Nr 2 (47) 2016

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 Grażyna Iwanowicz-Palus (Lublin)
dr hab. Krystyna Jaracz (Poznań)
prof. Christina Köhlen (Niemcy)
prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz (Katowice)
prof. dr hab. Piotr Małkowski (Warszawa)
prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński (Warszawa)
prof. Wolfgang Müller (Szwajcaria)
prof. dr hab. Michał Musielak (Poznań)
prof. dr hab. Alfred Owoc (Lublin)
prof. Winfried Papenfuß (Austria)
dr 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:
Mirosława Zajączkowska

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: maciej.sobkowski@ump.edu.pl
tel.: 61 841 96 70, fax: 61 841 92 88
strona internetowa: www.przeglad.amp.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. 5,4. Ark. druk. 9,1
Format A4. Zam. nr 67/16.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Monika Podwińska, Karolina Szczeszek, Maciej Wilczak
E-learning i blended learning w opinii studentów uczelni medycznej 135

Ewa Mędrela-Kuder
Czynniki ryzyka raka piersi – porównanie wiedzy na ten temat u „Amazonek” i kobiet zdrowych w wieku 40–60 lat 142

Grażyna Gebuza, Karolina Jaworska, Marzena Kaźmierczak, Estera Mieczkowska, Małgorzata Gierszewska
Najczęściej występujące problemy laktacyjne w okresie poporodowym 148

Aneta Grochowska, Magdalena Kurzawska, Iwona Bodys-Cupak
Wsparcie a jakość życia pacjentów dializowanych w Tarnowie 156

PRACE POGLĄDOWE

Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Wirus Zika – nowy problem współczesnego świata? 163

Hanna Waligórska, Erwin Strzesak
Uwolnić onkologię 167

Agnieszka Smerdka
Położna podstawowej opieki zdrowotnej w systemie opieki zdrowotnej w Polsce 169

Hanna Waligórska, Erwin Strzesak, Michał Chrobot
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oszczędza na brachyterapii 176

Monika Gałczyk, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Fizjoterapia w trudno gojących się ranach 180

Marcin Motnyk, Michał Chrobot, Brunon Zemła
Wybrane konsekwencje ekonomiczne i zdrowotne konsumpcji tytoniu dla budżetu państwa i sektora publicznego 184

Agnieszka Jakubowska
Charakterystyka lecznictwa uzdrowiskowego w Kołobrzegu – specyfika działania zabiegów z użyciem naturalnych surowców leczniczych 191

Artur Guźlecki
Powinności uzdrowisk na rzecz płatnika 198

Contents

ORYGINAL PAPERS

Monika Podwińska, Karolina Szczeszek, Maciej Wilczak
E-learning and blended learning in the opinion of students of medical university 135

Ewa Mędrela-Kuder
Knowledge on breast cancer risk factors: comparison between survivors and healthy women aged 40–60 142

Grażyna Gebuza, Karolina Jaworska, Marzena Kaźmierczak, Estera Mieczkowska, Małgorzata Gierszewska
The most common breastfeeding problems in the postnatal period 148

Aneta Grochowska, Magdalena Kurzawska, Iwona Bodys-Cupak
Support and the quality of life of patients on dialysis in Tarnow 156

REVIEW PAPERS

Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Zika virus – a new problem of the modern world? 163

Hanna Waligórska, Erwin Strzesak
Release oncology 167

Agnieszka Smerdka
Midwife of primary health care in the healthcare system in Poland 169

Hanna Waligórska, Erwin Strzesak, Michał Chrobot
The chairman of National Health Fund saves on brachytherapy 176

Monika Gałczyk, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Physiotherapy in hard-to-heal wounds 180

Marcin Motnyk, Michał Chrobot, Brunon Zemła
Chosen economic and health consequences of tobacco consumption for the state budget and the public sector 184

Agnieszka Jakubowska
Characteristic of spa treatment in Kolobrzeg – a specific action mechanism of treatments based on natural materials 191

Artur Guźlecki
Responsibilities of health resorts to payers 198

PRACA ORYGINALNA

E-LEARNING I BLENDED LEARNING W OPINII STUDENTÓW UCZELNI MEDYCZNEJ

E-LEARNING AND BLENDED LEARNING IN THE OPINION OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

Monika Podwińska[1], Karolina Szczeszek[2], Maciej Wilczak[3]

[1] Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskigo w Wałbrzychu
[2] Katedra i Zakład Edukacji Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[3] Katera Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

W edukacji akademickiej powszechnie stosowane są nowoczesne techniki dydaktyczne. Komputer i Internet mogą stanowić w procesie nauczania–uczenia się zarówno źródło wiedzy, jak i sposób na jej przekazywanie. Wiele uczelni wdraża do swoich programów kursy przedmiotowe, które są prowadzone w całości albo – zwykle – w jakiejś części poprzez sieć internetową. Celem tej pracy jest analiza wyników badań na temat znaczenia nowoczesnych form nauczania takich jak e-learning i blended learning w edukacji studentów uczelni medycznej. Wnioski zostały sformułowane na podstawie analizy opinii studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP). W badaniach wzięło udział 92 studentów z pięciu kierunków studiów realizowanych w UMP.

Słowa kluczowe: e-learning, blended learning, kształcenie medyczne, szkolnictwo wyższe.

ABSTRACT

In academic education are commonly used techniques of modern teaching. Computer and Internet may be in the process of teaching-learning both a source of knowledge or way of its transmission. Many universities implement courses into their programs, which are conducted wholly or mostly-in some part through the Web. The aim of this work is the analysis of the results of research on the meaning of modern forms of learning such as: e-learning and blended learning in education of medical college students. The conclusions have been formulated on the basis of an analysis of the opinion of the of the University of Medical Sciences in Poznań (UMP). The study was attended by 92 students from the five fields of study carried out at the UMP.

Keywords: e-learning, blended learning, medical education, higher education.

Wstęp

Cyfrowa edukacja coraz bardziej upowszechnia się zarówno w Polsce, jak i na świecie. W edukacji na różnych szczeblach bardzo często wykorzystuje się: komputery, projektory multimedialne, tablice interaktywne, a także i filmy czy pliki dźwiękowe odtwarzane w komputerze albo w sposób zdalny przez Internet. Coraz więcej zwolenników zdobywa też edukacja, w której tradycyjny przekaz treści dydaktycznych wspomagany jest przez pracę przy udziale Internetu – blended learning, nauczanie komplementarne czy hybrydowe, a także edukacja w całości prowadzona przez Internet – e-learning.

Uczelnie unowocześniają proces kształcenia poprzez: testy elektroniczne, przesyłanie siecią internetową materiałów multimedialnych, prowadzenie webinariów dotyczących projektów zaliczeniowych albo prac licencjackich/magisterskich na platformie edukacyjnej, komunikowanie się ze studentami poprzez platformy edukacyjne (np. OLAT, MOODLE itp.).

A jak do tych zmian ustosunkowują się ich główni odbiorcy – studenci? Czy zmiany w edukacji, w których coraz wyraźniej widać wpływ nowych technologii, są przez nich odbierane pozytywnie czy negatywnie? Czy kształcenie na odległość, w tym e-learning lub blended learning, ma szansę stać się nieodłączną formą edukacji medycznej? Praca ta jest próbą odpowiedzi na te i na inne pytania związane z wytyczaniem nowych kierunków we współczesnej edukacji medycznej. Odpowiedzi na te pytania dostarczy analiza wypowiedzi studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP), którzy uczestniczyli w badaniach sondażowych dotyczących e-learningu akademickiego.

E-learning i blended learning w kształceniu akademickim

Pojęcie e-learning używane jest zamiennie z pojęciami: kształcenie na odległość, kształcenie zdalne, e-nauczanie, e-edukacja. Oznacza nowoczesną metodę nauczania

zorientowaną na cel – zdobywanie wiedzy za pomocą dostępnych środków technicznych [1]. Termin nauczanie hybrydowe (inaczej: mieszane lub komplementarne, lub blended learning) oznacza rodzaj kształcenia, w którym e-learning jest czynnikiem wspierającym tradycyjne nauczanie i umożliwia uczestnikom zarówno naukę na zajęciach prowadzonych przez nauczyciela, jak i kształcenie się za pomocą materiałów dydaktycznych dostępnych na platformie edukacyjnej i w Internecie [2]. Obie formy edukacji opierają się na nowoczesnych rozwiązaniach technicznych i wykorzystaniu Internetu jako środka przekazu informacji. W procesie nauczania wykorzystuje się m.in.: programy komputerowe i multimedialne, fora dyskusyjne, na których można kontaktować się z nauczycielami i innymi uczestnikami kursów/szkoleń, strony internetowe stanowiące bogatą bazę materiałów dydaktycznych czy też specjalne platformy edukacyjne [3].

Warunki e-learningu akademickiego reguluje *Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2007 r. w sprawie warunków, jakie muszą być spełnione, aby zajęcia dydaktyczne na studiach mogły być prowadzone z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość* (Dz.U. z 2007 r. Nr 188, poz. 1347 z póź. zm.). Uczelnia wyższa organizująca edukację w tej formie musi przede wszystkim mieć wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną przygotowaną do nauczania na odległość [4]. Modyfikacja tego aktu prawnego – *Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 listopada 2011 r. (...)* (Dz.U. z 2011 r. Nr 246, poz. 1470) – zmienia dotychczasowe zapisy dotyczące liczby godzin zajęć dydaktycznych. Obecnie obowiązujące przepisy mówią o możliwości prowadzenia trybem kształcenia na odległość 60% godzin zajęć dydaktycznych z całości godzin dydaktycznych na danym kierunku. Laboratoria i zajęcia praktyczne, tak jak w poprzednich zapisach, muszą być realizowane pod kierunkiem nauczyciela [5].

Uczelnie polskie korzystają w coraz większym stopniu z możliwości wprowadzenia elementów e-learningu do swojej oferty edukacyjnej, zwiększając tym samym swoją atrakcyjność na rynku edukacyjnym.

Uniwersytet Medyczny w Łodzi prowadzi projekt „Opracowanie i wdrożenie programów kształcenia z zakresu medycyny i farmacji metodą e-learning na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi" [6].

Na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu stworzono Uczelnianą Platformę Edukacyjną, dzięki której studenci mogą uczestniczyć w kursach i szkoleniach w formie e-learningu, mogą również korzystać z materiałów dydaktycznych dostępnych on-line [7].

W ten trend unowocześniania edukacji wpisuje się także Uniwersytet Medyczny w Poznaniu. Uczelnia, kształcąc studentów, wykorzystuje rozmaite media edukacyjne, zarówno te proste, jak i złożone [8]. Do dyspozycji studentów oddane są: Centrum Symulacji Medycznej, Centrum Symulacji Stomatologicznej oraz Centrum Innowacyjnych Technik Kształcenia (CITK), gdzie przeprowadzane są na platformie edukacyjnej elektroniczne testy i egzaminy dla studentów na wszystkich kierunkach studiów [9]. Studenci korzystają z platformy edukacyjnej OLAT. Platforma ta powstała w Zurychu w 1999 r., umożliwia studentom oraz pracowniom uniwersyteckim łączenie się za pomocą Internetu [10]. Ponadto studenci mają możliwość komunikowania się z pracownikami uczelni poprzez wewnętrzny Intranet WISUS (Wirtualny System Usług dla Studenta). W 2015 r. rozpoczęto budowę nowego budynku Centrum Symulacji Medycznej; jego ukończenie jest zaplanowane na 2017 r. [11]. W nowym budynku będą się odbywały zajęcia z wykorzystaniem zarówno symulacji na fantomach interaktywnych, jak i symulacji z udziałem standaryzowanych pacjentów (aktorów). W ten sposób uczelnia chce sprostać zadaniom, jakie wynikają z reformy systemu nauczania Ministerstwa Zdrowia z 2011 r. Do tej pory Uniwersytet Medyczny w Poznaniu udostępnia studentom dwa symulatory pacjenta o nazwie SimMan. Symulatory te znajdują się w pomieszczeniach przypominających wnętrza szpitalne, dzięki czemu studenci mogą uczyć się wykonywania zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych bez szkody dla pacjenta, w warunkach i sytuacjach zbliżonych do tych, które występują w rzeczywistości. Nauczyciel jest inicjatorem pewnych działań, nadzoruje przebieg zajęć dydaktycznych, jednak nie uczestniczy on bezpośrednio w zajęciach – jest niejako obserwatorem [12].

Opis próby badawczej

Badania opinii studentów na temat e-learningu mają charakter ilościowy, zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego. W badaniach wykorzystany został kwestionariusz ankiety składający się z 15 pytań dotyczących e-learningu akademickiego. Badania przeprowadzono w kwietniu 2014 r. na grupie 92 osób celowo dobranych, reprezentujących różne kierunki studiów: fizjoterapia, ratownictwo medyczne, zdrowie publiczne, pielęgniarstwo i kierunek lekarsko-dentystyczny. Wybór określonych kierunków do badań podyktowany był chęcią poszerzenia perspektywy spojrzenia na omawiany problem, wyciągnięcia jak najciekawszych wniosków z ocen studentów z różnych kierunków studiów. W badaniach ankietowych uczestniczyli studenci I i II stopnia studiów. Rozkład liczby studentów z podziałem na kierunki i sto-

pień studiów przedstawia się następująco: 20 studentów pielęgniarstwa, studia II stopnia stacjonarne; 16 studentów ratownictwa medycznego, studia I stopnia; 20 studentów fizjoterapii, studia II stopnia stacjonarne; 20 studentów zdrowia publicznego, studia I stopnia stacjonarne; 16 studentów kierunku lekarsko-dentystycznego, studia stacjonarne.

Większość (82,6%) badanych to studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu, zaś 17,4% to studenci Wydziału Lekarskiego II. Dysproporcja ta związana jest z tym, że Wydział Nauk o Zdrowiu ma największą liczbę studentów na uczelni.

Przebadano 73 kobiety i 19 mężczyzn. Przewaga kobiet wśród respondentów to efekt statystycznej struktury studentów przede wszystkim na Wydziale Nauk o Zdrowiu, gdzie większość stanowią kobiety. Badaniem byli objęci studenci w wieku od 20 do 28 lat (27,2% osób w trakcie badań wskazywało, że ma 22 lata, 22,8% – 23 lata, 20,7% – 21 lat, 3,3% – 20 lat, 3,3% – 28 lat, 1 osoba miała 27 lat).

Analiza wyników

Definiowanie pojęcia e-learning przez respondentów

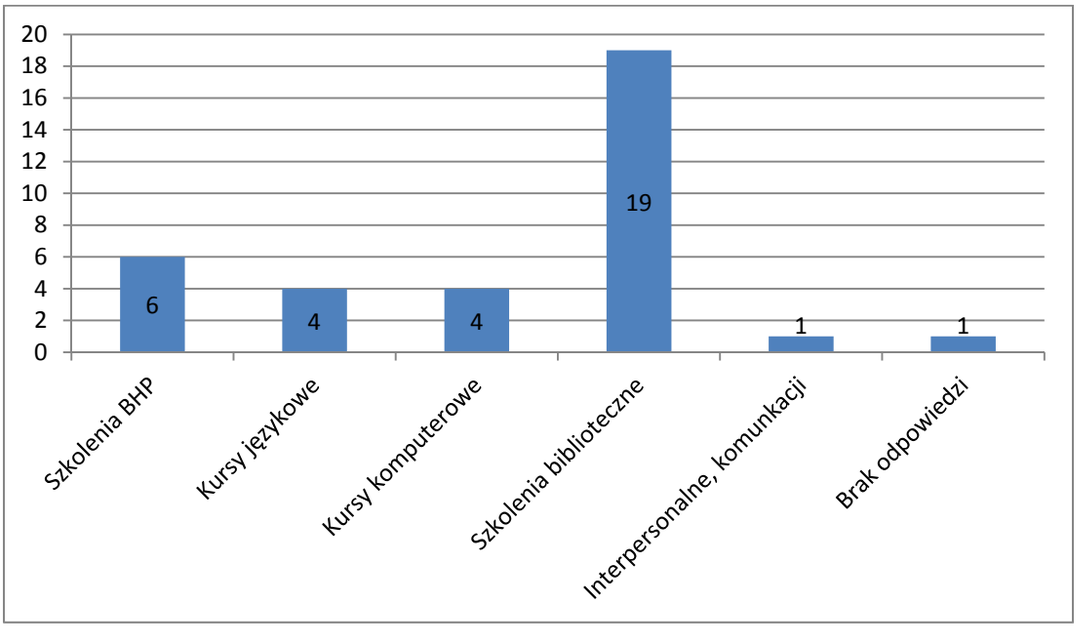
Większość studentów biorących udział w badaniach (56 osób, tj. 60,7% badanych) pojmuje e-learning jako rodzaj kształcenia poprzez Internet. Dla 17 osób e-learning to nauczanie za pomocą komputera, dla 9 osób to po prostu edukacja na odległość, zaś 5 osób jest zdania, że e-learning to nauczanie za pomocą nowoczesnych urządzeń elektronicznych. Tylko 1 osoba na 92 badanych nie potrafiła odpowiedzieć, czym jest e-learning. Niektórzy studenci określali e-learning jako: „Nowoczesne kształcenie medyczne", „Naukę języków obcych za pomocą różnych mediów, takich jak Internet", „Elektroniczny system dokumentacji", „Sprawdzenie i uzyskanie wiedzy". Ich rozumienie tego pojęcia jest bardzo powierzchowne, niepełne, czasem wręcz nieprawidłowe.

Doświadczenia studentów kierunków medycznych związane z edukacją na odległość za pomocą łączy internetowych

Wyniki badania przeprowadzonego wśród studentów uczelni medycznej pokazują, że większość z nich nie miała do tej pory doświadczeń w kształceniu z wykorzystaniem formy e-learning. Tylko co czwarta osoba (27,2% ogółu badanych) przyznała, że brała udział w kursach lub szkoleniach prowadzonych za pomocą łączy internetowych.

Osoby, które korzystały z formy e-learning w swojej dotychczasowej edukacji, wskazywały najczęściej takie zajęcia jak: szkolenia biblioteczne (19 odpowiedzi), szkolenia BHP (6 odpowiedzi), kursy komputerowe i językowe (po 4 odpowiedzi), szkolenia interpersonalne (1 odpowiedź). Na pytanie nie odpowiedziała 1 osoba. Do tej pory kontaktów z kursami i szkoleniami w formie e-learningu nie miało 67 osób. Rozkład danych przedstawia **rycina 1**.

W grupie osób, które zadeklarowały udział w jakichkolwiek zajęciach edukacyjnych w formie e-learning (25 osób), 12 % (3 osoby) bardzo pozytywnie oceniło te zajęcia, 40% (10 osób) oceniło swój udział w tego rodzaju edukacji jako doświadczenie raczej pozytywne, 32% (8 osób)



Rycina 1. Uczestnictwo respondentów w kursach/szkoleniach w postaci e-learningu. Źródło: badania własne

nie potrafiło jednoznacznie określić, czy to doświadczenie było pozytywne czy negatywne („Trudno powiedzieć"), natomiast 16% (4 osoby) stwierdziło, że to doświadczenie dla nich było raczej negatywne.

Elementy kształcenia zdalnego na uczelni wyższej

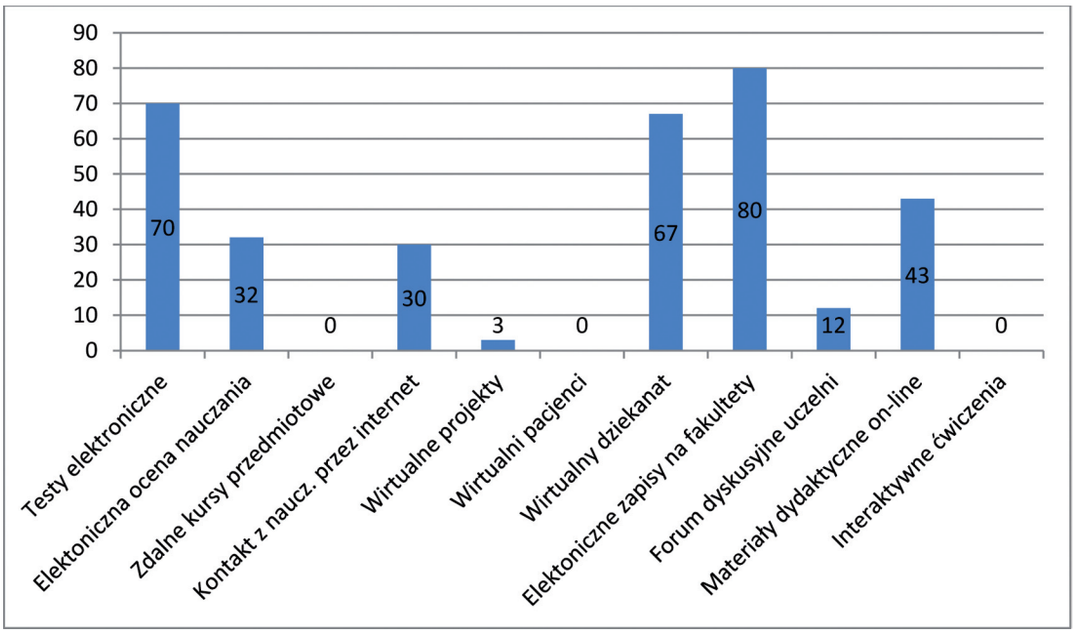
Z ogółu respondentów biorących udział w badaniu 87% (80 osób) zapisywało się na fakultet w sposób zdalny, czyli poprzez sieć internetową (stanowi to 23,7% wszystkich odpowiedzi; jako że studenci mogli wskazać kilka możliwości wykorzystania nowoczesnych technologii w swoim kształceniu akademickim, liczba odpowiedzi nie sumuje się do N = 92). Spośród badanych 71,1% (70 osób) brało udział w egzaminach lub zaliczeniach z wykorzystaniem platformy kształcenia na odległość OLAT, 72,8% (67 osób) komunikowało się z pracownikami uczelni poprzez moduł – wirtualny dziekanat. Żaden z badanych studentów nie uczestniczył do tej pory w zajęciach dydaktycznych, w trakcie których przedstawiane byłyby przykłady wirtualnych pacjentów. Ponadto respondenci nie deklarowali udziału w zdalnych kursach przedmiotowych czy ćwiczeniach interaktywnych. Dane te w graficzny sposób zostały przedstawione na **rycinie 2**.

Serwisy internetowe o tematyce medycznej, z których korzystają studenci

Jako że korzystnie z serwisów internetowych może być również elementem e-learningu, dlatego respondenci zostali zapytani o to, z jakich serwisów internetowych o tematyce medycznej korzystali, wzbogacając swoją wiedzę i umiejętności zdobywane na studiach. Okazało się, że 42 osoby (45,7% wszystkich badanych) korzystały z takich serwisów, ponad połowa badanych nie przeglądała takich stron internetowych, 2 osoby nie udzieliły odpowiedzi. Do najchętniej odwiedzanych serwisów o tematyce medycznej należą: PubMed i Termedia (po 22,6% wskazań), następnie MEDtube (9,7% wskazań), Medycyna Praktyczna oraz fora internetowe (po 6,5% wskazań) i Pharmindex (4,8%). Pozostałe odpowiedzi dotyczyły takich serwisów internetowych jak: Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Wirtualny Magazyn Pielęgniarki i Położnej i inne.

Opinie studentów na temat zapotrzebowania na kształcenie w formie e-learning

Respondenci stosunkowo pozytywnie oceniają nauczanie na odległość (e-learning) w kontekście edukacji osób niepełnosprawnych. Spośród badanych 61 osób wskazało tę grupę jako potencjalnych odbiorców edukacji zdalnej. W badanej grupie 53 osoby są zdania, że e-learning to dobry sposób nauki dla osób pracujących, tylu samo badanych wskazało osoby wychowujące dzieci. Co ciekawe, 30 osób spośród 92 badanych uznało, że e-learning może być atrakcyjną formą kształcenia dla studentów studiów niestacjonarnych, ale tylko 6 osób stwierdziło, że jest to forma edukacji właściwa też dla studiów stacjonarnych.



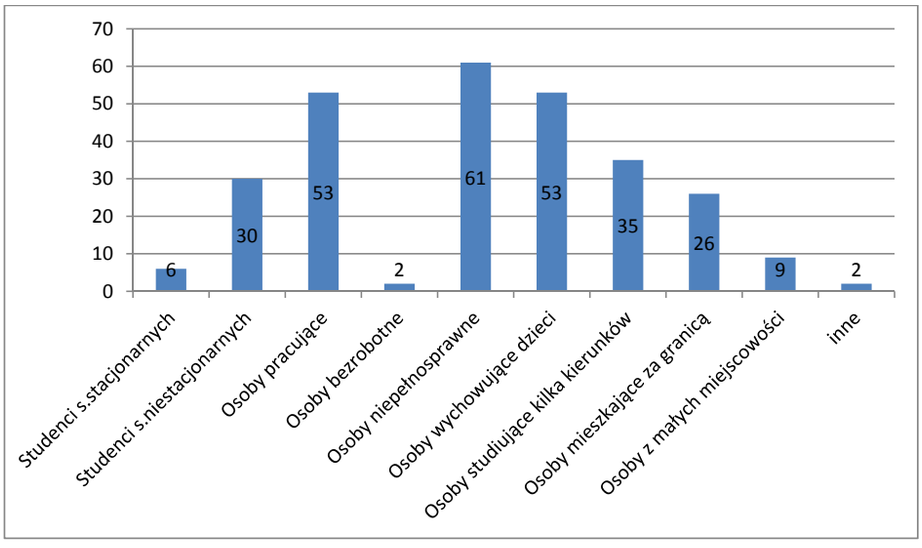
Rycina 2. Odpowiedzi badanych na temat wykorzystania elementów kształcenia zdalnego proponowanych przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu w ich edukacji (liczby nie sumują się do N = 92, gdyż można było wybierać kilka odpowiedzi). Źródło: badania własne

Należy zaznaczyć, że tylko 1 z respondentów uznał, że e-learning to forma nauki dobra dla wszystkich. Natomiast 1 z respondentów uznał, że e-learning to forma edukacji dla nikogo, jego zdaniem „tego typu edukacja uwstecznia społeczeństwo". Rozkład danych przedstawia **rycina 3**.

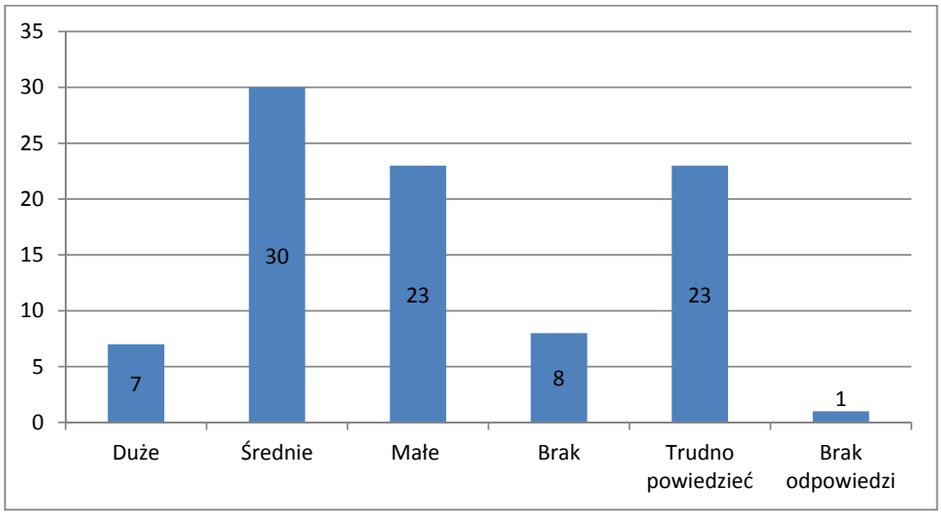
Choć tylko 6 osób spośród badanych widziało przydatność e-learningu w odniesieniu do studiów stacjonarnych, to jednak w kontekście osobistych potrzeb dotyczących kształcenia zdalnego przez sieć internetową ta forma edukacji jest oceniana bardziej pozytywnie. W badanej grupie 7 osób (7,6%) jest bardzo mocno zainteresowanych uczeniem się w przyszłości z wykorzystaniem nowoczesnego kształcenia, jakim jest e-learning, 30 osób (32,6%) ocenia swoje zapotrzebowanie na naukę w tej formie jako średnie. Co czwarta osoba (25%) określa swoje zainteresowanie e-learningiem jako niskie. Również co czwarta osoba (25% spośród badanych) nie ma zdania na temat tego, jakie jest ich zainteresowanie e-learningiem, co wynikać może z bardzo małych doświadczeń z tym związanych albo ich braku.

Wyniki zostały przedstawione w sposób graficzny na **rycinie 4**.

W badaniach zadano respondentom pytanie, jaką formę studiów (forma tradycyjna, e-learning, forma blended learning/hybrydowa/mieszana) wybraliby, gdyby mieli możliwość ponownego rozpoczęcia studiów na swoim kierunku. Wyniki, które zostały zobrazowane na **rycinie 5.** wskazują, że tradycyjną formę nauki ponownie wybrałoby



Rycina 3. Opinie respondentów na temat e-learningu jako oferty edukacyjnej dla różnych grup społecznych i zawodowych (odpowiedzi nie sumują się do N = 92, gdyż można było wybierać kilka możliwości). Źródło: badania własne



Rycina 4. Zapotrzebowanie respondentów na kształcenie w formie e-learningu (N = 92). Źródło: badania własne

51 badanych osób (55,4%), czyli ponad połowa badanych. Jednak 40 osób (43,5 %) wybrałoby formę mieszaną nauki (blended learning, nauczanie komplementarne lub hybrydowe), gdyby miało ponownie wybierać formę kształcenia na swoim kierunku studiów.

Dyskusja

E-learning czy blended learning (nauczanie komplementarne lub hybrydowe) są to nowoczesne formy kształcenia, w których kluczowe znaczenie ma zastosowanie i udział nowoczesnych technologii informatycznych w procesach komunikowania nauczyciel – osoba ucząca się. Pomimo burzliwych dyskusji między zwolennikami i przeciwnikami tych form kształcenia niewątpliwie we współczesnej edukacji można zauważyć coraz większy udział komputerów, Internetu i multimediów. I choć nie sposób sobie wyobrazić, że studenci kierunków medycznych mieliby być kształceni w formie e-learningu (rozumianej jako kształcenie wyłącznie przez Internet), wybór mieszanej formy kształcenia (hybrydowego, blended learning) już nie jest tak kontrowersyjny, może stanowić w przyszłości alternatywę dla *stricte* tradycyjnej formy kształcenia.

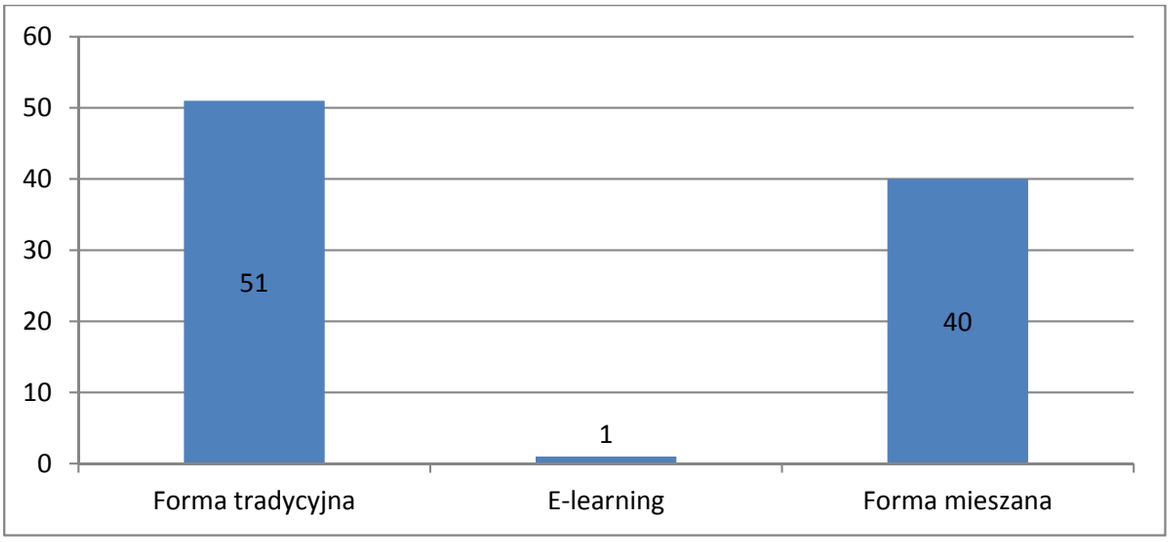
W Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu żaden z kierunków studiów nie jest do tej pory prowadzony w postaci e-learningu, ale w ofercie edukacyjnej kierowanej do studentów na różnych kierunkach znajdują się elementy o charakterze nauczania hybrydowego – czyli tradycyjne zajęcia wspomagane są komunikowaniem się poprzez cyfrową platformę edukacyjną OLAT oraz elektroniczny system, swojego rodzaju intranet – Wirtualny System Usług dla Studenta (WISUS). Studenci tej uczelni korzystają z elektronicznych zapisów na fakultety i przedmioty do wyboru, korzystają z e-indeksu, mogą komunikować się za pomocą intranetu z pracownikami UMP.

Jak z przedstawionych wyników badań wynika, jeśli studenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu mieliby możliwość ponownego wyboru formy kształcenia na swoim kierunku, w większości wybraliby formę tradycyjną studiowania. Jednak aż 43,5% spośród badanych zainteresowanych było formą mieszaną (połączenie e-learningu z tradycyjnym studiowaniem).

Podobnie przedstawiają się badania przeprowadzone na 9 wrocławskich uczelniach w latach 2010–2011 wśród 1158 studentów. Jeśli chodzi o preferencje studentów względem formy nauki, 29% badanych wybrało e-learning, zdecydowana większość zaś wybrała nauczanie tradycyjne. Studenci wskazywali na wyższość bezpośredniego kontaktu z wykładowcą, zmniejszoną motywację podczas korzystania z e-learningu czy też przyzwyczajenie do drukowanych materiałów dydaktycznych. Zwolennicy e-learningu podkreślali zaś oszczędność czasu jako rzecz nadrzędną, ponadto interaktywność kursów, łatwość w zdobywaniu materiałów dydaktycznych czy też brak stresu [13].

Z przedstawionych w pracy wyników badań wynika, że największa liczba badanych (tj. 80 osób) korzystała z elektronicznych wpisów na fakultety, drugim najczęstszym wskazaniem był udział w egzaminach elektronicznych organizowanych przez uczelnię.

Na stronie CITK Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zamieszczona jest informacja, że w roku akademickim 2013/2014 zorganizowano 586 elektronicznych egzaminów, w trakcie których przeegzaminowano 18 468 studentów. Centrum to zorganizowało wówczas 90 kolokwiów



Rycina 5. Ponowny wybór formy nauczania przez studentów (N = 92). Źródło: badania własne

wejściowych, a także wykłady on-line dla 782 osób. CITK odnotowuje systematyczny wzrost zainteresowania egzaminowaniem komputerowym [14].

Największą popularnością wśród studentów biorących udział w przedstawianych w niniejszej pracy badaniach cieszą się bazy danych z artykułami medycznymi (np. PubMed, Termedia). Dzięki zapoznawaniu się najnowszymi publikacjami z zakresu medycyny publikowanymi w Internecie studenci mogą poszerzać i aktualizować wiedzę zdobywaną w trakcie studiów kierunkowych. Jednak należy odnotować fakt, że ponad połowa badanych nie korzysta z tego typu serwisów internetowych.

Dodatkowo z badań wynika, że żaden z respondentów do tej pory nie korzystał w swojej nauce z przykładów wirtualnych pacjentów czy zdalnych kursów przedmiotowych i interaktywnych ćwiczeń. Może to świadczyć o braku dostępności do takich form kształcenia na uczelni lub braku oprogramowania multimedialnego do tworzenia wirtualnych pacjentów w kontekście kształcenia studentów na danych kierunkach. Tylko 3 osoby brały udział w tworzeniu wirtualnych projektów, co, jak widać, również nie jest rozpowszechnioną formą zadań dydaktycznych na uczelni.

Wnioski

Studenci uczelni medycznej nie są nadmiernie zainteresowani formą kształcenia e-learning w odniesieniu do swoich studiów, ale za to wielu z nich zainteresowanych byłoby studiowaniem w formie mieszanej – blended learning, nauczaniem hybrydowym.

Poprzez połączenie elementów nauczania zdalnego i tradycyjnego w kształceniu medycznym na poziomie szkoły wyższej można uatrakcyjnić zajęcia, nie tracąc jednocześnie istoty nauczania, jaką jest bezpośredni kontakt między uczącymi się a wykładowcą, pacjentem i innymi uczestnikami procesu kształcenia.

Studenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu korzystają z wielu bardzo nowoczesnych rozwiązań dydaktycznych we własnej edukacji. Dodatkowo można by szerzej wykorzystywać w procesie dydaktycznym takie rozwiązania jak: nauczanie problemowe, programy multimedialne typu wirtualny pacjent, projekty wirtualne, przeszukiwanie medycznych baz danych.

Jeżeli uczelnia zdecydowałaby się na większy udział form kształcenia wykorzystujących nowoczesne technologie, jak np. blended learning, wymagałoby to szkoleń i kursów kierowanych zarówno do studentów, jak i do nauczycieli akademickich. Działania te zwiększyłyby zasób wiedzy na temat wykorzystania nowoczesnych technik dydaktycznych oraz wykształciłyby umiejętność prawidłowego korzystania z nowoczesnych technologii, co mogłyby uczynić proces nauczania–uczenia się bardziej efektywnym.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Hyla M. Przewodnik po e-learningu. Warszawa: Wolters Kluwer; 2007. 8–22.
2. Jasiński A. Realizacja modelu nauczania hybrydowego na przykładzie platformy b learningowej dla studentów filologii germańskiej. W: Bekasiński J, Szeluga A (red.). Glottodydaktyczne implikacje we współczesnych badaniach germanistycznych. Włocławek: Wyd. PWSZ; 2006. 211–221.
3. Plebańska M. E-learning. Tajniki edukacji na odległość. Warszawa: C.H. Beck; 2011. 9–32, 191–202.
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2007 r. w sprawie warunków, jakie muszą być spełnione, aby zajęcia dydaktyczne na studiach mogły być prowadzone z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Dz.U. z 2007 r. Nr 188, poz. 1346.
5. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 listopada 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków, jakie muszą być spełnione, aby zajęcia dydaktyczne na studiach mogły być prowadzone z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Dz.U. z 2011 r. Nr 246, poz. 1470.
6. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, http://www.e-umed.pl/page.html?id=2, data wejścia: 04.07.2014.
7. Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, https://eportal.ue.wroc.pl//info/, data wejścia: 04.07.2014.
8. Okoń W. Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2003.
9. CITK Poznań, http://www.citk.ump.edu.pl/, data wejścia: 04.07.2014.
10. Olat, http://olat.ump.edu.pl/olat/dmz/, data wejścia: 04.07.2014.
11. Nowe centra symulacji, https://www.ump.edu.pl/aktualnosci/nowe-centra-symulacji, data wejścia: 06.01.2016.
12. Centrum Symulacji Medycznej, http://medsim.ump.edu.pl/, data wejścia: 04.07.2014.
13. Dwornik J, Wojewodzic K, Litwin M, Rogowska B. Innowacje w procesie nauczania akademickiego: trendy, praktyki i strategie rozwoju e-learningu. Wrocław: Wrocławskie Centrum Akademickie Langmedia; 2011. 8–12.
14. Centrum Innowacyjnych Technik Kształcenia, http://www.citk.ump.edu.pl/, data wejścia: 03.03.2016.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Karolina Szczeszek
Katedra i Zakład Edukacji Medycznej
ul. Jana Henryka Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań
tel.: 61 854 69 00
e-mail: k.szczesz@ump.edu.pl

PRACA ORYGINALNA

CZYNNIKI RYZYKA RAKA PIERSI – PORÓWNANIE WIEDZY NA TEN TEMAT U „AMAZONEK" I KOBIET ZDROWYCH W WIEKU 40–60 LAT

KNOWLEDGE ON BREAST CANCER RISK FACTORS: COMPARISON BETWEEN SURVIVORS AND HEALTHY WOMEN AGED 40–60

Ewa Mędrela-Kuder

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet w Polsce i zajmuje pierwsze miejsce pod względem zachorowalności. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności i umieralności na raka piersi. W 2010 r. stwierdzono 15 784 przypadki złośliwego raka sutka, co stanowiło 22,4% ogółu wszystkich zachorowań na nowotwory. Większość kobiet zdaje sobie sprawę z możliwości zachorowania, lecz nie zna czynników ryzyka tej choroby. Zmniejszenie częstości występowania raka piersi jest możliwe przez identyfikację i unikanie modyfikowalnych czynników ryzyka tej choroby.
Materiał. Badania przeprowadzono w 2014 r. wśród 100 losowo wybranych kobiet, w tym 50 zdrowych i 50 „Amazonek". Badania wśród kobiet zdrowych zostały wykonane w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, a wśród „Amazonek" – w Stowarzyszeniu „Amazonek" w województwie małopolskim. Kobiety biorące udział w badaniu znajdowały się w przedziale wiekowym od 40. do 60. roku życia.
Metody. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań dotyczących m.in. danych demograficzno-społecznych oraz wiedzy z zakresu czynników ryzyka, źródeł wiedzy o raku piersi.
Wyniki. Wykazano, że większość „Amazonek" prawidłowo wymieniała czynniki ryzyka raka piersi (doustna antykoncepcja, bezdzietność lub pierwsza ciąża po 34. r.ż., późna menopauza, wczesna miesiączka, zaburzenia hormonalne); w porównaniu do kobiet zdrowych „Amazonki" osiągnęły lepszy wynik (różnica istotna statystycznie). Zdecydowana większość kobiet chorych i zdrowych wiedziała, że nosicielstwo genów BRCA zwiększa ryzyko zachorowania (86%; 92%).
Wnioski. „Amazonki" reprezentują wyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi niż kobiety zdrowe. Wśród kobiet w różnym wieku należy podjąć działania edukacyjne z zakresu czynników ryzyka nowotworów najczęściej występujących w tej populacji.

Słowa kluczowe: rak piersi, poziom wiedzy kobiet.

ABSTRACT

Introduction. As the most frequent female cancer type in Poland, breast cancer comes first in terms of incidence. Poland numbers among countries of medium incidence and mortality of this disease. In 2010, 15 784 cases of breast cancer were recorded, which accounted for 22.4% of the total count of incident tumours. The majority of females do realise the possibility of developing cancer, but are unaware of the associated risk factors. The identification and avoidance of modifiable risk factors presents a viable approach to the reduction of the incidence of breast cancer.
Material. The study was conducted in 2014 in Małopolska Province among a total of one hundred randomly selected females. The group included fifty healthy participants and fifty breast cancer survivors, all aged between forty and sixty.
Methods. A self-designed questionnaire was employed, consisting of thirty questions which dealt with demographic and social data as well as knowledge on breast cancer risk factors and information sources.
Results. Most of the breast cancer survivors correctly indicated the risk factors of the disease (oral contraceptives, childlessness or first pregnancy after age 34, late menopause, early menarche, hormonal imbalance), as opposed to the healthy females (statistically significant). The vast majority of both groups (86% survivors, 92% healthy) knew that BRCA mutation carriage increases the chances of developing cancer.
Conclusions. Compared to the healthy respondents, breast cancer survivors possess a higher level of knowledge on the risk factors of this malignant tumour. Educational measures aimed at females of various age groups should be undertaken, concerning the risk factors of the tumours most common in a given population.

Keywords: breast cancer, knowledge level.

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet w Polsce i zajmuje pierwsze miejsce pod względem zachorowalności. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności i umieralności na raka piersi. W 2010 r. stwierdzono 15 784 przypadki złośliwego raka sutka, co stanowiło 22,4% ogółu wszystkich zachorowań na nowotwory [1, 2]. Większość kobiet zdaje sobie sprawę z możliwości zachorowania, lecz nie zna czynników ryzyka tej choroby. Zmniejszenie częstości występowania raka piersi jest możliwe przez identyfikację i unikanie modyfikowalnych czynników ryzyka tej

choroby [2]. Płeć żeńska stanowi główny czynnik ryzyka, ponieważ rak sutka rzadko występuje u mężczyzn [3].

Ryzyko zachorowań zwiększa się wraz z wiekiem, prawie 80% przypadków dotyczy kobiet powyżej 50. roku życia, jednakże choroba ta można pojawić się również w młodszym wieku [4].

Ważne jest również obciążenie rodzinne – największe zagrożenie występuje, jeśli choroba pojawiła się u krewnych pierwszego stopnia (w szczególności u matki, siostry czy babki), wtedy ryzyko zachorowania jest 2–3-krotnie większe [5]. Uwarunkowania genetyczne, czyli stwierdzenie mutacji genu supresorowego BRCA1, który znajduje się w długim ramieniu chromosomu 17, wiąże się z 90-procentowym ryzykiem zachorowania na raka piersi. U 50% nosicielek tej mutacji choroba pojawia się jeszcze przed 50. rokiem życia. Mutacja genu BRCA1 jest odpowiedzialna za prawie 50% zachorowań na dziedzicznego raka gruczołu piersiowego i większość zapadania na ten nowotwór, jeśli u krewnych pierwszego stopnia był obecny rak piersi i jajnika. Mutacja genu BRCA2 (zlokalizowany jest w chromosomie 13) odpowiada za pozostałą część wystąpienia dziedzicznego raka piersi. Do postaci dziedzicznych raka sutka można zaliczyć dodatkowo mutację genu p53, związanego z zespołem Li-Fraumeni [6–8].

Kolejnymi istotnymi elementami ryzyka zapadania na raka piersi są czynniki reproduktywne, do których m.in. zaliczamy wczesny wiek pierwszej i późny ostatniej miesiączki. W przypadku kobiet, u których menopauza wystąpiła po 55. roku życia, ryzyko zachorowania jest dwukrotnie wyższe niż u pacjentek, u których pojawiła się ona przed 45. rokiem życia. Urodzenie pierwszego dziecka po 35. roku życia powoduje, że kobiety te są zdecydowanie w największej grupie ryzyka wystąpienia raka piersi [6–8].

Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta wraz z długością stosowania hormonalnej terapii zastępczej. Wraz z upływem 5 lat od odstawienia HTZ ryzyko rozwoju raka piersi ulega zmniejszeniu do wartości charakteryzującej kobiety, które nigdy nie stosowały HTZ [9]. Hormony obecne w doustnych środkach antykoncepcyjnych zwiększają ryzyko rozwoju tego nowotworu; najbardziej narażone są kobiety, które przed zajściem w ciążę przez 4 lata i dłużej stosowały te środki.

Otyłość należy do kolejnych czynników ryzyka. Zwiększona częstość zachorowania wynika z faktu, że stężenie estrogenów produkowanych w okresie klimakterium zależy od ilości tkanki tłuszczowej, co może przyspieszyć rozwój nowotworu [5]. Prowadzenie zdrowego stylu życia, stosowanie odpowiedniej diety, uprawianie regularnej aktywności fizycznej pomagają w utrzymaniu prawidłowej masy ciała, a zmniejszenie ilości tkanki tłuszczowej może redukować ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej [9].

Celem pracy była ocena wiedzy kobiet zdrowych i „Amazonek" na temat czynników ryzyka raka piersi.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2014 r. wśród 100 losowo wybranych kobiet, w tym 50 zdrowych i 50 „Amazonek". Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań dotyczących m.in. danych demograficzno-społecznych oraz wiedzy z zakresu czynników ryzyka, źródeł wiedzy o raku piersi.

Badania wśród kobiet zdrowych zostały wykonane w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, a wśród „Amazonek" – w Stowarzyszeniu „Amazonek" w województwie małopolskim.

Kobiety biorące udział w badaniu znajdowały się w przedziale wiekowym od 40. do 60. roku życia. Wyróżniono dwie grupy: pierwszą – A (50 osób) – stanowiły pacjentki chore – „Amazonki". Ze względu na wiek podzielono je na dwie podgrupy: A1 w przedziale 40–50 lat (17 osób), A2 w przedziale 51–60 lat (33 osoby). Druga grupa badanych – B (50 osób)– to kobiety zdrowe. Te badane również podzielono na dwie podgrupy – B1 w wieku od 40 do 50 lat (28 osób), B2 w wieku 51–60 lat (22 osoby).

Większość kobiet po mastektomii (84%) i zdrowych (72%) mieszkała w małych miastach (poniżej 100 000 mieszkańców), a pozostałe badane mieszkały na wsi. Prawie połowa chorych kobiet (48%) i 22% zdrowych miało średnie wykształcenie, natomiast 38% ankietowanych chorych i 32% zdrowych – wykształcenie zawodowe.

Wyniki poddano analizie statystycznej chi-kwadrat, obliczając test niezależności.

Wyniki

Wykazano, że większość „Amazonek" prawidłowo wymieniała czynniki ryzyka raka piersi (doustna antykoncepcja, bezdzietność lub pierwsza ciąża po 34. r.ż., późna menopauza, wczesna miesiączka, zaburzenia hormonalne); w porównaniu do kobiet zdrowych „Amazonki" osiągnęły lepszy wynik (różnica istotna statystycznie). Zdecydowana większość kobiet chorych i zdrowych wiedziała, że nosicielstwo genów BRCA zwiększa ryzyko zachorowania (86%; 92%) (**Tabela 1**).

Wszystkie ankietowane interesowały się rakiem piersi. Różnice dotyczą jednak źródeł wiadomości na ten temat. Kobiety po mastektomii wiedzę o chorobie czerpały z telewizji (68%), Internetu (58%), od rodziny (52%), a od lekarza tylko 46% ogółu. Z kolei kobiety zdrowe informację

Tabela 1. Charakterystyka czynników ryzyka raka piersi

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania	A1 [%]	A2 [%]	A [%]	B1 [%]	B2 [%]	B [%]	chi^2
wiek powyżej 35. r.ż.	64,7	60,6	62	50,0	63,6	56,0	
uwarunkowania genetyczne	82,4	87,9	86,0	92,9	91,0	92,0	
wtórne zachorowanie	88,2	81,8	84,0	46,4	54,5	50,0	15,88
atypowy rozrost lub zrazikowy *in situ*	70,6	57,6	62,0	25,0	40,9	32,0	13,85
doustna antykoncepcja	52,9	57,6	56,0	25,0	31,8	28,0	17,38
sytuacje stresowe	29,4	72,7	58,0	53,6	50,0	52,0	13,02
bezdzietność lub pierwsza ciąża po 34. r.ż.	64,7	33,3	44,0	25,0	9,1	18,0	14,85
otyłość i nieprawidłowa dieta	76,5	69,7	72,0	42,9	40,9	42,0	14,61
późna menopauza	52,9	33,3	40,0	7,1	22,7	14,0	16,47
wczesna pierwsza miesiączka	70,6	30,3	44,0	10,7	9,1	10,0	26,62
zaburzenia hormonalne	82,4	63,6	70,0	35,7	54,5	44,0	13,64

A – ogół pacjentek chorych („Amazonki");
podgrupy:
A_1 – w przedziale od 40–50 lat,
A_2 – w przedziale wiekowym 51–60 lat

B – ogół kobiet zdrowych;
podgrupy:
B_1 – w wieku od 40 do 50 lat,
B_2 – w przedziale wiekowym 51–60 lat

Tabela 2. Źródła wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi

Źródła wiedzy*	A1 [%]	A2 [%]	A [%]	B1 [%]	B2 [%]	B [%]
telewizja	64,7	69,7	68,0	42,8	50,0	46,0
radio	5,9	21,2	16,0	3,6	27,3	14,0
internet	58,8	57,6	58,0	42,9	45,5	44,0
rodzina/znajomi	52,9	51,5	52,0	35,7	22,7	30,0
ulotki/reklamy	17,6	18,2	18,0	21,4	22,7	22,0
prasa	35,3	30,3	32,0	28,6	31,9	30,0
lekarz	58,8	39,4	46,0	17,8	9,1	14,0
nie interesuję się	-	-	-	-	-	-

*pytanie wielokrotnego wyboru

o raku piersi uzyskały z podobnych źródeł (mniejszy odsetek), a tylko 14% ogółu badanych otrzymało ją od lekarza (**Tabela 2**).

Dyskusja

Każda kobieta powinna indywidualnie dbać i kształtować zdrowie swoje oraz swoich najbliższych poprzez eliminację zachowań antyzdrowotnych. Postępowanie dotyczące utrzymania zdrowia bądź jego poprawy polega na eliminacji czynników ryzyka zwiększających możliwość zachorowania, co wiąże się z odpowiednim zasobem wiedzy na ten temat [10]. W badaniach przeprowadzonych przez Najdyhor i wsp. w 2013 r. wśród kobiet i mężczyzn ze Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej wykazano, że według opinii ankietowanych najczęściej występującym uwarunkowaniem zwiększającym ryzyko zachorowania jest czynnik genetyczny (97,0% pacjentek i 78,0% pacjentów). Grupa badanych osób jako inne przyczyny wskazywała wiek, niezdrowy tryb życia, antykoncepcję oraz otyłość. Należy zauważyć, iż znikoma liczba osób ankietowanych twierdziła, że wczesna pierwsza miesiączka (8,0% respondentek i 18,0% respondentów) i późna menopauza (8,0% kobiet i 16,0% mężczyzn) zaliczają się do czynników ryzyka raka piersi [11].

Z kolei zdecydowana większość (85,3%) kobiet z Polski południowo-wschodniej za najczęstszy czynniki ryzyka

raka gruczołu piersiowego uznawała uwarunkowania genetyczne. Innymi przyczynami, jakie kobiety wymieniały, były: stres (53,0%), menopauza (50,3%), palenie papierosów (49,3%), zaburzenia hormonalne (42,0%). Z kolei otyłość i picie alkoholu jako czynnik ryzyka podawała średnio co trzecia ankietowana [12].

W badaniu studentek dwóch uczelni – Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu (AWFiS) oraz Państwowej Szkoły Wyższej (PSW) w Białej Podlaskiej – co druga respondentka (50,5%) z WWFIS i co trzecia (34,2%) z PSW wiedziała, że zaburzenia hormonalne i spożywanie alkoholu wiążą się ze zwiększeniem ryzyka zachorowania na raka piersi. Pozostała część studentek nic nie wiedziała na ten temat. Zdecydowana większość ankietowanych (82,0% z AWFiS i 57,0% z PWS) była zdania, że otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi. Brak wiedzy z tego zakresu deklarowało 24,0% kobiet z obu uczelni [13].

Z kolei Łuszczki-Florek w badaniach z 2010 r. zaobserwowała bardzo niepokojące zjawisko, iż zdecydowana większość (73,9%) kobiet ankietowanych przyznała się do braku jakiejkolwiek wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi. Nieznaczną znajomość zdeklarowało tylko 24,1% respondentek. Mieszkanki wsi częściej nie znały czynników ryzyka w porównaniu do mieszkanek miast – 58,9%. W tym samym badaniu jako najczęściej występujące przyczyny pojawiania się raka piersi kobiety wymieniały: genetyczne (62,8%), palenie papierosów (29,7%), nieodpowiednią dietę (22,3%) i leki hormonalne (17,3%) [10].

Z badania opinii kobiet zamieszkujących województwo pomorskie wynika, że zdecydowana większość (83,0%) ankietowanych wiedziała, iż uwarunkowania genetyczne należą do czynników ryzyka wystąpienia raka piersi. Ponad połowa (52,0%) respondentek deklarowała, że doustna antykoncepcja wzmaga ryzyko wystąpienia raka gruczołu piersiowego. Średnio co trzecia ankietowana (32,0%) zaznaczyła bezdzietność jako czynnik ryzyka raka sutka. Przyczynami o nieco mniejszym znaczeniu w opinii ankietowanych okazały się wczesna pierwsza miesiączka (22,0%) i późna menopauza (15,0%) [14].

Badania przeprowadzone wśród mieszkanek Rzeszowa i okolic wykazały, iż zdecydowana większość (92,0%) respondentek wiedziała, że uwarunkowania genetyczne są najczęstszą przyczyną wystąpienia raka piersi. Do najczęściej wymienianych czynników ryzyka raka sutka ankietowane kobiety zaliczały: okres przekwitania (72,3%), stosowanie doustnej antykoncepcji (71,4%) oraz hormonalną terapię zastępczą (64,3%). Ponad połowa badanych wskazała również: stres (58,8%), otyłość (56,2%), a palenie papierosów wymieniła większość (68,7%) respondentek [12].

Analiza wiedzy z zakresu czynników ryzyka raka piersi 180 mieszkanek województwa lubelskiego w wieku okołomenopauzalnym wykazała, że najczęstszymi przyczynami tego schorzenia były: uwarunkowania genetyczne (96,1%), stosowanie antykoncepcji hormonalnej bądź terapii hormonalnej (67,7%) oraz wiek powyżej 50. roku życia (65,5%). Respondentki wymieniły również inne czynniki, jak: promieniowanie jonizujące (49,4%), używki (48,3%), nowotwór jajnika lub macicy (42,2%), otyłość (40,0%), bezdzietność (36,1%), wczesną pierwszą miesiączkę (26,6%), małą aktywność fizyczną (24,4%), późną menopauzę (20,0%). Na uwagę zasługuje fakt, że 15,0% jako przyczynę raka piersi wymieniło karmienie piersią, a 13,88% – wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego. Poziom wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi wśród badanej grupy kobiet w wieku okołomenopauzalnym wydaje się dość zadowalający, jednak ciągle istnieje grupa osób, w której edukacja na temat tego schorzenia nadal powinna być systematycznie wprowadzana [15].

Sawaryn i Krukar, badając w 2010 r. kobiety w wieku od 23. do 41. roku życia, stwierdziły, iż większość (80,0%) uznała za główny czynnik raka piersi bezdzietność. Zdaniem respondentek kolejne ryzyko zachorowania wynika z występowania innych nowotworów w rodzinie (16,0%), tyle samo osób (16,0%) zaznaczyło palenie papierosów i siedzący tryb życia, a 16,0% – brak lub niski poziom aktywności fizycznej. Badania wykazały niski poziom podstawowych znajomości czynników ryzyka występowania raka piersi, co świadczy o braku edukacji na temat tego schorzenia wśród młodych kobiet [16].

Piaszczyk i wsp. analizowali w 2015 r. poziom wiedzy studentów Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej. Ankietowani ocenili swoją wiedzę jako przeciętną. Niewielki odsetek respondentek i respondentów jako przyczynę nowotworu wymienił: wczesną miesiączkę (7% kobiet, 4% mężczyzn), późną menopauzę (4% kobiet, 5% mężczyzn) oraz bezdzietność (7% kobiet, 6% mężczyzn) [17].

W niniejszej pracy wykazano, że większość „Amazonek" prawidłowo wymieniała czynniki ryzyka raka piersi (doustna antykoncepcja, bezdzietność lub pierwsza ciąża po 34. r.ż., późna menopauza, wczesna miesiączka, zaburzenia hormonalne). Tym samym „Amazonki" osiągnęły lepszy wynik w porównaniu do kobiet zdrowych (różnica istotna statystycznie).

Poziom wiedzy w Polsce na temat czynników ryzyka raka piersi okazuje się być niski. Być może jest to spowodowane znikomymi kampaniami przeprowadzanymi w Polsce, które miałyby służyć promocji zdrowia i propagowaniu zachowań mających na celu profilaktykę chorób

nowotworowych. Niski poziom wiedzy może być uwarunkowany brakiem zainteresowania zarówno kobiet, jak i ich rodzin tematyką związaną z rakiem piersi.

W niniejszym badaniu „Amazonki" wykazały się dość dobrą znajomością czynników ryzyka raka piersi, natomiast kobiety zdrowe miały niższy poziom wiedzy z tego zakresu. Wszystkie respondentki interesowały się zagadnieniami związanymi z rakiem piersi. Kobiety po mastektomii wiedzę na temat tej choroby czerpały z telewizji (68%), Internetu (58%), od rodziny (52%), a od lekarza tylko 46% ogółu. Kobiety zdrowe informację o raku piersi miały z podobnych źródeł (mniejszy odsetek), a tylko 14% ogółu badanych od lekarza.

Podobne obserwacje poczynili w swych w badaniach Piaszczyk i wsp. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni informacji o czynnikach ryzyka raka piersi poszukiwali w Internecie, a następnie w mediach [17].

Najdyhor i wsp. w 2013 r. zwrócili uwagę, że najczęściej źródłem wiedzy na temat choroby nowotworowej były telewizja (46,0% kobiet i 65,0% mężczyzn). Na drugim miejscu znalazła się prasa (47,0% respondentek i 46,0% respondentów). Innymi źródłami informacji okazały się: znajomi, Internet oraz lekarz [11].

Z kolei Kiełbratowska i wsp. w 2010 r. zauważyli, że 51,0% kobiet czerpało wiedzę z książek i czasopism. Dla 33,0% ankietowanych źródłem tych informacji były radio, Internet, telewizja, a 14,0% wiedzę zdobywało od pracowników służby zdrowia [14].

W badaniu mieszkanek wsi zaobserwowano, że kobiety wiedzę na temat czynników ryzyka i informacji związanych z rakiem piersi czerpały z: telewizji (60,1%), broszur i ulotek (54,5%), prasy (31,2%). Pozostała część respondentek informację uzyskiwała od lekarza ginekologa (24,9%) i pielęgniarki (4,3%) [10].

Ponad połowa młodych kobiet jako źródło wiedzy o zapobieganiu chorobie nowotworowej wskazywała ulotki informacyjne. Na drugim miejscu wymieniono telewizję (33,0%) i radio (33,0%). Z kolei 30,0% twierdziło, że te wiadomości uzyskało po zaproszeniu na badania [16].

Badania kobiet z województwa lubuskiego, przeprowadzone w czerwcu 2013 r., wykazały, że głównym źródłem informacji na temat profilaktyki raka piersi były media (telewizja, Internet, czasopisma) [18].

Wnioski

1. „Amazonki" mają wyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi niż kobiety zdrowe.
2. Większość „Amazonek" (84,0%) i połowa kobiet zdrowych (50,0%) wiedziały, że wtórne zachorowanie na raka i zaburzenia hormonalne zalicza się do czynników ryzyka (istotne statystycznie).
3. Niewiele kobiet zdrowych uważało, że zmiany w piersi rozpoznane jako atypowy rozrost lub zrazikowy *in situ*, wczesna pierwsza miesiączka i doustna antykoncepcja zaliczają się do czynników ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej sutka (istotne statystycznie).
4. Mniej niż połowa „Amazonek" i niewielki odsetek kobiet zdrowych twierdzą, że do przyczyn zachorowania na raka zalicza się bezdzietność lub pierwszą ciążę powyżej 30. roku życia oraz późną menopauzę (istotne statystycznie).
5. Wśród kobiet w różnym wieku należy podjąć działania edukacyjne z zakresu czynników ryzyka nowotworów najczęściej występujących w tej populacji.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autor deklaruje brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska EM. Ocena skuteczności populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi wśród kobiet w Polsce. Piel Pol. 2013;1(47):18–22.
2. Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Majewska A, Gałęziowska E. Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. MONZ. 2013;19(4):523–529.
3. Pieńkowski T. Epidemiologia i czynniki ryzyka. W: Pawlicki M (red.). Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia. Gdańsk: Alfamedica Press; 2011
4. Cabot S, Jasinska M. Jak zapobiegać rakowi piersi. Warszawa: Mada; 2011.
5. Baum M, Saunders Ch, Meredith S. Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy. Warszawa: Springer PWN; 1995.
6. Kleszczewska J. Wczesne rozpoznawanie raka sutka. Stand Med Lek Rodz. 2004;10:1048–1050.
7. Jassem J. Rozpoznawanie. W: Jassem J (red.). Rak sutka. Warszawa: Springer PWN; 1998.
8. Jokiel M, Bielska-Lasota M. Czynniki ryzyka raka piersi: możliwości profilaktyki pierwotnej. Prz Epidemiol. 2010;64(3):435–438.
9. Pięta B. Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika. Poznań: Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; 2012.
10. Łuszczki-Florek M. Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki. MONZ. 2010;16(3):406–415.
11. Najdyhor E, Krajewska-Kułak E, Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. Ginekol Pol. 2013;84(2):116–125.
12. Zych B, Marać M, Bury-Binkowska M. Stan wiedzy kobiet po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. 2006;1:27–33.

13. Czeczelewska E, Kościańska B, Janczaruk M, Czeczelewski J. Wiedza młodych kobiet na temat roli czynnika dietetycznego w zapobieganiu raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. 2011;2:212–223.
14. Kiełbratowska B, Warjas D, Preis K, Pankrac Z. Zagrożenia nowotworem gruczołu piersiowego. W: Marać M, Nagórska M (red.). Pielęgniarstwo a edukacja zdrowotna. T. 2. Rzeszów: Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego; 2010.
15. Wdowiak A, Lewicka M, Sulima M, Stawarz B, Wdowiak A, Bakalczuk G, Kanadys K, Mierzicka M, Wójcik M. Znajomość czynników ryzyka nowotworów piersi w grupie kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Ann UMCS. 2013;2(10):167–179.
16. Sawaryn D, Krukar D. Wiedza młodych kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi. Nowa Med. 2010;64(3):435–438.
17. Piaszczyk DL, Ignaciuk S, Kosińska B, Karczewski J. Poziom wiedzy studentów Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej na temat profilaktyki raka piersi. MONZ. 2015;21(3):260–265.
18. Pacian A, Ferenc W, Jędrasik M. Wiedza młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Med. Paliat. 2013;6(3):151–157.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Ewa Mędrela-Kuder
Zakład Promocji Zdrowia
Akademia Wychowania Fizycznego
al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków
tel. kom.: 666 987 883
e-mail: emedkud@wp.pl

PRACA ORYGINALNA

NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCE PROBLEMY LAKTACYJNE W OKRESIE POPORODOWYM

THE MOST COMMON BREASTFEEDING PROBLEMS IN THE POSTNATAL PERIOD

Grażyna Gebuza[1], Karolina Jaworska[2], Marzena Kaźmierczak[1], Estera Mieczkowska[1], Małgorzata Gierszewska[1]

[1] Katedra Położnictwa, Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
[2] studentka kierunku położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Karmienie piersią jest optymalnym sposobem karmienia niemowląt i małych dzieci. Kobiety często rezygnują z karmienia naturalnego z powodów nieuzasadnionych medyczne, które są często wynikiem braku wiedzy.
Cel. Celem badań było porównanie przebiegu karmienia piersią u kobiet ze względu na rodność.
Materiał i metody. Metodą badawczą był kwestionariusz ankiety, który zawierał 40 pytań: otwartych i zamkniętych, które dotyczyły przebiegu karmienia piersią. W badaniu brało udział 100 kobiet we wczesnym połogu.
Wyniki. Problemy z samodzielnym przystawieniem dziecka do piersi występowały częściej u pierworódek niż wieloródek. Nie zaobserwowano, aby problemy w karmieniu naturalnym, takie jak: brak pragnienia ssania piersi przez dziecko, problem chwytania brodawki sutkowej, karmienie dziecka w nocy, żółtaczka, bolesność brodawek sutkowych występowały częściej u pierworódek niż wieloródek.
Wnioski. Położne powinny otoczyć troskliwą opieką wszystkie kobiety po narodzinach dziecka, aby zwiększyć możliwości długiego karmienia naturalnego.

Słowa kluczowe: karmienie piersią, problemy laktacyjne, ciąża, rodność.

ABSTRACT

Introduction. Breastfeeding is an optimal way of feeding infants and little children. Women often discontinue breastfeeding due to ill-founded convictions, which are often a result of lack of knowledge.
Aim. The purpose of this research was to compare the course of breast-feeding in view of parity.
Material and methods. The research method used was an inquiry form with 40 questions, both open and closed, regarding breastfeeding. The study involved 100 women in early childbed from the Maternity Ward.
Results. Problems with taking on breastfeeding occur more frequently in women who just gave birth for the first time, than in those who previously experienced childbirth. Problems with breastfeeding such as: lack of suction, problems with grasping a nipple, feeding a child at night, neonatal jaundice, and nipple pains, were not observed to be occurring more frequently in either group.
Conclusions. Midwives should devote special care to all women after childbirth in order not to allow lactation problems to occur and, to increase the chances for long and optimal breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, lactation issues, pregnancy, parity.

Wstęp

Położna, sprawując opiekę nad kobietą i dzieckiem, powinna wykazywać się profesjonalną wiedzą dotyczącą fizjologii laktacji, zasad postępowania w okresie laktacji oraz przyczyn zaburzających jej prawidłowy przebieg, aby podejmować skuteczne działania mające pomóc matkom w optymalnie długim karmieniu naturalnym. Konieczna jest również wiedza na temat składu pokarmu kobiecego, jego zmienności oraz wartości immunomodulacyjnych dla noworodka, którą trzeba przekazać matkom. Położna przyczynia się do pierwszego kontaktu matki z dzieckiem, dlatego powinna umieć zaobserwować i ocenić przebieg pierwszego karmienia oraz interweniować, jeśli jest taka potrzeba [1, 2]. Pierwsze dni po narodzinach z dzieckiem są dla matki wyjątkowo trudne, gdyż wszystko jest nowe, wielu czynności trzeba się nauczyć. Matki wykazują dużą motywację i z upływem czasu uczą się rozpoznawać sygnały wysyłane przez dziecko i odpowiednio na nie reagować. Dla noworodków ten

moment również jest trudny, ponieważ muszą nauczyć się prawidłowego chwytania sutka oraz pobierania pokarmu. W trakcie tego procesu wzajemnego uczenia się często pojawiają się błędy i problemy mające wpływ na jakość i długość karmienia naturalnego [2].

Jednymi z najczęściej występujących trudności laktacyjnych w pierwszych dobach po porodzie są bolesność i uszkodzenie brodawek sutkowych, często związane z wpływem hormonów oraz uszkodzeniem mechanicznym brodawki z powodu nieprawidłowej techniki ssania przez dziecko [3]. Innym problemem jest pozorny niedobór pokarmu, który jest wynikiem niedostatecznej wiedzy matek na temat fizjologii laktacji. Często prowadzi to do podjęcia nieprzemyślanej decyzji o rozpoczęciu dokarmiania dziecka, a nawet rezygnacji z karmienia naturalnego. Rzeczywisty niedobór pokarmu stwierdza się na podstawie kilku wykładników. Przyczynami są nieprawidłowa technika karmienia, dopajanie i dokarmianie, zaburzona funkcja ssania u dziecka (słabe, nieefektywne ssanie), ale także zbyt rzadkie i krótkie karmienia, które prowadzą do zalegania mleka w piersiach, hamując jednocześnie odruch prolaktynowy. Inne czynniki mogące mieć wpływ na niedobór pokarmu to występowanie u matki przewlekłego stresu, zmęczenia, otyłości, zaburzeń hormonalnych, ale również palenie papierosów, przyjmowanie niektórych leków oraz rozległe zabiegi chirurgiczne gruczołu piersiowego [2]. Trudności w karmieniu naturalnym ze strony noworodka to najczęściej przedwczesne narodziny, przebyta intubacja [2], żółtaczka, hipoglikemia, zakażenia [4].

Oprócz wyżej wymienionych problemów w karmieniu naturalnym istnieją też inne bariery: cięcie cesarskie [5, 6], ograniczony kontakt „skóra do skóry" lub brak tego kontaktu [5, 7], dokarmianie noworodków [4].

Przeprowadzone badania przez Centrum Nauki o Laktacji w Polsce w 2013 r. wskazują, że istnieje duża liczba kobiet, które rozpoczynają naturalne karmienie, ale niewiele z nich później kontynuuje wyłączne karmienie piersią bez wprowadzania substytutów mleka do rekomendowanego okresu. Zwraca uwagę fakt, że wskaźniki kontynuacji karmienia naturalnego również nie uległy poprawie od 1997 r., kiedy przeprowadzono poprzednie badanie (w 4. miesiącu karmiło 65%, wyłącznie 29%; w 6. miesiącu karmiło 57%, wyłącznie 9%) [8]. Jest to zjawisko niepokojące, ponieważ podejmuje się wiele działań na rzecz wspierania karmienia piersią w Polsce, a pożądanych efektów nie uzyskuje się. Warto się zatem zastanowić, jakie problemy prowadzą do zaprzestania karmienia naturalnego przez kobiety w okresie poporodowym. Czy brak doświadczenia u pierworódek i wynikające z tego trudności skłaniają kobiety do rezygnacji z karmienia naturalnego?

Celem pracy była ocena najczęściej występujących problemów w karmieniu naturalnym u położnic w okresie poporodowym z uwzględnieniem rodności kobiet.

Metoda oraz przebieg badań

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej koncepcji. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące przebiegu karmienia piersią w pierwszych dobach po porodzie fizjologicznym oraz porodzie operacyjnym.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej 146/2014 CM UMK w Bydgoszczy. Zrealizowano je w pierwszym półroczu 2014 r. Badana próba to 100 kobiet w 2. i 3. dobie połogu. Kwestionariusze ankiety znajdowały się w ogólnodostępnym miejscu Oddziału Położniczego, a wypełnione przechowywano w specjalnie przygotowanej urnie. Badane kobiety zostały poinstruowane, jak odpowiednio wypełnić kwestionariusz ankiety oraz powiadomione o celu badania. Zawarte w kwestionariuszu informacje zostały wykorzystane wyłącznie do zrealizowania tematu badawczego.

Zebrany materiał analizowano za pomocą pakietu statystycznego Statistica 8.0 firmy StatSoft. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi-kwadrat. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 100 kobiet. Najliczniejszą grupą kobiet były pierworódki – 50. Po raz drugi rodziło 36 kobiet, po raz trzeci – 14 kobiet. Wieloródek, które karmiły pierwsze dziecko piersią, było 43. W badanej próbie 35 (35%) kobiet rodziło fizjologicznie i 65 (65%) – przez cięcie cesarskie. Najliczniejszy przedział wiekowy to: 17–25 lat (46 kobiet), kolejny przedział: 26–30 lat (31 kobiet), najmniej liczny przedział to: 31 i więcej lat (23 kobiety). Z wykształceniem średnim było 47 kobiet, wyższym – 40. Wykształcenie zawodowe wskazało 12 kobiet, gimnazjalne wskazała 1 kobieta. Dokarmianych mieszanką było 33 dzieci. Decyzja o karmieniu dziecka mieszanką w 26 przypadkach podjęła matka, natomiast w 5 – położna, w 2 podjął lekarz. U 42 noworodków stwierdzono żółtaczkę. Obawy dotyczące małej ilości pokarmu zadeklarowało 51 kobiet, takich wątpliwości nie miało 49 kobiet. Występowanie niepokoju i drażliwości dziecka podczas karmienia piersią zgłosiło 26 kobiet, pozostałe 74 nie wskazywały takich zachowań noworodka. Częste ulewanie pokarmu występowało u 22 dzieci. Nawał pokarmu po porodzie zaobserwowano u 45 kobiet. Kobiety, przygotowując się do

narodzin dziecka i karmienia naturalnego, korzystały z różnych form edukacji: 38 (32,0%) kobiet czytało profesjonalne książki i czasopisma, 46 (37,7%) kobiet poszukiwało informacji w Internecie, 23 (18,9%) kobiety uczestniczyły w zajęciach szkoły rodzenia. W badaniu 15 (12,3%) kobiet w ogóle nie przygotowywało się w żaden sposób. Informacje od personelu medycznego, jak często przystawiać dziecko do piersi, uzyskało 64%, natomiast 36% kobiet nie uzyskało takiej informacji.

Tabela 1. Pragnienie ssania piersi przez dziecko z uwzględnieniem rodności kobiet

Pragnienie ssania piersi przez dziecko	Tak		Nie		Ogółem
	n = 62	%	n = 38	%	
ciąża I	29	58,00	21	42,00	50
ciąża II	23	63,89	13	36,11	36
ciąża III	10	71,43	4	28,57	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)}$ = 5,99)	0,92				100
p	0,63				

Na podstawie danych stwierdzono, że nie istnieje związek między rodnością a pragnieniem ssania piersi przez dziecko. W badanej grupie 58% kobiet po pierwszym porodzie, ponad 63% respondentek po dwóch porodach oraz ponad 71% kobiet po trzech porodach przyznaje, że ich dziecko chętnie ssało pierś (**Tabela 1**).

Tabela 2. Trudności w chwytaniu przez dziecko brodawki sutkowej z uwzględnieniem rodności kobiet

Problem z chwytaniem przez dziecko brodawki sutkowej	Tak		Nie		Ogółem
	n = 39	%	n = 61	%	
ciąża I	23	46,00	27	54,00	50
cąża II	13	36,11	23	63,89	36
ciąża III	3	21,43	11	78,57	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)}$ = 5,99)	2,97				100
p	0,22				

Analiza danych pozwala stwierdzić, że nie istnieje związek pomiędzy liczbą ciąż a wystąpieniem problemu z chwytaniem przez dziecko brodawki sutkowej. Zdecydowana większość badanych, bez względu na rodność, wskazała, iż nie występował taki problem. (**Tabela 2**).

Tabela 3. Karmienie nocne dzieci z uwzględnieniem rodności kobiet

Karmienie dziecka w nocy	Tak		Nie		Ogółem
	n = 86	%	n = 14	%	
ciąża I	43	86,00	7	14,00	50
ciąża II	31	86,11	5	13,89	36
ciąża III	12	85,71	2	14,29	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)}$ = 7,81)	0,0013				100
p	0,99				

Na podstawie danych stwierdzono, że nie istnieje związek między rodnością a karmieniem dziecka w nocy. Zdecydowana większość badanych, bez względu na liczbę ciąż, wykazuje, że karmiła dziecko w nocy (**Tabela 3**).

Tabela 4. Samodzielne przystawianie dziecka do piersi z uwzględnieniem rodności kobiet

Samodzielne przystawianie dziecka do piersi	Tak		Nie		Ogółem
	n = 60	%	n = 40	%	
ciąża I	23	46,00	27	54,00	50
ciąża II	25	69,44	11	30,56	36
ciąża III	12	85,71	2	14,29	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)}$ = 5,99)	9,278				100
p	0,01				

Stwierdzono, że istnieje związek między rodnością a samodzielnym przystawieniem dziecka do piersi. Aż 54% kobiet po pierwszym porodzie przyznaje, że nie przystawiało samodzielnie dziecka do piersi od samego początku. Wraz ze wzrostem liczby przebytych porodów wzrastał odsetek kobiet, które samodzielnie przystawiały dziecko do piersi, ponad 69% kobiet po drugim i 85% kobiet po trzecim porodzie wskazało, że przystawiały dziecko do piersi od samego początku (**Tabela 4**).

Tabela 5. Występowanie żółtaczki u dzieci z uwzględnieniem rodności kobiet

Żółtaczka u dzieci	Tak		Nie		Ogółem
	n = 42	%	n = 58	%	
ciąża I	20	40,00	30	60,00	50
ciąża II	19	52,78	17	47,22	36
ciąża III	3	21,43	11	78,57	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)}$ = 7,81)	4,23				100
p	0,12				

Analiza danych w tabeli pozwala stwierdzić, że nie istnieje związek między rodnością a występowaniem żółtaczki u dziecka. Większość badanych bez względu na liczbę porodów przyznaje, że dziecko nie miało żółtaczki.

Tabela 6. Dokarmianie dziecka w oddziale z uwzględnieniem rodności kobiet

Dokarmianie dzieci	Tak		Nie		Ogółem
	n = 33	%	n = 67	%	
ciąża I	17	34,00	33	66,00	50
ciąża II	13	36,11	23	63,89	36
ciąża III	3	21,43	11	78,57	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)}$ = 5,99)	1,02				100
p	0,59				

Nie stwierdzono związku rodności z dokarmianiem dzieci. Bez względu na liczbę porodów badane kobiety w większości nie dokarmiały dziecka mieszanką w oddziale (**Tabela 6**).

Tabela 7. Ból brodawek sutkowych z uwzględnieniem rodności kobiet

Ból brodawek sutkowych	Tak		Nie		Ogółem
	n = 44	%	n = 56	%	
ciąża I	24	48,00	26	52,00	50
ciąża II	16	44,44	20	55,56	36
ciąża III	4	28,57	10	71,43	14
test $\chi^2(\chi^2_{(kr)} = 2,56)$	1,68				100
p	0,43				

Analiza danych z **tabeli 7** pozwala stwierdzić, że nie istnieje związek między rodnością a bolesnością brodawek podczas karmienia piersią. Bez względu na liczbę porodów kobiety nie wskazywały różnic.

Dyskusja

Karmienie piersią to naturalny proces przedłużający karmienie z życia płodowego. Kobiety zamierzają karmić piersią i uważają, że jest to najlepsze, co mogą ofiarować dziecku. Jednakże pomimo tak silnych motywacji niewiele dzieci w Polsce jest karmionych pokarmem kobiecym do rekomendowanego okresu [8].

Z przeprowadzonych badań wynika, że problemy z karmieniem piersią występowały u badanych pierworódek i wieloródek w równym stopniu, bez względu na rodność. Istotnie więcej problemów zaobserwowano z samodzielnym przystawianiem dziecka do piersi u kobiet w pierwszej ciąży, co bezpośrednio wynika z braku doświadczenia. Niemniej jednak można wskazać, że kobiety w pierwszej ciąży cechowały się wysokim poziomem motywacji, ponieważ analizowane problemy w laktacji występowały u nich równie często jak u kobiet po kolejnych porodach, pomimo mniejszego doświadczenia. Zatem można wskazać, że problemy w karmieniu piersią mają swoje uwarunkowania i nie wynikają tylko z braku doświadczenia matek. Nie należy zatem powodów krótkiego karmienia naturalnego przez matki w Polsce poszukiwać wyłączne u kobiet, lecz obserwować sytuację i działania personelu medycznego. Należy podkreślić, że kobiety po pierwszym, drugim i trzecim porodzie wymagają w równym stopniu uwagi personelu. Istotne okazują się tu zdobyte doświadczenie i większa skuteczność wieloródek. Zatem otoczenie profesjonalną opieką pierworódek może okazać się kluczowe.

Udane i długie karmienie naturalne zależy od wielu czynników, jednym z nich są doświadczenia z poprzednich porodów. Badania własne wykazują, że rodność jest związana z problemem samodzielnego przystawiania dziecka do piersi. Wśród badanych kobiet 60% przystawiało dziecko do piersi samodzielnie od samego początku, natomiast pozostałe 40% wymagało pomocy położnej. W grupie pierworódek aż 54% kobiet miało problem z samodzielnym przystawianiem dziecka do piersi. Okazuje się, że pomimo fizjologicznego i instynktownego aspektu karmienie naturalne przysparza pierworódkom znacznych problemów. Mniej więcej 26% noworodków reagowało drażliwością i niepokojem na próby karmienia piersią, co może być przyczyną niepokoju u matek, problemów z wytwarzaniem pokarmu oraz próśb o dokarmianie dzieci. Aż 33% dzieci z prezentowanych badań było dokarmianych mieszanką, z czego 26 na prośbę matek. Jedną z przyczyn zaprzestania karmienia piersią jest dokarmianie noworodków i niemowląt, dlatego istotne jest, aby było zalecane wyłącznie wówczas, gdy jest to konieczne. Dokarmianie noworodków niekorzystnie wpływa na przebieg karmienia piersią – zmniejsza nie tylko wytwarzanie mleka kobiecego, ale także popyt dziecka. Dzieci dokarmiane nie chcą ssać piersi. Poza tym podanie mieszanki może skutkować również utratą wiary matki w możliwości karmienia własnego dziecka [4, 9]. W badaniu głównie pierworódki dokarmiały dzieci. U matek w pierwszej ciąży stwierdzono też częściej problemy z przystawianiem dzieci do piersi, ponadto dzieci nie chciały chwytać i ssać piersi.

Okazuje się, że dokarmianie w Polsce jest dość powszechną działalnością; jeśli są wskazania medyczne, z pewnością jest ono uzasadnione. W badaniach Józefów i wsp. pierworódki i wieloródki dokarmiały mieszanką dzieci. Mieszaną formę karmienia stosowały najczęściej wieloródki (65%), pierworódki nieco rzadziej (55%). Natomiast 35% pierworódek i 30% wieloródek po porodzie siłami natury uznawało dopajanie i dokarmianie dzieci za konieczne [6]. W pierwszych dobach po narodzinach dokarmiania z medycznie uzasadnionych wskazań wymagają noworodki z problemami medycznymi, które nie ustępują mimo prawidłowego i intensywnego karmienia piersią. Z najważniejszych wskazań należy wymienić: hipoglikemię, odwodnienie, zmniejszenie masy ciała poniżej 10% masy urodzeniowej, nasiloną żółtaczkę oraz sytuację, gdy noworodek nie podejmuje z różnych powodów ssania

piersi. Wskazaniem do dokarmiania jest także opóźniona laktogeneza II u matki powyżej 5. doby od porodu. Jak wykazano wcześniej, wskazań medycznie uzasadnionych do dokarmienia nie jest wiele, niestety nie przekłada się to na rzesze dokarmianych noworodków [4]. Przedstawione badania wskazują na dużą liczbę noworodków dokarmianych na życzenie matki. Interesujące jest, czy noworodki były dokarmiane z powodów nieuzasadnionych medycznie, takich jak: niepokój, płacz, częste zgłaszanie się do karmienia, budzenie na karmienie w nocy, niechęć matki do karmienia, błędna diagnoza dotycząca rozmiaru i napięcia piersi [2], ból brodawek sutkowych i piersi [10]. Jak podano wyżej, 26% noworodków reagowało niepokojem i drażliwością podczas karmienia. Trudności z chwytaniem piersi występowały u 46% dzieci pierworódek. Natomiast brak chęci ssania wykazało 42% dzieci, także pierworódek. Zaprezentowane dane mogą wskazywać na nienależyte najadanie i głód dzieci, a także brak doświadczenia matek. Opisane sytuacje mogły bezpośrednio oddziaływać na matki i skłonić do próśb o dokarmiania. W takich sytuacjach niezbędna jest pomoc w inicjacji karmienia naturalnego udzielana kobietom w pierwszej ciąży z uwagi na ich brak doświadczeń, niepokój o dziecko, zmęczenie po porodzie, co w konsekwencji może doprowadzić do rezygnacji z karmienia naturalnego.

W badanej grupie kobiet porównywano również wystąpienie żółtaczki u noworodków ze względu na rodność. Okazało się, ze żółtaczka występowała u 20 dzieci pierworódek i 22 dzieci wieloródek. Żółtaczka noworodków spowodowana głodem jest najczęściej obserwowana w ciągu pierwszego tygodnia życia, kiedy karmienie naturalne jest inicjowane. Mechanizm powstawania żółtaczki w sytuacji niedożywienia związany jest ze zwiększonym wchłanianiem zwrotnym bilirubiny wolnej w jelitach. Po ukończeniu pierwszych 5 dni życia u noworodków karmionych piersią głód dodatkowo nasila i tak już zwiększone wchłanianie zwrotne bilirubiny w jelitach. Niewystarczające karmienie piersią i za mała podaż kalorii w pierwszych dniach życia powodują wchłanianie zwrotne bilirubiny w jelitach z powodu relatywnego głodowania i niedojadania [11, 12]. Zbyt mała podaż pokarmu matki powoduje też opóźnienie oddawania smółki, stanowiącej znaczący rezerwuar bilirubiny wolnej, co zwiększa jej wchłanianie zwrotne i powrót do krążenia. W takiej sytuacji istotne jest wczesne inicjowanie karmienia, kangurowanie, duże zaangażowanie personelu w pomoc każdej matce [13].

Zmęczenie i wyczerpanie matek oraz krwotok po porodzie mogą również być czynnikami decydującymi o dokarmianiu dziecka [2]. Aby zapobiec podaniu dziecku mieszanki, należy jak najwcześniej wdrożyć stymulację laktacji. Inicjacja karmienia jest istotna u wszystkich matek, bez względu na rodność. Należy podkreślić, że w sytuacji gdy dziecko jest karmione rzadko, nie na żądanie, z długą przerwą nocną, jest dokarmiane i przepajane i nie ma potrzeby, by ssać pierś, stan upośledzonego opróżniania piersi wydłuża się, a to, pomimo początkowo obfitej podaży mleka u matki, może doprowadzić do niedoboru pokarmu [4].

Jedną z przyczyn zaprzestania karmienia naturalnego mogą być także bolesność i uszkodzenie brodawek sutkowych, co obniża znacząco samopoczucie kobiet. Badania przeprowadzone przez Kiełbratowską i wsp. ukazują, że najczęściej występującymi problemami związanymi z karmieniem piersią były obecność bolesnych brodawek (55%), trudność z prawidłowym przystawieniem dziecka do piersi (37%), mała ilość pokarmu (26%), senność, drażliwość dziecka (24%); tylko 7% kobiet nie zgłaszało żadnych problemów dotyczących karmienia piersią [13]. Ból podczas ssania brodawek powoduje zniechęcenie matek do karmienia, a w konsekwencji zaprzestanie. Jest to znaczący problem, któremu należy zapobiegać poprzez wdrożenie odpowiednich praktyk, pomoc położnej podczas przystawiania dziecka do piersi po raz pierwszy oraz przyzwyczajenie dziecka do głębokiego chwytania brodawki sutkowej. W badaniach Gebuzy i wsp. wykazano, że bolesne uszkodzenie brodawek sutkowych dotyczyło 4,3% kobiet po porodzie [14]. Z badań własnych wynika, że problem bolesności brodawek wskazało 44% wszystkich kobiet, w tym 48% pierworódek. Bolesność brodawek sutkowych występuje najczęściej w pierwszych dobach po porodzie i jest uznawana za fizjologiczną, występuje nawet u 39–90% kobiet po porodzie. Tak znaczne różnice procentowe w badaniach dotyczące tego problemu mogą wskazywać na stosowanie odpowiednich praktyk w inicjowaniu karmienia piersią w niektórych szpitalach i unikaniu w ten sposób uszkodzenia mechanicznego brodawek. W naszym badaniu wiele kobiet bez względu na rodność cierpiało z powodu bólu, co może w efekcie skłonić do rezygnacji z karmienia.

Innym znaczącym problemem jest subiektywne odczucie braku lub niedoboru pokarmu. W badaniach przeprowadzonych przez Blyth wykazano, że spośród 92% kobiet karmiących piersią w pierwszym tygodniu po porodzie aż 63% badanych zrezygnowało z karmienia z powodu obaw o niedobór pokarmu w piersiach [9]. Z badań własnych wynika, że u 51% kobiet wystąpiła obawa o zbyt małą ilość pokarmu w stosunku do potrzeb dziecka. Mógł być to kolejny powód, dla którego matki prosiły o dokarmiania. Pierwsze tygodnie po narodzinach dziecka to okres stabilizacji laktacji. W badaniach przeprowadzonych przez

Bączyk i wsp. prawie połowa respondentek (41%) uznała laktację za niewystarczającą, co w konsekwencji prowadziło do dokarmiania dzieci mieszanką lub zaprzestania karmienia piersią. Autorzy uznają, że nie jest to zawsze związane z zaburzeniami laktacji, tylko ma podłoże w psychice matek [15].

Innym aspektem problemu braku pokarmu lub niedoboru jest brak wiedzy kobiet. Powyższe badania wskazują, że 12% kobiet w ogóle nie przygotowywało się do karmienia naturalnego, natomiast niektóre korzystały z różnych źródeł informacji, najwięcej z Internetu (37%). Jednym z najbardziej pożądanych sposobów pozyskania wiedzy o karmieniu naturalnym jest uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia, niestety tylko 18% kobiet z tej formy korzystało. W takich okolicznościach nie powinny nas zatem dziwić wyniki przeprowadzonych badań – nieprzeszkolone kobiety nie wiedzą, jak wytwarza się pokarm, wątpią w jakość i ilość własnego pokarmu, nie wiedzą, jak zmienia się pokarm – dlatego żądają od personelu dokarmiania dzieci.

Przeprowadzanie badań dotyczących problemów w karmieniu naturalnym jest korzystne w pracy położnych, ponieważ personel medyczny ma znaczący wpływ na przebieg karmienia naturalnego. Istotne dla matek jest, aby uniknąć problemów, które powodują zaprzestanie karmienia naturalnego. Dobry początek tego procesu jest zależny od profesjonalnej wiedzy i holistycznego podejścia do matki i dziecka oraz ojca dziecka. Zaangażowanie ojca dziecka jest pomocne w karmieniu naturalnym, ponieważ – odpowiednio poinformowany – może on pomóc w przystawianiu dziecka do piersi albo pomóc matce dziecka zmienić pozycję, gdy kobieta jest po porodzie operacyjnym lub cierpi. Istotne jest, aby każdy ojciec miał możliwość wspierania partnerki w podejmowaniu działań, a jego rola skutkowała długim karmieniem dziecka. W tym ważnym momencie życia niezbędnych jest kilka czynników, jednym z nich jest tworzenie więzi poprzez kontakt „skóra do skóry" bezpośrednio po porodzie, kangurowanie noworodka w oddziale, tworzenie więzi w relacjach matka – dziecko – ojciec. Natomiast wyjątkową rolą położnej jest inicjowanie karmienia naturalnego w pierwszych 6. godzinach po porodzie, pomimo trudności, jakie ma dziecko z chwytaniem brodawki sutkowej i mimo braku potrzeby ssania przez dziecko. Kobiety czasami nie potrafią przystawiać dziecka do piersi – wskazały na to także powyższe badania (aż 54% pierworódek miało taki problem, położnice w kolejnych ciążach też, ale w mniejszym stopniu). W związku z taką sytuacją pomoc instrumentalna położnej jest niezbędna, aby zainicjować karmienie. Gdy dziecko zostanie przystawione do piersi matki po raz pierwszy, zapamiętuje, jakie działania wykonywało i kolejne przystawianie dziecka do piersi nie powinno powodować problemów, ponieważ dziecko instynktownie chwyta pierś, ssie, uspokaja się, zapamiętuje ruchy i przy kolejnej próbie szuka piersi matki. Kłopoty z dostępnością fachowej pomocy w wyniku minimalnej obsady personelu na dyżurze, brak profesjonalizmu i holizmu mogą stanowić problemy.

Przeprowadzone badania powinny zwrócić uwagę personelu medycznego na znaczenie karmienia naturalnego dla zdrowia dziecka. Wiodącą rolę w zapobieganiu powyżej omówionym problemom odgrywają położne. Badania wskazują, jak cenne jest podnoszenie poziomu wiedzy personelu medycznego, które może zrekompensować brak wiedzy położnic i zapobiec występowaniu niektórych problemów w laktacji.

Wnioski

1. Samodzielne przystawianie dzieci do piersi jest związane z większą liczbą przebytych porodów.
2. Problemy z chwytaniem przez dziecko brodawki sutkowej, dokarmiania dziecka mieszanką, ból brodawek sutkowych występowały tak samo często u kobiet, bez względu na rodność.
3. Nie stwierdzono różnicy w występowaniu żółtaczki u noworodków oraz w karmieniu nocnym noworodków ze względu na rodność kobiet.
4. Personel medyczny powinien zaangażować się w inicjację i wspieranie karmienia piersią w pierwszych dobach po porodzie, ponieważ warunkuje to udane karmienie naturalne, gwarantujące korzyści zarówno dzieciom, jak i matkom.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contra-1indicated. Pedatr Clin Nord Am. 2013;60:295–318.
2. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M. Pozorny i rzeczywisty niedobór pokarmu. W: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A (red.). Karmienie piersią w teorii i praktyce. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012.
3. Mohrbacher N, Stock J. The Breastfeeding Answer Book. La Leche League International Book; 2003.
4. Żukowska-Rubik M. Dokarmianie dzieci karmionych piersią – kiedy, czym i jak? Stand Med Pediatr. 2013;11:189–199.
5. Mikiel-Kostyra K, Mazur J. Bariery w karmieniu piersią: cesarskie cięcie. Ped Pol. 1996;71(7):629–631.
6. Józefów P, Przestrzelska M, Knihinicka-Mercik Z. Przebieg laktacji we wczesnym połogu u kobiet po porodzie siłami na-

tury i przez cesarskie cięcie z uwzględnieniem rodności kobiety. Piel Zdr Publ. 2013;3,2: 133–142.
7. Makara-Studzińska M, Podstawka D, Doroszuk B et al. Wsparcie emocjonalne w opiniach położnic po cięciu cesarskim. Hygeia Public Health 2013; 48: 346-351.
8. Raport o stanie karmienia piersią w Polsce 2013, http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=153&Itemid=51&lang=pl.
9. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: application of breastfeeding self-efficacy theopry. Birth. 2002;29:278–284.
10. DaMota K, Bañuelos J, Goldbronn J et al. Maternal request for in-hospital supplemantation of healtly breastfed infants among low-income women. J Hum Lact. 2012;28:476–482.
11. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency Turing the first 24 hours after birth in full-term neonates. Pediatrics. 1990;86:171–175.
12. Whitmer DI, Gollan JL. Mechanisms and significance of fasting and dietary hyperbilirubinemia. Semin Liver Dis. 1983;3:42–51.
13. Kiełbratowska B, Preis K. Bolesność brodawek – najczęściej występujący problem laktacyjny wśród położnic przebywających w oddziale położniczym. Ann UMCS. 2005; Vol. 60, Suppl. 16,201:394–397.
14. Gebuza G, Gierszewska M, Kaźmierczak M, Michalska E. Przygotowanie kobiet do karmienia piersią. Probl Piel. 2010;18:406–412.
15. Bączyk G, Klejewski A, Urbaniak T et al. Wiedza o zaletach karmienia naturalnego, wśród kobiet rodzących pierwsze dziecko. Prz Lek. 2012;69,10:1021–1025.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Grażyna Gebuza
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
Collegium Medicum w Bydgoszczy
ul. Ignacego Łukasiewicza 1
85-821 Bydgoszcz
tel.: 52 585 59 04, tel. kom.: +48 796 061 139
e-mail: grazyna.gebuza@cm.umk.pl

PRACA ORYGINALNA

WSPARCIE A JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW DIALIZOWANYCH W TARNOWIE

SUPPORT AND THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS ON DIALYSIS IN TARNOW

Aneta Grochowska[1], Magdalena Kurzawska[2], Iwona Bodys-Cupak[3]

[1] Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
[2] absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie
[3] Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp. Badania epidemiologiczne prowadzone w ciągu ostatniego 10-lecia pozwoliły na udowodnienie faktu, że podejmowany w prezentowanej pracy temat jest problemem nie tylko medycznym i ekonomicznym, ale wręcz społecznym. Rola wsparcia emocjonalnego w opiece nad chorym dializowanym jest ważna na każdym etapie choroby i jej akceptacji.
Cel. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów dializowanych w Tarnowie oraz określenie czynników, które mają wpływ na jakość ich życia.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkiem Dializ w Szpitalu Wojewódzkim im. Świętego Łukasza w Tarnowie oraz Stacji Dializ w Specjalistycznym Szpitalu im. Edwarda Szczeklika w Tarnowie, a także wśród osób zdrowych, wybranych losowo spośród populacji w Żabnie. Dla osiągnięcia założonych celów badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. Narzędzia badawcze stanowiły kwestionariusz SF-36, skala wsparcia oraz autorski kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Spośród ankietowanych tylko 24% pracowało bądź jeszcze się uczyło, natomiast 76% badanych było na emeryturze bądź rencie. Z przeprowadzonego badania wynikało, że tylko 10% chorych wcale nie spotyka się z bliskimi, natomiast 44% badanych robiło to rzadko, a 46% bardzo często spędzało czas z rodziną bądź przyjaciółmi. Dializowani mogli w mniejszym stopniu liczyć na pomoc i wsparcie od współpracowników niż osoby zdrowe. Natomiast w przypadku rodziny i znajomych wyniki dla obu grup były najwyższe i bardzo podobne do siebie.
Wnioski. Z analizy badań wynika, iż osoby chore przewlekle dializowane w znacznym stopniu odczuwały wpływ choroby i prowadzonego leczenia na sferę psychospołeczną życia. Do najczęstszych problemów należały ograniczenia życia zawodowego, zmniejszenie chęci do spotkań ze znajomymi oraz pogarszający się fizyczny stan zdrowia.

Słowa kluczowe: dializa, jakość życia, wsparcie.

ABSTRACT

Introduction. Epidemiological studies conducted over the last decade made it possible to prove the fact that the subject is a problem not only medically and economically, but also socially. The role of emotional support in the care of dialysis patients is important at every stage of the disease and its acceptance.
Aim. The aim of the study is to assess the quality of life of patients on dialysis in Tarnów and to identify factors that affect their quality of life.
Material and methods. The scope of work includes a theoretical part, drawn up on the basis of a review of the literature and research, characterized by a description of the study patients in the department of internal medicine and nephrology with dialysis center in the Provincial Hospital. St. Luke's in Tarnow and Dialysis Specialist Hospital in them. Edward Szczeklik in Tarnów and a group of healthy subjects drawn randomly from among healthy population in Żabno.
Results. To the objectives of the research were used 3 questionnaire.
Conclusions. After the analysis of the study it can be concluded that chronically ill persons dialyzed extensively felt the impact of the disease and of therapy to psychosocial sphere of life. The most common problems were restrictions life, reduced willingness to meet with friends and deteriorating physical health.

Keywords: dialysis, quality of life, support.

Wstęp

Wśród chorób cywilizacyjnych XXI wieku, do których możemy zaliczyć cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe oraz otyłość, należy również wymienić przewlekłą chorobę nerek (PChN). Przewlekła choroba nerek to zespół chorobowy, który charakteryzuje się powolnym, ale nieodwracalnym i przeważnie postępującym pogorszeniem funkcji nerek [1]. Badania epidemiologiczne prowadzone w ciągu ostatniego 10-lecia pozwoliły na udowodnienie faktu, że PChN jest problemem nie tylko medycznym i ekonomicznym, ale także społecznym. W różnych krajach przewlekła choroba nerek występuje bardzo często i dotyczy 6–15% populacji. Zgodnie z szacunkowymi wyliczeniami oznacza to, iż na całym świecie na PChN choruje ok. 600 mln osób, w Polsce odpowiednio ponad 4 mln obywateli [2]. Częstość występowania chorób nerek i układu moczowego wzrasta u pacjentów w wieku podeszłym i dotyczy to w głównej mierze mężczyzn. Potwier-

dza to tezę, że płeć należy do czynników ryzyka rozwoju PChN. Przewlekła choroba nerek może być następstwem czy też powikłaniem wszystkich pozostałych chorób cywilizacyjnych, od otyłości samej w sobie oraz w powiązaniu z cukrzycą począwszy, poprzez nadciśnienie tętnicze, na chorobie sercowo-naczyniowej skończywszy [3]. Przewlekła choroba nerek u osób w podeszłym wieku stanowi wyzwanie dla współczesnej nefrologii i dializoterapii z uwagi na [4] gwałtowny wzrost populacji osób w podeszłym wieku (tj. > 65. r.ż.), ogólnoustrojowe problemy geriatryczne, odrębności przebiegu klinicznego i leczenia PChN, problemy socjalno-ekonomiczne i emocjonalno-psychologiczne, specyficzne dla podeszłego wieku.

Ogromny rozwój dializoterapii w Polsce nastąpił po 2000 roku. Przyczyniły się do tego skuteczny program rozwoju dializoterapii, zmiana organizacji ochrony zdrowia w Polsce po reformie systemu ubezpieczeń, rozwój niepublicznych stacji dializ i poprawa jakości kształcenia lekarzy w zakresie wykonywania i profilaktyki chorób nerek [5].

Przewlekła choroba oraz sposoby jej leczenia mają znaczący wpływ na jakość życia pacjentów dializowanych. Uwarunkowana jest wielowymiarowym pojęciem i obejmuje ocenę dobrostanu fizycznego, psychicznego, socjalnego, duchowego i funkcjonalnego. Zarówno czynniki obiektywne (stan zdrowia, obraz kliniczny, rozpoznanie), jak i subiektywne (psychiczne, fizyczne, społeczne, międzyludzkie) mają wpływ na jakość życia, jednak to stan somatyczny, sprawność fizyczna, relacje społeczne i samopoczucie psychiczne podlegają analizie podczas oceny poziomu jakości życia. Jakość życia w chorobach przewlekłych związana jest z szeroko pojętą rehabilitacją medyczną, zawodową i psychospołeczną, a jej poziom zależy od rodzaju schorzenia i możliwości prowadzenia terapii, czasu trwania schorzenia, wieku chorego, indywidualnych warunków psychofizycznych i odporności chorego, zdolności chorego do podejmowania samoopieki, od zasobów i wsparcia środowiskowego [6].

Rodzina i najbliżsi z otoczenia chorego stanowią układ wspierający. W tym pojęciu społeczność rodzinna dotyczy tych wszystkich, od których pacjent spodziewa się wsparcia. Brak zrozumienia i wsparcia ze strony osób najbliższych rodzi u chorego poczucie beznadziejności oraz małej wartości społecznej. Może to prowadzić do depresji, zobojętnienia chorego na dalsze losy leczenia oraz braku chęci do walki. Świadomość, że jest się akceptowanym, pomaga walczyć z obniżeniem własnej wartości i przetrwać trudne chwile. Zarówno rodzina, jak i przyjaciele, współpracownicy, sąsiedzi, wszyscy, którzy stanowią określone wsparcie społeczne, w dużej mierze wpływają na stosunek chorego do życia i akceptacji swojej choroby [7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów dializowanych w Tarnowie oraz określenie czynników, które mają wpływ na jakość ich życia.

Materiał i metody

Dla osiągnięcia założonych celów badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. Narzędzia badawcze stanowiły kwestionariusz SF-36, skala wsparcia oraz autorski kwestionariusz ankiety. Analiza statystyczna została wykonana z wykorzystaniem programu IBM SPS Statistic 18. Założony poziom istotności wynosił 0,05.

Badaniem objęto 100 osób, które zostały podzielone na dwie grupy:

– grupę I – docelową – składającą się z 50 osób dializowanych, pacjentów znajdujących się na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkiem Dializ w Szpitalu Wojewódzkim im. Świętego Łukasza w Tarnowie oraz w Stacji Dializ w Specjalistycznym Szpitalu im. Edwarda Szczeklika wTarnowie;
– grupę II – kontrolną – składającą się z 50 osób zdrowych dobranych pod względem płci, wieku i poziomu wykształcenia, które nie miały terapii nerkozastępczej, wyłonionych losowo spośród zdrowej populacji. Dane zostały zebrane w Żabnie.

Badania przeprowadzono od stycznia do marca za zgodą osób ankietowanych.

Grupa hemodializowanych składała się w 42% z kobiet oraz w 58% z mężczyzn. Największą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku od 51 do 70 lat – 40%. Mniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 30 do 50 lat oraz powyżej 70 lat – 28%. Najmniejszą grupę stanowiły osoby młode poniżej 30. r.ż. – 4%. Jak wynika z badania, najwięcej osób było dializowanych po 50. r.ż. Ponad połowa (60%) respondentów mieszkała w mieście, a 40% badanych pochodziło z obszarów wiejskich. Z przeprowadzonego badania wynika, że tylko 12% osób mieszkało samotnie, 36% mieszkało z współmałżonkiem, natomiast 52% mieszkało z rodziną.

Wyniki badań

Jednym z bardzo ważnych aspektów życiowych każdego człowieka jest aktywność zawodowa, która przede wszystkim daje poczucie bezpieczeństwa, pozwala na utrzymanie się na odpowiednim poziomie. Brak pracy zarobkowej nie tylko ogranicza nasze podstawowe potrzeby egzystencji, ale wpływa też negatywnie na rozwój naszej osobowości. Także w przypadku doboru odpowiedniej metody dializ ważny jest sposób życia chorego. Spośród

ankietowanych 24% było obecnych na rynku pracy bądź jeszcze uczyło się, 76% badanych było już na emeryturze lub rencie. Przed rozpoczęciem terapii nerkozastępczej 64% było aktywnych zawodowo, a 36% – nie. Oznacza to, że w wyniku pojawienia się choroby nerek i rozpoczęcia dializ większość chorych musiała zmienić swój styl życia i porzucić pracę zawodową.

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na poprawę jakości życia chorego jest wybór metody dializy. W przeprowadzonym badaniu wszyscy badani byli leczeni przy użyciu hemodializy. Ponad połowa badanych (76%) była zadowolona z metody dializoterapii, pozostałe osoby nie były zadowolone. Częstość wykonywania dializy była zróżnicowana, 22% ankietowanych miało dializy 2 razy w tygodniu, natomiast 78% miało je raz w tygodniu, nikt z badanych nie miał dializoterapii 4 razy w tygodniu.

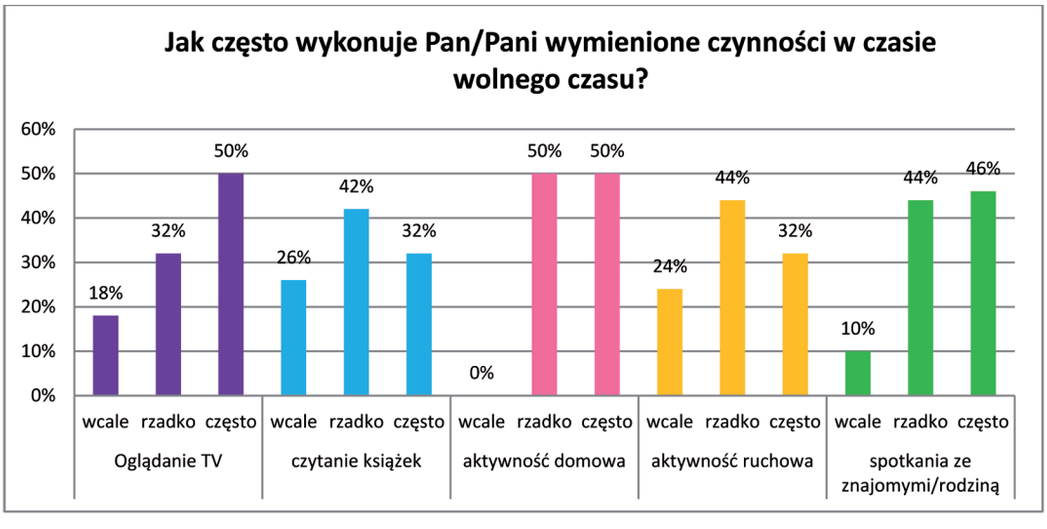
Ponad połowa osób (78%) poddawana była dializie krócej niż 5 lat, 18% – 5–10 lat,a jedynie 6% miało dializy ponad 10 lat.

Jednym z istotnych elementów zwiększających proces adaptacji do leczenia jest akceptacja choroby. Pozwala szybciej przystosować się do życia i poradzić sobie w nowej sytuacji zdrowotnej. W przeprowadzonym badaniu 56% ankietowanych zadeklarowało, że akceptuje chorobę, natomiast 44% chorych nie akceptowało swojej sytuacji zdrowotnej. Wszystkie osoby dializowane obawiały się o swoje zdrowie.

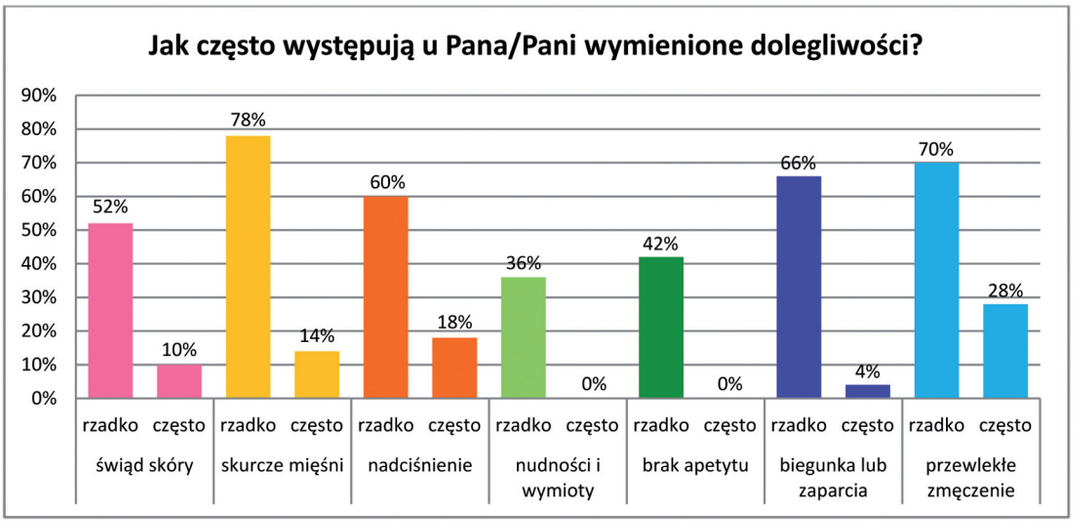
Bardzo ważny wpływ na poziom egzystencji, zakup potrzebnych leków, a także samopoczucie psychiczne ma sytuacja materialno-finansowa osób dializowanych. Dobrą sytuację materialno-finansową deklarowało 42% badanych, u 40% ankietowanych była ona średnia, natomiast 18% chorych narzekało na niedostateczną ilość środków pieniężnych.

Ważnym aspektem życia jest spędzanie czasu wolnego. Niestety większość osób dializowanych zazwyczaj prowadzi siedzący tryb życia, telewizję często oglądało 50% badanych, 32% – rzadko, a tylko 18% deklarowało, że nie ogląda wcale. Książki często czytało 32% badanych, a rzadko – 42%. Obowiązki domowe wykonywała każda osoba dializowana, jedna połowa aktywna była rzadko, a druga – często. Aktywności ruchowej nie wykonywało wcale 24% osób dializowanych, 44% robiło to rzadko, a tylko 32% często mobilizowało się do wykonania jakichkolwiek ćwiczeń fizycznych. Kolejnym przykładem na spędzanie czasu wolnego było spotkanie z rodziną lub znajomymi. Tylko 10% chorych wcale nie spotykało się z bliskimi, 44% badanych robiło to rzadko, a 46% bardzo często spędzało czas z rodziną bądź przyjaciółmi (**Rycina 1**).

Większość chorych dobrze znosi hemodializy, jednak w czasie zabiegu mogą pojawić się objawy niepożądane, jak świąd skóry, skurcze mięśni, nudności i wymioty czy spadek ciśnienia krwi. Najczęściej występującym objawem, na który skarżyli się dializowani, było przewlekłe zmęczenie, które wśród 28% badanych występowało często, a u 70% – rzadko. Kolejnym było nadciśnienie, które występowało często u 18% badanych, a u 60% – rzadko, 22% dializowanych nie skarżyło się wcale na problemy z podwyższonym ciśnieniem. Skurcze mięśni pojawiały się często u 14% badanych, a rzadko u 78% ankietowanych, tylko u 8% respondentów taki objaw nie występował wcale. Kolejnym niepokojącym objawem pojawiającym się w czasie dializ jest świąd skóry, który występował często u 10% badanych, rzadko u 52% osób dializowanych,



Rycina 1. Sposoby spędzania czasu wolnego przez osoby dializowane



Rycina 2. Typowe powikłania występujące w trakcie zabiegu hemodializy

a u 38% symptom ten nie występował. Na inne skutki uboczne dializ, takie jak biegunka lub zaparcia, często skarżyło się 4% badanych. U 66% respondentów problemy z wydalaniem pojawiały się rzadko, a 30% badanych nie miało ich wcale. Natomiast brak apetytu, nudności i wymioty w badanej grupie osób występowały rzadko, narzekało na nie odpowiednio 42% i 36% (**Rycina 2**).

Wyniki kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 przedstawiały się następująco: w kategorii ogólnej oceny zdrowia kwestionariusza SF-36 można było uzyskać najlepszy wynik na poziomie 0, a możliwie najgorszy – na poziomie 24 punktów. Grupa osób dializowanych uzyskała wynik na poziomie 15,58, natomiast grupa osób zdrowych osiągnęła wynik 11,76, czyli lepszy o 3,81. W kategorii funkcjonowanie fizyczne kwestionariusza SF-36 można było uzyskać możliwe najlepszy wynik na poziome 0, a możliwe najgorszy – na poziomie 50 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 16,08, a osoby zdrowe – 6,28, czyli o 9,8 punktu lepszy. Natomiast w kategorii ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról można było uzyskać możliwie najlepszy wynik na poziomie 0, a możliwie najgorszy – 20 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 9,8 punktu, a osoby zdrowe – wynik prawie o połowę lepszy, czyli 4,6 punktu. W komponencie funkcjonowania społecznego kwestionariusza SF-36 można było osiągnąć możliwie najlepszy wynik na poziomie 0 punktów, a możliwie najlepszy na poziomie 8 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 2,56 punktu, natomiast osoby zdrowe – niewiele niższy, bo na poziomie 2,16 punktu. W kategorii witalność kwestionariusza SF-36 można było osiągnąć możliwie najlepszy wynik na poziomie 0 punktów, a możliwie najgorszy – na poziomie 20 punktów. Osoby dializowane uzyskały wynik 8,5 punktu, natomiast osoby zdrowe osiągnęły nieco gorszy wynik, bo 9,08 punktu. W komponencie ogólnej oceny zdrowia można było uzyskać możliwie najlepszy wynik na poziomie 0, natomiast możliwie najgorszy – na poziomie 25 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 11,86 punktu, natomiast osoby zdrowe – wynik lepszy o prawie 2 punkty – 9,88 punktu. Można zatem stwierdzić, że osoby leczone nerkozastępczo gorzej oceniały swoje zdrowie i funkcjonowanie fizyczne. Osoby dializowane doświadczały większych trudności w zakresie funkcjonowania fizycznego w pełnieniu ról niż osoby zdrowe. Osoby zdrowe odczuwały mniejszą sprawność/żywotność niż osoby leczone.

Podsumowując wyniki kwestionariusza SF-36, można było uzyskać możliwie najlepszy wynik na poziomie 0 punktów, a możliwie najgorszy – na poziomie 171 punktów. Osoby dializowane osiągnęły wynik 71,22 punktu, a osoby zdrowe – wynik lepszy o ponad 21 punktów, czyli osiągnęły 49,56 punktu. Można zatem stwierdzić, że osoby dializowane gorzej oceniają swoją jakość życia w porównaniu z osobami zdrowymi.

Wyniki skali wsparcia społecznego

Z analizy wynika, że osoby zdrowe mogły zdecydowanie bardziej liczyć na pomoc i wsparcie w pracy niż osoby dializowane. Natomiast w przypadku rodziny i znajomych wyniki dla obu grup były najwyższe i bardzo podobne do siebie.

Osoby zdrowe mogły uzyskać potrzebne wskazówki z każdej z grup społecznych dużo częściej i w szerszej perspektywie niż osoby dializowane, różnica między grupami badaną i kontrolną była znacząca i wynosiła 1,1 w grupie

współpracownicy, a 0,54 w grupie przełożeni. Wynika to z tego, że osoby zdrowe miały szersze spektrum grup społecznych, od których mogły uzyskać te wskazówki, a tym samym nie potrzebowały tak dużego jak osoby chore wsparcia rodziny. Osoby dializowane pozyskiwały potrzebne informacje i wskazówki od najbliższych, a kontakt z grupą zawodową był z powodu choroby ograniczony lub często przerwany.

Rodzina i znajomi jest to grupa osób, przy których zarówno pacjenci, jak i badane zdrowe osoby czuli się najlepiej i bezpiecznie. Osoby dializowane pracujące nie chciały dzielić się swoimi przeżyciami i kłopotami w kręgu zawodowym. Najpewniej nie chciały być odbierane gorzej oraz inaczej oceniane zawodowo. Często ukrywały swoją chorobę. Uzyskany wynik w grupie zawodowej 1,5–1,6 mógł być podyktowany utratą zaufania do współpracowników, rezygnacją z pracy lub jej brakiem.

Osoby dializowane mogły liczyć w trudnych sytuacjach przeważnie na pomoc rodziny (4,1) oraz znajomych (3,12). Bardzo niskie wsparcie grupy zawodowej wynikało z wielu przyczyn. Jedną z nich był brak więzi osoby chorej ze zdrowymi. Osoby chore nie chciały dzielić się problemami w grupie zawodowej, więc tej pomocy najczęściej nie otrzymywały, a jeśli zdecydowały się prosić o pomoc, to częściej kierowały się do przełożonych (1,54) niż współpracowników (1,5).

Osoby dializowane nie odnajdowały zrozumienia i pocieszenia wśród znajomych z pracy. Zawsze byli oni nastawieni na uzyskiwanie dobrych wyników zespołu, osoby chore nie czuły tak mocnej przynależności zawodowej jak osoby zdrowe, więc braki te kompensowały wśród najbliższych, co dobrze widoczne jest w rezultatach skali wsparcia (rodzina – 4,12, znajomi – 3,56 oraz grupa zawodowa 1,5–1,52).

W celu zbadania wpływu otrzymywanego wsparcia na poziom jakości życia pacjentów dializowanych w Tarnowie posłużono się testem t-studenta dla prób niezależnych. Wyniki przeprowadzonego testu wykazały, że wartość obliczeniowa t wynosi 3,61, istotność dwustronna – 0,001, a więc należy wnioskować, że poziom jakości życia osób dializowanych był istotnie statystycznie niższy niż w przypadku osób zdrowych (**Tabela 1**).

Ocena wpływu dolegliwości bólowych na funkcjonowanie fizyczne badanych wykazała, że jakość życia badanych w sferze funkcjonowania fizycznego jest niższa wśród osób odczuwających dolegliwości bólowe ($t = -4,22$, $p < 0,05$). Jakość życia dializowanych była niższa niż w przypadku osób zdrowych.

Pomiędzy zmiennymi komponentu psychicznego u każdej z badanych osób, zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej, istniała słaba korelacja ($t = -2,23$, $p < 0,05$). Osoby dializowane miały istotnie gorsze samopoczucie niż osoby zdrowe.

Pomiędzy wynikami skali wsparcia uzyskanymi przez osoby zdrowe oraz dializowane istniała bardzo słaba korelacja ujemna. Wartość statystyki t obliczeniowej wynosiła 3,24, a poziom istotności wynosił 0,002, a więc jest niższy od zakładanego 0,05. Oznaczało to, że osoby chore odczuwały niższy poziom dostępności wsparcia niż osoby zdrowe.

W przypadku osób pogodzonych z wystąpieniem choroby średnia wyników uzyskanych na skali wsparcia wynosiła 2,67, natomiast w przypadku pacjentów buntujących się przeciwko chorobie poziom skali wsparcia wynosił 2,19. Wartość statystyki t obliczeniowej wynosiła 2,43, natomiast istotność dwustronna wynosiła 0,01, a zatem niedobór wsparcia społecznego miał wpływ na akceptację choroby przez badanych pacjentów i ich chęć do walki z przeciwnościami.

Dyskusja

Ważnym aspektem wpływającym na jakość życia jest obecność rodziny oraz zamieszkanie z bliskimi. Z analizy własnych badań wynika, iż tylko 12% dializowanych mieszkało samotnie, 36% mieszkało z współmałżonkiem,

Tabela 1. Test t-studenta badający istotność pomiędzy jakością życia w grupie badanej i kontrolnej

	Test t równości średnich						
Występowanie różnic	t	df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
						dolna granica	górna granica
w komponencie fizycznym	-4,222	98	0,000	-17,800	4,21641	-26,16733	-9,43267
w komponencie psychicznym	-2,237	98	0,028	-4,00000	1,78796	-7,54815	-0,45185
pomiędzy wynikami skali wsparcia	2,429	48	0,019	0,47880	0,19710	0,08251	0,87509

natomiast aż 52% mieszkało z rodziną. Według badań przeprowadzonych przez Grochowską i wsp. wśród pacjentów szpitali w Tarnowie wynikało, iż samotnie mieszkało 16% pacjentów, tylko z małżonkiem – 21%, natomiast 63% mieszkało z rodziną [8].

Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia jest aktywność zawodowa. W wyniku przeprowadzonych badań własnych stwierdzono, iż tylko 64% respondentów dializowanych było aktywnych zawodowo. Z badań przeprowadzonych przez Kapkę-Skrzypczak i wsp. wynikało, że w grupie dializowanych otrzewnowo wszyscy uczestnicy ankiety pracowali przed rozpoczęciem leczenia. Natomiast wśród osób hemodializowanych 60% było aktywnych zawodowo, zaś 40% nie pracowało w momencie rozpoczęcia hemodializ [9].

Istotnym elementem jest także ocena zadowolenia chorych ze stosowanej przez nich metody leczenia. Z własnych badań wynika, iż 76% osób było zadowolonych, a tylko 24% – niezadowolonych z metody leczenia. Badania przeprowadzone przez Kapkę-Skrzypczak i wsp. wykazały podobnie, iż prawie wszyscy ankietowani zadowoleni byli z metody leczenia nerkozastępczego (97,5%) [9].

Należy również zwrócić uwagę na dolegliwości pojawiające się podczas wykonywania dializy. Z badań własnych wynika, iż najczęstszym objawem, na który skarżyły się osoby dializowane, było przewlekłe zmęczenie, które często występowało u 28% badanych, a u 70% – rzadko. Kolejnym problemem było nadciśnienie, które występowało często u 18% badanych, a u 60% – rzadko, natomiast tylko 22% dializowanych wcale nie zgłosiło kłopotów z ciśnieniem. Następnie bardzo często u osób uczęszczających na terapię nerkozastępczą występują skurcze mięśni, które pojawiły się często u 14% badanych, a rzadko – u 78% ankietowanych. Kolejnym niepokojącym objawem pojawiającym się u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek jest świąd skóry, który występował często u 10% badanych, a rzadko – u 52% osób dializowanych. Brak apetytu, nudności i wymioty w badanej grupie osób występowały rzadko, bo narzekało na nie odpowiednio 42% i 36%. W badaniach przeprowadzonych przez Wojewodę i wsp. wykazano, że u 45% ankietowanych występowało zmęczenie, następnie zgłaszali oni: nużliwość mięśni (21%), kurcze mięśni (18%), bóle głowy (17%), bezsenność (12%), świąd skóry (11%), bóle stawów (15%), spadki ciśnienia (8%) [10].

Do czynników determinujących jakość życia osób dializowanych należy również często liczba hospitalizacji z powodu powikłań leczenia nerkozastępczego. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że u aż 68% chorych takie komplikacje nie wystąpiły. Natomiast 30% badanych było hospitalizowanych 1–2 razy, a tylko 2% respondentów było leczonych w szpitalu powyżej trzech razy. Z badań wykonanych przez Kapkę-Skrzypczak i wsp. wynika, że 1–2 razy w przeciągu 6 miesięcy w szpitalu przebywało 42,5%, natomiast więcej niż dwa razy hospitalizowanych było ogółem 15% leczonych nerkozastępczo [9].

W utrzymaniu wysokiej jakości życia oraz dobrego samopoczucia ważne jest posiadanie hobby, które dostarcza przyjemności i pomaga w zmaganiu się z chorobą. Jak wynika z przeprowadzonych badań, aż 68% ankietowanych miało swoje pasje, a tylko 32% chorych nie miało hobby. Ankietowani często oglądali telewizję i realizowali się w gospodarstwie domowym, natomiast rzadko korzystali z zorganizowanych form aktywności ruchowej i spotkań z osobami bliskimi i znajomymi.

Na jakość życia osób dializowanych istotny wpływ może mieć również czas leczenia. Z badań własnych wynika, iż 78% poddawanych było dializie krócej niż 5 lat, 18% – 5–10 lat, a jedynie 6% było leczonych ponad 10 lat. Z badań przeprowadzonych przez Wojewodę i wsp. wynika, że najbardziej liczną grupę stanowili pacjenci leczeni za pomocą hemodializy od 1–5 lat (36%), następnie do roku (32%), terapią powyżej 10 lat objętych było 10% grupy [10].

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły, że osoby chore przewlekle dializowane w znacznym stopniu odczuwały wpływ choroby i prowadzonego leczenia na sferę psychospołeczną życia. Do najczęstszych problemów należały ograniczenia życia zawodowego, zmniejszenie chęci do spotkań ze znajomymi oraz pogarszający się fizyczny stan zdrowia. Wsparcie zarówno rodziny, bliskich, jak i społeczne ma wpływ na jakość życia osób dializowanych. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w przypadku grupy osób zdrowych samoocena poziomu wsparcia współpracowników i przełożonych była istotnie wyższa niż w przypadku osób dializowanych. Wynika to m.in. z faktu, że prowadzenie terapii w znacznym stopniu wymusza ograniczenie aktywności zawodowej.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1) osoby dializowane mają niższą jakość życia niż osoby zdrowe;
2) najważniejszym czynnikiem obniżającym jakość życia osób dializowanych był stopień, w jakim choroba i dializy ograniczyły zdolność do wykonywania czynności, które wymagały aktywności fizycznej;
3) sposób prowadzenia terapii nerkozastępczej w znacznym stopniu wymuszał ograniczenie aktywności za-

wodowej, co miało wpływ na ograniczenie kontaktów społecznych;

4) osoby dializowane mogły liczyć na wsparcie ze strony rodziny i bliskich, jednak nie miało to wpływu na poziom akceptacji choroby.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Białobrzeska B. Rola pielęgniarki w edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Forum Nefrol. 2008;1(1):45–51.
2. Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek (PChN) – wyzwanie XXI wieku. Przew Lek. 2007;2:80–88.
3. Król E, Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek – klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka. Forum Nefrol. 2008;1(1):1–6.
4. Wańkowicz Z. Dializa otrzewnowa – metoda leczenia chorych w podeszłym wieku. Med Wieku Podeszłego. 2011;1(1):42–47.
5. Wruk-Złotowska A, Wruk K. Planowanie obsady pielęgniarskiej w stacjach hemodializ. Forum Nefrol. 2011;4(3):258–265.
6. Gętek M, Czech N, Białek-Dratwa A, Fizia K, Muc-Wierzgoń M, Kokot T, Nowakowska-Zajdel E. Quality of life in patients subjected to chronic renal replacement therapy – literature review. Hygeia Public Health. 2012;47(2):151–156.
7. Wiśniewska L, Paczkowska B, Białobrzeska B. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. Forum Nefrol. 2010;3(1): 63–70.
8. Grochowska A, Puto G, Kołpa M, Schlegel-Zawadzka M. Opinions of patients on hemodialysis about their own health and physical and mental status. Hygeia Public Health. 2012;47(1):100–104.
9. Kapka-Skrzypczak L, Lipin B, Niedźwiecka J, Sawicki K, Cyranka M, Haratym-Maj A, Skrzypczak M, Kruszewski M. Subjective assessment of quality of life dialysis patients by peritoneal dialysis and hemodialysis. Probl Hig Epidemiol. 2012;93(4):790–797.
10. Wojewoda K, Talarska T, Niewiadomski T, Stanisławska J, Drozd E. Charakterystyka chorych z przewlekłą niewydolnością nerek terenu średniej wielkości miasta w Wielkopolsce. Probl Hig Epidemiol. 2012;93(3):536–541.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Aneta Grochowska
Zakład Pielęgniarstwa, PWSZ w Tarnowie
ul. Adama Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
tel. kom.: 692 802 566
e-mail: grochowskaaneta@o2.pl

PRACA POGLĄDOWA

WIRUS ZIKA – NOWY PROBLEM WSPÓŁCZESNEGO ŚWIATA?

ZIKA VIRUS – A NEW PROBLEM OF THE MODERN WORLD?

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

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

STRESZCZENIE

Wirus Zika jest znany od lat 40. XX wieku. Rozprzestrzenia się przez komary z gatunku *Aedes*. Przenoszony jest z człowieka na człowieka przez kontakty seksualne, z matki na dziecko i infuzje krwi zakażonej. Objawy zakażenia nie są charakterystyczne i przypominają lekkie przeziębienie. Nie ma szczepionki przeciwko wirusowi Zika. Leczenie polega głównie na łagodzeniu nieprzyjemnych objawów związanych z chorobą. Do profilaktyki zaliczamy ochronę przed komarami oraz unikanie obszarów związanych z wirusem. Celem pracy jest podniesienie wiedzy społeczeństwa na temat współczesnego problemu globalnego, którym wszyscy jesteśmy zagrożeni.

Słowa kluczowe: wirus Zika, medycyna tropikalna, podróże, epidemia.

ABSTRACT

Zika virus has been known for 40 years of the twentieth century. Spread by mosquitoes of the genus Aedes. It is transmitted from person to person through sexual contact, from mother to child and infusions of infected blood. The symptoms are not specific and resemble small cold. There is no vaccine Zika. Treatment consists primarily for alleviating unpleasant symptoms associated with the disease. For prevention include protection against mosquitoes and avoid areas related to the virus. The objective is to raise public awareness of the very modern problem of the world, where we are all at risk.

Keywords: Zika virus, tropical medicine, travels, epidemic.

Co to jest wirus Zika?

Wirus Zika rozprzestrzenia się wśród ludzi głównie przez ukąszenie zarażonego komara z gatunku *Aedes*. Komary te przenoszą również dengę i żółtą gorączkę. Bardzo często zarażenie wirusem Zika przebiega bezobjawowo, u części osób występują objawy podobne do malarii: bóle głowy, mięśni, gorączka, bóle i obrzęki stawów. Objawy są zwykle łagodne i trwają od kilku dni do tygodnia po ugryzieniu przez zarażonego komara. Ludzie zwykle nie odczuwają skutków choroby, dlatego nie zgłaszają się do szpitala. Z tego powodu duża grupa osób nie zdaje sobie sprawy, że została zakażona [1, 2].

Na chorobę spowodowaną przez wirusa Zika nie ma lekarstwa. Walczy się jedynie z jej objawami, na przykład poprzez obniżenie gorączki bądź dolegliwości bólowych. Nie istnieje również szczepionka przeciwko temu wirusowi [2].

Obecna epidemia jest związana z chorobami neurologicznymi i powikłaniami po urodzeniu. Neurologiczną chorobą najbardziej powiązaną z Zika jest zespół Guillaina-Barrégo. Jest to odwracalna choroba, która powoduje mrowienie, a czasem poważne osłabienie. Powikłaniami po urodzeniu, które zostały zaobserwowane u dzieci, są małogłowie oraz zwapnienia wewnątrzczaszkowe. Te niszczycielskie wady wrodzone doprowadziły do zaniepokojenia opinii publicznej [3].

Rys historyczny

Wirus Zika (ZIKV) początkowo został wyizolowany w 1947 roku od rezusa w Ugandzie podczas badań żółtej gorączki. Pierwsze dowody ludzkiej transmisji Zika odnotowano w 1952 r., kiedy to Smithburn znalazł przeciwciała w surowicy krwi człowieka pochodzącego z Afryki Wschodniej. Sporadyczne przypadki ZIKV u ludzi odnotowano w Afryce i Azji przed 2007 r. Większe ogniska zostały zarejestrowane poza tymi regionami – na wyspach Mikronezji, Polinezji Francuskiej i Nowej Kaledonii na Oceanie Spokojnym. W Brazylii pierwsza autochtoniczna transmisja ZIKV odnotowana została w regionie północno-wschodnim w maju 2015 r. Uważa się, że wirus Zika przeniesiony został do Brazylii przez bezobjawowych podróżujących podczas mistrzostw świata w 2014 (wyścigi kajaków) [4].

Obecnie w Brazylii potwierdzono wysoką liczbę przypadków małogłowia, głównie w północno-wschodniej części kraju. Uważa się, że jest to związane z zakażeniem ZIKV nabytym w czasie ciąży [4]. Od października 2015 r. wykryto 3,9 tys. przypadków małogłowia u niemowląt [2].

Po pojawieniu się niecodziennych skupisk małogłowia wśród dzieci urodzonych jesienią 2015 r. w Brazylii, a retrospektywnie w Polinezji Francuskiej, WHO ogłasza w styczniu 2016 r. *public health emergency of international concern* zdrowia publicznego o potencjalnie globalnym zasięgu [5].

Miejsca występowania wirusa

Od końca 2015 r. bezprecedensowa epidemia wirusa Zika rozprzestrzenia się szybko w całej Ameryce Południowej. Po potwierdzeniu pierwszych przypadków infekcji tym wirusem z rodzaju *Flavivirus* w maju 2015 r. w Brazylii autochtoniczna transmisja zakażeń została zgłoszona z Kolumbii, Surinamu, Salwadoru, Gwatemali, Martyniki, Paragwaju, Meksyku, Wenezueli, Gujany, Panamy, Hondurasu, Puerto Rico, Ekwadoru, Haiti, Barbadosu, Boliwii i Saint Martin [6]. Liczba zgłoszonych przypadków to obecnie setki tysięcy i niewątpliwie odzwierciedla tylko ułamek całkowitej liczby osób zakażonych [7].

Zika występowała w Afryce Subsaharyjskiej (1971–2010), Południowej i Azji Południowo-Wschodniej (1969–2013), a następnie Mikronezji (Yap, 2007), Polinezji Francuskiej i na innych wyspach Pacyfiku (2013–2014), w tym z dużym wybuchem na Wyspie Wielkanocnej (2014) oraz w Brazylii (2014) [7].

Drogi zakażenia

Komary z gatunku *Aedes*

Główną drogą zakażenia się człowieka wirusem Zika są komary z gatunków *Aedes* (*A. aegypti* i *A. albopictus*), których naturalnym środowiskiem jest ciepły klimat. Komary te zazwyczaj składają jaja w pobliżu stojącej wody w przedmioty takie jak wiadra, miski, naczynia zwierząt, donice i wazony. Komary żyją w pobliżu ludzi. Do zakażenia komara dochodzi, kiedy ukłuje zakażoną osobę. Taki owad, kłując zdrową osobę, przenosi wirusa i zakaża kolejną osobę [1, 2].

Przenoszenie wirusa drogą seksualną

Mężczyźni mogą zarazić swoje partnerki w przypadku kontaktu seksualnego. W znanych przypadkach prawdopodobnego zakażenia mężczyźni, którzy zarażali swoje partnerki, mieli już objawy choroby, ale wirus także może być przenoszony przed, w trakcie i po wystąpieniu objawów. Wirus Zika jest dłużej obecny w nasieniu niż w krwi [1, 8].

Z matki na dziecko

Matka zainfekowana wirusem Zika może przekazać wirusa swojemu noworodkowi w czasie narodzin. Kobieta w ciąży może przekazać wirusa płodowi podczas ciąży.

Do tej pory nie ma doniesień o przekazywaniu niemowlętom wirusa Zika poprzez karmienie piersią. Ze względu na korzyści wynikające z karmienia piersią matki są zachęcane do karmienia piersią nawet w rejonach, w których występuje wirus [1].

Infuzje krwi

Począwszy od 1 lutego 2016 r., nie było żadnych potwierdzonych przypadków przeniesienia wirusa w wyniku transfuzji krwi w Stanach Zjednoczonych. Odnotowano liczne doniesienia o przypadkach przenoszenia wirusa w Brazylii. Raporty te są obecnie badane [1].

Najnowsze odkrycia wykazały obecność wirusa Zika we krwi, nasieniu, moczu i ślinie. Jednak nie ma do tej pory żadnych dowodów naukowych na poparcie tezy, że do zakażenia może dojść przez ludzką ślinę [9].

Objawy zakażenia

Są to:

- łagodna gorączka,
- zapalenie spojówek,
- wysypka,
- ból głowy,
- ból stawów.

W skrajnie rzadkich przypadkach wirus Zika może zaatakować układ nerwowy, powodując paraliż.

Objawy zwykle pojawiają się 2–7 dni po ukłuciu przez komara. U 1 na 4 osoby zakażone wirusem Zika pojawią się objawy choroby. W bardzo małej grupie osób mogą rozwinąć się powikłania [10].

Informacje dla podróżujących

Podróżujący odwiedzający kraje, w których występuje wirus Zika, powinni być świadomi zagrożeń, jakie niesie za sobą choroba. Podróżni odwiedzający zagrożone kraje powinni stosować środki zapobiegawcze, ochroniając się przed ukąszeniami komarów zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz pomieszczeń. Szczególnie należy uważać w porach, w których aktywność komarów jest największa, czyli od wschodu do zachodu słońca [11].

Jak chronić się przed atakami ze strony komarów?

Dorośli

Należy stosować na skórę odkrytą repelenty z zawartością DEET (N,N-diethyl-meta-toluamide), zalecane jest

noszenie koszul z długimi rękawami i spodni z długimi nogawkami, jeżeli to możliwe – unikanie miejsc, w których powszechnie dochodzi do zarażenia, zwłaszcza w okresie największej aktywności komarów (od zmierzchu do świtu), zabezpieczenie okien w siatki chroniące przed owadami, stosowanie moskitier nad miejscem do spania [12].

Jeśli masz dziecko

- Nie stosuj środka odstraszającego owady u dzieci poniżej 2. miesiąca życia.
- Ubierz dziecko w ubranie, które zakrywa ramiona i nogi, albo przykryj łóżeczko, wózek lub nosidełko moskitierą.
- Nie stosuj środków odstraszających owady na ręce, oczy, usta, skaleczoną lub podrażnioną skórę dziecka [1].

Kobiety, które są w ciąży, osoby mające zaburzenia immunologiczne lub cierpią na ciężkie choroby przewlekłe, a także podróżujące z małymi dziećmi powinny skonsultować się z lekarzem lub zasięgnąć porady w klinice podróży przed wyjazdem w celu otrzymania zaleceń dotyczących stosowania repelentów i innych środków zapobiegawczych.

Podróżujący z objawami choroby Zika powinni w ciągu 3 tygodni od powrotu z obszaru dotkniętego zarazą skontaktować się ze swoim lekarzem i poinformować o niedawnej podróży. Kobiety w ciąży, które przebywały na obszarach dotkniętych wirusem, także powinny wspomnieć lekarzowi o swej podróży. Osoby takie będą monitorowane i badane pod kątem ewentualnego zakażenia [11].

Zaleca się kobietom opuszczającym obszar z aktywnym wirusem Zika unikać zajścia w ciążę przez 28 dni (obejmuje szacunkowo 14 dni inkubacji plus 14 dni wiremii) [13].

Jak możemy dowiedzieć się, czy jesteśmy chorzy?

Dotychczas nie znaleziono żadnego komercyjnego testu na wirusa Zika. Potwierdzenie infekcji możemy sprawdzić, pobierając krew pacjentowi w 1. tygodniu trwania infekcji i wysyłając ją do specjalistycznych laboratoriów wykonujących badania metodami biologii molekularnej.

Krew na badania serologiczne metodą ELISA należy pobrać ≥ 4. dnia od wystąpienia objawów. Pamiętajmy jednak, że poziom specyficznego IgM może być niewykrywalny nawet po 7 dniach od zachorowania. Wirusy dengi czy gorączki krwotocznej mają pewne pokrewieństwo, które w niektórych wypadkach może powodować wystąpienie reakcji krzyżowych. Pozytywne wyniki testu ELISA są potwierdzane testami neutralizacji [15].

Leczenie

Brak szczepionki!

W leczeniu objawów:

- zalecany jest wypoczynek,
- należy pić dużo płynów, aby zapobiec odwodnieniu,
- należy zażywać leki, takie jak acetaminofen (Tylenol®) lub paracetamol, aby zmniejszyć gorączkę i ból,
- nie należy przyjmować aspiryny i innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) do czasu wykluczenia dengi, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia,
- jeśli pacjent bierze leki na inne choroby, należy skonsultować się z lekarzem przed przyjęciem dodatkowych leków [1].

Podsumowanie

Wirusa Zika przenoszą komary. Objawy zakażenia są mało charakterystyczne i podobne do objawów innych chorób tropikalnych, takich jak denga, gorączka krwotoczna, malaria. Brak jest szczepionki oraz swoistego antidotum. Jedyne, co możemy robić, aby zapobiec chorobie, to stosować środki ochrony osobistej przed komarami oraz unikać terenów objętych wirusem. Kobiety w ciąży szczególnie powinny uważać, ponieważ dzieci matek zakażonych Zika mają objawy pod postacią małogłowia, zwapnień wewnątrzczaszkowych. Dotychczas świat medycyny i naukowcy nie odkryli, jak skutecznie walczyć z chorobą.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Centres for Disease Control and Prevention. Zika Virus.
2. Dostępne w Internecie: http://inwestycje.pl/rynek_zdrowia/Wirus-Zika---zalecenia-ostroznosci;276052;0.html, data wejścia: 19.03.2016.
3. Dolin R. What you should know about Zika virus. Elsevier 9 February 2016, www.elsevier.com.
4. Kashima S, Slavov SN, Covas DT. Zika virus and its implication in transfusion safety. Rev Bras Hematol Hemoter. 2016;38(1):90–91.
5. Frank C, Faber M, Stark K. Causal or not: applying the Bradford Hill aspects of evidence to the association between Zika virus and microcephaly. EMBO Mol Med. 2016:1–3.
6. Goorhuisa A, von Eijeb KJ, Doumaa RA, Rijnberga N, van Vugta M, Stijnisa C, Grobuscha MP. Zika virus and the risk of imported infection in returned travelers: Implications for clinical care. Travel Med Infect Dis. 2016;14(1):13–15.
7. Foy BD, Kobylinski KC, Chilson Foy JL, Blitvich BJ, Travassos da Rosa A, Haddow AD. Probable non–vector-borne trans-

mission of Zika virus, Colorado, USA. Emerg Infect Dis. 2011;17(5):880–888.
8. Oster AM, Brooks JT, Stryker JE, Kachur RE, Mead P, Pesik NT, Petersen LR. Interim Guidelines for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus – United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016 Feb 12;65(5):120–121.
9. Siqueira WL, Moffa EB, Mussi MC, Machado MA. Zika virus infection spread through saliva – a truth or myth? Braz Oral Res. 2016;30(1):46.
10. Dostępne w Internecie: www.paho.org.
11. European Commission. Information for travellers to areas with local transmission of Zika virus. 16 December 2015.
12. Dostępne w Internecie: www.medycynatropikalna.pl.
13. Public Health England. Zika virus infection: guidance for primary care. 1 March 2016.
14. Dostępne w Internecie: http://dolinabiotechnologiczna.pl/nowosci/czy-wirus-zika-zapuka-do-naszych-drzwi-2/?print=pdf, data wejścia: 21.03.2016.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

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

UWOLNIĆ ONKOLOGIĘ

RELEASE ONCOLOGY

Hanna Waligórska[1], Erwin Strzesak[2]

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

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przybliżenie problematyki leczenia chorób onkologicznych. W życie wchodzi *Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych*. Program zakłada m.in. zwiększenie dostępu do nowoczesnych metod leczenia chorób nowotworowych. Program nie jest kompatybilny z rzeczywistością. Minister Zdrowia w rozporządzeniach określa zakres świadczeń gwarantowanych. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez swoje przepisy określa warunki realizacji świadczeń. Mimo pewnych zmian ustawodawczych onkologia nadal działa z ograniczeniami narzuconymi przez limity, niekiedy limity tylko i wyłącznie związane z czasem realizacji świadczenia.

Słowa kluczowe: onkologia, nowotwory, choroby.

ABSTRACT

The aim of the article is to introduce the issue of the treatment of oncological diseases. The National Programme for Combating Cancer comes in live. The program envisages, among others, to increase access to modern methods of treatment of oncological diseases. The program is not compatible with reality. Minister of Health Regulations defines the scope of the guaranteed procedures. While the National Health Fund, through its regulations specify the conditions of granting those procedures. Despite some legislative changes oncology continues to work with the constraints imposed by the limits, sometimes limits only time-related realization of benefits.

Key words: onkology, cancers, diseases.

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych stanowi załącznik do *Uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024* (poz. 1165). *Narodowy Program (...)* nakierowany jest na edukację zdrowotną, zwiększenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Większa część programu opiera się na wiekowej zasadzie: lepiej zapobiegać, niż leczyć. Oczywiście, jak sama nazwa programu wskazuje, jest on skierowany do środowisk zajmujących się problematyką chorób nowotworowych.

W programie jest również dział poświęcony wspieraniu procesu leczenia chorób nowotworowych. Jednym z założeń jest zwiększenie dostępności dla pacjentów do metod leczenia chorób nowotworowych, w tym zwiększenie liczby aparatów do radioterapii. A co z tym się wiąże, wykwalifikowanej kadry.

W swoich założeniach autorzy programu wskazują, że liczba osób chorujących na nowotwory złośliwe zwiększać się będzie sukcesywnie[1, 2, 3]. Jest to związane m.in. z wydłużonym procesem starzenia się danej populacji. Z drugiej strony z powszechnością innych czynników powodujących wzrost chorób nowotworowych, takich jak zanieczyszczenie środowiska, otyłość, nieprawidłowa dieta, zwiększone spożycie alkoholu czy stres.

Narodowy Program (...) jest jednym z elementów wspomagających zapobieganie i leczenie chorób nowotworowych w naszym społeczeństwie.

Kolejnym elementem jest nowelizacja *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych*, która poprzez wprowadzenie „szybkiej ścieżki onkologicznej" zwiększyła dostęp do diagnostyki onkologicznej.

W *Narodowym Programie (...)* jest wzmianka o świadczeniach z radioterapii, które gwarantują społeczeństwu: *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*. Natomiast sposób finansowania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w omawianym przypadku określa załącznik nr 1d do *Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013*

[1] Źródło: www.mz.gov.pl.
[2] Źródło: www.stat.gov.pl.
[3] Źródło: www.pzhizp.gov.pl.

r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Biorąc pod uwagę powyższe, nie brakuje nam przepisów dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych.

Natomiast daleko nam do europejskich standardów: normy to 5 akceleratorów na milion mieszkańców[4]. W Wielkopolsce powinno być ich ponad 15.

W tym momencie należy bezwzględnie wspomnieć, że w naszym systemie zdrowotnym głównym zagrożeniem dla pacjentów z podejrzeniem chorób nowotworowych są limity ograniczone warunkami zawierania umów.

Twórcy *Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych* nie powinni zapominać, że umowy zawierane na udzielanie świadczeń zdrowotnych ograniczone są limitami i to bez wyjątku. Wprowadzone zmiany w *Ustawie (...) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* w pewien sposób wymusiły na płatniku nielimitowanie świadczeń w przypadku zdiagnozowania choroby nowotworowej. Zapomniano jednak o rzeszy pacjentów, którzy są kierowani do poradni onkologicznych i na etapie diagnozowania nie zostanie potwierdzony nowotwór złośliwy. Takie świadczenie rozliczane jest już w części umowy limitowanej. Tak samo, jeśli świadczeniodawca przekroczy okres realizacji diagnostyki lub podjętego leczenia, co nie zawsze jest zależne od podmiotów leczniczych, ale także od stawienia się pacjenta w określonym terminie wizyty. Pacjent za brak przekazywanej w terminie informacji o niestawieniu się na wizytę nie ponosi żadnych konsekwencji. Świadczenia za to z automatu są kwalifikowane do rozliczenia w części umowy objętej limitem, mimo że pacjent jest z rozpoznaniem onkologicznym.

W świetle powyższych założeń należy się zastanowić, czy w ogóle jakiekolwiek świadczenia związane z onkologią powinny być limitowane. Nadmieniamy, że szpitale onkologiczne do dnia dzisiejszego nie otrzymały zapłaty np. za radioterapię udzieloną w latach ubiegłych, tj. przed nowelizacją ustawy. Jeśli nawet dojdzie do późniejszej zapłaty za tego typu świadczenie, jest ona z reguły refundowana na warunkach określonych przez NFZ. Często po zaniżonych stawkach w odniesieniu do zapisów umowy. A przecież zabiegi z radioterapii są wykonane na najwyższym poziomie zarówno u pacjentów z części umowy objętej limitem, jak i spoza.

Koszty społeczne wynikające ze zbyt późnej diagnostyki onkologicznej będą dużo wyższe niż uwolnienie limitów dla pacjentów zgłaszających się do specjalistycznych jednostek onkologicznych.

Nie wracajmy już do metod leczenia opisanych w książce pt. *Cesarz wszech chorób. Biografia raka*: „ 29 marca 1896 roku w Chicago, w fabryce lamp elektronowych (...), za pomocą prowizorycznej lampy rentgenowskiej Grubbe zaczął bombardować promieniowaniem niejaką Rose Lee, starszą kobietę chorą na raka piersi. U pani Lee nastąpił nawrót po operacyjnym usunięciu nowotworu i w jej piersi rozrastał się bolący guz. (...) Grubbe poszukał w fabryce czegoś, czym mógłby ochronić zdrową część piersi, a ponieważ nie znalazł odpowiedniego kawałka blachy, osłonił pierś pacjentki fragmentem foli aluminiowej, którą znalazł w opakowaniu chińskiej herbaty. Napromieniał guz codziennie wieczorem przez osiemnaście kolejnych dni. Leczenie było bolesne, ale w pewnej mierze udane. Guz w piesi pani Lee owrzodział, zbił się i skurczył – była to pierwsza udokumentowana pozytywna miejscowa reakcja na leczenie w historii leczenia za pomocą promieni rentgenowskich"[5].

Od tego wydarzenia minęło 120 lat. Radioterapia stała się jednym z elementów leczenia chorób nowotworowych. Gdyby pan Grubbe zobaczył, jak teraz wygląda sprzęt do radioterapii, trudno by mu było uwierzyć, że jego eksperyment wiek temu był początkiem nowej dziedziny medycyny.

Reasumując, tylko zintegrowanie siły wszystkich środowisk, tj. ustawodawcy, płatnika, edukatorów i świata medycyny, pozwoli skutecznie zrealizować w sposób sensowny *Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych*.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Hanna Waligórska
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15
61-866 Poznań
tel./fax: 61 885 07 49
e-mail: hanna.waligorska@wco.pl

[4] Źródło: http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/875555,potrzeba-15-nowych-osrodkow-radioterapii.html.

[5] Siddhartha Mukherjee. Cesarz wszech chorób. Biografia raka. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne; 2013.

POŁOŻNA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

MIDWIFE OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE HEALTHCARE SYSTEM IN POLAND

Agnieszka Smerdka

Pracownia Historii Zawodów Medycznych, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Położna podstawowej opieki zdrowotnej w systemie opieki zdrowotnej w Polsce funkcjonuje od wielu lat. Jej kompetencje najczęściej kojarzone są z wizytami patronażowymi u kobiety po porodzie oraz z opieką nad noworodkiem w tym czasie. Jednak zakres obowiązków i uprawnień jest o wiele większy. Po reformie ochrony zdrowia w 1999 r. w Polsce podstawowa opieka zdrowotna miała za zadanie spełniać cele nakreślone przez Światową Organizację Zdrowa dla tego poziomu referencyjności opieki zdrowotnej. Położna podstawowej opieki zdrowotnej (położna POZ) oprócz świadczeń pielęgnacyjnych i diagnostycznych w zakresie swoich kompetencji ma również m.in. edukację kobiety na każdym etapie jej życia i tym samym dostarczanie kobiecie i jej rodzinie wiedzy na temat właściwej samoopieki.

Słowa kluczowe: położna, położna podstawowej opieki zdrowotnej, Światowa Organizacja Zdrowia, samoopieka, edukacja, edukacja prozdrowotna, system opieki zdrowotnej w Polsce.

ABSTRACT

Midwife of primary health care in the healthcare system in Poland has been operating for many years. Her competencies are mainly associated with postpartum visits at women's home and care of a newborn at that time. However, the scope of duties is significantly greater. After the reform of health care system in 1999 in Poland, primary health care was designed to meet the objectives outlined by the World Health Organization for the referral level of health care. The midwife of primary health care (community midwife) besides providing care and diagnostics in her field of competence also educates women at every stage of her life and her family about proper self-care.

Keywords: midwife, midwife of primary health care, World Health Organization, self-care, education, health education, Polish health care system.

Wstęp

W zamierzchłych wiekach opieka zdrowotna w Polsce oparta była na magii, czarach oraz odczynianiu uroków i niejednokrotnie nie miała nic wspólnego z leczeniem. Praktyka medyczna była połączeniem medycyny ludowej, a trudnili się nią znachorzy, zielarze oraz kobiety zapewniające pomoc położniczą [1]. W okresie okołoporodowym kobietom towarzyszyły zawsze osoby bliskie. Przez wiele stuleci pomocą zarówno ciężarnym, jak i młodym matkom służyły kobiety bez przygotowania teoretycznego i praktycznego. W kulturze starosłowiańskiej zwane były „babkami", „babami", a z czasem „mądrymi kobietami" bądź po prostu „mądrymi" [2–4]. To właśnie one stanowiły pierwowzór akuszerki, a później położnej; również sposób sprawowania opieki w środowisku domowym znacząco upodabnia „babki" i „mądre" do położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Historia i geneza podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce

W średniowieczu pomocy medycznej udzielali zakonnicy oraz duchowni. Z czasem możliwość ta została ograniczona, początkowo przez sobór w Clemont (1130 r.), który zabronił duchownym praktyki lekarskiej w zamian za pieniądze. Niecałe 200 lat później sobór luterański w 1215 r. zakazał osobom duchownym zajmowania się chirurgią. Zmiany te spowodowały, że medycyną zaczęły trudnić się osoby niezwiązane z Kościołem [1].

Pierwsze wzmianki o zorganizowanej opiece medycznej na polskich dworach pochodzą z XIII i XIV wieku, kiedy to polscy królowie, książęta i magnaci rozpoczęli zatrudnianie medyków dworskich (zwanych wtedy fizykami królewskimi, przybocznymi oraz dwornymi), kształcili się oni początkowo za granicą, a od 1364 r. w Krakowie na Uniwersytecie Jagiellońskim. Do ich zadań należało leczenie członków rodziny królewskiej, dworu, a z czasem również

poddanych. Z biegiem czasu funkcja fizyka nadwornego ewoluowała i powołano urząd fizyków miast królewskich oraz prywatnych, którzy zajmowali się nadzorem sanitarnym miast, zapobieganiem szerzeniu się epidemii oraz udzielaniem bezpłatnych porad medycznych ludziom ubogim. Profesja ta przetrwała do końca XVII wieku i była zalążkiem ogólnodostępnego lecznictwa otwartego [1].

Pierwsze próby zorganizowania lecznictwa otwartego w Polsce zostały podjęte w 1774 r., kiedy do życia powołano Komisje nad Szpitalami. Następnie w 1775 r. Sejm Ekstraordynacyjny w Warszawie uchwalił tzw. Konstytucję Szpitalną. Niestety założenia konstytucji nigdy nie zostały zrealizowane w związku z rozbiorem Polski, a system opieki zdrowotnej został dostosowany do systemów panujących w państwach zaborczych [1].

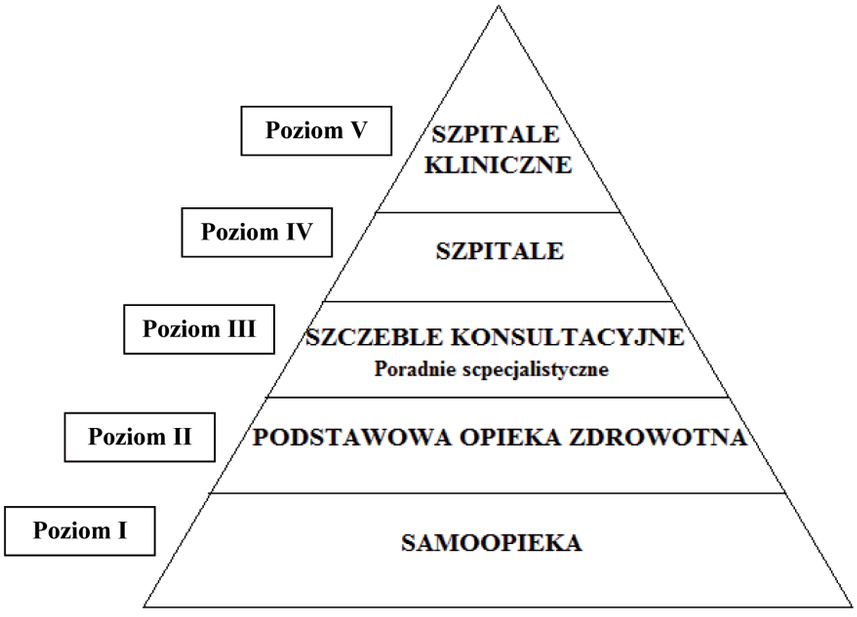
U schyłku XIX wieku w związku z rozwojem przemysłu zaczęto dostrzegać konieczność zapewnienia opieki zdrowotnej pracownikom w nim zatrudnionych. Zapoczątkowało to powstanie pierwszych kas chorych, w Niemczech w 1883 r. oraz w Austrii w 1888 r. [1].

Pierwsza instytucja lekarza domowego powstała w zaborze pruskim; wynagrodzenie tego lekarza było uzależnione od liczby posiadanych pacjentów. W zaborze austriackim natomiast lekarzem lecznictwa otwartego był lekarz ambulatoryjny. Jego pensja była uzależniona od przyjmowania pacjentów w ambulatorium należącym do kasy chorych. Pomimo tych zabiegów uboga część społeczeństwa nadal nie miała zapewnionego bezpłatnego dostępu do państwowej opieki medycznej i zdana była na pomoc lekarzy społeczników. Za sprawą ich działalności, która nasiliła się szczególnie w okresie rewolucji w latach 1905–1907, wystosowano pierwsze postulaty i podjęto próby utworzenia powszechnej opieki zdrowotnej dla wszystkich. Mimo tych zabiegów w Polsce okresu międzywojennego około 80% świadczeń ambulatoryjnych było udzielanych przez lekarzy praktykujących prywatnie, którzy niechętnie podejmowali pracę w sektorze publicznym. Za próbę ujednolicenia tego systemu można uważać *Ustawę z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby*. Celem tej ustawy było udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu przez lekarza mającego podpisaną umowę z kasą chorych [1].

Pierwsze ośrodki zdrowia w Polsce powstały w 1925 roku, dzięki wsparciu Fundacji Rockefellera; były to ośrodki zdrowia: małomiasteczkowo-wiejski w powiecie skierniewickim oraz miejski na Mokotowie w Warszawie. Pierwotnie ośrodki zdrowia po 5 latach miały być przejęte przez władze samorządowe, jednak przekształciły się w swoiste poradnie dla ubogich, które do 1957 r. objęły swoją opieką medyczną 1,5 miliona obywateli (co stanowiło nieco ponad 4% społeczeństwa) [1].

W wyniku wzmagającego się kryzysu finansowego uchwalono *Ustawę z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym* (tzw. ustawę scaleniową). Na jej podstawie obowiązki samorządowych kas chorych przejęły ubezpieczalnie społeczne, które działały w ramach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ujednolicenie ubezpieczenia zdrowotnego zostało oparte na funkcji lekarza rodzinnego, jednak nadal lecznictwo ubezpieczeniowe objęło zaledwie 15% obywateli, głównie w dużych miastach. Sytuacja ta spowodowała uchwalenie *Ustawy z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia* – celem tej ustawy była poprawa opieki medycznej na terenach wiejskich. Od tego momentu miały być powoływane ośrodki zdrowia będące podstawową jednostką lecznictwa samorządowego (zasięg opieki miał obejmować 2–3 gminy). Co więcej, po raz pierwszy opieka medyczna nie miała mieć tylko charakteru naprawczego, ale również odznaczać się działalnością profilaktyczną. Ustawa ta nie weszła w życie w związku z wybuchem II wojny światowej.

Po zakończeniu działań wojennych w państwie polskim po raz kolejny próbowano zagwarantować systemowo podstawową opiekę zdrowotną dla wszystkich mieszkańców kraju. Na kanwie tych założeń we wrześniu 1945 r. Ministerstwo Zdrowia (opierając się na *Ustawie z dnia 15 czerwca 1939 r.* (...)) przyjęło projekt opierający lecznictwo otwarte na okręgowych ośrodkach zdrowia. Miały one mieć charakter leczniczy, profilaktyczny oraz pełnić funkcję kontroli sanitarnej. W Polsce rozwijał się ustrój komunistyczny, co doprowadziło do powstania *Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o społecznych zakładach służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia*. Obowiązujący od tego momentu model opieki lecznictwa otwartego opierał się na funkcjonującym w Związku Radzieckim modelu Siemaszki. Filarem tego modelu były okręgowe ośrodki zdrowia (podzielone na trzy podstawowe przychodnie, takie jak: ogólna, dla matek i dzieci oraz dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym). Podstawą tego systemu była rejonizacja, w związku z którą pacjent mógł bez ograniczeń korzystać z bezpłatnej opieki medycznej lekarza rejonowego, do którego został przydzielony na podstawie miejsca zamieszkania. W rejonach miejskich lekarz podstawowej opieki zdrowotnej obejmował 3–5 tysięcy mieszkańców w przychodniach rejonowych. Na wsiach natomiast lekarz z państwowego bądź spółdzielczego ośrodka zdrowia obejmował swoją opieką 3 do 6 tysięcy mieszkańców [1, 5]. System ten przetrwał w Polsce do lat 90. XX wieku, kiedy to rozpoczęła się reforma służby zdrowia.



Rycina 1. Poziomy referencyjne opieki zdrowotnej, zgodnie z kryterium WHO [5]

Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej według założeń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) jest główną organizacją międzynarodową o charakterze prozdrowotnym, wspierającą rozwój nowoczesnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Według założeń WHO nowoczesna POZ opiera się na aktywnym uczestnictwie całej społeczności (pojedynczych obywateli) w bezpośrednim działaniu skierowanym na poprawę własnego zdrowia, w myśl zasady samoopieki (z angielskiego *self-care*). Według WHO jest to proces, „ ...w którym ludzie sami działają na rzecz wzmocnienia swojego zdrowia, zapobiegania chorobom, wykrywania chorób i leczenia na poziomie podstawowym istniejącego systemu ochrony zdrowia" [5]. Głównym celem w unowocześnianiu POZ jest poprawa stanu zdrowia obywateli oraz ich rodzin.

W myśl idei WHO, gdy pacjent nie jest w stanie sam sobie pomóc, powinien zgłosić się do lekarza POZ, który to zadecyduje, czy konieczne jest skierowanie podopiecznego do III stopnia opieki, czyli szpitala, gdyż leczenie wybiega poza kompetencje lekarza [5].

Jak ważna jest podstawowa opieka zdrowotna i jaką powinna spełniać funkcję, po raz pierwszy jasno zostało określone w 1978 r. na konferencji WHO w Ałma-Acie. Przyjęta wtedy została deklaracja zapewniająca, że podstawowa opieka zdrowotna jest niezbędna do zapewnienia zdrowia wszystkim mieszkańcom krajów członkowskich. W konferencji uczestniczyły 134 państwa, 64 organizacje rządowe i pozarządowe współpracujące z ONZ. Konferencja zakończyła się powstaniem trzech dokumentów o charakterze międzynarodowym (*Deklaracja*, *Rekomendacje* oraz *Raport Wspólny Dyrektora Generalnego WHO i Dyrektora Zarządzającego UNICEF*). Konferencja przyczyniła się też do opracowania strategii na rzecz poprawy zdrowia ludzkości do końca XX wieku [5].

Kolejnym krokiem do umocnienia POZ w systemach ochrony zdrowia różnych krajów świata było przyjęcie w 1979 r. przez WHO rezolucji WHA 32.30. Była ona kontynuacją dokumentów z Ałma-Aty, a ponadto doprecyzowała założenia strategii „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000". W dokumencie tym za najważniejsze uznano m.in. poprawę opieki nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny oraz edukację zdrowotną. Przyjęta później *Karta Ottawska* (1986 r.) również podkreślała znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej dla utrzymania zdrowia ludzkości. Na kanwie tych założeń wiele krajów starało się przyjąć ustawy i dokumenty umacniające znaczenie POZ w systemie zdrowotnym [5].

Rekomendacje przyjęte w Ałma-Acie (1978 r.), Bordeaux (1983 r.) oraz Rydze (1988 r.) zakładały reformy POZ zgodnie z ich zapisami; celem tych reform jest zapewnienie ciągłej i interdyscyplinarnej podstawowej opieki, współpracującej i współgrającej z innymi szczeblami opieki zdrowotnej i publicznej. Ponadto zagwarantowują opiekę medyczną na wysokim poziomie jednostkom, rodzinom oraz społecznościom lokalnym. Zadaniem POZ jest zapewnienie działania w obszarze promocji zdrowia oraz prewen-

cji chorób, a nie tylko działalność lecznicza. Wszystkie te elementy miały być powiązane ze społecznością lokalną i pracą w zespole, a zadaniem krajów wprowadzających zmiany było utrzymanie tej opieki na poziomie adekwatnym do możliwości beneficjenta usług, przy równoczesnym utrzymaniu właściwego standardu świadczeń [5].

Kolejna konferencja WHO odbyła się w 1996 r. w Lublanie i dotyczyła reform opieki zdrowotnej w Europie. Efektem tego było opracowanie i przyjęcie *Karty z Lublany* – dokument ten podkreślał dostosowanie świadczeń opieki zdrowotnej do potrzeb społeczności z uwzględnieniem odpowiedzialności jej członków za swój stan zdrowia [5].

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce po 1999 r.

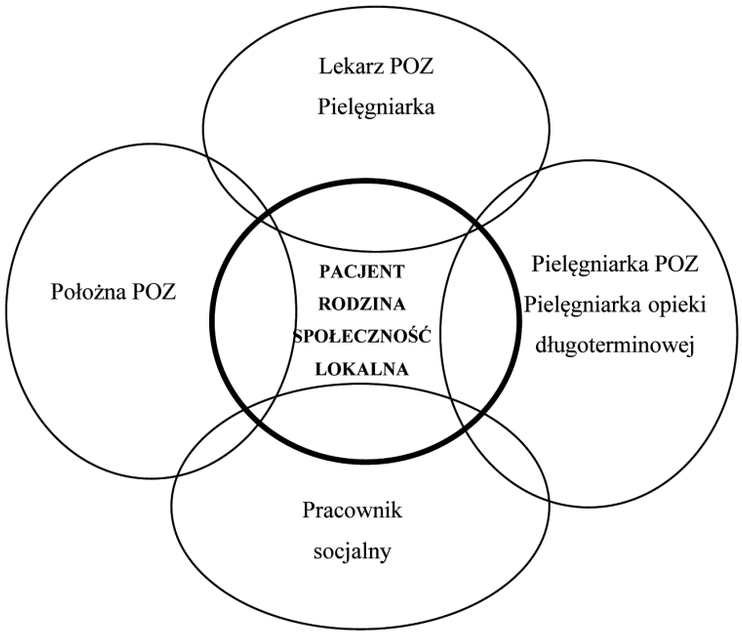
Zmiany polityczno-społeczne w naszym kraju pod koniec XX wieku wpłynęły na system opieki zdrowotnej i wymusiły dostosowanie go do aktualnych potrzeb. Pierwsze reformy podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzono na początku lat 90. XX wieku. W 1991 r. została uchwalona *Ustawa (...) o zakładach opieki zdrowotnej*, która wprowadziła nową jakość w lecznictwie polskim. Akt ten umożliwiał świadczenie usług medycznych (w tym również w ramach POZ) zarówno przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), jak i niepubliczne (NZOZ) utworzone przez spółki akcyjne bądź cywilne oraz osoby fizyczne (np. indywidualnie praktykującą położną). Od tego momentu świadczenia miały być kontraktowane przez samorządy terytorialne czy administrację rządową. Docelowym działaniem tej reformy było wprowadzenie kontraktowania przez zarządzających ubezpieczeniem zdrowotnym – początkowo były to kasy chorych, a obecnie zajmuje się tym Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) [5].

Dnia 27 sierpnia 2004 r. w życie weszła *Ustawa (...) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych*. Określała ona m.in. zadania władz publicznych w zapewnieniu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Co więcej, ustawa definiuje podstawową opiekę zdrowotną, świąteczną opiekę zdrowotną, świadczenia gwarantowane, świadczenia zdrowotne, świadczenia specjalistyczne, świadczenia zdrowotne rzeczowe, świadczenia towarzyszące. W ustawie możemy też znaleźć definicje położnej POZ, pielęgniarki i lekarza POZ. Według dokumentu świadczenia oferowane przez podstawową opiekę zdrowotną powinny być ukierunkowane na promocję i profilaktykę zdrowia, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności, usprawnianie oraz pielęgnację [5, 6].

Świadczenia w ramach POZ odbywają się na podstawie złożenia odrębnej deklaracji przez pacjenta – świadczeniobiorcę o chęci przynależności do danego lekarza, pielęgniarki, położnej POZ, którzy świadczą dla niego usługi medyczne, opłacane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Możliwość udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej mają tylko te podmioty, które podpisały kontrakt na świadczenie tych usług z NFZ [5].

Status prawny położnej POZ

Zgodnie z *Ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* usługi medyczne, w tym usługi



Rycina 2. Model zespołu podstawowej opieki zdrowotnej [5]

w ramach POZ, może świadczyć publiczny zakład opieki zdrowotnej (ZOZ), niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) utworzony przez spółki bądź osoby fizyczne prowadzące indywidualną praktykę [5].

Aby sprawować opiekę medyczną w ramach pracy położnej POZ, trzeba wykazać się posiadaniem prawa wykonywania zawodu oraz ukończeniem jednego z kursów poszerzających kwalifikacje położnej. Położną podstawowej opieki zdrowotnej jest położna, która ukończyła szkolenie w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego bądź środowiskowo-rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Warunkiem przystąpienia do kursu specjalizacyjnego jest posiadanie minimum 2-letniego stażu w zawodzie w przeciągu ostatnich 5 lat oraz aktualnego prawa wykonywania zawodu. Należy też spełnić warunki postępowania kwalifikacyjnego. Ukończenie kursu kwalifikacyjnego z dziedziny pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej również daje możliwość wykonywania pracy położnej w ramach POZ. Wymogiem rozpoczęcia kształcenia w ramach wspomnianych kursów kwalifikacyjnych jest posiadanie co najmniej 6-miesięcznego stażu pracy w zawodzie oraz aktualnego prawa wykonywania zawodu. Konieczne jest też dopuszczenie przez komisję rekrutacyjną do udziału w kursie. Położna ubiegająca się o pracę w ramach opieki POZ może również uzyskać ją, będąc w trakcie odbywania wspominanych wcześniej kursów specjalizacyjnego bądź kwalifikacyjnego. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* dopuszcza również możliwość sprawowania opieki położnej POZ przez osoby, które mają tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz najmniej 3-letni staż pracy w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej, który świadczył swoje usługi w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia [6, 7].

Praca położnej POZ może być wykonywana w ramach umowy o pracę, stosunku służbowego, na postawie umowy cywilnoprawnej bądź w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub praktyki grupowej. Położna POZ może objąć opieką 6600 podopiecznych wpisanych na listę aktywną (noworodki i niemowlęta do 2. miesiąca życia oraz osoby płci żeńskiej). Za osoby, które złożyły deklarację wyboru do położnej POZ, wypłacana jest stała stawka kawitacyjna. Oprócz tego Narodowy Fundusz Zdrowia wypłaca wynagrodzenie za wykonane czynności diagnostyczno-pielęgnacyjne. Za edukację przedporodową w ramach położnej POZ wypłacana jest kwota 31 zł za jedną wizytę, za wizyty patronażowe u noworodka przysługuje wynagrodzenie w wysokości 26 zł za jednostkową wizytę u danego noworodka bez względu na płeć, do 2. miesiąca życia, który został zgłoszony do położnej odbywającej wizyty po porodzie [5]. Oprócz płatnych świadczeń opieki w okresie okołoporodowym położna POZ otrzymuje 12 zł za wizytę w ramach opieki ginekologicznej nad pacjentką. Z świadczeń edukacji przegrodowej u położnej POZ kobieta ciężarna ma prawo korzystać, począwszy od 21. tygodnia ciąży aż do jej ukończenia (od 21. tygodnia ciąży do 32. tygodnia raz w tygodniu, od 32. tygodnia do momentu porodu 2 razy w tygodniu) [8].

W przypadku położnych wykonujących pracę w ramach indywidualnej praktyki ustawodawstwo polskie przewiduje odrębne przepisy – dotyczą one pomieszczeń, gdzie wykonywana jest praktyka. Gabinet powinien spełniać wymogi z zakresu instalacji wodociągowej, kanalizacyjnej, grzewczej, wentylacyjnej i elektrycznej, a także powinien mieć wielkość co najmniej 15 m^2. Obowiązkowe jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym dostępu do gabinetu, wydzielenie poczekalni dla pacjentów oraz miejsca do przechowywania odzieży wierzchniej. Ponadto podopieczni odwiedzający położną muszą mieć dostęp do pomieszczenia higieniczno-sanitarnego (wyposażone w ustęp, umywalkę z bieżącą zimną i ciepłą wodą, dozownik do mydła, ręczniki jednorazowe lub suszarkę do rąk) [9]. Położna podstawowej opieki zdrowotnej musi również zapewnić odpowiednie wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny. W skład tego wyposażenia wchodzą m.in.:

- kozetka,
- stolik zabiegowy,
- szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych, środków pomocniczych,
- telefon,
- zestaw do wykonywania iniekcji,
- zestaw do wykonywania opatrunków oraz podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych,
- pakiet do odkażania i dezynfekcji,
- środki ochrony osobistej,
- zestaw przeciwwstrząsowy,
- aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (wraz z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych),
- stetoskop, słuchawka położnicza bądź detektor tętna płodu,
- testy do oznaczania poziomu cukru we krwi,
- gleukometr,
- maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego,
- waga medyczna dla niemowląt,
- waga medyczna ze wzrostomierzem.

Położna środowisko-rodzinna najczęściej świadczy swoje usługi w miejscu zamieszkania pacjenta. Dlatego też musi posiadać neseser wyposażony w odpowiedni sprzęt.

Oprócz m.in. materiałów jednorazowego użytku (takich jak: zestaw do wykonywania iniekcji, zestaw do przetaczania płynów infuzyjnych, zestaw do wykonywania opatrunków, podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, pakiet ochronny przed zakażeniem) w skład wyposażenia torby położnej wchodzą również: zestaw przeciwwstrząsowy, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych, stetoskop, słuchawka położnicza lub detektor tętna płodu, test do oznaczania poziomu cukru we krwi, pakiet do odkażania i dezynfekcji, zestaw do pielęgnacji noworodka, zestaw do porodu nagłego, glukometr, maseczka do prowadzenia oddechu zastępczego, niezbędny zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, środki ochrony osobistej (takie jak: fartuch, maseczka, rękawice) [10].

Zadania położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Położna podstawowej opieki zdrowotnej (położna POZ) ze względu na charakter pracy zobowiązana jest do świadczenia usług zarówno w swoim gabinecie, jak i w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. Do ogólnych zadań położnej POZ należą planowanie i realizacja kompleksowej opieki w zakresie:

- promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
- świadczeń pielęgnacyjnych,
- świadczeń diagnostycznych,
- świadczeń leczniczych,
- świadczeń rehabilitacyjnych [11].

Biorąc pod uwagę cele, jakie ma spełniać podstawowa opieka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, ważną i znaczącą funkcją dla poprawy zdrowia społeczeństwa wydaje się spełniać powierzenie położnej POZ zadań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki chorób. W zakres tych kompetencji wchodzi m.in. edukacja w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety. Zadania te mogą być realizowane zarówno w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży – w ramach edukacji przedporodowej, jak i w okresie połogu, kiedy to położna POZ ma obowiązek minimum 4-krotnie w ciągu 6 tygodni odwiedzić pacjentkę. Dodatkowo do zadań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób zalicza się również: przygotowanie do porodu, ze szczególnym uwzględnieniem porodu rodzinnego, poradnictwo z zakresu higieny odżywiania w okresie połogu, poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do 2. miesiąca życia, poradnictwo laktacyjne oraz promowanie karmienia piersią, edukacja w zakresie szczepień ochronnych. Wymienione zalecenia w zakresie promocji zdrowia powinny być realizowane w czasie wizyt po porodzie w domu pacjentki oraz już w czasie edukacji przedporodowej. Podjęcie takich działań umożliwia kobiecie właściwą samoopiekę w ramach I poziomu referencyjności podstawowej opieki zdrowotnej [11, 12].

W ramach edukacji prozdrowotnej położna POZ powinna dostarczyć pacjentce wiedzy z zakresu powrotu płodności po porodzie, metod regulacji poczęć, profilaktyki chorób ginekologicznych i patologii ciąży, prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wykrycia i likwidacji czynników niosących ze sobą ryzyko rozwoju nowotworu, sposobów zapobiegania zakażeniem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową [11].

Wszystkie działania podejmowane przez położną POZ i wynikające z przepisów prawa skierowane są nie tylko na kobietę w okresie ciąży i połogu, ale obejmują również pielęgnację i opiekę nad noworodkiem. W zakresie świadczeń diagnostycznych opieka nad noworodkiem do 6. tygodnia życia obejmuje m.in.: przeprowadzenie wywiadu środowiskowo-rodzinnego, ocenę relacji rodziny z noworodkiem, ocenę rozwoju dziecka do 2. miesiąca życia, obserwację oraz ocenę rozwoju psychomotorycznego noworodka i niemowlęcia, jak również związaną z tym adaptację do środowiska zewnętrznego, wykonywanie i ocenę pomiarów u noworodka, ocenę poziomu bilirubiny za pomocą schematu Kramera. Dodatkowo w ramach świadczeń pielęgnacyjnych osoba zapewniająca opiekę jako położna POZ zobowiązana jest planować, realizować i oceniać opiekę pielęgnacyjną kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, noworodka i niemowlęcia do 2. miesiąca życia, kobiety ze schorzeniami ginekologicznymi [11].

Działania położnej POZ nie ograniczają się jednak tylko do opieki nad matką i dzieckiem. W ramach kontraktu z NFZ położna POZ jest uprawniona również do sprawowani opieki nad kobietą po operacji ginekologicznej lub ginekologiczno-onkologicznej (świadczenia te są realizowane na podstawie skierowania od lekarza oddziału, na którym pacjenta była operowana). Co więcej, należy również wspomnieć o możliwości sprawowania opieki nad kobietą w okresie menopauzy poprzez poradnictwo, naukę samobadania piersi i informację o dostępnych badaniach profilaktycznych [8].

Podstawowa opieka zdrowotna to przede wszystkim wspólne działania kilku grup zawodowych mające na celu poprawę zdrowia społeczeństwa. W zakresie swojej praktyki zawodowej położna POZ współpracuje m.in. z lekarzem ginekologiem/położnikiem udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie jej kompetencji, lekarzem i pielęgniarką POZ, pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarką opieki długoterminowej, położną

zatrudnioną w specjalistycznej poradni ginekologiczno-położniczej [11].

Podsumowanie

Zawód położnej uznawany jest za jeden z najstarszych zawodów świata, a jego korzenie sięgają początków cywilizacji. Od zarania dziejów położna towarzyszyła kobiecie rodzącej oraz otaczała opieką matki i nowo narodzone dzieci. Najstarsze informacje na temat położnictwa i ginekologii zawiera egipski papirus z Kahun (czas, w jakim został sporządzony, datuje się na 2200–2100 lat p.n.e.) [2]. Położne zatem od zawsze towarzyszyły kobiecie formalnie bądź mniej formalnie. Początkowo ich praca odbywała się wyłącznie w domowym środowisku pacjentki, z czasem jednak praca położnych została przeniesiona do szpitali, a świadczenie usług medycznych w otoczeniu domowym zostało zmarginalizowane do wizyt patronażowych po porodzie. Reforma służby zdrowia i usankcjonowanie zadań podstawowej opieki zdrowotnej spowodowały zwiększenie możliwości działań prozdrowotnych specjalistów z tego sektora opieki zdrowotnej. Zadania położnej POZ zostały dodatkowo rozszerzone m.in. za sprawą *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem*. Według tego aktu prawnego do sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży fizjologicznej prawo ma również położna. W takiej sytuacji do jej zadań należy głównie opieka edukacyjna, ale również wykrywanie nieprawidłowości ciąży, które wymagają konsultacji z lekarzem ginekologiem [12, 13]. Dodatkowo położna oprócz towarzyszenia kobiecie w okresie macierzyństwa powinna podejmować działania służące zapobieganiu schorzeniom ginekologicznym poprzez edukację i poradnictwo oraz – w przypadku ukończenia odpowiednich kursów i posiadania kwalifikacji – dzięki wykonywaniu badań diagnostycznych (np. pobieranie wymazów cytologicznych w ramach badań skriningowych) [14]. Wszystkie te uprawnienia wydają się umacniać pozycję położnej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej i dają możliwość wspierania działań dążących do poprawy zdrowia społeczności.

Piśmiennictwo

1. Węgrzynowicz M. Wprowadzenie w specyfikę zadań podstawowej opieki zdrowotnej. W: Węgrzynowicz M. Rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia. Piła: Tekst; 2009. 9–29.
2. Wrześniewska M, Bąk B. Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce. Studia Med. 2012;27(3):89–99.
3. Waszyński E. Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. Wrocław: Volumed; 2000.
4. Sznajder K, Mazurkiewicz B. Córki Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 3. Położ Nauk Prak. 2012;4:46–50.
5. Kilińska D. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce. W: Kilińska D (red.). Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Tom 1. Lublin: Makmed; 2008. 13–62.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135.
7. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039.
8. Zarządzenie nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych. Dz.U. z 2006 r. Nr 56, poz. 397.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2013 r. poz. 1248.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2005 r. Nr 214, poz. 1816.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Dz.U. z 2012 r. poz. 1100.
13. Iwanowicz-Palus G, Golonka E, Bień A, Stadnicka G. Przygotowanie położnej do realizowania edukacji na temat zdrowego stylu życia kobiet ciężarnych w opinii społeczeństwa (część II). Probl Piel. 2012;20(3):289–299.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Dz.U. z 2007 Nr 210, poz. 1540.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autor deklaruje brak źródeł finansowania.

Adres do korespondencji:
Agnieszka Smerdka
ul. Przemęcka 3A
64-234 Mochy
tel. kom.: 603 273 630
e-mail: agasmerdka@wp.pl

PRACA POGLĄDOWA

PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA OSZCZĘDZA NA BRACHYTERAPII

THE CHAIRMAN OF NATIONAL HEALTH FUND SAVES ON BRACHYTHERAPY

Hanna Waligórska[1], Erwin Strzesak[2], Michał Chrobot[3]

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

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przybliżenie problematyki związanej z radioterapią ze szczególnym zwróceniem uwagi na brachyterapię. Płatnik określa warunki zawierania i realizacji umów, tak więc decyduje o wysokości finansowania świadczeń. Niestety przepisy nie zawsze są jednoznacznie sformułowane, jak dzieje się w przypadku brachyterapii. Płatnik w trakcie trwania umowy precyzuje przepisy i wprowadza je wstecznie do stosowania, obciążając świadczeniodawców karami i zabierając środki za świadczenia wykonane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Artykuł ma na celu przybliżyć problematykę zmagań świadczeniodawców z brakiem precyzji w przepisach i konsekwencji, jakie się z tym wiążą dla pacjentów i podmiotów leczniczych.

Słowa kluczowe: brachyterapia, radioterapia, przepisy.

ABSTRACT

The aim of the article is to present the issues related to radiation therapy, with particular emphasis on brachytherapy. The payer determines the conditions for the conclusion and execution of contracts, so that determines the amount of funding. Unfortunately rules are not always explicitly stated, as is the case with brachytherapy. Payer during the contract specifies the rules and apply them retroactively, burdening providers with penalties for services performed in accordance with applicable regulations. The content of articles aims to bring the issue of health care providers struggle with a lack of precision in the regulations and the consequences that this brings to patients and treatments.

Keywords: brachytherapy, radiation therapy, regulations.

W 1811 r. do operacji pisarki Fanny Burney lekarze przygotowywali się skrycie, by nie stresować pacjentki. Pacjentka później napisze: „ (...) Przerażenie nie do opisania; straszliwe stalowe narzędzia zatopiono w mojej piersi, przecinając skórę, żyły, ciało i nerwy. Zaczęłam krzyczeć i trwało to nieustannie przez całą operację. Czułam, jak narzędzia, zataczając łuk, przecinają włókna (...)".

Dzięki znieczuleniu daleko odeszliśmy od zadawania przy operacji takich cierpień, jak w zacytowanym fragmencie.

Technologie medyczne od wykrycia promieni Rentgena, które już w 1896 r. Emil Grubbe zastosował do radioterapii piersi, bardzo się zmieniły[1].

Od lat 50. Wielkopolskie Centrum Onkologii wykorzystuje w leczeniu nowotworów jedną z metod radioterapii, tj. brachyterapię. Dzięki nowym technologiom, które są, jak wiadomo, kosztowne oraz wysokim kwalifikacjom personelu, który doskonali swoje kwalifikacje w zagranicznych ośrodkach, brachyterapia stała się bardziej dostępna również w Polsce. Metoda ta ze względu na nowe technologie jest bezpieczną terapią zarówno, dla pacjenta, jak i dla personelu, który również narażony jest na promieniowanie radioaktywne.

Dzięki precyzyjnemu planowaniu rozkładu dawki nie dochodzi do napromieniowania u pacjenta ważnych narządów krytycznych. Omawiana metoda radioterapii pozwala na oddziaływanie tylko na tkanki zmienione chorobą nowotworową. Niestety stosowanie tej metody wymaga wykonania wielu dodatkowych procedur. By założyć pacjentowi aplikatory zawierające izotopy promieniotwórcze w miejsce zmienione chorobowo, należy wykonać pomiary techniką 3D oraz znieczulenie ogólne, albowiem z reguły jest to terapia inwazyjna. Wymienione procedury to tylko namiastka tego, co należy wykonać.

Wartość punktową za świadczenia z brachyterapii określa załącznik nr 4 do *Zarządzenia Nr 81/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r.* Katalog radioterapii stanowi załącznik nr 1d

[1] Siddhartha Mukherjee. Cesarz wszech chorób. Biografia raka. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne; 2013.

do *Zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. zawierającego zarządzenie w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne*. Tabela nr 1 zawiera fragment katalogu dotyczący brachyterapii.

W kolumnie 11 w uwagach użyto sformułowania „cały proces leczenia", płatnik jednak nie sprecyzował tego pojęcia.

Dotychczasowe kontrole przeprowadzane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie kwestionowały sposobu

Tabela 1. Część katalogu zawierającego wartości punktowe świadczeń

Lp.	Świadczenie			Zakresy świadczeń			Warunki wykonania		Uwagi
	Kod produktu	Nazwa świadczenia	wartość punktowa	teleradioterapia	brachyterapia	terapia izotopowa	ambulatoryjne	hospitalizacja	
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*11*
9	5.07.01.0000042	Brachyterapia z planowaniem 3D	**180**		**X**		**X**	**X**	cały proces leczenia; warunki określone w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.413 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D - 92.414 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania - 92.422 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa – planowanie 3D - 92.423 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania - 92.432 Brachyterapia wewnątrzjamowa – planowanie 3D - 92.433 Brachyterapia wewnątrzjamowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania - 92.452 Brachyterapia powierzchniowa – planowanie 3D - 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna
10	5.07.01.0000052	Brachyterapia z planowaniem 3D ze wszczepieniem stałych źródeł izotopowych	**1**		**x**		**x**	**x**	rozliczenie świadczenia na podstawie specyfikacji kosztowej, cały proces leczenia; warunki określone w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.411 Trwałe wszczepienie źródeł radioizotopowych
11	5.07.01.0000025	Brachyterapia z planowaniem standardowym	**120**		**X**		**X**	**X**	cały proces leczenia; warunki określone w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.410 Wlew koloidalnego radioizotopu do jam ciała - 92.412 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie standardowe - 92.421 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa – planowanie standardowe - 92.431 Brachyterapia wewnątrzjamowa – planowanie standardowe - 92.451 Brachyterapia powierzchniowa – planowanie standardowe
11	5.07.01.0000027	Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ^{125}I	**49**		**X**			**X**	cały proces leczenia; warunki określone w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje: - 92.481 Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ^{125}I
12	5.07.01.0000028	Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ^{106}Ru	**55**		**X**			**X**	cały proces leczenia; warunki określone w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje: - 92.482 Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ^{106}Ru

rozliczeń brachyterapii. Również w ramach wykonywanej weryfikacji raportów statystycznych NFZ nie dokonał zwrotu raportów jako błędnych. W 2015 r. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego stwierdził, że świadczenia z zakresu brachyterapii w odniesieniu do obowiązującego zarządzenia są nieprawidłowo sprawozdawane. Przy czym nie poparł swoich wniosków konkretnie sprecyzowanym przepisem, jednocześnie nie odniósł się do przeprowadzonej w tym samym ośrodku brachyterapii wcześniejszej kontroli z 2010 r., podczas której nie zakwestionowano tego sposobu sprawozdawania i rozliczania brachyterapii.

Dopiero *Zarządzenie Nr 88/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne* określiło, że:

„po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu: »2a) cały proces leczenia metodą brachyterapii – świadczenie obejmujące wszystkie składowe części procesu, takie jak:

a) kwalifikację,
b) wykonanie indywidualnego planu leczenia z określeniem:
   - całkowitej dawki promieniowania w Gy,
   - podziałem tej dawki na frakcje – pojedyncza aplikacja,
   - odległości czasowej pomiędzy poszczególnymi frakcjami,
c) weryfikację położenia aplikatorów,
d) przeprowadzenie aplikacji w znieczuleniu,
e) usunięcie aplikatorów«."

Wprowadzona zmiana może być zakończeniem sporu między płatnikami a świadczeniodawcami wykonującymi tak kosztowne świadczenie. Narzucono rozliczanie świadczeń w ten sposób, że zaplanowany proces brachyterapii można wykazać tylko raz, niezależnie od wykonanej ilości świadczeń.

Płatnik stwierdził m.in., że do wykonania indywidualnego planu leczenia należy określić „odległość czasową pomiędzy poszczególnymi frakcjami", jednak znowu nie precyzuje, jaka to ma być odległość, żeby nie została podważona przez płatnika. Zachowanie pacjenta podczas brachyterapii, jego stan psychiczny i fizyczny w chorobach nowotworowych są nieprzewidywalne, ale płatnik wychodzi z założenia, że lekarz jest w stanie przewidzieć konieczną ilość frakcji brachyterapii do zastosowania, by osiągnąć oczekiwany efekt terapeutyczny.

Biorąc pod uwagę nakłady ponoszone przez świadczeniodawców na leczenie metodą brachyterapii, decyzja taka bez uprzedniego wyliczenia kosztów w odniesieniu do zastosowanych procedur może spowodować, że metoda ta przestanie być stosowana. Może bowiem doprowadzić do znacznego obniżenia przychodów podmiotu leczniczego, tak jak to już się stało po obniżeniu ilości punktów przy hospitalizacji do teleradioterapii (z 8 punktów rozliczeniowych do 3 punktów rozliczeniowych). Niezależnie od tego, czy pacjent przebywa na oddziale szpitalnym, za osobodzień podmiot leczniczy zamiast 400,00 zł otrzymuje 150,00 zł, czyli o 250,00 zł mniej – przy 20 osobodniach daje to już 5000,00 zł straty. Wyliczając dane za pobyt tylko jednego pacjenta, zastanawiające jest również zrównanie wyceny jednego osobodnia w opiece na oddziale szpitalnym oraz w hotelu. Głównym kosztem różnicującym wycenę osobodni w oddziale szpitalnym od pobytu hotelowego jest koszt opieki medycznej, czyli wynagrodzenie personelu medycznego – pielęgniarskiego i lekarskiego.

Zatem jeśli koszty pobytu oddziałowego są wyższe o koszty opieki medycznej, to – przy założeniu, że płatnik właściwie oszacował wycenę osobodnia w oddziale szpitalnym na 150 zł – oznacza, że Prezes NFZ niegospodarnie zarządza publicznymi środkami finansowymi i przepłaca za opiekę hotelową. A może jest inaczej?

Mamy wrażenie, że płatnik w ogóle nie bierze pod uwagę ponoszonych kosztów przez świadczeniodawców. W brachyterapii najczęściej stosowaną procedurą o kodzie 5.07.01.000025 jest brachyterapia z planowaniem standartowym za 120 punktów. Przy założeniu, że punkt to 50,00 zł, za jedną procedurę świadczeniodawca otrzymuje 6000,00 zł.

W kwocie tej zawarte są: planowanie 3D, znieczulenie ogólne, założenie aplikatorów z izotopem promieniotwórczym, usunięcie aplikatorów, wybudzenie pacjenta, utylizacja odpadu radioaktywnego, kalibracja sprzętu itp.

W myśl nowych zasad, jeśli pacjent będzie np. w przedziale pół roku miał trzy brachyterapie, świadczeniodawca uzyska kwotę tylko za jedno świadczenie.

Ze wstępnej analizy przeprowadzonej na podstawie danych zebranych w Wielkopolskim Centrum Onkologii wynika, że przy wykazywaniu świadczeń według nowych wytycznych Prezesa NFZ ośrodek ten rocznie będzie otrzymywał znacznie niższą zapłatę za udzielone świadczenia.

Czy nie powinno być tak, że najpierw Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji wyceni świadczenie, które wymaga bardzo wysokich kwalifikacji i nowej generacji sprzętu? Czy płatnik, wydając takie zarządzenia, nie blokuje dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy mogą być szybciej i skuteczniej wyleczeni przy zastosowaniu nowych technologii na światowym poziomie? Czy cofanie się nie jest społecznie bardziej kosztowne

ze względu na konsekwencje dla zdrowia publicznego? A może zamysłem takich działań jest powrót do metod stosowanych w XIX wieku.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Adres do korespondencji:
Hanna Waligórska
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel./fax: 61 885 07 49
e-mail: hanna.waligorska@wco.pl

PRACA POGLĄDOWA

FIZJOTERAPIA W TRUDNO GOJĄCYCH SIĘ RANACH

PHYSIOTHERAPY IN HARD-TO-HEAL WOUNDS

Monika Gałczyk[1], Katarzyna Van Damme-Ostapowicz[2]

[1] Pion Rehabilitacji, Szpital Wojewódzki w Łomży
[2] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Przewlekłe trudno gojące się rany stanowią coraz większy problem kliniczny wśród pacjentów na całym świecie. Prawidłowo leczona rana goi się od kilku do kilkunastu dni. Są jednak stany chorobowe, które utrudniają proces gojenia się ran. Wiele jest tego przyczyn i różne są sposoby leczenia trudno gojących się ran. Dużą rolę odgrywają m.in. właściwa fizjoterapia i zastosowanie odpowiednich zabiegów z zakresu fizykoterapii.

Słowa kluczowe: rana, leczenie ran, zastosowanie zabiegów fizykoterapeutycznych.

ABSTRACT

Chronic, hard-to-heal wounds pose an increasingly common clinical problem among patients worldwide. A properly treated wound heals within a few to dozen or so days. However, there are conditions which impede the wound healing process. There are many reasons for this, and there are different ways of treating hard-to-heal wounds. Proper physiotherapy and the use of appropriate procedures play a significant role in the healing process.

Keywords: wound, wound healing, use of physiotherapy treatments.

Wstęp

Terapia trudno gojących się ran jest ogromnym problemem i coraz większym wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Leczenie tego schorzenia staje się przedmiotem zainteresowań coraz większej grupy dermatologów, chirurgów naczyniowych, fizjoterapeutów czy pielęgniarek. Wg definicji rana przewlekła to „ rana, która nie wygoiła się w przeciągu 4–8 tygodni". Za rany przewlekłe uważa się także ubytki, które nie poddały się fizjologicznemu procesowi leczenia. Największą grupę stanowią: owrzodzenia żylne, owrzodzenia w przebiegu cukrzycy, odleżyny. Rzadziej spotykane to owrzodzenia nowotworowe, rany immunologiczne i hematologiczne. Schorzenia te dotyczą wielu osób, w szczególności osób w podeszłym wieku, pacjentów z miażdżycą naczyń obwodowych, diabetyków oraz chorych długotrwale unieruchomionych. Przyczyną długiego procesu gojenia się ran przewlekłych jest ich charakterystyczna etiologia. Stanowią poważne powikłania różnych chorób i zaburzeń związanych z miejscową redukcją przepływu krwi w naczyniach żylnych, tętniczych lub mikrokrążeniu. Wynikające z tych zaburzeń niedostateczne zaopatrzenie tkanek w składniki odżywcze i tlen powoduje występowanie zmian troficznych skóry. Dodatkowo w tych miejscach gromadzą się zbędne produkty przemiany materii, co prowadzi do załamania metabolizmu komórkowego i rozwoju martwicy. Objęte uszkodzeniami tkanki ulegają rozkładowi. Nieleczona lub leczona niewłaściwie rana może rozprzestrzeniać się w głąb tkanek, jak również może być przyczyną miejscowego, a nawet ogólnego zakażenia organizmu [1–3].

Cele postępowania fizykoterapeutycznego

Gojenie się ran jest procesem złożonym, w którym wyróżnia się trzy najważniejsze fazy:

- oczyszczania (zapalenie, zakażenie, złogi włókniste),
- poliferacji (tworzenie ziarniny, epitelializacja, neowaskularyzacja),
- obkurczania rany i tworzenia blizny (synteza oraz uporządkowanie kolagenu) [3, 4].

Do metod fizykoterapeutycznych wykorzystywanych w leczeniu trudno gojących się ran możemy zaliczyć:

- elektrostymulację, która może być stosowana na wszystkich etapach gojenia się ran przewlekłych w celu: pobudzenia autolizy, działania przeciwbakteryjnego czy reaktywacji wczesnej fazy zapalnej,

– zabiegi z zakresu elektroterapii (galwanizację, jonoforezę) w celu pobudzenia ziarninowania – stymulacja katodowa, czy pobudzenia naskórkowania – stymulacja anodowa,
– magnetoterapię, czyli oddziaływanie polem magnetycznym (magnetostymulację), która ma na celu zarówno poprawę mikrokrążenia, aby przyspieszyć pierwszą fazę gojenia, jak i poprawę trofiki skóry w okolicy owrzodzenia,
– zabiegi z zakresu światłolecznictwa (promieniowanie UV – nadfiolet, światło spolaryzowane, ledoterapia), które m.in. hamują procesy pogłębiania się zmian martwiczych w odleżynie, pobudzają ziarninowanie, poprawiają mikrokrążenie,
– korzystanie z komory barycznej, co powoduje wzrost aktywności przeciwbakteryjnej, ogranicza uszkodzenia nabłonka i zwiększa produkcję kolagenu,
– laseroterapię mającą na celu pobudzenie skóry do lepszego ukrwienia [5, 6].

Zastosowanie zabiegów fizykoterapeutycznych

Według prof. Klotha, który jest m.in. członkiem Amerykańskiego Towarzystwa Leczenia Ran i współautorem wieku prac naukowych na temat leczenia ran, najbardziej skuteczną metodą leczenia trudno gojących ran jest stosowanie elektroterapii [7].

Wśród zabiegów elektrycznych wykorzystywanych w leczeniu uszkodzonych tkanek szczególną rolę odgrywa elektrostymulacja wysokonapięciowa (EWN). W tej metodzie najczęściej wykorzystywany jest prąd monofagowy, a najbardziej typowy jest impuls podwójny składający się z dwóch krótkich, szybko po sobie następujących impulsów trójkątnych. Czas trwania impulsu podwójnego stosowanego w leczeniu ran jest krótki. Podczas leczenia elektrostymulacją wysokonapięciową stosuje się parametry: podwójne impulsy monofazowe o łącznym czasie trwania od 0,05 do 0,1 ms, częstotliwości 100 Hz, napięciu wartości 100 V oraz czasie trwania 50 mn. Stymulacje wykonuje się prądem, który nie wywołuje efektów ruchowych, a jedynie lekkie uczucie mrowienia. Elektrodę czynną umieszcza się na podkładzie z gazy nasączonej NaCl (chlorek sodu) i przykłada się na powierzchni ubytku. Elektrodę bierną zakłada się mniej więcej 20–30 cm od rany. Najpierw stosujemy stymulację katodową, później – anodową. Stymulacje te są szczególnie zalecane w leczeniu przewlekłych ubytków, które nie goją się pomimo stosowania leczenia standardowego. Dodatkową zaletą tego rodzaju stymulacji jest to, że spolaryzowane impulsy wysokonapięciowe mają działanie bakteriostatyczne, zabiegi są bezbolesne, a często przynoszą także ulgę w bólu [4, 8].

Trudno gojące się rany, owrzodzenia, świeże blizny i przeszczepy skóry są wskazaniem do stosowania biostymulacyjnego promieniowania laserowego. Zarówno liczba, jak i czas zabiegów uzależnione są od rozległości rany. Najczęściej jednak stosuje się od 20 do 40 zabiegów o czasie trwania 5–15 mn przy codziennym stosowaniu. W ranach powierzchownych najlepsze działanie wykazuje laser helowo-neonowy o długości fali 632,8 nm i mocy 5 mW, stosowany techniką przemiatania bezkontaktowego z odległości 2–15 cm. Natomiast do ran głębokich zaleca się laser impulsowy półprzewodnikowy o długości fali 904 nm, mocy 30 mW, częstotliwości impulsów 644 Hz, techniką przemiatania bezkontaktowego z odległości ok. 0,5 cm od rany w czasie 10 mn [9].

Działanie wiązki promieniowania laserowego zależne jest od rodzaju lasera, długości fali emitowanej, mocy i czasu działania, a także od rodzaju tkanki poddanej napromieniowywaniu. Wszystkie te czynniki decydują o tym, na jaką głębokość wnika światło laserowe, a tym samym – jakie zmiany wywoła w tkankach, do których dotrze. W fizjoterapii biostymulacyjne promieniowanie laserowe wykorzystuje się przede wszystkim ze względu na działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przyśpieszające gojenie się ran i poprawiające przewodnictwo nerwowe [9–11].

Fototerapia z użyciem promieniowania nadfioletowego (promieniowanie UV) typu C działa bakteriobójczo przy zastosowaniu lamp UV-C (250–270 nm). Badania *in vitro* jednoznacznie wskazują, że naświetlanie promieniami o długości fali 254 nm już po upływie 5 sekund niszczy około 99,9% bakterii. Wiemy także, że UV-C wywołuje jonizację powietrza, czyli istnieje rzeczywiste ryzyko powstania wolnych rodników i procesu mutagennego w ranie. Dlatego też istnieje potrzeba dalszego prowadzenia badań, czy tak krótkie czasy naświetlań są wystarczające do działania rakotwórczego w tkankach, czy też nie – jeśli nie – wtedy promieniowanie nadfioletowe staje się skuteczną bronią do uzyskania efektu przeciwbakteryjnego, gdzie antybiotykoterapia jest bezsilna [1, 7, 12].

Istotne efekty w leczeniu odleżyn przynosi naświetlanie światłem spolaryzowanym. Strumień światła powinien padać pod kątem prostym w odległości około 10 cm od naświetlanego miejsca. Zależnie od strumienia światła i obszaru zmian chorobowych naświetla się całościowo jednorazowo sukcesywnie sektorowo. Czas to 4–10 mn na każdy sektor do nawet 2 razy dziennie. Działanie światła spolaryzowanego ma charakter biostymulacyjny, z którego wynika działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, stymulujące procesy regeneracji i samoleczenia organizmu. Efekt biostymulacyjny zależy w większym stopniu nie od natężenia wiązki świetlnej, ale od jej polaryzacji [1, 13].

Innowacyjną metodą należącą do światłolecznictwa, mającą zastosowanie w leczeniu odleżyn, oparzeń, owrzodzeń podudzi, jest ledoterapia. Stosuje się tu światło niskoenergetyczne, które generowane jest przez 280 wysokoenergetycznych diod LED w zakresie widzialnym i bliskiej podczerwieni. Promieniowanie optyczne emitowane jest ze stałą częstotliwością 181,8 Hz przez aplikatory typu panel: dwusekcyjny R o długości fali 630 nm, trójsekcyjny IR o długości fali 855 nm, dwusekcyjny RIR. Czas trwania zależy od wielkości rany [14–16].

Hiperbaryczną terapią tlenową (HBO) nazywamy inhalacje pacjenta czystym tlenem z użyciem ciśnienia 2 do 3 atmosfer absolutnych (ATA), które zapewniają odpowiednio skonstruowane komory ciśnieniowe, jedno- i wieloosobowe. Terapia ta jest polecana pacjentom z niedokrwionymi i niedotlenionymi tkankami lub ranami – stosowana równolegle ze standardowymi procedurami terapeutycznymi wspomaga gojenie. Połączenie chirurgicznego oczyszczania rany, antybiotykoterapii i hiperbarycznej terapii tlenowej stanowi zespół czynności usprawniających gojenie [17, 18].

Równie pomocne, mające zastosowanie w fizykoterapii w leczeniu owrzodzeń, ran i odleżyn, są ultradźwięki, w których wykorzystuje się częstotliwości od 1 do 3 MHz, a także niskich od 22,5 do 25,35 i 40 kHz i gęstość mocy 0,5 W/cm^2. Do nadźwiękawiania odleżyn na kończynach stosuje się metodę immersyjną. W tym celu używa się plastikowego wiadra z wodą o temperaturze 34°C, do którego pacjent wkłada kończynę, tak aby odleżyna znajdowała się pod wodą. Głowica ultradźwiękowa o powierzchni 10 cm^2 znajduje się wewnątrz wiadra na specjalnym statywie w odległości 2 cm od odleżyny. Czas trwania zabiegu zależy od wielkości odleżyny – mniejsze do ok. 5 minut, natomiast większe poddaje się dwóm osobnym zabiegom o podobnym czasie trwania zabiegu. Sonoterapię prowadzi się raz dziennie, codziennie, do 28 zabiegów w trakcie całej terapii [5].

Podsumowanie

Mimo wielu metod wspomagania gojenia ran najbardziej efektywna wydaje się być elektroterapia – wykorzystanie elektrostymulacji wysokonapięciowej zostało dobrze udokumentowane przez szereg licznych, kontrolowanych eksperymentów klinicznych. Elektroterapia jest również zalecana jako podstawowa metoda lecznicza „wytycznych dla praktyków" przez dwie wpływowe organizacje naukowe – *Paralyzed Veterans of America i Registered Nurse Association of Ontario* w Kanadzie. Są to wystarczające przesłanki, aby zgodnie z „medycyną opartą na faktach" (WBM) uznać metody elektryczne za skuteczne. Jednakże każdy pacjent jest inny, każda przewlekła rana ma swoją odrębną historię. Nasza wiedza na temat gojenia ubytków tkanek miękkich jest wciąż niewystarczająca [7].

Metody fizykalne powinny stanowić nieodzowny element w leczeniu ran. Są to metody nieinwazyjne, bezpieczne (przy zachowaniu zasad metodycznych i uwzględniając przeciwwskazania) oraz możliwe do stosowania zarówno w warunkach domowych, jak i szpitalnych [1, 4].

Jak dotąd żadna z metod fizykalnych nie została zakwalifikowana jako szkodliwa. Oznacza to, że wszystko może okazać się pomocne, jeśli pacjent odczuwa ulgę, np. rana ulega oczyszczeniu z wydzieliny ropnej, szybciej pokrywa się ziarniną czy też chory odczuwa zmniejszenie dolegliwości bólowych [7].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Krzeszowska E, Wiecheć M. Laseroterapia i pileroterapia w terapii odleżyn w praktyce fizjoterapeutycznej. Prakt Fizjoter Rehabil. 2012;29:57–63.
2. Siepioło A, Mroczek B, Modrzejewski A. Nowoczesne metody leczenia ran w opiece środowiskowej – opis przypadku. Fam Med Prim Care Rev. 2012;14,1:91–96.
3. Skórkowska-Techlikowska K, Bugajska-Prusek A, Pluciński P, Rybak Z, Szopa J. Fizjologia i patologia przewlekle niegojących się owrzodzeń oraz sposoby ich miejscowego leczenia w świetle współczesnej wiedzy medycznej. Dermatol Prakt. 2009;5:15–29.
4. Polak A, Jureczek L, Gołaszewska E, Walczak A, Buciak E. Leczenie odleżyn i ran przewlekłych za pomocą elektrostymulacji wysokonapięciowej. Praca recenzowana. Fizykoter. 2014;2:40–44.
5. Taradaj J, Kostur R. Profilaktyka leczenia odleżyn. Rehabil Prakt. 2006;2:31–32.
6. Mikołajczewska E. Miejsce fizjoterapii w zapobieganiu i leczeniu ran odleży nowych. Prakt Fizjoter Rehabil. 2010;3:54–56.
7. Taradaj J. Leczenie fizykalne ran. Cover story. Rehabil Prakt. 2010;2:8–9.
8. Polak A, Walczak A, Taradaj J, Dzikiewicz M, Augustak A, Adamczyk L, Engelmann – Walla G. Elektrostymulacja wysokonapięciowa we wspomaganiu leczenia odleżyn: wyniki randomizowanego, kontrolowanego eksperymentu klinicznego – doniesienia wstępne. Leczenie Ran. 2013;10(1):13–25.
9. Bugajski M, Krukowska J, Ciernicki J. Biostymulacyjne promieniowanie laserowe i możliwości jego zastosowania w fizjoterapii. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. 2010;3:343–348.
10. van Coevorden RS. Zastosowanie niskoenergetycznego promieniowania laserowego w opiece paliatywnej. Adv Palliat Med. 2009;8;83–89.

11. Pyszora A, Adamczyk A. Zastosowanie niskoenergetycznego promieniowania laserowego w leczeniu bólu. Pol Med Paliatywna. 2005;4(3):127–132.
12. Zwolińska J, Weres A, Magoń G, Skalska-Izdebska R. Wykorzystanie biostymulacji laserowej i światła VIP w leczeniu chorób narządu ruchu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. 2007;3:275–288.
13. Janosik E. Światło spolaryzowane i jego zastosowanie w medycynie. Prace Instytutu Elektrotechniki. 2006;228:320–325.
14. Sieroń A, Pasek J. Ledoterapia. Prakt Fizjoter Rehabil. 2011;1,13:53–55.
15. Sopata M, Łuczak J. Profilaktyka i leczenie zachowawcze odleżyn (cz. 1). Zakażenia. 2003,4:81–88.
16. Sławiński P, Krosny T, Raciborski W, Stankiewicz W. Współczesne poglądy na powstawanie i leczenie żylnych owrzodzeń podudzi. Post Nauk Med. 2012;3:27–34.
17. Kawecki M, Knefel G, Szymańska B, Nowak M, Sieroń A. Aktualne wskazania i możliwości zastosowania hiperbarycznej teorii tlenowej. Baln Pol. 2006;4:201–206.
18. Kawecki M, Sieroń A, Glik J, Nowak M, Szymańska B, Knefel G. Rola hiperbarii tlenowej w leczeniu chirurgicznym troficznych owrzodzeń podudzi spowodowanych przewlekłą niewydolnością żylną. Baln Pol. 2006;3:150–155.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Monika Gałczyk
ul. Sybiraków 16/8, 18-400 Łomża
tel. kom.: 604 823 320
e-mail: monikagalczyk@onet.eu

PRACA POGLĄDOWA

WYBRANE KONSEKWENCJE EKONOMICZNE I ZDROWOTNE KONSUMPCJI TYTONIU DLA BUDŻETU PAŃSTWA I SEKTORA PUBLICZNEGO

CHOSEN ECONOMIC AND HEALTH CONSEQUENCES OF TOBACCO CONSUMPTION FOR THE STATE BUDGET AND THE PUBLIC SECTOR

Marcin Motnyk[1], Michał Chrobot[2], Brunon Zemła[1]

[1] Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach
Wydział Nauk Stosowanych, Gliwicka Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości w Gliwicach
[2] Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

STRESZCZENIE

Konsumpcja tytoniu w Polsce stanowi wciąż liczący się problem społeczny i zdrowotny. Do palenia przyznaje się prawie co trzeci dorosły Polak. Społeczny i zdrowotny aspekt tego problemu w sposób bezpośredni ma wpływ na sferę ekonomiczną. W węższym ujęciu – w kontekście konsumpcji tytoniu – wpływ ten obejmuje budżet państwa i sektor publiczny, a w szerszym – całą gospodarkę. W artykule przedstawione są najważniejsze konsekwencje konsumpcji tytoniu w ujęciu węższym, czyli oddziaływanie na budżet państwa i sektor publiczny.

Słowa kluczowe: tytoń, choroby odtytoniowe, koszty, budżet państwa, sektor publiczny.

ABSTRACT

Tobacco consumption in Poland is still a huge social and health problem. Almost every third mature Polish smokes. Social and health aspect of this problem directly influences economic sphere. The narrower point of view – tobacco consumption – includes the state budget and the public sector. The wilder point of view includes the whole economy. The article shows the most important consequences of tobacco consumption in a narrower point of view (the state budget and the public sector).

Keywords: tobacco, tobacco diseases, costs, state budget, public sector.

Wstęp

Tytoń jest jedyną substancją rakotwórczą legalnie sprzedawaną na całym świecie. Konsumpcja tytoniu w Polsce to jeden z najpoważniejszych problemów społecznych i jedno z zagrożeń cywilizacyjnych. Szacuje się, że nawet 10 milionów Polaków jest regularnymi palaczami [1], co stanowi około jednej trzeciej dorosłej populacji Polski. Sytuacja ta generuje określone skutki społeczne i ekonomiczne. Wśród skutków społecznych należy w pierwszej kolejności wymienić ogólnie rozumiane skutki zdrowotne, czyli cały szereg chorób spowodowanych konsumpcją wyrobów tytoniowych. Skutki zdrowotne wywołują z kolei określone skutki o wymiarze ekonomicznym. Należy przy tym dodać, że nie wszystkie skutki ekonomiczne można wyrazić za pomocą pieniądza (np. czas wolny poświęcony przez rodzinę na opiekę nad chorym). Zatem biorąc pod uwagę powyższe, skutki społeczne można podzielić na te, których oddziaływanie da się wyrazić za pomocą pieniądza, i na te, dla których jest to niemożliwe. W niniejszym artykule uwaga zostanie skupiona na pierwszej z wymienionych grup.

Skutki ekonomiczne wywołane konsumpcją tytoniu można podzielić – w kontekście zawartych w artykule rozważań – na takie, które wpływają jedynie na budżet państwa i sektor publiczny, oraz takie, które oddziałują na całą gospodarkę. Skutki dla budżetu i sektora publicznego, ze względu na kierunek przepływu środków finansowych, można podzielić na dwie grupy: dochodowe i wydatkowe. Do skutków dochodowych należą wpływy z opodatkowania konsumpcji tytoniu, czyli akcyza i podatek od wartości dodanej (VAT). Wśród podstawowych skutków o charakterze wydatkowym należy wymienić środki na leczenie chorób odtytoniowych, czyli koszty bezpośrednie medyczne konsumpcji tytoniu oraz koszty bezpośrednie związane

ze świadczeniami społecznymi, do których można zaliczyć wydatki na świadczenia rentowe czy świadczenia z tytułu śmierci. Koszty związane z absencją w pracy oraz szeroko rozumiane koszty śmierci (w ujęciu makroekonomicznym) włączone zostały do grupy skutków oddziałujących na całą gospodarkę, mimo że sektor publiczny ponosi z ich tytułu określone konsekwencje. Koszty te (skutki w ujęciu całej gospodarki – makroekonomiczne) nie będą przedmiotem rozważań w tym artykule, lecz należy o nich wspomnieć, ponieważ stanowią istotny element oddziaływania konsumpcji tytoniu na polską gospodarkę w skali makro.

Konsumpcja tytoniu w Polsce i jej podstawowe konsekwencje

Polska należy do czołówki państw pod względem konsumpcji tytoniu. Około czterech dorosłych mężczyzn z dziesięciu i jedna czwarta dorosłych kobiet używa regularnie tytoniu [1], a liczby te od kilku lat (po uprzednim trendzie spadkowym wśród palaczy) utrzymują się na względnie stałym poziomie. Skala konsumpcji tytoniu w Polsce wywołuje określone konsekwencje o wymiarze zarówno zdrowotnym, społecznym, jak i – co oczywiste – ekonomicznym. Wśród konsekwencji zdrowotnych konsumpcji tytoniu należy wymienić w pierwszej kolejności szereg chorób pośrednio lub bezpośrednio spowodowanych paleniem tytoniu.

W grupie najważniejszych chorób odtytoniowych znajdują się następujące schorzenia:

- POChP – 1,5–2,5 mln chorych,
- choroby serca – 300 tys. chorych,
- astma oskrzelowa – 200 tys. chorych,
- udary mózgu – 60–70 tys. chorych,
- rak płuca – 32 tys. chorych,
- wcześniactwo – 30–43 tys. dzieci [2].

Powyższa lista może być jeszcze uzupełniona o wiele innych schorzeń, lecz wymienione powyżej wydają się tymi z grupy najistotniejszych. Poniżej znajduje się krótka charakterystyka każdej z chorób oraz jej związek z konsumpcją tytoniu.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z dolegliwości najczęściej dotykających konsumentów tytoniu. Najczęstszą przyczyną POChP jest dym tytoniowy, który odpowiada za dziewięć na dziesięć przypadków [3]. Ocenia się, że w Polsce jest około 2 milionów pacjentów z POChP. Stanowią oni około 5% populacji kobiet i 10% populacji mężczyzn. Schorzenie to jest przyczyną dużej absencji chorobowej wynikającej z zaostrzenia choroby oraz powodem inwalidztwa oddechowego i przedwczesnych zgonów. Choroba ta wpływa na pogorszenie jakości życia i skrócenie życia o przeciętnie kilkanaście lat. Rocznie z powodu POChP umiera w Polsce około 15 tysięcy osób. Jest to czwarta, po chorobach układu krążenia, nowotworach i wypadkach (urazach), główna przyczyna zgonów w Polsce, jak również jedyna choroba powszechna, w której obserwuje się stale rosnący trend ilościowy [4]. Na POChP, poza palaczami (około 90% przypadków) [5], zapadają również inne grupy osób. Do czynników ryzyka należą bowiem również: palenie bierne, praca w środowisku o dużym poziomie zapylenia bądź zadymienia, zanieczyszczenie środowiska, częste infekcje dolnych dróg oddechowych czy też czynniki genetyczne. Choroba ta dotyka najczęściej mężczyzn po 50. roku życia [4]. Wśród palaczy co trzeci zachoruje na POChP. Mniej więcej jedna czwarta przypadków to przypadki ciężkie. Na koniec należy dodać, że w tej grupie dochodzi także do zwiększonej ilości zachorowań na choroby układu krążenia (zawał serca i udar mózgu) oraz choroby nowotworowe (płuc, przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego) [5].

Palenie papierosów jest bardzo ważnym czynnikiem ryzyka w przypadku chorób serca, w tym choroby wieńcowej. Palący mężczyźni są bowiem co najmniej dwukrotnie bardziej obciążeni prawdopodobieństwem rozwoju choroby wieńcowej niż ci niepalący. W krajach cywilizowanych, a w szczególności w Stanach Zjednoczonych Ameryki, liczba nowych przypadków choroby wieńcowej oraz liczba zgonów z tej przyczyny spadła (głównie w populacji mężczyzn), podczas gdy wśród kobiet takiego spadku nie odnotowano. Jedną z ważnych przyczyn tego zjawiska jest fakt rosnącej w populacji kobiet liczby palących papierosy [6]. Przeciętna roczna częstość występowania choroby wieńcowej w Polsce wynosi około 250–300 nowych przypadków na 100 tysięcy mieszkańców [6]. Tytoń jest odpowiedzialny za co najmniej jedną dziesiątą przypadków rozwoju choroby wieńcowej i innych schorzeń serca [7]. Inne dane mówią o odpowiedzialności palenia tytoniu za nawet 30% przypadków chorób wieńcowych i schorzeń serca [8].

Astmatycy są także konsumentami tytoniu. Liczba dorosłych chorych na astmę przekracza 5% populacji [9]. Co prawda dym tytoniowy nie alergizuje, ale palenie jest najważniejszych elementem znacząco zwiększającym ryzyko wystąpienia objawów astmy. Dane wskazują, że palenie zwiększa o jedną trzecią ryzyko zachorowania na astmę [10]. W roku 2006 około 58 tysięcy przyjętych do szpitala stanowili pacjenci chorzy na astmę, spośród nich 5 tysięcy miało stan astmatyczny stanowiący bezpośrednie zagrożenie życia [11]. Dla zobrazowania problemu można zaprezentować dane z Finlandii, gdzie roczne wydatki związane z leczeniem 20% chorych, u których rozpoznano astmę ciężką, stanowią aż 60% wszystkich kosztów po-

noszonych przez państwo na diagnostykę i leczenie tego schorzenia [12].

Udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgu, trwające dłużej niż 24 godziny i wynikające z przyczyn naczyniowych [13]. Zapadalność na udar mózgu w Polsce utrzymuje na średnim europejskim poziomie. Znacznie gorzej wygląda sytuacja, gdy weźmie się pod uwagę dane dotyczące umieralności. Wynosi ona w Polsce 106,4/10 tysięcy mężczyzn i 78,7/100 tysięcy kobiet, przez co jest jednym z najgorszych wskaźników w Europie. Śmiertelność w krajach Europy Zachodniej kształtuje się w granicach 18–25%, natomiast w Polsce wynosi około 40%. Niekorzystny jest również współczynnik niepełnosprawności chorych, którzy przeżyli udar mózgu. W krajach wysoko rozwiniętych około 50% chorych pozostaje niepełnosprawnymi, w Polsce współczynnik ten wynosi aż 70% [14]. Biorąc pod uwagę wysoką umieralność i wysoki współczynnik niepełnosprawności, problem leczenia i profilaktyki udaru mózgu wydaje się być w Polsce szczególnie istotny.

Nowotwór płuc jest najczęściej występującym nowotworem zarówno w Polsce, jak i na świecie. Także pod względem umieralności zajmuje niechlubną pozycję lidera. W Polsce każdego roku odnotowuje się około 20 tysięcy nowych przypadków, przy czym relacja zgonów do zachorowań jest na bardzo wysokim poziomie i wynosi około 0,9. Warty odnotowania jest fakt, że na nowotwór płuc umiera w Polsce więcej kobiet niż na nowotwór piersi [15]. Zdecydowanie najważniejszym czynnikiem wywołujących nowotwory płuc są papierosy. Można stwierdzić, że rak płuc jest to nowotwór o charakterze typowo odtytoniowym. Warto również dodać, że palenie tytoniu wywiera wpływ na rozwój zmian nowotworowych w innych lokalizacjach. Należy wspomnieć o jamie ustnej, gardle i krtani, a nawet trzustce, pęcherzu moczowym czy żołądku [16].

Problem konsumpcji tytoniu w dużym stopniu dotyka także kobiet w ciąży. Trzy na dziesięć ciężarnych pali papierosy [17]. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) przedstawia dane wskazujące na to, że wśród kobiet palących w ciąży odsetek wcześniaków wynosi 11%, podczas gdy u tych, które nigdy nie paliły – 7%. Kobiety palące rodziły dzieci z niedowagą dwukrotnie częściej niż niepalące [18]. Należy dodać, że palenie przez matkę w ciąży i po porodzie wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia objawów przypominających astmę.

Reasumując, w Polsce palenie tytoniu jest najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów osób dorosłych. Według danych za 2000 rok 38% wszystkich zgonów u mężczyzn w wieku produkcyjnym wiązało się z paleniem tytoniu. Palenie tytoniu odpowiadało także za 55% przypadków zgonów spowodowanych nowotworami u mężczyzn w Polsce, szczególnie dużo rakiem płuc (odpowiednio 94% u mężczyzn i 68% u kobiet) [19]. Według danych Ministerstwa Zdrowia co roku z powodu palenia tytoniu umiera około 60 tysięcy Polaków [20].

Wpływ konsumpcji tytoniu na budżet państwa i sektor publiczny – analiza wybranych wpływów i wydatków

W przypadku strony dochodowej budżetu państwa duży wkład w jego poprawne konstruowanie mają palacze tytoniu, którzy w ciągu tylko jednego roku przekazali do budżetu centralnego 18,6 miliarda złotych z tytułu akcyzy i około 4,5–5,5 miliarda złotych z tytułu podatku VAT. Razem daje to kwotę rzędu 23–24 miliardów złotych, co stanowi ponad jedną dwunastą wszystkich wpływów budżetowych. Kwota ta jest tym bardziej imponująca, że do palenia przyznaje się tylko 30% Polaków [21] i mamy do czynienia ze stale rosnącymi cenami papierosów i innych wyrobów tytoniowych. Związane jest to głównie z coraz większymi obciążeniami o charakterze fiskalnym, wpływającymi decydująco na końcową cenę wyrobu dla konsumenta. Poza oficjalną konsumpcją znacząca część tego typu dóbr na rynku pochodzi z nielegalnych źródeł. Budżet państwa nie jest zasilany z tego tytułu środkami z podatków, ale sektor publiczny ponosi już określone obciążenia finansowe, ponieważ ludzki organizm nie jest w stanie różnicować wyrobów pod względem ich pochodzenia.

Tabele 1 i **2** przedstawiają całkowite koszty w ujęciu rocznym najważniejszych schorzeń odtytoniowych, wymienionych i pokrótce opisanych powyżej. **Tabela 1** odpowiada scenariuszowi minimum, a **tabela 2** – scenariuszowi maksimum. Scenariusz minimum oznacza uwzględnienie danych w ich dolnych zakresach wartości. Należy zaznaczyć, że część przytoczonych danych, jak chociażby liczba chorych czy związek z konsumpcją tytoniu, mają charakter przybliżony w określonym zakresie. Dla scenariusza minimum uwzględnione zostały wartości najmniejsze z danych zakresów. Natomiast dla scenariusza maksimum uwzględnione zostały wartości największe z danych zakresów.

Scenariusz najbardziej optymistyczny zakłada, że całkowite koszty leczenia najważniejszych schorzeń odtytoniowych wynoszą niecały miliard złotych. Na jednego chorego palacza ze środków publicznych w ujęciu rocznym wydatkuje się niecałe 3 tysiące złotych. Jest to kwota porównywalna ze średnim wynagrodzeniem netto w gospodarce. Najostrożniejsze szacunki wskazują, że procentowa zależność pomiędzy wszystkimi chorymi na wymienione schorzenia a chorymi na wymienione schorzenia w wyniku konsumpcji tytoniu wynosi prawie 50%. Można zatem

stwierdzić, że wymienione choroby są dość silnie tytoniozależne.

Dane wskazują, że jedną trzecią kosztów generuje POChP. Na drugim miejscu – z niemalże identycznym kosztem całkowitym leczenia – znajdują się choroby serca i rak płuca. Należy przy tym zaznaczyć, że rak płuc jest chorobą silnie odtytoniową, podczas gdy w przypadku chorób serca relacja nie jest już tak silna (w scenariuszu minimum to 10%). Na choroby serca choruje jednak w Polsce ponad dziesięć razy więcej osób niż na raka płuc i tu należy doszukiwać się porównywalnego poziomu kosztu całkowitego. Kolejnym schorzeniem pod kątem wygenerowanych kosztów całkowitych leczenia jest udar mózgu, lecz wartość ta jest niemalże dwukrotnie mniejsza niż w przypadku raka płuc czy chorób serca. Na kolejnych pozycjach w tej klasyfikacji znajdują się wcześniactwo i astma oskrzelowa. Suma kosztów całkowitych dwóch ostatnich wymienionych pozycji to już niecałe 17% kosztów całkowitych.

Scenariusz uwzględniający możliwe najwyższe wartości z szacunkowych przedziałów zakłada, że koszty całkowite leczenia chorób odtytoniowych kształtują się na poziomie około 3 miliardów złotych. Jest to niemalże dwa razy więcej niż w analizowanych wcześniej scenariuszu minimum. Na wzrost kosztu całkowitego miały wpływ w pierwszej kolejności wzrosty w obszarach takich chorób jak POChP i choroby serca (w mniejszym stopniu udar mózgu). Podobnie jak we wcześniejszym scenariuszu udział kosztów leczenia POChP w kosztach całkowitych leczenia wymienionych schorzeń przekracza 60%. Na drugim miejscu znajdują się choroby serca, a ich koszty są w tym scenariuszu trzykrotnie większe (wynika to z odpowiedzialności konsumpcji tytoniu za rozwój tych chorób). Udział waha się pomiędzy 10 a 30% i fakt ten wpływa na tak dużą rozbieżność w wartościach końcowych. Pozostałe koszty także są wyższe niż w rozpatrywanym scenariuszu minimum, ale ich wzrost w pozostałych przypadkach nie jest tak spektakularny.

Tabela 1. Całkowity koszt leczenia najważniejszych chorób odtytoniowych – scenariusz minimum

Schorzenie odtytoniowe	Liczba chorych wymagających leczenia w Polsce w tys.	Związek z konsumpcją tytoniu w %	Liczba przypadków „odtytoniowych" w tysiącach	Średni koszt leczenia w tys. zł	Całkowity koszt leczenia w tys. zł
POChP [22]	300	90	270	1,2	324 000
choroby serca	300	10	30	7,0	210 000
astma oskrzelowa	58*	25	14,5	4,43	64 235
udar mózgu	60	25	15	7,785	116 800
rak płuca	21	90	18,9	4,9	92 610
wcześniactwo	28	12	3,4	25,0	85 000
Razem	793	47	373,6	2,67	892 645

* Ilość przypadków wymagających hospitalizacji

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 2. Całkowity koszt leczenia najważniejszych chorób odtytoniowych – scenariusz maksimum

Schorzenie odtytoniowe	Liczba chorych wymagających leczenia w Polsce w tys.	Związek z konsumpcją tytoniu w %	Liczba przypadków „odtytoniowych" w tysiącach	Średni koszt leczenia w tys. zł	Całkowity koszt leczenia w tys. zł
POChP [22]	500	90	450	4,0	1 800 000
Choroby serca	300	30	90	7,0	630 000
Astma oskrzelowa	58	33	19,1	4,43	76 018
Udar mózgu	70	25	17,5	7,785	136 240
Rak płuca	32	95	30,4	4,9	148 960
Wcześniactwo	30	12	3,6	30,0	108 000
Razem	1 003 000	62	622 950	4,75	2 899 218

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 3 obrazuje najważniejsze podstawowe wielkości istotne z punktu widzenia konsumpcji tytoniu dla finansów sektora publicznego. Są to wielkości po stronie wydatkowej, czyli całkowite koszty leczenia, środki przeznaczane na renty z tytułu niezdolności do pracy i środki przeznaczane na świadczenia z tytułu śmierci. Tych wartości nie można bardzo dokładnie oszacować, lecz można podać pewien ich zakres. Dlatego podobnie jak w przypadku szacowania całkowitych kosztów leczenia podstawowych chorób odtytoniowych przedstawiony jest zarówno scenariusz minimum, jak i scenariusz maksimum w postaci przedziałów wartości. Biorąc pod uwagę fakt, że przedstawione w **tabeli 3** wartości są relatywnie wysokie, ale wpływy są kilkukrotnie wyższe, to należy już na samym początku analizy stwierdzić, że w krótkim okresie konsumpcja wyrobów tytoniowych (pomimo i tak relatywnie wysokich wydatków) z punktu widzenia budżetu państwa jest korzystna. Wpływy z tytułu podatków przekraczają bowiem kilka, a nawet kilkunastokrotnie ponoszone wydatki.

W **tabeli 3** najistotniejszą pozycję stanowią środki przeznaczane na renty. Większość beneficjentów świadczeń rentowych pobiera je przez dłuższy czas niż tylko rok. Pomijając takie schorzenia jak rak płuca, gdzie ze względu na wysoką śmiertelność niewielki odsetek pobiera świadczenia dłużej niż rok, i astmę, gdzie liczba osób jest stosunkowo niewielka (uwzględnione są tylko nowe przypadki), to pozostałe schorzenia mają charakter mniej lub bardziej przewlekły, a to oznacza, że ludzie ci przez kilka, a nawet kilkanaście lat są beneficjentami systemu ubezpieczeń społecznych, finansowanego zarówno ze składek (będących w rzeczywistości parapodatkami), jak i bezpośrednio z budżetu państwa w formie corocznych kwot przeznaczanych na zbilansowanie budżetu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W roku 2015 w budżecie państwa przeznaczono na ten cel kwotę przekraczającą 50 miliardów złotych [23]. Kwota ta stanowi około 15% wszystkich środków wydatkowanych w ciągu roku przez Polskę z budżetu centralnego i znacząco przekracza wydatki na tak istotne obszary, jak chociażby obronność (planowane wydatki z budżetu na ten cel to około 38 miliardów złotych).

W ciągu roku wysokość świadczeń rentowych dla osób cierpiących na choroby serca to ponad 4,5 miliarda złotych. Przyjmując, że tytoń jest odpowiedzialny za 10 do 30% przypadków, to wówczas wysokość świadczeń spowodowanych konsumpcją tytoniu wahałaby się pomiędzy 450 milionami złotych a 1,35 miliarda złotych. Warto dodać, że choroby układu krążenia mają największy udział w całości środków przeznaczonych na świadczenia rentowe. W przypadku chorób układu oddechowego środki te wynoszą około 2,5 miliarda złotych. Według ostrożnych szacunków (wynikających chociażby ze skali społecznej problemu) mniej więcej połowa tych środków, czyli około 1,25 miliarda złotych, przeznaczana jest na świadczenia z tytułu POChP. Biorąc pod uwagę fakt, że za 9 na 10 przypadków POChP odpowiada tytoń, wówczas na renty przeznaczane jest ponad 1,1 miliarda złotych[1]. W przypadku udaru mózgu suma świadczeń „odtytoniowych" wynosi około 260 milionów złotych[2]. Astma i rak płuc generują koszty na świadczenia rentowe między 128 a 149 milionami złotych. Razem daje to kwotę między 1,938 a 2,849 miliarda złotych. Widać, że całkowita wysokość świadczeń z tytułu niezdolności do pracy jest 3 do 4 razy większa niż w przypadku obliczeń bazujących jedynie na nowych beneficjentach (perspektywa roczna).

Szacuje się, że rocznie zgonów na choroby „odtytoniowe" jest w Polsce między 45 a 82 tysiącami. Pomijając kwestie związane z realną stratą dla gospodarki, to ludzie ci generują także koszty w postaci świadczeń z tytułu śmierci. Koszty te w zależności od przyjętych scenariuszy wahają się pomiędzy 180 a 327 milionami złotych. Wartość tę można porównać do budżetu średniej wielkości miasta.

Całkowite wydatki (wybrane pozycje) z tytułu konsumpcji tytoniu wahają się w przedziale 2–4 miliardów złotych (uwzględniając tylko nowych beneficjentów systemu ubezpieczeń społecznych) i 3–6 miliardów złotych (uwzględniając zarówno nowych, jak i starych beneficjentów systemu ubezpieczeń społecznych). Wydaje się jednak za znacznie bardziej zasadne uwzględnienie w wydatkach całkowitych wydatków na świadczenia rentowe zarówno na nowych, jak i starych beneficjentów.

Natomiast wpływy do budżetu państwa z tytułu konsumpcji tytoniu wahają się między 23,1 a 24,1 miliarda złotych. Maksymalne wydatki (uwzględniające scenariusz maksimum) przekraczają nieznacznie 6 miliardów złotych. Sektor publiczny wydaje zatem jedynie między 25,5 a 26,5% swoich wpływów z tytułu konsumpcji tytoniu. Mniej więcej trzy czwarte wpływów do budżetu można określić mianem „zysku" z tytułu konsumpcji tytoniu. Wydaje się jednak, że kwoty w przypadku poddania analizie wpływu konsumpcji na całą gospodarkę nie będą

[1] Opracowanie własne na podstawie raportu: Karczewicz E, Kania A. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych; 2014 [24].

[2] Opracowanie własne na podstawie raportu: Karczewicz E, Kania A. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych; 2014 [24].

Tabela 3. Wybrane wydatki publiczne z tytułu konsumpcji wyrobów tytoniowych

Składnik wydatków	Ilość	Jednostka
Opieka zdrowotna		
• ilość przypadków w Polsce • ilość przypadków odtytoniowych • związek z konsumpcją tytoniu	793 000–1 003 000 373 600–622 950 47–62	osoby osoby udział %
• średni koszt jednostkowy leczenia	2672–4750	zł
• całkowite wydatki	892 645–2 899218	tysiące zł
Renty (tylko nowi beneficjenci)		
• ilość przypadków rocznie • średnia wielkość świadczenia • całkowite wydatki	39 400–40 500 1545 711 091–730 944	osoby zł tysiące zł
Renty (uwzględniające nowych i starych beneficjentów)		
• całkowite wydatki	1938 000–2 849 000	tysiące zł
Zgony		
• ilość przypadków rocznie • średnia wielkość świadczenia • całkowite wydatki	45 200–81 800 4000 180 800–327 200	osoby zł tysiące zł
Podsumowanie		
• wydatki całkowite (renty – nowi beneficjenci)	1 784 536–3 957 318	tysiące zł
• wydatki całkowite (renty – nowi i starzy beneficjenci)	2 911 445–6 075 418	tysiące zł

Źródło: Opracowanie własne

już z punku widzenia ani budżetu państwa, ani sektora publicznego tak optymistyczne. Może się bowiem okazać, że w skali gospodarki konsumpcja tytoniu (biorąc pod uwagę jedynie wymiar finansowy zjawiska) okaże się jednak niekorzystna. Należy na zakończenie dodać, że żadna z analiz finansowych nie jest w stanie uwzględnić takich elementów konsumpcji tytoniu jak chociażby czas poświęcony na opiekę bliskich nad chorymi. Wysiłki te oraz poświęcony czas osób w wieku produkcyjnym mogłyby być zupełnie inaczej ukierunkowane, z korzyścią dla gospodarki i społeczeństwa.

Wnioski

Konsumpcja tytoniu jest zjawiskiem o wymiarze zarówno ekonomicznym, jak i społecznym. Wymiar ekonomiczny oznacza w praktyce oddziaływanie na finanse jednostki, ogólnie rozumianego państwa oraz całej gospodarki. Najważniejsze elementy oddziaływania tego zjawiska na budżet państwa i sektor publiczny wykazały jednoznacznie, że konsumpcja tytoniu jest w tej perspektywie finansowo korzystna. Sektor publiczny (w tym budżet państwa) wydaje na walkę z negatywnymi skutkami konsumpcji tytoniu jedynie jedną czwartą środków, jakie z tytułu sprzedaży wyrobów tytoniowych zasilają budżet państwa. Niestety w przypadku konsumpcji tytoniu, jak i całej rzeszy innych zjawisk, jedyne, na co zwracają uwagę decydenci, to bieżące korzyści (w tym przypadku konkretne kwoty zasilające każdego roku budżet centralny). Należy przy tym dodać, że najważniejszym narzędziem mającym oddziaływać na zmniejszenie konsumpcji tytoniu są regularne zmiany w opodatkowaniu tych wyrobów, prowadzące ostatecznie do zwiększenia ich ceny na rynku, czego efektem będzie spadek spożycia tytoniu oraz umieralności na choroby odtytoniowe [19]. Wydaje się jednak, że realnym efektem tych działań nie jest wystarczający spadek liczby palących, lecz wzrost udziału w rynku towarów nieobjętych państwową kontrolą (w postaci opodatkowania) i stałe powiększanie się czarnego rynku dla tych wyrobów.

Najwłaściwszymi sposobami walki z tym niekorzystnym dla zdrowia zjawiskiem powinny być skoordynowane, systematyczne działania promujące zdrowszy tryb życia (np. edukacja w szkołach i uczelniach wyższych), głównie wśród ludzi młodych, których konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu dotkną dopiero w odległej przyszłości. Warto dodać, że dane wskazują, że dziewięciu na dziesięciu młodych palaczy rozpoczęło swą „historię" z tytoniem przed osiągnięciem pełnoletności [16], a ponad 50% nastolatków w wieku 13 do 15 lat podjęło próbę palenia papierosów [20]. To przede wszystkim na podstawie tych danych powinny być podejmowane określone działania na szczeblu centralnym. Cieszy fakt, iż w ostatnim czasie problem szerokich następstw palenia został zauważony

przez decydentów i będzie podstawą do opracowania kompleksowego programu przeciwdziałania nikotynizmowi w Polsce [26], jak również nowej „pladze" uzależnienia w postaci tzw. e-papierosów [27].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. WHO. Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce. Raport Światowej Organizacji Zdrowia. 2009, www.who.un.org.pl.
2. Krawczyk P. Choroby odtytoniowe, www.punktzdrowia.pl.
3. Mejza F. Przyczyny POChP. Medycyna praktyczna dla pacjentów, www.mp.pl.
4. Śliwiński P. Przewlekła obturacyjna choroba płuc, www.nazdrowie.pl.
5. Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP, www.astma-alergia-pochp.pl.
6. Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, www.ikard.pl.
7. World Heart Federation. Tobacco: totally avoidable risk factor of CVD, www.world-heart-federation.org.
8. The West Virginia Department of Health and Human Resources (DHHR), www.dhhr.wv.gov.
9. Dostępne w Internecie: www.alergia.org.pl.
10. Dostępne w Internecie: www.totylkoastma.pl.
11. Kuczyńska A, Rysiak E, Donejko M, Dragowski P, Jakuc M, Dawidziuk G. Ocena kosztów leczenia astmy. Pol Prz Nauk Zdr. 2014;2:144.
12. Dostępne w Internecie: www.mojaastma.org.pl.
13. WHO, www.who.un.org.pl.
14. Dostępne w Internecie: www.fum.info.pl.
15. Dostępne w Internecie: www.onkologia.mp.pl.
16. Zemła BFP.Tytoń i inne używki a choroba nowotworowa. Gliwice: Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach; 2012.
17. Szroeder-Dowjat K. Jakie są skutki palenia papierosów w ciąży, www.poradnikzdrowie.pl.
18. Żukiewicz-Sobczak W, Paprzycki P. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Lublin: Instytut Medyczny Wsi im. Witolda Chodźki; 2013.
19. Ciecierski CC, Cherukupalli R, Weresa M. Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce. Paryż: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2011.
20. Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/.
21. Sołowiej K. Alkohol i papierosy są dla polskiego budżetu ważniejsze niż podatek PIT, www.natemat.pl.
22. Górecka D, Jassem E, Pierzchała W, Śliwiński P. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Pneumon Alergol Pol. 2012;80,3:227–263.
23. Ministerstwo Finansów, www.mf.gov.pl.
24. Karczewicz E, Kania A. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych; 2014.
25. Bogucki M, Gierczyński J, Gryglewicz J, Karczewicz E, Zalewska H. Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Warszawa: Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego; 2013.
26. Dostępne w Internecie: http://www.rynekzdrowia.pl/.
27. Dostępne w Internecie: http://prawo.gazetaprawna.pl/.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Marcin Motnyk
ul. Zielone Wzgórze 30
44-100 Gliwice
tel. kom.: +48 660 118 881,
e-mail: motnyk@interia.pl

PRACA POGLĄDOWA

CHARAKTERYSTYKA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO W KOŁOBRZEGU – SPECYFIKA DZIAŁANIA ZABIEGÓW Z UŻYCIEM NATURALNYCH SUROWCÓW LECZNICZYCH

CHARACTERISTIC OF SPA TREATMENT IN KOLOBRZEG – A SPECIFIC ACTION MECHANISM OF TREATMENTS BASED ON NATURAL MATERIALS

Agnieszka Jakubowska

Zakład Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

STRESZCZENIE

Celem pracy jest dokonanie przeglądu głównych kierunków i metod leczniczych, jakie oferuje uzdrowisko w Kołobrzegu, a także charakterystyka leczniczego działania poszczególnych zabiegów balneologicznych, z uwzględnieniem wskazań oraz przeciwwskazań do ich zastosowania.

Słowa kluczowe: balneologia, balneoterapia, leczenie uzdrowiskowe, uzdrowisko Kołobrzeg.

ABSTRACT

The aim of this work is to review the main directions and methods of treatment offered by spa in Kolobrzeg as well as the characteristics of therapeutic effects of specific balneological treatments, including indications and contraindications to their application.

Keywords: balneology, balneotherapy, spa treatment, Kolobrzeg health resort.

Od stosunkowo niedawna nastała „moda na dbałość o zdrowie", a w związku z tym rośnie znaczenie prozdrowotnego trybu życia, propagowania aktywnego wypoczynku i szeroko pojętej profilaktyki. Trend ten wpisuje się wręcz idealnie w ideę leczniczych oraz leczniczo-rekreacyjnych wyjazdów uzdrowiskowych. W Polsce jest wiele miejscowości uzdrowiskowych, a zatem kuracjusze mają bogaty wachlarz możliwości. Wybierając miejsce odbycia leczenia uzdrowiskowego, pacjenci kierują się z reguły atrakcyjnością samego uzdrowiska – pięknem okolicy, rzeźbą gruntu i topografią miejscowości (morze, góry, teren nizinny). Już samo piękno krajobrazu i bliskość przyrody wywierają rzecz jasna dobroczynny wpływ na samopoczucie, zwłaszcza przybysza z dużej aglomeracji miejskiej. Dodatkową zaletą jest oderwanie się od codziennych realiów. W ciągu 2–3 tygodni pobytu nie trzeba robić zakupów, gotować, chodzić do pracy, zajmować się dzieckiem itp. Kuracjusz ma czas jedynie dla siebie. Bierze zabieg – odpoczywa w łóżku. Nigdzie się nie spieszy, jest odizolowany od źródeł codziennego stresu. Wszystkie te czynniki w dużej mierze sprzyjają regeneracji i poprawie stanu zdrowia. Najistotniejsze jest jednak, na co często nie zwracają większej uwagi sami zainteresowani, to, które z dostępnych uzdrowisk specjalizuje się w leczeniu konkretnego schorzenia, jakimi metodami leczy się owo schorzenie oraz jakimi naturalnymi surowcami leczniczymi dysponuje dane uzdrowisko.

Ideą napisania tego artykułu jest chęć scharakteryzowania kuracji leczniczo-sanatoryjnej dostępnej w Kołobrzegu – malowniczej miejscowości uzdrowiskowej, w której kilka lat temu Autorka miała okazję odbywać 3-tygodniowe praktyki zawodowe w czasie studiów uzupełniających magisterskich. Dziś, już jako magister fizjoterapii, pokłada nadzieję, że prezentowana praca przybliży nieco perspektywę leczenia, jaką oferuje to nadmorskie uzdrowisko, a dzięki temu potencjalny kuracjusz będzie mógł dokonać świadomego wyboru, czy owa destynacja jest dla niego odpowiednia, czy nie.

Profile, metody oraz naturalne surowce lecznicze uzdrowiska w Kołobrzegu

Uzdrowisko kołobrzeskie prowadzi leczenie wielu chorób przewlekłych, zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci. U dorosłych leczone są głównie schorzenia ortopedyczno-urazowe, reumatyczne, neurologiczne, kardiologiczne (w tym wczesna rehabilitacja kardiologiczna po zawałach

mięśnia sercowego oraz leczenie nadciśnienia tętniczego), endokrynologiczne (głównie tarczycy), dermatologiczne, diabetologiczne oraz zaburzenia przemiany materii (otyłość). W przypadku dzieci z powodzeniem leczy się tu choroby górnych i dolnych dróg oddechowych, schorzenia endokrynologiczne, dermatologiczne, diabetologiczne oraz zaburzenia przemiany materii [1].

Naturalne surowce lecznicze charakterystyczne dla uzdrowiska w Kołobrzegu to solanka i borowina. To one stanowią bazę dla specyficznych metod leczniczych prowadzonych w licznych obiektach uzdrowiskowych. Do metod tych zalicza się: kąpiele solankowe w wannach, gimnastykę w solankowym basenie rehabilitacyjnym, okłady, zawijania oraz kąpiele borowinowe (całkowite lub częściowe), kurację pitną z użyciem miejscowej wody mineralnej, inhalacje solankowe oraz inhalacje naturalnego aerozolu morskiego (talasoterapia). Wszystkie zabiegi z użyciem naturalnych surowców leczniczych noszą w medycynie uzdrowiskowej nazwę balneoterapii [1, 2].

Charakterystyka kołobrzeskich zabiegów balneologicznych

Zabiegi solankowe – kąpiele, gimnastyka w basenie solankowym, kuracja pitna i inhalacje

Istotą działania leczniczego kąpieli solankowych są właściwości chlorku sodu (i innych rozpuszczonych w wodzie substancji mineralnych), który w czasie kąpieli przenika do skóry, odkładając się w postaci tzw. płaszcza solnego w warstwie rogowej naskórka. Dlatego też w mniejszym stopniu przenika on do krwi obwodowej. Zgromadzone w skórze jony chlorkowe i sodowe oddziałują na receptory czuciowe, powodując zmniejszenie pobudliwości nerwów oraz wydłużenie ich czasu latencji. Zmiany powstałe w skórnych zakończeniach nerwowych wpływają na regulację funkcji autonomicznego układu nerwowego, co w sposób pośredni wpływa także na narządy wewnętrzne, usprawniając ich funkcje. Po skończonej kąpieli temperatura skóry wzrasta przeciętnie o 0,5°C, co świadczy o zwiększeniu ukrwienia skórnego na skutek zwiększonego przepływu krwi. Efekt wzmożonego ukrwienia skórnego utrzymuje się nawet do 3 godzin po kąpieli. Po zakończeniu serii zabiegowej uzyskuje się długotrwałe przekrwienie oraz można zaobserwować wzmożone wydzielanie potu, co ma bezpośredni związek z siłą bodźcową zabiegu (im większe stężenie solanki, tym silniejsza moc działania zabiegu). Miejscowe przekrwienie skóry przenosi się na drodze odruchowej do tkanek głębiej położonych, w tym do organów wewnętrznych. Działanie ogólne kąpieli solankowych wyraża się normalizacją ciśnienia krwi i poprawą krążenia obwodowego, pobudzeniem przemiany materii, wzrostem diurezy, zmniejszeniem ogólnej pobudliwości ze strony układu nerwowego oraz rozluźnieniem mięśni szkieletowych [1–3].

Tabela 1 zestawia wskazania i przeciwwskazania do stosowania kąpieli solankowych [1–5].

W warunkach uzdrowiskowych zastosowanie znajdują kąpiele solankowe w przedziale stężeń od 1,5 do 6% (wody chlorkowo-sodowe o wyższym stężeniu mogą działać na skórę zbyt silnie drażniąco, ponadto ciało zanurzone w roztworze o stężeniu powyżej 6% traci wodę). Kąpiel w solance wykonuje się zazwyczaj co drugi dzień kuracji, czas zabiegu wynosi 15–20 min, a seria zabiegowa obejmuje zwykle od 8 do 15 zabiegów. Pierwsze kąpiele powinny być przygotowane w temperaturze 35–36°C, w kolejnych zaś temperatura może wzrastać stopniowo do 38°C (kąpiele całkowite) lub do 38–40°C (półkąpiele i kąpiele częściowe). W trakcie zabiegu wskazane jest, by pacjent wykonywał ruchy czynne w wodzie oraz nacierał miejsca obolałe (dłonie, stopy, stawy kolanowe i/lub biodrowe). Po zabiegu nie należy wychładzać ciała. Zaleca się odpoczywać w pozycji leżącej przez mniej więcej godzinę, najlepiej we własnym pokoju w części mieszkalnej obiektu uzdrowiskowego [2, 3].

Szczególną formą kąpieli solankowych są kąpiele w basenie o stężeniu NaCl w granicach 2–3% i temperaturze ok. 28°C (czasem do 30°C). W czasie trwania 20–30-minutowego zabiegu kilkuosobowa grupa kuracjuszy korzysta nie tylko z dobroczynnego działania soli rozpuszczonej w basenie, ale także wykonuje w wodzie gimnastykę prowadzoną przez fizjoterapeutę. Ruch w połączeniu z klasyczną kąpielą w wodzie chlorkowo-sodowej przynosi podwójnie korzystne rezultaty dla zdrowia, a ponadto stanowi bardzo atrakcyjną formę terapii. Gimnastykę w basenie solankowym zaleca się codziennie lub co drugi dzień przez 3 tygodnie kuracji w sanatorium [2, 4].

Kołobrzeska woda mineralna o nazwie Jantar, wykorzystywana do kuracji pitnej, to woda pobierana z utworów czwartorzędowych, słabo zmineralizowana (stężenie NaCl nieprzekraczające 0,2%), słonawa, chlorkowo-wodorowęglanowo-sodowa, zawierająca mniejsze ilości innych ważnych pierwiastków, takich jak: wapń, magnez, potas, fluor oraz jod. Jantar to woda hipoosmotyczna, a tego rodzaju wody mineralne (najlepiej lekko ciepłe) działają łagodząco na śluzówkę jelit i zmniejszają wydzielanie żołądkowo-jelitowe. Znajdują zastosowanie w przewlekłym nieżycie żołądka z niedokwasotą, zaparciach, cukrzycy, niedoczynności tarczycy, skazie moczanowej, zatruciach metalami ciężkimi, alkoholem i nikotyną. Woda ta jest butelkowana i sprzedawana w szklanych butelkach

Tabela 1. Wskazania i przeciwwskazania do zastosowania kąpieli solankowych

Wskazania	Przeciwwskazania
przewlekłe choroby zwyrodnieniowo-zapalne stawów obwodowych i kręgosłupa	niewydolność krążeniowo-oddechowa
choroby reumatoidalne (np. reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Bechterewa)	niestabilna dławica piersiowa z chorobą naczyń wieńcowych
przewlekłe stany pourazowe kości i stawów	stany świeżo po przebytym zawale serca
niektóre stany neurologiczne (np. paraparezy, hemiparezy)	wady zastawkowe serca
przewlekłe choroby układu oddechowego	wszystkie stany ostre (choroby gorączkowe, zaostrzenia chorób przewlekłych)
choroby skóry (np. łuszczyca)	przewlekłe choroby o charakterze wyniszczającym (np. choroba nowotworowa, czynna gruźlica)
niektóre choroby ginekologiczne (przewlekłe zapalenie dróg rodnych, bezpłodność, zespół klimakteryczny, starczy zanik narządów płciowych)	choroby o charakterze napadowym (np. epilepsja)
zaburzenia krążenia obwodowego	choroby psychiczne (ciężkie psychozy, psychopatie)
rekonwalescencja po ciężkich chorobach	nadczynność tarczycy
stany zmniejszonej odporności na infekcje i zakażenia	zaburzenia rozwojowe narządów rodnych, niewydolność jajników
otyłość	ciąża

o pojemności 300 ml (gazowana i niegazowana), w plastikowych butelkach o pojemności 500 ml, 1,5 l (gazowana, delikatnie gazowana i niegazowana) oraz 5 l (niegazowana), a także w dużych, prawie 19-litrowych baniakach firmowych [3, 6].

Inhalacje polegają na wprowadzaniu solanki do organizmu drogą wziewną. Małe cząsteczki NaCl przedostają się nosem i gardłem do drzewa oskrzelowego i płuc, powodując zmniejszenie przekrwienia błony śluzowej dróg oddechowych oraz wzmagając funkcję wydzielniczą komórek gruczołowych układu oddechowego, co prowadzi do rozluźnienia zalegającej w nim wydzieliny. Inhalacje solankowe nawilżają drogi oddechowe, ułatwiają proces wykrztuszania, łagodzą stany zapalne, zmniejszają obrzęki, normalizują czynności wydzielnicze błony śluzowej i regenerują nabłonek oraz podnoszą siły odpornościowe, zapobiegając infekcjom dróg oddechowych. Tego rodzaju aerozoloterapia jest wskazana w przypadku chorób górnych i dolnych dróg oddechowych przebiegających z częstymi nawrotami lub będących schorzeniem przewlekłym (np. astma oskrzelowa) [3, 5].

Warto podkreślić, że już samo przebywanie w bliskiej okolicy morza, np. spacerowanie brzegiem plaży, jest swego rodzaju inhalacją. W odległości do 200 m od morza występuje bowiem naturalny aerozol morski, który jest bogaty nie tylko w cząsteczki soli, ale również w jod, odgrywający ważną rolę w profilaktyce chorób tarczycy [1]. Niemalże każdy kuracjusz, przechadzając się, biegając czy gimnastykując się na plaży, zażywa tego dobrodziejstwa natury z ogromną przyjemnością.

Zabiegi borowinowe

Borowina jest peloidem (torfem leczniczym), który znalazł zastosowanie w medycynie uzdrowiskowej. Borowina jest drugim, po wodach solankowych, bogactwem naturalnym wykorzystywanym w uzdrowisku kołobrzeskim i w wielu innych uzdrowiskach polskich, musi zatem spełniać kryteria ściśle określone przez Ministra Zdrowia. Surowiec kołobrzeski pochodzi ze złóż typu niskiego. Torfy niskie (nizinne) odznaczają się silną mineralizacją. Zawierają średnio ok. 75% składników organicznych i ok. 25% nieorganicznych. Złoża torfów powstają w pobliżu lub poniżej poziomu wód gruntowych, w pojeziernych nieckach, na terenach podmokłych lub zalanych wodą, albo przez które przepływa woda bogata w substancje mineralne [7].

Złoża kołobrzeskiego torfu leczniczego znajdują się przy drodze łączącej Kołobrzeg i Koszalin. Wydobywanie borowiny prowadzi kopalnia (jest to wszak kopalina górnicza), a proces ten odbywa się metodą odkrywkową, tj. za pomocą specjalistycznej koparki. Borowina powstaje wskutek rozkładu roślin w wilgotnym i mało natlenowanym środowisku. Stała się ona pożądanym naturalnym surowcem leczniczym głównie z uwagi na bogatą zawartość soli mineralnych oraz kwasów organicznych. Ma odczyn obojętny lub lekko alkaliczny. Torf pochodzący z Kołobrzegu zawiera mniej wody niż torf typu wysokiego, ale

jest jednocześnie bardziej plastyczny ze względu na dużą zawartość związków humusowych. Ma dużą pojemność cieplną, dobre właściwości sorpcyjno-wymiennikowe oraz działanie przeciwzapalne i buforujące [1, 7].

Torf leczniczy ma wiele cennych składników biologicznych, które wpływają korzystnie na efekty leczenia wielu schorzeń przewlekłych, aczkolwiek w naturalnej postaci jest zbyt gruboziarnisty i jako taki nie nadaje się do zabiegów uzdrowiskowych ani kosmetycznych. Przed zastosowaniem borowinę poddaje się odpowiedniej obróbce, m.in. rozdrabniając tak, aby jej ziarna były małej, ok. 2--milimetrowej średnicy. Po skończonym rozdrobnieniu materiał ten miesza się z wodą aż do uzyskania konsystencji „papki" torfowej i dopiero w takiej formie borowina nadaje się do użytku w lecznictwie uzdrowiskowym. Borowinę można także rozdrobnić jeszcze bardziej, uzyskując proszek, z którego produkuje się pastę borowinową, szeroko dostępną nie tylko w samych uzdrowiskach, ale również na rynku sprzedaży. W aptekach można kupić różne preparaty borowinowe, np. sole do kąpieli, pasty rozgrzewające na bazie składników borowiny, szampony do włosów czy gotowe plastry do domowych okładów lub małych zawijań [1, 6].

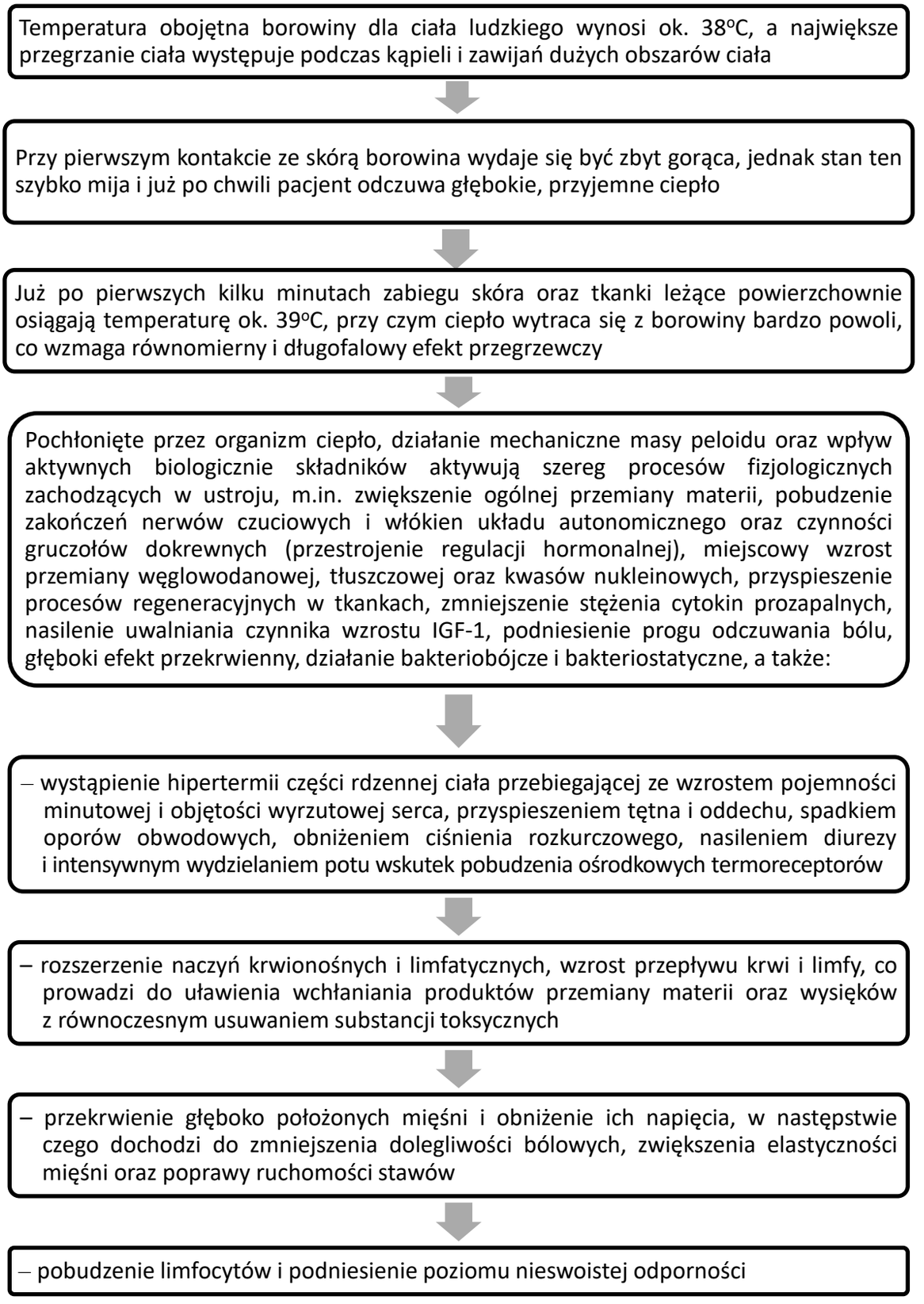
Specyfiką działania peloidoterapii jest sumaryczny wpływ działania termicznego, fizykochemicznego, hormonalno-enzymatyczno-immunomodulacyjnego, mechaniczno-bodźcowego oraz bakteriobójczego borowiny na ustrój. Składniki mineralne (siarczan potasu, magnezu, wapnia, związki krzemu, glinu, żelaza, sodu i innych pierwiastków) mają zdolność przenikania przez skórę, następnie gromadzą się w warstwie rogowej naskórka, zaś miejscowe przegrzewanie tkanek podnosi metabolizm komórkowy, poprawia dotlenienie i rozluźnia tkanki miękkie, głównie mięśnie szkieletowe. Lepsza przemiana materii i związane z nią miejscowe przekrwienie świetnie współgrają z likwidacją ognisk zapalnych. Nadrzędne znaczenie dla leczenia ma obecność związków organicznych w borowinie, m.in. ligniny, celulozy, bitumin, kwasów huminowych. Te ostatnie np. hamują aktywność enzymu hialuronidazy, pobudzają funkcje granulocytów, rozszerzają naczynia krwionośne, pobudzają do pracy mięśnie gładkie, wymieniają jony z innymi metalami. Borowina pobudza sekrecję wielu hormonów, w tym m.in.: przysadkowych, jajnikowych i nadnerczowych. Zawiera istotne dla zdrowia enzymy, naturalne antybiotyki oraz składniki mikrobiologiczne, które wywierają wpływ na receptory układu nerwowego, częściowo też zostają wchłonięte do krwiobiegu, aby na drodze odruchowej regulować pracę wielu narządów i układów. Poza tym borowina oddziałuje również na ciało w sposób mechaniczny, naciskając na jego powłoki, co prowadzi do odpływu krwi żylnej i chłonki, czyli mobilizuje do pracy naczynia żylne (ma to ogromne znaczenie przy zastojach obwodowych). Zabiegi borowinowe cechuje też działanie zbliżone do masażu, gdyż w ich trakcie dochodzi do lekkiego tarcia masy peloidu o skórę. Zabiegi te pozwalają także na relaks i odprężenie, są zatem powszechnie lubianą formą terapii [4, 5, 7].

Fizjologiczne aspekty działania zabiegów borowinowych [1, 5, 7, 8] ilustruje **rycina 1**.

Właściwości lecznicze i profilaktyczne borowiny wykorzystuje się szeroko w reumatologii, neurologii, ortopedii, dermatologii, medycynie estetycznej i kosmetologii, ginekologii, a nawet stomatologii. Borowina ma szczególne zastosowanie w leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawów obwodowych i kręgosłupa, w rozmaitych stanach pourazowych narządu ruchu i tkanek miękkich, w zespołach bólowych kręgosłupa, w chorobach zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego układu nerwowego, w niektórych chorobach internistycznych, a także ginekologicznych (z uwagi na obecność estrogenów w borowinie zwłaszcza w leczeniu niepłodności czynnościowej lub przedwczesnego przekwitania) [4, 5].

Zabiegi z użyciem borowiny można stosować w postaci kąpieli borowinowych (całkowitych lub częściowych – tzw. fasonów borowinowych), kąpieli nasiadowych, zawijań (całkowitych lub częściowych), okładów, tamponów borowinowych oraz jonoforezy borowinowej. W lecznictwie uzdrowiskowym zastosowanie znalazły zarówno peloidy torfowe (borowiny), jak również borowina w postaci przetworzonej pasty, czyli tzw. peloidyna. Seria zabiegów, w zależności od indywidualnego wskazania lekarskiego, powinna wynosić od 8 do 12 (maks. 15) zabiegów [1, 7].

Kąpiele sporządza się w specjalnych wannach, zużywając ok. 75–150 kg borowiny złożowej na 200 litrów wody. Temperatura kąpieli nie może przekraczać 46°C. Optymalne wartości temperatur dla poszczególnych rodzajów kąpieli wynoszą: dla kąpieli całkowitej 40–42°C, dla półkąpieli 40–44°C, dla kąpieli częściowej (fasonu borowinowego) 40–46°C. Czas zabiegu stopniowo wydłuża się do 20 min, pamiętając, że pierwszy zabieg powinien trwać o połowę krócej. Kąpiele borowinowe należą do jednych z najsilniej bodźcowych i obciążających dla organizmu zabiegów uzdrowiskowych, dlatego zalecane są nie częściej niż co 2.–3. dzień kuracji. W trakcie zabiegu wskazane jest, aby pacjent wykonywał czynne ruchy kończynami przeciwko oporowi stawianemu przez masę borowiny. Podczas zabiegu dochodzi do całościowego, powolnego przegrzania ciała, dzięki czemu pacjent nie odczuwa nagłego, parzącego gorąca, lecz mile relaksujące, stopniowo narastające ciepło, które poprawia krążenie krwi i pomaga



Rycina 1. Fizjologiczne aspekty działania zabiegów borowinowych

usunąć z organizmu produkty przemiany materii, jednocześnie go dotleniając oraz odżywiając. Ponieważ w trakcie zabiegu i jakiś czas po nim wzmaga się wydzielanie potu, proces ten dodatkowo oczyszcza organizm z toksyn, zaś rozgrzana i oczyszczona z toksycznych metabolitów skóra łatwiej przyswaja substancje odżywcze. Kąpiel borowinowa polecana jest zwłaszcza po wysiłku fizycznym, ponieważ wskutek przyspieszenia przemiany materii organizm łatwiej i szybciej usuwa metabolity wysiłkowe. Dodatkowo dzięki przeciwzapalnym właściwościom borowiny rzadziej dochodzi do powstawania nieprzyjemnych zakwasów w mięśniach, mięśnie efektywniej się rozluźniają, a zatem obniża się odczuwanie powysiłkowej bolesności. Zabieg najlepiej jest wykonać dopiero kilka godzin po zakończonym wysiłku fizycznym. Należy spłukać pozabiegową borowinę pod ciepłym natryskiem, a następnie bezwzględnie udać się na godzinny wypoczynek, pamiętając o tym, żeby nie oziębić ciała bezpośrednio po zabiegu. Wypoczywać należy w pozycji leżącej, przykrywszy się kocem we własnym pokoju lub w specjalnie wydzielonym do tego celu pomieszczeniu – wypoczywalni. Wypada też wiedzieć, że po zabiegu borowinowym wykonanym (książkowo) po wysiłku fizycznym nie jest wskazane, aby tego dnia korzystać z innych zabiegów, ażeby nie doprowadzić do ponownego przegrzania lub wychłodzenia ciała [1, 2, 6].

Zawijania borowinowe można wykonywać w kilku formach, tzn. jako zawijania całkowite, obejmujące całe ciało z wyłączeniem okolicy serca i głowy, zawijania połowicze zajmujące 50% dowolnych części ciała, lub jako zawijania częściowe – do 25% ogólnej powierzchni ciała. Okłady stosuje się natomiast tylko na wybrane i małe powierzchnie (dłonie, stopy, kark, okolica lędźwi). Należy bacznie uważać, aby nie przegrzać za bardzo surowca (powyżej 65°C) w piecu, gdyż straci część zdrowotnych właściwości. Torf leczniczy aplikuje się, gdy jego temperatura wynosi ok. 42°C. Już po pierwszych kilku minutach skóra poddana zabiegowi nagrzewa się do ok. 39°C. Im gęstsza jest borowina, którą stosuje się do zabiegu, tym bardziej zwiększy się w jego trakcie ciepłota ciała. Temperatura optymalna dla papki borowinowej powinna wynosić 42–46°C, a czas zabiegu dostosowuje się do wielkości powierzchni ciała. Przyjmuje się, że pojedynczy zabieg może trwać od 15 do 60 min (15–20 min – zawijania całkowite i połowicze, 20–30 min – zawijania częściowe, 30–60 min – okłady). Po zabiegu należy obmyć ciało ciepłą wodą. Podobnie jak w przypadku kąpieli z użyciem borowiny zawijania i okłady wykonuje się 2–3 razy w tygodniu w serii 8–12- lub 15-zabiegowej [1, 2].

Wskazania i przeciwwskazania do zastosowania zabiegów borowinowych [1, 2, 4, 7, 8] przedstawiono w **tabeli 2**.

Tabela 2. Wskazania i przeciwwskazania do zastosowania zabiegów borowinowych

Wskazania	Przeciwwskazania
choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów obwodowych	stany zapalne w okresie ostrym i podostrym
pourazowe choroby narządu ruchu	niewydolność krążeniowo-oddechowa (nawet niewielkiego stopnia)
przykurcze mięśniowe i stawowe na tle przewlekłych chorób niezapalnych	niestabilna choroba wieńcowa oraz świeże stany pozawałowe
choroby reumatyczne mięśni	nadciśnienie oraz zbyt niskie ciśnienie tętnicze
neuralgie i inne przewlekłe nerwobóle	zaburzenia rytmu serca
zespoły bólowe kręgosłupa	choroby układu krwionośnego (np. zakrzepowe zapalenie żył, żylaki, miażdżyca, zatorowość naczyń)
wysięki w okresie zejściowym	niedokrwistość i zaburzenia krzepnięcia krwi
niektóre schorzenia ginekologiczne	ciężkie choroby układu oddechowego
przewlekłe zapalenia pęcherzyka żółciowego, kamica żółciowa i nerkowa bez napadów bólowych, przewlekłe zapalenie wątroby, nieżyt żołądka	gruźlica
	choroby nerek i układu moczowego
	zaburzenia czucia
	zaburzenia troficzne, otwarte rany, choroby zapalne skóry
	choroba nowotworowa
	cukrzyca
	ciąża
	podeszły wiek oraz stany znacznego osłabienia i wycieńczenia

Na koniec ostrzeżenie przed pewną częstą i niewłaściwą praktyką osób korzystających z dobrodziejstw kuracji uzdrowiskowej. Zdarza się, że kuracjusze fundują sobie pogorszenie stanu zdrowia i samopoczucia na własne życzenie. Nie zadowalają się bowiem liczbą zabiegów zapisanych im przez lekarza – chcą, jak twierdzą, maksymalnie wykorzystać czas poświęcany leczeniu w uzdrowisku. W tym celu dokupują sobie dodatkowe zabiegi. Skutek tej zabiegowej „zachłanności" nierzadko bywa odwrotny od zamierzonego. Nadmiernie pobudzany wieloma bodźcami organizm nie jest w stanie pozytywnie na nie zareagować. Istniejące dolegliwości często nasilają się, a nawet pojawiają się takie, które dotychczas nie występowały. Należy pamiętać, że między kolejnymi aplikacjami zabiegów, zwłaszcza balneologicznych, musi być zachowana adekwatnie długa przerwa, a w leczeniu, tak jak we wszystkim w życiu, należy zachować zdrowy umiar i dać organizmowi szansę właściwie zareagować na terapię.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autor deklaruje brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ponikowska I, Ferson D. Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa. Warszawa: Medi Press; 2009. 41–44, 45–60, 81–96, 223–242, 265–316, 283–284.
2. Kochański JW. Balneologia i hydroterapia. Wrocław: AWF; 2002. 112–125.
3. Kochański JW. Wody lecznicze mające zastosowanie w balneologii. Fizjoter. 1993;3:57–60.
4. Jakubowska A, Pawlik M, Młudzik A, Jeśman C. The efficiency of balneological treatments in patients with osteoarthritis of the peripheral joints and spine. Acta Balneol. 2015;57,2(140):92–96.
5. Ponikowska I. Podstawy kliniczne balneologii i medycyny fizykalnej. Służba Zdrowia. 2001;63(66):3058–3061.
6. Ponikowska I. Lecznictwo uzdrowiskowe. Poradnik dla chorych. Bydgoszcz: Branta; 1996. 150–165, 184–220.
7. Sobolewska A, Sztanke M, Pasterniak K. Składniki borowiny i jej właściwości lecznicze. Baln Pol. 2007;49(2):93–98.
8. Happach M. Leczenie chorób reumatycznych w uzdrowisku. Stand Med. 2003;4(6):1084–1091.
9. Helbin J, Kolarzyk E. Wykorzystanie walorów środowiska naturalnego we wspomaganiu leczenia farmakologicznego. Probl Hig Epidemiol. 2005;86(1):22–26.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Agnieszka Jakubowska
Zakład Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. gen. Lucjana Żeligowskiego 7/9
90-752 Łódź
tel. kom.: 509 148 499
e-mail: agnieszka.jakubowska@stud.umed.lodz.pl

PRACA POGLĄDOWA

POWINNOŚCI UZDROWISK NA RZECZ PŁATNIKA

RESPONSIBILITIES OF HEALTH RESORTS TO PAYERS

Artur Guźlecki

Obecnie nie reprezentuję żadnej instytucji naukowej. Działalność badawczą traktuję jako rodzaj zamiłowania.

STRESZCZENIE

W czasach zaborów w Polsce, kiedy nie było balneologii zajmującej się leczeniem przy użyciu dóbr naturalnych jako działu medycyny, do uzdrowisk zarówno dzieci, jak i dorośli jeździli przede wszystkim w celach leczniczych. Dorośli jeździli także z innych powodów. W miarę rozwoju medycyny, kiedy w Polsce „goniliśmy Zachód", a potem zaczęliśmy z nim współpracę, balneologia rozszerzyła swe działania na inne obszary egzystencji człowieka potrzebującego leczenia w uzdrowisku. Jakie są dziś zadania uzdrowisk, za które płatnicy im płacą? Odpowiedź Czytelnik znajdzie w tym artykule.
W tekście zostaną zacytowane i analizie poddane te fragmenty współcześnie obowiązujących aktów prawnych zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych, które mówią o powinnościach uzdrowisk wobec płatnika we współcześnie obowiązującym prawie polskim.
Określoną na wstępie pracy metodą zostanie zweryfikowana hipoteza, iż poszczególni płatnicy płacą za spełnianie na ich rzecz ustawowych zadań uzdrowiska, które dadzą się sprowadzić do:
– zaspokajania przez zakład lecznictwa uzdrowiskowego (jeśli jest on zakładem opieki całodobowej) codziennych potrzeb bytowych kuracjusza,
– poprawy stanu zdrowia kuracjusza,
– profilaktyki stanu zdrowia kuracjusza,
– edukacji zdrowotnej kuracjusza korespondującą z chorobą, na którą jest on leczony w uzdrowisku.
We wnioskach stwierdzono, że:
1) przyjęta w części metodologicznej tego artykułu hipoteza potwierdziła się w całości;
2) kuracjuszowi dziecku ustawowo od uzdrowiska należą się świadczenia opiekuńcze i edukacyjne, co nie było ujęte w hipotezie do przedstawionych badań. W hipotezie nie było też ujęte świadczenie zdrowotne rzeczowe. Ustawowo należy się ono od uzdrowiska każdemu kuracjuszowi bez względu na wiek.

Słowa kluczowe: uzdrowiska polskie, prawne powinności uzdrowisk na rzecz płatników, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.

ABSTRACT

In times of Poland's partition, when there was no such thing as balneology – a medical offshoot of science – which focused on treatment by natural ingredients, both children and adults used to go to health resorts for medical purposes. Adults also used to go for other purposes. As medicine developed, when Poland was chasing Western Europe in terms of economic advancement, and when Poland started cooperation with Western Europe, balneology expanded into other walks of life, the health resort treatment included. What are the tasks of health resorts for which payers pay today? The answer to the question one can find in the text.
In the text the fragments of legal acts taken from the Internet Legal Acts System, which are now in force in Poland and focus on legal responsibilities of health resorts to payers, will be cited and analyzed in the context of Polish law.
By means of the method, specified at the beginning of the paper, a research hypothesis will be verified which says that the respective payers pay for satisfying their needs inscribed into statutory tasks of health resorts. The needs include as follows:
– satysfying everyday needs of patients by health resort units (if they are 24/7 units),
– improving the health of health resort patients,
– taking preventive measures to improve the health of health resort patients,
– educating health resort patients about diseases of all kinds from which particular patients suffer.
In conclusion the following is stated:
1) the hypothesis presented in the research project totally proved to be correct.
2) a child, who is a health resort patient, statutorily is subject to nurturing and educational benefits, which was not included in the hypothesis presented in the research project. In the hypothesis an in-kind health benefit was not included either. The benefit is statutorily due to each health resort patient irrespective of their age.

Keywords: Polish health resorts, legal responsibilities of health resorts to payers, health resort unit.

Wstęp

W zamierzchłych czasach zaborów w Polsce, kiedy jeszcze nie było balneologii zajmującej się leczeniem uzdrowiskowym przy użyciu dóbr naturalnych jako działu medycyny, do uzdrowisk zarówno dzieci [1], jak i dorośli jeździli przede wszystkim w celach leczniczych, choć jak wykazują opracowania, dorośli jeździli także z innych powodów [2]. W miarę późniejszego postępu rozwoju medycyny, kiedy w Polsce w latach 1945–1989 „goniliśmy Zachód" i kiedy po 1989 roku zaczęliśmy z nim konstruktywną współpracę, medycyna, a konkretnie balneologia rozszerzyła swe działania, jak Autor tego tekstu sądzi, na inne obszary egzystencji chorego człowieka potrzebującego leczenia w uzdrowisku. A jakie są dziś zadania uzdrowisk, za które płatnicy płacą uzdrowiskom. Odpowiedź na to pytanie znajdzie się w tym artykule.

Cel pracy

Celem tej pracy będzie odpowiedź na pytanie o powinności uzdrowisk na rzecz płatnika we współczesnym prawie polskim. Czyli innymi słowy odpowiedź na pytanie, za co według współcześnie obowiązującego prawa polskiego płatnicy płacą uzdrowiskom.

Materiał i metoda

W tym tekście zostaną zacytowane i analizie poddane te fragmenty współcześnie obowiązujących aktów prawnych zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych, które mówią o powinnościach uzdrowisk na rzecz płatnika w kontekście współcześnie obowiązującego prawa polskiego.

Weryfikację obowiązywalności przepisów prawa zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych przeprowadzono dnia 20 grudnia 2015 roku.

W badaniu zostanie postawione pytanie badawcze, za co w świetle prawa płaci się uzdrowiskom, tj. inaczej mówiąc, jakie one mają powinności wobec płatników

Określoną na wstępie pracy metodą zostanie zweryfikowana hipoteza, iż poszczególni płatnicy płacą za spełnianie na ich rzecz podstawowych, ustawowych zadań uzdrowiska, które dają się sprowadzić do:

- zaspokojenia przez zakład lecznictwa uzdrowiskowego (o ile jest on zakładem opieki całodobowej) codziennych potrzeb bytowych kuracjusza,
- poprawy stanu zdrowia kuracjusza,
- profilaktyki stanu zdrowia kuracjusza,
- edukacji zdrowotnej kuracjusza korespondującą z chorobą, na którą jest on leczony w uzdrowisku.

Wyniki badań

Jakie powinności mają uzdrowiska na rzecz płatników, czyli za co płatnicy płacą uzdrowiskom?

Na wstępie tej pracy należy odpowiedzieć na pytanie, kto faktycznie wykonuje przewidziane prawem w konkretnym uzdrowisku usługi na rzecz płatników.

W myśl art. 4 *Ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej i niektórych innych ustaw* (Dz.U. z 2012 r. poz. 742) art. 2 pkt 10 *Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych* (Dz.U. z 2005 r. Nr 167, poz. 1399) otrzymuje brzmienie: „10) zakład lecznictwa uzdrowiskowego – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działające na obszarze uzdrowiska, utworzone w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustanowionych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujących warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych"[3]. To jest ważne pojęcie, bo już art. 6 ujednoliconego tekstu ustawy „uzdrowiskowej" z 2005 roku precyzuje rodzaje zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. I tak art. 6 tej ustawy mówi, że: „Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są:

1) szpitale uzdrowiskowe;
2) sanatoria uzdrowiskowe;
3) szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci;
4) przychodnie uzdrowiskowe;
5) zakłady przyrodolecznicze;
6) szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych" [4].

Aby poznać zadania ww. placówek, warto przytoczyć kilka kolejnych artykułów (8–12) cytowanej ustawy „uzdrowiskowej" z 2005 roku. I tak art. 8 tej ustawy mówi, że: „Do zadań szpitala uzdrowiskowego należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;
2) całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;
3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;
4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego;
5) edukacji zdrowotnej" [5].

Art. 9 tej ustawy mówi, że: „1. Do zadań sanatorium uzdrowiskowego należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:
1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;
2) opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;
3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;
4) świadczeń profilaktycznych;
5) edukacji zdrowotnej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, obejmuje związane z leczeniem uzdrowiskowym albo rehabilitacją uzdrowiskową świadczenia zdrowotne rzeczowe, o których mowa w art. 5 pkt 37 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)" [6].

Art. 10 cytowanej ustawy „uzdrowiskowej" z 2005 roku mówi, że: „1. Do zadań szpitala uzdrowiskowego dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci należy zapewnienie dziecku, które skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:
1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;
2) całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej;
3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;
4) świadczeń profilaktycznych;
5) świadczeń opiekuńczych;
6) edukacji zdrowotnej.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1, zapewniane przez sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci, obejmują związane z leczeniem uzdrowiskowym albo rehabilitacją uzdrowiskową świadczenia zdrowotne rzeczowe, o których mowa w art. 5 pkt 37 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych" [7].

Art. 11 cytowanej ustawy „uzdrowiskowej" z 2005 roku mówi tak o zadaniach przychodni uzdrowiskowej: „Do zadań przychodni uzdrowiskowej należy zapewnienie pacjentowi:
1) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych zleconych przez lekarza;
2) edukacji zdrowotnej" [8].

Art. 11a mówi: „Do zadań zakładu przyrodoleczniczego należy udzielanie pacjentowi zabiegów z zakresu fizjoterapii" [9].

Art. 11b mówi: „Do zadań szpitala w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:
1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;
2) całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;
3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;
4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego;
5) edukacji zdrowotnej" [10].

Art. 11c cytowanej ustawy „uzdrowiskowej" z 2005 roku mówi: „1. Do zadań sanatorium w urządzonym w podziemnym wyrobisku górniczym należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:
1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych;
2) opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;
3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;
4) świadczeń profilaktycznych;
5) edukacji zdrowotnej.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1, obejmują związane z leczeniem uzdrowiskowym albo rehabilitacją uzdrowiskową świadczenia zdrowotne rzeczowe, o których mowa w art. 5 pkt 37 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych" [11].

Ponadto tylko w stosunku do dzieci na szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci ustawodawca nakłada jeszcze jeden obowiązek. Mianowicie art. 12 cytowanej już ustawy „uzdrowiskowej" z 2005 roku brzmi: „Szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci udzielające świadczeń opieki zdrowotnej osobom objętym obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki zapewniają warunki do prowadzenia nauczania i wychowania w zakresie i na zasadach określonych w art. 71c ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.)" [12].

Uważny Czytelnik zapewne po lekturze tej części tego wywodu zada sobie dwa pytania:
1. Co to są „świadczenia zdrowotne rzeczowe"?
2. Kto płaci za oświatę i wychowanie w oświatowych placówkach uzdrowiskowych dla dzieci i młodzieży?

Otóż art. 5 pkt 37 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) brzmi następująco: „Świadczenia zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne" [13].

Czytelnik nie znajdzie tu odpowiedzi na drugie pytanie, bo tekst ten dotyczy finansowania lecznictwa uzdrowiskowego, a nie szkolnictwa uzdrowiskowego, które jest co prawda z tym tematem związane, ale zdaniem Autora stanowi jednakże merytorycznie odrębne zagadnienie bliżej związane z finansowaniem oświaty, a nie lecznictwa.

Dyskusja

1. Autor w tym wywodzie wymienił zapisane we współcześnie obowiązującym prawie polskim powinności uzdrowisk wobec płatników. Czyli innymi słowy dał odpowiedź na pytanie, za co właściwie ustawowo płatnicy płacą uzdrowiskom. Autorowi wydaje się jeszcze być właściwym opisanie rozwoju uzdrowisk, czyli udzielenie odpowiedzi na pytanie o ustawowe możliwości wykorzystania zasobów finansowych zarobionych w ten sposób przez uzdrowiska.
2. Nie wydaje się Autorowi właściwe rozdrabnianie się tu na opisywanie ustawowych zadań poszczególnych typów placówek. Stanowiłoby to zbędne kopiowanie treści wyników badań. We wnioskach Czytelnik znajdzie tylko odniesienie do treści hipotezy postawionej w części metodologicznej tego artykułu.

Wnioski

1. Przyjęta w części metodologicznej tego artykułu hipoteza potwierdziła się w całości.
2. Dodatkowo można by uczynić zastrzeżenie, że tylko dziecku, które jest kuracjuszem, ustawowo od uzdrowiska należą się świadczenia opiekuńcze i edukacyjne, co nie było ujęte w hipotezie do przedstawionych tu badań. Podobnie jak w hipotezie nie było ujęte świadczenie zdrowotne rzeczowe. W przypadku tego świadczenia ustawowo należy się ono od uzdrowiska każdemu kuracjuszowi bez względu na wiek.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autor deklaruje brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Guźlecki A. Tradycje dziecięcego lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce. Niepełnosprawność i Rehabilitacja. 2011;2:83–92.
2. Guźlecki A. Rozwój i funkcje polskich uzdrowisk – rys historyczny od początku istnienia do roku 1989. Pol Prz Nauk Zdr. 2012;4:340–344.
3. Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej i niektórych innych ustaw. Dz.U. z 2012 r. poz. 742: 2–3.
4. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych. Dz.U. z 2005 r. Nr 167, poz. 1399: 4.
5. Ibidem: 5
6. Ibidem: 5
7. Ibidem: 5–6
8. Ibidem: 6
9. Ibidem: 6
10. Ibidem: 6
11. Ibidem: 6–7
12. Ibidem: 7
13. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135: 13.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:
Artur Guźlecki
ul. Szosa Okrężna 6J/35
87-100 Toruń
tel. kom.: 519 111 260
e-mail: arturguzlecki2@wp.pl

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC W „POLSKIM PRZEGLĄDZIE NAUK O ZDROWIU"

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

Przygotowanie manuskryptu

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

Strona tytułowa manuskryptu

Strona tytułowa artykułu powinna mieć następujący układ:

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

Streszczenia i słowa kluczowe

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

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

Układ pracy

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

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

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac niecytowanych w tekście pracy.

Ryciny i tabele

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

Wymagania i prawa wydawcy

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

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