do niedawna, dowód ubezpieczenia, skierowanie i cała pozostała biurokracja związana z przyjęciem do gabinetu lub na oddział. Kiedy jesteśmy już zapisani na wizytę/przyjęcie do szpitala, to pozostaje nam czekać, najlepiej w dobrym zdrowiu, na wyznaczony termin, który kiedy już nadejdzie, to znowu przy okienku uprzejma Pani powtórzy wszystkie swoje pytania, a więc biurokracja ta sama! od nowa i dopiero wtedy staniemy przed osobą lekarza specjalisty (odmienna sytuacja dotyczy lekarza POZ [5], który nie prowadzi tzw. list oczekujących, a udzielenie świadczenia powinno w miarę możliwości nastąpić w dniu zgłoszenia się pacjenta do lekarza), który udzieli nam świadczenia zdrowotnego. Na ten moment nierzadko w rzeczywistości polskiej oczekujemy kilka dni, tygodni, a nawet miesięcy czy lat – tu nie ma miejsca na sumienie czy człowieka, tu podstawą udzielania świadczeń jest wysokość podpisanego kontraktu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podsumowując, niezależnie od wszystkiego należy pamiętać o tym, iż nie ma takich przyczyn, dla których można odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie utraty życia lub zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008.164.1027 z późn. zm.).
2. Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej, tekst uchwalony w dniu 2 kwietnia 1997 r. przez Zgromadzenie Narodowe.
3. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LUD_ludnosc_stan_str_dem_spo_NSP2011.pdf
4. http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339545,swiadczenia_opieki_zdrowotnej
5. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2011.122.696).

Adres do korespondencji:
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel.: 61 8850961
fax: 61 8850708
e-mail: katarzyna.milejczak@wco.pl

PRACA POGLĄDOWA

WYZWANIA W ROZLICZANIU UMÓW LEKOWYCH, CZYLI DLACZEGO SZPITALOM OPŁACA SIĘ WYLEWAĆ LEKI

CHALLANGES IN ACCOUNTING HOSPITAL TREATMENT IN THE FIELD OF CHEMOTHERAPY AND HEALTH PROGRAMS THAT IS WHY IT PAYS TO HOSPITALS FLUSH MEDICATIONS

Joanna Domańska[1], Erwin Strzesak[2], Hanna Waligórska[1]

[1] Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Poznań
[2] Katedra i Zakład Elektroradiologii

STRESZCZENIE

Wprowadzone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmiany w sposobie rozliczania umów lekowych zobligowały świadczeniodawców do przeprowadzenia zmian w sposobie rozliczania zużytych leków. W związku z koniecznością szczegółowego rozliczania leków powstały pytania związane z nadwyżką leku w ampułce, a z drugiej strony z koniecznością rozliczania tylko zużytej ilości leku i brakiem refundacji za tzw. utylizację leku. Wyzwaniem ostatnich czasów dla jednostek posiadających zawarte z NFZ umowy na chemioterapię czy programy lekowe stała się ilość mg leku w ampułce i opracowanie właściwej metody postępowania z tą dodatkową ilością. Kwestia nieuregulowana zapisem prawnym stała się przyczyną powstania wielu wątpliwości co do postępowania z nadwyżkami i prawidłowym rozliczaniem podanych pacjentom leków.

Słowa kluczowe: świadczenia, rozliczenia, chemioterapia, leki, dawka, utylizacja.

ABSTRACT

Introduction by the President of the National Health Fund hanges the accounting for contract drug had on healthcare providers need for a change in the method of accounting used drugs. In connection with the necessity of a detailed accounting of drugs raised questions related to the excess of the drug in an ampoule on the other hand the necessity of accounting for only the amount of drug consumed and the lack of reimbursement for the so-called drug utilization. The challenge of recent times for entities that have contracts with the NFZ agreement to chemotherapy or drug programs has become the number of mg of the drug in an ampoule and develop appropriate methods of dealing with the additional amount. The issue of unregulated legal writing has become a cause of many doubts as to the treatment of surpluses and the proper accounting of drugs given to patients.

Keywords: benefits, settlements, chemotherapy, drugs, dose, drug utylization.

Ostatnie lata przyniosły wiele znaczących zmian w zakresie sprawozdawczości danych oraz rozliczania świadczeń lekowych pomiędzy jednostkami posiadającymi zawarte umowy a Narodowym Funduszem Zdrowia. Zmiany wprowadzone w 2012 roku w zakresie rozliczania leków zużywanych w terapii pacjentów poddanych leczeniu w ramach „umów lekowych" spowodowały, że wymagania stawiane świadczeniodawcom przez płatnika w zakresie sprawozdawczości stają się coraz bardziej dla nich skomplikowane.

Wyzwaniem dla szpitali z zakresu rozliczeń, oprócz kwestii związanych z właściwą ewidencją danych oraz ich prawidłowym sprawozdaniem do NFZ, stała się w ostatnim czasie tzw. „nadwyżka leków w „ampułkach". Każda jednostka posiadająca umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z zakresu chemioterapii czy programów lekowych znalazła swoje indywidualne rozwiązanie tego problemu. Dla osób niezwiązanych z kwestią rozliczeń i produkcji leków sprawa zdaje się być prosta, bo ampułka o pojemności 5 ml powinna teoretycznie zawierać 5 ml leku. Jednak w praktyce sytuacja okazuje się wyglądać nieco inaczej. W szpitalach, które realizują umowy z zakresu chemioterapii czy programów zdrowotnych – lekowych, preparaty cytostatyczne wykonywane są zgodnie z zasadami Good Manufacturing Practice, czyli Dobrej Praktyki Wytwarzania Leków. Preparaty wytwarzane są w placówkach medycznych dwiema metodami: wolumetryczną (objętościową) oraz grawimetryczną (wagową). Pomiar zawartości substancji w fiolkach wskazuje, że zawierają często więcej substancji niż to wynika z etykiety leku. Zgodne jest to z zapisami naukowymi, które dopuszczają odchylenia zawartości substancji w pojemnikach: do 0,150 g ± 10% i od 0,151 g do 0,300 g – 7,5% oraz powyżej 0,301 g ± 5% [1]. Nadmiar leku w ampułkach jest więc jak najbardziej możliwy, a nowoczesne technologie przygotowywania leków pozwalają na „zbieranie" nadwyżek i wykorzystywanie w terapii pacjentów.

Świadczeniodawca mógłby być zadowolony z tego, że kupił ampułkę 150 g i ma w niej trochę więcej leku. Jed-

nak gdy metoda rozliczeń wprowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia opiera się na informacjach otrzymanych elektronicznie od świadczeniodawców dotyczących zakupów leków oraz zużyciach preparatów w odniesieniu do faktur zakupowych, to sytuacja zaczyna się dla nich komplikować. Żeby to zrozumieć trzeba poznać funkcjonujący obecnie system rozliczeń leków między świadczeniodawcą a NFZ, a który opiera się na dwóch strumieniach danych.

Pierwszy z nich zawiera informacje o zakupionych przez podmiot lekach. Świadczeniodawca, który rozlicza leki w ramach umów z NFZ, w pierwszej kolejności musi przedłożyć płatnikowi w sprawozdaniu zestawienie faktur zakupowych za leki – tylko tych, które rozliczane są w ramach podpisanych umów. Faktury przesyłane są drogą elektroniczną (komunikat FZX) do płatnika [2].

Z otrzymanych elektronicznych danych płatnik ma informacje o tym, ile substancji czynnej, od kogo i za jaką kwotę zakupił świadczeniodawca. Przekazywane są również informacje o numerze dokumentu zakupowego i dacie dokonanego zakupu. Jednym słowem Narodowy Fundusz Zdrowia wie ile tabletek, ampułek itp. i o jakiej zawartości leku oraz kiedy dana jednostka zakupiła.

Drugi strumień informacji powiązany jest ze sprawozdaniem danych statystycznych o wizycie/pobycie pacjenta w zakładzie i poddaniu go terapii lekami. W komunikacie sprawozdawczym ze świadczeń z zakresu umów lekowych przekazywane są nie tylko informacje o ilości podanego pacjentowi leku, ale również o kodzie EAN opakowania, fakturze zakupowej i cenie leku. W tym momencie Narodowy Fundusz Zdrowia posiada pełne dane pozwalające na porównanie ilości zużytego leku z faktury z jej stanem zakupowym – magazynowym. W przypadku kiedy ampułka zawiera więcej mg leku niż faktycznie powinna zawierać, powstaje niezgodność pomiędzy ilością leku zakupionego a zużytego. W tym momencie powstaje pytanie, jak rozliczyć nadmiar leku zawartego w ampułce? Czy świadczeniodawca może wykazać i rozliczyć nadwyżkę leku zawartego w ampułce? Czy może powinien lek „wylać", bo nie ma na nadmiarową ilość dokumentu zakupowego?

Sytuacja nie została dotąd uregulowana zapisami zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczeniodawca w tej sytuacji staje przed wyborem, czy wykorzystać nadmiar leku podając go pacjentom, czy ze względu na brak prawnych uregulowań „wylać" nadmiar leku, gdyż ta dodatkowa ilość nie jest odzwierciedlona dokumentem zakupowym, a jej przygotowanie do podania pacjentowi pociąga za sobą koszty, za które nie otrzyma refundacji. W sytuacji kiedy świadczeniodawca zdecyduje się np. podać pacjentowi lek, ale nie wykazywać go w sprawozdawczości statystycznej powstaje problem, jak Narodowy Fundusz zweryfikuje świadczenie, gdyż wykazana zostanie procedura wizyty ambulatoryjnej/hospitalizacji związanej z podaniem leku bez zakupionej substancji czynnej.

W obecnej sytuacji rozliczeń, opierających się na ustawie refundacyjnej, każdy świadczeniodawca stara się jak najdokładniej zużyć zakupiony lek. Inwestując w najnowocześniejsze technologie, pozwalające na bardzo dokładne odmierzenie dawki leku, powstają jego „oszczędności" związane z nadmiarem substancji zawartej w opakowaniu. Właśnie ta dokładność w przygotowywaniu preparatów staje się problemem dla wielu świadczeniodawców, a nie atutem związanym z wprowadzaniem nowych technologii przygotowywania preparatów.

W opozycji do nadmiaru leku w ampułce stoi kwestia wykorzystania tylko części leku z ampułki. Zgodnie z zapisami zawartymi w zarządzeniu Prezesa NFZ świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko taką ilość leku, która została podana lub wydana świadczeniobiorcom. Niewykorzystane części postaci leku nie podlegają rozliczeniu. Sytuacja, kiedy pacjent otrzymuje 30 mg leku z ampułki zawierającej 50 mg i nie ma możliwości podania pozostałej części innemu pacjentowi w czasie jaki dopuszcza Charakterystyka Produktu Leczniczego, to codzienność w szpitalach. Świadczeniodawcy pozostaje zutylizować pozostałą część preparatu. Jest to niestety strata dla jednostki, bo Narodowy Fundusz Zdrowia już od paru lat nie płaci za tzw. utylizację leku.

Kwestia rozliczania leku to jednak część wyzwania dla świadczeniodawców mających zawarte tzw. umowy lekowe z Narodowym Funduszem Zdrowia. Obowiązująca od 1 stycznia 2012 roku ustawa refundacyjna wraz z jej licznymi zmianami wniosła liczne zmiany w zakresie gospodarowania lekiem w szpitalach. Największym problemem okazała się dla większości jednostek kwestia ceny zakupu leku, która zmienia się tak dynamicznie jak dynamicznie zmienia się lista refundacyjna i ceny leków na niej zawarte.

Zgodnie z zapisami zawartymi w art. 9 [3] ustawy szpital może nabywać produkty lecznicze lub wyroby medyczne po cenie nie wyższej niż cena określona w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych. Należy przy tym pamiętać, że treść tego artykułu traktować trzeba jako cenę maksymalną. Obwieszczenie zmienia się natomiast przynajmniej raz na kwartał. W sytuacji kiedy zmianie ulega cena posiadanego przez jednostkę leku, do rozliczenia, czyli refundacji zużycia leku przez płatnika, wykazać musimy już cenę z nowego, a nie obowiązującego w momencie zakupu substancji obwieszczenia. Sytuacja taka skutkuje koniecznością uruchomienia przez jednostki, mające zawarte umowy

lekowe z NFZ, machiny wnioskowania o korektę poprzez wysyłanie pism do hurtowni z prośbą o korektę cen posiadanych ilości leków do wartości zamieszczonej na aktualnie obowiązującej liście refundacyjnej. Tu jednak konieczne jest wykonanie po stronie apteki szpitalnej – zakładowej inwentury ilości posiadanego leku, gdyż dostawca będzie chciał nam obniżyć cenę tylko dla opakowań – ilości jeszcze niezużytych. Sytuacja ulega komplikacji w momencie, gdy posiadamy wydane w części pacjentom opakowania leków np. w tabletkach. Korekta połowy opakowania leku bądź jeszcze jego mniejszych części to już nie lada wyzwanie dla dostawcy leku. Jednak otrzymanie przez jednostkę korekty cenowej to dopiero część sukcesu, aczkolwiek sytuacja i tak jest już w tym momencie komfortowa dla świadczeniodawcy, gdyż ma szansę na uzyskanie właściwej refundacji za zużyty lek. Otrzymaną korektę należy jeszcze prawidłowo zewidencjonować w systemie informatycznym i sprawozdać do płatnika, a to dla posiadanych systemów czasem nowy wymóg, szczególnie gdy korekty dotyczą już zamkniętych okresów rozliczeniowych.

Droga od zakupu do otrzymania właściwego zwrotu – refundacji środków za leki od płatnika nie jest więc ani prosta ani łatwa. Na każdym jej etapie powstają pytania, na które niejednokrotnie świadczeniodawca nie może znaleźć odpowiedzi w zapisach prawnych. Pozostaje więc czasami tylko wypracowanie własnej, opartej na doświadczeniu metodologii rozliczeń i wiara, że z czasem sprawy nieuregulowane zostaną ostatecznie opisane w odpowiednich prawomocnych dokumentach.

Opisana wyżej sytuacja na ogół skutkuje tylko stresem dla świadczeniodawcy, ale trzeba nareszcie spojrzeć na sytuację placówek medycznych szerzej. Trudna sytuacja placówek medycznych to trudna sytuacja pacjentów. Dlaczego zatem płatnik działa na niekorzyść ubezpieczonych? Szpital, który poda pacjentowi lek, który posiada a powstał z nadwyżek w ampułkach, nie tylko nie dostanie zapłaty za lek, co wydaje się oczywiste pod pewnymi warunkami, ale również nie dostanie – zgodnie z zasadami opublikowanymi przez NFZ – zapłaty za podanie tego leku pacjentowi. To już sytuacja, w której obowiązująca zasada godzi w interes zdrowotny pacjenta. Nie można podać leku, którego się nie kupiło; nie można nie zapisać w dokumentacji medycznej, że nie podało się leku, skoro pacjent był leczony substancją o różnorodnych działaniach ubocznych.

Chyba faktycznie najbezpieczniej „wylać" lek do zlewu (bo utylizacja też kosztuje), ale czy jest to właściwe dla oczekujących na leczenie pacjentów. Przepis, który utrudnia podawanie leków z nadwyżek powinien zostać niezwłocznie zmieniony.

Piśmiennictwo

1. Janicki S, Fiebig A, Sznitowska M. Farmacja stosowana. Podręcznik dla studentów farmacji. PZWL Warszawa 2008.
2. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696).
3. Zarządzenie Nr 26/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, Zarządzenie Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).

Adres do korespondencji:
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61–866 Poznań
tel.: 61 8850952
fax: 61 8850708
e-mail: joanna.domanska@wco.pl

PRACA POGLĄDOWA

ZNACZENIE LEKÓW GENERYCZNYCH I BIOPODOBNYCH W RACJONALNEJ REFUNDACJI I POLITYCE LEKOWEJ

ROLE OF GENERIC AND BIOSIMILAR DRUGS IN THE RATIONAL REIMBURSEMENT AND PHARMACEUTICAL POLICY

Tomasz Bochenek

Zakład Gospodarki Lekiem, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

STRESZCZENIE

Funkcjonowanie leków generycznych w praktyce lecznictwa oraz systemie opieki zdrowotnej jest ugruntowane od wielu lat, jednak leki biopodobne są zjawiskiem wciąż stosunkowo nowym. Obie grupy produktów leczniczych pełnią bardzo istotną rolę w polityce lekowej i systemie refundacyjnym, stymulując konkurencję cenową pomiędzy producentami i dając możliwości poszerzania i unowocześniania oferty terapeutycznej. Reforma systemu refundacyjnego w Polsce doprowadziła pod wieloma względami do jego usprawnienia, chociaż wydaje się, że konkurencja pomiędzy producentami leków wciąż może być pełniej wykorzystywana. Opracowanie ilustrowane jest przykładami pochodzącymi z wykazu leków refundowanych.

Słowa kluczowe: leki generyczne, leki biopodobne, ustalanie cen i refundacja leków, polityka lekowa.

ABSTRACT

The functioning of generic drugs has been well-established within the health care system for many years, however biosimilar drugs are still a relatively new phenomenon. Both groups of medicinal products fulfill a very significant role within the pharmaceutical policy and reimbursement system, stimulating competition among producers and providing opportunities to expand and modernize a therapeutic offer. The reform of reimbursement system in Poland has led to its improvement in many ways, however there is still a space for utilizing competition among producers more fully. This report is illustrated with examples derived from lists of reimbursed drugs.

Keywords: generic drugs, biosimilar drugs, pricing and reimbursement of pharmaceuticals, polityka lekowa.

Wprowadzenie

O ile funkcjonowanie leków generycznych w praktyce lecznictwa oraz systemie opieki zdrowotnej jest ugruntowane od wielu lat, to leki biopodobne są zjawiskiem wciąż stosunkowo nowym. O ile termin lek generyczny odnosi się do produktów otrzymywanych drogą syntez chemicznych, to biopodobieństwo dotyczy wyłącznie leków biologiczne, a więc wytwarzanych przez źródła biologiczne i od tego rodzaju źródeł pozyskiwanych. Niniejszy artykuł omawia wybrane aspekty funkcjonowania tych dwóch kategorii leków w systemie refundacyjnym i polityce lekowej, mając na uwadze ich duże znaczenie dla zdrowia publicznego.

Leki generyczne w systemie opieki zdrowotnej i refundacji

Leki generyczne są opracowywane przez przemysł farmaceutyczny jako odpowiedniki leków oryginalnych (referencyjnych), które już wcześniej zostały wprowadzone do obrotu rynkowego przez inne firmy. W tym znaczeniu są więc one odpowiednikami leków oryginalnych, ponieważ posiadają tę samą substancję aktywną, zaś w praktyce klinicznej mogą być stosowane w takich samych dawkach, aby leczyć te same choroby. Nie oznacza to jednak całkowitej identyczności leków generycznych względem produktów referencyjnych, ponieważ różnice mogą tkwić w innych składnikach (substancjach nieaktywnych), w wyglądzie i opakowaniu. Przy produkowaniu leków generycznych obowiązują takie same standardy jakościowe, jak w przypadku wszystkich innych leków, uzyskujących formalne dopuszczenie do obrotu, rejestrację rynkową. W oparciu o przepisy chroniące prawa własności intelektualnej, dla firmy, która jako pierwsza wprowadziła na rynek lek oryginalny nagrodą za innowacyjność ma być i faktycznie jest ochrona patentowa oraz okres wyłączności. W trakcie jego trwania, zwykle około 10 lat od daty pierwszej rejestracji, żaden lek generyczny nie może być wprowadzany na rynek [1]. Z ekonomicznego punktu widzenia skutkuje to sytuacją monopolistyczną oraz związanymi z nią wysokimi, a niekiedy nawet bardzo wysokimi, cenami leków oryginalnych. Jeżeli mieszczą się one w „przyzwoitych" granicach, wydaje się to całkowicie wytłumaczalne na gruncie prawnym i zdroworozsądkowym. Jednakże firmy farmaceutyczne, sprzedające leki oryginalne, w swojej praktyce biznesowej wykazują naturalną skłonność do możliwie jak najdłuższego korzystania z „premii za innowację". Skutkować to może rozmaitymi działaniami marketingowymi,

już po upływie okresu wyłączności rynkowej, mającymi na celu minimalizację spadku udziałów rynkowych leku oryginalnego po pojawieniu się leków generycznych.

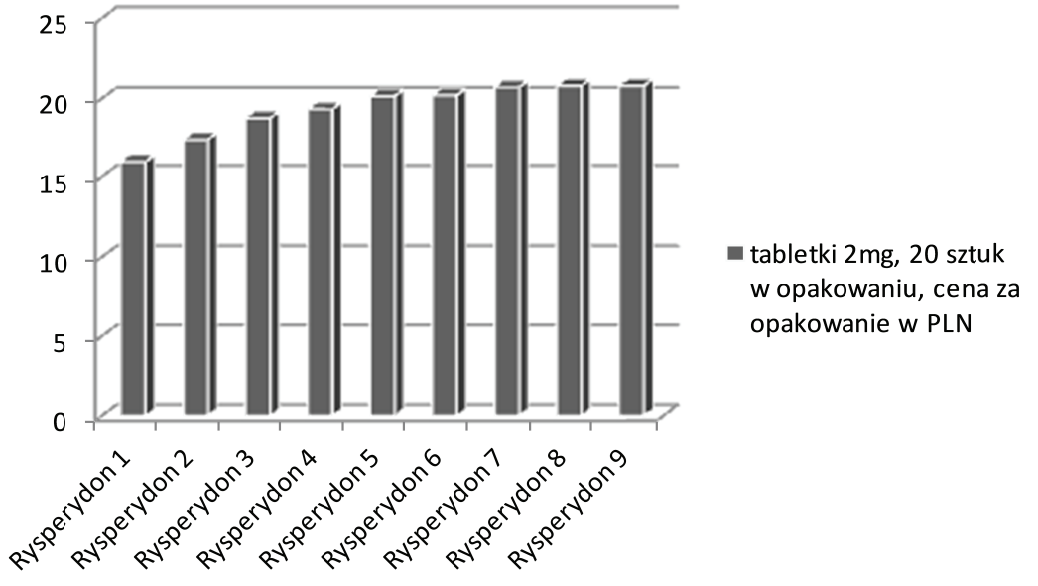
W polskim systemie opieki zdrowotnej pozycja leków generycznych jest od wielu lat mocno ugruntowana. W latach 1994–2010 ich udział w całym rynku leków wynosił od ok. 75% do ok. 90% pod względem wolumenu oraz od ok. 55% do ok. 65% pod względem wartości [2]. Polski rynek leków jest więc tradycyjnie zdominowany przez leki generyczne. Pojawiały się jednak opinie, że konkurencja pomiędzy tymi lekami, zwłaszcza w przeszłości i przed wdrożeniem ustawy refundacyjnej z 2011 r., często nie opiera się głównie na atrakcyjnej cenie, co wydawałoby się najbardziej uzasadnione, lecz na presji marketingowej i mocy przekonywania konkretnej firmy o wyższości swojego odpowiednika ponad innymi. Często wykorzystywane jest także przywiązanie lekarzy i pacjentów do leku oryginalnego, ugruntowane w czasie obowiązywania ochrony patentowej i braku rynkowych odpowiedników. Działalność firm sprzedających leki oryginalne nierzadko zmierza w kierunku wyrobienia przekonania, że jedynie ten pierwszy i „gruntownie przetestowany" produkt jest najskuteczniejszy. Najczęściej jednak nie przedstawia się istotnych dowodów naukowych, które mogłyby potwierdzić ten fakt, chociaż w przypadku niektórych grup leków, jak np. przeciwpadaczkowych, problemy i trudności substytucji generycznej są faktycznie udokumentowane [3].

Z punktu widzenia racjonalnej polityki lekowej, zwłaszcza tej dotyczącej ustalania cen i refundacji leków, wydaje się że istnienie leków generycznych w systemie opartym na limitach cenowych (a więc także w systemie polskim) powinno być wykorzystywane do zabezpieczenia pacjentom terapii określonym lekiem (definiowanym pod nazwą międzynarodową), przy jednoczesnym uzyskiwaniu przez płatnika oszczędności, pozwalających na wygospodarowanie budżetu przeznaczonego na zupełnie nowe, innowacyjne i wartościowe produkty. Najczęściej te nowe, oryginalne leki są bardzo kosztowne (rynkowa premia za różnie definiowaną innowację). Pojawia się pytanie, czy tak rzeczywiście się dzieje w polskim systemie opieki zdrowotnej? Wzrost wydatków na refundację leków zatamowany został po wdrożeniu ustawy refundacyjnej a uzyskane w tym zakresie oszczędności dla płatnika zostały natychmiast przeznaczone na finansowanie innych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Pojawił się wymóg obniżania o 25% ceny każdego pierwszego odpowiednika leku refundowanego i ograniczenia w przypadku wprowadzania na rynek refundacyjny kolejnych odpowiedników. Jednocześnie otworzona została droga dla systematycznego pojawiania się w wykazach refundacyjnych nieobecnych tam dotąd, innowacyjnych produktów. Skłania to do odpowiedzi, że system limitów cenowych w grupach leków opartych na identycznej substancji czynnej jest nadal przydatny. Innowacyjne leki, nie posiadające jeszcze odpowiedników, wchodzące do refundacji od 2012 r., przed reformą refundacyjną nie miały (lub najbardziej prawdopodobnie nie miałyby, gdyby pojawiły się wówczas na polskim rynku) dużych szans na refundację. Przy ocenie funkcjonowania systemu refundacyjnego w jego obecnym kształcie należy jednak brać pod uwagę także to, że jest on nie tylko efektem działania ustawy refundacyjnej, ale także odbiciem wieloletniej praktyki refundacyjnej z okresu sprzed reformy. Poniżej zamieszczono kilka przykładów, obrazujących zróżnicowane warianty cenowej konkurencji pomiędzy odpowiednikami leków. Zostały one przygotowane z wykorzystaniem wykazów refundacyjnych obowiązujących w Polsce, w okresie maj–czerwiec 2014 r. [4]. Nazwy handlowe konkretnych produktów zostały zastąpione nazwą międzynarodową z dodanym liczebnikiem, odpowiadającym pozycji w szeregu z rosnącymi cenami detalicznymi.

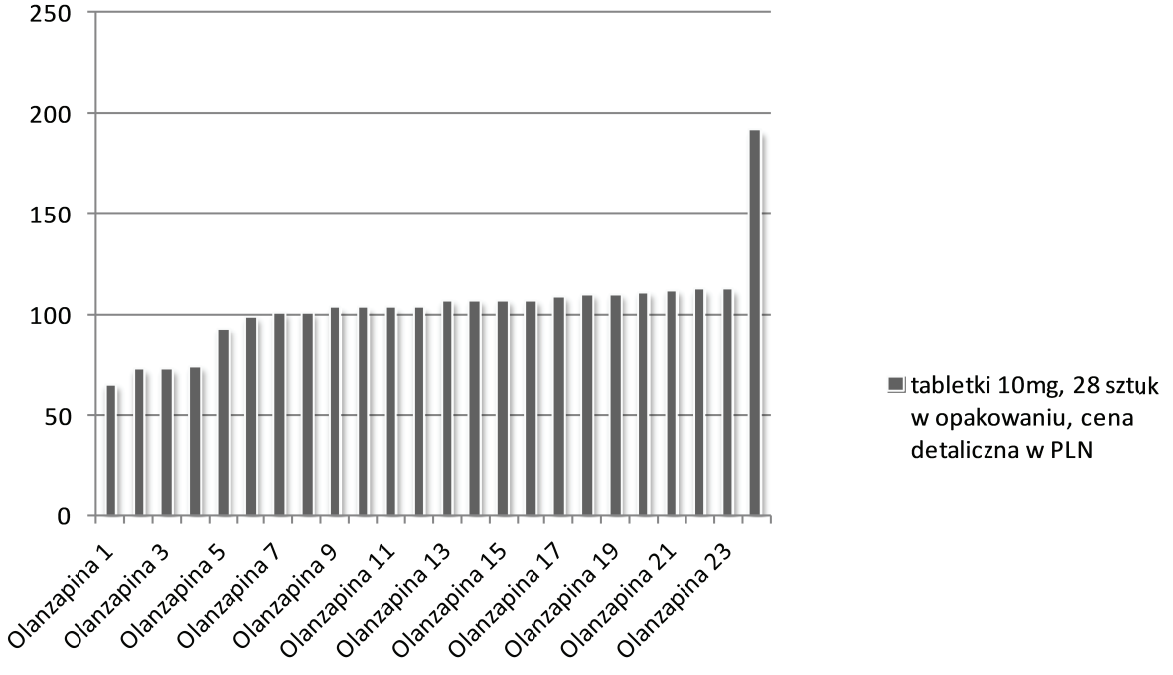
Dosyć wyrównaną konkurencję wydawała się reprezentować grupa odpowiedników rysperydonu, atypowego leku przeciwpsychotycznego, stosowanego w leczeniu schizofrenii, obecnego na światowym rynku już od 1994 r., najpierw w Stanach Zjednoczonych i uznanego przez Światową Organizację Zdrowia za lek podstawowy (essential drug) [5]. Ceny detaliczne ośmiu produktów, oferowanych przez różnych producentów, wahały się od 15,95 do 20,81 PLN za opakowanie zawierające 20 tabletek o mocy 2 mg (mediana 20,16 PLN), zaś najdroższy produkt przewyższał tylko o 30% cenę najtańszego. Dwa najdroższe produkty miały cenę identyczną – patrz **rycina 1**. Inna sytuacja rysuje się w analizie olanzapiny, innego atypowego leku przeciwpsychotycznego, stosowanego w leczeniu schizofrenii i choroby dwubiegunowej, dla którego odpowiedniki generyczne zaczęły pojawiać się dopiero od 2011 r. W wykazie refundacyjnym zidentyfikowano wprawdzie już 24 odpowiedniki dla tabletek 10 mg w opakowaniach liczących 28 sztuk, lecz ich ceny detaliczne wahały się od 65,54 aż do 191,95 PLN (mediana 105,63 PLN). Najdroższy produkt był trzykrotnie droższy od najtańszego. Konkurencja cenowa była wyraźna od poziomu produktu najtańszego do 7. i 8. w kolejności, jednak potem aż do 23. produktu włącznie ceny utrzymywały się na dosyć wyrównanym poziomie, przy czym ogółem po dwa produkty miały ceny identyczne w sześciu przypadkach, zaś w jednym przypadku identyczna cena dotyczyła aż czterech produktów – patrz **rycina 2**. Ostatni w kolejności, najdroższy produkt bardzo wyraźnie odskakiwał ceną od całej swojej konkurencji i jak

nietrudno zgadnąć, był to produkt oryginalny. W analizie przeciwpadaczkowego lewetyracetamu, którego produkt oryginalny także stosunkowo niedawno utracił ochronę patentową (pierwszy odpowiednik generyczny w Stanach Zjednoczonych pojawił się w 2008 r.), zidentyfikowano łącznie 20 odpowiedników w wykazie refundacyjnym, zawierających w opakowaniu 50 tabletek po 500 mg. Ich ceny detaliczne wahały się od 34,33 do 120,51 PLN (mediana 39,93 PLN). Najdroższy (oryginalny) produkt był aż trzy- i półkrotnie droższy od najtańszego, zaś identyczna cena dotyczyła trzech par produktów. Wyrównana konkurencja cenowa dotyczyła produktów od najtańszego do 18. w kolejności (ceny od 34,33 do 44,12 PLN), zaś przedostatni i ostatni (najdroższy) wyraźnie odskakiwały swoimi cenami od wszystkich pozostałych – patrz **rycina 3**.

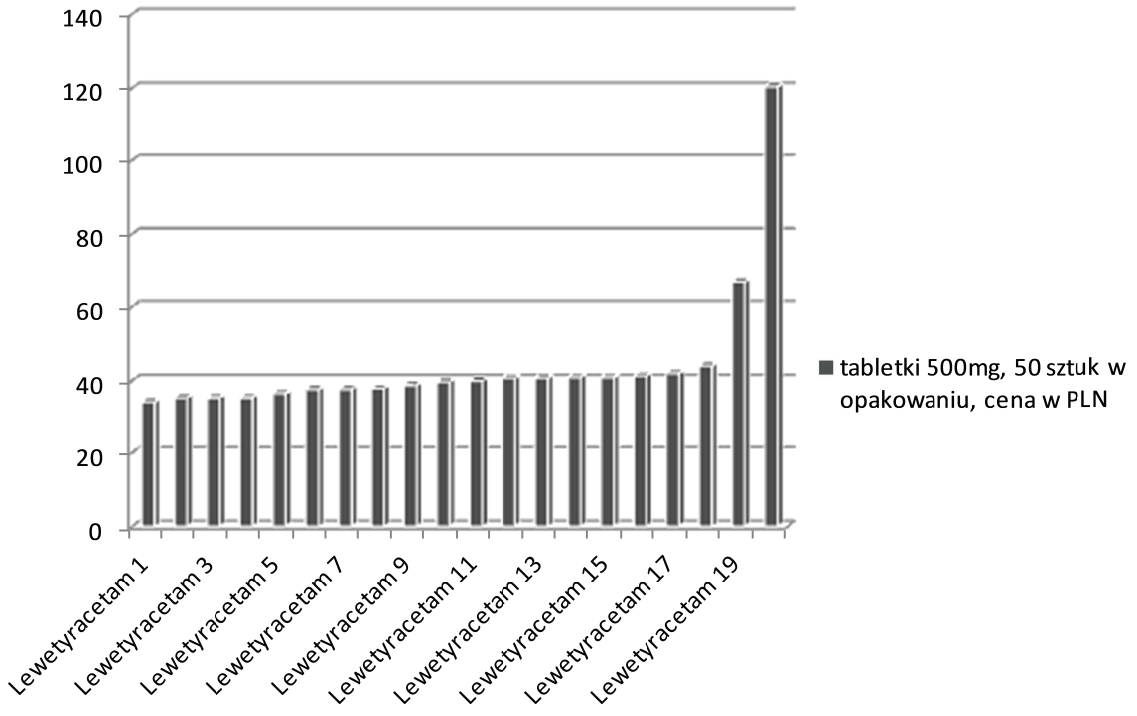
Przedstawione przykłady skłaniają do szeregu refleksji nad lekową polityką cenowo-refundacyjną. Istnienie tylko jednego leku na rynku stwarza sytuację monopolistyczną, zdecydowanie niekorzystną dla refundującego go płatnika, ale przecież również dla pacjentów. Budżet każdego ubezpieczyciela jest ograniczony i wysokie nakłady na jedno świadczenie oznaczają zawsze ograniczenie lub brak możliwości finansowania innego rodzaju leczenia. Pojawienie się w krajowym obrocie pierwszego lub drugie-



Rycina 1. Zestawienie refundowanych odpowiedników rysperydonu w okresie maj–czerwiec 2014 r.



Rycina 2. Zestawienie refundowanych odpowiedników olanzapiny w okresie maj–czerwiec 2014 r.



Rycina 3. Zestawienie refundowanych odpowiedników lewetyracetamu w okresie maj–czerwiec 2014 r.

go odpowiednika (zwykle jest to pierwszy lek generyczny względem leku oryginalnego) w zdecydowany sposób poprawiają sytuację nabywcy – płatnika względem sprzedawcy – firmy farmaceutycznej. Zwiększa się także poziom bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacji ewentualnych braków któregoś z produktów na rynku oraz wzmacnia się pozycja władz zdrowotnych w negocjacjach cenowych. Należy jednak postawić pytanie – jaką wartość dodaną dla systemu opieki zdrowotnej, płatnika i pacjentów powinien wnosić każdy następny odpowiednik generyczny? Jakie systemowe korzyści powinny wyniknąć z pojawienia się 10. lub 20. kolejnego odpowiednika? Jaka ich liczba w danym przypadku jest optymalna? Z punktu widzenia zdrowia publicznego, sytuacja gdy firma oferująca n-ty odpowiednik konkuruje nie jego ceną, lecz wzmożoną aktywnością marketingową i przekonywaniem przedstawicieli zawodów medycznych o wyższości własnego produktu nad innymi, wydaje się zdecydowanie niekorzystna. Nie można przy tym stwierdzić, że dowolna liczba odpowiedników w wykazach refundacyjnych jest zawsze co najwyżej neutralna dla płatnika i pacjentów, ponieważ zdarzały się sytuacje, gdy firmy farmaceutyczne oferujące tanie refundowane leki wycofywały się po krótkim czasie z polskiego rynku, argumentując to problemami w przebiciu się ze swoim produktem w mocno „zabetonowanym" jego segmencie. Ponadto, nawet gdy w danej grupie odpowiedników istnieje zróżnicowanie cen, to zdarzają się sytuacje, że największe udziały rynkowe i tak posiada odpowiednik najdroższy. Rodzi to więc kolejne pytania. W jaki sposób publiczne władze zdrowotne powinny przekonywać lekarzy do przepisywania tańszych odpowiedników, zaś aptekarzy do ich wydawania? Jak zachęcać pacjentów do pytania o możliwość substytucji generycznej?

Leki biopodobne – korzyści i wyzwania dla systemu opieki zdrowotnej

Pojęcie leków biopodobnych jest ściśle związane z rozwojem rynku leków biologicznych i powstało wkrótce po zaadoptowaniu przepisów prawnych, które zaczęły umożliwiać wprowadzanie na rynek biopodobnych odpowiedników leków biologicznych już wcześniej dostępnych w obrocie. W Unii Europejskiej stało się to w 2006 r., zaś w Stanach Zjednoczonych w 2009 r. W skali globalnej nie istnieje jednak pojedyncza i wyłączna definicja tej kategorii leków – odrębne zostały przyjęte przez instytucje takie, jak: European Medicines Agency, United States Food and Drug Administration, Health Canada, World Health Organization, Korean Food and Drug Administration, Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare. Lek biopodobny nie tylko nie może być identyczny względem konkretnego, pierwszego na rynku leku biologicznego, ale nie może być też uznawany za jego wersję generyczną („biogeneryk"), w znaczeniu typowym dla leków nie-biologicznych, tzn. uzyskiwanych drogą syntez chemicznych. Biopodobieństwo nie jest równoznaczne z bezwarunkową zamiennością terapeutyczną w praktyce lekarskiej, ani też z automa-

tyczną możliwością substytucji w praktyce aptekarskiej. Różnice pomiędzy lekami oryginalnymi a biopodobnymi oraz wewnątrzpochodna zmienność są związane przede wszystkim z ich biologicznym pochodzeniem. Procesy produkcyjne leków biologicznych wykorzystują żywe komórki, leki te mają złożoną trójwymiarową strukturę oraz cząsteczki o dużych rozmiarach i masie. Wszelkie różnice pomiędzy oryginalnymi lekami biologicznymi a biopodobnymi nie mają jednak wpływu na to, że w skali populacyjnej leki biopodobne zdecydowanie poszerzają dotychczasową ofertę terapeutyczną i wprowadzają cenny element konkurencji pomiędzy producentami leków. Jest on niezbędny dla zrównoważonego funkcjonowania rynku farmaceutycznego. Tym, co łączy leki biopodobne z generycznymi, z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, zdrowia publicznego i pacjentów jest potencjalna możliwość leczenia nowoczesnymi produktami większej ilości pacjentów z określonymi schorzeniami za te same pieniądze. Jest to również możliwość zaoszczędzenia istotnych kwot, które potem mogą zostać przeznaczone na finansowanie zupełnie innych, nowych leków lub usług zdrowotnych. Oczekiwania płatników i klientów aptek względem producentów leków biopodobnych, jeżeli chodzi o konkurencyjność cenową, są podobne, chociaż podawane są argumenty, że generalnie koszt opracowania leku biopodobnego jest znacząco większy, niż generycznego (ma on wynosić od 75 do 250 mln USD). Cena rynkowa takiego leku jest zwykle od 15 do 35% niższa od oryginalnego produktu biologicznego [6–11].

Z jakiego powodu problematyka finansowania leków biopodobnych jest obecnie ważna dla polskiego systemu opieki zdrowotnej? Otóż te leki w rosnącej liczbie są już obecne w wykazach refundacyjnych, ale co jest jeszcze istotniejsze, w nadchodzących latach na pewno będą pojawiać się kolejne na rynku. Tak się bowiem składa, że pomiędzy 2012 a 2019 rokiem wygasa okres wyłączności rynkowej dla 10 najlepiej na świecie sprzedających się leków biologicznych. Dotyczy to kolejno produktów zawierających (w nawiasach podana jest wartość światowej sprzedaży w 2011 r.) [12]:

1. etanercept – lek immunosupresyjny, białko fuzyjne receptora ludzkiego TNF (7,9 mld USD),
2. insulinę aspart – lek przeciwcukrzycowy, szybko działający analog insuliny (2,4 mld USD),
3. insulinę glargine – lek przeciwcukrzycowy, analog insuliny ludzkiej o przedłużonym czasie działania (5,4 mld USD),
4. pegfilgrastym – pegylowana postać czynnika wzrostu kolonii granulocytarnych, filgrastimu (3,9 mld USD),
5. adalimumab – lek immunosupresyjny, rekombinowane ludzkie przeciwciało monoklonalne (8,2 mld USD),
6. rytuxymab – lek immunosupresyjny, chimeryczne ludzko-mysie przeciwciało monoklonalne (6,8 mld USD),
7. infliksymab – lek stosowany w schorzeniach autoimmunologicznych, chimeryczne ludzko-mysie przeciwciało monoklonalne (7,2 mld USD),
8. bewacyzumab – lek przeciwnowotworowy, inhibitor angiogenezy, rekombinowane, humanizowane przeciwciało monoklonalne (6,0 mld USD),
9. trastuzumab – lek przeciwnowotworowy, humanizowane przeciwciało monoklonalne (5,9 mld USD),
10. ranibizumab – lek okulistyczny, fragment humanizowanego przeciwciała monoklonalnego (3,8 mld USD).

Wnioski

Leki generyczne pełnią bardzo istotną rolę w polityce lekowej i systemie refundacyjnym, stymulując konkurencję cenową pomiędzy producentami i dając możliwość poszerzania i unowocześniania oferty terapeutycznej w systemie opieki zdrowotnej, także w Polsce. Istnieją jednak argumenty wskazujące na to, że te możliwości nie są w pełni wykorzystywane. Podobną, jak generyki, rolę w zdrowiu publicznym mogą pełnić także leki biopodobne, pomimo wszelkich zastrzeżeń związanych z ich odmiennością względem biologicznych produktów oryginalnych.

Powstanie artykułu były umożliwione częściowo dzięki środkom finansowym Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum w Krakowie (projekt K/ZDS/004693).
*Poglądy przedstawione w niniejszym artykule należą wyłącznie do Autora, nie przedstawiają zaś punktu widzenia instytucji, z którymi Autor jest związany pracą zawodo*wą.

Piśmiennictwo

1. European Medicines Agency. Generic medicines. http://www.ema.europa.eu/ema/ (data wejścia: 04.092.104).
2. Generics and Biosimilars Initiative. Generics and Biosmilars Initaitive Online (http://www.gabionline.net/Country-Focus/Poland/Market-Analysis (data wejścia: 04.092.104).
3. Majkowski J, Lasoń W, Daniel W, Jędrzejczak J, Ryglewicz D, Stelmasiak Z, Majkowska-Zwolińska B, Motta E, Jóźwiak S, Wendorff J. Original and generic AEDs in the treatment of epilepsy – biopharmaceutical, pharmacokinetic, pharmacological, clinical and economic problems. Journal of Epileptology. 2004;12(4):365–389.
4. Minister Zdrowia. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2014 r. (poz. 53) Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2014 r. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia. Warszawa, dnia 23 kwietnia 2014 r.
5. WHO Model List of Essential Medicines. 18th list (April 2013) (Final Amendments – October 2013 (http://www.who.int/

medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html data wejścia: 04.09.2014).
6. Braido F, Holgate S, Canonica GW. From "blockbusters" to "biosimilars": An opportunity for patients, medical specialists and health care providers. Pulmonary Pharmacology & Therapeutics. 2012;25:483–486.
7. Wang S. Patent search on biologics as potential biosimilar candidates. World Patent Information. 2011;33:67–71.
8. Tsiftsoglou AS, Ruiz S, Schneider CK. Development and Regulation of Biosimilars: Current Status and Future Challenges. BioDrugs. 2013;27:203–211.
9. Minghetti P, Rocco P, del Vecchiom L, Locatelli F. Biosimilars and Regulatory Authorities. Nephron Clin Pract. 2011;117:c1–c7.
10. Sarantos K, Cleo K. Analysis of the landscape of biologically-derived pharmaceuticals in Europe: Dominant production systems, molecule types on the rise and approval trends. European Journal of Pharmaceutical Sciences. 2013;48:428–441.
11. Kresse GB. Biosimilars – Science, status, and strategic perspective. European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics. 2009;72:479–486.
12. Calo-Fernandez B, Martinez-Hurtado JL. Biosimilars: Company Strategies to Capture Value from the Biologics Market. Pharmaceuticals. 2012;5:1393–1408.

Adres do korespondencji:
Instytut Zdrowia Publicznego UJ – CM
ul. Grzegórzecka 20, 31–531 Kraków
tel.: 501392404
e-mail: mxbochen@cyf-kr.edu.pl

PRACA POGLĄDOWA

MODEL KOMPETENCJI KOMUNIKACYJNEJ JAKO PODSTAWA RELACJI PACJENT–PRACOWNICY REJESTRACJI SZPITALNEJ

COMMUNICATION SKILLS MODEL AS THE BASIS OF RELATION BETWEEN A PATIENT AND THE HOSPITAL REGISTRATION STAFF

Aleksandra Komajda[1], Erwin Strzesak[2], Jolanta Kaczmarek[1]

[1] Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu
[2] Katedra i Zakład Elektroradiologii, Uniwersytet im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest omówienie problematyki kompetencji komunikacyjnych pracowników rejestracji szpitalnej. W szczególności analizie poddana zostanie rola motywacji, wiedzy i umiejętności pracowników oraz kontekstu kontaktu z pacjentem. Podstawowe pytanie, jakie przyświeca podjętym tu rozważaniom, dotyczy znaczenia omawianych aspektów w procesie rejestracji świadczeń medycznych, osiągnięcia standardów skuteczności, klarowności oraz stosowności. Wnioski wynikające z przeprowadzonych rozważań mogą mieć zastosowanie w praktyce.

Słowa kluczowe: kompetencje komunikacyjne, szpital, zarządzanie.

SUMMARY

The purpose of the article is discussion of the problems of communicative competence amoung hospital registration staff. In particular the role of motivation, knowledge staff skills and the contact with patient have been analysed. The basic question is the importance of these aspects of medical services registration concerns achieving standards of efficiency clarity and appropriateness. Conclusions from the discussion can be applaied in practice.

Keywords: communication competence, hospital, menagment.

Wstęp

Jednym z kluczowych zadań państwa jest organizowanie publicznej ochrony zdrowia. Szpital jest podstawową jednostką powołaną do realizacji tego zadania i pełni nadrzędną rolę w racjonowaniu i dystrybucji świadczeń medycznych. Wpływ na poprawne działanie szpitali i innych jednostek opieki medycznej mają m.in. ich odpowiednie rozmieszczenie, właściwe administrowanie, finansowanie, wyposażenie oraz kwalifikacje kadry pracowniczej [1].

Kontekst, w jakim znajduje się pacjent w momencie zasięgania porady lekarskiej podczas wizyty w szpitalu jest ściśle określony i można go przyrównać do relacji klient–dystrybutor. W tym przypadku dobrem, które chce uzyskać pacjent jest fachowa diagnoza i opieka medyczna, a zadanie personelu szpitala to właściwa kwalifikacja rozpoznania, podjęcie działań w kierunku poprawy zdrowia i jakości życia pacjenta oraz odpowiednia rejestracja w systemie świadczeń medycznych. Obu stronom przyświeca nadrzędny cel, jakim jest ochrona zdrowia ludzkiego. Charakterystyczne dla współczesnej medycyny jest nieustanne dążenie ku optymalizacji dostępu do świadczeń medycznych oraz ustawiczne podnoszenie kompetencji personelu medycznego mającego bezpośredni kontakt z pacjentem, poczynając od lekarzy, przez pielęgniarki i sanitariuszy, po personel zaplecza administracyjnego.

Personel medyczny

Kluczowe znaczenie dla postrzegania przez pacjenta szpitala jako organizacji, a zatem „grupy ludzi którzy współpracują ze sobą w sposób uporządkowany i skoordynowany, aby osiągnąć pewien zestaw celów" [2], ma jego kontakt z zatrudnionymi tam ludźmi. Literatura fachowa szeroko traktuje o relacjach pomiędzy pacjentem a lekarzem, zwracając uwagę na fundamentalne znaczenie jakości tych kontaktów dla samopoczucia i poprawy zdrowia chorych. Wskazując na relacje pomiędzy pracownikami służby zdrowia a pacjentami, zwraca się także uwagę na kluczową rolę postaw pielęgniarek i pozostałych członków zespołu leczącego wobec chorych. Niestety niewielka tylko część publikacji odnosi się do znaczenia pracy pozostałej części personelu medycznego. Trzeba jednak zauważyć, iż zanim pacjent trafi na konsultację medyczną z lekarzem buduje swoją opinię na temat placówki, a nawet funkcjonowania całej opieki zdrowotnej, na podstawie doświadczeń i wcześniejszych kontaktów z administracją szpitala. Jak zauważa Bartkowiak, pracownicy administracyjni zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej podlegają obserwacji

pacjentów być może w nieco mniejszym stopniu niż lekarze i pielęgniarki, jednak „ich zachowania, demonstrowany w nich stosunek do innych ludzi, własnych obowiązków i wartości nie pozostaje bez znaczenia. Interakcje, w jakie zdarza im się wchodzić z pacjentami, mogą być znaczącymi doświadczeniami dla tych ostatnich" [3]. Pierwszymi osobami, z którymi kontaktuje się chory zwykle są właśnie rejestratorki medyczne.

W zakresie obowiązków osób pracujących w rejestracji szpitalnej leży przyjmowanie zgłoszeń pacjentów, kierowanie ich do właściwych pracowników czy poradni oraz gromadzenie danych, a także prowadzenie dokumentacji medycznej. Istotna jest również rola informacyjna jaką pełnią rejestratorki medyczne, które swoją wiedzą, umiejętnościami komunikacyjnymi i postawą wobec pacjentów reprezentują całą instytucję szpitala. W badaniach nad komunikacją pojawiło się pojęcie „instytucjonalnego kontekstu komunikacji", w którym strony biorące udział w dyskursie występują w określonych rolach i posługują się formalnym językiem [4]. W kontekście tego co napisano powyżej rejestratorka medyczna jako reprezentant instytucji szpitala powinna cechować się wysoką kulturą osobistą, przyjaznym usposobieniem, a co najważniejsze, powinna umieć komunikować się z pacjentem w sposób jasny i zrozumiały.

O tym jak ważna w kontaktach międzyludzkich jest komunikacja świadczy fakt, iż rozpoczyna się już w momencie narodzin i stanowi podstawę zaistnienia niemal wszystkich procesów społecznych. Należy zatem do tzw. faktów pierwotnych [5]. Wielokrotnie definiowane zjawisko komunikacji może być rozpatrywane w wielu aspektach, np. jako funkcja tworzenia sieci związków między ludźmi, bezpośredniego przekazywania informacji, gromadzenia i przekazywania doświadczeń, tworzenia kultury oraz pomocy w zrozumieniu siebie i innych. W potocznym rozumieniu komunikacja jest procesem nawiązywania łączności, wymiany informacji, nadawania i odbierania komunikatów pomiędzy ludźmi za pomocą postrzegalnych zmysłowo środków [6]. Proces komunikowania się między pacjentem a pracownikiem ochrony zdrowia nie odbiega zatem od klasycznego modelu przekazywania informacji, który to obejmuje źródło komunikacji, przekaz, kodowanie, kanał, dekodowanie, odbiorcę oraz sprzężenie zwrotne. Pracownik szpitala jako dostawca usług medycznych nadaje komunikat w postaci werbalnej lub niewerbalnej, jego przekaz jest produktem kodowania, a kanał środkiem komunikacji, w którym ta informacja zostaje przekazywana (w trybie formalnym lub nieformalnym). Konsument usług medycznych jako odbiorca komunikatu znajduje się na końcu łańcucha i odbiera przekaz jednocześnie go dekodując. Potwierdzeniem dla nadawcy jest informacja (sprzężenie) otrzymana od odbiorcy [7]. Opisany tutaj modelowy proces przekazu informacji często zostaje zakłócony przez napięcie jakie towarzyszy pacjentom podczas zmagania się z chorobą i ograniczeniami administracyjnymi. Wpływa to na powstanie złych emocji i chęci zakomunikowania swojego niezadowolenia pracownikom szpitala. Irracjonalne zachowania i agresywne reakcje pacjenta mogą wypływać z wcześniej tłumionego gniewu i być efektem stresujących informacji, jakie wcześniej otrzymał na temat stanu swojego zdrowia [8]. Dlatego też niezwykle istotne jest, aby niekomfortowe warunki, w jakich personel szpitala częstokroć się znajduje były przez niego zrozumiane i osadzone w kontekście choroby pacjenta.

Model kompetencji komunikacji

Cechą, a zarazem celem komunikacji jest przekazywanie informacji. Aby osiągnąć zamierzony efekt, transmisja tych komunikatów powinna odbywać się w sposób skuteczny i stosowny. Owe elementy składają się na pojęcie kompetencji komunikacyjnej [9]. Stosowność to komunikowanie oparte na ustalonych w społeczeństwie zasadach zachowania, regułach, zgodne z normami, czyli wzorcami zachowania przyjętymi powszechnie za słuszne. Naruszenie tych reguł skutkuje sankcją – negatywną oceną, która może być wyrażona w różny sposób. Istotne jest także, aby dostosować poziom przekazu do możliwości percepcyjnych odbiorców, gdyż zbyt fachowe słownictwo lub złożoność treści wpływa na niewłaściwe zakodowanie przekazu. Natomiast nazbyt lakoniczny lub wulgarny komunikat skutkuje negatywną oceną nadawcy. Skuteczność oznaczać będzie stopień osiągnięcia zamierzonego rezultatu za pomocą komunikacji, który jest oceniany w sposób subiektywny. To nadawca stwierdza, czy wyznaczone cele zostały spełnione i czy komunikat należy powtórzyć. Kolejną kategorią określającą standardy kompetencji komunikacyjnych jest pojęcie klarowności, odnoszące się do jasności przekazywanych komunikatów. Nie do przecenienia zdaje się być umiejętność zwięzłego formułowania myśli, świadomość swoich gestów i wyrażania ich w taki sposób, aby odbiorca nie odczuwał dysonansu pomiędzy tym co mówimy, a tym co sygnalizujemy poprzez mowę ciała.

Kompetencja komunikacyjna polega zatem na dążeniu do skuteczności i stosowności przy jednoczesnym zachowaniu jasności przekazu, a jej model stworzony został w oparciu o następujące czynniki: motywację, wiedzę i umiejętności oraz kontekst. Autorzy [10] przywołanego modelu kompetencji komunikacyjnej wyróżniają dwa rodzaje motywacji: motywację pozytywną, w której osoba

nastawiona jest na osiągnięcie celu i dąży do gratyfikacji oraz negatywną, która głównie odwołuje się do czynników takich jak obawa, lęk czy unikanie. W praktyce komunikacji podczas rejestracji z pierwszą mamy do czynienia, kiedy celem pracownika szpitala jest rzetelne i odpowiednie do potrzeb pacjenta wykonanie należnych czynności przy pełnym uszanowaniu faktu, iż pacjent ma prawo nie znać możliwości i ograniczeń placówki oraz znajdować się pod wpływem stresu związanego z chorobą i leczeniem. Z perspektywy pacjenta pozytywna motywacja będzie wyznaczana chęcią uzyskania celu, jakim jest poprawa zdrowia, a udział w formalnościach jest niezbędnym jej elementem. O motywacji negatywnej możemy mówić w sytuacjach, kiedy tworzą je elementy takie jak: chęć jak najszybszej obsługi pacjenta/klienta bez względu na jej precyzję, zwykle nieuświadamiane przenoszenie swoich trudnych emocji na pacjenta lub pacjenta na personel szpitala, chęć pokazania swojej władzy. Wiedzę z kolei możemy podzielić na deklaratywną – dotyczy ona treści merytorycznych oraz proceduralną, obejmującą sposoby realizacji i wdrożenia w życie założeń teoretycznych. W szpitalnej praktyce rejestracyjnej wiedza deklaratywna to, dla przykładu, ta, która dotyczy godzin pracy poszczególnych lekarzy. Wiedza proceduralna zaś obejmuje choćby umiejętność obsługi systemów informatycznych. Za umiejętności natomiast przyjmujemy opanowane, powtarzalne, zorientowane na osiągnięcie założonych celów zadania [11]. W praktyce rejestracji szpitalnej do kluczowych umiejętności rejestratorek należy zaliczyć: umiejętność słuchania, precyzyjnego przekazywania informacji, zachowania asertywne, umiejętność reagowania na agresję i krytykę. Szczególnie istotne jest zrozumienie i adekwatne reagowanie na możliwe trudne zachowania pacjentów, którym zwykle towarzyszy stres, często powodujący trudności poznawcze choćby ze zrozumieniem, do którego gabinetu należy się udać czy jak przygotować się do badań. Oczywiście kontakt z pacjentami będącymi w trudnej sytuacji jest obciążający dla każdej, nawet najbardziej empatycznej, osoby i w konsekwencji może powodować wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego. Aby temu zapobiegać, jednocześnie dbając o jakość pracy i poprawność komunikacji rejestratorów medycznych, istotne jest, aby posiadali oni specyficzne umiejętności pracy z osobami w trudnych sytuacjach zdrowotnych. Całość bowiem komunikacji podczas rejestracji w szpitalu odbywa się w szczególnym kontekście. Podstawy tego kontekstu są dwie. Z perspektywy pacjenta jest to jego choroba, a z perspektywy szpitala jest to proces jej leczenia, zwykle kontekst ten jest wyznaczany szeroko rozumianymi możliwościami, jakimi dysponuje placówka, by pacjentowi pomóc.

Mówiąc o kompetencji komunikacyjnej należy odnieść się także do kontekstu, w którym relacja komunikacyjna występuje. Kontekst wyznacza bowiem granice, w których zachodzi interakcja, co pozwala na ustalenie czym jest komunikacja i jaka być powinna. W procesie komunikacji za kompetentną uznamy taką osobę, która nie tylko jasno i zrozumiale przekazuje informacje, ale także wypowiada je w adekwatnej sytuacji i ma świadomość konkretnego kontekstu [12]. Wyżej opisany model można przenieść na grunt środowiska szpitalnego, ze zwróceniem szczególnej uwagi na relacje pacjentów i rejestratorek medycznych. Istotą kompetencji komunikacji w odniesieniu do tej relacji są posiadane zasoby w aspektach motywacji, wiedzy i umiejętności komunikacyjnych, zarówno ze strony pacjenta jak i pracownika administracji szpitala. Ważna jest motywacja pozytywna, a więc chęć poinformowania, wskazania drogi pacjentowi, jednak otwartość pacjenta na przekazywane mu wiadomości (sprzężenie zwrotne) wydaje się być równie istotna. W tej sytuacji wiedza rozumiana jest jako świadomość i zdolność opisania swoich dolegliwości i oczekiwań ze strony pacjenta, ale także umiejętne przeprowadzenie wywiadu, znajomość problematyki oraz skuteczne pokierowanie do odpowiedniego specjalisty przez pracownika rejestracji. Aby wykorzystać motywację i wiedzę, niezbędne są umiejętności komunikacyjne. Na poziomie ogólnym warto, aby uczestnicy komunikacji potrafili stawiać adekwatne pytania, wyrażać emocje używając choćby odpowiedniej mimiki twarzy. Jednak na poziomie jednostkowym każda sytuacja jest niepowtarzalna, odbywa się bowiem w innych warunkach i zdeterminowana jest innymi przyczynami jej zaistnienia.

Podsumowanie

Konfrontacja z systemem opieki zdrowotnej wydaje się być nieunikniona i wpisana w życie każdego z nas. Zwiększenie satysfakcji z usług medycznych nierozerwalnie wiąże się z jakością obsługi pacjenta już na etapie jego pierwszej wizyty w placówce oraz początkowej fazie kontaktów z pracownikami rejestracji. Skuteczna komunikacja pomiędzy pacjentem a personelem szpitala stanowi zatem duże wyzwanie dla organizacji opieki zdrowotnej. Należy zauważyć, iż komunikacja związana z wizytą w placówkach medycznych jest trudna zarówno dla chorego, jak i osób mu pomagających. Nieodzowne wydają się więc być szkolenia z zakresu umiejętności interpersonalnych oraz poszerzanie wiedzy merytorycznej pracowników. Jednak szczególnej uwagi wymaga strona emocjonalna towarzysząca kontaktom międzyludzkim. Szeroko rozumiana postawa personelu medycznego, będącego szczególnie

obciążoną psychicznie grupą zawodową, ma znaczenie w procesie skutecznego porozumiewania się, pozwala na zmniejszenie dystansu, który towarzyszy pacjentowi podczas pobytu w środowisku szpitalnym, a umiejętności mediacyjne mogą skutecznie łagodzić napięcia wynikające z ograniczeń organizacyjnych i administracyjnych. Poprawna komunikacja generuje obopólne korzyści, pomaga uniknąć nieporozumień i konfliktów, a także zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorych, pomaga redukować stres związany z procesem diagnozy i leczenia. Zwiększona liczba zachorowań powoduje, iż wzrasta liczba osób zatrudnianych w ośrodkach opieki zdrowotnej, pracujących bezpośrednio z pacjentami. Podstawę pracy każdej z tych osób – bez względu na to, czy biorą one to pod uwagę, czy też nie – stanowią czynniki psychologiczne, wpisane w istnienie każdej interakcji. Lekceważenie roli prawidłowej komunikacji w kontakcie z pacjentem może stać się źródłem dyskomfortu, zarówno dla osoby reprezentującej służbę zdrowia, jak i osoby korzystającej z usług szpitala. Dlatego niezmiernie ważne w pracy rejestratorów medycznych – osób, które są odpowiedzialne za właściwe pokierowanie, poinformowanie pacjenta – jest to, aby cechowały ich odpowiednie kompetencje komunikacyjne, a zaistniały przekaz informacji odbywał się w sposób skuteczny, klarowny i stosowny.

Piśmiennictwo

1. Leowski J. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej. CeDeWu, Warszawa 2004; 176–177.
2. Griffin RW. Podstawy zarządzania organizacjami. WN PWN, Warszawa 2002; 35.
3. Bartkowiak G. Psychologiczne aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010; 140.
4. Stefaniak K. Władza i tożsamość w komunikacji lekarz-pacjent. ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2011: 47–49. Za: Drew P, Sorjonen ML. Institutional Dialogue. W: Van Dijk TA (red.). Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction, London; 92–118.
5. Mikułowki-Pomorski J, Nęcki Z. Komunikowanie skuteczne? OBP, Kraków 1983; 7.
6. Golka M. Bariery w komunikowaniu i społeczeństwo (dez)informacyjne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008; 4.
7. Maciąg A. Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych. Istota relacji lekarz-pacjent w medycynie, Studia i materiały UW. 2008;1:125.
8. Salomon P. Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2002; 16.
9. Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. Komunikacja między ludźmi: motywacja, wiedza i umiejętności. WN PWN, Warszawa 2007; 65–80.
10. Ibidem; 76.
11. Ibidem.
12. Grucza F. Kulturowe determinanty języka oraz komunikacji językowej. W: Język – kultura-kompetencja kulturowa, red. idem. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 1992; 26.

Adres do korespondencji:
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel.: 61 8850599
fax: 61 8850935
e-mail: aleksandra.komajda@gmail.com

PRACA POGLĄDOWA

OCENA ILOŚCIOWA ZESTAWÓW OBIADOWYCH REALIZOWANYCH W STOŁÓWCE SZKOLNEJ

QUANTITATIVE EVALUATION OF DINNER SETS SERVED BY SCHOOL CANTEEN

Marzena Zołoteńka-Synowiec, Ewa Malczyk, Beata Całyniuk, Marlena Gambal

Instytut Dietetyki, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

STRESZCZENIE

Celem pracy była ocena ilościowa zestawów obiadowych realizowanych w stołówce szkolnej. Analizie poddano dekadowe jadłospisy z czterech pór roku realizowane w stołówce szkolnej w Legnicy, które były wywieszone przed stołówką szkolną z podanymi szczegółowo produktami oraz gramaturą. Oceniono obiady, które składały się z dwóch dań – zupy oraz drugiego dania. W obliczeniach przyjęto, że obiad powinien zapewnić 35% dziennego zapotrzebowania. Ze stołówki szkolnej korzystają dzieci z klas od 1–6, w wieku od 7. do 12. roku życia. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż racje pokarmowe realizowane w stołówce szkolnej były niezgodne z zasadami racjonalnego żywienia. Wykazano, że wartość energetyczna zestawów obiadowych bez względu na sezon nie pokrywała zalecanej normy na energię dla poszczególnych grup ludności (dzieci 7–9 lat, chłopcy i dziewczęta 10–12 lat). W zestawach obiadowych z poszczególnych sezonów zaobserwowano wysoką zawartością białka, węglowodanów, błonnika pokarmowego. Stwierdzono niewystarczającą podaż tłuszczu we wszystkich zestawach obiadowych w badanych porach roku. Procentowy udział składników odżywczych w ocenianych zestawach obiadowych był prawidłowy pod względem ilości białka tylko jesienią. Stwierdzono nadmierny udział węglowodanów oraz niedostateczną podaż tłuszczów w każdym z analizowanych sezonów.

Słowa kluczowe: dzieci w wieku szkolnym, szkoła podstawowa, stołówka szkolna, sposób żywienia.

ABSTRACT

A purpose of this study was a quantitative evaluation of diner sets served by a school canteen. The research was conducted in a school canteen in Legnica. Four ten-day menus planned for four seasons were analysed. The menus were displayed in front of the canteen with a detailed list of products and their weight. The dinners evaluated consisted of two dishes – the soup and main course. For the purpose of the calculations it was assumed that the dinner should provide 35% of the daily demand. Pupils of grades 1–6, aged 7–12 years use the canteen. On the basis of the conducted research it was stated that the meals served by the school canteen had been incompatible with the principles of rational feeding. It was presented that the energy value of the dinner sets, regardless the season, did not provide the recommended energy required by the particular groups of the population (children 7–9 year-old, at the age 10–12 years. In the dinner sets from the particular seasons a high content of protein, carbohydrates and dietary fibre was determined. All sets and in all seasons did not have enough amount of fat. The percentage share of nutrients in the evaluated dinner sets was proper with regard to protein only in the autumn. An excessive amount of carbohydrates and insufficient supply of fats took place in each of the analysed seasons.

Keywords: children of primary school age, primary school, a school canteen, dietary habits.

Wstęp

Dzieci w wieku szkolnym są szczególnie narażone na niebezpieczeństwa wynikające z nieprawidłowego żywienia. Tym bardziej, iż w dzisiejszych czasach preferują one bierny tryb życia, przed TV, komputerem, jedząc niezdrowe przekąski, co w konsekwencji prowadzi do otyłości oraz zapoczątkowania innych chorób cywilizacyjnych [1].

Prawidłowe żywienie (racjonalne żywienie) to nie tylko dostarczanie dziecku w posiłkach odpowiedniej ilości energii oraz wszystkich niezbędnych składników pokarmowych, ale także regularność spożywania potraw, ich liczba oraz urozmaicenie produktów spożywczych [2].

Zbyt długie przerwy między posiłkami są bardzo niekorzystne i źle wpływają na organizm dziecka. Istotnym elementem racjonalnego żywienia jest także prawidłowa ilości energii w poszczególnych posiłkach [3].

Większość szkół na ogół umożliwia dzieciom spożywanie ciepłego posiłku podczas pobytu w szkole. Żywienie zbiorowe w szkołach może być bardzo ważnym elementem profilaktyki niedoboru masy ciała, nadwagi i otyłości oraz innych chorób przewlekłych w populacji dzieci i młodzieży [4].

Stołówki szkolne, a między innymi serwowane w nich dobrze zbilansowane, pełnowartościowe oraz przygotowane w prawidłowy sposób obiady, mają za zadanie przede wszystkim zapobiegać zbyt długim przerwom pomiędzy posiłkami. Ważnym elementem jest także zwalczenie złych nawyków żywieniowych poprzez serwowanie produktów mlecznych, samego mleka, warzyw i owoców, co może w bardzo prosty sposób wpływać na zmianę zwyczajów u dzieci [5].

Cel

Celem pracy była ocena ilościowa zestawów obiadowych realizowanych w stołówce szkolnej.

Materiał i metody

Analizie poddano dekadowe jadłospisy planowane w poszczególnych porach roku: lato, jesień, zima i wiosna w Szkole Podstawowej w Legnicy. Badaniami zostały objęte jadłospisy, które były wywieszone przed stołówką szkolną z wykazanymi szczegółowo produktami oraz gramaturą. Diagnozowano obiady, które składały się z dwóch dań – zupy oraz drugiego dania. W obliczeniach przyjęto, że obiad powinien zapewnić 35% dziennego zapotrzebowania. Ze stołówki szkolnej korzystają dzieci z klas od 1–6, w wieku od 7. do 12. roku życia

Ilościową analizę jadłospisów realizowanych w stołówce szkolnej przeprowadzono na podstawie obliczeń za pomocą Programu Dieta 5,0. Uzyskane obliczenia porównano do norm żywienia dla ludności Polski [6]: na poziomie średniego spożycia (EAR) dla energii i składników odżywczych, zalecanego spożycia (RDA) dla węglowodanów oraz wystarczającego spożycia (AI) dla błonnika pokarmowego dla dzieci o umiarkowanej aktywności fizycznej. W wyliczeniach uwzględniono straty technologiczne na poziomie 10%. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej wyliczając: wartość średnią (x), odchylenie standardowe (SD) oraz współczynnik zmienności (CV) za pomocą programu Microsoft Excel.

Wyniki

W **tabeli 1** przedstawiono średnią wartość energetyczną oraz zawartość podstawowych składników odżywczych w zestawach obiadowych z poszczególnych sezonów. Wartość energetyczna posiłków została porównana do norm żywienia. Niestety żaden obiad nie zapewnił 100% normy zapotrzebowania na energię dla tego posiłku

Tabela 1. Wartość energetyczna oraz zawartość podstawowych składników odżywczych w racjach pokarmowych z poszczególnych sezonów

	Parametry oceny Norma	Energia [kcal]	Analizowany składnik odżywczy Białko [g] EAR	Tłuszcze [g] EAR	Węglowodany [g] RDA*	Błonnik pokarmowy [g] AI
ZIMA	Norma dla dzieci (7 – 9 lat)	630 kcal	8,1 g	21 g	45,5 g *	5,6 g
	Norma dla chłopców (10 – 12 lat)	840 kcal	11,2 g	28 g	45,5 g *	6,7 g
	Norma dla dziewcząt (10 – 12 lat)	735 kcal	10,9 g	24,5 g	45,5 g *	6,7 g
	x ± SD	619,2 ± 105,2	29,5 ± 16,9	15,8 ± 10,6	99,5 ± 14,7	11,0 ± 2,8
	% normy dzieci (7 – 9 lat)	98,3	280,9	75,2	-	195,9
	% normy chłopców (10 – 12 lat)	73,7	200,6	56,4	-	165,0
	% normy dziewcząt (10 – 12 lat)	84,2	205,5	64,5	-	165,0
	Mediana	622,3	22,6	15,6	102,7	10,2
	CV [%]	17	57	67	15	26
WIOSNA	x ± SD	535,6 ± 117,1	30,1 ± 20,5	7,0 ± 9,7	95,2 ± 19,1	8,8 ± 3,1
	% normy dzieci (7 – 9 lat)	85,0	286,9	33,1	-	156,8
	% normy chłopców (10 – 12 lat)	63,8	204,9	24,9	-	132,0
	% normy dziewcząt (10 – 12 lat)	72,9	209,9	28,4	-	132,0
	Mediana	490,2	27,9	3,2	84,9	8,0
	CV [%]	22	68	139	20	35
LATO	x ± SD	526,7 ± 118,7	25,2 ± 11,0	8,4 ± 9,4	96,0 ± 14,5	10,0 ± 1,9
	% normy dzieci (7 – 9 lat)	83,5	240,0	39,9	-	178,9
	% normy chłopców (10 – 12 lat)	62,7	171,4	29,9	-	150,7
	% normy dziewcząt (10 – 12 lat)	71,7	157,6	34,2	-	150,7
	Mediana	508,1	27,2	4,9	98,3	9,9
	CV [%]	23	44	112	15	10
JESIEŃ	x ± SD	605,9 ± 84,8	20,0 ± 4,8	7,8 ± 4,5	122,9 ± 15,5	10,7 ± 2,9
	% normy dzieci (7 – 9 lat)	96,2	190,8	37,1	-	190,9
	% normy chłopców (10 – 12 lat)	72,1	136,3	27,8	-	160,8
	% normy dziewcząt (10 – 12 lat)	82,4	139,6	31,8	-	160,8
	Mediana	613,8	21,4	6,6	116,0	10,2
	CV [%]	14	24	57	13	27

X ± SD – wartość średnia ± odchylenie standardowe, CV – współczynnik zmienności, * dla potrzeb energetycznych mózgu, EAR – średnie zapotrzebowanie, RDA – zalecane spożycie, AI – wystarczające spożycie.

u dzieci w wieku 7–12 lat. Największą wartość energetyczną posiadały zestawy obiadowe podawane zimą – średnia wartość energetyczna takiego posiłku wynosiła 619,2 kcal i pokrywała 98,3% zapotrzebowania spożycia na obiad dla dzieci w wieku 7–9 lat; 73,7% dla chłopców w wieku 10–12 lat i 84,2% normy dla dziewcząt w tym samym wieku. Najgorzej skomponowane były posiłki w lecie, gdyż w 83,5% pokrywały zapotrzebowanie energetyczne w obiedzie dla dzieci w wieku 7–9 lat o umiarkowanej aktywności fizycznej, dla chłopców w wieku 10–12 lat zapotrzebowanie było zaspokojone w 62,7% a dla dziewcząt w 71,7%. Wiosną średnia wartość posiłków wynosiła 535,6 kcal, co zapewniało w 85,0% normy spożycia dla dzieci w wieku 7–9 lat; 63,8% dla chłopców 10–12-letnich oraz 72,9% dla dziewcząt w tym samym wieku. Jesienią średnia wartość energetyczna obiadów wynosiła 605,9 kcal, co stanowiło 96,2% zapotrzebowania dla dzieci młodszych; 72,1% dla chłopców oraz 82,4% dla dziewcząt.

Zawartość białka w każdym z dekadowych jadłospisów przekraczała normę spożycia na ten składnik dla dzieci w wieku szkolnym. Średnia zawartość białka z poszczególnych sezonów różniła się. Najwięcej wykazano go w jadłospisach wiosną, i było to 30,1 g, co stanowiło 286,9% pokrycia zapotrzebowania dla dzieci w wieku 7–9 lat; 204,9% dla chłopców w wieku 10–12 lat i 209,9% dla dziewcząt w tym samym wieku. Równie wysoką podaż tego składnika zaobserwowano zimą. Średnia wartość wynosiła 29,5 g, co stanowiło 280,9% zapotrzebowania dla dzieci w wieku 7–9 lat; 200,6% dla chłopców między 10. a 12. rokiem życia oraz 205,5% dla dziewcząt w wieku 10–12 lat. Najniższą wartość można było zaobserwować jesienią i wynosiła 20,0 g – to 190,8% zapotrzebowania dla dzieci młodszych; 136,3% dla chłopców oraz 139,6% dla starszych dziewcząt. Latem średnia wartość białka w posiłkach wynosiła 25,1 g, co zapewniało 240,0% zapotrzebowania dla dzieci w wieku 7–9 lat; 171,4% dla chłopców w wieku 10–12 lat oraz 157,6% dla dziewcząt w wieku 10–12 lat.

Średnia zawartość tłuszczów w zestawach obiadowych z poszczególnych sezonów przedstawiona została w **tabeli 1**. Z analizy danych wynika, że najwyższa podaż tego składnika występowała w zimie 15,8 g, co zapewniło 75,2% zapotrzebowania dla dzieci w wieku 7–9 lat; 56,4% dla chłopców w wieku 10–12 lat oraz 64,5% dla dziewcząt 10–12-letnich. Wiosną średnia zawartość tłuszczów wynosiła 7,0 g, co stanowiło 33,1% zapotrzebowania dla dzieci młodszych; 24,9% dla chłopców w wieku 10–12 lat oraz 28,4% dla dziewcząt starszych. Latem średnia zawartość tego składnika wynosiła 8,4 g, dla dzieci w wieku 7–9 lat norma na tłuszcz pokryła zapotrzebowanie w 39,9%, dla chłopców 10–12-letnich 29,9%, a dla dziewcząt w tym samym wieku 34,2%. Jesienią średnia wartość tłuszczów w racjach pokarmowych wynosiła 7,8 g, co zapewniło 37,1% normy dla dzieci młodszych; dla chłopców 10–12-letnich stanowiło 27,8% zapotrzebowania, a dla dziewcząt w tym samym wieku 31,8%. W żadnej z badanych pór roku nie zostało zaspokojone zapotrzebowanie na ten składnik w ocenianych zestawach obiadowych.

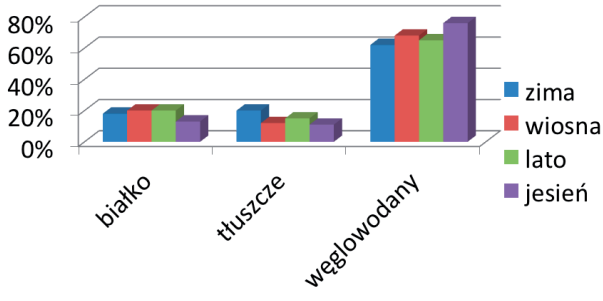
Najwyższą podaż węglowodanów można było zaobserwować jesienią – 122,9 g. W pozostałych porach roku ilość tego składnika była na podobnych poziomach: zimą – 99,5 g, wiosną – 95,2 g a latem – 96,0 g. Zawartość węglowodanów w zestawach obiadowych w każdej porze roku przekraczała zapotrzebowanie.

Zimą średnia wartość błonnika pokarmowego wynosiła 11,0 g, co stanowiło 195,9% zalecanego spożycia dla dzieci w wieku 7–9 lat oraz 165,0% dla dzieci 10–12-letnich. Wiosną średnia wartość tego składnika wynosiła 8,8 g i zapewniała 156,8% zalecanego spożycia dla dzieci 7–9-letnich oraz 132,0% dla dzieci starszych. Latem średnia zawartość błonnika to 10,0 g, co stanowiło 178,9% dla dzieci młodszych oraz 150,7% zalecanego spożycia dla starszych dzieci. Jesienią średnia wartość wynosiła 10,7 g czyli 190,9% zalecanego spożycia dla dzieci w wieku 7–9 lat oraz 160,8% dla starszych dzieci.

Na **rycinie 1** przedstawiono procentowy udział energii pochodzącej ze składników odżywczych w zestawach obiadowych dla poszczególnych pór roku. Z danych wynika, że ilość białka w zestawach obiadowych w zimie wynosiła 18%, tłuszczów 20% natomiast węglowodanów 62%. Wiosną średni udział białka był na poziomie 20%, tłuszczów 12%, a węglowodanów 68%. Latem w badanych zestawach obiadowych średni udział białka wynosił 20%, tłuszczów 15% i węglowodanów 65%. Natomiast jesienią ilość białka w zestawach obiadowych kształtowała się na poziomie 13%, tłuszczów 11%, a węglowodanów 76%.

Dyskusja

Zdrowe żywienie nie opiera się tylko na dostarczeniu organizmowi wszystkich niezbędnych składników pokarmo-



Rycina 1. Procentowy udział energii pochodzącej ze składników odżywczych w poszczególnych porach roku

wych, ale należy uwzględnić także regularne spożywanie posiłków, ich liczbę, a także fakt, czy są one urozmaicone. Zmniejszenie koncentracji uczniów oraz brak możliwości brania aktywnego udziału w zajęciach to tylko niektóre z konsekwencji spożywania nieregularnych bądź źle skomponowanych posiłków. Niespożywanie obiadów w stołówce szkolnej sprzyja złym nawykom żywieniowym. Dzieci często podjadają niepełnowartościowe przekąski serwowane w sklepikach szkolnych, m.in. chipsy, słodycze, słodkie bułki oraz kolorowe, gazowane napoje [1]. Według Want i wsp. [7] 33% badanej młodzieży gimnazjalnej spożywało przekąski typu fast-food i słodzone napoje gazowane kilka razy w tygodniu, a aż 60% młodzieży kilka razy w miesiącu.

Dzieci w szkole spędzają nawet do 10 godzin dziennie, a więc posiłki serwowane w stołówce szkolnej powinny być przyjmowane przez wszystkich uczniów, niestety jednak z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że tylko 50,4% uczniów szkół podstawowych korzysta z obiadów podczas pobytu w szkole [8]. Wajszczyk i wsp. [9] stwierdzili że prawie połowa chłopców i 36% dziewcząt nie spożywała obiadów w stołówce szkolnej, co było argumentowane drogimi posiłkami, nie dość smacznymi, nieestetycznie podanymi, a także ich zbyt małą różnorodnością. Podkreślono również, że przerwy na spożycie obiadu były zbyt krótkie [10].

Na podstawie badań można stwierdzić, że w każdym z badanych sezonów wartość energetyczna zestawów obiadowych była za niska, na co również zwraca uwagę wielu badaczy [11–14]. Niedostateczna podaż energii w posiłkach serwowana przez dłuższy czas może prowadzić do spadku masy ciała, co w konsekwencji powoduje niedożywienie. Niskoenergetyczna dieta zakłóca prawidłowy rozwój młodego organizmu [5]. Odmienne wyniki przedstawili Bielaszka wsp. [15], zwracając uwagę na nadmierną kaloryczność jadłospisów serwowanych dzieciom w wieku 3–5 lat. Podobnie zwiększoną kaloryczność posiłków w placówkach oświatowo-wychowawczych zauważyli Gronkowska-Senger i wsp. [16]. Jednakże wielu autorów [7, 17–20] wykazało również, że oceniane przez nich posiłki były prawidłowo zbilansowane energetycznie.

W analizowanych zestawach obiadowych można zauważyć zawyżoną podaż białka. Biorąc pod uwagę zalecany poziom spożycia tego składnika pokarmowego, wykazano tylko jesienią wystarczającą jego zawartość w posiłku. Przekroczenie zalecanej normy w żywieniu zbiorowym zauważyli również inni autorzy [15, 17, 18, 19, 21, 22]. Uważa się, że umiarkowanie podwyższone spożycie białka jest nieszkodliwe dla zdrowia, chociaż duże ilości tego składnika mogą spowodować osteoporozę, kwasicę, a także duże ryzyko powstania kamieni nerkowych zbudowanych ze szczawianu wapnia [23]. Gacek i wsp. [24] a także Dymkowska-Malesa i wsp. [14] w swoich pracach wykazują relatywnie wysoką podaż białka przekraczającą normy, aczkolwiek na poziomie bezpiecznego spożycia. Prawidłową podaż energii pochodzącej z danego składnika pokarmowego w posiłkach dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym stwierdzili Gronkowska-Senger i wsp. [16].

Z przeprowadzonych badań wynika, że w każdym ocenianym zestawie obiadowym, bez względu na porę roku, występował niedobór tłuszczów. Zgodne z normą wyniki otrzymali Dymkowska-Malesa i wsp. [14] badając posiłki w stołówce akademickiej. Wielu autorów [11, 12, 18] wykazuje deficyt tego składnika pokarmowego w żywieniu młodych ludzi. Zbyt niska podaż tłuszczów może sprzyjać: zaburzeniom wzrastania, wysypkom skórnym, obniżeniom wydzielania gruczołów łojowych, zwiększeniom podatności na infekcje, bezpłodności, nadciśnieniu oraz zmniejszonej odporności ścian naczyń [2]. Interesujące wyniki otrzymali Bielaszka i wsp. [15], gdyż energia pochodząca z tłuszczów w posiłkach przedszkolnych przekraczała normę o 48% dla dzieci 3–letnich, natomiast 21% dla dzieci 4–5–letnich. Niektórzy badacze [20, 21, 22] zauważyli w swoich badaniach, że podaż tłuszczów pokrywała aż 180% normy. Co także może być niekorzystne, gdyż długotrwałe dostarczanie organizmowi zbyt wysokiej ilości tego składnika może prowadzić do nadwagi i otyłości [2]. Nadmiar tłuszczów w posiłkach młodych ludzi stwierdzili również inni autorzy, m.in. Gronkowska-Senger i wsp [16], Szczepańska i wsp. [17] a także Gacek i wsp. [24] – jednak energia pochodząca z danego składnika w niewielkim stopniu przekraczała normę.

Na podstawie badań własnych można zauważyć, iż posiłki serwowane w szkole podstawowej w Legnicy w każdym z poszczególnych sezonów przekraczały normę na węglowodany. Podobną tendencje stwierdzili również inni autorzy [15, 16, 18, 22, 25]. Długotrwałe dostarczanie nadmiernej ilości tego składnika może prowadzić do otyłości, gdyż przekształcany jest on w tłuszcze i odkłada się w organizmie [2]. Dostępne są również wyniki autorów, stwierdzających niedostateczną podaż energii pochodzącej z węglowodanów [11, 14, 20], jak i prawidłowe pokrycie zapotrzebowania na ten składnik w ocenianych jadłospisach [24].

Zawartośc błonnika pokarmowego w zestawach obiadowych w każdej z badanych pór roku przekraczała zapotrzebowanie dla dzieci w wieku szkolnym. Podobne wyniki otrzymali Wolnicka i wsp. [26], badając zestawy obiadowe w stołówce szkolnej oraz Bielaszka i wsp. [15] podczas ana-

lizy posiłków serwowanych w przedszkolu. Długotrwałe dostarczanie dużej ilości tego składnika zmniejsza przyswajanie tłuszczu, czego konsekwencją jest zmniejszone wchłanianie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach [2]. Wielu autorów [11, 20, 21] wykazało, że zalecenia żywieniowe na ten składnik w posiłkach serwowanych dzieciom zostały osiągnięte. Z kolei niedobór błonnika pokarmowego w posiłkach na poziomie 25% stwierdzili Grajeta i wsp. [22] oraz Dymkowska-Malesa i wsp. [14]. Błonnik pokarmowy daje większe uczucie sytości, dzięki czemu uławia utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz przeciwdziała zaparciom. Sprzyja także obniżeniu zawartości cholesterolu we krwi. Ponadto błonnik zapobiega: otyłości, niedokrwiennej chorobie serca, próchnicy zębów, cukrzycy, raka jelita grubego, żylakom odbytu i kamicy żółciowej [2].

Analiza wyników badań własnych wykazała, że zestawy obiadowe serwowane w stołówce szkolnej charakteryzowały się dużą rozbieżnością w procentowym udziale energii pochodzącej z podstawowych składników odżywczych. Udział białka w zestawach obiadowych tylko jesienią był zgodny z normami. Natomiast ilość węglowodanów znacznie przekraczała zalecenia dla dzieci w wieku szkolnym. Zawartość tłuszczów w badanych posiłkach była stanowczo za niska w każdym z analizowanych zestawów obiadowych. Odmienne wyniki otrzymali Szczepańska i wsp. [17] analizując jadłospisy w domach dziecka. Stwierdzili w posiłkach wysoką podaż białka, niewielkie przekroczenie zapotrzebowania na tłuszcze oraz prawidłową ilość dostarczanych węglowodanów.

Wielu badaczy [11, 26, 27] potwierdza zgodnie, że organizacja żywienia dzieci w szkołach i przedszkolach jest na nieodpowiednim poziomie. Można tutaj wymienić także inne placówki, gdzie prowadzone jest żywienie zbiorowe dla dzieci, np. w domach dziecka [17] czy na obozie sportowym [24]. Źle zbilansowane jadłospisy wskazują na potrzebę prowadzenia edukacji żywieniowej wśród personelu odpowiedzialnego za komponowanie i przygotowywanie posiłków, ale także wśród dzieci i młodzieży korzystających ze stołówek szkolnych.

Wnioski

1. Obiady serwowane w stołówce szkolnej były niezgodne z zasadami racjonalnego żywienia.
2. Wartość energetyczna zestawów obiadowych bez względu na sezon nie pokrywała zalecanej normy na energię dla poszczególnych grup ludności (dzieci 7–9 lat, chłopcy i dziewczęta 10–12 lat).
3. W zestawach obiadowych z poszczególnych sezonów oznaczono wysoką zawartością białka, węglowodanów, błonnika pokarmowego.
4. Stwierdzono niewystarczającą podaż tłuszczu we wszystkich zestawach obiadowych w badanych porach roku.
5. Procentowy udział składników odżywczych w ocenianych zestawach obiadowych był prawidłowy pod względem ilości białka tylko jesienią. Stwierdzono nadmierny udział węglowodanów oraz niedostateczną podaż tłuszczów w każdym z analizowanych sezonów.

Piśmiennictwo

1. Jarosz A. Metody zmiany nawyków żywieniowych i stylu życia. W: M. Jarosz (red.) Praktyczny podręcznik dietetyki. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 2010; 143–150.
2. Ciborowska H, Rudnicka A. Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
3. Socha J. Żywienie dzieci zdrowych i chorych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1998.
4. Rychlik E, Jarosz M. Znaczenie żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży. W: Jarosz M. (red.) Obiady szkolne z uwzględnieniem zasad Dobrej Praktyki Higienicznej oraz systemu HACCP dla posiłków szkolnych. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 2008.
5. Fidurek J. Rola żywności i żywienia w profilaktyce i terapii chorób człowieka. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
6. Jarosz M. Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 2012.
7. Wanat G, Kardas M, Grochowska-Niedworok E, Całyniuk B. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe i związane z nimi zagrożenie dla zdrowia wśród młodzieży gimnazjalnej. Hygeia Public Health. 2011;46(3):381–384.
8. Główny Urząd Statystyczny Oświata i Wychowanie w roku szkolnym 2009/2010. Warszawa, GUS, 2010.
9. Wajszczyk B, Charzewska J, Rogalska-Niedźwiedź M, Chabros E, Chwojnowska Z. Zwyczaje żywieniowe młodzieży związane z częstotliwością spożywania posiłków a nadwaga i otyłość. Zdr Publ. 2006;116(3):491–493.
10. Gajewska M. Opinie uczniów szkół średnich z województwa mazowieckiego na temat organizacji prowadzonego w szkołach dożywiania. W: Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży wiejskiej. Wyd. Instytutu Medycyny Wsi, Lublin 2004; 531–537.
11. Leszczyńska T, Sikora E, Kręcina K, Pysz K. Udział posiłków przedszkolnych w całkowitym pokryciu zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze na przykładzie wybranej stołówki. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość. 2007;6(55): 327–334.
12. Sadowska J, Krzymuska A. Ocena uzupełniania przedszkolnej racji pokarmowej przez rodziców u dzieci w wieku przedszkolnym. Bromat Chem Toksykol. 2010;XLIII(2):203–211.
13. Czeczelewski J, Huk E, Jusiak R, Raczyński G. Sposób żywienia, stan odżywienia i wydolność fizyczna dzieci na przykładzie jednej ze szkół w Białej Podlaskiej. Żyw Człow Metab. 1995;22:174–183.
14. Dymkowska-Malesa M, Bać A, Plawgo A, Zgórska K. Ocena wartości odżywczej zestawów obiadowych przygotowywanych w stołówce akademickiej. Żywość. Nauka. Technologia. Jakość. 2009;4(65):259–263.
15. Bielaszka A, Niedworok E, Szczepańska E, Kiciak A, Kardas M, Całyniuk B, Dul L. Zawartość składników odżywczych i wartość energetyczna jadłospisów dzieci w wieku 3–5 lat. Ann Univ MCS Sectio D Medicina. 2007;62(18):247–249.

16. Gronkowska-Senger A, Drywiecka M, Hamułka J. Analiza stanu żywienia dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym w oparciu o istniejące piśmiennictwo z lat 1980–1995. Roczn PZH. 1998;49:377–383.
17. Szczepańska E, Przeliorz M. Ocena sposobu żywienia dzieci i młodzieży zamieszkałych w wybranych domach dziecka z terenu Górnego Śląska. Zakład Żywienia Człowieka. JecolHealt. 2012;16(4):204–208.
18. Dymkowska-Malesa M, Skibniewska KA. Udział posiłków przedszkolnych w pokryciu zapotrzebowania na podstawowe składniki odżywcze i energię. Bromat Chem Toksykol. 2011;XLIV(3):374–379.
19. Chwojnowska Z, Charzewska J, Sołowiej D. Wpływ pory roku na sposób żywienia się dziewcząt z warszawskich szkół podstawowych. Żyw Człow Metab. 1989;26:86–93.
20. Markiewicz–Żukowska R, Mystkowska K, Omeljaniuk WJ, Borawska MH. Wartość odżywcza całodziennych racji pokarmowych młodzieży licealnej z Bursy szkolnej. Bromat Chem Toksykol. 2011;XLIV(3):398–403.
21. Dymkowska-Malesa M, Walczak Z, Skibniewska KA. Ocena wartości energetycznej i wybranych składników odżywczych obiadów przygotowywanych w koszalińskich przedszkolach. Bromat Chem Toksykol. 2013;XLVI(2):178–185.
22. Grajeta H, Ilow R, Prescha A, Regulska-Ilow B, Biernat J. Ocena wartości odżywczej i energetycznej posiłków przedszkolnych. Roczn PZH. 2003;54(4):417–425.
23. Jarosz M. Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 2008.
24. Gacek M, Fiedor M. Ilościowa i jakościowa ocena zbiorowego żywienia młodzieży w wieku 16–18 lat na wakacyjnym obozie sportowym. Roczn PZH. 2005;56(3):253–258.
25. Sadowska J, Krzymuska A. Ocena uzupełniania przedszkolnej racji pokarmowej przez rodziców u dzieci w wieku przedszkolnym. Bromat Chem Toksykol. 2010;XLIII(2):203–211.
26. Wolnicka K, Jaczewska–Schuetz J, Taraszewska A. Ocena wartości odżywczej całodziennych racji pokarmowych dzieci uczęszczających do warszawskich szkół podstawowych. Rocz Państw Zakł Hig. 2012;63(4):447–453.
27. Woynarowska B, Mazur J, Kowalewska A. Organizacja żywienia uczniów w szkole a profilaktyka nadwagi i otyłości. Zdr Publ. 2008;118(2):132–137.

Adres do korespondencji:
Marzena Zołoteńka-Synowiec
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie, Instytut Dietetyki
ul. Armii Krajowej 7
48-300 Nysa
e-mail: marzena.zolotenka-synowiec@pwsz.nysa.pl

PRACA POGLĄDOWA

PORÓD PRZEDWCZESNY W PRZEBIEGU NIEWYDOLNOŚCI CIEŚNIOWO-SZYJKOWEJ SZYJKI MACICY

PREMATURE BIRTH IN THE COURSE OF CERVICAL INCOMPETENCE

Beata Marta Urbanowicz

Położna Oddziału Neonatologii, Szpital Specjalistyczny w Pile

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest krótka prezentacja problemu porodu przedwczesnego w odniesieniu do jednostki chorobowej jaką jest niewydolność cieśniowo-szyjkowa. Artykuł oparty jest na podstawie literatury przedmiotu. Przedstawiono budowę i funkcję szyjki macicy, zaburzenia wydolności szyjki macicy, diagnostykę niewydolności szyjkowej oraz leczenie.

Słowa kluczowe: poród przedwczesny, szyjka macicy, położnictwo, niewydolność cieśniowo-szyjkowa.

ABSTRACT

The aim of the article is a short presentation of a problem regarding the issue of the premature birth with respect to a disease entity, which is cervical incompetence. The article is based on literature. The presentation includes the construction and function of the cervix, functional impairment of the cervix, the diagnostics of the cervical incompetence and the treatment issues.

Keywords: premature birth, cervix, obstetrix, cervical incompetence.

Wstęp

Ciąża i poród, a w następstwie pojawienie się nowego życia są nieodłącznymi elementami istnienia człowieka. Bez tego naturalnego procesu nie byłoby możliwe trwanie gatunku ludzkiego i jego rozwój. Opieka nad kobietą w ciąży, w czasie porodu, w okresie połogu oraz pielęgnacja noworodka stanowiły bardzo istotny element każdej społeczności od początków ludzkości. Położnictwo jako nauka pojawiło się na przełomie XIII i XIV wieku n.e., a jego dynamiczny rozwój przyczynił się do możliwości monitorowania ciąży. Cała wiedza położnicza i wszelkie działania zarówno lekarzy położników, jak i położnych skupiają się na tym, aby nowo powstałe życie rozwijało się w najlepszych dla niego warunkach, utworzonych przez naturę i przyszło na świat w dobrej kondycji w odpowiednim dla niego czasie. Dobrostan płodu poprzez fizjologiczny przebieg ciąży, a później porodu jest głównym i najważniejszym celem położnictwa od początku jego istnienia. Niestety coraz więcej ciąż kończy się niepowodzeniem lub porodem przedwczesnym. Jest wiele różnych przyczyn tego stanu. Wśród nich duży procent, bo aż 16 do 24% ciąż w II trymestrze kończy się jej utratą z powodu niewydolności cieśniowo-szyjkowej (*insufficientia cervicalis colli uteri*). Problem ten, znany położnictwu od wielu lat, będący przedmiotem niniejszej pracy, zostanie przedstawiony i omówiony, zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną w tym zakresie.

W pracy posłużono się literaturą przedmiotu, artykułami zawartymi w periodykach i innych źródłach naukowych.

Cel

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi, iż szybkie rozpoznanie, właściwe monitorowanie i postępowanie w przypadku rozpoznania niewydolności cieśniowo-szyjkowej może być skuteczne terapeutycznie i zakończyć się sukcesem położniczym, a dla ciężarnej szczęśliwym macierzyństwem.

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

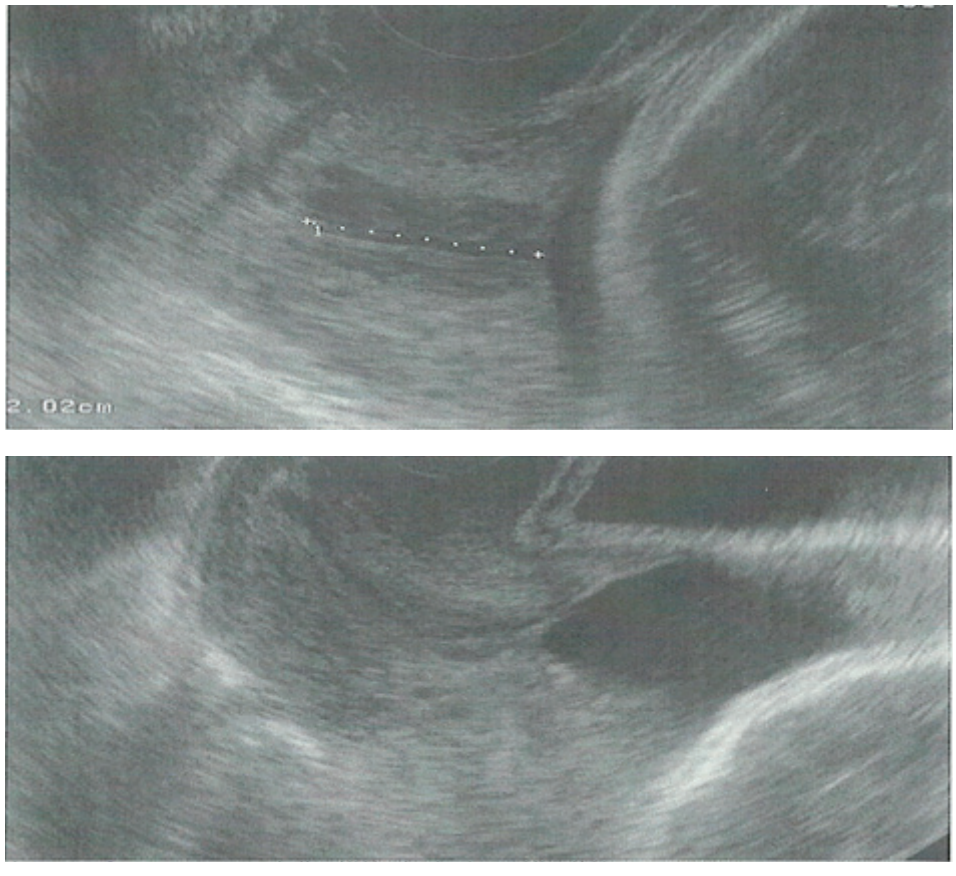
Budowa szyjki macicy

Szyjka macicy to dolna częścią macicy, która wpukla się do sklepienia pochwy. Szyjka macicy ma około 3 cm długości i średnicę około 2,5 cm. Dzieli się na trzy główne części: część maciczną, cieśń oraz część pochwową. Zbudowana jest z tkanki łącznej i mięśniowej, wyścielona wewnątrz błoną śluzową. U dorosłej kobiety jest wygięta w kierunku dolno-tylnym. W przypadku nieródki ma kształt niewielkiego otworu, który zmienia swój kształt po okresie ciąży. Około 1/2 szyjki (część pochwowa) wpukla się do pochwy. Przez szyjkę przechodzi kanał szyjki, który od góry łączy się z trzonem macicy, w miejscu zwanym cieśnią, a u dołu uchodzi do pochwy w miejscu zwanym ujściem zewnętrznym. Kształt ujścia zewnętrznego jest różny i zależy od

przeszłości położniczej kobiety. U nieródki ma kształt małego okrągłego otworu, a u kobiet, które już rodziły przybiera kształt szczeliny [1]. Szyjka macicy zbudowana jest w 70% z tkanki łącznej i w 30% z tkanki mięśniowej. Rozkład włókien mięśniowych w obrębie szyjki macicy jest nierównomierny i układa się w sposób następujący: Najwięcej włókien mięśniowych znajduje się w górnej części szyjki macicy, następnie w części środkowej a najmniej znajduje się w dolnej części szyjki macicy. Układ ten jest zupełnie przeciwny do rozłożenia tkanki łącznej, której najwięcej znajduję się właśnie w części dolnej – pochwowej szyjki macicy do stopniowego zmniejszania się tkanki łącznej w części górnej – macicznej. Taki właśnie układ tkanek, a szczególnie tkanki mięśniowej odpowiedzialny jest za prawidłowe utrzymanie jaja płodowego w trzonie macicy. Tworzy on tzw. zwieracz czynnościowy, którego uszkodzenie może być jedną z przyczyn mechanicznej niewydolności cieśniowo-szyjkowej. W ciąży fizjologicznej prawidłowa długość szyjki macicy w I i II trymestrze ciąży jest stała i wynosi około 42,8 mm ± 9,0 mm. W trymestrze III około 36,7 mm ± 9,4 mm. Skracanie szyjki macicy po 30. tygodniu ciąży jest zjawiskiem powszechnie obserwowanym. Nie ma natomiast zgodności co do długości szyki macicy u pierwiastek i wieloródek. Niektórzy autorzy uważają, iż szyjki wieloródek sią dłuższe niż te u pierwiastek [5]. Inni zaś autorzy nie znajdują i nie widzą zależności pomiędzy ilością ciąż i porodów a długością szyjki macicy. Nieco inaczej wygląda długość szyjki macicy w przypadku ciąży bliźniaczej. Do 19. tygodnia ciąży jest ona takiej długości, jak w przypadku ciąży jednopłodowej, po 19. tygodniu ciąży długość szyjki u ciężarnej w ciąży wielopłodowej jest krótsza [5, 7].

Funkcje szyjki macicy

Ogromny wpływ na szyjkę macicy mają hormony: estrogeny i progesteron. W zależności od fazy cyklu i związanej z tym przewagi jednego z tych hormonów szyjka macicy zmienia swoją konsystencję. Dotykając szyjki macicy kobieta sama może ocenić zmiany w jej położeniu, konsystencji i stopniu rozwarcia jej zewnętrznego ujścia. W fazie niepłodności szyjka jest twarda i zamknięta, a odwrotnie w fazie przedowulacyjnej i owulacyjnej. W miarę zbliżania się jajeczkowania ujście otwiera się, odcinek pochwowy szyjki staje się bardziej miękki i unosi się. Po jajeczkowaniu szyjka wraca do stanu sprzed owulacji. Badanie szyjki macicy i jej śluzu wykorzystuje się w metodach naturalnego planowania rodziny. Pierwszą funkcją szyjki macicy jest więc wydzielanie odpowiedniego śluzu, który umożliwi



Rycina 1. Prawidłowy obraz szyjki macicy [7]

swobodny dostęp plemników do komórki jajowej i zapłodnienie jej. Drugą istotną, a wręcz kluczową rolą szyjki macicy jest utrzymanie jaja płodowego w jamie macicy do czasu fizjologicznego porodu [1, 4].

Powyższe zdjęcia (**Rycina 1**) USG przedstawiają prawidłowy obraz szyjki macicy. Zamknięte oba ujścia zewnętrzne i wewnętrzne. Kanał szyjki bez widocznego wpuklenia jaja płodowego.

Zaburzenia wydolności szyjki macicy

Urazy mechaniczne szyjki macicy

Mechaniczne urazy szyjki macicy są zazwyczaj wynikiem następstw procedur medycznych wykonywanych na szyjce macicy. Zaliczyć do nich należy: nieprawidłowe zaopatrzenia pękniętej szyjki macicy, operacje ginekologiczne, hegarowanie kanału szyjki macicy, elektrokoagulacja szyjki macicy, konizacja szyjki macicy, amputacja chirurgiczna szyjki macicy.

Czynniki wrodzone

Niewydolność wrodzona dotyczy pierwiastek, u których nie były wykonywane zabiegi na szyjce macicy i problem niewydolności cieśniowo-szyjkowej pojawił się w I ciąży. Do czynników wrodzonych niewydolności cieśniowo-szyjkowej zaliczyć należy: niedorozwój trzonu macicy, wady anatomiczne trzonu macicy, niedorozwój szyjki macicy pod postacią skrócenia długości kanału szyjki macicy, brak szyjki macicy, narażenie ciężarnej w życiu płodowym na działanie DES (dietylstilbestrolu) [3, 4, 6].

Niewydolność czynnościowa

Niewydolność czynnościową szyjki macicy należy podejrzewać w przypadku braku potwierdzenia niewydolności wrodzonej lub spowodowanej urazem mechanicznym szyjki macicy. Ciężarna nie przebyła urazu szyjki macicy ani też nie stwierdza się u niej żadnego z możliwych czynników wrodzonej niewydolności szyjki macicy, a rozpoznaje się u niej tę właśnie patologię. W etiologii czynnościowej niewydolności cieśniowo-szyjkowej należy wziąć pod uwagę czynniki biochemiczne i hormonalne [2, 4, 6, 10].

Czynniki biochemiczne

Nie ma jednoznacznie potwierdzonej tej teorii, ale niektórzy autorzy podają, iż wysoce prawdopodobną przyczyną wystąpienia niewydolności cieśniowo-szyjkowej jest zaburzona (wzmożona) przemiana kolagenu, co powoduje obniżenie spoistostości. W osoczu krwi ciężarnych z niewydolnością cieśniowo-szyjkową zaobserwowano także wyraźnie niższe stężenie 17-b estradiolu, laktogenu łożyskowego oraz progesteronu. Według tej teorii obniżone stężenia wyżej podanych hormonów wiąże się ze stanami zapalnymi pochwy, co może mieć bezpośredni wpływ na przedwczesne dojrzewanie szyjki macicy. Pamiętać należy, że być może zależność ta jest odwrotna. To znaczy, że przemiany, które dokonują się w procesie dojrzewania szyjki macicy przypominają te, które towarzyszą procesom zapalnym [6, 10].

Czynniki hormonalne

Wśród czynników hormonalnych największą uwagę przywiązuje się do relaksyny. Hormon ten produkowany jest przez ciałko żółte i znany jest pozytywnie pożądany wpływ tego hormonu na narząd rodny kobiety ciężarnej. Relaksyna w czasie porodu działa rozluźniająco na kanał rodny, powodując skracanie i rozwieranie szyjki macicy. Teoria ta, oparta na badaniu poziomu relaksyny w osoczu krwi ciężarnych, nie została jednoznacznie określona i uznać należy, że są to wysoce prawdopodobne przypuszczenia, które w obecnym stanie wiedzy medycznej nie mogą dawać potwierdzenia przyczynowo-skutkowego niewydolności cieśniowo-szyjkowej macicy ciężarnej [4, 6, 10].

Ciąża wielopłodowa

Innym czynnikiem, predysponującym niewydolność cieśniowo-szyjkową (bez względu na wszystkie wyżej wymienione czynniki) jest ciąża wielopłodowa. Już samo rozciągnięcie ścian macicy, napieranie części przodującej (w przypadku ułożenia podłużnie główkowego) chociaż jednego z płodów, przy ciąży dwu lub więcej płodowej powoduje wysoce prawdopodobne zaistnienie tej właśnie patologii w przebiegu ciąży. Gdy do tego dołączy któryś z wcześniej już wymienionych czynników mechanicznych, wrodzonych lub czynnościowych, prawdopodobieństwo pojawienia się wykładników niewydolności cieśniowo-szyjkowej wzrasta kilkakrotnie [4, 6, 10].

Diagnostyka niewydolności szyjkowej

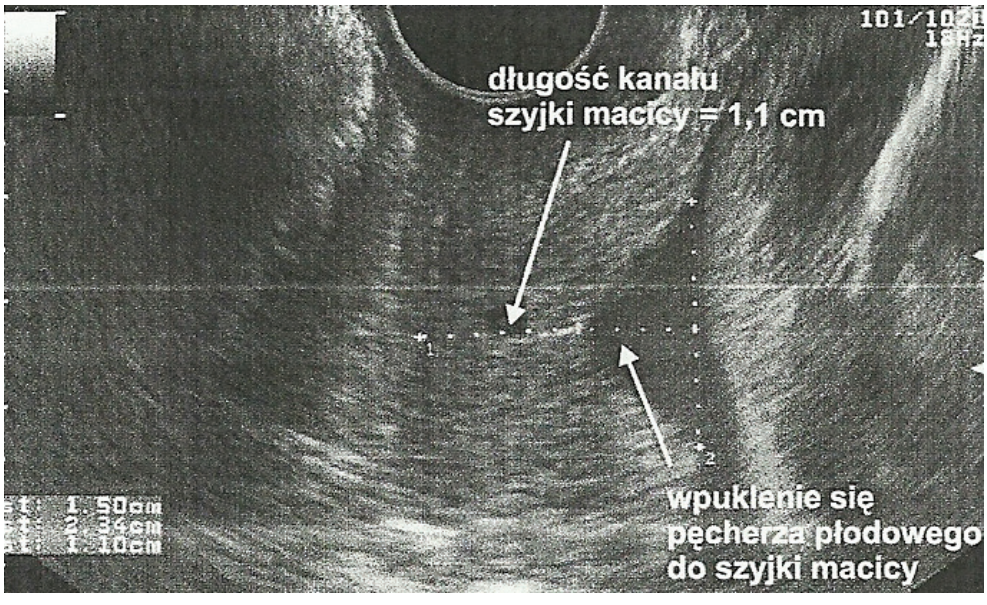
Rozpoznanie niewydolności szyjki macicy nie jest proste i wymaga wnikliwej obserwacji i czujności. Patogeneza tej patologii nie jest do końca znana, stąd trudne jest jej rozpoznanie. Pojawiające się czasami wcześniej objawy są bardzo subiektywne i zazwyczaj bagatelizowane przez pacjentki. Należą do nich niewielkie upławy, czasami plamienia lub, co zdarza się najczęściej, uczucie napięcia i ciężaru w dole brzucha. Właściwe rozpoznanie niewydolności cieśniowo-szyjkowej powinno opierać się na: zebraniu szczegółowego wywiadu, który polega na wczesnym rozpoznaniu grupy ciężarnych, u których wystąpiły wcześniejsze niepowodzenia położnicze pod postacią poronień, nagłych porodów przedwczesnych, szczególnie tych bez wyraźnej

wcześniejszej czynności skurczowej mięśnia macicy, zabiegi na szyjce macicy oraz patologie i powikłania okołoporodowe. Kolejnym elementem rozpoznania jest badanie przedmiotowe, które powinno polegać na częstym, nawet cotygodniowym badaniu we wziernikach. Celem badania jest ocena stanu szyjki macicy, szczególnie w II trymestrze ciąży. Niezwykle istotne jest to, aby badań kontrolnych dokonywał ten sam lekarz. Ułatwia to właściwą ocenę szyjki macicy, ewentualne pojawienie się zmian w jej obrębie lub ich nasilenie (tj. skracanie się i rozwieranie ujścia zewnętrznego i/lub ujścia wewnętrznego), w porównaniu do badania poprzedniego. Jednak podstawowym badaniem w diagnostyce i monitorowaniu niewydolności cieśniowo-szyjkowej jest obecnie badanie ultrasonograficzne szyjki macicy – to podstawowe badanie diagnostyczne, które w bardzo obrazowy i obiektywny sposób ma potwierdzić podejrzewaną przez nas patologię, której wstępne rozpoznanie postawiliśmy na podstawie ww. i omówionych badań. Warunkiem poprawności oceny ultrasonograficznej szyjki macicy jest wykonanie badania sondą przezpochwową o częstotliwości 4–7,5 MHz. Pacjentka przed badaniem powinna opróżnić pęcherz moczowy. W grupie pacjentek wysokiego ryzyka badanie takie wykonujemy od 14.–18. tygodnia ciąży do końca II trymestru co 2 tygodnie do 24. tygodnia ciąży. Wcześniejsze niż przed 14. tygodniem ciąży wykonanie badania ultrasonograficznego nie jest celowe w prognozowaniu porodu przedwczesnego, ponieważ tylko u 5% ciężarnych długość szyjki macicy jest w tym okresie < niż 2,5 cm. W grupie pacjentek niskiego ryzyka wystąpienie porodu przedwczesnego z powodu niewydolności cieśniowo-szyjkowej, pierwszego pomiaru długości kanału szyjki macicy dokonuje się pomiędzy 18. a 26. tygodniem ciąży. W tym właśnie okresie dochodzi najczęściej do skrócenia długości kanału szyjki macicy. Pomiary te prowadzi się do 28. tygodnia ciąży w odstępach dwutygodniowych. W ciążach wielopłodowych, przy podejrzeniu i/lub rozpoznaniu tej patologii, badanie ultrasonograficzne szyjki macicy wykonuje się jeszcze częściej, a decyduje o tym lekarz prowadzący.

Badanie ultrasonograficzne szyjki macicy, aby w pełni spełniło swoją rolę diagnostyczną powinno uwzględnić i ocenić następujące parametry: ocena długość kanału szyjki macicy, ocena kształtu ujścia wewnętrznego i kanału szyjki macicy, pomiar szerokości ujścia wewnętrznego**,** pomiar stopnia wnikania dolnego bieguna błon płodowych do kanału szyki macicy, index szyjkowy**,** ocena tylnego kąta szyjki macicy. Obraz w badaniu ultrasonograficznym, którego parametry przedstawiają się następująco: długość kanału szyjki < 2,5 cm**,** rozwarcie ujścia wewnętrznego szyjki macicy w kształcie litery U oraz tunelizacja kanału szyjki > 50%, daje rozpoznanie niewydolności cieśniowo-szyjkowej [5–7, 9, 10].

Zdjęcie USG prezentowane na **rycinie 2.** przedstawia obraz szyjki macicy z wpukleniem się do jego kanału jaja płodowego. To typowy objaw sugerujący niewydolność cieśniowo-szyjkową. Szyjkę macicy oceniamy także wg tzw. skali Bishopa. Jest to skala oceniająca dojrzałość szyjki macicy do porodu. W skali tej ocenia się w punktach pięć parametrów szyjki macicy, są to: rozwarcie, skrócenie, pozycja części przodującej do kanału rodnego, konsystencja, ułożenie w stosunku do osi pochwy.

Szyjka macicy wykazuje cechy dojrzałości wtedy, kiedy jej ocena w badaniu wewnętrznym wg skali Bishopa wy-



Rycina 2. Nieprawidłowy obraz szyjki macicy w ciąży [5]

Tabela 1. Skala Bishopa [4]

Parametry/ Punkty	0	1	2	3
Rozwarcie (cm)	0	1–2	3–4	5–6
Skrócenie (%)	0–30	40–50	60–70	80
Pozycja punktu prowadzącego w stosunku do linii międzykolcowej	-3	-2	-1–0	+1–+2
Konsystencja	Twarda	Średnia	Miękka	
Stosunek do osi pochwy	od tyłu	w osi	do przodu	

nosi 9 punktów. W oparciu o ww. skalę oraz prawidłowo zebrany wywiad położniczy można właściwie ocenić wydolność szyjki macicy oraz przewidzieć możliwość wystąpienia porodu przedwczesnego (**Tabela 1**).

Wszystkie podane w tej pracy badania mają na celu właściwą ocenę wydolności szyjki macicy i ewentualne wczesne rozpoznanie objawów jej niewydolności, która w konsekwencji zawsze jest przyczyną ukończenia ciąży przed planowanym terminem, co przy współczesnej wiedzy medycznej należy uznać za niepowodzenie położnicze.

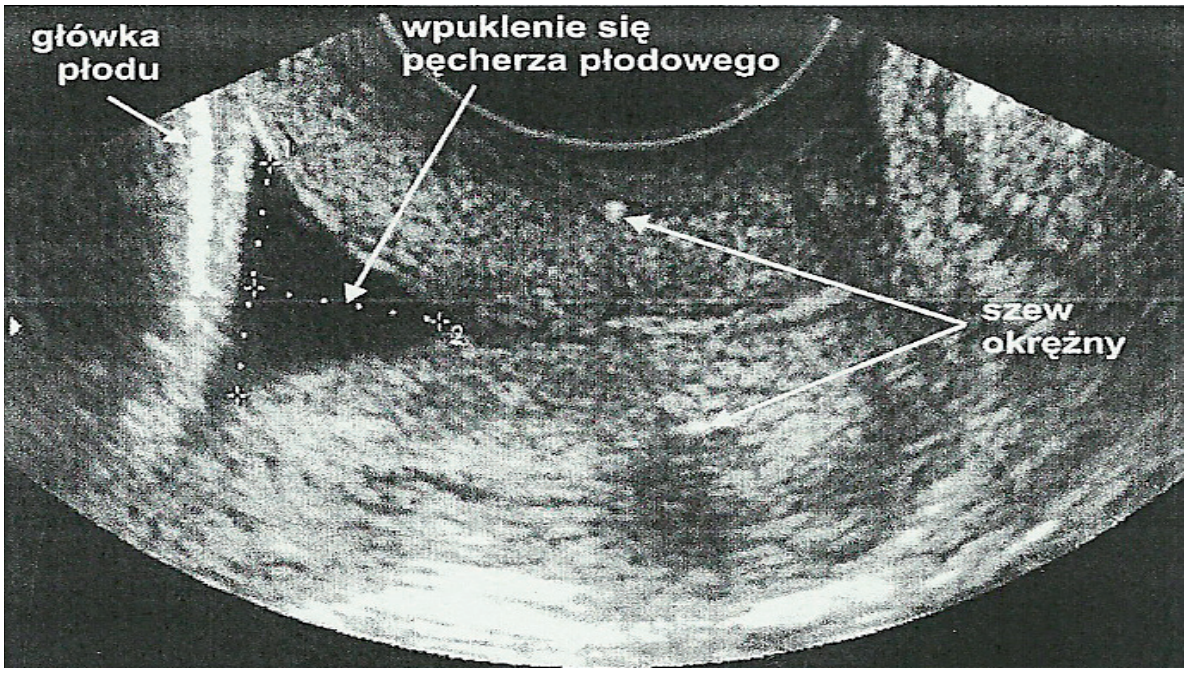
Leczenie niewydolności cieśniowo-szyjkowej

Leczenie operacyjne, które stosowane jest w zaawansowanej niewydolności cieśniowo-szyjkowej. Jest leczeniem z wyboru, gdy inne metody terapeutyczne nie przyniosły właściwego i zamierzonego efektu. Leczenie operacyjne niewydolności cieśniowo-szyjkowej polega na założeni szwu okrężnego na szyjcie macicy w ten sposób, aby zamknąć ujście wewnętrzne szyjki macicy, co umożliwia utrzymanie ciąży w jamie macicy. Znane są 3 rodzaje szwu zakładanego na szyjce macicy. Pierwszy z nich to szew Shirodkara, zakładany pod śluzówką ściany pochwy, na granicy szyjki macicy i sklepień pochwy oraz drugi, bardziej popularny i częściej stosowany szew McDonalda. Pierwotnie zakładany między 20. a 24. tygodniem ciąży, później wiek ten obniżono do 14.–16. tygodnia ciąży. Szew McDonalda polega na głębokim cztero-pięciokrotnym wkłuciu się w ścianę szyjki macicy na jej granicy ze szczytem pochwy. Trzeci rodzaj szwów to tzw. szew przezbrzuszny. Zakładany w przypadku niemożności założenia szwu okrężnego na szyjce macicy drogą pochwową. Istnieje możliwość założenia tego szwu drogą laparoskopową. Skuteczność tego szwu w przypadku dużego stopnia niewydolności cieśniowo-szyjkowej autorzy publikacji oceniają na 85–90% założonych szwów [3]. Należy jednak pamiętać, iż w tego rodzaju szwie ciąża zostanie ukończona poprzez cięcie cesarskie. W przypadku dwóch wcześniej opisanych szwów okrężnych poród, jeśli nie ma innych przeciwskazań, odbywa się drogami i siłami natury. O rodzaju zastosowanego szwu zawsze decyduje lekarz prowadzący, będący najczęściej głównym operatorem. Decyzję o podjętym leczeniu w oparciu o zebrany wywiad położniczy, badanie przedmiotowe, ultrasonograficzne szyjki macicy oraz ocenę dojrzałości szyjki macicy odpowiednią do tygodnia ciąży, podejmuje lekarz ginekolog–położnik. Istnieją bowiem przeciwskazania do założenia szwu okrężnego na szyjce macicy – do przeciwskazań takich należą: stwierdzenie zakażenia wewnątrzmacicznego**,** ciąża martwa, ciężkie wady płodu**,** aktywne krwawienie z macicy, objawy zagrażającego porodu przedwczesnego**,** ciąża wielopłodowa. Pamiętać należy, iż zastosowanie tej metody wiąże się także z możliwościami powikłań. Do najczęstszych należą: przedwczesne pęknięcie błon płodowych, zakażenie wstępujące, krwawienie i plamienia z miejsca założenia szwu, martwica tkanek w miejscu założonego szwu. Przed założeniem szwu okrężnego na szyjce macicy zawsze należy wykonać u pacjentki pH pochwy, pobrać do oceny bakteriologicznej wymaz z pochwy i kanału szyjki macicy oraz wykonać rutynowe badania laboratoryjne z konieczną oceną wskaźnika CRP [9].

Szew z szyjki macicy zdejmowany jest po ukończonym 36. tygodniu ciąży przy wadze płodu powyżej 2500 gram. Nie jest to jednak reguła i wielu pacjentkom jest on zdejmowany około 38. tygodnia ciąży. O terminie zdjęcia szwu po badaniu ciężarnej we wziernikach uzupełnionym badaniem ultrasonograficznym z dokładną oceną masy płodu decyduje lekarz prowadzący [7, 9].

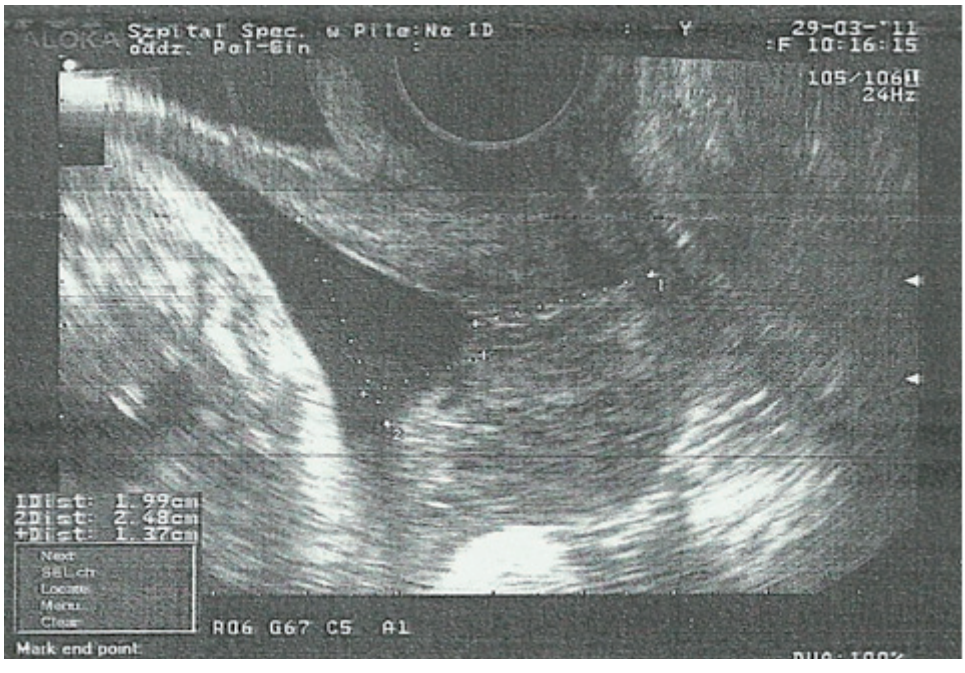
Obraz USG prezentowany na **rycinie 3.** pokazuje wpuklenie pęcherza płodowego do kanału szyjki macicy. Poniżej widać złożony szew okrężny na szyjce macicy. Szew okrężny ma nie dopuścić do rozwierania się ujścia zewnętrznego szyjki macicy, a w konsekwencji do nie wystąpienia porodu przedwczesnego.

Kolejnym coraz powszechniej stosowanym sposobem leczenia niewydolności cieśniowo-szyjkowej jest *pessar kołnierzykowy* szyjki macicy – zwany inaczej *pessarem położniczym*, jest on alternatywą do szwu okrężnego zakładanego na szyjce macicy. Pessar położniczy to silikonowy krążek zakładany na szyjkę macicy, którego zadaniem jest zapobieganie rozwieraniu się szyjki macicy i utrzymanie jaja płodowego w jamie macicy do



Rycina 3. Nieprawidłowy obraz szyjki macicy z efektem wpuklenia jaja płodowego. Widoczny założony szew okrężny [5]

osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza macicą. Jednak, aby zastosować *pessar położniczy* muszą być spełnione 3 poniższe warunki: długość szyjki macicy minimum 0,5 cm, brak wad wrodzonych macicy oraz brak toczącego się procesu zapalnego w obrębie pochwy. Pessar położniczy może być stosowany w leczeniu niewydolności cieśniowo-szyjkowej niezależnie lub jako uzupełnienie do szwu okrężnego, ale ma on również wiele innych możliwości terapeutycznych, takich jak: w leczeniu polaksurii – bólu spowodowanego uciskiem części przodującej (główki lub pośladków) na pęcherz moczowy, zmuszającym pacjentkę do bardzo częstego oddawania moczu, w leczeniu ucisku powiększającej się macicy na moczowody, w leczeniu zespołów bólowych miednicy mniejszej w czasie ciąży. Peesar zdejmowany jest po 36. tygodniu ciąży lub później, gdy istnieją wska-



Rycina 4. Obraz z wyraźnym objawem lejka, który jest charakterystyczny przy istnieniu niewydolności cieśniowo-szyjkowej [5]

zania do dłuższego utrzymania ciąży, ze względu na niedojrzałość płodu. Istotną zaletą stosowania pessara położniczego jest łatwość jego założenia. Jest on zakładany w pozycji leżącej, a po umieszczeniu go w pochwie należy sprawdzić we wziernikach, czy właściwie założony jest na szyjce macicy, obejmując ją całą. Pierwsze badanie kontrolne peesara położniczego powinno odbyć się po 2, 3 dniach od jego założenia. Kolejnych badań kontrolnych należy dokonywać w odstępach 2, 3-tygodniowych. Istnieją jednak możliwe efekty niepożądane stosowania pessara, są nimi: możliwość wystąpienia wzmożonej wydzieliny z pochwy – upławów, ucisk na odbytnicę, powstanie odleżyny na szyjce macicy, brak możliwości współżycia [9, 10].

Leczenie farmakologiczne – to kolejna metoda terapeutyczna niewydolności cieśniowo-szyjkowej. Zawsze jest uzupełnieniem terapii operacyjnej (założonego szwu okrężnego) lub zastosowanego peesara położniczego. Leczenie farmakologiczne, to leczenie tokolityczne, mające na celu przeciwdziałanie istniejącej czynności skurczowej mięśnia macicy. W leczeniu tym stosuje się preparaty progesteronowe i antyprostaglandynowe (kwas acetylosalicylowy), które mają na celu obniżyć próg pobudliwości skurczowej mięśnia macicy oraz wywołać jej relaksację [7, 9–11].

Ostatnim bez wątpienia bardzo istotnym sposobem leczenia niewydolności szyjkowej jest leczenie zachowawcze. Jest to element uzupełniający wszystkich powyższych terapii. Polega ono na zaleceniu i wytłumaczeniu ciężarnej bardzo istotnej roli oszczędzającego trybu życia, odpoczynku i przede wszystkim leżenia w łóżku. Dotyczy to również stanu psychicznego pacjentki. Zapewnienie pacjentce poczucia bezpieczeństwa jest niezwykle istotnym elementem leczenia zachowawczego. Każda niepewności co do skuteczności terapii powoduje niepokój i lęk o szczęśliwe macierzyństwo, co zawsze przekłada się na wystąpienie przedwczesnej czynności skurczowej mięśnia macicy, a to już początek rozpoczynających się procesów w obrębie szyjki macicy mogących doprowadzić do niewydolności cieśniowo-szyjkowej (**Rycina 4**).

Piśmiennictwo

1. Słomko Z. Ginekologia. PZWL, Warszawa 2008; 111–118.
2. Klimka R. Położnictwo. PZWL, Warszawa 1988; 532–540.
3. Bręborowicz GH. Ciąża wysokiego ryzyka. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2006; 126–135.
4. Bręborowicz GH. Położnictwo i Ginekologia. Tom I. PZWL Warszawa 2007; 174–178.
5. Pietryga M, Brązert J. Podstawy praktycznej ultrasonografii w ginekologii i położnictwie. Poznań 2009; 571–587.
6. Czajka R, Rzepka R. Niewydolność cieśniowo-szyjkowa. Ginekologia i Położnictwo. 2008;3(9):72–83.
7. Pietryga M, Murlewska J, Brązert J. Badanie ultrasonograficzne szyjki macicy a prognozowanie porodu przedwczesnego. Poznań 2006; 159–171.
8. Zespół Ekspertów PTG i PTMP pod red. Bręborowicz GH. Rekomendacje dotyczące profilaktyki, diagnostyki i postępowania w zagrażającym porodzie przedwczesnym. Ginekologia po Dyplomie. 2008;2:101–107.
9. Marzec U, Marzec K. Niewydolność cieśniowo-szyjkowa – profilaktyka i postępowanie, leczenie. Nowa Medycyna. 2013;4:180–183.
10. Markiewicz J. Gajzlerska-Dmoch E. Bączek G. Niewydolność cieśniowo-szyjkowa – problem ciągle aktualny. Położna. 2011:30–35.

Adres do korespondencji:
Beata Marta Urbanowicz
ul. Przednia 4B/13
64–920 Piła
tel.: 605466734
e-mail: bmuwp.pl@wp.pl

PRACA POGLĄDOWA

POCZĄTKI AKADEMICKIEGO KSZTAŁCENIA PIELĘGNIAREK W POLSCE

THE BEGINNINGS OF UNIVERSITY EDUCATION FOR NURSES IN POLAND

Teresa Slosorz

Katedra i Klinika Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

W 1969 roku za sprawą najbardziej ambitnych przedstawicielek pielęgniarstwa powojennego, z potrzeby silnej motywacji do podniesienia poziomu wykształcenia i prestiżu zawodowego, powołano w Akademii Medycznej w Lublinie 3-letnie Studium Pielęgniarstwa, które od roku 1972 przekształcono w 4-letni Wydział Pielęgniarski. W ślad za Lublinem poszły inne ośrodki akademickie w kraju.

Słowa kluczowe: kształcenie akademickie, studia pielęgniarskie, studia magisterskie.

ABSTRACT

In 1969, thanks to the most ambitious representatives of the post war nursing motivated by the need to raise both the level of education and professional prestige, the 3-year College of Nursing was established at the Medical Academy in Lublin. In 1972 it was transformed into the 4-year Faculty of Nursing. Lublin was followed by other academic centers in the country.

Keywords: education university, studies nursing, studies master's.

Zapoczątkowanie wyższego szkolnictwa pielęgniarskiego

Decyzja o powstaniu uczelni kształcącej pielęgniarki na poziomie studiów wyższych zapadła w 1957 roku i była jednym z pierwszych celów powstałego w tym roku Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP). W kolejnych latach trwały prace związane z opracowywaniem założeń projektów organizacyjno-prawnych, czego efektem w roku 1966 było sformułowanie wniosku w sprawie powołania Wyższej Szkoły Pielęgniarskiej. Początkowo idea uruchomienia studiów pielęgniarskich miała zostać zlokalizowana w Warszawskiej Akademii Medycznej. Ze względu na prężnie działający ośrodek akademicki o pierwszeństwo ubiegał się również Kraków. Ostatecznie Lublin zaoferował najlepsze warunki w postaci: bazy uniwersyteckiej, poparcia wojewody, sekretarza Komitetu Wojewódzkiego PZPR oraz JM prof. Mieczysława Stelmasiaka (Rektora Akademii Medycznej ustępującego z kadencji w 1968 roku). Decyzję o powołaniu Wyższego Studium Pielęgniarstwa z uruchomieniem od 1 października 1969 roku podjęto 10 lipca 1968 roku [1]. Natomiast *Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 czerwca 1969 roku* ogłoszono utworzenie Studium Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie dla pielęgniarek z maturą, ukończoną szkołą pielęgniarską i co najmniej 2-letnim stażem pracy [2].

Tworzeniem 3-letniego programu studiów z podziałem (po drugim) roku na specjalizację: pedagogiczną oraz administracyjno-organizacyjną zajęto się w roku 1967. Równocześnie stworzono koncepcję dotyczącą zadań szkoły, form organizacyjnych i planów nauczania. Zakładano, że w pierwszych latach w systemie studiów dziennych kształciłoby się rocznie 50–60 studentów, w późniejszych – w ramach wydziału zaocznego 80–100 osób [3].

Już na etapie organizacyjnym wiele argumentów PTP przemawiało za powołaniem Wyższego Studium Pielęgniarskiego z 4-letnim planem studiów, po ukończeniu którego absolwenci uzyskiwaliby tytuł magistra. Inne założenia, traktujące całe przedsięwzięcie w kategorii „eksperymentu", były przeciwne tej wersji stawiając tezę, że w wyniku niepowodzenia pierwotnej koncepcji, Studium ulegnie likwidacji [4].

Mówiąc o „narodzinach" akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce należy wspomnieć o pierwszych inicjatorkach a zarazem prekursorkach polskiego pielęgniarstwa w osobach: Jadwigi Kaniewskiej-Iżyckiej (1908–1988) [5] i Racheli Hutner (1909–2008) [6]. Jako absolwentki polskich szkół pielęgniarskich sprzed II wojny światowej w Krakowie i Warszawie doskonaliły swoją wiedzę i umiejętności w Kanadzie, Anglii i Stanach Zjednoczonych oraz Danii, Finlandii, Szwecji. Działały również w organizacjach o zasięgu międzynarodowym: Międzynarodowej Radzie Pielęgniarskiej (ICN) oraz Departamencie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Po powrocie do kraju pracowały w Ministerstwie Zdrowia sprawując nadzór nad średnim

szkolnictwem pielęgniarskim. Zainspirowane doświadczeniami zdobytymi za granicą w znacznym stopniu przyczyniły się do powstania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i zapoczątkowania kształcenia pielęgniarek na poziomie studiów wyższych – akademickich [7].

Dr n. przyrodniczych Jolanta Górajek-Jóźwik, absolwentka I rocznika studiów wyższych w Lublinie, na Międzynarodowej Konferencji Naukowej w 2009 roku pt. „40 lat akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce 1969–2009", powiedziała: *„Można zaryzykować i postawić dwie tezy – w 1969 roku Lublin wygrał dlatego, że nie miał nic do stracenia. W latach 1969–1975, ale i nieco późniejszych w pełni wykorzystał daną mu szansę, na co wskazuje zakres i charakter podejmowanych działań oraz uzyskane wyniki"* [4].

W dniu 4 października 1969 roku 60 pielęgniarek dyplomowanych otrzymało indeks wyższej uczelni. Na otwarciu Studium był obecny ówczesny Minister Zdrowia i Opieki Społecznej prof. Jan Kostrzewski, I Sekretarz KW PZPR – Władysław Kozdra. W pierwszym roku istnienia Wyższe Studium Pielęgniarskie odwiedziły zasłużone w staraniach o powstanie studiów pielęgniarskich – nestorki polskiego pielęgniarstwa: Teresa Kulczyńska i Hanna Chrzanowska [8]. Doniosłym wydarzeniem w życiu Uczelni była również wizyta zagranicznego gościa w osobie angielskiej pielęgniarki dr Margaret Scott Wright – konsultantki WHO, kierownika sekcji pielęgniarskiej Wydziału Nauk Społecznych w Edynburgu. Podczas wizyty stwierdziła, że Uczelnia lubelska jest jednostką dydaktyczno-badawczo-naukową i w pełni jest przygotowana do otwarcia sekcji międzynarodowej. Realizacja tego przedsięwzięcia miała miejsce już w roku akademickim 1973/1974 [9].

Pierwszy program kształcenia w placówce określał cele, wśród których za najistotniejsze uznano: partnerstwo w działaniu (czyli odchodzenie od modelu pielęgniarki wyłącznie realizującej zlecenia lekarskie) oraz pacjenta, jako przedmiotu działań pielęgniarskich. Inne więc niż dotychczas spojrzenie na funkcję zawodową pielęgniarki wymagało rozwinięcia wiedzy z zakresu: pedagogiki, psychologii, socjologii [10].

Studium oprócz procesu dydaktyczno-wychowawczego intensywnie poszukiwało nowej formy nauczania, czego efektem miało być uzyskanie tytułu magistra [11]. W kontynuacji zamierzeń w lutym 1971 roku, Rada Studium zwróciła się poprzez Rektora Akademii Medycznej do Ministra Zdrowia z następującymi postulatami:

– „przemianować Studium Pielęgniarstwa na Wydział Pielęgniarski,
– przedłużyć czas trwania szkoły o 10 miesięcy, wprowadzić prace dyplomowe i nadać absolwentom tytuł magistra pielęgniarstwa,
– uregulować sytuację prawną absolwentek przez zapewnienie im pierwszeństwa w obejmowaniu stanowisk w szkolnictwie i administracji służby zdrowia oraz umieszczenie w siatce płac i stanowisk" [8].

Brak jednoznacznych decyzji na ww. postulaty spowodował, że studentki (wszystkich trzech już wówczas roczników Studium) zwróciły się do władz Uczelni o przedłużenie nauki o 1 rok [12]. Zagrożone widmem „ślepej uliczki" zorientowały się, że z powodu braku możliwości uzyskania stopnia naukowego – magistra pielęgniarstwa nie będą mogły stanowić kadry nauczającej, badawczej i zdobywać kolejnych stopni naukowych. Kierownik Studium zwrócił się z prośbą do JM Rektora, aby ten zainterweniował w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS). Apel studentek pod adresem kierownictwa Uczelni spowodował także odzew w kręgach politycznych [13].

Wobec nieugiętych postaw pierwszych studentek pielęgniarstwa z lubelskiej Uczelni, 12 maja 1972 roku nadeszła długo wyczekiwana decyzja [14]. Wydarzenie to miało szczególne znaczenie, ponieważ zbiegło się z datą urodzin prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa i założycielki pierwszej szkoły pielęgniarskiej w Londynie – Florence Nightingale (1820–1910). Ponadto, dokładnie rok później na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) w Meksyku, dzień 12 maja 1973 roku ustanowiono Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki [15]. Na mocy *Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 lipca 1972 roku w sprawie zmian organizacyjnych w Akademii Medycznej w Lublinie* (Dz. U. MZiOS 1972, Nr 19, poz. 89) powstał Wydział Pielęgniarski [16]. Konsekwencją powyższego postanowienia było wydłużenie Studium o 1 rok nauki oraz ukończenie studiów z tytułem magistra pielęgniarstwa.

Od października 1972 roku rozpoczął działalność pierwszy w Polsce i tej części Europy 4-letni Wydział Pielęgniarski (WP). Dziekanem Wydziału został pełniący funkcję Kierownika Studium – doc. dr hab. Marian Klamut. Obok pracowników naukowych Akademii Medycznej (AM) i Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie (UMCS) kadrę nauko-dydaktyczną stanowiły pielęgniarki z wyższym wykształceniem pedagogicznym. W wielu przypadkach pozyskiwanie wykładowców wiązało się z koniecznością zmiany ich dotychczasowego miejsca pracy i zamieszkania. Natomiast dla studentów największą bolączką w tym okresie był brak podręczników i skryptów. Do 1974 roku prowadzono kształcenie tylko w systemie studiów dziennych, z możliwością edukowania 60 studentek na roku. Od kandydatek wymagano dyplomu ukończenia 2-letniej pomaturalnej szkoły pielęgniarskiej lub 5-letniego liceum medycznego, 2-letniego stażu w za-

wodzie oraz wieku nieprzekraczającego 40 lat. Jednak warunkiem *„sine qua non" był pomyślnie zdany egzamin wstępny z trzech przedmiotów: anatomii i fizjologii, pielęgniarstwa: ogólnego i specjalistycznego oraz języka obcego (cztery możliwości wyboru)* [4]. Podstawowym zadaniem Wydziału było przygotowanie kadry nauczycielskiej do pracy w szkołach pielęgniarskich oraz pracowników administracyjnych w placówkach służby zdrowia. Od roku akademickiego 1975/1976 zaczęto przyjmować kandydatów na studia zaoczne dla nauczycieli zawodu, którzy byli absolwentami Studium Nauczycielskiego Średnich Kadr Medycznych [17].

Podczas jubileuszu 60-lecia istnienia Akademii Medycznej w Lublinie, prof. Leon Jabłoński wyraził uznanie dla utworzenia i rozwoju studiów pielęgniarskich w AM w Lublinie. Dla pełnej dokumentacji prawdy o lubelskim Wydziale Pielęgniarstwa przypomniał także, że 80% lekarzy, w tym profesorów i pracowników akademickich Lublina, niechętnie odnosiło się do organizacji wyższych studiów pielęgniarskich, a wielu z nich zadawało pytanie: „po co nam (wam) są potrzebne pielęgniarki z wyższym wykształceniem?" [18, 19].

Dziś można stwierdzić, że zapoczątkowanie akademickiego kształcenia pielęgniarek w Lublinie sprawiło, że pielęgniarstwo polskie wkroczyło na drogę rozwoju i formowania procesu autonomii zawodowej. Po latach Rachela Hutner powiedziała: *„Powstanie Wydziału Pielęgniarskiego było kolejnym etapem w ewolucji pielęgniarskiej, a konkretnie w kształceniu pielęgniarek. Studia w pewnym sensie były momentem przełomowym w przechodzeniu z koncepcji pielęgniarstwa tradycyjnego w nowoczesne, choć w dużym stopniu na etapie teoretycznym"* [3]. Zaś wychowanka polskiej ikony pielęgniarstwa – dr Jolanta Górajek-Jóźwik (podczas Międzynarodowej Konferencji z okazji 40-lecia akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce) dodała, że: *„gdyby nie upór i szczególna determinacja pierwszych studentek oraz ogromne zaangażowanie ówczesnych władz Uczelni i Studium, następnie Wydziału, możliwość uzyskania magisterium z pielęgniarstwa w Polsce prawdopodobnie długo jeszcze pozostałaby w sferze planów"* [20].

Wydział Pielęgniarski w Lublinie

W nowo powstałym Wydziale Pielęgniarstwa w Lublinie utworzono cztery Zakłady: Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, Pedagogiki, Rehabilitacji i Pielęgniarstwa Klinicznego z dwoma kierunkami studiów: pedagogicznym i administracyjnym. W pierwszych dwóch latach studiów obowiązywał wspólny program nauczania, a od trzeciego roku było kontynuowane kształcenie kierunkowe. Program studiów Wydziału Pielęgniarstwa na kierunku administracyjnym obejmował 3315 godzin zajęć teoretycznych, z których na przedmioty medyczne przypadało: 732 h, pielęgniarskie 1020 h, humanistyczno-społeczne 1038 h, wychowanie fizyczne 90 h, szkolenie wojskowe 60 h. Na poczet pracy magisterskiej przewidziano 375 h oraz 5 tygodni praktyk wakacyjnych. Podobna ilość godzin była realizowana na kierunku pedagogicznym. W 1977 roku zrezygnowano z podziału na kierunki i przyjęto ogólny program dający absolwentom możliwość ukończenia studiów wraz z uprawnieniami pedagogicznymi [21].

W 1973 roku 51 pierwszych absolwentek z przyjętych w 1969 roku (spośród 353 ubiegających się, 323 zdających – zdało 90) 60 kandydatek opuściło Uczelnię z dyplomem magistra pielęgniarstwa. Dyplom z numerem 1. otrzymała mgr Danuta Bojarek, Naczelna Pielęgniarka Zespołu Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych we Wrocławiu, absolwentka Pomaturalnej Szkoły Pielęgniarskiej w Warszawie. Rocznie na 4-letnie studia magisterskie w Lublinie przyjmowano (uśredniając) od 70 do 80 kandydatów, chociaż ubiegających się o indeks było znacznie więcej. Przykładem może być rekrutacja z 1976 roku, kiedy zgłosiło się 243 kandydatek z których status studentki uzyskało 109 pielęgniarek. W roku akademickim 1974/75 po raz pierwszy przyjęto na studia pielęgniarskie absolwentkę pomaturalnej szkoły położnych. Warunkiem przyjęcia była konieczność uzupełnienia w trakcie studiów różnic programowych szkoły pielęgniarskiej. W kolejnych latach dla grupy zawodowej położnych, wymóg ten zniesiono. Początkowo przepustką do otrzymania indeksu był pomyślny wynik egzaminów wstępnych lub w późniejszym okresie – rozmowa kwalifikacyjna [4]. W latach 1975–1988 dla nauczycieli – absolwentów Studiów Nauczycielskich Średnich Szkół Medycznych utworzono na Wydziale Pielęgniarskim 2,5-letnie zaoczne studia uzupełniające. W ciągu realizacji tej formy kształcenia, tytuł magistra pielęgniarstwa uzyskało 1110 pielęgniarek [17].

Edukacja pielęgniarek realizowana w strukturach Akademii Medycznej w Lublinie odbiła się szerokim echem w innych uczelniach medycznych na terenie kraju. Entuzjazm i wizja lepszej przyszłości sprawiły, że za przykładem lubelskiej uczelni poszły kolejne Akademie Medyczne otwierając Wydziały Pielęgniarskie w: Katowicach (1974 r.), Poznaniu i Krakowie (1975 r.) oraz we Wrocławiu (1978 r).

W latach 80. nastąpiły kolejne przemiany w systemie kształcenia. Modyfikacja planów, szczególnie programów nauczania, wynikała ze specyfiki poszczególnych uczelni i kadry naukowo-dydaktycznej [22]. Prowadzone dyskusje spowodowały wprowadzenie ujednoliconego, ramowego programu nauczania dla wszystkich Wydziałów w kraju – *Zarządzenie Ministra Zdrowie i Opieki Społecznej z dnia 17*

stycznia 1985 roku. Według założeń plan studiów wynosił 3600 godzin dydaktycznych i obejmował następujące grupy przedmiotów: ogólne, podstawowe – kierunkowe, specjalizacyjne, medyczno-obronne. W roku 1988 zaistniała szansa podjęcia 4-letnich studiów dziennych, bez konieczności wcześniejszego 2-letniego stażu pracy w zawodzie oraz umożliwiono podjęcie (odpłatnych), 5-letnich studiów zaocznych dla ogółu pielęgniarek, nie tylko nauczycielek zawodu [23].

W ramach jednolitych studiów dziennych (stacjonarnych) i zaocznych (niestacjonarnych) w latach 1969–1999, tytuł magistra pielęgniarstwa w lubelskiej Uczelni uzyskało ponad 8300 osób; opublikowano ponad 1000 prac w czasopismach naukowych i zawodowych w kraju i za granicą. Pracownicy brali czynny udział w 188 krajowych i 52 zagranicznych konferencjach, zorganizowali 12 konferencji, wydali 54 pozycje w postaci skryptów i podręczników [24].

Wydział Pielęgniarski w Katowicach

Wydział Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Katowicach powstał z inicjatywy środowiska pielęgniarskiego, lekarskiego, profesorów uniwersyteckich i wielu społeczników. Zainspirowani osiągnięciami Lublina chcieli powołać (jako drudzy w kraju) „fakultet pielęgniarstwa" dla pielęgniarek dyplomowanych. W ciągu 2 lat funkcjonował on w ramach Rady Wydziału Lekarskiego, w latach 1974–1990 jako samodzielny Wydział, natomiast w latach 1990–2000, jako Oddział Pielęgniarstwa Wydziału Lekarskiego. Pierwszym Dziekanem został doc. dr hab. med. Stanisław Tokarz. W ramach Wydziału działało 5 Zakładów: Pielęgniarstwa Klinicznego, Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, Pedagogiki Pielęgniarskiej, Psychologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Społecznego, Kolegium Kształcenia Umiejętności Pielęgniarskich [25].

Rekrutacja na studia była odbiciem koniunktury na rynku pracy i oceny perspektyw zawodowych. Początkowo na studia magisterskie przyjmowano około 80–90 osób, ale od 1981 roku liczba studentów systematycznie zmalała, tak że w połowie lat 90. spadła do 30 osób. W latach 1974–1999 przyjęto 1264 studentów z których tytuł magistra pielęgniarstwa uzyskało 1033 osób. Nauczyciele akademiccy uczestniczyli w licznych konferencjach pielęgniarskich, zorganizowali 5 konferencji o zasięgu międzynarodowym, głównie poświęconym zagadnieniom pielęgniarstwa środowiskowego, opiece terminalnej i kształceniu pielęgniarek. Ważnym elementem działalności Wydziału Pielęgniarskiego Śląskiej Akademii Medycznej było uruchomienie od 1994 roku magisterskich studiów zaocznych, które ukończyło 325 pielęgniarek. W czasie 25-letniego istnienia Wydziału opublikowano szereg prac, z których część miała charakter popularnonaukowy. Przeważało w nich zainteresowanie sprawami kształcenia zarówno przed jak i podyplomowego w aspekcie indywidualnym, organizacyjnym, organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie oraz instytucjach medycznych [21].

Wydział Pielęgniarski w Poznaniu

Wydział Pielęgniarstwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Świętosławskiej 12, został powołany w dniu 10 czerwca 1975 roku przez Rektora AM prof. dr. hab. Romana Górala na podstawie *Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 14 kwietnia* tego samego roku [26]. Dużym zaangażowaniem w powstanie nowej placówki wykazał się doc. dr hab. med. Józef Baron (1923–1995) – pełnomocnik do spraw organizacji Wydziału, a także Dziekan w latach 1975–1981. Kadrę dydaktyczną stanowili nauczyciele akademiccy Akademii Medycznej i Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza [27].

Na pierwszy rok 4-letnich dziennych studiów magisterskich przyjęto 72 kandydatów. Byli to absolwenci pomaturalnych i policealnych szkół pielęgniarskich. Kształcenie rozpoczęto według własnych programów oraz wzorów zaczerpniętych z Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie. Strukturę organizacyjną tworzyły następujące Zakłady: Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji, Pedagogiki, Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, Psychologii Klinicznej [28].

Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji, dr hab. Marcin Sarnowski (1927–1981), opracował w roku 1977 pierwszy skrypt pt.: „Podstawy pielęgniarstwa klinicznego" [29]. Kierownik Zakładu Pedagogiki Pielęgniarskiej dr n. hum. Czesław Siwiński (1924–1984) zorganizował nowoczesne zaplecze dydaktyczne. Natomiast Zakładem Organizacji Pracy Pielęgniarskiej prężnie kierowała mgr Anna Nowicka-Bukowska, a Pielęgniarstwa Społecznego – dr Barbara Janus (1936–2009) [30].

W latach 80. nastąpił dalszy rozwój Wydziału. Dziekanem został prof. dr hab. med. Zygmunt Przybylski, z inicjatywy którego w 1982 roku powołano Katedrę Pielęgniarstwa obejmującą kilka klinik. Fakt ten przyczynił się do podniesienia poziomu kształcenia pielęgniarek w oparciu o własną bazę kliniczną łączącą wiedzę teoretyczną z praktyką. Kontynuatorem tego stylu edukacji pielęgniarskiej był kolejny Dziekan – prof. dr hab. med. Bogusław Pawlaczyk [27]. W 1983 roku prof. dr hab. med. Laura Wołowicka, nowa Kierownik Katedry Pielęgniarstwa i Rehabilitacji (od roku 1990 – Dziekan Wydziału Pielęgniarskiego), rozbudowała katedrę włączając: Klinikę Chirurgii, Neurologii i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego. Od roku akademickiego 1992–1993 w ramach Wydziału uru-

chomiono studia zaoczne. Na pierwszy rok przyjęto 45 osób, a władze dziekańskie oraz niektóre Katedry i Zakłady przeniesiono do nowej siedziby przy ul. Dąbrowskiego 79 (Collegium Wrzoska) [31].

W roku 1994 Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji została przekształcona w Katedrę Pielęgniarstwa. Od roku akademickiego 1993/1994 wspólnie z Zakładem Zdrowia Publicznego, we współpracy z Instytutem Psychologii UAM i Wydziałem Zarządzania Akademii Ekonomicznej, zorganizowano na Wydziale nowy Kierunek – Zdrowie Publiczne oraz Studium Podyplomowe: „Pacjent i jego środowisko". Działania te przyczyniły się do zmiany nazwy Wydziału na Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu. Wiosną 1998 roku Rada Wydziału podjęła uchwałę o kolejnej zmianie nazwy na Wydział Nauk o Zdrowiu. Przekształcając nazwę Wydziału kierowano się myślą, że uczelnie medyczne to nie tylko kierunki lekarskie. Nauki medyczne to również specjalności okołomedyczne – doceniające rolę profilaktyki zdrowotnej, wyrażające się w: pielęgnacji, terapii, rehabilitacji [27].

W roku 1999 Dziekanem Wydziału została dr hab. Maria Danuta Głowacka [30], która poprzez działania organizacyjne oraz starania umożliwiające nadawanie stopnia naukowego w zakresie medycyny, przyczyniła się do wzmocnienia kadry Wydziału. W wyniku przekształceń wyłoniono 11 Katedr, z których 4 miały własne Kliniki, Zakłady i Pracownie. Przejawem rozwoju Wydziału w latach 90. był znaczny wzrost publikacji naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych oraz zorganizowanie w latach 1995–1998 dwóch Międzynarodowych Konferencji z zakresu Pielęgniarstwa. W okresie od 1975 do 1999, w ramach studiów dziennych i zaocznych, spośród liczby 1815 kandydatów dyplom magistra pielęgniarstwa w poznańskiej Akademii Medycznej otrzymało 1263 absolwentów [27].

Wydział Pielęgniarski w Krakowie

Środowisko krakowskie osadzone w bogatej tradycji kształcenia pielęgniarek już w latach 60. czyniło starania o utworzenie Wydziału Pielęgniarstwa. Ostatecznie Wydział został powołany w strukturach Akademii Medycznej w roku 1975 [32]. Pierwszym Dziekanem był prof. dr hab. Rudolf Klimek (ginekolog, położnik, endokrynolog). W ramach struktury Wydziału, podobnie jak na innych uczelniach w kraju, powstały Zakłady: Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, Pedagogiki, Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji, Pielęgniarstwa Społecznego i Pielęgniarstwa Specjalistycznego [33].

Od 1 października 1997 roku kształcenie pielęgniarek na poziomie akademickim odbywało się w przekształconym z Wydziału Pielęgniarskiego – Wydziale Ochrony Zdrowia. W nowopowstałych strukturach utworzono 7 Zakładów: Filozofii i Bioetyki, Fizjologii Medycyny, Psychologii Zdrowia, Pedagogiki Medycznej, Pielęgniarstwa Środowiskowego, Pielęgniarstwa Klinicznego, Zarządzania Pielęgniarstwem oraz Ośrodek Rehabilitacyjno-Medyczny i Pracownię Teorii Podstaw Pielęgniarstwa [34]. Kraków, jako pierwszy w kraju, w latach 1998/1999 rozpoczął prowadzenie zajęć w ramach studiów dwustopniowych. Ważnym osiągnięciem było również włączenie się w badania naukowe i współpracę międzynarodową. W okresie od 1975 do 1998 studia magisterskie w ramach Wydziału ukończyły 624 osoby [35].

Wydział Pielęgniarski we Wrocławiu

Wydział Pielęgniarstwa Akademii Medycznej we Wrocławiu został powołany decyzją Senatu i ówczesnego Rektora Akademii Medycznej Stanisława Iwankiewicza (1920–2012) w dniu 29 czerwca 1978 roku. Pełnomocnikiem do spraw tworzenia Wydziału został doc. dr hab. Józef Małolepszy [36].

W pierwszym roku akademickim 1978/1979 przyjęto kandydatów na studia stacjonarne oraz na 3-letnie (zaoczne) magisterskie studia uzupełniające dla absolwentów likwidowanego (działającego od roku 1968) Studium Nauczycielskiego Średnich Szkół Medycznych. Od roku 1982 rekrutację na ten typ studiów wstrzymano, a oddział zaoczny zakończył działalność w roku 1984 z liczbą 270 absolwentów. Część pracowników po zlikwidowanym Studium Nauczycielskim znalazła zatrudnienie w szeregach kadry Wydziału, który borykał się z trudnościami personalnymi i lokalowymi. Te ostatnie rozwiązano dzięki pomocy Dyrekcji Szkoły Położnych, która udostępniła pomieszczenia budynku przy ulicy Worcella 25. Natomiast do zespołu wykładowców poproszono o współpracę osoby z tutejszej Akademii Ekonomicznej [37].

W roku 1978 w ramach Wydziału funkcjonowały, podobnie jak w Poznaniu, 4 Zakłady: Pedagogiki Pielęgniarskiej, Pielęgniarstwa Społecznego, Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji. Kształcenie było realizowane zgodnie z ramowym programem zatwierdzonym przez MZiOS. Pierwsze dyplomy absolwentom wręczono w roku 1982. W roku 1996, z uwagi na zapotrzebowanie środowiska, wprowadzono 5-letnie studia magisterskie w systemie zaocznym. W pierwszym dziesięcioleciu Wydział nie posiadał uprawnień nadawania stopni naukowych, dlatego pracownicy doktoryzowali się na innych Wydziałach. Kadra pracowników opublikowała 90 pozycji piśmienniczych, z których część wyróżniono i nagrodzono. W dorobku prac magisterskich dominowały tematy związane z pielęgniarstwem społecznym, klinicz-

nym, ogólnym, specjalistycznym oraz medycyną kliniczną i społeczną. Do roku 1999 liczba absolwentów Wydziału wyniosła 942 magistrów pielęgniarstwa [38].

Wraz z upadkiem systemu politycznego oraz transformacją społeczno-ekonomiczną w Polsce wzrastało zapotrzebowanie na wiedzę i umiejętności z zakresu zdrowia publicznego i zarządzania systemami zdrowotnymi. Wymiernym efektem tych działań była realizacja międzynarodowego programu Tempus, którego jednym z zadań było zmodyfikowanie i opracowanie nowych programów nauczania w oparciu o modułowy system kształcenia [30].

Współpraca lubelskiej uczelni w latach 1993–1995 z Wydziałem Wyższego Kształcenia Pielęgniarek w Göteborgu zaowocowała powstaniem publikacji pt. „Wybrane problemy modernizacji uniwersyteckiego kształcenia pielęgniarek w Polsce i Szwecji" wydanej w 1995 roku [39].

Wykładowcy i studenci z Wydziału Pielęgniarskiego w Katowicach, w latach 1995–1997, doświadczenie za granicą zdobywali w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego [25].

Ważnym krokiem w rozwoju poznańskiego Wydziału Pielęgniarskiego w latach 1992–1995 był również udział w programie Tempus, który pozwolił poznać europejski system wychowywania zdrowotnego w oparciu o nowe moduły kształcenia, poszerzyć wiedzę w zakresie nowoczesnej edukacji pielęgniarskiej i zdrowia publicznego oraz nawiązać liczne kontakty poprzez wymianę studentów i pracowników [30].

Natomiast w latach 1990–1991 i 1992–1993 w projekcie Tempus finansowanym przez Wspólnotę Europejską uczestniczyły dwie 12-osobowe grupy pielęgniarek-nauczycieli Wydziału Pielęgniarskiego z Krakowa. Efektem udziału w tym programie było poznanie przez uczestniczki systemu i metod kształcenia pielęgniarek w Wielkiej Brytanii i Holandii, zaś bezpośrednią korzyścią pozyskanie dla Wydziału sprzętu o wartości 830 mln zł [35].

Kształcenie pielęgniarek w ramach jednolitych studiów magisterskich rozpoczęto także w: Gdańsku (1995 r.), Łodzi (1997 r.), Bydgoszczy (1998 r.), Białymstoku (1999 r.), Warszawie (2000 r.) i Szczecinie (2001 r.) [40].

Od roku akademickiego 2000/2001, zgodnie z przyjętymi przez Polskę wytycznymi Traktatu Bolońskiego [41] oraz pozytywnymi opiniami Krajowej Rady Akredytacji Szkolnictwa Medycznego (KRASzM) i Państwowej Komisji Akredytacji (PKA), we wszystkich Akademiach Medycznych i licznych Wyższych Szkołach Zawodowych na terenie kraju wprowadzono dwustopniową formę kształcenia pielęgniarek w postaci: studiów I stopnia – licencjackich i II stopnia – magisterskich.

Podsumowanie

Środowisko pielęgniarskie zainspirowane nową formą kształcenia na poziomie akademickim pod koniec lat 60. chciało zaakcentować swoją nową tożsamość zawodową. Silna motywacja, nadzieja i trud często wynikający z pokonywania znacznych odległości, rozłąki z rodziną, a co najważniejsze, brak możliwości świadczenia stosunku pracy (w przypadku studiów dziennych) w pełni zrekompensowały osiągnięcie postawionego celu. Pierwsze absolwentki studiów pielęgniarskich jednak dość szybko zorientowały się, że ich sytuacja zawodowa wcale nie stoi na uprzywilejowanej pozycji. Zabrakło bowiem przepisów, które by jednoznacznie określały zakres obowiązków tej „nowej grupy zawodowej". Wobec braku podziału kompetencji (i solidarności z absolwentkami innych uczelni, np. pedagogicznych) trudno było zdefiniować sylwetkę zawodową pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa według stopnia wykształcenia i zaszeregowania w taryfikatorze płac [42].

Obowiązujące od 1973 roku w Służbie Zdrowia przepisy nie pozwalały na zatrudnienie pielęgniarek z wyższym wykształceniem na stanowiskach kierowniczych, ponieważ zgodnie z ich treścią były zarezerwowane dla lekarzy. Absolwentki Wydziałów Pielęgniarskich, próbując pracować jako naczelne czy przełożone pielęgniarek, najczęściej dowiadywały się, że stanowisko to jest już obsadzone przez doświadczoną wieloletnim stażem pielęgniarkę dyplomowaną i w tej sytuacji ujawniając swoje oczekiwania, stawały się w zespole „persona non grata" [43].

Pilna konieczność wykazania przydatności i zasadności kształcenia tej grupy zawodowej spowodowała rozpoczęcie prac nad przygotowaniem modelu absolwenta wyższych studiów pielęgniarskich. Charakterystykę kwalifikacji magistra pielęgniarstwa dostosowaną do nowych potrzeb społecznych opublikowano w 1993 roku w magazynie „Pielęgniarstwo 2000", wyrażając rolę absolwenta Wydziału Pielęgniarskiego w następujących funkcjach: opiekuńczej, promocji i profilaktyki zdrowia, terapeutycznej, wychowawczej i kształcenia [4], które stały się podstawą do dalszej modyfikacji planów i tworzenia kolejnych programów studiów.

Piśmiennictwo

1. Kępska T. Powstanie i rozwój Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Akademia Medyczna w Lublinie, Alma Mater. 1995;2(15):27–29.
2. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 czerwca 1969 roku w sprawie utworzenia Studium Zawodowego Pielęgniarstwa przy Akademii Medycznej w Lublinie (Dz. Urz. MZiOS z 21 sierpnia 1969 Nr 13, poz. 40).
3. Górajek-Jóźwik J. Rachela Hutner prekursorka i organizatorka systemu doskonalenia i specjalizacji pielęgniarek. Proble-

my Nauki, Dydaktyki i Leczenia. Akademia Medyczna, Lublin. 2003;81–82, 65–72,
4. Ciechaniewicz W, Kulik TB (red.). 40 lat akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce 1969–2009. Międzynarodowa Konferencja Naukowa, Lublin, 15–17 października 2009, Wydawnictwo PZN sp. z. o. o. Lublin, 2009, 28, 20, 34, 121, 46.
5. Kaniewska-Iżycka J. Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950 (materiały pomocnicze do historii zawodu pielęgniarskiego). Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1987, 27.
6. Buczkowska E. Pielęgniarstwo było jej życiem… Biuletyn Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych. 2008;151(4):4.
7. Bagińska H. Rozmowa z Rachelą Hutner, nestorką polskiego pielęgniarstwa. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2000;6: 42–43.
8. Kępska T. Powstanie Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Pielęgniarstwo 2000. 1995;3(20):7.
9. Komorowski B. Kontakty międzynarodowe Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Informator Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Lublin 1973, 40–47.
10. Kępska T. Proces kształcenia pielęgniarek w akademiach medycznych a ich start zawodowy w szkolnictwie medycznym i w służbie zdrowia. Praca doktorska. Promotor: B. Komorowski. Warszawa 1979, 49–81.
11. Protokół z posiedzenia Rady Studium z dnia 20.01.1971. Archiwum Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Protokoły z posiedzenia Rady Studium Pielęgniarstwa. Teczka 012.
12. Prośba do Kierownika Studium Pielęgniarstwa doc. dr hab. Mariana Klamuta z 16. XI.1971 roku. Archiwum Zakładu Teorii Pielęgniarstwa WPiNoZ Akademii Medycznej w Lublinie.
13. Pismo: L.dz.SP-0245/61/71 z 12.II.1972 roku do Rektora Akademii Medycznej w Lublinie. Archiwum Akademii Medycznej w Lublinie. Korespondencja 0245, Teczka 1a.
14. Pismo (z dnia 12 maja 1972 roku) zapowiadające przedłużenie studiów do 4 lat, skierowane do JM Rektora Akademii medycznej w Lublinie prof. dr. hab. Jarosława Bielewicza-Stankiewicza zostało podpisane przez doc. dr hab. Andrzeja Wojtczaka. Archiwum Zakładu Teorii Pielęgniarstwa WPiNOZ. Akademia Medyczna w Lublinie.
15. Bojarek D. Batalia o wyższe studia pielęgniarskie. (Cz. II). Akademia Medyczna w Lublinie. Alma Mater. 2003;4(49):204–210.
16. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1972 roku w sprawie zmian organizacyjnych w Akademii Medycznej w Lublinie (Dz. Urz. MZiOS Nr 19, poz. 89).
17. Bulanda-Kordas A. Studia stacjonarne-zaoczne dla nauczycieli pielęgniarstwa. Pielęgniarka i Położna 1975 (2):10.
18. Jabłoński L. Uzupełnienie dotyczące historii AM im Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie. Akademia Medyczna w Lublinie. Alma Mater. 2004;3(52):221–222.
19. Stasiak G. Dyplom i co dalej? Służba Zdrowia. 1978;24 (1507):1–5.
20. Górajek-Jóźwik J. Zjazd Absolwentów pierwszego rocznika (1969–1973) Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Akademia Medyczna w Lublinie. Alma Mater. 2003;3(48):76.
21. Feltińska J. Kształtowanie się wyższego szkolnictwa pielęgniarskiego. [W:] Urbanek B. (red.). Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Wydawnictwo Makmed, Warszawa 2008;399–406.
22. Wołowicka L., Przybylski Z, Zielińska B, Woronkiewicz K. Cele kształcenia oraz propozycje zmian programów nauczania akademickiego w korelacji z kierunkami rozwoju współczesnego pielęgniarstwa. [W:] Współczesne pielęgniarstwo – stan badań i kierunki rozwoju. Materiały z II Konferencji Naukowej Pielęgniarstwa 1985, Kraków 1985.
23. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 stycznia 1985 roku w sprawie zasad opracowywania planów studiów i ramowych programów nauczania studiów dziennych prowadzonych w akademiach medycznych (Dz. Urz. MZiOS, Nr 2, poz.7).
24. Wierzbicka A, Łepecka-Klusek C, Turowski K. XXV lat akademickiego kształcenia pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa. 1995;1–2:141–145.
25. Fojt E, Dubowska A. 25-lecie działalności Wydziału Pielęgniarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa. Annales Academiae Silenses. 2000;30:10.
26. Zarządzenie MZiOS z dnia 14 kwietnia 1975 roku w sprawie zmian organizacyjnych w Akademii Medycznej w Poznaniu (Dz. Urz. MZiOS Nr 9, poz. 30).
27. Musielak M, Opala T (red.). Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w latach 1975–2005, Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań. 2005;11–24, 40–43, 13–14, 239–252.
28. Zielińska JB. XX-lecie akademickiego kształcenia pielęgniarek w Poznaniu. Pielęgniarstwo 2000. 1995;4(21):19–21.
29. Sarnowski M., Metodologiczne problemy pielęgniarstwa. Artykuł dyskusyjny. [W:] Obara M. (red.). Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań. 1980;9:157–164.
30. Musielak M, Samborski W (red.). Rozwój i osiągnięcia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w latach 2005–2010, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2010;308–310, 143–145, 13.
31. Wołowicka L. Kształcenie na Wydziale Pielęgniarskim i zapotrzebowanie na magistrów pielęgniarstwa. [W:] Pawełczyk B. (red.). Wybrane zagadnienia (cz. V). Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 1987, 23–29.
32. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 marca 1975 roku w sprawie zmian Organizacyjnych Akademii Medycznej im. M. Kopernika w Krakowie (Dz. Urz. MZiOS, Nr 13, poz. 45).
33. Kawczyńska M. Koncepcja kształcenia na Wydziale Pielęgniarskim AM w Krakowie. Pielęgniarka i Położna. 1989; (6):19.
34. Zarządzenie nr 12/97 Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego z 3 kwietnia 1997 roku w sprawie zmian w strukturze organizacyjnej Collegium Medium UJ.
35. Poznańska S, Lenartowicz H. Krakowski Wydział Pielęgniarski. Tradycje, cele, rozwój. [W:] Wydział Pielęgniarstwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 15–16 września 1995. Materiały konferencyjne. 13–16.
36. Zarządzenie MZiOS z dnia 29 czerwca 1978 roku w sprawie zmian organizacyjnych w Akademii Medycznej we Wrocławiu (Dz. Urz. MZiOS Nr 11, poz 26).
37. Pellor J. Dorobek 10-lecia Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Pielęgniarka i Położna. 1989; (1):12.
38. Żuk G. Studiować we Wrocławiu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2000;10:10–12.

39. Wrońska I (red.). Uniwersyteckie kształcenie pielęgniarek z doświadczeń polsko-szwedzkich. Lublin-Göteborg 1998, Akademia Medyczna i Neurocentrum, Lublin 1998;7.
40. Dobrowolska B. Kształcenie pielęgniarek na poziomie akademickim w Polsce. Problemy Pielęgniarstwa. 2005;1–2: 125–126.
41. Kraśniewski A. Proces boloński: dokąd zmierza europejskie szkolnictwo wyższe? Publikacja sfinansowana ze środków Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Warszawa 2006;13–15.
42. Stasiak G. Studia pielęgniarskie-nadzieje i perspektywy. Służba Zdrowia. 1979;6:1–4.
43. Cywiński M. Magisterium i co dalej? Służba Zdrowia. 1980;5:35.

Adres do korespondencji:
Teresa Slosorz
ul. Kruczkowskiego 15c/3
64-800 Chodzież
tel.: 505 035 367
e-mail: teresa_slosorz@op.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 polski m i przesłany do redakcji w 2 identycznych egzemplarzach w wersji wydrukowanej nośniku CD.
2. Przyjmowane będą prace napisane w edytorach tekstu Microsoft Word.

Strona tytułowa manuskryptu

Strona tytułowa artykułu powinna posiadać następujący układ:

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

Streszczenia i słowa kluczowe

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

W przypadku pracy oryginalnej streszczenie powinno posiadać układ strukturalny: wstęp, cel pracy, materiał, metody badawcze, wyniki, wnioski.

Układ pracy

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

W przypadku czasopism w następującym układzie: 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, wydawnictwo, miejsce wydania, rok wydania, numery pierwszej i ostatniej strony rozdziału. Powołując się na fragmenty książek należy uwzględnić: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł książki, nazwiska redaktorów (jeśli występują), wydawnictwo, miejsce wydania, rok wydania, numer strony.

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac nie cytowanych 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. Autor przekazuje redakcji raport z programu antyplagiatowego dotyczącego artykułu.
2. 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.
3. Praca przed przyjęciem do druku podlega recenzji przez dwóch wybranych specjalistów z danej dziedziny.
4. 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)