

Nr 1 (46) 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 hab. Andrzej Grzybowski (Poznań)
dr Grażyna Iwanowicz-Palus (Lublin)
dr hab. Krystyna Jaracz (Poznań)
prof. Christina Köhler (Niemcy)
prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz (Katowice)
prof. dr hab. Piotr Małkowski (Warszawa)
prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński (Warszawa)
prof. Wolfgang Müller (Szwajcaria)
prof. dr hab. Michał Musielak (Poznań)
prof. dr hab. Alfred Owoc (Lublin)
prof. Winfried Papenfuß (Austria)
dr hab. Paweł Rzymski (Poznań)
prof. dr hab. Stefan Sajdak (Poznań)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (Poznań)
prof. dr hab. Marian Sygit (Szczecin)
prof. dr hab. Jacek Szechiński (Wrocław)
dr hab. Krzysztof Szymanowski (Poznań)
prof. dr hab. Leszek Wdowiak (Lublin)
prof. dr hab. Henryk Wiktor (Lublin)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (Poznań)
prof. dr hab. Maciej Wilczak (Poznań)
prof. dr hab. Irena Wrońska (Lublin)
prof. dr hab. Jacek Wysocki (Poznań)

KOLEGIUM REDAKCYJNE / EDITORIAL BOARD

Redaktor Naczelny:

dr n. med. Maciej Sobkowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego:

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

Sekretarze Naukowi:

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

Sekretarz Redakcji:

mgr Sylwia Kaczmarek
mgr Piotr Sobkowiak

Skład i łamanie:

Bartłomiej Wąsiel

Korekta:

Barbara Błażejczak

Projekt okładki:

dr n. med. Maciej Sobkowski

Zdjęcia na okładce:

dr n. med. Paweł Rzymski

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WYDAWCA / PUBLISHER

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ADRES REDAKCJI / ADDRESS

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
Biuro Dyrektora Szpitala
e-mail: przeglad@ump.edu.pl
tel.: 61 841 96 70, fax: 61 841 92 88
strona internetowa: www.przeglad.ump.edu.pl

MNiSW 7 pkt.

ISSN 1643-3203

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel.: 61 854 71 52, fax: 61 854 71 51
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 17,6. Ark. druk. 16,0
Format A4. Zam. nr 66/16.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Mieczysława U. Jurczyk, Marta Adamkiewicz, Karolina Chmaj-Wierzchowska, Lucyna Kasprzyk <i>Klasyfikacja badań radiologicznych u noworodków</i>	7
Wioleta Wójcik, Marcin Cierniak, Krystyna Frydrysiak, Tomasz Gaszyński <i>Ocena poziomu wiedzy studentów pierwszego i ostatniego roku studiów w uczelniach wyższych na terenie Łodzi na temat RKO u osób dorosłych, dzieci i niemowląt</i>	12
Agnieszka Berkau, Sara Suchowiak, Katarzyna Plagens-Rotman <i>Poród rodzinny z perspektywy ojca dziecka.</i>	18
Katarzyna Matczak, Karolina Szczeszek, Anna Maria Stanek, Maciej Wilczak <i>Znaczenie kształcenia ustawicznego w opinii czynnego zawodowo personelu pielęgniarskiego</i>	24
Beata Babiarczyk, Brygida Małutowska-Dudek <i>Ocena zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie . . .</i>	29
Marlena Piekut, Krystyna Gutkowska <i>Wydatki na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych</i>	36

PRACE POGLĄDOWE

Erwin Strzesak, Hanna Waligórska, Sylwia Zygmunt <i>Wybrane problemy ewidencyjne AP-DiLO.</i>	45
Anna Krzemińska <i>Podsumowanie 3 lat funkcjonowania systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorcy – eWUŚ</i>	50
Halina Nogal, Ewa Wiśniewska, Elżbieta Antos <i>Transplantacje narządów w perspektywie transkulturowej</i>	52
Michał Chrobot, Marcin Motnyk, Erwin Strzesak <i>Analiza porównawcza wybranych efektów procesu implementacji pakietu onkologicznego dla województw śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego.</i>	61
Natalia Smolarek, Małgorzata Pięt, Joanna Żurawska, Ryszard Szpunar, Beata Pięta <i>Alternatywne sposoby łagodzenia bólu porodowego</i>	74
Karina Spławska-Matuszczak, Krzysztof Szymanowski, Przemysław Kądziołka, Tomasz Opala <i>Nietrzymanie moczu u kobiet – krótki rys historyczny oraz najnowsze badania i osiągnięcia w zakresie ww. problematyki, ze szczególnym uwzględnieniem czynników położniczych i sposobu porodu</i>	81

Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz <i>Czy wirus Ebola jest nowym zagrożeniem epidemiologicznym świata?</i>	88
Łukasz Bojkowski, Ewa Mojs <i>Rola wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w wybranych obszarach psychologicznego funkcjonowania człowieka</i>	92
Jacek Karaszewski, Barbara Darewicz <i>Choroba Peyroniego – możliwości farmakoterapii miejscowej</i>	97
Paweł Moćko, Paweł Kawalec, Krzysztof Piotr Malinowski <i>Analiza kosztów (bezpośrednich i pośrednich) związanych ze stwardnieniem rozsianym w Polsce</i>	101
Katarzyna Siemionow, Paweł Drągowski, Joanna Teul, Róża Sawczuk, Ilona Zaręba, Wojciech Miltyk <i>Charakterystyka zawodu diagnosty laboratoryjnego i jego rola w systemie opieki zdrowotnej w Polsce</i>	110
Halina Nogal, Ewa Wiśniewska, Elżbieta Antos <i>Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej</i>	113
Artur Guźlecki <i>Możliwe legalne przeznaczenie środków finansowych pozostających w posiadaniu uzdrowisk</i>	119
Artur Guźlecki <i>Płatnicy na rzecz uzdrowisk</i>	122

OGŁOSZENIE

Ogłoszenie Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.	127
---	-----

Contents

ORIGINAL PAPERS

Mieczysława U. Jurczyk, Marta Adamkiewicz, Karolina Chmaj-Wierzchowska, Lucyna Kasprzyk <i>Classification of radiological examinations in newborns</i>	7
Wioleta Wójcik, Marcin Cierniak, Krystyna Frydrysiak, Tomasz Gaszyński <i>The evaluation of first and last year universities of Łódź students' knowledge about CPR performed on adults, children and infants.</i>	12
Agnieszka Berkau, Sara Suchowiak, Katarzyna Plagens-Rotman <i>The family birth from the perspective of the father</i>	18
Katarzyna Matczak, Karolina Szczeszek, Anna Maria Stanek, Maciej Wilczak <i>The importance of lifelong learning in the opinion of practising nurses</i>	24
Beata Babiarczyk, Brygida Małutowska-Dudek <i>Assessment of health behaviours in hypertensive in- and outpatients</i>	29
Marlena Piekut, Krystyna Gutkowska <i>Health care expenditures in households.</i>	36

REVIEW PAPERS

Erwin Strzesak, Hanna Waligórska, Sylwia Zygmunt <i>Selected problems of AP-DiLO data collection</i>	45
Anna Krzemińska <i>A summary of three years of operate of eWUŚ (Electronic Verification of Eligibility of Beneficiaries system).</i>	50
Halina Nogal, Ewa Wiśniewska, Elżbieta Antos <i>Organ transplantation in transcultural perspective</i>	52
Michał Chrobot, Marcin Motnyk, Erwin Strzesak <i>Implementation process of the quick oncological therapy comparative analysis for the Silesian, Swietokrzyskie and Wielkopolskie voivodeship</i>	61
Natalia Smolarek, Małgorzata Pięt, Joanna Żurawska, Ryszard Szpunar, Beata Pięta <i>Alternative methods of childbirth pain relief</i>	74
Karina Spławska-Matuszczak, Krzysztof Szymanowski, Przemysław Kądziołka, Tomasz Opala <i>Urinary incontinence in women – a brief history and the latest research and developments in the field above. Issues, with particular emphasis on obstetric factors and mode of delivery</i>	81
Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz <i>Is the Ebola virus a new epidemiological threat to the world?.</i>	88

Łukasz Bojkowski, Ewa Mojs <i>The role of polyunsaturated fatty acids in selected areas of the human psychological functioning</i>	92
Jacek Karaszewski, Barbara Darewicz <i>Peyronie's disease – intralesional pharmacotherapy opportunities</i>	97
Paweł Moćko, Paweł Kawalec, Krzysztof Piotr Malinowski <i>Analysis of costs (direct and indirect) associated with multiple sclerosis in Poland.</i>	101
Katarzyna Siemionow, Paweł Drągowski, Joanna Teul, Róża Sawczuk, Ilona Zaręba, Wojciech Miltyk <i>Characteristics of the profession of laboratory diagnostician and his role in the healthcare system in Poland</i>	110
Halina Nogal, Ewa Wiśniewska, Elżbieta Antos <i>Historical outline of the dynamics of clinical transplantation development</i>	113
Artur Guźlecki <i>Possible legal purpose of funds owned by health resorts</i>	119
Artur Guźlecki <i>Payers to health resorts</i>	122

ANNOUNCEMENT

<i>Announcement of Wielkopolska voivodship Department of Polish Society Public Health</i>	127
---	-----

KLASYFIKACJA BADAŃ RADIOLOGICZNYCH U NOWORODKÓW

CLASSIFICATION OF RADIOLOGICAL EXAMINATIONS IN NEWBORNS

Mieczysława U. Jurczyk^{1,2}, Marta Adamkiewicz¹, Karolina Chmaj-Wierchowska¹, Lucyna Kasprzyk^{1,3}

¹ Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

³ Katedra i Zakład Elektrodziagnostyki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Istotne miejsce wśród diagnostyki noworodka zajmuje badanie rentgenowskie (RTG). Najczęściej takie badanie przeprowadza się w celu oceny wad serca, płuc, przepukliny przeponowej, urazów, jak też do określenia lokalizacji ciał obcych. Zdjęcie wykonywane jest przyłóżkowo aparatem przenośnym bądź dokonuje się dynamicznego badania przewodu pokarmowego z użyciem izotonicznych środków cieniujących.

Cel. Celem pracy było sklasyfikowanie wykonanych badań radiologicznych u hospitalizowanych noworodków.

Materiał i metody. Analizą objęto zebrane dane z historii chorób 200 hospitalizowanych noworodków w Klinice Neonatologii w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym UM w Poznaniu. Oceniano: płeć, masę ciała, wiek ciążowy, ilość punktów skali Apgar, rodzaj przebytego porodu, rozpoznanie lekarskie. Ocenę korelacji między wskazanymi parametrami a wykonanym badaniem radiologicznym przeprowadzono przy użyciu programów: Microsoft Office i Excel 2007.

Wyniki. Analiza statystyczna oraz opisowa wykazała, że najczęściej wykonywanym w grupie badaniem radiologicznym było USG przeziemiączkowe. Drugim najpopularniejszym badaniem było należące to rentgenodiagnostyki zdjęcie RTG klatki piersiowej i brzucha. Ocena zależności pozwoliła stwierdzić, że istnieje korelacja pomiędzy płcią noworodka a rodzajem badania radiologicznego. Zauważono, że poród, liczba punktów skali Apgar oraz występujące u noworodka jednostki chorobowe również mogą wpływać na rodzaj postępowania diagnostycznego.

Wnioski. Diagnostyka radiologiczna noworodka jest drugim po badaniu ultrasonograficznym najczęściej wykonywanym badaniem diagnostycznym. Szczególną rolę odgrywa przy diagnozowaniu wad rozwojowych u noworodka.

Słowa kluczowe: diagnostyka, badanie RTG, noworodek, promieniowanie.

ABSTRACT

Introduction. X-ray examination (RTG) has a significant place in neonatal diagnostics. It is mostly performed for the evaluation of defects of the heart, lungs, diaphragmatic hernia, injuries and also to determine the location of foreign objects. The photo is done bedside with a transportable camera or a dynamic test is performed of the gastrointestinal tract using isotonic contrast agents.

Aim. The aim of this study was to classify radiological tests performed on hospitalized neonates in the GPSK University of Medical Sciences in Poznan.

Material and methods. The analysis included data collected from medical records of 200 hospitalized newborns in the Neonatology Department of Gynaecology and Obstetrics at the Clinical Hospital University of Medical Sciences. We evaluated sex, weight, gestational age, Apgar score, type of birth, medical diagnosis. The evaluation of the correlation between the indicated parameters and executed X-rays was performed using Microsoft Office and Excel 2007 programs.

Results. Statistical analysis and descriptive showed that the most frequently performed diagnosis in the X-ray group was transfontanellar ultrasound. The second most popular study was X-ray radiograph of the chest and abdomen. Assessing the correlation, revealed that sex of the newborn has an impact on the type of radiological examination performed. It was noted that the birth, Apgar score, and presence of neonatal disease can also affect the type of diagnostic procedure.

Conclusions. Neonatal diagnostic radiology is the second most commonly performed diagnostic method after ultrasound diagnostic test. It plays a special role in the diagnosis of congenital malformations in the newborn.

Keywords: diagnostics, X-ray examination, newborn, radiation.

Wstęp

Za dzień narodzin rentgenodiagnostyki można uznać 8 listopada 1895 roku, kiedy to Wilhelm Conrad Röntgen odkrył nowy rodzaj promieni, które ochrzcił mianem „promieni X”. Promieniowanie rentgenowskie znalazło zastosowanie w rentgenodiagnostyce (konwencjonalne zdjęcie rentgenowskie, prześwietlenia promieniami X, radiologia cyfrowa, tomografia komputerowa), radiologii zabiegowej, a także w postępowaniu leczniczym – radioterapii

[1, 7]. W dzisiejszych czasach diagnostyka za pomocą obrazowania radiologicznego stanowi podstawową formę obrazowania. Na podstawie diagnostyki radiologicznej stawiane jest rozpoznanie lekarskie. Stanowi ona również swoiste wsparcie w trakcie hospitalizacji pacjenta, jak również pozwala wcześniej wykryć powikłania pooperacyjne lub też wznowę choroby nowotworowej [1–4, 6, 8]. Postępowanie diagnostyczne z zastosowaniem promieniowania rentgenowskiego powinno być zawsze ograniczone

do minimum, zwłaszcza gdy pacjentem jest noworodek. W badaniach radiologicznych noworodków najczęściej wykorzystuje się rentgenodiagnostykę (konwencjonalne zdjęcie RTG, prześwietlenie promieniami X, radiologia cyfrowa, tomografia komputerowa), ultrasonografię (USG przeciemiążczkowe, USG jamy brzusznej, USG stawów biodrowych) oraz obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego (rezonans magnetyczny klatki piersiowej, rezonans magnetyczny głowy).

Celem pracy było skategoryzowanie wykonanych badań radiologicznych u pacjentów hospitalizowanych na oddziale neonatologicznym Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Ocenie poddano zależności pomiędzy: płcią, punktacją skali Apgar, wiekiem ciążowym, masą ciała noworodka, rodzajem porodu a typem wykonanego badania radiologicznego.

Materiał i metody

Analizę retrospektywną stanowiły zebrane dane z historii chorób 200 hospitalizowanych noworodków w okresie od 1 stycznia do 1 września 2014 roku na oddziale neonatologii w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Na materiał badawczy składały się takie dane jak: płeć, masa ciała, wiek ciążowy, w którym nastąpił poród dziecka, sposób ukończenia ciąży, ilość uzyskanych punktów wg skali Apgar oraz występujące u noworodka jednostki chorobowe.

Metoda obejmowała ocenę wykonanych badań radiologicznych oraz analizę statystyczną i opisową zależności zaobserwowanych w grupie 200 hospitalizowanych noworodków. Analizie poddano uzyskane wyniki z zastosowaniem programów: Microsoft Office i Excel 2007.

Wyniki

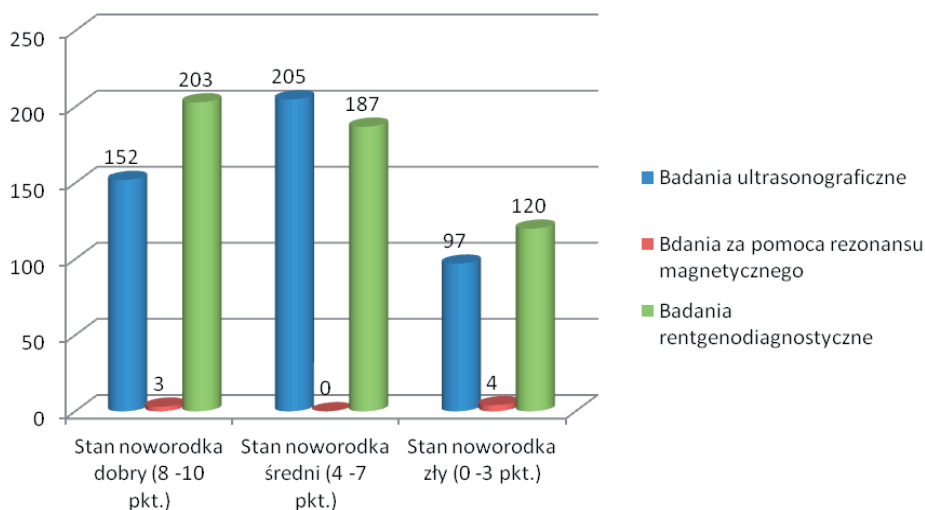
W grupie urodzonych noworodków (124 płci męskiej, 76 płci żeńskiej) w dobrym stanie (Apgar 8–10 pkt.) było 114 (57%) badanych. Według skali Apgar w stanie średnim (4–7 pkt.) było 62 badanych (31%), a w stanie złym (0–4 pkt.) były 24 (12%) przypadki. Średnia masa urodzeniowa wynosiła 2509 ± 964 g. Najwięcej noworodków przyszło na świat drogą brzuszna, poprzez cięcie cesarskie (53%). Na drugim miejscu znalazły się noworodki urodzone siłami natury (44,5%), a na ostatnim – za pomocą wyciągacza próżniowego (2,5%). Porody odbywały się między 25. a 41. tygodniem ciąży.

Ilość zebranych punktów według skali Apgar a rodzaj badania radiologicznego

Noworodków, które zostały poddane kryterium skali Apgar i takich, których stan określono jako średni (4–7 pkt.), było 62 (nie stanowiły jednej trzeciej grupy). Statystycznie w grupie średniej wykonano $\pm 6,32$ badania na noworodka. Grupa w stanie dobrym obejmowała 114 osób i wykonano na niej 358 badań radiologicznych, czyli $\pm 3,14$ badania na noworodka. Choć noworodki w stanie ciężkim stanowiły najmniejszą część badanych (24 osoby), proporcjonalnie to u nich wykonano najwięcej badań ($221 \pm 9,20$). Najwięcej badań diagnostycznych wykonano w grupie noworodków w stanie średnim (4–7 pkt.), dokładnie 392, co stanowiło około 40,37% wszystkich badań. Podział badań radiologicznych według ilości zdobytych punktów w skali Apgar przedstawiono na **rycynie 1**.

Płeć noworodka a rodzaj badania radiologicznego

Statystycznie u jednego noworodka wykonano $\pm 4,85$ badania radiologicznego. Analizując zebrane dane pod kątem płci, zaobserwowano, że u noworodka płci męskiej wyko-



Rycina 1. Podział badań radiologicznych w zależności od ilości zdobytych punktów Apgar

nano $\pm 4,90$ badania radiologicznego, natomiast u dziecka płci żeńskiej – blisko $\pm 4,77$ badania. Z kolei radiologiczne badanie czynnościowe w obrębie przewodu pokarmowego w olbrzymiej przewadze (88,89%) wykonywane było u chłopców, a u noworodków płci żeńskiej wykonano częściej badanie za pomocą tomografu komputerowego.

Poród noworodka a rodzaj badania radiologicznego

Noworodków urodzonych na drodze cięcia cesarskiego było 106 (53%), urodzone siłami natury stanowiły 44,5% ($n = 89$), a za pomocą wyciągacza próżniowego – 2,5% ($n = 5$). Porody odbywały się między 25. a 41. tygodniem ciąży. Średnia masa urodzeniowa wynosiła 2509 ± 964 g. Cięższe pojedyncze stanowiły 86% ($n = 172$), a pozostałe 14% ($n = 28$) były to cięższe mnogie (wszystkie bliźnięta). U noworodków urodzonych przez cięcie cesarskie wykonano 501 badań radiologicznych, 461 – u noworodków po porodzie naturalnym i 9 – u noworodków, które wydobyto za pomocą wyciągacza próżniowego.

Dyskusja

Badania radiologiczne u noworodków zawsze wykonuje się w celach diagnostycznych. Z uwagi na niebezpieczny wpływ promieniowania rentgenowskiego [13, 22, 23] diagnostykę RTG u noworodków ogranicza się do niezbędnego minimum i wspomaga badaniami nieinwazyjnymi, takimi jak rezonans magnetyczny oraz ultrasonografia. Badania te pozwalają zobrazować poszczególne płaszczyzny ciała lub wybrane narządy wewnętrzne dziecka. Oprócz rentgenodiagnostyki, obrazowania za pomocą rezonansu magnetycznego oraz ultrasonografii stosuje się również badania radioizotopowe (PET lub SPECT) [11, 12, 14–18].

Podczas analizowania zebranego materiału badawczego zauważono, że największą liczbę badanych noworodków stanowili chłopcy ($n = 124$). Oceniając dane pod kątem płci, wykonano $\pm 4,90$ badania radiologicznego u chłopców i $\pm 4,77$ u dziewczynek. Były to głównie badania EKG, USG przezciemiączkowe i jamy brzusznej, zdjęcie RTG klatki piersiowej i brzucha. Przeprowadzone badania pozwalają wysnuć wniosek, że płeć ma znaczenie i w pewien sposób przekłada się na ilość wykonywanych badań radiologicznych. Nierzadko w środowisku neonatologicznym spotkać się można z przeświadczeniem, że noworodki płci żeńskiej są dużo silniejsze fizycznie i potrafią szybciej zaadaptować się do trudnych warunków środowiskowych [25–27]. Czy więc płeć ma znaczenie w okresie noworodkowym? Jakie różnice wstępują między dziewczynkami a chłopcami i czy ma to związek z ilością badań radiologicznych? Zdaniem Lindy Brannon, autorki *Psychologii rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy róż-*

ni, już w wieku noworodkowym można zauważyć istotne różnice w budowie oraz wielkości mózgu (mózg noworodka płci męskiej jest większy niż noworodka płci żeńskiej) [32]. Z kolei Anne Moir i David Jessel twierdzą, że nowo narodzone dziewczynki w przeciwieństwie do chłopców są bardziej zaabsorbowane otaczającymi ich ludźmi, potrafią też skupić uwagę na czyjeś twarzy (*Płeć mózgu. O prawdziwej różnicy między mężczyzną a kobietą*) [33]. Niewykluczone, że zachowanie dziewczynek jest powiązane z odmienną budową oka. Siatkówka męskiego oka zawiera znacznie więcej pręcików (dostrzeganie ruchu, widzenie czarno-białe) niż siatkówka kobiety. Ewa Barlik w swoim artykule *Płeć ma znaczenie* słusznie zauważa, że w kobiecym oku jest dużo więcej czopków, odpowiedzialnych za postrzeganie braw [26]. Autorka pisze również o odmiennościach w zmyśle słuchu. Okazuje się, że kobiety słyszą aż 10 razy lepiej niż mężczyźni. Rejestrują zarówno skrajnie niskie, jak i bardzo wysokie dźwięki. Różnice płci, nie tylko pod względem biologicznym, ale także psychologicznym, można dostrzec już we wczesnym dzieciństwie. Anne Moir w książce *Płeć mózgu*, powołując się na swoje badania, twierdzi, że 6-letnia dziewczynka wyprzedza o 4–6 lat chłopca pod względem rozwiniętych zdolności językowych. Chłopiec natomiast w wieku 6 lat potrafi myśleć abstrakcyjnie, co dziewczynka osiągnie za 2–4 lata. Chłopiec ma świetnie rozwiniętą motorykę, dziewczynka – pamięć [33]. Badaczka interakcji międzyludzkich Amy Sheldon przeprowadziła ciekawy eksperyment z udziałem 6 małych dzieci. Sheldon podzieliła dzieci względem płci na dwie grupy (3 chłopców i 3 dziewczynki) i każdej z grup dała do zabawy plastikowego ogórka. Po pewnym czasie w obu grupach powstał konflikt, dzieci pokłóciły się o zabawkę. W grupie chłopców doszło do rękoczynów, natomiast dziewczynki doszły do porozumienia i bawiły się zabawką na zmianę. Eksperyment dowiódł, że chłopcy od najmłodszych lat są ukierunkowani na pewność siebie, zdobywanie, stawianie na siłę fizyczną. W późniejszych relacjach w życiu dorosłym używają języka oszczędnego, rzadziej inicjują rozmowy, skłonni są jednak do podejmowania większego ryzyka [19–21, 24, 26, 33]. Podział badań, jak również przeważająca liczba męskich noworodków w grupie badanych pozwalają wysnuć hipotezę, że dzieci płci męskiej w okresie noworodkowym są słabsze pod względem fizycznym od noworodków żeńskich.

Na podstawie przeprowadzonej retrospektywnej analizy danych wykazano, że 53% noworodków przyszło na świat na drodze cięcia cesarskiego (urodzone noworodki o średniej masie ciała 2350 ± 933 g, w 34. tygodniu ciąży, o 6 pkt. w skali Apgar), 44,5% – siłami natury (noworodki o średniej masie ciała 2643 ± 976 g, w 34. tygodniu ciąży

ży, o 7 pkt. w skali Apgar) i 2,5% – po zastosowaniu wyciągacza próżniowego (średnia masa urodzeniowa ciała 3528 ± 275 g, w 38. tygodniu ciąży, o 7 pkt. w skali Apgar). Ogólna liczba wszystkich badań radiologicznych wynosiła 971, z czego około 51,60% badań wykonano u noworodków po przebytych porodzie na drodze cięcia cesarskiego, około 47,48% – po porodzie naturalnym i 0,92% – po zastosowaniu wyciągacza próżniowego. Analizując rodzaje ciąży, można zauważyć, że blisko 86% ($n = 172$) badanych rozwijało się w ciąży pojedynczej, a pozostałe 14% ($n = 28$) stanowiły cięższe mnogie (wszystkie bliźnięta, urodzone na drodze cięcia cesarskiego).

Wnioski

1. Badanie rentgenodiagnostyczne wykonywane u noworodków jest drugim po badaniu ultrasonograficznym najczęściej wykonywanym badaniem diagnostycznym.
2. Niewątpliwie ilość wad rozwojowych występujących u noworodka stanowi główną przyczynę rozszerzonej diagnostyki radiologicznej.
3. Rodzaj przebytego przez noworodka porodu także wpływa na dalszą diagnostykę. Najwięcej noworodków w grupie badanej przyszło na świat poprzez cięcie cesarskie (urazy mechaniczne, zespół mokrego płuca). Najwięcej badań radiologicznych wykonano u noworodków po porodzie naturalnym (złamania obojczyka, urazy mechaniczne, otarcia). Największą grupę badanych stanowiły noworodki urodzone przedwcześnie [30, 31].

10

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Pruszyński B. Radiologia. Diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna. Warszawa: PZWL; 2005. s. 20–53, 168–513.
2. Materka A. Elektrotechnika dla medycyny: od prądów silnych do słabych. Biuletyn Techniczno-Informacyjny Oddziału Łódzkiego Stowarzyszenia Elektryków Polskich. 2011;3:1–7.
3. Obrazowanie medyczne, <http://www.brain.fuw.pl>, data wejścia: 02.02.2015.
4. Dostępne w Internecie: <http://www.radiologia24.pl>, data wejścia: 02.03.2015.
5. Leszczyński S. Historia radiologii polskiej na tle radiologii światowej. Warszawa: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2000. s. 12–35.
6. Dostępne w Internecie: <http://www.radiolog.pl>, data wejścia: 09.07.2014.

7. Kuczyński K. Klasyfikacja obrazów radiologicznych na podstawie wymiaru fraktalnego. Scientific Bulletin of Chełm. 2008;1:167–173.
8. Rentgenodiagnostyka, <http://www.kcor.gov.pl>, data wejścia: 02.04.2015.
9. 10 zasad: ochrona radiologiczna pacjenta w TK, <http://www.rpop.iaea.org>, data wejścia: 24.02.2015.
10. Marciński A. Radiologia pediatria. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Medycznej w Warszawie; 2011. s. 10–139.
11. Promieniowanie jonizujące w medycynie, <http://www.wco.pl>, data wejścia: 15.12.2014.
12. Oborska-Kumaszyńska D. Cyfrowe systemy obrazowania w rentgenodiagnostyce. Acta Bio-Optica et Informatica Medica. 2011;2(17):97–106.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Dz.U. Nr 51, poz. 1015.
14. Gadzinowski J, Dharmapuri V. Neonatologia. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 2000. s. 167–545.
15. Szczapa J. Podstawy Neonatologii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 1–33, 49–449.
16. Szczapa J. Neonatologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015. s. 15–39.
17. Gadzinowski J, Szymankiewicz M. Podstawy neonatologii. Poznań: Wielkopolski Oddział Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej; 2006. s. 21–27, 47–54, 63–157.
18. Schelvan Ch, Copeman A, Young J, Davis J. Radiologia pediatria. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. s. 5–99.
19. Arthur R. The neonatal chest X-ray. Paediatric Respiratory Reviews. 2001;2:311–323.
20. Ignasi B, Perez Rossello JM, Wilson CR, Kleinman PK. The yield of high-detail radiographic skeletal surveys in suspected infant abuse. Pediatr Radiol. 2014. DOI: 10/1007/s00247.
21. Borszewska-Kornacka MK. Standardy Opieki Medycznej Nad Noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Warszawa: Wydawnictwo Media-Press; 2015. s. 15–17, 59–65, 79–134, 144–163.
22. 10 zasad: ochrona radiologiczna dzieci podczas zabiegów interwencyjnych, <http://www.rpop.iaea.org>, data wejścia: 24.02.2015.
23. 10 zasad: ochrona radiologiczna pacjenta podczas fluoroskopii, <http://www.rpop.iaea.org>, data wejścia: 24.02.2015.
24. Kuźniak M, Szymankiewicz M. Ocena przydatności badania mechaniki oddychania u noworodków. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia. 2008;1(4):245–252.
25. Królikowska S. Nierówność w stanie zdrowia między kobietami, a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej. Acta Universitatis Lodzianensis. 2011;23:33–52.
26. Krawczyk-Wasilewska A, Gajewska A, Samborski W. Płeć jako jeden z czynników mogących determinować jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Nowiny Lekarskie. 2012;81(4):347–353.
27. Nicolau Molina C, Fontanilla Echeveste T, Del Cura Rodriguez JL. Usefulness of contrast-enhanced ultrasonography in daily clinical practice: A multicenter study in Spain. Radiologia. 2010;52(2):144–152.
28. Poród przedwczesny a płuca. European Lung Foundation. <http://www.pl.european-lung-foundation.org>, data wejścia: 03.03.2015.
29. Gotz-Więckowska A, Pawlak M, Gadzinowski J. Retinopatia wcześniaków – aktualna wiedza na temat patogenezы, diagnostyki i leczenia. Nowa Pediatria. 2014;1:27–30.

30. Śpiewankiewicz B, Tarwacki D, Stelmachów J, Piórkowski R. Przebieg ciąży i porodu po zabiegach histeroskopowych. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 2007;43(4):45–50.
31. O porodach przedwczesnych – wpływ wcześniactwa na Europę. <http://www.socksforlife.org>, data wejścia: 13.04.2015.
32. Brannon L. Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni? Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
33. Moir A, Jessel D. Płeć mózgu. O prawdziwej różnicy między mężczyzną, a kobietą. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 2007.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Mieczysława Jurczyk
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
e-mail: mjur@poczta.onet.pl

OCENA POZIOMU WIEDZY STUDENTÓW PIERWSZEGO I OSTATNIEGO ROKU STUDIÓW W UCZELNIACH WYŻSZYCH NA TERENIE ŁODZI NA TEMAT RKO U OSÓB DOROSŁYCH, DZIECI I NIEMOWLĄT

THE EVALUATION OF FIRST AND LAST YEAR UNIVERSITIES OF ŁÓDŹ STUDENTS' KNOWLEDGE ABOUT CPR PERFORMED ON ADULTS, CHILDREN AND INFANTS

Wioleta Wójcik, Marcin Cierniak, Krystyna Frydrysiak, Tomasz Gaszyński

Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp. Szybka reakcja przypadkowego świadka zdarzenia i udzielenie pierwszej pomocy niejednokrotnie zwiększyło szanse przeżycia osoby poszkodowanej. Niestety brak wiedzy i chęci podjęcia takich działań wśród ludzi młodych jest poważnym problemem społecznym. Wiedza na temat udzielania pierwszej pomocy jest ciągle uaktualniana i rozpowszechniana w publikacjach, a warto ją przypominać i pogłębiać, by jak najlepiej udzielić pomocy, gdy będzie ona konieczna.

Cel. Celem pracy było porównanie poziomu wiedzy studentów pierwszego i ostatniego roku studiów, uczęszczających na państwowe uczelnie wyższe w Łodzi w roku akademickim 2012/2013, z zakresu podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u osób dorosłych, dzieci i niemowląt.

Materiał i metody. Badaniu poddano 120 studentów z trzech państwowych uczelni wyższych na terenie Łodzi; narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Poziom wiedzy studentów uczelni wyższych na terenie Łodzi z zakresu udzielania pierwszej pomocy i resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest niezadowolający.

Wnioski. Badani studenci Uniwersytetu Łódzkiego i Politechniki Łódzkiej mają mniejszą wiedzę na temat RKO niż studenci uczęszczający na Uniwersytet Medyczny w Łodzi, dodatkowo wiedza studentów pierwszego roku studiów jest mniejsza w porównaniu z wiedzą studentów ostatniego roku. Różnice między wiedzą studentów pierwszego i ostatniego roku wynikają z wielu przyczyn, m.in. z małej ilości, braku zajęć dotyczących udzielania pierwszej pomocy lub z faktu, że zajęcia te są źle prowadzone.

Słowa kluczowe: pierwsza pomoc, RKO, wiedza studentów.

ABSTRACT

Introduction. The chances of survival of the injured person were often increased thanks to the fast reaction of random witness giving first aid. Unfortunately, young people are not willing and do not have enough knowledge to take such action, which is a serious social problem. The knowledge about first aid is constantly being updated and published, therefore it is worth to be refreshed and deepened in order to be able to give the best help if it is necessary.

Aim. The aim of the research was the comparison of students' knowledge about basic life support performed on adults, children and infants.

Material and methods. The researched group consisted of 120 first and last year students attending three different state universities in Łódź in the 2012/2013 academic year. The authorial questionnaire was used as a research instrument.

Results. The level of knowledge of state universities students in Łódź about giving first aid and cardiopulmonary resuscitation is unsatisfactory.

Conclusions. Researched students of Medical University of Łódź have better knowledge about CPR than students of University of Łódź and Łódź University of Technology, moreover last year students' knowledge is better than knowledge of first year students. Differences between first and last year students arise from many reasons including little number, lack or bad leading of classes about giving first aid.

Keywords: first aid, CPR, students' knowledge.

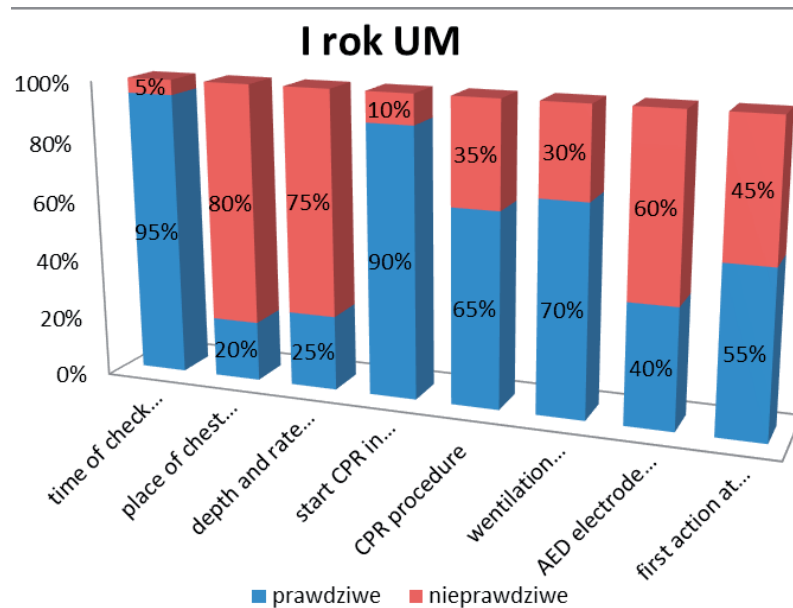
Wstęp

Szybka reakcja i pomoc udzielona przez przypadkowego świadka na miejscu zdarzenia niejednokrotnie decyduje o zwiększeniu szans na przeżycie poszkodowanego. Niezmiernie ważna dla każdego człowieka jest umiejętność i chęć udzielania pierwszej pomocy podczas NZK. Wiedza na ten temat jest uaktualniana co 5 lat i rozpowszechniana w publikacjach – *Wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji*. Ważne jest więc, aby nieustannie uaktualniać wiedzę

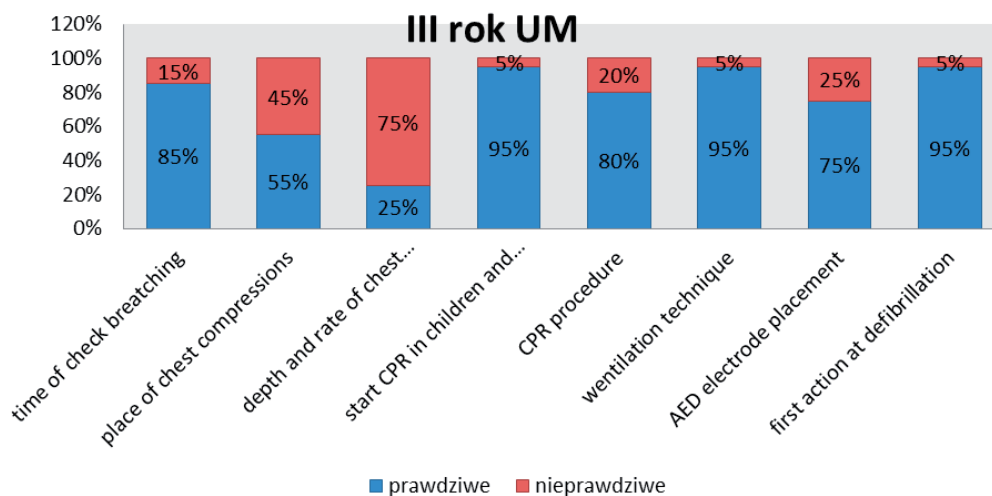
na temat udzielania pierwszej pomocy zgodnie z powyższymi wytycznymi. Celem pracy było porównanie poziomu wiedzy studentów państwowych uczelni wyższych w Łodzi w roku akademickim 2012/2013. Jednocześnie porównano wiedzę studentów pierwszego i ostatniego roku studiów na poszczególnych uczelniach wyższych. Ocena ta dotyczy podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u osób dorosłych, dzieci oraz niemowląt. Inspiracją podjęcia tematu była chęć uzyskania odpowiedzi na

Tabela 1. Prawidłowe odpowiedzi studentów

	UM	UŁ	PŁ
Miejsce uciskania klatki piersiowej u osób dorosłych	38%	35%	0%
Częstość i głębokość uciskania klatki piersiowej u osób dorosłych	25%	8%	5%
Głębokość uciskania klatki piersiowej u dzieci i niemowląt	78%	53%	45%
Technika wentylacji oddechów ratowniczych u niemowląt	83%	25%	0%
Prowadzenie RKO u dziecka w przypadku, gdy nie mamy możliwości wezwania pomocy	73%	43%	20%



Rycina 1. Odpowiedzi studentów pierwszego roku Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



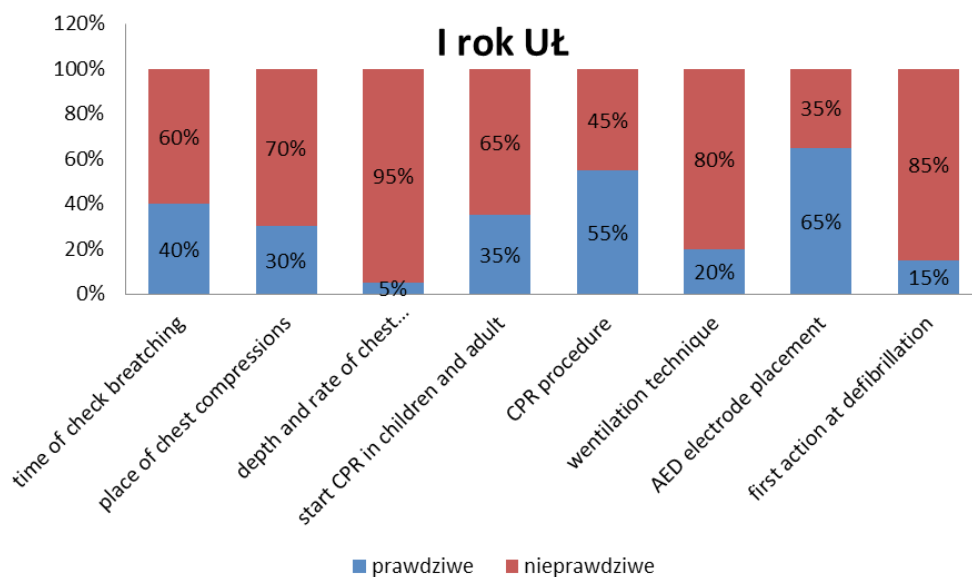
Rycina 2. Odpowiedzi studentów trzeciego roku Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

pytania, czy studenci mają odpowiedni poziom wiedzy, aby samodzielnie podjąć czynności resuscytacyjne w ramach pierwszej pomocy zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami.

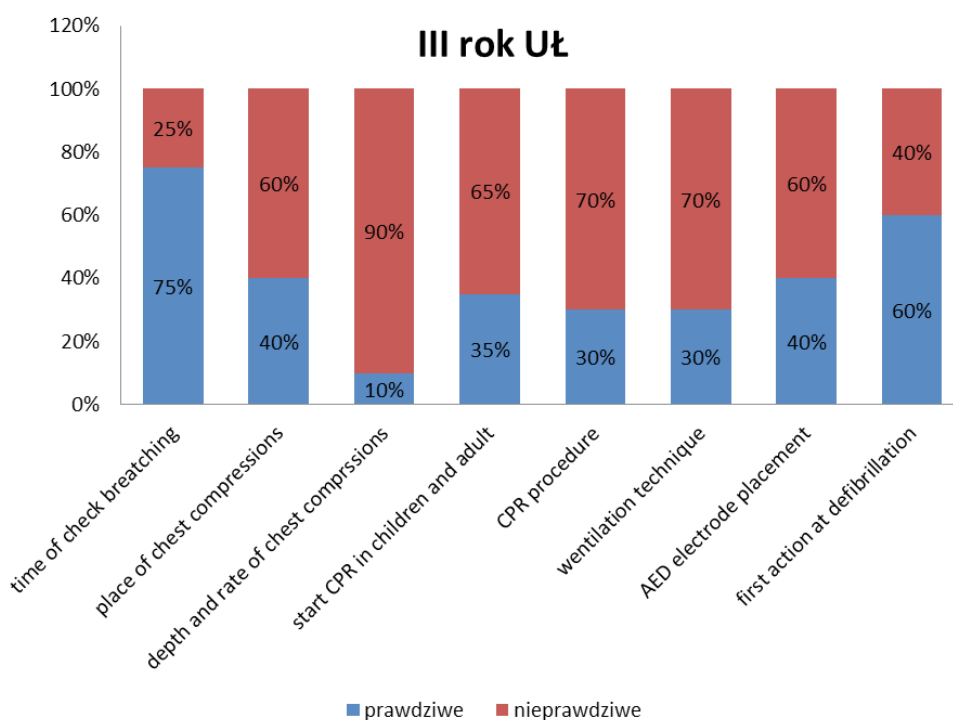
Materiał i metody

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części. Pierwsza to pytania dotyczące poziomu wiedzy studentów na temat resuscyta-

cji krążeniowo-oddechowej u osób dorosłych, dzieci i niemowląt oraz pytania oceniające kształcenie w czasie toku studiów. Kwestionariusz ankiety wielokrotnego wyboru zawiera 25 pytań sformułowanych w formie zamkniętej oraz otwartej. Druga część to metryczka składająca się z 5 pytań dotyczących danych osobowych niezbędnych wyłącznie do analizy statystycznej. W badaniach uczestniczyło 120 studentów z trzech państwowych uczelni wyższych na terenie Łodzi: Uniwersytetu Łódzkiego, Politechniki



Rycina 3. Odpowiedzi studentów pierwszego roku Uniwersytetu Łódzkiego



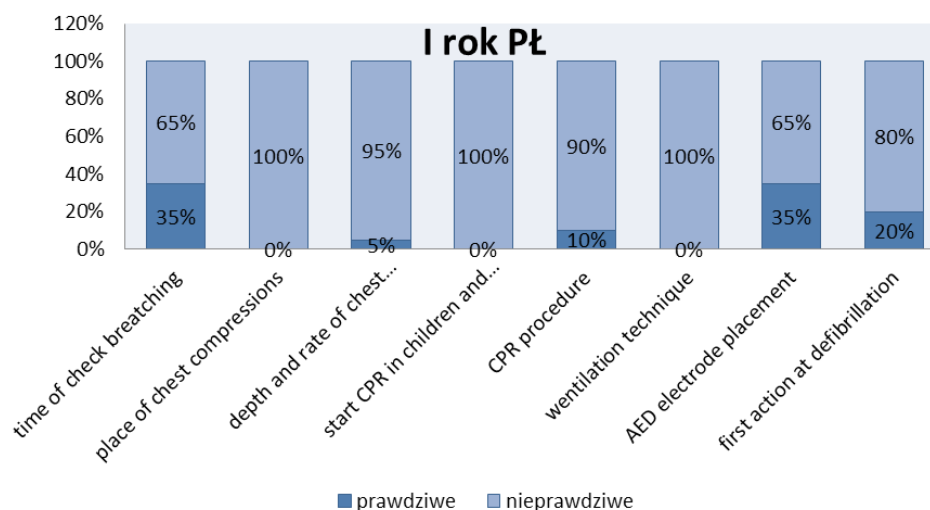
Rycina 4. Odpowiedzi studentów trzeciego roku Uniwersytetu Łódzkiego

Łódzkiej oraz Uniwersytetu Medycznego. Byli to studenci ostatniego i pierwszego roku studiów. Poszczególne kierunki, które wzięto pod uwagę w trakcie prowadzenia badań, to: ratownictwo medyczne, pielęgniarstwo, pedagogika, mikrobiologia, informatyka oraz mechatronika. Do opracowania wyników użyto programu Ms Excel 2010.

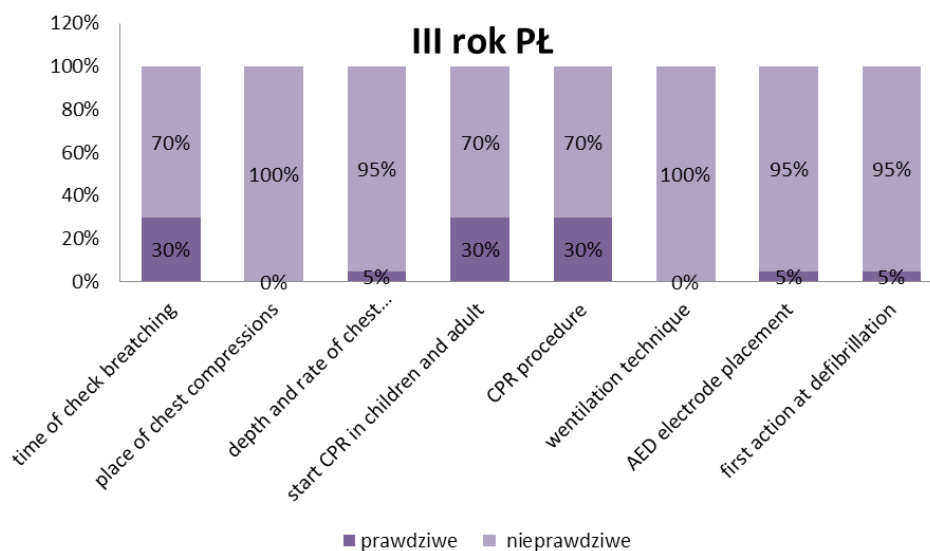
Wyniki

Spośród 120 studentów ponad połowa była świadkiem wykonywania RKO. Niepokojącym faktem jest to, że zaledwie 23% ankietowanych na pytanie „Czy potrafiłbyś wy-

konać RKO, gdyby zaistniała taka konieczność?” odpowiedziało „zdecydowanie tak”, a 34% ocenia, że „raczej tak”. Wśród wszystkich studentów zaledwie 40% potrafiło wskazać prawidłowe etapy postępowania z nieprzytomnym poszkodowanym zgodnie z *Wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji 2010*. Wiedza ta najslabiej wypadła na Politechnice Łódzkiej (3%), nieco lepiej na Uniwersytecie Łódzkim (53%). Najlepiej odpowiedzieli ankietowani z Uniwersytetu Medycznego (65%), jednakże wynik ten nie jest zadowalający. Ocenę oddechu u osoby nieprzytomnej w normotermii sprawdzamy przez 10 sekund, takiej



Rycina 5. Odpowiedzi studentów pierwszego roku Politechniki Łódzkiej



Rycina 6. Odpowiedzi studentów trzeciego roku Politechniki Łódzkiej

odpowiedzi udzieliło 60% wszystkich respondentów. Niepokojące jest to, iż zaledwie 24% wszystkich ankietowanych odpowiedziało dobrze na pytanie dotyczące miejsca uciskania klatki piersiowej u osoby dorosłej. Jeszcze mniej, bo 13%, ankietowanych wskazało poprawną głębokość i częstotliwość ucisku klatki piersiowej. Pytania dotyczące RKO u dzieci i niemowląt również pokazały braki w wiedzy studentów. Najlepiej odpowiadali studenci Uniwersytetu Medycznego, czego można było się spodziewać, jednak wyniki nie są zadowalające. Większa część studentów, bo aż 93%, zna numer alarmowy na Pogotowie Ratunkowe. Studenci znają stosunek uciśnień klatki piersiowej do wdechów u osoby dorosłej. W 83% ankietowani potrafili wskazać prawidłową odpowiedź dotyczącą długości czasu prowadzenia RKO. Pytanie o ucisk klatki piersiowej i technikę wentylacji u niemowląt nie stanowiło problemu dla respondentów. Ponad połowa (61%) studentów wie,

co to jest AED, jednak wiedza na temat samego użycia tego urządzenia jest niska. Studenci nie wiedzą, czy mają prawo samemu wykonać defibrylację za pomocą AED. Zaledwie 21% ankietowanych odpowiedziało „zdecydowanie tak”, a 19% uważa, że „raczej tak”. Zaledwie 42% ankietowanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu i miejsca przyklejenia elektrod AED na klatce piersiowej. Porównując poziom wiedzy studentów pierwszego i trzeciego roku studiów, widać, że większą wiedzę mieli studenci roku trzeciego.

Dyskusja

Wiedza i umiejętności przypadkowego świadka zdarzenia wielokrotnie decydują o przeżyciu poszkodowanego, a nawet o wypisie ze szpitala. Poziom wiedzy na temat RKO jest zdecydowanie większy u osób uczęszczających na Uniwersytet Medyczny w Łodzi niż studentów Uniwersytetu

Łódzkiego czy Politechniki Łódzkiej, niestety nie jest on satysfakcjonujący i oscyluje w granicach 60–70%. Wynik badania znajduje potwierdzenie w badaniu przeprowadzonym przez innych autorów [8, 9, 11, 12]. Wśród badanych studentów uczelni wyższych w Łodzi świadkiem wykonywania RKO było aż 59%, z czego 41% wykonywało RKO. W badaniu Wiśniewskiego jedynie 22% zapytanych nauczycieli [6] przyznało, że udzielało wcześniej pierwszej pomocy, a badanie społeczeństwa polskiego przeprowadzone przez Podlewskiego ukazało, że aż 88% osób nie miało okazji udzielić pierwszej pomocy [11]. Przeważająca liczba zbadanych studentów (93%) zna numery alarmowe. Zaledwie 24% studentów określa zajęcia z udzielania pierwszej pomocy jako „zdecydowanie praktyczne”, nieco więcej, bo 41%, ankietowanych uznało takie zajęcia za „raczej praktyczne”. Prowadzenie zajęć jedną metodą, w mało interesujący sposób może wpływać na tak niskie wyniki. Wykład to najpopularniejsza, a jednocześnie najmniej skuteczna metoda nauczania [6]. Wyniki uzyskane przez studentów z Uniwersytetu Łódzkiego, którzy mieli zajęcia w postaci 30 godzin wykładów, potwierdzają tę tezę. W nauczaniu podstawowych zabiegów resuscytacyjnych udowodniono, iż kształcenie za pomocą metody czterech kroków jest skuteczniejsze niż sam pokaz z instruktą [10]. Większość (72%) wszystkich respondentów jest za tym, by zajęcia z pierwszej pomocy i RKO były obowiązkowe na studiach, co potwierdza, że chcą oni pogłębiać wiedzę na ten temat. Nieco ponad połowa (57%) respondentów uważa, iż potrafiłaby wykonać RKO, gdyby zaistniała taka konieczność. Prawidłowej oceny oddechu u poszkodowanego nieprzytomnego potrafiła dokonać nieznacznie więcej niż połowa ankietowanych. Większa część respondentów potrafiła wskazać prawidłowy stosunek liczby uciśnień klatki piersiowej do liczby oddechów u osoby dorosłej. Dane te korelują z badaniami opublikowanymi w artykule Grześkowiak i wsp. [8]. Niepokoi fakt, iż tylko 24% studentów zna miejsce prawidłowego ułożenia rąk na klatce piersiowej podczas wykonywania zewnętrznego masażu serca, a jedynie 13% respondentów potrafi wskazać głębokość i częstotliwość, z jaką powinniśmy uciskać klatkę piersiową u osoby dorosłej. Potwierdzenie badań własnych stanowi artykuł Grześkowiak i wsp. pt. *Brak dostatecznej wiedzy personelu szpitalnego dotyczącej bezprzryądowej resuscytacji* [8]. Mało zadowolające wyniki uzyskaliśmy, zadając pytania dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dzieci i niemowląt. Badani studenci wykazali się niskim poziomem wiedzy dotyczącym wyboru techniki wentylacji u niemowląt, jedynie 36% udzieliło prawidłowych odpowiedzi. Zaledwie 48% respondentów prawidłowo rozpoczęłoby RKO u dziecka i osoby nieprzytomnej wycią-

gniętej z wody. Na pytanie „Znajdujesz się sam/a w parku bez telefonu komórkowego i zauważasz dziecko, które jest nieprzytomne i nie oddycha, co robisz?” 45% udzieliło prawidłowych odpowiedzi. Głębokość uciskania klatki piersiowej zna 58% ankietowanych. Uzyskane wyniki potwierdzają opinię Grześkowiak i wsp. [9]. Ogromny nacisk w czasie kształcenia z udzielania pierwszej pomocy i RKO należy kłaść na prawidłową technikę, miejsce ułożenia rąk, częstość i głębokość uciskania klatki piersiowej, zaś u dzieci poza wyżej wymienionymi również na technikę wentylacji oraz czasu trwania RKO. Brak wiedzy w tych aspektach zmniejsza szansę poszkodowanego nie tylko na wypis ze szpitala, ale przede wszystkim na przeżycie. W kontekście mechanizmów zatrzymania krążenia ważną rolę odgrywa wczesne użycie AED. Próba badana wykazała, że 61% wie, czym jest AED, a jedynie 42% potrafi określić miejsce przyklejenia elektrod. Pocięającym faktem jest to, iż dość duży odsetek respondentów wie, jak długo należy prowadzić RKO u dorosłych. Według respondentów zajęcia z udzielania pierwszej pomocy i RKO powinny być obowiązkowe na studiach. Wnioski, jakie nasuwają się na podstawie wyników badań i powyższych rozważań świadczą niestety o niezadowalającej wiedzy studentów na temat udzielania pierwszej pomocy i RKO. Różnice między wiedzą studentów poszczególnych uczelni wynikają z programu nauczania, formy przeprowadzonych zajęć, ilości godzin, a także stosowania praktycznych metod kształcących umiejętności. Należałoby zastanowić się nad tymi aspektami w celu uzyskania efektywnego nauczania pierwszej pomocy.

Wnioski

1. Poziom wiedzy studentów w próbie badanej dotyczącej resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest niezadowalający.
2. Studenci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi mają większą wiedzę na temat RKO niż studenci Uniwersytetu Łódzkiego i Politechniki Łódzkiej.
3. Wiedza zbadanych studentów ostatniego roku studiów jest większa od wiedzy studentów pierwszego roku.
4. Różnice między wiedzą studentów pierwszego i ostatniego roku studiów na Politechnice Łódzkiej i Uniwersytecie Łódzkim są niewielkie i prawdopodobnie mają związek z małą ilością lub brakiem prowadzenia zajęć na temat udzielania pierwszej pomocy.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Andres J. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED). Kraków: Polska Rada Resuscytacji; 2010. s. 2–21.
2. Andres J. Wytyczne resuscytacji. 2010. Kraków: Polska Rada Resuscytacji; 2011.
3. Flake F, Runggaldier K. Ratownictwo medyczne. Procedury od A do Z. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013, wyd. 1.
4. Jakubaszko J. ABC resuscytacji zgodne z Wytycznymi ERC 2010. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne; 2012, wyd. 2.
5. Jakubaszko J. Nagłe zagrożenia zdrowotne u dzieci. Postępowanie ratunkowe. Wrocław: MedPharm; 2010, wyd. 1.
6. Taraszkiewicz M. Metody aktywizujące procesy uczenia się w szkole. Internetowy magazyn CODN. 2005;1:1.
7. Wiśniewski J, Majewski WD. Ocena poziomu wiedzy nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych w zachodniopomorskim na temat pierwszej pomocy medycznej. Roczniki Akademii Medycznej w Szczecinie. 2007;52(2):114–123.
8. Grześkowiak M, Bartkowska-Śniatkowska A, Rosada-Kuraszewska J, Puklińska K. Personel medyczny szpitala pediatrycznego nie ma wystarczającej wiedzy dotyczącej prowadzenia bezprzryłkowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Anestezjol Intens Ter. 2009;XLI(3):155–158.
9. Grześkowiak M. Personel medyczny szpitala pediatrycznego nie ma wystarczającej umiejętności prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Anestezjol Intens Ter. 2009;XLI(4):234–237.
10. Frydrysiak K. Ewaluacja sumatywna pomiaru dydaktycznego w aspekcie dwóch różnych metod nauczania resuscytacji, słuchaczy policealnej szkoły RM. Med Intens Rat. 2005;8(2).
11. Podlewski R. Udzielanie pierwszej pomocy w społeczeństwie polskim – raport z badań. W: Konieczny J (red.). Systemy komunikacji. Logistyka i dydaktyka w ratownictwie. Materiały przedstawione podczas sesji naukowej VI Forum Ratownictwa w Inowrocławiu. Inowrocław: 2001. s. 275–297.
12. Strzyżewska K, Mędrzycka-Dąbrowska W, Dąbrowski S, Basiński A. Ocena poziomu wiedzy studentów aglomeracji trójmiejskiej z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Anestezjol Intens Ter. 2012;6:41–52.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Marcin Cierniak
Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Pomorska 251, 92–213 Łódź
tel.: 792 335 325
e-mail: marcin.cierniak@umed.lodz.pl

PORÓD RODZINNY Z PERSPEKTYWY OJCA DZIECKA

THE FAMILY BIRTH FROM THE PERSPECTIVE OF THE FATHER

Agnieszka Berkau¹, Sara Suchowiak¹, Katarzyna Plagens-Rotman²

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, kierunek: położnictwo (licencjat II rok), Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Obecność partnera, a zarazem ojca dziecka przy porodzie staje się powszechna w położnictwie. Jednym z warunków wspólnego rodzenia jest autentyczna więź łącząca oboje małżonków, która w trakcie wspólnego przeżywania ciąży i porodu znacznie się umacnia. Wiąż ta stanowi wielopłaszczyznowy obszar interakcji między żoną a mężem.

Cel. Celem pracy było przedstawienie ojca jako osoby aktywnie uczestniczącej w porodzie rodzinnym.

Materiał i metody. Dla potrzeb badawczych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze to własnej konstrukcji kwestionariusz ankiety zbudowany z 25 pytań. Badaniami objęto grupę 101 ojców, którzy brali udział w porodzie rodzinnym w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym UM w Poznaniu w grudniu 2015 roku oraz styczniu 2016 roku.

Wyniki. Ponad połowa par – 54% swoją decyzję o obecności partnera przy porodzie podjęła przed ciążą, 42% – w trakcie trwania ciąży, natomiast zaledwie 4% – w oddziale porodowym.

Wnioski. Wspólny poród wpływa pozytywnie na więzi partnerskie, jeśli decyzja o uczestnictwie partnera została podjęta wspólnie.

Słowa kluczowe: poród rodzinny, ojciec, partner przy porodzie.

ABSTRACT

Introduction. The presence of a partner – a father during the labour is becoming more and more common in obstetrics. One of the condition of partner-assistant birth is the real bond between spouses which can strengthen during such birth. That bond constitutes the multidimensional field in which a wife and a husband interact.

Aim. the aim of the paper is to present a father as a person who is actively engaged in family birth.

Material and methods. to conduct the study a diagnostic survey was used. It was a self-made survey consisting of 25 questions. In the research there was a group of 101 fathers who participated in partner-assistant birth in the Obstetrics and Gynaecology Hospital of AMU in Poznań. The study was conducted from December 2015 to January 2016.

Results. more than a half of couples (54%) took the decision of family birth before pregnancy. 42% of them decided on that during pregnancy and only 4% in a maternity unit.

Conclusions. family birth has a positive influence on the bond between partners when the decision about it was jointly taken.

Keywords: family birth, father, partner at the birth.

Wstęp

Poród rodzinny to we współczesnym świecie codzienność i nikogo już nie dziwi obecność mężczyzny w sali porodowej. Wiadomym jest, że to kobieta stoi w centrum tego wydarzenia i jej potrzeby są najważniejsze, ale należy zaznaczyć szczególną rolę partnera, zaangażowanego w sprawy nie tylko związane z ciążą, ale również z porodem z perspektywy partnera – ojca. Co on przeżywa? Co robi? Czy odczuwa lęk? Czy jego obecność ma wpływ na więzi w związku? Jak zmieniła się jego rola w ostatnich dziesięcioleciach? Celem pracy było przedstawienie ojca jako osoby aktywnie uczestniczącej w porodzie rodzinnym.

Problemy badawcze

1. Jak wygląda profil współczesnego ojca?

2. Czy przygotowanie do porodu ma wpływ na zmniejszenie lęku przed porodem?
3. Czy poród rodzinny wpływa pozytywnie na więzi partnerskie?
4. Czy ojcowie czują się bezradni w sali porodowej?
5. Czy ojcowie wiedzą, co należy do ich zadań podczas porodu?
6. Czy przygotowanie do porodu ma wpływ na to, że wyobrażenia ojców dotyczące przebiegu porodu są bardziej realistyczne?

Hipotezy

1. Współczesny ojciec to mąż w wieku powyżej 30. roku życia.
2. Ojcowie, którzy przygotowywali się do porodu rodzinnego, odczuwali mniejszy lęk przed porodem niż ci, którzy podeszli do tego zadania instynktownie.

3. Wspólny poród wpływa pozytywnie na więzi partnerskie, jeśli decyzja o uczestnictwie partnera została podjęta wspólnie.
4. Partnerzy czują się potrzebni w sali porodowej i mają konkretne zadania.
5. Ojcowie, którzy przygotowywali się do porodu rodzinnego, mieli bardziej realistyczne wyobrażenia dotyczące przebiegu porodu.

Materiał i metody

Materiał badawczy opiera się na analizie badań ankietowych uzyskanych od ojców, którzy brali udział w porodzie rodzinnym.

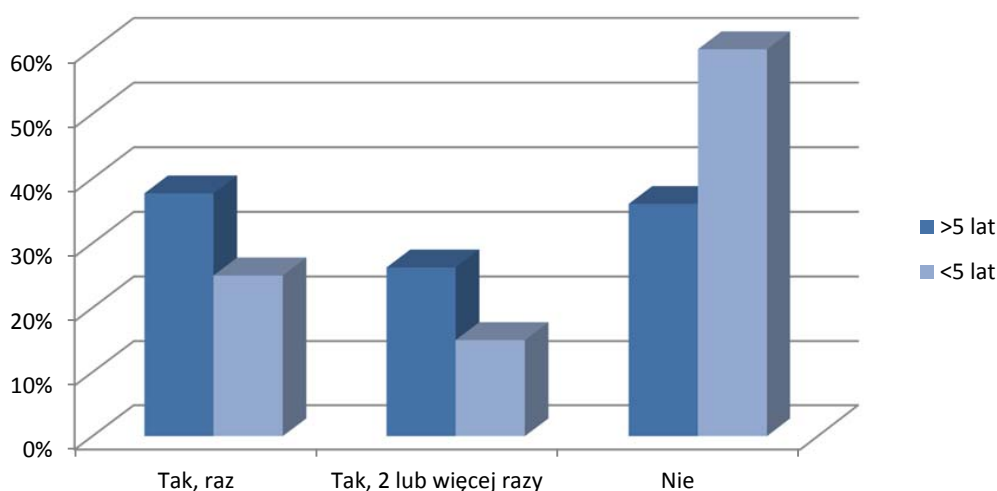
Narzędzie badawcze to własnej konstrukcji kwestionariusz ankiety zbudowany z 25 pytań, który został wypełniony do 3. doby od narodzenia dziecka w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym UM w Poznaniu w grudniu 2015 roku oraz styczniu 2016 roku.

Badaniem objęto grupę 101 ojców, z czego 34 ojców było w wieku do 30. roku życia, a 69 respondentów miało powyżej 30 lat.

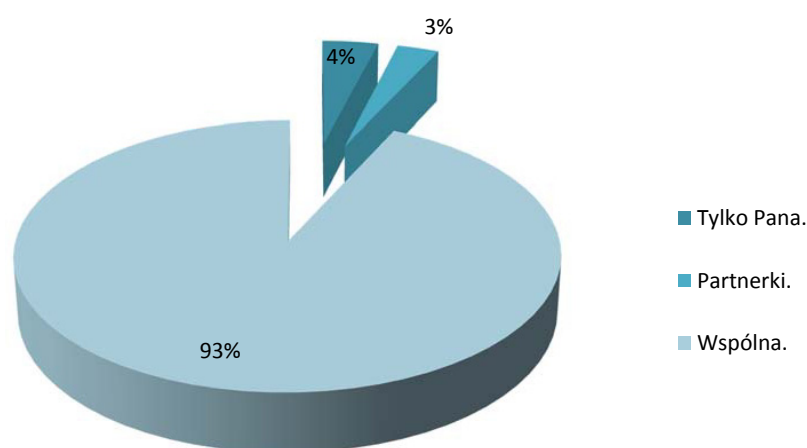
Wyniki

Średnia wieku mężczyzn wyniosła 32 lata. Najstarszy respondent miał 49 lat, najmłodszy zaś – 24 lata. W związku małżeńskim żyje 87% ojców, natomiast 13% – w związku nieformalnym. Respondentów podzielono na dwie grupy względem stażu związku: 40% to związki trwające mniej niż 5 lat, pozostałe 60% to związki powyżej 5 lat. Dla 45% mężczyzn był to pierwszy poród, w którym uczestniczyli (Rycina 1).

Swoją decyzję o obecności partnera przy porodzie pary w większości (54%) podjęły przed ciążą, 42% – w trakcie trwania ciąży, natomiast zaledwie 4% – w szpitalu na oddziale porodowym. Obecność przy porodzie była decyzją wspólną w większości przypadków – takiej odpowiedzi



Rycina 1. Obecność partnera przy porodzie w zależności od stażu małżeńskiego



Rycina 2. Obecność partnera przy porodzie w zależności od osoby podejmującej decyzję

udzieliło 93% ankietowanych mężczyzn. Dane procentowe umieszczono na **rycynie 2**. Warto dodać, że aż w 98% obecność partnera była pożądana przez partnerkę.

Prawie połowa mężczyzn z grupy ze stażem związku powyżej 5 lat nie przygotowywała się specjalnie do tego zadania, gdyż stwierdziła, że instynktownie będzie wiedziała, co robić. Mężczyźni z grupy poniżej 5 lat trwania związku w większym stopniu uczęszczali do szkoły rodzenia oraz przygotowywali się w inny sposób (**Rycina 3**).

Gdy respondenci mieli określić poziom swojego lęku przed porodem w skali od 1 do 10 (gdzie 1 oznacza łagodny lęk, a 10 – ogromny lęk), 33,66% z nich deklarowało, że nie odczuwają silnego lęku. Natomiast 3% przyznało, że ogromnie obawia się porodu.

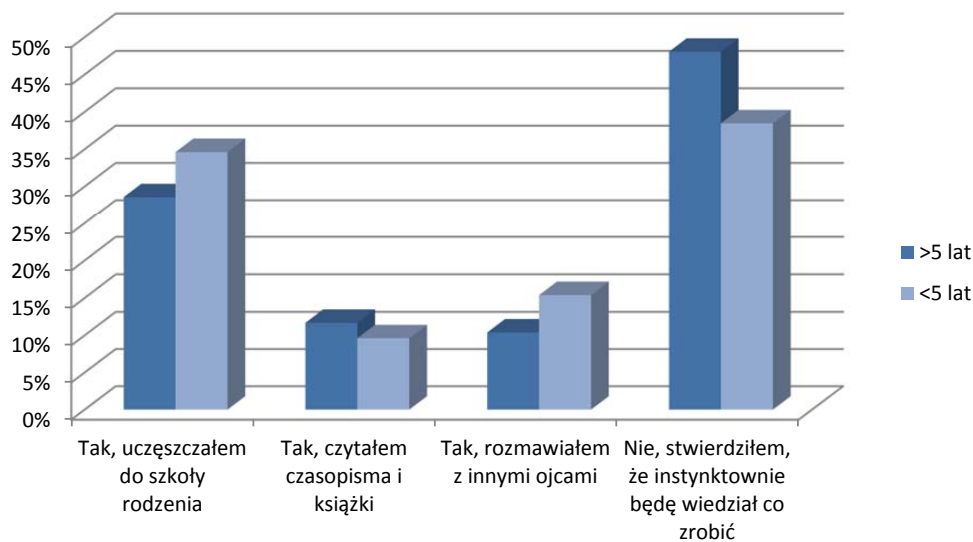
Jednym z problemów badawczych było określenie, w jakim stopniu przeżyty poród pokrywał się z wcześniejszymi wyobrażeniami o nim. W grupie ojców, którzy stwierdzili, że poród pokrywał się całkowicie z wyobrażeniami o nim, przeważali mężczyźni, którzy uczęszczali

do szkoły rodzenia, natomiast w grupie respondentów, którzy odparli, że poród w ogóle nie pokrywał się z wcześniejszymi oczekiwaniami, przeważali mężczyźni bez specjalnego przygotowania do porodu (wyszli oni z założenia, że instynktownie będą wiedzieli, co robić). Większość respondentów oceniła swoją postawę podczas porodu na „książkową”. Dane przedstawiono na **rycynie 4**.

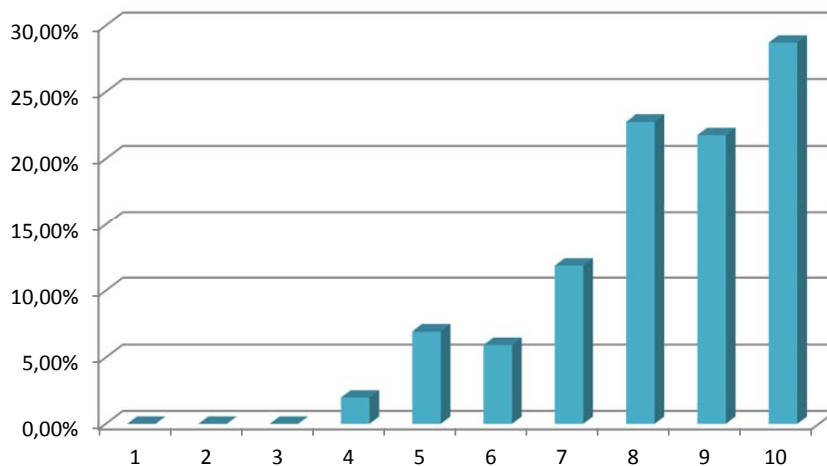
Ojcowie, wypełniając ankiety, mieli określić role, które wypełniali podczas porodu. Przeważająca większość z nich poczuwała się do roli towarzysza i obserwatora (54% oraz 23%), natomiast niewielu mężczyzn scharakteryzowało siebie jako instruktora i trenera (10% oraz 8%).

Następne pytanie, na które odpowiadali respondenci, dotyczyło tego, co symbolizuje dla nich poród (**Rycina 5**).

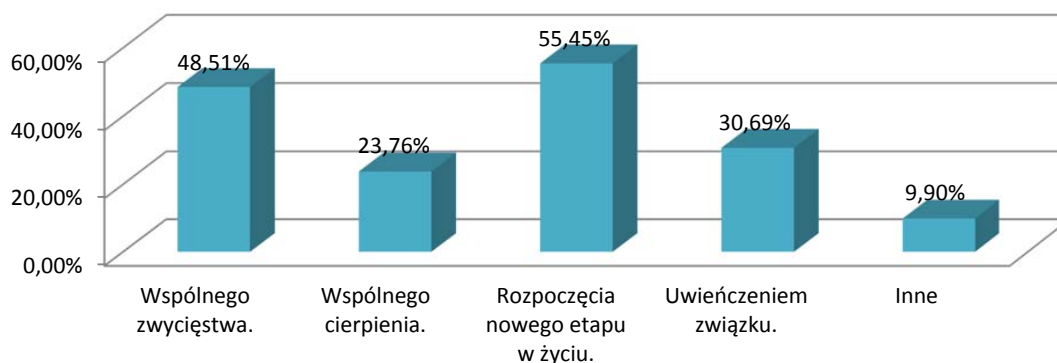
Większość (90%) ankietowanych ojców nie czuła się słabo podczas akcji porodowej, natomiast 10% stwierdziło, że ze względu na to, iż nie są przyzwyczajeni do takich widoków, w lekkim stopniu odczuwało pewien dyskomfort, żaden z nich nie wybrał odpowiedzi jednoznacznie



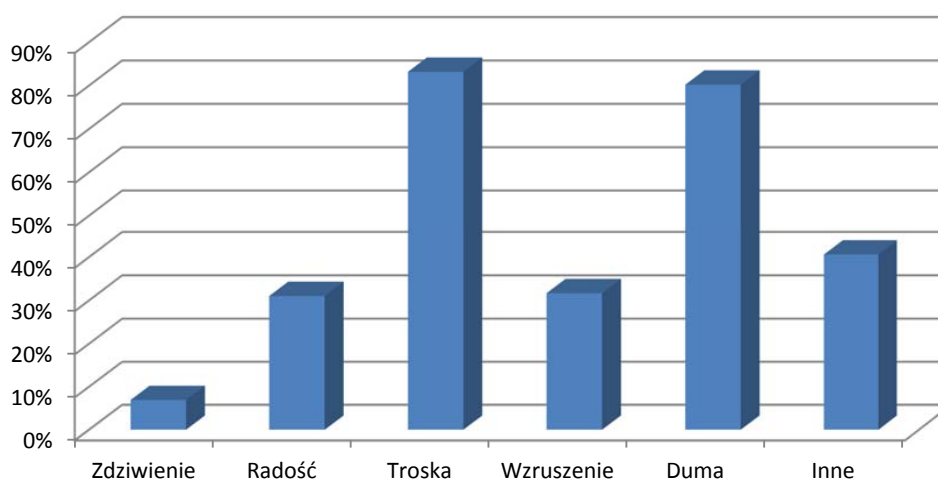
Rycina 3. Przygotowanie partnera do porodu w zależności od stażu małżeńskiego



Rycina 4. Deklarowana postawa ojca w przygotowaniu do porodu



Rycina 5. Symbol wspólnego porodu z perspektywy ojca



Rycina 6. Odczucia ojców podczas pierwszego kontaktu z dzieckiem

Tabela 1. Pogłębienie więzi partnerskich z perspektywy ojca dziecka

Czy Pańska obecność wpłynęła na pogłębienie więzi partnerskich?	N	%
Zdecydowanie tak	55	54,46%
Raczej tak	41	40,59%
Raczej nie	5	4,95%
Zdecydowanie nie	0	0,00%
Razem	101	100,00%

stwierdzającej złe samopoczucie podczas porodu. W sali porodowej panowie czuli się swobodnie.

Głównymi uczuciami, które pojawiły się podczas pierwszego kontaktu z dzieckiem, były radość i wzruszenie, następnie duma i troska, a już bynajmniej nie zdziwienie (Rycina 6).

Aż 49% ankietowanych mężczyzn czuło się bezradnymi z powodu niemożności zmniejszenia bólu ukochanej osoby.

Na pytanie o wpływ obecności przy porodzie na pogłębienie więzi partnerskich panowie udzielili odpowiedzi, które przedstawiono w tabeli 1.

Dla większości respondentów akcja porodowa była czynnikiem, dzięki któremu spojrzeli na swoją partnerkę z innej perspektywy – przeważnie matka dziecka stała się

dla nich bohaterką, jedynie 14% oświadczyło, że jej postępowanie się nie zmieniło.

Kolejnym poruszonym tematem w naszej ankiecie była niechęć seksualna do partnerki po porodzie, do której przyznało się jedynie 5% mężczyzn.

Można by zadać pytanie, czy mężczyzna tak naprawdę jest potrzebny w sali porodowej. Nasze badania wykazały, że obecność partnera przy porodzie zmniejsza poczucie osamotnienia, stresu i strachu u rodzącej w 95% przypadków. Panowie udzielali pomocy psychicznej poprzez trzymanie za rękę (82%), dodawanie otuchy swoją obecnością (89%) oraz nieustanne mówienie do partnerki (55%).

Podczas porodu mężczyźni chętnie podają napoje (94%), wspierają psychicznie (89%), kontrolują sposób

oddychania (60%), pomagają w przyjęciu dogodnej pozycji (61%), masują w okolicy krzyżowo-lędźwiowej (28%). Panowie sami dodali inne propozycje (6%), takie jak: rozmieszanie, pilnowanie, by kobieta miała zamknięte oczy, odtwarzanie muzyki oraz kontrolowanie przebiegu porodu – dbanie o bezpieczeństwo.

Na pytanie standardowo zadawane każdemu świeżo upieczonemu ojcu – „Czy przeciął Pan pępowinę?” – zdecydowana większość, bo aż 81%, udzieliła twierdzącej odpowiedzi.

Zaledwie 2% ankietowanych zdecydowanie żałuje swojej decyzji o obecności przy porodzie i gdyby istniała taka możliwość, zmieniliby oni swoją decyzję, 5% nie umie określić swojego stanowiska, a 93% wyraża zadowolenie z faktu uczestnictwa przy porodzie.

Słowa wdzięczności usłyszało 89% panów.

Dyskusja

Pierwsze wzmianki na temat porodu rodzinnego pochodzą z 1963 roku [1]. Wówczas to Shainess [1] stwierdził, że mąż jest idealną osobą do tego, by towarzyszyć kobiecie i zapewnić wsparcie jako osoba najbliższa. Goodman [1] twierdził, że będzie on nieocenionym wsparciem psychologicznym, nawet jeśli jego rola ograniczałaby się tylko do „bycia”. Wówczas do jego zadań należało wsparcie psychiczne, trzymanie za rękę, dotyk i słowa otuchy. W latach 70. ubiegłego wieku nastąpiła zmiana spojrzenia naukowców na uczestnictwo mężczyzny w porodzie. Uznano, że metody aktywne są dużo bardziej efektywne, bardziej pomagają kobiecie poradzić sobie z nową sytuacją i bólem. Również Steward [1] w 1982 roku propagował idee aktywnego przygotowania do porodu, jak chodzenie do szkoły rodzenia, po to by partner stał się trenerem, instruktorem, mógł udzielić konkretnej pomocy poprzez zrobienie masażu czy dobranie przez rodzącą dogodnej pozycji, a nie tylko odpowiadał za wsparcie psychiczne. Rola współczesnego ojca w opiece nad noworodkiem i jego matką staje się coraz bardziej znacząca, co może być spowodowane wzrastającą aktywnością zawodową kobiet oraz odchodzeniem od patriarchalnego modelu rodziny. Dowodem na to jest wprowadzenie w 2010 roku prawa mężczyzny do urlopu ojcowskiego w wymiarze 7 dni, a od 2012 roku w wymiarze 14 dni, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia.

Doroszewska [2] kładzie nacisk na zmiany, jakie zaszły w funkcjonowaniu mężczyzn w ostatnich dekadach oraz zauważa, że warto również przyjrzeć się sytuacji, w jakiej został postawiony; podkreśla również rolę położnej w udzieleniu wsparcia i rady młodemu ojcu.

Fijałkowski uważa, że jednym z warunków wspólnego rodzenia jest autentyczna więź łącząca oboje małżonków,

która w trakcie wspólnego przeżywania ciąży i porodu znacznie się umacnia. Więź ta stanowi wielopłaszczyznowy obszar interakcji między żoną a mężem.

Dmoch-Gejzewska i wsp. [3] twierdzą, iż poród rodzinny niewątpliwie wzmacnia więzi partnerskie, wtedy gdy były one silne też przed ciążą. Dodają również, że „Uczestnictwo mężczyzny w porodzie powinno być wyrazem jego świadomego i przemyślanego pragnienia, nie zaś ciekawości czy jedynie wymuszonego »ustępstwa« na rzecz kobiety”. Potwierdzają to również prezentowane badania, w których przeważająca większość par (69%) podejmowała decyzję wspólnego porodu rodzinnego. Podobne zależności uzyskały również Ulman-Włodarz i wsp. [4]. Wiadome jest to, że poród rodzinny nie jest optymalnym rozwiązaniem dla wszystkich par. Dmoch-Gejzewska [3] ostrzega, że może on prowadzić do zaniku pożądania, atrakcyjności seksualnej partnerki, a w konsekwencji – do rozpadu związku. Jednak tego faktu badania własne nie potwierdziły.

Z badań Poręby i wsp. [5] wynika, iż aż 90% ankietowanych przygotowywało się do porodu rodzinnego. Jako formę przygotowania wybierano: wspólne uczestnictwo w szkole rodzenia – 35%, uczestnictwo jednego z partnerów w szkole rodzenia – 5%, samodzielne zdobywanie wiedzy poprzez prasę, telewizję, książki – 50%. Natomiast tylko 10% uznało, że nie potrzebuje specjalnego przygotowania do tego wydarzenia. Podobnie jak w naszych badaniach aż 95% mężczyzn uznało, że podjęliby oni taką samą decyzję co do uczestnictwa przy porodzie w razie kolejnej ciąży partnerki. Analizie poddane zostały również wrażenia wywarłe na partnerze podczas porodu – 80% ankietowanych uznało poród za niezapomniane przeżycie, 60% – za nowe doświadczenie, a u 35% poród wywołał większy szacunek dla kobiet. W naszych badaniach na pytanie o to, czy postrzeganie partnerki uległo zmianie, najczęściej udzielaną odpowiedzią była „tak – stała się dla mnie bohaterką” – 67,33%.

Poręba [5] pisze: „Uczestnictwo ojca w porodzie przejawia się w jego działaniu. Zakres działania może być różnorodny, zależny od prezentowanej postawy wobec wspólnego porodu”. W literaturze [5, 6] wyróżnia się dwie skrajnie odmienne postawy ojców w czasie porodu: bierną (obserwatora, świadka, towarzysza) – 14,4%, i aktywną (trenera, instruktora) – 85,6%. W naszych badaniach ojcowie dziecka pozostający w związku do 5 lat oraz powyżej 5 lat deklarowali postawę partnera – odpowiednio 54% oraz 53%. Badania Poręby i wsp. [5] przeprowadzone w Katedrze i Oddziale Klinicznym Ginekologii i Położnictwa w Tychach Śląskiej Akademii Medycznej wykazują, że 36,8% ankietowanych decyzję o wspólnym porodzie pod-

jęto w pierwszych tygodniach ciąży lub jeszcze przed ciążą – 32,4%, pod koniec ciąży – 19,6%, a w szpitalu – 11,2%. Badanie to wykazuje również, że na zajęcia do szkoły rodzenia uczęszczało tylko 23,6% respondentów. Brak przygotowania do porodu rodzinnego potwierdziło 54,4% ojców. W tych badaniach 83,2% stanowiły pary ze stażem związku poniżej 5 lat. Krótszy staż może prawdopodobnie świadczyć o większym zaangażowaniu uczuciowym małżonków oczekujących pierwszego dziecka. Natomiast wysoki odsetek osób, które uczestniczą w porodzie rodzinnym bez przygotowania, wskazuje na dalszą potrzebę propagowania idei szkół rodzenia jako optymalnej formy przygotowania.

Badania Rykowskiej-Pierzchały i wsp. [7] również skupiły się wokół obecności ojca przy porodzie.

W ciągu ostatnich 15 lat nastąpiły znaczące zmiany w położnictwie [7–9]. W badaniach Rykowskiej-Pierzchały i wsp. [7] grupę badaną stanowiło 110 ojców. Pomiędzy 26. a 30. rokiem było 57,3% respondentów. Ojcowie wyrażali zadowolenie z uczestnictwa w porodzie ze względu na to, że zapewniali bezpieczeństwo i opiekę partnerce – 37%, w mniejszym stopniu swoją decyzję motywowali tym, że będą mogli mieć szybszy kontakt z dzieckiem – 14%, czy fakt, iż będą mogli przeciąć pępowinę – 8%. Aż 95% ankietowanych czuło się potrzebnymi w trakcie porodu i wspomina to wydarzenie w sposób pozytywny. W badaniach tych nie wykazano kluczowej roli szkoły rodzenia w budowaniu poczucia przygotowania do uczestnictwa w porodzie ani poczucia satysfakcji po jego zakończeniu. Badania własne wykazały, że sytuacja ta się zmienia – społeczeństwo dojrzewa do edukacji okołoporodowej. Ciekawy jest jeszcze wniosek wynikający z badań Rykowskiej-Pierzchały i wsp. [7] – wykazano, że główną motywacją do uczestnictwa w porodzie była prośba partnerki, a w dalszej kolejności wewnętrzna potrzeba samego ojca, co w ciągu ostatnich lat zmieniło się znacznie.

Wnioski

1. Współczesny ojciec to mąż w wieku ponad 30 lat.
2. Ojcowie, którzy przygotowywali się do porodu rodzinnego, odczuwali mniejszy lęk przed porodem niż ci, którzy podeszli do tego zadania instynktownie.
3. Wspólny poród wpływa pozytywnie na więzi partnerskie, jeśli decyzja o uczestnictwie partnera została podjęta wspólnie.
4. Partnerzy czują się potrzebni w sali porodowej i mają konkretne zadania.

5. Ojcowie, którzy przygotowywali się do porodu rodzinnego, mieli bardziej realistyczne wyobrażenia dotyczące przebiegu porodu.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Chapman LL. Expectant father's roles during labour and birth. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*. 1992;2:114–120.
2. Doroszewska A. Rola współczesnego ojca w opiece nad noworodkiem i jego matką. *Położna Nauka i Praktyka*. 2012;1:30–34.
3. Dmoch-Gajzerska E, Więś M. Znaczenie seksualne partnera w porodzie fizjologicznym. *Położna Nauka i Praktyka*. 2011;3:54–56.
4. Ulman-Włodarz I, Poręba A, Kwiatkowska E, Szafarczyk A. Poród z udziałem ojca – wpływ na kształtowanie więzi w rodzinie. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*. 2007;3:52–56.
5. Poręba R, Sioma-Markowska U. Analiza postaw ojców w porodzie rodzinnym w materiale Katedry i Oddziału Klinicznego Ginekologii i Położnictwa w Tychach w Śląskiej Akademii Medycznej. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2008;2:141–148.
6. Awiatkowska-Freund M, Kawiak D, Preis K. Pozytywne aspekty obecności ojca przy porodzie. *Ginekologia Polska*. 2007;78:476–478.
7. Rykowska-Pierzchała A, Smoleń A, Wisłowska-Stawarczyk M, Wójtowicz M, Jakiel G. Poród rodzinny postrzegany z perspektywy ojca. *Ginekologia Polska*. 2001;72:12.
8. Kaźmierczak W, Fiegler P, Węgrzyn P, Cholewa D. Rola porodu rodzinnego we współczesnym położnictwie. *Wiadomości Lekarskie*. 2006;59:5–6.
9. Berkau A. Wpływ wsparcia i obecności partnera na samopoczucie rodzącej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2015;2:70–75.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Berkau
ul. Żniniewiczów 33, 60-475 Poznań
tel.: 694 974 547
e-mail: a.berkau@op.pl

Sara Suchowiak
ul. Podleśna 1, 61-160 Wiórek
tel.: 695 890 173
e-mail: sara.suchowiak@o2.pl

ZNACZENIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W OPINII CZYNNEGO ZAWODOWO PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO

THE IMPORTANCE OF LIFELONG LEARNING IN THE OPINION OF PRACTISING NURSES

Katarzyna Matczak, Karolina Szczeszek, Anna Maria Stanek, Maciej Wilczak

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

STRESZCZENIE

Wstęp. W dzisiejszym świecie postęp medycyny i technologii jest tak szybki i dynamiczny, że nie sposób sobie wyobrazić jakiegokolwiek zawodu medycznego, który nie wymagałby ustawicznej edukacji.

Cel. Celem pracy było przedstawienie wartości kształcenia ustawicznego i jego znaczenia w środowisku pielęgniarskim.

Materiał i metody. Badania ankietowe zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia do maja 2014 r. w dwóch szpitalach (Poznań, Ostrów Wlkp.) na grupie 91 czynnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy.

Wyniki. Respondenci najchętniej biorą udział w kursach doksztalających i specjalistycznych, a także w szkoleniach wewnątrzszkolowych oraz samo-kształceniu. Korzyści wynikające z doszkalania to najczęściej większa autonomia na stanowisku pracy. Motywy, jakimi kierują się ankietowani w podjęciu decyzji o uczestnictwie w edukacji permanentnej, to osobiste przekonanie o konieczności aktualizacji wiedzy i konieczność poszerzania wiedzy spowodowana rozwojem nauk. Czynnikiem zniechęcającym jest natomiast brak własnych środków finansowych, dofinansowania.

Wnioski. Respondenci chętnie biorą udział w kształceniu ustawicznym i wykorzystują zdobytą wiedzę w pracy zawodowej. Jednocześnie istnieje kilka czynników, które zniechęcają do udziału w edukacji.

Słowa kluczowe: kształcenie ustawiczne, kształcenie podyplomowe, pielęgniarki.

ABSTRACT

Introduction. In today's world, the progress of medicine and technology is so rapid and dynamic, that it is impossible to imagine any medical profession, which does not require continuous education.

Aim. Present the value of continuous education and its meaning in the nursing environment.

Material and methods. A survey was carried out between April and May in two hospitals (Poznań, Ostrów Wlkp.) on a group of 91 practising nurses.

Results. The respondents most eagerly attend training and specialized courses, in-company trainings and self-education. Typical benefits of continued education usually include greater autonomy at the workplace. The respondents' motives for deciding to participate in continuous education include their personal conviction about the necessity to update and expand their knowledge to keep pace with the development of science. On the other hand, a disincentive is the lack of funds.

Conclusion. The respondents eagerly participate in continuous education and use acquired knowledge in their professional work. At the same time, there are several factors that discourage participation in such education.

Keywords: continuous education, postgraduate education, nurses.

24

Wstęp

Szybki rozwój nauki oraz rozwój technologii informatycznej w dużej mierze wpływają na konieczność doksztalania się i doskonalenia w wielu zawodach, w tym w zawodzie pielęgniarki. W zawodach medycznych istotnym czynnikiem wpływającym na konieczność kształcenia ustawicznego jest dbałość o jakość usług medycznych, zawsze powiązana z troską o zdrowie, a czasem i życie pacjenta. Zawód pielęgniarki jest zawodem zaufania publicznego, co zobowiązuje pielęgniarki do posiadania wiedzy i umiejętności, a także reprezentowania postawy, która wspiera wykonywanie przez nie obowiązków zawodowych w każdych okolicznościach: w szpitalu, domu chorego, szkołach, poradniach, klinikach itp. W pracy z pacjentami personel medyczny powinien charakteryzować się wysokim poziomem profesjonalizmu, szacunku, opieki medycznej, wie-

dzy. Dobrze wykwalifikowana pielęgniarka powinna znać najnowsze sposoby leczenia, pielęgnacji, diagnostyki czy rehabilitacji. Dlatego tak ważne w zawodzie pielęgniarki są z jednej strony poziom wykształcenia, potwierdzony ukończeniem odpowiedniego poziomu studiów, a z drugiej strony także edukacja ustawiczna, kształcenie ustawiczne, które uzupełnia wiedzę i umiejętności czynnej zawodowo pielęgniarki.

Pojęcie kształcenia ustawicznego jest rozumiane wielorako, czasem używane zamiennie z takimi terminami jak edukacja całożyciowa, kształcenie permanentne. Sosnowski [1] rozumie kształcenie ustawiczne jako „kształcenie poszkolne, trwające od ukończenia szkoły aż do końca aktywności zawodowej”. Inaczej interpretuje to pojęcie Aleksander [2], zauważając, że „kształcenie ustawiczne jest równocześnie ideą, procesem i zasadą. Jest ideą wy-

magającą realizacji przez całe życie w sposób ustawiczny, bez przerw”.

Dla potrzeb tej pracy za najważniejszą w kontekście przeprowadzonych badań uznano definicję Symeli [3], gdzie kształcenie ustawiczne jest charakteryzowane jako proces ciągłego doskonalenia zasobu wykształcenia i kwalifikacji oraz ciągłej adaptacji intelektualnej, psychicznej i profesjonalnej do przyspieszonego rytmu zmienności, który jest znamiem współczesnej cywilizacji.

Cel

Celem artykułu jest przedstawienie opinii czynnego zawodowo personelu pielęgniarskiego na temat kształcenia ustawicznego.

Najważniejsze problemy badacze zarysowane w badaniach to: Jakie postawy wobec kształcenia ustawicznego prezentują pielęgniarki/pielęgniarze? Na ile czynny zawodowo personel pielęgniarski zainteresowany jest kształceniem ustawicznym? W jaki sposób kształcenie ustawiczne wpływa na wykonywanie przez niego pracy? Jakie czynniki motywują pielęgniarki do podjęcia kształcenia ustawicznego, a jakie demotywują? W jakich formach kształcenia ustawicznego pielęgniarki/pielęgniarze najchętniej biorą udział? Czy wiedza i umiejętności zdobyte w trakcie kształcenia ustawicznego są wykorzystywane w praktyce pielęgniarskiej?

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia do maja 2014 r. W badaniach wzięła udział 53-osobowa grupa czynnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy ze Specjalistycznego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej oraz 38-osobowa grupa czynnego zawodowo personelu pielęgniarskiego z Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim. Populacja została do badań dobrana celowo. Wśród 91 ankietowanych osób znalazły się 83 kobiety oraz było 8 mężczyzn. Metodą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny, do celów badań skonstruowany został kwestionariusz ankiety. Badania właściwe zostały poprzedzone badaniami pilotażowymi.

Spośród 91 badanych największą grupę stanowiły osoby w wieku 20–29 lat – 30 ankietowanych. Niewiele mniejszą grupę (26 osób) stanowiły osoby w wieku 40–49 lat, natomiast badanych w wieku powyżej 50 lat było 20. Najmniejszą grupę (15 osób) stanowiły osoby w wieku 30–39 lat.

Osoby z wykształceniem licencjackim stanowiły 31%, natomiast odsetek respondentów z wykształceniem wyż-

szym wynosił 32%. Jak wynika z deklaracji badanych, najczęściej z nich (37%) miało wykształcenie średnie.

Analiza wyników badań

Co ciekawe – jeśli chodzi o poziom wykształcenia w odniesieniu do wieku, to w obu grupach można zauważyć, że osoby młodsze częściej niż ankietowani z długim stażem pracy legitymowały się wyższym wykształceniem (ukończone studia I lub II stopnia). W Poznaniu aż 71% osób w wieku do 29 lat miało tytuł licencjata, w grupie wiekowej 30–39 lat najczęściej deklarowane było wykształcenie wyższe – 60%. Osoby w wieku 40–49 i w wieku powyżej 50 lat najczęściej miały wykształcenie średnie. Wśród respondentów z Ostrowa żadna z osób w wieku 20–29 lat nie zadeklarowała wykształcenia średniego, zaś 56% ankietowanych z tej grupy wiekowej miało tytuł licencjata, a 44% – wykształcenie wyższe. Wśród osób w wieku 30–39 lat 60% miało wyższe wykształcenie. Badani w wieku 40–49 lat najczęściej wykazywali wykształcenie średnie – 67%, podobnie jak osoby w wieku powyżej 50 lat – 90%.

Dane wskazują, że personel pielęgniarski z ostrowskiego szpitala częściej brał udział w kształceniu podyplomowym niż ten z Poznania. W obu szpitalach największym zainteresowaniem cieszyły się kursy doksztalające – Poznań 47%, Ostrów 76%, a także kursy specjalistyczne – Poznań 45%, Ostrów 61%. Ankietowani uznali te formy doksztalania za atrakcyjne, głównie z uwagi na krótki czas realizacji i konkretną, zawężoną tematykę. Najmniej popularne były kursy specjalizacyjne – Poznań 17%, Ostrów 21%. Na ich rzadszy wybór – zdaniem respondentów – wpływa to, że są to kursy długookresowe i drogie, a także rzadko finansowane przez pracodawców.

W obu miastach respondenci najczęściej brali udział w szkoleniach wewnątrzzakładowych – w Poznaniu 79%, w Ostrowie 76% ankietowanych. Badani jako formę doskonalenia i doksztalania wskazywali także samokształcenie – Poznań 72%, Ostrów 68% – forma ta pozwala na dużą dowolność w wyborze czasu i miejsca nauki, a także tematyki. Ponadto samokształcenie nie jest zbyt obciążającą finansowo formą nauki.

Zauważono większy udział badanych z Poznania niż z Ostrowa w konferencjach i seminariach, co może być podyktowane większymi możliwościami udziału w tego typu spotkaniach ze względu na wielkość aglomeracji miejskiej, większą liczbę instytucji kierujących oferty edukacyjne do pielęgniarek. Niewiele osób brało udział w studiach podyplomowych – Poznań 11%, Ostrów 16%. Ponadto aż 11% ankietowanych (6 osób) z Poznania przyznało, że nie brało udziału w edukacji ustawicznej, wśród respondentów z Ostrowa takiej odpowiedzi udzieliło 5% badanych (2 osoby).

W obu miastach ankietowani z wykształceniem licencjackim (Poznań 78%, Ostrów 80%) i wyższym (Poznań 76% – 13 osób, Ostrów 92% – 11 osób) chętniej biorą udział w edukacji ustawicznej niż osoby z wykształceniem średnim (Poznań 67%, Ostrów 63%). Respondenci deklaruowali chęć udziału w kształceniu, ponieważ widzą potrzebę poszerzania, aktualizacji wiedzy i zdobywania kwalifikacji. Badani są przekonani, że daje im to większą pewność, wprawę, kompetencje w wykonywaniu obowiązków zawodowych.

Ankietowani odpowiadali też na pytanie, czy kształcenie ustawiczne w jakikolwiek sposób wpływa na wykonywaną przez nich pracę. Z analizy danych wynika, że zdaniem respondentów wiedza i umiejętności zdobyte wskutek edukacji ustawicznej czynią wykonywaną przez nich pracę bardziej: efektywną, rzetelną, skuteczną i szybszą. Jednak należy zauważyć, że 8% respondentów z Poznania (4 osoby) i 8% z Ostrowa Wielkopolskiego (3 osoby) stwierdziło, że kształcenie ustawiczne nic nie wniosło do ich pracy zawodowej i była ona taka sama jak przed podjęciem edukacji. Co ciekawe, badani z Poznania ze stażem pracy do 5 lat na pytanie o korzyści wynikające z kształcenia ustawicznego najczęściej odpowiadali, że edukacja ustawiczna w niczym im nie pomogła; 30% z nich uznało, że dzięki edukacji ustawicznej utrzymali pracę. Badani ze stażem pracy 6–10 lat najczęściej zauważali, że edukacja ustawiczna pomogła im w uzyskaniu większej autonomii na stanowisku pracy – 75% odpowiedzi, i w utrzymaniu pracy – również 75%. W grupie osób ze stażem pracy 11–15 lat aż 50% badanych było zdania, że dzięki uczestnictwu w kształceniu zyskali wyższe wynagrodzenie, natomiast 67% respondentów ze stażem pracy od 16 do 20 lat uważało, że dzięki nauce zyskali większą autonomię na stanowisku pracy. Osoby pracujące ponad 20 lat najczęściej odpowiadały, że edukacja ustawiczna niczego im nie dała – 42%. Wśród respondentów z Ostrowa 45% ze stażem pracy do 5 lat, 60% ze stażem pracy 11–15 lat oraz 43% ze stażem pracy 20 i więcej lat stwierdziło, że kształcenie ustawiczne pomogło im w uzyskaniu większej autonomii na stanowisku pracy.

W Poznaniu 89% badanych z wykształceniem średnim, 78% z wykształceniem licencjackim i 82% z wykształceniem wyższym wyraziło opinię, że bierze udział w kształceniu, aby zaktualizować i uzupełnić wiedzę i umiejętności. Jeżeli chodzi o badanych z Ostrowa, to 88% ankietowanych z wykształceniem średnim, 90% z licencjackim i 92% z wykształceniem wyższym potwierdziło, że dokształca się, by zaktualizować wiedzę i umiejętności. Co ciekawe, 24% respondentów z Poznania z wykształceniem wyższym stwierdziło, że podejmują naukę, ponieważ wiedza

zdobyta podczas obowiązkowego nauczania szkolnego była niewystarczająca.

Osoby, które przyznały, że niechętnie się dokształcają, uzasadniały to najczęściej brakiem: czasu, chęci, motywacji oraz nudnymi wykładami, brakiem własnych środków finansowych i zysków finansowych. W Poznaniu aż 40% (21 osób) respondentów zadeklarowało, że nie brało udziału w kształceniu podyplomowym, w Ostrowie natomiast 29% (11 osób). Tak duża absencja w udziale w edukacji jest spowodowana najprawdopodobniej brakiem wiedzy na temat rodzajów kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa i nawet jeżeli ankietowani brali udział w takich kursach, często nie chcieli przyznać, że nie wiedzą, jaki był to rodzaj kursu i zaznaczali odpowiedź „nie brałam(em) udziału”.

Dyskusja

Kształcenie ustawiczne wśród pielęgniarek cieszy się dużym zainteresowaniem od wielu lat. Poniekąd na to zainteresowanie wpływa postęp medycyny, a także konieczność posiadania odpowiedniego poziomu wykształcenia. W raporcie *The Future of Nursing* zauważono, że „pielęgniarki powinny osiągnąć wyższy poziom kształcenia i szkolenia poprzez lepszy system edukacyjny, który promuje stały postęp w nauce” [4]. Do podnoszenia poziomu wykształcenia przez pielęgniarki przyczyniła się polityka edukacyjna Unii Europejskiej zmierzająca do utworzenia Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego, czego wyrazem była Deklaracja Bolońska. Projekt *Tunning Educational Structure in Europe 2001–2003 (Dostosowanie struktur kształcenia w Europie 2001–2003)* [5] był odpowiedzią uniwersytetów na Deklarację Bolońską. Projekt miał się przyczynić do rozwoju jednolitego Europejskiego Obszaru Edukacji Wyższej przez wskazanie instytucjom edukacyjnym drogi do doskonalenia jakości kształcenia oraz wypracowywania porównywalnych w wielu krajach kwalifikacji zawodowych. Dzięki założonym w projekcie *Tunning* celom zostały zdefiniowane kompetencje zawodowe pielęgniarek; sformułowania te są przejrzyste i dają niezależność w kształtowaniu programów nauczania [6].

W Polsce kształcenie ustawiczne pielęgniarek jest określone przez szereg aktów prawnych. Do najważniejszych należą: *Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty* [7], *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.), która zobowiązuje pielęgniarki i położne do stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych [8], *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych* (Dz.U. Nr 197, poz. 1923) [9], *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r.*

w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm.). [10], Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896) [11].

W Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej wyróżniono najważniejsze formy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych; są to:

- 1) szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja),
- 2) kurs kwalifikacyjny,
- 3) kurs specjalistyczny,
- 4) kurs dokształcający [8].

Bogusz i Majchrowska [12] stwierdzają na podstawie swoich badań, że najbardziej przydatnymi formami doskonalenia zawodowego pielęgniarek są odpowiednio: specjalizacje, kursy specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne, kursy dokształcające, studia magisterskie, studia licencjackie i na samym końcu studia podyplomowe. Autorki badań wskazały też najważniejsze motywy, które zachęcają pielęgniarki do doskonalenia się; są to: przewidywana gratyfikacja finansowa, możliwość skorzystania z dofinansowania lub refundacji, szansa na awans zawodowy, uznanie przełożonych, uzyskanie większej samodzielności w realizacji świadczeń, możliwość podwyższenia prestiżu grupy zawodowej w społeczeństwie, szansa na zmianę pracy, urlopy szkoleniowe, zachęta przełożonych.

Do najczęstszych oczekiwanych korzyści z kształcenia podyplomowego wśród pielęgniarek Majchrowska i Bogusz [13] zaliczają: pogłębianie wiedzy w interesującym zakresie, własna satysfakcja z podwyższonych kwalifikacji, a także zwiększenie bezpieczeństwa/pewności pracy. Mniej niż 20% ankietowanych za korzyść uważa wyższe zarobki, wyższą jakość pracy, możliwość zmiany/znalezienia pracy, nawiązanie kontaktów zawodowych oraz większy szacunek ze strony przełożonych. Najmniejszy odsetek badanych – poniżej 3% – za atuty kształcenia podyplomowego uznaje możliwość prowadzenia specjalistycznej praktyki, możliwość wyjazdu za granicę, a także większy szacunek ze strony współpracowników.

Govranos i Newton [14] zauważają, że wiele czynników wpływa na zdolność i motywację do włączania kształcenia ustawicznego w praktykę pielęgniarstwa. Mimo zmieniających się wartości i postrzegania kształcenia ustawicznego w środowisku pielęgniarstwa edukacja ustawiczna była postrzegana jako ważna. Pielęgniarki pragną

zmiany w celu ułatwienia kształcenia ustawicznego i podtrzymywania kultury uczenia się. Wsparcie organizacyjne ze strony przełożonych i ośrodków edukacyjnych jest niezbędne, aby promować kształcenie ustawiczne i kulturę sprzyjającą nauce.

Z badań, które są przedstawiane w niniejszym artykule, wynika, że personel pielęgniarstwa jest zainteresowany kształceniem ustawicznym. Ciągłe doskonalenie, aktualizacja i poszerzanie swojej wiedzy i umiejętności ze względu na stały rozwój nauk medycznych jest dla czynnych zawodowo pielęgniarek działaniem ważnym i celowym. W obu badanych grupach (Poznań i Ostrów Wielkopolski) osoby w młodszym wieku częściej deklarowały, że mają wykształcenie licencjackie lub wyższe niż ich koleżeństwo z długoletnim stażem. Stan ten wiąże się z koniecznością dostosowania się do norm unijnych, według których pielęgniarka postrzegana jest jako osoba z tytułem licencjata lub magistra. Wyższe wykształcenie jest dla młodych pielęgniarek drogą do szybkiego awansu. Dzięki wykształceniu zyskuje się odpowiednie kompetencje, co daje silniejszą pozycję w zespole, większą autonomię na stanowisku pracy i czasem wyższe wynagrodzenie.

Respondenci najchętniej biorą udział w kursach doskonalących i specjalistycznych, a także w szkoleniach wewnątrzzakładowych oraz samokształceniu. Kursy doskonalące i specjalistyczne cieszą się dużą popularnością ze względu na krótki okres trwania i zawężoną tematykę. Szkolenia wewnątrzzakładowe są częstą formą kształcenia ustawicznego, ponieważ uczestnictwo w nich jest wymogiem narzuconym przez pracodawcę. Respondenci wybierają także samokształcenie ze względu na to, że mogą doskonaląć się w wolnym czasie i sami wybierają tematykę, jaka ich interesuje.

Wyniki badań pokazują, że osoby z wyższym wykształceniem chętniej biorą udział w edukacji ustawicznej może to oznaczać, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem mają większą świadomość potrzeby edukacji permanentnej i widzą korzyści z niej wynikające.

Większość badanych osób zauważa przydatność nauki i wykorzystanie jej w swojej pracy oraz widzi efekty swojej pracy. Uważają one, że dzięki temu ich praca zawodowa jest bardziej: efektywna, rzetelna, skuteczna i szybsza. Dowodzi to, że edukacja ustawiczna jest nieodzownym elementem w pracy zawodowej pielęgniarek.

Korzyści wynikające z doszkalania to najczęściej większa autonomia na stanowisku pracy. Niepokojącą informacją, która może się przyczynić do niechęci udziału w kształceniu ustawicznym, jest to, że wielu badanych uważa, że nauka nie wniosła nic w ich życie zawodowe.

Zazwyczaj powodem podejmowania decyzji o uczestnictwie w kształceniu ustawicznym jest chęć aktualizacji i uzupełnienia wiedzy i umiejętności. Co ciekawe, badani z wykształceniem wyższym uważają, że doksztalając się, ponieważ wiedza zdobyta podczas obowiązkowego nauczania szkolnego była niewystarczająca.

Motywy, jakimi kierują się ankietowani w podjęciu decyzji o uczestnictwie w edukacji permanentnej, to osobiste przekonanie o konieczności aktualizacji wiedzy i konieczność poszerzenia wiedzy spowodowana rozwojem nauk. Czynnikiem zniechęcającym jest natomiast brak własnych środków finansowych, dofinansowania.

Wnioski

Pielęgniarki, które chcą poszerzać i aktualizować swoją wiedzę i kwalifikacje, chętnie biorą udział w kształceniu ustawicznym. Z badań wynika, że szczególnie osoby z wykształceniem wyższym zainteresowane są kształceniem ustawicznym. Trzeba zauważyć, że od wielu lat zaleca się uświadamianie uczącym się w programach na różnych poziomach kształcenia, w tym na poziomie kształcenia akademickiego, potrzeby doskonalenia przez całe życie. Przy dynamicznych zmianach zachodzących w każdej płaszczyźnie życia człowieka jest to działanie bardzo pożądane, bowiem buduje w człowieku świadomość swojego rozwoju i większą odpowiedzialność za ten rozwój.

Obecnie na rynku dostępnych jest wiele kursów o różnej tematyce, różnym czasie trwania, tańszych, droższych, a także darmowych. Wybór form doskonalenia jest duży, każda pielęgniarka może wybrać coś dla siebie, jeśli ją to tylko interesuje. Dla dobra pacjentów dobrze by było, gdyby wszystkie pielęgniarki zainteresowane były własnym rozwojem. Pracodawcy także powinni dołożyć wszelkich starań, by wspierać rozwój zawodowy swoich pracowników, zachęcać ich do udziału w kształceniu i organizować czas pracy ułatwiający udział w kursach.

Na uwagę zasługuje również fakt, że część badanych uznała, że wiedza zdobyta podczas obowiązkowego nauczania szkolnego była niewystarczająca. W tym kontekście wskazane jest ciągłe aktualizowanie i dostosowywanie programów nauczania do wciąż zmieniających się wymagań rynku.

Badania te nie wyczerpują bardzo ciekawego tematu, jakim jest kształcenie ustawiczne pielęgniarek. Ze względu na niezbyt liczną grupę badanych nie można rozciągnąć wniosków na całą populację czynnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w Polsce czy na świecie. Jednak badania te mogą stanowić ważny głos w dyskusji o konieczności edukacji i samokształcenia personelu medycznego. W dalszych badaniach warto byłoby zwrócić uwagę na to, w jakich formach kształcenia pielęgniarki chciałyby

wziąć udział, co pielęgniarki chciałyby zmienić w programie kształcenia, jakie formy samokształcenia preferują.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Sosnowski T. Kształcenie ustawiczne. Warszawa: Instytut Wydawniczy CRRZ; 1976. s. 3.
2. Aleksander T. Kształcenie ustawiczne. W: Pilch T, Lepalczyk I (red.). Pedagogika społeczna. Warszawa: Żak; 1995. s. 295.
3. Symela K. Zasady wdrażania i oceny modułowych programów szkolenia dorosłych. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; 1997.
4. Holmes AM. Transforming Education. Nursing Management. April 2011:34–38.
5. Tuning educational structures in Europe, http://www.uc.pt/ge3s/event_04/event_04/tuningexecutivesummary-3.pdf.
6. Wrońska I. Kompetencje pielęgniarek w procesie edukacji, http://www.nursing.com.pl/Kształcenie_Kompetencje_pielęgniarek_w_procesie_edukacji_21.html, data wejścia 10.08.2013.
7. Ustawa z dnia 7 września. 1991 r. o systemie oświaty. Dz.U. 1991 nr 95 poz. 425.
8. Ustawa z dnia 15 lipca. 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października. 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Dz.U. Nr 197, poz. 1923.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października. 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych. Dz.U. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca. 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Dz.U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.
12. Bogusz R, Majchrowska A. Motywy podejmowania kształcenia podyplomowego w zawodzie pielęgniarskim. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012;3(40):58–63.
13. Majchrowska A, Bogusz R. Oczekiwania pielęgniarek wobec kształcenia podyplomowego. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012;3(40):75–79.
14. Govranos M, Newton JM. Exploring ward nurses' perceptions of continuing education in clinical settings, [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(13\)00241-4/fulltext](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(13)00241-4/fulltext), data wejścia 07.07.2014.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Wydział Nauk o Zdrowiu w Poznaniu
Katedra i Zakład Edukacji Medycznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Dąbrowskiego 79, Coll. Wrzóska, pok. 902, 60-529 Poznań

OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PODEJMOWANYCH PRZEZ PACJENTÓW Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM HOSPITALIZOWANYCH I LECZONYCH AMBULATORYJNIE

ASSESSMENT OF HEALTH BEHAVIOURS IN HYPERTENSIVE IN- AND OUTPATIENTS

Beata Babiarczyk¹, Brygida Małutowska-Dudek²

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

² SP ZOZ Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

STRESZCZENIE

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, które są głównym powodem śmiertelności w Europie. Modyfikacja stylu życia, wchodząca w zakres postępowania niefarmakologicznego, wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego i pozwala zmniejszyć dawki leków hipotensyjnych.

Cel. Celem pracy było porównanie zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych oraz leczonych w poradni kardiologicznej w SP ZOZ Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej. Wzięło w nim udział 113 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego; wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze w postaci Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego.

Wyniki. Istotnie więcej badanych chorujących do 5 lat leczyło się w oddziale, a chorujących 10–15 lat – w poradni ($p = 0,004$). Występowanie chorób układu krążenia w rodzinie (najczęściej u rodziców) stwierdzono u 54% badanych. U zdecydowanej większości badanych (78%) występowały choroby współistniejące, najczęściej była to choroba wieńcowa (41,6%). Większość badanych leczonych w poradni (63,6%) przejawiała wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych, a większość hospitalizowanych (41,4%) przejawiała ich przeciętne nasilenie. W zakresie wszystkich zachowań zdrowotnych badani w poradni uzyskiwali istotnie więcej punktów w stosunku do badanych w oddziale. Również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w przypadku badanych w poradni był istotnie wyższy ($p = 0,006$). Badane kobiety uzyskiwały istotnie więcej punktów w zakresie prawie wszystkich zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w przypadku kobiet był również istotnie wyższy ($p = 0,003$).

Wnioski. Płeć, wiek oraz aktywność zawodowa istotnie wpływają na podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Im dłuższy czas trwania choroby u badanych, tym wyższa wiedza w zakresie prawidłowego odżywiania oraz działań profilaktycznych.

Słowa kluczowe: IZZ, nadciśnienie tętnicze, styl życia, zachowania zdrowotne.

ABSTRACT

Introduction. Hypertension is the most common risk factor for cardiovascular diseases, which are nowadays the main cause of mortality in Europe. Lifestyle modification, being a part of non-pharmacological treatment, lowers blood pressure and reduces the dose of antihypertensives.

Aim. Comparison of health behaviours in hypertensive in- and outpatients.

Material and methods. The study was conducted among patients hospitalized and treated in the cardiology clinic in the Railway Hospital in Wilkowice-Bystra. Altogether 113 patients with hypertension were included. Method of diagnostic survey was used, with a Health Behaviour Inventory (IZZ) by Juczyński as the research tool.

Results. Among inpatients there were significantly more these who had hypertension up to 5 years and outpatients suffered from hypertension most often 10–15 years ($p = 0.004$). The occurrence of cardiovascular disease in the family were found in 54% of patients. The vast majority of respondents (78%) had concomitant diseases, most often – coronary heart disease (41.6%). Most of the outpatients (63.6%) showed a high severity of health behaviors, and most hospitalized (41.4%) manifested their average severity. In all health behaviors outpatients obtained a significantly more points in relation to the hospitalized patients. A overall health behavior index in the outpatients was also significantly higher ($p = 0.006$). The surveyed women received significantly more points in almost all kind of health behaviors. The overall health behavior index in women was significantly higher ($p = 0.003$).

Conclusions. Gender, age and professional activity significantly influence positive health behaviors. The longer duration of hypertension is, the higher is the knowledge about proper nutrition and disease prevention.

Keywords: IZZ, hypertension, lifestyle, health behaviors.

Wstęp

Choroby układu krążenia (ChUK) są ciągle głównym powodem śmiertelności w Polsce i Europie. Zgony będące skutkiem tych chorób stanowiły w 2010 roku ok. 46% wszystkich zgonów (51,8% wśród kobiet i 40,8% wśród

mężczyzn) w populacji polskiej. Statystyki europejskie są bardzo podobne; mówi się, że ChUK stanowią przyczynę ok. 50% wszystkich zgonów. Liczne badania w dostępnej literaturze potwierdzają, że bezpośredni związek z wysokim ciśnieniem tętniczym ma prawie 50% tych schorzeń [1–5].

WHO wskazuje na czynniki ryzyka, wynikające z negatywnych zachowań zdrowotnych, które wpływają na występowanie ChUK. Oprócz wysokiego ciśnienia tętniczego do czynników tych należą m.in.: palenie tytoniu, szkodliwe picie alkoholu, wysokie stężenie cholesterolu, wysoki poziom glukozy, nadwaga i otyłość, niskie spożycie warzyw i owoców oraz brak aktywności fizycznej [1–3].

Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka schorzeń układu krążenia, a jego występowanie w dużym stopniu zależne jest od stylu życia człowieka. Choroba ta często przebiega w sposób utajony, nie dając żadnych objawów klinicznych, a rozpoznana jest najczęściej dopiero wtedy, gdy w układzie sercowo-naczyniowym pojawią się już jej następstwa. Leczenie niefarmakologiczne jest, obok farmakoterapii, nieodzownym elementem postępowania z pacjentem na każdym etapie zaawansowania nadciśnienia tętniczego. Niezbędne jest wprowadzenie zmian w stylu życia, które wymagają od chorego dużego zaangażowania i wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie [6–9].

Człowiek od najmłodszych lat życia podejmuje pewne zachowania, które mają wpływ na jego zdrowie. W dzieciństwie najważniejszy wpływ na podejmowane zachowania ma rodzina, która jest pierwszym edukatorem wychowania zdrowotnego. W literaturze spotkać można wiele definicji zachowań zdrowotnych, ale ogólnie określa się je jako takie zachowania, które w świetle aktualnej wiedzy medycznej wywołują pewne, pozytywne lub negatywne, konsekwencje zdrowotne u podejmujących je osób; zachowania zdrowotne to reakcje na wszelkie sytuacje związane ze zdrowiem, celowe czynności i nawyki [10, 11].

Zachowania zdrowotne w istotnym stopniu związane są z życiem społecznym człowieka. Jednostka ma do wyboru wiele możliwych wzorów zachowań. U podstaw tych wyborów w danej kulturze znajdują się przyjmowane przez człowieka wartości oraz ich hierarchia, a także miejsce, jakie zajmuje zdrowie w tej hierarchii. Również uwarunkowania kulturowe odgrywają niezwykle ważną rolę w kształtowaniu zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą. Wychowywanie się w danej kulturze wpływa na pojmowanie zdrowia i choroby, ale szczególnie wskazuje reakcje z nimi związane. Wzorami kulturowymi mogą być takie aspekty, jak sposób odżywiania, sposób spędzania wolnego czasu, dbałość o higienę osobistą i otoczenia czy też podejście do używek [3, 11]. Należy także zwrócić uwagę na fakt, że silnymi wyznacznikami modeli zachowań zdrowotnych są elementy pozycji społeczno-ekonomicznej, takie jak wykształcenie, status materialny czy pozycja społeczna [3].

Celem niniejszej pracy było porównanie zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2015 roku wśród pacjentów hospitalizowanych w SP ZOZ Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej oraz leczonych w poradni kardiologicznej w wyżej wymienionej placówce. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora szpitala.

Jako kryterium doboru pacjentów do badań przyjęto:

- wiek powyżej 18 lat,
- rozpoznane nadciśnienie tętnicze,
- wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniu,
- zdolność do wypełnienia narzędzi badawczych.

Udział w badaniu był dobrowolny oraz anonimowy, każda osoba została poinformowana o celu badania oraz wykorzystaniu uzyskanych wyników. W badaniu wzięły udział 122 osoby, zwrotnie otrzymano 120 kwestionariuszy ankiet; ze względu na błędy w wypełnieniu odrzucono 7 ankiet. Ostatecznie do analizy zakwalifikowano dane uzyskane ze 113 ankiet; 58 ankiet pochodziło od pacjentów hospitalizowanych w oddziale, a 55 – od leczonych w ambulatorium. Charakterystykę cech socjodemograficznych badanych z uwzględnieniem miejsca badania przedstawiono w **tabeli 1**. W gromadzeniu danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze w postaci Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego. Narzędzie to składa się z 24 stwierdzeń określających zachowania związane ze zdrowiem, z możliwością przypisania im nasilenia w 5-stopniowej skali: od „prawie nigdy” (1) do „prawie zawsze” (5). Wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w granicach 24–120 punktów. Wyniki przekształcono na jednostki standaryzowane – steny. Wartości w granicach 1–4 stena oznaczają wynik niski, 5–6 – przeciętny, 7–10 – wysoki. Właściwości psychometryczne IZZ wymienione w literaturze to rzetelność, trafność oraz normalizacja. Dla całego IZZ zgodność wewnętrzną ustalona na podstawie alfa Cronbacha wynosi 0,85, zaś dla jego podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65 [12].

Uzyskane wyniki poddano kodyfikacji w utworzonym na potrzeby badania arkuszu kalkulacyjnym Excel Microsoft Office. Dla potrzeb analizy statystycznej wykorzystano program IBM SPSS 22.0. Do opisu struktury badanej grupy wykorzystano liczebności i odsetki osób charakteryzujących się daną cechą. Cechy ilościowe przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardo-

Tabela 1. Charakterystyka cech socjodemograficznych badanych z uwzględnieniem miejsca badania

Badana cecha	Ogółem N = 113		Miejsce badania			
			oddział N = 58		poradnia N = 55	
	n	%	n	%	n	%
Grupy wiekowe						
poniżej 40 lat	2	1,8	0	–	2	3,6
40–49 lat	9	7,9	5	8,6	4	7,3
50–59 lat	37	32,7	19	32,7	18	32,8
60–69 lat	49	43,4	25	43,2	24	43,6
powyżej 70 lat	16	14,2	9	15,5	7	12,7
Płeć						
kobieta	53	46,9	26	44,8	27	49,1
mężczyzna	60	53,1	32	55,2	28	50,9
Miejsce zamieszkania						
wieś	57	50,4	30	51,7	27	49,1
małe miasto	22	19,5	11	19,0	11	20,0
duże miasto	34	30,1	17	29,3	17	30,9
Wykształcenie						
podstawowe	2	1,8	2	3,4	0	–
zawodowe	45	39,8	26	44,8	19	34,6
średnie niepełne	6	5,3	1	1,7	5	9,1
średnie	48	42,5	25	43,2	23	41,8
wyższe	12	10,6	4	6,9	8	14,5
Stan cywilny						
panna/kawaler	7	6,2	3	5,2	4	7,3
mężatka/zonaty	88	77,9	45	77,6	43	78,2
wdowa/wdowiec	12	10,6	5	8,6	7	12,7
rozwidziona/rozwidziony	6	5,3	5	8,6	1	1,8
wolny związek	0	–	0	–	0	–
Aktywność zawodowa						
praca zawodowa	37	32,7	21	36,2	16	29,1
renta/emerytura	71	62,9	36	62,1	35	63,6
bezrobotny	5	4,4	1	1,7	4	7,3
praca sezonowa	0	–	0	–	0	–
Sytuacja materialna						
bardzo dobra	2	1,8	2	3,4	0	–
dobra	58	51,3	32	55,1	26	47,2
trudno określić	10	8,8	6	10,4	4	7,3
przeciętna	38	33,7	17	29,4	21	38,2
zła	5	4,4	1	1,7	4	7,3

N – liczba badanych; n – liczebność w grupie

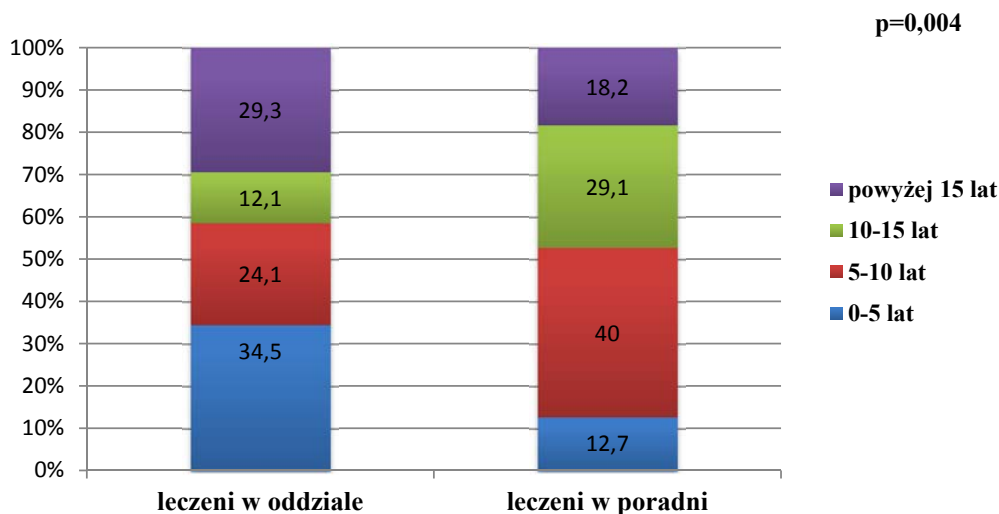
wego. Ze względu na różnice w liczebnościach badanych grup zastosowano testy nieparametryczne. Do wykrycia różnic pomiędzy porównywanymi grupami zastosowano test jednorodności chi-kwadrat. Dla porównania dwóch grup niepowiązanych zastosowano test U Manna-Whitneya, a dla więcej niż dwóch grup – test Kruskala-Wallisa. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $\alpha < 0,05$.

Wyniki

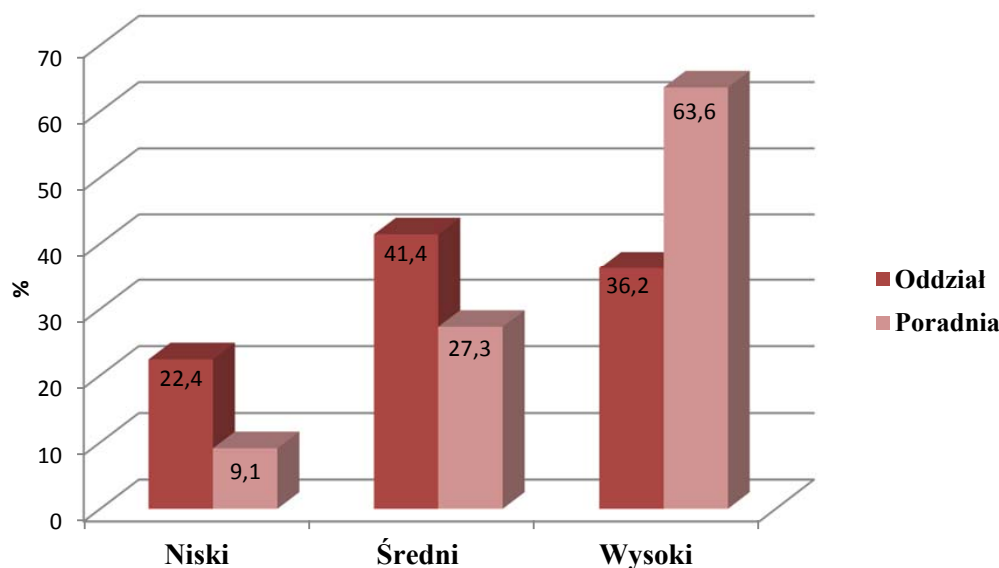
Czas trwania choroby u badanych przedstawia **rycina 1**. Stwierdzono, iż statystycznie istotnie więcej badanych chorujących do 5 lat leczyło się w oddziale, w porównaniu z leczonymi w poradni, i istotnie więcej badanych choru-

jących 10–15 lat leczyło się w poradni, w porównaniu z leczonymi w oddziale ($p = 0,004$).

Występowanie ChUK w rodzinie badanych (u mężczyzn przed ukończeniem 55. r.ż. i u kobiet przed ukończeniem 65. r.ż.) stwierdzono u 54% badanych. Dość duża grupa (31%) badanych negowała występowanie ChUK w najbliższej rodzinie, natomiast 15% badanych odpowiedziało „nie wiem”. Najczęściej, bo w 74%, choroby te dotyczyły rodziców, u rodzeństwa natomiast występowały w 36%. Z przeprowadzonych badań wynika, iż u zdecydowanej większości badanych (78%) występowały choroby współistniejące z nadciśnieniem tętniczym. Najczęstszym współistniejącym schorzeniem była choroba wieńcowa (41,6%);



Rycina 1. Charakterystyka czasu trwania choroby u badanych z uwzględnieniem miejsca badania; p – poziom istotności statystycznej



Rycina 2. Charakterystyka nasilenia poziomów zachowań zdrowotnych u badanych z uwzględnieniem miejsca badania

ponad 13% badanych przeżyło zawał serca. Na niewydolność serca chorowała ponad jedna czwarta badanych, co piąta osoba – na cukrzycę, miażdżycę tętnic kończyn dolnych stwierdzono u 6,2% badanych, udar mózgu przeżyło ponad 5%, a niewielki odsetek (3,5%) badanych chorował na niewydolność nerek. Dość duża grupa (26%) chorowała na „inne” choroby przewlekłe, z których najczęstszymi były choroby tarczycy (7,1%), kręgosłupa (5,3%) oraz astma (4,4%).

Charakterystyka zachowań zdrowotnych u badanych osób na podstawie kwestionariusza IZZ

Wyniki uzyskane przez badanych w kwestionariuszu IZZ zostały przyporządkowane do trzech poziomów nasilenia zachowań zdrowotnych. Szczegółowa analiza wy-

ników badania własnego wykazała, że wśród badanych hospitalizowanych największa grupa (41,4%) przejawia przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych, ponad jedna trzecia badanych to osoby reprezentujące wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych, a duża grupa (22,4%) badanych prezentuje niski poziom tych zachowań. Natomiast większość (63,6%) badanych leczonych w poradni przejawia wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych, dość duża grupa (27,3%) – nasilenie przeciętne, a co niespełna dziesiąty badany (9,1%) to osoba o niskim nasileniu zachowań zdrowotnych (**Rycina 2**).

Z analizy zebranego materiału wynika, iż istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy miejscem badania a zmiennymi w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego na-

stawienie psychicznego, praktyk zdrowotnych oraz wyniku ogólnego IZZ. W zakresie wszystkich zachowań zdrowotnych badani w poradni uzyskiwali istotnie więcej punktów w stosunku do badanych w oddziale. Również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w przypadku badanych w poradni był istotnie wyższy ($p = 0,006$). Wyniki badań przedstawia **tabela 2**.

Analiza danych uzyskanych w badaniu własnym wykazała, że im dłuższy był czas trwania choroby u badanych, tym wyższy wynik uzyskiwali oni w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego ($p = 0,047$) oraz wyniku całkowitego IZZ ($p = 0,012$).

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy pięcioma ankietyowanymi a zmiennymi w zakresie: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz wyniku ogólnego IZZ. W zakresie prawie wszystkich zachowań zdrowotnych badane kobiety uzyskiwały istot-

nie więcej punktów w stosunku do badanych mężczyzn. Również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w przypadku kobiet był istotnie wyższy ($p = 0,003$). Wyniki badań w tym zakresie prezentuje **tabela 3**.

Szczegółowa analiza wykazała również istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem badanych a zmiennymi w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ($p = 0,005$), praktyk zdrowotnych ($p = 0,037$) oraz wyniku ogólnego IZZ ($p = 0,007$). Badani w przedziale wiekowym powyżej 70 lat uzyskali w wyżej wymienionych kategoriach istotnie wyższą średnią w porównaniu z badanymi w pozostałych grupach wiekowych, również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był u badanych w tym przedziale wiekowym istotnie wyższy.

Analiza wyników osiągniętych przez badanych w kwestionariuszu IZZ z uwzględnieniem ich aktywności zawodowej wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy aktywnością zawodową badanych a zmiennymi w zakre-

Tabela 2. Wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem miejsca badania

IZZ	Oddział N = 58	Poradnia N = 55	Wartość p
	M±SD (Min.–Maks.)	M±SD (Min.–Maks.)	
IZZ wynik całkowity	83,14 ± 13,90 (53–114)	90,15 ± 11,58 (58–109)	0,006*
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,29 ± 0,82 (1,67–5)	3,65 ± 0,74 (2,17–5)	0,027*
Zachowania profilaktyczne	3,58 ± 0,83 (1,67–5)	3,89 ± 0,61 (2,17–5)	0,049*
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,59 ± 0,66 (1,83–4,83)	3,84 ± 0,63 (2,33–5)	0,043*
Praktyki zdrowotne	3,40 ± 0,65 (1,83–4,67)	3,65 ± 0,62 (2,17–4,83)	0,044*

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; N – liczba badanych; Min. – minimum; Maks. – maksimum; p – poziom istotności statystycznej; *wartość istotna statystycznie

Tabela 3. Wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem płci badanych

IZZ	Razem N = 113	Kobiety N = 53	Mężczyźni N = 60	Wartość p
	M±SD (Min.–Maks.)	M±SD (Min.–Maks.)	M±SD (Min.–Maks.)	
IZZ wynik całkowity	86,55 ± 13,24 (53–114)	90,59 ± 11,62 (62–114)	82,98 ± 13,65 (53–108)	0,003*
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,47 ± 0,80 (1,17–5)	3,73 ± 0,68 (2,17–5)	3,24 ± 0,83 (1,17–4,83)	0,001*
Zachowania profilaktyczne	3,73 ± 0,74 (1,67–5)	3,94 ± 0,70 (2,33–5)	3,54 ± 0,74 (1,67–4,83)	0,005*
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,71 ± 0,65 (1,83–5)	3,74 ± 0,63 (1,83–5)	3,68 ± 0,68 (2,33–5)	0,514*
Praktyki zdrowotne	3,52 ± 0,64 (1,83–4,83)	3,69 ± 0,55 (2,17–4,67)	3,37 ± 0,69 (1,83–4,83)	0,011*

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; N – liczba badanych; Min. – minimum; Maks. – maksimum; p – poziom istotności statystycznej; *wartość istotna statystycznie

się prawidłowych nawyków żywieniowych ($p = 0,014$), pozytywnego nastawienia psychicznego ($p = 0,043$), praktyk zdrowotnych ($p = 0,003$) oraz wyniku ogólnego IZZ ($p = 0,005$). W zakresie prawie wszystkich zachowań zdrowotnych badani renciści i emerycy uzyskiwali istotnie więcej punktów niż badani pracujący oraz bezrobotni. Również uzyskali oni najwyższy ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w porównaniu z pozostałymi badanymi.

W badaniu własnym nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności ani pomiędzy miejscem zamieszkania badanych, ani pomiędzy wykształceniem badanych a ich zachowaniami zdrowotnymi.

Dyskusja

Modyfikacja stylu życia jest istotnym elementem w procesie leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, jak również w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych. Eksperci w wytycznych dotyczących postępowania z chorymi na nadciśnienie tętnicze szczególną rolę przypisują postępowaniu niefarmakologicznemu, niezależnie od stopnia nadciśnienia tętniczego i występowania chorób współistniejących [13–16]. Ponadto w wytycznych ESH-ESC z 2013 roku zalecenia dotyczące zmiany stylu życia otrzymały poziom wiarygodności „A” i klasę „I”, co oznacza, że ich skuteczność w obniżaniu ciśnienia tętniczego oraz ograniczeniu liczby czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych została udowodniona w wielu badaniach naukowych [17–20].

W trakcie badań przeprowadzonych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie przeanalizowano i dokonano oceny zachowań zdrowotnych przez nich podejmowanych. Na podstawie analizy wyników uzyskanych w kwestionariuszu IZZ podjęto próbę oceny zachowań zdrowotnych w czterech kategoriach: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych.

Porównując uzyskane wyniki z uwzględnieniem miejsca badania stwierdzono, że pacjenci leczeni w poradni kardiologicznej uzyskali znacznie wyższe wyniki w czterech kategoriach zachowań zdrowotnych niż pacjenci leczeni w oddziale. Próbuąc wytłumaczyć znaczne różnice w wynikach, przyjmuje się, że przynajmniej częściowo może to mieć związek z czasem trwania choroby. W poradni leczono jedynie 12,7% pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze do 5 lat, a w oddziale – prawie 35% ankietowanych z tej grupy. Analizując szczegółowo zachowania zdrowotne pod kątem czasu trwania choroby, stwierdzono, że pacjenci chorujący na nadciśnienie

tętnicze powyżej 15 lat uzyskali lepsze wyniki w czterech kategoriach zachowań zdrowotnych niż pacjenci chorujący krócej. Można zatem przyjąć, że pacjenci chorujący dłużej mają wiedzę w zakresie prawidłowego odżywiania oraz działań profilaktycznych i stosują je w codziennym życiu.

Z badań własnych wynika także, że kobiety prezentują wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych w prawie wszystkich kategoriach; nasuwa się zatem przypuszczenie, że kobiety, być może, wykazują większe zainteresowanie tematyką zdrowotną oraz częściej poszukują informacji na temat dbania o swoje zdrowie. Badania wykazały także, że w porównaniu z młodszymi pacjentami chorzy powyżej 70. r.ż. i osoby będące na rencie lub emeryturze prezentują najwyższe nasilenie zachowań zdrowotnych. Wynika to, być może, z faktu, że osoby te mają więcej czasu, aby zadbać o swoje zdrowie oraz uzyskać niezbędne informacje dotyczące postępowania w chorobie, w porównaniu z osobami pracującymi, które zapewne z braku czasu w mniejszym stopniu przywiązują wagę do zachowań mogących poprawić ich kondycję zdrowotną. Podobne obserwacje odnotowali Krzyżanowska i wsp. [21] oraz Zielińska-Więczkowska i wsp. [22] w swoich pracach; z ich badań wynika, że większe nasilenie zachowań zdrowotnych prezentowały kobiety oraz mieszkańcy miasta. Odmiennie natomiast od powyższych wyniki uzyskały Kurowska i Lewandowska [23]; z ich pracy wynika, że to mężczyźni oraz mieszkający na wsi prezentują wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych. Autorki te zauważyły – co potwierdziły także badania własne – że pacjenci chorujący powyżej 15 lat i osoby powyżej 70. r.ż. przejawiają wyższe nasilenie tych zachowań. Nowicki i wsp. [24] w wynikach swojej pracy podają, że wiedza badanych przez nich pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest determinowana przez miejsce zamieszkania; mieszkańcy wsi prezentują istotnie niższy poziom wiedzy na temat pożądaných zachowań zdrowotnych. W badaniach własnych nie potwierdzono natomiast różnic w zachowaniach zdrowotnych ze względu na miejsce zamieszkania.

Konieczność podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu przez pacjentów z ChUK jest poparta dowodami i wynikami z wielu badań. Postępowanie niefarmakologiczne nie powinno być stosowane wybiórczo przez pacjentów; ażeby osiągnąć optymalny rezultat, należałoby je realizować na wielu płaszczyznach, uwzględniając właściwe odżywianie, systematyczną aktywność fizyczną, redukcję masy ciała oraz rezygnację z nałogów. Poprzez takie działania można, oprócz obniżenia ciśnienia tętniczego, zmniejszyć dawki leków hipotensyjnych, jak również korzystnie wpływać na inne modyfikowalne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego oraz zmniejszyć ryzyko wystą-

pienia powikłań nadciśnienia tętniczego, które mogą być przyczyną kalectwa lub śmierci.

Wnioski

1. Płeć, wiek oraz aktywność zawodowa istotnie wpływają na podejmowanie zachowań prozdrowotnych.
2. Im dłuższy czas trwania choroby u badanych, tym wyższa wiedza w zakresie prawidłowego odżywiania oraz działań profilaktycznych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. The European health report. 2012: charting the way to well-being [online], <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report-2012>, data wejścia: 06.02.2016.
2. Zdrojewski T. Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie. *Post Nauk Med.* 2011;Supl. 3:4–10.
3. Ślusarska B. Zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiol Excerpta.* 2012;7(1):51–59.
4. Wojtyniak B, Stokwiszewski J, Goryński P et al. Długość życia i umieralność ludności w Polsce. W: Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania.* Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH; 2012, s. 38–127.
5. Krousel-Wood M. Hypertension and health behaviors in females across the lifespan. *Amer J Med Sci.* 2015;350(1):36–41.
6. Olszanecka A, Czarnecka D. Nadciśnienie tętnicze u kobiet. *Kardiol Dypł.* 2013;12(7–8):14–22.
7. Jankowski P. Patogeneza i epidemiologia nadciśnienia tętniczego. W: Czarnecka D, Kawecka-Jaszcz K (red.). *Leczenie nadciśnienia tętniczego w codziennej praktyce.* Warszawa: Medical Tribune Polska; 2013. s. 11–22.
8. Gajewska D, Ździeborska M, Harton A et al. Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. *Probl Hig Epidemiol.* 2013;94(2):258–261.
9. Łatka J, Majda A, Pyrz B. Dyspozycyjny optymizm a zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą nadciśnieniową. *Probl Pielęg.* 2013;21(1):21–28.
10. Słopiecka A, Cieślak A. Zachowania zdrowotne – wybrane definicje. *Stud Med.* 2011;24(4):77–81.
11. Sygit M. *Zdrowie publiczne.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
12. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa; 2009. s. 110–116.
13. Kucharska A, Jeznach-Steinhagen A, Sińska B. Znaczenie diety w leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Kardiol na co Dzień.* 2010;5(2):29–32.
14. Blumenthal JA, Babyak MA, Hinderliter A et al. Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Arch Intern Med.* 2010;170(2):126–135.
15. Grabańska K, Bogdański P. Miejsce leczenia nefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego. *Forum Zab Metabol.* 2010;1(2):115–122.
16. Dimeo F, Pagonas N, Seibert F et al. Aerobic exercise reduces blood pressure in resistant hypertension. *Hypertension.* 2012;60(3):653–658.
17. Januszewicz A, Prejbisz A. Nadciśnienie tętnicze. W: Gajewski P (red.). *Interna Szczeklika – podręcznik chorób wewnętrznych.* Kraków: Medycyna Praktyczna; 2014. s. 411–434.
18. Widecka K, Grodzicki T, Narkiewicz K et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2011 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśn Tętn.* 2011;15(2):211–235.
19. Czarnecka D, Stolarz-Skrzypek K. Zmiany w leczeniu nadciśnienia tętniczego w nowych wytycznych ESH–ESC 2013. *Kardiol Dypł.* 2013;12(9):11–18.
20. Kozłowska-Wojciechowska M. Skuteczność nefarmakologicznego postępowania w nadciśnieniu tętniczym. *Kardiol Dypł.* 2013;12(2):15–19.
21. Krzyżanowska E, Zezula-Tudruj A, Baczewska B et al. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *J Health Sci.* 2014;4(11):79–94.
22. Zielińska-Więczkowska H, Pawelska K, Muszalik M et al. Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w świetle badań empirycznych. *Pielęg XXI w.* 2011;4(37):23–26.
23. Kurowska K, Lewandowska A. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśn Tętn.* 2012;16(5):296–304.
24. Nowicki G, Ślusarska B, Brzezicka A. Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących. *Probl Piel.* 2009;17(4):321–327.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Beata Babiarczyk
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Techniczno-Humanistyczna
ul. Willowa 2, 43-300 Bielsko-Biała
tel.: 512 276 383
e-mail: bbabiarczyk@yahoo.com

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH

HEALTH CARE EXPENDITURES IN HOUSEHOLDS

Marlena Piekut¹, Krystyna Gutkowska²

¹ Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych, Politechnika Warszawska, Filia w Płocku

² Katedra Organizacji i Ekonomiki Konsumpcji, Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Jedną z podstawowych potrzeb pojawiającą się w ramach funkcjonowania gospodarstw domowego jest ochrona zdrowia.

Cel. Celem badania jest prześledzenie poziomu i struktury wydatków na zdrowie ponoszonych w polskich gospodarstwach domowych.

Materiał i metody. Źródłem informacji wykorzystywanych w badaniu były systematyczne analizy badania budżetów gospodarstw domowych GUS i bazy danych Eurostatu. W badaniu zastosowano analizę korelacji kanonicznej.

Wyniki i wnioski. Najważniejszymi czynnikami wpływającymi na wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych są: wiek członków gospodarstwa domowego, rodzinny dochód do dyspozycji i poziom wykształcenia głowy rodziny. Najwyższe wydatki na zdrowie zaobserwowano w gospodarstwach domowych emerytów oraz w gospodarstwach domowych z największymi dochodami rozporządzalnymi na osobę.

Słowa kluczowe: gospodarstwo domowe, wydatki na zdrowie, determinanty wydatków, analiza korelacji kanonicznej, Polska.

ABSTRACT

Introduction. Health is a basic need in households.

Aim. The paper presents the changes in the level and structure of expenditure of households in health in Polish households.

Material and methods. The source of information used in this study was the systematic analyses of household budget survey by the Central Statistical Office and database Eurostat. The study uses the canonical correlation analysis.

Results and conclusions. According to the analysis the most important factors influencing these kind of expenditure are the following variables: the age of household members, the family disposable income and educational level of the family head. In Poland in households of retired and households with the highest income were the highest expenditure on health.

Keywords: household, health expenditure, determinants of expenditure, canonical correlation analysis, Poland.

36

Wstęp

Jednym z czynników warunkujących poczucie bezpieczeństwa społeczeństwa jest sytuacja zdrowotna, której instytucjonalna ochrona uległa istotnym zmianom – najpierw wraz z przekształceniem polskiej gospodarki w kierunku systemu rynkowego, a potem wraz z wprowadzeniem reformy ochrony zdrowia, którą reguluje *Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*¹. Weszła ona w życie 1 stycznia 1999 roku. Głównym założeniem reformy była diametralna zmiana dotychczasowego finansowania systemu opieki zdrowotnej opartego na środkach budżetowych; ograniczono tym samym rolę administracji państwowej w organizowaniu ochrony zdrowia oraz finansowaniu bazy lecznictwa. Założenia i idee reformy same w sobie były jak najbardziej słuszne, ale w odbiorze społecznym skutków reformy nie było euforii, a wręcz przeciwnie – dominowały słowa krytyki, co potwierdzają

choćby wyniki z badań CBOS². Spośród czterech reform wprowadzonych w końcu XX wieku (systemu emerytalnego, ochrony zdrowia, administracyjno-rządowej oraz szkolnictwa) najbardziej krytycznie oceniona została reforma opieki zdrowotnej [1].

Dlatego też w pierwszej dekadzie XXI wieku kontynuowano zmiany w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. I tak wprowadzono nowoczesne i bardziej efektywne metody zarządzania sektorem zdrowotnym, m.in. metody informacyjno-informatyczne (powstanie rejestrów, komputeryzacja), mikrofinansowe (finansowanie świadczeń na podstawie koncepcji jednorodnych grup pacjentów), analityczne (m.in. metody oceny technologii medycznej), alokacyjne (kryteria podziału środków i dostępu). Wprowadzono też mechanizm „duszenia kosztów” w sektorze

¹ Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.

² Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” przeprowadzono w dniach 5–8 stycznia 2001 roku na 1069-osobowej reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłych mieszkańców Polski.

zdrowotnym, co oznaczało zmniejszenie nakładów na refundację leków oraz ograniczenie zadłużenia się zakładów opieki zdrowotnej [2]. Przeprowadzanym zmianom nadało wzniosłe hasło: „dla dobra pacjenta”.

Mimo licznych reform polski system ochrony zdrowia w dalszym ciągu jest krytykowany, a według *Euro Health Consumer Index 2013* [3], oceniającego przyjazność systemu ochrony zdrowia, Polska zajęła 32. miejsce na 35 ocenianych państw. Za Polską znalazły się Łotwa, Rumunia i Serbia. W raporcie zaznacza się, że Polska pomimo wzrostu gospodarczego nie jest w stanie utrzymać wystarczająco wysokiego poziomu opieki zdrowotnej.

Powszechnie wyrażane niezadowolenie z funkcjonującego w naszym kraju systemu opieki zdrowotnej jest konsekwencją niezaspokojonych podstawowych potrzeb, tym bardziej dotkliwie odczuwanych, że ochrona zdrowia znajduje się na jednym z pierwszych miejsc w hierarchii wartości uznawanej wśród Polaków [4–7]. Z dużą krytyką wśród pacjentów spotyka się dostępność badań diagnostycznych i lekarzy specjalistów [7]. Pocięszający jest niemniej jednak fakt, że mimo ciągłego narzekania na system ochrony zdrowia spada systematycznie odsetek negatywnych ocen stopnia zaspokajania potrzeb zdrowotnych: z 41% w 2000 r. do 26% w 2011 r. [8].

Fakt ten może być powodowany wieloma czynnikami, a wśród nich ważne miejsce zajmują czynniki pozamedyczne, przyjmuje się bowiem pogląd, że ważnymi determinantami zdrowia ludności są dochody w gospodarstwach domowych, status społeczny, wsparcie społeczne, edukacja, warunki pracy, środowisko fizyczne (naturalne i stworzone przez człowieka), czynniki genetyczne, biologiczne, osobiste działanie dla zdrowia czy zdrowy rozwój w dzieciństwie. Sekwencja tych czynników bezsprzecznie implikuje poczucie dobrostanu społecznego, którego istotnym elementem jest zdrowie. Podkreślić też trzeba immanentny związek między stanem zdrowia a jakością kapitału ludzkiego, odzwierciedlanego w tym, że lepsza jakość kapitału ludzkiego jest konsekwencją lepszego stanu zdrowia. Tym samym inwestowanie w ochronę zdrowia to inwestowanie w rozwój cywilizacyjny i społeczny [9].

Zarówno złożoność czynników pozamedycznych determinujących stan zdrowia, jak również wieloaspektowość rozumienia pojęcia kapitału ludzkiego skłaniają do przypuszczenia, że realne wydatki na ochronę zdrowia cechują się dużym zróżnicowaniem, tak jak poczucie stanu zdrowia jest zjawiskiem społecznie zróżnicowanym. Do takiego poglądu skłaniają wcześniejsze badania oraz wyniki analiz indywidualnych danych z badań *Diagnoza społeczna*, z których wynika, że sytuacja zdrowotna Polaków

i ich opinie o zreformowanej służbie zdrowia, obszar opieki zdrowotnej w naszym kraju stanowią jedną z bardziej nerwalgicznych kwestii społecznych, a kłopoty z wykupieniem leków, ograniczenia w korzystaniu z usług medycznych to problemy dotyczące znaczącej części społeczeństwa, a ich nasilenie obserwuje się przede wszystkim wśród gospodarstw domowych wieloosobowych, utrzymujących się przede wszystkim ze źródeł niezarobkowych, emerytów i rencistów oraz reprezentujących kategorię gospodarstw najbiedniejszych [10].

Dlatego też wydaje się interesującym przedsięwzięciem dokonanie analizy aktualnych kryteriów różnicowania oceny stanu zdrowia i możliwości korzystania z usług będących warunkiem poczucia bezpieczeństwa w obszarze ochrony zdrowia. Pierwszym krokiem takiej diagnozy jest przesłedzenie zróżnicowania poziomu wydatków na zdrowie ponoszonych z budżetów gospodarstw domowych, co jest też celem niniejszego opracowania.

W świetle tak sformułowanego celu wyłoniono trzy zagadnienia.

1. Jak przedstawia się poziom wydatków na zdrowie oraz ich struktura w wydatkach ogółem w polskich gospodarstwach domowych w latach 1995–2012?
2. Jakie cechy gospodarstw domowych determinują wydatki na zdrowie?
3. Jak przedstawia się poziom poszczególnych kategorii wydatków na zdrowie w zależności od różnych typów gospodarstw domowych?

W literaturze przedmiotu wiele analiz dotyczy publicznych wydatków na ochronę zdrowia, brakuje zaś badań dotyczących wydatków prywatnych. Niniejsza praca odnosi się do wydatków na ochronę zdrowia ponoszonych w gospodarstwach domowych.

Metodologia badawcza

Analizą objęto indywidualne dane z badania *Budżetów gospodarstw domowych* pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego za 2011 r., obejmujące 37 375 gospodarstw domowych oraz dane Eurostat.

W strukturze wydatków na zdrowie wyróżnia się trzy kategorie:

- artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny (artykuły medyczne, urządzenia i sprzęt terapeutyczny, naprawa urządzeń i sprzętu terapeutycznego);
- usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej (usługi stomatologiczne, laboratoriów medycznych i pracowni rentgenowskich, usługi medyczne pomocnicze, pozostałe usługi związane ze zdrowiem);
- usługi szpitalne i sanatoryjne.

W badaniu czynników determinujących wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych zastosowano analizę korelacji kanonicznej. Warunkiem jej przeprowadzenia było dokonanie konwersji cech jakościowych na zmienne zero-jedynkowe (0–1). Założono, że zostaną omówione istotne ($p \leq 0,05$) pierwiastki kanoniczne (zespół zmiennych pierwotnych skorelowanych ze sobą i zhierarchizowanych według wkładów w nową zmienną). Do interpretacji pierwiastków kanonicznych zastosowano:

- ładunki czynnikowe – proste korelacje między zmiennymi kanonicznymi a zmiennymi w każdym zbiorze;
- wagi kanoniczne – umożliwiają zrozumienie, jaki jest swoisty wkład każdej zmiennej w każdym zbiorze do danej sumy ważonej. Im jest większa ich wartość, tym jest większy ujemny lub dodatni wkład danej zmiennej do sumy [11].

W pracy pojawia się też pojęcie stosunku korelacyjnego. Stosunki korelacyjne są miarami niemianowanymi i przyjmują wartości od 0 do 1. Ich wartość jest równa 0, gdy cechy są nieskorelowane, równe 1, gdy między zmiennymi zachodzi zależność funkcyjna. Im jest wyższa wartość stosunku korelacyjnego, tym jest silniejsza zależność korelacyjna.

Analizę statystyczną dokonano z wykorzystaniem programów Statistica 10 i Excel.

Poziom i struktura wydatków na zdrowie

Według danych z *Budżetów gospodarstw domowych* [12] w latach 2000–2012 przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie przypadające na osobę wzrosły blisko dwukrotnie, z poziomu prawie 27 zł w 2000 r. do ponad 53 zł w 2012 r. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych w 1995 r. stanowił 2,6%, w 2000 r. – 3,6%, a w 2012 r. – 4,6%. Tempo zmian udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych w analizowanym okresie było dodatnie, najwyższe w latach 1995–2000, tj. z roku na rok udział wydatków na zdrowie wzrastał o 6,7%. W kolejnym okresie (2001–2006) dynamika zmian udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem ulegała spowolnieniu w związku z faktem, że z roku na rok udział wydatków wzrastał o 1,8%. W latach 2007–2012 średnioroczne tempo wzrostu udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem wyniosło 2,4%.

Dodatnia dynamika zmian wydatków na zdrowie w ciągu ostatnich lat wiąże się z powszechnie znanymi przyczynami, takimi jak m.in.: starzenie się społeczeństw, wzrost dochodów w gospodarstwach domowych, coraz droższe leki, nowe technologie medyczne itd. [13].

W latach 1995–2012 dominującą kategorią wydatków na zdrowie stanowiły wydatki na artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i wyposażenie medyczne. Na grupę tę przeznaczano od około 61% do prawie 67% wydatków ogółem na zdrowie. W 2012 r. zakup artykułów medyczno-farmaceutycznych pochłaniał ponad 65% wydatków ogółem na zdrowie. Wydatki na usługi ambulatoryjne stanowiły około jednej trzeciej wydatków ogółem na zdrowie. Natomiast wydatki na usługi szpitalne i sanatoryjne stanowiły najmniejszy udział, tj. około 2–3%, w wydatkach na zdrowie ogółem w gospodarstwach domowych, w 2012 r. – 2,2% [14].

Niski odsetek wydatków na usługi szpitalne wiąże się z faktem, że zdecydowana większość członków gospodarstw domowych korzysta z placówek służby zdrowia opłacanych przez NFZ (według raportu *Diagnoza społeczna* z 2011 r. – 91%). Choć wskazuje się, że równocześnie prawie połowa korzystających z usług opłacanych przez NFZ korzysta także z usług medycznych świadczonych przez placówki prywatne. Udział gospodarstw domowych inwestujących w ochronę zdrowia z własnego budżetu w okresie 2007–2012 uległ zwiększeniu o około 4,4 pkt. proc. [15]. Główną przyczyną wzrostu zainteresowania prywatnymi świadczeniami jest krótszy czas oczekiwania na umawianą wizytę. Pacjenci wskazują też inne zalety prywatnych wizyt, takie jak: dogodniejsze godziny przyjęć, większe kompetencje lekarzy oraz przekonanie, że w czasie tzw. wizyt prywatnych lekarze bardziej się starają [8].

Największy udział wydatków na artykuły medyczno-farmaceutyczne, w tym m.in. na leki, wynika z faktu, że stanowią one tzw. wydatki konieczne, związane z zaspokojeniem jednej z najważniejszych wartości człowieka i rodziny, a mianowicie ochrony zdrowia, co czyni z tych artykułów dobro podstawowe w gospodarstwach domowych. Natomiast usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej, a także usługi szpitalne finansowane z własnej kieszeni można traktować jako dobra wyższego rzędu. Zatem można przypuszczać, że wysokie udziały wydatków na artykuły medyczno-farmaceutyczne w Polsce ponoszone są kosztem wydatków na usługi lecznicze i opiekę długoterminową, jednak stwierdzenie to wymaga głębszych analiz i może być dla wielu kontrowersyjne. Zaznacza się, że w innych krajach, jak na przykład w Danii, Luksemburgu czy Grecji, wydatki na artykuły medyczno-farmaceutyczne są zdecydowanie mniejsze niż w Polsce [16].

Z drugiej strony wskazuje się, że rosnąca konsumpcja leków w Polsce powodowana jest wzrostem zjawiska tzw. samoleczenia, obserwuje się wysoki udział wydatków na leki w wydatkach ogółem i wydatkach na ochronę zdrowia [1].

Zmiany w systemie refundacji leków w Polsce wprowadziła *Ustawa z 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* [17]. Na mocy tej ustawy zostało wprowadzone ograniczenie na refundację leków do poziomu 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym NFZ.

Drugą przyczyną relatywnie wysokich prywatnych wydatków ponoszonych przez Polaków na leki jest wzrost zainteresowania samoleczeniem. Według danych CBOS [18] wzrasta z każdym rokiem konsumpcja leków dostępnych bez recepty. Polacy zajmują drugie miejsce w Europie, za Francją, pod względem liczby przypadających opakowań leków spożywanych przez jednego mieszkańca, co może być tłumaczone m.in. przekonaniem znacznej części

społeczeństwa o wpływie chociażby różnych preparatów witaminowych na stan zdrowia.

Czynniki determinujące wydatki na zdrowie

Celem wyodrębnienia czynników wpływających na wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych zastosowano wielowymiarową analizę statystyczną. Z wielu badań wynika [10, 19], że wydatki w gospodarstwach domowych determinuje splot czynników o różnorodnym charakterze.

W rezultacie badania wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z zastosowaniem analizy korelacji kanonicznej wyodrębnione zostały 3 zmienne kanoniczne. W utworzonym modelu uwzględniono 32 zmiennych niezależnych oraz 3 zmienne zależne (**Tabela 1**). Zmienność cech mierzona ogólną wariancją po stronie zmiennych nie-

Tabela 1. Zestawienie wartości wariancji wyodrębnionej i całkowitej redundancji oraz liczby i rodzaju zmiennych niezależnych i zależnych

Wyszczególnienie	Zmienne niezależne	Zmienne zależne
Liczba zmiennych	32	3
Wariancja wyodrębniona	21,8%	100,0%
Całkowita redundancja	2,1%	7,5%
Zmienne	Cechy gospodarstwa domowego	Wydatki na
1	Liczba osób	Artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny
2	Liczba bezrobotnych	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej
3	Liczba dzieci do 26. roku życia	Usługi szpitalne i sanatoryjne
4	Wiek respondenta	
5	Dochód rozporządzalny gospodarstwa na osobę	
7–13	7 zmiennych 0–1 określających typ biologiczny rodziny, tj. gospodarstwa domowe bez dzieci na utrzymaniu, z 1 dzieckiem na utrzymaniu, z 2 dziećmi na utrzymaniu, z 4 i większą liczbą dzieci na utrzymaniu, matek samotnie wychowujących dzieci, ojców samotnie wychowujących dzieci, pozostałe	
14–17	4 zmienne 0–1 określające fazę cyklu rozwoju rodziny, gospodarstwa domowe: osób młodych bez dzieci na utrzymaniu, rodzin z dziećmi w wieku przedszkolnym, rodzin z młodzieżą kształcąca się, osób starszych aktywnych zawodowo, osób starszych nieaktywnych zawodowo	
18–21	4 zmienne określające wykształcenie głowy rodziny, gospodarstwa domowe z wykształceniem głowy rodziny: podstawowym, gimnazjalnym lub niższym, zasadniczym zawodowym, średnim ogólnokształcącym, wyższym	
22–28	7 zmiennych 0–1 określających grupę społeczno ekonomiczną, gospodarstwa domowe: pracowników na stanowiskach robotniczych, pracowników na stanowiskach nierobotniczych, rolników, pracujących na własny rachunek, emerytów, rencistów, utrzymujących się z niezarobkowych źródeł	
29–32	4 zmienne 0–1 określające lokalizację gospodarstwa domowego, gospodarstwa domowe zlokalizowane: w miastach o liczbie mieszkańców powyżej 500 tys., w miastach o liczbie mieszkańców od 200 tys. do 499 tys., w miastach o liczbie mieszkańców poniżej 20 tys., na wsiach	

Źródło: obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z *Budżetów gospodarstw domowych* GUS

zależnych wyniosła 21,8%, a po stronie zmiennych zależnych – 100%. Natomiast całkowita redundancja stanowiła 2,1% po stronie cech niezależnych i 7,5% po stronie cech zależnych.

W ramach analizy korelacji kanonicznej wyłoniono 3 pierwiastki kanoniczne, wszystkie istotne statystycznie ($p < 0,05$). Wartość korelacji dla pierwiastka I wyniosła 0,42, dla pierwiastka II – 0,20, a dla pierwiastka III – 0,06.

W I pierwiastku kanonicznym największe wagi kanoniczne miały:

- po stronie zmiennych niezależnych – dochód rozporządzalny na osobę w gospodarstwie domowym (-0,91);
- po stronie zmiennych zależnych – wydatki na artykuły medyczno-farmaceutyczne oraz urządzenia i sprzęt medyczny (0,96).

Największe ładunki czynnikowe miały:

- po stronie zmiennych niezależnych – gospodarstwa domowe osób starszych nieaktywnych zawodowo (0,77), wiek głowy gospodarstwa domowego (0,74), wielkość gospodarstwa domowego (-0,63), gospodarstwa domowe emerytów (0,65), liczba dzieci na utrzymaniu (-0,55), gospodarstwa domowe pracowników na stanowiskach robotniczych (-0,44) oraz dochód rozporządzalny na osobę (0,42);
- po stronie zmiennych zależnych – wydatki na artykuły medyczno-farmaceutyczne oraz urządzenia i sprzęt medyczny (0,98).

Na podstawie wielkości wag kanonicznych i ładunków czynnikowych dla pierwiastka I można sformułować następujący wniosek. W gospodarstwach domowych osób starszych ponoszone są większe wydatki na zdrowie. Im są większe dochody rozporządzalne na osobę, tym są większe wydatki na osobę na zdrowie. W gospodarstwach domowych wieloosobowych, w rodzinach z dziećmi na utrzymaniu oraz w gospodarstwach domowych pracowników na stanowiskach robotniczych obserwuje się mniejsze wydatki na zdrowie, co potwierdza wcześniejsze analizy [10]. Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że najważniejszym czynnikiem wpływającym na wydatki na zdrowie jest wiek członków gospodarstwa domowego, a w dalszej kolejności dochody rozporządzalne na osobę oraz wielkość gospodarstwa domowego.

W II pierwiastku kanonicznym największe wkłady wniosły:

- po stronie zmiennych niezależnych – dochód rozporządzalny na osobę (-0,91);
- po stronie zmiennych zależnych – wydatki na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej (-0,75), usługi szpitalne i sanatoryjne (-0,60).

Największe ładunki czynnikowe miały:

- wśród zmiennych niezależnych – dochód rozporządzalny na osobę (-0,87), wiek głowy gospodarstwa domowego (0,38), gospodarstwa domowe zlokalizowane w miastach z liczbą mieszkańców powyżej 500 tys. (-0,37);
- wśród zmiennych zależnych – wydatki na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej (-0,76) oraz usługi szpitalne i sanatoryjne (-0,61).

Na podstawie wielkości wag kanonicznych i ładunków czynnikowych dla pierwiastka II sformułowano następujące konstatacje. Im jest większy dochód w gospodarstwie domowym na osobę, tym większe wydatki na członka gospodarstwa domowego na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne. Usługi ambulatoryjne, a także usługi szpitalne i sanatoryjne w większości są finansowane przez NFZ, a zatem te opłacane z własnej kieszeni można traktować jako wydatki na dobra wyższego rzędu, które, jak wynika z licznych badań, w większym zakresie dostępne są dla osób osiągających wyższe dochody.

W II pierwiastku potwierdzono też zależność z I pierwiastka, że w gospodarstwach domowych osób starszych zaobserwowano wyższe wydatki na osobę na artykuły medyczno-farmaceutyczne. Leki stanowią dobro podstawowe, a wraz z wiekiem zwiększa się zachorowalność na choroby przewlekłe, dlatego nie dziwi fakt pojawienia się większych wydatków na artykuły medyczno-farmaceutyczne wśród gospodarstw domowych z osobami starszymi.

Na podstawie analizy wartości wag kanonicznych oraz ładunków czynnikowych dla pierwiastka III można stwierdzić, że większe wydatki na usługi szpitalne i sanatoryjne wiązać można z gospodarstwami domowymi z niższym wykształceniem głowy rodziny (niższe wykształcenie koreluje ze stosunkowo wyższym wiekiem głów gospodarstw domowych) oraz faktem bycia zatrudnionym na stanowisku robotniczym.

Większe wydatki na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej zauważono w gospodarstwach domowych reprezentowanych przez osoby: z wyższym wykształceniem, w młodszym wieku, pracujące na stanowiskach nierobotniczych oraz z gospodarstw zlokalizowanych w miastach o liczbie mieszkańców powyżej 500 tys. mieszkańców.

Jak już wcześniej zaznaczono, usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej niejednokrotnie mogą stanowić dobra wyższego rzędu, a wymienione cechy gospodarstw domowych, w których odnotowano większe wydatki na te dobra, korelują z wyższymi dochodami.

Inne badania potwierdzają, że wydatki na zdrowie wiążą się z poziomem wykształcenia członków rodziny, ich

wiekem, dochodem w gospodarstwie domowym, a także liczbą osób i fazą cyklu rozwoju rodziny oraz reprezentowaniem określonej grupy społeczno-ekonomicznej [20]. Rout [21] wskazuje, że wśród socjoekonomicznych czynników znaczący, pozytywny wpływ na zdrowie mają przede wszystkim dochód i wykształcenie.

Typy gospodarstw domowych a wydatki na zdrowie

Analiza wydatków na zdrowie z wykorzystaniem korelacji kanonicznej wskazała, że najważniejszymi czynnikami wpływającym na wielkość wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych są: wiek członków rodziny, ich dochody oraz wykształcenie. W kolejnym etapie dokonano więc analizy wydatków na zdrowie w zależności od różnych typów gospodarstw domowych.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono m.in., że wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych z głowami rodziny w wieku 70 lat i więcej były ponad dwukrotnie wyższe niż dla ogółu gospodarstw domowych w odniesieniu do artykułów medyczno-farmaceutycznych oraz ponad czterokrotnie wyższe dla usług szpitalnych i sanatoryjnych (**Tabela 2**). W gospodarstwach domowych reprezentowanych przez głowy rodziny w wieku poniżej 30. roku życia średnie miesięczne wydatki na zdrowie wynosiły około 46 zł, podczas gdy w gospodarstwach domowych osób w wieku 60–70 lat – około 84 zł, a powyżej 70 lat – 129 zł.

Z badań wynika [22], że wraz z wiekiem wzrasta udział osób, które ze względów finansowych są zmuszone ograniczyć wydatki na ochronę zdrowia. I tak w badaniu *Diagnoza społeczna* przeprowadzonym w 2000 r. [23], jak i w 2011 r. [16] emeryci i renciści stanowili jedną z grup, w której istniała konieczność rezygnacji ze względów finansowych z wielu świadczeń w zakresie ochrony zdrowia. W gospodarstwach domowych emerytów i rencistów

najbardziej odczuwalne braki w zakresie ochrony zdrowia spowodowane były z jednej strony pogarszającym się wraz z wiekiem stanem zdrowia, z drugiej strony mniej korzystną sytuacją finansową tych gospodarstw.

W polskich gospodarstwach domowych, wzorem krajów zachodnich, zaobserwowano też zaciąganie pożyczek lub kredytów na cele konsumpcyjne. Badania własne Dąbrowskiej i wsp. [24] wykazały, że zaciąganie zobowiązań finansowych na ratowanie życia i leczenie dotyczyło przede wszystkim rencistów, osób z gospodarstw 3-osobowych oraz z gospodarstw domowych bez dzieci na utrzymaniu (po ich usamodzielnieniu się). Renciści i samotne osoby starsze stanowiły też grupy, które w najwyższym odsetku (po jednej trzeciej badanych) oszczędzały z bieżących dochodów na potrzeby związane z ochroną zdrowia.

Poziom dochodów przypadających na członka gospodarstwa domowego jest kluczowym wskaźnikiem kształtowania konsumpcji. Dochód partycypuje łącznie z innymi determinantami w wyznaczaniu kwot przeznaczanych na zaspokajanie potrzeb konsumpcyjnych. Dochody w gospodarstwie domowym określają standard życia, możliwości zaspokajania potrzeb i poziom konsumpcji, a w konsekwencji – wieloaspektowo rozumianą jakość życia [22].

Wydatki na zdrowie wzrastały w miarę wzrostu poziomu zamożności w gospodarstwach domowych, a udział wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych najuboższych był niższy niż w pozostałych. Im gospodarstwo domowe znajdowało się w korzystniejszej sytuacji materialnej, tym większe były wydatki na zdrowie (**Tabela 3**). Średnie miesięczne wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych z I grupy dochodowej wynosiły około 31 zł na osobę, a z III grupy dochodowej – 101 zł na osobę.

Analizy wydatków na zdrowie w 2000 r. też wskazywały, że poziom uzyskiwanych dochodów istotnie statystycznie różnicował wydatki na ochronę zdrowia. Osoby gorzej sytuowane znacznie częściej były zmuszone rezy-

Tabela 2. Poziom wydatków na produkty i usługi medyczne w polskich gospodarstwach domowych ze względu na wiek głowy gospodarstwa domowego w 2011 r.

Wiek głowy gospodarstwa domowego	Artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	Usługi szpitalne i sanatoryjne
Ogółem	44,13	18,97	1,57
Mniej niż 30 lat	22,43	22,56	0,71
30–39 lat	23,40	18,75	0,90
40–49 lat	22,90	16,07	0,94
50–59 lat	34,98	17,97	1,52
60–70 lat	62,76	18,97	2,16
70 i więcej lat	103,68	22,48	3,12
Współczynnik korelacji	0,320	0,006	0,027

Źródło: obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z *Budżetów gospodarstw domowych* GUS

Tabela 3. Poziom wydatków na produkty i usługi medyczne w polskich gospodarstwach domowych ze względu na grupę dochodową gospodarstwa domowego w 2011 r.

Grupa dochodowa	Artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	Usługi szpitalne i sanatoryjne
I	23,28	7,37	0,26
II	47,09	14,15	0,91
III	62,02	35,39	3,54
Współczynnik korelacji	0,138	0,166	0,142

Źródło: obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z *Budżetów gospodarstw domowych* GUS

gnować z wydatków związanych z ochroną zdrowia w porównaniu z osobami lepiej sytuowanymi [7]. Wskazuje się też, że dostęp do leków dla słabszych ekonomicznie grup ludności w Polsce jest ograniczony [2]. W raporcie *Diagnoza społeczna* z 2011 r. [8] wskazano, że z powodów finansowych część gospodarstw domowych była zmuszona rezygnować z różnych usług zdrowotnych. Najczęściej rezygnowano z leczenia zębów – ponad 17% gospodarstw domowych, natomiast z zakupu leków rezygnowało około 18% gospodarstw domowych.

Warto dodać [25], że pojawienie się dochodu nadwyżkowego w gospodarstwach domowych w najmniejszym stopniu potęgowało zwiększanie wydatków na zdrowie. W gospodarstwach domowych w momencie pojawienia się dodatkowego dochodu zwiększano wydatki na żywność oraz wyposażenie mieszkania i transport.

Wydatki na zdrowie w zależności od wykształcenia głowy gospodarstwa domowego kształtowały się następująco. Największe miesięczne wydatki na zdrowie odnotowano w gospodarstwach domowych, w których głowa rodziny legitymowała się wykształceniem wyższym – miesięcznie około 94 zł na osobę, a następnie w gospodarstwach domowych z głową rodziny mającą średnie ogólnokształcące wykształcenie – blisko 70 zł na osobę (**Tabela 4**). Najmniejsze zaś wydatki zauważono w gospodarstwach domowych, w których głowa gospodarstwa

miała wykształcenie zasadnicze zawodowe – miesięcznie nieco ponad 44 zł na osobę. W grupie gospodarstw domowych, w których głowa rodziny legitymowała się gimnazjalnym, podstawowym lub niższym poziomem wykształcenia, odnotowano stosunkowo wysokie udziały wydatków na artykuły medyczno-farmaceutyczne, co może wynikać z faktu, że cechą charakterystyczną tych gospodarstw domowych jest stosunkowo wyższy wiek członków rodziny. W gospodarstwach domowych, w których głowa rodziny reprezentowała wyższe wykształcenie, odnotowano relatywnie większe wydatki na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej. Wyższy poziom wykształcenia koreluje z większymi dochodami w gospodarstwach domowych, co umożliwia finansowanie usług opieki zdrowotnej z własnej kieszeni. W innych badaniach podkreśla się też, że wyższe wykształcenie sprzyja lepszemu zdrowiu i bardziej prawidłowym zachowaniom zdrowotnym [13].

W badaniu *Diagnoza społeczna* z 2000 r. [8] również wykazano zmienną „wykształcenie” jako istotnie różnicującą wydatki na cele związane z ochroną zdrowia. Wskazywano też, że najmniej różnic dotyczyło rezygnacji z leczenia szpitalnego, tym bardziej że finansowane jest ono z ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta, a nie bezpośrednio z jego kieszeni. Najwięcej różnic dotyczyło rezygnacji z wykupienia leków, gdyż pacjenci często nie dysponowali funduszami do tego niezbędnymi.

Tabela 4. Poziom wydatków na produkty i usługi medyczne w polskich gospodarstwach domowych ze względu na wykształcenie głowy gospodarstwa domowego w 2011 r.

Wykształcenie głowy gospodarstwa domowego	Artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	Usługi szpitalne i sanatoryjne
Gimnazjalne, podstawowe lub niższe	55,80	9,39	0,72
Zasadnicze zawodowe	32,15	11,21	0,95
Średnie ogólnokształcące i policealne	47,26	20,73	1,55
Średnie zawodowe	44,06	20,32	1,53
Wyższe	52,49	37,97	3,40
Stosunek korelacyjny	0,115	0,099	0,032

Źródło: obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z *Budżetów gospodarstw domowych* GUS

Zakończenie

Przedstawiona praca zapoznaje z poziomem, strukturą i determinantami wydatków na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych. Wskazuje na najważniejsze czynniki wpływające na poziom wydatków w gospodarstwach domowych.

W świetle wyników badań skonstatować można, że:

- wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych wykazują dodatnią dynamikę. Najwięcej pochłaniają wydatki na produkty medyczo-farmaceutyczne. Problemy polskiego społeczeństwa, takie jak bezrobocie i pauperyzacja w wielu kręgach społecznych, powodują, że wydatki na usługi medycyny niekonwencjonalnej oraz prywatne leczenie szpitalne i sanatoryjne mogą ponieść tylko nieliczne grupy społeczne, cechujące się większymi dochodami;
- najważniejszym czynnikiem determinującym poziom wydatków na zdrowie jest wiek głowy rodziny, a następnie dochód w gospodarstwie domowym oraz wykształcenie głowy rodziny. W gospodarstwach domowych osób starszych, nieaktywnych zawodowo zaobserwowano największe wydatki na zdrowie, a w szczególności na artykuły medyczo-farmaceutyczne i urządzenia oraz sprzęt medyczny. Z drugiej strony z badań wynika, że w gospodarstwach osób starszych najczęściej dochodzi ze względów finansowych do rezygnacji z zaspokojenia wielu potrzeb pojawiających się w związku z ochroną zdrowia;
- postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa i niepewność przyszłych emerytur nie rokuje pozytywnie na przyszłość. Konieczne są dalsze reformy systemu ochrony zdrowia, warto byłoby wnikliwiej przyjrzeć się rozwiązaniom w krajach, w których zdecydowanie lepiej oceniana jest działalność systemu ochrony zdrowia zarówno przez pacjentów, jak i w międzynarodowych porównaniach systemów ochrony zdrowia;
- w Polsce z każdym rokiem przybywa osób lepiej wykształconych, a w gospodarstwach domowych z osobami z wyższym wykształceniem obserwuje się bardziej korzystne zachowania zdrowotne, związane w dużej mierze ze stosowaniem bardziej racjonalnego sposobu żywienia, co ma bezpośrednie znaczenie w prewencji wielu chorób dietozależnych. Większa świadomość zdrowotna części społeczeństwa lepiej wykształconego może doprowadzić do większej dbałości o zdrowie. Może to wpłynąć na

wzrost korzystania z usług służby zdrowia i w efekcie na zwiększenie wydatków ponoszonych na zdrowie z budżetów domowych, niezależnie od dochodów.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Cztery reformy w opinii społecznej. Komunikat z badań, 2001 r., <http://www.cbos.com.pl>.
2. Golinowska S (red.). Zarys systemu ochrony zdrowia. WHO 2011.
3. Björnberg A, Euro Health Consumer Index. 2013 Report, Health Consumer Powerhouse. 2013, <http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>.
4. Gutkowska K, Jeżewska-Zychowicz M, Ozimek I, Polskie gospodarstwa domowe w perspektywie integracji z Unią Europejską. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 1999.
5. Piskiewicz L. Poziom i struktura konsumpcji gospodarstw domowych w regionach. W: Kusińska A. Konsumpcja a rozwój społeczno-gospodarczy regionów w Polsce. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2011.
6. Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Warszawa: GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia; 2013.
7. Hipsz N. Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej. Komunikat z badań. BS/47/2010. Warszawa: CBOS; 2012.
8. Czapiński J, Panek T (red.). Diagnoza Społeczna. 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego; 2011.
9. Frączkiewicz-Wronka A. Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2009.
10. Gutkowska K, Laskowski W, Ozimek I. Konsumpcja żywności w polskich gospodarstwach domowych – kryteria zróżnicowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2012.
11. Stanisz A. Korelacja kanoniczna. Medycyna Praktyczna. 2002;6.
12. Budżety gospodarstw domowych w 2011 r. Warszawa: GUS; 2012.
13. Golinowska S. Wielkość i determinanty wydatków na ochronę zdrowia. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2003;1(1):7–15.
14. Final consumption expenditure of households by consumption [nama_co3_c], <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, data wejścia: 22.12.2013.
15. Czapiński J, Panek T (red.). Diagnoza Społeczna. 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Warszaw: Rada Monitoringu Społecznego; 2011. s. 120–130.
16. Krakowińska E. Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej. Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW. 2006;1:37–50.
17. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, z 2012 r., poz. 95, 742, z 2013 r., poz. 766, 1290.
18. Roguska B, Feliksiak M. Stosowanie leków dostępnych bez recepty. Komunikat z badań. BS/143/2010. Warszawa: CBOS; 2010.

19. Piekut M, Polskie gospodarstwa domowe – dochody, wydatki i wyposażenie w dobra trwałego użytkowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2008.
20. Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późniejszymi zmianami.
21. Rout HS. Gender and Household Health Expenditure in Odisha. *India Journal of Health Management*. 2010;12:445–460.
22. Zalega T. Wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w okresie kryzysu. *Problemy Zarządzania*. 2013;11,1(41):174–192.
23. Czapiński J, Panek T (red.). *Diagnoza społeczna. Wartość i jakość życia Polaków oraz ich doświadczenia z reformami systemowymi po 10 latach transformacji*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP; 2000.
24. Dąbrowska A, Janoś-Kresło M, Słaby T, Witek J. *Niedobory konsumpcji w polskich gospodarstwach domowych*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2013.
25. Ciecieląg J. Oszacowanie skal ekwiwalentnych. *Ekonomia*. 2002;7:123–133.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Marlena Piekut
ul. Łukasiewicza 17, 09-400 Płock
e-mail: mpiekut@op.pl

WYBRANE PROBLEMY EWIDENCYJNE AP-DILO

SELECTED PROBLEMS OF AP-DILO DATA COLLECTION

Erwin Strzesak¹, Hanna Waligórska², Sylwia Zygmunt²¹ Katedra i Zakład Elektrodziagnostyki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu² Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu

STRESZCZENIE

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (KDiLO) została stworzona, by usprawnić działanie systemu opieki zdrowotnej nad pacjentem onkologicznym. Celem karty jest rejestracja danych, które pozwolą na dokładniejszą analizę wydajności lekarzy i lepszy rozdział środków finansowych na terapie onkologiczne. Wprowadzony system diagnostyki i leczenia onkologicznego jednak nie działa w sposób zadowalający, ponieważ utrudnia gromadzenie danych o pacjentach i lekarzach. Celem tego artykułu jest analiza tego problemu.

Słowa kluczowe: dane pacjenta, dane lekarza, numer PWZ, KDiLO, zielona karta.

ABSTRACT

Diagnosis card and cancer treatment (KDiLO) was created in order to improve the operation of the health care system for the oncology patients. The aim of the card is to record data, which will allow for more accurate performance analysis of physicians and better allocation of funds for cancer therapies. However introduced system diagnosis and cancer treatment (DiLO) does not work, because it experiences difficulties in patients and doctors data collection. The purpose of this article is to analyse this problem.

Keywords: patient data, physicians data, PWZ number, KDiLO, green card.

Wstęp

Z dniem 1 stycznia 2015 r. w wyniku zmian w *Ustawie [...] o świadczeniach opieki zdrowotnej [...]*¹ wprowadzono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ideą wprowadzonych zmian było omijanie kolejek przez pacjentów, u których wystąpi podejrzenie choroby nowotworowej. Tzw. zielona karta miała i nadal ma otworzyć pacjentowi drzwi do szybkiej diagnostyki onkologicznej. Przepisy w pewien sposób wymuszają na świadczeniodawcach zachowanie płynności w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Dostosowano do tego przepisy zawarte w rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Poszczególne przepisy dają pacjentom następujące możliwości.

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia [...]*² oraz *Zarządzenie Prezesa NFZ [...]*³ zapewniają pacjentom wykonanie całości diagnostyki wstępnej i pogłębionej w ciągu 9

tygodni od dnia wpisania na listę oczekujących. Kolejne *Rozporządzenie Ministra Zdrowia [...]*⁴ oraz *Zarządzenie Prezesa NFZ [...]*⁵ obligują świadczeniodawców do podjęcia leczenia onkologicznego od chwili umieszczenia na liście oczekujących przed upływem 14 dni.

Terminy te dotyczą wyłącznie pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Następnym aktem prawnym⁶ Minister Zdrowia wprowadził wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Po niecałym roku jej funkcjonowania Minister Zdrowia M. Zembala z dniem 1 listopada 2015 r. *Rozporządzeniem z dnia 6 października 2015 r. [...]* wprowadził nowy wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Z założenia ma być ona korzystniejsza zarówno dla pacjenta, jak i lekarzy wypisujących kartę.

Lekarz rodzinny, tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ma prawo wystawić kartę DiLO już w momencie podej-

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2014.1442).

³ Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2014.1441).

⁵ Zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

⁶ Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. 2014.1751).

rzenia choroby nowotworowej. Pacjent na tej podstawie udaje się do specjalisty na diagnostykę wstępną, która potwierdzi chorobę nowotworową bądź jej nie potwierdzi. Lekarz specjalista wystawia kartę, gdy już ma wiedzę o chorobie nowotworowej pacjenta. Ewentualnie należy przeprowadzić diagnostykę pogłębioną w celu uszczegółowienia rodzaju nowotworu. Od 1 listopada 2015 r. lekarz rodzinny może kierować pacjenta już bezpośrednio na zabieg diagnostyczno-lecniczy w celu potwierdzenia choroby nowotworowej.

Kolejnym etapem leczenia pacjenta w przypadku potwierdzenia choroby jest leczenie, przed podjęciem którego zbiera się obligatoryjnie konsylium, które ma za zadanie ustalić plan leczenia onkologicznego. Tak w skrócie wygląda ścieżka pacjenta posiadającego „zieloną kartę”. Wdrożenie jej do systemu opieki zdrowotnej jest niewątpliwie bardzo korzystne dla pacjenta.

Karta, jak wiadomo, jest generowana w systemie elektronicznym, po wydruku stanowi element dokumentacji medycznej pacjenta. Wprowadzone zmiany niestety nie uwzględniły występujących problemów związanych z wypełnianiem karty. Tak więc elektroniczne niedogodności nadal będą występować.

Na **rycinach 1 i 2** zaprezentowano dwie z siedmiu stron karty ze wskazanymi miejscami najczęstszych pomyłek.

Grafika tego dokumentu kojarzy się z dokumentacją urzędu skarbowego, tzw. drukami PIT stosowanymi w rozliczeniach podatkowych. Karta prowadzona jest w systemie elektronicznym, który to system automatycznie nadaje unikatowy numer identyfikujący pacjenta. Jest to jedyny element karty, w którym nie dojdzie do błędu. Pozostałe elementy, szczególnie jeśli chodzi o nazwiska i imiona lekarzy, nie podlegają automatycznej weryfikacji. O ile byłoby prościej i szybciej, gdyby w momencie wpisania numeru prawa wykonywania zawodu pozostałe dane dotyczące identyfikacji lekarza nadpisywały się z systemu. Dzięki temu można by było uniknąć wielu błędów. Zdajemy sobie sprawę, że zawiniamy tu człowiek, pośpiech, presja czasu. Ale czy w dobie tak totalnej informatyzacji (niebawem ma funkcjonować dokumentacja elektroniczna) nie powinno się wyeliminować tego typu błędów w sposób systemowy?

W części AB.1. LEKARZ WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO w kratce A4 należy wpisać imię, a w kratce A5 – nazwisko lekarza.

Ponizej w części AC.1. DANE PACJENTA w kratce A9 należy wpisać nazwisko pacjenta, a w kratce A10 – imię pacjenta.

Dane z części AB.1. i AC.1. dotyczące imienia i nazwiska są ewidencjonowane przemienne – w polu dotyczącym

lekarza najpierw ewidencjonuje się imię, a następnie nazwisko, a w części dotyczącej pacjenta najpierw ewidencjonuje się nazwisko, a następnie imię. To może stanowić główną przyczynę pomyłek we wpisywaniu tych danych. Użytkownik sugeruje się kolejnością z pierwszej części i w danych pacjenta wpisuje dane odwrotnie, imię staje się nazwiskiem, a nazwisko – imieniem.

Dokonywanie wpisów imienia i nazwiska lekarzy i pacjentów (pola wskazane w części AB.1., AC.1., F13, F14, F15, F16) jest zupełnie dowolne i nieweryfikowane w żaden sposób. Najczęściej popełnianymi błędami są:

- w polu imię wpisano imię, w polu nazwisko wpisano imię,
- w polu imię wpisano nazwisko, w polu nazwisko wpisano nazwisko,
- błędy w kolejności liter lub opuszczenie liter, tzw. literówki,
- zmiana płci lekarza, np.: zamiast Michał wpisano Monika,
- tworzenie się nowego słownika imion, np.: Ichał, Jona, Anna, Żneta, Zaneta, Błazej, Błazej, Błazej, Bażej, Aaldona, Jcek, Jilanta i wiele innych kombinacji, system przyjmie każdą kombinację znaków,
- różnorodność wpisywania lekarzy dwojga nazwisk: zmiana kolejności nazwisk w kolejnych wpisach, używanie lub nieużywanie łącznika między nazwiskami, używanie lub nieużywanie spacji między spacją a nazwiskiem – to wielokrotnia powstawanie kombinacji.

Pomyłki są również możliwe w pozostałych polach karty, gdzie należy uzupełnić imię i nazwisko, np.: w polu FB.2. DANE LEKARZY SPECJALISTÓW ZWIĄZANEJ Z LOKALIZACJĄ NOWOTWORU czy FB.3. POZOSTALI CZŁONKOWIE KONSyliUM.

Konsekwencjami powyższych błędów są trudne do przeprowadzenia analizy np. dotyczące liczby lekarzy wykonujących konsylium. Niektórzy rekordziści występują w zestawieniach po kilka lub kilkanaście razy i gdyby nie nr PWZ, który jest niezmienny dla danego lekarza i weryfikowany, nie można byłoby zorientować się, czy chodzi o tego samego czy innego lekarza.

Znane są i obecnie osiągalne słowniki personelu wyższego, np. baza Naczelnej Izby Lekarskiej lub bazy personelu przyporządkowane do każdej placówki medycznej w systemie SZOI.

Dostęp do takiego słownika umożliwiłby wybór właściwych danych lekarza, a tym samym – uniknięcie pomyłek. Można rozpatrzyć także możliwość skojarzenia numeru PWZ z imieniem i nazwiskiem lekarza i ograniczyć się do wyboru tylko numeru prawa, a pozostałe dane uzupełniałoby się automatycznie.



KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest drukowana na papierze w formacie A4, może być drukowana dwustronnie.

AA. IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A1. Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie)	(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego)
---	--

AB. WYDANIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A2. Data sporządzenia	A3. Wydana w: <input type="radio"/> podstawowej opiece zdrowotnej <input type="radio"/> szpitalu	<input type="radio"/> ambulatoryjnej opiece specjalistycznej / profilaktycznych programach zdrowotnych <input type="radio"/> szpitalu – leczenie onkologiczne rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.
A4. Data decyzji o założeniu karty		

AB.1. LEKARZ WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A5. Imię	A6. Nazwisko	A7. Numer prawa wykonywania zawodu oraz pieczęć
----------	--------------	---

AB.2. ŚWIADCZENIODAWCA, U KTÓREGO WYDANO KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A8. Nazwa świadczeniodawcy
A9. Adres świadczeniodawcy

AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

AC.1. DANE PACJENTA

W polu A12, w przypadku osób które nie mają nadanego numeru PESEL, wpisuje się rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku noworodków w polu A12 należy wpisać numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz odznaczyć pole A13. Pole A14 należy wypełnić w przypadku ciąży mnogiej. Noworodkom należy przypisać dodatkową cyfrę wskazującą na kolejność rodzenia się.

A10. Nazwisko	A11. Imię (imiona)	
A12. Numer PESEL albo rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	A13. Wystawiono noworodkowi <input type="checkbox"/>	
A14. Numer kolejny noworodka	A15. Data urodzenia	A16. Płeć
A17. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)		

AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

(w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm))
Dane wymagane w przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody.

A18. Nazwisko	A19. Imię (imiona)
A20. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)	

AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A21. Data i podpis posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a w przypadku noworodka – jednego z rodziców lub opiekuna prawnego
--

47

Rycina 1. Jedna z siedmiu stron karty DiLO z zaznaczonymi miejscami najczęstszych pomyłek

FA. IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

F1. Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie)	(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego)
---	--

FB. KONSyliUM

W polu F3 należy podać komórkę organizacyjną świadczeniodawcy, a w przypadku braku takiej komórki – nazwę świadczeniodawcy. Adres należy uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres świadczeniodawcy.

Datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu F4 podaje się, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

F2. Nazwa i adres lub pieczęć świadczeniodawcy	F3. Miejsce zorganizowania konsylium (adres, klinika, oddział, zakład)
--	--

F4. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	F5. Data posiedzenia konsylium
--	--------------------------------

F6. Ocena jakości diagnostyki onkologicznej			
	pełna	niekompletna	uwagi:
Diagnostyka wstępna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diagnostyka pogłębiona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

W polu F7 należy podać kod rozpoznania chorobowego wg klasyfikacji ICD-10.

F7. Kod jednostki chorobowej	F8. Nazwa jednostki chorobowej
------------------------------	--------------------------------

F9. Wynik badania potwierdzającego rozpoznanie nowotworu złośliwego

W polu F10 należy podać stopień zaawansowania klinicznego oraz określić skalę, na podstawie której został on ustalony (np. TNM, FIGO, Ann Arbor).

F10. Stopień zaawansowania klinicznego
--

Pola F11 i F12 wypełnia się w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego.

F11. Numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów	F12. Data zgłoszenia nowotworu do Krajowego Rejestru Nowotworów
--	---

FB.1. DANE LEKARZY OBOWIĄZKOWO UCZESTNICZĄCYCH W KONSyliUM

W polach F13, F14, F15, F16 należy podać imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarzy obowiązkowo uczestniczących w konsylium zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

F13. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis	F14. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis
F15. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis	F16. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis

FB.2. DANE LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE ZWIĄZANEJ Z LOKALIZACJĄ NOWOTWORU

F17. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis	F18. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis
F19. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis	F20. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis

FB.3. POZOSTALI CZŁONKOWIE KONSyliUM

F21. Imię, nazwisko, podpis	F22. Imię, nazwisko, podpis
F23. Imię, nazwisko, podpis	F24. Imię, nazwisko, podpis

FB.4. DECYZJA KONSyliUM

F25. Opis

Rycina 2. Jedna z siedmiu stron karty DiLO z zaznaczonymi miejscami najczęstszych pomyłek

Podsumowanie

Głównym celem utworzenia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego było zapewnianie pacjentom onkologicznym szybkiej diagnozy i terapii. W trakcie wdrażania karty pojawiały się różnego rodzaju problemy związane m.in. z przeszkoleniem personelu, terminowością wpisów, a także z działaniem systemu AP-DiLO – system działał z przerwami. Od wejścia w życie nowego systemu minęło ponad 9 miesięcy, a aplikacja nadal nie została poprawiona. Udostępnienie słowników, np. bazy lekarzy, jest jedną z kilku propozycji, które znacznie przyczyniłyby się do ułatwienia i usprawnienia pracy w systemie AP-DiLO.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Sylwia Zygmunt
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel.: 61 885 05 19
e-mail: sylwia.zygmunt@wco.pl

PODSUMOWANIE 3 LAT FUNKCJONOWANIA SYSTEMU ELEKTRONICZNEJ WERYFIKACJI UPRAWNIEŃ ŚWIADCZENIOBIORCY – EWUŚ

A SUMMARY OF THREE YEARS OF OPERATE OF EWUŚ (ELECTRONIC VERIFICATION OF ELIGIBILITY OF BENEFICIARIES SYSTEM)

Anna Krzemińska

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu

STRESZCZENIE

System Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorcy towarzyszy pacjentom już od 3 lat. Za jego pośrednictwem świadczeniodawca ma możliwość sprawdzenia online uprawnień pacjenta do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Jak sprawuje się powyższy system na co dzień?

Słowa kluczowe: eWUŚ, Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorcy, świadczeniobiorca, świadczenia zdrowotne, udzielanie świadczeń, pacjent, świadczeniodawca.

ABSTRACT

The electronic Verification of Eligibility of Beneficiaries of health service provider has already been accompanied patients for three years. Though this, the health benefits provider has ability to check online if the patient is entitled to free healthcare. How the above system does work on daily basic?

Keywords: eWUŚ, Electronic Verification of Eligibility of Beneficiaries, health benefits, the provision of benefits, patient, healthcare provider.

50

Większa informatyzacja, krótsze kolejki

Koncepcja powstania systemu weryfikacji uprawnień do bezpłatnej opieki zdrowotnej była jak najbardziej słuszna. Założenia miał on usprawnić proces rejestracji pacjenta do wybranej poradni. Jak? Upraszczając formalności przy przyjęciu. W chwili obecnej wystarczy podać nr PESEL oraz okazać dokument potwierdzający tożsamość, by w wyniku zapytania do centralnej bazy danych eWUŚ otrzymać automatyczną odpowiedź z systemu stwierdzającą, czy pacjent ma ważny tytuł ubezpieczenia, czy nie. Jeśli dane pacjenta zaświecą się na zielono, wówczas lekarz może przyjąć takiego pacjenta bez obaw, że Narodowy Fundusz Zdrowia zakwestionuje rozliczenie danej wizyty z powodu braku uprawnień do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Co natomiast w przypadku, gdy system nie potwierdzi prawa pacjenta do świadczeń i wyświetli dane na czerwono? Czy to oznacza, że dana osoba nie jest uprawniona do otrzymania bezpłatnych świadczeń? Niekoniecznie. Przyczyn braku potwierdzenia ubezpieczenia świadczeniobiorcy może być kilka. Obecnie ok. 2,5 miliona opłacanych przez płatnika publicznego Polaków system określa jako osoby nieuprawnione do korzystania z usług bezpłatnej opieki medycznej, przy czym jedynie

0,5 miliona z tych osób [1] jest faktycznie pozbawionych prawa do bezpłatnych świadczeń.

Pacjent „czerwony”, pacjent „zielony”

System eWUŚ sprawdza uprawnienia pacjenta m.in. w rejestrach ZUS. W większości przypadków pacjenci, których dane świecą się na czerwono, mają prawa do bezpłatnych świadczeń – i są w stanie je udokumentować. Dotyczy to m.in. studentów podejmujących pracę tymczasową, emerytów, osób na długotrwałych zwolnieniach lekarskich i urlopach macierzyńskich. Brak uprawnienia może też wynikać z zaniedbania pracodawcy, który nie zgłosił pracownika do ubezpieczenia lub nie odprowadził składek do ZUS.

W sytuacji wykazania braku uprawnień pacjent może złożyć pisemne oświadczenie, że jest objęty powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub okazać dokument potwierdzający prawo do świadczeń (ważną legitymację rencisty lub emeryta, legitymację studencką czy ostatni druk RMUA z dowodem opłacania składek). Wówczas otrzyma należne mu świadczenie. W przypadku gdy poświadczy nieprawdę, zostanie obciążony kosztami wizyty przez NFZ. Dzięki eWUŚ-owi ryzyko przyjęcia pacjenta nieupoważnionego do świadczeń przeszło z lekarzy (ma-

jących zawarte umowy z Funduszem) na Narodowy Fundusz Zdrowia.

Świadczeniodawca dysponujący oświadczeniem pacjenta ma prawo do zapłaty za udzielone świadczenie. Niemniej, ściągalność długów wśród osób nieuprawnionych do świadczeń kształtuje się na poziomie maksymalnie kilkunastu procent [2]. Największy problem dotyczy wizyt osób nieuprawnionych u lekarza pierwszego kontaktu, przyjętych na podstawie nieprawdziwego oświadczenia o ubezpieczeniu. Tacy pacjenci kosztują Fundusz najwięcej, gdyż ewentualna egzekucja długu znacznie przewyższa koszt jednostkowej kwoty do odzyskania.

System eWUŚ w opałach

Krytycy systemu eWUŚ już od początku podkreślali niewspółmierność kosztów i korzyści związanych z jego istnieniem: budowa systemu, rozbudowa, aktualizacje, utrzymanie go 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku, nowe etaty stworzone specjalnie na potrzeby jego obsługi, a także przerwy w funkcjonowaniu systemu eWUŚ (i wówczas konieczność wypełniania oświadczenia o posiadaniu ubezpieczenia przez wszystkich rejestrujących się pacjentów).

Dla przeciwwagi entuzjaści rozwiązania podawali krótszy czas oczekiwania w kolejce do rejestracji (sprawdzenie uprawnień trwa kilka sekund), mniej formalności przy przyjęciu do lekarza (wystarczy PESEL i dowód potwierdzający tożsamość), bazę do późniejszej pełniejszej informatyzacji ochrony zdrowia oraz stosunkowo niewielkie koszty budowy systemu (13 mln zł). Dodatkową korzyścią płynącą z systemu potwierdzania uprawnień online jest poprawa jakości danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) oraz rejestrach ZUS i PESEL [3].

Ostatecznie przystawionym gwoździem do trumny dla eWUŚ-a okazał się aktualny resort zdrowia i koncepcja dotycząca przesunięcia środków na opiekę zdrowotną ze składek ubezpieczeniowych finansowanych przez Polaków na budżet państwa. Zgodnie z tymi planami każda osoba mająca obywatelstwo polskie będzie mieć prawo do podstawowej opieki zdrowotnej. W takim wypadku konieczność weryfikacji uprawnień pacjentów zgłaszających się do placówek ochrony zdrowia jest bezzasadna. Już w chwili obecnej pozbawione sensu wydaje się być weryfikowanie uprawnień osób, które mają odgórnie zagwarantowane prawo do świadczeń: dzieciom do 18. roku życia, emerytom, studentom, kobietom w okresie ciąży lub połogu. Dodatkowo w sytuacji zagrożenia życia nie można odmówić świadczenia również osobom nieuprawnionym.

Jeśli nie eWUŚ, to co...?

Czy w nowych planach Ministerstwa Zdrowia znajdzie się miejsce dla eWUŚ-a? Minister Konstanty Radziwiłł twierdzi, że nie i że wygaszanie systemu eWUŚ ma się rozpocząć w ciągu roku od usunięcia go z podstawowej opieki zdrowotnej. Cały proces musi zostać poprzedzony zmianami w ustawie (niemniej, w chwili obecnej, w najnowszym *Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 2/2016/DSOZ* [...] znajdziemy aktualizację związaną z podtrzymaniem funkcjonowania systemu eWUŚ [4]).

Nie sposób jednak zapomnieć o korzyściach płynących z funkcjonowania systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorcy. Pamiętajmy, że system ten oferuje oficjalne i aktualne dane, a po odpowiednich modyfikacjach może być traktowany jako macierzysta baza wszystkich pacjentów, z której informacje mogą być pobierane podczas rejestracji danej osoby w podmiocie leczniczym. Taki system może sprzyjać ujednocnieniu bazy danych i pomóc wyeliminować błędy związane z nieprawidłowym uzupełnianiem danych ręcznie, podczas rejestracji pacjenta, a także znacznie skrócić czas rejestracji.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Minister Zdrowia zapowiada: docelowo eWUŚ zniknie, <http://www.medexpress.pl/start/minister-zdrowia-zapowiada-docelowo-ewus-zniknie/62661>.
2. Ludwiczak U. NFZ ściąga długi od nieubezpieczonych pacjentów, <http://www.poranny.pl/zdrowie/art/4955831,nfz-sciaga-dlugi-od-nieubezpieczonych-pacjentow,id,t.html>.
3. Minister Zdrowia zapowiada: docelowo eWUŚ zniknie, <http://www.medexpress.pl/start/minister-zdrowia-zapowiada-docelowo-ewus-zniknie/62661>.
4. Zarządzenie Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Anna Krzemińska
Dział Ewidencji Świadczeń
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań

TRANSPLANTACJE NARZĄDÓW W PERSPEKTYWIE TRANSKULTUROWEJ

ORGAN TRANSPLANTATION IN TRANSCULTURAL PERSPECTIVE

Halina Nogal¹, Ewa Wiśniewska¹, Elżbieta Antos²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Kształcenia Podyplomowego, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

STRESZCZENIE

Zagadnienia transplantacji narządów są w ostatnich latach tematem wielu rozważań, które mają za zadanie przybliżyć problematykę związaną z zastosowaniem przeszczepiania narządów jako współczesnej metody terapii. Postęp dokonujący się w nauce, uwzględniający osiągnięcia w naukach biomedycznych, spowodował, iż człowiek odczuwa potrzebę pogłębienia swojej wiedzy w tym zakresie. Wprowadzanie nowych odkryć naukowych, opracowywanie nowoczesnych metod, wykorzystanie wielu różnych technologii ma zagwarantować ich zastosowanie w związku z ciągle pojawiającymi się potrzebami człowieka, wywołanymi istnieniem chorób, urazów czy deformacji, będących skutkiem procesów chorobowych czy niedorozwoju.

Nauki medyczne i religia od tysięcy lat pozostawały ze sobą w ścisłym związku. Niejednokrotnie w sytuacjach moralnie czy etycznie niepewnych sięgano do autorytetów religijnych czy opinii hierarchów wyznaniowych. Obecnie, w dobie łatwości w przemieszczaniu się i podróżowaniu po świecie czy fali emigracji, coraz częściej w obrębie jednego kraju można zauważyć różne wpływy kulturowe. Współczesne społeczeństwa europejskie nie są jednorodne, ale coraz więcej w nich dynamicznych zmian i wpływów osób z odmienną tożsamością, wyznaniem czy kulturą i tradycjami. Te dynamicznie zachodzące w ostatnich latach zmiany niosą za sobą konieczność kształcenia profesjonalistów medycznych w zakresie różnic kulturowych.

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżenie tematyki transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej, uwidocznienie wieloaspektowości zagadnień z tym związanych oraz uwzględnienie pozycji pielęgniarki obecnej na każdym z etapów przeszczepiania narządów.

Słowa kluczowe: transplantacja, kultura, transkulturowość.

ABSTRACT

The issues of organ transplantation are in recent years given a lot of consideration, the objective of which is to bring closer to people the problem of organ transplantation as a contemporary therapy method. The progress in science, taking into account achievements in biomedical sciences, resulted in the need for people to extend the knowledge in this scope. Introduction of new scientific discoveries, development of modern methods, use of various modern technologies is to guarantee their application in connection with growing human needs, resulting from the diseases, injuries or disease-related deformations or malformations.

Medical sciences and religion have been closely connected for thousands of years. Many times in situations morally or ethically ambiguous, people referred to religious authorities and hierarchs' opinions. Currently, in the times when travelling around the world got easy and there are migration waves, a lot of various cultural influences can be noticed within one country. Contemporary European societies are not homogenous and there are more and more dynamic changes and influences of people with different identity, religion or culture and tradition there. These dynamic changes taking place in recent years result in the necessity to educate professionals in the scope of cultural differences.

The objective of the thesis is to discuss the problem of organ transplantation from the transcultural perspective, to reveal many aspects related to it and take into consideration the position of the nurse at each stage of organ transplantation.

Keywords: transplantation, culture, transculturalism.

Wstęp

Zagadnienia transplantacji narządów są w ostatnich latach tematem wielu rozważań, które mają za zadanie przybliżyć problematykę związaną z zastosowaniem przeszczepiania narządów jako współczesnej metody terapii. Postęp dokonujący się w nauce, uwzględniający osiągnięcia w naukach biomedycznych, spowodował, iż człowiek odczuwa potrzebę pogłębienia swojej wiedzy w tym zakresie. Wprowadzanie nowych odkryć naukowych, opracowywanie nowoczesnych metod, wykorzystanie wielu różnych technologii ma zagwarantować ich zastosowanie w związku z ciągle pojawiającymi się potrzebami człowieka, wywołanymi istnieniem chorób, urazów czy deformacji będących skutkiem procesów chorobowych czy niedorozwoju.

nymi istnieniem chorób, urazów czy deformacji będących skutkiem procesów chorobowych czy niedorozwoju.

Pomimo postępu w medycynie zaznaczyć należy, że nauki medyczne i religia od tysięcy lat pozostawały ze sobą w ścisłym związku. Niejednokrotnie w sytuacjach moralnie czy etycznie niepewnych sięgano do autorytetów religijnych czy opinii hierarchów wyznaniowych. Obecnie, w dobie łatwości w przemieszczaniu się i podróżowaniu po świecie czy fali emigracji, coraz częściej w obrębie jednego kraju można zauważyć różne wpływy kulturowe. Współczesne społeczeństwa europejskie nie są jednorodne, ale coraz więcej w nich dynamicznych zmian i wpływów osób

z odmienną tożsamością, wyznaniem czy kulturą i tradycjami. Te dynamicznie zachodzące w ostatnich latach zmiany niosą za sobą konieczność kształcenia profesjonalistów medycznych w zakresie różnic kulturowych.

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżenie tematyki transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej, uwidocznienie wieloaspektowości zagadnień z tym związanych oraz uwzględnienie pozycji pielęgniarki obecnej na każdym z etapów przeszczepiania narządów.

Cel

Celem badań przedstawionych w niniejszej pracy jest ukazanie zagadnień problematyki transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej.

Problematykami badawczymi, których realizacji podjęto się w pracy, było ustalenie:

- 1) czy aspekt transkulturowości transplantacji narządów jest przedstawiony w literaturze problemu,
- 2) jak poszczególne religie odnoszą się do problemu przeszczepiania narządów.

Przegląd piśmiennictwa

Transplantacja jest to operacyjne przeniesienie komórek, tkanek lub części albo całych narządów w obrębie tego samego organizmu lub pomiędzy różnymi organizmami tego samego gatunku albo dwóch różnych gatunków w celu uzupełnienia braku, ubytku lub uszkodzenia. Przeszczepianiu mogą podlegać całe narządy lub ich fragmenty. Transplantacja organów jest metodą leczenia stosowaną w celu ratowania życia człowieka oraz usprawniania czynności jego organizmu [1].

Biorąc pod uwagę pochodzenie transplantatu, wyróżniamy przeszczepy od dawcy zmarłego (*ex mortuo*) oraz od dawcy żywego (*ex vivo*). Przeszczepianie narządu może odbyć się od dawców spokrewnionych z biorcą, którymi są osoby mające wspólną podstawową część genomu, jak: rodzice, dzieci, rodzeństwo; można też dokonywać przeszczepu od dawcy niespokrewnionego, czyli obcych sobie genetycznie osób połączonych więzią emocjonalną (np. żona, osoby nieznanego biorcy).

Problematyka transplantacji została prawnie uregulowana, dlatego dawstwo narządów rozróżnia osoby dawców i reguluje osobnymi przepisami donacje od dawcy żywego oraz dawstwo pośmiertne (w Polsce – *Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*).

Aby dokonać zabiegu transplantacji narządowej, musi być przeprowadzony odpowiednio zgodny dobór immunologiczny. Zgodność immunologiczna dawcy i biorcy wpływa na wynik transplantacji wszystkich narządów

oraz prawidłowe funkcjonalne podjęcie czynności przez narząd przeszczepiony. Transplantowanie rogówki nie wymaga dobru immunologicznego i rutynowo antygenów HLA dawców i biorców się nie oznacza. Kolejnym warunkiem dopuszczającym jest wynik ujemny próby krzyżowej (przed przeszczepieniem nerki), dodatnia próba krzyżowa jest przeciwwskazaniem do przeszczepu [2]. Celem najważniejszym obowiązywania takich samych zasad doboru dawcy z biorcą oraz dokonania wyboru biorcy do transplantacji narządu jest zapewnienie leczenia za pomocą metody, jaką jest przeszczepienie komórek, tkanek i narządów tym osobom, które najpilniej ze względów medycznych wymagają transplantacji, z zachowaniem standardów anatomicznych i immunologicznych oraz czasu oczekiwania na transplantację [3].

Uwarunkowania prawne, etyczne i kulturowo-religijne transplantacji narządów

W związku z dynamicznym rozwojem transplantologii na całym świecie pojawiła się konieczność unormowania wielu ważnych problemów, przed którymi stanęła ta dziedzina, aby we właściwy sposób mogła realizować swoje idee i osiągnąć cele nadrzędne [4]. Rozważania dotyczące uwarunkowań prawnych transplantacji należy rozpocząć od faktu stopniowego tworzenia się poszczególnych regulacji prawnych, w wyniku których powstały szczegółowe zasady praktyki transplantacyjnej. Początkowo funkcjonowały akty prawne zawierające niewiele przepisów szczegółowych, a dotyczyły głównie możliwości pobierania komórek i tkanek dla terapeutycznego zastosowania, pochodzących przeważnie ze zwłok. W związku z rozwojem technik medycznych pojawiły się regulacje prawne, odnoszące się do rozróżnienia pochodzenia głównego typu transplantatów od dawców żywych i zmarłych, a w miarę wzrostu zapotrzebowania na terapię transplantacyjną dokonano jeszcze bardziej zaawansowanych regulacji prawnych zarówno na gruncie ogólnoprawnym, jak i prawodawstwa poszczególnych państw [4]. Sformułowane zostały zasady przewodnie transplantacji oraz odrębne regulacje prawne w tym zakresie na gruncie uregulowań krajowych danego państwa, dokumentów Rady Europy oraz konwencji organizacji o zasięgu międzynarodowym. Zostały one przyjęte 24 stycznia 1991 roku przez Komitet Wykonawczy Światowej Organizacji Zdrowia i uzupełnione 4 kwietnia 1997 roku w Oviedo, postanowieniami Konwencji *O ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny*. Regulacje prawne w Polsce opierają się na podstawowym akcie prawnym – *Ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*.

Odrębnymi zagadnieniami są stwierdzenie śmierci mózgu, czyli trwałego i nieodwracalnego ustania jego czynności, oraz zgoda na pobranie narządów do transplantacji. Na podstawie dokonujących się zmian rozumienia zjawiska śmierci w sposób istotny zmieniło się w medycynie podejście wobec rozpoznawania i stwierdzania śmierci człowieka. Praktykowanie terapii transplantacyjnej z kolei pociągało za sobą wymóg stosowania odpowiednich regulacji prawnych. Sukcesy medycyny powodowały, iż następowała konieczność przystosowania przepisów prawa, tak aby wykorzystanie materiału komórkowo-tkankowego oraz organów do celów transplantacji było możliwe.

Zjawisko śmierci współistnieje wraz z istnieniem ludzkości oraz każdej cywilizacji, jest uniwersalnym faktem ludzkiego życia i procesem mu towarzyszącym. Dziejowej zmianie ulegały jedynie sposoby uznawania człowieka za zmarłego. Uznane dotąd znamiona śmierci będące jej pewnymi oznakami rozróżniono, aby wyeliminować możliwe pomyłki. Znamionami niepewnymi śmierci były: bladeńść powłok skórnych, oziębienie ciała, ustanie krążenia krwi i oddychania, zanik odruchów. Pewnymi jej znakami były plamy opadowe i stężenie pośmiertne. Sytuacja orzekania o śmierci była zatem zadaniem trudnym, a błędne określanie stanu śmierci powodowało, że dochodziło do grzebania osób żywych, znajdujących się w różnorodnych stanach letargu, spowodowanych wynikiem działania leków (nasennych, narkotyków) i środków chemicznych, stanach chorobowych (śpiączka cukrzycowa, zamartwica okołoporodowa noworodków) czy stanach psychicznych (stany transu, medytacji). Rozwinęła się potrzeba precyzyjnego określenia stanu śmierci, wspomagana badaniami naukowymi, niezbędnymi do jej stwierdzenia lub wykluczenia. Najistotniejszym jest powstałe w świetle badań stwierdzenie, iż śmierć jest zjawiskiem wieloetapowym, zdysocjowanym, ogarniającym zróżnicowane tkanki i układy człowieka w różnym czasie. W związku z tym, że narządy człowieka osiągają ten stan w innym czasie, niektóre z funkcji układów bądź ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych, które już obumarły [5].

Orzeczenie śmierci jest kryterium niezbędnym w procesie pozyskiwania narządów do transplantacji. Funkcjonującą w medycynie definicję klasyczną, która za fakt śmierci uznawała ustanie krążenia i oddychania, zaś jej utrwalone skutki w postaci oziębienia ciała, plam opadowych czy stężenia pośmiertnego były pewnymi wskaźnikami jej zaistnienia, zdecydowano z konieczności zrewidować. W związku z rozwojem metod przywracania krążenia i oddychania oraz zastosowania respiratora zaistniała potrzeba znalezienia innych wskaźników, które w pewniejszy sposób określałyby ten fakt. Dzięki działaniu

organizacji o zasięgu międzynarodowym – Światowego Stowarzyszenia Lekarzy – w Sydney w 1968 roku sformułowano i przedstawiono tzw. deklarację z Sydney, w której dotychczasową definicję: „śmierć na skutek ustania czynności serca”, zastąpiono nowym określeniem – „śmierć mózgu”. Podstawą uznającą ten stan stało się kryterium neurologiczne „nieodwracalnej śpiączki”. Zgodnie z tym kryterium przyjęto, że śmierć człowieka następuje z chwilą zaprzestania funkcjonowania całego mózgu, czego konsekwencją jest śmierć innych tkanek, narządów i układów. Przełomowym wydarzeniem było powstanie w 1968 roku Nadzwyczajnej Komisji Harvardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej (Harvard ad Hoc Committee) i przyjęcie raportu, w którym opisano stałą nieodwracalną śpiączkę jako stan, w którym nie występuje dające się rozpoznać działanie ośrodkowego układu nerwowego. Sprecyzowano również nowe kryterium śmierci, jako nieodwracalne, trwałe ustanie czynności całego mózgu, które można stwierdzić przy użyciu kompleksu prób i badań instrumentalnych. Raport określa, że fakt wystąpienia śmierci mózgu potwierdzają: brak istnienia reakcji na bodźce, brak samoistnego lub też będącego reakcją na bodziec ruchu mięśni, nieobecność samoistnego oddychania, brak odruchów pnia mózgu i głębokich odruchów ścięgnistych. Dalszym krokiem do prawnego uregulowania kwestii ustalania kryterium śmierci było porozumienie Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy z Amerykańskim Stowarzyszeniem Adwokatów wraz z podjęciem stanowiska Komisji Harvardzkiej, dzięki którym w 1980 roku powołano w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej tzw. Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behavioralnych. Organy te w *Akcie Jednolitego Ustalania Śmierci (Uniform Determination of Death Act – UDDA)* zaproponowały i zaleciły zastosowanie nowo sformułowanego kryterium śmierci mózgu we wszystkich stanach Ameryki Północnej [6]. Istotne znaczenie dla ustalenia śmierci mózgowej miały również wyniki badań Mohandas i Chou, którzy w roku 1971, na postawie badań nad śmiercią mózgu, wskazali tzw. punkt bez odwrotu (*point of no return*), tj. okres, kiedy mózg rozpoczyna fazę obumierania, po osiągnięciu której następuje jego nieodwracalne uszkodzenie. Wyniki powyższych badań wpłynęły na modyfikację nowej definicji mózgu [7]. Powstała nowa definicja śmierci mózgu, wkrótce zaaprobowana przez wiele krajów świata, które przyjęły zaproponowaną teorię – mózgu jako „centralnego integratora” – tworząc również teoretyczne podstawy dla sformułowania koncepcji „śmierci mózgu” jako śmierci organizmu osoby – jako zintegrowanej całości. Koncepcja ta została przyjęta również przez Papieską

Akademii Nauk. Najbardziej istotnym było zatem uznanie stanowiska, iż poprzez utratę przez pień mózgu zdolności do pełnienia funkcji integracyjnych poszczególne systemy żywych organów nie współtworzą dalej żyjącego organizmu [6]. Stwierdzenie śmierci mózgu jest niezbędnym elementem procesu, który wyznacza dalszy kierunek postępowania w celu pozyskania narządów od potencjalnego dawcy zmarłego.

Refleksja nad etycznymi zagadnieniami zawartymi w medycynie jest tak dawna jak sztuka leczenia i pielęgnowania chorych. Wobec istnienia wielu problemów płynących z zastosowania terapii transplantacyjnej szereg zależności o charakterze aksjologicznym próbuje rozstrzygnąć bioetyka, określając granice ewentualnych, kontrowersyjnych działań w tym zakresie. Problematyka dotycząca określonych postaw etycznych wobec transplantologii, mająca dotąd odzwierciedlenie w przysiędze Hipokratesa, otrzymała także swoje miejsce w *Kodeksie etyki lekarskiej*, w którym dokonuje się zasadniczych rozstrzygnięć.

Pobieranie narządów nie może obrażać uczuć bliskich krewnych osoby zmarłej, a zwłokom tej osoby należy jest właściwy szacunek – obchodzenie się z nimi z pietyzmem zawiera również moralny obowiązek ich pogrzebania. Należy zachować pamięć, iż zwłoki reprezentują widzialną postać osoby, którą przedstawiają po śmierci. Krewnym zmarłego powinno się zapewnić możliwość pożegnania ze zmarłym, a także trzeba wykluczyć wszelkie rutynowe i bezduszne traktowanie ich bliskiego zmarłego.

Problematyka transplantacji, jak wiele innych zagadnień dotyczących biomedycyny, stanowi przedmiot szerokiego zainteresowania społecznego, także z punktu widzenia religii. Uwzględniając znaczenie, jakie ma przeszczepianie narządów dla człowieka, podejmowanie praktyki transplantacyjnej jest zagadnieniem bardzo złożonym. Dotyczy ono w wielu wypadkach osób, zarówno dawcy, jak i biorcy, pochodzących z odmiennych kręgów kulturowych bądź religijnych i wyznaniowych, różniących się płcią, rasą, wiekiem czy pochodzeniem etnicznym. Zatem próba przyjrzenia się perspektywie kulturowo-religijnej, stykającej się z problematyką transplantacji, jest zadaniem szczególnym, bowiem religijnemu sposobowi myślenia człowieka bliskie są zagadnienia dotyczące natury człowieka, świętości i szczególnej wartości życia ludzkiego. Istotne jest, iż wszyscy, którzy są zaangażowani w postępowanie transplantacyjne (dawca, biorca, rodziny, lekarze i osoby z nimi współpracujące), są reprezentantami wyznającymi określone i różne systemy religijno-moralne, stanowiące kanwę ich postępowania. Temu także podporządkowany jest sposób ich myślenia, realizacji przekonań, obowiązków, nakazów oraz zakazów.

Określenie przez daną religię stanowiska, wytyczenie zasad bądź istotnych założeń umożliwia zrozumienie zagadnień donacji, transplantacji i przyjęcia transplantatu jako szczególnej metody terapii. Wiele trudności w tej mierze jest spowodowanych oporami społecznymi funkcjonującymi w różnych kulturach i poszczególnych państwach na świecie. Są one skoncentrowane przede wszystkim na kryteriach i trybie rozpoznawania śmierci, zgodzie na pobranie, sposobach pobierania narządów, a także szacunku wobec zwłok ludzkich, poszanowaniu żyjących dawców oraz zakazie komercjalizacji przeszczepów. Różnicowanie podejść religijnych i kulturowych jest więc obszerne, ale wspólne w wielu miejscach pomimo tej różnorodności. Śmierć człowieka jest zatem punktem wyjścia, a poprawność etyczna i aspekty moralne towarzyszą temu zjawisku zawsze i nieodłącznie [8].

Chrześcijaństwo jest religią, która zrodziła się, przejmując podstawy i założenia dotyczące istoty, formy i celu ostatecznego ludzkiego życia z judaizmu. Akceptacja etyczna transplantacji była możliwa w nauczaniu Kościoła na skutek ewolucji zasady całościowości (*principium totalitatis*), którą katolicka etyka medyczna uznaje za punkt odniesienia w dokonywaniu moralnej oceny transplantacji. Przyjęto pogląd zgodny z zasadą całościowości, określającej człowieka jako byt złączony (scalony wewnątrznie), który stanowi o jedności ciała i duszy (*corpore et anima unus*), pojmując osobę ludzką jako jedność duchowo-cieleśną. Zatem podejmowanie działań medycznych jest z jednej strony leczeniem i ratowaniem jednej osoby, z drugiej – ingerencją w integralną całość innej osoby. Według nauki Kościoła nie wszystkie procedury, które są technicznie możliwe, są dopuszczalne moralnie. W związku z tym samo stosowanie wiedzy bez obecności sumienia może doprowadzić do zniszczenia człowieka. Naruszenie całości, którą tworzy człowiek, jest etycznie dopuszczalne wyłącznie wtedy, gdy zostaje zachowana godność i prawo do samorealizacji człowieka.

Postawę otwartą na problemy transplantacji przedstawiali najważniejsi nowożytni hierarchowie Kościoła. Papież Pius XI zwrócił uwagę na ciało człowieka, któremu należy się szczególny szacunek i w które nie powinno się pochopnie ingerować, za wyjątkiem sytuacji, która służy ocaleniu jego dóbr. W zakresie działań medycznych, postępując zgodnie z zasadą całościowości, kiedy to wolno naruszyć dobro częściowe dla uratowania dobra podstawowego, dopuszczalne jest dokonanie swoistego okaleczenia ciała drugiego człowieka, jak dzieje się podczas amputacji, jednakże warunkiem jest tu ratowanie życia.

Papież Pius XII nawiązywał do zagadnień transplantacji, stwierdzając w kontekście medycznym, że nie wolno naru-

szać integralności ciała i psychiki człowieka naukowymi poszukiwaniami, narażając na poniesienie przez niego szkody. Wskazywał, że człowiek zmarły nie jest w pełni podmiotem swoich praw i dlatego dopuszczalne staje się pozyskanie transplantatu rogówki ze zwłok ludzkich. Miało to związek z ówczesnym stanem wiedzy medycznej. Popierał natomiast darowanie krwi, pobieranie narządów ze zwłok z zachowaniem szacunku wobec ciała ludzkiego, wskazując na konieczność zgody rodziny w tym względzie.

Papież Jan Paweł II wielokrotnie wskazywał w treści znaczących dokumentów Kościoła o stosunku chrześcijaństwa do problematyki transplantacji. Za czasów jego pontyfikatu zagadnienia dotyczące transplantacji poruszane były w następujących dokumentach: *Katechizm Kościoła Katolickiego*, *Karcie pracowników służby zdrowia* i encyklice *Evangelium Vitae* (z 1995 roku) [9]. Według jego nauczania powstaje aspekt bezinteresownego daru, jaki człowiek może uczynić w akcie donacji *ex mortuo*, gdyż dzięki ofiarowaniu własnej części ciała inny człowiek będzie mógł żyć. Upodabnia to ów akt do Ofiarowania Chrystusa na Krzyżu, a śmierć nie jest już znakiem jedynie ostatecznej rozłąki z najbliższymi [10]. Jan Paweł II zauważał także niedopuszczalne aspekty transplantacji, wykluczające tę metodę w razie niebezpiecznego charakteru jej stosowania. Warunkiem niezbędnym jej zastosowania musi być zachowanie godności człowieka, zakaz komercjalizacji i wszelkiego obrotu materiałem biologicznym, służącym w procesie transplantacji.

W religii prawosławnej istnieje pozytywne nastawienie do transplantacji, jeśli jest ona wykorzystywana dla poprawy jakości ludzkiego życia, służąc przy tym ratowaniu życia.

Grekokatolicy dopuszczają możliwość zastosowania transplantacji wobec zagrożenia życia, ale warunkują postępowanie poszanowaniem dla dawcy i biorcy transplantatu.

Anglikanie uznają za akt altruizmu i miłości donację narządów, co jest interpretowane jako działanie opierające się na współczuciu i społecznej odpowiedzialności. Podkreśla się znaczenie szacunku wobec ciała zmarłego i poszanowanie jego doczesnych szczątków.

Kościół protestancki zawiera grupę poszczególnych wyznań – luteranie, kalwini, zielonoświątkowcy, Adwentyści Dnia Siódmego, baptyści charakteryzują się sporym zróżnicowaniem, ale mają wspólne zdanie na temat pozytywnego wymiaru praktyki transplantacyjnej. Wskazują, że niedozwolona jest komercjalizacja przy pozyskiwaniu materiału przeszczepowego.

Kościół Ewangelicko-Augsburski nie powziął oficjalnego stanowiska w tej sprawie, jednakże swoją opinię opiera na oświadczeniu Amerykańskiego Kościoła Ewangelic-

ko-Augsburskiego, który wsparł idee donacji i zawezwał swoich wyznawców do podobnego wsparcia. Wskazał, iż wierni powinni rozważyć dawstwo, które należy rozpatrywać jako akt najwyższej miłości wobec bliźniego.

Kościół Ewangelicko-Methodystyczny podjął stanowisko, iż transplantacje są działaniami o charakterze charytatywnym, wynikającymi z miłości i są jej wyrazem. Swoją uwagę zwraca na podejmowanie czynności transplantacyjnych w zgodzie z regulacjami prawnymi oraz przy zachowaniu koniecznej atmosfery szacunku dla dawcy zmarłego i żyjącego.

Świadkowie Jehowy radykalność norm moralnych opierają na zakazie przyjmowania innej niż własna krwi, jednak z braku oficjalnego wskazania biblijnego, zakazującego korzystania z innej tkanki ludzkiej niż własna, transplantacja odbywa się na zasadzie osobistej zgody każdego członka tej wspólnoty [11]. Transplantacja może być warunkowo przeprowadzona po usunięciu obcej krwi z przeszczepianego graftu.

Troszcząc się o ochronę życia ludzkiego, ortodoksyjny judaizm pochwała i zaleca rygorystycznie przestrzeganą moralność i surową sprawiedliwość, wynikającą z miłości bliźniego. Jedną z zasad podstawowych medycyny, według religii żydowskiej, którą podejmuje zasadniczo w swojej doktrynie, jest koncentrująca się wobec istoty ludzkiej koncepcja, zgodnie z którą ciało i dusza tworzą nierozdzielalną całość. Stąd judaizm pozytywnie odnosi się do ratowania życia ludzkiego, natomiast jeden człowiek nie może mieć pierwszeństwa przed drugim. Dlatego w ujęciu problematyki transplantacyjnej życie biorcy nie jest cenniejsze niż życie dawcy albo umierającego. Według Talmudu szczątkom ludzkim należy się szacunek, ponieważ były one „boską powłoką duszy”. Niesienie pomocy jest obowiązkiem człowieka, zatem możliwe jest pozyskanie przeszczepu nawet od żyjącego dawcy, jeśli to nie zagrazi jego życiu.

Islam jest religią mającą określony system etyczny, który kształtuje światopogląd muzułmanów. Za podstawę podejmuje się w niej ochronę życia ludzkiego, a podejmując kwestie dotyczące problematyki transplantacji, zezwala się wierzącym muzułmanom na możliwość stosowania praktyki przeszczepiania. W świecie muzułmańskim „śmierć mózgu” oznacza nieodwracalne zakończenie jego funkcji. Podjęcie czynności eksplantacyjnych musi zostać poprzedzone rygiorem następujących warunków: aby stwierdzenia śmierci mózgu dokonało trzech lekarzy, aby zmarły człowiek nie wyraził swojego sprzeciwu, aby czynności eksplantacyjne podjęte były przez uznany ośrodek medyczny, a za przeszczepienie organów nie zostało pobrane wynagrodzenie [12]. Współczesny pogląd

prawnych szkół sunnickich przedstawia stanowisko na temat transplantacji z uwzględnieniem następujących zastrzeżeń: „przeszczep nie może sprzeciwiać się ludzkiej godności muzułmanina, dopuszczalny jest tylko, gdy jest jedyną możliwą formą pomocy, oddanie organu musi być dobrowolne (również po śmierci, pobranie [...] warunkuje wcześniejsza zgoda), handel ludzkimi organami jest sprzeczny z godnością człowieka, można przyjmować organy od nie-muzułmanów, ale nie od ludzi skazanych na śmierć”. Szyicki radykalizm natomiast zakazuje pozyskiwania transplantatów od zmarłych, za wyjątkiem ratowania życia innego muzułmanina [12]. Pobieranie narządów nie powinno doprowadzać do uszkodzenia ciała, gdyż szkody dokonanej jednemu człowiekowi nie wolno naprawić, wyrządzając inną szkodę drugiemu człowiekowi. Obie operacje, pobranie i przeszczepienie, powinny mieć pomyślne zakończenie. W trakcie leczenia dopuszcza się wykorzystanie wielu różnych form leczenia, ale nie zaleca się uporczywego przedłużania życia. Zabroniona jest możliwość transplantacji z udziałem przeszczepu od dawcy żywego, gdyż mogłoby to spowodować osłabienie jego funkcji życiowych. Istnieje przyzwolenie na przeszczepienie od dawcy zmarłego, jeśli ta osoba nie była skazana na karę śmierci i wyraziła swoją zgodę. Wymaganej zgody mogą udzielić również spadkobiercy zmarłego bądź przywódca duchowny, kiedy nie jest znana tożsamość człowieka albo nie ma on spadkobierców [13].

Celem wyznawców buddyzmu jest samodoskonalenie się, umysłowa dyscyplina i medytacja. Nie wysuwa się zastrzeżeń wobec problematyki donacji i transplantacji. Jest to widziane nawet jako heroiczny akt, a indywidualną sprawą każdego jest podjęcie decyzji o oddaniu swoich (komórek, tkanek) narządów [12].

Hinduizm, z powodu ukształtowania szczególnej koncepcji, w której nie zawiera się afirmacja dla wartości życia ludzkiego, obecna w judaizmie, chrześcijaństwie i islamie, neguje jego wartość. Zachęca do pomniejszania znaczenia doraźnej radości na rzecz rozwijania ducha dobroci. Hinduizm nie zawiera jasno określonych poglądów zabraniających stosowania praktyki transplantacyjnej w odniesieniu do pozyskiwania narządów od osób zmarłych, a w jego mitologii znajduje się szereg przykładów, w których ciało ludzkie wykorzystywano dla dobra innych ludzi.

Transkulturowość w pielęgniarstwie

Pielęgniarstwo jako szczególna profesja zostało zapoczątkowane przez Florence Nightingale, jednak pierwszą pielęgniarką antropologiem była Madelaine M. Leiniger, która zapoczątkowała rozwój pielęgniarstwa transkulturowego. Rozpoczynając karierę pielęgniarską w latach

40. XX wieku na oddziale o profilu internistyczno-chirurgicznym, zdobyła ona doświadczenie oraz przekonanie o ogromnym znaczeniu opieki pielęgniarstwa nad zdrowiem człowieka, będącym podmiotem jej pielęgniarstwa działań, jej oddziaływaniu na zachowanie zdrowia i jego przywracanie. Następne doświadczenia pozyskała w pracy z dziećmi chorymi psychicznie, obserwując ich zachowanie. Poczyniła wiele spostrzeżeń, które przekonały ją, iż aby sprawować dobrą opiekę, pielęgniarki potrzebna jest wiedza na temat pochodzenia i tradycji, sposobów komunikacji, zwyczajów dietetycznych czy zabaw dzieci, które podlegały jej czynnościom pielęgnacyjnym, a wywodzących się z różnego obszaru kulturowego czy grup etnicznych. Zauważyła, że dzieci pochodzenia amerykańskiego, niemieckiego, żydowskiego czy afroamerykańskiego wykazują wiele różnic w różnorodnych aspektach swojego funkcjonowania. Leiniger postanowiła zdobyć wiedzę i doświadczenie wykorzystać do określenia sposobów podejmowania opieki pielęgniarstwa, zróżnicowanej pod wieloma względami, dotyczącymi nie tylko zakresu psychiatrii czy psychoterapii, ale również poszerzając zakres medycznej wiedzy o dodatkowe informacje dotyczące specyfiki kulturowej danyh osób. Będąc antropologiem, zetknęła się z różnorodnością, badając wraz z zespołem współpracowników zachowania związane z opieką wśród ponad stu różnych kultur na całym świecie.

Wynikiem tych badań było stworzenie podwalin koncepcji opieki transkulturowej, która potwierdza istnienie dwóch podejść: różnorodności (*diversity*) oraz uniwersalności (*universality*). Wyodrębnienie tych podejść spowodowało powstanie teorii uniwersalności i różnorodności kulturowej opieki. Umożliwiło to stworzenie nowego obszaru badań w pielęgniarstwie, tj. pielęgniarstwa transkulturowego.

Podstawowe założenia teorii transkulturowej dotyczą „troskliwości” – temat jej znaczenia podejmuje m.in. religia. Znaczenie troskliwości dotyczy określenia tego terminu jako szczególnej cechy pielęgniarstwa będącej jej swoistą esencją, elementem centralnym i dominującym [14]. Kultura rozpatrywana jako wzorzec określony przez grupę, w której żyje jednostka, jest zbiorem idei i przekonań. Jest systemem symboli, które tworzą sieć znaczeń. Symbole są niewidocznymi aspektami ludzkich zachowań, dostrzeganymi wówczas, gdy mają zastosowanie w życiu codziennym (wartości, normy, postawy, wierzenia). To również konkretne i namacalne, mające określoną postać przedmioty materialne (język, tradycje i obyczaje, jedzenie, ubranie, budynki, książki) oraz wszystkie inne wytwory ludzkiej ręki i umysłu. „Kulturę” nabywa się w procesie socjalizacji i uczenia, które może mieć charakter formalny,

przejawiający się w świadomym działaniu zmierzającym do wpojenia określonych treści i przekonań, np. związanych z nauką szkolną. Nieformalne przyswajanie kultury odbywa się poprzez naśladowanie i powtarzanie obserwowanych zachowań, których przyswajanie staje się naturalne i automatyczne [15]. Kultura jest również gotowym zbiorem rozwiązań, którymi posługuje się jednostka.

Leininger definiuje pielęgniarstwo transkulturowe jako „humanistyczny i naukowy obszar formalnych studiów i praktyki pielęgniarstwa, który jest skupiony na porównawczych badaniach kultur, w odniesieniu do różnic i podobieństwa we wzorach opieki (troski), zdrowia i choroby opartych na wartościach kulturowych, przekonaniach i praktykach różnych kultur na świecie i wykorzystaniu tej wiedzy w celu dostarczenia kulturowo specyficznej i/lub uniwersalnej opieki pielęgniarstwa” [14].

Pielęgniarstwo ma więc za zadanie, wraz z modelami je reprezentującymi, dostarczyć oceny indywidualnych potrzeb pacjenta, będącego podmiotem działań pielęgniarki, która wywodzi się z innej niż pacjent grupy kulturowo-religijnej bądź etnicznej. Ludzka troska stanowi więc naturę pielęgniarstwa, jest jego cechą oraz pojęciem nadrzędnym. Człowiek jest nierozdzielnie związany ze swoją kulturą, zarówno w sensie jednostkowym, jak i dotyczącym całej grupy społecznej i społeczności.

Pielęgniarstwo to nauka i sztuka o podłożu humanistycznym, która koncentruje się na ludzkiej trosce (fenomen troski), a także na mających związek z asystowaniem, wspieraniem działaniach pomagających i ułatwiających pojedynczym osobom lub grupom w osiągnięciu, uzyskaniu oraz utrzymaniu zdrowia bądź dobrostanu. Zawiera się tutaj również pomoc – w sposób, w jaki przyjmuje się czynić w danej kulturze – w razie niepełnosprawności lub śmierci.

Swoje pojęcia i założenia Leininger ukazała w modelu „Wschodzącego słońca” (*Sunrise Model*), w którym przedstawiła opracowane pojęcia (kultura, troskliwość, troszczyć się, troskliwość kulturowa, różnorodność kulturowa, troskliwość, uniwersalizm kulturowy, troskliwość, światopogląd, struktura społeczno-kulturowa, kontekst etnohistoryczny, kontekst środowiskowy, system zdrowia ludowego, profesjonalny system zdrowia, zachowanie/utrzymanie troskliwości kulturowej, dostosowanie opieki zdrowotnej, przemodelowanie opieki kulturowej). Model „Wschodzącego słońca” odnosi się do teorii różnorodności i uniwersalności kulturowej w opiece zdrowotnej i akceptacji ludzkiej troski jako zjawiska o uniwersalnym znaczeniu, które jest wyrażane poprzez różnorodną ekspresję transkulturową, cechującą się również odmiennym sensem. Autorka teorii przyjęła, iż braki w zapewnieniu troskliwości

i opiekuńczości, niepozostającej w zgodzie z kulturą, wywołują stres, konflikty na tle kulturowym bądź problemy etyczne, utrudniające wzajemne współdziałanie ludzi względem siebie [16].

Rzeczony rozwój teorii stworzył także podstawy do powstania pielęgniarstwa transkulturowego, będącego subdyscypliną pielęgniarstwa. Według Leininger celem pielęgniarstwa transkulturowego jest dostosowanie, zachowywanie oraz szacunek kultury pochodzenia każdego pacjenta. Według tej teorii pielęgniarka powinna wspomóc pacjenta w przestrzeganiu reguł i zasad jego kultury bądź religii, nie powodując w tej kwestii zmian, ponieważ niezachowanie szacunku wobec wartości kulturowych człowieka (pacjenta), co gorsza – żądanie dokonania zmian w sposobie myślenia czy życia ma wpływ na jego samopoczucie, może wywołać tzw. szok kulturowy. Ma to związek z pojawieniem się nowych wartości, zasad oraz form zachowań powodujących powstanie lęku, dyskomfortu i dezorientacji. Z powodu braku pomocy i wsparcia nasila się stan szoku kulturowego, wywołującego poczucie utraty własnej tożsamości kulturowej, bezradności w kontakcie z odmienną niż własna kulturą przedstawiciela innego kręgu kulturowego [16].

Teoria Leininger pokazuje także znaczenie ludzkich wartości, wierzeń oraz praktyk, które powstają pod wpływem kultury, w zapewnianiu opieki. W związku z pojawieniem się niezgodności w sposobie rozumienia dotychczas uznawanych, tradycyjnych zasad sytuacji kontaktu z różniącym się kulturowo człowiekiem wzmaga niekorzystne procesy adaptacji do nowej sytuacji. Zatem poszerzenie spojrzenia na odrębność kulturową, które może wspomóc działania pielęgniarki w redukowaniu niekorzystnych zjawisk wynikających z odrębności kulturowych pacjenta oraz własnych, spowoduje ustalenie odpowiednio dostosowanych form nabywania wiedzy dotyczącej członków innych kultur i rozwijającej możliwości ich rozumienia. Dlatego szacunek zasad wynikających z różnokulturowości, właściwa adaptacja różnic podczas określania potrzeb opieki pielęgniarstwa nad pacjentem (np. dostosowanie diety, umożliwienie realizacji modlitw czy obrządków) pozwolą na zmniejszenie niekorzystnych czynników, które uniemożliwiają osiągnięcie dobrostanu oraz zdrowia. Rozwijanie wrażliwości na odmienne wartości i wierzenia ludzkie pomaga w rozwoju umiejętności współdziałania, koncentruje uwagę pielęgniarki na odkrywanych konstrukcjach troskliwości, powodując odchylenie od skupiania się wyłącznie na aspektach medycznych. Dlatego akceptacja pojawiającej się odmienności kulturowej przybyszów z innych kręgów kulturowych, postrzeganej wielowymiarowo, z uwzględnieniem złożoności

tych kultur, ich zwyczajów, obrzędów i wierzeń, wpłynie korzystnie na podejmowanie wzajemnych relacji międzyludzkich, także w kontekście zdrowia i choroby. Spowoduje to zainicjowanie procesu adaptacji i akulturacji, tj. procesu dotyczącego zmiany kulturowej, która zachodzi w wyniku ciągłej i bezpośredniej interakcji odbywającej się pomiędzy dwoma kulturami, które to procesy pozwalają na obejmowanie swoim zasięgiem dotąd niezróżnicowanych kulturowo czy etnicznie społeczeństw, obecnych również na terenie Polski, z uwzględnieniem miejsc, w których historycznie dokonywało się współistnienie odmiennych grup etnicznych, religijnych czy kulturowych (np. obszary przygraniczne) [17].

Pielęgniarki są obecne na wielu różnych etapach procesu leczenia i pielęgnowania, stykając się z człowiekiem o odmiennym pochodzeniu kulturowo-religijnym, mają ogromny wpływ na kształtowanie się relacji pielęgniarka – pacjent, przy czym relacja ta musi uwzględniać omawiane różnice kulturowe. Pielęgniarki obecnie emigrują – nie tylko w celach zarobkowych, ale także w celu poznawczym, współpracują na arenie międzynarodowych organizacji, kontaktują się z przedstawicielami innych kultur. W związku z dokonującymi się zmianami o zasięgu międzynarodowym, wymianą myśli ludzkiej, poszerzaniem kontaktów i relacji międzyludzkich, możliwością korzystania z narzędzi komunikacji o zasięgu ogólnosiwiatowym systematyczne pogłębianie wiedzy sprawi, iż człowiek zarówno w zdrowiu, jak i chorobie uzyska maksimum zrozumienia i pomocy ze strony pielęgniarki, która sprawować będzie nad nim opiekę.

Podsumowanie i wnioski

W niniejszej pracy podjęto próbę omówienia problematyki w formie syntetycznego ujęcia, wykorzystując różnorodne źródła z literatury medycznej i niemedycznej (prawnej, etycznej, religijno-kulturowej) w tym zakresie. Analiza piśmiennictwa dotyczącego transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej wykazała, iż przedstawianie powyższych zagadnień jest domeną literatury niemedycznej, niebezpośrednio skierowanej do pielęgniarek. Przegląd literatury ukazujący stosunek omawianych religii do przeszczepiania narządów wykazał, iż podejście to jest różne, w zależności od założeń, zasad bądź doktryn danych religii. Problem ten jest ujęty szerzej w literaturze niemedycznej, także skierowanej niebezpośrednio do pielęgniarek.

W toku procesu badawczego wysunięto następujące wnioski:

1. Transkulturowość jest elementem, który należy uwzględnić w aspekcie transplantacji narządów; opie-

kując się pacjentem, należy zwracać uwagę na jego pochodzenie i tradycje religijno-kulturowe.

2. Problematykę transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej należy podjąć w badaniach z dziedziny pielęgniarstwa, aby poszerzyć w ujęciu wieloaspektowym wiedzę pielęgniarek na ten temat. Warto podjąć tematykę transplantacji narządów, uzupełniając aspekt medyczny o zagadnienia wiedzy prawno-etycznej, religijno-kulturowej, a także transkulturowości, uwzględniając ich wzajemne zależności oraz oddziaływanie na funkcjonowanie człowieka wobec zjawisk przenikania się kultur.
3. W dziedzinie pielęgniarstwa należy podjąć badania dotyczące postaw i ich zmian w efekcie zwiększania się wiedzy oraz świadomości społecznej na temat transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej oraz tworzenia programów edukacyjnych i kampanii społecznych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Guzik-Makaruk EM. Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Białystok: Wydawnictwo Temida 2; 2008. s. 29–33.
2. Moszkowska G, Dębska-Ślizień A, Durlik M. Kryteria ogólne doboru potencjalnego biorcy (typowanie tkankowe, dane kliniczne). W: Rutkowski B, Kaliciński P, Śledziński Z, Wujtewicz M, Milecka A (red.). Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica Media; 2009. s. 161–165.
3. Kaliciński P. Zasady alokacji narządów. W: Rutkowski B, Kaliciński P, Śledziński Z, Wujtewicz M, Milecka A (red.). Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica Media; 2009. s. 166.
4. Tykwińska-Rutkowska D. Transplantacja. Studium z prawa administracyjnego. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe; 2013. s. 58.
5. Trnka J. Sposoby i możliwości stwierdzania zgonu dawnej i obecnie. W: Kuzyszyn Z (red.). Społeczno-etyczne aspekty transplantologii. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2011. s. 15–23.
6. Biesaga T. Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. Medycyna Praktyczna. 2006;2:20–28.
7. Bohatyrewicz R, Makowski A, Kępiński S. Rozpoznawanie śmierci mózgu. W: Rowiński W (red.). Transplantologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. s. 50–59.
8. Antos E, Zelman M. Kulturowe i religijne uwarunkowania przeszczepiania narządów w Polsce i na świecie. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue. 2012;1:7–13.

9. Sikora A. Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła i wypowiedzi Jana Pawła II. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*. 2004;1(4):119–125.
10. Gulak S. Transplantacje narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2011;4(37):31–35.
11. Kózka M. Wybrane założenia religii świadków Jehowy. W: Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red.). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 59.
12. Sikora A. Transplantacja narządów w perspektywie religijno-moralnej. *Medyczna Wokanda*. 2011;3:121–128.
13. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. *Hygeia Public Health*. 2013;48(1):108–114.
14. Janus B. Istota pielęgniarstwa transkulturowego M. Leininger. W: Górąjek-Joźwik J (red.). *Filozofia i teorie pielęgnowania*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. s. 359–360.
15. Szopski M. *Komunikowanie międzykulturowe*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 2005. s. 8–9.
16. Poznańska S, Madelaine M. Leininger. Model pielęgniarstwa transkulturowego. W: Poznańska S, Płaszewska-Żywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001. s. 155–157.
17. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K. *Przedmowa* (red.). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 9.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Elżbieta Antos
ul. Stanisława Wyspiańskiego 1/49, 05-120 Legionowo
tel.: 608 376 007
e-mail: ela.antos@op.pl

ANALIZA PORÓWNAWCZA WYBRANYCH EFEKTÓW PROCESU IMPLEMENTACJI PAKIETU ONKOLOGICZNEGO DLA WOJEWÓDZTW ŚLĄSKIEGO, ŚWIĘTOKRZYSKIEGO I WIELKOPOLSKIEGO

IMPLEMENTATION PROCESS OF THE QUICK ONCOLOGICAL THERAPY COMPARATIVE ANALYSIS FOR THE SILESIAN, SWIETOKRZYSKIE AND WIELKOPOLSKIE VOIVODESHIP

Michał Chrobot¹, Marcin Motnyk², Erwin Strzesak³

¹ Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

² 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

³ Dział Ewidencji Świadczeń Medycznych, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu

STRESZCZENIE

Pakiet onkologiczny to jedna ze sztandarowych reform polskiego systemu ochrony zdrowia, która weszła w życie z początkiem roku 2015. Reforma przyniosła wiele zmian w funkcjonowaniu systemu zarówno po stronie pacjenta, który zgodnie z podstawowym jej założeniem miał mieć zapewnione szybsze i skuteczniejsze leczenie chorób nowotworowych), jak i po stronie świadczeniodawcy, który musiał w wielu obszarach dostosować się do nowych warunków na poziomie tak operacyjnym, jak i administracyjnym na swój koszt (niestety wraz z wejściem reformy w życie w systemie nie pojawiły się dodatkowe pieniądze, które umożliwiłyby mniej bolesne przejście przez początkowy okres dostosowawczy do nowych warunków). W artykule opisano podstawowe skutki funkcjonowania pakietu onkologicznego w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim na tle rezultatów dla całego kraju. Szereg danych wskazuje jednoznacznie, że nie wszystko zadziało, tak jak pierwotnie planował inicjator zmian, a duży ciężar reformy został przerzucony na świadczeniodawców (szczególnie biorąc pod uwagę skalę działań na duże centra onkologiczne), którzy, szczególnie w pierwszym okresie od implementacji opisywanych rozwiązań, odczuli negatywnie skutki zmian, zarówno w wymiarze finansowym, jak i organizacyjnym.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, pakiet onkologiczny, implementacja, reforma.

ABSTRACT

The quick oncological therapy (polish pakiet onkologiczny) is one of the main deep changes in the polish healthcare system. Quick oncological therapy started at the beginning of the year 2015. It was a very deep change both at the healthcare unit side and patient side. The main reform goal was to give patients quicker and more efficient therapy. Unfortunately healthcare units were forced to adapt to new conditions especially at the operational and administrative level without any additional money in the healthcare system, that can afford to go easier through the adaptation process. Article describes main consequences quick oncological therapy implementation in the first 9 months of the year 2015 in the Silesian, Swietokrzyskie and Wielkopolskie voivodeship. The data are showed at the data for the whole country. The showed data proves that not everything started to work properly and more costs of reform are transferred to healthcare units (especially to the big oncological centers). These units – especially in the first reform implementation period – were badly experienced both at the financial and organizational level.

Keywords: healthcare system, quick oncological therapy, implementation, reform.

Wstęp

Pakiet onkologiczny to jedna z ostatnich prób reformy polskiego systemu ochrony zdrowia. W tym przypadku dotyczy ona obszaru diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, które są drugą najważniejszą przyczyną śmierci w Polsce (po chorobach układu krążenia)¹. Ich udział w tej niechlubnej statystyce znacząco wzrósł w ciągu ostatnich dwóch dekad. Dlatego też poprawa efektywności działania systemu w tym obszarze wydaje się jak najbardziej uzasadniona. Niestety zmiany te wywołały szereg problemów na etapie ich szczegółowej implementacji.

W swych podstawowych założeniach reforma ta miała przede wszystkim na celu:

- skrócenie kolejek do lekarza specjalisty dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu,
- wprowadzenie szybkiej diagnostyki i kompleksowego leczenia onkologicznego,
- uporządkowanie procesu diagnostyki i leczenia pacjenta,
- zmniejszenie śmiertelności pacjentów onkologicznych,
- obniżenie kosztów leczenia dzięki wykryciu choroby we wczesnym stadium zaawansowania².

Założenia reformy wydają się być jak najbardziej prawdziwe. Głównym beneficjentem wprowadzonych

¹ Źródło: onkologia.org.pl [dostęp: 01.01.2016].

² Źródło: pakiet onkologiczny.gov.pl [dostęp: 01.01.2016].

zmian ma zostać najważniejszy podmiot systemu ochrony zdrowia, jakim jest pacjent. W artykule podjęto próbę oceny implementacji opisanych wyżej rozwiązań w trzech województwach: śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim, na tle statystyk dotyczących całego kraju, w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku. Analizy dokonano na podstawie danych statystycznych dotyczących realizacji pakietu onkologicznego w Polsce, otrzymanych z Centrali NFZ oraz poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Idea, założenia i podstawowe dane dotyczące pakietu onkologicznego

Pod potocznie używaną nazwą „pakiet onkologiczny” kryje się zbiór regulacji, które, wprowadzone od 1 stycznia 2015 roku, zasadniczo zmieniły organizację diagnostyki i leczenia onkologicznego w Polsce. Kluczowym aktem prawnym pakietu jest *Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*³, na podstawie której wydano rozporządzenia Ministra Zdrowia⁴. Natomiast szczegółowe kwestie w zakresie realizacji pakietu onkologicznego określają wydane przez Prezesa NFZ zarządzenia o numerach: 79/2014/DSOZ (dot. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), 80/2014/DGL (dot. chemioterapii) oraz 81/2014/DSOZ (dot. leczenia szpitalnego)⁵.

Głównymi założeniami „pakietu onkologicznego” są:

- wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (zwaną dalej kartą DiLO);
- wprowadzenie maksymalnego czasu na wykonanie diagnostyki onkologicznej (9 tygodni w 2015, 8 tygodni w 2016 i 7 tygodni w 2017 r., liczone od dnia zgłoszenia się pacjenta do specjalisty);
- wprowadzenie zasady, iż leczenie onkologiczne nowotworu złośliwego poprzedzone jest konsylium lekarzy specjalistów, które określa plan leczenia, optymalny dla danego pacjenta;
- wprowadzenie funkcji koordynatora;
- wprowadzenie maksymalnego czasu na rozpoczęcie leczenia onkologicznego (w ciągu 14 dni od daty konsylium);
- zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie onkologiczne, pod warunkiem, że są one zrealizowane zgod-

nie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia (tzw. ścieżką pacjenta)⁶.

Przez pierwsze trzy kwartały od wprowadzenia zmian wystawiono w całym kraju ponad 183 tysiące kart DiLO. Najwięcej w najludniejszym województwie kraju, jakim jest województwo mazowieckie, bo prawie 30 tysięcy. Placówki szpitalne wydały ponad 80 tysięcy kart, co stanowi 45% ogółu wydanych kart. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) odpowiedzialni są za wydanie prawie 57 tysięcy kart, co stanowi ponad 31% ogółu wydanych kart. Za pozostałą część, czyli około 24%, odpowiedzialne są poradnie specjalistyczne. W sumie wydały one 43,5 tysiąca kart⁷.

Na **rycynie 1** przedstawiono liczbę kart DiLO wydanych w poszczególnych województwach w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku. Liderami w liczbie wydanych kart DiLO są najludniejsze województwa, tj. mazowieckie, śląskie i wielkopolskie. Najmniejszą liczbę kart zanotowano w województwach podlaskim, lubuskim i opolskim.

W przeliczeniu na 100 tysięcy ludności średnia wydanych kart dla całego kraju wynosi 497⁸. Biorąc pod uwagę poszczególne województwa, w statystyce tej najgorzej wypadają województwa podlaskie (234), podkarpackie (307) i lubuskie (319). Najlepszym wskaźnikiem może się pochwalić województwo świętokrzyskie (613), następnie województwa kujawsko-pomorskie (603) i dolnośląskie (591)⁹ (**Rycina 2**).

Praktyka z analizowanego okresu funkcjonowania pakietu wskazuje, że liczba wydanych kart może nie korelować z liczbą chorych, leczonych tą ścieżką systemową. Zdarza się bowiem tak, że świadczeniodawca wadliwie kieruje pacjenta, u którego podejrzewa wystąpienie choroby nowotworowej, na dalszą diagnostykę w poradni lub szpitalu (co powoduje brak technicznej możliwości rozliczenia świadczeń w ramach pakietu onkologicznego). Dochodzi też do sytuacji, w których pacjent w ogóle nie zgłasza się do specjalisty. Szczególnie problematyczne w praktyce wydają się te przypadki pacjentów z kartą DiLO, którą wydali lekarze POZ. Niestety nie mają oni odpowiednich narzędzi diagnostycznych i nie są (co wynika także z charakteru ich pracy oraz systemu kształcenia podyplomowego) odpowiednio przeszkoleni pod kątem występowania chorób nowotworowych oraz sposobów ich wykrywania i diagnostyki¹⁰.

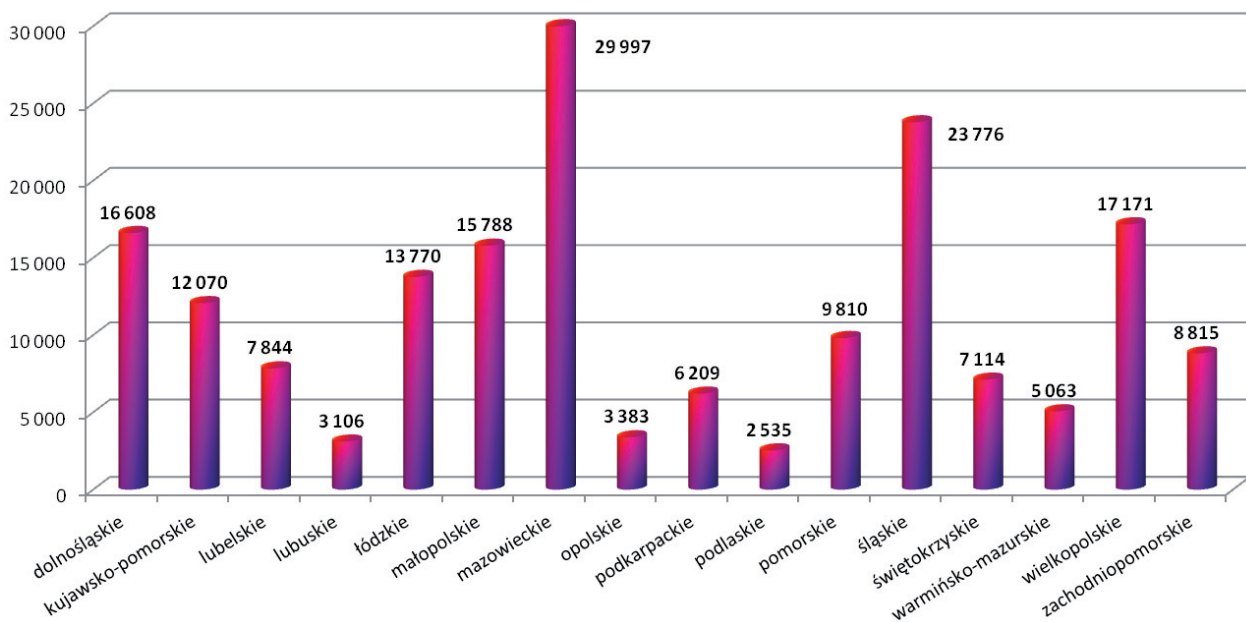
⁶ Źródło: pakiet.onkologiczny.gov.pl [dostęp: 1.01.2016].

⁷ Źródło: dane NFZ.

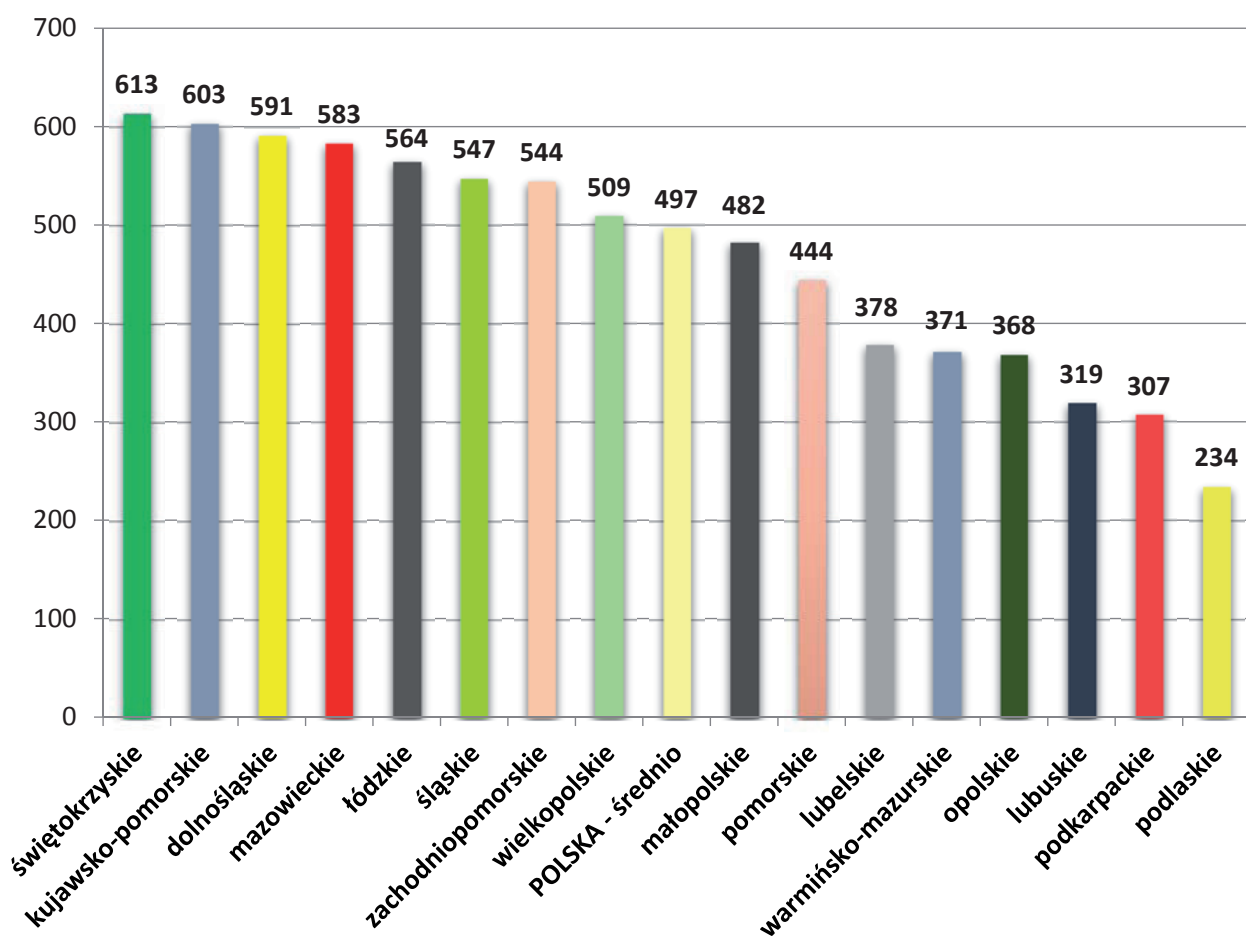
⁸ Źródło: dane NFZ.

⁹ Obliczenia własne na podstawie danych NFZ i GUS.

¹⁰ Lekarz POZ ma narzucony wskaźnik potwierdzonych rozpoznań w stosunku do wydawanych kart DiLO, który wynosi aż 1/15,



Rycina 1. Liczba wydanych kart DiLO w poszczególnych województwach w okresie od stycznia do września 2015 roku. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ



Rycina 2. Liczba wydanych kart DiLO (na 100 tysięcy mieszkańców) w poszczególnych województwach w okresie od stycznia do września 2015 roku. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na potwierdzenie powyższego analizie poddano:

- udział wykonanych diagnostyk wstępnych w poradniach specjalistycznych (dalej: AOS) w stosunku do kart wydanych w POZ (rozbieżność pomiędzy województwami sięga od 9,53% w woj. opolskim do 34,82% w woj. pomorskim, przyjmując średnią wartość dla Polski na poziomie 28,06%);
- odsetek wykonanych diagnostyk pogłębionych w AOS w stosunku do kart wydanych w POZ i AOS (rozbieżność pomiędzy województwami sięga od 19,70% w woj. świętokrzyskim do 42,35% w woj. lubelskim, przyjmując średnią wartość dla Polski na poziomie 30,28%);
- liczbę kart zamkniętych (rozbieżność pomiędzy województwami sięga od 4,06% w woj. podkarpackim do 25,74% w woj. warmińsko-mazurskim, przyjmując średnią wartość dla Polski na poziomie 11,54%).

Powyższe dane świadczą o zdecydowanie różnym podejściu i zaangażowaniu poszczególnych uczestników systemu do ustawowego obowiązku realizacji pakietu onkologicznego.

Po przedstawieniu podstawowych danych dotyczących funkcjonowania pakietu onkologicznego w okresie styczeń – wrzesień 2015 r. w dalszej części artykułu zaprezentowane zostaną analizy dla województw śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego.

Podstawowe dane z wdrożenia pakietu onkologicznego dla wybranych województw

Województwo śląskie

Województwo śląskie to po województwie mazowieckim najbardziej ludne województwo w Polsce. Jego ludność przekracza 4,5 mln osób, co stanowi około 12% populacji Polski¹¹. Warto przy tym dodać, że populacja województwa śląskiego jest – w aspekcie demograficznym – starsza niż populacja Polski¹². Jest to także województwo o najwyższym wskaźniku urbanizacji w Polsce (dane za 2013 rok wynoszącym 77,4%¹³). Jest to też województwo o dość dobrze rozwiniętej (na tle kraju) sieci placówek specjalistycznych, w tym onkologicznych. Dane epidemiologiczne za rok 2011 wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory

złośliwe w tym województwie to około 18 tysięcy zarejestrowanych nowych przypadków. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 400,2 a dla kobiet – 372,7, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 246,8 i kobiet 206,1. Współczynniki zachorowalności plasują województwo śląskie nieco poniżej średniej dla Polski (współczynnik surowy i standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 384,9 i 251,5, a dla kobiet 365,0 i 207,3)¹⁴. Inaczej kształtuje się statystyka umieralności na nowotwory w tym województwie. Rocznie na nowotwory umiera ponad 11,5 tysiąca osób, a współczynnik surowy i standaryzowany dla mężczyzn przyjmuje wartość odpowiednio 290,0 i 174,1. Dla kobiet wartość ta kształtuje się na poziomie 215,6 i 101,7¹⁵. Jest to wynik powyżej średniej dla Polski, która wynosi (współczynnik surowy i standaryzowany) dla mężczyzn 276,4 i 173,5, a dla kobiet 204,5 i 97,6¹⁶. Największą placówką leczącą choroby onkologiczne w województwie śląskim jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach. Należy przy tym dodać, że na terenie tego województwa znajduje się szereg dużych placówek ochrony zdrowia leczących choroby onkologiczne. Wynika to z faktu zarówno silnego uprzemysłowienia tego regionu, jak i jego struktury, tzn. umiejscowienia wielu dużych i średnich miast zlokalizowanych blisko siebie.

W województwie śląskim świadczeniobiorca może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 947 miejscach udzielania świadczeń (według danych Centrali NFZ u 748 świadczeniodawców¹⁷). Struktura świadczeniodawców wydających karty DiLO oraz struktura wydanych kart przedstawione zostały w **tabeli 1**.

W województwie śląskim w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku wydano nieco ponad 24 tysiące kart DiLO. Stanowi to około 13% kart wydanych w całym kraju. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że udział wydanych kart w województwie pokrywa się z udziałem ludności tego województwa w ludności całego kraju. Biorąc pod uwagę fakt, że wiele osób spoza tego województwa leczą się właśnie w tym regionie (ze względu na dość dobrze rozwiniętą sieć placówek), to można przyjąć założenie, że udział wydanych kart DiLO powinien być większy niż udział populacji województwa w populacji całego kraju. Pomimo

co oznacza, że lekarzowi POZ nie grożą żadne sankcje w przypadku, gdy tylko 1 z 15 podejrzeń nowotworu złośliwego (wydanych kart DiLO) zostanie potwierdzony przez specjalistę w poradni specjalistycznej lub oddziale szpitalnym.

¹¹ Źródło: GUS, www.stat.gov.pl [dostęp: 1.01.2016].

¹² Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa wielkopolskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl; s. 3.

¹³ Źródło: eregion.wzp.pl [dostęp: 2.01.2016].

¹⁴ Didkowska J, Wojciechowska A, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Warszawa 2013. s. 30.

¹⁵ *Ibidem*, s. 27.

¹⁶ *Ibidem*, s. 27.

¹⁷ Liczba miejsc udzielania świadczeń jest większa niż faktyczna liczba placówki z uwagi na fakt, iż w wielu podmiotach karty DiLO są wydawane w więcej niż jednym trybie (tj. POZ, AOS, leczenie szpitalne, leczenie szpitalne – leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 r.).

Tabela 1. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie śląskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	677	71,5%	7276	30,3%	1253
AOS	163	17,2%	6458	26,9%	415
SZPITAL	67	7,1%	5193	21,6%	607
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	40	4,2%	5099	21,2%	307
RAZEM	947	100%	24026	100%	2582

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 2. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Polsce w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO
POZ	56975	31,1%
AOS	43526	23,8%
SZPITAL	40485	22,1%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	42073	23,0%
RAZEM	183059	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

faktu, że liczba wydanych kart w tym województwie na 100 tysięcy mieszkańców wynosząca 547 (przy średniej dla kraju wynoszącej 497)¹⁸ jest wartością powyżej średniej, to biorąc pod uwagę „nasycenie” województwa placówkami realizującymi pakiet onkologiczny, w województwie śląskim udział wydanych kart DiLO powinien być jednym z najwyższych w kraju. Wynosi 748 świadczeniodawców wydających karty DiLO – to najwyższy wynik w kraju, przewyższający nawet w tym względzie województwo mazowieckie (673 podmioty).

Biorąc pod uwagę strukturę wydanych kart i strukturę podmiotów je wydających, to pierwszym istotnym faktem jest wysoki udział w strukturze podmiotów POZ wynoszący ponad 71% i relatywnie niski ich udział w wydaniu kart wynoszący nieco ponad 30%. Osobną kwestią pozostaje „trafność” podejrzeń o występowanie nowotworu właśnie w tej grupie podmiotów. Zbliżony wynik, jeśli chodzi o udział wydanych kart, mają poradnie AOS. Różnica polega na tym, że ta grupa – AOS – ma w strukturze podmiotów udział nieznacznie przekraczający 17%. Jest to zatem pierwsza grupa podmiotów, która ma większy udział wydanych kart niż ma udziału w strukturze podmiotów. Największy udział w wydaniu kart, uwzględniając strukturę podmiotów, mają szpitale. Ich udział w strukturze podmiotów nieznacznie przekracza 7%, a udział w kartach przekracza 21%. Podobnie jest w przypadku szpitali kontynuujących leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem. Ich udział w ogólnej liczbie podmiotów ledwo przekracza 4%, natomiast udział w wydaniu kart jest na podobnym poziomie jak w przypad-

ku szpitali i przekracza 21%. Sumując udziały dwóch grup szpitali, można stwierdzić, że ich udział w strukturze podmiotów w województwie śląskim nieznacznie przekracza 11%, natomiast udział w strukturze wydania kart jest większy niż 43%. Sumarycznie ta grupa podmiotów leczniczych generuje czterokrotnie większy udział w wydaniu kart niż sama ma w strukturze podmiotów.

W tym miejscu warto porównać te dane z danymi dla całego kraju. Strukturę podmiotów oraz wydania kart dla całego kraju przedstawiono w **tabeli 2**.

W skali całego kraju w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku wydano ponad 183 tysiące kart DiLO. Prawie co trzecią kartę wydały placówki odpowiedzialne za podstawową opiekę zdrowotną. Niemalże co czwarta karta DiLO w Polsce została wygenerowana przez AOS (jego udział to 23,8%) i szpitale kontynuujące leczenie (ich udział to 23%). Niewiele mniejszy udział mają placówki szpitalne, które wydały karty w pierwszym roku obowiązywania pakietu onkologicznego. Ich udział wynosi 22,1%. Dane te nieznacznie różnią się od wcześniej zaprezentowanych danych dla województwa śląskiego.

W tej części analizy warto wspomnieć o kartach zamkniętych. Karty te w województwie śląskim stanowią jedynie 10,7% ogółu wydanych kart. Zatem 9 na 10 kart w województwie nadal jest aktywnych. W skali kraju odsetek kart zamkniętych wynosi 11,5%¹⁹. Jest to zatem wynik nieznacznie wyższy niż w województwie śląskim.

Największy udział w wydaniu kart zamkniętych w relacji do wydanych kart mają placówki POZ. Spośród wy-

¹⁸ Źródło: dane NFZ.

¹⁹ Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 3. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach, w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	0	0%	5
AOS	3312	47,1%	38
SZPITAL	696	9,9%	22
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	3022	43,0%	0
RAZEM	7030	100%	65

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

danych przez tę grupę podmiotów 7276 kart 1253 to karty zamknięte. Stanowi to ponad 17% ogółu wydanych kart w trybie POZ i jest to najwyższy odsetek we wszystkich analizowanych grupach świadczeniodawców.

Na podstawie analizy powyższych danych dla województwa śląskiego można pokusić się o tezę stanowiącą, iż główny ciężar implementacji pakietu onkologicznego w województwie śląskim spoczywa na szpitalach oraz funkcjonujących przy oddziałach poradniach przyszpitalnych. Tezę tę zdają się potwierdzać dane z gliwickiego oddziału Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Tabela 3 obrazuje strukturę i liczbę wydanych kart DiLO w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie (dalej: CO-I), Oddział w Gliwicach, w okresie styczeń–wrzesień 2015 roku. Jest to największa placówka specjalistyczna o profilu onkologicznym w województwie śląskim.

Dane dotyczące największej placówki o profilu onkologicznym w województwie śląskim jednoznacznie potwierdzają fakt, że ciężar implementacji pakietu onkologicznego spoczywa w głównej mierze na dużych, wyspecjalizowanych ośrodkach. W CO-I w Gliwicach wydano prawie 30% wszystkich wydanych kart DiLO w województwie śląskim. Największy udział w wydaniu kart DiLO w tej placówce mają odpowiednio AOS (47,1%) oraz szpital (kontynuacja leczenia), którego udziały wynoszą 43%. Powyższe dane wskazują jednoznacznie, że większość nowych rozpoznań diagnozowana jest ambulatoryjnie. Porównywalna część leczonych pacjentów leczenie rozpoczęła w latach poprzednich. Na koniec warto dodać, że jedynie 65 kart w CO-I zostało zamkniętych, co stanowi jedynie niecały 1% ogółu wydanych kart DiLO.

Województwo świętokrzyskie

Województwo świętokrzyskie to jedno z najmniej ludnych województw w kraju. Populacja regionu wynosi nieco ponad 1,26 mln mieszkańców²⁰. Liczba ta stanowi około

3,3% ludności, co daje 13. miejsce w Polsce²¹. Województwo świętokrzyskie charakteryzuje się jednym z najniższych w Polsce współczynnikami urbanizacji wynoszącym 45,14%²². Największym miastem jest stolica województwa – Kielce. Fakt ten znajduje swoje odzwierciedlenie w strukturze placówek ochrony zdrowia. Województwo to może się pochwalić jedynie jedną dużą placówką specjalistyczną o profilu onkologicznym, jaką jest Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach (dalej: ŚCO). Dane epidemiologiczne za rok 2011 wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w tym województwie to ponad 5 tysięcy zarejestrowanych nowych przypadków. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 418,6 a dla kobiet – 391,7, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 259,0 i kobiet 211,8. Współczynniki zachorowalności plasują województwo świętokrzyskie znacznie powyżej średniej dla Polski (dla przypomnienia: współczynnik surowy i standaryzowany to dla mężczyzn 384,9 i 251,5, a dla kobiet 365,0 i 207,3)²³. Pomimo wyższej od średniej zachorowalności współczynniki umieralności plasują to województwo poniżej średniej krajowej.

W województwie świętokrzyskim pacjent może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 235 miejscach udzielania świadczeń (według danych Centrali NFZ u 196 świadczeniodawców). Struktura świadczeniodawców wydających karty DiLO oraz struktura wydanych kart przedstawione są w **tabeli 4**.

W województwie świętokrzyskim w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku wydano blisko 7,2 tysiąca kart DiLO. Stanowi to około 4% kart wydanych w Polsce. Mimo niskiej wartości liczb bezwzględnych liczba wydanych kart w województwie na 100 tysięcy mieszkańców, wynosząca 613 (przy średniej dla kraju wynoszącej 497)²⁴, jest najwyższą wartością w kraju. Wskaźnik ten został osiągnięty

²¹ Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa świętokrzyskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl, s. 3.

²² Źródło: eregion.wzp.pl [dostęp: 2.01.2016].

²³ Didkowska J, Wojciechowska A, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Warszawa 2013, s. 30.

²⁴ Źródło: dane NFZ.

²⁰ Źródło: GUS, www.stat.gov.pl [dostęp: 2.01.2016].

Tabela 4. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie świętokrzyskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	169	71,9%	1615	22,5%	213
AOS	35	14,9%	2038	28,3%	70
SZPITAL	19	8,1%	1244	17,3%	70
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	12	5,1%	2294	31,9%	21
RAZEM	235	100%	7191	100%	374

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

mimo niewielkiej liczby placówek realizujących pakiet onkologiczny. Liczba świadczeniodawców wydających karty DiLO w województwie świętokrzyskim (196 placówek) jest trzecim najniższym wynikiem w kraju, po województwach lubuskim i opolskim (odpowiednio 177 i 179 podmiotów).

Z analizy struktury wydanych kart DiLO oraz struktury podmiotów wynika wysoki udział w strukturze podmiotów POZ wynoszący blisko 72% i relatywnie niski ich udział w wydaniu kart wynoszący nieco ponad 22%. Udział placówek wydających karty w AOS wynosi blisko 15%, przy odsetku ponad 28% kart wydanych w tym trybie. Powyższe oznacza, iż lekarze POZ wydają karty w niewielkiej (średnio 10 kart DiLO), a lekarze specjaliści (AOS) w dużej liczbie na placówkę (średnio 58 kart).

Głównym trybem wydanych kart w województwie jest szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 r. Jego udział w strukturze podmiotów nieznacznie przekracza 5%, a udział w wydaniu kart to już 31,9%. Podobna sytuacja zachodzi w przypadku trybu wydawania kart przez szpital, którego udział w ogólnej liczbie podmiotów przekracza 8%, natomiast udział w wydaniu kart przekracza 17%. Po zsumowaniu udziałów obu trybów szpitalnych można stwierdzić, że ich udział w strukturze podmiotów w województwie świętokrzyskim wynosi blisko 13%, natomiast udział w strukturze wydawanych kart jest większy niż 49%. Powyższe oznacza, iż mimo najmniejszego udziału w strukturze placówek najwięcej kart DiLO wydano podczas pobytów pacjentów w oddziałach szpitalnych.

Porównując te dane z danymi dla Polski (**Tabela 2**), widać, że realizacja pakietu onkologicznego w szpitalach i poradniach województwa świętokrzyskiego przekracza średnią dla kraju (SZP – 45,1% i AOS – 23,8%), przy jednoczesnym niższym wskaźniku wydania kart w trybie POZ (31,1%).

Karty zamknięte w województwie świętokrzyskim stanowią jedynie 5,2% ogółu wydanych kart. Odsetek ten jest znacząco niższy niż średnia dla kraju i wynosi 11,5%²⁵. Oznaczać to może, iż w województwie świętokrzyskim

mamy do czynienia ze znacznie mniejszą liczbą kart wydanych bezpodstawnie (np. przez lekarzy POZ) lub błędnie (np. kart wydawanych na rzecz pacjentów niewymagających leczenia onkologicznego). Największy udział w kartach zamkniętych w relacji do wydanych kart mają lekarze POZ. Spośród wydanych przez tę grupę podmiotów kart (1615 kart) 213 to karty zamknięte. Stanowi to ponad 13% ogółu kart wydanych w trybie POZ.

Analiza wszystkich wyżej zaprezentowanych danych dla województwa świętokrzyskiego w pełni potwierdza tezę, że w tym przypadku główny ciężar wdrożenia pakietu onkologicznego wzięły na siebie placówki szpitalne wraz z poradniami przyszpitalnymi, a w szczególności ŚCO w Kielcach.

Tabela 5 obrazuje strukturę i liczbę wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku.

Zgodnie z powyższymi danymi w ŚCO najwięcej kart DiLO wydano w trybie szpital – leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 r. (52,1%) oraz AOS (39,2%). Powyższe dane wskazują jednoznacznie, że większość nowych rozpoznanych diagnozowana jest ambulatoryjnie, a co drugi pacjent leczony onkologicznie w latach poprzednich otrzymał kartę DiLO. Karty nowo zdiagnozowanych pacjentów, którym wydano kartę DiLO w oddziale szpitalnym, stanowiły 8,7% wszystkich kart wydanych w ŚCO.

Spośród kart wydanych w ŚCO niewiele (2,2% ogółu wydanych kart DiLO) zostało już zamkniętych.

Powyższe w korelacji z danymi z województwa oraz fakt, iż ŚCO realizuje świadczenia z większości zakresów onkologicznych (chirurgia onkologiczna), w tym niektóre za zasadzie wyłączności (ginekologia onkologiczna, chemioterapia – hospitalizacja, teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa²⁶), potwierdzają, iż ŚCO jako jedyna placówka o profilu onkologicznym w województwie świętokrzyskim jest głównym miejscem realizacji pakietu onkologicznego na tym terenie.

²⁵ Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

²⁶ Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa świętokrzyskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzedzdrowotnych.mz.gov.pl, s. 5 i 6.

Tabela 5. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	0	0%	0
AOS	1681	39,2%	55
SZPITAL	374	8,7%	22
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015	2233	52,1%	19
RAZEM	4288	100%	96

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Z łącznej analizy danych z **tabel 4 i 5** wynika, iż spośród wszystkich kart DiLO wydanych w województwie świętokrzyskim w analizowanym okresie prawie 60% wydano tylko w ŚCO. Ze szczegółowej analizy trybów wydania karty DiLO wynika, że w ŚCO wydano aż 97,3% kart wydanych w całym regionie w trybie szpital – kontynuacja leczenia. W poradniach specjalistycznych ŚCO odsetek ten wyniósł 82,5%.

Województwo wielkopolskie

Województwo wielkopolskie to trzecie województwo w Polsce o największej liczbie ludności (3,5 mln osób, co stanowi około 9% populacji Polski²⁷). W odróżnieniu do dwóch wcześniej omówionych regionów populacja województwa wielkopolskiego jest młodsza niż ta całego kraju²⁸.

Jest to województwo o wskaźniku urbanizacji nieco niższym niż średnia dla Polski (dane za 2013 rok) wynoszącym 55,2%²⁹. Województwo to w obecnym kształcie skupia kilka ośrodków, które w przeszłości miały status województwa (np. Kalisz), co wpływa w pewnym stopniu na strukturę placówek zdrowotnych. Dane epidemiologiczne za rok 2011 wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w tym województwie to około 14 tysięcy zarejestrowanych nowych przypadków. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 408,1 a dla kobiet – 393,1, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 285,2 i kobiet 235,2. Współczynniki zachorowalności plasują województwo wielkopolskie zdecydowanie powyżej średniej dla Polski (współczynnik surowy i standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 384,9 i 251,5, a dla kobiet 365,0 i 207,3)³⁰. Statystyka w obszarze umieralności na nowotwory w tym województwie kształtuje się następująco: rocznie na nowotwory umiera ponad 8,1 tysiąca osób, a współczynnik

surowy i standaryzowany dla mężczyzn przyjmuje wartość odpowiednio 270,8 i 185,0. Dla kobiet wartość ta kształtuje się na poziomie 205,2 i 104,8³¹. Jest to wynik powyżej średniej dla Polski, która wynosi (współczynnik surowy i standaryzowany) dla mężczyzn 276,4 i 173,5, a dla kobiet 204,5 i 97,6³², z wyjątkiem współczynnika surowego umieralności dla mężczyzn, którego wartość jest nieco niższa niż średnia dla całego kraju.

Największą placówką leczącą choroby onkologiczne w województwie wielkopolskim jest Wielkopolskie Centrum Onkologii (dalej: WCO) w Poznaniu. Niezależnie od tego w regionie zlokalizowane są inne duże placówki ochrony zdrowia, w tym szpitale kliniczne Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, które w części zajmują się diagnostyką i leczeniem chorób onkologicznych.

W województwie wielkopolskim pacjent może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 653 miejscach udzielania świadczeń (według danych Centrali NFZ u 599 świadczeniodawców). Struktura świadczeniodawców wydających karty DiLO oraz struktura wydanych kart przedstawione zostały w **tabeli 6**.

W województwie wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku wydano blisko 18 tysięcy kart DiLO. Stanowi to około 9,5% kart wydanych w Polsce. Mimo to liczba wydanych w Wielkopolsce kart na 100 tysięcy mieszkańców wynosi 509, co jest wartością w okolicach średniej dla Polski. Z uwagi na znaczące uprzemysłowienie oraz liczbę placówek medycznych realizujących pakiet onkologiczny (599 świadczeniodawców, co jest trzecim najwyższym wynikiem w kraju) wskaźnik ten powinien być jednym z najwyższych w kraju.

Z analizy **tabeli 6** wynika, że najwyższy udział w strukturze podmiotów wydających (83,5%) oraz liczbie wydanych kart DiLO (27,8%) zajmują lekarze POZ. Zbliżony wynik, jeśli chodzi o udział w wydaniu kart, mają poradnie AOS (22,1%). Tak znaczącą liczbę kart wydano jednak zaledwie w 46 podmiotach, co stanowiło zaledwie 7% placówek wydających karty DiLO.

²⁷ Źródło: GUS, www.stat.gov.pl [dostęp: 1.01.2016].

²⁸ Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa wielkopolskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzedzdrowotnych.mz.gov.pl, s. 3.

²⁹ Źródło: eregion.wzp.pl [dostęp: 2.01.2016].

³⁰ Didkowska J, Wojciechowska A, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Warszawa 2013, s. 30.

³¹ *Ibidem*, s. 27.

³² *Ibidem*, s. 27.

Tabela 6. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	545	83,5%	4981	27,8%	673
AOS	46	7,0%	3962	22,1%	579
SZPITAL	42	6,4%	4799	26,8%	675
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015 r.	20	3,1%	4183	23,3%	1043
RAZEM	653	100%	17925	100%	2970

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Znaczący udział w wydaniu kart DiLO w Wielkopolsce miały szpitale (w obu trybach). Ich udział w strukturze podmiotów wynosi 6,4% dla trybu szpital oraz 3,1% dla trybu szpital – kontynuacja leczenia. Mimo tego łącznie w oddziałach szpitalnych wydano ponad połowę kart DiLO, z czego pacjenci zdiagnozowani w roku 2015 stanowili 26,8%. Sumując udziały dwóch grup szpitali, można stwierdzić, że ich udział w strukturze podmiotów w województwie wielkopolskim nie przekracza 10%, natomiast udział w strukturze kart wynosi aż 50,1%. Zależy stwierdzić, że w porównaniu z danymi dla Polski (**Tabela 2**) że dane regionalne nieznacznie różnią się od średnich wartości w kraju.

W województwie wielkopolskim na koniec trzeciego kwartału 2015 roku pozostaje blisko 3 tysiące zamkniętych kart DiLO. Stanowią one 16,6% ogółu wydanych kart, co jest wskaźnikiem wyższym niż średnia krajowa (11,5%).

Największy odsetek kart zamkniętych w stosunku do kart wydanych ma tryb szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 roku (24,9%). W pozostałych trybach wydania kart odsetek kart zamkniętych utrzymuje się na podobnym poziomie (około 14%).

Na podstawie analizy powyższych danych dla województwa wielkopolskiego można stwierdzić, iż w tym regionie implementacja pakietu onkologicznego została wykonana przez świadczeniodawców każdego typu. Jednakże patrząc na liczby wydanych kart w stosunku do liczby placówek, trzeba stwierdzić, że największy ciężar udźwignęły oddziały i poradnie przyszpitalne. Powyższe odzwierciedla struktura wydanych kart DiLO w WCO.

Tabela 7 obrazuje strukturę i liczbę wydanych kart DiLO w WCO w Poznaniu w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku. WCO to jeden z największych szpitali specjalistycznym w regionie, realizujący najwięcej świadczeń onkologicznych.

Dane z WCO jednoznacznie potwierdzają fakt, że ciężar implementacji pakietu onkologicznego spoczywa w głównej mierze na dużych, wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych. W WCO wydano ponad 27% wszystkich kart DiLO wydanych w województwie wielkopolskim. Największy udział w wydaniu kart w WCO mają odpowiednio AOS (52,4%) i szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015, którego udziały wynoszą 42,1%. Dane te wskazują, że ponad połowa nowych rozpoznań nowotworów złośliwych w regionie jest diagnozowana w warunkach ambulatoryjnych. Diagnozowani w 2015 roku pacjenci otrzymywali także karty DiLO w oddziałach WCO. Odsetek wydanych kart w tym trybie wyniósł ponad 21%.

Analizując statystykę kart zamkniętych w WCO, należy zauważyć, iż co czwarta z wydanych kart została zamknięta. Stanowi to około 7% ogółu kart DiLO wydanych w całym regionie.

Porównanie wyników wdrożenia pakietu dla województw śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego

Poddając analizie wybrane dane statystyczne z województw śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego, należy stwierdzić, że regiony te różnią się od siebie, za-

Tabela 7. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	0	0%	0
AOS	2075	42,8%	398
SZPITAL	1012	20,9%	269
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	1761	36,3%	582
RAZEM	4848	100%	1249

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

równy pod kątem liczby ludności, gęstości zaludnienia, jak i współczynnika urbanizacji.

Należy odnotować także różną liczbę podmiotów realizujących świadczenia medyczne, w tym liczbę placówek realizujących pakiet onkologiczny (748 w śląskim, 599 w wielkopolskim oraz 196 w świętokrzyskim). Powyższe znajduje swoje odzwierciedlenie w szczegółowych danych dotyczących realizacji pakietu w okresie styczeń – wrzesień 2015 r.

W **tabeli 8** przedstawiono strukturę kart w analizowanych województwach na tle struktury dla całego kraju.

Z powyższych danych wynika, że lekarze POZ we wszystkich trzech województwach wydali mniej kart DiLO niż średnia dla całego kraju (31,1%), z czego w woj. śląskim odsetek ten jest nieznacznie mniejszy (30,3%), niższy w woj. wielkopolskim (27,8%), natomiast w woj. świętokrzyskim znacząco odbiega od średniej (22,5%).

W dwóch z trzech regionów wydano więcej kart w poradniach specjalistycznych (AOS) niż średnio w Polsce (23,8%), z czego w woj. śląskim o 3,1% więcej, a w woj. świętokrzyskim o 4,5%. Województwo wielkopolskie osiągnęło odsetek na poziomie 22,1%, tj. o 1,7% niższy od średniej w kraju.

Znaczące różnice pomiędzy regionami notujemy w przypadku kart DiLO wydawanych w leczeniu szpitalnym. Pacjenci zdiagnozowani w 2015 roku otrzymali w dwóch województwach mniej kart niż średnia dla kraju (22,1%): na Śląsku (21,6%), a znacząco niższy odsetek wy-

stąpił w woj. świętokrzyskim (17,3%, tj. aż o 4,8% mniej kart niż średnia). W regionie wielkopolskim liczba kart wydanych w trybie szpital jest o 4,7% większa niż średnia (26,8%).

Zupełnie odwrotnie przedstawiają się odsetki kart wydanych pacjentom leczonym przed 2015 rokiem. W tym przypadku w regionie świętokrzyskim (31,9%) wydano aż o 8,6% kart DiLO więcej niż w Wielkopolsce (23,3%), o 8,9% więcej kart DiLO niż średnia w Polsce (23,0%) i aż o 10,7% więcej niż w woj. śląskim (21,2%).

Jednakże po zsumowaniu udziałów obu trybów wydawania kart w szpitalu ich udział w woj. śląskim wynosi 42,8% (poniżej średniej dla Polski, tj. 45,1%), 49,2% w woj. świętokrzyskim, a najwięcej w woj. wielkopolskim – 50,1% (powyżej średniej).

Kolejnej analizie poddano strukturę świadczeniodawców wydających karty DiLO w opisywanych województwach (**Tabela 9**).

Z powyższych danych wynika, iż struktura podmiotów realizujących pakiet onkologiczny w regionach jest różna w poszczególnych województwach. Odsetek placówek POZ wydających karty w regionach śląskim i świętokrzyskim jest na podobnym poziomie. Znacząco większy odsetek lekarzy POZ należy odnotować w Wielkopolsce (83,5%, tj. o około 12% więcej niż w pozostałych województwach).

Różnicę między regionami widać także w liczbie placówek wydających karty DiLO w AOS (najwięcej w woj.

Tabela 8. Struktura wydanych kart DiLO w Polsce oraz w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Struktura wydanych kart DiLO dla Polski	Struktura wydanych kart DiLO w woj. śląskim	Struktura wydanych kart DiLO w woj. świętokrzyskim	Struktura wydanych kart DiLO w woj. wielkopolskim
POZ	31,1%	30,3%	22,5%	27,8%
AOS	23,8%	26,9%	28,3%	22,1%
SZPITAL	22,1%	21,6%	17,3%	26,8%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	23,0%	21,2%	31,9%	23,3%
RAZEM	100%	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 9. Struktura placówek wydających karty DiLO w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. śląskim	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. świętokrzyskim	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. wielkopolskim
POZ	71,5%	71,9%	83,5%
AOS	17,2%	14,9%	7,0%
SZPITAL	7,1%	8,1%	6,4%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	4,2%	5,1%	3,1%
RAZEM	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

śląskim, 17,2%, najmniej – wielkopolskie, 7,0%) oraz leczeniu szpitalnym (najwięcej w woj. świętokrzyskim, zarówno w trybie szpital, jak i w trybie szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 r., tj. o około 1–2% pomiędzy regionami).

Dane te, szczególnie dla województwa świętokrzyskiego, są pochodną organizacji opieki onkologicznej w poszczególnych regionach (liczby placówek onkologicznych), w tym struktury lokalnych centrów onkologii (liczby i zakresów posiadanych oddziałów i poradni specjalistycznych) oraz ich rzeczywistego zaangażowania w realizację pakietu onkologicznego dla pacjentów. Porównanie największych placówek w analizowanych województwach prezentują **tabele 10 i 11**.

Z analizy danych **tabeli 10** jednoznacznie wynika, że leczenie przeciwnowotworowe w województwie świętokrzyskim skoncentrowane jest w jednym ośrodku. Realizacja diagnostyki, a przede wszystkim leczenia onkologicznego w ŚCO dla pacjentów z całego województwa znajduje swoje odzwierciedlenie w znaczącym udziale kart wydanych w ŚCO w stosunku do wszystkich kart wydanych pacjentom w tym regionie (aż 82,5% kart z AOS oraz 97,3% kart ze szpitala – kontynuacja leczenia zostało wydanych w ŚCO). W województwie śląskim CO-I w Gliwicach, a w Wielkopolsce WCO wydały pacjentom ponad połowę wszystkich kart DiLO wystawionych w trybie AOS.

Odsetek kart wydanych w centrach onkologii (w stosunku do wszystkich kart wydanych w danym województwie) w trybie szpital zawierają się w przedziale od 13,4% dla śląskiego, 21,1% dla wielkopolskiego, aż po niewiele ponad 30% dla świętokrzyskiego. Natomiast w trybie

szpital – kontynuacja leczenia udział kart wydanych przez personel CO-I w Gliwicach wyniósł blisko 60% kart DiLO z całego województwa, przy analogicznym wskaźniku dla woj. wielkopolskiego na poziomie ponad 42%.

Tak duży odsetek wydanych kart, mimo faktu zlokalizowania na tych terenach wielu świadczeniodawców, potwierdza kluczową rolę CO-I i WCO w diagnostyce i leczeniu onkologicznym pacjentów w danych regionach. Odsetki te są mniejsze niż w przypadku ŚCO z uwagi na znacząco wyższą liczbę placówek realizujących pakiet onkologiczny w tych województwach, w tym placówek realizujących leczenie onkologiczne.

W wyniku analizy struktury kart DiLO wydawanych w centrach onkologii zanotowano odchylenia pomiędzy placówkami w każdym z trybów wydawania kart DiLO. Należy zwrócić uwagę na znacząco większą liczbę kart wydanych w CO-I w Gliwicach w poradniach przyszpitalnych (o 7,9% więcej w stosunku do świętokrzyskiego oraz 4,3% w stosunku do wielkopolskiego). WCO w Poznaniu może pochwalić się największą liczbą kart DiLO wydanych w trybie szpital (o 12,2% więcej w stosunku do świętokrzyskiego oraz 11% w stosunku do śląskiego). Natomiast w ŚCO więcej kart DiLO wydano pacjentom leczonym przeciwnowotworowo w roku 2014 i latach poprzednich (o 15,8% więcej w stosunku do wielkopolskiego oraz 9,1% w stosunku do śląskiego).

Województwa śląskie, świętokrzyskie i wielkopolskie, pomimo relatywnie bliskiego położenia, różnią się. Śląskie to najbardziej zurbanizowane województwo w kraju i drugie pod względem liczby ludności. Wielkopolskie jest

Tabela 10. Udział wydanych kart DiLO w centrach onkologii w stosunku do wszystkich kart wystawionych w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Udział wydanych kart DiLO w CO-I, Oddział w Gliwicach, na tle województwa	Udział wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach na tle województwa	Udział wydanych kart DiLO w WCO w Poznaniu na tle województwa
AOS	51,29%	82,5%	52,4%
SZPITAL	13,4%	30,1%	21,1%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	59,27%	97,3%	42,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 11. Struktura wydanych kart DiLO w centrach onkologii w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Struktura wydanych kart DiLO w CO-I, Oddział w Gliwicach	Struktura wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach	Struktura wydanych kart DiLO w WCO w Poznaniu
AOS	47,1%	39,2%	42,8%
SZPITAL	9,9%	8,7%	20,9%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	43,0%	52,1%	36,3%
RAZEM	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

z kolei trzecim pod względem liczby ludności, ale pod względem urbanizacji plasuje się poniżej średniej krajowej. Świętokrzyskie to województwo znajdujące się na końcu klasyfikacji, jeśli chodzi zarówno o wskaźnik urbanizacji, jak i liczbę ludności.

Fakty te mają swoje odzwierciedlenie także w liczbie świadczeniodawców, w tym placówek realizujących świadczenia medyczne w ramach pakietu onkologicznego. Pomimo tych różnic pomiędzy regionami, uwzględniając przeprowadzoną analizę, należy stwierdzić, że istnieje wiele zaskakujących podobieństw: że struktura podmiotów wydających karty DiLO jest zbliżona, a ciężar realizacji zadań wynikających z implementacji pakietu onkologicznego spoczywa na wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych, jakimi są odpowiednio dla województwa śląskiego – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach, dla województwa świętokrzyskiego – Świętokrzyskie Centrum Onkologii, a dla województwa wielkopolskiego – Wielkopolskie Centrum Onkologii.

Podsumowanie

Pakiet onkologiczny w swych pierwotnych założeniach to krok władzy wykonawczej, reformującej system ochrony zdrowia w obszarze chorób nowotworowych, wykonany we właściwym kierunku. Trudno bowiem nie zgodzić się z podstawowym założeniem stanowiącym, iż pacjent powinien być możliwie szybko diagnozowany, tak aby mógł podjąć jak najszybciej leczenie przeciwnowotworowe. Niestety największe problemy pojawiły się na etapie procesu implementacji pakietu onkologicznego, w szczególności.

Na początku warto wspomnieć o braku jednego z istotnych etapów w przypadku implementacji nowego rozwiązania, tj. pilotażu, który mógłby w znacznym stopniu pozbawić wprowadzane rozwiązanie swoistych „chorób wieku dziecięcego”. Z perspektywy czasu należy uznać, iż pilotaż na pewno wyeliminowałby problemy techniczno-informatyczne z aplikacją do wydawania kart (AP-DILO³³), które pojawiły się w styczniu i lutym 2015 r.

Biorąc pod uwagę problemy o nieco mniejszym znaczeniu, należy wspomnieć o kłopotach z aplikacją do wydawania i obsługi poszczególnych etapów karty DiLO. Obsługa ta zwiększa koszty funkcjonowania placówek publicznych, gdyż do wykonania tej dodatkowej pracy techniczno-informatycznej potrzebni są dodatkowi pracownicy, których zadaniem jest: wprowadzanie danych do tych aplikacji, śledzenie ścieżki pacjenta, dokonywanie poprawek w rozliczeniach świadczeń itd. Wydaje się, że mimo iż nie wpływa to w żadnym stopniu na podstawowe

(istotne) parametry, takie jak czas i jakość terapii onkologicznej, zapisy pakietu onkologicznego stały się znaczącym utrudnieniem w codziennej pracy klinicznej placówek realizujących szybką diagnostykę i leczenie onkologiczne. Wynika to m.in. ze wzrostu pracochłonności obsługi administracyjnej pacjenta (obsługa aplikacji do karty DiLO, aplikacji dotyczącej kolejek centralnych czy zgłoszenie do Krajowego Rejestru Nowotworów), zwiększonej liczby pacjentów do przyjęcia w krótkim czasie, jak również olbrzymich problemów z rozliczaniem świadczeń zrealizowanych dla pacjentów z kartą DiLO.

Jednym z głównych problemów jest także fakt, że lekarze POZ wydają się być nieprzygotowani na nowe rozwiązania. Niestety równoległe z wprowadzeniem pakietu nie ruszył system szkoleń dla lekarzy POZ, tak aby potrafili oni skuteczniej typować pacjentów podejrzanych o nowotwór i wykluczać innych jeszcze przed wystawieniem pacjentowi karty DiLO. Dodatkowo system finansowania POZ (stawka kapitałowa) nie zachęca do wykluczania przez lekarza POZ innych chorób niż onkologiczne, które mogą manifestować podobne objawy. Dlatego też często wydanie karty DiLO stało się swoistą drogą na skróty, gdyż jej następstwem jest pilne przekazanie pacjenta do innej placówki (poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego).

Należy zwrócić także uwagę na brak możliwości przeprowadzenia rzetelnej oceny i analizy prawidłowości wykonania diagnostyki onkologicznej. Niestety etapy diagnostyki onkologicznej są zakończane i rozliczane tylko przez jednego świadczeniodawcę na zasadzie „kto pierwszy, ten lepszy”, bez możliwości odesłania pacjenta do uzupełnienia diagnostyki. Dlatego też ewentualne uzupełnianie diagnostyki onkologicznej odbywa się już poza pakietem onkologicznym, w ramach umów z NFZ ośrodków przygotowujących pacjenta do konsylium i pierwszej terapii, w zakresach limitowanych.

Po analizie zebranego materiału uzasadnionym jest postawienie tezy, że system opieki onkologicznej w Polsce zmierza w kierunku centralizacji leczenia onkologicznego w dużych specjalistycznych centrach onkologicznych. Powyższe potwierdzają dane opisane we wcześniejszych częściach artykułu. Kierunek ten wydaje się właściwy, gdyż jego efektem są optymalizacja procesu terapeutycznego (a zatem zwiększenie efektywności działań na poziomie zarówno świadczeniodawcy, jak i płatnika) oraz stosowanie terapii skojarzonej, która poprawia wyniki leczenia, ale do swojej realizacji wymaga szerokiego zaplecza diagnostyczno-leczniczego. Zdaniem części ekspertów dzięki pakietowi onkologicznemu w naturalny sposób powstała mapa najsprawniej działających ośrodków onkologicznych

³³ Źródło: <https://dilo.nfz.gov.pl>.

w Polsce. Idąc tym tokiem rozumowania, samoistnie nasuwa się wniosek, że kolejnym krokiem powinno być powstanie sieci takich placówek.

Nie bez znaczenia jest także fakt, że na skuteczność całej terapii onkologicznej wpływa miejsce, w którym rozpoczęto leczenie zabiegowe (co przekłada się na jego jakość). Zgodnie z opinią ówczesnego konsultanta krajowego ds. chirurgii onkologicznej przeprowadzenie zabiegu w ośrodku posiadającym wiedzę i doświadczenie w wykonywaniu zabiegów radykalnych danego nowotworu zwiększa, nawet do 50%, szansę pacjenta na wyleczenie³⁴. Natomiast w ośrodku, w którym dany zabieg przeprowadza się okazjonalnie, z obiektywnych względów wzrasta ryzyko niewykonania zabiegu lub wykonania go w sposób nieradykalny.

Warto tutaj wspomnieć, iż mimo konieczności wykonywania przez placówki po wejściu w życie pakietu onkologicznego dodatkowych czynności (obsługa wielu dodatkowych aplikacji, powołanie konsyliów czy koordynatorów) Centrala NFZ dokonała znaczącej obniżki wycen wybranych świadczeń onkologicznych (np. hospitalizacji do chemioterapii czy teleradioterapii), co dodatkowo wpłynęło negatywnie na wynik finansowy świadczeniobiorców, w szczególności specjalistycznych placówek o profilu onkologicznym.

Na koniec warto także wspomnieć o istotnym problemie, jaki pojawił się w 2015 roku, a mianowicie o realnym zmniejszeniu dostępności do świadczeń (ambulatoryjnych, diagnostycznych oraz szpitalnych) zarówno dla pacjentów onkologicznych, ale będących w aktywnej obserwacji (nie wymagających aktualnie leczenia systemowego), jak i nieonkologicznych. Jest to oczywistą konsekwencją swoistego „uprzywilejowania” pacjenta z kartą DiLO w „nowym” systemie, przy analogicznych do roku 2014, ograniczonych zasobach finansowych placówek medycznych (wartości umów z NFZ).

Podsumowując, należy stwierdzić, iż pakiet onkologiczny jak każde nowe rozwiązanie nie jest pozbawiony wad. W swych podstawowych założeniach wydaje się być właściwym kierunkiem zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce (przestawienie płatności za usługę w kierunku płatności za „efekt terapeutyczny”, działanie w sposób skoordynowany i kompleksowy). Niestety zebrane dane oraz codzienna praktyka kliniczna, z którą spotykają się autorzy artykułu, jednoznacznie potwierdzają jego niedoskonałości.

W świetle przedstawionych faktów jedynym i nieuchronnym kierunkiem wydaje się być stopniowe modyfi-

kowanie wprowadzonego rozwiązania, tak żeby z czasem wykluczyć główne jego wady, a przez to móc zapewnić założoną wyższą efektywność systemu w obszarze diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, z jak największą korzyścią dla najważniejszego podmiotu systemu – pacjenta.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska A, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Warszawa. 2013.
2. Dostępne w Internecie: www.stat.gov.pl, data wejścia: 02.01.2016.
3. Dostępne w Internecie: www.eregion.wzp.pl, data wejścia: 02.01.2016.
4. Dostępne w Internecie: www.pakietonkologiczny.gov.pl, data wejścia: 01.01.2016.
5. Dostępne w Internecie: www.nfz.gov.pl, data wejścia: 02.01.2016.
6. Dostępne w Internecie: www.onkologia.org.pl, data wejścia: 01.01.2016.
7. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl.
8. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa świętokrzyskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl.
9. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa wielkopolskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl.
10. Herman K. Chirurgiczne leczenie nowotworów w Polsce: dziś i jutro. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*. 2011;7(6):317.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Michał Chrobot
os. Na Stoku 38/1, 25-437 Kielce
tel.: 533 847 641
fax: 41 367 47 05
e-mail: michal.chrobot@onkol.kielce.pl

³⁴ Herman K. Chirurgiczne leczenie nowotworów w Polsce: dziś i jutro. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*. 2011;7(6):317.

ALTERNATYWNE SPOSOBY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

ALTERNATIVE METHODS OF CHILDBIRTH PAIN RELIEF

Natalia Smolarek, Małgorzata Pięt, Joanna Żurawska, Ryszard Szpunar, Beata Pięta

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Ból porodowy pełni ważną funkcję w przebiegu porodu, jednakże zbyt silny może go komplikować. Podstawą w walce z bólem porodowym są psychoprofilaktyka i edukacja prowadzona w ramach szkoły rodzenia. Metody zwalczania bólu porodowego wpływają korzystnie na postęp porodu, ponieważ aktywność i odpowiednie zastosowanie różnych udogodnień porodowych przyczyniają się do szybszego i efektywniejszego rozwierania szyjki macicy. Metody niekonwencjonalne łagodzenia bólu porodowego są metodami bezpiecznymi i mogą być stosowane przez większość pacjentek. Rodząca może samodzielnie decydować o metodzie znieczulenia, a jednocześnie w pełni współpracować z personelem medycznym.

Słowa kluczowe: ból porodowy, łagodzenie bólu, metody łagodzenia bólu, poród aktywny.

ABSTRACT

Labor pain fulfills a main role during labor, however, too high may hinder childbirth. An important role in the fight against labor pain plays psychological prevention and education conducted on antenatal classes. The alternative methods have a very welcome effect on the labor's progress, because being active and using different facilities served the betterment of effectiveness of the effacement and dilation of cervix. Unconventional methods of childbirth pain relief are safe and can be used by most of patients. The patient can decide about form of anesthesia, while fully cooperating with the staff.

Keywords: labor pain, pain relief, pain management methods, active labor.

Wstęp

Zwiększająca się świadomość przyszłych rodziców, związana z coraz częstszym pragnieniem, aby ich dziecko przyszło na świat w sposób jak najbardziej naturalny, a akt rodzenia był fizjologiczny i instynktowny, przyczynia się do coraz większej popularności nefarmakologicznych metod zwalczania bólu porodowego [1]. Wiele kobiet chciałoby uniknąć, na ile jest to możliwe, interwencji farmakologicznej i chirurgicznej. Pragnienie to przyczynia się do coraz większej popularności szkół rodzenia, gdzie przyszli rodzice uczą się, jak właściwie postępować nie tylko w trakcie ciąży, ale przede wszystkim – podczas aktywnego porodu. Wśród wielu metod przygotowujących szczególną uwagę zwraca się na te, które najsukuteczniej złagodzą dolegliwości bólowe podczas porodu. Priorytetem jest także odpowiednie przygotowanie psychiczne przyszłej mamy. Ból porodowy opisywany jest jako jeden z najbardziej intensywnych, jaki można sobie wyobrazić [2]. Jest „jedyny” w swoim rodzaju, ponieważ towarzyszy fizjologicznemu zakończeniu procesu ciąży. Ból, który odczuwa rodząca, spełnia kluczową funkcję informacyjną. Świadczy o postępie i natężeniu akcji porodowej. Odczuwanie go jest jednak cechą indywidualną i ma istotny wpływ na czas trwania porodu. Ponadto wywołuje naturalne i instynk-

towne zachowania, które narzucają swoisty rodzaj tempa. Zmiany pozycji ciała rodzącej, wydawanie specyficznych dźwięków oraz „nowy” sposób oddychania umożliwiają naturalną walkę z bólem. Nie da się go zmierzyć obiektywnie. W dużej mierze zależy od podejścia psychicznego oraz przygotowania rodzącej. Przyszła matka musi być do niego pozytywnie nastawiona. Jeśli poród odbędzie się bez zbędnych emocji napięcia, czyli w sposób najbardziej naturalny, jej nastawienie do momentu rozwiązania będzie przejawiało się w sposób pozytywny. Aby ograniczyć te normalne, lecz niechciane doznania, warto pomóc przyszłym matkom w zrozumieniu przebiegu całego porodu [3]. Ból porodowy różni się od innych rodzajów bólu. Nie jest on spowodowany urazem lub chorobą, dlatego też wymaga właściwej interwencji w odpowiednim czasie. Poród jest najczęstszym powodem wizyty kobiety w szpitalu. Kluczowe jest współdziałanie personelu medycznego z rodzącą, ponieważ niesie to za sobą wiele korzyści w „zarządzaniu bólem” oraz zmniejsza ryzyko urazów okołoporodowych, zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Temat zwalczania bólu porodowego jest podstawowym problemem omawianym na kursach prowadzonych w ramach szkół rodzenia.

Trudno jest przedstawić wyniki badań z danego kraju na temat częstości stosowania danej metody, ponieważ dotychczas nie przeprowadzono takich badań. Zazwyczaj przeprowadzane są w konkretnym ośrodku czy też szpitalu położniczym. Efektywność oceniana jest osobno, mimo iż wiele technik stosowanych jest zazwyczaj razem [4]. Niektóre publikacje wskazują na skuteczność stosowania immersji wodnej, inne – na akupunkturę. Ponadto jako cieszące się zainteresowaniem zarówno wśród rodzących, jak i personelu medycznego wymienia się akupresurę w połączeniu z masażem oraz techniki relaksacyjne [5]. Hipnoza jest również zaliczana do jednej z alternatywnych metod łagodzenia bólu porodowego. Wykorzystuje się jej wpływ na równowagę emocji oraz niwelowanie przyczyn bólu i napięcia emocjonalnego związanego z aktem samego porodu [3]. Jednakże wsparcie profesjonalnie wyszkolonego personelu medycznego ma największe znaczenie w łagodzeniu bólu i niejednokrotnie zmniejsza potrzebę zastosowania farmakologicznych środków przeciwbólowych [6]. Obok psychoprofilaktyki okołoporodowej jako skuteczne wymienia się również masaż, muzykoterapię, kinezyterapię wertykalną oraz zastosowanie TENS, czyli przeskórnej stymulacji elektrycznej nerwów. Światowe piśmiennictwo wskazuje również na kliniczne zalety korzystania z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Do zalet tych zalicza się m.in. krótszy poród, wysoki stopień zadowolenia pacjentek z opieki okołoporodowej i częstsze występowanie porodu samoistnego, dodatkowo mniejszy odsetek cięć cesarskich oraz porodów zabiegowych, a także mniejszą częstotliwość zastosowania znieczulenia [6]. Metody te nie powinny jednak likwidować bólu całkowicie i zaburzać fizjologicznego mechanizmu przebiegu porodu. Ponadto zwiększa się świadomość przyszłych rodziców, która związana jest z coraz częstszym pragnieniem, aby ich dziecko przyszło na świat w sposób jak najbardziej naturalny, a rodzenie było aktem fizjologicznym i instynktownym [7].

Psychoprofilaktyka porodowa

Właściwe przygotowanie pacjentki do porodu ułatwia opieka przedporodowa i okołoporodowa. Ważna jest szczególnie dla tych kobiet, u których dominują strach, lęk oraz brak wsparcia najbliższych. Psychoprofilaktyka to sposób edukacji przyszłej matki. Głównie opiera się na naturalnej interpretacji doznań towarzyszących jej podczas ciąży i porodu. Nauka ukierunkowana jest całkowicie na zmianę stylu myślenia: z myślenia o sobie na myślenie o dziecku. Równocześnie opanowywana jest całkowita kontrola nad własnym ciałem. Kobieta nabywa również umiejętności z zakresu technik relaksacyjnych oraz uczy się prawidłowego wykonywania ćwiczeń oddechowych.

Właściwe zastosowanie zdobytej wcześniej wiedzy najczęściej przydatne jest we wczesnych stadiach porodu. Rodząca jest w stanie całkowicie „wyłączyć” lub zmniejszyć ból porodowy. Stwierdzono, że odpowiednio wdrożona psychoprofilaktyka porodowa redukuje odsetek porodów zabiegowych oraz znieczuleń zewnątrzoponowych [17]. Jako główne elementy psychoprofilaktyki wymienia się metody Lamaze’a, Bradleya, Kitzingera i Dick-Reada oraz technikę Leyboya. Fernand Lamaze, określany jako ojciec psychoprofilaktyki, był zdania, że aby przyszłe matki mogły zapobiec dolegliwościom bólowym podczas porodu, muszą zostać do niego odpowiednio przygotowane. Jego metoda polega na nauce „nowego” odruchu oddychania. Charakteryzuje się serią szybkich i płytkich oddechów. Ta modyfikacja fizjologicznego rytmu prowadzi do wywołania odruchu warunkowego. Sposób ten odwraca uwagę od bólu podczas skurczu, który jest sygnałem do specyficznego oddychania [3].

Kolejnym ważnym elementem przygotowania psychologicznego do porodu jest trening autogenny. Zaleca się, aby jego naukę rozpocząć możliwie jak najwcześniej. Najpóźniej w połowie ciąży, gdyż jego skuteczność uzależniona jest od systematycznie wykonywanych ćwiczeń, 2 do 3 razy w tygodniu. Jako najbardziej popularne wymienia się trening autogenny Schultza lub relaksację Jacobsona. Pierwszy polega na osiągnięciu stopnia całkowitego odprężenia poprzez regularne ćwiczenia napinania i rozluźniania mięśni. Natomiast Jacobson ograniczył się tylko do wybranych grup mięśniowych [13]. Relaksacja powinna być stałym elementem przygotowania do porodu na zajęciach szkół rodzenia, ponieważ bardzo ważny jest fachowy nadzór w początkowej fazie nauki tej umiejętności.

Techniki oddychania

Istnieje wiele sposobów oddechowych wykorzystywanych podczas porodu. Część kobiet bagatelizuje naukę technik oddychania. Uważają, że w czasie akcji porodowej, pod wpływem strachu i emocji, nie będą w stanie właściwie ich zastosować.

Techniki oddechowe są podstawą zajęć prowadzonych w szkołach rodzenia. Jediną wadą jest wymóg systematycznych ćwiczeń odpowiednio wcześniej przed porodem [3, 4, 13]. Metoda ta polega na ściśle określonych typach oddychania i koncentracji na wydechu, podczas skurczów macicy. Filarem powodzenia jest synchronizacja oddechu z akcją porodową. Osiągnięty cel to sprawny, mniej bolesny lub bezbolesny poród, dotlenione dziecko i sukcesywne parcie. Regularny trening oddechowy w czasie trwania ciąży pomaga w dostosowaniu go adekwatnie do etapu porodu. Umożliwia odpowiednią reakcję rodzącej na intensywność

skurczu. Proces oddychania jest podstawową funkcją życiową, odbywająca się nieświadomie i bezwiednie [3]. Rzadko zdajemy sobie sprawę, że ten automatyzm można łatwo poddać naszej woli i można oddychać świadomie. Istotne jest zatem przy prowadzeniu prawidłowego oddychania podczas porodu wsparcie partnera lub położnej, którzy będą nadawać rytm tym czynnościom [13]. Rodząca wstrzymująca oddech podczas skurczu automatycznie wzmacnia napięcie mięśniowe. Powtarzając ten błąd za każdym skurczem, potęguje ból, który w efekcie staje się coraz bardziej intensywny. Niezwykle ważna jest skoncentrowana uwaga na prawidłowym oddychaniu. Pomogą w tym ćwiczenia oddechowe. Możemy podzielić je na dwa typy: oddychanie torem piersiowym i brzuszny. Oddychanie torem piersiowym, za pomocą mięśni międzyżebrowych, jest naturalną umiejętnością osobniczą kobiet. W ten sposób dostarczone jest jednorazowo około 500 ml tlenu. Podczas porodu, czyli wysiłku fizycznego, zapotrzebowanie to zwiększa się kilkakrotnie. Jest niewystarczające. Zatem trzeba uruchomić oddychanie wspomagające, czyli oddychanie torem przeponowym, które podczas wdechu dostarcza organizmowi rodzącej około 1500 do 2000 ml tlenu [5, 13].

Oddychanie torem piersiowym polega na zaangażowaniu wyłącznie mięśni klatki piersiowej. Przy wdechu klatka piersiowa rozszerza się, przy dwa razy dłuższym wydechu – opada. Efektem jest płytsza i szybsza wymiana gazowa. Oddychanie torem brzuszny charakteryzuje się wypięciem brzucha przy wdechu. Natomiast wydech jest samoisntny i przebiega bez udziału mięśni [4, 9]. Etapy edukacji oddychania torem przeponowym obejmują przede wszystkim równomierne oddychanie z zachowaniem właściwej proporcji między długością fazy wdechu i wydechu, oddychanie w pierwszej i drugiej fazie porodu, podczas rozwierania, oddychanie w fazie przejścia i skurczów partych oraz podczas rodzenia się główki [4]. Wyróżnia się trzy techniki oddychania torem przeponowym. Pierwsza polega na głębokim i wolnym oddychaniu. Wydech jest dwa razy dłuższy niż wdech. Powietrze wdychane nosem „napętnia” stopniowo brzuch, przy wydechu przez usta brzuch stopniowo opada. Technika dotlenia rodzącą i dziecko. Zalecana jest podczas znieczulenia zewnątrzoponowego i skuteczna podczas przebiegu całego porodu [13]. Drugi sposób oddychania to oddychanie torem brzuszny przyspieszone. Jest ono aktywowane wówczas, kiedy skurcze stają się coraz bardziej bolesne. Technika oddychania przeponowego pozostaje bez zmian, przyspieszona zostaje tylko częstotliwość oddechu na szczycie skurczu, oddech jest spłycony, krótszy wdech i szybszy, dwa razy dłuższy wydech [11]. Ostatnim sposobem oddychania torem przeponowym jest oddychanie z wydechem podzielonym na

cztery części. Rodząca robi wdech powietrza przez nos, aktywując przeponę, a następnie przy wydechu robi cztery krótkie, szybkie wydechy przez usta. Technika ta wykorzystywana jest w fazie rodzenia się główki dziecka. Podczas tego rodzaju oddychania kobieta powinna zaprzestać parcia i skupić się na serii szybkich wydechów ustami [14].

Prawidłowo opanowane techniki oddechowe i okresy bezdechu ułatwią drugi okres porodu. Zaletą będzie łatwiejsza koncentracja, możliwość odpoczynku pomiędzy skurczami, prawidłowe oddychanie, a w efekcie lepsze utlenowanie krwi. Pierwsza technika bezdechu polega na 2 do 3 głębokich, maksymalnych wdechach z pogłębionym wydechem. Kolejnym etapem nauki jest szybkie przejście do maksymalnego wdechu z wstrzymaniem powietrza na około 10 do 15 sekund; stopniowo wydłużamy czas nawet do 20, 25 sekund. Warto jasno i konkretnie określić rodzącej czas trwania bezdechu, ponieważ ułatwi to współpracę. Po serii wykonanych bezdechów zaleca się wyrównać oddychanie przez spokojne, rytmiczne wdechy i wydechy [13, 14].

Podczas porodu kobieta doświadcza dużego wysiłku fizycznego, w sposób spontaniczny przechodzi na oddychanie ustami. Technikę często określa się „ziajaniem” lub „oddechem zgonionego psa”. Ten sposób oddychania zmniejsza wzmożone działanie tłoczni brzusznej, przez co ograniczony zostaje zbędny ucisk przepony na macicę [12]. Polega na szybkim wdychaniu małych ilości powietrza, a następnie szybkim jego wydychaniu. Konsekwencją są krótkie, gwałtowne ruchy przepony. Technika ta zapobiega hiperwentylacji podczas porodu oraz ułatwia powstrzymanie parcia w czasie drugiego okresu porodu.

Efekty prawidłowego oddychania podczas skurczu to rozluźnienie mięśni, zmniejszenie napięcia emocjonalnego oraz zrelaksowanie się rodzącej między skurczami [12, 13].

Pozycje wertykalne – poród aktywny

Podczas porodu przebiegającego fizjologicznie rolą położnej jest asystowanie rodzącej w przyjmowaniu dogodnych pozycji. Ponadto ważna też jest pomoc w dostosowaniu do odpowiedniego natężenia fali skurczów [12]. Ćwiczenia wykonywane podczas ciąży na zajęciach w szkole rodzenia ułatwią przyjmowanie pozycji wertykalnych oraz zapewnią lepszą sprawność fizyczną podczas porodu. Zastosowanie kinezyterapii wertykalnej pozwala rodzącej na instynktowną zmianę pozycji ciała na taką, która w danym momencie porodu przynosi jej największą ulgę. Dodatkowymi korzyściami płynącymi z częstych zmian pozycji może być zwiększona intensywność i regularność skurczów macicy, a ponadto mniejsze dolegliwości bólowe, ułatwione oddychanie wpływające na dotlenienie dziecka oraz zmniejszenie ryzyka urazu kanału rodnego [20].

Podczas pierwszego etapu porodu, w okresie rozwierania, kobiety przyjmują pozycję pionową. Często chodzą, a podczas skurczu stoją, trzymając się partnera lub poprzeczek na wysokości obręczy barkowej. Zalecane jest przebywanie w takich pozycjach jak najdłużej, ponieważ sprzyja to efektywniejszym skurczom macicy. Pozycja pionowa wykorzystuje siłę grawitacji, przez co dochodzi do szybszego rozwierania się szyjki macicy. Dodatkową zaletą jest wpływ na zmniejszenie ucisku wywieranego przez masę ciała dziecka na duże naczynia krwionośne matki. Poprawia się również praca przepony, a mięśnie dna miednicy są równomiernie rozciągane [20]. Najczęściej stosowane podczas pierwszego okresu porodu są: pozycja stojąca z partnerem, z pochyleniem tułowia ku przodowi z podparciem na ramionach i wykrokiem na stopień, pozycja siedząca na piźce, na krześle w rozkroku przodem do oparcia z pochyleniem tułowia ku przodowi, pozycja kuczna, klęk jednonóż z wykrokiem oraz klęk ze zwisem tułowia na drążku, ponadto siad na piętach z pochyłym tułowiem, szeroko rozstawionymi kolanami i ramionami opartymi na piźce lub ta sama pozycja wyjściowa z dłońmi opartymi o podłogę [12, 13]. Powyższe pozycje pomagają przesuwać dziecko ku dołowi. Dodatkowo ruchy miednicą podczas skurczu przyspieszają rozwieranie się szyjki macicy.

Rodzące mające możliwość wyboru pozycji podczas drugiego okresu porodu najczęściej wybierają pozycję kuczną z lekkim odchyleniem do tyłu lub pozycję siedzącą na krzesełku porodowym. Przyjmując te pozycje, wykorzystuje się siłę grawitacji, przez co poród jest lżejszy i krótszy. W tych pozycjach zwiększa się przekrój kanału rodnego o 30%, co ułatwia przejście główki dziecka tą drogą. Natomiast w pozycji kucznej mięśnie krocza są równomiernie rozciągnięte, dzięki temu rzadziej dochodzi do nacięcia krocza lub do jego pęknięcia [13]. Warto zwrócić uwagę, że odczucie parcia zgłaszane przez rodzącą nie zawsze jest równoznaczne z pełnym rozwarciem szyjki macicy i zakończeniem ustawienia się główki w kanale rodnym. Prawidłowe parcie powinno być wykonane po ustawieniu się główki w płaszczyźnie próżni [12]. Oprócz powyższych zaleca się także inne pozycje werterykalne adekwatne do drugiego okresu porodu, takie jak pozycja na boku, klęk z pomocą osoby towarzyszącej, pozycja kuczna podtrzymana oraz klęk poziomy.

Przeciwwskazaniami do przyjmowania pozycji werterykalnych podczas porodu są m.in.: objawy niewydolności oddechowej, choroby układu krążenia, ciąża mnoga, zagrożenie wypadnięcia pępowiny oraz podejrzenie hipotrofii płodu [5, 9].

Poród w wodzie i immersja wodna

Wykorzystanie wody do terapii określamy jako hydroterapię, która stanowi najstarszy dział fizjoterapii. Wodolecznictwo wykorzystuje głównie działanie termiczne i mechaniczne wody odpowiednio przygotowanej do zabiegu. Charakteryzuje się też możliwością dużego zakresu zwiększania lub zmniejszania siły bodźców, co umożliwia dostosowanie zabiegów do niemalże każdego stanu i potrzeby rodzącej kobiety. Temperatura wody powinna być obojętna i mieścić się w przedziale 34–37°C [3, 11, 15]. Temperatury w tym zakresie działają na organizm rozluźniająco, odprężająco, a przede wszystkim przeciwbólowo. Zamierzony „efekt znieczulenia” osiągalny jest zazwyczaj po około 20 minutach od zanurzenia. Ponadto, mechaniczne oddziaływanie na ciało całkowicie zanurzone w wodzie określają trzy właściwości fizyczne, takie jak ciśnienie hydrostatyczne, wypór wody i jej lepkość. Pierwsza właściwość powoduje reakcję ucisku na tkanki miękkie, wzrost ciśnienia śródbrzusznego, utrudnienie wdechów, ale ułatwienie wydechów, a także przesunięcie krwi z części żyłnej obwodowej do serca. Wypór wody wpływa na rozluźnienie mięśni oraz na pozorną utratę masy ciała, co powoduje ułatwienie ruchów i zmianę pozycji. Przekłada się to w sposób bezpośredni na redukcję ucisku macicy na kość krzyżową, co w efekcie zmniejsza dolegliwości bólowe w dolnej części kręgosłupa [13]. Wpływ minimalnego nacisku wody na centralny układ nerwowy wyraźnie zmniejsza intensywność skurczów, jednakże ich intensywność pozostaje bez zmian [7, 13]. Dodatkowo woda działa pozytywnie na psychikę rodzącej kobiety – czuje się ona rozluźniona i zrelaksowana. Woda niweluje napięcia nerwowo-mięśniowe oraz sprzyja rozszerzeniu szyjki macicy oraz mięśni krocza i dna miednicy [14]. Stymuluje wydzielanie endorfin, a zmniejsza wydzielanie adrenaliny. Kluczowa jest głębokość zanurzenia rodzącej. Woda powinna sięgać brodawek sutkowych i zakrywać cały brzuch [7, 8]. Rodzenie w wodzie jest działaniem, które wykorzystuje zalety wody i ułatwia kobiecie poród. Głównymi czynnikami są przede wszystkim łagodzenie bólu, przyjmowanie dogodnych pozycji oraz skrócenie czasu samego porodu. Ponadto wymienia się również łatwiejsze rozluźnienie mięśni dna miednicy, a przede wszystkim samego krocza. Dla noworodka jest to sprawniejsze przejście ze środowiska wewnątrzmacicznego do świata zewnętrznego, czyli łagodzenie szoku porodowego [4, 18].

Mimo znaczącego postępu w wiedzy dotyczącej praktyk położniczych poród w wodzie nadal wzbudza kontrowersję w środowisku medycznym. W obecnym czasie, kiedy kobiety mają prawo decydować o sposobie ukończenia

porodu i metodach łagodzenia bólu z nim związanego, ma on zasadnicze znaczenie. Poród w wodzie czy też immersja wodna redukują ból oraz zmniejszają niepokój związany z porodem. Różnice między tymi dwoma pojęciami polegają przede wszystkim na tym, że podczas immersji wodnej rodząca zostaje zanurzona w wodzie tylko przez pierwszy okres porodu [7, 8]. Natomiast podczas samego porodu w wodzie kobieta zostaje w środowisku wodnym do końca drugiego okresu porodu. Uważa się, że poród w takich warunkach skraca jego drugi okres i zmniejsza zużycie oksytocyny w tym okresie [8, 9]. Oczywiście poród w wodzie niesie za sobą ryzyko, a kobieta zakwalifikowana do takiego porodu powinna być o nim poinformowana. Istnieje szereg przeciwwskazań do porodu w wodzie, wśród nich wymienia się przede wszystkim choroby układu krążenia, wysokie lub obniżone ciśnienie krwi, ciężką niedokrwistość, choroby dermatologiczne i infekcyjne m.in. HIV, HBV, HCV, aktywne zakażenia wirusem opryszczki, patologie położnicze oraz inne wynikające z chorób ogólnoustrojowych matki, z patologii ciąży i porodu [7, 8, 20].

Masaż odcinka lędźwiowo-krzyżowego

Metoda ta polega na rytmicznym wywieraniu ucisku na tkankach miękkich za pomocą odpowiednich chwytów [12, 16]. Do podstawowych chwytów należą przede wszystkim głaskanie, ugniatanie, rozcieranie i wstrząsanie, poza tym każdy z tych chwytów ma kilka odmian. Podczas wykonywania każdego stosuje się inny rodzaj ucisku i rozciągania tkanek, po czym tkanki wracają do stanu pierwotnego [16]. Zastosowanie masażu podczas porodu zmniejsza bolesność skurczów porodowych i bólów krzyżowych. Można go wykonywać przez cały okres porodu lub tylko podczas skurczu. Ważna jest ścisła współpraca z rodzącą, ponieważ zasygnalizuje ona, jaki rodzaj dotyku przynosi jej ulgę. Poza tym sposób jego wykonania i tempo muszą być z nią konsultowane [6, 12]. Masaż wykonywany podczas porodu zredukuje napięcie mięśniowe i uśmierzy ból w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Narządy rodne i mięśnie dna miednicy unerwione są z tego segmentu kręgosłupa. Wyróżnia się dwie podstawowe techniki masażu stosowane podczas porodu. Pierwsza to masaż Shiatsu polegający na stymulacji odpowiednich punktów meridianowych znajdujących się na odcinku lędźwiowym i szyjnym kręgosłupa oraz na mięśniach kończyn dolnych. Kolejny to masaż szwedzki – charakteryzuje go nieprzerwany kontakt dłoni masującego z ciałem rodzącej. Wyróżniamy cztery metody masowania: głaskanie, opukiwanie, ugniatanie oraz naciskanie [12]. Do masażu kobieta powinna przyjąć najbardziej wygodną dla siebie pozycję, na worku sako, piłce położniczej, na krześle z opartym tułowiem lub w leżeniu bokiem. Masaż

wykonuje się całymi dłońmi. Ruch powinien być płynny i rytmiczny, ze szczególnym nastawieniem na okolicę kości krzyżowej i odcinek lędźwiowy kręgosłupa [17]. Podczas masażu zachowuje się odpowiedni kierunek ruchów, od kręgosłupowy i dosercowy. Intensywność poszczególnych chwytów dostosowujemy do wzrostu napięcia mięśnia macicy podczas skurczu, im mocniejszy skurcz, tym chwyt delikatniejszy. Między skurczami wykonuje się sprężyste ruchy ugniatania oraz wibracji [18]. Skuteczną techniką jest także kontrucisk, który wykonuje się na szczycie skurczu na kość krzyżową rodzącą.

TENS

TENS (ang. *transcutaneous electrical nerve stimulation*) – przez skórną stymulacja elektryczna nerwów – jest metodą fizjoterapii, która wykorzystuje prąd o małym, regularnym natężeniu i zmiennej częstotliwości, dostarczany za pośrednictwem czterech samoprzylepnych elektrod umieszczanych wzdłuż linii pośrodkowej pleców. Pierwszą parę umieszcza się na granicy górnych kręgów lędźwiowych i dolnych piersiowych (Th10 – L1). Aplikacja ta jest efektywna w pierwszym okresie porodu; działa na spłyty nerwowe miednicy i podbrzusza. Zmniejsza ból wywołany przez skurcze macicy. Drugą parę przykleja się niżej, w okolicy kości krzyżowej (S2 – S4) i stymuluje szczególnie w drugim okresie porodu nerwy przywspółczulne. Działa wówczas rozluźniająco na wzrastające napięcie mięśniowe i części miękkie kanału rdennego. TENS za pomocą impulsów elektrycznych działa zarówno poprzez bramkowanie bólu, jak i zwiększanie wydzielania endogennych opioidów w obszarze unerwienia z danego źródła. Podczas skurczu działający prąd charakteryzowany jest jako „mrowienie”, natomiast podczas przerw – jako „impulsy”. Zabieg ten zaleca się stosować jako metodę pierwszego rzutu po pojawieniu się pierwszych dolegliwości bólowych i może być prowadzony aż do końca porodu. Rodząca sama kontroluje natężenie impulsów. Zazwyczaj w czasie trwania skurczu macicy amplituda impulsów wzrasta i odczuwalne jest przyjemne mrowienie w okolicy kości krzyżowej. Metoda ta, uważana za całkowicie bezpieczną, nie ma negatywnego wpływu na dziecko i nie zwiększa ryzyka powikłań porodu. Przeciwwskazana jest u rodzących ze stymulatorem serca, z epilepsją, podczas immersji wodnej, podczas zapisu EKG oraz przy nadwrażliwości na prąd i porażeniach spastycznych. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii oraz Szwecji dowiodły, że zastosowanie TENS podczas porodu zmniejszyło dolegliwości bólowe okolicy krzyżowej, nieznacznie skróciło czas porodu, a przede wszystkim ograniczyło zastosowanie metod farmakologicznych [15, 18]. Warto zaznaczyć, że

największą korzyść z zastosowania przeskórnej stymulacji elektrycznej mają wieloródki [12].

Hipnoza

W wyniku kumulacji negatywnych wyobrażeń związanych z wizją porodu wiele kobiet wytwarza sobie swoisty rodzaj lęku. Czasem, w skrajnych przypadkach, przybiera postać tokofobii, czyli fobii przed ciążą i porodem. Doznania bólowe silnie korelują ze strefą emocjonalną, są indywidualnie interpretowane przez umysł rodzącej. Zatem ból porodowy można określić jako odczucie subiektywne. Istnieją naturalne mechanizmy, które odpowiednio zmodyfikowane pomogą kobiecie wstawić myśli na odpowiednie tory. Podczas porodu kobieta wprowadzana jest za pomocą hipnozy w stan relaksacji lub głębokiej koncentracji. Poprzez sugestię przekazuje się jej przyjemne odczucia oraz odwraca uwagę od nieprzyjemnych [3, 6]. Stres powoduje napięcie określonych grup mięśniowych, które zaburzają akcję porodową. Wzmożone napięcie mięśni krocza, dna miednicy, brzucha oraz mięśni międzyżebrowych i przepony prowadzi do szybkiej utraty sił i wydolności rodzącej [3]. Warto zaznaczyć, że hipnoza jest uznana za technikę terapeutyczną, stosowaną przede wszystkim przez psychiatrów, u pacjentów z bólem przewlekłym [3]. Techniki hipnotyczne w sposób werbalny zmieniają system przekonań, co pozwala zredukować lęk i zrozumieć własne emocje [4, 6]. Praktyczne zastosowanie hipnozy podczas porodu jest bardzo ograniczone ze względu na małą liczbę wykwalifikowanych terapeutów i dość duży koszt seansu. Poza tym metoda ta jest czasochłonna. Wymaga wcześniejszych i systematycznych treningów [18]. Nieliczne ośrodki proponują kobietom trening autohipnotyczny w celu eliminacji bólów porodowych i do nauki relaksacji. Często metoda ta ściśle łączy się z treningiem autogennym [1, 6].

Muzykoterapia

Zastosowanie muzykoterapii podczas porodu powoduje zwiększenie progu bólowego. Zmniejsza napięcie psychofizyczne, czego efektem jest łatwiejsza koncentracja. Ponadto poprawia wentylację płuc, przez co skraca pierwszy okres porodu o mniej więcej 2 godziny. Normalizuje ciśnienie krwi, mobilizuje i pomaga w koncentracji. Ułatwia wykonywanie ćwiczeń oddechowych i rozluźniających, a przede wszystkim – przyjęcie pozycji wertykalnych. Ważne, aby rodząca miała swoją muzykę, najlepiej taką, której słuchała podczas ciąży. Znane melodie pomogą w odpoczynku między skurczami i nadadzą rytm podczas oddychania. Muzyka powinna być zatem zgodna z preferencjami rodzącej. Tempo muzyki powinno być zbliżone do akcji serca. Podczas pierwszego okresu porodu zalecana jest muzyka

o działaniu uspokajającym, natomiast podczas drugiego – zachęcająca do wysiłku i aktywizująca siły [13, 18].

Aromaterapia

Aromaterapia to metoda wykorzystująca lecznicze właściwości aromatów roślinnych w postaci olejków eterycznych. Leczenie zapachami stosuje się z powodzeniem w wielu ośrodkach położniczych jako metodę przeciwbólową. Poprawia samopoczucie i podtrzymuje silną wolę do działania. Są dwie podstawowe drogi wprowadzenia olejków. Pierwsza, przez skórę, czyli podczas wykonywania masażu, kompresu czy okładu. Druga, przez układ oddechowy, w postaci inhalacji lub rozproszenia aromatu w pomieszczeniu. Należy pamiętać, że do zabiegów stosujemy wyłącznie naturalne oraz czyste substancje roślinne. Przeciwwskazane są olejki rozcieńczone i z dodatkiem składników syntetycznych. Mogą one wywołać podrażnienie górnych i dolnych dróg oddechowych, a także alergie. Zastosowanie odpowiednich olejków podczas akcji porodowej, szczególnie takich o działaniu relaksacyjnym i odprężającym, wpływa na zrównoważenie emocji, co pomaga zniwelować ból i zbędne napięcie. Takie działanie ma olejek z lawendy, melisy, bergamotki, drzewa sandałowego i różanego, cytrynowy, pomarańczowy i majeranku. Kolejną zaletą stosowania aromaterapii podczas porodu jest jej wpływ na stan psychofizyczny. Dodatkowo poprawia koncentrację, przez co wspomaga proces prawidłowego oddychania. Warto wspomnieć, że olejek lawendowy przez działanie antyseptyczne zapobiega wystąpieniu infekcji poporodowych [12–14].

Akupunktura

Akupunktura uważana jest za jedną z metod uzupełniających zmniejszanie bólu porodowego. Bardzo rzadko stosowana jako odrębna metoda ze względu na niewielką popularność. Wywodzi się z Chin. Według jej założeń, energia życiowa płynie przez ciało systemem własnych kanałów – meridianów, łącząc cały organizm. Celem akupunktury jest odblokowanie meridianów energetycznych i zrównoważenie energii. Polega na wprowadzeniu specjalnych igieł do wybranych miejsc na ciele. Dokładny mechanizm działania analgetycznego akupunktury nie jest do końca poznany, jednakże powstały trzy teorie, które mogą tłumaczyć jej działanie. Pierwsza zakłada, że manipulacje igłami w ściśle określonych punktach na drodze meridianów wpływają na odblokowanie równowagi energetycznej. Druga to teoria bramkowa, hipoteza postawiona przez Walla i Melzacka. Ostatnia przyjmuje, że zabieg akupunktury uwalnia endorfiny – ma charakter neurohumoralny [10, 13, 20]. Podczas porodu akupunkturę stosuje

się w celach przeciwbólowych, hamowane jest wówczas przewodzenie impulsów bólowych przez wzmożone wydzielanie opioidów endogennych obecnych w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Podsumowanie

Niefarmakologiczne metody zwalczania bólu porodowego są uważane za bezpieczne i mogą być stosowane przez większość rodzących. Ból obecny podczas porodu można złagodzić. Wybór metod jest szeroki i kobiety mają możliwość skorzystać z tych najbardziej dla nich dogodnych. Wszystko uzależnione jest od potrzeb i oczekiwań, a także od dostępności danej metody w placówce położniczej. Miarą ich skuteczności nie zawsze będzie całkowite „wyłączenie” bólu, ale przed wszystkim zachowanie kontroli nad przebiegiem porodu i aktywne w nim uczestnictwo.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Mackay MM. Use of water in labor and birth. *Clin Obst Gyn.* 2001;44:733–749.
2. Majchrzak M, Mika M, Gałązka I et al. Sposoby łagodzenia bólu porodowego w doświadczeniu położnic. *Zdrowie i Dobrostan.* 2014;2:91–99.
3. Datta S. Metody łagodzenia bólu podczas porodu. Warszawa: PZWL; 2009.
4. Kozhimanil K, Johnson P, Attanasio L et al. Use of non-medical methods of labor induction and pain management among US women. *Birth.* 2013;40(4).
5. Jones L, Othman M, Dowswell T et al. Pain management for women in labor: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;3:CD009234.
6. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;2:CD003766.
7. Pawelec M, Pietras J, Wojtysiak M et al. Water Birth and water Immersion – an Important Step Towards More Patient-Oriented Health Care or a New Way for Obstetrical Wards to Make Profits? *Adv Clin Exp Med.* 2011;20(3):391–397.
8. Guzikowski W. Immersja wodna i poród w wodzie. *Family Medicine & Care Reviu.* 2009;11(2):163–167.
9. Purves MJ. Chemoreceptors and their reflexes with special reference to the fetus and newborn. *J Physiol.* 1981;3:21–57.
10. Munoz-Selles et al. Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross – sectional study of midwives’ training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 2013;13:318.
11. Kubicka-Kraszyńska U, Otffinowska A, Pietrusiewicz J. O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2006.
12. Cendrowski K, Czajkowski K, Gawryluk A et al. Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie. Warszawa: PZWL; 2012.
13. Ćwiek D, Augustyniak K, Woźniak-Branecka D et al. Szkoła rodzenia. Warszawa: PZWL; 2010.
14. Bałanda-Bałyda A, Bień AM, Grudzińska M et al. Opieka nad kobietą ciężarną. Biblioteka Położnej. Warszawa: PZWL; 2009.
15. Straburzyńska-Lupa A, Straburzyński G. Fizjoterapia z elementami klinicznymi, Tom I. Warszawa: PZWL; 2008.
16. Straburzyńska-Lupa A, Straburzyński G. Fizjoterapia z elementami klinicznymi, Tom II. Warszawa: PZWL; 2008.
17. Scott JR, Ross NB. Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labour delivery in primipara. *N Eng J Med.* 1976;294:1205–1207.
18. Sulima M, Golnik E. Alternatywne metody łagodzenia bólu porodowego. *Technologie w optymalizacji opieki medycznej. EJMT.* 2013;1(1):41–47.
19. Klejewski A, Urbaniak T, Pisarska-Krawczyk M et al. Stopień odczuwania bólu porodowego w zależności od stosowanych metod jego łagodzenia. *Przegląd Lekarski.* 2012;69(10):1026–1030.
20. Piasek G, Adamczyk-Gruszka O, Radmoski P et al. Niekonwencjonalne metody łagodzenia bólu porodowego. *Studia Medyczne.* 2012;25(1):67–72.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Natalia Smolarek
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: 508 242 446
e-mail: smolarek.natalia@wp.pl

NIETRZYMANIE MOCZU U KOBIET – KRÓTKI RYS HISTORYCZNY ORAZ NAJNOWSZE BADANIA I OSIĄGNIĘCIA W ZAKRESIE WW. PROBLEMATYKI, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM CZYNNIKÓW POŁOŻNICZYCH I SPOSOBU PORODU

URINARY INCONTINENCE IN WOMEN – A BRIEF HISTORY AND THE LATEST RESEARCH AND DEVELOPMENTS IN THE FIELD ABOVE. ISSUES, WITH PARTICULAR EMPHASIS ON OBSTETRIC FACTORS AND MODE OF DELIVERY

Karina Spławska-Matuszczak, Krzysztof Szymanowski, Przemysław Kądziołka, Tomasz Opala

Klinika Zdrowia Matki i Dziecka, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Nietrzymanie moczu jest definiowane jako niezależne od woli gubienie moczu. Wyróżnia się jego kilka rodzajów: wysiłkowe nietrzymanie moczu, nagłace nietrzymanie moczu, mieszane nietrzymanie moczu, prawdziwe wysiłkowe nietrzymanie moczu, czynnościowe nietrzymanie moczu czy wreszcie całkowite nietrzymanie moczu. Celem niniejszej pracy był przegląd literatury w aspekcie historycznym problematyki nietrzymania moczu u kobiet oraz dotychczasowych badań w zakresie ww. schorzenia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka przetrwałego nietrzymania moczu. Opisuje się wiele czynników predysponujących do nietrzymania moczu; są to m.in.: liczne porody, przebyte operacje, uogólnione osłabienie tkanki łącznej, niedobór hormonów płciowych, obniżenie narządów rodnych. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do rozluźnienia dna miednicy i/lub przemieszczenia położonego śródbrzusnie, bliższego odcinka cewki moczowej. Pierwsze fundamentalne badania i odkrycia w dziedzinie fizjologii układu moczowego nastąpiły w XIX i XX w. Przegląd najnowszego piśmiennictwa potwierdza znane już czynniki wpływające na rozwój nietrzymania moczu u kobiet. Wiele z prac opublikowanych w ostatnim czasie zwraca uwagę na fakty, które stawiają problematykę nietrzymania moczu w nowym świetle, np. istotna rola diagnostyki USG w zmianach mięśni miednicy i ich wpływ na nietrzymanie moczu. W konsekwencji przedmiotem dalszych badań powinny stać się mechanizm porodu oraz inne czynniki ryzyka wpływające na konkretne narządy miednicy mniejszej, takie jak cewka moczowa, pęcherz moczowy, jak również mięśnie dna miednicy, oraz przyczynianie się tych zmian do powstawania nietrzymania moczu u kobiet.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, poród, ciąża.

ABSTRACT

Urinary incontinence is defined as involuntary urine shedding. There are the several types: stress incontinence, urge incontinence, mixed incontinence, genuine stress incontinence, functional incontinence and finally complete incontinence. The objective of our study was to review literature with regards to the historical aspect of urinary incontinence as well as risk factors of urinary incontinence. It describes a number of factors that predispose to urinary incontinence, including number of births, surgeries, generalized weakness of the connective tissue, lack of sex hormones, lower genital tract. All these factors contribute to the relaxation of the pelvic floor and/or displacement located proximal urethra. The first fundamental research and discoveries in the field of physiology of the urinary system took place in the nineteenth and twentieth centuries. Review of recent literature confirms the already known factors influencing the development of urinary incontinence in women. Many of the papers published in recent years, draw attention to the fact that the problem of urinary incontinence put a new light on the role of diagnostic ultrasound of pelvic muscles and their influence on urinary incontinence. Future research should focus on the mechanism of labor and other risk factors, which affect particular pelvic organs, such as the urethra, bladder and pelvic floor muscles, which contribute to the development of urinary incontinence in women.

Keywords: urinary incontinence, childbirth, pregnancy.

Wstęp

Nietrzymanie moczu jest definiowane jako niezależne od woli gubienie moczu. Wyróżnia się jego kilka rodzajów:

- wysiłkowe nietrzymanie moczu – niezależny od woli wyciek moczu przy wysiłku takim jak kaszel, kichanie. Ustępuje po zakończeniu wysiłku;
- nagłace nietrzymanie moczu – wyciek moczu poprzedzony jest uczuciem nagłego parcia na moc. Dochodzi

do niego pod wpływem niekontrolowanych skurczów mięśnia wypieracza pęcherza, który pokonuje opór cewki moczowej;

- mieszane nietrzymanie moczu – to współistnienie obydwu wspomnianych wcześniej typów nietrzymania moczu;
- prawdziwe wysiłkowe nietrzymanie moczu – to rozpoznanie urodynamiczne oznacza mimowolny wyciek

moczu, który występuje przy wzroście ciśnienia śródbrzuszego przy braku skurczu mięśnia wypieracza pęcherza moczowego;

- czynnościowe nietrzymanie moczu – to również niezależny od woli wyciek moczu u pacjentek z demencją lub z zaburzoną orientacją, przy prawidłowym funkcjonowaniu pęcherza moczowego i cewki moczowej;
- całkowite nietrzymanie moczu – spowodowane jest skrajnie niskim ciśnieniem spoczynkowym wewnątrz cewki moczowej.

International Continence Society definiuje wysiłkowe nietrzymanie moczu jako zbiór objawów, oznak i stanów. Objawem jest niezależne od woli gubienie moczu podczas wysiłku fizycznego. Oznaką jest stwierdzenie wycieku moczu pod wpływem wzrostu ciśnienia śródbrzuszego (podczas biegania, kaszlu, kichania). Stanem jest nieakceptowane społecznie mimowolne gubienie moczu. Szacuje się, że ok. 8,5% kobiet cierpi na różne rodzaje nietrzymania moczu, wśród kobiet starszych odsetek ten może dochodzić do 37%. W amerykańskich badaniach wykazano, że co najmniej 10 milionów Amerek cierpi na nietrzymanie moczu, co pochłania roczny koszt ok. 10,3 miliona USD. Badania sponsorowane przez rząd amerykański wykazały, że ok. 3 mln dorosłych powyżej 85. roku życia cierpi z powodu nietrzymania moczu. W związku z tym, że populacje zarówno amerykańskie, jak i europejskie coraz szybciej się starzeją, szacuje się, że w nadchodzącej dekadzie liczba ta może się podwoić [1].

Opisuje się wiele czynników predysponujących do nietrzymania moczu, m.in. liczne porody, przebyte operacje, uogólnione osłabienie tkanki łącznej, niedobór hormonów płciowych, obniżenie narządów rodnych. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do rozluźnienia dna miednicy i/lub przemieszczenia położonego śródbrzusnie, bliższego odcinka cewki moczowej [2].

Nietrzymanie moczu jest chorobą wstydliwą, która towarzyszy kobietom od wieków. Jedne z pierwszych udokumentowanych informacji na temat ww. schorzenia pochodzą z Rosji, z XVIII wieku, dotyczą one sekty skopców (rzezańców), którzy wierzyli, że kastracja niesie ze sobą oczyszczenie. Według tych źródeł kobietom przypalano żelazem sutki bądź obcinano piersi, wycinano wargi sromowe i łechtaczkę. W konsekwencji tych zabiegów rozwijało się nietrzymanie moczu [3]. Należy wskazać, iż znane są również opisy dam z Wersalu, które pod wielowarstwowymi sukniami umieszczały porcelanowe sosjerki jako zabezpieczenie przed samoistnie wypływającym moczem. Również we wczesnej literaturze grackiej i łacińskiej znajdują się wzmianki o zastosowaniu pierwszych, nietypowych pessarów w postaci owoców granatu [3]. Funda-

mentalne badania i odkrycia w dziedzinie fizjologii układu moczowego nastąpiły w XIX i XX w. Dokonano pierwszych pomiarów ciśnienia wewnątrzpęcherzowego (Coldberg). Powstał także pierwszy opis cystometru (Mosso i Pellaconi). Opisano odruch mikcyjny i znaczenie układu nerwowego w mechanizmie oddawania moczu (Elliot). Odkryto ośrodki mózgowo odpowiadające za funkcje pęcherza moczowego (Barrington). W końcu XIX w. podjęto pierwsze próby leczenia nietrzymania moczu. Początkowo było to leczenie za pomocą hydroterapii (1870 r. Espage i Corrigan). W tym samym czasie dokonywano również prób farmakologicznego leczenia za pomocą belladony, ergotaminy, muszki hiszpańskiej czy strychniny [3]. Pierwsze na świecie badanie urodynamiczne, będące obecnie podstawowym badaniem nietrzymania moczu, przeprowadził Szwed von Garrelts w 1956 roku. Połączył on pomiar ciśnienia wewnątrzpęcherzowego z szybkością przepływu przez cewkę moczową. Badał ilość zebranego moczu w korelacji z czasem jego przepływu [3].

Bogata jest również historia chirurgicznego leczenia nietrzymania moczu. Pierwszą taką próbę podjął Kelley w 1913 roku. Była to przednia plastyka pochwy. Od 1949 roku rozpoczęto wykonywanie podwieszania szyi pęcherza moczowego za pomocą uretropeksji pozałonowej. Opisano pionierskie operacje Marshalla, Marchettiego i Krantza [3].

Ciekawy był też rozwój diagnostyki najczęściej występującego wysiłkowego nietrzymania moczu. Holland w 1928 roku po raz pierwszy użył tego terminu, opisując mimowolne wypływanie moczu w czasie wzrostu ciśnienia śródbrzuszego [3].

Interesującą diagnostykę tego schorzenia zastosowali w 1952 roku Roberts i Jeffcoate, którzy badali czynność pęcherza moczowego i cewki za pomocą bocznych zdjęć rentgenowskich. Zaobserwowali oni zanik kąta cewkowo-pęcherzowego podczas mikcji. Kolejne badania w 1962 roku wskazywały na nietrzymanie moczu przy stwierdzonym oddaleniu cewki od spojenia łonowego [3]. Warto wskazać na rozwój metod nieoperacyjnego leczenia nietrzymania moczu. Kegel w 1948 roku opisał jako pierwszy ćwiczenia mięśni dna miednicy połączone z oceną skurczu mięśni za pomocą dopochwowego manometru [3]. W 1963 roku Caldwell zapoczątkował elektryczną stymulację mięśni dna miednicy. Podejmowano również próby ostrzykiwania pęcherza moczowego krwią własną pacjentki, jałowym mlekiem. Idea tej metody jest kontynuowana po dziś dzień z użyciem innych materiałów (kolagen, silikon, teflon, tkanka tłuszczowa pacjentki) [3]. Przełomową operację leczenia nietrzymania moczu wykonano w 1973 roku. Scott zastosował jako pierwszy sztuczne implanty zwier-

czy cewki moczowej. Dziesięć lat później opierając się na tym wzorze, skonstruowano model sztucznego zwieracza AMS 800, stosowanego po dziś dzień. W Polsce pierwszy taki sztuczny zwieracz wszczepiono w Warszawie w 1986 roku w Instytucie Matki i Dziecka [3]. Jak dziś wiadomo, ważnym elementem leczenia nietrzymania moczu u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym jest estrogenoterapia dopochwowa. Początki badań nad potencjalnym wpływem niedoboru hormonów płciowych u kobiet na nietrzymanie moczu datuje się na 1941 rok. W 1981 roku Iosif i Ingelman-Sundberg odkryli receptory estrogenowe w nabłonku pęcherza i cewki moczowej [3].

Najbardziej współczesna historia leczenia operacyjnego nietrzymania moczu obejmuje pierwszy zabieg podwieszania szyi pęcherza moczowego metodą laparoskopową w 1991 roku. W 1995 roku po raz pierwszy zastosowano metodę TVT, czyli wprowadzenie taśmy prolenowej wokół cewki moczowej drogą pochwową. Równocześnie zaczęto używać implantów wewnątrzcewkowych Autocath 100 i In-Flow z zewnętrznym aktywatorem generującym fale elektromagnetyczne, które uruchamiają urządzenie wewnątrz cewki, po przyłożeniu do spojenia łonowego [3].

Poród pochwoy jako czynnik ryzyka przetrwałego nietrzymania moczu

Gartland i wsp. przeprowadzili prospektywne badanie kohortowe na 1507 nieródkach we wczesnej pierwszej ciąży, tzn. przed 24. tygodniem ciąży. Badanymi były pacjentki sześciu publicznych szpitali w Victorii (Australia). Autorzy stwierdzili, że przetrwałe nietrzymanie moczu po porodzie jest bardziej prawdopodobne po wydłużonym porodzie w połączeniu z operacyjnym porodem pochwowym [4, 5]. Porównywalnie w badaniu z 2012 roku Gyhagen i wsp. ocenili, że rozpowszechnienie sPOP (objawowego obniżenia narządów miednicy) oceniane 20 lat po porodzie było podwójnie większe po porodach pochwoy w porównaniu z porodami drogą cięcia cesarskiego [6]. Jednocześnie w norweskim badaniu kohortowym Hilde i wsp. wykazali wyraźne zmniejszenie ciśnienia spoczynkowego pochwy i siły oraz wytrzymałości mięśni dna miednicy po porodzie drogą pochwową. Niemniej jednak w grupie kobiet, u których wyjściowo wykazano odpowiednio większą siłę oraz wytrzymałość mięśni dna miednicy, rzadziej stwierdzano nietrzymanie moczu [7–9].

Kobiety, które urodziły pierwsze dziecko drogą pochwową, wykazywały większe nasilenie objawów nietrzymania moczu niż kobiety, których pierwszy poród odbył się drogą cięcia cesarskiego. W rezultacie nietrzymanie moczu występujące w pierwszej ciąży i poród pochwoy mogą spowodować wzrost ryzyka rozwoju nietrzymania moczu

5 lat po porodzie [5]. Następnie, w 2012 roku, opublikowano badania mające na celu określenie czynników ryzyka powodujących objawy z dolnych dróg moczowych u kobiet w wieku 20 lat i starszych. Jednym z wyciągniętych wniosków było stwierdzenie, że objawy z dolnych dróg moczowych pojawiały się 6,1 razy częściej w grupie kobiet, które rodziły drogą pochwową niż w grupie rodzącej drogą cięcia cesarskiego. Innym czynnikiem, który zwiększał prawdopodobieństwo tych objawów, było występowanie np. nietrzymania moczu u matki pacjentki. Czynnikiem ten zwiększał to prawdopodobieństwo do 4,8 razy. Tak więc poród drogą pochwową okazał się najistotniejszym czynnikiem ryzyka dla objawów z dolnych dróg moczowych wśród kobiet po porodach [10].

W przeprowadzonych w Uniwersytecie w Regensburgu w Niemczech badaniach wykazano przydatność metody obrazowej, jaką jest USG 3d dna miednicy mniejszej, w diagnostyce zmian powodujących nietrzymanie moczu. W badaniu stwierdzono, że nawet 2 lata po porodzie kobiety, które przebyły swój pierwszy poród w sposób spontaniczny, drogami natury lub też przebyły operacyjny poród pochwoy, miały znacząco większy obszar rozworu mięśnia dźwigacza odbytu niż kobiety, których pierwszy poród odbył się drogą cięcia cesarskiego. USG 3d może być zatem pomocnym badaniem obrazowym w zidentyfikowaniu kobiet z wysokim ryzykiem przetrwałych zmian w dnie miednicy po porodzie, m.in. prowadzących do nietrzymania moczu [11]. Również Handa i wsp. [12] wykazali, że poród kleszczowy oraz niekontrolowane pęknięcia kroczka (poza epizjotomią) były związane z zaburzeniami dna miednicy nawet 5–10 lat po pierwszym porodzie [13].

Sajadi i wsp. w bardzo ciekawym doświadczalnym badaniu na modelu zwierzęcym wykazali, że ostre rozciągnięcie nerwu sromowego powoduje odwracalne dysfunkcje elektrofizjologiczne mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki, jednak bez zmniejszenia ciśnienia przepływu przez cewkę. Według autorów model zwierzęcy rozciągnięcia nerwu sromowego powinien być testowany dalej, jako część wielourazowego modelu porodu ludzkiego i jego wpływu na wybrane elementy układu moczowego [14].

Badanie z 2011 roku, przeprowadzone przez Handa i wsp., miało na celu analizę zaburzeń dna miednicy 5–10 lat po porodzie samoistnym lub też drogą cięcia cesarskiego. Porody zostały sklasyfikowane w podgrupy: cięcie cesarskie bez rozpoczętego porodu, cięcie cesarskie podczas aktywnego porodu, cięcie cesarskie dokonane przy całkowitym rozwarciu szyjki macicy, spontaniczny poród drogą pochwową, operacyjny poród pochwoy. Wśród kobiet, które rodziły wyłącznie drogą cięcia cesarskiego, zarówno poród w fazie aktywnej, jak i całkowite rozwar-

cie szyjki macicy nie zwiększały prawdopodobieństwa zaburzeń dna miednicy. Pomimo że spontaniczny poród pochwowy był jednoznacznie związany ze zwiększeniem prawdopodobieństwa wysiłkowego nietrzymania moczu i obniżeniem narządów rodnych, to jednak najbardziej dramatyczny wzrost ryzyka tych schorzeń obserwowano przy operacyjnych porodach pochwowych [15].

Cuerva González i wsp. wykazali istotny wpływ sposobu porodu na zaburzenia narządów miednicy mniejszej i występowanie takich objawów jak nietrzymanie moczu lub stolca u kobiet w ciąży bliźniaczych, adekwatnie do sposobu porodu. W badaniu tym stwierdzono, że ryzyko nietrzymania moczu po przebytej ciąży bliźniaczej wzrasta wśród pacjentek, które przeżyły poród operacyjny za pomocą wyciągacza próżniowego czy też kleszczy w porównaniu z pacjentkami, które przeżyły samoistny poród pochwowy czy cięcie cesarskie. Według klasyfikacji dokonanej na podstawie kwestionariusza ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*) pacjentki z wynikiem ICIQ-SF > 0 stanowiły 23%; wynik do 20,4% uzyskały pacjentki z grupy porodu drogą cięcia cesarskiego, 25,3% pacjentek z tak nasilonymi objawami znajdowało się w grupie porodu samoistnego drogą pochwową i aż 35,5% kobiet z tak nasilonymi objawami nietrzymania moczu znajdowało się w grupie po przebytym porodzie operacyjnym za pomocą wyciągacza próżniowego czy kleszczy ($p = 0,033$). W badaniu tym wiek matki czy też masa ciała płodów nie stanowiły istotnych czynników ryzyka dla opisywanych schorzeń. Autorzy pracy podkreślają, że każda kobieta, która będąc w ciąży bliźniaczej, urodziła drogą pochwową za pomocą wyciągacza próżniowego bądź kleszczy, powinna zostać skonsultowana po porodzie pod kontem zaburzeń dna miednicy [16].

W przeprowadzonym przez Fritel i wsp. w 2012 roku badaniu epidemiologicznym dotyczącym nietrzymania moczu u kobiet od okresu ciąży do menopauzy, będącym przeglądem i podsumowaniem odkryć w tej dziedzinie, stwierdzono, że występowanie nietrzymania moczu osiąga maksimum podczas ciąży i obniża się po porodzie. Poród drogą cięcia cesarskiego był związany z mniejszym odsetkiem występowania wysiłkowego nietrzymania moczu niż poród drogą pochwową. Natomiast sugerowanymi czynnikami etiologicznymi nietrzymania moczu były: cechy wrodzone, otyłość, proces starzenia, liczne ciąży i porody drogą pochwową. Jednakże biorąc pod uwagę wciąż zbyt małą ilość użytecznych dostępnych danych, nie można wyciągnąć daleko idących wniosków dotyczących możliwych długoterminowych skutków ochronnych porodu drogą cięcia cesarskiego [17].

Objawy nietrzymania moczu w ciąży jako czynnik ryzyka przetrwałego nietrzymania moczu

W kolejnym badaniu Liang i wsp. poddali analizie rozpowszechnienie czynników przyczyniających się do nietrzymania moczu u kobiet 5 lat po porodzie pierwszego dziecka. Oceniano związek pomiędzy nietrzymaniem moczu a sposobem porodu i jakością życia. Kobiety, u których nietrzymanie moczu wystąpiło w trakcie pierwszej ciąży, mają większe prawdopodobieństwo rozwinięcia się nietrzymania moczu 5 lat po porodzie niż kobiety, u których nietrzymanie moczu nie wystąpiło w ciąży [18]. Gartland i wsp. podają, iż większość kobiet zgłaszających przetrwałe nietrzymanie moczu między 4. a 18. tygodniem po porodzie informowała o tych objawach również w trakcie ciąży [4]. Botelho i wsp. w przeprowadzonych w 2012 roku badaniach potwierdzili, że parcia naglące, zwiększona częstotliwość oddawania moczu i nocne oddawanie moczu pojawiające się w ciąży znikają po porodzie, niezależnie od metody porodu. Natomiast takie objawy jak nietrzymanie moczu, zwłaszcza wysiłkowe nietrzymanie moczu, pojawiające się w ciąży, mają tendencję do utrzymywania się po porodzie, zwłaszcza po porodzie drogą pochwową [19].

Kolejne badanie przeprowadzone w 2012 roku przez Hansen i wsp. dotyczyło nietrzymania moczu podczas pierwszej ciąży i rok po pierwszym porodzie. Badane porównano z grupą kontrolną kobiet, które nie rodziły. Rozpowszechnienie nietrzymania moczu u kobiet podczas pierwszej ciąży było 3,3 razy wyższe w porównaniu z grupą kontrolną kobiet, które nie rodziły. Po roku różnice się zmniejszały, ale nadal rozpowszechnienie tego schorzenia było 2,5 razy wyższe u kobiet po jednym porodzie niż u kobiet z grupy kontrolnej (nieródek). Objawy oraz wpływ tego schorzenia miały jednak mały do średniego wpływ na jakość życia badanych kobiet w obu grupach [20].

Celem kolejnego badania, przeprowadzonego przez Liang i wsp., była analiza objawów z dolnych dróg moczowych u pierwiastek przed ciążą i w jej trakcie. Z badania wynika, że rozpowszechnienie objawów z dolnego odcinka dróg moczowych wzrasta w trakcie przebiegu ciąży. Najczęściej podawanymi przez pacjentki objawami, niezależnie od trymestru, są: nokturia, zwiększona częstotliwość oddawania moczu, nietrzymanie moczu, parcia naglące, niecałkowite opróżnianie pęcherza moczowego, trudności w mikcji. Wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęstszym typem nietrzymania moczu występującym w ciąży. Z badania wynika również, że kobiety z przedciążowym BMI > 30 wykazywały wzrastające ryzyko rozwoju

de novo wysiłkowego nietrzymania moczu w ciąży. Natomiast nagłace nietrzymanie moczu w ciąży było związane z paleniem tytoniu w trakcie ciąży [21].

Inne czynniki ryzyka wpływające na wystąpienie przetrwałego nietrzymania moczu

W 2012 roku Hsieh i wsp. przeprowadzili badania, których celem było zanalizowanie występowania nietrzymania moczu w zależności od liczby porodów i sposobu porodu wśród tajwańskich kobiet w wieku 60 lat i starszych. W badaniu tym jednakże nie zaobserwowano związku pomiędzy liczbą porodów, sposobem porodu a występowaniem nietrzymania moczu u tajwańskich kobiet po menopauzie ok. 10 lat po ich pierwszym porodzie [22].

W kolejnych badaniach przeprowadzonych w Tajwanie stwierdzono, że cukrzyca ciążowa jest niezależnym czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu po porodzie i ma znaczący wpływ na jakość życia pacjentek. Ponadto kobiety z cukrzycą ciążową powinny być objęte specjalistyczną konsultacją i pomocą w trakcie ciąży, kiedy tylko pojawi się u nich nietrzymanie moczu [5]. Z kolei Gyhagen i wsp. wykazali, iż masa ciała noworodka i obecne BMI pacjentki okazały się również czynnikami ryzyka dla sPOP po porodzie pochwowym [6].

W innym badaniu Ruiz de Viñaspre i wsp. analizowali czynniki predysponujące do przetrwałego nietrzymania moczu 6 miesięcy po porodzie. Badanie to wykazało, że ryzyko przetrwałego nietrzymania moczu u pacjentek wzrastało wraz z występowaniem takich czynników jak: zastosowanie przy porodzie manewru Kristellera, brak powrotu po porodzie do masy ciała sprzed ciąży, brak ćwiczeń mięśni dna miednicy w połogu, pojawienie się nietrzymania moczu po porodzie i masa ciała noworodka > 3,5 kg. Czynniki te odpowiadałyby w 58% za zmienność występowania przetrwałego nietrzymania moczu po porodzie. Według badających 21,4% kobiet z nietrzymaniem moczu spowodowanym ciążą lub porodem będzie nadal wykazywało ten objaw 6 miesięcy po porodzie. Ważną część czynników sprzyjających przetrwałemu nietrzymaniu moczu u tych kobiet jest jednak możliwa do zmodyfikowania [23].

Leijonhufvud i wsp. stwierdzili, że wzrastający wiek pacjentki przy pierwszym porodzie, zarówno pochwowym, jak i drogą cięcia cesarskiego, jest czynnikiem, który w zasadniczy sposób wpływa na późniejsze leczenie chirurgiczne z powodu nietrzymania moczu czy obniżenia narządów rodnych [24].

Altaweel i wsp. oceniali czynniki ryzyka i rozpowszechnienie nietrzymania moczu w Riyadh w Arabii Saudyjskiej. Wykazali, że na badanym obszarze największymi czynni-

kami ryzyka nietrzymania moczu były: starszy wiek, nadwaga, duża masa ciała noworodków przy porodzie, liczne ciążę, porody zarówno drogą cięcia cesarskiego, jak i siłami natury, a także cukrzyca. Rozpowszechnienie nietrzymania moczu w Riyadh to ok. 29%. Cukrzyca okazała się być najistotniejszym czynnikiem sprzyjającym temu schorzeniu. W badaniu potwierdzono także, że nietrzymanie moczu wpływa znacznie na powiązany ze stanem zdrowia komfort życia. Większość dotkniętych tym problemem kobiet nie szukała pomocy medycznej. Powyższe badania stały się ważnym krokiem do zapoczątkowania wdrażania wczesnego wykrywania i leczenia nietrzymania moczu w Arabii Saudyjskiej [25].

Barbosa i wsp. poddali analizie problem nietrzymania moczu i zmiany ciśnienia ścian pochwy 2 lata po porodzie drogą cięcia cesarskiego u pierwiastek, u których w trakcie ciąży zdiagnozowano cukrzycę ciążową. Rozpowszechnienie nietrzymania moczu w ciąży było wyższe wśród kobiet z cukrzycą ciążową G1 w porównaniu z grupą kobiet, u których cukrzyca nie stwierdzono (50,8% vs. 31,6%) także 2 lata po porodzie drogą cięcia cesarskiego (44,8% vs. 18,4%). Obniżenie ciśnienia ścian pochwy było również bardziej nasilone w grupie kobiet z cukrzycą ciążową w porównaniu z grupą normoglikemiczną w trakcie ciąży (53,9% vs. 37,8%). Masa ciała kobiet oraz masa ciała noworodków okazały się w tym badaniu czynnikami ryzyka obniżenia ciśnienia ścian pochwy. Wśród czynników ryzyka przetrwałego nietrzymania moczu u kobiet 2 lata po porodzie drogą cięcia cesarskiego znalazły się: wiek matki, nietrzymanie moczu występujące w trakcie ciąży, a także obniżenie ciśnienia ścian pochwy. W wieloczynnikowym modelu logistycznym cukrzyca ciążowa okazała się niezależnym czynnikiem ryzyka dla nietrzymania moczu występującego w ciąży [26].

Kolejne prospektywne badanie przeprowadzone w 2012 roku przez Torrisi i wsp. dotyczyło zaburzeń dna miednicy w związku z porodem. Z 960 kobiet włączonych do badania 744 były oceniane 3 miesiące po porodzie i zostały włączone do końcowych analiz. Moment początkowy nietrzymania moczu podczas ciąży był niezależnym czynnikiem usposabiającym do przetrwałego nietrzymania moczu. Rodzinne występowanie zarówno nietrzymania moczu, jak i nietrzymania stolca było odpowiednio powiązane tak z nietrzymaniem moczu, jak i nietrzymaniem stolca 3 miesiące po porodzie. Pośród czynników położniczych poród drogą pochwową był silnym czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu. W badaniu oceniano również życie seksualne pacjentek – ulegało ono poprawie w 72,4% 3 miesiące po porodzie. Ocena uroginekologiczna pokazała znaczący związek pomiędzy 1.–2. stopniem ob-

nizienia przedniej ściany pochwy, nadreaktywnością cewki moczowej i nietrzymaniem moczu. Podsumowując, niezależnymi czynnikami ryzyka przetrwałego nietrzymania moczu i stolca we wczesnym okresie po porodowym są:

- wystąpienie po raz pierwszy nietrzymania moczu lub stolca podczas ciąży,
- pozytywny wywiad rodzinny,
- poród pochwowy [27].

Wnioski i podsumowanie

Na podstawie dostępnej literatury można stwierdzić, że:

1. Okres ciąży predysponuje do nietrzymania moczu i innych objawów ze strony układu moczowego.
2. Porody drogą pochwową predysponują do obniżenia narządów płciowych i wystąpienia nietrzymania moczu po porodzie.
3. Wśród pacjentek rodzących drogą pochwową bardziej predysponowane do nietrzymania moczu są te, które przeżyły operacyjny poród pochwowy.
4. Istnieją inne czynniki położnicze, oprócz metody porodu, wpływające na wystąpienie obniżenia narządów rodnych lub nietrzymania moczu po porodzie, m.in.: wystąpienie cukrzycy w ciąży, nadwaga pacjentki w trakcie ciąży i brak jej redukcji po porodzie, duża masa ciała noworodków, liczne ciąży, brak ćwiczeń mięśni dna miednicy w połogu.
5. Przedłużający się drugi okres porodu może w sposób znaczący wpłynąć na występowanie obniżenia narządów płciowych i nietrzymania moczu w przyszłości zarówno u kobiet, których poród ukończono drogą cięcia cesarskiego, jak i u tych, które urodziły drogą pochwową.

Opisane przez nas badania wskazują na występowanie istotnych zmian narządów miednicy mniejszej pod wpływem ciąży i porodu. W konsekwencji przedmiotem dalszych badań powinny stać się mechanizm porodu oraz inne czynniki ryzyka wpływające na konkretne narządy miednicy mniejszej, takie jak cewka moczowa, pęcherz moczowy, jak również mięśnie dna miednicy, oraz przyczynianie się tych zmian do powstawania nietrzymania moczu u kobiet.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Bieber EJ, Sanfilippo JS, Horowitz IR. Chirurgiczne leczenie nietrzymania moczu. W: Dębski R. (red.). *Ginekologia Kliniczna*. Tom 2. Wrocław 2009. s. 357.

2. Pschyrembl W, Strauss G, Petrie E. *Ginekologia Praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1994. s. 367, 368.
3. Leśniczak B, Szymańska I, Krasomski G. Rys historyczny diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet. II Katedra Ginekologii i Położnictwa. Uniwersytet Medyczny w Łodzi. *Ginekologia Praktyczna*. 2010;2(105):23–26.
4. Gartland D, Donath S, MacArthur C, Brown SJ. The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study. *BJOG*. 2012 Oct;119(11):1361–9.
5. Liang CC, Wu MP, Lin SJ, Lin YJ, Chang SD, Wang HH. Clinical impact of and contributing factors to urinary incontinence in women 5 years after first delivery. *Int Urogynecol J*. 2013;24(1):99–104.
6. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*. 2013 Jan;120(2):152–60.
7. Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Brækken IH, Bø K. Impact of childbirth and mode of delivery on vaginal resting pressure and on pelvic floor muscle strength and endurance. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Jan;208(1):50.e1–7.
8. Leijonhufvud Å, Lundholm C, Cnattingius S, Granath F, Andolf E, Altman D. Risk of surgically managed pelvic floor dysfunction in relation to age at first delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Oct;207(4):303.e1–7.
9. Ruiz de Viñaspre Hernández R, Rubio Aranda E, Tomás Aznar C. Urinary incontinence 6 months after childbirth. *Med Clin (Barc)*. 2013 Aug 17;141(4):145–151.
10. Timur-Taşhan S, Beji NK, Aslan E, Yaşin Ö. Determining lower urinary tract symptoms and associated risk factors in young women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012 Jul;118(1):27–30.
11. Falkert A, Willmann A, Endress E, Meint P, Seelbach-Göbel B. Three-dimensional ultrasound of pelvic floor: is there a correlation with delivery mode and persisting pelvic floor disorders 18–24 months after first delivery? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013 Feb;41(2):204–209.
12. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb;119(2 Pt 1):233–239.
13. Botelho S, Silva JM, Palma P, Herrmann V, Ricetto C. Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy? *Int Braz J Urol*. 2012 Mar-Apr;38(2):267–276.
14. Sajadi KP, Lin DL, Steward JE, Balog B, Dissaranan C, Zaszczurynski P, Gill BC, Jiang HH, Kerns JM, Damaser MS. Pudendal nerve stretch reduces external urethral sphincter activity in rats. *J Urol*. 2012 Oct;188(4):1389–1395.
15. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5–10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol*. 2011 Oct;118(4):777–784.
16. Cuerva González MJ, López Carpintero N, de la Calle Fernández MM, Usandizaga R, González A. Postpartum urinary and fecal incontinence in gemelar pregnancy according to route and mode of delivery. *Ginecol Obstet Mex*. 2011 Sep;79(9):540–546.
17. Fritel X, Ringa V, Quiboeuf E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and pathophysiological findings. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012 Aug;91(8):901–910.
18. Liang CC, Wu MP, Lin SJ, Lin YJ, Chang SD, Wang HH. Clinical impact of and contributing factors to urinary incontinence in women 5 years after first delivery. *Int Urogynecol J*. 2013

- Jan;24(1):99–104. DOI: 10.1007/s00192-012-1855-3. Epub. 2012 Jul 10.
19. Botelho S, Silva JM, Palma P, Herrmann V, Ricetto C. Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy? *Int Braz J Urol.* 2012 Mar-Apr;38(2):267–276.
 20. Hansen BB, Svare J, Viktrup L, Jørgensen T, Lose G. Urinary incontinence during pregnancy and 1 year after delivery in primiparous women compared with a control group of nulliparous women. *Neurourol Urodyn.* 2012 Apr;31(4):475–480.
 21. Liang CC, Chang SD, Lin SJ, Lin YJ. Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 May;285(5):1205–1210.
 22. Hsieh CH, Chang WC, Su TH, Lin TY, Lee MC, Chang ST. Effects of parity and mode of delivery on urinary incontinence among postmenopausal women in Taiwan. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Jun;117(3):239–242.
 23. Ruiz de Viñaspre Hernández R, Rubio Aranda E, Tomás Aznar C. Urinary incontinence 6 months after childbirth. *Med Clin (Barc).* 2013 Aug 17;141(4):145–151.
 24. Leijonhufvud Å, Lundholm C, Cnattingius S, Granath F, Andolf E, Altman D. Risk of surgically managed pelvic floor dysfunction in relation to age at first delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Oct;207(4):303.e1–7.
 25. Altaweel W, Alharbi M. Urinary incontinence: prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life in Saudi women. *Neurourol Urodyn.* 2012 Jun;31(5):642–645.
 26. Barbosa AM, Dias A, Marini G, Calderon IM, Witkin S, Rudge MV. Urinary incontinence and vaginal squeeze pressure two years post-cesarean delivery in primiparous women with previous gestational diabetes mellitus. *Clinics (Sao Paulo).* 2011;66(8):1341–1346.
 27. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guarabasso V, Ettore G. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012 Jan;160(1):110–115.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:
Karina Szałwska-Matuszczak
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: 662 131 115
e-mail: k.szalska@gmail.com

CZY WIRUS EBOLA JEST NOWYM ZAGROŻENIEM EPIDEMIOLOGICZNYM ŚWIATA?

IS THE EBOLA VIRUS A NEW EPIDEMIOLOGICAL THREAT THE WORLD?

Ewelina Kimszal¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz²

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 Ebola należy do grupy mikroorganizmów wywołujących wirusowe gorączki krwotoczne. W skład tej grupy wchodzi 5 gatunków. Do infekcji wirusem może dojść różnymi drogami. Okres inkubacji choroby trwa od 2 do 21 dni. Początkowe objawy u zainfekowanych osób nie są specyficzne dla tego schorzenia, dlatego tak trudno jest postawić jednoznaczną diagnozę. Obecnie nie wynaleziono szczepionki przeciwko gorączce krwotocznej Ebola, nie ma też swistego leczenia osób zakażonych. Przed wyjazdem należy zasięgnąć informacji na temat podróży do krajów, które są objęte zakażeniem przez EVD. Przebywając w takich krajach, należy przestrzegać kilku kardynalnych zasad.

Słowa kluczowe: Ebola, gorączka krwotoczna, epidemia.

ABSTRACT

The Ebola virus belongs to a group of viral hemorrhagic fevers, which distinguished 5 species. For infection can occur in various ways. The incubation period of the disease is from 2 to 21 days. Initial symptoms in infected individuals are not specific for this disease, so it is difficult to put a clear diagnosis. Currently, no vaccine against Ebola hemorrhagic fever, there is no specific treatment for infected people. Before leaving, should seek out information relating to travel to countries that are covered by the EVD infection. While in such countries should follow a few cardinal rules.

Keywords: Ebola, haemorrhagic fever, epidemic.

Wstęp

Ebola wywodzi się z rodziny *Filoviridae* z rodzaju *Ebolavirus*. Wywołuje rzadką i śmiertelną chorobę. Do zakażenia może dojść zarówno u ludzi, jak i u zwierząt, np. małp, goryli i szympanów. Wirus Ebola należy do grupy mikroorganizmów wywołujących wirusowe gorączki krwotoczne. W skład tej grupy wchodzi 5 gatunków: wirus Bundibugyo (BDBV), wirus Sudan (SUDV), wirus Tai Forest (TAFV), wirus Ebola (EBOV, dawniej Zair), wirus Reston (REBOV). Cztery pierwsze wirusy powodują choroby u ludzi, ostatni zaś spowodował chorobę u zwierząt, ale nie stwierdzono przypadków zachorowania u ludzi [1, 2]. Gorączka krwotoczna Ebola (ang. *Ebola virus disease – EVD*) została przyporządkowana w klasyfikacji grup ryzyka do 4. poziomu bezpieczeństwa (BSL-4) aktywnych organizmów występujących w laboratorium. Należy również do grupy A oznaczającej broń biologiczną [3]. Jest ciężką chorobą ogólnoustrojową, u około 50% chorych przebiega z objawami krwotocznymi. Podczas epidemii wywołanych przez EVD śmiertelność często przekracza 80%, spośród osób hospitalizowanych i leczonych objawowo około 50% pacjentów umiera [4].

Jak można zarazić się EVD?

Wirus przenoszony jest przez bezpośredni kontakt z krwią bądź płynami ustrojowymi (stolec, mocz, ślina, nasienie) zakażonych osób. Do zakażenia może dojść przez kontakt ze spojówkami, błoną śluzową krtani lub drogą pokarmową. Wrotami wniknięcia Eboli mogą być także małe pęknięcia skóry. Istotne znaczenie w szerzeniu się patogenu miała nieodpowiednia sterylizacja sprzętu, zdarzały się również przypadki wielokrotnego używania jednorazowych narzędzi. Dodatkowo do zakażenia może dojść przy obrządkach związanych z uroczystościami pogrzebowymi osoby zmarłej na gorączkę krwotoczną. Ważne jest, aby osoby zmarłe były pochowane przez wykwalifikowanych specjalistów, zabezpieczonych odzieżą ochronną i rękawicami, w jak najszybszym czasie.

Pacjenci zakażeni Ebolą powinni być poddani ścisłej obserwacji i kontroli lekarskiej w celu zmniejszenia ryzyka rozprzestrzenienia się wirusa wśród społeczności. Lekarz decyduje, kiedy można wypisać pacjenta do domu; w trakcie wypisu powinien poinformować mężczyzn, którzy są zakwalifikowani jako zdrowi, że należy zachować absty-

nencję seksualną przez 7 tygodni, ponieważ istnieje duże ryzyko zakażenia partnerki przez nasienie [5]. Inną znaną drogą zakażenia jest kontakt z zarażonymi zwierzętami, takimi jak szympanse, małpy, goryle, nietoperze, antylopy leśne [6].

Kiedy nie dojdzie do zarażenia wirusem Ebola?

Do zarażenia nie dojdzie w miejscu publicznym, w wyniku przypadkowego i krótkiego kontaktu z osobą, która może być potencjalnie chora. Korzystanie z basenu, ugryzienie komara, droga kropelkowa, b anknoty bądź artykuły spożywcze nie spowodują zakażenia wirusem Ebola [7].

Od początku do czasu teraźniejszego

Po raz pierwszy wirus został odkryty w 1976 roku w Zairze niedaleko rzeki Ebola (stąd pochodzi nazwa choroby) w Demokratycznej Republice Konga. Równocześnie pierwsze przypadki raportowano w Sudanie. W czasie epidemii zmarło 280 osób spośród 318 chorych [8–10].

W grudniu 2013 roku zidentyfikowano w Gwinei 49 przypadków EVD, informacja ta niedługo potem została podana do Międzynarodowej Agencji Zdrowia. Prawie 12 miesięcy później epidemia rozprzestrzeniła się w sąsiednich miastach Sierra Leone i Liberii, powodując ponad 22 tysiące przypadków gorączki krwotocznej Ebola i prawie 9 tysięcy zgonów [11, 12]. W ostatnim czasie odnotowano zachorowania w Mali. Pojedyncze zachorowania zauważono także w krajach strefy umiarkowanej (USA, Wielka Brytania). Spotykane są również przypadki wtórnych zakażeń szpitalnych od osób przetransportowanych z Afryki na planowane leczenie (USA, Hiszpania). W obecnej chwili ryzyko wystąpienia Eboli na terenie Polski jest bardzo niskie, ale nie można wykluczyć takiego ryzyka [10].

Epidemia wirusa Ebola, do której doszło w Gwinei, jest największą epidemią zanotowaną do tej pory. Czynnikiami potęgującymi epidemię są: rozmieszczenie geograficzne, ruch ludzi między krajami dotkniętymi wirusem, transport i pochówek ciał przez krewnych, słabe systemy opieki zdrowotnej, poważne ograniczenia kadrowe w służbie zdrowia, brak sprawdzonej terapii, brak zaangażowania społecznego i współpracy. Ponadto, jak wiadomo, dostęp do odpowiednich usług zdrowotnych jest podstawowym problemem w krajach afrykańskich [13]. Po pierwsze, istnieje pilna potrzeba wzmocnienia podstawowych systemów opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej, laboratoriów, systemów nadzoru i opieki nad pacjentami krytycznymi. Jak zauważyło wielu naukowców, Ebola rozprzestrzeniła się znacznie szybciej i szerzej w krajach, w których nie funkcjonują sprawne systemy ochrony zdro-

wia, a zwłaszcza w tych, w których główny system opieki został poważnie osłabiony przez lata konfliktów zbrojnych i zaniedbania. Wzmocnienie tego systemu nie tylko poprawi naszą zdolność do radzenia sobie z epidemią, ale również będzie sprzyjać zdrowiu. Bez sprawnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej bardzo trudno danemu państwu zakończyć cykl choroby i biedy [14].

Objawy ogólne wynikające z zakażenia

Okres inkubacji trwa najczęściej od 2 do 21 dni, ale może przedłużyć się nawet do 25 dni [15]. Choroba rozpoczyna się objawami rzekomo grypowymi, do których należą: gorączka z dreszczami, bóle stawów i mięśni, bóle w klatce piersiowej, nudności, wymioty, biegunka, brak łaknienia. Do objawów często dołączają się objawy skazy krwotocznej, bo u około 50% chorych choroba przebiega z krwistymi wymiotami i biegunką z widocznymi śladami krwi. U osoby takiej szybko dochodzi do odwodnienia, zaburzeń gospodarki elektrolitowej i białkowej. W wyniku kumulacji wyżej wymienionych objawów dochodzi do skrajnego wyczerpania i znacznej utraty masy ciała. Po upływie około 5–7 dni pojawia się grudkowa wysypka, która najczęściej lokalizuje się na twarzy, szyi i ramionach, po okresie 24 godzin zmienia się w duże, dobrze ograniczone, złane zmiany plamisto-grudkowe, mogące mieć charakter krwotoczny. Dochodzi do uszkodzenia wątroby z towarzyszącą żółtaczką [15–17].

Zaatakowanie układu oddechowego objawia się: bólem gardła, kaszlem i czkawką. Zajęcie przez wirusa Ebola centralnego układu nerwowego powoduje: bóle głowy, nadmierne pobudzenie, zmęczenie, splątanie, a nawet śpiączkę. Upośledzenie integralności ścian naczyń krwionośnych skutkuje krwawieniami z: nosa, pochwy, dziąseł, krwiste wymioty, smoliste stolce, krwioplucie [15, 16, 18]. Osoby z problemami z układem oddechowym, objawami neurologicznymi lub z towarzyszącymi krwotokami mają wyższe ryzyko zgonu [15, 16]. Chorzy zakażeni wirusem Ebola umierają między 7. a 16. dniem choroby. Do śmierci dochodzi głównie w wyniku niewydolności wielonarządowej (ang. *multiorgan disfunction syndrome* – MODS), która jest związana z silnym spadkiem ciśnienia tętniczego, martwicą ogniskową komórek oraz DIC [11, 17, 18]. W nielicznych przypadkach udaje się opanować objawy choroby, a proces zdrowienia stwierdza się już po 14 dniach od pojawienia się pierwszych symptomów [16].

Diagnostyka i nadzór

Gorączka, ból mięśni, wymioty, biegunka lub bóle brzucha są jednymi z pierwszych objawów w EVD, krwawienie występuje rzadko. Niestety objawy te są niespecyficzne

i podobne do tych, jakie towarzyszą innym chorobom zakaźnym, np. malarii, durowi brzuszemu, tyfusowi lub zapaleniu opon mózgowych [19]. Potwierdzenie, że objawy są spowodowane przez wirusa Ebola, można uzyskać dzięki wykonaniu następujących badań: testu immunosorpcyjnego (ELISA) do wykrywania przeciwciał (IgG, IgM), testu do wykrywania antygenu, testu neutralizacji surowicy, testu odwrotnej transkryptazy reakcji łańcuchowej polimerazy (RT-PCR), mikroskopii elektronowej, izolacji wirusa w hodowli komórkowej [5, 20]

Przypadki EVD klasyfikowane są do trzech kategorii: potwierdzone, podejrzani i zgony. Potwierdzone przypadki wymagają pozytywnego wyniku badań laboratoryjnych. Podejrzani to osoby, u których nagle wystąpiła wysoka gorączka i które miały prawdopodobny lub potwierdzony wcześniejszy kontakt z osobą zakażoną, martwą lub z chorym zwierzęciem. Do podejrzanych przypadków należą osoby z charakterystycznymi objawami dla gorączki krwotocznej Ebola i każdy człowiek, który zmarł nagle z niewyjaśnionych przyczyn. Wszystkie osoby z podejrzeniem choroby powinny być zbadane przez lekarza. Niestety nie każda osoba zgłasza się do ośrodków zdrowia i dokładność tego nadzoru została zakwestionowana [21].

90

Czy istnieje szczepionka?

Obecnie nie wynaleziono szczepionki przeciwko gorączce krwotocznej Ebola, nie ma też swoistego leczenia osób zakażonych. Dotychczas wynaleziono kilka leków, które są w fazie eksperymentalnej. Nie ma jednak jednoznacznych wyników potwierdzających ich skuteczność [22].

Leczenie

Brak specyficznego leczenia gorączki krwotocznej Ebola, można leczyć takiego pacjenta jedynie objawowo. Optymalne leczenie wymaga sumiennej obserwacji strat płynów i elektrolitów, aby przeciwdziałać odwodnieniu. Konieczne jest wdrożenie pacjentowi jak najwcześniejszej terapii przeciwzakrzepowej, żeby nie dopuścić do wykrzepiania wewnątrznaczyniowego. Należy leczyć ból, podawać antybiotyki, leki przeciwgrzybicze oraz wspomagać czynność układu oddechowego i układu krążenia [2, 10].

Profilaktyka

Według wytycznych zaleca się przestrzegania kilku zasad; należy:

- dokładnie myć ręce wodą z mydłem i dezynfekować ręce środkiem na bazie alkoholu;
- unikać kontaktu z krwią i płynami ustrojowymi osoby zakażonej;

- nosić odpowiednie środki ochrony osobistej (maski, odzież ochronna, nieprzepuszczalne rękawice, nieprzepuszczalne obuwie, ochrona oczu i twarzy);
- unikać rytuałów pogrzebowych lub sytuacji wymagających przeładunku ciała osoby zmarłej na Ebolę;
- unikać kontaktu z nietoperzami i innymi zwierzętami;
- po powrocie z obszarów występowania zakażeń monitorować stan zdrowia przez 21 dni, jeżeli pojawią się objawy choroby, natychmiast zgłosić się do lekarza;
- stosować odpowiednie środki sterylizacji;
- osoby chore odizolować i umieścić w pomieszczeniach do tego przystosowanych;
- zachować rozwagę i czujność przy bezpośrednim kontakcie z krwią lub płynami ustrojowymi, takimi jak: kał, ślina, mocz, wymiociny i nasienie osoby, która jest chora na Ebolę (zalecenie to dotyczy pracowników ośrodków zdrowia). Wirus może dostać się do organizmu przez uszkodzoną skórę lub przez niezabezpieczone błony śluzowe oczu, nosa lub ust [5, 23–25].

Warto wiedzieć, że wirus Ebola szybko ginie wskutek działania mydła, wybielacza, wysokiej temperatury, światła słonecznego lub suszenia (powyżej 60°C). Wystarczy zwykłe pranie w pralce ubrań, które miały kontakt z płynami ustrojowymi, aby zniszczyć wirusa. EVD przeżywa tylko przez krótki czas na powierzchniach wystawionych na działanie słońca oraz wysuszonych. Wirus Ebola jest także wrażliwy na promieniowanie jonizujące, światło oraz środki chemiczne stosowane do dezynfekcji (fenol, alkohol metylowy) [10].

Zalecenia dla osób wyjeżdżających

Przed wyjazdem powinno zasięgnąć się informacji odnoszącej się do podróżowania do krajów, które są objęte zakażeniem przez gorączkę krwotoczną Ebola. Przebywając w obszarach zajętych epidemią, należy przestrzegać kilku ważnych reguł:

- unikać niebezpiecznych kontaktów seksualnych,
- myć dokładnie ręce mydłem lub środkami dezynfekcyjnymi,
- unikać kontaktu z żywymi lub martwymi dzikimi zwierzętami i spożywania dziczyzny,
- unikać kontaktu z krwią lub płynami ustrojowymi osób chorych i zmarłych, a także z rzeczami potencjalnie zakażonymi,
- dokładnie myć owoce i warzywa przed spożyciem,
- unikać jaskiń, opuszczonych zabudowań, kopalń, w których mogą znajdować się nietoperze.

Wyjeżdżając, musimy zdać sobie sprawę, że w ośrodkach zdrowia może być podwyższone ryzyko zakażenia, dlatego rozsądek nakazuje przed wyjazdem skontrolo-

wanie krajowych zasobów w zakresie ochrony zdrowia. Informację taką możemy pozyskać od lokalnych służb, znajomych lub krewnych. Należy wykupić odpowiednie ubezpieczenie, które pozwoli nam na korzystanie z bezpłatnych usług medycznych i zapewni ewentualny darmowy transport. Osoby, które powróciły do kraju, po czym wystąpiły u nich objawy zakażenia EVD, nie powinny wychodzić z domu i niezwłocznie zadzwonić na numer 999 lub 112 [2, 4, 10].

Podsumowanie

1. Gorączka krwotoczna Ebola (EVD) jest jednym z najbardziej niebezpiecznych zakażeń znanych ludzkości.
2. Pierwsze zachorowania na gorączkę krwotoczną Ebola odnotowuje się w rejonach afrykańskich (m.in. w Gwinei, Sierra Leone, Liberii, Mali i Demokratycznej Republice Konga).
3. Dotychczas wyróżniono 5 gatunków wirusów wywołujących gorączki krwotoczne: Bundibugyo, Sudan, Tai Forest, Reston i Ebola.
4. Okres inkubacji choroby trwa 2–21 dni i charakteryzuje się niespecyficznymi i początkowo trudnymi do identyfikacji objawami rzekomo grypowymi.
5. Schorzenie wywołane wirusem Ebola rozpoznawane jest za pomocą obrazu klinicznego oraz dzięki badaniom laboratoryjnych.
6. Osoby zakażone wirusem Ebola są hospitalizowane i leczone objawowo.
7. Bardzo ważna jest profilaktyka – jej prawidłowe przestrzeganie pomaga zapobiec zakażeniu wirusem.
8. Przed wyjazdem do obszarów występowania zakażeń należy zasięgnąć porady, jak uchronić się przez EVD i co zrobić, jeśli dojdzie do zakażenia wirusem Ebola.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Bente D, Gren J, Strong JE, Feldmann H. Disease modeling for Ebola and Marburg viruses. *Dis Model Mech*. 2009;2(1–2):12–17.
2. Internet: www.cdc.gov.
3. Janowska M, Polz-Dacewicz M, Prystupa A. Wirus Ebola – przeciwnik stale nieodkryty. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012;18(4):379–382.
4. Rymer W, Wroczyńska A, Nahorski WL. Co powinniśmy wiedzieć o zakażeniu wirusem Ebola? *Medycyna Praktyczna*. 2014;9:92–107.
5. Internet: www.who.org.

6. Michałkiewicz M. Wirus Ebola atakuje na nowych terenach. *Technologia Wody*. 2014;3:14–16.
7. Internet: www.ecdc.europa.eu.
8. Korzeniewski K. Wirusowe gorączki krwotoczne. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2012;6(5):205–221.
9. Giraldi G, Marsella LT. Ebola Virus Disease Outbreak: What's going on. *Ann Ig*. 2015;27:82–86.
10. Internet: www.gis.gov.pl.
11. Sullivan N, Yang ZY, Nabel GJ. Ebola Virus Pathogenesis: Implications for Vaccines and Therapies. *Journal of Virology*. 2003;77(18):9733–9737.
12. Siedner MJ, Gostin LO, Cranmer HH, Kraemer JD. Strengthening the Detection of and Early Response to Public Health Emergencies: Lessons from the West African Ebola Epidemic. *Plos Medicine*. 2014;12:3.
13. Trad MA, Jurdak R, Rana R. Guiding Ebola patients to suitable health facilities: an SMS-based approach. *F1000Research*. 2015;4:43.
14. Gates B. The Next Epidemic – Lessons from Ebola. *The New England Journal of Medicine*. 2015;372:1381–1384.
15. West TE, von Saint André-von Arnim A. Clinical Presentation and Management of Severe Ebola Virus Disease. *Annals of the American Thoracic Society*. 2014;11(9):1341–1350.
16. Płusa T. Nowe trendy diagnostyki i terapii w sytuacjach zagrożenia bioterroryzmem. *Przewodnik Lekarski*. 2008;1:247–249.
17. Internet: www.medycynatropikalna.pl.
18. Grolla A, Lucht A, Dick D, Strong JE, Feldmann H. Laboratory diagnosis of Ebola and Marburg hemorrhagic fever. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. 2005;98(3):205–209.
19. Murray BE, Duchin JS, Neill MA. IDSA Ebola Summary – August 2014. *Open Forum Infectious Diseases*. 2014;1:3.
20. Feldmann H, Geisbert TW. Ebola hemorrhagic fever. *Lancet*. 2011;377(9768):849–862.
21. HELLERINGER S, NOYMER A. Assessing the Direct Effects of the Ebola Outbreak on Life Expectancy in Liberia, Sierra Leone and Guinea. *Plos Currents*. 2015;19:7.
22. Internet: www.pzh.gov.pl.
23. Ebola Clinical Care Guidelines. A guide for clinicians in Canada. Canadian Critical Care Society, Canadian Assoc. of Emergency Physicians, Assoc. of Medical Microbiology & Infectious Diseases Canada. Interim Report, August 2014.
24. Internet: www.nebraskamed.com.
25. Ebola Virus Disease: Prevention and Control Measures for Hospital. Institut National De Sante Publique Du Quebec, August 2014.

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: 85 748 55 28
e-mail: katarzyna.ostapowicz@gmail.com

ROLA WIELONIENASYCONYCH KWASÓW TŁUSZCZOWYCH W WYBRANYCH OBSZARACH PSYCHOLOGICZNEGO FUNKCJONOWANIA CZŁOWIEKA

THE ROLE OF POLYUNSATURATED FATTY ACIDS IN SELECTED AREAS OF THE HUMAN PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING

Łukasz Bojkowski¹, Ewa Mojs²

¹ Doktorant Zakładu Psychologii Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu
Student psychologii, Uniwersytet SWPS WZ w Poznaniu

² Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe (WNKT) różnicujemy na kwasy omega-3 (n-3: ALA, EPA i DHA) oraz omega-6 (n-6: LA i AA). Obecne badania dowodzą, że w diecie współczesnego człowieka dominuje spożycie jednej z tych grup w stosunku 15–20 do 1, na korzyść kwasów z grupy omega-6. Nadmierne spożywanie kwasów z rodziny n-6 może być jednak szkodliwe dla organizmu w odróżnieniu od suplementacji kwasami z grupy n-3. Spożywanie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z grupy omega-3 ma istotne znaczenie dla zdrowia człowieka. Na poziomie biologicznym ma wpływ na przebieg określonych procesów mózgowych czy ochronę i tworzenie nowych komórek nerwowych (neuronów). Z kolei na poziomie poznawczym suplementacja wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi z grupy n-3 może mieć związek m.in. z jakością zdolności zapamiętywania, uczenia się, wydajnością intelektualną, przeciwdziałaniem chorobie Alzheimera, zaburzeniom depresyjnym, demencyjnym i innym.

Słowa kluczowe: wielonienasycone kwasy tłuszczowe, omega-3, funkcjonowanie poznawcze, suplementacja.

ABSTRACT

Long-chain polyunsaturated fatty acids (LC-PUFA) are divided into omega-3 fatty acids (n-3: ALA, EPA and DHA) and omega-6 fatty acids (n-6: LA and AA). Current research shows that, in the modern man diet, one of these groups dominates in relation 15–20 to 1 in favor of the fatty acids from the omega-6 group. Excessive consumption of the n-6 acid group may be harmful to the human organism, unlike supplementation with n-3 fatty acids group. Consumption of polyunsaturated fatty acids omega-3 is essential for human health. On the biological level, it has an impact on the course of certain brain processes, protection and creation of new nerve cells (neurons). On the cognitive level, supplementation with polyunsaturated fatty acids from n-3 group may be related to the quality of memorizing, learning, intellectual capacity, prevention of Alzheimer's disease, depressive disorder, dementia disorder and others.

Keywords: polyunsaturated fatty acids, omega-3, cognitive functioning, supplementation.

Wstęp

Kwasy tłuszczowe stanowią grupę cząsteczek różniących się od siebie długością łańcucha węglowodorowego (zależną od ilości atomów węgla) oraz obecnością i umiejscowieniem wiązań podwójnych. Wyróżniamy zatem kwasy tłuszczowe nasycone (niemające wymienionych wiązań) oraz kwasy tłuszczowe nienasycone, zawierające jedno lub więcej wiązań podwójnych i nazywane kwasami tłuszczowymi jedno- (mającymi jedno wiązanie podwójne) lub wielonienasyconymi (mającymi więcej niż jedno wiązanie podwójne).

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe (WNKT) będące z reguły bezbarwnymi cieczami, których organizm ludzki nie jest w stanie samodzielnie produkować [1, 2], stanowią 20% suchej masy mózgu oraz ponad 30% wszystkich kwasów tłuszczowych w układzie nerwowym [3, 4]. Występujące w nich wiązania podwójne są oddzielone od

siebie pojedynczymi grupami metylowymi. Wyznaczenie konkretnej rodziny kwasów tłuszczowych – omega-3 (in. ω -3; n-3) lub omega-6 (in. ω -3; n-6) – zależy od położenia pierwszego wiązania podwójnego (omega), począwszy od grupy metylowej. Jego pozycja różnicuje zatem rodzinę kwasów tłuszczowych omega-3 (do której zaliczamy kwas α -linolenowy – ALA, kwas eikozapentaenowy – EPA, oraz kwas dokozaheksaenowy – DHA) od rodziny kwasów omega-6 (do której przypisujemy kwas linolowy – LA, a także kwas arachidonowy – AA).

W artykule przedstawione zostaną zarówno aktualne doniesienia naukowe, jak i wyniki najważniejszych badań dotyczących m.in. roli wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (WNKT) omega-3 i omega-6 w diecie człowieka i ich związku z jego funkcjonowaniem poznawczym czy przeciwdziałaniem chorobie Alzheimera (charakteryzującej się zaburzeniami w ww. funkcjonowaniu), depresji oraz

demencji. Właściwie zbilansowana dieta polega bowiem na spożywaniu takiej ilości składników pokarmowych, która pozwala utrzymać odpowiednią masę ciała przy normalnie funkcjonującym organizmie, stosownie do płci, wieku czy aktywności fizycznej [5], co jest jednym z głównych determinantów warunkujących stan i jakość ludzkiego zdrowia. Poparta wiedzą naukową jest zatem teza, że sposób odżywiania, w tym specyfika suplementacji, ma istotny związek z naszym stanem fizycznym, ale także z funkcjonowaniem naszego mózgu [6, 7].

Biologiczne konsekwencje spożywania wielonienasyconych kwasów tłuszczowych

Nadmiar kwasów tłuszczowych omega-6 w diecie jest dla organizmu oraz dla zdrowia człowieka szkodliwy. Jest to szczególnie istotne w świetle naukowych doniesień, które wskazują, iż współcześnie dochodzi do całkowitego zakłócenia równowagi pomiędzy spożywaniem obydwu rodzajów wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (n-6 i n-3). Jak określają badacze, stosunek ten wynosi obecnie aż 20–15 do 1, co może mieć negatywne konsekwencje w kontekście prawidłowego rozwoju i funkcjonowania ludzkiego mózgu, przyczyniać się do powstawania stanów zapalnych [3, 8], a ponadto doprowadzać do rozwoju chorób degeneracyjnych. Zachwianie niniejszych proporcji uznawane jest bowiem za jedną z ich głównych przyczyn [9, 10]. Co więcej – wykazano, że pomiędzy obiema rodzinami kwasów (n-3 i n-6) występuje „konkurencja” o te same enzymy. Dlatego dostarczanie pożywienia zawierającego głównie kwasy tłuszczowe n-6 prowadzi do zahamowania przemiany kwasów tłuszczowych z rodziny omega-3 [10]. Określone zmiany w proporcji WNKT (n-3 i n-6) podawanych w codziennej diecie kojarzone są często ze spadkiem jakości obserwowanych funkcji poznawczych a wzrostem zachowań depresyjnych i agresywnych [6]. Wskazano również na zależności między stosunkiem WNKT omega-6 i omega-3 we krwi a IQ u osób 64-letnich [7]. Uznać można zatem, że efektywność poszczególnych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w organizmie człowieka zależna jest nie tyle od ich obecności czy ilości, ile od proporcji pomiędzy nimi [11].

Badania kliniczne wskazują na istotność kwasów tłuszczowych omega-3 (szczególnie kwasu dokozaheksaenowego) w procesie syntezy neuroprzekaźników, ich degradacji czy w procesach wychwytu zwrotnego [12–14]. Każdy akson komórki nerwowej otoczony jest bowiem osłonką mielinową, zwaną także rdzenną (zbudowaną głównie z tłuszczu), od „jakości” której zależna jest szybkość transmisji impulsów nerwowych oraz przewodnictwo neuronalne [7]. Jak przedstawili w swojej pracy Pawełczyk i wsp. [15], wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3

pełnią trzy istotne funkcje w ludzkim organizmie: biorą udział w transdukcji sygnału między komórkami nerwowymi, pełnią funkcję strukturalną w ich budowie oraz są źródłem eikozanoidów. W dużej mierze zbieżne z tymi doniesieniami są tezy przedstawione w pracach innych badaczy, którzy opisywali wpływ wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny n-3, a dokładnie kwasów dokozaheksaenowego (DHA) i eikozapentaenowego (EPA), na przebieg określonych procesów mózgowych [16, 17]. Stwierdzono, że kwasy DHA i EPA mają wpływ na niezbędną dla prawidłowego funkcjonowania centralnego układu nerwowego (CUN) czynność enzymów błony, syntezę eikozanoidów oraz płynność błon komórkowych.

Samieri i wsp. [18] wykazali natomiast, że kwas dokozaheksaenowy (DHA) ochrania dendryty przed patologicznymi zmianami, co ma znaczący wpływ na proces „wzmocnienia” działania neuronów. Ponadto udowodniono, że kwas DHA stymuluje wzrost komórek nerwowych, tworząc je wielobiegowymi, bardziej rozgałęzionymi, charakteryzującymi się dłuższymi wypustkami [19]. Scheltens i wsp. [20] stwierdzili, że odpowiednia kombinacja składników odżywczych, w tym kwasów n-3, odpowiada za zwiększenie wypustek drzewiastych, będących wykładnikiem powstawania nowych synaps, mających istotne znaczenie w kontekście funkcjonowania poznawczego. W przedklinicznych badaniach na zwierzętach ustalono z kolei, że m.in. kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3, które są związkami ułatwiającymi syntezę fosfolipidów w błonach komórek, działają synergistycznie. Oznacza to, że zwiększają stężenie fosfolipidów (czyli specyficznych białek synaptycznych) w błonach komórkowych synaps oraz w mózgu, w związku z czym mają istotny wpływ na tworzenie się nowych synaps [21, 22]. Wyniki te nabierają szerszego znaczenia w kontekście zaburzeń funkcji poznawczych mających ścisły związek ze zwyrodnieniem synaps w korze mózgowej i w rejonie hipokampa [23, 24].

Suplementacja kwasów omega-3 a funkcjonowanie psychologiczne – przegląd współczesnych badań

Jak wspomniano wyżej, obniżenie zawartości kwasu dokozaheksaenowego (DHA) w mózgu ma istotny związek ze zmniejszaniem się wielkości neuronów czy opóźnieniem migracji komórkowej w rozwijającym się mózgu. Ponadto niniejszy spadek powiązany jest z obniżeniem zdolności jednostki w zakresie m.in. takich funkcji, jak zapamiętywanie, uczenie się, odbiór bodźców węchowych i słuchowych [6, 7], zwiększeniem ryzyka upośledzenia funkcji poznawczych [25], obniżaniem jakości funkcjonowania kognitywnego [26] czy pamięci [27]. Wyniki badań potwierdzają, że

spożywanie kwasów tłuszczowych z rodziny n-3 przez kobietę w ciąży oraz w okresie laktacji oddziałuje pozytywnie na rozwój psychiczny dziecka [11]. Podobnie korzystne efekty na rozwój umysłowy dzieci ma przyjmowanie przez nie wysokich dawek kwasów EPA i DHA (odpowiednio 1183 i 803 mg) [28].

Fontani i wsp. [27] przeprowadzili analizę profili stanów nastroju. Do badań wykorzystano kwestionariusz POMS oraz określone testy uwagi. Grupa eksperymentalna – zdrowe, pełnosprawne psychicznie i fizycznie osoby w wieku od 22 do 51 lat (średnia wieku = 33 lata), poddawane przez 35 dni suplementacji 4 g kwasów omega-3 (dokładnie DHA i EPA) – wykazała się niższymi i istotnymi statystycznie wynikami w zakresie m.in. takich stanów i emocji, jak gniew, lęk, depresja, zakłopotanie czy zmęczenie w porównaniu z grupą kontrolną (przyjmującą przez ten sam czas placebo). Oznacza to, że chroniczne przyjmowanie określonej dawki wielonienasyconych kwasów tłuszczowych wiąże się choćby z istotnie mniejszymi wahaniami nastroju, labilnością emocji, większą zdolnością ich regulacji, co ma duże znaczenie choćby w przypadku długotrwałych stanów depresyjnych. Wtórują temu ustalenia i wyniki badań licznych autorów [3, 11, 29, 30].

Inni wykazali na istnienie negatywnych związków między poziomem kwasów omega-3 w błonach erytrocytów a stopniem zaawansowania depresji [31, 32]. Z kolei Hibbeln [33] ustalił w swej przekrojowej analizie, opracowanej na podstawie badania 35 tysięcy mieszkańców trzynastu różnych krajów, silny i ujemny związek korelacyjny pomiędzy częstością występowania depresji a spożyciem ryb morskich zawierających wysoką zawartość kwasów omega-3 ($r = -0,84$). Wyniki zbieżne z niniejszymi dotyczącymi związków między występowaniem czy zaawansowaniem stanów depresyjnych a spożywaniem wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny omega-3 czy jego stężeniem w organizmie uzyskiwali także tacy badacze, jak Weissman i wsp. [34], Timonen [35] czy Freeman i wsp. [36].

Współcześnie naukowcy wiele uwagi poświęcają także badaniom dotyczącym związków między spożywaniem kwasów n-3 (zwłaszcza kwasu DHA) przez osoby w wieku 65 lat i starsze [1, 2] a występującymi wśród wielu z nich demencją i obniżeniem poziomu zdolności poznawczych i intelektualnych; tematem badań jest także prewencja choroby Alzheimera [20, 37]. Barberger-Gateau i wsp. [38] na podstawie przeprowadzonej we Francji ponad 7-letniej obserwacji 1416 osób w wieku minimum 68 lat uzyskali wyniki świadczące o tym, że regularne spożycie przynajmniej raz w tygodniu owoców morza czy ryb morskich jest istotnie związane z częstością występowania obniżenia sprawności umysłowej [39]. Zbieżne wyniki uzyskali także

w swoich badaniach Heude i wsp. [29]. Schaefer i wsp. [40] stwierdzili z kolei, że u osób ze zwiększonym stężeniem kwasu dokozaheksaenowy w surowicy obserwowano o 47% mniejsze ryzyko rozwoju starszej demencji, co jest zgodne z danymi zawartymi w publikacji Lopez i wsp. [41].

Dullemeijer i wsp. [42] wskazali na bazie badań holenderskich, że stężenie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 w osoczu umożliwia przewidywać siłę i tempo regresji poziomu wydajności poznawczej u osób po 50. roku życia. Regularne spożywanie ryb morskich i tzw. owoców morza zawierających znaczne ilości kwasów omega-3 może wpływać zatem m.in. na procesy przetwarzania informacji u osób w wieku dojrzałym i starości. Nurk i wsp. [43] po przebadaniu grupy 2031 zdrowych osób w wieku 70 lat i więcej opisywali, że kobiety i mężczyźni, którzy jedzą ryby rzadko, uzyskali istotnie statystycznie gorsze wyniki w przeprowadzonych testach zdolności poznawczych w porównaniu z osobami spożywającymi ryby regularnie. Ponadto, jak wykazały badania [44] przeprowadzone na grupie 350 sprawnych umysłowo osób starszych, urodzonych w latach 30. XX wieku, przyjmowanie suplementów diety zawierających kwasy omega-3 wiązało się z poziomem wydajności intelektualnej badanych, przy czym związek ten nie był, co ważne, zależny od sprawności umysłowej osób badanych w dzieciństwie. Zaobserwowano zatem wymierne korzyści w obszarze funkcjonowania intelektualnego będące konsekwencją regularnego spożywania oleju rybiego (tutaj w postaci suplementu diety).

O roli suplementacji kwasami omega-3 m.in. w przeciwdziałaniu chorobie Alzheimera pisali tacy badacze jak Sofi i wsp. [45], którzy stwierdzili, że diety zbliżone składem do diet śródziemnomorskich (bogatych w WNK n-3) wydają się obniżyć ogólne ryzyko rozwoju tej choroby, doprowadzać do wolniejszego spadku zdolności poznawczych będących jej wynikiem czy zmniejszać ryzyko progresji tych zaburzeń. O pozytywnym znaczeniu spożycia ryb zawierających duże pokłady kwasów omega-3 w zapobieganiu czy łagodzeniu skutków choroby pisali w swoich opracowaniach także Berr i wsp. [46] czy Knopman [39]. Jak wykazali inni, chroniczne przyjmowanie dawek wielonienasyconych kwasów tłuszczowych n-3 może być także związane z redukcją ryzyka zachorowania na chorobę Alzheimera poprzez mechanizmy naczyniowe [47]. Oznacza to, że odpowiedni poziom spożycia kwasów z rodziny n-3 (zwłaszcza kwasu dokozaheksaenowego) jest istotny także w wieku podeszłym [1, 2].

Poniżej przeprowadzone zostanie w sposób możliwy i przystępny podsumowanie zawartych w niniejszej pracy treści. Zreasumowane zostaną najważniejsze doniesienia naukowe, wyniki badań i opinie badaczy.

Podsumowanie

Kwasy tłuszczowe dzielimy na kwasy tłuszczowe nasycone (niemające podwójnych wiązań) oraz kwasy tłuszczowe nienasycone (zawierające jedno lub więcej wiązań podwójnych, tj. omega). Nazywamy je kwasami tłuszczowymi jedno- lub wielonienasyconymi. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe (WNKT) różnicujemy z kolei na te wchodzące w skład rodziny kwasów omega-3 (ω -3; n-3) oraz tych włączanych do grupy kwasów omega-6 (ω -6; n-6). Do pierwszych zaliczamy kwas α -linolenowy (ALA), eikozapentaenowy (EPA) i dokozaheksaenowy (DHA), natomiast do drugich – kwas linolowy (LA) i arachidonowy (AA). Obydwie grupy należy od siebie odróżniać, gdyż nadmiar tych z rodziny n-6 jest dla organizmu człowieka szkodliwy. Co gorsza, nawyki żywieniowe współczesnych ludzi (np. zamieszkujących naszą strefę klimatyczną) zdają się zdecydowanie „preferować” pokarmy zawierające przewagę właśnie kwasów omega-6. W związku z tym dochodzi do drastycznego zaburzenia równowagi pomiędzy nimi. Ponadto dostarczanie pokarmów zawierających głównie kwasy n-6 prowadzi do zahamowania przemiany tych z rodziny omega-3 [10]. Współcześnie badacze określają „proporcje” pomiędzy obydwoima grupami wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w diecie człowieka na 20–15 do 1, na korzyść tych z rodziny n-6, czego przyczyną jest ich zwiększone spożycie (jak i kwasów nasyconych) [3, 8]. Powinno się zatem tak planować codzienną dietę, by możliwie maksymalnie ograniczać posiłki zawierające w swoim składzie kwasy omega-6 (znajdujące się m.in. w nasionach roślin, oleju kukurydzianym, bawełnianym, sezamowym, arachidowym, sojowym czy w oliwie z oliwek [48]), a preferować te bogate w wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3 (m.in. EPA i DHA – śledź, pstrąg, makrela, dorsz, tuńczyk, łosoś, sardynka, owoce morza; ALA – olej rzepakowy i lniany, orzechy włoskie [48]).

Na poziomie biologicznym kwasy z grupy n-3, a w szczególności kwasy dokozaheksaenowy (DHA) i eikozapentaenowy (EPA), odgrywają dużą rolę w procesie degradacji i syntezy neuroprzekazników oraz w czasie wychwytu zwrotnego [12–14]. Ponadto mają wpływ na przebieg określonych procesów mózgowych, takich jak synteza eikozanoidów, czynność enzymów błony czy płynność błon komórkowych [16, 17], ochraniają dendryty przed patologicznymi zmianami [18], zwiększają ich wypustki drzewiaste oraz stężenie fosfolipidów w błonach komórkowych synaps i w mózgu [20–22].

Badania empiryczne dowodzą, że przyjmowanie przez kobiety kwasu dokozaheksaenowego (DHA) w czasie ciąży oddziałuje w sposób dodatni na rozwój psychiczny

dziecka w okresie prenatalnym [11]. Spadek poziomu kwasów z rodziny omega-3 w mózgu dziecka, osoby dorosłej i starszej przyczynia się natomiast do obniżenia zdolności jednostki w zakresie pamięci, uczenia się, odbioru bodźców węchowych i słuchowych [6, 7, 27], funkcjonowania kognitywnego [26], wpływa na wahania nastroju, emocji czy mniejszą zdolność ich regulacji [27]. Ponadto zwiększa ryzyko wystąpienia bądź pogłębienia stanów depresyjnych [3, 11, 29, 30, 33–35]. Regularne spożycie kwasów tłuszczowych omega-3, takich jak kwas α -linolenowy (ALA), eikozapentaenowy (EPA) i dokozaheksaenowy (DHA), wpływa także na jakość funkcjonowania w innych obszarach poznawczych, iloraz inteligencji oraz przeciwdziała problemom związanym z demencją u osób starszych czy chorobie Alzheimera [29, 38–41, 44, 43].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Achremowicz K, Szary-Sworst K. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe czynnikiem poprawy stanu zdrowia człowieka. *Żywn Nauka Technol Jakość*. 2005;3(44):23–35.
2. Kolanowski W. Długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 – znaczenie zdrowotne w obniżaniu ryzyka chorób cywilizacyjnych. *Bromat Chem Toksykol*. 2007;40(3):229–237.
3. Yehuda S, Rabinovitz S, Mostofsky, DI. Essential fatty acids are mediators of brain biochemistry and cognitive functions. *J Neurosci. Res*. 1999;56, 565–570.
4. Yehuda S, Rabinovitz S, Carasso, RL et al. The role of polyunsaturated fatty acids in restoring the aging of neuronal membrane. *Neurobiol Ageing*. 2002;23:843–853.
5. Gronowska-Senger A. Żywnienie, styl życia a zdrowie Polaków. *Żyw Człow Metab*. 2007;34(1–2):12–21.
6. Crawford, MA, Bazinet, RP, Sinclair, AJ. Fat intake and CNS functioning: ageing and disease. *Ann Nutr Metab*. 2009;55:202–228.
7. Wilczyńska A. Kwasy tłuszczowe w diecie człowieka a jego funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne. *Neuropsychiatr Neuropsychol*. 2012;7(1):35–42.
8. Yehuda S. Omega-6/Omega-3 ratio and brain related functions. *World Rev Nutr Diet*. 2003;92:37–56.
9. Simopoulos AP. Evolutionary aspects of diet and essential fatty acids. *World Rev Nutr Diet*. 2001;88:18–27.
10. De Meester F. Progress in Lipid Nutrition: The Columbus Concept Addressing Chronic Diseases. W: Simopoulos AP, De Meester F. (red.). *A Balanced Omega-6/Omega-3 Fatty Acid Ratio, Cholesterol and 13. Coronary Heart Disease*. Basel: Karger; 2009. s. 100, 110–121.
11. McCann JC, Ames BN. Is docosahexaenoic acid, an n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid, required for development of normal brain function? An overview of evidence from cognitive and behavioral tests in humans and animals. *Am J Clin Nutr*. 2005;82:281–295.

12. Delion S, Chalon S, Héroult J et al. Chronic dietary alpha-linolenic acid deficiency alters dopaminergic and serotonergic neurotransmission in rats. *J Nutr.* 1994;124:2466–2476.
13. Delion S, Chalon S, Guilloteau D et al. Alpha-Linolenic acid dietary deficiency alters age-related changes of dopaminergic and serotonergic neurotransmission in the rat frontal cortex. *J Neurochem.* 1996;66:1582–1591.
14. Joseph JA, Shukitt-Hale B, Lau FC. Fruit polyphenols and their effects on neuronal signaling and behavior in senescence. *Ann N Y Acad Sci.* 2007;1100:470–485.
15. Pawełczyk A, Pawełczyk T, Rabe-Jabłońska J. Egzogenne wielonienasycone kwasy tłuszczowe mogą poprawiać sprawność wybranych funkcji poznawczych. *Psychiatr. Psychol Klin.* 2008;8:178–191.
16. Innis SM. Dietary (n-3) fatty acids and brain development. *J Nutr.* 2007;137:855–859.
17. Krawczyk K, Rybakowski J. Zastosowanie kwasów tłuszczowych omega-3 w leczeniu depresji. *Farmakoter. Psychiatr Neurol.* 2007;2(1):101–107.
18. Samieri C, Féart C, Letenneur L et al. Low plasma eicosapentaenoic acid and depressive symptomatology are independent predictors of dementia risk. *Am J Clin Nutr.* 2008;88:714–721.
19. Nowak ZJ. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 w siatkówce i praktyce medycznej – blaski i cienie. *Magazyn Lekarza Okulisty.* 2009;3(4):208–220.
20. Scheltens P, Kamphuis PJ, Verhey FRJ et al. Efficacy of a medical food in mild Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *Alzheimers Dement.* 2010;6:1–10.
21. Wurtman RJ, Ulus IH, Cansev M et al. Synaptic proteins and phospholipids are increased in gerbil brain by administering uridine plus docosahexaenoic acid orally. *Brain Res.* 2006;1088:83–92.
22. Cansev M, Wurtman RJ. Chronic administration of docosahexaenoic or eicosapentaenoic acid, but not arachidonic acid, alone or in combination with uridine, increases brain phosphatide and synaptic protein levels in gerbils. *Neuroscience.* 2007;148:421–431.
23. Selkoe DJ. Alzheimer's disease is a synaptic failure. *Science.* 2002;298:789–791.
24. Terry RD. Alzheimer's disease and the aging brain. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2006;19:125–128.
25. King BM, Smith RL, Frohman LA. Hyperinsulinemia in rats with ventromedial hypothalamic lesions: role of hyperphagia. *Behav Neurosci.* 1984;98:152–155.
26. Willatts P. Long chain polyunsaturated fatty acids improve cognitive development. *J Fam Health Care.* 2002;12:5–7.
27. Fontani G, Corradeshi F, Felici A et al. Cognitive and physiological effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation in healthy subjects. *Eur J Clin Invest.* 2005;35:691–699.
28. Helland IB, Smith L, Saarem K et al. Maternal Supplementation With Very-Long-Chain n-3 Fatty Acids During Pregnancy and Lactation Augments Children's IQ at 4 Years of Age. *Pediatrics.* 2003;111:39–44.
29. Heude B, Ducimetière P, Berr C. EVA Study. Cognitive decline and fatty acid composition of erythrocyte membranes – The EVA Study. *Am J Clin Nutr.* 2003;77:803–808.
30. Appleton KM, Hayward RC, Gunnell D et al. Effects of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids on depressed mood: systematic review of published trials. *Am J Clin Nutr.* 2006;84:1308–1316.
31. Maes M, Smith R, Christophe A et al. Fatty acid composition in major depression: decreased omega-3 fractions in cholesteryl esters and increased C20:4 omega-6/C20:5 omega-3 ratio in cholesteryl esters and phospholipids. *J Affect Disord.* 1996;38:35–46.
32. Maes M, Christophe A, Delanghe J et al. Lowered omega-3 polyunsaturated fatty acids in serum phospholipids and cholesteryl esters of depressed patients. *Psychiatry Res.* 1999;85:275–291.
33. Hibbeln JR. Fish consumption and major depression. *Lancet.* 1998;351:1213.
34. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 1996;276:293–299.
35. Timonen M, Horrobin DF, Jokelainen J et al. Fish consumption and depression: the Northern Finland. 1966 birth cohort study. *J Affect Disord.* 2004;82:447–452.
36. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner, KL et al. An open trial of Omega-3 fatty acids for depression in pregnancy. *Acta Neuropsychiatr.* 2006;18:21–24.
37. Jaworski M, Trojańczyk M. Rozwój choroby Alzheimer'a – rola czynników związanych z dietą. *Post Żyw Klin.* 2012;8:17–23.
38. Barberger-Gateau P, Letenneur L, Deschamps V et al. Fish, meat, and risk of dementia: cohort study. *BMJ.* 2002;325:932–933.
39. Knopman, DS. Mediterranean diet and late-life cognitive impairment: a taste of benefit. *JAMA.* 2009;302:686–687.
40. Schaefer EJ, Bongard V, Beiser, AS et al. Plasma phosphatidylcholine docosahexaenoic acid content and risk of dementia and Alzheimer disease: the Framingham Heart Study. *Arch Neurol.* 2006;63(11):1545–1550.
41. Lopez L, Kritiz-Silverstein D, Barrett Connor E. High dietary and plasma levels of the omega-3 fatty acid docosa-hexaenoic acid are associated with decreased dementia risk: the Rancho Bernardo study. *J Nutr Health Aging.* 2011;15:25–31.
42. Dullemeijer C, Durga J, Brouwer, IA et al. N-3 fatty acid proportions in plasma and cognitive performance in older adults. *Am J Clin Nutr.* 2007;86:1479–1485.
43. Nurk E, Drevon CA, Refsum H. et al. Cognitive performance among the elderly and dietary fish intake: the Hordaland Health Study. *Am J Clin Nutr.* 2007;86:1470–1478.
44. Whalley LJ, Fox HC, Wahle, KW et al. Cognitive aging, childhood intelligence, and the use of food supplements: possible involvement of n-3 fatty acids. *Am J Clin Nutr.* 2004;80:1650–1657.
45. Sofi F, Macchi C, Abbate R et al. Effectiveness of the Mediterranean diet: can it help delay or prevent Alzheimer's disease? *J Alzheimers Dis.* 2010;20:795–801.
46. Berr C, Portet F, Carriere I et al. Olive oil and cognition: results from the three-city study. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2009;28:357–364.
47. Bucher, HC. Polyunsaturated fatty acids in coronary heart disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med.* 2002;112:298–304.
48. Jańczyk W, Socha P. Kliniczne efekty suplementacji wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi ω-3. *Standardy medyczne/Pediatrics.* 2009;6:100–111.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Łukasz Bojkowski
ul. Piotra Skargi 30c/11, 62-060 Stęszew
tel.: 691 637 699
e-mail: lukasz.bojkowski@wp.pl

CHOROBA PEYRONIEGO – MOŻLIWOŚCI FARMAKOTERAPII MIEJSCOWEJ

PEYRONIE'S DISEASE – INTRALESIONAL PHARMACOTHERAPY OPPORTUNITIES

Jacek Karaszewski, Barbara Darewicz

Klinika Urologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Choroba Peyroniego to rzadkie schorzenie urologiczne, które doprowadza do skrzywienia prącia w wyniku tworzenia się włóknistej płytki w osłonce białawej ciał jamistych. W skrajnych przypadkach może uniemożliwiać odbycie stosunku płciowego. Nie wyjaśniono do tej pory etiologii choroby. Jedną z możliwości leczenia głównie we wczesnej fazie choroby jest farmakoterapia miejscowa w postaci iniekcji. Jedyny lek zatwierdzony przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (FDA) w leczeniu choroby Peyroniego to kolagenaza *Clostridium histolyticum*. Jest to spowodowane niedostatecznym poznanie patofizjologii schorzenia oraz brakiem dokładnych, kontrolowanych placebo badań przeprowadzonych na istotnej statystycznie grupie pacjentów. W pracy przedstawiono najważniejsze substancje aktywnie, które mogą przyczynić się do łagodzącego leczenia skutków choroby Peyroniego.

Słowa kluczowe: urologia, choroba Peyroniego, skrzywienie prącia, leczenie miejscowe.

ABSTRACT

Peyronie's disease is a rare urological illness, which leads to penile curvature, as a result of the fibrotic plaque formation in the tunica albuginea of corpus cavernosum of the penis. In extreme cases, it can prevent sexual intercourse. The etiology of the disease has not been explained so far. One of the possibilities of the treatment, mainly in the early phase of the disease is local pharmacotherapy by injection. The only drug approved by the US Food and Drug Administration (FDA) for the treatment of Peyronie's disease is a collagenase clostridium histolyticum. This is due to insufficient knowledge of the pathophysiology of the disease and the lack of accurate, placebo controlled studies conducted on a statistically significant group of patients. The paper presents the most important active substances, which can contribute to treatment of the effects of Peyronie's disease.

Keywords: urology, Peyronie's disease, penile curvature, intralesional treatment.

Wstęp

Choroba Peyroniego jest rzadkim schorzeniem urologicznym, charakteryzującym się powstawaniem włóknistej płytki w osłonce białawej ciał jamistych prącia, zwykle w jego części grzbietowej. Pierwszy przypadek choroby został opisany w 1743 r. przez Francois Gigot de la Peyroniego – nadwornego lekarza króla Francji Ludwika XV. Etiologia tej jednostki chorobowej nie została do tej pory poznana, jednak za najczęstszą przyczynę uważa się powtarzające się mikrourazy osłonki białawej powstałe podczas odbywania stosunków płciowych [1]. W wyniku uszkodzeń przedłużona odpowiedź zapalna powoduje przebudowę tkanki łącznej w włóknistą płytkę [1–3]. Tworzenie się płytki prowadzi z kolei do skrzywienia prącia, co w ciężkich przypadkach może uniemożliwić odbycie stosunku płciowego.

Dane epidemiologiczne dotyczące choroby Peyroniego są ograniczone. Częstość występowania oceniana jest na 0,4–9% [4, 5]. Typowy wiek pacjenta z chorobą Peyroniego to 55–60 lat. Do najczęściej występujących czynników ryzyka zalicza się cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, kardiomiopatię niedokrwienną,

zaburzenia erekcji, palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu [6–8]. Mężczyźni dotknięci schorzeniem często cierpią z powodu depresji (48%) [9]. Przykurcz Dupuytre-na występuje częściej u pacjentów z chorobą Peyroniego i dotyczy 9–39% chorych [10–12], natomiast u 4% pacjentów z przykurczem Dupuytre-na odnotowano przypadki choroby Peyroniego [11].

Można wyróżnić dwie fazy choroby [13]. Pierwszą z nich jest ostra faza zapalna, która jest związana z bólem w stanie wiotkim prącia, bolesnymi erekcjami oraz wyczuwalnym guzkiem lub blaszką w osłonce białawej prącia. W tej fazie zazwyczaj zaczyna się rozwijać skrzywienie prącia. Ból jest obecny u 35–45% mężczyzn we wczesnym stadium schorzenia [16]. Zazwyczaj po upływie 12 miesięcy od początku choroby ból ustępuje u 90% chorych [14, 15].

Druga faza jest włóknieniem, w wyniku którego dochodzi do wytworzenia wyczuwalnej palpacyjnie uwapnianej płytki. Prowadzi to do stabilizacji choroby. W miarę upływu czasu skrzywienie prącia w stanie erekcji powiększa się u 30–50% chorych lub stabilizuje u 47–67% pacjentów. Jak podaje piśmiennictwo, odnotowano jedynie

3–13% przypadków samoistnego ustąpienia skrzywienia prącia [14, 15].

Leczenie farmakologiczne

Farmakoterapia pacjentów z chorobą Peyroniego obejmuje głównie mężczyzn we wczesnym stadium schorzenia [10]. Zaproponowano kilka opcji leczenia, w tym farmakoterapii doustnej oraz leków stosowanych miejscowo w postaci iniekcji. Pomimo to do chwili obecnej żaden pojedynczy lek nie został zatwierdzony przez Europejską Agencję Leków (EMA) w leczeniu choroby Peyroniego. Kolagenaza *Clostridium histolyticum* jest jedynym lekiem zatwierdzonym przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (FDA). Jest to spowodowane tym, że wyniki badań dotyczących leczenia zachowawczego choroby Peyroniego są często sprzeczne, przez co nie pozwalają na ustalenie sprecyzowanych schematów leczenia, możliwych do zastosowania w codziennej praktyce lekarzy urologów. Wynika to z kilku problemów metodologicznych (niekontrolowane badania, ograniczona liczba pacjentów leczonych oraz krótkotrwała obserwacja osób, które poddano terapii) [17]. Co więcej, skuteczność leczenia zachowawczego w różnych populacjach pacjentów w warunkach wczesnych (faza zapalna) lub późnych (faza włóknienia) nie jest jeszcze dostępna.

Leki stosowane miejscowo

Miejscowa farmakoterapia w chorobie Peyroniego polega na iniekcjach środków farmakologicznie aktywnych bezpośrednio do włóknistej płytki powstałej w osłonce białawej ciał jamistych prącia. Taka metoda w przeciwieństwie do farmakoterapii ogólnej (doustnej) pozwala na zlokalizowane podanie określonej substancji, które zapewni wyższe stężenie leku wewnątrz płytki. Dostarczenie związku do docelowego obszaru staje się utrudnione u pacjentów w późniejszej fazie choroby, gdy płytka ulega zwapnieniu.

Sterydy

Uważa się, że sterydy podawane miejscowo działają, przeciwstawiając się zapalnemu środowisku odpowiedzialnemu za tworzenie się płytki, poprzez hamowanie fosfolipazy A2, supresję odpowiedzi immunologicznej oraz zmniejszając syntezę kolagenu [18]. Przykładem sterydu stosowanego miejscowo w leczeniu choroby Peyroniego jest betametazon podawany w dawce 2–4 mg co 10–14 dni przez 6 miesięcy. W małych, nierandomizowanych badaniach dotyczących terapii sterydami odnotowano zmniejszenie rozmiarów płytki oraz dolegliwości bólowych [19, 20]. Z kolei w jedynym kontrolowanym placebo badaniu prowadzonym metodą pojedynczo ślepej próby, dotyczącym iniekcji miejscowych betametazonu, nie stwierdzono

istotnych statystycznie zmian w deformacji prącia, wielkości płytki oraz bólu podczas erekcji [21]. Do najczęstszych działań niepożądanych leczenia sterydami zalicza się zanik tkanek, ścieńczenie skóry oraz immunosupresję [19].

Werapamil

Uzasadnienie stosowania iniekcji werapamilu (antagonisty kanału wapniowego) u pacjentów z chorobą Peyroniego oparte jest na podstawie modeli *in vitro* [22, 23]. Werapamil zwykle podawany jest w dawce 10 mg co 2 tygodnie przez 6 miesięcy. Liczne badania donoszą, że taka terapia może wywołać znaczące zmniejszenie skrzywienia prącia oraz wielkości płytki [24–26]. Analizy te sugerują, że iniekcje werapamilu mogą być zalecane w leczeniu nieuwapnionych płytek w ostrej fazie choroby lub płytek w fazie przewlekłej celem zahamowania progresji choroby lub ewentualnie zmniejszenia deformacji prącia, pomimo że kontrolowane placebo badania nie zostały jeszcze przeprowadzone [27]. W jedynym randomizowanym, kontrolowanym placebo badaniu nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wielkości płytki, skrzywieniu prącia, bólu penisa podczas erekcji lub „zmiękczeniu” płytki [28]. Działania niepożądane związane ze stosowaniem miejscowym werapamilu są rzadkie i utrzymują się na poziomie 4%. Zalicza się do nich nudności, zawroty głowy, ból prącia oraz wybroczyny [27].

Kolagenaza *Clostridium histolyticum*

Kolagenaza *Clostridium histolyticum* (CCH) jest chromatograficznie oczyszczonym enzymem bakteryjnym selektywnie działającym na kolagen, który znany jest jako główny składnik płytki tworzącej się w przebiegu choroby Peyroniego [29–31]. Została również zatwierdzona przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (FDA) w leczeniu mężczyzn z chorobą Peyroniego oraz wyczuwalną płytką w prąciu, u których kąt skrzywienia prącia wynosi co najmniej 30 stopni w momencie rozpoczęcia terapii. Kolagenazę stosuje się w 4 cyklach co 6 tygodni. Każdy cykl składa się z 2 iniekcji kolagenazy *Clostridium histolyticum* w dawce 0,58 mg lub 10,000 U. Zalecana jest przerwa 24–72 godzin pomiędzy iniekcjami. Do tej pory przeprowadzono dwa niezależne, kontrolowane placebo badania prowadzone metodą podwójnie ślepej próby z użyciem kolagenazy w leczeniu pacjentów z chorobą Peyroniego. Wzięło w nich udział łącznie 832 mężczyzn, których poddano 4 cyklom leczenia, a następnie obserwowano przez 52 tygodnie. Wyniki tych badań ujawniają tolerancję kolagenazy *Clostridium histolyticum* i jej skuteczność w zmniejszeniu kąta skrzywienia prącia oraz w poprawie stanu psychicznego mężczyzn dotkniętych chorobą. Najczęściej

zgłaszane działania niepożądane obserwowane podczas terapii kolagenazą to ból i obrzęk prącia oraz wybroczyny w miejscu wstrzyknięcia leku [32]. Obserwowano również pojedyncze przypadki pęknięcia osłonki białawej oraz podskórnego krwiaka we wczesnym okresie po podaniu leku [32].

Interferon

W badaniach *in vitro* wykazano, że interferon α -2b stosowany miejscowo zmniejsza proliferację fibroblastów, wytwarzanie macierzy zewnątrzkomórkowej i produkcję kolagenu z fibroblastów oraz przyspiesza proces gojenia ran w komórkach płytek włóknistych tworzących się w przebiegu choroby Peyroniego [33]. Udowodniono, że iniekcje miejscowe interferonu α -2b w dawkach 5×10^6 U w 10 ml roztworu soli fizjologicznej, stosowane 2 razy w tygodniu przez 12 miesięcy, znacząco, w porównaniu do placebo, zmniejszyły kąt skrzywienia prącia, rozmiar i gęstość płytki oraz ból prącia [34, 35]. Wśród działań niepożądanych obserwowanych podczas leczenia interferonem wymienia się bóle mięśniowe, bóle stawów, zapalenie zatok, gorączkę oraz objawy grypopodobne. Można je skutecznie leczyć, stosując niesteroidowe leki przeciwzapalne podawane przed iniekcją interferonu.

Podsumowanie

Patofizjologia choroby Peyroniego wciąż nie jest do końca poznana. Brakuje dokładnych, kontrolowanych badań przeprowadzonych na istotnej statystycznie grupie pacjentów, które mogłyby pomóc w ustaleniu schematów leczenia. Wydaje się, że przyczyną rozwoju choroby Peyroniego należałoby szukać na poziomie komórkowym. Dalsza analiza procesów włóknienia oraz mechanizmów syntezy kolagenu prowadzona na modelach *in vitro* mogłaby spowodować powstanie nowych koncepcji farmakoterapii.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Devine CJ, Jr. et al. Proposal: trauma as the cause of the Peyronie's lesion. *J Urol.* 1997;157(1):285–290.
2. Gonzalez-Cadavid NF et al. Mechanisms of Disease: new insights into the cellular and molecular pathology of Peyronie's disease. *Nat Clin Pract Urol.* 2005;2(6):291–297.
3. Jarow JP et al. Penile trauma: an etiologic factor in Peyronie's disease and erectile dysfunction. *J Urol.* 1997;158(4):1388–1390.
4. Kumar B et al. A clinico-aetiological and ultrasonographic study of Peyronie's disease. *Sex Health.* 2006;3(2):113–118.
5. Mulhall JP et al. Subjective and objective analysis of the prevalence of Peyronie's disease in a population of men presenting for prostate cancer screening. *J Urol.* 2004;171(6 Pt 1):2350–2353.
6. Arafa M et al. The prevalence of Peyronie's disease in diabetic patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2007;19(2):213–217.
7. Kadioglu A et al. A retrospective review of 307 men with Peyronie's disease. *J Urol.* 2002;168(3):1075–1079.
8. Rhoden EL et al. A cross-sectional study for the analysis of clinical, sexual and laboratory conditions associated to Peyronie's disease. *J Sex Med.* 2010;7(4 Pt 1):1529–1537.
9. Nelson CJ et al. The chronology of depression and distress in men with Peyronie's disease. *J Sex Med.* 2008;5(8):1985–1990.
10. Bjekic MD et al. Risk factors for Peyronie's disease: a case-control study. *BJU Int.* 2006;97(3):570–574.
11. Carrieri MP et al. A case-control study on risk factors for Peyronie's disease. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(6):511–515.
12. Deveci S et al. Defining the clinical characteristics of Peyronie's disease in young men. *J Sex Med.* 2007;4(2):485–490.
13. Ralph D et al. The management of Peyronie's disease: evidence-based. 2010 guidelines. *J Sex Med.* 2010;7(7):2359–2374.
14. Gelbard MK et al. The natural history of Peyronie's disease. *J Urol.* 1990;144(6):1376–1379.
15. Mulhall JP et al. An analysis of the natural history of Peyronie's disease. *J Urol.* 2006;175(6):2115–2118.
16. Pryor JP et al. Clinical presentations of Peyronie's disease. *Int J Impot Res.* 2002;14(5):414–417.
17. Muller A et al. Peyronie's disease intervention trials: methodological challenges and issues. *J Sex Med.* 2009;6(3):848–861.
18. Tranchant C et al. Mechanism of action of glucocorticoids: role of lipocortins. *Rev Neurol (Paris).* 1989;145(12):813–818.
19. Desanctis PN et al. Steroid injection therapy for Peyronie's disease: a 10-year summary and review of 38 cases. *J Urol.* 1967;97(1):114–116.
20. Winter CC et al. Peyronie's disease: results with dermo-jet injection of dexamethasone. *J Urol.* 1975;114(6):898–900.
21. Cipollone G et al. Betamethasone versus placebo in Peyronie's disease. *Arch Ital Urol Androl.* 1998;70(4):165–168.
22. Mulhall JP et al. Peyronie's disease cell culture models: phenotypic, genotypic and functional analyses. *Int J Impot Res.* 2002;14(5):397–405.
23. Roth M et al. Ca²⁺ channel blockers modulate metabolism of collagens within the extracellular matrix. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1996;93(11):5478–5482.
24. Anderson MS et al. Inhibition of Peyronie's plaque fibroblast proliferation by biologic agents. *Int J Impot Res.* 2000;12(Suppl. 3):S25–31.
25. Bennett NE et al. Intralesional verapamil prevents the progression of Peyronie's disease. *Urology.* 2007;69(6):1181–1184.
26. Cavallini G et al. Open preliminary randomized prospective clinical trial of efficacy and safety of three different verapamil dilutions for intraplaque therapy of Peyronie's disease. *Urology.* 2007;69(5):950–954.
27. Levine LA et al. Experience with intraplaque injection of verapamil for Peyronie's disease. *J Urol.* 2002;168(2):621–626.
28. Shirazi M et al. Effect of intralesional verapamil for treatment of Peyronie's disease: a randomized single-blind, placebo-controlled study. *Int Urol Nephrol.* 2009;41(3):467–471.
29. Ehrlich HP. Scar contracture: cellular and connective tissue aspects in Peyronie's disease. *J Urol.* 1997;157(1):316–319.

30. Gelbard MK et al. Collagenase versus placebo in the treatment of Peyronie's disease: a double-blind study. *J Urol.* 1993;149(1):56–58.
31. Jordan GH. The use of intralesional clostridial collagenase injection therapy for Peyronie's disease: a prospective, single-center, non-placebo-controlled study. *J Sex Med.* 2008;5(1):180–187.
32. Gelbard M et al. Clinical efficacy, safety and tolerability of collagenase clostridium histolyticum for the treatment of peyronie disease in 2 large double-blind, randomized, placebo controlled phase 3 studies. *J Urol.* 2013;190(1):199–207.
33. Duncan MR et al. Regulation of the proliferation and biosynthetic activities of cultured human Peyronie's disease fibroblasts by interferons-alpha, -beta and -gamma. *Scand J Urol Nephrol.* 1991;25(2):89–94.
34. Hellstrom WJ et al. Single-blind, multicenter, placebo controlled, parallel study to assess the safety and efficacy of intralesional interferon alpha-2B for minimally invasive treatment for Peyronie's disease. *J Urol.* 2006;176(1):394–398.
35. Kendirci M et al. The impact of intralesional interferon alpha-2b injection therapy on penile hemodynamics in men with Peyronie's disease. *J Sex Med.* 2005;2(5):709–715.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Jacek Karaszewski
Klinika Urologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok
tel.: 85 746 82 84
e-mail: jacekkaraszewski@yahoo.com

ANALIZA KOSZTÓW (BEZPOŚREDNICH I POŚREDNICH) ZWIĄZANYCH ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM W POLSCE

ANALYSIS OF COSTS (DIRECT AND INDIRECT) ASSOCIATED WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN POLAND

Paweł Moćko¹, Paweł Kawalec¹, Krzysztof Piotr Malinowski²

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Gospodarki Lekiem, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Medycznych Systemów Informacyjnych, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

STRESZCZENIE

Stwardnienie rozsiane (SM) jest jedną z najczęstszych przewlekłych demielinizacyjnych chorób ośrodkowego układu nerwowego o prawdopodobnym podłożu autoimmunologicznym. SM jest chorobą mającą istotny wpływ na jakość życia. Dotyczy głównie młodych dorosłych osób, w związku z czym stanowi istotny problem zdrowia publicznego. Przeprowadzona analiza kosztów bezpośrednich i pośrednich związanych z SM wykazała, że choroba ta generuje znaczące koszty dla polskiego systemu ochrony zdrowia w analizowanym okresie (2013–2015). Koszty związane z refundacją leczenia w ramach programów lekowych w 2015 roku mogą wynieść prawie 300 mln zł, a koszty pośrednie w 2013 roku wyniosły blisko 60 mln zł. Przeprowadzono analizę rekomendacji wybranych agencji HTA w celu dokonania przeglądu statusu refundacyjnego leków stosowanych w leczeniu SM.

Słowa kluczowe: SM, stwardnienie rozsiane, koszty bezpośrednie, koszty pośrednie, NFZ.

ABSTRACT

Multiple sclerosis (MS) is the most common chronic demyelinating disease of the central nervous system of unknown and probable autoimmune etiology. MS is a lifelong illness which have a significant impact on quality of life. Multiple sclerosis affects mainly young adults, therefore, is an important public health issue. The analysis of direct and indirect costs associated with MS showed that the disease generates significant costs to the Polish health care system in analyzed period (2013–2015). Costs related to the reimbursement of treatment in the drug programs in 2015 could reach nearly 300 million PLN and indirect costs in 2013 amounted to nearly 60 million PLN. Analysis of recommendations of chosen HTA agencies world-wide was performed to provide a review of status of SM drugs in this matter.

Keywords: MS, multiple sclerosis, direct costs, indirect costs, NFZ.

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex* – SM) jest to przewlekła demielinizacyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego (OUN) o nieznannej etiologii. SM jest chorobą o wieloczynnikowej patogenezie [1, 2]. Rozwój choroby związany jest z różnymi czynnikami: genetycznymi, immunopatologicznymi i środowiskowymi [3]. Obecnie dostępne dane przemawiają za etiologią autoimmunologiczną choroby z wtórną neurodegeneracją [1]. Stwardnienie rozsiane charakteryzuje duża zmienność oraz trudny do przewidzenia przebieg [1, 4]. SM to najczęstsza choroba układu nerwowego występująca u młodych dorosłych [5]. Wyróżnia się trzy główne postaci stwardnienia rozsianego: rzutowo-remisyjną (ang. *relapsing-remitting multiple sclerosis* – RRSM), która występuje u około 90% chorych, wtórnie postępującą (ang. *secondary-progressive multiple sclerosis* – SPSM), która u większości chorych przechodzi w postać rzutowo-remisyjną, oraz pierwotnie postępującą (ang. *primary progressive multiple sclerosis* – PPSM) –

około 10% [6–8]. Ponadto można wyróżnić postać postępująco-nawracającą (ang. *progressive-relapsing multiple sclerosis* – PRSM) [7, 8].

SM dotyczy głównie osób młodych, w związku z czym stanowi duży problem społeczny, jak również wyzwanie dla współczesnej medycyny [8]. Według danych szacunkowych na SM choruje około 2,5 mln osób na świecie, z czego ponad 500–600 tys. żyje w Europie [5, 9]. Według szacunków w Polsce na stwardnienie rozsiane choruje około 40–60 tys. osób [9–11]. Objawy choroby uwiadcniają się zazwyczaj u osób w wieku 20–40 lat, przy czym szczyt zachorowań obserwowany jest w wieku 30 lat [1, 5–6, 8, 10, 12]. Warto również zaznaczyć, że inne źródła wskazują na medianę oraz średni wiek zachorowania na stwardnienie rozsiane: w przypadku mężczyzn odpowiednio wiek 23,5 roku i 30 lat, w przypadku kobiet wiek ten jest niższy o 5 lat. Postać RRSM ujawnia się średnio między 25. a 29. rokiem życia i może przekształcić się w postać wtórną średnio w wieku 40–44 lat. Postać pierwotnie postępu-

jąca ma swój początek w wieku śr. 35–39 lat. SM rzadko pojawia się u osób po 70. roku życia [1]. Biorąc pod uwagę wczesny wiek rozwoju choroby, SM jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności wśród młodych dorosłych. Rocznie w Polsce rozpoznaje się około 2 tys. nowych przypadków SM [9]. Częstość występowania stwardnienia rozsianego w Polsce waha się w zakresie 45–92 zachorowań na 100 tys. osób. Należy jednak zaznaczyć, że obecnie nie jest prowadzony żaden krajowy rejestr chorych na stwardnienie rozsiane. Należy podkreślić, że opisane dane mają charakter szacunkowy, gdyż nie ma badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia SM w Polsce, które obejmowałyby całą populację kraju [9].

Analiza kosztów choroby w ochronie zdrowia obejmuje zazwyczaj trzy główne kategorie kosztów: bezpośrednie (ang. *direct*), pośrednie (ang. *indirect*) i niewymierne. W ramach kosztów bezpośrednich można wyróżnić koszty medyczne (wydatki związane z zapewnieniem choremu opieki zdrowotnej, które ponoszone są przez system ochrony zdrowia, tj.: koszty zakupu sprzętu medycznego, leków, pracy personelu medycznego, diagnostyki oraz pobytu chorego w szpitalu) i niemedyczne (wydatki wspomagające proces leczenia, obejmują koszty transportu chorego, związane z opieką sprawowaną przez osoby trzecie czy dostosowaniem pomieszczeń mieszkalnych do potrzeb chorego czy specjalnej diety) [13, 14].

Koszty pośrednie definiowane są przez Światową Organizację Zdrowia jako strata produkcji związana ze zmniejszeniem zasobu pracy wynikającym z choroby pracownika. W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele różnych definicji kosztów pośrednich. Koszty pośrednie obejmują: utratę produkcji wynikającą z nieobecności w pracy osoby chorej (absenteizm), obniżenie produktywności związane ze złym samopoczuciem lub chorobą osoby obecnej w pracy (prezenteizm), stratę produkcji spowodowaną trwałą niezdolnością do pracy, stratę produkcji spowodowaną zgonem, koszty opieki nieformalnej (opieka nieformalna definiowana jako opieka sprawowana przez osoby z najbliższego otoczenia chorego) oraz koszty pracy wykonywanej nieodpłatnie (produkcja niewchodząca w skład produktu krajowego brutto – PKB). Koszty pośrednie bez znaczenia na definicję mają na celu ukazywanie kosztów choroby, które ponoszone są nie tylko przez samego chorego, ale również przez gospodarkę jako całość [14]. Warto zaznaczyć, że koszty pośrednie stanowią ponad połowę całkowitych kosztów choroby [13].

Niezmierzalnym aspektem związanym z pomiarem kosztów pośrednich jest zastosowanie odpowiedniej metody szacowania kosztów utraconej produkcji. Do podstawowych metod szacowania kosztów utraconej pro-

dukcji zalicza się: metodę kapitału ludzkiego (ang. *human capital approach* – HCA), metodę kosztów frykcyjnych (ang. *friction cost method* – FCM) oraz metodę gotowości do zapłaty (*willingness-to-pay method* – WPM). Metoda kapitału ludzkiego jest uznawana za najpowszechniej stosowaną metodę szacowania kosztów pośrednich. Występowanie choroby powoduje, że kapitał, jakim dysponuje dana jednostka, nie może zostać w pełni wykorzystany, tzn. koszty pośrednie występują w całym czasie ograniczonego wykorzystania kapitału ludzkiego [14]. W metodzie HCA koszty pośrednie szacuje się jako iloczyn czasu choroby (czyli czasu, w którym kapitał ludzki nie jest wykorzystywany) i produktywności pracownika w jednostce czasu (produktywności kapitału ludzkiego) [13]. Metoda FCM analizuje koszty choroby z perspektywy danego przedsiębiorstwa. W tej metodzie uwzględnia się możliwość zastąpienia pracownika będącego niezdolnym do pracy przez np. nowo zatrudnionego [13, 14]. Trzecia metoda szacowania kosztów pośrednich stosowana jest najrzadziej. Przede wszystkim służy do wyceny dóbr i usług niemających swojej ceny rynkowej. W tej metodzie stosuje się podejście umożliwiające określenie wartości pieniężnej, którą dany pracownik byłby w stanie zapłacić za uniknięcie bądź zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia choroby lub zgonu [14].

Koszty bezpośrednie leczenia SM spoczywają głównie na płatniku publicznym (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ), natomiast koszty nieformalne zazwyczaj ponosi rodzina chorego, przy czym koszty pośrednie pokrywane są z dochodów chorego [15].

Leczenie stwardnienia rozsianego – program lekowy

Stwardnienie rozsiane jest obecnie chorobą nieuleczalną [16], a terapia polega głównie na: leczeniu objawowym (obejmuje łagodzenie objawów choroby, takich jak: ból, zaburzenia czynności fizjologicznych i seksualnych, spastyczność oraz zaburzenia psychiczne), leczeniu rzutów choroby (polega na minimalizowaniu uszkodzeń neurologicznych w trakcie zaostrzenia choroby; minimalizacja następstw rzutu) oraz leczeniu modyfikującym naturalny przebieg choroby (dotyczy zmniejszenia częstości rzutów i wydłużenia czasu remisji, a przez to spowolnienia postępu niepełnosprawności) [1, 4].

Decyzję o włączeniu leczenia modyfikującego przebieg choroby powinien podjąć lekarz neurolog opiekujący się chorym. Do grupy leków pierwszego rzutu zalicza się leki immunomodulujące (interferon beta-1a i interferon beta-1b, octan glatirameru). Zastosowanie powyższej grupy leków u chorych z rzutowo-remisyjną postacią stward-

nienia rozlanego przyczynia się do zmniejszenia częstości rzutów o około 30%, przy czym obserwuje się również korzystny wpływ interferonu beta-1b na chorych z wtórnie postępującą postacią SM. Terapia preparatami immunomodulującymi powinna trwać ≥ 2 lata, przy czym w przypadku uzyskania pozytywnych efektów leczenia powinno się ją kontynuować przez całe życie. Należy pamiętać, że jak najwcześniejsze rozpoczęcie stosowania terapii modyfikującej odpowiedź immunologiczną może zapobiec utrwalaniu się i kumulacji objawów neurologicznych dotyczących zarówno sprawności fizycznej, jak i poznawczej pacjenta [17]. W szczególnych sytuacjach (brak uzyskania odpowiedzi na standardowe leczenie lub bardzo aktywna postać choroby od początku jej trwania) należy stosować natalizumab oraz fingolimod [1]. Dodatkowo natalizumab i fingolimod zalecane są jako II linia leczenia w razie niepowodzenia terapii interferonami i/lub octanem glatirameru. Leki immunosupresyjne, takie jak: mitoksantron, cyklofosfamid, metotreksat, azatiopryna, stosowane są wyłącznie w szczególnych sytuacjach, po dokładnym rozważeniu korzyści i ryzyka dla pacjenta. Zwykle przyjmują je chorzy z szybko postępującą chorobą i częstymi rzutami, pomimo leczenia immunomodulującego [1, 18]. Przeprowadzony przegląd systematyczny [2] wykazał, że nowoczesne leki biologiczne, takie jak natalizumab oraz fingolimod, stanowią skuteczną i dobrze rokującą opcję terapeutyczną u chorych na stwardnienie rozlanie, a szczególnie z RISM. Pacjenci przyjmujący te leki odnoszą znaczne korzyści ze zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby i spowolnienia procesu pogorszenia sprawności ruchowej, przy akceptowanym profilu bezpieczeństwa [2].

Reasumując, należy zaznaczyć, że dostępne strategie terapeutyczne pozwalają na zmniejszenie częstości rzutów stwardnienia rozlanego, a także na opóźnienie powstawania nowych ognisk demielinizacyjnych w mózgu, co w konsekwencji przyczynia się do spowolnienia rozwoju choroby i związanej z nią niepełnosprawności.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w Polsce obecnie dostępne są dwa programy lekowe przeznaczone dla chorych na stwardnienie rozlanie. W ramach programu lekowego B.29 – *Leczenie stwardnienia rozlanego* (ICD-10 G35) stosowane są: interferon beta-1a, interferon beta-1b oraz octan glatirameru. Powyższy program lekowy kierowany jest do osób w wieku co najmniej 12 lat, u których rozpoznano postać rzutowo-remisyjną stwardnienia rozlanego na podstawie kryteriów diagnostycznych opracowanych przez McDonalda w 2010 roku. Do programu mogą również zostać włączeni pacjenci, bez konieczności kwalifikacji, którzy zostali z niego wyłączeni od 1 stycznia 2014 roku z powodu upływu maksymalnego 6-miesięcznego

okresu leczenia immunomodulującego lekami zawartymi w przedmiotowym programie i spełniający w momencie wyłączenia kryteria przedłużenia leczenia [16].

Drugi dostępny program lekowy B.46 – *Leczenie stwardnienia rozlanego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozlanego* (ICD-10 G35) obejmuje zastosowanie fingolimodu lub natalizumabu. Do podstawowych kryteriów włączenia do paragrafu B.46 są: wiek powyżej 18. roku życia, rozpoznanie RISM (jak w przypadku paragrafu lekowego B.29). Fingolimod i natalizumab mogą być stosowane u pacjentów, u których stwierdzono brak odpowiedzi na minimum roczny cykl leczenia z zastosowaniem interferonu beta lub octanu glatirameru, definiowany jako: wystąpienie dwóch lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia z zastosowaniem sterydami lub jeden ciężki rzut po okresie 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, a także obecność zmian w obrazie rezonansu magnetycznego wykonanego po każdym 12 miesiącach od stwierdzenia więcej niż jednej nowej zmiany GD+ lub więcej niż dwóch nowych zmian w sekwencji T2 [20].

Na stronie internetowej NFZ już w 2004 roku, w zarządzeniach Prezesa NFZ, można było odnaleźć informacje dotyczące leczenia stwardnienia rozlanego przy wykorzystaniu substancji czynnych stosowanych w ramach programu leczenia stwardnienia rozlanego (ICD-10 G35) – B.29. Z kolei program lekowy leczenia stwardnienia rozlanego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozlanego (ICD-10 G35) wprowadziło w 2013 roku *Zarządzenie Nr 19/2013/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 kwietnia 2013 r. [...]* [21].

Analiza rekomendacji finansowych dotyczących substancji stosowanych w leczeniu stwardnienia rozlanego na świecie i w Polsce

Przeprowadzono analizę rekomendacji finansowych dotyczących substancji czynnych stosowanych w leczeniu stwardnienia rozlanego na świecie, takich jak: fingolimod, natalizumab, interferon beta-1a, interferon beta-1b, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, alemtuzumab, fumaran dimetylu oraz teriflunomid. Substancje te obecnie są dopuszczone do obrotu na terenie Unii Europejskiej we wskazaniu rejestracyjnym odnoszącym się do leczenia SM. Preparaty zawierające interferon zgodnie z danymi Europejskiej Agencji ds. Leków (ang. European Medicines Agency – EMA) na rynku dostępne są od drugiej połowy lat 90. ubiegłego wieku. Z kolei natalizumab został do-

puszczony do obrotu w 2006 roku, natomiast pozostałe leki – między 2011 a 2014 rokiem (fumaran dimetylu uzyskał autoryzację 30 stycznia 2014 roku, a peginterferon beta-1a – w dniu 18 lipca 2014 roku). Przeszukano bazy danych najważniejszych światowych agencji oceny technologii medycznych, tj.: brytyjskiego National Institute for Health and Care Excellence – NICE, walijskiego All Wales Medicines Strategy Group – AWMSG, szkockiej Scottish Medicines Consortium – SMC, australijskiego Pharmaceutical Benefits Advisory Committee – PBAC oraz kanadyjskiej Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH, a także polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), pod kątem identyfikacji rekomendacji finansowych wydanych dla substancji czynnych stosowanych w leczeniu SM (**Tabela 1**).

W Polsce (stan na styczeń 2016 roku) dotychczas Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) przeprowadziła oceny wszystkich leków zarejestrowanych w leczeniu stwardnienia rozsianego. Warto zwrócić uwagę, że wyłącznie walijska AWMSG nie rekomenduje finansowania ze środków publicznych fingolimodu, z kolei natalizumab nie jest rekomendowany przez AWMSG

i SMC. Powodem niniejszych decyzji jest brak złożenia przez podmioty odpowiedzialne pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terenie Unii Europejskiej. Analizując przedstawione decyzje Agencji, warto zwrócić uwagę na fumaran dimetylu, który w Polsce nie jest rekomendowany z powodu braku wiarygodnych opracowań dotyczących efektywności klinicznej fumaranu dimetylu względem aktywnej terapii w rzutowo-remisyjnej postaci stwardnienia rozsianego (za AOTMiT), z kolei walijska AWMSG w swojej negatywnej rekomendacji nie podaje powodu wykluczenia. Dodatkowo warto zwrócić uwagę, że peginterferon beta-1a (lek zarejestrowany w UE w 2014 roku) jako nowy lek otrzymał pozytywne rekomendacje agencji, przy czym lek ten nie jest finansowany ze środków publicznych np. w Polsce. Alemtuzumab stosowany w leczeniu SM nie otrzymał pozytywnej rekomendacji w ocenie australijskiego PBAC z powodu braku uzyskania pożądanych wyników analizy minimalizacji kosztów w porównaniu z fingolimodem i natalizumabem. Z kolei teriflunomid w ocenie walijskiej i kanadyjskiej agencji uzyskał negatywną rekomendację odpowiednio w 2013 i 2014 roku. CADTH swoją decyzję uzasadnia brakiem istotnych różnic w zakresie skuteczności

Tabela 1. Analiza rekomendacji finansowych substancji czynnych stosowanych w leczeniu SM w Polsce i na świecie

Lp.	Substancja czynna	NICE	AWMSG	SMC	CADTH	PBAC	AOTMiT
1	Fingolimod	Pozytywna rekomendacja 2012 rok	Negatywna rekomendacja 2014 rok	Pozytywna rekomendacja 2015 rok	Pozytywna rekomendacja 2011 rok	Pozytywna rekomendacja 2011 rok	Pozytywna rekomendacja 2015 rok
2	Natalizumab	Pozytywna rekomendacja 2007 rok	Negatywna rekomendacja 2013 rok	Negatywna rekomendacja 2014 rok	Pozytywna rekomendacja 2007 rok	Pozytywna rekomendacja 2014 rok	Pozytywna rekomendacja 2013 rok
3	Interferon beta-1a	Negatywna rekomendacja 2002 rok	Negatywna rekomendacja 2003 rok	Bd.	Bd.	Pozytywna rekomendacja 2014 rok	Pozytywna rekomendacja 2014 rok
4	Interferon beta-1b	Negatywna rekomendacja 2002 rok	Bd.	Bd.	Bd.	Negatywna rekomendacja 2007 rok	Pozytywna rekomendacja 2015 rok
5	Peginterferon beta-1a	Bd.	Pozytywna rekomendacja 2015 rok	Pozytywna rekomendacja 2015 rok	Pozytywna rekomendacja 2015 rok	Bd.	Pozytywna rekomendacja 2015 rok
6	Octan glatirameru	Negatywna rekomendacja 2002 rok	Bd.	Pozytywna rekomendacja 2015 rok	Negatywna rekomendacja 2009 rok	Bd.	Pozytywna rekomendacja 2014 rok
7	Alemtuzumab	Pozytywna rekomendacja 2014 rok	Negatywna rekomendacja 2013 rok	Pozytywna rekomendacja 2014 rok	Pozytywna rekomendacja 2015 rok	Negatywna rekomendacja 2014 rok	Negatywna rekomendacja 2015 rok
8	Fumaran dimetylu	Pozytywna rekomendacja 2014 rok	Negatywna rekomendacja 2013 rok	Pozytywna rekomendacja 2014 rok	Pozytywna rekomendacja 2013 rok	Pozytywna rekomendacja 2013 rok	Negatywna rekomendacja 2014 rok
9	Teriflunomid	Pozytywna rekomendacja 2014 rok	Negatywna rekomendacja 2013 rok	Pozytywna rekomendacja (z ograniczeniami) 2014 rok	Negatywna rekomendacja 2014 rok	Pozytywna rekomendacja 2013 rok	Negatywna rekomendacja 2015 rok

Bd. – brak danych

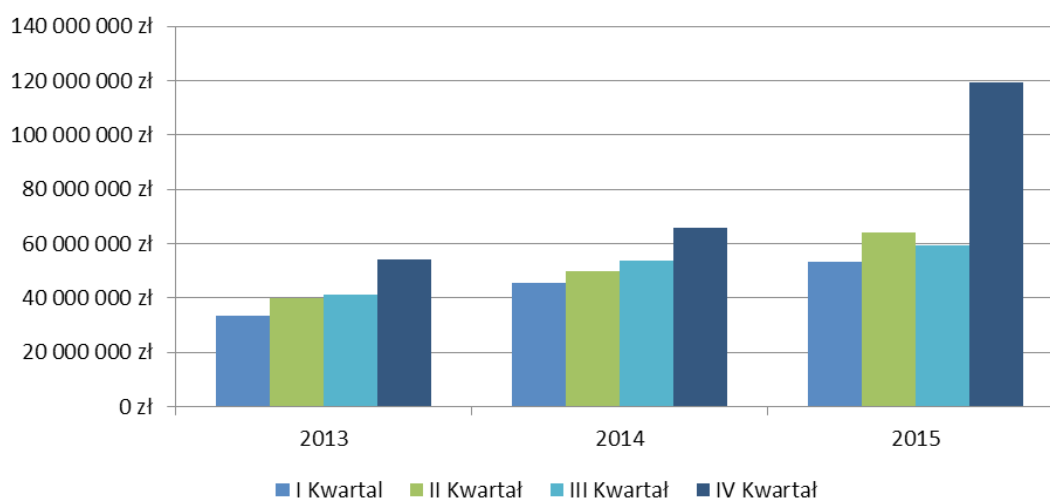
klinicznej w porównaniu teriflunomidu do interferonu beta-1a. Co więcej, wykazano, że teriflunomid jest bardziej kosztowny niż octan glatirameru i interferonu beta-1b. W świetle powyżej przedstawionych dowodów CADTH wskazuje, że nie ma racjonalnych przesłanek przemawiających za finansowaniem ze środków publicznych teriflunomidu. Warto również zauważyć, że AOTMiT również nie rekomenduje finansowania ze środków publicznych alemtuzumabu oraz teriflunomidu. Prezes AOTMiT wskazuje, że dostępne dowody naukowe dotyczące zastosowania alemtuzumabu, mogą skuteczniej niż interferon beta-1a wpływać na częstość występowania rzutów choroby i zmiany stopnia niepełnosprawności w skali EDSS, ale zmiany te nie stanowią różnic istotnych klinicznie. W związku z tym alemtuzumab może nie powodować różnicy w skuteczności klinicznej, która zostałaby uznana za postęp terapeutyczny. Rekomendacja Prezesa AOTMiT odnosząca się do teriflunomidu wskazuje, że pomimo wykazanej zbliżonej efektywności klinicznej do interferonu beta 1-a w RRSM skuteczność w wysoce aktywnej i szybko postępującej postaci choroby nie została udowodniona, co podkreślają również rekomendacje NICE i SMC.

Analiza kosztów bezpośrednich leczenia stwardnienia rozsianego w Polsce z perspektywy płatnika publicznego (Narodowego Funduszu Zdrowia)

Na podstawie danych opublikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dotyczących kwot refundacji, a także informacji o refundowanych preparatach leczniczych zamieszczonych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia przeprowadzono szczegółową analizę wydatków refundacyjnych między 2013 a 2015 rokiem [22, 23].

Szacuje się, że wartość refundacji leków stosowanych w leczeniu stwardnienia rozsianego od stycznia do grudnia 2013 roku wyniosła prawie 170 mln zł, co stanowiło około 7,5% całkowitej kwoty refundacji wynoszącej około 2,3 mld zł. W 2014 roku kwota ta była jeszcze wyższa i wyniosła ponad 215 mln zł, a udział w całkowitej kwocie refundacji, podobnie jak w 2013 roku, oscylował na zbliżonym poziomie 7,9%. Z kolei w 2015 roku, w okresie od stycznia do października (brak bardziej aktualnych danych), na refundację leków stosowanych w SM wydano niecałe 216 mln zł, co przekłada się na udział równy 9,5% całkowitej kwoty refundacji w tym okresie. Jak można zaobserwować, wartość refundacji leków stosowanych w leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w ramach programów lekowych NFZ wzrasta każdego roku. Dodatkowo analiza wydatków ponoszonych przez NFZ w podziale na kwartały wykazała systematyczny wzrost kosztów refundacji tych leków stosowanych (**Rycina 1**). W ramach analizy dokonano oszacowania kosztów refundacji w czwartym kwartale 2015 roku. Biorąc pod uwagę wartość refundacji leków stosowanych w SM w październiku 2015 roku, założono, że w kolejnych miesiącach wartość ta utrzyma się na podobnym poziomie. Największe zwiększenie wydatków odnotowano między trzecim a czwartym kwartałem we wszystkich latach analizy. Warto również zauważyć, że między drugim a trzecim kwartałem 2015 roku odnotowano zmniejszenie o ponad 5 mln zł w wartości kwoty refundacji leków stosowanych w leczeniu SM [22, 23].

Dokonując szczegółowej analizy wydatków ponoszonych przez NFZ na refundację leków stosowanych w terapii SM, wykazano, że dominujący udział stanowi realizacja programu lekowego *Leczenie stwardnienia rozsianego*



Rycina 1. Struktura wydatków przeznaczonych na refundację leków stosowanych w leczeniu SM w ramach programów lekowych w podziale na kwartały w latach 2013–2015 [22, 23]

(B.29) we wszystkich analizowanych latach (95%, 85% oraz 82% odpowiednio w 2013, 2014 i 2015 roku). Z kolei program lekowy B.46 stanowił w latach 2013, 2014 i 2015 odpowiednio 5%, 15% oraz 18% całkowitej kwoty refundacji leków stosowanych w leczeniu stwardnienia rozsianego (**Tabela 2**) [22, 23].

Największy udział wydatków w ramach leków stosowanych w programie lekowym *Leczenie stwardnienia rozsianego* (B.29) generuje interferon beta-1b – około 52% (83 mln zł) w 2013 roku, 46% (84 mln zł) w 2014 roku oraz 41% (73 mln zł) do października 2015 roku. Nieco mniejszy, ale równie wysoki udział w całkowitych kosztach bezpośrednich programu lekowego B.29 stanowi interferon beta-1a – odpowiednio 33%, 37% i 40% (**Tabela 2, Rycina 2**). Z kolei w ramach programu lekowego B.46 dominujący udział przypisuje się fingolimodowi – 83% w 2013 roku i 62% w 2014 roku (styczeń – wrzesień 2014 roku). Warto również podkreślić, że w 2014 roku obserwuje się znaczny

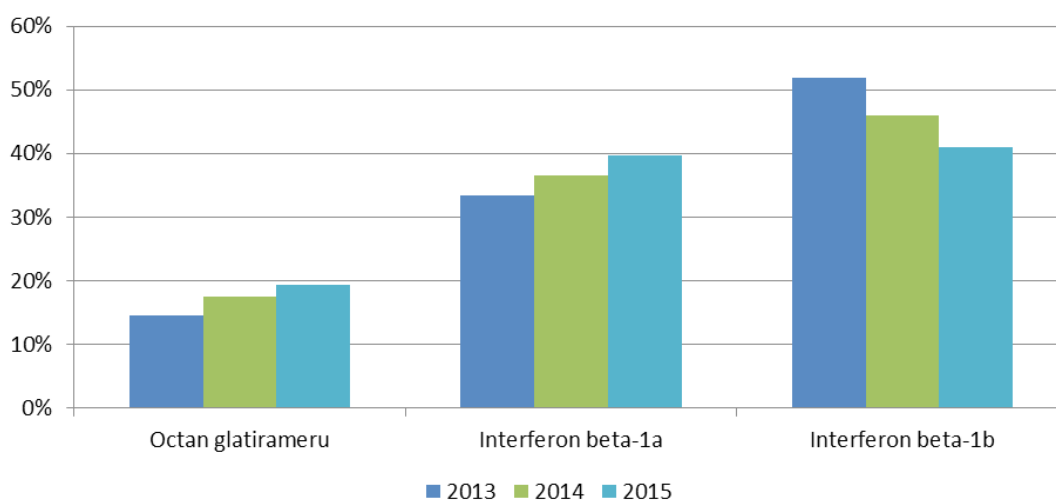
wzrost nakładów ponoszonych przez NFZ na refundację natalizumabu (**Tabela 2, Rycina 3**) [22, 23].

Dodatkowo na podstawie raportu w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej – *Terapeutycznego Programu Zdrowotnego* (TPZ). *Leczenie stwardnienia rozsianego* (listopad 2011) [24] – przedstawiono potencjalną liczbę pacjentów poddanych terapii w programie zdrowotnym Narodowego Funduszu Zdrowia (program lekowy *Leczenie stwardnienia rozsianego* – B.29) (**Tabela 3**). Dokonując analizy danych dotyczących liczby pacjentów oraz wartości refundacji leków stosowanych w ramach programu lekowego B.29, można stwierdzić, że koszt leczenia jednego chorego z SM w Polsce w 2012 roku oscylował na poziomie około 25 tys. zł. Co więcej, przedstawiono również potencjalną liczbę pacjentów w latach 2014–2016 poddanych terapii z powodu SM – dane te uzyskano z bazy sprzedażowej NFZ [26] (**Tabela 4**). Biorąc pod uwagę potencjalną liczbę pacjentów oraz szacowaną wartość refundacji

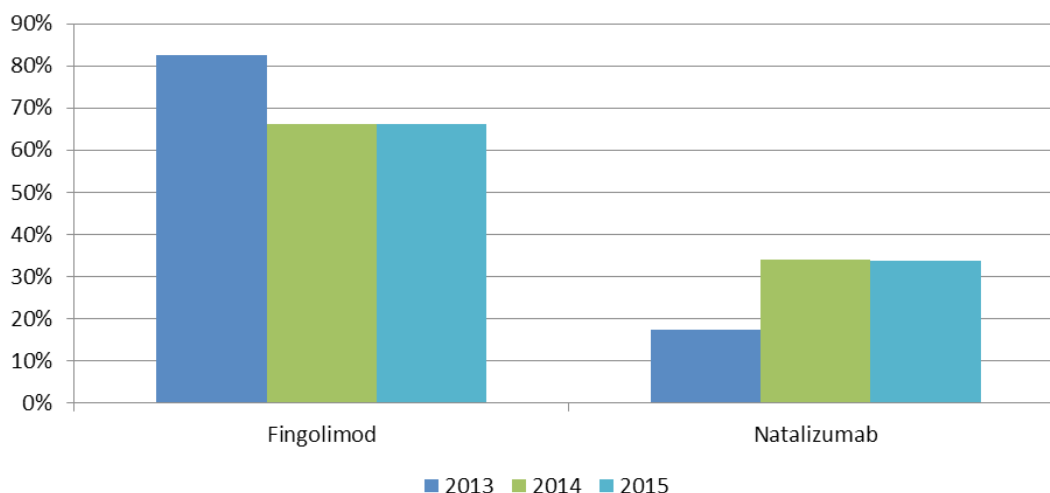
Tabela 2. Wartość refundacji leków stosowanych w leczeniu stwardnienia rozsianego w latach 2013–2015 w podziale na programy lekowe [22, 23]

Lp.	Substancja czynna	Wartość refundacji (zł) w 2013 roku	Wartość refundacji (zł) w 2014 roku	Wartość refundacji (zł) w 2015 roku
B.29				
1	Octan glatirameru	23 439 071 zł	31 828 995 zł	34 411 594 zł
2	Interferon beta-1a	53 685 529 zł	66 694 830 zł	70 388 246 zł
3	Interferon beta-1b	83 206 182 zł	84 082 157 zł	72 888 964 zł
–	Suma	160 330 782 zł	182 605 982 zł	177 688 805 zł
B.46				
4	Fingolimod	7 047 075 zł	21 467 039 zł	25 687 609 zł
5	Natalizumab	1 486 977 zł	11 009 200 zł	13 048 195 zł
–	Suma	8 534 053 zł	32 476 239 zł	38 735 804 zł
–	Suma B.29 i B.46	168 864 835 zł	215 082 221 zł	216 424 609 zł

106



Rycina 2. Udział wydatków przeznaczonych na refundację leków stosowanych w leczeniu SM w ramach programu lekowego B.29 w latach 2013–2015 [22, 23]



Rycina 3. Udział wydatków przeznaczonych na refundację leków stosowanych w leczeniu SM w ramach programu lekowego B.46 w latach 2013–2015 [22, 23]

Tabela 3. Liczba pacjentów leczonych w ramach TPZ/programu lekowego *Leczenie stwardnienia rozsianego* (ICD-10 G.35) – B.29 w latach 2008–2012 [25]

Rok	2008	2009	2010	2011	2012
Liczba pacjentów	2845	3704	4169	4619	5632

Tabela 4. Potencjalna liczba pacjentów leczonych z powodu SM w latach 2014–2016 [26]

Rok	2014	2015	2016
Liczba pacjentów	5,8 tys.	6,5 tys.	7,3 tys.

leków stosowanych w leczeniu SM (program lekowy B.29 i B.46), koszt leczenia jednego chorego w 2014 roku może wynieść około 35 tys. zł.

Analiza kosztów pośrednich stwardnienia rozsianego w Polsce

Na podstawie danych Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), dotyczących liczby: absencji chorobowej w 2013 roku z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według jednostek chorobowych, orzeczeń pierwszorazowych lekarzy orzeczników ZUS wydanych w 2013 roku ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego według płci i jednostek chorobowych (wartość wykorzystana do określenia niezdolności krótkoterminowej), orzeczeń pierwszorazowych lekarzy orzeczników ZUS wydanych w 2013 roku ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z jednoczesną potrzebą rehabilitacji leczniczej według płci, przewidywanego okresu niezdolności do pracy i jednostek chorobowych (wartość wykorzystana do określenia niezdolności krótkoterminowej), orzeczeń pierwszorazowych i ponownych ustalających całkowitą niezdolność do pracy wydanych w 2013 roku przez lekarzy orzeczników ZUS osobom ubiegającym się o rentę socjalną według płci i jednostek chorobowych (wartość wyko-

rzystana do określenia niezdolności długoterminowej, tj. rent), dokonano oszacowania kosztów pośrednich, jakie generują pacjenci ze stwardnieniem rozsianym w Polsce w 2013 roku [27].

W obliczeniach kosztów pośrednich wykorzystano informacje dotyczące wynagrodzenia na jedną osobę pracującą oraz wysokości produktu krajowego brutto (PKB) na osobę w 2013 roku [28].

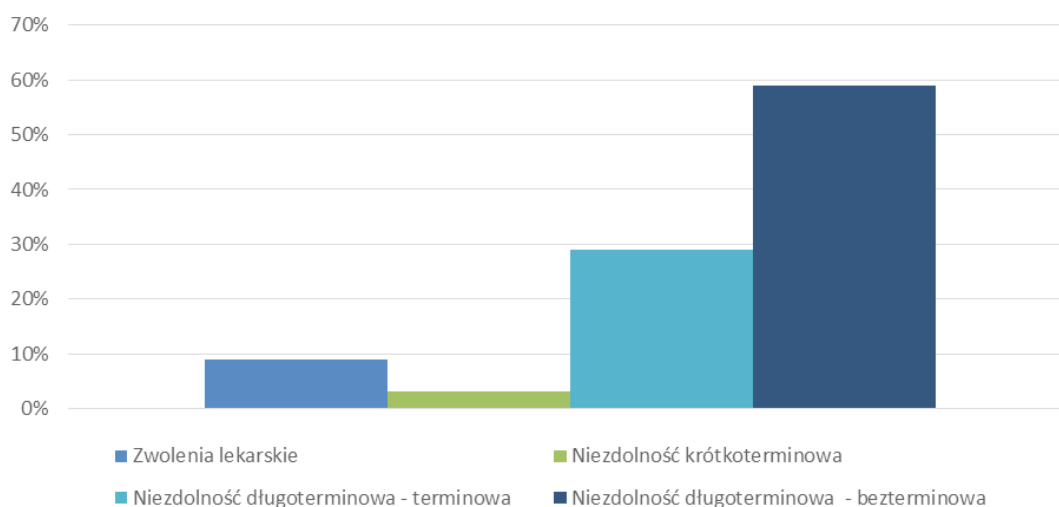
Jedno zwolnienie lekarskie osoby pracującej, chorej na stwardnienie rozsiane wygenerowało w 2013 roku średni koszt utraconej produktywności w wysokości blisko 1900 zł obliczonej jako utrata PKB *per capita*. Dodatkowo związane jest to z utratą wynagrodzenia wynoszącą ponad 20 mln zł (**Tabela 5**) [27].

Koszt krótkoterminowy w postaci jednego uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w 2013 roku wyniósł około 19 tys. zł (PKB *per capita*). Co więcej, krótkoterminowa niezdolność do pracy wiąże się z utratą ponad 6 mln zł wynagrodzeń. W 2013 roku największe koszty jednostkowe generowane były w przypadku orzeczeń o trwałej niezdolności do pracy (rent). Koszt jednego orzeczenia (renty) w przypadku pacjentów ze stwardnieniem rozsianym o charakterze terminowym wyniósł ponad 100 tys. zł (PKB *per capita*), a o charakterze bezterminowym – około 1,5 mln zł. Niezdolność długoterminowa do pracy dodatkowo

Tabela 5. Koszt absencji chorobowej, krótko- i długoterminowej niezdolności do pracy w przypadku pacjentów ze stwardnieniem rozsianym [27]

Parametr	Kategoria	Wartość w 2013 roku PKB
Absencja chorobowa	Liczba zaświadczeń lekarskich	14 980
	Liczba dni	239 697
	Liczba lat	657
	Wartość PKB ¹	28 348 269 zł
	Koszt na 1 zwolnienie	1892 zł
Niezdolność krótkoterminowa	Liczba uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego ²	440 ³
	Średnia długość trwania świadczenia (miesiące)	5
	Liczba lat ³	193
	Wartość PKB ¹	8 327 728 zł
	Koszt na 1 uprawnienie krótkoterminowe ⁴	18 927 zł
Niezdolność długoterminowa (terminowa)	Liczba orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy	898
	Wartość PKB ¹	90 011 413 zł
	Koszt na 1 orzeczenie ⁵	100 235 zł
Niezdolność długoterminowa (bezterminowa)	Liczba orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy	121
	Wartość PKB ¹	182 574 489 zł
	Koszt na 1 orzeczenie ⁵	1 508 880 zł

¹ obliczone jako iloczyn liczby lat oraz PKB na osobę (43 167 zł); ² w tym 20 uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego z jednoczesną potrzebą rehabilitacji leczniczej odpowiednio w przypadku stwardnienia rozsianego; ³ obliczone jako iloczyn liczby uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego oraz średniej długości świadczenia w latach; ⁴ obliczone jako iloraz wartości PKB oraz liczby uprawnień; ⁵ obliczone jako iloraz wartości PKB oraz liczby orzeczeń



Rycina 4. Poszczególne kategorie kosztów pośrednich stwardnienia rozsianego w Polsce w 2013 roku [27]

związana jest z utratą wynagrodzeń w wysokości ponad 64 mln zł i 130 mln zł (świadczenia o charakterze terminowym i bezterminowym) (Tabela 5) [27].

Całkowite koszty pośrednie generowane przez pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w Polsce w 2013 roku obliczone jako utrata PKB *per capita* wyniosły 309 261 899 zł. Największy udział w kosztach pośrednich w przypadku SM w Polsce w 2013 roku stanowiły orzeczenia o długoterminowej niezdolności do pracy (88%) (Rycina 4) [27].

Wnioski

Stwardnienie rozsiane należy do grona chorób przewlekłych i dotyczy głównie dorosłych młodych, w związku

z czym stanowi istotny problem dla zdrowia publicznego. W ramach niniejszej pracy przeprowadzono przegląd i analizę, wystosowanych przez polską AOTMiT i agencje światowe, finansowych rekomendacji dotyczących leków stosowanych w leczeniu SM. Analiza ta wykazała podobieństwa w zakresie rodzajów (pozytywnych, negatywnych oraz braku rekomendacji) wydanych zaleceń przez przywołane agencje. Koszty bezpośrednie związane z refundacją leków stosowanych w ramach programów lekowych leczenia SM w Polsce w 2013 roku wyniosły niecałe 170 mln zł, w 2014 roku – 215 mln zł, a szacowana wartość refundacji leków w 2015 roku może sięgnąć blisko 300 mln zł. Z kolei analiza kosztów pośrednich wykazała, że

w 2013 roku koszty te wyniosły blisko 60 mln zł, co stanowi w przybliżeniu 20% całkowitych kosztów związanych z leczeniem stwardnienia rozsianego w Polsce w 2013 roku. Przeprowadzona analiza kosztów bezpośrednich i pośrednich związanych z SM wykazała, że choroba ta generuje znaczące koszty dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Członkowska A, Mirowska-Guzel D. Stwardnienie rozsiane. W: Gajewski P (red.). Interna Szczeklika. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2014. s. 2130–2136.
2. Kawalec P, Močko P. Nowoczesne metody leczenia stwardnienia rozsianego w Europie – przegląd systematyczny. Medycyna Rodzinna. 2014;3:133–140.
3. Rosiak K, Zagożdżon P. Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego, Problemy Higieny i Epidemiologii. 2012;93(4):627–631.
4. Kantarci OH, Pirko I, Roldriqez M. Novel immunomodulatory approaches for the management of multiple sclerosis. Clinical Pharmacology and Therapeutics. 2014;95(1):32–44.
5. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, SM w liczbach, http://www.ptsr.org.pl/pl/sm_w_liczbach,107.asp, data dostępu: 01.2016.
6. Szafiriska M, Urbanik A, Róg T. Zmiany metaboliczne w obrębie blaszek u chorych na stwardnienie rozsiane – ocena w technice protonowej spektroskopii MR (HMRS). Przegląd Lekarski. 2013;70(5):328–334.
7. Bellavista E, Santoro A, Galimberti D, Comi C, Luciani F, Mishioto M. Current Understanding on the Role of Standard and Immunoproteasomes in Inflammatory/Immunological Pathways of Multiple Sclerosis. Autoimmune Diseases. 2014;739705.
8. Selmaj K. Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby. Polski Przegląd Neurologiczny. 2005;1(3):99–105.
9. Kleniewska A, Lewańska M, Walusiak-Skorupa J. Dobre praktyki w opiece profilaktycznej: opieka profilaktyczna i problemy związane z aktywizacją zawodową osób niepełnosprawnych ze stwardnieniem rozsianym. Medycyna Pracy. 2012;63(6):667–675.
10. Broła W, Fudala M, Flaga S, Ryglewicz D. O potrzebie stworzenia polskiego rejestru chorych na stwardnienie rozsiane. Neurologia i Neurochirurgia Polska. 2013;47(5):484–492.
11. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego. Oswoić SM. Pierwszy poradnik dla pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane.
12. Zawada K, Szporak K, Kurczewska U, Orszulak-Michalak D. Wybrane problemy leczenia stwardnienia rozsianego w Polsce. Farmacja Polska. 2013;69(1):69–76.
13. Hermanowski T. Szacowanie kosztów społecznych choroby i wpływu stanu zdrowia na aktywność zawodową i wydajność pracy. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013.
14. Raport na zlecenie Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia. Warszawa; 2013.
15. McMillan L. International Comparison of the Financial Impact of Multiple Sclerosis on Families. Międzynarodowa Konferencja SM w Berlinie w dniach 20–24 września. 2003.
16. Rice CM, Kemp K, Wilkins A, Scolding NJ. Cell therapy for multiple sclerosis: an evolving concept with implications for other neurodegenerative diseases. Lancet. 2013;382(9899):1204–1213.
17. Młodzikowska-Albrecht J, Steinborn B. Leczenie immunomodulujące stwardnienia rozsianego o wczesnym początku. Neurologia Dziecięca. 2005;14(28):51–58.
18. Frohman TC, O'Donoghue DL, Northrop D. A practical primer: Multiple Sclerosis for the Physician Assistant. National Multiple Sclerosis Society Southwestern Medical Center. 2011.
19. Program lekowy B.29 „Leczenie stwardnienia rozsianego (ICD-10 G 35)”.
20. Program lekowy B.46 „Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego (ICD-10 G 35)”.
21. Zarządzenie Nr 19/2013/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2013 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=5398> (styczeń 2016 roku).
22. Komunikaty Departamentu Gospodarki Lekami (DGL). Wartość refundacji cen leków według kodów EAN narastająco od początku roku do grudnia 2013 roku, 2014 roku oraz od początku roku do października 2015 roku.
23. Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z okresu 2013, 2014 i 2015 roku.
24. AOTM. Terapeutyczny Program Zdrowotny „Leczenie stwardnienia rozsianego” Raport ws. oceny świadczenia opieki zdrowotnej. Raport Nr: AOTM-OT-431-9/2011; AOTM-OT-430-7/2011. Warszawa, wrzesień 2011 roku.
25. NFZ. Pismo: NFZ/CF/DOL/2013/073/0191/W/16221/AKW z dnia 18 czerwca 2013 roku.
26. Analiza Weryfikacyjna Agencji: Nr: AOTM-OT 4351–4/2014. Wniosek o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu produktu leczniczego Avonex® (interferon beta-1a), we wskazaniu: leczenie stwardnienia rozsianego ze zmianą w zakresie usunięcia ograniczenia czasu leczenia do 60 miesięcy.
27. Portal Statystyczny ZUS, <http://www.psz.zus.pl> (styczeń 2016 roku).
28. Główny Urząd Statystyczny, www.stat.gov.pl (styczeń 2016 roku).

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Paweł Kawalec
Zakład Gospodarki Lekiem, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków
tel.: 12 424 13 90, fax: 12 421 74 47
e-mail: pawel.kawalec@uj.edu.pl

CHARAKTERYSTYKA ZAWODU DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO I JEGO ROLA W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

CHARACTERISTICS OF THE PROFESSION OF LABORATORY DIAGNOSTICIAN AND HIS ROLE IN THE HEALTHCARE SYSTEM IN POLAND

Katarzyna Siemionow¹, Paweł Drągowski¹, Joanna Teul¹, Róża Sawczuk¹, Ilona Zaręba², Wojciech Miłytk¹

¹ Samodzielna Pracownia Analizy Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Zakład Chemii Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

W niniejszym artykule scharakteryzowano sylwetkę diagnosty laboratoryjnego oraz opisano jego rolę w obecnym systemie opieki zdrowotnej. W Polsce zawód diagnosty laboratoryjnego zaliczany jest do grupy zawodów zaufania publicznego i obciążony olbrzymią odpowiedzialnością za życie i zdrowie pacjenta. Diagnosta po przeprowadzeniu testów laboratoryjnych wydaje autoryzowany wynik, który stanowi podstawę większości decyzji lekarskich. Dlatego istotnym aspektem jest odpowiednie przygotowanie merytoryczne diagnosty laboratoryjnego.

Słowa kluczowe: diagnosta laboratoryjny, badania laboratoryjne, diagnostyka laboratoryjna.

ABSTRACT

In present article, a profession of laboratory diagnostician and its role in the current health care system were described. In Poland, a laboratory diagnostician profession belongs to the professions of public trust. It is saddled with an enormous responsibility in relation to the life and health of the patient. As a result of laboratory tests an authorized result is obtained. It forms the basis of most medical decisions. Therefore, the most important aspect is relevant technical preparation of laboratory diagnostician.

Keywords: laboratory diagnostician, laboratory tests, medical laboratory.

Zawód diagnosty laboratoryjnego

W wyniku znacznego rozwoju medycyny doszło do rozwoju wielu zawodów medycznych. Jednym z nich jest zawód diagnosty laboratoryjnego. Osoba pracująca na tym stanowisku jest współodpowiedzialna za ustalanie diagnozy oraz terapii pacjentów, a także za dalsze monitorowanie stosowanego leczenia [1, 2]. Jakikolwiek błąd w pracy diagnosty może więc skutkować pośrednim zagrożeniem zdrowia bądź życia pacjenta, dlatego też zawód diagnosty laboratoryjnego (analityka medycznego) jest zawodem regulowanym, uznawanym jednocześnie za zawód zaufania publicznego [3]. Przez zawód regulowany rozumiemy tutaj jakikolwiek zawód, który może być wykonywany jedynie przez osoby z odpowiednim zezwoleniem (prawem) do wykonywania zawodu. Zdobycie prawa do wykonywania zawodu jest ściśle określone przez akty prawne i wymaga najczęściej: zakończenia odpowiedniego cyklu kształcenia, zdania egzaminu, uzyskania wpisu na listę osób wykonujących dany zawód oraz ukończenia praktyki zawodowej. Natomiast pojęcie „zawód zaufania publicznego” jest pojęciem użytym po raz pierwszy w artykule 17 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, gdzie nie podano jednak jego definicji.

Cennymi wskazówkami są więc tutaj komentarze Trybunału Konstytucyjnego z 7 maja oraz 2 lipca 2002 roku. W ich rozumieniu jest to zawód, którego wykonywanie wiąże się z obsługą osobistych potrzeb ludzkich. W trakcie jego wykonywania osoby pracujące w danym zawodzie otrzymują i przechowują informacje dotyczące życia osobistego pacjentów, przy czym jego wykonywaniu towarzyszy aprobatą społeczną. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego jest powiązane z przestrzeganiem określonych zasad etyki zawodowej i uzyskiwaniem odpowiednio wysokich kwalifikacji zawodowych [4]. W myśl artykułu 7 *Ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej* zawód diagnosty laboratoryjnego może być wykonywany przez osoby, które uzyskały tytuł magistra po ukończeniu studiów analityki medycznej lub też odbyły kształcenie podyplomowe po zdobyciu tytułu magistra po studiach na kierunkach: farmacja, biologia, chemia, biotechnologia. Dopuszczalne jest także nadanie tytułu diagnosty laboratoryjnego osobom z tytułem zawodowym lekarza bądź lekarza weterynarii, w przypadku odbycia przez takie osoby dodatkowego kształcenia podyplomowego. Dodatkowo zawód diagnosty może być pełniony przez osoby mające

tytuł zawodowy lekarza i specjalizację I bądź II stopnia lub tytuł specjalisty ze ściśle określonych dziedzin, takich jak analityka kliniczna czy diagnostyka laboratoryjna. Ustawa dopuszcza ponadto nadanie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego osobom posiadającym dyplom nadany poza granicami Polski. W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego konieczne jest również uzyskanie wpisu na krajową listę diagnostów oraz posiadanie pełnej czynności prawnej; konieczny jest również odpowiedni stan zdrowia [5]. Diagnosty laboratoryjni zobowiązani są do ustawicznego kształcenia w celu ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Mogą również po odbyciu odpowiedniego stażu pracy rozpocząć jednostopniową specjalizację w jednej z wybranych przez siebie dziedzin. Obecnie diagnosty mogą starać się o uzyskanie stopnia specjalisty m.in. w zakresie laboratoryjnej: diagnostyki medycznej, genetyki medycznej, immunologii medycznej, mikrobiologii medycznej, transfuzjologii medycznej, toksykologii medycznej; oraz: zdrowia publicznego, zdrowia środowiskowego, hematologii medycznej oraz cytomorfologii medycznej. Okres trwania specjalizacji wynosi około 2 lat i wiąże się z odbywaniem kursów doskonalących umiejętności diagnostów. Kończony jest nadaniem tytułu specjalisty w danej dziedzinie po wcześniejszym pozytywnym zaliczeniu egzaminu specjalizującego. Diagnostą laboratoryjnym jest więc osoba mająca wiedzę zarówno z zakresu medycyny laboratoryjnej, jak i z obszaru nauk medycznych, biochemicznych, biologicznych oraz społecznych.

Diagnosta laboratoryjny wykonuje, w sposób manualny lub też przy użyciu technik zautomatyzowanych, badania diagnostyczne z zakresu: hematologii, analityki ogólnej, chemii i biochemii klinicznej, serologii, transfuzjologii, toksykologii, immunologii, immunopatologii, biologii molekularnej, mikrobiologii, cytologii klinicznej, parazytologii oraz genetyki medycznej. Powinien również umieć zinterpretować otrzymany wynik, a także zastosować dalszy algorytm diagnostyczny, odpowiedni dla danego stanu pacjenta. Jest zobowiązany do autoryzacji wydawanych wyników diagnostycznych, a także do prowadzenia kontroli laboratorium, mającej na celu utrzymanie wysokiej jakości wykonywanych badań.

Osoba otrzymująca tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego przygotowana jest nie tylko do pracy w diagnostycznych laboratoriach przyszpitalnych, ale także do pracy w ośrodkach naukowo-badawczych, kontrolno-pomiarowych, laboratoriach z dziedziny kontroli żywności, ochrony środowiska oraz instytucjach państwowych, urzędach, samorządach pracujących w zakresie ochrony zdrowia [6].

Diagnosty medyczni, jako przedstawiciele zawodów medycznych, zobowiązani są do przestrzegania kodeksu etyki, określającego sposób postępowania z pacjentem, środowiskiem współpracowników oraz otrzymywanymi w trakcie pracy informacjami. *Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego* opiera się na ogólnych zasadach etyki, a ostatnie jego uaktualnienie przeprowadzono w 2014 roku. W myśl zawartych w nim treści diagnosta laboratoryjny powinien wykonywać swoją pracę z odpowiedzialnością i starannością. Diagnosta jest zobowiązany odnosić się do pacjenta z szacunkiem i w sposób kulturalny. Na prośbę pacjenta powinien również dokładnie i w przystępny sposób wyjaśnić istotę przeprowadzanego badania oraz określić, jakich informacji może ono dostarczyć. Nie może on jednak udzielić pacjentowi informacji o przypuszczalnej diagnozie, byłoby to wykroczeniem poza kompetencje diagnosty [7]. Właściwym postępowaniem w danym przypadku jest zalecenie pacjentowi dalszej konsultacji lekarskiej. Wszystkie informacje uzyskane w trakcie wykonywanych obowiązków objęte są tajemnicą zawodową. Ponadto diagnosty laboratoryjni powinni zabezpieczyć zebraną dokumentację medyczną, tak aby nie była dostępna dla osób trzecich [8, 9].

Rola diagnosty laboratoryjnego w systemie opieki zdrowotnej

Badania laboratoryjne są istotnym elementem opieki zdrowotnej pacjentów, przy czym znaczenie badań jest odmienne w zależności od segmentu opieki zdrowotnej. W przypadku medycyny naprawczej mają one na celu dostarczenie informacji na temat zdrowia pacjenta, skuteczności prowadzonego leczenia, pozwalają również monitorować prowadzoną farmakoterapię. Szacuje się, że stanowią one podstawę około 60% decyzji lekarskich. Uwidoczniają zmiany towarzyszące rozwijającym się stanom patologicznym, jeszcze przed pojawieniem się charakterystycznych objawów chorobowych. Mają więc ogromne znaczenie jako cenne źródło informacji medycznych. W znaczący sposób wpływają na skuteczność i dobór leczenia pacjentów, przez co decydują także o efektywności i ekonomii służby zdrowia [10]. Dodatkowymi atutami badań laboratoryjnych są ich niski koszt w porównaniu do innych metod diagnostycznych, a także mały stopień zaangażowania personelu medycznego podczas ich wykonywania przy możliwości szybkiego uzyskiwania wyniku. Zaletą tego rodzaju badań jest również postać, w jakiej otrzymujemy wynik. Jest on najczęściej wyrażony cyfrą, co ułatwia jego przechowywanie i przetwarzanie. Umożliwia to m.in. tworzenie cyfrowych baz danych, określanie czynników ryzyka i częstości występowania po-

szczególnych schorzeń, co ma istotne znaczenie w drugim głównym elemencie opieki z zdrowotnej – medycynie zapobiegawczej. Obecnie wykonywanie określonego panelu badań laboratoryjnych jest również konieczne w przypadku okresowego badania zdolności pracowników do pracy [11]. Według opinii specjalistów korzystnym pod względem ekonomicznym działaniem byłoby jednocześnie poszerzenie zakresu badań laboratoryjnych przeprowadzanych w ramach akcji profilaktycznych i zwiększenie liczby badań laboratoryjnych w zakresie medycyny naprawczej. Przełożyłoby się to m.in. na zmniejszenie liczby chorych oraz skrócenie czasu terapii. To z kolei, zgodnie z wyliczeniami specjalistów, mogłoby przynieść oszczędności oscylujące na poziomie 4–5 mld zł [12].

Podsumowanie

Zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem zaufania publicznego, który odgrywa olbrzymią rolę w systemie ochrony zdrowia. Diagnosta dostarcza informacji dotyczących ogólnego stanu zdrowia, których pacjent nie jest w stanie wytłumaczyć przy przedstawieniu wszystkich swoich dolegliwości. Wiedza diagnostów opiera się w dużej mierze na empiryce i jest niezbędna do oceny stanu zdrowia człowieka. Wiedza ta dotyczy również intymności i godności pacjenta w aspekcie jego stanu zdrowia, dlatego tak niezwykle ważne jest odpowiednie przygotowanie osób pracujących na tym stanowisku.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

J. Teul – stypendystka programu START – dziękuje Fundacji na rzecz Nauki Polskiej (FNP) za wsparcie finansowe.

Piśmiennictwo

1. Holly R. Laboratory investigations in health care system. *Health Policy*. 2008;VII:7–8.
2. Naskalski J. The role of laboratory investigations in health policy. *Health Policy*. 2008;VII:13–15.

3. Owczarek H, Augustynowicz A. Zawód diagnosty laboratoryjnego zawodem zaufania publicznego. *Studia Ecologiae et Bioethicae*. 2010;8:304–315.
4. Krasnowolski A. Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy In: *Opracowania tematyczne OT-625*. Warszawa: Kancelaria Senatu Biuro Analiz i Dokumentacji; 2013.
5. Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej; Dz.U. z 2001 r., poz.174.
6. Hołod J. Informacja lokalna o zawodzie diagnosta laboratoryjny – kod 227101. Analiza rejestrowanej sytuacji w zawodzie na rynku pracy. Toruń: Centrum Informacji i Planowania Karriery Zawodowej; 2014. s. 1–5.
7. Szałata K. Z prac Wydziału Filozofii Chrześcijańskiej Pierwszy w Europie „Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego” *Studia Ecologiae et Bioethicae*. 2008;6:165–182.
8. Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego. Warszawa; 2014.
9. Pietruczuk M, Kopczyńska-Hanuszko L, Makandjou-Ola E, Kuna P. Laboratory care for patients. *Journal of Health Policy, Insurance and Management*. 2013;XII.
10. Augustynowicz A, Owczarek H, Waszkiewicz M. Laboratory diagnostics in the health care system. *Journal of Health Policy, Insurance and Management*. 2014;XII:7–13.
11. Augustynowicz A, Owczarek H. Rola badań diagnostyki laboratoryjnej w procesie leczenia *Studia Ecologiae et Bioethicae*. 2009;7:270–277.
12. Augustynowicz A, Owczarek H. Place of laboratory diagnostics in basic acts regulating organization and funding of health care in Poland. *Journal of Laboratory Diagnostics*. 2012;48:461–465.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Katarzyna Siemionow
Samodzielna Pracownia Analizy Leków
Euroregionalne Centrum Farmacji
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Mickiewicza 2D, 15-222 Białystok
tel.: 85 748 57 35; fax: 85 748 57 65
e-mail: katarzyna.siemionow@gmail.com

ZARYS HISTORYCZNY DYNAMIKI ROZWOJU TRANSPLANTOLOGII KLINICZNEJ

HISTORICAL OUTLINE OF THE DYNAMICS OF CLINICAL TRANSPLANTATION DEVELOPMENT

Halina Nogal¹, Ewa Wiśniewska¹, Elżbieta Antos²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Kształcenia Podyplomowego, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

STRESZCZENIE

Druga połowa ubiegłego wieku była okresem dynamicznego rozwoju transplantologii klinicznej. Przeszczepianie komórek, tkanek i narządów stało się faktem, a udoskonalona opieka potransplantacyjna sprawiła, że przeżycie pacjentów po zabiegach jest coraz dłuższe i powiązane z coraz lepszą jakością życia. Transplantacje stały się uznaną, skuteczną i powszechnie stosowaną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Współczesne osiągnięcia transplantologii są możliwe dzięki badaniom naukowym i eksperymentom prowadzonym zwłaszcza w ostatnim stuleciu, jednak wzmianki na temat prób transplantowania pochodzą także z zamierzcztych czasów. Doprowadziło to do powstania nowych metod oraz technik w medycynie, służących pomocy chorym, cierpiącym na wiele dotąd nieuleczalnych chorób. Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej wskazuje na ogrom osiągnięć w wielu dziedzinach nauki.

Słowa kluczowe: transplantologia kliniczna, transplantacja.

ABSTRACT

The second half of the last century was a period of a dynamic development of clinical transplantation. Transplantation of cells, tissues and organs became a fact while improved after-transplantation care made the survival of patients after the operation longer and their life – of better quality. Transplantation became a recognized, effective and commonly applied treatment method of end-stage organ failure. Contemporary achievements of transplantology became possible thanks to scientific research and experiments conducted in the last century, but some records on transplantation attempts are dated back to distant past. All that led to the creation of new methods and techniques in medicine, helping patients suffering from many so far incurable diseases. Historical outline of the dynamics of clinical transplantation development shows outstanding achievements in many branches of science.

Keywords: clinical transplantation, transplantation.

Wstęp

Druga połowa ubiegłego wieku była okresem dynamicznego rozwoju transplantologii klinicznej. Przeszczepianie komórek, tkanek i narządów stało się faktem, a udoskonalona opieka potransplantacyjna sprawiła, że przeżycie pacjentów po zabiegach jest obecnie coraz dłuższe i powiązane z coraz lepszą jakością życia. Transplantacje stały się uznaną, skuteczną i powszechnie stosowaną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Współczesne osiągnięcia transplantologii stały się możliwe dzięki badaniom naukowym i eksperymentom prowadzonym zwłaszcza w ostatnim stuleciu, jednak wzmianki na temat prób transplantowania pochodzą także z zamierzcztych czasów. Doprowadziło to do powstania nowych metod oraz technik w medycynie, służących pomocy chorym, cierpiącym na wiele dotąd nieuleczalnych chorób. Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej wskazuje na ogrom osiągnięć w wielu dziedzinach nauki.

Przegląd piśmiennictwa

Przez pojęcie „transplantacja” (od łac. *transplantare* – „szczepić”, „przesadzać”) rozumie się zabieg przeniesienia komórek (np. szpiku), tkanek (np. skóry) lub narządów w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami [1]. Dawcą organu może zostać żywy człowiek (pobranie *ex vivo*) bądź osoba zmarła (pobranie *ex mortuo*) [2]. Zgodnie z definicją zaczerpniętą ze słownika języka polskiego transplantacja to „zabieg operacyjny, polegający na przeszczepianiu tkanki lub narządu z jednego organizmu do drugiego” [3].

Termin *transplant* w ścisłym medycznym znaczeniu został użyty po raz pierwszy w 1778 roku przez szkockiego anatoma i chirurga Johna Huntera, prowadzącego doświadczenia z przeszczepami jajników i jąder pomiędzy niespokrewnionymi zwierzętami. Jako pionier chirurgii doświadczał on, że silne zespolenie tkanek żywych wytwarza u nich zdolność ich ponownego zrostu [4].

Współcześnie terminu „transplantacja” używa się na określenie zabiegu przeniesienia żywych komórek, tkanek lub całych narządów pomiędzy różnymi osobnikami tego samego gatunku, tkanek własnych danego osobnika u niego samego, tkanek lub narządów pomiędzy różnymi gatunkowo osobnikami w taki sposób, aby tkanki przeniesione podjęły czynności życiowe i utrzymały zdolność odnowy w nowym organizmie, zwanym biorcą. Przeszczepianiu podlegają: krew, skóra, kości, chrząstki, rogówka, naczynia krwionośne, nerwy, jelita, zastawki serca, szpik kostny, powięź, opona twarda, duże narządy unaczynione (serce, wątroba, płuco, nerki), a nawet całe kończyny i twarze.

Zamysł wymiany narządów i tkanek towarzyszy ludzkości od jej prapoczątków i było to zawsze jej marzeniem. Leczenie pozostające pierwotnie domeną magów, czarowników bądź szamanów nie mogło, z braku skutecznych sposobów oraz wystarczającej wiedzy, ziścić tych marzeń. W przekazach historycznych dotyczących początków medycyny i religii mowa o rozmaitych metodach pierwotnego leczenia – pierwszych próbach przeszczepiania, jednakże są to informacje niesprawdzone; brak też wiadomości o odległych skutkach takich zabiegów. Od czasów Biblii, starożytnej Europy, Egiptu czy też przekazów ze starożytnych Indii, Chin, a nawet Ameryki Południowej (Azteków, Majów), skąd pochodzą najwcześniejsze opisy, znane były pierwsze próby przeszczepiania, począwszy od mniej skomplikowanych (zęby, skóra lub krew) [5]. „Legendarna Medea miała odmładzać starców przez podanie im do żył krwi młodzieńców lub jagniąt” [6]. Na te pierwotne wyobrażenia o przeszczepianiu składały się także mity greckie, w których idea o transplantacji wyprzedziła na bardzo długo możliwość jej zastosowania. Postaci Minotaura (człowieka z głową byka) czy Sfinksa (lwa z ludzką głową) świadczą o wielorakich inspiracjach, jakie towarzyszyły naukowcom pragnącym w medycynie transplantacyjnej znaleźć sposób na wyleczenie wielu nieuleczalnych schorzeń [7].

Próby przetaczania krwi zwierzęcej człowiekowi kończyły się najczęściej zgonem osoby, której podano krew (od zwierzęcia lub drugiego człowieka), dlatego objęto je zakazem. Zakaz wykonywania transfuzji krwi zwierzęcej człowiekowi wydał np. trybunał francuski, zaś w innych państwach zakazy wystosowywane były przez ówczesnych władców (Anglia) lub nawet papieży. Zakazane zabiegi były jednak wykonywane z nadal negatywnym skutkiem. Przełomem w tej dziedzinie było odkrycie cech grupowych krwi przez Karla Landsteinerja, a następnie opracowanie metod konserwacji krwi [6].

Kolejne wzmianki dotyczące prób transplantacji pojawiają się w legendzie o świętych Kosmie i Damianie. Święci bracia byli medykami z Cylicji, starożytnej prowincji rzymskiej, działali na terenie Syrii w III wieku, gdzie praktykowali medycynę wśród ubogich warstw społecznych. Przyjmuje się mówić o nich jako pionierach transplantologii, gdyż jak głosi legenda, jako pierwsi kończynę dolną pobraną od zmarłego przeszczepili innemu człowiekowi, który cierpiał na gangrenę. Zabiegu dokonali podczas snu pielgrzyma, w miejsce chorej kończyny przenosząc pobrany narząd od zmarłego. Działając w imię miłości bliźniego, pomagając bezinteresownie ubogim, stali się patronami transplantologii w tradycji chrześcijańskiej Europy [8, 9].

Inne doniesienia historyczne ukazują techniki medyczne stosowane w medycynie starohinduskiej odnoszące się do sposobów przeszczepiania skóry pobieranej z czoła w celu rekonstrukcji nosa. Zynił to hinduski chirurg Sushruta, odtwarzający w ówczesnych czasach nosy obcięte za karę złoczyńcom [9]. Okaleczenie to było zapewne skutkiem kary mutylacyjnej, czyli hańbiącej kary cielesnej, stosowanej wobec przestępców z niższych stanów.

Za patronkę transplantologii uznana jest również święta Agata z Katanii na Sycylii, która zginęła śmiercią męczeńską za czasów cesarza Decjusza. Doznała przed śmiercią niezwykłego przywrócenia odciętych piersi za sprawą cudownego uzdrowienia dokonanego przez świętego Piotra. Także do replantacji nawiązuje przypowieść z Nowego Testamentu odnosząca się do wydania i pojmania Jezusa w Ogrójcu, dotycząca przyprawienia ucha słudze Malchosowi [9].

Średniowieczne zapiski mówią także o próbach przeszczepiania płatów skóry, które przenoszono z różnych okolic ciała na twarz (tzw. płat włoski), czym zajmował się medyk z Sycylii, Antonio Branca.

W okresie renesansu dokonał się dalszy rozwój techniki przeszczepiania. Stosowano wtedy uszypułowane przeszczepy skóry policzka dla zrekonstruowania nosa. Metody te były modyfikowane. Rodzajem autotransplantacji skóry była etapowa technika przeniesienia skóry z ramienia na nos, którą zastosował Gasparo Tagliacozzi w 1597 roku [9]. Liczne przekazy literackie o cudownych wydarzeniach dotyczących przejawów transplantacji były podłożem tworzonych dzieł artystów malarzy i rzeźbiarzy (Donatello, Fra Angelico). Opisy takich zabiegów wskazują na nieustające powtarzanie prób zabiegów transplantologicznych w dziejach, pomimo niepowodzeń i zgonów osób im poddawanych, a także braku wiedzy potrzebnej do osiągnięcia pozytywnego wyniku.

Zabiegami dokonywanymi w starożytnych Chinach i Indiach były operacje znane z przekazów, według których Tsing Yue Jen dokonał przeszczepienia serca dwóm żołnierzom, wymieniwszy im ten organ. Innym przykładem był Hua To, który narządy jamy brzusznej zmienione chorobowo usunął i przeszczepił zdrowe. Brak jednak szerszych doniesień na temat rodzaju narządów będących źródłem transplantacji oraz efektów zabiegu [10].

Świat arabskiej medycyny ma swój dorobek w dziedzinie przeszczepiania. W pismach arabskiego chirurga Albucacisa z Kordoby wspomina się o przeszczepach zębów. Zabiegi te były rozpowszechnione i wykonywane aż do XIX wieku. Wątpliwe efekty (częste wypadanie lub odpadanie) przeszczepiania skóry, zębów oraz kontrowersje etyczno-moralne z tym związane (zęby pozyskiwano ze zwłok żołnierzy na polach bitewnych) nie wpłynęły na zaprzestanie stosowania tych metod ulepszania i naprawiania ciała ludzkiego.

Czasy średniowiecza, które nastąpiły po twórczej starożytności, nieco wstrzymują proces poznania, jednak świat medycyny powrócił w okresie renesansu do jeszcze większej pracy nad zgłębieniem zasad funkcjonowania ciała człowieka. Na dworze Stefana Batorego nadworny lekarz Wojciech Oczko podejmował próby rekonstrukcji nosa z zastosowaniem przeszczepionej skóry. Równocześnie przeprowadzane były doświadczenia nad transplantacją fragmentu kości psa do czaszki rannego żołnierza. Eksperyment ten wykonał van Meckeren w 1666 roku [4].

Wiek XVII i XVIII stanowią dalszy pomost do poznania struktur ludzkiej anatomii i fizjologii oraz rozwoju technik, które znacząco wpłynęły na dalsze losy transplantologii. Współczesna, nowa era medycyny transplantacyjnej rozpoczęła się od prac Johna Huntera, angielskiego chirurga i przyrodnika, który w 1771 roku implantował zdrowe ludzkie zęby. Giuseppe Baronio, włoski fizjolog i eksperymentator, w 1804 roku wykazał, że skóra owiec zostaje przyjęta po przeszczepieniu w innym miejscu, ale u tego samego zwierzęcia. Dalsze doniesienia historyczne wskazują, iż nastąpił także powrót do technik pochodzących ze starożytności. W 1816 roku Joseph Capue w Londynie zapożyczył starohinduską metodę rekonstrukcji nosa dla potrzeb operacji u oficerów brytyjskiej armii oraz przeszczepiania skóry z człowieka na człowieka.

W 2 lata później, James Blundel, angielski fizjolog i położnik, odniósł sukces w przetaczaniu krwi położnicom. Inne próby transplantowania narządów w XVII i XVIII wieku skupiały się na doskonaleniu umiejętności chirurgicznych i bardziej zaawansowanych zabiegach, jak przeszczepianie rogówki czy gruczołu tarczycowego. W 1858 roku Leopold

Louis Oliver wykonywał pierwsze eksperymenty z przeszczepianiem kości, a w 1869 roku w Genewie Jacques Reverdin i w Paryżu Felix Guyon wykonali niezależnie autoprzeszczepy skóry w przypadkach trudno gojących się ran. Stwierdzili, iż zastosowanie małych fragmentów skutkuje ich przyjęciem się w nowym miejscu. W 1874 roku w Lipsku Carl Tiersch pokrył oparzone powierzchnie cienkimi, wolnymi przeszczepami skóry; stwierdził, iż miejsce po pobraniu w niedługim czasie jest gotowe do następnego pobrania.

Odkrycie grup krwi przez Landsteinerja (1901 rok) wpłynęło na rozpowszechnienie metody transfuzji krwi, jako niezależnej odmiany transplantacji – krwi jako tkanki. Jednak dopiero wraz z uzupełniającym odkryciem, w badaniach nad grupami krwi, czynnika Rh odpowiedzialnego za konflikt serologiczny (K. Landsteiner, A.S. Wiener, 1940 rok) transfuzja krwi stała się metodą transplantacji pomocniczej, szerzej stosowaną i mającą zastosowanie w trakcie wykonywania innych rodzajów transplantacji [5].

Kiedy w 1902 roku francuski lekarz Alexis Carrel wprowadził technikę szwu naczyniowego, dzięki której powstała metoda ponownego łączenia przeciętych naczyń krwionośnych, dokonał się olbrzymi postęp w badaniach prowadzonych w wielu ośrodkach. Ponadto Carrel, wykonując doświadczenia na zwierzętach, zaobserwował, iż w niektórych przypadkach narządy przeszczepiane przyjmują się dobrze, w innych zaś wytwarza się zakrzepica, gdy narząd zostaje włączony do krążenia ponownie. W 1905 roku wraz z Charlesem Claudem Guthrie dowiódł, że przeszczepienie nerki własnej w inne miejsce temu samemu osobnikowi jest możliwe i pracuje ona dość długo. Natomiast gdy jest przeszczepiona innemu zwierzęciu, narząd ten obumiera znacznie szybciej. Wkład badawczy Carrela okazał się ogromny, ponieważ wspomniana obserwacja pozwoliła na rozróżnienie przeszczepów na: auto- i heteroprzeszczepy [8].

„Przed I wojną światową jedyną próbę przeszczepiania nerki człowiekowi od drugiego zmarłego przeprowadził w 1906 roku kolega Carella z Lyonu – Mathieu Jaboulay. Podłączył on dwukrotnie nerki dawców do ramienia umierających pacjentów, aby poprawić wydzielenie moczu. Po kilku dniach przeszczepione nerki przestały funkcjonować” [11].

Początek nowego stulecia to także doświadczenia nad przeszczepianiem rogówki oka, które E.K. Zirm w 1906 roku wykonał u pacjenta oblanego ługiem [12]. W latach 20. XX wieku Earl Calvin Padgett zaobserwował, iż podczas zabiegów z zastosowaniem autoprzeszczepów z udziałem pobranego fragmentu skóry bliźniaka jednojajowego przeszczepy przyjmowane są jak własne. Pierwsze nauko-

we doniesienia dotyczące istoty odrzucania przeszczepów opublikował C.S. Williamson w Baltimore w 1923 roku [8].

„W okresie międzywojennym naukowcy i chirurdzy – poza eksperymentem chirurga U.U. Woronoja w 1936 roku – rzadko zajmowali się transplantacją, uznając, że niepoznane jeszcze czynniki gospodarza niweczą każdy przeszczep, mimo opanowanej techniki przeszczepiania” [11]. Postępujące, dalsze badania angielskiego zoologa sir Petera Medawara i wykrycie uwarunkowań immunologicznych odrzucania tkanek pozwoliły na następne, udane próby transplantacji oraz wprowadzenie immunosupresji. Miały one podstawowe znaczenie dla zrozumienia mechanizmów odpornościowych oraz genetycznych podstaw stanu tolerancji lub odrzucania obcej tkanek [10]. Medawer wykazał, iż różny jest odczyn organizmu biorcy na tkankę obcą i własną oraz jest on mniejszy od dawcy rodzinnego niż dawcy genetycznie niespokrewnionego. Za odkrycie zjawiska nabytej tolerancji immunologicznej otrzymał wraz z innym badaczem – sir F.M. Burnetem – w roku 1960 Nagrodę Nobla [10].

„Po zakończeniu II wojny światowej w 1946 roku w Bostonie Hume, Huffnagle i Landsteiner podłączyli czasowo nerkę pobraną od osoby zmarłej do naczyń kończyny górnej choremu z bezmoczem w przebiegu ostrej niewydolności nerek. Po 2 dniach własne nerki chorego podjęły czynność i chory wyzdrowiał” [10]. Postępujące badania naukowe w transplantologii, podejmowane w wielu ośrodkach na świecie, powodowały dalszy postęp w dziedzinie przeszczepiania narządów i lepsze rozumienie niepowodzeń z tym związanych.

W Paryżu Michon i Hamburger dokonali pierwszego przeszczepienia nerki od dawcy spokrewnionego, jednakże narząd uległ odrzuceniu 3 tygodnie później. David Hume zastosował w latach 1951–1953 immunosupresję sterydową podczas przeszczepów nerek, a w 1954 roku Joseph E. Murray po raz pierwszy przeprowadził zakończony sukcesem przeszczep nerki u bliźniąt jednojajowych – pionierski przykład zabiegu transplantacji od dawcy żywego. Zabieg został wykonany technicznie poprzez umiejscowienie przeszczepu w dole brzucha, co stało się ogólną i rutynową praktyką tego rodzaju transplantacji (Nagroda Nobla dla J.E. Murraya w 1999 roku). John Merrill w 1959 roku wdrożył metodę napromieniania promieniami X biorcy podczas przeszczepu rodzinnego – miało ono podobne działanie do działania immunosupresyjnego leków. Współpraca dwojga naukowców (Murray, Merrill) oraz Francisca D. Moore’a w Bostonie znacząco rozwinęła program transplantacji nerek z zastosowaniem nowo poznanych leków: prednizonu i azatiopiryny, które były odpowiedzią

na zapotrzebowanie transplantologii na przejście bariery immunologicznej [10].

„Po tym sukcesie stało się jasne, że pokonanie bariery immunologicznej jest gwarantem powodzenia transplantacji u ludzi niebędących bliźniakami jednojajowymi. Znaną wówczas metodą pokonującą barierę immunologiczną było napromienianie całego ciała z infuzją szpiku kostnego dawcy narządu i usunięcie śledziony. Wyniki nie były najlepsze, gdyż u pacjentów dochodziło do uogólnionej posocznicy kończącej się zgonem biorcy przeszczepu. Dłuższe przeżycia obserwowano w przeszczepach nerek u osób spokrewnionych. Ryzyko związane z napromienianiem stało się powodem poszukiwań chemicznych środków immunosupresyjnych” [11]. Dopiero zastosowanie środków farmakologicznych, według opracowanej strategii immunosupresji podtrzymującej, wydłużyło życie chorych, co w konsekwencji pozwoliło na rozpoczęcie przeszczepiania bardziej skomplikowanych narządów unaczynionych, jak: wątroba, trzustka, serce, płuca, jelita. Ponadto prace badawcze w immunologii poprowadziły transplantologię w nowym kierunku.

Lata 60. XX wieku stały się momentem przełomowym dla rozwoju światowej transplantologii klinicznej dzięki udoskonaleniu techniki przeszczepiania, poznaniu sposobów rozpoznawania i leczenia procesu odrzucania przeszczepu, wprowadzeniu metod przechowywania narządów (z zastosowaniem płynów konserwujących) oraz wykryciu nowej generacji leków – leków immunosupresyjnych [10].

Pierwsze doświadczenia w chirurgii transplantacji wątroby zapoczątkował Thomas Starzl, który wykonał w 1963 roku operację u 3-letniego dziecka, jednak zakończoną niepomyślnym wynikiem. Kolejny zabieg przeszczepienia wątroby wykonał F. Moore u 54-letniego mężczyzny, jednak i tym razem chory zmarł po kilkunastu dniach z powodu zakażenia. Pomimo tych porażek inni naukowcy pracujący nad badaniami (szpiku) w dziedzinie immunologii dostrzegli, że dla powodzenia transplantacji konieczne jest zniszczenie układu odpornościowego biorcy, a przełomowe okazało się odkrycie Barnesa i Loutita w 1962 roku, kiedy zidentyfikowali oni efekt określany jako przeszczep przeciwko gospodarzowi. W odróżnieniu od transplantacji narządów, będących zwartym fragmentem tkanek (np. wątroba), przeszczepianie szpiku pomimo prostego przebiegu przeszczepiania powoduje przeniesienie wraz z krwią dużej liczby komórek układu immunologicznego oraz komórek progenitorowych, które mogą wywołać u biorcy groźną chorobę opisaną jako *graft versus host disease* (GvHD) [8].

Wobec wszystkich osiągnięć, jakie dokonały się w XX wieku, także w medycynie i stale rozwijającej się jej gałęzi, tj. transplantologii klinicznej, naukowcy – lekarze podejmowali się kolejnych wyzwań i rozpoczęła się era wykonywania transplantacji trzustki. W 1966 roku w Minneapolis Richard Lillehei i William Kelly przeprowadzili przeszczep trzustki, który okazał się być udaną operacją. Następnie w 1967 roku Thomas Starzl podjął się wykonania ponownie transplantacji wątroby. Tym razem próba była udana, gdyż z każdą kolejną operacją poprawiała się techniczna strona zabiegu, a samo wydłużenie przeżywalności po przeszczepie było uzyskiwane dzięki wprowadzeniu nowego elementu w terapii – surowicy antylimfocytarnej, co wyraźnie poprawiło wyniki dalszego leczenia chorych po przeszczepie.

W roku 1983 świat nauki odnotował środek zapobiegający odrzucaniu przeszczepów, który został dopuszczony do klinicznego zastosowania – cyklosporynę. Skuteczność tego leku przewyższyła znacząco działanie innych dotąd stosowanych [11]. Milowe kroki dokonujące się w medycynie transplantacyjnej, które nastąpiły w związku z tymi wydarzeniami, wywarły wpływ na dalszy jej postęp. Prowadzone badania mające zasięg ogólnoswiatowy znacząco wspierały tę silnie rozwijającą się gałąź medycyny.

Innym narządem o wysokim stopniu skomplikowania anatomicznego, a także trudnym do pozyskania, bo pojedynczym, jest serce. Prace badawcze nad transplantacją serca postępowały w czasie – od podejmowania pierwszych prób przeszczepiania o niewyjaśnionych skutkach przyjęcia przeszczepu, poprzez próby przeszczepiania serca szympansa człowiekowi (ksenotransplantacje), wykonywane eksperymentalnie w drugiej połowie XX wieku, do pierwszej w dziejach transplantacji serca, którą w Kapsztadzie w 1967 roku wykonał dr Christian Barnard. Operacja technicznie udała się, jednak chory przeżył zaledwie kilkanaście dni. Dzięki sukcesowi tej niebywałej operacji oraz pomimo jej niepomyślnego skutku rozpoczęła się społeczna dyskusja na temat prawnych i etycznych aspektów w transplantologii, szeroko opisywana w światowych mediach. Rok 1968 to czas, kiedy dokonano przeszczepienia płuc i serca (operację przeprowadził Denton Cooley) oraz przeszczepienia jednoczasowego serca i nerki (operacja wykonana przez Thomasa Starzla) [11]. Pomocny podczas transplantacji serca okazał się (skonstruowany wcześniej przez D. Dodrilla) aparat do sztucznego krążenia.

Transplantacje, których dokonano w następnych latach, rozpoczęły erę jeszcze bardziej prototypowych operacji. Były to jednoczasowe transplantacje wielu narządów, transplantacje kończyn, twarzy. Operacje te w latach 80. i 90. XX wieku oraz na początku XXI wieku zostały

wykonane przez szereg różnych zespołów badaczy. Doniesienia dotyczące przeszczepiania kończyn pojawiały się około roku 1964, gdy w Ekwadorze podjęto się próby takiej transplantacji, ale dopiero w roku 1998 w Lyonie przeprowadzona została pierwsza i udana transplantacja tego rodzaju. Jako pierwsi przeszczepienie fragmentu twarzy pochodzącej ze zwłok przeprowadzili w 2005 roku J.M. Dubernard oraz B. Devauchelle w Amiens we Francji [7].

Koniec lat 60. pozostał w historii ludzkości okresem bardzo płodnym naukowo. Badacze przeprowadzali pierwsze próby przeszczepiania szpiku allogenicznego u człowieka, zakończone pomyślnymi wynikami. Badania te były skutkiem odległych wydarzeń w powojennej historii świata, związanych z ogromną liczbą zachorowań na białaczkę po wybuchu bomb jądrowych w Hiroszynie i Nagasaki w 1945 roku. Rozwój technologii nuklearnych wspomógł w sposób istotny badania nad możliwościami transplantacji szpiku. Początkowe próby przeszczepiania szpiku allogenicznego u ludzi, rozpoczęte w późnych latach 50. XX wieku, postępowały, ale udane były wyłącznie próby z bliźniaczymi przeszczepami szpiku. Pierwsza udana transplantacja tego rodzaju odbyła się w 1957 roku i została wykonana przez zespół E. Donalla Thomasa. Dalsze prace i próby E.D. Thomasa i ich opublikowanie w 1975 roku w „The New England Journal of Medicine” wykazały trwale udane przeszczepy szpiku u pacjentów chorych na białaczkę, a metoda całkowitego napromieniania organizmu stała się uznanym sposobem leczenia białaczek, za co w 1990 roku E.D. Thomas otrzymał Nagrodę Nobla. Ważne było również, zapoczątkowane w 1974 roku, powstanie europejskiej organizacji European Group for Blood and Marrow Transplantation, która rozpoczęła wdrażanie transplantacji komórek krwiotwórczych i macierzystych jako standardowej metody leczenia. Transplantacja szpiku od dawcy niespokrewnionego w 1979 roku zaczęła nowatorski etap tworzenia się National Marrow Donor Program [13].

Ważnym elementem transplantacji jako metody leczenia stało się usankcjonowanie prawne i etyczne możliwości pozyskiwania narządów do transplantacji. Istotnymi problemami, które wiążą się obecnie z transplantologią, są kwestie związane z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów odzwierzęcych i ich zastosowaniem u ludzi, alokacją narządów czy zakazem ich komercjalizacji.

Niebagatelny wpływ na całokształt dynamiki dalszego rozwoju transplantologii miało określenie naukowe tzw. śmierci mózgu i wprowadzenie tego terminu do katalogu szczegółowych pojęć w transplantologii, co spowodowało poszerzenie możliwości pozyskiwania narządów od dawców zmarłych. W 1968 roku Harvard Medical School

uznała śmierć mózgu za nieodwracalną śmierć człowieka. Tym samym wskazano, iż nastąpi rozszerzenie możliwości wykonywania transplantacji. Przyjęcie poglądu, że śmierć człowieka następuje w chwili, gdy umiera jego mózg, a nie ustały jeszcze procesy krążenia i oddychania, spowodowało, iż dotychczasowe regulacje prawne zostały zweryfikowane, a powyższe ustalenia Harvard Medical School stały się ważnym punktem odniesienia dla tworzenia ustawodawstwa w poszczególnych krajach świata, a także w Polsce.

Podsumowanie

Oczywistym jest, że wkład wielu odkryć z różnych dziedzin nauki pozwalał kolejnym uczonym i badaczom na całym świecie na poszerzenie dorobku transplantologii i rozwój medycyny transplantacyjnej. Z tego powodu nastąpił szybki, wręcz rewolucyjny rozwój jakościowy i ilościowy dokonywanych zabiegów transplantacji na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, postępowało doskonalenie techniki przeprowadzania zabiegów operacyjnych przy udziale coraz bardziej precyzyjnych narzędzi chirurgicznych, urządzeń oraz nowych technologii. Uczni podejmowali się przeszczepiania kolejnych narządów unaczynionych i nieunaczynionych. Wytyczone ścieżki i utworzone szlaki przez rzesze naukowców spowodowały, iż kolejne pokolenia, dzięki determinacji i wielkiemu zaangażowaniu swoich poprzedników, skutecznie rozwijały transplantologię. U schyłku XX wieku transplantacje stały się uznaną i powszechnie stosowaną praktyką lekarską. To, co było nieosiągalne, jest obecnie w zasięgu ludzkiej ręki, zaś transplantacje stały się realną terapeutyczną możliwością.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Encyklopedia Podręczna PWN. Warszawa: PWN; 2007, s. 1007.
2. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411 z póź. zm.).
3. Makara-Studzińska M, Kowalska AJ, Jakubowska K. Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012;18(1):36–31.
4. Zieliński KW, Zalewska-Jura H. Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytne dzieje chorób w ich nazwach ukryte. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Alfa Medica Press; 2004. s. 555.
5. Tokarczyk R. Zarys regulacji transplantacji organów ludzkich. *Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny*. 2000;LXII(1):15–31.
6. Brzeziński T. Etyka lekarska. Warszawa: PZWL; 2011. s. 183.
7. Kowal K. Doświadczenie własnej cielesności przez biorców kończyny – socjologiczne studium zrekonstruowanego ciała. *Przegląd Socjologii Jakościowej*. 2012;VIII(2):152–199.
8. Sobiak J. Przeszczepianie narządów i komórek krwiotwórczych – rys historyczny. *Nowiny Lekarskie*. 2011;80(2):157–161.
9. Skalski J. Historia przeszczepiania narządów. *CX News*. 2009;2(28).
10. Rowiński W. Wprowadzenie. Historia medycyny transplantacyjnej. W: Rowiński W, Wąlaszewski J, Pączek L (red.). *Transplantologia kliniczna*. Warszawa: PZWL; 2004. s. 21–22.
11. Cierpka L. Transplantacja jako metoda leczenia niewydolności narządowej. W: Cierpka L (red.). *Transplantacje narządowe. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy w trakcie specjalizacji*. Katowice: Wydawnictwo Śląski Uniwersytet Medyczny; 2011. s. 8.
12. Chylińska A. Przeszczepy rogówki. *Przegląd Okulistyczny*. 2009;2(29):1–3.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Elżbieta Antos
ul. Stanisława Wyspiańskiego 1/49, 05-120 Legionowo
tel.: 608 376 007
e-mail: ela.antos@op.pl

MOŻLIWE LEGALNE PRZEZNACZENIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH POZOSTAJĄCYCH W POSIADANIU UZDROWISK

POSSIBLE LEGAL PURPOSE OF FUNDS OWNED BY HEALTH RESORTS

Artur Guźlecki

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

STRESZCZENIE

Każda instytucja – także polskie uzdrowisko – jeśli się nie rozwija, to upada, cofa się w rozwoju – tak jak człowiek lub każdy inny układ biologiczny, społeczny czy prawny. W gospodarce wolnorynkowej, która jest w Polsce prawnie usankcjonowana po 1989 roku, do rozwoju każdej instytucji potrzebny jest pieniąż. Odpowiedź na pytanie, jak w świetle aktualnie obowiązującego polskiego prawa legalnie jest on wydawany w celu rozwoju układu instytucji prawnych, jakim jest uzdrowisko, będzie przedmiotem rozważań w tym artykule. Celem realizacji zadania zostaną zaprezentowane i analizie poddane te fragmenty współcześnie obowiązujących aktów prawnych zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych, których cytowanie i analiza da odpowiedź na postawione pytanie. W celu odpowiedzi na pytanie zostanie zweryfikowana przez cytowanie aktów prawnych hipoteza badawcza, iż wpływy te są przeznaczone na takie cele jak: utrzymanie gotowości uzdrowiska do świadczenia usług leczniczych, realizację zadań gminy uzdrowskiej, ochronę środowiska naturalnego uzdrowiska. Autor ma nikłe kompetencje ekonomiczne i status prawny badacza, któremu nie jest dostępny wgląd w konkretne kwoty przepływające przez uzdrowisko. Niemniej jednak Autor żywi nadzieję, że wśród Czytelników znajdzie się choć jeden o statusie prawnym pozwalającym na wgląd w konkretne przepływające przez uzdrowisko kwoty finansowe i przeprowadzi analizę opłacalności ich funkcjonowania, aby odpowiedzieć na pytanie, czy prywatyzacja polskich uzdrowisk współcześnie jest dla nich jedyną możliwością przetrwania. Autorowi wypada podsumować, że hipoteza przyjęta w części metodologicznej tego tekstu potwierdziła się w całości.

Słowa kluczowe: uzdrowiska polskie, legalne sposoby wykorzystania środków finansowych.

ABSTRACT

Each institution, including a Polish health resort, if it does not develop, it fails and goes backward as the human being does or any other biological, social or legal system. In free-market economy, which has been legally in force in Poland since 1989, money is needed for each institution to be able to develop well. The answer to the question about how in the light of in-force Polish law, money is spent for the purpose of developing legal institutions to which a health resort belongs, will constitute the subject of the article. In the text the fragments of legal acts taken from the Internet Legal Acts System, which are now in force in Poland will be cited and analyzed to give an answer to the questions posed in the research. A research hypothesis will be verified to answer the question based on citations from legal acts which says the money is earmarked for the following: keeping the readiness of the health resort to provide medicinal services, fulfilling the tasks of the health resort commune, protecting the environment surrounding the health resort. The author has not enough competences in economy and access to specific amounts of money that flow through health resorts. However, the author hopes that among Readers there will be at least one person who is simultaneously a researcher legally empowered to have access to specific amounts of money that flow through the health resort and thus analyze the advisability of inflows and outflows in economic terms, to answer the question if the privatization of Polish health resorts is the only criterion of making health resorts survive nowadays. To sum up it is advisable to include that the hypothesis presented in the methodological part of the text totally proved to be correct.

Keywords: Polish health resorts, legal ways of using funds.

Wstęp

Każda instytucja, w tym zespół instytucji, z których składa się polskie uzdrowisko, jeśli się nie rozwija, to upada, cofa się w rozwoju – tak jak człowiek lub każdy inny układ biologiczny, społeczny czy prawny. Jak zatem rozwijają się uzdrowiska? W gospodarce wolnorynkowej, która jest w Polsce prawnie usankcjonowana po 1989 roku, do rozwoju każdej instytucji potrzebny jest pieniąż. Odpowiedź na pytanie, jak w świetle aktualnie obowiązującego polskiego prawa legalnie on jest wydawany w celu rozwoju układu instytucji prawnych, jakim jest uzdrowisko, będzie przedmiotem rozważań w tym artykule.

Cel

Celem tej pracy będzie odpowiedź na pytanie o to, na co w świetle aktualnie obowiązującego w Polsce prawa uzdrowisko ma prawo zużyć posiadane środki finansowe.

Materiał i metody

Celem realizacji zaprezentowanego wyżej zadania zostaną zaprezentowane i analizie poddane te fragmenty współcześnie obowiązujących aktów prawnych zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych, których cytowanie i analiza da odpowiedź na postawione pytanie.

Weryfikację obowiązywalności aktów prawnych zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych przeprowadzono dnia 20 grudnia 2015 roku.

W badaniu zostanie postawione wyżej wymienione pytanie badawcze i w celu odpowiedzi na nie zostanie zweryfikowana przez cytowanie aktów prawnych hipoteza badawcza, iż wpływy te są przeznaczone na takie cele jak: utrzymanie gotowości uzdrowiska do świadczenia usług leczniczych, realizację zadań gminy uzdrowiskowej, ochronę środowiska naturalnego terenu uzdrowiska.

Wyniki badań

Płatnikiem na rzecz uzdrowisk jest m.in. Skarb Państwa. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 9 czerwca 2006 r. w sprawie trybu i terminów ustalania oraz przekazywania dotacji z budżetu Państwa gminie uzdrowiskowej* (Dz.U. z 2006 r. Nr 103, poz. 705) mówi w par. 2 ust. 2, że: „Wpływy z tytułu opłaty, o której mowa w ust. 1 [na realizację zadań własnych gminy uzdrowiskowej – dopisek Autora] przekazywane są we wniosku gminy uzdrowiskowej o dotację na realizację zadań własnych związanych z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowiska” [1].

Najszerzej, co warte jest zdaniem Autora podkreślenia i wynotowania, przeznaczenie środków finansowych w kontekście potrzeb służby zdrowia określa *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654), która w swym art. 114 mówi, że: „1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:

- 1) realizację zadań w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do wykonania tych zadań;
- 2) remonty;
- 3) inne niż określone w pkt. 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- 4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 5) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
- 6) realizację programów wieloletnich;
- 7) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji przez osoby wykonujące zawody medyczne.

2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może uzyskać środki publiczne na zadania, o których mowa w ust. 1:

- 1) pkt 1, w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych,
- 2) pkt 2 i 3
 - w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Wysokość środków publicznych, o których mowa w ust. 2, nie może przekroczyć wysokości kosztów koniecznych do realizacji całości zadania” [2].

W tym wspomnianym art. 114 była mowa o Unii Europejskiej. Dlatego powstaje pytanie, w jakim zakresie do realizacji zadań związanych z lecznictwem uzdrowiskowym może nam „dorzucić się” Unia Europejska. *Rozporządzenie Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 7 grudnia 2009 r. w sprawie udzielania pomocy na inwestycje w zakresie energetyki, infrastruktury telekomunikacyjnej, infrastruktury sfery badawczo-rozwojowej, lecznictwa uzdrowiskowego w ramach regionalnych programów operacyjnych* (Dz.U. z 2009 r. Nr 214, poz. 1661) mówi, w par. 6, że: „w ramach nowej inwestycji mogą być realizowane projekty:

- 1) opuszczony przez Autora,
- 2) opuszczony przez Autora,
- 3) opuszczony przez Autora,
- 4) w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego – polegające w szczególności na:
 - a) przebudowie lub rozbudowie zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego wraz z zakupem niezbędnego wyposażenia lub
 - b) zakupie urządzeń służących bezpośrednio do świadczenia usług w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego” [3].

Reasumując – oddajmy znów głos ustawie „uzdrowiskowej” z 2005 roku. Zatem jak w kontekście postanowień tej ustawy (jej art. 46) gmina uzdrowiskowa może legalnie wykorzystać posiadane środki finansowe?

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

- 1) gospodarki terenami, z uwzględnieniem potrzeb lecznictwa uzdrowiskowego, ochrony złóż naturalnych su-

rowców leczniczych oraz budowy lub innych czynności zabronionych w poszczególnych strefach ochrony uzdrowiskowej;

- 2) ochrony warunków naturalnych uzdrowiska lub obszarów ochrony uzdrowiskowej oraz spełniania wymagań w zakresie dopuszczalnych norm zanieczyszczenia powietrza, natężenia hałasu, odprowadzania ścieków do wód lub ziemi, gospodarki odpadami, emisji pól elektromagnetycznych, o których mowa w odrębnych przepisach;
- 3) tworzenia warunków do funkcjonowania zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz rozwoju infrastruktury komunalnej w celu zaspokojenia potrzeb osób przebywających w gminie w celu leczenia uzdrowiskowego;
- 4) tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej przeznaczonej dla uzdrowisk lub obszarów ochrony uzdrowiskowej związanych ze spełnianiem warunków, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 5" [4].

Cóż to za warunki? Art. 34 ust. 1 pkt 5 cytowanej już ustawy „uzdrowiskowej” z 2005 roku mówi: „Posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami” [5].

Dyskusja

Autor ma nikłe kompetencje ekonomiczne i status prawny badacza, któremu nie są dostępne konkretne kwoty przepływające przez uzdrowisko. Niemniej jednak Autor żywi nadzieję, że wśród Czytelników znajdzie się choć jeden będący badaczem o statusie prawnym pozwalającym na wgląd w konkretne, przepływające przez uzdrowisko kwoty finansowe i przeprowadzi analizę opłacalności ich funkcjonowania, aby odpowiedzieć na pytanie, czy prywatyzacja polskich uzdrowisk współcześnie jest dla nich jedyną możliwością przetrwania.

Wniosek

Nie wchodząc w tym miejscu w szczegóły prawnych możliwości wykorzystania środków finansowych dostępnych uzdrowiskom, aby tu nie dublować niepotrzebnie części tekstu poświęconego wynikom badań, Autorowi wypada w tym miejscu jedynie podsumować, że hipoteza badawcza przyjęta w metodologicznej części tego tekstu potwierdziła się w całości.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autor deklaruje brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 9 czerwca 2006 r. w sprawie trybu i terminów ustalania i przekazywania dotacji z budżetu Państwa gminie uzdrowiskowej. Dz.U. z 2006 r. Nr 103, poz. 705: 1.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654: 67–68.
3. Rozporządzenie Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 7 grudnia 2009 r. w sprawie udzielania pomocy na inwestycje w zakresie energetyki, infrastruktury telekomunikacyjnej, infrastruktury sfery badawczo-rozwojowej, lecznictwa uzdrowiskowego w ramach regionalnych programów operacyjnych. Dz.U. z 2009 r. Nr 214, poz. 1661: 2.
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: 29–30.
5. Ibidem: 18.

Adres do korespondencji:

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

PŁATNICZY NA RZECZ UZDROWISK

PAYERS TO HEALTH RESORTS

Artur Guźlecki

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

STRESZCZENIE

Dwie pozycje literaturowe Artura Guźleckiego poświęcone tradycji dziecięcego lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce oraz tradycji lecznictwa uzdrowiskowego dla dorosłych w Polsce dotyczą też finansowania lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce w zamierzonych czasach zaborów aż do czasu minionego ustroju politycznego w kraju. Odpowiedź na pytanie o finansowanie lecznictwa uzdrowiskowego w kraju w czasach dalszych i bliższych nam wydaje się być jasna. Odpowiedź na pytanie, jak przebiega finansowanie lecznictwa uzdrowiskowego w naszym kraju dziś, czyli kto i w jakich formach płaci za współczesne polskie lecznictwo uzdrowiskowe, będzie przedmiotem tego wywodu. W tekście zostaną zacytowane i analizie poddane te fragmenty współcześnie w Polsce obowiązujących aktów prawnych zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych, które odpowiadają na pytanie, kto według współczesnego polskiego prawa płaci na rzecz współczesnych polskich kurortów, oraz określają formy tych płatności. Podaną na wstępie pracy metodą zostanie zweryfikowana hipoteza badawcza mówiąca, że źródłami finansowania współczesnych polskich kurortów są: a) wypracowany na skutek własnej działalności komercyjnej dochód danego uzdrowiska, b) opłata klimatyczna lub uzdrowiskowa pobierana od kuracjuszy, c) dotacje państwowe przysługujące prawnie uzdrowiskom, d) wpływy z państwowego kontraktowania usług uzdrowiska, np. przez NFZ, e) dotacje unijne. We wniosku Autor stwierdza, że przyjęta w części „Materiał i metoda” hipoteza dla przedstawionych w tym artykule badań bez żadnych zastrzeżeń potwierdziła się w całości.

Słowa kluczowe: płatnicy na rzecz uzdrowisk polskich, kuracjusze, Skarb Państwa, Unia Europejska.

ABSTRACT

Two references by Artur Guźlecki devoted to the tradition of child's and adult health resort treatment in Poland also touch on the question of funding health resort treatment in Poland in old times of Poland's partition till the times of the bygone political system in Poland. The answer to the question about funding health resort treatment in older and contemporary times seems to be clear-cut. The answer to the question about funding health resort treatment in contemporary times, i.e. who and how pays for Poland's health resort treatment will constitute the subject of the thesis. In the text the fragments of legal acts taken from the Internet Legal Acts System, which are now in force in Poland and answer the question about who, according to Polish law, pays Polish health resorts and how payments are made, will be cited and analyzed. By means of the method specified at the beginning of the paper a research hypothesis will be verified which says the sources of funding Poland's health resorts include: a) income of the specific health resort gained as a result of commercial activities, b) climate or resort fee taken from health resort patients, c) state subsidies to health resorts, d) income from the state contracts of health resort services, e.g. by the National Health Fund, e) EU subsidies. In author's conclusion it is stated that the hypothesis presented in the article research project included in the section „Material and method” undoubtedly and totally proved to be correct.

Keywords: payers to health resorts, health resort patient, the State, the European Union.

Wstęp

Dwie pozycje literaturowe Artura Guźleckiego z lat 2011 i 2012 poświęcone tradycji dziecięcego lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce [1] i tradycji lecznictwa uzdrowiskowego dla dorosłych w Polsce [2] dotyczą też finansowania lecznictwa uzdrowiskowego w zamierzonych latach zaborów w Polsce, kiedy to lecznictwo raczkowało. Autorowi tego artykułu na dzień dzisiejszy wydaje się jasna odpowiedź na pytanie o sposób finansowania lecznictwa uzdrowiskowego w latach 1945–1989, kiedy to w Polsce nie było gospodarki rynkowej, ale była centralnie planowana. Jak przebiega finansowanie lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce po 1989 roku, czyli kto i w jakich formach płaci za współczesne lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce? Odpowiedź na to pytanie będzie przedmiotem rozważań w poniższym artykule.

Cel

Celem tej pracy będzie wyliczenie wszystkich płatników i określenie ich roli w finansowaniu uzdrowisk polskich we współczesnym prawie polskim.

Materiał i metoda

W tym tekście zostaną zacytowane i analizie poddane te fragmenty współcześnie w Polsce obowiązujących aktów prawnych zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych, które odpowiadają na pytanie, kto według współczesnego polskiego prawa płaci na rzecz polskich kurortów, oraz określają formy tych płatności.

Weryfikację obowiązywalności aktów prawnych zaczerpniętych z Internetowego Systemu Aktów Prawnych przeprowadzono dnia 20 grudnia 2015 roku.

W badaniu zostanie postawione pytanie badawcze, kto w świetle aktualnie obowiązującego polskiego prawa płaci uzdrowiskom.

Określona na wstępie tej pracy metodą zostanie zweryfikowana hipoteza badawcza mówiąca o tym, że źródłami finansowania współczesnych polskich kurortów są:

- a) wypracowany na skutek własnej działalności komercyjnej dochód danego uzdrowiska,
- b) opłata klimatyczna lub uzdrowiskowa pobierana od kuracjuszy,
- c) dotacje państwowe przysługujące prawnie uzdrowiskom,
- d) wpływy z państwowego kontraktowania usług uzdrowiska, np. przez NFZ,
- e) dotacje unijne.

Reasumując – płatnikami na rzecz uzdrowisk są: kuracjusz, Skarb Państwa, Unia Europejska.

Wyniki badań

Jakie wydatki ponosi kuracjusz w związku z korzystaniem z kuracji uzdrowiskowej?

Nie zdefiniujemy pojęć prawnych użytych w *Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135) osoby mającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i osoby ubezpieczonej – art. 2 i 3. Cytowanie spowodowałoby mianowicie, zdaniem Autora, ryzyko brnięcia w siatkę pojęć prawnych już bardzo luźno związanych z opisywanym zagadnieniem. Zajmowałoby to dodatkowe miejsce, którego limit określiła publikująca artykuł Redakcja. Poza tym przecież Czytelnik w razie zainteresowania opisywaną tu problematyką może samodzielnie sięgnąć do aktów prawnych wymienionych w przepisach do tego artykułu.

Przystępując do odpowiedzi, jakie kto ponosi koszty w związku z finansowaniem leczenia uzdrowiskowego w Polsce, rozpatrzmy najpierw ten problem z lotu ptaka.

Zasady finansowania leczenia uzdrowiskowego w Polsce reguluje art. 16, to jest rozdział III ujednoliconego tekstu *Ustawy 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). Stanowi on, iż:

„1. Świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych korzystają z lecznictwa uzdrowiskowego na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Osoby inne niż świadczeniobiorcy oraz świadczeniobiorcy, którzy nie uzyskali skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową na zasadach określonych w przepisach, o których mowa w ust. 1, mogą korzystać z lecznictwa uzdrowiskowego za odpłatnością w wysokości ustalonej przez zakład lecznictwa uzdrowiskowego, po uzyskaniu zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku.
3. Osoby, o których mowa w ust. 2, mogą korzystać z lecznictwa uzdrowiskowego, jeżeli zapewniono korzystanie z tego lecznictwa świadczeniobiorcom, o których mowa w ust. 1” [3].

Ale przywołany cytat nie odpowiada jednak dokładnie na pytanie o to, jakie koszty związane z tego rodzaju leczeniem ponosi osobiście kuracjusz. Zatem jakie dokładnie koszty związane z tego rodzaju leczeniem ponosi osobiście kuracjusz?

Art. 33 ust. 3 wspomnianej *Ustawy [...] o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* mówi, że:

„3. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową i z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym. Podmiot obowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie oddziału wojewódzkiego Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego” [4].

Dalej art. 48 ujednoliconego tekstu ustawy „uzdrowiskowej” z 2005 roku mówi, że:

„Gmina uzdrowiskowa w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 46, ma prawo do pobierania opłaty uzdrowiskowej na zasadach określonych w przepisach odrębnych” [5].

Cóż to są te odrębne przepisy? Art. 17 *Ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych* (Dz.U. z 1991 r. Nr 9, poz. 31) rzuca nieco więcej światła na przedstawiony w tym miejscu problem. Ten artykuł mówi, że:

„1. Opłatę miejscową pobiera się od osób fizycznych przebywających dłużej niż dobę w celach turystycznych, wypoczynkowych lub szkoleniowych:

- 1) w miejscowościach posiadających korzystne warunki klimatyczne, walory krajobrazowe oraz warunki umożliwiające pobyt osób w tych celach,

- 2) w miejscowościach znajdujących się na obszarach, którym nadano status obszaru ochrony uzdrowiskowej na zasadach określonych w ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2012 r., poz. 651 i 742) – za każdy dzień pobytu w takich miejscowościach.

1a. Opłatę uzdrowiskową pobiera się od osób fizycznych przebywających dłużej niż dobę w celach zdrowotnych, turystycznych, wypoczynkowych lub szkoleniowych w miejscowościach znajdujących się na obszarach, którym nadano status uzdrowiska na zasadach określonych w ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych – za każdą rozpoczętą dobę pobytu w takich miejscowościach.

2. Opłaty uzdrowiskowej oraz opłaty miejscowej nie pobiera się:

- 1) pod warunkiem wzajemności – od członków personelu przedstawicielstw dyplomatycznych i urzędów konsularnych oraz innych zrównanych z nimi na podstawie ustaw, umów oraz zwyczajów międzynarodowych, jeśli nie są obywatelami polskimi i nie mają miejsca pobytu stałego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) od osób przebywających w szpitalach;
- 3) od osób niewidomych i ich przewodników;
- 4) od podatników podatku od nieruchomości z tytułu posiadania domów letniskowych położonych w miejscowości, w której pobiera się opłatę miejscową albo uzdrowiskową;
- 5) od zorganizowanych grup dzieci i młodzieży szkolnej.

2a. Od osób, od których pobierana jest opłata uzdrowiskowa, nie pobiera się opłaty miejscowej.

3. Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, określa minimalne warunki, jakie powinna spełniać miejscowość, w której można pobierać opłatę miejscową, uwzględniając zróżnicowanie warunków regionalnych i lokalnych.

4. Rada Ministrów w rozporządzeniu, o którym mowa w ust. 3, określa warunki:

- 1) klimatyczne;
- 2) krajobrazowe;
- 3) umożliwiające pobyt osób w celach turystycznych, wypoczynkowych lub szkoleniowych,

5. Rada gminy ustala miejscowości odpowiadające warunkom określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 3 i 4, w których pobiera się opłatę miejscową” [6].

Wyżej wymienione opłaty są to opłaty, które ponosi kuracusz. A kto jeszcze i jakie opłaty ponosi w związku z funk-

cjonowaniem polskich uzdrowisk? Art. 49 ujednoliczonego tekstu ustawy „uzdrowiskowej” z 2005 roku mówi, że:

„1. Gmina uzdrowiskowa, o której mowa w art. 46, otrzymuje dotację z budżetu państwa w wysokości równej wpływom z tytułu opłaty uzdrowiskowej pobranej w uzdrowisku w roku poprzedzającym rok bazowy w rozumieniu ustawy z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2010 r. Nr 80, poz. 256 z późn. zm.)” [7].

W jakiej formie jeszcze Skarb Państwa ponosi koszty leczenia uzdrowiskowego w Polsce?

Art. 108 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* mówi, że: „Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia finansuje:

- 1) świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej na terenie danego województwa i świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony, spełniającemu kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej, co do którego nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 2.

1a. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na terenie danego województwa osobom, o których mowa w art. 12 ust. 1 pkt. 3 i 4 oraz w art 12 pkt 2–4, 6 i 9, z zastrzeżeniem ust. 2.

- 2) Koszty leczenia uzdrowiskowego świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i w ust. 1a, ponosi oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania, a jeśli nie można ustalić miejsca zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce wystawienia skierowania, o którym mowa w art. 33 ust. 1” [8].

Trzeba dodać, że zgodnie z art. 116.1 wymienionej ustawy „przychodami NFZ są m.in. należne składki za ubezpieczenie zdrowotne” obywateli, które to zgodnie z art. 114 tej samej ustawy są „środkami publicznymi” [9].

Kolejnym płatnikiem na rzecz polskich uzdrowisk jest Unia Europejska. *Rozporządzenie Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 7 grudnia 2009 r. w sprawie udzielania pomocy na inwestycje w zakresie energetyki, infrastruktury telekomunikacyjnej, infrastruktury sfery badawczo-rozwojowej, lecznictwa uzdrowiskowego w ramach regionalnych programów operacyjnych* (Dz.U. z 2009 r. Nr 214, poz. 1661) precyzuje kwestię pomocy Unii Europejskiej

na rzecz polskiego lecznictwa uzdrowiskowego, mówiąc, że: „Na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712 i Nr 157, poz. 1241) zarządza się, co następuje:

§1. Rozporządzenie określa szczegółowe przeznaczenie, warunki i tryb udzielania pomocy w ramach regionalnych programów operacyjnych na inwestycje w zakresie: [...]

4) lecznictwa uzdrowiskowego (a konkretnie poprawę jakości lecznictwa uzdrowiskowego §5 pkt 4)

[...]

§3 Rozporządzenie stosuje się do pomocy udzielanej:

[...]

4) w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego – zakładom lecznictwa uzdrowiskowego w rozumieniu ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (Dz.U. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921 oraz z 2009 r. Nr 62, poz. 504) – zwanym dalej «beneficjentem pomocy» [10].

Wывód w tej części poświęcony płatnikom na rzecz lecznictwa uzdrowiskowego można podsumować treścią art. 115 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654) w brzmieniu:

„1. Na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1 i 4–7, podmioty realizujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki finansowe na podstawie umowy zawartej:

- 1) ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, a także z jednostką samorządu terytorialnego lub uczelnią medyczną;
- 2) innym podmiotem uprawnionym do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do decyzji, o których mowa w art. 5 pkt 9 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. z 2014, poz. 1649 oraz z 2015, poz. 349) oraz art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. poz. 1146 oraz z 2015 r. poz. 378).

3. Na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1–6, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać od podmiotu, o którym mowa w ust. 1, z wyjątkiem uczelni medycznej, dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Dotację, o której mowa w ust. 3, na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3, może przyznać:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia:

- a) spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,
 - b) spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, w której uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,
 - c) samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna;
- 2) inny minister, centralny organ administracji rządowej, oraz wojewoda:
 - a) spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,
 - b) samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego jest podmiotem tworzącym” [11].

Dyskusja

W pracy zaprezentowano wyliczenie i rolę poszczególnych płatników na rzecz uzdrowisk w kontekście aktualnie obowiązującego polskiego prawa. Autorowi tych badań wydaje się także niezbędne określenie, za co płatnicy płacą uzdrowiskom, czyli inaczej – jakie powinności mają uzdrowiska na rzecz płatników. Zagadnienie to będzie rozpatrzone w oddzielnym artykule.

Wniosek

Przyjęta w części „Materiał i metoda” hipoteza dla przedstawionych tu badań bez żadnych zastrzeżeń potwierdziła się w całości.

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. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2012;4:340–344.
3. 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. 1399:8–9.

4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135:69.
5. 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. 1399:30.
6. Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych. Dz.U. z 1991 r. Nr 9, poz. 31:25–26.
7. 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. 1399:30.
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135:192–193.
9. Ibidem:195.
10. Rozporządzenie Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 7 grudnia 2009 r. w sprawie udzielania pomocy na inwestycje w zakresie energetyki, infrastruktury telekomunikacyjnej, infrastruktury sfery badawczo-rozwojowej, lecznictwa uzdrowiskowego w ramach regionalnych programów operacyjnych. Dz.U. z 2009 r. Nr 214, poz. 1661:1.
11. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654:69–70.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

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

Ogłoszenie Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego

Dnia 15.03.2016 r. w Wielkopolskim Centrum Onkologii odbyło się pierwsze w tym roku spotkanie Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, które po kilkuletniej przerwie wznowiło swoją działalność. Spotkaniu przewodniczył dr Erwin Strzesak, Przewodniczący Oddziału i Konsultant Wojewódzki Zdrowia Publicznego.

Celem stowarzyszenia jest propagowanie działań prozdrowotnych wśród mieszkańców Wielkopolski, realizacja inicjatyw lokalnych oraz wywieranie istotnego wpływu na politykę zdrowia publicznego w Polsce.

127

Jeśli ochrona zdrowia jest dla Ciebie sprawą wielkiej wagi i chcesz mieć swój głos w kwestiach kluczowych, związanych z inicjowaniem i rozwijaniem programów promocji zdrowia, dołącz do nas i weź udział w kolejnym spotkaniu.

Informacje: anna.krzeminska@wco.pl

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC W „POLSKIM PRZEGLĄDZIE NAUK O ZDROWIU”

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

Przygotowanie manuskryptu

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

Strona tytułowa manuskryptu

Strona tytułowa artykułu powinna posiadać następujący układ:

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

Streszczenia i słowa kluczowe

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

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

Układ pracy

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

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

Powołując się na fragmenty książek, należy uwzględnić: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł książki, nazwiska redaktorów (jeśli występują), wydawnictwo, miejsce wydania, rok wydania, numer strony.

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac niecytowanych w tekście pracy.

Ryciny i tabele

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

Wymagania i prawa wydawcy

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

Adres redakcji:

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny

Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

ul. Polna 33, 60–535 Poznań

(Sekretariat Dyrektora)