Nr 4 (45) 2015

Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu
Polish Review of Health Sciences

Kwartalnik / Quarterly

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

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

Członkowie:
prof. dr Andre Aeschlimann (Szwajcaria)
prof. 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)
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:
dr n. med. Maciej Sobkowski

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:
lek. med. Joanna Buks
lek med. Adam Malinger

Sekretarz Redakcji:
mgr Sylwia Kaczmarek
mgr Piotr Sobkowiak

Skład i łamanie:
Bartłomiej Wąsiel

Korekta:
Barbara Błażejczak

Projekt okładki:
dr n. med. Maciej Sobkowski

Zdjęcia na okładce:
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: przeglad@ump.edu.pl
tel.: 61 841 96 70, fax: 61 841 92 88
strona internetowa: www.przeglad.ump.edu.pl

MNiSW 7 pkt.

ISSN 1643-3203

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

Ark. wyd. 11,0. Ark. druk. 11,3.
Format A4. Zam. nr 65/15.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Michał Chojnicki, Adrian Dąbrowski, Maciej Bura, Błażej Rozpłochowski, Aleksandra Bruś-Chojnicka, Andrzej Marszałek, Arleta Kowala-Piaskowska, Iwona Mozer-Lisewska
Objawowe zakażenie Clostridium difficile u ciężarnej – opis przypadku oraz analiza metod diagnostycznych i terapeutycznych możliwych do zastosowania u kobiet ciężarnych 225

Łukasz Bojkowski, Karolina Chlebosz, Alicja Urbaniak
Związek między nadużywaniem alkoholu a wynikiem w skali MMSe u osób starszych (mieszkańców Domu Pomocy Społecznej) 229

Ryszard Szpunar, Joanna Żurawska, Beata Pięta
Ocena wiedzy personelu medycznego i niemedycznego o podstawowych czynnościach resuscytacyjnych (BLS) oraz zastosowaniu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) 235

Daniela Grudzień, Patrycja Zurzycka, Teresa Radzik
Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów . 242

Jana Krzysztoszek, Krzysztof Kus, Marta Banaszak
Analiza nawyków oraz preferencji żywieniowych kobiet w ciąży 248

PRACE POGLĄDOWE

Paweł Drągowski, Katarzyna Siemionow, Ilona Zaręba, Izabela Prokop, Edyta Rysiak, Eryk Cekała, Michał Rutkowski
Społeczno-ekonomiczne skutki leczenia niepłodności 255

Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Filip Nowak
Dopłaty do świadczeń gwarantowanych. Możliwości prawne współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 259

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Małgorzata Mizgier, Maciej Wilczak, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Anna Potasińska-Sobkowska, Karolina Andrzejak, Joanna Buks, Witold Kędzia, Stefan Sajdak
Seksualność osób otyłych ze szczególnym uwzględnieniem okresu przekwitania 267

Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Jet lag – zespół nagłej zmiany czasowej 271

Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Elżbieta Krajewska-Kułak
Udział pielęgniarki w pobieraniu materiału biologicznego do badań 275

Erwin Strzesak, Karolina Blaszka, Jolanta Kaczmarek
Koder medyczny w Polsce 278

Teresa Slosorz, Beata Fryc-Przybyłowska
Z perspektywy 40-lecia akademickiego kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce 280

Katarzyna Przybylska, Monika Szeibe
Idea oraz optymalne metody promocji aptek 288

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Małgorzata Mizgier, Joanna Buks, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Maciej Wilczak, Witold Kędzia
Symptomy chorób ginekologicznych 297

Michał Chrobot, Stanisław Góźdź, Paweł Macek
Ocena realizacji i wdrażania pakietu onkologicznego w pierwszym półroczu 2015 roku w województwie świętokrzyskim na tle Polski 301

Contents

ORIGINAL PAPERS

Michał Chojnicki, Adrian Dąbrowski, Maciej Bura, Błażej Rozpłochowski, Aleksandra Bruś-Chojnicka, Andrzej Marszałek, Arleta Kowala-Piaskowska, Iwona Mozer-Lisewska
Clostridium difficile associated diarrhea in pregnant woman – a case study and analysis of efficacy and safety of treatment 225

Łukasz Bojkowski, Karolina Chlebosz, Alicja Urbaniak
The relation between abusing alcohol and MMSe scale score in eldery people group (residents of the Social Welfare Home) 229

Ryszard Szpunar, Joanna Żurawska, Beata Pięta
Knowledge assessment of medical and non-medical staff in regard to basic life support (BLS) and the use of the automated external defibrillator (AED) 235

Daniela Grudzień, Patrycja Zurzycka, Teresa Radzik
Opinions medical personnel about aggressive behavior of patients 242

Jana Krzysztoszek, Krzysztof Kus, Marta Banaszak
Analysis of habits and food preferences during pregnancy 248

REVIEW PAPERS

Paweł Drągowski, Katarzyna Siemionow, Ilona Zaręba, Izabela Prokop, Edyta Rysiak, Eryk Cekała, Michał Rutkowski
Socio-economic consequences of infertility treatment 255

Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Filip Nowak
Subsidies to guaranteed benefits. Legal possibilities of co-financing health care services financed from public funds. 259

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Małgorzata Mizgier, Maciej Wilczak, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Anna Potasińska-Sobkowska, Karolina Andrzejak, Joanna Buks, Witold Kędzia, Stefan Sajdak
Sexuality obese people with a particular emphasis on the period of menopause 267

Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Jet lag – a sudden change in the time band 271

Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Elżbieta Krajewska-Kułak
The nurse's role in collecting biological material for tests 275

Erwin Strzesak, Karolina Blaszka, Jolanta Kaczmarek
Medical coder in Poland 278

Teresa Slosorz, Beata Fryc-Przybyłowska
From the perspective of 40 years academic education of nurses and midwives in Poland 280

Katarzyna Przybylska, Monika Szeibe
The idea and optimal methods of promotion pharmacies 288

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Małgorzata Mizgier, Joanna Buks,
Magdalena Pisarska-Krawczyk, Maciej Wilczak, Witold Kędzia
The signs and symptoms of gynecological diseases 297

Michał Chrobot, Stanisław Góźdź, Paweł Macek
Evaluation of the implementation and adoption of a oncology package in the first half of 2015 in Świętokrzyskie Voivodeship against Poland 301

PRACA ORYGINALNA

OBJAWOWE ZAKAŻENIE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* U CIĘŻARNEJ – OPIS PRZYPADKU ORAZ ANALIZA METOD DIAGNOSTYCZNYCH I TERAPEUTYCZNYCH MOŻLIWYCH DO ZASTOSOWANIA U KOBIET CIĘŻARNYCH

CLOSTRIDIUM DIFFICILE ASSOCIATED DIARRHEA IN PREGNANT WOMAN – A CASE STUDY AND ANALYSIS OF EFFICACY AND SAFETY OF TREATMENT

Michał Chojnicki[1, 2], Adrian Dąbrowski[2], Maciej Bura[2, 3], Błażej Rozpłochowski[2, 3], Aleksandra Bruś-Chojnicka[3], Andrzej Marszałek[2], Arleta Kowala-Piaskowska[2, 3], Iwona Mozer-Lisewska[2, 3]

[1] Katedra Biologii i Ochrony Środowiska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia w Poznaniu
[3] Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Choroby wywołane przez *Clostridium difficile* w przeważającej większości dotykają osób starszych, hospitalizowanych, wielokrotnie poddawanych leczeniu antybiotykami o szerokim spektrum. Dużo rzadziej zdarzają się przypadki wystąpienia objawowego zakażenia u osób młodych, nieprzebywających wcześniej w szpitalu, leczonych incydentalnie antybiotykiem w warunkach domowych. Autorzy artykułu przedstawili opis przypadku biegunki związanej z zakażeniem *Clostridium difficile* u 31-letniej, dotychczas zdrowej, kobiety w 25. tygodniu ciąży. Biegunka pojawiła się po wcześniejszej prowadzonej w warunkach domowych antybiotykoterapii doustną cefalosporyną drugiej generacji (aksetyl cefuroksymu) z powodu zapalenia górnych dróg oddechowych. Opis przypadku ukazuje trudności terapeutyczne oraz prezentuje optymalne postępowanie u ciężarnych kobiet zakażonych *Clostridium difficile*.

Słowa kluczowe: biegunka, ciąża, Clostridium difficile, wankomycyna, antybiotykoterapia.

ABSTRACT

In most cases diseases caused by *Clostridium difficile* affect the elderly population of hospital patients who have been exposed to multiple broad-spectrum antibiotic treatments. Symptomatic infections in young subjects with no previous hospitalisation who received only out-patient antibiotic treatment are much less frequent. The authors describe *Clostridium difficile* infection in a 31-year old, otherwise healthy woman in her 25th week of pregnancy. Diarrhoea developed after out-patient treatment with cefuroxime acetil (2nd generation of cephalosporins) prescribed for upper respiratory tract infection. The case report explains therapeutic problems and recommends optimal treatment for pregnant women diagnosed with symptomatic *Clostridium difficile* infection.

Keywords: diarrhea, pregnancy, Clostridium difficile, vancomycin, antibiotics.

Opis przypadku

Do Kliniki Chorób Zakaźnych została przyjęta 31-letnia chora w 25. tygodniu pierwszej ciąży, z trwającymi od trzech dni wymiotami oraz biegunką. Kobieta była pod stałą opieką poradni ginekologiczno-położniczej, zaś jej ciąża dotąd przebiegała prawidłowo. Do Kliniki została skierowana przez lekarza rodzinnego, który tydzień wcześniej z powodu bakteryjnego zapalenia górnych dróg oddechowych zastosował antybiotykoterapię aksetylem cefuroksymu (dawkowanie 250 mg – 1 tabl. co 12 godz.). Chora przyjmowała antybiotyk w zaleconych dawkach przez pięć kolejnych dni. Wymioty pojawiły się dzień po zakończonej antybiotykoterapii i samoistnie ustąpiły w ciągu 24 godzin. Wymioty poprzedzały wystąpienie biegunki o około 2–3 godziny. Chora oddawała do 10 luźnych, wodnistych stolców z domieszką śluzu oraz krwi na dobę. Objawom tym nie towarzyszyły podwyższona ciepłota ciała ani ból brzucha. W okresie przed przyjęciem na oddział chora nie stosowała żadnej dodatkowej terapii poza nawadnianiem doustnym. Również żadna z osób mieszkających z pacjentką nie zgłaszała podobnych dolegliwości.

W trakcie przyjmowania na oddział pacjentka zgłaszała osłabienie oraz ortostatyczne zawroty głowy. W badaniu przedmiotowym odnotowano cechy odwodnienia, takie jak uczucie osłabienia, obniżoną wilgotność śluzówek oraz języka. Badania laboratoryjne wykonane w izbie przyjęć wykazały obecność toksyny A oraz toksyny B *Clostridium difficile* w kale, co przesądziło o rozpoznaniu. Badania krwi

wykazały podwyższone stężenia białka C-reaktywnego do 36,6 mg/l (przy normie do 10 mg/l). Zarówno morfologia krwi obwodowej, jak i badania biochemiczne: stężenie kreatyniny, sodu, potasu oraz aktywność aminotransferaz oraz fosfatazy zasadowej mieściły się w granicach normy. Jako postępowanie przyczynowe wdrożono doustne podawanie wankomycyny 500 mg w 4 dawkach podzielonych. Zadecydowano również o wdrożeniu nawadniania dożylnego oraz doustnego podawania białczanu taninalu.

Po normalizacji wypróżnień, która nastąpiła w czwartej dobie hospitalizacji, odstąpiono od nawadniania dożylnego. W piątej dobie przestano podawać taninal, utrzymując terapię wankomycyną. W przeprowadzonych w szóstej dobie kontrolnych badaniach laboratoryjnych odnotowano spadek stężenia białka C-reaktywnego do 23,3 mg/dl. W trakcie hospitalizacji pacjentka zgłaszała sporadycznie bóle kolkowe w obrębie śródbrzusza, ustępujące po dożylnym podaniu 40 mg drotaweryny. Chora została wypisana do domu z zaleceniem przyjmowania wankomycyny w dotychczasowych dawkach do dziesiątej doby terapii. Nie nastąpił nawrót biegunki.

Poród nastąpił drogami natury w 40. tygodniu ciąży. Urodzony został zdrowy syn o masie 4100 g, skala Apgar w pierwszej minucie wyniosła 9. Okres noworodkowy dziecka przebiegał bez powikłań.

Dyskusja

Opisany został przypadek wystąpienia biegunki o etiologii *C. difficile* po pięciodniowej antybiotykoterapii aksetylem cefuroksymu, który chora otrzymała z powodu zapalenia górnych dróg oddechowych.

Aksetyl cefuroksymu jest cefalosporyną drugiej generacji i według naszych obserwacji jest często stosowanym u kobiet w trakcie ciąży szerokospektralnym antybiotykiem. Jego uzasadnione użycie zostało potwierdzone m.in. w empirycznej terapii zapalenia dróg moczowych [1].

Pomimo tego, że cefuroksym osiąga stężenie terapeutyczne również w płynie owodniowym, tkankach oraz krwi płodu, wszystkie dotychczasowe badania potwierdziły bezpieczeństwo stosowania tego leku u kobiet ciężarnych [1, 2]. Również w tym przypadku zastosowanie przez lekarza rodzinnego aksetylu cefuroksymu w dawce 250 mg – dwa razy dziennie w empirycznej terapii bakteryjnego zapalenia górnych dróg oddechowych wydaje się być bezpieczną terapią (kat. B wg FDA).

Clostridium difficile jest Gram-dodatnią, bezwzględnie beztlenową laseczką. Po raz pierwszy została opisana w 1935 roku, kiedy wykryto ją w stolcu zdrowych noworodków [3]. W pierwszych doniesieniach określana była jako *Bacillus difficilus*. Wywoływała objawy charakterystyczne dla tężca po podskórnym podaniu świnkom morskim – zwierzęta szybko zdychały z powodu niewydolności oddechowej [3]. Badania populacyjne wykazały, że ok. 3% zdrowych osób dorosłych jest bezobjawowymi nosicielami *C. difficile*, zaś wśród noworodków odsetek ten sięga 60% [4]. O chorobotwórczości decyduje wydzielanie toksyn A i B przez niektóre szczepy. Omawiane toksyny prowadzą do wystąpienia biegunki powiązanej z sekrecją białka do światła jelita, co łączy się z ogólnoustrojowymi zaburzeniami, zwłaszcza u osób w starszym wieku, obciążonych chorobami przewlekłymi [5].

W dużym prospektywnym badaniu przeprowadzonym w Kanadzie określono względne ryzyko (*odds ratio* – OR) wystąpienia biegunki związanej z *C. difficile* po szpitalnej antybiotykoterapii [6]. Do grupy antybiotyków o najwyższym OR należą klindamycyna (OR = 2,6), cefalospory drugiej i trzeciej generacji (OR > 2) oraz amoksycylina (OR = 1,32). Wykazano również, że antybiotykoterapia z użyciem doksycykliny (OR = 0,55) i metronidazolu (OR = 0,92) zmniejsza ryzyko wystąpienia biegunki o etiologii *C. difficile* [6]. Zastosowany w opisywanym przypadku cefuroksym cechuje się dużym ryzykiem wystąpienia biegunki (OR = 2,18). Przemawia to za koniecznością uwzględnienia ryzyka wystąpienia tego powikłania przed każdorazowym wdrożeniem antybiotykoterapii. Wcześniej opisano pojedyncze przypadki wystąpienia biegunki związanej z zakażeniem *C. difficile* po pięciodniowej kuracji cefuroksymem jedynie u osób w podeszłym wieku [7]. Zakażenia miały ciężki przebieg, w postaci rzekomobłoniastego zapalenia jelit, co w dużej mierze spowodowane było zaawansowanym wiekiem pacjentów [7].

Według badań epidemiologicznych średni wiek osób prezentujących objawy zakażenia *C. difficile* wynosi 67 lat [4]. W grupie młodych dorosłych dominującą etiologią biegunek bakteryjnych jest prawdopodobnie *Campylobacter spp.* [8]. W diecie omawianej pacjentki znajdowało się mięso drobiowe – ten fakt mógłby sugerować właśnie taką etiologię. W Polsce informacje dotyczące częstości zakażeń *C. difficile* zbierane są od początku 2013 roku. Meldunki epidemiologiczne z grudnia 2013 roku wskazują, że zakażenia te stanowią drugą, po salmonellozie, najczęściej raportowaną przyczynę biegunki [9].

W opisywanym przypadku etiologia została potwierdzona poprzez wykrycie toksyn A i B w kale pacjentki. Testem referencyjnym o najwyższej wartości predykcyjnej zarówno dodatniej, jak i ujemnej jest hodowla *C. difficile* wraz z analizą obecności toksyn A i B produkowanych przez hodowane szczepy. Z uwagi na długi czas takiego postępowania jest ona wykorzystywana jedynie w badaniach epidemiologicznych [10]. W praktyce klinicznej uży-

cie metod immunoenzymatycznych do wykrywania toksyn A i B jest często pierwszym badaniem wykonywanym przy podejrzeniu etiologii *C. difficile*. Ocenia się, że jego czułość sięga, w zależności od testów laboratoryjnych, od 76 do 93% przy zachowanej swoistości 93–100% [10]. Według europejskich wytycznych wynik dodatni powinien zostać potwierdzony badaniem RT-PCR genomu bakterii ukierunkowanym na geny toksyn lub testem neutralizacji cytotoksyczności hodowli komórkowej [11]. Testy immunoenzymatyczne mogą być przeprowadzone jedynie w stolcu luźnym, biegunkowym, to jest takim, którego kształt dopasowuje się do naczynia [12].

Obecnie dostępne są polskie rekomendacje z 2011 roku dotyczące postępowania w chorobach związanych z *C. difficile*. Zostały one opracowane przez grupę ekspertów z Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków i pokrywają się z rekomendacjami Europejskiego Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej oraz amerykańskimi wytycznymi Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom z 2010 roku [11–13]. Według zaleceń polskich oraz europejskich mianem chorób wywołanych przez *C. difficile* (*Clostridium difficile-associated disease* – CDAD) określają całe spektrum patologii, od samoograniczającej się biegunki po zagrażające życiu rzekomobłoniaste zapalenie jelit, u których podłoża leży omawiana bakteria [11].

Postępowaniem terapeutycznym należy objąć wszystkich chorych z objawowym zakażeniem *C. difficile* [12]. Udowodnione zostało, że samo odstawienie antybiotyku u 23% pacjentów powoduje ustąpienie objawów w ciągu 48–72 godzin [14]. Jeśli przerwanie terapii antybiotykiem nie jest możliwe, zalecana jest zamiana na jeden z grupy niskiego ryzyka wywoływania choroby związanej z *C. difficile*, np. cefalosporyny pierwszej generacji, aminoglikozydy, metronidazol, doksycyklina. Wciąż jednak brakuje badań oceniających efekt takiej zmiany. We wspomnianych rekomendacjach podnosi się rolę inhibitorów pompy protonowej oraz antagonistów receptorów H2 jako kolejnego czynnika rozwoju CDAD. Autorzy zwracają uwagę, że obecnie nie zostały zaprezentowane dane sugerujące zasadność zaprzestania stosowania inhibitorów pompy protonowej u osób z biegunką związaną z *C. difficile* [13].

W leczeniu CDAD lekiem pierwszego rzutu jest metronidazol (w dawce cztery razy 250 mg lub trzy razy 500 mg) lub wankomycyna podawana doustnie (w dawce cztery razy 125–500 mg) – terapia trwa 10–14 dni. Na wybór leku ma wpływ przede wszystkim przebieg zakażenia – w łagodnych i umiarkowanych postaciach skuteczność obu leków jest porównywalna, natomiast w postaciach ciężkich skuteczniejsza jest wankomycyna [13]. W bardzo ciężkiej postaci zakażenia z niedrożnością podaje się doustnie wankomycynę (w dawce cztery razy 500 mg) i metronidazol dożylnie (w dawce trzy razy 500 mg) [11]. Ponadto w niedrożności można podawać wankomycynę przez cewnik bezpośrednio do jelita grubego w dawce 500 mg w 100 ml soli fizjologicznej co 6 godzin [11]. Czas trwania objawów przy skutecznym leczeniu wynosi odpowiednio średnio 4,6 dnia dla terapii metronidazolem i 3 dni dla terapii wankomycyną [15].

W przypadku kobiet ciężarnych należy zwrócić uwagę na klasyfikację leków pod względem bezpieczeństwa ich stosowania w czasie ciąży wg Amerykańskiej Agencji Leków i Żywności (FDA). Metronidazol został sklasyfikowany w kategorii B, natomiast wankomycyna – w kategorii C. Jednak z uwagi na fakt, że wankomycyna podawana doustnie słabo wchłania się z przewodu pokarmowego, może być zalecana dzieciom do 10. roku życia i kobietom w ciąży. Podawanie wankomycyny dożylnie nie jest wskazane, gdyż podana tą drogą nie osiąga właściwego stężenia w zmienionym zapalnie jelicie [11]. Dlatego też w opisywanym przypadku podjęto decyzję o wdrożeniu terapii wankomycyną podawaną doustnie – 500 mg w 4 dawkach podzielonych przez 10 dni.

Pomimo włączenia skutecznego leczenia u około 20% pacjentów dochodzi do nawrotu choroby. Nawrót spowodowany jest zdolnością *C. difficile* do tworzenia spor odpornych na działanie antybiotyków, które reaktywują zakażenie [11, 12]. W pierwszym nawrocie zaleca się podawanie tego samego leku, który spowodował wyleczenie pierwszego rzutu [12]. W kolejnych epizodach stosuje się wankomycynę (w dawkach 2 g/dobę w 4 dawkach podzielonych przez 10 dni, a następnie w celu przeciwdziałania kolejnym nawrotom mniejsze dawki przez 4 tygodnie) [12].

Metodą o potwierdzonej skuteczności jest przeszczep stolca od zdrowego dawcy [16]. Zabieg ten wymaga przeprowadzenia badań dawcy, takich samych jak przy przeszczepach nerek oraz wątroby [16]. Jego skuteczność oraz zagrożenia u kobiet ciężarnych nie zostały dotychczas opisane w indeksowanych czasopismach.

Innym lekiem warunkowo dopuszczonym do leczenia biegunki związanej z *C. difficile* u kobiet w ciąży oraz w trakcie laktacji jest fidaksomycyna (kategoria B wg FDA). Charakteryzuje się ona podobną do wankomycyny skutecznością oraz bezpieczeństwem [17]. Nie zostały dotychczas przeprowadzone badania potwierdzające pełne bezpieczeństwo terapii fidaksomycyną dla płodu. Podobnie nie zdołano jednoznacznie wykazać zasadności stosowania probiotyków zarówno w leczeniu, jak i w późniejszej profilaktyce nawrotów biegunki związanej z *C. difficile* [18].

Podsumowanie

Z powodu powszechności występowania biegunki o etiologii *C. difficile* każdorazowo należy uwzględnić to zakażenie w diagnostyce różnicowej. W opisywanym przypadku nie występowały czynniki ryzyka, poza pojedynczym epizodem przyjmowania antybiotyku, a mimo to doszło do wystąpienia biegunki związanej z *C. difficile* o ciężkim, wymagającym hospitalizacji, przebiegu. Biegunka związana z *C. difficile,* prowadząc do utraty białka, a zwłaszcza frakcji albumin, może stać się poważnym zagrożeniem zdrowia ciężarnej oraz płodu. Przedstawione postępowanie różniło się z powodu ciąży pacjentki od proponowanego przez ekspertów Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków [12].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2011, CD002256.
2. Roumen FJ, Bouckaert PX, Cremers HM,Vree TB. Pharmacokinetics of cefuroxime in pregnant patients with preterm premature rupture of the membranes. Pharm Weekbl Sci. 1990;12:275–279.
3. Hall I, O'Toole E. Intestinal flora in new-born infants with a description of a new pathogenic anaerobe, bacillus difficilis. Am J Dis Child. 1935;49:390–402.
4. Loo VG, Bourgault AM, Poirier L, Lamothe F i wsp. Host and pathogen factors for Clostridium difficile infection and colonization. N Engl J Med. 2011;365:1693–1703.
5. Dansinger ML, Johnson S, Jansen PC, Opstad NL. i wsp. Protein-losing enteropathy is associated with Clostridium difficile diarrhea but not with asymptomatic colonization: a prospective, case-control study. Clin Infect Dis. 1996;22:932–937.
6. Baxter R, Ray GT, Fireman BH. Case-control study of antibiotic use and subsequent Clostridium difficile-associated diarrhea in hospitalized patients. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008;29:44–50.
7. Sogaard KK, Ejlertsen T, Schonheyder HC. Clostridium difficile 027-associated pseudomembranous colitis after short-term treatment with cefuroxime and cephalexin in an elderly orthopedic patient: a case report. BMC Res Notes. 2012;5:609.
8. Bruś-Chojnicka A, Pauli A, Początek B, Chojnicki M i wsp. Kampylobakterioza – epidemiologia, diagnostyka oraz leczenie w świetle najnowszych doniesień. Now Lek. 2011;80:473–476.
9. Państwowy Zakład Higieny. Meldunki epidemiologiczne. 2013, www.pzh.gov.pl.
10. Viscidi R, Willey S, Bartlett JG. Isolation rates and toxigenic potential of Clostridium difficile isolates from various patient populations. Gastroenterology. 1981;81:5–9.
11. Bauer MP, Kuijper EJ,van Dissel JT. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID): treatment guidance document for Clostridium difficile infection (CDI). Clin Microbiol Infect. 2009;15:1067–1079.
12. Hryniewicz W, Martirosian G, Ozorowski T. Zakażenia Clostridium difficile. Diagnostyka, terapia, profilaktyka. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, http://antybiotyki.edu.pl/pdf/Clostridium-difficile-v6_10.pdf. 2011.
13. Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP i wsp. Clinical practice guidelines for Clostridium difficile infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of America (SHEA) and the infectious diseases society of America (IDSA). Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31:431–455.
14. Teasley DG, Gerding DN, Olson MM, Peterson LR i wsp. Prospective randomised trial of metronidazole versus vancomycin for Clostridium-difficile-associated diarrhoea and colitis. Lancet. 1983;2:1043–1046.
15. Wilcox MH, Howe R. Diarrhoea caused by Clostridium difficile: response time for treatment with metronidazole and vancomycin. J Antimicrob Chemother. 1995;36:673–679.
16. Persky SE, Brandt LJ. Treatment of recurrent Clostridium difficile-associated diarrhea by administration of donated stool directly through a colonoscope. Am J Gastroenterol. 2000;95:3283–3285.
17. Cornely OA, Crook DW, Esposito R, Poirier A i wsp. Fidaxomicin versus vancomycin for infection with Clostridium difficile in Europe, Canada, and the USA: a double-blind, non-inferiority, randomised controlled trial. Lancet Infect Dis. 2012;12:281–289.
18. Floch MH, Walker WA, Sanders ME, Nieuwdorp M i wsp. Recommendations for Probiotic Use-2015 Update: Proceedings and Consensus Opinion. J Clin Gastroenterol. 2015;49(Suppl. 1):69–73.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Michał Chojnicki
Oddział Zakaźny
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia
ul. Szwajcarska 3, 61-001 Poznań
tel.: +48 61 8739 367, fax. +48 61 8739290
e-mail: michalc@ump.edu.pl

PRACA ORYGINALNA

ZWIĄZEK MIĘDZY NADUŻYWANIEM ALKOHOLU A WYNIKIEM W SKALI MMSE U OSÓB STARSZYCH (MIESZKAŃCÓW DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ)

THE RELATION BETWEEN ABUSING ALCOHOL AND MMSE SCALE SCORE IN ELDERY PEOPLE GROUP (RESIDENTS OF THE SOCIAL WELFARE HOME)

Łukasz Bojkowski[1, 2], Karolina Chlebosz[1], Alicja Urbaniak[1]

[1] Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu
[2] Uniwersytet SWPS, WZ w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Starzenie się społeczeństwa to duży problem społeczny.
Cel. Celem prezentowanych badań było porównanie stopnia zaburzeń funkcji poznawczych określonych dla zespołu otępiennego.
Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone za pomocą standardowego testu nazywanego „Krótką Skalą Oceny Stanu Psychicznego" (ang. *Mini Mental State Examination* – MMSe) na 21-osobowej grupie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). Były to osoby w wieku senioralnym – zarówno te, u których zdiagnozowano problem alkoholowy, jak i osoby nienadużywające alkoholu.
Wyniki. Wykazano, że osoby starsze nadużywające alkoholu (N = 8) uzyskały w skali MMS średni wynik równy 25,25 punktu, natomiast osoby starsze nienadużywające alkoholu (N = 13) – 26,39 punktu.
Wnioski. Pomimo iż zauważono różnicę w uzyskanym wyniku pośród obu badanych grup, nie jest ona istotna statystycznie. Rezultat ten wskazuje na złożoność problemu, jakim są zmiany w funkcjonowaniu poznawczym spowodowane nadmiernym spożywaniem alkoholu. Zmiany uwarunkowane są również m.in. okresem jego spożywania (tygodnie, miesiące, lata) oraz momentem rozpoznania problemu, a w konsekwencji czasem leczenia.

Słowa kluczowe: zespół otępienny, alkohol, osoby starsze.

ABSTRACT

Introduction. Whe aging population is a big social problem.
Aim. The aim of presented study was to compare the degree of cognitive disorders classified as dementia among 21 elderly people living in the Social Welfare Home.
Material and methods. The investigated group included both elderly with diagnosed alcohol problems (N = 8) and those who do not abuse alcohol (N = 13). Widely applied standard test: Mini Mental State Examination (MMSe) was used as a research tool.
Results. It has been shown that eldery people abusing alcohol received average score of 25.25 points, while those, who do not abuse alcohol 26.39 points.
Conclusions. Although the difference between both groups can be observed, it is not statistically significant. This result indicates the complexity of the problem that are changes in cognitive functioning caused by excessive alcohol consumption. These changes are also strongly influenced by other factors namely the period of alcohol consumption (weeks, months, years), the time when the problem was diagnosed and consequently the duration of treatment.

Keywords: cognitive disorders, alcohol, elderly people.

Wstęp

Wraz ze starzeniem się społeczeństw coraz bardziej aktualne stają się problemy zdrowotne seniorów, w tym te będące konsekwencją uwidoczniania się u nich tak zwanych wielkich zespołów (problemów) geriatrycznych. Zaliczamy do nich między innymi: omdlenia, pogorszenie koordynacji wzrokowo-mięśniowej, zaburzenia równowagi i mobilności, upadki, depresję, otępienie, nietrzymanie moczu i stolca, pogorszenie funkcji narządu wzroku i słuchu, gibkości oraz zmiany w obrębie układu nerwowego, które powodują zwolnienie czasu reakcji, obniżenie wrażliwości odczuwania wibracji, dotyku czy temperatury [1–5]. Problemami trapiącymi seniorów są ponadto choroby układu sercowo-naczyniowego i kostno-stawowego [6] oraz zwiększona podatność na choroby przewlekłe [7, 8]. Starość człowieka cechuje także często rezygnacja z pełnionych ról społecznych, osamotnienie czy brak motywacji, co prowadzi do wystąpienia bądź pogłębienia istniejących już procesów patologicznych [9], w tym problemu alkoholowego, mogącego być predyktorem zmian we wszystkich obszarach zdrowia. W konsekwencji wielu seniorów ponosi koszty związane z nieodpowiednim modelem spożycia alkoholu. Przyczyną sięgnięcia po tę używkę jest między innymi samotność, spowodowana na przykład śmiercią

współmałżonka lub brakiem zainteresowania ze strony żyjących krewnych [10].

Dużym utrapieniem seniorów są także zaburzenia w funkcjonowaniu poznawczym, które mają najczęściej charakter przewlekły lub postępujący, a których zakres występowania m.in. w zespołach otępiennych wśród populacji osób starszych szacuje się na około 10%. Zaburzeniu w tych zespołach ulegają wyższe funkcje korowe, w tym takie zdolności, jak: orientacja, myślenie, pamięć, liczenie, zdolność uczenia się, rozumienie czy ocena [11]. Częstość występowania przypadków zaburzeń funkcji poznawczych spowodowanych otępieniem szacuje się w krajach europejskich (w populacji osób mających 65 lat i więcej) na 10,8% [12]. W Polsce mimo nielicznych danych liczba osób dotkniętych problemem otępienia to 450–500 tysięcy (z czego od 300 do 350 tysięcy osób ma chorobę Alzheimera) [13, 14]. Niniejsze statystyki wyglądają jednak jeszcze gorzej, gdy przyjrzymy się wynikom badań przeprowadzonych w tak zwanych środowiskach specyficznych (np. wśród mieszkańców domów opieki). Badania te szacują bowiem, że częstość występowania otępienia wśród pensjonariuszy kształtuje się na poziomie nawet 60–80% [15–17].

W naszej pracy skoncentrowaliśmy się na problematyce związanej z występowaniem zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym osób starszych, w tym zwłaszcza tych borykających się ze stwierdzoną chorobą alkoholową. Celami niniejszej pracy były zatem opis problemu oraz porównanie stopnia zaburzeń funkcji poznawczych u osób starszych niepijących i tych nadużywających alkoholu, żyjących w instytucji opiekuńczej (tutaj w Domu Pomocy Społecznej).

Problem alkoholowy seniorów i zaburzenia funkcji poznawczych w ujęciu teoretycznym

Mimo iż w skali światowej dokładne dane epidemiologiczne są bardzo trudne do ustalenia, szacuje się, że około dwóch trzecich kobiet i 80% mężczyzn spożywa napoje alkoholowe [18]. Wiele z tych osób spożywa jednak alkohol w nadmiarze – w sposób niekontrolowany i szkodliwy dla organizmu – co może prowadzić do tzw. choroby alkoholowej. Problem ten nie dotyczy jednak tylko osób młodych czy w średnim wielu, ale także seniorów. Jak ukazują bowiem badania, obecnie tylko na terenie Stanów Zjednoczonych problemy z ryzykownym spożyciem alkoholu ma od 1 do 15% osób w wieku starszym (w tym około 3–5% kobiet i około 10% mężczyzn) [19, 20]. Co więcej – naukowcy wskazują, że do roku 2030 liczba osób w podeszłym wieku walczących z tym nałogiem podwoi się [21, 22]. Sytuacja ta jest zatem bardzo istotnym problemem społecznym, gdyż szkodliwe nadużywanie alkoholu współwystępuje często z takimi czynnościami zaliczanymi do grupy tak zwanych zachowań ryzykownych, jak palenie tytoniu, nadużywanie leków niezapisanych przez lekarza (co występuje nader często w populacji osób starszych [23]) czy innych substancji psychoaktywnych. Wśród zmian psychicznych warunkowanych ryzykownym spożywaniem alkoholu wskazuje się między innymi na te powiązane z ostrym zatruciem oraz będące rezultatem nadużywania przez wiele lat [24]. Niekontrolowane picie alkoholu może prowadzić ponadto do objawów związanych z zaburzeniami poznawczymi, które są charakterystyczne także dla zespołów otępiennych [25, 26].

Według słowników psychologicznych otępienie (łac. *dementia*) jest zaburzeniem wieku podeszłego, które występuje u około 10% osób, które przekroczyły 80. rok życia, i 20% w wieku bliżej 90 lat [27]. Jego objawy związane są ze zmianami „w ośrodkowym układzie nerwowym na skutek procesu starzenia, chorób degeneracyjnych układu nerwowego, uszkodzeń mózgu różnego pochodzenia" [28]. Często towarzyszą mu zmiany stanu emocjonalnego i psychicznego, jak depresja, pobudzenie, apatia, labilność emocjonalna czy agresja [28]. Z kolei międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów (ICD-10) definiuje otępienie jako zespół spowodowanych przewlekłą lub postępującą chorobą mózgu objawów, przebiegających z zaburzeniem wyższych funkcji korowych (poznawczych), w tym między innymi zdolności orientacji, pamięci, rozumienia, myślenia, liczenia, zdolności do uczenia się, porozumiewania się, funkcji językowych, zdolności porównywania, umiejętności oceny i dokonywania wyborów. Ważną cechą klasyfikacji niniejszych zaburzeń jest fakt, iż muszą one trwać minimum 6 miesięcy i nie mogą mieć wyłącznie związku z zaburzeniami świadomości (majaczeniem czy delirium) [29]. Celem rozpoznania zaburzeń otępiennych stwierdza się upośledzenie sprawności intelektualnej przynajmniej w zakresie dwóch ww. funkcji poznawczych (zawsze występują zaburzenia pamięci), będących przyczyną obniżenia jakości funkcjonowania osoby chorej w życiu codziennym [30]. Symptomy te są jednak bardzo często definiowane przez lekarzy (bez uwzględnienia innych możliwych przyczyn) jako standardowe objawy starzenia się organizmu [19, 31, 32], co prowadzi do błędnych diagnoz i nierozpoznania problemu.

W celu oceny stopnia zaburzeń funkcji poznawczych wykorzystuje się najczęściej opublikowany w 1975 r. test MMSe (ang. *Mini Mental State Examination*) autorstwa Folsteina i wsp. [33], który jest narzędziem badawczym służącym do oceny stopnia otępienia. W Polsce test ten, będący kliniczną metodą oceny ogólnego poziomu funk-

cjonowania poznawczego pacjenta [34], nazywany jest najczęściej „Krótką Skalą Oceny Stanu Psychicznego" lub „Testem Upośledzenia Funkcji Poznawczych". Ocenia on zdolności człowieka w takich obszarach, jak: zapamiętywanie trzech wyrazów, orientacja w czasie i miejscu, liczenie, uwaga, nazywanie dwóch przedmiotów, wykonywanie poleceń słownych i pisanych, przypominanie oraz umiejętność kopiowania figury geometrycznej (w tym przypadku dwóch przecinających się pięciokątów) [33]. Maksymalny możliwy do uzyskania wynik w teście to 30 punktów. Za normę uznaje się wynik równy 28 punktów i więcej [33, 35]. Uzyskanie od 24 do 27 punktów wskazuje na zaburzenia procesów poznawczych bez otępienia, a otrzymanie poniżej 24 punktów w skali testu może sugerować obecność procesu otępiennego i wskazuje na konieczność podjęcia dalszych badań diagnostycznych w niniejszym zakresie [33]. Wynik od 19 do 23 punktów sugeruje otępienie łagodne, od 11 do 18 punktów – otępienie umiarkowane, a od 0 do 10 punktów – otępienie głębokie.

Jak można zauważyć m.in. na podstawie powyższych doniesień teoretycznych, zarówno problem alkoholowy, jak i zaburzenia funkcji poznawczych (objawiające się tak w wyniku wieloletniego nadużywania substancji alkoholowych, jak i w zespole otępiennym) są jednymi z problemów samotnych kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat i starszych. Chcąc zweryfikować siłę związku pomiędzy ryzykownym spożywaniem alkoholu a określoną jakością funkcjonowania osób starzejących się i starszych w wieku 65 lat i więcej, przeprowadzono kolejne badanie.

Metodologia badań własnych

Ogólnym celem pracy było porównanie ze sobą stopnia zaburzeń funkcji poznawczych określonych dla zespołu otępiennego wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). Przebadano osoby w wieku senioralnym, u których zdiagnozowano problem alkoholowy oraz nienadużywające alkoholu.

Przed przystąpieniem do badań wyodrębniono hipotezę badawczą, która zakłada, że osoby starsze ze stwierdzonym problemem alkoholowym mogą ze względu na długoletnie nadużywanie alkoholu uzyskać gorsze wyniki w teście MMSe niż osoby starsze, ale niepijące.

W badanej grupie znalazło się łącznie 21 mieszkańców jednego z domów pomocy społecznej, znajdującego na terenie miasta Poznania. Były to osoby obojga płci, w wieku od 65 do 92 lat (średnia wieku = 72,2 roku; mediana = 68 lat; odchylenie standardowe = 8,62). U uczestników badania z grupy eksperymentalnej psycholog zdiagnozował problem alkoholowy (N = 8; średnia wieku = 67,8 roku; min. = 65 lat; maks. = 75 lat; mediana = 66,5 roku; SD = 3,66), zaś w grupie kontrolnej zebrano osoby nienadużywające alkoholu (N = 13; średnia wieku = 74,9 roku; min. = 65 lat; maks. = 92 lata; mediana = 73 lata; SD = 9,73). Badania były przeprowadzane w bezpośredniej obecności ich autora – magistra psychologii klinicznej.

Za narzędzie badawcze posłużyła polska adaptacja „Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego" (MMSe) autorstwa Folsteina i wsp. [33], która jest klinicznym badaniem przesiewowym w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych, oceniającym zdolności arytmetyczne oraz procesy przechowywania informacji w pamięci. MMSe jest skutecznym i powszechnie akceptowanym narzędziem badawczym stosowanym do oceny stopnia zaburzeń poznawczych u osób w podeszłym wieku [36, 37].

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 10.0 PL, StatSoft Polska. Do opisu zebranych danych wykorzystano statystykę opisową, natomiast do porównania dwugrupowego użyto testu t dla grup niezależnych. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek $p < 0,05$.

Wyniki

W pierwszej kolejności przeanalizowano wyniki uzyskane w „Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego" przez mieszkańców DPS ze stwierdzoną przez specjalistę chorobą alkoholową oraz nienadużywających alkoholu (**Tabela 1**).

Jak wykazało przeprowadzone badanie, osoby starsze nadużywające alkoholu (N = 8) uzyskały w skali MMSe średni wynik równy 25,25 punktu, w tym najniższy z nich wyniósł 19 punktów (wskazuje na łagodne otępienie), a najwyższy – 29 punktów (brak otępienia). Odchylenie standardowe (SD) otrzymanych wyników wyniosło ok. 3,62.

Tabela 1. Statystyka opisowa wyników w skali MMSe osób w wieku starzenia się i starości nadużywających alkoholu oraz niepijących

Grupa badana	N	M	Min.	Maks.	SD
Osoby starsze pijące	8	25,25	19,00	29,00	3,61544
Osoby starsze niepijące	13	26,39	15,00	30,00	5,18875

M – średnia; Min. – minimum; Maks. – maksimum; SD – odchylenie standardowe

Dalej wykazano, że osoby starsze nienadużywające alkoholu (N = 13) uzyskały w skali MMSe średni wynik równy 26,39 punktu. Najniższy z nich wyniósł 15 punktów (oznaczający otępienie w stopniu umiarkowanym), a najwyższy – 30 punktów (brak zaburzeń funkcji poznawczych). Odchylenie standardowe (SD) wyniosło ok. 5,19.

Następnie poddano analizie porównawczej wyniki uzyskane w „Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego" przez osoby w wieku 65 lat i starsze – mieszkańców domu opieki społecznej, u których stwierdzono chorobę alkoholową (N = 8), jak i tych nienadużywających napojów alkoholowych (N = 13) (**Tabela 2**).

Jak wynika z danych zamieszczonych w **tabeli 2**, nie stwierdzono istotnej różnicy statystycznej w wyniku punktowym uzyskiwanym przez dwie badane grupy – grupę eksperymentalną i grupę kontrolną (**Rycina 1**).

Co prawda osoby niepijące uzyskały średni wynik wyższy (M = 26,39) niż osoby zmagające się z chorobą alkoholową (M = 25,25), jednak różnica ta nie jest istotna statystycznie na poziomie min. $p < 0,05$ ($t = -0,541$; $p = 0,595$). Na wynik badania mogła mieć wpływ mała liczba przebadanych osób. Jest to jednak uwarunkowane możliwościami organizacyjnymi osób przeprowadzających niniejsze badanie.

Podsumowanie

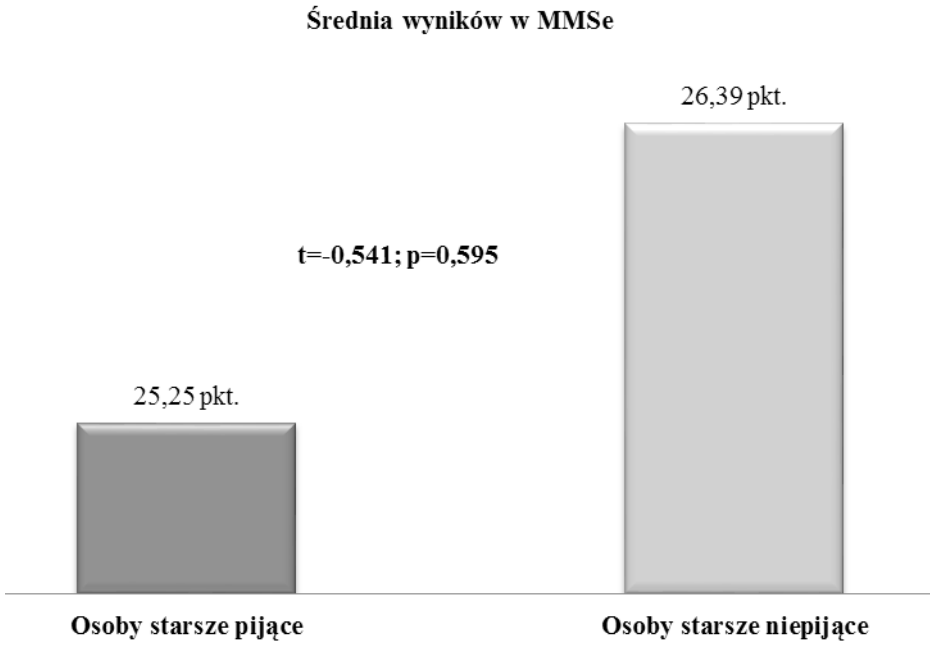
W związku ze stałym wydłużaniem się długości życia człowieka, jak i mając na uwadze stopniowe zmniejszanie się liczby ludności Polski, należy przyjąć, że osoby w wieku starzenia się i starości wraz u upływającym czasem będą stanowiły coraz większy odsetek społeczeństwa [38]. Problem starzenia się społeczeństw nie dotyczy jednak tylko Polski, bowiem już w 2002 roku w wielu krajach europejskich – między innymi w Niemczech, Włoszech, Grecji, Hiszpanii, Belgii, Wielkiej Brytanii czy Portugalii – odsetek osób starszych stanowił od 18 do 20% ogółu obywateli wymienionych wyżej krajów [22]. Większość z nich staje zatem na progu tak zwanej demograficznej starości [22], której przyczyn można doszukiwać się między innymi w rozwoju współczesnej medycyny, techniki, poprawy warunków bytowych [39] oraz ogólnego postępu cywilizacyjnego [40]. W związku z powyższym szczególną uwagę należy skierować na problemy seniorów. Etiologii tych problemów można doszukiwać się w stylu życia oraz postępującym starzeniu się organizmu.

Celem niniejszej pracy było porównanie stopnia zaburzeń funkcji poznawczych charakterystycznych dla zespołu otępiennego wśród dwóch grup osób starszych,

Tabela 2. Analiza porównawcza wyników w skali MMSe osób starszych nienadużywających i nadużywających alkoholu

Grupa badana	M	t	df	p	N	SD
Osoby starsze pijące	25,25	-0,54054	19	0,59510	8	3,61544
Osoby starsze niepijące	26,39				13	5,18875

M – średnia; t – wartość w teście t-Studenta; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; SD – odchylenie standardowe



Rycina 1. Graficzne przedstawienie uzyskanych przez badane podgrupy wyników

pensjonariuszy poznańskiego Domu Pomocy Społecznej. Jedną grupę stanowiły osoby nadużywające alkoholu (seniorzy ze stwierdzoną przez specjalistę chorobą alkoholową), drugą – osoby starsze niepijące (brak stwierdzonej choroby alkoholowej). Za narzędzie badawcze posłużyła polska adaptacja „Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego" (MMSe) autorstwa Folsteina i wsp. [33].

Jak wykazały nasze badania, pomiędzy osobami niepijącymi a spożywającymi alkohol w sposób szkodliwy nie odnotowano istotnych różnic statystycznych w uzyskanym wyniku w skali MMSe. Nie oznacza to oczywiście, że alkohol nie wpływa bezpośrednio na funkcjonowanie poznawcze osób go nadużywających. Stopień zmian w funkcjonowaniu poznawczym, których źródło leży w problemie alkoholowymi, uwarunkowany jest bowiem m.in. tak okresem jego spożywania (tygodnie, miesiące, lata), jak i momentem rozpoznania problemu, a co za tym idzie – czasem leczenia. Zaznaczamy także, iż wpływ na wynik badania mogła mieć mała liczba przebadanych osób – wyniki nie odzwierciedlają więc rangi problemu w odniesieniu do większej grupy populacyjnej. Stąd też niniejsze opracowanie nie rości sobie praw do holistycznego zaprezentowania problemów spowodowanych chorobą alkoholową i zespołami otępiennymi wśród osób starszych, tym bardziej że są to problemy globalne, dotykające coraz większych grup osób, mające negatywne konsekwencje dla codziennego funkcjonowania osób starszych [15–17, 41, 42].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Galus K, Kocemba J. Podręcznik Geriatrii. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 1999.
2. Gryglewska B, Skalska A, Żak M. Choroby układu ruchu. W: Kocemba J, Grodzicki T (red.). Zarys gerontologii klinicznej. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ, Kraków, 2000, 66–83.
3. Biercewicz M. Specyfika pracy pielęgniarki na oddziale geriatrii. W: Biercewicz M (red.). Pielęgniarstwo w geriatrii. Borgis, Warszawa, 2006.
4. Drużbicki M, Wrzosek K, Przysada G i wsp. Ocena równowagi i chodu osób starszych uczestniczących w zajęciach ruchowych w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Young Sport Science Of Ukraine. 2010;4:53–59.
5. Wnuk B, Walusiak M, Durmała J i wsp. Wpływ fizjoterapii rozszerzonej o różne formy treningu chodu na bieżni ruchomej na sprawność funkcjonalną osób starszych zagrożonych upadkiem. Fizjoterapia. 2010;8(2):3–9.
6. Simpson JM. Eldery people at risk of falling: the role of muscle weakness. Physiother. 1993;79:12–18.
7. Hryniewiecki L. Żywienie ludzi w wieku starczym i podeszłym. Nowa Klinika. 1998;12:1244–1249.
8. Wiśniewska-Roszkowska K. Starość jako zadanie. IWPAX, Warszawa, 2001.
9. Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J. Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrii. Czelej, Lublin, 2000.
10. Grabowska E, Sporadyk M. Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zachowań żywieniowych starszych mieszkańców Krakowa. Gerontol Pol. 2003;11:35–37.
11. World Health Organization. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10: klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (tłumaczenie polskie). 1997.
12. Barcikowska M. Otępienie w podeszłym wieku. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk, 2006.
13. Rossa G. Rozpowszechnienie otępienia typu Alzheimera i otępienia naczyniowego na terenie miasta i gminy Świebodzin. Psychiatr Pol. 1997;31:121–134.
14. Gabryelewicz T. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych wśród mieszkańców warszawskiej dzielnicy Mokotów w wieku 65–84 lat. Psychiatr Pol. 1999;3:353–366.
15. Hofman A, Rocca WA, Brayne C i wsp. The prevelence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980–1990 findings. EURODEM Prevalence Research Group. Int J Epidemiol. 1991;3:736–748.
16. Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a meta-analysis. Neurology. 1998;51(3):728–733.
17. Matthiews FE, Denning T. Prevalence of dementia in institutional care. Lancet. 2002;360:225–226.
18. Giles TD, Sander EG. Alcohol – a cardiovascular drug? Am J Geriatr Cardiol. 2005;14:154–158.
19. Dufour MC, Archer L, Gordis E. Alcohol and the elderly. Clin Geriatr Med. 1992;18(1):127–141.
20. Chodkiewicz J, Pisarski A. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej a problematyka uzależnień – doniesienie z badań. Terapia Uzależnień i Współuzależnień. 2000;3:23–26.
21. Gunter TD, Arndt S. Maximizing treatment of substance abuse in the elderly. Behav Health Manag. 2004;3.
22. Blow FC, Barry KL. Use and misuse of alcohol among older women. Alcohol Res Health. 2002;26:308–315.
23. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa; 2007.
24. Woronowicz BT. Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa; 2009.
25. Lindeman RD, Wayne SJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Cognitive function in drinkers compared to abstainers in the New Mexico elder health survey. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60:1065–1070.
26. Panza F, Capurso C, D'Introno A i wsp. Alcohol drinking, cognitive functions in older age, predementia, and dementia syndromes. J Alzheimers Dis. 2009;17:7–31.
27. Colman AM. Słownik psychologii. PWN, Warszawa, 2009; 485.
28. Pałczyński J. Otępienie. W: Siuta J (red.n.). Słownik psychologii. Krakowskie Wydawnictwo Naukowe, Kraków, 2009; 175.
29. World Health Organization. The ICD-10 Classification of menthal and behavioral disorders. WHO, Geneva, 1992.
30. World Health Organization. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10: klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowa-

nia w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne (tłumaczenie polskie). 1998.
31. Święcki P. Następstwa zdrowotne picia alkoholu. Terapia. 2001;5:32–35.
32. Gurnack AM, Hoffman NG. Elderly alcohol misuse. Int J Addition. 1992;27(7):869–878.
33. Folstein M, Folstein S, McHugh P. „Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189–198.
34. Borkowska A. Neuropsychologiczne i neurobiologiczne aspekty pamięci operacyjnej. Neuropsychiatria i Neuropsychologia. 2006;1:31–42.
35. Kotapka-Minc S, Szczudlik A. Otępienie. W: Barcikowska M, Bień B, Bidzan L i wsp. (red.). Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień (IGERO 2006). Czelej, Lublin, 2006, 11–22.
36. Kafonek S, Ettinger WH, Roca R, Kittner S, Taylor N, German PS. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. J Am Geriatr Soc. 1998;37:29–34.
37. Tangalos EG, Smith GE, Ivnik RJ i wsp. The Mini-Mental State Examination in general medical practice: clinical utility and acceptance. Mayo Clin Proc. 1996;71:829–837.
38. Główny Urząd Statystyczny. Prognozy demograficzne. W: GUS. Rocznik demograficzny 2010. Warszawa, 2010, 167.
39. Bień B. Społeczno-środowiskowe uwarunkowania starzenia się populacji. Zdrowie Publiczne. 1997;10:273.
40. Muszlik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska. 2006;14:4185–4189.
41. Liberto JG, Oslin DW, Ruskin PE. Alcoholism in older persons: A review of the literature. Hosp Community Psychiatry. 1992;43:975–984.
42. Menninger JA. Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. Bull. Menninger Clin. 2002;66:166–184.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Łukasz Bojkowski
ul. Piotra Skargi 30c/11
62-060 Stęszew
e-mail: lukasz.bojkowski@wp.pl

PRACA ORYGINALNA

OCENA WIEDZY PERSONELU MEDYCZNEGO I NIEMEDYCZNEGO O PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCIACH RESUSCYTACYJNYCH (BLS) ORAZ ZASTOSOWANIU AUTOMATYCZNEGO DEFIBRYLATORA ZEWNĘTRZNEGO (AED)

KNOWLEDGE ASSESSMENT OF MEDICAL AND NON-MEDICAL STAFF IN REGARD TO BASIC LIFE SUPPORT (BLS) AND THE USE OF THE AUTOMATED EXTERNAL DEFIBRILLATOR (AED)

Ryszard Szpunar, Joanna Żurawska, Beata Pięta

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Prowadzenie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych oraz wykonanie bezpiecznej i skutecznej defibrylacji przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego powinny być umiejętnościami wymaganymi od wszystkich obywateli, a w szczególności od pracowników ochrony zdrowia. Przeprowadzone badanie ankietowe wykazało, że wiedza i umiejętności dotyczące prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez pracowników ochrony zdrowia nie są zadowalające. Należy zwrócić uwagę, aby szkolenia z BLS/AED były powtarzane cyklicznie, a formuła szkoleń była dostosowana do grup zawodowych.
Cel. Celem pracy było określenie poziomu wiedzy pracowników medycznych i niemedycznych na temat podstawowych czynności resuscytacyjnych (BLS) oraz stosowania automatycznej defibrylacji zewnętrznej (AED).
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w 160-osobowej grupie pracowników szpitala, biorących udział w kursie BLS/AED. Wykorzystano kwestionariusz ankiety.
Wyniki. W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, iż wiedza personelu medycznego jest w nieznacznym stopniu wyższa niż wiedza personelu pracującego na stanowiskach administracyjnych, technicznych lub innych. W przypadku obu grup wiedza ta jest jednak niewystarczająca i wymaga uzupełnienia w zakresie bezprzyrządowej techniki udrażniania dróg oddechowych, miejsca uciskania klatki piersiowej oraz głębokości uciskania klatki piersiowej. Natomiast największą wiedzą pracownicy wykazali się w zakresie częstości uciskania klatki piersiowej oraz określenia czasu, w którym należy użyć AED.
Wnioski. 1. Wiedza personelu medycznego i niemedycznego z zakresu podstawowych czynności resuscytacyjnych jest niewystarczająca. 2. Osoby z personelu zarówno niemedycznego, jak i medycznego nie mają wystarczającej wiedzy na temat AED. 3. Coroczne szkolenia BLS/AED wydają się być najlepszym sposobem utrzymania odpowiedniej wiedzy i umiejętności.

Słowa kluczowe: podstawowe czynności resuscytacyjne, automatyczna defibrylacja zewnętrzna.

ABSTRACT

Introduction. Every citizen, and especially healthcare professional, should have skills in basic life support and ability to deliver safe and effective defibrillation with an automated external defibrillator. The conducted questionnaire study revealed that knowledge and skills for conducting cardiopulmonary resuscitation by healthcare professionals are not satisfactory. BLS/AED training must be repeated periodically and the training formula should be tailored to professions of participants.
Aim. The aim of the study was to determine the level of knowledge of medical and non-medical staff regarding basic life support (BLS) and the use of the automated external defibrillator (AED).
Material and methods. The study was conducted on a group of 160 hospital staff members participating in a BLS/AED training, based on a questionnaire.
Results. The study revealed that the level of knowledge of the medical staff is slightly higher than that of administration, technical and other staff. In both groups, however, the knowledge is insufficient and additional learning is required in regard to cardiopulmonary resuscitation as well as the place and depth of chest compressions. The staff members exhibited the highest levels of knowledge in respect of the frequency of chest compressions and the time when AED should be used.
Conclusions. 1. The knowledge of basic life support of both, medical and non-medical staff is insufficient. 2. Non-medical and medical staff do not have sufficient knowledge about AED. 3. Annual BLS/AED trainings seem to be the best way of maintaining adequate knowledge and skills.

Keywords: BLS – basic life support, AED – automated external defibrillator.

Wstęp

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) jest jedną z głównych przyczyn śmierci w Europie. W zależności od tego, jakiej użyjemy skali, mówimy, że NZK dotyczy 55–113 osób na 100 000 mieszkańców lub około 350 000–700 000 osób rocznie [1–3].

Jako główną przyczynę nagłego zatrzymania krążenia przyjmuje się migotanie komór (VF – *ventricular fibrillation*) lub częstoskurcz komorowy (VT – *ventricular tachycardia*) bez tętna – stanowią one około 25–50% wszystkich zatrzymań krążenia w warunkach pozaszpitalnych, rejestrowanych przez zespoły ratownictwa medycznego [4, 5]. Liczba zatrzymań krążenia w rytmach do defibrylacji spada w ciągu ostatnich 20 lat.

Silny ból w klatce piersiowej należy traktować jako objaw niedokrwienia mięśnia sercowego, który jest przyczyną zatrzymania krążenia w pierwszej godzinie u jednej trzeciej do jednej czwartej chorych, u których stwierdzono ostry zespół wieńcowy [6].

Wczesne powiadomienie ratownictwa medycznego w przypadku zatrzymania krążenia pochodzenia sercowego w warunkach pozaszpitalnych prowadzi do większej przeżywalności [7–10]. Wczesne wykonanie defibrylacji (3–5 minut) w VF Lub VT/p w warunkach pozaszpitalnych przez osoby postronne przy użyciu AED może skutkować wysoką przeżywalnością nawet do 76% [11–14]. Każda minuta opóźnienia defibrylacji zmniejsza przeżywalność o 10–12% [15, 16]. Przeżycie u pacjentów, u których nie podjęto podstawowych czynności resuscytacyjnych, jest znacznie niższe [17].

Nagłe zdarzenie, jakim jest zatrzymanie krążenia, powoduje, że jest ono zawsze dużym wyzwaniem dla osób niosących pomoc, nawet jeśli są wysokiej klasy specjalistami. Dlatego niezwykle ważne jest zdobycie praktycznych umiejętności prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ale również regularne powtarzanie nabytej wiedzy i umiejętności.

Cel

Celem pracy było określenie poziomu wiedzy pracowników medycznych i niemedycznych na temat podstawowych czynności resuscytacyjnych (BLS) oraz stosowania automatycznej defibrylacji zewnętrznej (AED).

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 160 losowo wybranych osób z jednego z poznańskich szpitali. Z grupy 160 osób wyłoniono 72 osoby z personelu medycznego (lekarz, pielęgniarka, położna) oraz 88 osób z personelu niemedycznego (administracja, dział techniczny, laboratorium, apteka). Z badania zostały wyłączone osoby pracujące w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej oraz w Specjalistycznym Oddziale Ratunkowym. Obie grupy badane różniły się pod względem płci i wieku. Badanie zostało przeprowadzone od stycznia do kwietnia 2015 roku.

Pracownicy biorący udział w kursie BLS/AED przed rozpoczęciem szkolenia i po szkoleniu zostali poproszeni o wypełnienie ankiety. Każdy pracownik biorący udział w badaniu został poinformowany o celu badania i wyraził świadomą zgodę na udział w badaniach.

Za pomocą ankiety własnej zbadano podstawową wiedzę dotyczącą podstawowych czynności resuscytacyjnych oraz postępowania z automatycznym defibrylatorem zewnętrznym.

Ankieta została podzielona na trzy części. Część pierwszą stanowiły pytania socjodemograficzne. Część druga zawierała pytania dotyczące BLS i AED. Część trzecia zawierała pytania dotyczące wiedzy i umiejętności po kursie BLS/AED. Pytania do ankiety zostały ułożone na podstawie wytycznych ERC 2010.

Na podstawie wyników otrzymanych z odpowiedzi określono wiedzę na temat BLS i AED przed kursem oraz określono obszar, z jakim kursanci mieli największy problem.

Wyniki badań

Badanym grupom zadano pytania sprawdzające wiedzę o podstawowych czynnościach resuscytacyjnych i postępowaniu z automatycznym defibrylatorem zewnętrznym. Pytania były jednokrotnego wyboru, za prawidłową odpowiedź można było uzyskać 1 punkt.

Odpowiedzi na pytania w grupie medycznej przedstawiały się następująco.

Bezprzyrządową technikę udrażniania dróg oddechowych, rękoczyn czoło–żuchwa, znało 19 osób, 53 osoby nie znały technik lub wskazały błędną metodę udrażniania dróg oddechowych, 12 osób uznało, że pochylenie się nad pacjentem jest wystarczające, aby ocenić oddech, a 41 osób uważało, że samo odgięcie głowy jest wystarczające (**Rycina 1**).

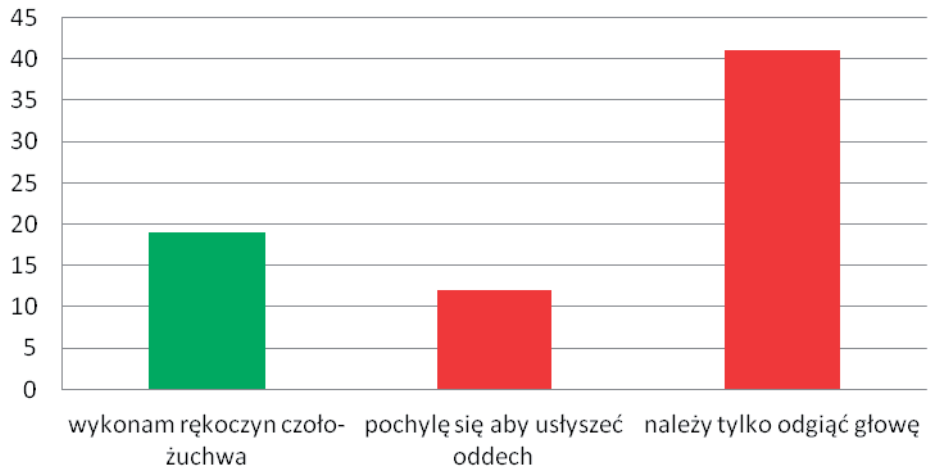
Na pytanie „wskaż miejsce uciskania klatki piersiowej" prawidłowo odpowiedziało 29 osób i wskazało środek klatki piersiowej. 43 osoby wskazały błędne miejsce uciskania klatki piersiowej (42 osoby wskazały środek mostka, a 1 osoba wskazała górną część mostka) (**Rycina 2**).

Prawidłową głębokość uciskania klatki piersiowej znały 33 osoby i wskazały 5–6 cm. 39 osób wskazało błędną odpowiedź, w tym 28 osób z nieprawidłową odpowiedzią wskazało na 3–4 cm, a 11 osób uznało, że około 3 cm (**Rycina 3**).

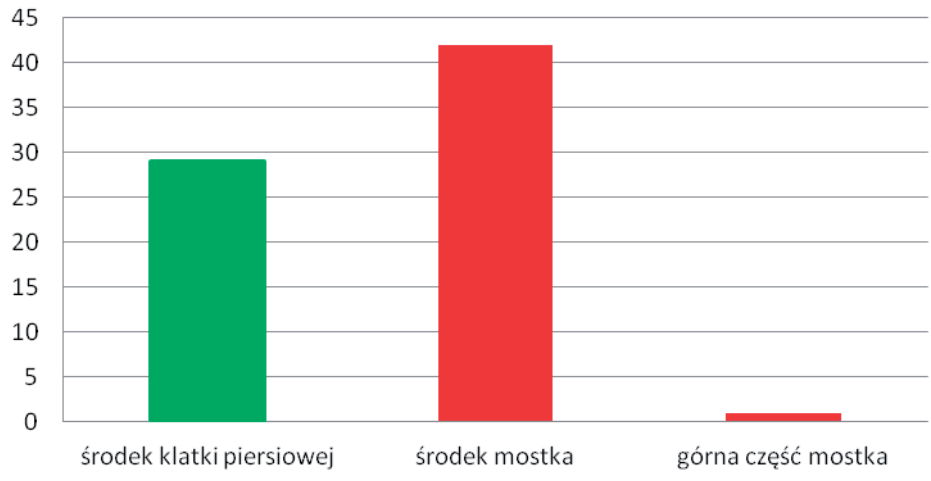
Zakres częstości uciskania klatki piersiowej prawidłowo wskazały 52 osoby, podając 100–120 uciśnięć na minutę. 20 osób wskazało odpowiedź błędną, w tym 15 osób wskazało częstość w zakresie 80–90 uciśnięć na minutę, a 5 osób wskazało częstość 70–80 uciśnięć na minutę (**Rycina 4**).

Na pytanie o to, „kiedy należy użyć AED" prawidłowo odpowiedziało 57 osób i odpowiedziało „natychmiast po dostarczeniu". 15 osób nie znało prawidłowej odpowiedzi, w tym 11 osób uważało, że należy prowadzić 2 minuty RKO, 4 osoby uznały, że RKO jest ważniejsza i AED powinien być użyty po 5 minutach (**Rycina 5**).

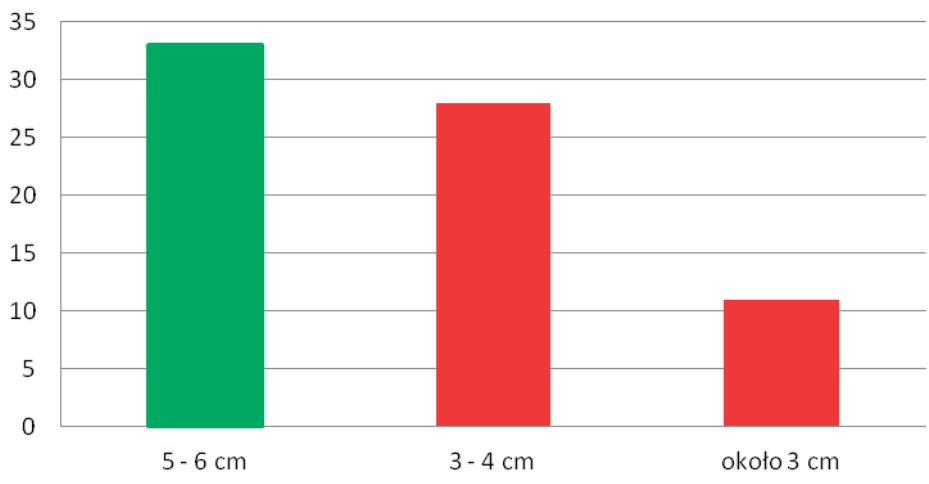
Wszyscy badani respondenci z tej grupy określili jednoznacznie, że szkoleń z BLS i AED nigdy nie mieli. Kursanci uznali także, że wykład, warsztaty i ćwiczenia symulowane



Rycina 1. Udrażnianie dróg oddechowych



Rycina 2. Miejsce uciskania klatki piersiowej

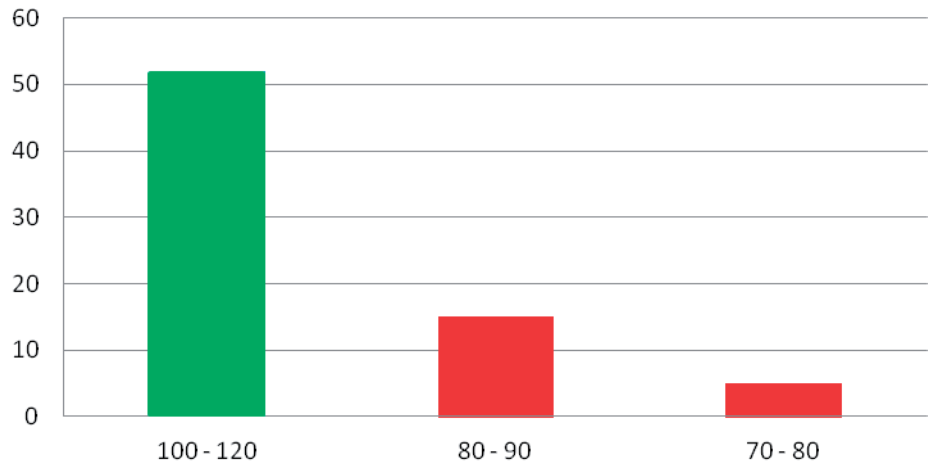


Rycina 3. Głębokość uciskania klatki piersiowej

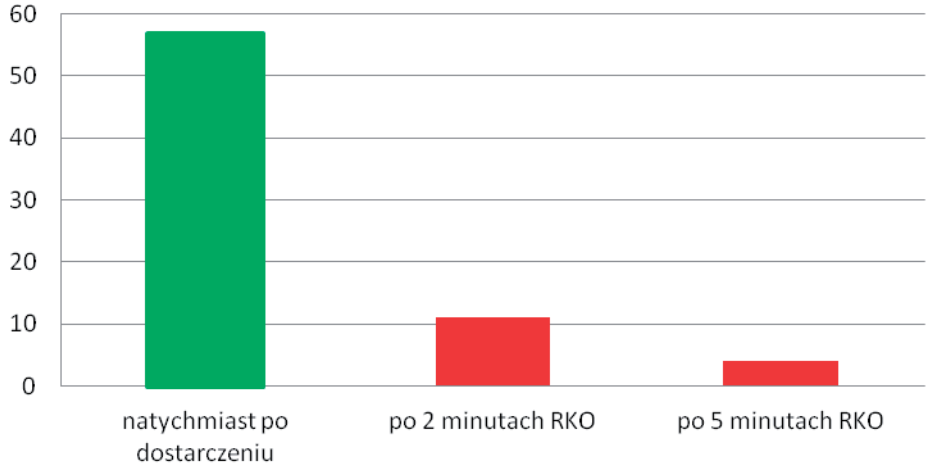
to bardzo dobra forma szkoleniowa z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz automatycznej defibrylacji zewnętrznej.

Druga grupa składająca się z osób z personelu niemedycznego na powyższe pytania odpowiedziała w sposób następujący.

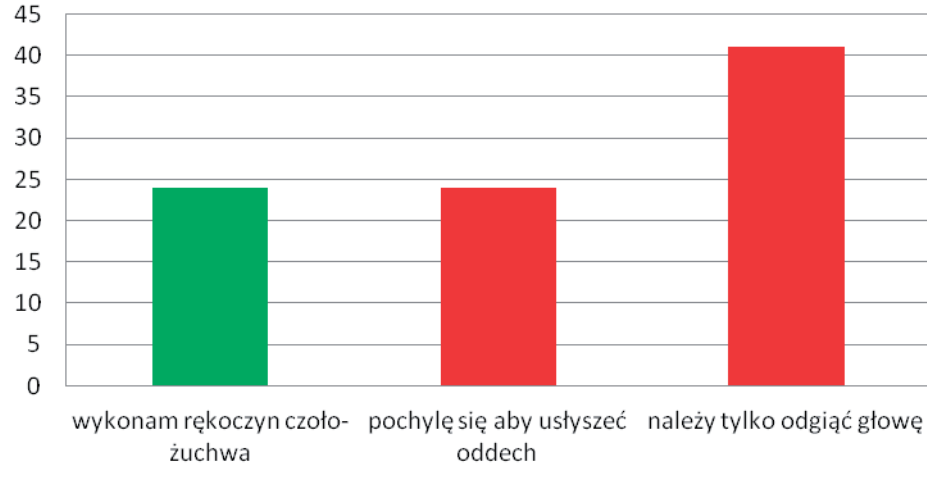
Bezprzyrządową technikę udrażniania dróg oddechowych, rękoczyn czoło–żuchwa, znały 24 osoby, 64 osoby nie znały technik lub wskazały błędną metodę udrażniania dróg oddechowych: 23 osoby uznały, że pochylenie się nad pacjentem jest wystarczające, aby ocenić oddech, a 41 osób uważało, że samo odgięcie głowy jest wystarczające (**Rycina 6**).



Rycina 4. Częstość uciskania klatki piersiowej



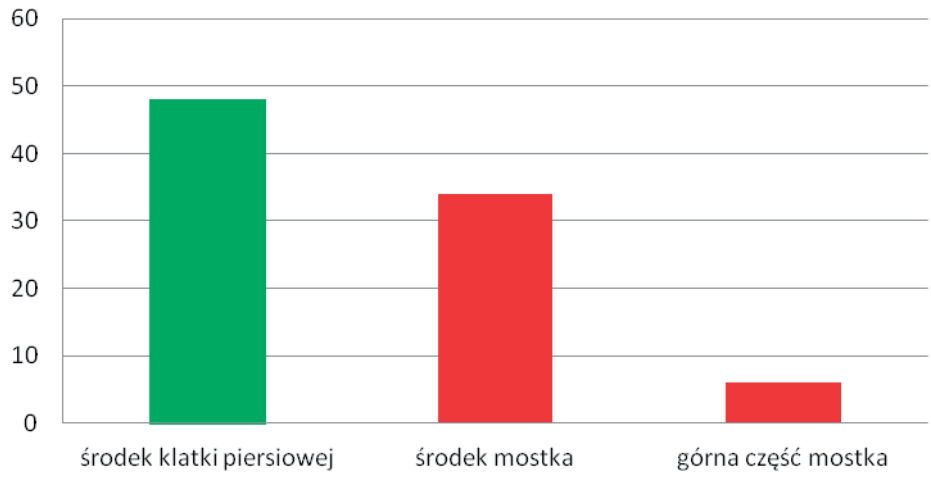
Rycina 5. Kiedy należy użyć AED w NZK?



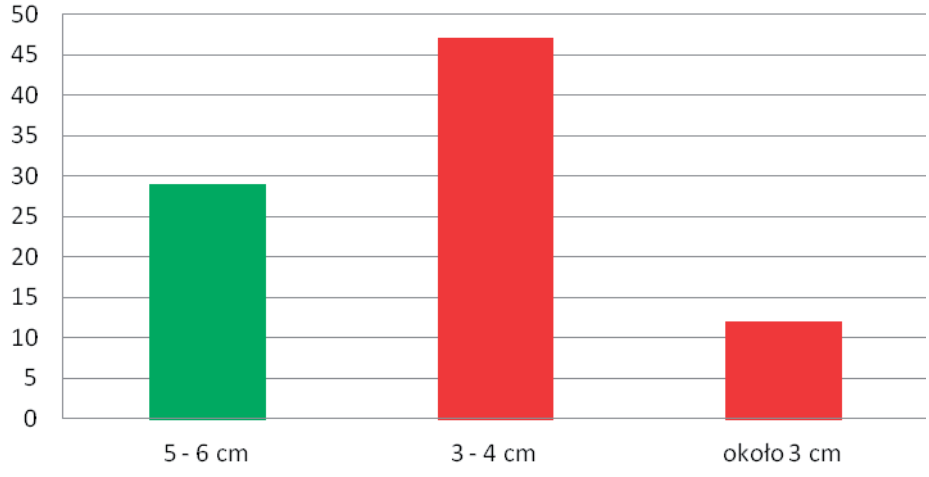
Rycina 6. Udrażnianie dróg oddechowych

Na pytanie „wskaż miejsce uciskania klatki piersiowej" prawidłowo odpowiedziało 48 osób i wskazało środek klatki piersiowej. 40 osób wskazało błędne miejsce uciskania klatki piersiowej, z tego 34 osoby wskazały środek mostka, a 6 osób wskazało górną część mostka (**Rycina 7**).

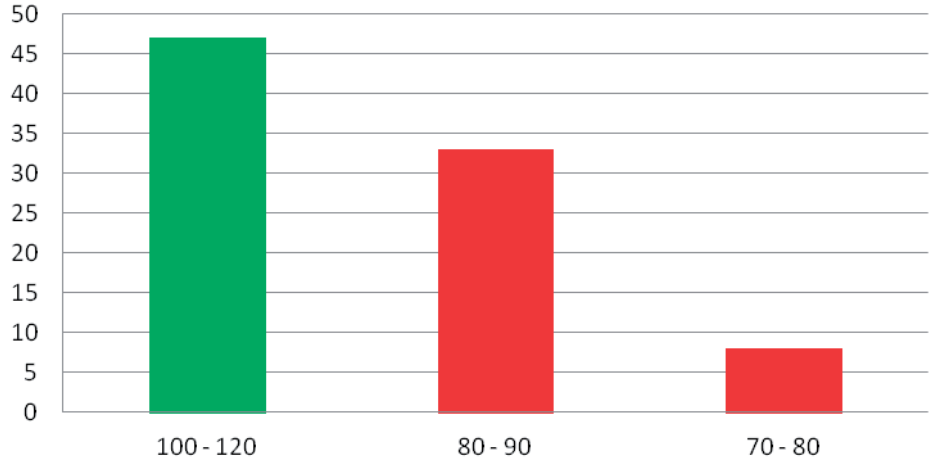
Prawidłową głębokość uciskania klatki piersiowej znało 29 osób i wskazało jako odpowiedź prawidłową 5–6 cm. 59 osób wskazało błędną odpowiedź, w tym 47 osób wskazało na 3–4 cm, a 12 osób uznało, że około 3 cm (**Rycina 8**).



Rycina 7. Miejsce uciskania klatki piersiowej



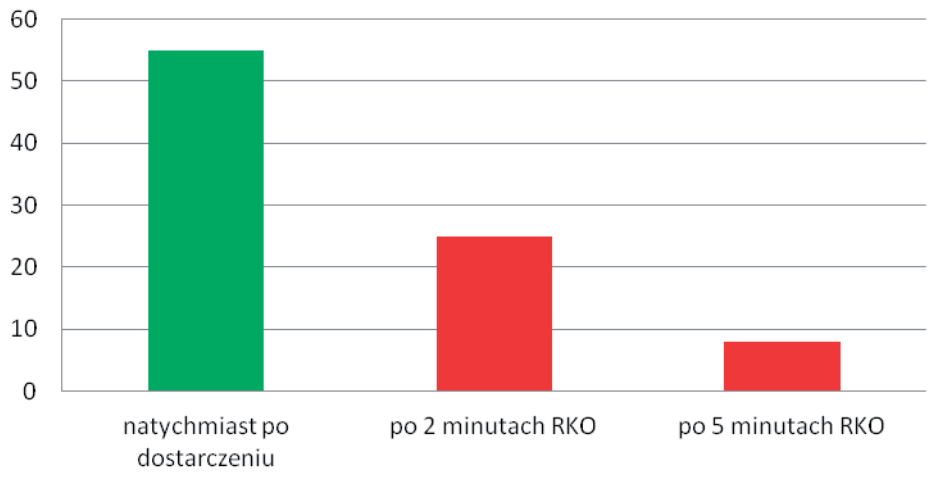
Rycina 8. Głębokość uciskania klatki piersiowej



Rycina 9. Częstość uciskania klatki piersiowej

Zakres częstości uciskania klatki piersiowej prawidłowo wskazało 47 osób, podając jako właściwą odpowiedź 100–120 uciśnięć na minutę. 41 osób wskazało odpowiedź błędną, w tym 33 osoby wskazały częstość w zakresie 80–90 uciśnięć na minutę, a 8 osób wskazało częstość 70–80 uciśnięć na minutę (**Rycina 9**).

Na pytanie o to, „kiedy należy użyć AED" prawidłowo odpowiedziało 55 osób, wybierając opcję „natychmiast po dostarczeniu". 33 osoby nie znały prawidłowej odpowiedzi, z tego 25 osób uważało, że należy prowadzić 2 minuty resuscytacji krążeniowo-oddechowej, a 8 osób uznało, że resuscytacja krążeniowo-oddechowa jest ważniejsza i au-



Rycina 10. Kiedy należy użyć AED w NZK

tomatyczny defibrylator zewnętrzny powinien być użyty po 5 minutach (**Rycina 10**).

Podobnie jak w grupie pierwszej respondenci uznali jednoznacznie, że zajęć z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i automatycznego defibrylatora zewnętrznego nie mieli. Ankietowani uważali również, że zajęcia powinny odbywać się cyklicznie.

Ponadto potwierdzili trafność doboru szkolenia składającego się z trzech elementów: wykładu, warsztatów i ćwiczeń symulowanych, dodając, że ćwiczenia są dla nich najistotniejsze.

Dyskusja

Powyższe badanie ankietowe wykazało duże różnice wiedzy o podstawowych czynnościach resuscytacyjnych oraz umiejętności zastosowania automatycznego defibrylatora zewnętrznego pomiędzy pracownikami z personelu medycznego i niemedycznego.

Podstawowe czynności resuscytacyjne to zespół zabiegów, których zadaniem jest podtrzymywanie podstawowych funkcji życiowych, takich jak krążenie krwi i oddech. Obok podstawowych zabiegów resuscytacyjnych kluczowe znaczenie w nagłym zatrzymaniu krążenia, zwłaszcza w warunkach pozaszpitalnych, ma zastosowanie automatycznego defibrylatora zewnętrznego.

Wytyczne ERC 2010 określają jednoznacznie, że wysoka świadomość sytuacyjna, czyli rozpoczęcie uciskania klatki piersiowej i wykonanie oddechów ratowniczych przez osoby postronne jeszcze przed przybyciem zespołów ratownictwa medycznego, może decydować o przeżywalności poszkodowanego. Jeśli przy tych czynnościach (RKO) zastosujemy automatyczny defibrylator zewnętrzny w czasie krótszym niż 2 minuty, przeżywalność w NZK w rytmach do defibrylacji może sięgnąć ponad 70%. Prowadzenie czynności resuscytacyjnych wymaga współdziałania niekiedy kilku osób nie zawsze będących medykami. Dlatego niezmiernie ważne jest szkolenie wszystkich pracowników szpitala, gdyż mają oni największy kontakt z pacjentem.

Badanie wykazało, że spośród 160 osób tylko 43 osoby znają bezprzyrządową metodę udrażniania dróg oddechowych, jaką jest rękoczyn czoło–żuchwa. Utrzymanie drożnych dróg oddechowych jest niezmiernie ważnym elementem zarówno w potwierdzeniu nagłego zatrzymania krążenia, jak i w wykonaniu oddechów ratowniczych. Kolejna część grupy (82 osoby) uznała odgięcie głowy za wystarczające do utrzymania drożności, a 35 osób uważało, że poprzez samo pochylenie się nad pacjentem można ocenić oddech.

Prawidłowe miejsce uciskania klatki piersiowej (środek klatki piersiowej) wskazało 77 osób, pozostałe 83 osoby nie przywiązały znaczącej wagi do miejsca uciskania klatki piersiowej: 76 osób wskazało na środek mostka, a 7 na jego górną część.

Ważny parametr resuscytacji, jakim jest głębokość uciskania klatki piersiowej, prawidłowo wskazały 62 osoby spośród 160 badanych. Pozostała część grupy uciskała klatkę piersiową zbyt płytko. Prawidłową częstość uciskania klatki piersiowej w resuscytacji wskazało 99 osób, pozostała część ankietowanych (61 osób) uciskała klatkę piersiową zbyt wolno.

Znaczenie wcześnie wykonanej defibrylacji za pomocą AED znało 112 osób. Pozostała część ankietowanych (48 osób) nie przywiązała należytej uwagi do wczesnego leczenia rytmów defibrylacyjnych.

O wiele bardziej niepokojącym problemem jest brak cykliczności szkoleń z podstawowych czynności resuscytacyjnych oraz dostosowanie ich do potrzeb poszczególnych grup pracowników. Z opinii osób, które odbyły szkolenie, wynika, że formuła 3-etapowa (wykład, warsztaty, ćwi-

czenia symulowane) jest najlepszą metodą dydaktyczną. Wykład przypomina lub uczy podstaw objętych tematem szkolenia, warsztaty pozwalają nabyć umiejętności pojedynczych czynności, a ćwiczenia w warunkach symulowanych pozwalają na nabycie umiejętności pracy zespołowej.

Podobne wyniki uzyskały Czarnota i Morzyk, które wykazały, że wiedza i umiejętności pielęgniarek w zakresie wykonywania zabiegów resuscytacyjnych są na poziomie średnim [18].

Dlatego należy dołożyć wszelkich starań, aby utrzymywać na wysokim poziomie wiedzę o podstawowych czynnościach resuscytacyjnych i umiejętności z tego zakresu wśród pracowników ochrony zdrowia, a także aktywnej części obywateli.

Wnioski

Wiedza personelu medycznego i niemedycznego o podstawowych czynnościach resuscytacyjnych jest niewystarczająca.

Osoby z personelu zarówno niemedycznego, jak i medycznego nie mają wystarczającej wiedzy na temat AED.

Coroczne szkolenia BLS/AED wydają się być najlepszym sposobem utrzymania odpowiedniej wiedzy i umiejętności.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: systematic review of 67 prospectivestudies. Resuscitation. 2010;81:1479–1487.
2. Grasner JT, Herlitz J, Koster RW, Rosell-Ortiz F, Stamatakis L, Bossaert L. Quality management in resuscitation – towards a European cardiac arrest registry (EuReCa). Resuscitation. 2011;82:989–994.
3. Grasner JT, Bossaert L. Epidemiology and management of cardiac arrest: whatregistries are revealing. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2013;27:293–306.
4. Cummins R, Thies W. Automated external defibrillators and the AdvancedCardiac Life Support Program: a new initiative from the American Heart Asso-ciation. Am J Emerg Med. 1991;9:91–93.
5. Waalewijn RA, Nijpels MA, Tijssen JG, Koster RW. Prevention of deteriorationof ventricular fibrillation by basic life support during out-of-hospital cardiacarrest. Resuscitation. 2002;54:31–36.
6. Muller D, Agrawal R, Arntz HR. How sudden is sudden cardiac death? Circulation. 2006;114:1146–1150.
7. Waalewijn RA, Tijssen JG, Koster RW. Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam Resuscitation Study (ARRESUST). Resuscitation. 2001;50:273–279.
8. Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:63–81.
9. Nehme Z, Andrew E, Bernard S, Smith K. Comparison of out--of-hospitalcardiac arrest occurring before and after paramedic arrival: epidemiology, survival to hospital discharge and 12-month functional recovery. Resuscitation. 2015;89:50–57.
10. Takei Y, Nishi T, Kamikura T, et al. Do early emergency calls before patientcollapse improve survival after out-of-hospital cardiac arrests? Resuscitation. 2015;88:20–27.
11. Blom MT, Beesems SG, Homma PC, et al. Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest and use of automated external defibrillators. Circulation. 2014;130:1868–1875.
12. Berdowski J, Blom MT, Bardai A, Tan HL, Tijssen JG, Koster RW. Impact of onsiteor dispatched automated external defibrillator use on survival after out-of-hospital cardiac arrest. Circulation. 2011;124:2225–2232.
13. Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG. Outcomesof rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. N Engl J Med. 2000;343:1206.
14. Ringh M, Rosenqvist M, Hollenberg J, et al. Mobile-phone dispatch of laypersonsfor CPR in out-of-hospital cardiac arrest. N Engl J Med. 2015;372:2316–2325.
15. Waalewijn RA, Tijssen JG, Koster RW. Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the AmsterdamResuscitation Study (ARRESUST). Resuscitation. 2001;50:273–279.
16. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survivalfrom out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med. 1993;22:1652–1658.
17. Valenzuela TD, Roe DJ, Cretin S, Spaite DW, Larsen MP. Estimating effectivenessof cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. Circulation. 1997;96:3308–3313.
18. Czarnota J, Morzyk M Ocena wiedzy pielęgniarek w zakresie stosowania resuscytacji i reanimacji w nagłych stanach zagrożenia życia. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2009;1–2:23–29.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań

PRACA ORYGINALNA

OPINIE PERSONELU MEDYCZNEGO NA TEMAT AGRESYWNYCH ZACHOWAŃ PACJENTÓW

OPINIONS MEDICAL PERSONNEL ABOUT AGGRESSIVE BEHAVIOR OF PATIENTS

Daniela Grudzień, Patrycja Zurzycka, Teresa Radzik

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp. Personel medyczny podczas swojej pracy obciążony jest nie tylko wieloma obowiązkami zawodowymi związanymi z ratowaniem ludzkiego życia i zdrowia, ale także agresją ze strony samych pacjentów. Zjawisko to jest coraz bardziej powszechne, o czym donoszą media. Wskazują na to także wyniki przeprowadzonych badań.
Cel. Celem pracy było poznanie opinii personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów na oddziałach szpitalnych.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 115 respondentów, wśród których byli lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, metodą sondażu diagnostycznego, w ramach którego posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety zmodyfikowanym o pytania ze skali SOAS.
Wyniki. W badanej grupie 99,1% zetknęło się z agresją pacjentów w swojej pracy zawodowej, najczęściej kontakt z pacjentem agresywnym mieli ratownicy medyczni (66,7%), rzadziej lekarze (50,0%) i pielęgniarki oraz pielęgniarze (46,2%). Najczęstszą formą agresji była agresja słowna (58,3%): podniesiony głos (80,9%), wulgaryzmy (62,6%) i lekceważące wypowiadanie się o personelu (55,7%).
Wnioski. Badani przedstawiciele personelu medycznego najczęściej spotykali się z agresją werbalną pacjentów, która przejawiała się: użyciem podniesionego głosu, wygłaszaniem wulgaryzmów i lekceważącym wypowiadaniem się o personelu. Agresja fizyczna według większości badanego personelu stanowiła zjawisko sporadyczne. Grupę zawodową najbardziej narażoną na agresję ze strony pacjentów stanowili ratownicy medyczni. W opinii personelu najczęściej zachowania agresywne przejawiały osoby w stanie upojenia alkoholowego i chorujące psychicznie.

Słowa kluczowe: zachowania agresywne, personel medyczny, opinie.

ABSTRACT

Introduction. Medical staff during their work is not only loaded with many professional obligations related to saving human life and health, as well as aggression of patients. This phenomenon is becoming more common, as reported by the media, as well as the results of the tests.
Aim. The aim of this study was to know the opinion of the medical staff about the aggressive behavior of patients in hospital wards.
Material and methods. The study was conducted in a group of 115 respondents, among whom were doctors, nurses and paramedics, diagnostic survey method, under which copyright was used a modified questionnaire survey of questions from the scale of SOAS.
Results. In the study group, 99.1% experienced aggression of patients in his professional career, the most aggressive contact with the patient had paramedics (66.7%), fewer physicians (50.0%) and nurses (46.2%). The most common form of aggression was verbal aggression (58.3%), this was a raised voice (80.9%), profanity (62.6%), and disrespectful speaking about the staff (55.7%).
Conclusions. In the opinion of the medical staff, they frequently experienced verbal aggression of patients in the form of raised voice, profanity and disrespectful speaking about the staff. Physical aggression was a sporadic phenomenon in staff's opinion. paramedics were the most exposed to aggression patients. In the opinion of the staff the most common cause of aggressive behavior were drunk people and mental illness.

Keywords: aggression, medical personnel, opinions.

Wstęp

Relacja personel medyczny–pacjent jest szczególnie wymagająca i obciążona możliwością pojawienia się zachowań agresywnych z wielu powodów. Środowisko szpitalne jest źródłem licznych obaw, a znalezienie się w nim, według potocznego rozumowania, oznacza poważne zagrożenia stanu zdrowia. Pacjent przybywa do nowego, obcego otoczenia, z dala od rodziny i własnego domu, nie ma w zasięgu swoich prywatnych przedmiotów, z którymi przebywał na co dzień. W obliczu tak złożonej sytuacji chory oczekuje pomocy oraz wsparcia ze strony osób trzecich – personelu medycznego. Konieczność korzystania z usług systemu opieki zdrowotnej, a także stan zdrowia mogą wywoływać u pacjentów agresję wobec osób niosących pomoc.

Według Światowej Organizacji Zdrowia przemoc jest utożsamiana z agresją i oznacza ona zamierzone użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie, osobom trzecim lub przeciwko grupie osób. Działania te powodują (lub zwiększają prawdopodobieństwo, że do tego dojdzie) zranienie fizyczne lub psychiczne, a nawet śmierć [1]. Agresja jest zjawiskiem powszechnie uważanym za szkodliwe społecznie, wyrażanym przez wrogie zachowania, powoduje stratę czy szkodę drugiej osoby. Może przybierać formę słowną w postaci wyzwisk, krzyków, obelg, czy fizyczną poprzez zastosowanie siły w formie uderzenia,

kopnięcia, popchnięcia i innych ataków. Zachowania agresywne to czyny, które wywołują ból, szkodę lub utratę cenionych wartości przez drugiego człowieka. Niektórzy badacze podkreślają intencjonalność takich działań, definiując agresję jako każde zachowanie podejmowane z zamiarem skrzywdzenia kogoś [2]. Natomiast za przemoc uważa się akt agresji, którego celem jest ekstremalna krzywda, np. fizyczne zadanie bólu, upodlenie [3]. Agresję podzielić można ze względu na jej charakter na agresję bierną, która realizowana jest poprzez różnego rodzaju zaniechania, oraz agresję czynną podejmowaną poprzez aktywne działania. Agresja czynna może przybrać postać skierowanej wobec atakowanej osoby agresji słownej w formie podniesionego głosu, krzyku, pogróżek, zastraszania, szantażu, wulgarnych wypowiedzi, obraźliwych uwag, przezywania i szydzenia. Drugą postać agresji czynnej stanowi agresja fizyczna w postaci ataku skierowanego na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami w celu zadania bólu lub uszkodzenia ciała osoby atakowanej. Najczęściej przyjmuje ona formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia [4, 5].

Cel

Celem pracy było poznanie opinii personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, w ramach którego posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety zmodyfikowanym o pytania ze Skali Obserwacji Agresji przez Personel (SOAS) Palmstierna. W badanej grupie znalazło się 115 pracowników (pielęgniarek, lekarzy i ratowników medycznych) szpitala klinicznego. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności $\chi 2$, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Obliczeń dokonano przy użyciu programu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki

Niemal połowa badanych (48,7%) miała kontakt z pacjentem agresywnym często – raz lub kilka razy w tygodniu, raz w miesiącu spotykało się z takim pacjentem 16,5% ankietowanych. Sporadyczny kontakt z pacjentem agresywnym w swojej pracy deklarowało 33,9% badanych, tylko 0,9% osób nigdy nie spotkało się w swojej pracy z pacjentem agresywnym. Najczęściej agresja pacjentów skierowana była wobec personelu i była to agresja słowna (58,3%). Sporadyczne występowanie agresji słownej wobec innych pacjentów wskazało 47,0% badanych, natomiast 45,2% osób wymieniło sporadyczne występowanie agresji nieukierunkowanej. Najczęściej wśród jednorazowych aktów agresji pacjentów badani wskazywali agresję fizyczną wobec personelu (25,2%). Częstość występowania agresji i jej ukierunkowanie przedstawia **tabela 1**.

Większość badanych (66,1%) stwierdziła, że kontakt z pacjentem agresywnym następuje częściej podczas dyżuru nocnego, natomiast w opinii 33,9% osób przypadki agresji ze strony pacjentów częściej występowały w trakcie dyżurów dziennych. Zdaniem niemal połowy badanych (48,7%) częściej zachowania agresywne przejawiali mężczyźni, tylko 1,7% badanych uznało, że zachowania te częściej przejawiały kobiety. W opinii 49,6% badanych płeć nie miała znaczenia w częstości przejawiania zachowań agresywnych przez pacjentów. Według 43,5% badanych wiek pacjentów nie ma znaczenia w przejawianiu zachowań agresywnych. Natomiast w opinii 13,0% badanych zachowania agresywne częściej przejawiali pacjenci młodsi, a zdaniem 27,8% osób zachowania agresywne częściej przejawiały osoby w średnim wieku. Nieco mniej badanych (26,1%) uznało, że częściej zachowania takie przejawiały osoby w podeszłym wieku.

Ankietowani proszeni byli o wyrażenie własnej opinii na temat przyczyn zachowań agresywnych przejawianych przez pacjentów. W odpowiedzi na to pytanie możliwe było wskazanie kilku przyczyn. Jako możliwą przyczynę zachowań agresywnych pacjentów ankietowani identyfikowali

Tabela 1. Częstość występowania agresji pacjentów i jej ukierunkowanie w opinii badanych

Obiekt agresji	Częstotliwość występowania agresji			
	często	sporadycznie	jednorazowo	nigdy
Przedmiot	21,7%	44,3%	13,9%	20,0%
Personel – atak słowny	58,3%	39,1%	2,6%	0
Personel – atak fizyczny	20,9%	40,9%	25,2%	13,0%
Inny pacjent – atak słowny	20,9%	47,0%	20,9%	11,3%
Inny pacjent – atak fizyczny	2,6%	21,7%	20,9%	54,8%
Członek rodziny – atak słowny	20,0%	52,2%	13,9%	13,9%
Członek rodziny – atak fizyczny	4,3%	17,4%	19,1%	59,1%
Agresja nieukierunkowana	22,3%	45,2%	8,7%	23,5%

najczęściej upojenie alkoholowe (93,0%), często wskazywali także na choroby psychiczne jako przyczynę agresji (79,1%). W opinii 46,1% osób zachowania agresywne pacjentów wynikały w wpływu substancji psychoaktywnych, a 36,5% badanych wiązało je z urazami czaszkowo-mózgowymi. Zdaniem 29,6% osób zachowania agresywne pacjentów wynikały z zaburzeń oddychania, niedotlenienia lub pojawiały się po przebytym zabiegu operacyjnym (26,1%). W mniejszym stopniu badani agresywne zachowania pacjentów tłumaczyli upośledzeniem umysłowym (19,1%) lub szokiem pourazowym (15,7%). Nieliczne osoby twierdziły, że zachowania agresywne pacjentów najczęściej wiązały się z zaburzeniami endokrynologicznymi lub metabolicznymi (5,2%) lub innymi stanami zdrowia (5,2%). Wśród innych stanów zdrowia wymieniane były demencja, krwotok śródmózgowy, udar mózgu, zaburzenia osobowości i zespół Tourette'a. Według 4,3% badanych zachowania agresywne pacjentów wynikały z chorób układu krążenia. Grupa 23,5% badanych uznała, że stan zdrowia nie ma znaczenia w występowaniu zachowań agresywnych, lecz są one uzależnione od cech osobowościowych człowieka.

W opinii badanych najczęściej do zachowań agresywnych ze strony pacjentów dochodzi w momencie, gdy personel udziela pacjentowi pomocy przy samoobsłudze (60,9%) lub odmawia żądaniom pacjenta (50,4%), czy też działa wbrew jego woli (47,8%), a także podaje leki (40,9%). W mniejszym stopniu do zachowań takich dochodziło w wyniku prowokacji innego pacjenta lub braku natychmiastowego reagowania na nieuzasadnione wezwanie pacjenta (28,7%). Zaś grupa 27,0% badanych uznała, że pacjenci przejawiali agresywne zachowania w przypadku długiego okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Nieliczne osoby uznały, że agresywne zachowania pacjentów występowały podczas odwiedzin gości (9,6%), w przypadku prowokacji (3,5%) lub w innych sytuacjach (0,9%).

Najczęściej zachowania agresywne pacjentów przejawiały się podniesionym głosem (80,9%), wulgaryzmami (62,6%) oraz lekceważącym wypowiadaniem się na temat personelu (55,7%). Ze średnią częstością występowały obrażanie (35,7%) i próby zaatakowania lub uderzenia (30,4%). Aż 34,8% ogółu ankietowanych stwierdziło, że w swej pracy zawodowej zostało uderzonych przez pacjenta więcej niż raz (najczęściej zgłaszali takie zdarzenia ratownicy – 41,7% spośród tej grupy zawodowej), a 26,1% badanych zostało uderzonych jednokrotnie. Zdaniem większości ankietowanych (61,7%) zjawisko agresji pacjentów stanowi narastający problem.

Najczęstszy kontakt z pacjentem agresywny w codziennej pracy mieli ankietowani pracujący w szpitalnym oddziale ratunkowym – SOR (76,5%), a następnie w oddziałach zachowawczych (52,4%) (**Tabela 2**).

W wyniku badań własnych stwierdzono, że często z agresją pacjentów skierowaną wobec przedmiotów stykali się pracownicy SOR (41,2%), sporadycznie tego typu ataki agresji występowały w oddziale psychiatrycznym (68,2%) i w oddziałach zachowawczych (54,8%). Badania własne wykazały, że w oddziale psychiatrycznym istotnie częściej dochodziło do fizycznych ataków agresywnych pacjentów wobec innych pacjentów (45,5%). Nieznaczne różnice sugerowały również, że pracownicy SOR częściej w swojej pracy spotykali się z atakami agresji (zarówno słownej, jak i fizycznej) pacjentów wobec personelu, jak również z agresją nieukierunkowaną.

Szczegółowe wyniki dotyczące ukierunkowania agresji pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych przedstawia **tabela 3**.

Dyskusja

Analiza pozyskanych wyników wskazuje, iż personel medyczny narażony jest na zachowania agresywne ze strony pacjentów. Niemalże wszyscy badani wskazali, iż w trakcie swojego stażu zawodowego mieli kontakt z pacjentem agresywnym. Jest to wyższy wynik w porównaniu do badań innych autorów, gdzie styczność personelu z agresją pacjentów kształtowała się na poziomie 51–67% w przypadku lekarzy [6, 7] i 70–84% w przypadku pielęgniarek [8, 9]; według Kowalczuk [10] 95% ratowników zetknęło się z jakąś formą agresji pacjentów.

Tabela 2. Częstotliwość kontaktu z pacjentem agresywnym a profil oddziału

Częstotliwość kontaktu z pacjentem agresywnym	Profil oddziału			
	zachowawczy	zabiegowy	SOR	psychiatryczny
Często – raz, kilka razy w tygodniu	52,4%	44,1%	76,5%	27,3%
Raz w miesiącu	11,9%	20,6%	0	31,8%
Sporadycznie	33,3%	35,3%	23,5%	40,9%
Nigdy	2,4%	0	0	0
p	0,1070			

Tabela 3. Ukierunkowanie agresji pacjentów a profil oddziału

Ukierunkowanie	Częstotliwość	Oddziały zachowawcze	Oddziały zabiegowe	SOR	Oddział psychiatryczny	P
Przedmiot	często	9,5%	35,3%	41,2%	9,1%	**0,0001**
	sporadycznie	54,8%	23,5%	29,4%	68,2%	
	jednorazowo	2,4%	20,6%	17,6%	22,7%	
	nigdy	33,3%	20,6%	11,8%	0	
Personel – słownie	często	66,7%	50,0%	82,4%	36,4%	0,0980
	sporadycznie	31,0%	47,1%	17,6%	59,1%	
	jednorazowo	2,4%	2,9%	0	4,5%	
	nigdy	0	0	0	0	
Personel – fizycznie	często	21,4%	26,5%	35,3%	0	0,2163
	sporadycznie	40,5%	38,2%	35,3%	50%	
	jednorazowo	23,8%	17,6%	23,5%	40,9%	
	nigdy	14,3%	17,6%	5,9%	9,1%	
Inny pacjent – słownie	często	23,8%	11,8%	17,6%	31,8%	0,3795
	sporadycznie	42,9%	47,1%	47,1%	54,5%	
	jednorazowo	16,7%	26,5%	29,4%	13,6%	
	nigdy	16,7%	14,7%	5,9%	0	
Inny pacjent – fizycznie	często	0	5,9%	0	4,5%	**0,0008**
	sporadycznie	19,0%	11,8%	17,6%	45,5%	
	jednorazowo	19,0%	8,8%	23,5%	40,9%	
	nigdy	61,9%	73,5%	58,8%	9,1%	
Członek rodziny – słownie	często	19,0%	23,5%	17,6%	18,2%	0,8157
	sporadycznie	47,6%	58,8%	47,1%	54,5%	
	jednorazowo	14,3%	5,9%	23,5%	18,2%	
	nigdy	19%	11,8%	11,8%	9,1%	
Członek rodziny – fizycznie	często	4,8%	2,9%	5,9%	4,5%	0,7592
	sporadycznie	16,7%	11,8%	11,8%	31,8%	
	jednorazowo	14,3%	23,5%	23,5%	18,2%	
	nigdy	64,3%	61,8%	58,8%	45,5%	
Agresja nieukierunkowana	często	16,7%	17,6%	47,1%	22,7%	0,2760
	sporadycznie	47,6%	44,1%	29,4%	54,5%	
	jednorazowo	7,1%	8,8%	5,9%	13,6%	
	nigdy	28,6%	29,4%	17,6%	9,1%	

Najczęstszą formą agresji, z jaką stykali się badani, była agresja słowna. Najbardziej narażeni na nią byli ratownicy medyczni (75%), później pielęgniarki (57,1%) i lekarze (50%). Najczęściej przejawiała się ona użyciem podniesionego głosu, wygłaszaniem wulgaryzmów i lekceważącym wypowiadaniem się na temat personelu. Podobne wyniki wskazujące na przeważające zjawisko agresji słownej (obelg, zastraszania) prezentuje w swych badaniach Suwała [11]. Również badania Kowalczuk i wsp. wykazały, że najczęstszą formą agresji ze strony pacjentów była agresja werbalna, m.in. pogróżki wobec pielęgniarek i położnych (75–80%), a prawie wszyscy lekarze (80%) spotkali się z szantażem ze strony pacjentów w miejscu pracy oraz używaniem przez nich podniesionego głosu (75%) [12].

W badaniach Instytutu Medycyny Pracy wykazano, iż pielęgniarki najczęściej stykały się z formami agresji słownej – tj. z krzykiem (91,4%), pogróżkami (69,4%) oraz obrażaniem przy pacjentach (65,4%) i przy pracownikach (63,1%) – ze strony pacjentów [6], co pokrywa się z badaniami autorskimi. Badany personel medyczny agresję fizyczną wskazywał jako zjawisko sporadyczne – raz w miesiącu (40,9%) – i rzadkie (25,2%), niemniej jednak 20,9% badanych wskazało, iż często spotyka się z agresją fizyczną ze strony pacjentów. W całym stażu zawodowym aż 60,9% badanych zostało uderzonych przez pacjenta. Z kolei według IMP narażonych na próbę ataku było 47% pielęgniarek, a ataku fizycznego doświadczyło 32% [6]. Natomiast Kowalczuk i wsp., badając ratowników medycznych, wskazali, że byli oni narażeni na próbę ataku w 44%, a uderzenia doznało 18% [10], co wskazuje na niższy niż stwierdzony w badaniach autorskich poziom agresji wśród pacjentów.

W opinii badanego personelu kontakt z pacjentem agresywnym najczęściej miały osoby pracujące w SOR (76,5%). Drugim miejscem pod względem częstości występowania agresywnych zachowań pacjentów okazały się oddziały zachowawcze (52,4%), a trzecim – oddziały zabiegowe (44,1%), w oddziale psychiatrycznym do takich sytuacji dochodziło sporadycznie (31,8%). Podobne wnioski wynikają z badań Piątek i Lickiewicza, którzy stwierdzili, że najczęściej narażony na agresję ze strony pacjentów jest personel medyczny zatrudniony w szpitalnym oddziale ratunkowym, w oddziale kardiologicznym (oddział zachowawczy) i ortopedii (oddział zabiegowy) [8].

W piśmiennictwie brak szczegółowych badań nad zachowaniem agresywnym przeprowadzonych w oddziałach zachowawczych czy zabiegowych. W badaniach autorskich oddziały te odznaczyły się wyższym wskaźnikiem agresji pacjentów niżeli oddział psychiatryczny. Jest to o tyle interesujący wynik, że literatura i przeprowadzone dotychczas badania innych autorów wskazywały oddział psychiatryczny, ze względu na swoją specyfikę, jako typowy dla występowania zachowań agresywnych. W psychiatrii zachowania agresywne pacjentów traktowane są jako powszechna i zrozumiała, choć niepożądana część pracy, a konfrontowanie się personelu z tymi zachowaniami uważane jest za naturalny jej koszt [8]. Z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek psychiatrycznych wynika, że aż 78% z nich doznało agresji fizycznej, a 35% doznaje agresji słownej „dość często" [13]. W badaniach Berent i wsp. aż połowa badanych pielęgniarek odpowiedziała, że ma styczność z agresją każdego dnia pracy [14]. Natomiast badania autorskie wykazały, iż większość personelu z oddziału psychiatrycznego ma tylko sporadyczny kontakt z agresywnymi pacjentami (40,9%), natomiast 27,3% badanych wskazywało na częste narażenie na zachowania agresywne.

Wnioski

1. Personel medyczny najczęściej styka się z agresją werbalną pacjentów, która przejawia się użyciem podniesionego tonu głosu, wygłaszaniem wulgaryzmów i lekceważącym wypowiadaniem się o personelu. Agresja fizyczna według większości badanego personelu stanowiła zjawisko rzadsze. Grupę zawodową najbardziej narażoną na agresję ze strony pacjentów stanowili ratownicy medyczni.
2. Najczęstszy kontakt z pacjentem agresywnym miały osoby pracujące w SOR, drugim miejscem pod względem częstości występowania agresywnych zachowań pacjentów okazały się oddziały zachowawcze, a trzecim – oddziały zabiegowe. W oddziale psychiatrycznym do takich sytuacji dochodziło sporadycznie, najczęściej raz w miesiącu.
3. Najczęściej zachowania agresywne przejawiały osoby w stanie upojenia alkoholowego i chorujące psychicznie; płeć i wiek nie mają istotnego znaczenia. Do ataków agresji dochodzi najczęściej w sytuacjach udzielania pomocy pacjentowi w czynnościach samoobsługowych, odmowy jego żądaniom czy podjęciu działań wbrew jego woli.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf, data dostępu: 23.07.2015.
2. Anderson C, Bushman B. Human aggression. Ann Rev Psychol. 2002;53:28–29.
3. Portmann R. Przemoc wśród dzieci. Uchwycić sedno. Wydawnictwo Jedność. Kielce 2006.
4. Grochowska D, Błaszkowska L. Agresja i zachowania gwałtowne. W: Kowalczyk J (red.). Program edukacyjny dla pielęgniarek w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego. Centrum Edukacji Medycznej. Warszawa 1997.
5. Procedura postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny. W: Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny.
6. Merecz D, Mościcka A. Przemoc w placówkach służby zdrowia i sposoby jej przeciwdziałania. Instytut Medycyny Pracy. Łódź 2003.
7. Krajewski R, Perendyk T, Wojtaszczyk K. Warunki pracy lekarzy i lekarzy dentystów. Gazeta Lekarska. 2013;9.
8. Lickiewicz J, Piątek J. Doświadczanie agresji w pracy pielęgniarskiej. Sztuka Leczenia. 2014;3–4:11–22.
9. Bińkowska A. Problem agresji wobec pielęgniarek – analiza zjawiska. W: Kober L, Zrubcová D, Bratová A (red.). On etrovatelntvo bez hranic. Zborník plných textov zo IV. Celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou Belianske dni oňetrovateľstva; 16–17. 10. 2014. Tatranská Kotlina 2014; 29–42.
10. Kowalczuk K, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, Sierakowska M, Lewko J, Krajewska K, Ostaopowicz-Van Damme K. Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych na agresję w miejscu pracy. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 2009;55(3):76–80.
11. Suwała A. Zjawisko przemocy w zakładach opieki zdrowotnej. Problemy Pielęgniarstwa. 2008;16(1, 2):157–162.
12. Kowalczuk K, Krajewska-Kułak K, Jankowiak B, Klimaszewska K, Rolka H, Kondzior D, Kowalewska B. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. Probl Hig Epidemiol. 2008;89(2):211–215.

13. Markiewicz R. Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. Curr Problem Psychiatry. 2012;13(2):93–97.
14. Berent D, Pierchała O, Florkowski A, Gałecki P. Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. Psychiatria i Psychoterapia. 2009;5(1–2):13–28.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Patrycja Zurzycka
ul. Mikołaja Kopernika 25, 31-501 Kraków
tel.: 12 421 41 60
fax: 12 429 48 72
e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

PRACA ORYGINALNA

ANALIZA NAWYKÓW ORAZ PREFERENCJI ŻYWIENIOWYCH KOBIET W CIĄŻY

ANALYSIS OF HABITS AND FOOD PREFERENCES DURING PREGNANCY

Jana Krzysztoszek, Krzysztof Kus, Marta Banaszak

Katedra i Zakład Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Prawidłowy sposób odżywiania się w okresie ciąży jest ważny dla zdrowia zarówno matki, jak i dziecka. Wyeliminowanie nieprawidłowości w tym okresie stanowić może działania profilaktyczne dla przyszłych pokoleń dotyczące m.in. zapobiegania otyłości i chorób metabolicznych. Choroby te są coraz bardziej powszechne w polskim społeczeństwie. Stanowią one często spotykany problem nie tylko u dorosłych, ale również wśród dzieci i młodzieży.
Cel. Celami pracy były: weryfikacja stosowania się kobiet ciężarnych z chorobami wikłającymi ciążę do zaleceń żywieniowych, ocena częstotliwości spożycia określonych produktów spożywczych oraz analiza preferencji żywieniowych.
Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W badaniu wzięło udział 246 kobiet w ciąży. Ankietyzację przeprowadzono od stycznia do marca 2015 roku.
Wyniki. Grupę badaną (n = 246) podzielono na 4 podgrupy: kobiety z ciążą niepowikłaną (n = 165), kobiety z cukrzycą pojawiającą się w ciąży (n = 47), kobiety z nadciśnieniem ciążowym (n = 18) oraz kobiety z niedokrwistością utrudniającą prowadzenie ciąży (n = 16). Nieprawidłowości oraz błędy żywieniowe zaobserwowane w badaniu dotyczyły przede wszystkim: rzadko podejmowanej aktywności fizycznej, częstego dojadania pomiędzy posiłkami oraz wysokiego spożycia słodyczy. Wśród wszystkich badanych podgrup ilość spożywanych zbóż i jego przetworów była zbyt niska (odpowiednio: 56%, 49%, 50%, 50%) w porównaniu do zaleceń żywieniowych. Najczęściej spożywanym rodzajem mięsa był drób (44%), mięso ryb spożywano rzadziej (najczęściej raz w tygodniu).
Wnioski. 1. W diecie badanych kobiet występują pojedyncze nieprawidłowości oraz błędy żywieniowe. 2. Wskazana jest dalsza promocja racjonalnego żywienia. 3. Konieczna jest promocja i edukacja zdrowotna w zakresie aktywności fizycznej.

Słowa kluczowe: żywienie, nawyki żywieniowe, kobiety ciężarne.

ABSTRACT

Introduction. The correct way of eating during pregnancy is important both for the health of the mother and child. The elimination of irregularities in this period can be preventive measures for future generations concerning, among others prevention of obesity and metabolic diseases. These diseases are becoming more common in Polish society. They are also often encountered the problem not only in adults but also among children and adolescents.
Aim. The aim of the study was the verification of the application of pregnant women with other diseases of pregnancy the recommendations. Evaluation of the frequency of consumption of certain foods and dietary preference analysis.
Material and methods. The study was conducted within the obstetric and Gynecology-Obstetric Clinical Hospital of the Poznan University of Medical Sciences, 246 pregnant women took part in it. Questionnaires were carried out in the period from January to March 2015.
Results. Test group (n = 246) is divided into 4 subgroups: healthy women (n = 165), women with gestational diabetes (n = 47), women with hypertension (n = 18) and women with anemia affecting the conduct of pregnancy (n = 16). Irregularities and nutrition errors observed in the study were primarily rarely undertaken physical activity, frequent snacking between meals and high consumption of sweets. Among all the subsets examined intake of cereals and its products was too low (respectively 56%, 49%, 50%, 50%) as compared to dietary guidelines. Most consumed while the meat is a poultry (44%), fish meal eaten less (usually 1 time per week).
Conclusions. 1. In the diet of women surveyed are single nutritional deficiencies and errors. 2. It is recommended to further promote rational nutrition. 3. Health promotion and education in physical activity is necessary.

Keywords: nutrition, eating habits, pregnant women.

Wstęp

Sposób odżywiania się kobiety w okresie trwania ciąży znacząco determinuje prawidłowy przebieg ciąży oraz rozwój płodu. Wpływa on także na stan zdrowia dziecka po urodzeniu. W tym szczególnym okresie znaczenie mają wszystkie aspekty stosowanej diety: ilość dostarczanej energii, poszczególne składniki odżywcze – białka, tłuszcze, węglowodany oraz witaminy i składniki mineralne. Nieprawidłowości w zakresie ilości dostarczanych składników odżywczych skutkować mogą różnego rodzaju zaburzeniami metabolicznymi tak u matki, jak i płodu. Stosowana dieta ma również duże znaczenie dla właściwego prowadzenia ciąży, zwłaszcza jeśli w jej trakcie wystąpiły obciążające zdrowie kobiety schorzenia, np.: nadciśnienie ciążowe, cukrzyca ciążowa czy niedokrwistość.

Celem pracy była weryfikacja stosowania się kobiet ciężarnych z chorobami utrudniającymi przebieg ciąży do zaleceń żywieniowych. Zbadano także częstotliwość spożycia określonych produktów spożywczych oraz wykonano analizę preferencji żywieniowych.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 246 kobiet hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę właściwej Komisji Bioetycznej. Ankietyzację przeprowadzono od stycznia do marca 2015 roku. Narzędziem badawczym był anonimowy autorski kwestionariusz składający się z 28 pytań (w tym: 3 pytania otwarte oraz 25 pytań zamkniętych).

Kryterium wyłączenia z grupy badanej stanowiły zdiagnozowane u pacjentek następujące jednostki chorobowe: fenyloketonuria, mukowiscydoza, galaktozemia, celiakia.

Uzyskane wyniki przeanalizowano za pomocą programu Statistica ver 10.

Wyniki

Charakterystyka badanych osób

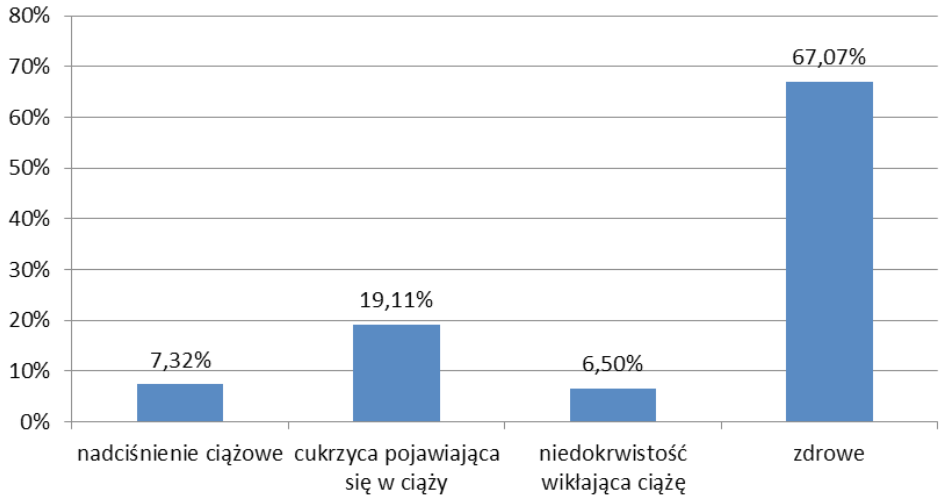
W celu dokładnej analizy zebranego materiału dokonano podziału grupy badanej na 4 podgrupy (**Rycina 1**):

- kobiety z ciążą niepowikłaną (n = 165) – grupa I,
- kobiety z cukrzycą pojawiającą się w ciąży (n = 47) – grupa II,
- kobiety z nadciśnieniem ciążowym (n = 18) – grupa III,
- kobiety z niedokrwistością wikłającą ciążę (n = 16) – grupa IV.

W grupie badanych kobiet stanowiły przewagę ciężarne w przedziale wiekowym 26–35 lat (**Tabela 1**). Ten charakterystyczny trend dla wszystkich krajów rozwiniętych – coraz późniejsze macierzyństwo – jak pokazują powyższe dane, występuje również w Polsce. Widoczna jest także zależność pomiędzy BMI przekraczającym normę a chorobami wpływającymi negatywnie na przebieg ciąży, tj. cukrzycą pojawiającą się w ciąży czy nadciśnieniem ciążowym. Najwięcej ankietowanych znajdowało się w III trymestrze ciąży, dla większości respondentek były to pierwsze ciąże. Najczęściej zadeklarowanymi miejscami zamieszkania było duże miasto (> 100 tys. mieszkańców) i małe miasto (< 100 tys. mieszkańców). W grupie badanej przewagę stanowiły kobiety z wyższym wykształceniem. Deklarowany status materialny zdecydowanej większości osób był dobry lub bardzo dobry (**Tabela 1**).

Analiza nawyków żywieniowych badanych osób

Analizując regularność spożywania posiłków wśród badanych, należy stwierdzić, iż respondentki – ponad 80% (n = 137) kobiet z ciążą niepowikłaną, 76% (n = 36) kobiet z cukrzycą ciążową, 89% (n = 16) kobiet chorujących na nadciśnienie ciążowe oraz 88% (n = 14) ciężarnych z niedokrwistością – odżywiały się regularnie, spożywały 5 lub więcej niż 5 posiłków w ciągu dnia (**Tabela 2**). Z zadeklarowanej częstości dojadania między posiłkami wynika, że większość ankietowanych bardzo rzadko sięgała po dodatkowe porcje jedzenia w ciągu dnia. Odsetek kobiet dojadających regularnie, co najmniej raz dziennie lub kilka razy dziennie, wyniósł: 52% (n = 85) wśród kobiet zdrowych, 30% (n = 14) wśród ciężarnych z cukrzycą oraz po 56% wśród kobiet z nadciśnieniem ciążowym i niedokrwistością (**Tabela 2**). Tylko 8% (n = 20) kobiet łącznie we wszystkich grupach trzymało się ilości zaplanowanych posiłków i nie sięgało po przekąski. Korelacje pomiędzy dojadaniem między posiłkami a ilością spożywanych słodyczy wykazały, iż najczęściej dojadanymi produktami w ciągu dnia, we wszystkich badanych grupach, były słodycze. W nocy natomiast po przekąski sięgała zdecydowanie mniejsza liczba ciężarnych niż w ciągu dnia. Dodatkowych



Rycina 1. Choroby zdiagnozowane u badanych kobiet w okresie trwania ciąży. Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Tabela 1. Charakterystyka badanych osób. Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Razem (n = 246)		Grupa I n = 165	Grupa II n = 47	Grupa III n = 18	Grupa IV n = 16	Wartość p
Wiek (lata)	< 20	1	1	0	0	0,58
	21–25	37	7	2	2	16,80
	26–30	61	11	5	8	26,60
	31–35	38	21	9	3	15,40
	> 35	28	7	2	3	12,19
BMI (kg/m²)	średnia ± odch. stand.	22,6	26,1	31,2	22,4	4,11
	mediana	22,0	24,5	28,0	21,0	3,11
	min.–maks.	15,2–34,3	15,0–47,8	18,4–47,8	17,2–42,8	9,64–6,36
Trymestr ciąży	I	4	2	1	0	1,70
	II	24	9	3	2	10,15
	III	137	36	14	14	58,75
Ciąża	pierwsza	79	27	6	9	33,80
	druga	46	7	7	4	20,05
	trzecia	25	8	2	2	10,87
	powyżej trzeciej	15	5	3	1	6,22
Miejsce zamieszkania	wieś	58	16	5	3	25,65
	miasto < 100 tys. mieszkańców	55	14	7	2	24,17
	miasto > 100 tys. mieszkańców	52	17	6	11	20,82
Wykształcenie	podstawowe	3	1	0	0	1,41
	gimnazjalne	0	2	0	1	0,96
	zawodowe	8	6	1	1	3,56
	średnie	53	16	5	4	22,99
	wyższe	101	22	12	10	43,48
Status materialny	bardzo dobry	54	19	6	8	22,24
	dobry	85	23	9	6	36,9
	przeciętny	23	5	3	2	9,91
	zły	3	0	0	0	1,50
	bardzo zły	0	0	0	0	0,00

Tabela 2. Regularność spożywania posiłków. Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

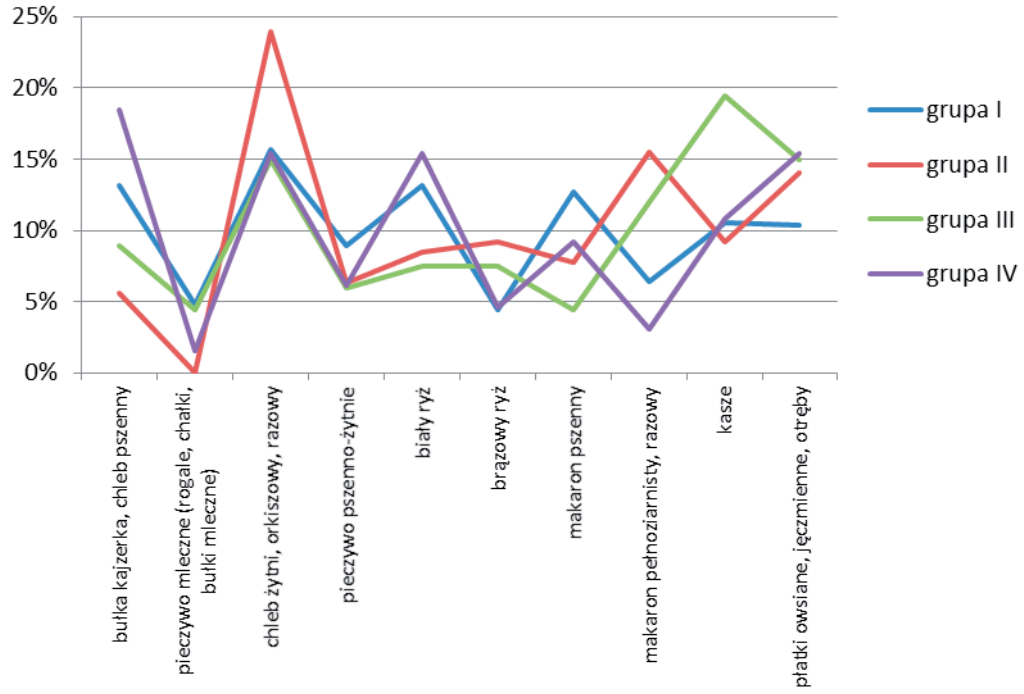
Razem (n = 246)		Grupa I n = 165	Grupa II n = 47	Grupa III n = 18	Grupa IV n = 16	Wartość p
Ilość posiłków	1–2 posiłki	3	0	1	0	1,41
	3–4 posiłki	70	11	1	8	31,94
	5 posiłków	67	19	11	6	28,02
	powyżej 5 posiłków	25	17	5	2	10,69
Dojadanie pomiędzy posiłkami	kilka razy dziennie	28	4	4	3	12,18
	co najmniej raz dziennie	57	10	6	6	24,90
	bardzo rzadko	68	27	6	7	28,99
	nigdy	12	6	2	0	5,29
Dojadanie w nocy	bardzo często	1	0	0	0	0,50
	czasami	12	5	1	4	4,57
	bardzo rzadko	34	5	3	3	15,38
	nigdy	118	37	14	9	50,40

posiłków w nocy nie spożywało 72% (n = 118) zdrowych kobiet, 79% (n = 37) ciężarnych z cukrzycą ciążową, 78% (n = 14) kobiet z nadciśnieniem ciążowym i 56% (n = 9) z niedokrwistością, co wskazywałoby na ich prawidłowy rytm dobowy (**Tabela 2**). Na podstawie uzyskanych wyników można wyciągnąć wniosek, że ankietowanym znane są zalecenia dotyczące częstości i regularności spożywania posiłków i starają się stosować je w praktyce.

Wśród wszystkich badanych grup ilość spożywanych zbóż i ich przetworów była zbyt niska w porównaniu do zaleceń żywieniowych – 8–9 porcji dziennie: kobiety zdrowe – tylko 3% (n = 5), respondentki z cukrzycą ciążową – 11% (n = 5), w pozostałych grupach maksymalnie zboża były spożywane 3–4 razy dziennie. Wśród produktów zbożowych produktami najczęściej spożywanymi przez kobiety zdrowe były: chleb żytni, razowy i orkiszowy – 16% (n = 95). Również respondentki z cukrzycą ciążową preferowały produkty pełnoziarniste – 24% (n = 34). Najwyższe spożycie kasz – 19% (n = 13) – występowało wśród kobiet z nadciśnieniem ciążowym, które także chętnie spożywały pieczywo pełnoziarniste – 15% (n = 10). Grupą badaną z najwyższym spożyciem pieczywa białego (bułki kajzerki i chleb pszenny) oraz innych oczyszczonych produktów zbożowych, które zaleca się ograniczać, były kobiety z niedokrwistością (**Rycina 2**).

We wszystkich grupach badanych ilość spożywanego mięsa była wystarczająca, również rodzaj preferowanego mięsa (drobiu) pokrywał się z rekomendacjami żywieniowymi (**Tabela 3**).

Korelacja statusu materialnego z częstotliwością spożycia mięsa ryb wykazała, iż niskie spożycie ryb związane jest ze statusem materialnym badanych osób. Zdrowe kobiety ciężarne z wyższym statusem materialnym spożywały większe ilości mięsa ryb niż osoby o niższym statusie materialnym. Zależność ta szczególnie była widoczna w przypadku porównania spożycia 1 porcji ryb w tygodniu kobiet z bardzo dobrym (46%, n = 25) i dobrym (56%, n = 48) statusem materialnym do kobiet o złym statusie material-



Rycina 2. Najczęściej spożywane produkty zbożowe. Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Tabela 3. Częstotliwość spożycia mięsa i ryb. Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Razem (n = 246)		Grupa I n = 165	Grupa II n = 47	Grupa III n = 18	Grupa IV n = 16	Wartość p
Ilość mięsa	1 porcja dziennie	75	23	5	9	32,27
	2 porcje dziennie	38	11	5	5	15,76
	2–3 porcje w tygodniu	40	8	5	2	17,67
	4–5 porcji w tygodniu	10	5	2	0	4,35
	nie spożywam	2	0	1	0	0,96
Ilość ryb	1 porcja w tygodniu	81	22	8	11	34,20
	2–3 porcje w tygodniu	15	9	4	0	6,48
	rzadziej niż raz w tygodniu	50	8	4	3	22,60
	raz w miesiącu	13	5	2	2	5,20
	nie spożywam	6	3	0	0	2,87

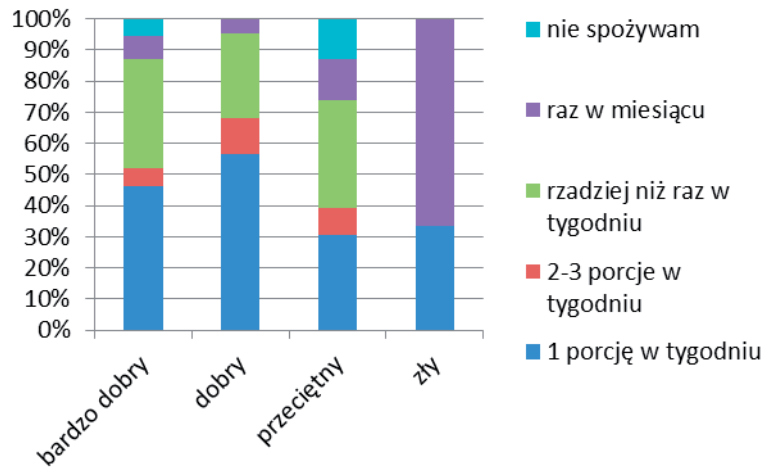
nym (33%, n = 1). Uzyskany wynik tłumaczyć można wyższą ceną większości ryb w stosunku do ceny mięsa drobiowego lub wieprzowego (**Rycina 3**). Podobną zależność stwierdzono u kobiet z cukrzycą ciążową, nie wykazano natomiast analizowanej zależności pomiędzy statusem materialnym a częstotliwością spożycia ryb wśród kobiet z nadciśnieniem ciążowym oraz niedokrwistością.

We wszystkich badanych grupach zarejestrowano wysokie spożycie niezalecanych serów żółtych oraz topionych, które znajdowały się wśród trzech najczęściej wybieranych produktów, jako dodatki do pieczywa. Także często wybieranymi produktami były sery białe i wędliny drobiowe rekomendowane kobietom w ciąży (**Rycina 4**).

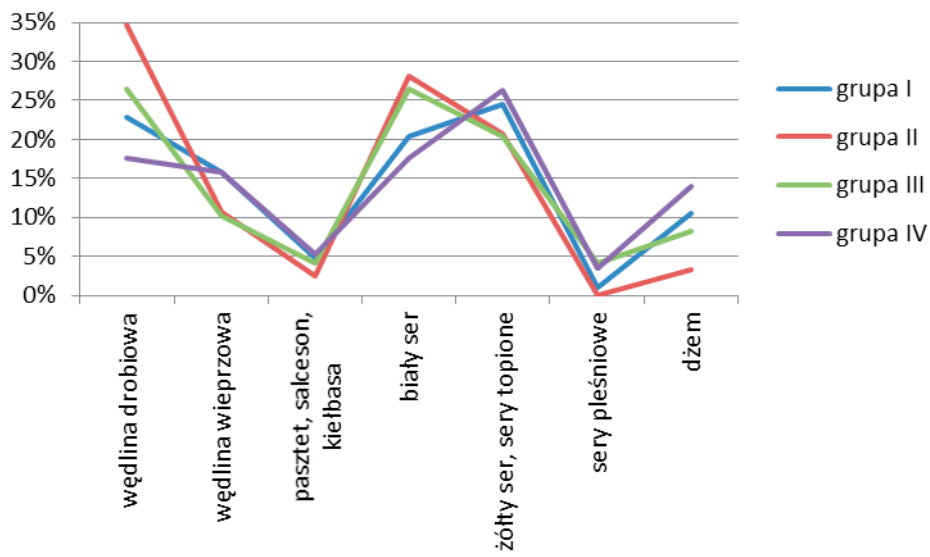
W zakresie aktywności fizycznej natomiast stwierdzono, iż codzienną aktywność zadeklarowało 25% (n = 42) kobiet zdrowych, 34% (n = 16) ciężarnych z cukrzycą ciążową, 22% (n = 4) kobiet z ciążą powikłaną nadciśnieniem tętniczym i 31% kobiet (n = 5) z niedokrwistością. Żadnej aktywności fizycznej nie podejmowało 25% (n = 42) kobiet zdrowych, 25% (n = 12) kobiet z cukrzycą i 31% (n = 5) kobiet z niedokrwistością. U kobiet z ciążą powikłaną nadciśnieniem tętniczym zaleca się ograniczenie aktywności fizycznej, do czego większość ankietowanych stosowała się. W pozostałych grupach badanych brak podejmowanego ruchu wytłumaczyć by można zaleceniami lekarskimi dotyczącymi postępowania w ciąży zagrożonej, jednakże jak wynika z uzyskanych od respondentek danych, były to tylko pojedyncze przypadki kobiet (**Rycina 5**).

Dyskusja

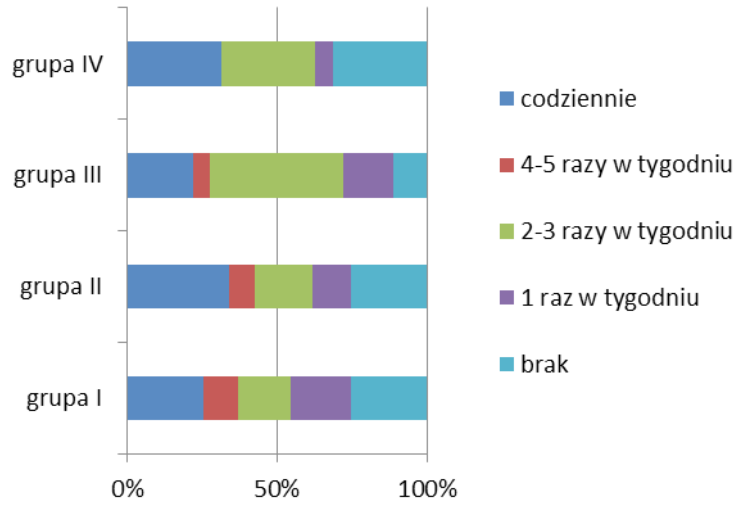
Wyniki przeprowadzonej analizy świadczą o stosunkowo wysokiej świadomości żywieniowej badanych. W badaniu



Rycina 3. Status materialny a spożycie ryb wśród kobiet zdrowych. Ze względu na brak danych na wykresie nie umieszczono wyników dla bardzo złego statusu materialnego. Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego



Rycina 4. Preferowane dodatki do pieczywa. Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego



Rycina 5. Aktywność fizyczna badanych. Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

wykazano wysoką regularność (89%) spożycia zalecanej ilości posiłków. Znacznie niższe wyniki uzyskali w Białej Podlaskiej w 2014 roku Książek i wsp. [1] w badaniu na grupie 87 kobiet w podobnym wieku – 53% ciężarnych. W 2011 roku Hyżyk i wsp. [2] w badaniu zrealizowanym z udziałem 50 ciężarnych wykazali jeszcze niższą regularność spożywanych posiłków – 39% i 15% odpowiednio dla 5 i 6 posiłków w ciągu dnia. Tak znaczącą rozbieżność wyników może tłumaczyć jedynie interpretacja samego pojęcia „posiłek" przez badane. Przypuszczalnie niektóre ankietowane zaliczyły do posiłków również część spożywanych przekąsek. Powyższa kategoria znalazła się także w ankiecie i uzyskane wyniki własne (7%) były bardzo zbliżone do wyników, jakie osiągnęli Hyżyk i wsp. [2] w 2011 roku – 8%.

Poza regularnością i określoną ilością posiłków ważny jest również rozkład poszczególnych składników pokarmowych, np. węglowodanów. Powinny je dostarczać produkty zbożowe, warzywa oraz owoce. W badaniu własnym wykazano, iż pełnoziarniste pieczywo spożywa we wszystkich grupach razem tylko 13% ciężarnych. Równie niskie wyniki uzyskali w swoim badaniu Książek i wsp. [1] – 11,5%. Według rekomendacji żywieniowych produkty z oczyszczonego ziarna powinny ulec znacznemu ograniczeniu spożycia podczas trwania ciąży. Uzyskane wyniki świadczą, iż większość badanych kobiet stosuje się do tych zaleceń. Pozostałe 39% respondentek uwzględnia tego rodzaju produkty w swojej diecie, co potwierdzają również doniesienia Książek i wsp. [1] i Hyżyk i wsp. [2], odpowiednio – 65,5% i 58%. Niskie spożycie produktów pełnoziarnistych może skutkować niedostateczną podażą błonnika w diecie oraz sprzyjać występowaniu u ciężarnych zaparć, którym sprzyjają też inne czynniki.

Mięso, ryby i nabiał także stanowią ważną grupę produktów w diecie kobiety ciężarnej, gdyż są źródłem białka. Badanie Mędreli-Kuder [3] z 2006 roku zrealizowane na grupie 100 kobiet potwierdza, podobnie jak wyniki własne, preferencję wyboru mięsa drobiowego. Niższe spożycie mięsa ryb w stosunku do zalecanej ilości wykazała również w swoim badaniu Gacek [4] – 45%. Przypuszczalnie jest to skutek małej popularności ryb w kuchni polskiej oraz częściowo ich wysokiej ceny. Wykazane niskie spożycie może negatywnie wpływać na ilość dostarczanych do organizmu kwasów tłuszczowych omega-3, co wiąże się z koniecznością ich suplementacji i wymaga wzmożonej edukacji w społeczeństwie w tym zakresie.

Kobietom ciężarnym, zwłaszcza tym z cukrzycą ciążową, zaleca się zdecydowane ograniczenie spożycia słodyczy będących źródłem tzw. pustych kalorii. Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują, iż 60% badanych nie stosuje się do zaleceń żywieniowych w tym zakresie i spożywa słodycze raz dziennie (43%) lub kilka razy dziennie (17%). Również Książek i wsp. [1] odnotowali zbyt wysokie spożycie tego typu produktów (40% ciężarnych spożywało nadmierną ilość słodyczy). Wykazana w badaniu wysoka zależność pomiędzy ilością spożywanych przekąsek w ciągu dnia a częstotliwością spożycia słodyczy wskazywać może na preferencję przez ciężarne smaku słodkiego i skutkować nadmierną podażą cukrów prostych, prowadząc tym samym do nadmiernego przyrostu masy ciała w ciąży.

Prawidłowe żywienie powinno być uzupełniane codzienną aktywnością fizyczną – jedna czwarta kobiet zadeklarowała brak ruchu. Również Gacek [4] zaobserwowała, że ciężarne rzadko podejmują aktywność fizyczną. Tylko 9% kobiet podejmowało aktywność fizyczną codziennie, a ok. 44% badanych nie uprawiało jej wcale. Ning i wsp.

[5] w 2003 roku stwierdzili brak regularnego wysiłku fizycznego u 60% ankietowanych ciężarnych, zaś Wojtyła i wsp. [6] w 2011 roku – u 56%. Banaszak-Żak i wsp. [7] na podstawie zrealizowanego badania w 2004 roku również odnotowali brak aktywności fizycznej w przypadku 56% ciężarnych. Przyczyn zbyt niskiej aktywności fizycznej może być kilka: niewystarczająca wiedza na temat istotności regularnego wysiłku fizycznego w tym okresie, coraz częstsze korzystanie z samochodów jako środka zastępczego dla spacerów czy też z obawy przed kontuzjami.

Wnioski

1. W diecie badanych kobiet występują pojedyncze nieprawidłowości oraz błędy żywieniowe.
2. Wskazana jest dalsza promocja racjonalnego żywienia.
3. Konieczna jest promocja i edukacja zdrowotna w zakresie aktywności fizycznej.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Książek P, Kozłowiec J, Kozłowiec M. The nutritional knowledge of pregnant women. Polish Journal Public Health. 2014;124(4):191–194.
2. Hyżyk A, Sokalska N. Ocena zmian masy ciała u kobiet w ciąży. Nowiny Lekarskie. 2011;80(3):174–177.
3. Mędrela-Kuder E. Porównanie odżywiania kobiet w okresach przed i w czasie ciąży. Żywienie Człowieka i Metabolizm. 2007;37(1/2):701–705.
4. Gacek M. Niektóre zachowania zdrowotne oraz wybrane wskaźniki stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2010;91(1):48–53.
5. Ning Y, Williams MA, Dempsey JC, Sorensen TK, Frederick IO, Luthy DA. Correlates of recreational physical activity in early pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2003;13(6):385–393.
6. Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Biliński P, Paprzycki P. Physical activity among women at reproductive age and during pregnancy (Youth Behavioural Polish Survey – YBPS and Pregnancy-related Assessment Monitoring Survay – PrAMS) – epidemiological population studies in Poland during the period 2010–2011. Ann Agr Env Med. 2011;18(2):365–374.
7. Banaszak-Żak B, Dobrzyń D. Czynniki warunkujące zdrowie kobiety ciężarnej. Ann UMCS. 2004;59(14):56–60.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Jana Krzysztoszek
Katedra i Zakład Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Collegium Wrzoska, ul. Dąbrowskiego 79, p. 619, 60-529 Poznań
tel.: 61 854 69 20
fax: 61 854 68 94
e-mail: metelska@ump.edu.pl

PRACA POGLĄDOWA

SPOŁECZNO-EKONOMICZNE SKUTKI LECZENIA NIEPŁODNOŚCI

SOCIO-ECONOMIC CONSEQUENCES OF INFERTILITY TREATMENT

Paweł Drągowski[1], Katarzyna Siemionow[1], Ilona Zaręba[2], Izabela Prokop[2], Edyta Rysiak[2], Eryk Cekała[3], Michał Rutkowski[3]

[1] Samodzielna Pracownia Analizy Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[2] Zakład Chemii Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[3] Studenckie Koło Naukowe „Farmacji Społecznej" przy Zakładzie Chemii Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia zakładają, że obecnie na świecie ok. 60–80 mln par zmaga się z problemami dotyczącymi zajścia w ciążę, a w krajach wysoko rozwiniętych statystycznie co dziesiąty związek boryka się z niemożnością posiadania dzieci. Nieleczona niepłodność niesie ze sobą daleko idące skutki społeczne związane z pogłębianiem niżu demograficznego, a także skutki pośrednie związane ze stanem psychiki samych pacjentów, którzy poprzez wyłączenie z rodzicielstwa czują się niespełnieni i niejednokrotnie popadają w różnego rodzaju stany depresyjne. O skali występowania zaburzeń płodności świadczy fakt, że według danych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w naszym kraju problem ten dotyczy około 1,5 mln par w wieku rozrodczym. Przed wejściem w życie finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia leczenia metodą *in vitro* rokrocznie tysiące par podejmowało pełnopłatną terapię tą techniką. Koszty były dość znaczne i dlatego wiele par pragnących dziecka nie mogło sobie pozwolić na to leczenie. Sytuacja uległa znaczącej zmianie wraz z wprowadzeniem państwowego programu „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016". Ponadto koszty ponoszone przez pacjentów zmalały dodatkowo wraz z wejściem w lipcu 2014 r. na listę leków refundowanych preparatów stosowanych w hormonalnym przygotowaniu do procesu zapłodnienia. Dzięki finansowej pomocy państwa w ramach programu oraz refundacji niezbędnych preparatów znacznie rozszerzył się dostęp do nowoczesnej i skutecznej metody leczenia, która pozwala zostać rodzicami osobom, które do tej pory nie miały takiej możliwości.

Słowa kluczowe: niepłodność, *in vitro*, koszty medyczne, farmakoekonomika.

ABSTRACT

Estimates from the World Health Organization assume that in the world today with the problems of becoming pregnant struggling approx. 60–80 million couples in developed countries statistically one in ten relationship struggles with the inability to have children. Left untreated, infertility carries far-reaching social consequences associated with the deepening demographic decline, as well as indirect effects related to the state of the psyche patients themselves, who by excluding from the parenting they feel unfulfilled and often fall into various types of depression. The prevalence of fertility problems is the fact that, according to the Polish Gynecological Society in our country, this problem affects about 1.5 million couples of childbearing age. Prior to the entry into force funded by the Ministry of Health *in vitro* treatment, every year thousands of couples therapy payable chose this technique. The costs were quite significant, and by this fact, many couples who want a child could not afford it. The situation changed significantly with the introduction of the state program "Infertility treatment *in vitro* fertilization method for 2013–2016". In addition, the costs borne by patients declined further with the entry in July 2014. On the list of reimbursed drugs hormone preparations used in preparation for the fertilization process. With the financial assistance of the State under the program and refund the necessary preparations greatly expanded access to modern and effective method of treatment that can be parents of those who have not yet had the opportunity.

Keywords: infertility, *in vitro*, medical costs, pharmacoeconomics.

Wstęp

Niepłodność często bywa niesłusznie nazywana bezpłodnością, przy czym te pojęcia nie są tożsame i nie należy ich zamiennie stosować. Bezpłodność jest sytuacją, w której dochodzi do trwałej niemożliwości poczęcia dziecka (np. z powodu braku jąder u mężczyzn czy jajników u kobiet), natomiast o niepłodności mówimy jako o stanie, w którym dochodzi do niemożności zajścia w ciążę pomimo regularnego rocznego współżycia seksualnego przy braku stosowania środków antykoncepcyjnych [1]. W zależności od tego, czy problem z poczęciem dziecka leży po stronie kobiety, mężczyzny czy też obu partnerów, to według klasyfikacji ICD-10 określamy go ogólnie jako N46 i/lub N97 [2]. Dzięki postępującemu rozwojowi medycyny i technologii istnieją skuteczne i nowoczesne metody leczenia par niemogących zajść w ciążę, a dostęp do terapii jest coraz łatwiejszy. Ponadto w Polsce bariera finansowa nie jest już tak dużym problemem jak kiedyś, ponieważ dzięki wprowadzeniu w naszym kraju rządowego programu o nazwie „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016" procedura dla zakwalifikowanych do terapii par jest bezpłatna [3]. Dodatkowo fakt, że od lipca 2014 roku także leki niezbędne w hormonalnym przygotowaniu kobiety do zabiegu podlegają refundacji przez Ministerstwo Zdrowia, czyni tę metodę leczenia łatwiejszą i bardziej dostępną [4].

Epidemiologia

Według aktualnych danych problem zaburzeń płodności dotyczy 10–15% par w wieku rozrodczym, z czego w ok. jednej trzeciej przypadków (35%) przyczyna niepłodności leży po stronie kobiety, podobnie (35%) – po stronie mężczyzny, a w 10% problem dotyczy obu partnerów. Z kolei w jednej piątej przypadków występuje tzw. niepłodność idiopatyczna, w której niemożliwa do określenia jest konkretna przyczyna występowania problemu [5, 6].

Etiologia

Niepłodność ze względu na charakter swojego występowania możemy podzielić na pierwotną i wtórną [2, 7]. Pierwsza z odmian dotyczy par, w których kobietom nigdy nie udało się zajść w ciążę, natomiast o tej drugiej mówimy wtedy, gdy w przeszłości przynajmniej raz do tego doszło (nawet gdy ciąża nie zakończyła się pomyślnie i została poroniona). Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku występuje szereg różnorodnych czynników mogących powodować brak możliwości poczęcia i urodzenia dziecka [8]. Przyczyn niemożności zajęcia w ciążę należy szukać po obu stronach – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. W przypadku mężczyzn kluczowym powodem występowania tego schorzenia jest pogarszająca się jakość nasienia. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia 5 lat temu poziom koncentracji plemników w jednym mililitrze nasienia był zdecydowanie niższy niż 50 lat temu w identycznej objętości spermy [9]. Z kolei żeńskich przyczyn niepłodności jest znacznie więcej i poprzez tę mnogość potencjalnych czynników jej leczenie należy do procesów dużo bardziej skomplikowanych. Możemy do nich zaliczyć powody maciczne (związane z budową, funkcjami błony śluzowej wyścielającej jamę macicy oraz toczące się tam procesy chorobowe), jajowodowe (drożność, środowisko, funkcje mechaniczne), szyjkowe (budowa, położenie, procesy chorobowe, produkcja śluzu), pochwowe (budowa, środowisko), a także jajnikowe (wzrost i uwalnianie komórek, produkcja hormonów) [10, 11]. Ponadto coraz częściej dochodzą do tego także czynniki środowiskowe i społeczne. Kobiety coraz częściej decydują się na rozwój kariery zawodowej i osiągnięcie stabilizacji życiowej przed posiadaniem dziecka i decydują się na nie w późniejszym okresie życia (trzecia–czwarta dekada) [12, 13]. Często okazuje się, że już wtedy są one w początkowym etapie przekwitania, które charakteryzuje się malejącą zdolnością do rozrodu. Aspekty środowiskowe u mężczyzn mają jeszcze większe znaczenie, gdyż na jakość nasienia wpływają zarówno czynniki chemiczne (pestycydy, lakiery itd.), fizyczne (silne pole elektromagnetyczne, wysokie temperatury), jak i nawet kulturowe (noszenie obcisłych spodni).

Diagnostyka

Przeprowadzonym w pierwszej kolejności badaniem w kierunku oceny potencjalnych przyczyn problemów z zajęciem w ciążę jest wnikliwy wywiad lekarski z parą od ponad roku bezskutecznie starającą się o zostanie rodzicami [1]. Rozmowa pozwala zdiagnozować występowanie schorzeń, które to mogą w sposób bezpośredni lub pośredni komplikować proces zajścia w ciążę, dostarcza informacji o stylu życia (wysiłek fizyczny, czynniki środowiskowe, używki itd.), a także historii ciąż w rodzinie. Dopiero po uzyskaniu niezbędnych informacji przeprowadzane są badania przedmiotowe, hormonalne, immunologiczne, genetyczne, bakteriologiczne oraz obrazowe [14, 15]. Do wcześniejszego wprowadzenia zaawansowanej diagnostyki dochodzi w przypadku, gdy kobieta ma ponad 35 lat, występują zaburzenia miesiączkowania (albo ich brak), podejrzewa się istnienie patologii narządów rodnych lub równolegle nakłada się męski czynnik niepłodności [14, 15].

Leczenie

Ministerstwo Zdrowia prowadzi program o nazwie „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016". Jest to program pomocy dla par niemogących w sposób naturalny zajść w ciążę [3]. Rząd ściśle określa wskazania do refundacji wszystkich procedur – dotyczą one par, które mają rozpoznanie bezwzględnej przyczyny niepłodności, par, które przez 12 miesięcy przechodziły udokumentowane medycznie nieskuteczne leczenie niepłodności, a także osób, które są zagrożone przyszłą utratą płodności, na przykład w wyniku czekającego je leczenia (np. onkologicznego). Pod względem formalno-prawnym kobieta przystępująca do programu musi korzystać z pełni praw publicznych i w dniu rejestracji (pierwszej wizyty) nie może mieć ukończonego 40. roku życia (mężczyzn nie dotyczy ograniczenie wiekowe). Decyzję o przyjęciu danej pary do programu podejmuje lekarz prowadzący, a przyszłe zapłodnienie musi się odbyć z użyciem komórki jajowej oraz nasienia właśnie tych osób, nie ma więc możliwości użycia materiału genetycznego od innych dawców. Wybór konkretnej pary jest uzależniony od ich dokumentacji medycznej, a także budżetu finansowego danej jednostki, ponieważ kliniki mogą przyjąć określoną liczbę par.

Po pomyślnym zakwalifikowaniu pacjentom przysługują bezpłatne wizyty, w trakcie których wykonuje się niezbędne badania. Ponadto przed przeprowadzeniem właściwej procedury IMSI-6600 prowadzi się hormonalną stymulację cyklu i jego ścisły monitoring. Procedura ta polega na wykonaniu zabiegu iniekcji morfologicznie dobranego plemnika do komórki jajowej (szczególnie istotny jest

przy tym wybór właściwego plemnika, dlatego przeprowadza się ich ścisłą selekcję przy powiększeniu sięgającym 6600 razy) oraz transferze zamrożonych wcześniej zarodków do macicy. Kolejnym etapem jest przeprowadzenie specjalistycznego badania sprawdzającego skuteczność przeprowadzonej procedury *in vitro* (tzw. badanie beta HCG).

Należy zwrócić uwagę, że na czas trwania programu finansowane jest także przechowywanie zamrożonych zarodków, co jest związane z faktem, że w razie niepowodzenia pierwszego zabiegu w ramach programu możliwe jest przeprowadzenie maksymalnie do trzech cykli *in vitro*. Dany cykl kończy się w momencie wykorzystania ostatniego przechowywanego zarodka, a każdy kolejny rozpoczyna się od analogicznych procedur (stymulacja hormonalna itd.). Pary, w przypadku których leczenie zakończy się powodzeniem, po narodzinach dziecka mogą w ramach trwania programu po raz kolejny zgłosić się do kliniki. W przypadku gdy są zamrożone niewykorzystane zarodki, istnieje możliwość ich użycia, jeżeli natomiast ich nie ma, a para nie przeszła trzech przysługujących jej cykli leczenia, to procedura może zostać ponownie rozpoczęta [3, 14–16].

Koszty

W ramach finansowania przez państwo programu leczenia niepłodności bezpłatne są wszystkie wizyty w klinice włącznie z ostatnią, kiedy za pomocą badania ultrasonograficznego potwierdza się powodzenie zabiegu i zajście pacjentki w ciążę. Nieodpłatnie przysługują także parze wszystkie testy, badania laboratoryjne i przede wszystkim zabiegi związane bezpośrednio z terapią [3, 16].

Jak wspomniano, przed przeprowadzeniem właściwej procedury bardzo istotne znaczenie ma odpowiednie przygotowanie pacjentki do zabiegu poprzez stymulację hormonalną cyklu, co odbywa się poprzez zastosowanie specjalistycznych leków. Jeszcze nieco ponad rok temu te środki farmakologiczne były preparatami pełnopłatnymi. Sytuacja zmieniła się na korzyść wraz z początkiem lipca 2014 roku – na nowe listy leków refundowanych weszło wiele preparatów związanych z leczeniem metodą *in vitro* [4, 16]. Pozwoliło to na znaczne obniżenie kosztów, gdyż według szacunków klinik pary, które wykupywały wymagane leki, musiały liczyć się z wydatkami rzędu 3–4,5 tys. zł przy pojedynczej próbie zapłodnienia, a dzięki wprowadzeniu refundacji poniesione na ten cel nakłady zmalały o ponad połowę i wynoszą teraz średnio ok. 1,5 tys. zł.

Od chwili wprowadzenia niezbędnych preparatów na listę leków refundowanych, czyli 1 lipca 2014 roku, do planowanego końca trwania programu (30 czerwca 2016 roku) Ministerstwo Zdrowia zamierza wydać na niego ponad 170 mln złotych, a średni koszt każdej próby zapłodnienia, jaki rząd zwraca przeprowadzającej go klinice, wynosi ok. 7,5 tys. zł [3].

Społeczne i ekonomiczne skutki niepłodności

Polska jest krajem, w którym przyrost naturalny jest coraz niższy, co przekłada się na fakt, że jesteśmy jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw spośród państw Unii Europejskiej [17]. Główny Urząd Statystyczny alarmuje, że przez pierwsze półrocze 2015 roku przyszło na świat prawie 3 tys. mniej dzieci niż w roku ubiegłym, podczas gdy liczba zgonów wzrosła niemal o 5 tys. [18]. Należy przy tym zwrócić uwagę, że istotnym problemem nie jest tutaj sam fakt wzrostu liczby osób starszych, ale zwiększenie się ich udziału w strukturze społeczeństwa, co z kolei jest spowodowane spadkiem liczby najmłodszych obywateli w demograficznej strukturze ludności. Działania systemów emerytalnych bazują na zasadzie zastępowalności pokoleń, co oznacza, że ciężar przyszłego utrzymania osób starszych rozkłada się na pracujące osoby młodszych generacji [19, 20]. W obliczu rosnących dysproporcji wiekowych w społeczeństwie i coraz bardziej zmniejszającej się liczby pracujących obywateli istnieje coraz większe zagrożenie funkcjonowania systemu emerytalnego, i Polska, podobnie jak wiele innych krajów, staje przed dylematem: czy prowadzić rozbudowaną politykę prorodzinną, czy też raczej zdecydować się na imigrację zewnętrznej siły roboczej z krajów o większej dzietności, których nie dotyczą wspomniane problemy demograficzne [19–21].

Dane szacunkowe zakładają, że w przeciągu najbliższych 35 lat liczba obywateli Polski zmniejszy się o ponad 4,5 mln [18]. Fakt ten nie wynika jedynie z popularnej opinii, że Polacy nie chcą mieć dzieci (jedynie 4% ankietowanych deklaruje taki wybór), ale także z wielu złożonych powodów, z których szczególnie istotna jest niepłodność [22]. Według danych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego problemy związane z niemożnością posiadania potomstwa dotykają 1,5 mln par. Liczby te wskazują na dużą skalę problemu i świadczą o tym, jak bardzo ważne jest prowadzenie przez państwo działań prorodzinnych mających na celu naprawę sytuacji demograficznej w Polsce [14, 15, 22].

Podsumowanie

Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zakładają, że obecnie na świecie ok. 60–80 mln par zmaga się z problemami dotyczącymi zajścia w ciążę, a w krajach wysoko rozwiniętych statystycznie co dziesiąty związek boryka się z niemożnością posiadania dzieci [1]. Według

danych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w naszym kraju problem ten dotyczy około 1,5 mln par w wieku rozrodczym – tysiące z nich podejmowało pełnopłatne leczenie metodą *in vitro*. Aby pomóc parom starającym się o dziecko i powstrzymać coraz gorsze wskaźniki przyrostu naturalnego, rząd podjął szereg działań w ramach polityki prorodzinnej, do których należy także finansowanie terapii wcześniej wspomnianą metodą [3].

Wraz z wprowadzeniem państwowego programu „Leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016" i wejściem w lipcu 2014 r. na listę leków refundowanych preparatów stosowanych w procesie zapłodnienia znacznie rozszerzył się dostęp do nowoczesnej i skutecznej metody leczenia, na którą wiele par nie mogło sobie pozwolić ze względów finansowych [3, 4, 15, 16]. Działania te, poprzez korzystny wpływ na demograficzną strukturę ludności, mogą w długofalowej perspektywie ograniczyć problem starzenia się naszego społeczeństwa.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. WHO: Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. Cambridge University Press, Cambridge, 2000.
2. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10, http://www.icd10data.com/ICD10CM/Index/I/Infertility [dostęp: 31.08.2015].
3. Rządowy program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, http://www.invitro.gov.pl [dostęp: 31.08.2015].
4. In vitro prawie za darmo. Teraz refundacja leków, http://wyborcza.pl/1,76842,16233306,In_vitro_prawie_za_darmo__Teraz_refundacja_lekow.html [dostęp: 31.08.2015].
5. The ESHRE Capri Workshop Group. Social determinants of human reproduction. Hum Reprod. 2001;16:1518–1526.
6. ESHRE. The European IVF-monitoring programmme (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted reproductive technology in Europe, 2000. Results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod. 2004;19(3):490–503.
7. Kaye P. Płodność, niepłodność, bezpłodność. PZWL, Warszawa, 2007
8. Dmochowski T. Zmniejszona płodność i niepłodność. W: Troszyński M (red.). Naturalne planowanie rodziny. Warszawa, 2005.
9. World Health Organization reference values for human semen characteristics. Cooper TG1, Noonan E, von Eckardstein S, Auger J, Baker HW, Behre HM, Haugen TB, Kruger T, Wang C, Mbizvo MT, Vogelsong KM. Human Reproduction Update. 2010;16(3): 231–245.
10. Bręborowicz G. Położnictwo i ginekologia. PZWL, Warszawa, 2008; t. 2.
11. Kaye P. Płodność, niepłodność, bezpłodność. PZWL, Warszawa, 2007.
12. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Wyd. Nauk. Śląsk., Katowice, 2006.
13. Sherrod RA. Understanding the emotional aspects of infertility: implications for nursing practice. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2004;42(3):40–47.
14. Wspieramy płodność: Raport Koalicji na rzecz Kompleksowej Terapii Niepłodności, http://wspieramyplodnosc.pl/Wspieramy_Plodnosc.pdf [dostęp: 31.08.2015].
15. Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego: Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności, http://spin.org.pl/propozycja-rekomendacji-ptg-i-ptmr-w-sprawie-rozorodu-wspomaganego-medycznie [dostęp: 31.08.2015].
16. Niepłodność. Komu rząd pomaga? http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/1,96856,16579600,Nieplodnosc__Komu_rzad_pomaga_.html?ssoPermanentSessionId=d5254b5665bb40e8533874c2346d44cd955b0610ce8cdb3536a9b2f4d40a4ebd [dostęp: 31.08.2015].
17. Opracowane w ramach zadania 3.2.1 projektu badawczego zamawianego NCBR K/140/PO1/2007 „Epidemiologia zagrożeń prokreacyjnych w Polsce – wieloośrodkowe, prospektywne badania kohortowe". Kierownik projektu Wojciech Hanke.
18. Główny Urząd Statystyczny: Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_Pl_2008–2035.pdf [dostęp: 31.08.2015].
19. Balcerzak-Paradowska B. Starzenie się ludności wyzwaniem dla polityki społecznej i rodzinnej. W: Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Komitet Prognoz Polska 2000 Plus. Warszawa, 2008.
20. Kancelaria Senatu: Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki, http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf [dostęp: 31.08.2015].
21. Golimowska S. Społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji. W: Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Komitet Prognoz Polska 2000 Plus. Warszawa, 2008.
22. Rekomendacje PTG 2006–2011. Zalecane postępowanie terapeutyczne w rozrodzie wspomaganym – stanowisko ESHRE. Streszczenie. 2008.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Paweł Drągowski
Samodzielna Pracownia Analizy Leków
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Adama Mickiewicza 2D, 15-222 Białystok
tel.: 85 748 5735
e-mail: pawel.dragowski@umb.edu.pl

PRACA POGLĄDOWA

DOPŁATY DO ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH. MOŻLIWOŚCI PRAWNE WSPÓŁFINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

SUBSIDIES TO GUARANTEED BENEFITS. LEGAL POSSIBILITIES OF CO-FINANCING HEALTH CARE SERVICES FINANCED FROM PUBLIC FUNDS

Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Filip Nowak

Mazowiecki Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

STRESZCZENIE

Niniejsza praca zawiera omówienie problemów dotyczących pobierania dodatkowych opłat za świadczenia opieki zdrowotnej od osób uprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W szczególności omówiono kwestie pobierania dodatkowych opłat za wyroby medyczne wykorzystywane w trakcie leczenia pacjentów z zaćmą, tj. za tzw. ponadstandardową soczewkę w przypadku zabiegów usunięcia zaćmy.

Praca zawiera też przegląd aktualnych poglądów pojawiających się w literaturze na ten temat. Autorzy zwracają uwagę na niejednoznaczność uregulowań prawnych w zakresie współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi podstawową przyczynę nadużyć w zakresie pobierania przez świadczeniodawców dodatkowych opłat również za świadczenia, które są także przedmiotem finansowania na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przybliżono takie pojęcia, jak świadczenia gwarantowane, świadczenia ponadstandardowe oraz podjęto próbę wyodrębnienia świadczeń, za które możliwe jest pobieranie opłat, a więc niebędących przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto podjęto analizę problemu w odniesieniu do formy prawnej podmiotów realizujących świadczenia.

Autorzy przedstawili również praktyczny mechanizm funkcjonowania systemu dopłat do świadczeń gwarantowanych, bazujący w głównej mierze właśnie na niejasnych i skomplikowanych regulacjach prawnych oraz niewiedzy pacjentów o prawach, jakie im przysługują. W końcowej części autorzy przedstawiają wnioski *de lege ferenda*, umożliwiające doprecyzowanie systemu współfinansowania świadczeń i ubezpieczeń dobrowolnych.

Słowa kluczowe: Narodowy Fundusz Zdrowia, współfinansowanie świadczeń, świadczenia gwarantowane, ponadstadardowe wyroby medyczne.

ABSTRACT

This paper provides an overview of issues related to charging additional fees for health care services from people entitled to benefits financed from public funds. In particular, issue discussed was charging additional fees for medical devices used during treatment of patients, i.e. so called above-average lens for cataract and better cochlear implants used in correction of hearing defects.

The work includes a review of current opinions appearing in literature on the subject. In the content of the work authors draw attention to the ambiguity of the framework for co-financing health care services, which is the root cause of fraud in the collection of additional fees by healthcare providers for services which are also subject of financing under a contract with the Narodowy Fundusz Zdrowia (National Health Fund).

Through this work, authors approximated concepts such as benefits guaranteed and above-standard benefits; they also attempted to extract benefits for which it is possible to charge fees, and which, therefore, are not covered by the contract with the Narodowy Fundusz Zdrowia (National Health Fund). In addition, analysis of the problem has been undertaken in respect of the legal entities implementing the provision.

The authors also presented a current state of the guaranteed benefits' supplementary payment system, based largely on vague and very complex regulations and patients unaware of the rights which they are entitled to. In the final section authors present conclusions de lege ferenda, enabling the clarification of co-financing the benefits' system and voluntary insurance.

Keywords: Narodowy Fundusz Zdrowia (National Health Fund), co-benefits, benefits guaranteed, above-standard medical devices.

Wstęp

Problem możliwości pobierania opłat za świadczenia zdrowotne przez podmioty, które realizują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), od lat nie jest rozstrzygnięty. Nieprecyzyjny koszyk świadczeń gwarantowanych daje wiele możliwości interpretacyjnych, w zależności od przyjęcia różnych kryteriów oceny, począwszy od zróżnicowania sytuacji prawnej podmiotów publicznych i niepublicznych, a skończywszy na próbach rozstrzygania zagadnienia w kategorii świadczeń standardowych i ponadstandardowych oraz określania granicy pomiędzy świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych przez NFZ a świadczeniami „komercyjnymi" finansowanymi z środków własnych osoby z nich korzystającej. Temat ten jest przedmiotem wielu medialnych dyskusji, szczególnie gdy dotyczy powszechnych świadczeń, takich jak np. dopłata do „lepszych" soczewek

w związku z realizacją świadczenia usunięcia zaćmy powikłanej lub niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki.

Analiza problematyki dodatkowego, poza systemem środków publicznych, finansowania świadczeń powinna odnosić się wyłącznie do aspektu finansowania tych świadczeń przez Fundusz. Wyłącznie w obszarze finansowania świadczeń ze środków publicznych może pojawiać się niebezpieczeństwo podwójnego finansowania (z środków publicznych i prywatnych) tych samych świadczeń oraz pole do różnego rodzaju nadużyć. Kwestia formy prawnej prowadzonej działalności nie powinna mieć znaczenia. Należy bowiem zgodzić się z poglądami, że różnicowanie sytuacji podmiotów leczniczych w tak istotnej kwestii, jak dopuszczalne źródła finansowania ich działalności, w zasadzie wyłącznie na podstawie formy prawnej, w jakiej one funkcjonują, stawia pod znakiem zapytania konstytucyjność takich rozwiązań przede wszystkim z punktu widzenia równości podmiotów wobec prawa i zakazu dyskryminacji[1]. Taki pogląd mógłby prowadzić do absurdu, albowiem wystarczyłoby dokonać przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową i wtedy kwestia pobierania opłat nie budziłaby już wątpliwości prawnych[2].

Pogląd dopuszczający możliwość pobierania opłat, co do zasady, przez podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami akceptuje również Minister Zdrowia, który w komunikacie z dnia 21 maja 2012 r. wyraził pogląd, że przepisy nie zakazują takim podmiotom leczniczym odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych osobom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych bądź też świadczeń zdrowotnych niezakwalifikowanych jako gwarantowane[3].

Wszystko zatem zależy od przedmiotu świadczenia i umowy z Funduszem, a nie od formy prawnej funkcjonowania świadczeniodawcy. Problemem jest więc rozstrzygnięcie kwestii pobierania opłat lub dopłat do świadczenia gwarantowanego od świadczeniobiorców w przypadku, gdy wycena określonego świadczenia, zdaniem świadczeniodawcy, nie określa rzeczywistych kosztów jego realizacji.

Ustawodawca nie precyzuje pojęcia świadczeń „komercyjnych", należy jednak przyjąć, że są to świadczenia opieki zdrowotnej, odpłatne na podstawie umowy cywilnoprawnej. Świadczenia te mogą być udzielane poza systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, czyli poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Zarówno publiczne, jak i niepubliczne podmioty nie mogą udzielać komercyjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń objętych umową z NFZ oraz świadczeń, których wykonanie wynika z obowiązku ustawowego[4]. Aby zatem ustalić, co może być przedmiotem umowy cywilnoprawnej dotyczącej świadczeń komercyjnych, konieczne jest ustalenie, co jest przedmiotem umowy z NFZ i jest finansowane ze środków publicznych.

Zakres świadczeń określonych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia. Świadczenia gwarantowane

Zgodnie z art. 15 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., 581, z późn. zm.), dalej jako u.ś.o.z., świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane. Tak zwany pozytywny koszyk świadczeń został wprowadzony *Ustawą z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach* (Dz.U. nr 118, poz. 989), dalej jako nowelizacja z 25 czerwca 2009 r. Nowelizacja z 25 czerwca 2009 r. zmieniła wcześniej obowiązujący tzw. koszyk negatywny w koszyk pozytywny, dając nadzieję na precyzyjne wskazanie, co „przysługuje" świadczeniobiorcy w ramach systemu finansowania świadczeń ze środków publicznych, a co w ramach tego systemu nie przysługuje, jak również stworzy możliwości legalnego pobierania opłat za świadczenia, które nie są finansowane ze środków publicznych. Niewątpliwie taka konstrukcja systemu pozwala na sformułowanie poglądu, że pobieranie opłat będzie dopuszczalne w sytuacji, gdy przedmiotem umowy cywilnoprawnej z pacjentem będą świadczenia inne niż gwarantowane. Jak się jednak okazuje, pomimo nowelizacji z 25 czerwca 2009 r. w dalszym ciągu pojawia się wiele problemów interpretacyjnych związanych z pobieraniem opłat za świadczenia.

Zakaz pobierania od świadczeniobiorców opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy z Funduszem wynika przede wszystkim z faktu, że te świadczenia są finansowane przez Fundusz. Dopuszczenie możliwości podwójnego finansowania nie byłoby racjonalne, co wydaje się być wnioskiem oczywistym. Ponadto pobieranie

[1] Kawa S. Pobieranie opłat przez SPZOZ za świadczenia zdrowotne. Rynek Zdrowia. 2014:1–3. http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Pobieranie-przez-SPZOZ-oplat-za-swiadczenia-zdrowotne,137564,0.html.

[2] Pietraszewska-Macheta A. Kontrowersje wokół problemu pobierania opłat od pacjentów za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Komentarz praktyczny. Serwis Prawo i Zdrowie. 251280: 1–11.

[3] http://www2.mz.gov.pl.

[4] Kubot Z. Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej. Prawo i Medycyna. 2010;38(12):5–19.

nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy z Funduszem stanowi wykroczenie określone w art. 193 pkt 4 u.ś.o.z., jak również może być przyczyną nałożenia kary umownej na świadczeniodawcę na podstawie § 30 ust. 1 pkt 1 lit. a) lub c) ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.* (Dz.U. nr 81, poz. 484), a od 1 stycznia 2016 r. na podstawie § 30 ust. 1 pkt 1 lit. a) lub c) ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz.U. poz. 1400, z późn. zm.), dalej jako o.w.u.

W tym kontekście najistotniejsza wydaje się odpowiedź na pytanie, czy świadczenie opieki zdrowotnej, za które pobrano opłatę, jest jednocześnie przedmiotem umowy z Funduszem. Określenie, że dane świadczenie nie jest objęte umową z Funduszem, uzasadni konstatacje, że dopuszczalne jest pobieranie opłaty za to świadczenie i opłata ta nie może być uznana za opłatę nienależną.

Niewątpliwie przedmiotem umowy z Funduszem nie będą:

1) świadczenia inne niż gwarantowane, a więc znajdujące się poza koszykiem świadczeń stanowiących wykaz świadczeń gwarantowanych zawarty w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 31d u.ś.o.z.;
2) świadczenia w zakresie, w którym dany świadczeniodawca nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem;
3) świadczenia udzielane osobom niemającym uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak również świadczenia udzielane osobom bez wymaganego skierowania.

W konsekwencji każdy świadczeniodawca może udzielać powyższych świadczeń odpłatnie[5].

Dyskusyjnych i wymagających szerszej analizy będzie wiele innych występujących w praktyce sytuacji, które nie spełniają wyżej wskazanych kryteriów, jak również sytuacji niejasnych polegających na interpretowaniu, kiedy dane świadczenie nie jest świadczeniem gwarantowanym.

Przy dokonywaniu oceny najbardziej oczywistym byłoby kryterium źródła finansowania, poprzez uznanie, że świadczenie, które zostało sfinansowane przez Fundusz, było przedmiotem umowy z Funduszem, natomiast świadczenie, które nie zostało przedstawione do rozliczenia w ramach umowy z Funduszem, a zostało sfinansowane przez pacjenta, nie jest przedmiotem tej umowy. W takim przypadku nie ma wątpliwości, że nie występuje podwójne finansowanie świadczeń, jak również nie narusza się, powszechnie podnoszonego przez zwolenników pobierania opłat, prawa pacjenta do dokonania wyboru w zakresie możliwości skorzystania ze świadczeń w ramach systemu finansowania świadczeń ze środków publicznych[6]. Jednakże zastosowanie wyłącznie takiego kryterium oceny może prowadzić do wystąpienia wielu nadużyć, co często jest spotykane w praktyce. Ponadto kryterium „braku podwójnego finansowania" nie zawsze się sprawdzi, albowiem w wielu sytuacjach, w przypadku pobierania opłat, do podwójnego finansowania, chociażby częściowo, dochodzi[7].

Świadczenia inne niż gwarantowane. Świadczenia ponadstandardowe. Zakup wyrobów medycznych przez pacjenta lub fundacje

Świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez danego świadczeniodawcę oraz świadczeń zdrowotnych udzielanych w warunkach przymusu ustawowego. Poza tym osoba objęta ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może korzystać ze świadczeń zdrowotnych poza systemem tej ustawy[8]. Nie ma żadnych podstaw do tego, aby ograniczać osobom uprawnionym dostęp do świadczeń komercyjnych. W systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na konkurencyjno-eliminacyjnym kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych podmioty lecznicze powinny mieć określoną prawnie możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych poza świadczeniami zakontraktowanymi przez NFZ oraz poza świadczeniami zdrowotnymi objętymi przymusem ustawowym[9]. Ponadto legalne płacenie przez pacjentów za usługi medyczne powoduje:

– zwolnienie przez płacących pacjentów miejsc w kolejkach pacjentom, których nie stać na dodatkowe koszty leczenia;

[5] Pietraszewska-Macheta A (red.). Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015; 184.

[6] Fortak-Karasińska K, Kuśmierek P. Pobieranie opłat przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Komentarz praktyczny. Serwis Prawo i Zdrowie. 128217.

[7] Pietraszewska-Macheta A (red.). Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015; 185.

[8] Kubot Z. Opłaty za świadczenia zdrowotne udzielane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Prawo i Medycyna. 2012;44(18).

[9] Tamże.

– wolny wybór świadczeniodawcy i brak konieczności korzystania wyłącznie z prywatnych placówek;
– zasilenie publicznego systemu dodatkowymi środkami pieniężnymi[10].

Istotnie decyzja o tym, czy dana osoba skorzysta z przysługującego jej prawa, zależy wyłącznie od niej. Skorzystanie przez świadczeniobiorcę ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest bowiem jego prawem, a nie obowiązkiem. Problem stanowi jednak możliwość wyraźnego określenia, kiedy uprawniony korzysta z tego prawa, a kiedy działa pod wpływem błędu, co do faktu, co mu się faktycznie należy na podstawie przepisów u.ś.o.z. Brak precyzji w określeniu koszyka świadczeń gwarantowanych, jak również niejasne regulacje odnoszące się do pobierania opłat za świadczenia utrudniają rzetelną analizę tego zagadnienia, często – jak wynika z praktyki – prowadzą do nadużyć polegających na wykorzystywaniu niewiedzy pacjentów o przysługujących im uprawnieniach[11].

Definicja świadczenia gwarantowanego, zawarta w art. 5 pkt 35 u.ś.o.z., uległa zmianie w związku z wejściem w życie nowelizacji z dnia 25 czerwca 2009 r. Poprzednie brzmienie tego przepisu wskazywało, że jest to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie, natomiast obecnie świadczeniem gwarantowanym jest, zgodnie z definicją, świadczenie finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Tym samym ustawa wprost dopuściła możliwość pobierania opłat w przypadku świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych lub tylko współfinansowanych. Jak się okazało, zmiana ta miała w sytuacji współfinansowania świadczeń wyłącznie charakter teoretyczny. Aby uzyskała ona walory praktyczne, konieczne byłoby wskazanie w koszyku świadczeń gwarantowanych, jakie elementy świadczenia są finansowane ze środków publicznych, a jakie są finansowane przez świadczeniobiorcę. Z wyjątkiem świadczeń opieki zdrowotnej, które już wcześniej były współfinansowane[12], ustawodawca nie wskazał w koszyku świadczeń, które elementy świadczenia mogą być współfinansowane. Ponadto wykaz świadczeń gwarantowanych został skonstruowany na dużym poziomie ogólności, co nie pozwala na precyzyjne określenie, który element świadczenia mógłby być uznany za wykraczający poza pojęcie świadczenia gwarantowanego i finansowany przez świadczeniobiorcę[13].

W dyskusjach na temat dopłat do świadczeń gwarantowanych pojawia się również określenie świadczenia ponadstandardowego. Przez pojęcie świadczenia ponadstandardowego należy rozumieć świadczenia jakościowo wyższe niż świadczenia zakontraktowane przez NFZ[14]. Niestety przepisy u.ś.o.z. nie definiują tego pojęcia, problem będzie zatem polegał na wskazaniu, jakie świadczenie będzie świadczeniem ponadstandardowym. W konsekwencji nie wiadomo więc, co jest świadczeniem ponadstandardowym, a nie ma żadnych podstaw do tego, aby przyjąć, że świadczeniodawca sam ma prawo ustalania, co jest jego zdaniem standardem, a co nie. Jedynym kryterium odróżniającym świadczenie ponadstandardowe od standardowego mogłoby być kryterium finansowe, tj. ustalenie, że ze względu na kosztowne materiały i technologie medyczne nie mieści się ono w koszcie procedury finansowanej przez Fundusz[15]. Nie ma jednak takich regulacji. Świadczenie standardowe nie jest pojęciem tożsamym ze świadczeniem gwarantowanym, a ustawodawca określił jedynie wykaz świadczeń gwarantowanych, które są finansowane ze środków publicznych. Zatem w ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację tego świadczenia świadczeniodawca otrzymuje środki finansowe na dokonanie wszelkich procedur, które okażą się niezbędne dla realizacji tego świadczenia. Dlatego też, nawet jeżeli przyjąć, że świadczenia, które ze względów finansowych znajdują się poza kosztem procedury medycznej finansowanej przez Fundusz, to korzystanie w takiej sytuacji przez ubezpieczonych ze świadczeń opieki zdrowotnej o wyższej jakości jest dopuszczalne w sytuacji, gdy ubezpieczony zamiast korzystać ze świadczenia finansowanego ze środków publicznych opłaca świadczenie zdrowotne o wyższym standardzie. W takiej sytuacji nie mamy do czynienia z dopłatą do lepszej procedury medycznej niż procedura finansowana ze środków publicznych, ale z opłatą za świadczenie opieki zdrowotnej o wyższym standardzie udzielone poza świad-

[10] Fortak-Karasińska K., Kuśmierek P., Pobieranie opłat...

[11] Pietraszewska-Macheta A. Kontrowersje wokół problemu pobierania opłat od pacjentów za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Komentarz praktyczny. Serwis Prawo i Zdrowie. 251280.

[12] Obecnie, jak i przed wejściem w życie ustawy finansowane przez świadczeniobiorcę są koszty wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz w sanatorium uzdrowiskowym.

[13] Pietraszewska-Macheta A. Kontrowersje wokół problemu pobierania opłat...

[14] Kubot Z. Opłaty za świadczenia zdrowotne...

[15] Nawet jeśli przyjąć za uprawniony taki wniosek, to w dalszym ciągu trudno będzie go obronić w sytuacji, gdy świadczenie jest gwarantowane, a jednocześnie zostaną spełnione warunki do uzyskania tzw. zgody płatnika – indywidualnego rozliczenia świadczenia kosztownego, na zasadach określonych w § 22 *Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.*

czeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych[16]. W tym kontekście pojawia się problem współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Oczywiste jest, że korzystniejszym rozwiązaniem, również dla pacjentów, byłby system dopłat, jednak obecnie, jak wskazano powyżej, ustawodawca nie określił czytelnych zasad współfinansowania świadczeń i zasad dokonywania dopłat.

Innym jeszcze problemem jest kwestia dofinansowania świadczenia przez świadczeniobiorcę poprzez zakup wyrobu medycznego. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 618, z późn. zm.), dalej jako u.dz.l., która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r., wprowadziła nowe pojęcia: działalność lecznicza i podmiot wykonujący działalność leczniczą. W rozumieniu art. 3 u.dz.l. działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w tym również w zakresie promocji zdrowia, zadań dydaktycznych i badawczych, wdrażaniu nowych technologii medycznych i metod leczenia. W ramach działalności leczniczej są udzielane zarówno stacjonarne, całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne, np. w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, jak i ambulatoryjne. Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą są podmioty określone w art. 2, 4 i 5 u.dz.l., które zarówno mogą być przedsiębiorcami, jak i nie mieć tego przymiotu. Każdy z tych podmiotów w określonym zakresie może wykonywać działalność leczniczą i jest użytkownikiem rozmaitych wyrobów medycznych dla celów diagnostyki, terapii, rehabilitacji, promocji zdrowia i profilaktyki. W rozumieniu *Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych* (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 876), dalej jako u.w.m., jest on zatem świadczeniodawcą i może być importerem i dystrybutorem wyrobu w rozumieniu u.w.m. i używać go w celu udzielania rodzajowych świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że świadczeniodawca może używać wyrobów medycznych wyłącznie w celu realizacji świadczeń zdrowotnych, co jest istotą jego działalności, nie przewiduje się natomiast sytuacji, w której świadczeniodawca będzie sprzedawał pacjentom wyroby medyczne. Takie rozumowanie potwierdzają dalsze regulacje ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 23 u.dz.l. sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Ponadto, jak wynika z art. 24 ust. 1 pkt 12 u.dz.l., w regulaminie organizacyjnym powinien znaleźć się cennik, a więc wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością. W przypadku gdy opłata dotyczy świadczeń zrealizowanych w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (a więc np. w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej), stosownie do treści art. 45 ust. 2 u.dz.l. opłata powinna uwzględniać koszty, które faktycznie (rzeczywiście) zostały poniesione przy udzieleniu świadczenia zdrowotnego. Przepisy odnoszące się do odpłatności za świadczenia wskazują, że jeśli nawet podmiot leczniczy może pobierać opłaty, to za świadczenia zdrowotne, a nie wyroby medyczne[17].

Innym, ciekawym obszarem, związanym z omawianym zagadnieniem, jest kwestia wykorzystywania do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ materiałów wszczepialnych pochodzących od fundatora. Niejednokrotnie zdarza się, że różne organizacje społeczne zbierają fundusze na leczenie jednej lub kilku osób, ewentualnie na materiały wszczepialne. Są to na przykład wózki inwalidzkie, łóżka, sprzęt rehabilitacyjny, ale także endoprotezy czy implanty ślimakowe. Tu również pojawia się wątpliwość, czy wykorzystując taki produkt do realizacji świadczeń finansowanych przez płatnika publicznego, nie dochodzi do podwójnego finansowania. Oczywiście materiały wszczepialne stanowią element procedury finansowanej ze środków publicznych. Ocena takiej sytuacji, z formalnego punktu widzenia, będzie też różna, w zależności od tego, czy fundacja zbierała środki na materiał wszczepialny dla konkretnego pacjenta, czy też przekazała świadczeniodawcy pewną kwotę na realizację świadczeń dla grupy pacjentów.

Warto też podkreślić, że w przypadku współfinansowania świadczeń przez różnego rodzaju organizacje społeczne inne będą też możliwości prawne w zakresie odpowiedzialności świadczeniodawcy za korzystanie z tego rodzaju dopłat. Otóż przepisy o.w.u., zarówno te obowiązujące w 2015 r., jak i te obowiązujące od 1 stycznia 2016 r., określają odpowiedzialność świadczeniodawcy i możliwość nałożenia kar umownych (§ 30 ust. 1 lit. a) i c) o.w.u.) wyłącznie w przypadku pobierania opłat lub obciążania kosztami wyrobów medycznych jedynie pacjenta. Również zakwalifikowanie danej sytuacji jako wykroczenia wynikającego z art. 194 pkt 5 u.ś.o.z. wymaga pobrania nienależnej opłaty od ubezpieczonego. W konsekwencji zatem, jeżeli nawet taka sytuacja będzie uzasadniała twierdzenie, że dochodzi do podwójnego finansowania świadczeń, to konstrukcja prawna przepisów nie pozwala na penalizowanie tego rodzaju postępowania.

[16] Kubot Z. Opłaty za świadczenia zdrowotne...

[17] Pietraszewska-Macheta A. Kontrowersje wokół problemu pobierania opłat...

Praktyka i możliwości prawne stosowania dopłat dokonywanych przez pacjentów lub podmioty trzecie (organizacje społeczne)

Powszechnym zjawiskiem jest stosowanie dopłat do zabiegów usunięcia zaćmy. Uzasadnieniem do stosowania takich dopłat jest przekazywanie pacjentom informacji o korzyściach, jakie niesie za sobą wszczepienie „lepszej" soczewki, której nie refunduje Narodowy Fundusz Zdrowia – aby można było wszczepić „lepszą" soczewkę, świadczeniobiorca musi dokonać dopłaty do zabiegu, na którą to dopłatę najczęściej jest wystawiana faktura dotycząca sprzedaży bliżej nieokreślonych „usług medycznych". To samo dotyczy wszczepiania implantów ślimakowych czy innych wyrobów medycznych występujących w różnych wariantach cenowych.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy tak praktyka jest zgodna z obowiązującymi przepisami, konieczne jest ustalenie, co jest świadczeniem gwarantowanym i w konsekwencji przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z załącznikiem nr 1 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,* dalej r.ś.g.l.sz., świadczeniem gwarantowanym jest usunięcie zaćmy (różnymi metodami – poz. 13.193, 13.69, 13.71). Jak wynika z załącznika nr 4 lp. 5 do r.ś.g.l.sz., ustawodawca przewiduje w trakcie realizacji świadczeń wykorzystanie materiałów zużywalnych, tj. sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej – zwijalnej – w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej z polimetylmetakrylatu (PMMA) – w przypadku zabiegów metodami innymi niż fakoemulsyfikacja. W umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia przekłada się to na procedury określone jako usunięcie zaćmy powikłanej lub niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki lub usunięcie zaćmy innymi metodami niż metoda emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki. Każda z tych procedur ma określoną wycenę punktową, w zależności od tego, w jakim trybie jest realizowana (hospitalizacja zwykła, planowa czy jednodniowa). Obecnie usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, zrealizowane w trybie hospitalizacji jednodniowej, jest wycenione na 43 punkty, co przy wartości punktu 52 zł daje łącznie kwotę za wykonanie tej procedury 2236 zł[18]. Za wykonanie całej procedury – w więc usunięcie zaćmy wraz ze wszczepieniem soczewki (niepowikłanej metodą emulsyfikacji) świadczeniodawca, wykazując to świadczenie do rozliczenia, otrzymuje kwotę 2236 zł. Jeżeli przy realizacji tej procedury zostanie użyta soczewka zdaniem świadczeniodawcy „lepsza", zakupiona przez pacjenta za kwotę 600 zł lub więcej – to świadczeniodawca otrzyma wynagrodzenie od NFZ za świadczenie – usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (2236 zł) – oraz od pacjenta dodatkowo w zależności od soczewki 600 zł lub więcej. Jak pokazuje ten przykład, świadczeniodawca otrzyma od Funduszu pieniądze za soczewkę „gorszą", która znajduje się w koszcie procedury, a nie została wszczepiona, oraz od świadczeniobiorcy opłatę za soczewkę „lepszą". Warto dodać, że przedmiotem sprawozdawczości kierowanej przez świadczeniodawców do NFZ są określone wykonane procedury bez wskazywania użytych wyrobów medycznych czy też faktu, że koszt soczewki został poniesiony przez pacjenta. Cena procedury jest jednakowa, niezależnie od tego, czy została wszczepiona soczewka „gorsza", czy też „lepsza" – dodatkowo sfinansowana przez pacjenta. Dopiero w wyniku kontroli możliwe jest ustalenie, że pacjent dokonał opłaty za soczewkę. Jak widać zatem, takich reguł, nawet oficjalnie ujawnianych przez świadczeniodawców, nie można uznać za przejrzyste. Gdyby nawet teoretycznie uznać, że określona, jakaś szczególna soczewka jest ponadstandardowa, to mimo wszystko uczciwie byłoby zażądać od świadczeniobiorcy kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy soczewką finansowaną przez Fundusz (jak się twierdzi – najtańszą), a tą „lepszą", którą proponuje się świadczeniobiorcy.

W konsekwencji dokonanie zakupu „lepszego" wyrobu medycznego przez pacjenta prowadzi do sytuacji, w której świadczeniodawca wykonuje świadczenie z użyciem wyrobu medycznego zakupionego przez świadczeniobiorcę, a do rozliczenia z Funduszem przedstawia procedurę, która polega na wykonaniu świadczenia wraz z użyciem wyrobu medycznego, który w istocie jest finansowany przez pacjenta. W konsekwencji wyrób medyczny, niezależnie od tego, czy był konieczny do realizacji świadczenia w rozumieniu art. 35 u.ś.o.z., czy też nie, został sfinansowany podwójnie – przez NFZ oraz świadczeniobiorcę, względnie przez organizację społeczną czy fundację. Przy czym NFZ sfinansował świadczenie niekompletne (bez soczewki), w cenie świadczenia wraz z soczewką. To samo dotyczy wszystkich innych przypadków prywatnego finansowania wyrobów medycznych w sytuacji udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Przy czym wyrób medyczny, który nawet nie charakteryzuje się cechą „konieczności" w rozumieniu art. 35 u.ś.o.z., nie może być przedmiotem odrębnego obrotu, zgodnie z przyjęty-

[18] W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. wartość punktowa tej procedury wynosi 45, tj. przy wartości punktu 52 zł daje kwotę 2340 zł.

mi, wyżej wskazanymi, zasadami wynikającymi z ustawy o działalności leczniczej i ustawy o wyrobach medycznych.[19]

Obecnie, ze względu na brak możliwości współfinansowania świadczeń znajdujących się w wykazie świadczeń gwarantowanych, umowa z Funduszem nie przewiduje rozliczenia świadczenia częściowego. Dodatkowo warto podnieść, że nawet jeśli w powyższej sytuacji istniałaby techniczna możliwość rozliczenia świadczenia częściowego, to tylko pozornie. Zgodnie z art. 450 k.c. Fundusz powinien przyjąć świadczenie częściowe, gdyż nie narusza to jego uzasadnionego interesu. Można stwierdzić, że naruszenie uzasadnionego interesu wierzyciela zachodzi, jeżeli częściowe świadczenie nie jest dla niego przydatne bądź też naraża go na znaczne trudności lub powstanie (zwiększenie) szkody. Należy podkreślić, że o charakterze tego świadczenia nie decyduje tylko sam stosunek umowny łączący świadczeniodawcę z Funduszem, ale również przepisy ustawowe. Zgodnie z art. 35 u.ś.o.z. świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala zapewnia się bezpłatne leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Przepis powyższy określa więc charakter świadczenia oraz zakres zobowiązania Funduszu wobec ubezpieczonego. Świadczenie to ma charakter kompletny, niepodzielny i jest w całości finansowane ze środków publicznych.[20]

Jak wskazano powyżej, zakupiona z własnych środków soczewka wszczepiana w trakcie operacji zaćmy nie jest elementem dodatkowym i ponadstandardowym świadczenia, ale finansowanym przez pacjenta wyrobem, który jest również finansowany przez Fundusz, nawet jeżeli w ocenie świadczeniodawcy nie zmieści się on w koszcie wycenionej przez Fundusz procedury. Identycznie należy oceniać zakup wyrobu medycznego przez organizację społeczną, z tym jednak zastrzeżeniem, że w takiej sytuacji ustawodawca nie przewidział sankcji dla takiego zachowania.

Przykłady te obrazują, jaką funkcję może mieć do spełnienia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która zgodnie z *Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. poz. 1138) od dnia 1 stycznia 2015 r. powinna zajmować się wyceną świadczeń opieki zdrowotnej. Podczas prac nad ustalaniem taryfy dla świadczenia: usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki czy też innych świadczeń, w trakcie których używane są wyroby medyczne o zróżnicowanych cenach, warto pokusić się o określenie standardowego przebiegu leczenia, co jest praktyką stosowaną przez AOTMiT, oraz być może, ustalenie zróżnicowanych taryf w zależności od stanu klinicznego pacjenta.

Wnioski *de lege ferenda*

Do czasu precyzyjnego określenia zasad współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej każda sytuacja pobierania dopłaty będzie obarczona ryzykiem podwójnego finansowania oraz będzie wiązała się z niebezpieczeństwem kreowania przez świadczeniodawców zakresu uprawnień świadczeniobiorców. I chociaż nie można odmawiać świadczeniobiorcom prawa do korzystania z nowoczesnych technologii, w tym możliwości finansowania świadczeń z własnych środków, nie może to się odbywać według niejasnych kryteriów, według ocen świadczeniodawcy, który – jeśli będzie przedsiębiorcą – będzie działał przede wszystkim na swoją korzyść. W celu umożliwienia świadczeniobiorcom korzystania ze świadczeń innych niż gwarantowane należałoby określić parametry wyrobów medycznych, które są gwarantowane, i w ten sposób stworzyć podstawy do określenia różnicy cenowej pomiędzy wyrobem gwarantowanym a wyrobem innym niż gwarantowany. W tym kontekście należałoby rozważyć również ograniczenie koszyka świadczeń gwarantowanych poprzez szczegółowe opisanie świadczeń, tak aby w pozostałym obszarze umożliwić funkcjonowanie dopłat czy też rozwój ubezpieczeń dobrowolnych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Kawa S. Pobieranie opłat przez SPZOZ za świadczenia zdrowotne, Rynek Zdrowia, 2014, http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Pobieranie-przez-SPZOZ-oplat-za-swiadczenia-zdrowotne,137564,0.html.
2. Pietraszewska-Macheta A. Kontrowersje wokół problemu pobierania opłat od pacjentów za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Komentarz praktyczny. Serwis Prawo i Zdrowie. 251280, 1–11.
3. Kubot Z. Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej. Prawo i Medycyna. 2010;38(12): 5–19.
4. Pietraszewska-Macheta A (red.). Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015.

[19] Pietraszewska-Macheta A (red.). Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych..., 190.

[20] Baka K. Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2010; 296.

5. Fortak-Karasińska K, Kuśmierek P. Pobieranie opłat przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Komentarz praktyczny. Serwis Prawo i Zdrowie. 128217.
6. Kubot Z. Opłaty za świadczenia zdrowotne udzielane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Prawo i Medycyna. 2012;44(18).
7. Fortak-Karasińska K, Kuśmierek P. Pobieranie opłat przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Komentarz praktyczny. Serwis Prawo i Zdrowie. 128217.
8. Baka K. Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2010.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

PRACA POGLĄDOWA

SEKSUALNOŚĆ OSÓB OTYŁYCH ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM OKRESU PRZEKWITANIA

SEXUALITY OBESE PEOPLE WITH A PARTICULAR EMPHASIS ON THE PERIOD OF MENOPAUSE

Grażyna Jarząbek-Bielecka[1], Małgorzata Mizgier[2], Maciej Wilczak[3, 4], Magdalena Pisarska-Krawczyk[3, 4], Anna Potasińska-Sobkowska[3], Karolina Andrzejak[5], Joanna Buks[5], Witold Kędzia[1], Stefan Sajdak[6]

[1] Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Zakład Dietetyki, Katedra Higieny Żywienia Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu
[3] Zakład Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[4] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu
[5] Klinika Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[6] Klinika Ginekologii Operacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Zaburzenia seksualne zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn mogą mieć podłoże w czynnikach: biologicznych, społecznych i psychicznych. Wzrastające tempo życia, wysoki poziom stresu, pogorszenie ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa i stały wzrost zachorowalności na choroby cywilizacyjne (w tym otyłość) mają wpływ na powszechność występowania zaburzeń seksualnych.

Słowa kluczowe: ginekologia, seksuologia, otyłość.

ABSTRACT

Sexual dysfunction in both women and men can have the origin in biological, social and psychological factors. The increasing pace of life, high level of stress, deterioration in general health of society and the development of lifestyle diseases (including obesity), affects the prevalence of sexual dysfunction.

Keywords: gynecology, sexology, obesity.

Jak wynika z danych literaturowych, szereg dysfunkcji seksualnych jest związanych zarówno z nadwagą i otyłością, jak i chorobami będącymi często konsekwencją otyłości, czyli cukrzycą, chorobami układu sercowo-naczyniowego, ponadto z czynnikami psychicznymi.

W ramach prewencji oraz leczenia tych zaburzeń otyli pacjenci winni być objęci opieką interdyscyplinarnego zespołu specjalistów składającego się m.in. z ginekologa, seksuologa, dietetyka, psychologa i psychiatry współpracujących ze sobą. W przypadku kobiet w okresie przekwitania powinno się rozważyć zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej (najczęściej są to preparaty zawierające estrogeny podawane doustnie, dopochwowo, przezskórnie lub domięśniowo), właściwą dietoterapię z odpowiednio ukierunkowaną aktywnością fizyczną, często w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi (zwykle z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny). Współpraca specjalistów ma znaczenie nie tylko na etapie wdrażania leczenia – jest również istotna w związku z koniecznością monitorowania efektów terapii i nasilenia ewentualnych działań niepożądanych związanych ze stosowaniem preparatów hormonalnych i leków psychotropowych.

Seksualność człowieka to istotny czynnik rozwoju osobowości. Jest z reguły pozytywną siłą napędową w populacji ludzkiej, motywującą do nawiązywania kontaktów i więzi interpersonalnych [1, 2].

Okres okołomenopauzalny, zwany też okresem przekwitania, klimakterium, jest naturalnym procesem biologicznym, w przebiegu którego u kobiet (w wieku około 45–50 lat) dochodzi do zmniejszenia produkcji estrogenów i ostatecznie jej zatrzymania. Wiąże się to początkowo z nieregularnym występowaniem cyklów miesiączkowych, a następnie ich ostatecznym zatrzymaniem, czyli menopauzą [1, 3, 4].

Kobiety w tym okresie zgłaszają: uderzenia gorąca i poty nocne, uczucie zmęczenia i apatii, obniżenie nastroju, spadek libido, drażliwość, nerwowość, osłabienie zdolności do koncentracji uwagi i zapamiętywania, zaburzenia snu, suchość w pochwie, trudności we współżyciu, wysiłkowe nietrzymanie moczu. Nasilenie i czas trwania tych dolegliwości są różne. Mogą się ujawnić już około 5 lat

przed menopauzą i trwać nawet do 5 lat po menopauzie [1, 5, 6].

U części kobiet w tym okresie rozwija się również depresja, a zarówno doświadczenie kliniczne, jak i wyniki wielu badań wskazują na częstsze występowanie tego zaburzenia u kobiet w wieku okołomenopauzalnym niż w populacjach kobiet przed tym okresem i po nim. W badanej grupie nie stwierdzano objawów depresji, co mogło mieć pozytywny wpływ na funkcjonowanie w sferze seksualnej i znalazło odzwierciedlenie w uzyskanych wynikach. Pamiętać należy, że źródłem estradiolu jest też tkanka tłuszczowa. Za funkcjonowanie organizmu odpowiada poziom każdego z hormonów oraz ich stosunek, który jest kontrolowany przez aromatyzację [1, 6].

Obecnie uważa się, że pojawienie się i/lub nasilenie objawów depresyjnych w okresie okołomenopauzalnym i wtórnie dysfunkcji seksualnych wiąże się nie tylko z wahaniami stężeń estrogenów. Zmiany w obszarach życia rodzinnego, zawodowego i społecznego, zmiany obrazu własnego ciała i poczucia kobiecości, co szczególnie mocno wyraża się u kobiet otyłych, rzutują zazwyczaj na seksualność kobiet [1, 6].

Ryzyko depresji i wtórnych do niej zaburzeń w sferze seksualnej w okresie okołomenopauzalnym jest również większe w związku z nasilonym negatywnym przeżywaniem zmiany stylu życia, dotyczącym obszarów: macierzyństwa, płodności, sprawności i atrakcyjności fizycznej [2– 4].

W tym miejscu warto więc podkreślić znaczenie współpracy między ginekologiem, dietetykiem i psychiatrą w prowadzeniu otyłej pacjentki w okresie okołomenopauzalnym. Rozpoznanie depresji okołomenopauzalnej opiera się głównie na dokładnie zebranym wywiadzie lekarskim dotyczącym obecnego samopoczucia, ale też uwzględniającym wcześniejsze epizody zaburzeń nastroju i ewentualne inne kryzysy psychiczne – jak wspomniano, badane kobiety nie zgłaszały cech depresji, co mogło mieć wpływ na brak istotnych statystycznie różnic FSFI w obu grupach. Prawidłowe funkcjonowanie w sferze seksualnej z kolei chroni przed depresją – w tym depresją okołomenopauzalną [3, 5, 7].

Zalecanie hormonalnej terapii zastępczej (estrogenowej) kobietom z objawami okresu okołomenopauzalnego jest uzasadnione. Decyzję o wdrożeniu tej terapii należy jednak podjąć w porozumieniu z opiekującym się pacjentką lekarzem ogólnym, po uwzględnieniu czynników ryzyka (choroba sercowo-naczyniowa i rak piersi) oraz potencjalnych korzyści związanych z takim postępowaniem.

Zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej może zmniejszyć nasilenie uderzeń gorąca i może korzystnie wpłynąć na jakość funkcjonowania w sferze seksualnej, jakość snu, a u niektórych kobiet może też złagodzić objawy depresyjne. Wprawdzie takie postępowanie nie jest działaniem typowo przeciwdepresyjnym, jednak poprzez zwiększenie aktywności neuroprzekaźników może: pozytywnie wpłynąć na nastrój, zmniejszyć nasilenie objawów somatycznych menopauzy, zwiększyć zdolność do koncentracji uwagi, poprawić pamięć oraz jakość snu. U niektórych kobiet może być wskazane łączenie leczenia hormonalnego i stosowania leków przeciwdepresyjnych. Obserwacje kliniczne wskazują, że podawanie pacjentkom estrogenów ogólnie i/lub dopochwowo poprawia jakość życia seksualnego [1, 6].

Eksperci zalecają również zmiany stylu życia: aktywność fizyczną oraz prawidłowy sposób odżywiania się. U niektórych pacjentek wskazana może być także psychoterapia (wspierająca lub poznawczo-behawioralna) [2, 3, 7].

Od lat wiadomo, że udane życie seksualne ma wpływ na jakość i długość życia, stanowi protekcję przed wieloma chorobami: zawałami, udarami, migreną i wymienioną wyżej depresją.

Prace opisujące badania związku otyłości oraz dysfunkcji w zakresie seksualności u kobiet są niejednoznaczne [8, 9]. Otyłość i nadwaga zostały uznane za czynnik ryzyka w odniesieniu do zaburzeń seksualnych u mężczyzn [8].

Należy zwrócić uwagę na fakt, że wraz ze wzrostem odsetka osób cierpiących na zaburzenia funkcji seksualnych [10, 11] jednocześnie obserwuje się wzrost występowania czynników ryzyka tych dysfunkcji, do których zalicza się nadwagę i otyłość, zaburzenia gospodarki węglowodanowej, nadciśnienie oraz zaburzenia lipidowe [12–16].

Leczenie chorób mających związek z występowaniem zaburzeń seksualnych lub modyfikacja czynników ryzyka związanych ze stylem życia (poprzez włączenie indywidualnej dietoterapii i odpowiednio ukierunkowanej aktywności fizycznej) mogą zapobiec występowaniu tychże dysfunkcji lub zmniejszyć ich nasilenie. Jest to tym bardziej istotne zagadnienie u kobiet w wieku okołomenopauzalnym, że dysfunkcje w zakresie seksualności kobiet (podobnie zresztą jak zaburzenia erekcji u mężczyzn) zwiększają się wraz z wiekiem [17, 18].

Otyłość, która może być wynikiem niezdrowego żywienia i braku ruchu, ma wyraźnie negatywny wpływ na zdrowie seksualne mężczyzn i kobiet. Otyłość jest często przyczyną zaburzeń seksualnych. Duża otyłość brzuszna jednego z partnerów nawet uniemożliwia kontakty seksualne. Poza tym wpływa negatywnie na poczucie kobiecości, a u mężczyzn powoduje złe samopoczucie, co uniemożliwia często inicjację seksualną.

Otyli ludzie w społeczeństwie są mniej lubiani od swych szczuplejszych rówieśników, co sprawia, że z punktu widzenia oceny społecznej są na gorszej pozycji.

U osób otyłych w porównaniu z populacją osób o prawidłowej masie ciała obserwuje się zmienny rytm wydzielania insuliny, a tym samym podwyższone ryzyko rozwoju cukrzycy. Wtórne zmiany w naczyniach krwionośnych i w obwodowym układzie nerwowym przyczyniają się do dysfunkcji seksualnych – głównie spadku libido u obydwu płci. Uogólnione zmiany naczyniowe prowadzą do upośledzenia funkcji śródbłonka naczyń, a także neuropatii układu autonomicznego.

Chorzy na cukrzycę mają trzykrotnie większe ryzyko wystąpienia problemów z erekcją w porównaniu z populacją zdrową.

Powstało wiele tez na temat patogenezy biochemicznej zmniejszonego poziomy testosteronu u osób z cukrzycą, co najprawdopodobniej związane jest z wydzielaniem zmniejszonej ilości serotoniny oraz czynników prozapalnych.

Mężczyźni z otyłością, z zespołem metabolicznym, a także z cukrzycą typu II mają zmniejszone wartości wolnego i związanego testosteronu oraz zmniejszone wartości SHBG (ang. *sex hormone binding globulin*). Otyłość, a właściwie nadmiar tkanki tłuszczowej wpływa na supresje SHBG, a tym samym na ilość testosteronu krążącego we krwi.

Obwodowa tkanka tłuszczowa to aktywna tkanka wydzielająca czynniki prozapalne, biochemiczne modulatory, które mogą wpływać na zapalenie naczyń, tym samym prowadząc do dysfunkcji śródbłonka naczyniowego.

Zaburzenia funkcji seksualnej są częstym zjawiskiem w populacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Patologie dotyczące systemu odpowiedzialnego za obkurczanie naczyń krwionośnych odgrywają znaczącą rolę w rozwoju zaburzeń erekcji. Tym samym wcześniejsze wykrycie zmian miażdżycowych skutkuje predykcją zaburzeń erekcji.

Analogicznie u pacjentów z zaburzeniami erekcji istnieje ryzyko rozwoju chorób serca i układu krwionośnego.

Leki stosowane w terapii nadciśnienia tętniczego mogą także przyczyniać się do dysfunkcji seksualnych, co powoduje, że pacjenci są niezadowoleni z farmakoterapii.

Wyjątkowo niekorzystnie na erekcję wpływają preparaty z grupy beta-adrenalityków – poprzez hamujące działanie na układ współczulny mogą blokować rozkurcz ciał jamistych prącia, a ponadto mają działanie uspokajające i depresyjne.

U pacjentów otyłych z nadciśnieniem tętniczym należy unikać terapii diuretykami i beta-adrenalitykami, gdyż leki te mogą nasilać występowanie zaburzeń metabolicznych i tym samym zaostrzać zaburzenia erekcji. Preferowaną formą farmakoterapii jest leczenie inhibitorami ACEI i antagonistami wapna, które wykazują neutralny wpływ na sprawność seksualną.

Jak już wspomniano, zmiany stylu życia mogą mieć pozytywny wpływ zarówno bezpośrednio na poprawę funkcji seksualnych, jak i na terapię i profilaktykę nadwagi i otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego czy zaburzeń lipidowych.

W przeprowadzonych przez Aversa i wsp. badaniach, w których do oceny seksualności otyłych kobiet (w wieku 18–49 lat) zastosowano kwestionariusz FSFI-6, wykazano, że już po 16 tygodniach odpowiednio zbilansowanej diety i prawidłowo ukierunkowanej aktywności fizycznej nastąpiła istotna poprawa zarówno nawilżenia, podniecenia, jak i odczucia satysfakcji kobiet ze współżycia. Zmiany stylu życia wpłynęły ponadto na spadek masy ciała, poprawę czynności śródbłonka oraz zmniejszenie isnulinooporności [19].

W badaniach z udziałem kobiet Hamilton i wsp. wykazali, że wzrost aktywności fizycznej wpłynął po pierwsze na regulację masy ciała, co ma duże znaczenie dla sfery psychicznej pacjentek (poprawa samooceny), a po wtóre na wzrost odczuwania podniecenia seksualnego [20]. W badaniach Dąbrowskiej stwierdzono ponadto mniej zaburzeń funkcji seksualnych, które były oceniane na podstawie kwestionariusza FSFI, u kobiet o wyższym poziomie aktywności fizycznej [21].

Gugliano i wsp. w badaniach nad wpływem diety śródziemnomorskiej na sprawność seksualną, która oceniana była za pomocą kwestionariusza FSFI u kobiet z cukrzycą typu II, w wieku 35–70 lat, wykazali mniejszy stopień zaburzeń czynności seksualnych u tych pacjentek, które w większym stopniu stosowały się do założeń diety [22].

Jednocześnie, jak wynika z licznych badań, dieta śródziemnomorska może mieć korzystne znaczenie zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu otyłości, chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego [23–25].

Bardzo dobre rezultaty w przypadku obniżenia masy ciała, stężenia cholesterolu frakcji LDL oraz redukcji nadciśnienia uzyskuje się po wprowadzeniu niskotłuszczowej (≤ 10% dziennej racji pokarmowej) diety opartej na nieprzetworzonych produktach roślinnych, a eliminującej produkty pochodzenia zwierzęcego [26, 27].

Wydaje się zatem bardzo zasadne włączanie powyższych modeli dietetycznych zarówno w ramach uzupełnienia leczenia zaburzeń funkcji seksualnych, jak i w ramach profilaktyki u kobiet wkraczających w wiek okołomenopauzalny.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Jarząbek-Bielecka G, Sowińska-Przepiera E, Pawlaczyk M. Aging and sexual activity: gynecological, sexological and psychological aspects. Przegląd Menopauzalny. 2012;6:487–489.
2. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. J Clin Psychiatry 2002;63(Supl. 7):9–15.
3. Freeman EW, Sammel MD, Lin H et al. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(4):375–382.
4. Parry BL. Perimenopausal depression. Am J Psychiatry. 2008;165(1):23–27.
5. Rajewska J, Rybakowski JK. Depression in premenstrual women: gonadal hormones and serotonergic system assessed by D-fenfluramine challenge test. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2003;27(4):705–709.
6. Rasgon NL, Altshuler LL, Fairbanks LA et al. Estrogen replacement theraphy in the treatment of major depressive disorder in perimenopausal women. J Clin Psychiatry. 2002;63(Supl. 7):45–48.
7. Sloan DM, Kornstein SG. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. Psychiatr Clin North Am. 2003;26(3):581–594.
8. Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. International Journal of Impotence Research. 01/2010.
9. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, Cobellis L, De Sio M, Colacurci N, Giugliano D. Association of body weight with sexual function in women. International Journal of Impotence Research. 01/2007.
10. McKinlay JB. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. Int J Impot Res. 2000;12(Supl. 4):6–11.
11. Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. BJU Int. 1999;84:50–56.
12. Watts RJ. Sexual function of diabetic and nondiabetic African American women: a pilot study. J Natl Black Nurses Assoc. 1994;7:50–59.
13. Esposito K, Ciotola M, Marfella R et al. Sexual dysfunction in women with the metabolic syndrome. Diabetes Care. 2005;28:756.
14. Esposito K, Ciotola M, Maiorino MI, Giugliano F, Autorino R, De Sio M, Cozzolino D, Saccomanno F, Giugliano D. Hyperlipidemia and Sexual Function in Premenopausal Women. J Sex Med. 2009;6:1696–1703.
15. Miner M, Esposito K, Guay A, Montorsi P, Goldstein I. Cardiometabolic Risk and Female Sexual Health: The Princeton III Summary (CME). J Sex Med. 2012;9:641–651.
16. Mizgier M, Jarząbek-Bielecka G. Diabetes and sexual dysfunctions during menopause and andropause. Archives of Perinatal Medicine. 2014;20(1):35–39.
17. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? International Journal of Impotence Research. 01/2006.
18. Shah MB. Obesity and sexuality in women. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36(2):347–360.
19. Aversa A, Bruzziches R, Francomano D, Greco EA, Violi F, Lenzi A, Donini LM. Weight loss by multidisciplinary intervention improves endothelial and sexual function in obese fertile women. J Sex Med. 2013;10(4):1024–1033.
20. Hamilton LD, Fogle EA, Meston CM. The roles of testosterone and alpha-amylase in exercise – induced sexual arousal in women. J Sex Med. 2008;5:845–853.
21. Dąbrowska J, Drosdzol A, Skrzypulec V, Plinta R. Physical activity and sexuality in perimenopausal womenp. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010;15:423–432.
22. Gugliano F, Maiorino M, Di Palo C. et al. Adherence to mediterranean diet and sexual function in women with type 2 diabetes. J Sex Med. 2010;7:1883–1890.
23. Schroder H, Marrugat J, Vila J et al. Adherence to the traditional Mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a Spanish population. J Nutr. 2004;134(12):3355–3361.
24. Sofi F, Cesari F, Abbate R et al. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. Br Med J. 2008;337:1344.
25. Mizgier M, Jeszka J, Jarząbek-Bielecka G. Rola diety śródziemnomorskiej w zapobieganiu nadwadze i otyłości, niektórym chorobom dietozależnym oraz jej wpływ na długość życia. Nowiny Lekarskie. 2010;79(6):451–454.
26. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, Gould KL,, Merritt TA, Sparler S, Armstrong WT, Ports TA, Kirkeeide RL, Hogeboom Ch, Brand RJ. Intensive Lifestyle Changes for Reversal of Coronary Heart Disease. Jama. 1998;280(23):2001–2007.
27. Mc Dougall J, Thomas LE, McDougall C, Moloney G, Saul B, Finnell JS, Richardson K, Petersen KM. Effects of 7 days on an ad libitum low-fat vegan diet: the Mc Dougall Program cohort. Nutrition Journal. 2014.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Grażyna Jarząbek-Bielecka
Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

PRACA POGLĄDOWA

JET LAG – ZESPÓŁ NAGŁEJ ZMIANY CZASOWEJ

JET LAG – A SUDDEN CHANGE IN THE TIME BAND

Ewelina Kimszal[1], Katarzyna Van Damme-Ostapowicz[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe „Tropik", Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[2] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Jet lag jest to zaburzenie snu, jakiego doświadcza podróżująca osoba po nagłej zmianie kilku stref czasowych, przemieszczające się w kierunku równoleżnikowym (ze wschodu na zachód lub z zachodu na wschód). Podróżowanie na wschód staje się bardziej uciążliwe, ponieważ podczas długiej podróży następuje skrócenie cyklu dziennego lub nocnego. Amerykańska Akademia Medycyny Snu definiuje *jet lag* jako zespół bezsenności lub zespół z nadmierną sennością, która występuje w ciągu dnia po podróży po przebyciu przynajmniej dwóch stref czasowych. Może również obejmować inne dolegliwości, takie jak zaburzenia przewodu pokarmowego bezpośrednio po podróży. Turysta odczuwa ogólne zmęczenie i utratę motywacji, następują pogorszenie zdolności do koncentracji oraz spadek zainteresowania. Im szybciej system okołodobowy dostosowuje się do nowej strefy czasowej, tym krótszy okres objawowy. Odpowiednią metodę zapobiegania i leczenia zaburzeń snu po szybkiej zmianie stref czasowych powinno dobrać się w zależności od kierunku lotu i planowanego czasu pobytu w innej strefie czasowej.

Słowa kluczowe: *jet lag*, podróżowanie, medycyna podróży.

ABSTRACT

Jet lag is a sleep disorder that a person traveling experiences a sudden change in several time zones in a latitudinal direction (from east to west or west to east). Traveling east becomes more burdensome, because during a long trip takes shorter period of time day or night. The American Academy of Sleep Medicine defines jet lag as a team insomnia or excessive sleepiness syndrome, which occurs during the day after the trip after traveling at least two time zones. It may also include other symptoms such as gastrointestinal disorders immediately after the trip. The tourist feel general fatigue and loss of motivation, ability to concentrate, loss of interest. The sooner the circadian system adjusts to a new time zone, the shorter symptomatic period. A suitable method of preventing and treating sleep disorders after a fast changing time zones should be selected depending on the direction of flight and the planned length of stay in a different time zone.

Keywords: jet lag, travelling, travel medicine.

Wstęp

Właściwą sprawność fizjologiczną człowieka obejmują integracje sieci metabolicznych, które mogą mierzyć i dostosować się do postępu czasu. Jednostka funkcjonalna utworzona w ten sposób stanowi system pomiaru czasu z możliwością przewidywania wahań środowiskowych, umożliwiając działania fizjologiczne tak, aby dostosować się w odpowiednim czasie do potrzeb endogennych i ekologicznych. Rytmiczność biologiczna jest rozpowszechniona we wszystkich typach komórek i w organizmach [1]. Ludzie, podobnie jak większość innych organizmów, mają 24-godzinny rytm fizjologiczny i zachowania, w tym codzienny cykl snu i czuwania. Dobowe rytmy nie są prostą odpowiedzią na zmiany środowiska związane z dniem i nocą, ale są kluczowe dla organizmu [2].

Najbardziej charakterystyczne są rytmy okołodobowe. Są to endogenne wahania, które dowodzone są przez podmiot stymulatora zsynchronizowanego przez bodźce środowiskowe, aby umożliwić codzienne wahania biochemicznych, fizjologicznych zachowań i działań. W szczególności w układzie pomiaru czasu ssaków utworzony jest zestaw skoordynowanych obwodowych oscylatorów, pod kontrolą jednego głównego stymulatora – jądra nadskrzyżowaniowego (SCN), znajdującego się w części brzusznej podwzgórza. SCN w przybliżeniu jest zbudowane z 15 tys. komórek nerwowych i charakteryzuje się wysoką proporcją komórek glejowych. Jest on sterowany przez *photic* bodźce, czyli codzienny cykl światło–ciemność. Istnieją jednakże inne synchronizatory, takie jak czas karmienia, dostęp do wykonywania ćwiczeń i interakcji społecznych [1]. Do SCN dochodzą włókna wzrokowe z siatkówki. Bodźce te mogą modyfikować rytm dobowy, w wyniku czego dochodzi do zaburzeń dobowego rytmu wydzielania melatoniny przez szyszynkę. Wydzielanie to ściśle związane jest ze zmianami ilości światła docierającego do siatkówki w dzień i w nocy. Ilość melatoniny wzrasta w ciemności, a maleje podczas ekspozycji na światło naturalne lub sztuczne. Powszechnie wykorzystywane jest to w regulacji rytmiki sen–czuwanie w wydzielaniu hormonów dokrewnych, ma to działanie immunomodulacyjne, wpływa na dojrzewanie płciowe, procesy rozrodu oraz pojawianie się zaburzeń psychicznych i chorób ośrodkowego układu nerwowego. Ponadto

łagodzi skutki zakłóceń rytmu dobowego spowodowanych przez podróże samolotem i pracę zmianową [3].

Co to jest *jet lag*?

Jet lag jest to zaburzenie snu, jakiego doświadcza podróżująca osoba po nagłej zmianie kilku stref czasowych, przemieszczająca się w kierunku równoleżnikowym (ze wschodu na zachód lub z zachodu na wschód). Podróżowanie na wschód staje się bardziej uciążliwe, ponieważ podczas długich podróży następuje skrócenie cyklu dziennego lub nocnego. Jeżeli kierujemy się na zachód, wydłuża się cykl dobowy (adaptacja do dłuższej doby przechodzi łagodniej). Amerykańska Akademia Medycyny Snu definiuje *jet lag* jako zespół bezsenności lub zespół z nadmierną sennością, która występuje w ciągu dnia po podróży po przebyciu przynajmniej dwóch stref czasowych. Problem ten związany jest z zaburzeniami czynności wykonywanych w ciągu dnia i ogólnie złym samopoczuciem. Może również obejmować inne dolegliwości somatyczne, takie jak zaburzenia przewodu pokarmowego bezpośrednio po podróży [4, 5]. Turysta odczuwa ogólne zmęczenie i utratę motywacji, następują pogorszenie zdolności do koncentracji oraz spadek zainteresowania [6]. Reakcje te zachodzą, ponieważ organizm znajduje się w nowej strefie czasowej, a ciało przyzwyczajone jest do lokalnego rytmu dobowego [7]. Efekty te przypisane są do przemijającej desynchronizacji między nowym czasem lokalnym i endogennym oscylatorem okołodobowym, inaczej mówiąc naszym „zegarem biologicznym" [8]. Każdy turysta w inny sposób przystosowuje się do zmiany strefowej i uzależnione jest to od indywidualnych preferencji organizmu [9].

Jeżeli podróż odbywa się w jednej strefie czasowej i jest długa, podróżnik nie odczuje nieprzyjemnych skutków syndromu *jet lag*, może czuć się jedynie zmęczony, a objawy przeminą w ciągu 1–2 dni [7].

Czynniki wpływające na *jet lag*

Ciężkość zależy od ilości pokonanych stref czasowych i kierunku podróży. Niepożądane objawy są bardziej odczuwalne, jeśli kierujemy się na wschód niż na zachód. Różnice pomiędzy wrażliwością u różnych osób na *jet lag* są niewielkie. Istnieją pewne dowody, że podział podróży na 2 dni z przystankiem na nocleg może zmniejszyć objawy subiektywne. Międzylądowania takie mogą nie być możliwe w przypadku grup sportowych z powodów logistycznych i finansowych lub z powodu utraty możliwości szkoleniowej.

Różnice kulturowe nie wpływają na *jet lag*, ale klimat może to zrobić. Wysoka temperatura otoczenia może spowodować odwodnienie, podobnie jak długodystansowy lot – ze względu na suche powietrze w kabinie. Niedotlenienie na wysokości może mieć związek z odczuwaniem objawów subiektywnych [10].

Większe prawdopodobieństwo pojawienia się niepożądanych objawów istnieje u osób preferujących poranną aktywność psychofizyczną, tak zwanych skowronków [11].

Objawy

U podróżujących zwykle występuje bezsenność lub nadmierna senność. Zaburzenia te mogą stanowić wewnętrzne zaburzenia, takie jak zespół opóźnionej lub przyspieszonej fazy snu, lub mogą być wynikiem *transmeridian* (przekroczenie kilku różnych stref czasowych) podczas podróży samolotem. Zaburzenia snu zgłasza 78% pacjentów podczas pierwszej nocy po locie przez kilka stref czasowych. Jednakże już tylko 30% pacjentów zgłasza zaburzenia snu po trzech nocach po przylocie. W tym samym badaniu u 60% osób odnotowano problemy przewodu pokarmowego.

Problemem okołodobowym wymienianym przez kobiety jest opóźnienie owulacji wywołane zaburzeniami miesiączkowania; problem ten dotyczy 30–35%. Spowodowany jest czynnikiem stresu. Odnotowano również obniżoną sprawność fizyczną i poznawczą, niektórzy nie potrafili prawidłowo wykonać zadania. U 50% pacjentów zaobserwowano zmęczenie i zaburzenia snu, a 40% poinformowało o subiektywnej słabości [12, 13]. Długotrwała desynchronizacja rytmiki okołodobowej może prowadzić do zwiększonego ryzyka zachorowania na choroby układy krążenia i nowotwory [14].

Dokładna historia jest podstawą oceny dla wszystkich zaburzeń snu, a jeśli podejrzewa się zaburzenia rytmu okołodobowego, zadawane są konkretne pytania o sen, aby ustalić jednoznaczną diagnozę.

Niezależnie od kierunku podróż samolotem powoduje zmęczenie. Czynniki takie jak ciasne miejsca, zmieniony harmonogram spożywania posiłków, zła jakość powietrza czy trudności ze snem nasilają objawy *jet lag* [15].

Czy wiek ma wpływ na nasilenie się *jet lag*?

W badaniu symulowanym (wymagającym 6-godzinnego wyprzedzenia) u ludzi w średnim wieku (od 37 do 52 lat) odnotowano większe pofragmentowanie snu na polisomnografii niż u młodszych (od 18 do 25 lat). Starsza grupa miała większe upośledzenie czujności w ciągu dnia, co sugeruje, że fazy tolerancji – czyli zdolności do snu w nieprawidłowym czasie okołodobowym – zmniejszają się z wiekiem. Jednak dwa badania terenowe obejmujące podróże zarówno na wschód, jak i na zachód przyniosły przeciwne rezultaty, co sugeruje, że starszy wiek może faktycznie

chronić przed *jet lag*. Oznacza to, że nie jest jeszcze znana dokładna informacja na temat wpływu wieku na nasilenie się *jet lag* [16].

Radzenie sobie z *jet lag*

Sugeruje się, że podczas lotu samolotem podróżni powinni ustawić swoje zegarki na czas lokalny miejsca, do jakiego podążają, i zacząć żyć (spożywać posiłki, pić) według takiego rytmu. Suche powietrze na pokładzie samolotu może spowodować stopniowe odwodnienie, które nie jest rozpoznawane przez organizm. Pasażerom w związku z tym zaleca się więcej pić, aby przeciwdziałać utracie płynów. Zalecane są woda i soki owocowe, a środków moczopędnych, takich jak alkohol, kofeina, powinno się unikać [6].

Długa podróż przyczynia się do powstania zakrzepicy kończyn dolnych w wyniku długiego unieruchomienia w ciasnym fotelu (pozycja ta utrudnia odpływ krwi żylnej) [5]. Zaleca się wykonywanie ćwiczeń mięśni podudzi, noszenie luźnych ubrań, które nie wywierają ucisku na kończyny dolne. Osoby obciążone ≥ 1 czynnikiem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej powinny dodatkowo zaopatrzyć się w podkolanówki uciskowe lub przyjąć profilaktyczną dawkę heparyny drobnocząsteczkowej przed lotem trwającym powyżej 8 godzin [17].

Spać i drzemać w czasie podróży należy wyłącznie nocą. Jeśli jesteśmy senni w ciągu dnia, wówczas należy zniechęcać organizm do snu i zająć się czymś, co odwróci naszą uwagę od snu, na przykład podjąć z kimś rozmowę, czytać gazety, grać. Jeżeli chcemy wspomóc sen, to możemy założyć specjalną opaskę na oczy, używać zatyczek do uszu i ubrać się w luźną odzież [6].

Jak dostosować się do nagłej zmiany czasowej?

Im szybciej system okołodobowy dostosowuje się do nowej strefy czasowej, tym krótszy okres objawowy [4]. Odpowiednią metodę zapobiegania i leczenia zaburzeń snu po szybkiej zmianie stref czasowych powinno dobierać się w zależności od kierunku lotu i planowanego czasu pobytu w innej strefie czasowej. Jeżeli planujemy wyjazd, który ma trwać 1–2 dni, niezależnie od kierunku podróży, nie zaleca się synchronizowania rytmiki okołodobowej do nowej strefy czasowej. Zaleca się w takim przypadku stosowanie krótko działających leków nasennych w celu indukcji snu w nocy. Związki psychoaktywne, takie jak kofeina, pomogą zwiększyć koncentrację i aktywność psychofizyczną w ciągu dnia. W przypadku podróży dłuższej niż 4–5 dni u turystów cierpiących na *jet lag* zaleca się dostosowanie rytmiki okołodobowej do nowej strefy czasowej. Kiedy planowana jest podróż na wschód, przestawianie zegara biologicznego powinno rozpocząć na kilka dni przed lotem. Najlepsze efekty są po stosowaniu terapii złożonej polegającej na porannej ekspozycji na światło o dużym natężeniu i wieczornym przyjmowaniu melatoniny w dawce 0,5–3 mg [8]. Podawana 30 minut przed snem w nocy planowanej podróży i w pierwszych 2–3 dniach po przebyciu przyspieszy resynchronizację rytmów biologicznych do nowej strefy czasowej i zmniejszy, a u niektórych osób nawet zniesie zaburzenia snu. Działanie melatoniny jest silniejsze w przypadku lotów na wschód niż na zachód, a także w przypadku przestrzegania zaleceń dotyczących ekspozycji na światło słoneczne i światło sztuczne o dużej intensywności [14, 18].

Kofeina stosowana jest w celu zmniejszenia zmęczenia w czasie dostosowania się organizmu do nowego rytmu okołodobowego, który odpowiada za czuwanie i wydajność. Wykazano, że strategiczne wykorzystanie kofeiny, na przykład 50 mg do 200 mg przyjmowanej w formie pigułki lub napojów (średnio 5 uncji w filiżance kawy zawiera 80 mg kofeiny, w espresso uncja zawiera 58 mg kofeiny) [14], w połączeniu z 15–30-minutową drzemką skutecznie poprawia funkcje poznawcze w stanach pozbawionych snu [19].

Podczas podróży na zachód mamy na celu opóźnienie rytmu dobowego, dlatego należy unikać działania światła słonecznego rano, wieczorem zalecana jest większa ekspozycja na światło w miejscu docelowym podróży. W przypadku podróży na wschód należy unikać światła w godzinach wieczornych i zwiększyć ekspozycję na promienie słoneczne w godzinach porannych [16].

W randomizowanych badaniach wykazano, że przyjmowanie leków nasennych może zmniejszyć bezsenność. Zastosowanie środka nasennego może również być pomocne podczas lotu w ciągu nocy, ponieważ podróżny może odczuwać trudności w zasypianiu spowodowane przyjęciem pozycji półleżącej w ciasnym fotelu. Przed podjęciem decyzji o zastosowaniu środka nasennego w czasie podróży należy wziąć pod uwagę potencjalne niekorzystne skutki: między innymi amnezję i zmieszanie. Odnotowano kilka przypadków amnezji. Przed podróżą zalecane jest przyjęcie dawki testowej, aby sprawdzić, jak lek działa na nasz organizm [20].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Arellanes-Licea E, Caldelas I, De Ita-Pérez D, Díaz-Muñoz M. The circadian timing system: a recent addition in the physiological mechanisms underlying pathological and aging processes. Aging and Disease. 2014;5(6):406–418.
2. Kim MJ, Lee JH, Duffy JF. Circadian Rhythm Sleep Disorders. J Clin Outcomes Manag. 2013;20(11):513–528.
3. Bilski B. Czy praca zmianowa i nocna jest czynnikiem ryzyka choroby nowotworowej? Medycyna Pracy. 2005;56(2): 175–178.
4. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. American Academy of Sleep Medicine. 2001.
5. www.medycynatropikalna.pl.
6. Waterhouse J, Edwards B, Nevill A, et al. Identifying some determinants of "jet lag" and its symptoms: a study of athletes and other travellers. British Journal of Sports Medicine. 2002;36:54–60.
7. Lee A, Galvez JC. Jet Lag in Athletes. Sports Health. 2012;4(3): 211–216.
8. Waterhouse J, Nevill A, Finnegan J, Williams P, Edwadrs B, Kao SJ. Reilly T. Further assessments of the relationship between jet lag and some of its symptoms. Chronobiology International. 2005;22(1):121–136.
9. Arendt J. Managing jet lag: Some of the problems and possible new solutions. Sleep Medicine Reviews. 2008: 1–8.
10. Reilly T, Atkinson G, Edwards B, Waterhouse J, Akerstedent T, Davenne D, Lemmer B, Wirz-Justice A. Coping with jet-lag: a position statement for the European College of Sport Science. European Journal of Sport Science. 2007;7(1):1–7.
11. Zawilska JB, Półchłopek P, Wojcieszak J, Andrzejczak D. Chronobiologiczne zaburzenia snu: obraz kliniczny, podejścia terapeutyczne. Farmakologia Polska. 2010;66(3):179–186.
12. Cho K, Ennaceur A, Cole JC, Suh Ch.K.: Chronic Jet Lag Produces Cognitive Deficits. The Journal of Neuroscience. 2000; 20:1–5.
13. Kolla BP, Auger RR. Jet lag and shift work sleep disorders: How to help reset the internal clock. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2011;8(10):675–684.
14. Samuels CH. Jet Lag and Travel Fatigue: A Comprehensive Management Plan for Sport Medicine Physicians and High-Performance Support Teams. Clin J Sport Med. 2012;22(3): 268–273.
15. Srinivasan V, Singh J, Pandi-Perumal SR, Spence DW, Brown GM, Cardinali DP. Jet lag, circadian rhythm sleep disturbances and depression: the role of melatonin and its analogs. Advances in Therapy. 2010;27(11):796–813.
16. Zee PC, Goldstein CA. Treatment of Shift Work Disorder and Jet Lag. Current Treatment Options in Neurology. 2010;12: 396–411.
17. Ciebiada M, Barylski M, Kierszniewska-Stępień D, Górska-Ciebiada M. Profilaktyka pierwotna żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u osób w podeszłym wieku. Geriatria. 2012;6:144–152.
18. Zawilska JB. Melatonina – Hormon o działaniu pro nasennym. Bromat Chem Toksykol. 2008;XLI(3):224–228.
19. Mednick SC, Cai DJ, Kanady J, Drummond SPA. Comparing the benefits of caffeine, naps and placebo on verbal, motor and perceptual memory. Behavioural Brain Research. 2008;193(1):79–86.
20. Sack RL. Jet lag. The new England Journal of Medicine. 2010;362:440–447.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Studenckie Koło Naukowe „Tropik"
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7a
15-096 Białystok

PRACA POGLĄDOWA

UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W POBIERANIU MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO DO BADAŃ

THE NURSE'S ROLE IN COLLECTING BIOLOGICAL MATERIAL FOR TESTS

Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Elżbieta Krajewska-Kułak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wyniki badań laboratoryjnych służące obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta są w znacznym stopniu zależne od wiedzy i przygotowania osób pobierających materiał do badań. Dlatego też pobieranie materiału do badań powinno odbywać się na podstawie jasno i precyzyjnie określonych wytycznych. Dostępność materiał biologicznego, jakim jest wydzielina gruczołów błony śluzowej, a jednocześnie nieinwazyjny i prosty sposób pozyskiwania sprawiają, że koszt takiej procedury jest niski.

Słowa kluczowe: biologiczny materiał do badania, pielęgniarka, ocena stanu zdrowia.

ABSTRACT

The results of laboratory tests performed for the objective assessment of a patient's health condition largely depend on the knowledge and experience of the personnel who collect material for tests. Therefore, the collection of material for tests should be based on clearly and precisely defined procedures. The availability of mucosal secretion, along with non-invasive and simple collection methods, make the procedure a low-cost one.

Keywords: biological material for collection, a nurse, health condition assessment.

Wstęp

Jedną ze znaczących zmian, jakie zaszły w dziedzinie pielęgniarstwa w ciągu ostatnich lat, jest narastające przekonanie o znaczeniu faktów, a nie poleganie na domysłach i dogmatach. Świadomość tego pociągnęła za sobą wzrost aktywności naukowej i wiedzy badawczej, które powinny charakteryzować każdą pielęgniarkę i każdą dziedzinę działalności pielęgniarskiej [1]. Istnieje bowiem zasadniczy związek między poziomem opieki pielęgniarskiej a znaczeniem badań naukowych w dziedzinie pielęgniarstwa. Badania te są niezbędne do ustalania dziedzin, w których konieczne są ulepszenia, oraz do kontrolowania oceny każdego aspektu pielęgniarstwa, co wpływa na lepszą opiekę nad pacjentem [1, 2].

Dlatego też pobieranie materiału do badań powinno odbywać się na podstawie jasno i precyzyjnie określonych wytycznych. Ze względu na różny zakres ingerencji w tkanki, w jamy ciała, sposób pobierania materiału badania specjalistyczne można podzielić na badania nieinwazyjne i badania inwazyjne. Badania nieinwazyjne to badania, w których nie dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek czy jam ciała [3]. Pobieranie do badania wydzielin błon śluzowych należy do zabiegów wykonywanych przez pielęgniarkę [4, 5].

Materiałem pobieranym do badania poprzez wykonywanie wymazów jest wydzielina gruczołów błony śluzowej, np. gardła i nosa. W warunkach fizjologicznych jest to wydzielina śluzowa mająca pospolicie występującą mieszaną florę bakteryjną, złuszczone komórki. W przypadku zaburzenia jakości i/lub ilości flory bakteryjnej badanie to decyduje o rozpoznaniu i pozwala ustalić właściwe leczenie [4]. Pobieranie wymazów do badania polega na lekkim powierzchownym pocieraniu kwaczem powierzchni, z których pozyskujemy materiał do badania. Zabieg wykonuje się z zachowaniem zasad aseptyki i uniwersalnych środków ostrożności w profilaktyce HIV, HBV, HCV [3, 4].

Z kolei testy diagnostyczne wykonywane dla oceny stanu zdrowia bądź stwierdzenia występowania zmian chorobowych opierają się na badaniach laboratoryjnych krwi i moczu [6]. Obecne prace naukowe pokazują możliwość wykorzystania do analiz także innych płynów ustrojowych, jak śliny, łez i potu [7].

Ślina jest wydzieliną trawienną wytwarzaną przez trzy pary gruczołów ślinowych: przyuszne, podjęzykowe i podżuchwowe, oraz liczne mniejsze gruczoły rozsiane w błonie śluzowej warg, podniebienia miękkiego, języka i policzków [8].

Gruczoł ślinowy przypomina budową inny gruczoł zewnątrzwydzielniczy, a mianowicie trzustkę. Podstawę gruczołów ślinowych stanowią pęcherzyki gruczołowe połączone rozgałęzionym układem cewek tworzących drogi wprowadzające ślinę do jamy ustnej. Pęcherzyki gruczoło-

we wraz z całym układem cewek tworzą końcowy odcinek wydzielniczy będący jednostką czynnościową gruczołów ślinowych, zwaną saliwonem. Saliwon wytwarza wydzielinę pierwotną, skład której zmienia się podczas przepływu przez układ cewek. W cewkach tworzy się ślina ostateczna, wydalana do jamy ustnej. Gruczoły ślinowe unerwione są przez gałązki nerwów czuciowych i dwa rodzaje nerwów autonomicznych współczulnych i przywspółczulnych, które poprzez neuromediatory wywołują reakcję wydzielniczą oraz silnie obkurczają naczynia krwionośne ślinianek. Wydzielanie śliny odbywa się ustawicznie i jest wynikiem pobudzenia autonomicznego układu nerwowego, chociaż pewien efekt wydzielniczy można zaobserwować po zastosowaniu niektórych polipeptydów, jak substancja P, bradykinina, czy prostaglandyny. Wydzielanie podstawowe śliny wynosi średnio 0,33–0,55 ml/min i waha się znacznie u poszczególnych osób nawet w warunkach standardowych. Po silnym pobudzeniu wydzielniczym, np. pod wpływem bodźca pokarmowego, wydzielanie śliny może wzrosnąć do 1,5–2,3 ml/min, a po działaniu środków farmakologicznych, np. pilokarpiny lub metacholiny, osiąga wartość 5,0 ml/min. Dobowa objętość wydzielanej śliny zależy od ilości snu, częstości i rodzaju posiłków, działania bodźców emocjonalnych i wynosi przeciętnie 1–2 litry w ciągu doby. Szczegółową właściwością wydzielania śliny jest jej niewspółmiernie duża objętość w stosunku do masy tkanki gruczołowej ślinianek i jej niska osmolalność. Woda stanowi 99% śliny, resztę natomiast stanowią składniki nieorganiczne (sód, potas, chlorki, dwuwęglany) i organiczne (białka, mucyny). Osmolalność śliny jest zwykle niższa niż osocza i zależy od stopnia aktywności wydzielniczej [9]. Składnikiem śliny jest nie tylko wydzielina gruczołów ślinowych, ale również inne elementy płynne i komórkowe [10].

Ślina pełni nie tylko funkcję ochronną w stosunku do jamy ustnej poprzez utrzymywanie wilgotnego środowiska o właściwościach buforu, ale także przeciwbakteryjną i remineralizującą, bierze udział w odczuwaniu smaku, regulacji gospodarki wodnej oraz w procesie krzepnięcia krwi. Pobieranie śliny jako materiału diagnostycznego wiąże się z niskim kosztem, jest nieinwazyjne, a także bezbolesne oraz wygodne w przypadku zarówno osób aktywnych zawodowo, jak i osób w podeszłym wieku oraz małych dzieci [11].

Istnieje kilka ważnych powodów, dla których zastąpienie surowicy śliną do kontroli stanu zdrowia i choroby jest korzystne: ślina jest łatwym do pobrania materiałem, a zbieg nie wymaga wykorzystania specjalistycznego sprzętu i przeszkolonego personelu, dlatego może być pobrana przez samego chorego; ślina może być wielokrotnie pobierana w ciągu dnia, w dowolnym miejscu i dostarczona do laboratorium nawet pocztą; pobranie śliny jest bezstresowe; ślina może zastępować surowicę u chorych z przeciwwskazaniem lub utrudnieniami do pobierania krwi, np. u osób z hemofilią; w ślinie można lepiej analizować substancje, których stężenia ulegają zmianie w wyniku stresu; ślina może być przechowywana przez tydzień w temperaturze 4°C, a w temperaturze otoczenia nawet do 24 godz. i być użyta do analizy niektórych parametrów, podczas gdy surowica musi być natychmiast zamrożona; koszty analizy tego materiału są niższe niż surowicy z uwagi na uproszczenie procedur na wszystkich etapach – pobierania, przechowywania i dostarczania do laboratorium [12].

Badania śliny w chorobach wirusowych

Wśród białek śliny wyróżniamy immunoglobuliny klasy: IgA, IgG oraz IgM. Badanie śliny w chorobach wirusowych polega na diagnostyce tych przeciwciał.

Badania wykazały, że diagnostyka infekcji rotawirusowych u noworodków na podstawie ślinowego IgA jest lepszym badaniem niż badanie tych przeciwciał w surowicy [13].

Diagnostyka infekcji wywołanych wirusem HIV w ślinie jest również wiarygodna, porównywalna z diagnostyką surowicy i jak najbardziej może być stosowana w badaniach klinicznych i epidemiologicznych [12].

Ślina znajduje zastosowanie jako płyn diagnostyczny w ostrym zapaleniu wątroby typu A i B. Występujące w tym czasie w ślinie przeciwciała IgM mogą służyć do wykrywania infekcji i poszczepiennej odporności. Ślina może być także wykorzystana do stwierdzenia infekcji lub odporności poszczepiennej odry, świnki i różyczki [14].

Choroby układowe wywołujące zmiany w gruczołach ślinowych i w ślinie

W praktyce klinicznej najczęściej oznaczanymi związkami w ślinie są hormony. Wysoką korelację pomiędzy stężeniami hormonów w ślinie i we krwi zanotowano w badaniach estriolu, progesteronu, testosteronu, kortyzolu i insuliny. Zmianom składu śliny towarzyszą niektóre patologie narządowe, takie jak: upośledzenie przesączania kłębkowego i torbielowate zwłóknienie trzustki. W celiakii stwierdzono zmiany w stężeniach niektórych składników śliny – białka całkowitego, wapnia itp. Choroby takie jak zespół Sjögrena, bakteryjne i wirusowe choroby infekcyjne i rak jamy ustnej powodują zmiany w ekspresji protein śliny i krwi, które mogą być oznaczane jako specyficzne biomarkery w diagnostyce tych chorób. Ślina może być analizowana także w różnych chorobach infekcyjnych, np. w infekcjach *Helicobacter pylori*, *Shigella*, chorobie Lima [12].

Leki i używki oznaczane w ślinie

Analiza śliny służy również do oznaczania stężeń niektórych leków, pozwalając uzyskać dane o wolnej frakcji leku odpowiedzialnej za farmakologiczne skutki leczenia.

Przykładem leków i używek, które mogą być oznaczane w ślinie, są: leki nadciśnieniowe, psychotropowe, antydepresyjne, przeciwnowotworowe opiaty, amfetamina, barbiturany, preparaty halucynogenne, konopie indyjskie, alkohol, nikotyna [15].

Podsumowanie

Wyniki badań laboratoryjnych służące obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta są w znacznym stopniu zależne od wiedzy i przygotowania osób pobierających materiał do badań [4]. Dostępność materiał biologicznego, jakim jest wydzielina gruczołów błony śluzowej, a jednocześnie nieinwazyjny i prosty sposób pozyskiwania sprawiają, że koszt takiej procedury jest niski. Ślina może być wykorzystana jako materiał diagnostyczny w wielu dziedzinach medycznych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Collins S, Parker E. Podstawy pielęgniarstwa. Propedeutyka. PZWL, Warszawa, 1994; 180–189.
2. Van Damme-Ostapowicz K. Udział pielęgniarki w badaniach fizykalnych w wybranych państwach świata. W: Krajewska-Kułak E, Szczepański M (red.). Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2008; 21–27.
3. Ciechaniewicz W. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. PZWL, 2001, Warszawa.
4. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa. Wybrane działania pielęgniarskie. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2004; 561–567.
5. http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt=&my=9&ma=09618, data dostępu: 31.12.2014.
6. Cavanaugh MB. Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa; 2006.
7. Yan W, Apweiler R, Bagley BM et al. Systematic comparison of human saliva and plasma proteomes. Proteomics Clin Appl. 2009;6:116.
8. Kaufman E, Lamster IB. The diagnostic applications of saliva – a review. Crit Rev Oral Biol Med. 2002;3(2):197–212.
9. Cyprysiak G, Tadeusiak W. Zastosowanie śliny w diagnostyce medycznej. Nowa Stomatologia. 2001;2:33–36.
10. Bartoszewicz ZP, Kondracka A. Ślina jako alternatywny materiał laboratoryjny dla oznaczeń hormonalnych – zalety i ograniczenia. Wiadomości Lekarskie. 2011;2:113–117.
11. Szydlarska D, Grzesiuk W, Kupstas A, Bar-Andziak E. Ślina jako materiał diagnostyczny. Forum Medycyny Rodzinnej. 2008;6:454–464.
12. Klichowska-Palonka M, Bachenek T. Possible use of saliva in the diagnostics and treatment-review ofthe literaturę. Przegląd Lekarski. 2011;2:114–117.
13. Jayashree S, Bhan MK, Kumar R et al. Serum and salivary antibodies as indicators ofrotavirus infection in neonates. J Infect Dis. 1988;158:1117.
14. Bellini WJ, Helfand RF. The Challenges and Strategies for Laboratory Diagnosis of Measles in an International Setting. The Journal of Infectious Diseases. 2003;187(Supl. 1):283–290.
15. Patsalos PN, Dave J, Berry DJ. Therapeutic Drug Monitoring of Antiepileptic Drugs by Use of Saliva. Ther Drug Monit. 2013; 35:4–29.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 7a, 15-096 Białystok
tel./fax: +48 85 748 55 28
e-mail: katarzyna.ostapowicz@gmail.com

PRACA POGLĄDOWA

KODER MEDYCZNY W POLSCE

MEDICAL CODER IN POLAND

Erwin Strzesak[1], Karolina Blaszka[2], Jolanta Kaczmarek[2]

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

STRESZCZENIE

Publikacja porusza tematykę związaną z profesją kodera medycznego w opiece zdrowotnej.

Słowa kluczowe: koder medyczny, system JGP, personel medyczny, rozliczenia szpitali, klasyfikacja procedur.

ABSTRACT

The publication includes issues related to the proffesion of medical coder in health care.

Keywords: medical coder, JGP system, medical personel, hospitals settlement, classification procedures.

Nowy system rozliczeń świadczeń medycznych opierający się na systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP) został wprowadzony[1] w Polsce 1 lipca 2008 roku.

Jest to rozwinięcie amerykańskiej koncepcji płacenia „za przypadek", która powstała w 1965 roku na Uniwersytecie w Yale.

Pięćdziesiąt lat doświadczeń stosowania tej metody dowiodło nie tylko wartości metody jako podstawy do rozliczania świadczeń medycznych, ale również potrzeby zatrudnienia odpowiednio wykwalifikowanego personelu, który potrafi w praktyce z tych narzędzi korzystać.

Konsekwencją tych zmian stał się pogłębiający się deficyt na wykwalifikowany personel, który potrafiłby skutecznie i sprawnie wdrożyć system JGP. Zaczęło coraz bardziej brakować na polskim rynku medycznym personelu, którego kompetencje pozwoliłyby zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zasadami sztuki medycznej generować płatności za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Powstało więc zapotrzebowanie na nową profesję w służbie zdrowia – na koderów medycznych. Kim zatem jest koder medyczny? Jest to wykwalifikowana grupa pracowników medycznych, która ma odpowiednią wiedzę potrzebną do poprawnego kodowania procedur oraz sprawozdawania świadczeń medycznych.

Do najistotniejszych obowiązków Kodera medycznego można zaliczyć:

- stosowanie procedur szpitalnych, zgodnych z rekomendacjami, wytycznymi i zaleceniami konsultantów krajowych i towarzystw medycznych,
- wypracowanie interpretacji stosowania szczegółowych reguł systemu JGP,
- prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznych w aspekcie rozliczeń,
- tworzenie sprawozdania z leczenia za pomocą kodów,
- kodowanie przyczyn świadczeń oraz wszystkich czynności wykonywanych w trakcie jego udzielania,
- kodowanie chorób i procedur medycznych,
- skuteczne rozliczanie zrealizowanych świadczeń.

Brak takiego personelu może doprowadzić do zaburzeń we właściwym funkcjonowaniu szpitala z perspektywy ekonomicznej. W przypadku niepoprawnego rozliczenia szpital narażony jest na istotne straty finansowe. Za tego typu nieprawidłowości grożą jednostce medycznej poważne konsekwencje, również prawne, np. w przypadku posądzenia o próbę wyłudzenia pieniędzy od NFZ.

W grudniu 2011 roku powstało Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych. Pierwszym prezesem został dr n. med. Erwin Strzesak, a w skład pierwszego zarządu weszli: wiceprezes dr Grzegorz Wrona, członek zarządu mgr Tomasz Biały, sekretarz mgr Jolanta Kaczmarek oraz skarbnik mgr Agnieszka Rakowska. Głównym zadaniem Towarzystwa jest wsparcie w zakresie badań finansów publicznych w sektorze ochrony zdrowia.
Towarzystwo to podjęło również działania mające na celu wpisanie do klasyfikacji zawodów i specjalności nowej profesji, jaką jest koder medyczny.

Dnia 29 marca 2011 roku wystosowało pierwsze pismo do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (Departament Rynku Pracy) w Warszawie z wnioskiem o zgłoszenie do klasyfikacji nowego zawodu/specjalności, po czym otrzymało odpowiedź z dnia 20 lipca 2011 roku – Departament

[1] *Zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.*

Rynku Pracy poinformował, iż aktualizacja zawodów i specjalności odbywa się okresowo, średnio co 2–3 lata, dlatego też otrzymany wniosek będzie brany pod uwagę podczas następnej aktualizacji.

W roku 2013 Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych ponowiło próbę dodania nowego zawodu/specjalności, wysyłając kolejne pismo wraz z wnioskiem do Ministerstwa dnia 22 kwietnia 2013 roku. Niestety odpowiedź z dnia 20 maja 2013 roku od Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, a dokładniej od Departamentu Rynku Pracy, okazała się odpowiedzią negatywną. Departament odrzucił wniosek o wpisanie do klasyfikacji zawodów i specjalności nowego zawodu/specjalności koder medyczny. Swoją decyzję dyrektor Departamentu Rynku Pracy argumentował brakiem zapotrzebowania na daną profesję obecnie w Polsce. Wskazano na liczne zawody, między innymi: sekretarz medyczny, technik ekonomista bądź też technik administracji, którzy, zdaniem Departamentu, są w stanie zastąpić koderów medycznych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Karolina Blaszka
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel.: 61 88 50 961
e-mail: karolina.blaszka@wco.pl

PRACA POGLĄDOWA

Z PERSPEKTYWY 40-LECIA AKADEMICKIEGO KSZTAŁCENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POLSCE

FROM THE PERSPECTIVE OF 40 YEARS ACADEMIC EDUCATION OF NURSES AND MIDWIVES IN POLAND

Teresa Slosorz, Beata Fryc-Przybyłowska

Absolwentki jednolitych 5-letnich studiów na kierunku położnictwo na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna, obecnie Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

W Polsce pierwsze ośrodki mające znamiona kształcenia akademickiego powstały w 1921 roku w Poznaniu i Warszawie oraz w 1925 roku w Krakowie. Dyrektorkami dwóch pierwszych placówek były przedstawicielki Amerykańskiego Czerwonego Krzyża (ARC) – pielęgniarki: Ita Rosa Mc Donell (1891–1977) i Helen Bridge (1885–1964). Druga wojna światowa zahamowała proces nauczania oraz zdziesiątkowała liczbę polskich pielęgniarek i położnych. Okres powojenny charakteryzował się różnorodnością – programów i czasem trwania nauki oraz niskim poziomem przygotowania zawodowego, czego skutkiem była dyskwalifikacja pielęgniarek i położnych w dalszym procesie kształcenia na uczelniach wyższych. W 1969 roku powołano w Akademii Medycznej w Lublinie 3-letnie Wyższe Studium Pielęgniarstwa, które od roku 1972 przekształcono w 4-letni Wydział Pielęgniarski. Wiele lat później, w roku 1996, również w strukturach Wydziału Pielęgniarstwa lubelskiej Akademii Medycznej w ramach jednolitych studiów magisterskich zaczęto kształcić położne. Pod koniec lat 90. XX wieku, zgodnie z wytycznymi Procesu Bolońskiego, rozpoczął się w Polsce intensywny proces wdrażania 2-stopniowych studiów wyższych na poziomie: 3-letnich licencjackich, 2-letnich magisterskich, oraz III stopnia – studiów doktoranckich.

Słowa kluczowe: wyższe szkolnictwo, studia pielęgniarskie, studia położnicze.

ABSTRACT

In Poland, the first academic education centres established in 1921 in Poznan and Warsaw, in 1925 in Krakow. Nurses: Ita Rosa Mc Donell (1891–1977) and Helen Bridge (1885–1964) were the directors of the first two. They were representatives of the American Red Cross (ARC). The process of education of Polish nurses and midwives was slowed by the outbreak of the Second World War. The post-war period was characterized by low level of professional trainings, diversity of programs and duration of studies. The result of these actions was disqualification of nurses and midwives in the further process of higher education. In 1969 was established 3 year College of Nursing in the Medical Academy in Lublin. In 1972 the College was transformed into a 4 years Faculty of Nursing. Many years later, in 1996, started one step master midwives education system. It was also in the structures of the Faculty of Nursing at the Medical Academy in Lublin. At the end of 1990s, in accordance with the guidelines of the Bologna Process in Poland, began an intensive implementation of the higher education process: 3 years for a bachelor's degree, 2 years for a master's degree, and 3–4 years for a doctoral degree.

Keywords: higher education, studies nursing, studies midwives.

Początki wyższego szkolnictwa pielęgniarek w Polsce

Powołanie w Polsce uczelni kształcącej pielęgniarki na poziomie studiów wyższych było jednym z pierwszych celów powstałego w roku 1957 Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP). W kolejnych latach pracowano nad założeniami organizacyjno-prawnymi. W rezultacie w roku 1966 sformułowano wniosek w sprawie powołania Wyższej Szkoły Pielęgniarskiej [1].

O pierwszeństwo w uruchomieniu wyższych studiów pielęgniarskich ubiegały się ośrodki w Warszawie i Krakowie. Ostatecznie najlepsze warunki zaoferował Lublin. Decyzję o powołaniu 3-letniego Wyższego Studium Pielęgniarstwa w lubelskiej Akademii Medycznej podjęto 10 lipca 1968 roku. Na pierwszy rok studiów spośród 323 pielęgniarek (z maturą i co najmniej 2-letnim stażem pracy) indeks otrzymało 60 kobiet [2].

Celem pierwszego programu kształcenia było odchodzenie pielęgniarstwa od modelu wyłącznej realizacji zleceń lekarskich i uwzględnienie pacjenta – jako przedmiotu działań pielęgniarki. Zakładano, że tylko taki wzorzec znacząco poprawi jakość opieki zdrowotnej i będzie warunkiem koniecznym do zapewnienia społeczeństwu usług pielęgniarskich na wysokim poziomie. Stąd głównym zadaniem Wydziału stało się przygotowanie kadry nauczycielskiej do pracy w szkołach pielęgniarskich oraz pracowników administracyjnych w placówkach służby zdrowia.

Inne niż dotychczas spojrzenie na funkcję zawodową pielęgniarki wymagało rozwinięcia wiedzy z zakresu: pedagogiki, psychologii, socjologii. Kadrę dydaktyczną oprócz

pracowników Akademii Medycznej stanowili wykładowcy Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej (UMCS) w Lublinie oraz pielęgniarki z wyższym wykształceniem pedagogicznym. Dla studentek największą bolączką w tym okresie był brak podręczników i skryptów [3].

Starania czynione przez PTP o powołanie Wyższego Studium Pielęgniarskiego z 4-letnim planem studiów, po ukończeniu których absolwenci uzyskiwaliby tytuł magistra, zdobyły akceptację w dniu 12 maja 1972 roku. Wówczas to nadeszła decyzja z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Zdrowotnej w sprawie zmian organizacyjnych, w wyniku których rozpoczął działalność w Polsce pierwszy 4-letni Wydział Pielęgniarski [4].

Wydarzenie to miało szczególne znaczenie, ponieważ zbiegło się z rocznicą urodzin prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa – Florence Nightingale (1820–1910) – założycielki pierwszej świeckiej szkoły pielęgniarskiej (Londyn 1860 rok). Ponadto, dokładnie rok później, na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) w Meksyku dzień 12 maja ustanowiono Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki [5].

Początkowo przepustką do otrzymania indeksu wyższej uczelni był pomyślny wynik egzaminów wstępnych z: anatomii i fizjologii, pielęgniarstwa – ogólnego i specjalistycznego, oraz języka obcego (cztery możliwości wyboru) lub w późniejszym okresie rozmowa kwalifikacyjna. Według założeń plan studiów wynosił 3600 godzin dydaktycznych i obejmował grupy przedmiotów: ogólnych, podstawowo-kierunkowych, specjalizacyjnych, medyczno-obronnych. Zakładano, że w systemie studiów dziennych rocznie kształcić się będzie 50–60 studentów, a w ramach (odpłatnych) 5-letnich studiów zaocznych 80–100 pielęgniarek [6].

Doniosłym wydarzeniem w życiu nowo powstałej jednostki była wizyta nestorek polskiego pielęgniarstwa: Teresy Kulczyńskiej (1894–1992) i Hanny Chrzanowskiej (1902–1973), oraz angielskiej pielęgniarki dr Margaret Scott Wright (konsultantki WHO, organizatorki magisterskich studiów na Uniwersytecie w Edynburgu), która stwierdziła, że: „uczelnia lubelska jest jednostką dydaktyczno-naukową, ale i badawczą" [7]. Już w roku 1973 utworzono w ramach Wydziału Pielęgniarskiego sekcję międzynarodową.

Losy absolwentów wyższych studiów pielęgniarskich

Powołanie studiów na poziomie wyższym – akademickim – było ważnym wydarzeniem dla całego środowiska pielęgniarskiego. Dawało mu bowiem nadzieję na spełnienie potrzeby samorealizacji i rozwoju zawodowego, a pacjentom – na lepszą opiekę pielęgniarską. Jednak pierwsze absolwentki studiów pielęgniarskich dość szybko zorientowały się, że w sytuacji zawodowej wcale nie stoją na uprzywilejowanej pozycji. Sprawił to brak regulacji prawnych w zakresie: kompetencji magistra pielęgniarstwa, podziału według stopnia wykształcenia i zaszeregowania w taryfikatorze płac, które nie określały zakresu działalności tej „nowej grupy zawodowej".

Obowiązujące od 1973 roku przepisy w służbie zdrowia nie pozwalały na zatrudnienie pielęgniarek z wyższym wykształceniem na stanowiskach kierowniczych – te stanowiska w myśl przepisów były zarezerwowane dla lekarzy. Absolwentki, próbując pracować jako naczelne czy przełożone pielęgniarek, najczęściej dowiadywały się, że stanowisko to jest już obsadzone przez doświadczoną pielęgniarkę dyplomowaną z wieloletnim stażem – w tej sytuacji absolwentki, ujawniając swoje oczekiwania, stawały się w zespole *personae non gratae*.

Satysfakcja z uzyskania tytułu magistra pielęgniarstwa bywała przyćmiona widmem utraty pracy bądź trudnościami w jej znalezieniu. Niejednokrotnie po bezskutecznym poszukiwaniu zatrudnienia absolwenci podejmowali pracę w innym zawodzie. Wielu lekarzy niechętnie widziało „na swoich oddziałach szpitalnych" pielęgniarki z tytułem magistra – pielęgniarki nie były traktowane jak partnerzy, ale jak podwładni, których rolą miało być „bezmyślne" wykonywanie poleceń.

Natomiast w grupie pielęgniarek magistrów – nauczycielek przejawem rozwoju było zdobywanie kolejnych tytułów i stopni naukowych. Doniosłym wydarzeniem już w pierwszym 10-leciu edukacji na poziomie studiów wyższych było uzyskanie w roku 1978 stopnia dr. n. hum. przez mgr Barbarę Dobrowolską i mgr Helenę Szymańską (Lenartowicz), której w roku 1988 Rada Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie nadała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie organizacji ochrony zdrowia. Pierwszą w kraju dysertację z zakresu pielęgniarstwa pt.: *Fluktuacja kadr pielęgniarskich w Polsce* obroniła w roku 1986 (w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie) i stopień doktora uzyskała mgr pielęgniarstwa Janina Fetlińska (1952–2010) – senator RP VI i VII kadencji z ramienia partii politycznej Prawo i Sprawiedliwość (PiS), tragicznie zmarła w katastrofie smoleńskiej [8].

Wartym zauważenia jest również fakt, że począwszy od lat 90., dziekanami Wydziału Pielęgniarskiego w Lublinie były i są nadal pielęgniarki z tytułem profesora: prof. dr hab. Irena Wrońska i prof. dr hab. Teresa Kulik.

Bazując na doświadczeniach pięciu pierwszych wydziałów pielęgniarskich w Polsce (Lublin, Katowice, Kraków, Poznań, Wrocław) kształcących pielęgniarki (i położne)

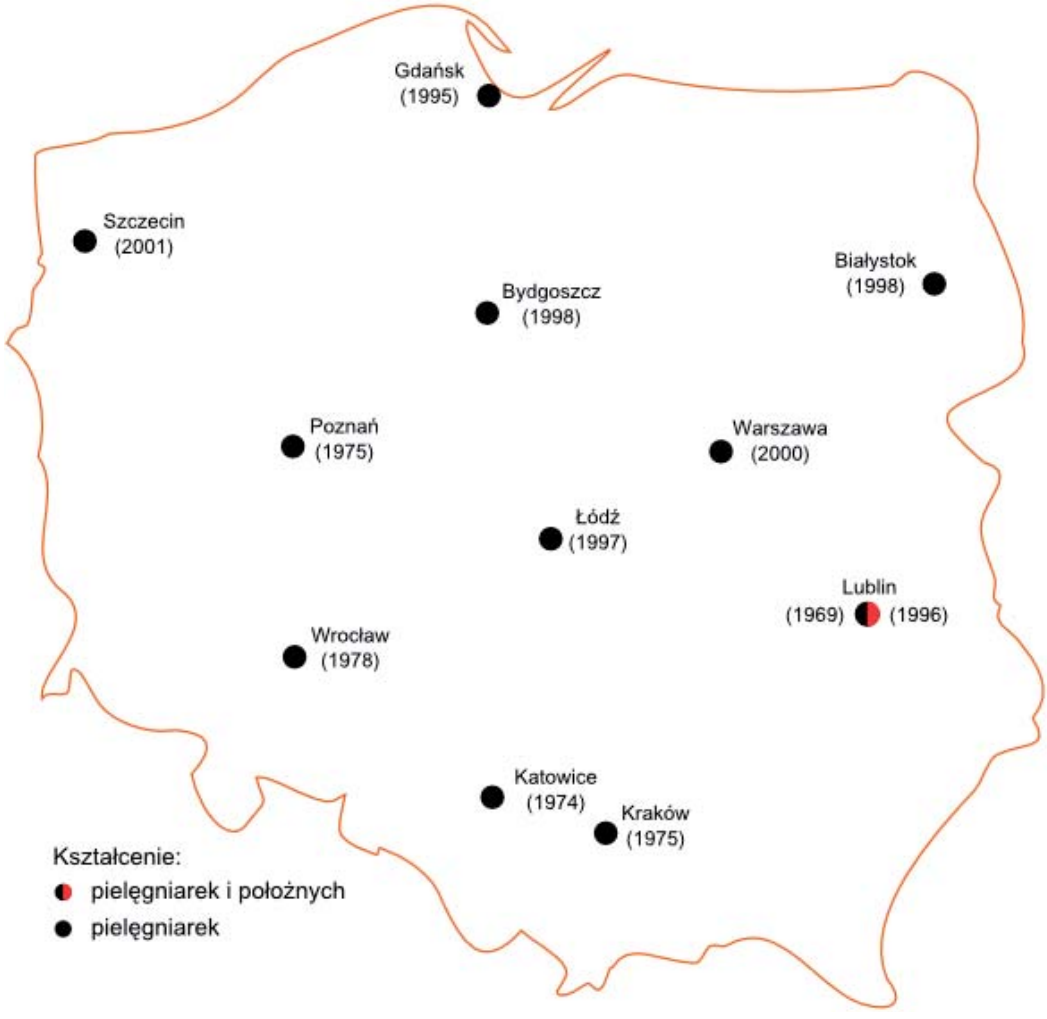
na poziomie akademickim, własne wydziały pielęgniarskie zorganizowały pozostałe akademie medyczne w kraju (**Rycina 1**). W czasie 40-letniego akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce (1969–2009) w formie jednolitych studiów w systemie dziennym (stacjonarnym) i zaocznym (niestacjonarnym) tytuł magistra pielęgniarstwa uzyskało ponad 12 800 osób [9].

Wraz z upadkiem systemu politycznego oraz transformacją społeczno-ekonomiczną w Polsce od roku 1989 wzrastało zapotrzebowanie na wiedzę i umiejętności z zakresu zdrowia publicznego oraz zarządzania systemami zdrowotnymi. Wymiernym efektem tych działań była realizacja międzynarodowego programu „Tempus" finansowanego przez Wspólnotę Europejską, którego jednym z zadań było zmodyfikowanie i opracowanie nowych programów nauczania na podstawie modułowego systemu kształcenia [10]. Zakres kwalifikacji absolwenta akademickich studiów stał się podstawą do dalszych modyfikacji planów i programów studiów, a sylwetkę absolwenta dostosowanego do nowych potrzeb społecznych wyrażono w następujących funkcjach:

- opiekuńczej,
- promowania zdrowia i profilaktyki zdrowotnej,
- terapeutycznej,
- wychowawczej, kształcenia,
- zarządzania i naukowo-badawczej [4].

Kształcenie położnych na poziomie wyższym – akademickim

Kształcenie położnych na poziomie akademickim w Polsce rozpoczęło się dużo później niż w przypadku pielęgniarek. Co prawda od roku 1974 mogły studiować na wydziałach pielęgniarskich akademii medycznych, ale realizując wspólny program z pielęgniarkami, uzyskiwały dyplom magistra pielęgniarstwa. Decyzja o uruchomieniu studiów wyższym dla położnych zapadła z inicjatywy Sekcji Położnych w 1977 roku w Warszawie na XX Jubileuszowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG).



Rycina 1. Wykaz uczelni kształcących pielęgniarki i położne w ramach jednolitych studiów magisterskich (opracowanie własne na podstawie: Fetlińska J. Kształtowanie się wyższego szkolnictwa pielęgniarskiego. W: Urbanek B (red.). Zawód pielęgniarski na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Makmed, Lublin 2008; 400–416)

W dniu 13 grudnia 1995 roku Senat Akademii Medycznej w Lublinie powołał w ramach Wydziału Pielęgniarskiego pierwszy w kraju i tej części Europy kierunek umożliwiający kształcenie położnych na poziomie wyższym – akademickim. Głównym motywem tego przedsięwzięcia był fakt, iż ranga społeczna położnych związana z opieką nad kobietą i jej rodziną we wszystkich okresach jej życia, a także oczekiwania stawiane przez nowoczesne położnictwo są tak wysokie, że położne nie mogą tracić swojej tożsamości zawodowej, uzyskując tytuł magistra pielęgniarstwa. Prace przygotowawcze powierzono dr Annie Sendeckiej, absolwentce lubelskiego Wydziału Pielęgniarskiego, która jako pierwsza położna w kraju w roku 1985 uzyskała stopień doktora nauk przyrodniczych [11].

Rada Wydziału Pielęgniarskiego w dniu 23 kwietnia 1996 roku zatwierdziła plan studiów oraz charakterystykę absolwenta kierunku położnictwo. Kandydaci ubiegający się o przyjęcie mogli uzyskać maksymalną liczbę 161 punktów, z których 70 przypadało na anatomię z fizjologią, 70 – na pielęgniarstwo oraz 21 – na język obcy. W pierwszym roku na studia stacjonarne (15 miejsc) zgłosiło się 18 kandydatek, w tym laureatka Olimpiady Położniczej. Na studia zaoczne (również 15 miejsc) zgłosiło się 98 kandydatek, w tym 3 laureatki Olimpiady Położniczej. Czas kształcenia podobnie jak w przypadku pielęgniarek określono na 3600 godzin w ramach 4-letnich studiów dziennych oraz 5-letnich zaocznych [12].

Charakterystyka kwalifikacji absolwenta położnictwa Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie określiła sylwetkę magistra – w zakresie położnictwa, ginekologii, neonatologii. Absolwent został przygotowany do pełnienia funkcji:

- wychowawczej,
- promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej,
- opiekuńczej, diagnostycznej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej,
- kształcenia,
- zarządzania,
- naukowo-badawczej.

Działania odpowiadające tym funkcjom może realizować w systemie:

- ochrony zdrowia,
- edukacji narodowej,
- pomocy społecznej,
- samodzielnej i indywidualnej pracy (praktyki prywatnej) [13].

W ciągu 10 edycji kształcenia położnych na poziomie studiów wyższych na Wydziale Pielęgniarskim w Lublinie na kierunku położnictwo (**Rycina 1**) w latach 1996–2006, w ramach jednolitych 4-letnich stacjonarnych i 5-letnich niestacjonarnych studiów wyższych, tytuł magistra położnictwa uzyskało 266 osób. Byli to pierwsi magistrzy położnictwa w Polsce.

Proces tworzenia akademickiego kształcenia pielęgniarek i położnych w oparciu o narodowe tradycje i doświadczenia trwał wiele lat i miał na celu (oprócz zdobycia zawodu) rozwój intelektualny. Edukacja pielęgniarek i położnych na studiach wyższych stała się krokiem naprzód w drodze do profesjonalizmu. Zatrzymała najbardziej ambitne jednostki w kręgach zawodowych, podniosła kwalifikacje nauczycieli zawodu oraz w (niektórych) zakładach opieki zdrowotnej – poziom zarządzania opieką pielęgniarek i położnych.

W kolejnych latach transformacja kształcenia pielęgniarek i położnych była uwarunkowana wieloma regulacjami prawnymi i zobowiązaniami międzynarodowymi.

Wyższe szkolnictwo pielęgniarek i położnych w Polsce po roku 1999

Znaczący wpływ na zmieniający się system kształcenia w Polsce miał Europejski Obszar Szkolnictwa Wyższego (*European Higher Education Area* – EHEA), którego głównym zadaniem była harmonizacja Krajowych Systemów Edukacji Wyższej. Działania te miały sprawić, że poszczególne państwa członkowskie same staną się odpowiedzialne za organizację systemów szkolnictwa oraz treści nauczania.

Dokumentem wyznaczającym cele i kierunki zmian w kształceniu pielęgniarek i położnych była „Europejska strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych" z 1999 roku, w której zapisano treści dotyczące:

- tworzenia programu nauczania zawodów opartych na doświadczeniu,
- kształcenia i szkolenia opartego na rozwijaniu kompetencji,
- kształcenia dorosłych,
- kontroli jakości i oceny kształcenia,
- przygotowania nauczycieli szkolenia praktycznego,
- akredytacji szkół.

W czerwcu tego samego roku została podpisana Deklaracja Bolońska, która nadała ostateczny kształt obecnemu kształceniu w Polsce. Jej głównym celem było zwiększenie do roku 2010 Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego (EHEA) w stosunku do innych systemów, zwłaszcza do szkół wyższych w USA. Ustalono, że uczelnie europejskie muszą mieć wspólne elementy kształcenia, ale także różnice wynikające z profilu kształcenia i sposobu organizacji instytucjonalnej, natomiast absolwenci będą przygotowani do potrzeb i wymagań na rynku pracy w kraju i za granicą. Postulaty zawarte w Deklaracji Bolońskiej określiły

sposoby realizacji celów Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego poprzez:

- wprowadzenie systemu porównywalnych stopni dyplomów,
- wprowadzenie studiów dwustopniowych,
- wprowadzenie punktowego systemu rozliczania osiągnięć studenta (ECTS),
- wspieranie mobilności studentów i pracowników,
- współpracę w zakresie zapewnienia jakości,
- propagowanie europejskiego wymiaru kształcenia [14].

Realizacja zobowiązań procesu integracyjnego z krajami Unii Europejskiej wynikała również z wcześniejszych wytycznych – Dyrektyw, które w dniu 7 września 2005 roku zostały zastąpione Dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (Dz.Urz. U.E. L 255/22 PL, 30.09.2005, L 255) [15]. Ponadto uznano, że absolwenci będą przygotowani do wychodzenia naprzeciw aktualnym potrzebom zdrowotnym w kraju, że będą mieć umiejętności i zdolności niezbędne do bezpiecznego i skutecznego wykonywania zawodu bez konieczności bezpośredniego nadzoru [16].

W niektórych krajach Europy „kształcenie wyższe" jest interpretowane jako synonim „kształcenia uniwersyteckiego" (akademickiego). Stąd też Międzynarodowe Standardy Klasyfikacji Kształcenia (*International Standard Classification of Education* – ISCED) z 1997 roku terminem „kształcenie wyższe" objęły również wyższe szkolnictwo zawodowe. W myśl podziałów na poziomy: I stopień objął swoim programem wyższe studia zawodowe – licencjackie, oraz II stopień – studia magisterskie, których realizacja odbywa się w ośrodkach uniwersyteckich. Wspólnym elementem naboru do ww. szkół jest zgodność wybranego kierunku studiów z profilem kształcenia na poziomie średnim i posiadanie przez kandydata matury ogólnokształcącej lub technicznej. Wielostopniowy program studiów oraz zróżnicowany tryb studiowania wpłynęły na wzrost liczby studentów, nauczycieli akademickich oraz modernizację procesów dydaktycznych.

Kierując się koniecznością dostosowania systemu edukacji do wzorców europejskich, akademie medyczne po roku 2000 zmieniły nazwę na uniwersytety medyczne i wraz z wyższymi szkołami zawodowymi (WSZ) wkroczyły na drogę aktywnego procesu transformacji kształcenia obu grup zawodowych. Od tego momentu można mówić w Polsce o pielęgniarkach i położnych jako o profesjach z wyższym statusem zawodowym, na które zawody te zasługują z punktu widzenia bogatej historii i osiągnięć naukowych [17].

Studia licencjackie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo trwają 3 lata (6 semestrów) i stanowią autonomiczną formę wyższych studiów zawodowych lub studiów I stopnia. Minimalna liczba godzin wynosi 4600, natomiast student w roku akademickim powinien uzyskać 60 punktów ETCS. W trakcie nauki przyszły licencjat zdobywa wiedzę z zakresu przedmiotów kształcenia: ogólnego, podstawowego i kierunkowego oraz przygotowanie do zawodu, a także projektowania, wykonywania i ewaluacji własnej pracy.

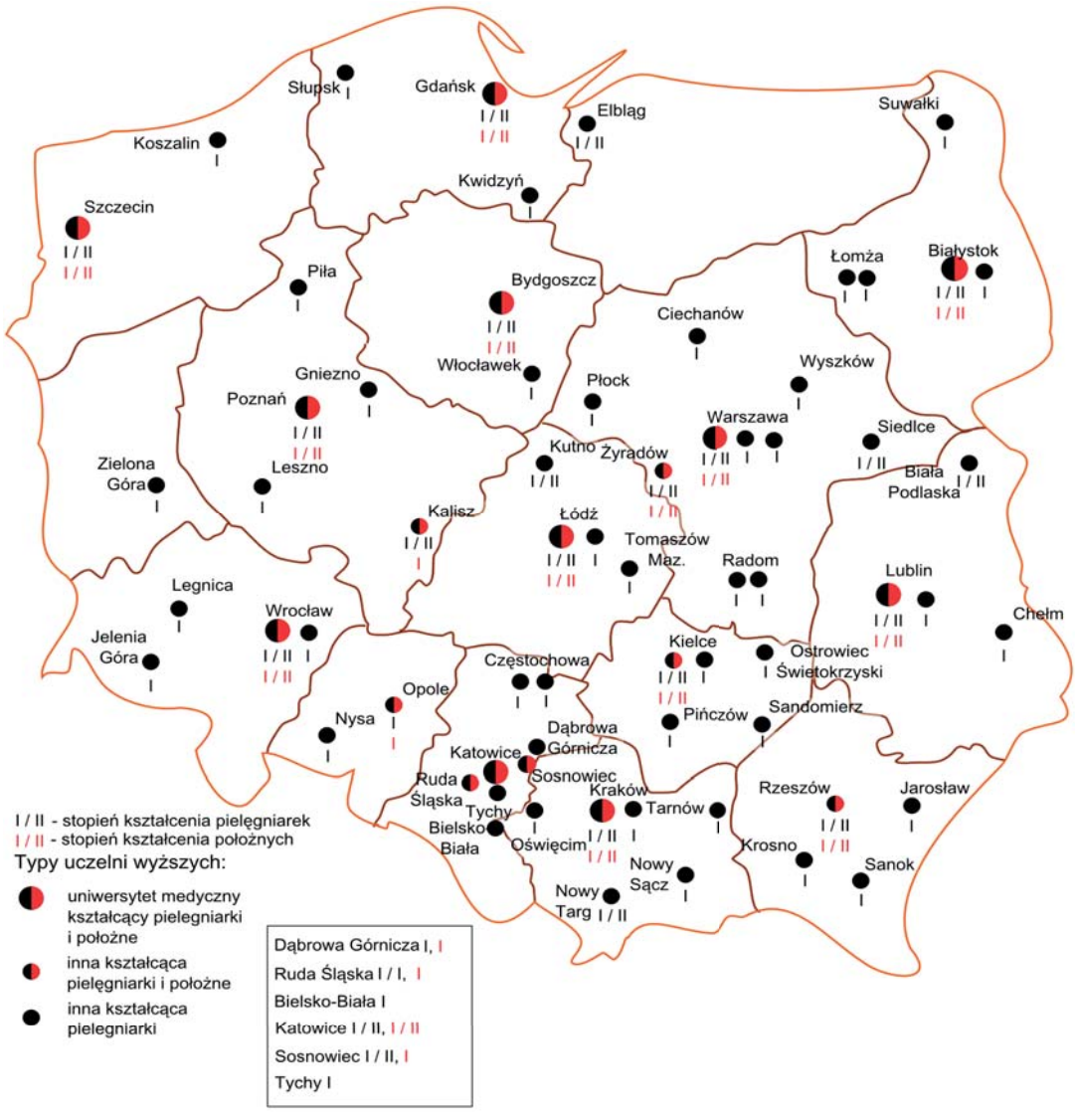
Studia II stopnia – magisterskie – trwają 2 lata (4 semestry). Liczba godzin dydaktycznych nie powinna być mniejsza niż 1300, a liczba punktów ECTS niższa niż 120. Kształcenie mogą podejmować osoby, które ukończyły studia I stopnia. Podobnie jak w kształceniu licencjackim, program studiów obejmuje bloki przedmiotów: kształcenia ogólnego, podstawowego oraz kierunkowego. Studia II stopnia powinny wyposażyć absolwenta w wiedzę i umiejętności pozwalające na badanie, konstruowanie – ewaluację własnej pracy i szerszych działań, pomnażanie wiedzy oraz kreatywne wykonywanie zawodu.

Studia doktoranckie trwają nie krócej niż 2 lata i nie dłużej niż 4 lata. Łączny wymiar zajęć objętych programem odpowiada od 45 do 60 punktów ETCS, w tym od 20 do 30 punktów zdobytych w ramach zajęć fakultatywnych. Studia III stopnia powinny przygotować absolwenta do samodzielnego prowadzenia badań, umiejętnego przekazywania wiedzy innym i pracy z zespołami badawczymi.

Według danych na rok 2009 pielęgniarstwo można było studiować w 64 uczelniach (11 medycznych, 6 niemedycznych, 19 wyższych szkołach zawodowych (WSZ) publicznych i 28 WSZ niepublicznych). Położnictwo zaś było kontynuowane w 18 uczelniach (11 medycznych, 2 niemedycznych, 2 WSZ publicznych i 3 WSZ niepublicznych) (**Rycina 2**).

Podsumowanie

Omawiany okres 40 lat edukacji pielęgniarek i położnych na poziomie studiów wyższych w Polsce to czas dynamicznych zmian zarówno w formie, jak i treściach kształcenia. Początki uniwersyteckiego kształcenia pielęgniarek w USA datuje się na rok 1909, w Kanadzie na rok 1919. Już wówczas kadra pracowników naukowych o rodowodzie pielęgniarskim przyczyniła się tam do powoływania wydziałów pielęgniarskich i działalności badawczej w zakresie rozwoju i nauki o pielęgniarstwie. Ale zarówno kraje bogate (USA, Kanada), jak i biedne (Indie, Pakistan) dużo wcześniej niż Polska uruchomiły studia pielęgniarskie, uznając, że: „pielęgniarstwo może spełnić rosnące wymagania społeczne, jeśli oprze praktykę na swoistej wiedzy naukowej i na wykwalifikowanych profesjonalistach" [18].



Rycina 2. Wykaz uczelni kształcących (w formie I i II stopnia) pielęgniarki oraz pielęgniarki i położne po roku 1999 (opracowanie własne na podstawie: Kózka M. Kształcenie pielęgniarek i położnych po wejściu Polski do Unii Europejskiej. Mag Pielęg Położ. 2009;5:7)

Kiedy w roku 1972 w lubelskiej Akademii Medycznej powstał pierwszy w kraju Wydział Pielęgniarski, w USA było już ponad 20% pielęgniarek z wyższym wykształceniem, 10 lat później – ok. 70%, a w 1995 roku – ponad 90%. W Polsce, biorąc pod uwagę liczbę absolwentów studiów jednolitych i 2-stopniowych, w roku 2009 (w zestawieniu z populacją aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych) wyższym wykształceniem mogło poszczycić się niewiele ponad 13% przedstawicielek tych grup zawodowych.

Kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie studiów wyższych w Polsce w latach 1969–2009 nie postępowało tak dynamicznie jak w „kolebce nowoczesno-naukowego pielęgniarstwa" [19]. Dlatego wydawać by się mogło, że zmiany, które nastąpiły pod koniec lat 90. w kształceniu obu grup zawodowych, będą miały znaczący wpływ na świadomość społeczeństwa, w tym: partii politycznych, innych zawodów medycznych, jak i samego środowiska pielęgniarek i położnych. Tak się jednak nie stało i niewiele wskazuje na to, że w najbliższym czasie to się zmieni. Pomimo wzrastającej liczby absolwentów studiów I i II stopnia do roku 2009 (11 236 licencjatów i 4318 magistrów pielęgniarstwa oraz 2016 licencjatów i 876 magistrów położnictwa) zapowiedzi na nadchodzące lata nie są optymistyczne, ponieważ tylko niespełna połowa uprawnionych pielęgniarek i położnych (43,26%) w latach 2007–2009 zgłosiła się do Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych (OIPiP) w celu otrzymania prawa wykonywania zawodu.

Kolejnym niepokojącym zjawiskiem jest migracja zarobkowa polskich pielęgniarek i położnych do innych krajów członkowskich. Od 1 maja 2004 do 31 grudnia 2009 roku w skali całego kraju wydano 12 668 zaświadczeń potwier-

dzających uznawalność kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych w UE. Natomiast badania przeprowadzone w roku 2010 przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) wykazały, że do 2020 roku w Polsce zabraknie 60 860 pielęgniarek, czyli będzie ich mniej o 33% w stosunku do roku 2009. Podobnie przedstawia się sytuacja położnych. Powołując się na powyższe badania, można stwierdzić, że w bieżącym 10-leciu w systemie ochrony zdrowia zabraknie 4817 położnych, co zmniejszy ich liczbę do zatrudnionych w roku 2009 o ponad 22%.

Według prof. Wiesławy Kozek – socjolożki z Uniwersytetu Warszawskiego, badaczki warunków pracy w polskich szpitalach – obecnie w Polsce pracuje ok. 250 tys. pielęgniarek, czyli porównywalnie tyle co w Rumunii [20]. W Norwegii dla przykładu trzy raz więcej. Jedna trzecia polskich pielęgniarek pomimo obowiązującego i posiadanego wykształcenia nie pracuje w zawodzie. W szpitalach mimo widocznych braków personelu nadal redukuje się etaty pielęgniarek i położnych, by obniżać koszty utrzymania placówek. Polska na tle innych państw europejskich zajmuje ostatnie miejsce (6,4) wg wskaźnika zatrudnienia na 1 tys. mieszkańców. Dla przykładu we Francji wskaźnik ten wyniósł 7,5, w Czechach – 8,1, na Węgrzech – 8,6, w Wielkiej Brytanii – 9,2 i w Niemczech – 9,6.

Kryteria poszanowania (jakiegokolwiek) zawodu są złożone i uwarunkowane wieloma czynnikami, które ulegają transformacji w czasie. W przypadku pielęgniarek i położnych fakt ten stanowi pewnego rodzaju paradoks, ponieważ z jednej strony pozostaje w ścisłym związku z potrzebami zdrowotnymi człowieka na każdym etapie jego życia, z drugiej – zawody te często nie są doceniane przez: pracodawców, kolejne rządy, pacjentów, lekarzy oraz samo środowisko pielęgniarek i położnych. Również wizerunek obu profesji kreowany przez media nie wpływa korzystnie na ich status społeczno-zawodowy [21].

Wnioski

1. System akademickiego kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce w latach 1969–2009 był szczególnym czasem ożywienia myśli naukowej opartej na obserwacjach i doświadczeniach wyniesionych z praktyki obu grup zawodowych. Zarówno potencjał polskich prekursorek w tych działaniach, jak i światowe trendy, poprzez nowe formy 3-stopniowego kształcenia na studiach: licencjackich, magisterskich oraz doktoranckich, nadały tym zawodom wyższą rangę, jednak jak dotąd nie zawsze dostrzeganą i docenianą w naszym kraju.
2. Wobec przytoczonych faktów pozostaje mieć tylko nadzieję, że (mimo wszystko) w myśl uniwersalnej maksymy *primum non nocere,* zgodnie z realizacją nowej formy edukacji, jako dobrze wykształceni profesjonaliści będziemy swoje role zawodowe pełniły/li w sposób coraz bardziej niezależny i samodzielny, a co najważniejsze – zgodnie z literą (dostosowanego) prawa, popartą dobrą wolą ludzi odpowiedzialnych za politykę zdrowotną w Polsce, kształtowaną na podstawie opinii środowisk pielęgniarek i położnych, a nie tylko lekarzy i innych zawodów medycznych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Kępska T. Powstanie i rozwój Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Alma Mater. 1995;2(15):27–29.
2. Kępska T. Proces kształcenia pielęgniarek w akademiach medycznych a ich start zawodowy w szkolnictwie medycznym i w służbie zdrowia. Praca doktorska napisana pod kierunkiem B. Komorowskiego. Warszawa 1979.
3. Ciechaniewicz W, Kulik TB (red.). 40 lat akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce. Międzynarodowa Konferencja Naukowa w Lublinie, 15–17 października 2009. Wydawnictwo PZN, Lublin 2009; 34, 46.
4. Archiwum Zakładu Teorii Pielęgniarstwa WPiNOZ. Pismo (z dnia 12 maja 1972 roku) zapowiadające przedłużenie studiów do 4 lat, skierowane do JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie.
5. Bojarek D. Batalia o wyższe studia pielęgniarskie (cz. II). Akademia Medyczna w Lublinie. Alma Mater. 2003;4(49):204–210.
6. Górajek-Jóźwik J. Zjazd Absolwentów pierwszego rocznika (1969–1973) Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Alma Mater. 2003;3(48):76.
7. Komorowski B. Kontakty międzynarodowe Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Informator Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Lublin 1973; 40–47.
8. Feltińska J. Kształtowanie się wyższego szkolnictwa pielęgniarskiego. W: Urbanek B. (red.). Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Makmed, Lublin 2008; 399–406.
9. Dane zebrane na podstawie materiałów źródłowych UM w Lublinie, UM w Poznaniu oraz uzyskanych na prośbę autorek pracy z Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia oraz CRPiP przy NIPiP w Warszawie.
10. 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.
11. Rudzińska K. Kształcenie położnych na Wydziale Pielęgniarskim kierunek: Położnictwo Akademii Medycznej w Lublinie. Biuletyn Informacyjny Położnych. Elbląg 1996;2:20, 21.
12. Wrońska I, Dobrowolska B, Kulik TB (red.). Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Lublinie. Czelej, Lublin 2000; 21.
13. Sendecka A, Turowski K. Plan i program studiów kierunek: Położnictwo. Akademia Medyczna w Lublinie 1998; 22.

14. Kraśniewski A. Proces boloński: dokąd zmierza europejskie szkolnictwo wyższe? Publikacja sfinansowana ze środków Ministerstwa Edukacji Narodowej i Szkolnictwa Wyższego. Warszawa 2006; 4.
15. Directive 2005/36/Ec of the European Parliament and of the council of 7 september 2005 on the recognition of professional qualifications (Text with EEA relevance) OJ EC nr L 255, 2005/09/30.
16. Nurses and midwives for health. A WHO European Strategy for nursing and midwifery education. Copenhagen, WHO Regional Office for Europa, 2000 (document/00/5010303/15).
17. Małkowski P, Kadulska E. Wymogi Unii Europejskiej a rzeczywistość kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Annale Universitatis Medicae Lodzensis. 2002;43(2):57–58.
18. Kózka M. Kształcenie pielęgniarek i położnych po wejściu Polski do Unii Europejskiej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2009;5:7.
19. Poznańska S. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988; 71.
20. Znikające pielęgniarki, http://www.mp.pl/kurier/87361. Data dostępu: 13.11.2015.
21. Pozycja zawodowa oraz społeczna pielęgniarek i położnych. Opinie, http://www.ckppip.edu.pl. Data dostępu: 21.05.2015.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Teresa Slosorz
ul. Leona Kruczkowskiego 15c/3, 64-800 Chodzież
tel.: 505 035 367
e-mail: teresa_slosorz@op.pl

Beata Fryc-Przybyłowska
CMUJ Kraków Wydział Nauk o Zdrowiu
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
ul. Zamojskiego 58, 31-523 Kraków
e-mail: beata.fryc-przybylowska@uj.edu.pl

PRACA POGLĄDOWA

IDEA ORAZ OPTYMALNE METODY PROMOCJI APTEK

THE IDEA AND OPTIMAL METHODS OF PROMOTION PHARMACIES

Katarzyna Przybylska[1], Monika Szeibe[2]

[1] Katedra Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Apteka Stylowa w Lesznie

STRESZCZENIE

Apteki z dniem 1 stycznia 2012 roku, gdy weszła w życie ustawa refundacyjna, stanęły przed koniecznością dostosowania się do nowych uregulowań. Ustawa wymusiła na właścicielach aptek szukanie nowych sposobów promocji swojej placówki. Wiele aptek musiało zmodyfikować swoją strategię marketingową, aby utrzymać się na rynku i być konkurencyjnymi. Obserwuje się trend umacniania pozycji rynkowej sieci aptecznych, a słabnący udział aptek indywidualnych. Głównie te apteki zmuszone są poszukiwać pośród elementów swojej działalności atrybutów, które pozwolą im istnieć obok sieci. Podstawą wyróżnika powinny stać się jakość obsługi, rozwijanie opieki farmaceutycznej, wsparcie pacjenta w procesie podejmowania decyzji, ale także przemyślane usytuowanie.

Słowa kluczowe: promocja, strategia marketingowa, relacja farmaceuta–pacjent.

ABSTRACT

As of the 1st January 2012, when the new Reimbursement Act came into force, the pharmacies faced the necessity to comply with the new regulations. The Act forced the pharmacy owners to look for new ways to promote their businesses. A lot of pharmacies had to modify their marketing strategy to survive on the market and remain competitive. The pharmacy chains tend to consolidate their market position whereas the percentage of individual chemists is decreasing. Individual businesses have to look for such elements of their operation which will distinguish them against the chains and allow to survive. Those outstanding elements should include service quality, developing pharmaceutical care, assisting customers in the decision-making process and carefully selected location.

Keywords: promotion, marketing strategy, pharmacist–patient relation.

Wstęp

Wyraz „promocja" wywodzi się od łacińskich słów: *promotio*, *promovere*, które oznaczają „poparcie", „szerzenie", „posuwanie naprzód". Literatura przedstawia wiele definicji promocji; jedna z nich brzmi następująco: „promocja jest to oddziaływanie na odbiorców produktów danej firmy, polegające na przekazywaniu im informacji, które mają w odpowiednim stopniu zwiększać wiedzę na temat towarów firmy i samej firmy w celu stworzenia dla nich preferencji na rynku. Jest to więc taki sposób komunikowania się firmy z otoczeniem, który w efekcie ma się przyczynić do zwiększenia popytu na towary sprzedawane przez daną firmę. Promocję można uznać za pozacenową formę konkurencji" [1].

Powtarzając za innym autorem zajmującym się istotą promocji, a mianowicie Tadeuszem Sztuckim: „promocja jest marketingowym oddziaływaniem na klientów i potencjalnych nabywców polegającym na dostarczaniu informacji, argumentacji i obietnic oraz zachęty, skłaniających do kupowania oferowanych produktów, jak również wytwarzających przychylną opinię o przedsiębiorstwach przemysłowych, handlowych, usługowych" [2].

Promocja to również element marketingu mix. W literaturze opisuje się ją jako środek komunikacji między przedsiębiorstwem a rynkiem, czyli pomiędzy konsumentem i otoczeniem. Kiedyś promocję uważano za zbędny koszt. Dzisiaj jest ona już nie tyle zauważona przez producentów i przedsiębiorców, ale stanowi jeden z ważniejszych składowych w koncepcji marketingowej 4 P. Obok dobrej jakości produktu, polityki cenowej i polityki dystrybucji to właśnie promocja jest jednym z najważniejszych narzędzi komunikacji z potencjalnymi adresatami naszych towarów i usług. Nie inaczej sytuacja przedstawia się, jeśli chodzi o apteki.

Idea promocji

W dzisiejszych czasach nie wystarczy posiadać na aptecznej półce produkt o określonych cechach, jakości, opakowaniu czy marce, gdyż ten sam preparat znajduje się w aptece na sąsiednim rogu ulicy. Oczywiście nadal ważnym elementem jest dobra lokalizacja apteki, np. w centrum miasta, przy przychodni lekarza rodzinnego lub przy przychodniach specjalistycznych praktyk lekarskich albo w dużym centrum handlowym, gdzie przemieszcza się niemała liczba ludzi.

Dla pacjentów istotna jest wciąż cena, gdyż klientami aptek są w większości osoby starsze, przewlekle chore, których emerytury nie są wysokie. To właśnie oni często

proszą farmaceutów o tańsze zamienniki leków przepisanych przez lekarza lub nie wykupują części medykamentów w ogóle, ponieważ zwyczajnie ich na to nie stać. W Polsce sytuacja aptek w dzisiejszych realiach nie jest łatwa, co wynika chociażby z wprowadzonych przez ustawodawców przepisów ustawy refundacyjnej, która silnie ograniczyła możliwości działania osobom prowadzącym apteki. W takim przypadku należy się mocno zastanowić, co należy robić, by nie zginąć w tłumie konkurencji i jednocześnie działać w granicach prawa.

Z pewnością należy pamiętać, że dzisiejszy świat to natłok wszelkich informacji: w telewizji, w radiu, a przede wszystkim w Internecie. W związku z tym czasami ciężko trafić na potencjalnego klienta i przekonać go do naszych produktów i usług. Dlatego też wymyślono promocję, która ma pomóc aptekarzom w osiągnięciu swego celu, jakim jest utrzymanie się na rynku i wypracowywanie zysku. Apteka to placówka ochrony zdrowia publicznego, ale nie jest to instytucja charytatywna. Wręcz przeciwnie – aptekę traktujemy jako mikroprzedsiębiorstwo, a każda firma, aby być opłacalną dla swego właściciela, musi generować określony zysk ze sprzedaży. W związku z powyższym trzeba korzystać z narzędzi, które proponuje nam promocja, a mianowicie: promocji sprzedaży, promocji osobistej, public relations czy też promocji bezpośredniej. Należy również wesprzeć się nowoczesnymi formami promocji, takimi jak: stworzenie interesującej strony internetowej dla pacjentów, wprowadzenie w aptece opieki farmaceutycznej, promowanie zdrowia w naszej placówce, zatrudnienie wykwalifikowanego, ale także empatycznego, uśmiechniętego i budzącego zaufanie personelu – a wszystko po to, aby klient poczuł się ważny i został lojalny wobec naszej firmy.

W tej sytuacji trudno nie zgodzić się ze słowami Benjamina Disraeli: „najważniejsze w stosunkach międzyludzkich jest to, aby dostrzec, że większość z nas nosi zawieszoną na szyi tabliczkę z napisem: spraw, żebym poczuł się ważny".

Współcześnie menedżerowie podejmują próby spojrzenia na rynek z punktu widzenia klienta, co oznacza, że stosują tak zwany marketing nabywcy 4 K, który określamy jako:

- KORZYŚĆ, która wynika z zakupu danego produktu;
- KOSZT, dlatego że klient płaci za produkt konkretną cenę;
- KOMUNIKOWANIE, czyli dialog nabywcy z producentem;
- KOMFORT, tłumaczony jako wygoda zakupu [3].

Promocja sprzedaży

„Promocja sprzedaży to wszystkie materialne środki, które mają na celu szybkie i krótkotrwałe zwiększenie sprzedaży poprzez dodanie do produktu wyjątkowej korzyści, czy to dla dystrybutorów, czy dla konsumentów" [4]. W piśmiennictwie promocja sprzedaży zwana jest również promocją uzupełniającą albo dodatkową. Promocja sprzedaży funkcję swoją pełni na rynkach ustabilizowanych, gdzie sprzedaje się sporo porównywalnych produktów. Do promocji dodatkowej zaliczamy: bezpłatne próbki towarów, nagro-

Rycina 1. Przykład preparatów oferowanych aktualnie „w dobrej cenie". Źródło: opracowanie własne

Rycina 2. Przykład produktów oferowanych w korzystnych dla klienta cenach. Źródło: opracowanie własne

dy za lojalność, kupony, oferty refundowane, konkursy, loterie, znaczki handlowe, reklamy upominkowe, ekspozycje w sklepie, premie, obniżki cen.

Obecnie promocja sprzedaży w aptekach odnosi się przede wszystkim do leków sprzedawanych bez recepty, tak zwanych OTC, suplementów diety, a także w dużej mierze dermokosmetyków czy wyrobów medycznych. Farmaceuci często stosują obniżkę ceny wybranych przez siebie czy też osoby zarządzające apteką produktów OTC i zamieszczają taką informację na plakatach znajdujących się we wnętrzu apteki. Takie akcje promocyjne trwają różnie, ale zazwyczaj od 2 tygodni do miesiąca. W związku ze znowelizowanymi przepisami i w obawie przed niemałą karą pieniężną, która mogłaby być nałożona przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, apteki eksponują tylko preparaty z aktualną ceną sprzedaży, nie podają ceny starej. Nie chcą być posądzone o reklamę, która jest zabroniona, a wskazują jedynie na cenową informację o konkretnym produkcie, która w chwili obecnej jest dozwolona (**Ryciny 1, 2**).

Kolejną formą promocji sprzedaży stosowaną w aptekach jest rozdawanie klientom katalogów, katalogów z próbkami i samych próbek różnego rodzaju kosmetyków typu: kremów do twarzy, balsamów do pielęgnacji ciała, specjalistycznych szamponów do mycia włosów. Są to zarówno kosmetyki renomowanych firm, jak na przykład: Vichy, La Roche-Posay czy Nuxe, których cena nie jest najniższa i wynosi w zależności od produktu i apteki około 100 złotych, jak i kosmetyki firm mniej znanych czy też reklamowanych, np. Pharmaceris czy Ziaja.

W dzisiejszych czasach często matki poszukują emolientów dla swoich pociech, w związku z czym obdarowanie kobiet próbkami preparatów typu: Emolium, Oilatum czy Oillan także może przyczynić się do zwiększonej ich sprzedaży w przyszłości. Z obserwacji rynku oraz z przeprowadzonych badań wynika, że klienci dużo częściej wracają do apteki po opakowanie kremu, balsamu, płynu micelarnego, jeśli wcześniej zaakceptują otrzymaną próbkę tego kosmetyku.

Z pewnością dużą korzyścią dla apteki może okazać się zatrudnienie dermokonsultantki, która poprzez doradztwo i dobór odpowiedniego kremu do cery danej klientki spowoduje wzrost sprzedaży określonych preparatów. Oczywiście zatrudnienie kolejnego pracownika generuje nam dodatkowe koszty, dlatego też można wysłać farmaceutów czy techników farmaceutycznych, interesujących się akurat zagadnieniami kosmetologii, na różnego rodzaju bezpłatne szkolenia organizowane oraz sponsorowane przez firmy farmaceutyczne i w ten sposób wykorzystać drzemiący w nich potencjał w codziennej pracy.

Kolejnym aspektem sprzedaży dodatkowej w aptekach jest odpowiednie pakowanie określonych produktów – okazjonalne, ładne opakowania wypuszczane są na rynek z okazji Dnia Matki, Ojca, Babci, Dziadka czy też na przykład z okazji Świąt Bożego Narodzenia. Zazwyczaj są to torebki czy kartoniki, w których umieszczane są preparaty witaminowe typu Biovital, Vita Buerlecithin, Bodymax, Doppelherz czy też Geriavit Pharmaton (**Rycina 3**).

Przy okazji omawiania sprzedaży uzupełniającej w aptekach warto również wspomnieć o ciekawej i najbardziej

Rycina 3. Przykład okazjonalnego opakowania do preparatu Biovital. Źródło: opracowanie własne

lubianej przez pacjentów formie promocji, jaką jest drugi preparat gratis. W handlu tego typu akcje są na tyle efektywne, że doczekały się nawet nazwy BOGOF, która pochodzi od angielskiego skrótu *buy one, get one free*, co oznacza „kup jeden, a otrzymasz drugi gratis" [5]. Przykładem takiej sprzedaży mogą być tak zwane duopaki, czyli np. dwie pasty Meridol czy dwa płyny micelarne Bioderma w cenie jednego produktu. Ostatnio zdarza się niezwykle często, że producenci kosmetyków pakują je w zestawy i dołączają do nich mini produkty, np.: firma Vichy do dużego kremu do twarzy na dzień dodaje mniejsze opakowanie kremu do twarzy na noc wraz z płynem micelarnym. Renomowana francuska firma Nuxe niedawno wprowadziła na rynek zestawy olejków, zapakowanych w ładny kartonik, w którym znajduje się olejek 50 ml bez drobinek i jako gratis 15 ml ze złotymi drobinkami oraz nawilżający krem do twarzy z tej samej serii.

W zestawie możemy także zauważyć kremy do twarzy dla różnego rodzaju cery oferowane z miniproduktem w gratisie, np. fluidem jako preparatem przeciwstarzeniowym, odsłaniającym młody wygląd i blask skóry, oraz kremem pod oczy (**Rycina 4**).

Niedawno producent maści Bepanthen wprowadził na rynek dwa nowe zestawy, w których skład wchodziły

Rycina 4. Przykłady zestawów oferowanych przez francuską firmę Nuxe. Źródło: opracowanie własne

Rycina 5. Przykład zestawów z gratisem. Źródło: opracowanie własne

krem przeciw rozstępom dla kobiet w ciąży (opakowanie 100-gramowe) oraz gratisowa maść dla dzieci (pojemność 30 gramów) albo duży krem przeciw odparzeniom dla maluchów wraz z zawieszką do smoczka jako gratisem (**Rycina 5**).

Promocje typu „drugi preparat gratis" bardzo często przyciągają uwagę klientów, którzy mają poczucie, że zakupili produkt, który i tak chcieli nabyć, a przy okazji zyskali coś jeszcze: drugi preparat za darmo czy określony gadżet, jak podano w wyżej wymienionych przykładach.

Skutecznym narzędziem promocji w aptece mogą okazać się kupony. Mamy tutaj na myśli różnego rodzaju dokumenty, które upoważniają kupującego do odebrania pewnych korzyści w przyszłości. Przykładem takiego kuponu może być bon podarowany kobiecie w ciąży, który pozwoli jej na zniżkę 10% w przypadku jednorazowych zakupów za kwotę 200 złotych [6]. W ten sposób zachęcamy klientkę do zrobienia części wyprawki aptecznej dla malucha właśnie w naszej aptece. Innym przykładem tego instrumentu promocji może być kupon uprawniający do obniżki cenowej w skali 20% przy kolejnym zakupie drogiego kremu firmy Lierac.

Merchandising apteczny

Ściśle z promocją sprzedaży wiąże się merchandising apteczny. Termin „merchandising" może być rozumiany na trzy sposoby. Po pierwsze, w najbardziej ogólnym ujęciu, definiuje się go jako ogół działań, które związane są z lokalizacją apteki, ukształtowaniem jej wizerunku na rynku, wyposażeniem wnętrza, a także ułożeniem leków na półce. Definiując to pojęcie inaczej, możemy powiedzieć, że „merchandising stanowi ogół działań marketingowych podejmowanych przez pracowników apteki i producentów środków farmaceutycznych, bezpośrednio związanych z miejscem sprzedaży – apteką, których celem jest zaspokojenie potrzeb pacjenta" [7]. Po drugie, merchandising apteczny określa się jako zestaw działań marketingowych powiązanych z zarządzaniem apteką. Są to wszelkie działania związane z koncepcją 5 P, to znaczy z zarządzaniem produktami, kształtowaniem cen, dystrybucją, promocją apteki, a także zarządzaniem personelem. Po trzecie, merchandising apteczny tłumaczy się jako całokształt wysiłków właścicieli, menedżerów, pracowników, które mają służyć odpowiedniemu ukształtowaniu wnętrza apteki oraz ustaleniu sposobu ułożenia leków na półkach.

Merchandising jest jednym z najbardziej skutecznych instrumentów promocji, który może przyczynić się do wzrostu obrotów przy względnie niewielkich nakładach. Działania merchandisingowe mają na celu oddziaływanie na klientów w końcowym momencie podejmowania decyzji o zakupie, przyciągnięcie potencjalnych kupujących, sprzyjanie zakupom impulsowym. Wszystkie te działania prowadzone są po to, aby poprawić pozycję placówki na rynku.

Konsument chętnie odwiedzi i zrobi zakupy w aptece o estetycznie urządzonym wnętrzu, gdzie zostanie obsłużony przez miły i fachowy personel. Podstawowym celem stosowania zasad merchandisingu w aptece jest „wzrost

zadowolenia pacjenta, ułatwienie mu dokonywania zakupów, pomoc w wybraniu odpowiedniego leku. Działania merchandisingowe sprawiają, że pacjent przywiązuje się do danej apteki" [8].

Klienci aptek rzadko uświadamiają sobie fakt, że silnie reagują na bodźce, a w szczególności na bodźce wzrokowe. W związku z tym preparaty przez nich zauważone przypuszczalnie zostaną przez nich kupione, a zatem sprzedane przez aptekę. Stąd też wysiłki wielu osób pracujących w aptece, aby panował w niej ład i porządek, a preparaty były ułożone na półkach zgodnie z zasadami merchandisingu i multifacingu.

Niejednokrotnie pacjenci w wyniku reakcji na bodźce dokonują zakupów impulsowych. Duża część klientów przychodząc do apteki na przykład z powodu przeziębienia, zamierza kupić jakiś preparat, który złagodzi te dolegliwości – niekoniecznie przychodzą oni po konkretnie określony produkt. Decyzja o zakupie akurat tego, a nie innego leku następuje pod wpływem rekomendacji farmaceuty, reklamy obejrzanej wczoraj w telewizji lub usłyszanej w radiu, czasami decyzja ta wynika z obserwacji osób z kolejki, które kupiły coś przed nami. Czasami zdarza się, że pacjenci przychodząc do apteki na przykład po lek przeciw przeziębieniu, zakupią jeszcze lek na ból gardła, krople na katar do nosa, wapno z witaminą C. W związku z tym koszyk dóbr klienta zwiększa się, a co za tym idzie – rośnie również obrót apteki.

Impulsy skłaniające ludzi do zakupów mogą pochodzić z różnych źródeł i wpływać na podejmowane decyzje [9]. Może być tak, że komuś się przypomni, że w domu akurat skończył się przez niego zażywany tran i go zakupi, albo spojrzy na gablotę, w której wystawione są kremy z filtrami UV, i zda sobie sprawę, że niedługo nadchodzą wakacje i trzeba się zaopatrzyć w taki produkt.

Na obraz dobrej apteki składa się wiele czynników: „wygodne wejście, estetyczna wystawa, zadbana elewacja budynku, właściwy sposób rozplanowania wnętrza, odpowiednie kolory, oświetlenie, rozkład leków na półce, wysokość półek i zabudowanie pierwszego stołu" [10]. Pacjenci często nie zdają sobie sprawy z tego, że ich zachowania są nieuświadomione, jednak w znaczący sposób wpływają na postrzeganie przez nich świata, jak również wnętrza apteki. Z pewnością klient będzie bardziej zadowolony, jeśli wchodząc do apteki, przez witrynę zobaczy w niej kilka osób. Usatysfakcjonuje go także fakt, jeśli drzwi wejściowe otworzą się przed nim automatycznie i za nim zamkną. Przyjemność z przebywania w aptece zwiększy się też, jeżeli latem będzie w niej działała klimatyzacja, która pozwoli chwilę odetchnąć od upałów, a zimą doświadczy się miłego odczucia ciepła.

Warto pamiętać o zadbanym oknie wystawowym, o czystych szybach, czytelnym napisie z nazwą apteki. Ważne jest też, aby wystawa nawiązywała do obecnej pory roku czy okazji, na przykład do Świąt Wielkanocnych czy też Bożego Narodzenia.

Ruch pacjentów w aptece powinien odbywać się odwrotnie do ruchu wskazówek zegara. Często klienci ustawiają się w kolejce w taki sposób, aby mieć podparcie dla prawej ręki. Jest to oczywiście zachowanie podświadome, ale przy projektowaniu wnętrza apteki warto na nie zwrócić uwagę, aby w późniejszym czasie nie okazało się, że tylko z tego powodu apteka ma niskie obroty. Zgodnie z regułą prawej ręki drzwi wejściowe także powinny znajdować się z prawej strony, tak by pacjenci mogli obejrzeć większą część apteki.

W dzisiejszych czasach wygoda pacjenta jest sprawą niezwykle ważną, dlatego warto pamiętać, że zadowolenie klienta wzrasta, gdy ma on dwie wolne ręce. W związku z tym powinno się zapewnić mu wygodę w momencie robienia zakupów, rozmowy z farmaceutą. Ma temu służyć między innymi zamontowanie małej półki umieszczonej pod pierwszym stołem. Pacjent będzie mógł wtedy położyć na niej torebkę, torby z zakupami czy teczkę i z łatwością poszukać recept, zrealizować je, schować do torby. Poruszając tematykę pierwszego stołu, trzeba wspomnieć o szybach, które kiedyś były nieodzownym elementem każdej apteki. Dzisiaj odchodzi się od tworzenia takiej bariery, idąc w kierunku bezpośredniej, otwartej relacji między pacjentem a farmaceutą.

Ważnymi elementami kształtującymi atmosferę apteki są: odpowiednie oświetlenie, kolorystyka, zapach, zieleń oraz muzyka. Jak powszechnie wiadomo, kolory biały czy migdałowy są neutralne, rozjaśniają wnętrze i rozpraszają światło, więc nadają się idealnie na ściany w aptece. Kolor czerwony wywołuje ożywienie, pobudzenie oraz zainteresowanie, więc jest dobry, by zastosować go na wejściu do apteki. Kolor niebieski działa kojąco, więc można go zastosować w sferze kasy. Kolor zielony kojarzy się z drzewami, trawą, a zatem z naturą, i działa na człowieka uspokajająco. Zadbane kwiaty w aptece czy roznoszący się w niej zapach pomarańczy również sprzyjają tworzeniu miłego nastroju oraz pozytywnego wizerunku.

Satysfakcja konsumenta z pobytu w danej placówce jest tym większa, jeśli zostanie on zauważony i przywitany przez farmaceutę, chociażby skinieniem głowy czy wzrokiem. Badania pokazują, że osoba dostrzeżona chętniej poczeka w kolejce, natomiast nieujrzana łatwiej wyjdzie z apteki i pójdzie do innej placówki.

Nieodzownym i bardzo ważnym elementem merchandisingu jest zarządzanie półką w aptece. Jedna z zasad

handlu detalicznego na świecie głosi, iż „niewidoczne–niekupione". Z reguły tej wynika, że należy tak zaplanować rozłożenie preparatów na półkach, aby zostały one zauważone przez pacjentów – wówczas istnieje duża szansa na sprzedaż produktów. Należy pamiętać, że działania te odnoszą się tylko do sprzedaży odręcznej, czyli sprzedaży odbywającej się bez recepty lekarskiej, gdyż w polskim prawie występuje całkowity zakaz ekspozycji leków wydawanych na recepty lekarskie.

„W tworzeniu koncepcji zarządzania asortymentem w przestrzeni aptecznej przydatna jest koncepcja 5 W, która obejmuje następujące elementy:

- właściwy produkt,
- właściwy czas,
- właściwa cena,
- właściwa ilość,
- właściwe miejsce" [11].

Zarządzanie półką w przestrzeni aptecznej nie jest zadaniem łatwym, aczkolwiek koniecznym w dzisiejszych aptekach z dwóch powodów. Po pierwsze po to, aby zmaksymalizować zyski ze sprzedaży, po drugie po to, by zbudować pozytywny wizerunek apteki przy uwzględnieniu potrzeb i satysfakcji pacjenta.

Ograniczeń do wykorzystania półki jest bardzo wiele i przedstawiają się one następująco:

„– mała powierzchnia izby ekspedycyjnej apteki (średnio około 35–40 m^2);
- nieodpowiednie meble do ekspozycji;
- opakowania trudne do ekspozycji (małe, cienkie, trudne do ustawienia);
- niskie zapasy każdego z asortymentów (od jednej do kilku sztuk);
- brak świadomości i niskie zaangażowanie personelu w pilnowanie odpowiedniej ekspozycji;
- bardzo wysoka aktywność producentów, z których każdy chce otrzymać najlepszą półkę" [12].

Przedstawiając kategorie do ekspozycji, powinniśmy zwrócić uwagę na ich udział w sprzedaży, gdyż w zależności od tego należy przeznaczyć odpowiednią ilość miejsca na półce. Należy też je odpowiednio nazwać krótkimi, czytelnymi i zrozumiałymi dla pacjenta hasłami w rodzaju: „Ból – szkoda czasu", „Katar i kaszel", „Witaminy i minerały", „Piękne włosy", „Dbaj o linię". Zamiast napisu „Leki na problemy gastryczne" lepiej umieścić nazwę „Popraw trawienie", gdyż jest ona prostsza w swoim brzmieniu i z pewnością łatwiejsza w interpretacji przez pacjentów.

Wybierając produkty do ekspozycji, należy kierować się stałymi i dojrzałymi markami – ich sprzedaż jest duża, gdyż są one znane chociażby z reklam prezentowanych w telewizji. Innym czynnikiem, na który warto zwrócić uwagę przy tej okazji, jest marża na eksponowanych produktach. Jeśli właścicielowi apteki uda się wynegocjować od producenta leku korzystny rabat i zakupić większą liczbę opakowań danego preparatu w niskiej cenie, wówczas może go sprzedać w cenie o wiele niższej niż konkurencja, jednocześnie zarabiając na tym produkcie sporą sumę pieniędzy. Usytuowanie na przykład taniego magnezu w centrum uwagi pacjentów staje się w tym momencie opłacalne. Często apteki eksponują w koszykach z promocjami taką grupę preparatów, których posiadają duże stany magazynowe lub kończy się ich termin ważności za na przykład 2 miesiące. Nieraz taka ekspozycja stanowi dla apteki element zobowiązania wobec producentów określonych preparatów. Przy omawianiu zasad zarządzania półkami w aptece nie sposób pominąć najlepszych miejsc ich lokalizacji. Okazuje się bowiem, że takim obszarem są regały za plecami farmaceutów, znajdujące się blisko stanowiska obsługi, czy gabloty widoczne dla pacjentów stojących w kolejce, także półki znajdujące się na wysokości oczu pacjenta [13].

Jednym z kluczowych elementów w rozłożeniu preparatów na półkach jest technika „multifacing" – nazwa ta pochodzi od angielskiego terminu, który oznacza „wiele twarzy". Technika ta polega na ekspozycji większej liczby opakowań tego samego preparatu. Założeniem multifacingu jest to, by produkty zajmujące na półce określoną przestrzeń, zazwyczaj nie mniej niż pół półki w poziomie, utworzyły w całości spójną „plamę", której zadaniem jest zwrócenie uwagi przez kupującego.

Obecnie w aptekach znajduje się wiele pojedynczych jednostek asortymentowych. Szacuje się, że jest ich już 5–10 tysięcy. Opakowania ich często są małe, płaskie i bardzo kolorowe, co utrudnia ich odpowiednie ustawienie na aptecznej półce. Olbrzymia liczba pojedynczych kartoników i butelek szklanych oraz plastikowych stwarza odczucie bałaganu i chaosu. Jest to kolejny powód stosowania reguł multifacingu. Przy wykładaniu preparatów na półki personel apteki powinien zwrócić szczególną uwagę na to, by leki OTC czy suplementy diety zawsze były wyeksponowane „twarzą w kierunku pacjenta", to znaczy tak, aby była widoczna przednia strona opakowania. Niekiedy zdarza się, że w swojej codziennej pracy, w natłoku wszelkich zadań, pracownicy aptek zapominają o tym bardzo istotnym szczególe. Nie można ułożyć opakowania bokiem do pacjenta, do góry nogami czy w pozycji, gdzie jest widoczna data ważności, i oczekiwać dużej sprzedaży produktów.

Wspominając o technice merchandisingu i multifacingu, należy także zwrócić szczególną uwagę na prawidłowe oświetlenie półek z preparatami. Oczywistym jest, że bar-

wa oświetlenia powinna współgrać z preparatami danej kategorii, na przykład herbaty ziołowe mogą być podświetlone kolorem zielonym, witaminy wzmocnione akcentem żółci lub koloru pomarańczowego. Ważnym aspektem jest także rozświetlenie półek z przodu, tak by światło skierowane było na opakowania, a nie padało z tyłu, gdyż utrudnia ono wtedy przeczytanie nazw promowanych medykamentów (**Ryciny 6, 7**).

Rycina 6. Przykład promocyjnej półki ułożonej według zasady multifacingu. Źródło: opracowanie własne

Rycina 7. Przykład multifacingu. Źródło: opracowanie własne

Istotna z punktu widzenia decyzji zakupowych pacjenta jest strefa kasy nosząca nazwę POS, czyli *point of selling*. W tym miejscu klient koncentruje się na kupowaniu i łatwiej zauważa to, co znajduje się na pierwszym stole. Zatem ekspozycja preparatów może być w tym miejscu odpowiednia do danej pory roku.

W okresie jesienno-zimowym warto wyłożyć w okolicy kasy preparaty przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwprzeziębieniowe oraz witaminy. Wiosną i latem można akcentować kremy do opalania z filtrami UV, preparaty przeciw insektom, plastry, środki odkażające w przypadku zranień, otarć czy niewielkich urazów [14].

Ustawianie na półkach preparatów, na które w danym czasie jest popyt, zwiększa szansę apteki na podwyższenie obrotów. Dzięki temu może też ona zasłużyć na miano „apteki na topie", ponieważ dba o zaspokojenie potrzeb swoich klientów.

Do omówionych wyżej części składowych merchandisingu należy również dodać atmosferę, którą tworzy personel apteki oraz profesjonalizm farmaceutów. Na postrzeganie apteki jako, z jednej strony, placówki prowadzącej działalność handlową, a z drugiej – instytucji opieki farmaceutycznej wpływ ma wiele czynników. Budowanie więzi, zaufania i lojalności nie jest zadaniem łatwym, jednakże poprzez podnoszenie jakości świadczonych usług można zyskać oddanych klientów.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Sznajder A. Sztuka promocji, czyli jak najlepiej zaprezentować siebie i swoją firmę. Wydawnictwo Business Press Ltd. Warszawa 1993; 4.
2. Sztucki T. Promocja sztuka pozyskiwania nabywców. Agencja Wydawniczo-Poligraficzna „PLACET". Warszawa 1995; 17.
3. Żurawik B, Żurawik W. Zarządzanie marketingiem w przedsiębiorstwie. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne. Warszawa 1996; 318.
4. Żurawik B, Żurawik W. Zarządzanie marketingiem w przedsiębiorstwie. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne. Warszawa 1996; 370.
5. Barałkiewicz T. Zarządzanie półką w aptece. W: Mruk H (red.). Marketingowe zarządzanie apteką. Wolters Kluwer. Warszawa 2011; 23.
6. Barałkiewicz T. Zarządzanie półką w aptece. W: Mruk H (red.). Marketingowe zarządzanie apteką. Wolters Kluwer. Warszawa 2011; 24.
7. Michalik M. Rola apteki na rynku farmaceutycznym. W: Michalik M, Pilarczyk B, Mruk H (red.). Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym. Oficyna Ekonomiczna. Kraków 2005; 173.
8. Michalik M. Rola apteki na rynku farmaceutycznym. W: Michalik M, Pilarczyk B, Mruk H (red.). Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym. Oficyna Ekonomiczna. Kraków 2005; 174.
9. Mruk H. Merchandising. W: Pharmacy & Business. 2013;3: 25–26.
10. Michalik M. Rola apteki na rynku farmaceutycznym. W: Michalik M, Pilarczyk B, Mruk H (red.). Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym. Oficyna Ekonomiczna. Kraków 2005; 176.
11. Barałkiewicz T. Zarządzanie półką w aptece. W: Mruk H (red.). Marketingowe zarządzanie apteką. Wolters Kluwer. Warszawa 2011; 118.
12. Barałkiewicz T. Zarządzanie półką w aptece. W: Mruk H (red.). Marketingowe zarządzanie apteką. Wolters Kluwer. Warszawa 2011; 119.
13. Michalik M. Rola apteki na rynku farmaceutycznym. W: Michalik M, Pilarczyk B, Mruk H (red.). Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym. Oficyna Ekonomiczna. Kraków 2005; 179–180.
14. Mruk H. Merchandising część 3. W: Pharmacy & Business. 2013;5:33–34.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Katarzyna Przybylska
Katedra Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
tel.: 604 100 684
e-mail: katarzynaprzybylska@ump.edu.pl

PRACA POGLĄDOWA

THE SIGNS AND SYMPTOMS OF GYNECOLOGICAL DISEASES

SYMPTOMY CHORÓB GINEKOLOGICZNYCH

Grażyna Jarząbek-Bielecka[1], Małgorzata Mizgier[2], Joanna Buks[3], Magdalena Pisarska-Krawczyk[3, 4], Maciej Wilczak[3, 4], Witold Kędzia[1]

[1] Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Zakład Dietetyki, Katedra Higieny Żywienia Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu
[3] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[4] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

ABSTRACT

In gynecology, especially in operating gynecology prevention aspects are important, which are closely linked to the knowledge of the patient's symptoms of gynecological diseases. Moreover, proper health education for women is important, taking into account the spread of knowledge about these symptoms.

Keywords: gynecological diseases, symptoms, education, women.

STRESZCZENIE

W ginekologii, a szczególnie w ginekologii operacyjnej istotne są aspekty profilaktyki, które ściśle wiążą się ze znajomością przez pacjentki objawów chorób ginekologicznych. Ponadto ważna jest właściwa edukacja prozdrowotna kobiet, uwzględniająca szerzenie wiedzy na temat objawów tych chorób.

Słowa kluczowe: choroby ginekologiczne, symptomy, edukacja, kobiety.

Very important information for patients is recognizing symptoms early and seeing a physician right away increases the likelihood of successful treatment [1–3].

Recognize gynecological signs and symptoms – information for patients

Gynecological signs and symptoms that may require medical attention:

- Vaginal bleeding and discharge are a normal part of your menstrual cycle prior to menopause. However, if you notice anything different or unusual, consult your physician before attempting to treat the problem yourself.
- Symptoms may result from mild infections that are easy to treat. But, if they are not treated properly, they can lead to more serious conditions, including infertility or kidney damage. Vaginal symptoms may also be a sign of more serious problems, from sexually transmitted diseases (STDs) to cancers of the reproductive tract.

Consult your physician if you have any of the following symptoms:

- bleeding between periods,
- frequent and urgent need to urinate, or a burning sensation during urination,
- abnormal vaginal bleeding, particularly during or after intercourse,
- pain or pressure in your pelvis that differs from menstrual cramps,
- itching, burning, swelling, redness, or soreness in the vaginal area,
- sores or lumps in your genital area,
- vaginal discharge with an unpleasant or unusual odor, or of an unusual color,
- increased vaginal discharge,
- pain or discomfort during intercourse,
- hirutism.

Sexual dysfunction as signs of gynecologic problems

A sexual history should be included as a routine part of a woman's periodic health assessment. A history of childhood sexual abuse or adult sexual assault should be routinely sought because these experiences are common and often have a lasting and profound effect on a woman's sexuality and general well-being. Concerns about sexuality and sexual dysfunction are common in the general population. Almost two thirds of the women questioned have concerns about their sexuality. One third of the women lacked interest in sex, 20% said sex was not pleasurable, 15% experienced pain with intercourse, 18–48% experienced difficulty becoming aroused, 46% noted difficulty reaching orgasm, and 15–24% were not orgasmic.

The sexual dysfunctions include:
- sexual desire disorders (e.g., hypoactive or inhibited sexual desire and sexual aversion),
- sexual arousal disorders,
- orgasmic disorders,
- sexual pain disorders (e.g., vaginismus and dyspareunia), and sexual disorders due to general medical conditions and substance abuse.

Sexuology/gynecology

Each disorder can be further classified as lifelong or acquired (i.e., after a period of normal sexual functioning), generalized (i.e., not limited to a specific partner or situation), or situational.

In evaluating patients with sexual dysfunction, it is important to obtain the following information:
- a specific description of the dysfunction and an analysis of current sexual functioning,
- when the dysfunction began and how it has progressed over time,
- any precipitating factors,
- the patient's theory about what caused the dysfunction,
- what effect the dysfunction has had on her relationship,
- past treatment and outcome,
- the patient's expectations and goals for treatment.

Dyspareunia

Dyspareunia is described as a painful sexual intercourse with absent vaginal obstruction or constriction. This should be differentiated from vaginismus, which prevents from penile penetration.

Dyspareunia is one of common sexual disorders in women. One of dyspareunia causes is endometrosis.

Discerning diagnosis of dysperunia, after rejecting other causes of the disease, should lead to peritoneal endometriosis seeking. The association between peritoneal endometriosis and dyspareunia suggests that an intercourse pain could stem from inflammatory mediators or adhesions connected with peritoneal endometriosis.

Endometriosis

Endometriosis affects about 7% of all women. It is found in 25–50% of all women with infertility. It can often begin during adolescence and so it is important for us to keep that in mind as we see patients who are 16, 18, with severe cramps. Delay in the diagnosis of endometriosis can be as much as six years before the diagnosis is made.

The symptoms are, obviously, pelvic pain, dyspareunia, dyschesia, dysuria, back ache, dysmenorrhea. But the most important thing is that the extent of the symptoms does not correlate with the extent of the disease and therefore the patients with sometimes minimal disease may have the worst pain [1, 3–5].

Menstrual disorders as signs of gynecology problems

- The median age of menarche is 12.8 years, and the normal menstrual cycle is 21 to 35 days in length.
- Bleeding normally lasts for 3 to 7 days and consists of 30 to 40 mL of blood.
- Cycles are abnormal if they are longer than 8 to 10 days or if more than 80 mL of blood loss occurs.
- Soaking more than 25 pads or 30 tampons during a menstrual period is abnormal.

Terminology of abnormal vaginal bleeding

- Ovulatory.
- Menorrhagia/hypermenorrhea – heavy flow (> 80 mL), longer flow (> 7 days), or both.
- Intermenstrual bleeding – bleeding between otherwise-normal menses.
- Midcycle bleeding – bleeding at time of expected ovulation.
- Premenstrual spotting – light bleeding preceding regular menses.
- Polymenorrhea – periods too close together (< 21 days).
- Anovulatory metrorrhagia – irregular bleeding at frequent intervals.
- Menometrorrhagia – irregular heavy bleeding.
- Oligomenorrhea – bleeding at intervals of > 40 days.
- Amenorrhea – no bleeding for at least 90 days.

Differential diagnosis of abnormal bleeding

- Pregnancy.
- Ectopic pregnancy.
- Trophoblastic disease.
- Abnormal intrauterine pregnancy.
- Anovulatory.
- Transient anovulation.
- Polycystic ovary syndrome.
- Androgen disorder.
- Ovarian tumor.
- Adrenal tumor.
- Thyroid disorder.
- Ovulatory.
- Menorrhagia.
- Idiopathic.

Differential diagnosis of abnormal bleeding

- Endometrial polyp.
- Submucous leiomyoma.
- Coagulopathy (von Willebrand's disease, iatrogenic cause, hematologic malignancies).
- Intrauterine device.
- Ovulatory: not cycle related.
- Injury.
- Intravaginal foreign body.
- Endometritis.
- Cervicitis.
- Cancers of endometrium, cervix, vagina, or vulvalatrogenic secondary to sex steroid use (e.g., oral contraceptive).
- Nongenital tract: bladder, kidney, colon, or rectum.

Urinary incontinence as signs of gynecology problems (can be conected with prolapsus or descensus genitalium)

Urinary incontinence affects an estimated 8 million women. Urinary incontinence is not a normal part of aging (more than 75% of women older than age 80 years are continent).

Etiology

Urinary incontinence is a symptom for which the underlying etiology should be sought. The two most common forms of urinary incontinence in ambulatory women are genuine stress incontinence and detrusor overactivity.

Detection of incontinence

Obstetrician-gynecologists can facilitate the reporting of urinary incontinence by regularly inquiring about it. The fact that approximately one of five women who experience urinary incontinence do so after a single vaginal delivery suggests that this group should be questioned as part of routine postpartum assessment. Additionally, open-ended questions during annual examinations should facilitate reporting of bowel and bladder control disorders. Comments such as, „Let me know if you experience leakage of urine when you cough" or „Let me know if your urine begins to come out before you reach the toilet" can be followed with an explanation that such experiences are not normal and can be evaluated and treated.

Detection of urinary incontinence

Obstetrician-gynecologists can facilitate the reporting of urinary incontinence by regularly inquiring about it. The fact that approximately one of five women who experience urinary incontinence do so after a single vaginal delivery suggests that this group should be questioned as part of routine postpartum assessment. Additionally, open-ended questions during annual examinations should facilitate reporting of bowel and bladder control disorders. Comments such as, "Let me know if you experience leakage of urine when you cough" or "Let me know if your urine begins to come out before you reach the toilet" can be followed with an explanation that such experiences are not normal and can be evaluated and treated.

Genital tract-infection-symptomps „itching", „discharge", „odor", „pelvic pain"

- Vaginitis is the most common gynecologic problem encountered by primary care physicians. It may result from bacterial infections, fungal infection, protozoan infection, contact dermatitis, atrophic vaginitis, or allergic reaction.
- Pathophysiology.
- Vaginitis results from alterations in the vaginal ecosystem, either by the introduction of an organism or by a disturbance that allows normally present pathogens to proliferate.
- Antibiotics may cause the overgrowth of yeast. Douching may alter the pH level or selectively suppress the growth of endogenous bacteria.
- Clinical evaluation of vaginal symptoms.
- The type and extent of symptoms, such as itching, discharge, odor, or pelvic pain should be determined.
- A change in sexual partners or sexual activity, changes in contraception method, medications (antibiotics), and history of prior genital infections should be sought.

Physical examination

- Evaluation of the vagina begins with close inspection of the external genitalia for excoriations, ulcerations, blisters, papillary structures, erythema, edema, mucosal thinning, or mucosal pallor.
- The color, texture, and odor of vaginal or cervical discharge should be noted.

Vaginitis – examination

- Vaginal fluid pH. The pH level can be determined by placing pH paper on the lateral vaginal wall or immersing the pH paper in the vaginal discharge. A pH level greater than 4.5 often indicates the presence of bacterial vaginosis. It may also indicate the presence of Trichomonas vaginalis.
- Saline wet mount.

– One swab should be used to obtain a sample from the posterior vaginal fornix, obtaining a "clump" of discharge. Place the sample on a slide, add one drop of normal saline, and apply a coverslip.
– Coccoid bacteria and clue cells (bacteria-coated, stippled, epithelial cells) are characteristic of bacterial vaginosis.
– Trichomoniasis is confirmed by identification of trichomonads – mobile, oval flagellates. White blood cells are prevalent.
– Potassium hydroxide (KOH) preparation.
– Place a second sample on a slide, apply one drop of 10% potassium hydroxide (KOH) and a coverslip. A pungent, fishy odor upon addition of KOH – a positive whiff test – strongly indicates bacterial vaginosis.
– The KOH prep may reveal Candida in the form of thread-like hyphae and budding yeast.
– Screening for STDs. Testing for gonorrhea and chlamydial infection should be completed for women with a new sexual partner, purulent cervical discharge, or cervical motion tenderness.
– Differential diagnosis.
– The most common cause of vaginitis is bacterial vaginosis, followed by Candida albicans. The prevalence of trichomoniasis has declined in recent years.

Risk of diseases and infections

It is important to recognize that women are more vulnerable to diseases of the genital tract than men. The lining of the vagina is a mucous membrane and more permeable than the outside of the penis, and women have more surface area through which infection can occur. Lack of lubrication during intercourse, changes in the cervix during the menstrual cycle, and asymptomatic infections facilitate more efficient transmission of infection to women.

Prepubertal girls and adolescents are particularly vulnerable, because their vaginal and cervical tissues may be less mature and more readily penetrated by organisms (e.g., chlamydia and gonococcus). Postmenopausal women are more likely than younger women to get small abrasions in the vagina during sexual activity as a result of thinning of the tissue and dryness.

Women who already have an infection (particularly one that causes genital lesions) are more likely to get or transmit another STI, including HIV. Other biological risks include the use of vaginal douches, which increase the risk of pelvic inflammatory disease, and the influence of hormonal contraceptives on acquiring or transmitting an STI (e.g., increased risk of chlamydial infection with use of oral contraceptives), though this is not fully understood.

Acknowledges

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

References

1. Pisarska-Krawczyk M, Jarząbek-Bielecka G. Zagadnienia interdyscyplinarne w ginekologii praktycznej. Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta S. Wojciechowskiego. Kalisz 2014.
2. Jarząbek-Bielecka G, Warchoł-Biedermann K, Kędzia W. Idiopathic hirsutism – medical and psychological aspects. Journal of Medical Science. 2014;83(4):308–312.
3. Speroff L. Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodności. Endokrynologia kliniczna. MediPage. Warszawa 2007.
4. Semple HCh. J. Marion Sims, the Father of Modern Gynecology. Retrieved 11 October 2013.
5. www.ariahealth.org.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Correspondence address:
Grażyna Jarząbek-Bielecka
Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

PRACA POGLĄDOWA

OCENA REALIZACJI I WDRAŻANIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO W PIERWSZYM PÓŁROCZU 2015 ROKU W WOJEWÓDZTWIE ŚWIĘTOKRZYSKIM NA TLE POLSKI

EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION AND ADOPTION OF A ONCOLOGY PACKAGE IN THE FIRST HALF OF 2015 IN ŚWIĘTOKRZYSKIE VOIVODESHIP AGAINST POLAND

Michał Chrobot, Stanisław Góźdź, Paweł Macek

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

STRESZCZENIE

Artykuł ma na celu ocenę realizacji i wdrażania „pakietu onkologicznego" w województwie świętokrzyskim w porównaniu do innych województw i Polski ogółem. Okres analizy obejmuje pierwszych sześć miesięcy funkcjonowania pakietu onkologicznego w Polsce (styczeń–czerwiec 2015 r.). Analizę przeprowadzono na podstawie liczby i statusu wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (tzw. kart DiLO), uprawniających pacjenta do świadczeń realizowanych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tzw. pakiecie onkologicznym). Dodatkowo analizie poddano typy podmiotów leczniczych wydających karty DiLO, jak również zakres oraz sposób prowadzenia diagnostyki onkologicznej, zgodnie z założeniami wynikającymi z przepisów prawa w tym zakresie.

Słowa kluczowe: pakiet onkologiczny, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, diagnostyka onkologiczna.

ABSTRACT

The article is aimed at assessing the completion and implementation of a "oncology package" in Swietokrzyskie Voivodeship in comparison with other provinces and Poland general. The period of analysis covers the first six months functioning of the oncology package in Poland (January–June 2015). The analysis is based on the number and status of issued card of oncological diagnosis and treatment, entitling the patient to the benefits provided under the terms of the Act on healthcare services financed from public funds. In addition, there was carried out an analysis of the types of healthcare entities issuing cards of oncological diagnosis and treatment, as well as the scope and manner of conducting the cancer diagnosis, according to principles resulting from the regulations in this range.

Keywords: oncology package, card of oncological diagnosis and treatment, diagnostic oncology.

Podstawowe informacje o pakiecie onkologicznym

„Pakiet onkologiczny" to zbiór aktów prawnych, wprowadzających zmiany w zakresie terminów, zakresu oraz sposobu prowadzenia diagnostyki i leczenia nowotworów w Polsce w 2015 roku. Podstawą zmian jest *Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* [1], na podstawie której wydano akty wykonawcze (rozporządzenia Ministra Zdrowia), a następnie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Głównymi aktami wykonawczymi są:

- zmiany *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* [2],
- zmiana *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* [3],
- zmiana *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* [4],
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów* [5],
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego* [6].

Dodatkowe kwestie dotyczące pakietu onkologicznego określają właściwe zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2015, tj.:

- *Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ (...) z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna* [7],
- *Zarządzenie Nr 80/2014/DGL (...) z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia* [7],

– *Zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ (...) z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne* [7].

Kluczowym założeniem pakietu onkologicznego jest skrócenie czasu realizacji diagnostyki i leczenia onkologicznego u pacjentów. Diagnostyka nowotworu ma trwać nie dłużej niż 9 tygodni (9 tygodni w 2015 r., a następnie 8 tygodni w 2016 r. i 7 tygodni w 2017 r.), a w przypadku jego potwierdzenia rozpoczęcie leczenia ma nastąpić w ciągu 14 dni od daty ustalenia planu leczenia [8].

Dokumentem uprawniającym pacjenta do świadczeń realizowanych na zasadach określonych w pakiecie jest karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: karta DiLO), która jest wydawana przez lekarza: podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ), poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego [8]. Kartę DiLO rejestruje się i wydaje za pośrednictwem dedykowanego portalu udostępnionego przez Narodowy Fundusz Zdrowia [9], zgodnie ze wzorem wskazanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia [6].

Lekarz POZ wydaje kartę DiLO już w przypadku podejrzenia nowotworu, natomiast lekarz poradni lub oddziału szpitalnego tylko w przypadku, gdy stwierdził nowotwór złośliwy u pacjenta [8]. Każdorazowo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych ma obowiązek zarejestrować kartę zgłoszenia nowotworu złośliwego bezpośrednio w Krajowym Rejestrze Nowotworów [10].

Zgodnie z *Zarządzeniem nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. (...)* [7] diagnostyka onkologiczna została podzielona na dwa etapy: wstępy oraz pogłębiony. Diagnostyka wstępna ma na celu potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu złośliwego, natomiast diagnostyka pogłębiona obejmuje badania mające na celu szczegółowe zróżnicowanie typu nowotworu oraz ocenę stopnia jego zaawansowania.

Zwieńczeniem pogłębionej diagnostyki onkologicznej jest przekierowanie pacjenta do leczenia, które rozpoczyna się od opracowania indywidualnego planu terapii. Plan ten jest tworzony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Konsylium opracowujące plan składa się (w zależności od lokalizacji i typu nowotworu) z lekarzy specjalistów:

– specjalności zabiegowej,
– onkologii klinicznej lub hematologii,
– radioterapii onkologicznej lub terapii izotopowej,
– radiologii i diagnostyki obrazowej [8].

Podczas konsylium pacjentowi przydziela się koordynatora, który ma wspomagać go podczas realizacji dalszej ścieżki leczenia oraz ma być łącznikiem pomiędzy pacjentem a placówką medyczną [8].

Zgodnie z założeniami ustawowymi świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego są nielimitowane. Bezlimitowość wynika z faktu posiadania przez pacjenta aktywnej karty DiLO, zachowania przez świadczeniodawcę „ścieżki pacjenta" w ramach pakietu oraz dochowania terminów ustawowych dotyczących realizacji jej poszczególnych etapów [8].

Pakiet onkologiczny w Polsce – w liczbach

Według danych Centrali NFZ w I półroczu 2015 roku w całym kraju wydano 144 872 karty DiLO, z czego najwięcej w województwie mazowieckim (24 081, tj. 16,62%), a najmniej w województwie podlaskim (1962, tj. 1,35%) [11].

W łącznej liczbie wydanych kart DiLO oddziały szpitalne wydały 69 457 kart (47,94%), poradnie specjalistyczne – 31 633 karty (21,84%), a tylko 43 782 karty wydali lekarze POZ (30,22%) [11].

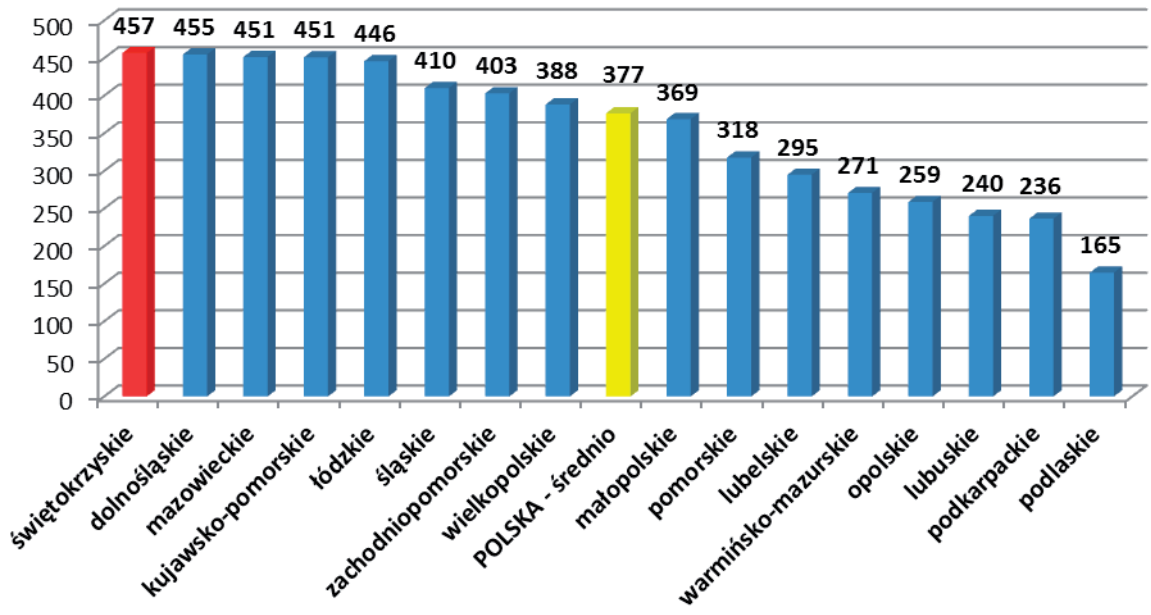
Jednakże łączna liczba placówek wydających karty była największa w POZ (5164 podmioty), następnie w poradniach specjalistycznych (798 podmiotów), a najmniejsza w szpitalach (760 podmiotów, w tym 280 podmiotów w przypadku kart wystawionych dla pacjentów leczonych przed 1 stycznia 2015 roku) [11].

Współczynnik liczby wydanych kart DiLO na 100 tys. ludności był najwyższy w województwach: świętokrzyskim, dolnośląskim, mazowieckim i kujawsko-pomorskim (ponad 450 kart/100 tys. mieszkańców). Najmniejszy zanotowano natomiast w województwach: podlaskim, podkarpackim, lubuskim i opolskim (160–250 kart DiLO/100 tys. mieszkańców) [11] (**Rycina 1**).

Powyższe wyliczenie pokazuje, jak znacząco różny jest dostęp do świadczeń onkologicznych na terenie kraju. Według ekspertów z zakresu zdrowia jest to także pochodna zlokalizowania na danym terenie prężnie działających, pełnoprofilowych placówek onkologicznych [14] (jak w województwie świętokrzyskim – Świętokrzyskie Centrum Onkologii czy mazowieckim – Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie oraz inne szpitale kliniczne Uniwersytetu Medycznego).

W pierwszych sześciu miesiącach 2015 roku wykonano ponadto:

– 19 113 diagnostyk wstępnych (w tym 92,5% w terminie do 5 tygodni od zgłoszenia pacjenta do placówki diagnozującej);
– 33 512 diagnostyk pogłębionych (w tym 84,45% w terminie do 4 tygodni od zakończenia diagnostyki wstępnej);
– 55 391 konsyliów (w tym 99,5% w terminie do 2 tygodni od zgłoszenia pacjenta do placówki leczącej) [15].



Rycina 1. Liczba wydanych kart na 100 tys. mieszkańców według województw. Źródło: opracowanie własne na podstawie „Informacji na temat realizacji przepisów dotyczących tzw. pakietów onkologicznego i kolejkowego" [12] oraz danych GUS o liczbie ludności w poszczególnych województwach za 2014 rok [13]

Z powyższych danych jednoznacznie wynika, że tylko 43,65% pacjentów skierowanych z kartą DiLO przez lekarza POZ do lekarza specjalisty mogło mieć wykonaną diagnostykę onkologiczną w pakiecie onkologicznym [16]. Odsetek ten wynika z administracyjno-technicznych ograniczeń związanych z możliwością wykonania i rozliczenia diagnostyki wstępnej, np. brak produktów rozliczeniowych w przypadku wybranych lokalizacji nowotworów.

Kolejnym wnioskiem z analizy powyższych danych jest fakt, iż tylko 44,44% pacjentów, którym wydano kartę DiLO w warunkach ambulatoryjnych, miało przeprowadzoną diagnostykę pogłębioną. Patrząc na założenia pakietu onkologicznego, należy stwierdzić, iż blisko w 55% przypadków pacjentów skierowanych na szybką ścieżkę diagnostyczną z lecznictwa otwartego (z POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – dalej: AOS) nie potwierdzono u chorego nowotworu złośliwego [16].

Natomiast 52,49% pacjentów, którym wydano kartę DiLO, miało określony plan leczenia przez konsylium wielospecjalistyczne. Odsetek ten nie uwzględnia pacjentów, którym wydano kartę DiLO w trybie – szpital – leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 r., gdyż w przypadku tych pacjentów założenia pakietu onkologicznego nie przewidywały przeprowadzania konsyliów [16].

Pakiet onkologiczny w województwie świętokrzyskim

Pacjent z województwa świętokrzyskiego może w 2015 roku wykonać szybką diagnostykę onkologiczną w ramach pakietu onkologicznego u 92 świadczeniodawców, którzy realizują świadczenia w 292 poradniach (zakresach medycyny). Natomiast leczenie onkologiczne w ramach pakietu realizuje 19 szpitali, w tym 3 w zakresie chemioterapii oraz 1 w zakresie teleradioterapii, brachyterapii i terapii izotopowej [17].

Pakiet onkologiczny może być realizowany na terenie województwa w następujących oddziałach zabiegowych:
- chirurgii ogólnej,
- chirurgii onkologicznej,
- chirurgii klatki piersiowej,
- chirurgii szczękowo-twarzowej,
- ginekologii onkologicznej,
- neurochirurgii,
- okulistyki,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- otorynolaryngologii,
- położnictwa i ginekologii,
- urologii

oraz oddziałach zachowawczych:
- chemioterapii,
- endokrynologii,
- gastroenterologii,
- hematologii,
- onkologii i hematologii dziecięcej,
- onkologii klinicznej [17].

W praktyce w I półroczu 2015 roku w województwie świętokrzyskim wydano 5769 kart DiLO, co stanowiło 4,0% kart wydanych w całym kraju. Mimo niewielkiej liczby bezwzględnej wydanych kart województwo świętokrzyskie jest na pierwszym miejscu spośród wszystkich

województw, jeżeli chodzi o liczbę wydanych kart w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców [16] (**Rycina 1**).

Karty te w województwie świętokrzyskim wydano w 230 podmiotach leczniczych, w tym najwięcej w placówkach POZ (72,61%), a najmniej w szpitalach (13,48%) [18] (**Tabela 1**).

Aktualnie ponad 95% kart DiLO wydanych w województwie świętokrzyskim w roku 2015 pozostaje aktywnych, a zaledwie 4,67% zostało już zamkniętych (z powodu wykluczenia nowotworu, potwierdzenia nowotworu niezłośliwego lub nowotworu złośliwego, ale niewymagającego leczenia systemowego). Natomiast odsetek zamkniętych kart DiLO w stosunku do wszystkich kart wydanych w danym trybie najwięcej, bo aż 12,59%, wyniósł w przypadku kart wydanych przez lekarzy POZ; odsetek ten wyniósł 5,50% dla szpitali i tylko 3,10% dla poradni specjalistycznych [18].

Z danych Centrali NFZ wynika jednoznacznie, że w województwie świętokrzyskim większość, bo 53,63% (średnia dla kraju wyniosła 47,94%), kart wydanych zostało w oddziałach szpitalnych (3094 karty DiLO, w tym karty dla nowo zdiagnozowanych rozpoznań i karty dla pacjentów leczonych przed 1 stycznia 2015 roku). Pozostałe, porównywalne liczby kart wydano w poradniach specjalistycznych i gabinetach lekarza POZ [16] (**Tabela 2**).

Tak znacząca liczba kart DiLO wydanych w szpitalu potwierdza rzeczywisty fakt, iż główny ciężar implementacji pakietu onkologicznego w województwie świętokrzyskim wzięło na siebie Świętokrzyskie Centrum Onkologii (dalej: ŚCO), jedyna specjalistyczna placówka onkologiczna zlokalizowana na tym terenie. Potwierdzają to zarówno dane statystyczne o kartach wydanych w ŚCO, jak również fakt podjęcia wielomiesięcznego trudu przygotowania się placówki do planowanych zmian w przepisach.

Z aktualnych danych statystycznych ŚCO wynika, że 60,24% kart z województwa świętokrzyskiego wydano właśnie w tej placówce. Z analizy danych szczegółowych wynika, że 83,01% kart DiLO wystawionych w AOS zostało wydanych przez lekarzy przyjmujących w poradniach ŚCO, a 29,70% kart wydanych w szpitalu i aż 97,21% kart wydanych w szpitalu (leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 r.) wystawiono w oddziałach całodobowych ŚCO [18].

Na uwagę zasługuje fakt, iż liczba wszystkich lekarzy zatrudnionych w ŚCO wynosi 212 osób, co stanowi 5,88% spośród wszystkich lekarzy zarejestrowanych i wykonujących zawód na terenie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej [19].

Wewnętrzna struktura kart DiLO wystawionych w roku 2015 w ŚCO, według trybu wydania, wygląda następująco (**Rycina 2**):

- AOS – 36,61%,
- szpital – 8,53%,
- szpital – leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 r. – 54,86% [18].

Powyższe dane potwierdzają fakt, iż większość nowych rozpoznań nowotworów złośliwych diagnozowana jest w ŚCO w warunkach ambulatoryjnych.

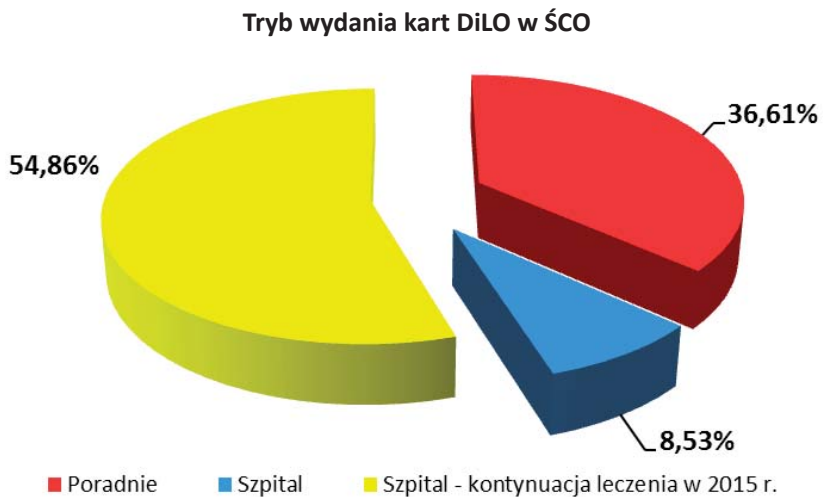
Jednocześnie znaczna część pacjentów będących aktualnie w aktywnym leczeniu rozpoczętym w latach po-

Tabela 1. Liczba wydanych kart DiLO według trybu wydania, województwo świętokrzyskie, styczeń–czerwiec 2015 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Tryb wydania karty	Liczba podmiotów leczniczych wydających karty	Struktura wydanych kart
AOS	32	13,91%
POZ	167	72,61%
Szpital	19	8,26%
Szpital – kontynuacja leczenia po 2015 roku	12	5,22%
Razem	230	100,0%

Tabela 2. Liczba wydanych kart DiLO według miejsca wydania, województwo świętokrzyskie, styczeń–czerwiec 2015 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz „Informacji na temat realizacji przepisów dotyczących tzw. pakietów onkologicznego i kolejkowego" [12]

Miejsce wydania karty	Liczba wydanych kart	Struktura wydanych kart
Oddział szpitalny – nowe diagnozy	980	16,99%
Oddział szpitalny – kontynuacja leczenia po 2015 roku	2114	36,64%
Poradnie specjalistyczne	1428	24,75%
Gabinet lekarza POZ	1247	21,62%
Razem	5769	100,0%



Rycina 2. Liczba kart wydanych w ŚCO, według trybu wydania. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Świętokrzyskiego Centrum Onkologii

przednich otrzymała kartę DiLO i jest rozliczana w ramach pakietu onkologicznego.

W chwili obecnej zaledwie 1,76% kart DiLO wystawionych w ŚCO zostało zamkniętych, pozostałe przypadki są w trakcie diagnostyki lub leczenia onkologicznego [18]. Pokazuje to dobitnie, że pacjenci posiadający aktywną kartę DiLO wystawioną w ŚCO są obejmowani kompleksową opieką przez jednego świadczeniodawcę (diagnostyka oraz wszystkie możliwe formy leczenia onkologicznego, dostępne w jednej lokalizacji).

Natomiast zadaniami zrealizowanymi przez ŚCO, w większości jeszcze w roku 2014, w celu lepszego przygotowania placówki do wejścia w życie pakietu onkologicznego były:

- udostępnienie partnerom zewnętrznym potencjału diagnostycznego ŚCO (TK, MR, PET-CT i scyntygrafia);
- powołanie wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych (opracowujących plan leczenia dla danego pacjenta);
- zapewnienie innym szpitalom dostępu do wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych;
- zapewnienie pacjentom operowanym w oddziałach zabiegowych innych szpitali kontynuacji leczenia chemioterapią, radioterapią, brachyterapią czy medycyną nuklearną w ŚCO;
- powołanie koordynatorów planu terapii;
- uruchomienie gabinetu badań pierwszorazowych w Poradni Onkologicznej ŚCO w celu skrócenia czasu oczekiwania na pierwszą wizytę pacjenta w ŚCO;
- utworzenie profesjonalnego call-center dla pacjentów, którym dogodniej jest rejestrować się telefonicznie, bez konieczności osobistego stawienia się w ŚCO;
- udostępnienie partnerom zewnętrznym (w tym lekarzom POZ) portalu ONKOline [20], którego celem jest zautomatyzowanie przesyłania informacji o pojawieniu się u danego partnera nowego pacjenta wymagającego diagnostyki lub leczenia onkologicznego;
- rozszerzenie możliwości diagnostycznych Zakładu Patologii Nowotworów (skrócenie czasu oczekiwania na wyniki histopatologiczne) oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej ŚCO (skrócenie czasu oczekiwania na badania TK czy MR) [21].

Dodatkowo od stycznia do marca 2015 roku ŚCO przeprowadziło cykl spotkań szkoleniowo-edukacyjnych, skierowanych do lekarzy POZ. W ramach tych spotkań omówiono rozpoznawanie objawów oraz zakres niezbędnej diagnostyki mającej na celu weryfikację podejrzeń wystąpienia poszczególnych nowotworów złośliwych [21].

Niestety wszystkie te działania podjęte w celu poprawy współpracy ŚCO z lekarzami POZ nie przyniosły oczekiwanego efektu w postaci wysokiego odsetka kart DiLO wydanych w województwie świętokrzyskim przez lekarzy POZ. Odsetek ten wyniósł zaledwie 21,62%, przy średniej dla Polski w wysokości 30,22% [18]. W związku z brakiem dodatkowych środków przekazywanych do ŚCO na działalność szkoleniowo-informacyjną w zakresie implementacji pakietu onkologicznego ŚCO nie planuje dalszych, samodzielnych działań w celu poprawy powyższego wskaźnika.

Natomiast więcej kart DiLO, niż pokazuje średnia dla całego kraju (21,84%), wydano w poradniach specjalistycznych z terenu województwa świętokrzyskiego (24,75%). Wynika to także z olbrzymiego zaangażowania ŚCO we wdrożenie pakietu onkologicznego (w strukturze ŚCO funkcjonuje 30 poradni przyszpitalnych, w większości których prowadzona jest szybka diagnostyka onkologiczna – ponad 83% kart wydanych w AOS w całym województwie [18]).

Wnioski

Z zaprezentowanych danych wynika, iż dostęp do świadczeń związanych z pakietem onkologicznym jest zróżnicowany na terenie całego kraju. Konsekwencją tego faktu jest uzależnienie szansy na szybką diagnozę i leczenie nowotworu nie tylko od jego rodzaju, lecz także od miejsca zamieszkania pacjenta.

Dane te potwierdzają także, iż zlokalizowanie na danym terenie specjalistycznego, sprawnie działającego ośrodka onkologicznego, zaangażowanie placówek medycznych oraz personelu świadczeniodawców w realizację założeń pakietu onkologicznego znacząco podnoszą szansę na szybką diagnostykę i leczenie nowotworów u pacjentów w danym województwie. Zdaniem części ekspertów dzięki pakietowi onkologicznemu w naturalny sposób powstała mapa najsprawniej działających ośrodków onkologicznych w Polsce [22], czego przykładem jest także województwo świętokrzyskie.

Z danych tych wynika także, iż u znacznej części pacjentów kierowanych przez lekarzy rodzinnych do szybkiej diagnostyki onkologicznej nie potwierdza się nowotworu złośliwego (12,59% już zamkniętych kart na terenie województwa świętokrzyskiego [18]). Dlatego też należy podjąć takie działania systemowe, których celem winno być systematyczne podnoszenie kwalifikacji lekarzy POZ w zakresie tzw. czujności onkologicznej, tak aby systematycznie zmniejszać odsetek kart DiLO wydawanych pacjentom bez faktycznego podejrzenia choroby nowotworowej (potwierdzonego wstępnymi badaniami wykluczającymi inne choroby o objawach specyficznych dla nowotworów o danej lokalizacji).

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Dz.U. 2014, poz. 1138.
2. Dz.U. 2014, poz. 1440 i Dz.U. 2014, poz. 1914.
3. Dz.U. 2014, poz. 1442.
4. Dz.U. 2014, poz. 1441.
5. Dz.U. 2014, poz. 1810.
6. Dz.U. 2014, poz. 1751.
7. Dostępne w Internecie: http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz.
8. Dostępne w Internecie: http://pakietonkologiczny.gov.pl.
9. Dostępne w Internecie: https://dilo.nfz.gov.pl/ap-dilo.
10. Dostępne w Internecie: http://onkologia.org.pl.
11. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia, zaprezentowane na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia, która odbyła się w dniu 23 lipca 2015 r. oraz http://wartowiedziec.org/index.php/zdrowie/aktualnosci-i-ekonomia/26240-pakiet-onkologiczny-w-danych-resortu-zdrowia.
12. „Informacja na temat realizacji przepisów dotyczących tzw. pakietów onkologicznego i kolejkowego" Ministerstwa Zdrowia, zaprezentowana na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia, która odbyła się w dniu 23 lipca 2015 r.
13. Dostępne w Internecie: http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc.
14. Klinger K. Dwie Polski walki z rakiem: A i B. Dziennik Gazeta Prawna z dnia 04.08.2015 oraz http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/886609,dwie-polski-walki-z-rakiem-a-i-b.html.
15. Dostępne w Internecie: http://www.medexpress.pl/start/pakiet-onkologiczny-nie-przyspieszyl-rzeczywistego-leczenia-chorob-nowotworowych/60847.
16. Wyliczenia własne na podstawie Informacji na temat realizacji przepisów dotyczących tzw. pakietów onkologicznego i kolejkowego Ministerstwa Zdrowia, zaprezentowanej na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia, które odbyło się w dniu 23 lipca 2015 r.
17. Dostępne w Internecie: http://www.nfz-kielce.pl/dla-pacjentow/pakiet-onkologiczny.
18. Wyliczenia własne na podstawie danych ze Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
19. Dostępne w Internecie: http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne.
20. Dostępne w Internecie: http://onkoline.pl.
21. Dostępne w Internecie: http://www.onkol.kielce.pl/onkol/index.php.
22. Dostępne w Internecie: http://nauka.newsweek.pl/szansa-na-wyleczenie-nowotworu-zalezy-od-miejsca-w-ktorym-mieszkasz,artykuly,368050,1.html.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:
Michał Chrobot
os. Na Stoku 38/1, 25-437 Kielce
tel.: 533 847 641
fax: 41 36 74 705
e-mail: michal.chrobot@onkol.kielce.pl

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC W „POLSKIM PRZEGLĄDZIE NAUK O ZDROWIU"

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

Przygotowanie manuskryptu

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

Strona tytułowa manuskryptu

Strona tytułowa artykułu powinna posiadać następujący układ:

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

Streszczenia i słowa kluczowe

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

W przypadku pracy oryginalnej streszczenie powinno posiadać układ strukturalny: Wstęp, Cel, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski (*Introduction, Aim, Material and methods, Results, Conclusions*).

Układ pracy

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

W przypadku czasopism obowiązuje układ: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł pracy, nazwa 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 niecytowanych w tekście pracy.

Ryciny i tabele

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

Wymagania i prawa wydawcy

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

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