Nr 1 (54) 2018

Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu
Polish Review of Health Sciences

Kwartalnik / Quarterly

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

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

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

KOLEGIUM REDAKCYJNE / EDITORIAL BOARD
Redaktor Naczelny:
dr n. med. Maciej Sobkowski

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

Sekretarz Naukowy:
lek. med. Adam Malinger

Sekretarze Redakcji:
mgr Sylwia Kaczmarek
mgr Piotr Sobkowiak

Skład i łamanie:
Mirosława Zajączkowska

Korekta:
Barbara Błażejczak

Projekt okładki:
dr n. med. Maciej Sobkowski

Zdjęcia na okładce:
dr hab. Paweł Rzymski

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WYDAWCA / PUBLISHER
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

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

MNiSW 7 pkt

ISSN 1643-3203
e-ISSN 2544-283X

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

Ark. wyd. 12,9. Ark. druk. 17,8.
Format A4. Zam. nr 109/18.
Druk ukończono we wrześniu 2018.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Bartosz Brzoza, Ewa Mojs, Anna Sudoł
Trening uwagi słuchowej metodą Tomatisa a przyrost umiejętności językowych: badanie efektów innowacyjnego programu edukacyjno-terapeutycznego . . . 7

Anna Pieniążek, Joanna Błajda, Edyta Barnaś
Wybrane czynniki wartościowania zdrowia wśród kobiet ciężarnych 13

Dorota Ćwiek, Daria Kurkus, Katarzyna Szymoniak, Małgorzata Zimny, Agata Daszkiewicz, Regina Powirska-Swęd
Analiza nacięć i obrażeń krocza u rodzących 21

Zbigniew Tarkowski, Olga Dąbska, Joanna Monastyrska, Ewa Humeniuk
Jakość świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w opinii pacjentów z obszaru Polski Wschodniej 33

Elżbieta Antos, Małgorzata Dopierała
Ocena wiedzy osób starszych na temat transplantacji narządów 40

Agata Dutkiewicz, Katarzyna Pastusiak
Model odżywiania promowany przez autorki blogów pro ana w kontekście zdrowia somatycznego i psychicznego 47

Katarzyna Kowalska, Monika Pliszka
Ocena potrzeb edukacyjnych pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych w poradniach diabetologicznych 54

Anna Krzemińska, Erwin Strzesak
Zapisy do lekarza przez Internet – czyli pacjent w e-kolejce do rejestracji . . . 62

Wioletta Waksmańska, Anna Biela, Halina Woś, Renata Łukasik
Analiza przyczyn bóli brzucha u dzieci powyżej 3. roku życia hospitalizowanych na oddziale pediatrycznym z uwzględnieniem wykonywanych badań 66

Maja Wolan, Karol Dziadosz, Anna Jacek
Medyczna marihuana w Polsce. Czy lekarze i przyszli pracownicy medyczni chcą jej legalizacji? 72

Anna Krzemińska, Erwin Strzesak
Chemioterapia i onkologiczne programy lekowe – kierunki zmian na przestrzeni ostatnich lat 79

Anna Kawalec, Agata Kawalec, Krystyna Pawlas
Szczepienie przeciw grypie wśród studentów medycyny rozpoczynających zajęcia kliniczne w sezonie epidemicznym 2016/2017 84

Aneta Grochowska, Małgorzata Kołpa, Iwona Bodys-Cupak, Przemysław Zając
Psychospołeczne funkcjonowanie pacjentów poddawanych hemodializie . . . 91

PRACE POGLĄDOWE

Elżbieta Antos, Małgorzata Wojciechowska
Etyczny wymiar przeszczepiania narządów od dawców żywych 98

Wojciech Balicki, Karol Balicki
Możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej w szpitalu – wymagania prawne a akredytacja 103

Magdalena Kobylińska
Równowaga ciała jako element koordynacji ruchowej – rys historyczny 107

Anna Otlewska, Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Aleksandra Drabik
Subkliniczna niedoczynność tarczycy 112

Anna Otlewska, Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Aleksandra Drabik
Niedobór witaminy D i jego konsekwencje 118

Dawid Stańczyk, Joanna Domagalska, Aleksandra Kulik, Przemysław Nowak
Prawidłowe żywienie w raku przełyku i żołądka – czy to klucz do sukcesu? . . 123

Hanna Waligórska, Erwin Strzesak
Ekonomia dokumentacji medycznej 131

Paweł Mocko
Względne bezpieczeństwo leków biologicznych stosowanych w leczeniu chorób zapalnych jelit 135

Contents

ORIGINAL PAPERS

Bartosz Brzoza, Ewa Mojs, Anna Sudoł
Tomatis auditory training and the development of linguistic skills: evaluation of the effects of an innovative educational-therapeutic programme 7

Anna Pieniążek, Joanna Błajda, Edyta Barnaś
Selected factors of valuing health among pregnant women 13

Dorota Ćwiek, Daria Kurkus, Katarzyna Szymoniak, Małgorzata Zimny, Agata Daszkiewicz, Regina Powirska-Swęd
The analysis of perineal incision and perineal trauma for parturients 21

Zbigniew Tarkowski, Olga Dąbska, Joanna Monastyrska, Ewa Humeniuk
Quality of specialist health care services according to patients from Eastern Poland 33

Elżbieta Antos, Małgorzata Dopierała
Assessment of the state of knowledge of older people on the organ transplantations 40

Agata Dutkiewicz, Katarzyna Pastusiak
Diets promoted by pro ana bloggers in context of somatic and mental health 47

Katarzyna Kowalska, Monika Pliszka
The educational needs assessment among patients with type 2 diabetes attending diabetic outpatient clinics 54

Anna Krzemińska, Erwin Strzesak
Subscriptions to the doctor via the Internet – patient in e-line registration . . . 62

Wioletta Waksmańska, Anna Biela, Halina Woś, Renata Łukasik
Analysis of the reasons for stomach ache in children over 3 years old hospitalised at a children's ward, in consideration of the tests made 66

Maja Wolan, Karol Dziadosz, Anna Jacek
Medical marijuana in Poland. Do physicians and future healthcare workers want to make marijuana legal? 72

Anna Krzemińska, Erwin Strzesak
Chemotherapy and therapeutic programs – trends on in recent years 79

Anna Kawalec, Agata Kawalec, Krystyna Pawlas
Vaccination against influenza among medical students who start the clinical classes in 2016/2017 flu season 84

Aneta Grochowska, Małgorzata Kołpa, Iwona Bodys-Cupak, Przemysław Zając
Psychosocial functioning of patients undergoing hemodialysis 91

REVIEW PAPERS

Elżbieta Antos, Małgorzata Wojciechowska
Ethical dimension of organ transplantation from living donors 98

Wojciech Balicki, Karol Balicki
The exercise of pastoral care at the hospital – legal requirements and accreditation 103

Magdalena Kobylińska
Balance body as element of motor coordination – historical view 107

Anna Otlewska, Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Aleksandra Drabik
Subclinical hypothyroidism 112

Anna Otlewska, Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Aleksandra Drabik
Vitamin D deficiency and its consequences 118

Dawid Stańczyk, Joanna Domagalska, Aleksandra Kulik, Przemysław Nowak
Proper nutrition in esophageal cancer and gastric cancer – is that the key to success? 123

Hanna Waligórska, Erwin Strzesak
Economy medical documentation 131

Paweł Moćko
The relative safety of biologic drugs used in the treatment of inflammatory bowel diseases 135

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

TRENING UWAGI SŁUCHOWEJ METODĄ TOMATISA A PRZYROST UMIEJĘTNOŚCI JĘZYKOWYCH: BADANIE EFEKTÓW INNOWACYJNEGO PROGRAMU EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNEGO

TOMATIS AUDITORY TRAINING AND THE DEVELOPMENT OF LINGUISTIC SKILLS: EVALUATION OF THE EFFECTS OF AN INNOVATIVE EDUCATIONAL-THERAPEUTIC PROGRAMME

Bartosz Brzoza[1], Ewa Mojs[2], Anna Sudoł[3]

[1] Zakład Współczesnego Języka Angielskiego, Wydział Anglistyki, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; stypendysta Fundacji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu na rok akademicki 2017/2018
[2] Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[3] Centrum Treningu Uwagi Słuchowej metodą Tomatisa w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.1

STRESZCZENIE

Różnego rodzaju zaburzenia językowe, w tym zaburzenia ośrodkowego przetwarzania słuchowego u dzieci, negatywnie wpływają na proces efektywnego słuchania, co przekłada się na wiele problemów w uczeniu się języka ojczystego czy języków obcych. Trening słuchowy metodą Tomatisa jest terapią, która poprzez stymulację dźwiękową pacjenta może prowadzić do rozszerzenia słyszanych częstotliwości, co w konsekwencji skutkuje zwiększonymi umiejętnościami językowymi uczestników treningu. Artykuł przedstawia działania polegające na połączeniu treningu słuchowego metodą Tomatisa z zajęciami językowymi u dzieci wczesnoszkolnych. Wyniki testów przed rozpoczęciem terapii oraz po jej zakończeniu, wskazujące na istotny przyrost w zakresie podstawowych umiejętności językowych, pozwalają dostrzec pozytywne efekty treningu metodą Tomatisa w procesie uczenia się języków.

Słowa kluczowe: metoda Tomatisa, rozwój umiejętności językowych, zaburzenia językowe.

ABSTRACT

Various language impairments in children, including central auditory processing disorder, have negative effects on the process of effective listening. These deficiencies entail a number of problems with learning of both first and foreign language. The Tomatis auditory training is a therapy which, through auditory stimulation, can result in an extended spectrum of perceived frequencies, which involves an enhanced development of patients' linguistic abilities. The paper reports on the successfulness of a programme that combined the auditory training with the language module delivered to early primary school children. The results of the tests prior to the beginning of the therapy and right after its finish show significant gains in basic linguistic skills. The results point to the positive effects of the Tomatis auditory training in the process of language learning.

Keywords: Tomatis auditory training, linguistic development, language impairments.

Wstęp – trening słuchowy metodą Tomatisa

Trening słuchowy prowadzony metodą Tomatisa pozwala poprawić jakość własnych wypowiedzi, a jednocześnie umożliwia efektywne słuchanie innych osób. Sama metoda to w praktyce program stymulacji słuchowej, dzięki któremu uzyskujemy poprawę w zakresie zaburzeń ośrodkowego przetwarzania słuchowego, uwagi słuchowej i umiejętności komunikacji. Kontrolę własnej wypowiedzi i głosu umożliwia nam trening słuchu, realizowany za pomocą odpowiednio dobranego materiału dźwiękowego z wplataniem ćwiczeń audio-wokalnych. Następuje zwiększenie koncentracji uwagi na komunikacie słownym i pisemnym, który dociera do uczestnika terapii, jak również zwiększa się zakres kompetencji językowych w obszarze wypowiedzi własnej, ustnej i pisemnej. Dodatkowo mamy do czynienia ze zmianami w obszarze emocjonalnym i społecznym [1].

Związek metody Tomatisa i ogólnych kompetencji językowych

Trening słuchowy metodą Tomatisa może przyczynić się do rozwoju umiejętności językowych u dzieci z zaburzeniami przetwarzania języka. Wilson i wsp. [2] porównali wyniki uzyskane przez dzieci z zaburzeniami przetwarzania językowego, u których zastosowano tylko językowy program naprawczy, z wynikami dzieci, które poza zajęciami językowymi zostały poddane również treningowi stymulacji słuchowej Tomatisa. Dzieci, u których zastosowano zarówno

program językowy, jak i trening słuchowy, radziły sobie statystycznie lepiej od dzieci z grupy z zajęciami wyłącznie językowymi. U dzieci z grupy z treningiem poprawiły się umiejętności dźwiękonaśladownictwa, zamykania się na niepotrzebne bodźce dźwiękowe, co wpłynęło na ogólne polepszenie komunikacji i wyrażanie myśli i uczuć.

Również Spaggiari i wsp. [3] zbadali efektywność terapii Tomatisa w zakresie wzrostu umiejętności językowych u 27 dzieci z trudnościami z mową w języku pierwszym oraz uczenia się. Autorzy badania doszli do wniosku, że trening słuchowy przyczynił się mocno do przezwyciężenia problemów językowych w 78% przypadków, a w sposób umiarkowany u 22% uczestników.

Podobnie obserwacje z badań Neysmith-Roy [4] podkreślają pozytywny wpływ treningu słuchowego na umiejętności kluczowe dla efektywnego przetwarzania językowego, m.in. stopień reagowania na pytania, adaptację do zmiany sygnału językowego czy komunikację niewerbalną. Badacze podkreślają, że opanowanie wymienionych typów zachowania stanowi konieczność dla poprawnego rozwoju języka u dzieci. Wpływ zwiększonych kompetencji psychologicznych i motorycznych na sukces w zakresie zachowania językowego potwierdzają także inne badania [5].

Metoda Tomatisa w kontekście nauki języków obcych

Każdy język korzysta z odrębnych zakresów używanych częstotliwości dźwięków [6]. Z powodu różnic pomiędzy średnimi frekwencjami dla różnych języków wielu osobom trudno jest opanować język obcy, zwłaszcza w stopniu tożsamym stopniowi opanowania języka pierwszego. Wiąże się to ze specjalizacją w zakresie dźwięków języka rodzimego i zamykaniem się na częstotliwości dźwięków języków obcych w dzieciństwie [7, 8]. Metoda Tomatisa może być pomocna w nauce języków obcych, ponieważ uwrażliwia ucho na szersze spektrum częstotliwości. Uwrażliwienie to może w efekcie pomóc w uczeniu się języków.

Pozytywne efekty metody Tomatisa zostały zaobserwowane w badaniach skupiających się na procesie nabywania poprawnej wymowy. Na przykład w swoim badaniu Kaunzer [9] podzieliła 164 Włochów uczących się języka niemieckiego na trzy grupy – jedna otrzymała wyłącznie trening w zakresie wymowy, w drugiej treningowi fonetycznemu towarzyszyła stymulacja metodą Tomatisa, a grupa kontrolna uczyła się tylko języka niemieckiego bez nacisku na ćwiczenie wymowy. Grupa uczących się, którym towarzyszył trening metodą Tomatisa, uzyskała najlepsze wyniki w zakresie wymowy, a poziom przyrostu umiejętności był istotnie wyższy od tego poziomu w pozostałych grupach.

Poza samymi kompetencjami fonologicznymi trening uwagi słuchowej może mieć wpływ na inne elementy przetwarzania językowego. Murase [10] zauważa, że trening słuchowy Tomatisa, który towarzyszył klasycznym zajęciom językowym, wpłynął na poziom ogólnej biegłości językowej u Japończyków uczących się języka angielskiego. W zestawieniu z grupą kontrolną uczniowie, którzy przeszli trening słuchowy, dokonali statystycznie większego postępu w opanowywaniu języka obcego.

Wyżej wymienione badania wskazują na potencjalnie pozytywny wpływ treningu słuchowego metodą Tomatisa na rozwijanie sprawności językowych u osób uczących się języków obcych. Pokazują one, że stymulacja słuchowa przeprowadzona z pomocą urządzeń dostępnych w metodzie Tomatisa może być skutecznym urozmaiceniem formalnych zajęć językowych, a przez rozwój kompetencji pozajęzykowych, m.in. psychologicznych, może wpłynąć pozytywnie na kompetencje językowe. Wpływ połączonej terapii metodą Tomatisa z zajęciami językowymi jest przedmiotem obecnego badania.

Hipotezy

Postawione hipotezy zakładały, że połączenie nauczania języka angielskiego w oparciu o językowe lekcje edukacyjno-terapeutyczne z treningiem słuchowym metodą Tomatisa spowoduje przyrost kompetencji dzieci w zakresie szeroko pojętego przetwarzania językowego. Efektywność przetwarzania językowego została zoperacjonalizowana w badaniu jako umiejętność dyskryminacji (rozróżniania) dźwięków, analizy fonemowej i sylabowej słów oraz stan ogólnej pamięci fonologicznej (ile słów przechowywanych jest efektywnie w krótkotrwałej pamięci fonologicznej – ang. *phonological loop* [11]). Założono, że zajęcia językowe i trening słuchowy zwiększą umiejętności dzieci w wyżej wymienionych obszarach. Przyjęto, że po przejściu treningu oraz otrzymaniu zajęć językowych dzieci zdobędą lepsze wyniki w zadaniach testujących te umiejętności dla języków: polskiego (rodzimego), angielskiego (ćwiczonego obcego) oraz w zakresie nieistniejącego systemu językowego (ogólna sprawność językowa). Efektem dodatkowym powinien być wzrost zakresu aktywnego słownictwa.

Materiał i metody

Uczestnicy

W projekcie naukowym [12] uczestniczyło 160 dzieci ze szkół podstawowych, z klas I–III; obu płci; ze środowisk wiejskich i miejskich; z rodzin pełnych, niepełnych; w których jest jedno, dwoje, troje, czworo, pięcioro dzieci. Gru-

pę kontrolną stanowiło 80 osób wybranych losowo[1]. Do grupy właściwej zakwalifikowano 80 dzieci zagrożonych dysleksją i współistniejącymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego, w normie intelektualnej, bez obciążenia chorobami psychicznymi. Grupa właściwa została podzielona i jej połowa uczestniczyła w zajęciach z sesjami terapeutyczno-edukacyjnymi. Sumarycznie w części językowej programu wzięło udział 40 dzieci.

Diagnoza wstępna

Na początku terapii, jeszcze przed rozpoczęciem realizacji programu języka angielskiego, u dzieci przeprowadzana została wstępna diagnoza (pre-test) ogólnych predyspozycji językowych oraz sprawdzona została znajomość języka angielskiego, jaką dzieci już posiadają po lekcjach w szkole. Pre-test składał się z trzech etapów:

1) sprawdzenie podstawowej znajomości języka angielskiego w zakresie nazw zwierząt, kolorów oraz członków rodziny, umiejętności liczenia w języku angielskim itp.;
2) sprawdzenie ogólnych predyspozycji językowych poprzez: umiejętność dyskryminacji (rozróżniania) podobnych dźwięków w paronimach (parach wyrazów różniących się tylko jednym dźwiękiem, zazwyczaj samogłoską), umiejętność analizy sylabowej, umiejętność analizy fonemowej oraz sprawdzenie pamięci fonologicznej. Do osiągnięcia tego celu posłużyły różne zadania na systemach językowych: abstrakcyjnym (na podstawie [13], s. 268–275), języku polskim (na podstawie [14], s. 59–61) oraz języku angielskim (na podstawie [15]);
3) wywiad z rodzicem – krótka rozmowa z rodzicem, mająca na celu poznanie jego opinii na temat szeroko pojętej kwestii uczenia się przezeń języków.

Terapia

Każde z 40 dzieci otrzymało 5 godzin indywidualnych zajęć edukacyjno-terapeutycznych w zakresie języka angielskiego według specjalnego programu edukacyjnego. Zajęciom językowym towarzyszyło 45 godzin treningu słuchowego. Program edukacyjny zakładał prowadzenie lekcji w duchu indywidualnego podejścia do ucznia oraz opierał się na podejściu holistycznym, czerpiącym z różnych technik i metod dydaktycznych. Nauczanie w ramach programu przestrzegało zasad uczenia dzieci z zaburzeniami przetwarzania słuchowego, brakiem „słuchania ze zrozumieniem" i trudnościami z przetwarzaniem informacji czy dysleksją. Nauczanie przewidziane w programie w dużej mierze zatem przypominało nauczanie dzieci z dysleksją – m.in. zawierało liczne powtórzenia treści, rozwijało pewność siebie, używane materiały nie były przeładowane treścią i bodźcami, zastosowano dużo obrazowania oraz odwoływania się do wyobraźni dziecka. Wykorzystano także różne modalności w uczeniu, tak by cechowała je multisensoryczność (przegląd technik uczenia języków obcych dzieci z dysleksją został zawarty w pracy Nijakowskiej i wsp. [16]).

Zakres i treści nauczania powiązane był tematycznie z treścią płyt językowych wypracowanych w ramach projektu i stosowanych w terapii Tomatisa.

Do metod pracy stosowanych na zajęciach zaliczamy m.in. metodę ćwiczeń, prowadzenie prostych rozmów w języku obcym, metodę problemową, metodę prezentacji, pracę nad elementami językowymi segmentalnymi (fonemy, pojedyncze słowa) oraz większymi (proste zdania i rymowanki itp.), ćwiczenia artykulacyjne, gry językowe czy rozwijanie słownictwa.

Ewaluacja postępów

Po ukończeniu zajęć językowych oraz treningu słuchowego dokonano ewaluacji postępów poprzez przeprowadzenie post-testu, którego procedura była identyczna opisanej wyżej procedurze diagnozy wstępnej (pre-testu).

Wyniki

Pre-test

Diagnoza początkowa wskazała na nie najlepsze wyniki dzieci, jeśli chodzi o testowane proste zadania językowe, np. na języku abstrakcyjnym. Średni wynik to 32,87 punktu na 47 możliwych do uzyskania (69%), co wskazuje, że dzieci biorące udział w projekcie były zagrożone możliwością wystąpienia dysleksji i zaburzeń przetwarzania języka. Dzieci kiepsko radziły sobie z dyskryminacją dźwięków abstrakcyjnego języka (zwłaszcza par /t/ – /d/, /p/ – /b/, /r/ – /l/ oraz większości samogłosek; średni wynik to 72%). Dzieci jednak radzą sobie lepiej, jeśli chodzi o analizę fonemową czy sylabową wyrazów; średni wynik w tych kategoriach to 78%. Dzieci mają słabą pamięć fonologiczną; średni wynik w tej kategorii oscyluje na poziomie 55%.

W przypadku języka angielskiego średni wynik w zakresie umiejętności dyskryminacji dźwięków tego języka to 16,5 na 25 punktów, czyli 66%. Przeciętne dziecko potrafiło policzyć do 13, podać ok. 4 angielskich określeń

1 Dane z raportu rocznego przygotowanego dla NCBiR, przedstawionego w marcu 2016 roku. Raport, złożony przez Fundację Aktywności Lokalnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu i Learn Up, dotyczył działań prowadzonych od czerwca do grudnia 2015 roku w ramach programu „Wyrównywanie szans – podnoszenie kompetencji dzieci z deficytami".

kolorów, ok. 4 nazw zwierząt oraz ok. 3 angielskich słów określających członków rodziny.

Jeśli chodzi o dyskryminację podobnie brzmiących wyrazów z języka polskiego, średni wynik to 12 na 15 punktów, czyli ok. 80%. Wyniki były na tyle dobre prawdopodobnie ze względu na wiedzę semantyczną słów z dźwiękami języka polskiego, który dla wszystkich dzieci był językiem pierwszym, co ułatwiło rozpoznanie.

W języku angielskim najbardziej problematyczne dla dzieci przed rozpoczęciem terapii było rozróżnianie par spółgłosek /r/ – /l/, /r/ – /w/, /b/ – /g/ oraz większości samogłosek, zwłaszcza par różniących się długością wydźwięku (kategoria fonologiczna zmieniająca znaczenie słów w języku angielskim, a nieistniejąca w języku polskim, np. jak w angielskich wyrazach *sheep* („owca") *vs. ship* („statek")).

Z wywiadu z rodzicami i opinii nauczycieli języka angielskiego dostarczonych przez opiekunów dzieci wynikło, że dzieci mają niewielkie predyspozycje do nauki języków obcych. Cytaty z niektórych opinii o dzieciach: „ma trudności z zapamiętywaniem słów, odróżnianiem podobnych wyrazów, budowaniem wypowiedzi słownych w języku obcym", „cechuje go nieprawidłowa wymowa słów", „popełnia sporo błędów w wymowie i samodzielnym nazywaniu przedmiotów", „ma trudności podczas wykonywania nawet prostych zadań językowych", „[uczenie się języka angielskiego] sprawia mu dużo kłopotów, wszystko należy tłumaczyć mu indywidualnie", „słabo zapamiętuje słownictwo". Nauczyciele i rodzice podkreślali problemy dzieci z powtarzaniem i zapamiętywaniem wyrazów, wymową języka angielskiego, zrozumieniem prostych poleceń w języku obcym, czytaniem, pisaniem, a także słuchaniem, zapisywaniem wyrazów fonetycznie, zamienianiem dźwięków. Opinie podkreślały wpływ braku umiejętności pozajęzykowych na sferę radzenia sobie w języku angielskim oraz potrzebę poświęcenia większej, w porównaniu z innymi dziećmi, ilości czasu na wykonanie zadanych ćwiczeń.

Post-test

Przeprowadzona ewaluacja po zakończeniu terapii wykazała postęp dzieci we wszystkich testowanych kategoriach.

W zakresie operacji na abstrakcyjnym, nieistniejącym systemie językowym wyniki prezentują się następująco. Średni wynik to 40,48 punktu na 47 możliwych do uzyskania (wzrost o 7,6 punktu). Jeśli chodzi o dyskryminację dźwięków abstrakcyjnego języka, średni wynik to 90% (wzrost o 4,2 punktu). W zakresie analizy fonemowej czy sylabowej wyrazów średni wynik w tych kategoriach to odpowiednio 90 i 91% (wzrost o odpowiednio 0,7 punktu i 0,64 punktu). W kategorii pamięci fonologicznej średni wynik po zakończeniu terapii wyniósł 73% (wzrost o 2,16 punktu).

W przypadku języka angielskiego średni wynik w zakresie umiejętności dyskryminacji dźwięków tego języka po zakończeniu terapii wyniósł 21,8 punktu na 25 punktów, czyli 87% (wzrost o 5,3 punktu). Dzieci średnio potrafiły policzyć do 16, podają ok. 6 angielskich nazw kolorów, ok. 8 angielskich nazw zwierząt oraz ok. 4 angielskie słów określających członków rodziny.

W zakresie dyskryminacji podobnie brzmiących wyrazów z języka polskiego średni wynik post-testu to 14,2 punktu na 15 punktów, czyli ok. 94% (wzrost o 2,2 punktu).

Z opinii nauczycieli języka angielskiego dostarczonych przez rodziców po zakończeniu terapii i programu językowego wynika, że zauważono postęp dzieci. „Poczynił postępy, dobrze opanował materiał języka angielskiego", „nauka języka sprawia mu mniejszą trudność", „z większą łatwością przyswaja/powtarza frazy, radzi sobie lepiej", „poprawie uległo czytanie w języku obcym", „chętniej powtarza słowa i zwroty" – to wybrane cytaty z opinii nauczycieli. Nauczyciele i rodzice zwracają uwagę na zauważalną poprawę m.in. w mówieniu, powtarzaniu, czytaniu, opanowaniu materiału oraz radzeniu sobie z dźwiękami języka angielskiego.

Zestawienie i porównanie wyników

Poniższe tabele przedstawiają zestawienie wyników pre- oraz post-testu w zakresie operacji na abstrakcyjnym systemie językowym (**Tabela 1**), języku angielskim (**Tabela 2**) oraz języku polskim (**Tabela 3**).

W przypadku operacji na abstrakcyjnym nieistniejącym języku zaobserwowano istotny statystycznie postęp w zakresie dyskryminowania (rozróżniania) dźwięków między wynikami dzieci przed i po terapii [$t(39) = -8{,}54$; $p < {,}001$]. Zanotowano statystycznie istotny postęp u dzieci, jeśli chodzi o analizę sylabową [$t(39) = -3{,}93$; $p < {,}001$] oraz fonemową [$t(39) = -3{,}68$; $p < {,}001$] słów. Poprawiła się również pamięć fonologiczna dzieci [$t(39) = -6{,}58$; $p < {,}001$]. Polepszyła się także umiejętność dyskryminacji dźwięków języka polskiego [$t(39) = -8{,}31$; $p < {,}001$].

W zakresie języka angielskiego, języka obcego, którego uczą się badani, zaobserwowano postęp przede wszystkim w ramach umiejętności dyskryminacji dźwięków języka angielskiego [$t(39) = -8{,}08$; $p < {,}001$]. Zaobserwowano istotny statystycznie przyrost wiedzy w poszczególnych kategoriach: liczenie w języku angielskim [$t(39) = -7{,}57$; $p < {,}001$], znajomość angielskich określeń kolorów [$t(39) = -6{,}94$; $p < {,}001$], znajomość angielskich nazw zwierząt [$t(39) = -11{,}35$; $p < {,}001$] oraz członków rodziny [$t(39) = -6{,}23$; $p < {,}001$].

Tabela 1. Operacje na abstrakcyjnym systemie językowym

Testowane zadanie/ umiejętność	Średni uzyskany wynik punktowy*	Procent możliwej do uzyskania punktacji	Średni uzyskany wynik punktowy*	Procent możliwej do uzyskania punktacji
	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII	
Dyskryminacja dźwięków	17,5 (3,78)	72	21,7 (1,86)	90
Analiza sylabowa słów	3,91 (1,2)	78	4,55 (0,64)	91
Analiza fonemowa słów	4,7 (1,8)	78	5,4 (1,1)	90
Pamięć fonologiczna	6,7 (2,2)	55	8,86 (1,96)	73
Ogółem	32,87 (5,8)	69	40,48 (3,96)	86

*w nawiasach podano odchylenie standardowe

Tabela 2. Język angielski

Testowane zadanie/ umiejętność	Średni uzyskany wynik punktowy*	Procent możliwej do uzyskania punktacji	Średni uzyskany wynik punktowy*	Procent możliwej do uzyskania punktacji
	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII	
Liczenie w j. ang. (1–20)	13,7 (3,69)	68,5	16,32 (2,82)	81
Znajomość nazw kolorów	4,48 (1,58)	brak limitu	5,8 (1,24)	brak limitu
Znajomość nazw zwierząt	4,2 (2,46)	brak limitu	7,85 (2,78)	brak limitu
Znajomość nazw członków rodziny	2,95 (1,48)	brak limitu	4,1 (1,05)	brak limitu
Dyskryminacja podobnych dźwięków j. ang.	16,5 (4,4)	66	21,8 (2,2)	87

*w nawiasach podano odchylenie standardowe

Tabela 3. Język polski

Testowane zadanie/ umiejętność	Średni uzyskany wynik punktowy*	Procent możliwej do uzyskania punktacji	Średni uzyskany wynik punktowy*	Procent możliwej do uzyskania punktacji
	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII	
Dyskryminacja dźwięków	12 (2,2)	80	14,2 (1,04)	94

*w nawiasach podano odchylenie standardowe

Ogółem, znajomość języka angielskiego testowana w różnych zadaniach (zoperacjonalizowana jako ogólna liczba punktów uzyskana we wszystkich zadaniach związanych tylko z językiem angielskim) wzrosła i jest to postęp wysoce istotny statystycznie [$t(39) = -14{,}24$; $p < {,}001$].

Dyskusja i wnioski

U dzieci biorących udział w projekcie nastąpił istotny statystycznie przyrost kompetencji w zakresie ogólnego przetwarzania językowego. Dzieci poczyniły postępy we wszystkich testowanych kategoriach: dyskryminacji dźwięków w językach polskim, angielskim oraz w zakresie nieistniejącego systemu językowego, umiejętności analiz sylabowych i fonemowych, a także ogólnej pojemności pamięci fonologicznej. Zwiększył się zasób aktywnego słownictwa w ćwiczonych obszarach języka angielskiego.

Zaobserwowany przyrost umiejętności w przypadku wszystkich testowanych kategorii pozwala stwierdzić, iż połączenie zajęć edukacyjnych w zakresie języka angielskiego z treningiem uwagi słuchowej metodą Tomatisa przynosi korzyści dla rozwijania umiejętności językowych dzieci w zakresie języków tak pierwszego, jak i obcego.

Ogólna sprawność językowa, przede wszystkim w zakresie ćwiczonego języka angielskiego, została zwiększona, co potwierdzają zarówno wyniki badań ilościowych, jak i oceny nauczycieli szkolnych oraz subiektywne opinie rodziców.

Wnioskujemy, że poprawa umiejętności językowych jest wypadkową zajęć językowych i treningu słuchowego, który wspomaga ogólny rozwój dziecka, np. rozwój komunikacji, słuchania ze zrozumieniem, zwiększenie zasobu słownictwa, płynności wypowiedzi oraz elokwencji. Prze-

prowadzenie u dzieci treningu słuchowego z pewnością było pomocne w prowadzeniu zajęć językowych, a także pomogło uzyskać lepsze wyniki w zakresie sprawności językowej. Dalsze badania nad połączeniami treningu słuchowego metodą Tomatisa i zajęć edukacyjnych w zakresie języków (obcych), w tym zestawienie wyników obecnych z grupami kontrolnymi, są konieczne i pozwolą na bardziej szczegółowe rozpoznanie relacji pomiędzy treningami: językowym i słuchowym a rozwojem umiejętności językowych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Mojs E, Nowogrodzka A, Piasecki B, Wolnowska B. Wpływ treningu słuchowego Tomatisa na poziom funkcjonowania poznawczego u dzieci z dysfunkcjami mowy. Neuropsych Neuropsychol. 2011; 6(3–4): 108–112.
2. Wilson BC, Iacovello J, Metlay W, Risucci D, Rosati R, Palmaccio T. The Tomatis project: final report. Referat wygłoszony na Opening Communication Conference, Toronto, Ontario, Canada; 1982.
3. Spaggiari G, Luppi LG, Spaggiari P. Validita' del Metodo Tomatis su oltre 400 casi clinici di pazienti con problem psicologici e psichiatrici. Referat wygłoszony na the International Tomatis Congress in Neuchatel, Switzerland; 1995.
4. Neysmith-Roy JM. The Tomatis method with severely autistic boys: individual case studies of behavioural changes. S Afr J Psychol. 2001; 31(1): 19–26.
5. Corbett B, Shickman K, Ferrer E. The effects of Tomatis sound therapy on language, cognition and behavior in children with autism. J Autism Dev Dis. 2007; 38(3): 562–566.
6. Tomatis A. The Conscious Ear: My life of transformation through listening. Station Hill Press; 1992.
7. Jusczyk PW. The discovery of spoken language. Cambridge: The MIT Press; 1997.
8. Kuhl PK. A new view of language acquisition. Proc Nat Acad Sci. 2000; 97: 11850–11857.
9. Kauzner UA. Das Ohr als Schlussel zur Fremdsprachenkompetenz. Rozprawa doktorska. Julius Groos Verlag; 2001.
10. Murase K. Year 1 Pilot Study: Use of the Tomatis method with Japanese high school students learning English as a foreign language. Int J Tomatis Method Res. 2004; 1(1): 51–53.
11. Baddeley AD, Hitch G. Working memory. Psychol Learn Motiv. 1974; 8: 47–89.
12. Sudoł A, Kabzińska K, Mojs E, Wiecheć K. Badania nad efektywnością treningu słuchowego metodą Tomatisa w kontekście zaburzeń dyslektycznych. Pol Prz Nauk Zdr. 2016; 3(48): 290–294.
13. Bogdanowicz M, Jaworowska A, Krasowicz-Kupis G, Matczak A, Pelc-Pękala O, Pietras I, Stańczak J, Szczerbiński M. Diagnoza dysleksji u uczniów klas III szkoły podstawowej. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2011.
14. Koźniewska E, Matuszewski A. Skala umiejętności fonologicznych (Skala F). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej; 2003.
15. Ponsonby M. How now brown cow – a course in the pronunciation of English. Oxford: Pergamon Press; 1982.
16. Nijakowska J, Kormos J, Hanusova S, Jaroszewicz B, Kálmos B, Imrene Sarkadi A, Smith AM, Szymańska-Czaplak E, Vojtkova N. DysTEFL – dyslexia for teachers of English as a foreign language. Trainer's booklet. Trainee's booklet. CD-Rom. Cham, Germany: Verlag Ernst Vögel; 2013.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Ewa Mojs
Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań
tel.: 61 854 72 73
e-mail: zakpsych@ump.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

WYBRANE CZYNNIKI WARTOŚCIOWANIA ZDROWIA WŚRÓD KOBIET CIĘŻARNYCH

SELECTED FACTORS OF VALUING HEALTH AMONG PREGNANT WOMEN

Anna Pieniążek[1], Joanna Błajda[1], Edyta Barnaś[1, 2]

[1] Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski
[2] Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.2

STRESZCZENIE

Wstęp. Ciąża wywiera ogromny wpływ na organizm kobiety pod wieloma względami, m.in.: fizjologicznym, endokrynnym i psychologicznym. Postrzeganie zdrowia przez ciężarne jest zależne od wielu uwarunkowań. To, w jaki sposób kobiety przygotowują się do ciąży, czy jest ona planowana, wiek zajścia w pierwszą ciążę, warunki społeczno-ekonomiczne w dużej mierze wpływają na przebieg ciąży oraz stan zdrowia matki i dziecka.
Cel pracy. Celem pracy była ocena wartości zdrowia w opinii kobiet ciężarnych z uwzględnieniem czynników społecznych, medycznych i demograficznych.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 200 kobiet ciężarnych zamieszkujących Rzeszów i okolicę. Do zebrania danych posłużono się standaryzowanym kwestionariuszem Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ), całość opracowano w programie SPSS. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem Manna-Whitneya, testem Kruskala-Wallisa oraz obliczając współczynnik korelacji rho Spearmana.
Wyniki. Ankietowane najwyższą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako wynik, tj. „należycie się odżywiać", „dbać o wypoczynek i sen", właściwość, tj. „posiadać sprawne wszystkie części ciała", „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych", oraz stan, tj. „czuć się dobrze", „czuć się szczęśliwym przez większą część czasu". Kobiety, które miały za sobą większą liczbą porodów siłami natury, w mniejszym stopniu postrzegały bycie zdrowym jako dbanie o wypoczynek lub sen, natomiast w większym stopniu kojarzyły bycie zdrowym z niechorowaniem. Z kolei badane, które miały za sobą większą ilość martwych porodów, częściej bycie zdrowym kojarzyły z niechorowaniem.
Wnioski. Wartość zdrowia badanych kobiet ciężarnych w niewielkim stopniu jest zależna od zmiennych społeczno-demograficznych oraz stanu położniczego. Ankietowane najwyższą wagę przywiązują do zdrowia rozumianego jako wynik i właściwość oraz stan.

Słowa kluczowe: zdrowie, wartościowanie zdrowia, kobiety ciężarne.

ABSTRACT

Introduction. Pregnancy has a profound impact on a woman's body in numerous ways including: physiological, endocrine and psychological aspects. The perception of health by a pregnant woman depends on many factors. The way women are preparing for pregnancy, the fact if it is planned, the age of the 1st pregnancy, socio-economic conditions largely affect the pregnancy and mother and baby's health.
Aim of the study. The aim of the study was to assess the value of health according to pregnant women considering social, medical and demographic factors.
Material and methods. 200 pregnant women from Rzeszow and the surrounding area were enrolled in the study. The study was approved by the Bioethics committee (permission No. 06/04/2016). The standardized questionnaire Health Criteria List by Z. Juczyński were used to collect the data, SPSS software was used to process the data. The level of significance was adopted at $p < 0.05$. Validation of the differences between the variables was performed using Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test and Spearman's rho correlation coefficient was calculated.
Results. The respondents attached the greatest importance to health understood as the result of "proper diet", "proper rest and sleep", and such properties as i.e., "to have fit all body parts", "do not experience any physical discomfort" and the states, i.e., "feel good", "feel happy most of the time". Women who had given more spontaneous births, to a lesser extent, perceived being healthy as taking care of rest or sleep, but to higher extent being healthy meant not getting ill. In turn, the subjects who had given more stillbirths often associated being healthy with not getting ill.
Conclusions. The value of the health in the surveyed pregnant women was slightly dependent on the socio-demographic variables and the obstetric condition. The surveyed assigned the highest priority to health understood as result and property and the state.

Keywords: health, valuing health, pregnant women.

Wstęp

Analizując pojęcie zdrowia przez społeczeństwo, można stwierdzić, że jest ono szeroko rozumiane i pojmowane. Również w dostępnej literaturze spotkać się można z wieloma definicjami zdrowia, jednak zrozumienie istoty i wartości zdrowia oraz umieszczenie go w odpowiednim miejscu hierarchii wartości odgrywa ogromną rolę w życiu każdego człowieka. Jest ono podstawą kształtowania postaw wobec potrzeb zdrowotnych i świadczy o naszym wkładzie w zwiększenie lub zatrzymanie wysokiego potencjału cech psychofizycznych niezbędnych w życiu [1].

Zdrowie, niezależnie od sposobu jego pojmowania definicyjnego, zawsze traktowane jest jako atrybut człowieka i pojmowane jest jako wartość pozytywna [2]. Wartość ta stanowi istotny element decyzyjny, w oparciu o który dokonywany jest wybór zachowań będących składową stylu życia, jeśli jest usytuowana na wysokiej pozycji w hierarchii wartości poszczególnych jednostek lub grup społecznych [3].

Chcąc wyłonić najlepszą definicję zdrowia i jego wartość dla kobiety ciężarnej i jej nienarodzonego dziecka, należy wziąć pod uwagę wszystkie aspekty, w tym także czynniki społeczne, medyczne i demograficzne.

Cel pracy

Poznanie kryteriów postrzegania wartości zdrowia przez kobiety ciężarne w odniesieniu do zdrowia własnego oraz ich nienarodzonego dziecka.

Materiał i metody

Przebadano 200 kobiet ciężarnych, uczestniczek Szkoły Rodzenia oraz ciężarnych hospitalizowanych na odcinku Patologii Ciąży Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie. Badanie zrealizowano w okresie od marca 2016 do grudnia 2016 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim; nr zgody 6/04/2016.

Wśród 200 ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 26–30 lat oraz w wieku 31 lat i więcej (po 39,0% badanych). Prawie połowa badanych kobiet – 48,0% – jako miejsce zamieszkania podała wieś, natomiast miasto zamieszkiwało 52,0%. Ponad połowa badanych (55,5%) miała wykształcenie wyższe. Większość kobiet (86,5%) przebywała w stałym związku małżeńskim. W związku partnerskim pozostawało 9,0% kobiet. Respondentki w 73,5% uznały swoje warunki bytowe za dobre. Posiadanie średnich warunków materialnych wskazało 25,5%, a kłopoty finansowe deklarował 1,0% kobiet.

Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, narzędziem – standaryzowany kwestionariusz – Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) oraz autorska ankieta obejmująca 15 pytań. Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) Z. Juczyńskiego to narzędzie składające się z 24 stwierdzeń dotyczących zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Stwierdzenia zawarte w liście odzwierciedlają różne aspekty zdrowia, takie jak troska o wypoczynek i sen, należyte odżywianie itd. Jedne kryteria stanowią świadectwo aktualnego stanu zdrowia, inne należy traktować jako warunki zdrowia, jeszcze inne podkreślają wagę pełnego funkcjonowania i realizacji swoich możliwości. Ankietowany po wybraniu kryteriów, które według niego mają znaczenie dla zdrowia, kolejno dokonuje wyboru 5 najważniejszych kryteriów, które szereguje od najbardziej ważnego (5 punktów) do najmniej ważnego (1 punkt). Tak przypisane punkty są interpretowane poprzez odniesienie do wartości średnich. Ważna jest nie tylko waga kryteriów, ale istotne są ich właściwości opisujące zdrowie jako stan, wynik, właściwość lub proces [4].

Zebrane dane wprowadzono do arkusza kalkulacyjnego i zanalizowano w programie SPSS. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem Manna-Whitneya, testem Kruskala-Wallisa oraz obliczając współczynnik korelacji rho Spearmana.

Wyniki

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowane kobiety najwyższą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako wynik oraz właściwość, zaś zdrowie postrzegane jako stan znajduje się na dalszym miejscu. Być zdrowym to według badanych przede wszystkim „należycie się odżywiać", „dbać o wypoczynek, sen", „mieć sprawne wszystkie części ciała", „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych". Nieco mniej ważne okazały się stwierdzenia „czuć się dobrze", „czuć się szczęśliwym przez większą część czasu", „umieć cieszyć się z życia" (**Tabela 1**).

Badania własne wykazały, że wiek kobiet w niewielkim stopniu wpływał na wybierane kryteria zdrowia. Stwierdzono, że badane z grupy wiekowej 15–18 lat większe znaczenie przypisywały unikaniu spożywania alkoholu (1,71) oraz brakowi potrzeby chodzenia do lekarza (2,43). Wraz z wiekiem kobiet wzrastało przekonanie, że bycie zdrowym to niechorowanie.

Analiza badań własnych wykazała, że mieszkanki wsi częściej bycie zdrowym kojarzyły z niepaleniem tytoniu (1,04) oraz umiejętnością cieszenia się z życia (0,99). Mieszkanki małych (1,67) lub dużych miast (1,43) za poczucie bycia zdrowym uważały częściej niż mieszkanki wsi (0,57) czucie się dobrze. Nie stwierdzono, by miejsce zamieszkania różnicowało istotnie inne kryteria zdrowia w badanej grupie.

Wykazano, że kobiety niepozostające w żadnym związku częściej (1,00) bycie zdrowym kojarzyły z posiadaniem dobrego nastroju. Również ta grupa badanych częściej (1,33) bycie zdrowym postrzegała jako brak potrzeby chodzenia do lekarza.

Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety z wykształceniem podstawowym (1,14) i zawodowym (0,92) częściej bycie zdrowym postrzegały jako umiejętność dobrego współżycia z innymi ludźmi. Osoby z wykształceniem średnim za poczucie bycia zdrowym rozumiały czę-

Tabela 1. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie

Nr twierdzenia	Treść twierdzenia	Średnia waga	Definicja zdrowia
1.	Dożyć późnej starości	0,65	cel
2.	Czuć się szczęśliwym przez większą część czasu	0,82	stan
3.	Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,35	proces
4.	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,39	proces
5.	Należycie się odżywiać	1,52	wynik
6.	Dbać o wypoczynek, sen	1,23	wynik
7.	Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,55	wynik
8.	Nie palić tytoniu	0,72	wynik
9.	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,63	wynik
10.	Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,27	właściwości
11.	Mieć dobry nastrój	0,25	właściwości
12.	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,12	właściwości
13.	Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,47	proces
14.	Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,67	właściwości
15.	Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,32	właściwości
16.	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,33	proces
17.	Umieć cieszyć się z życia	0,80	stan
18.	Być odpowiedzialnym	0,25	cel
19.	Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,17	proces
20.	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,23	właściwości
21.	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,49	cel
22.	Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,19	wynik
23.	Czuć się dobrze	1,08	stan
24.	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,56	właściwości

ściej dbanie o wypoczynek, sen (1,80), natomiast kobiety z wykształceniem podstawowym częściej wskazywały unikanie alkoholu (1,14). Wśród osób z wykształceniem zawodowym częściej (1,75) bycie zdrowym wiązało się z umiejętnością cieszenia się z życia.

Wykazano, że kobiety, które miały średnie warunki bytowe lub kłopoty finansowe, częściej bycie zdrowym postrzegały jako posiadanie odpowiedniej wagi ciała (0,85). Również ta grupa badanych częściej (0,42) niż osoby z warunkami dobrymi uważała, że bycie zdrowym to posiadanie pracy i różnorodnych zainteresowań. Nieznaczne częściej kobiety ze średnimi warunkami bytowymi lub kłopotami finansowymi bycie zdrowym kojarzyły z należytym odżywianiem się (1,87) i niepaleniem tytoniu (1,06). Kobiety z dobrymi warunkami bytowymi częściej bycie zdrowym postrzegały jako niechorowanie (0,78) lub czucie się dobrze (1,18) (**Tabela 2**).

Kobiety, które miały za sobą większą liczbą porodów siłami natury, w mniejszym stopniu postrzegały bycie zdrowym jako dbanie o wypoczynek lub sen (rho = -0,15), w większym stopniu natomiast kojarzyły bycie zdrowym z niechorowaniem (rho = 0,20). Badane, które miały za sobą większą ilość martwych porodów, częściej bycie zdrowym kojarzyły z niechorowaniem (0,22). Nie stwierdzono, by przeszłość ginekologiczno-położnicza wpływała istotnie na wybór innych kryteriów zdrowia przez kobiety.

Z analizy badań własnych wynika, że kobiety, które planowały obecną ciążę, częściej (0,92) niż kobiety, które były w ciąży nieplanowanej (0,52), postrzegały bycie zdrowym jako umiejętność cieszenia się z życia. Nie stwierdzono innych istotnych statystycznie różnic między charakterem obecnej ciąży a wyborem kryteriów zdrowia przez badane.

Wykazano, że kobiety, które były w mniej zaawansowanej ciąży, częściej bycie zdrowym postrzegały jako umiejętność rozwiązywania swoich problemów (rho = -0,19). Kobiety, które były w bardziej zaawansowanej ciąży, częściej bycie zdrowym kojarzyły z czuciem się dobrze (rho = 0,28). Nie stwierdzono, by aktualny tydzień ciąży istotnie korelował z innymi kryteriami zdrowia.

Respondentki, u których przed ciążą występowały choroby, częściej bycie zdrowym postrzegały jako czucie się dobrze (1,71) w porównaniu do kobiet, które przed ciążą nie miały żadnych chorób (0,95). Nie stwierdzono innych istotnych statystycznie różnic między występowaniem chorób przed ciążą a wyborem kryteriów zdrowia.

Tabela 2. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od cech społeczno-demograficznych

Lp. twierdzenia	15–18 lat	19–25 lat	26–30 lat	31 i > lat	Analiza staty-styczna	Małe miasto	Duże miasto	Wieś	Analiza staty-styczna	Zw. stały	Zw. partnerski	Nie dotyczy	Analiza staty-styczna	Podsta-wowe/	Zawo-dowe	Średnie	Wyższe	Analiza staty-styczna	Dobre klopoty finansowe	Średnie/	Analiza staty-styczna
	średnia waga				p	średnia waga			p	średnia waga			p	średnia waga				p	średnia waga		p
7. Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	1,71	0,68	0,42	0,50	**0,0487**	0,63	0,28	0,67	**0,1669**	0,52	1,00	0,11	**0,2169**	1,14	0,00	0,81	0,40	**0,0086**	0,56	0,49	**0,7813**
24. Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	2,43	0,27	0,36	0,72	**0,0046**	0,35	0,69	0,57	**0,2078**	0,46	1,11	1,33	**0,0350**	1,71	1,42	0,61	0,35	**0,0984**	0,54	0,58	**0,4442**
14. Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,00	0,46	0,45	1,04	**0,0177**	0,67	0,62	0,69	**0,6507**	0,74	0,28	0,00	**0,1043**	0,00	0,92	0.53	0,77	**0,3165**	0,78	0,34	**0,0509**
8. Nie palić tytoniu	1,43	0,86	0,78	0,51	**0,1013**	0,41	0,41	1,04	**0,0016**	0,72	0,78	0,44	**0,8137**	0,71	1,00	0,89	0,58	**0,3461**	0,59	1,06	**0,0510**
17. Umieć cieszyć się z życia	0,43	0,43	0,72	1,09	**0,1307**	0,30	0,88	0,99	**0,0375**	0,77	1,22	0,56	**0,3249**	0,00	1,75	0,73	0,79	**0,0119**	0,86	0,64	**0,5178**
23. Czuć się dobrze	0,57	1,00	1,29	0,94	**0,2055**	1,67	1,43	0,57	**0,0001**	1,16	0,50	0,67	**0,2522**	0,57	0,83	1,04	1,15	**0,6183**	1,18	0,77	**0,0789**
11. Mieć dobry nastrój	0,14	0,24	0,40	0,12	**0,3852**	0,20	0,24	0,28	**0,6191**	0,24	0,00	1,00	**0,0185**	0,14	0,00	0,39	0,20	**0,2736**	0,18	0,45	**0,4981**
3. Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,57	0,49	0,31	0,31	**0,8969**	0,35	0,33	0,36	**0,6603**	0,35	0,39	0,22	**0,9620**	1,14	0,92	0,06	0,42	**0,0020**	0,32	0,43	**0,8627**

6. Dbać o wypoczynek, sen	1,71	1,76	1,09	1,08	**0,1705**	1,09	1,09	1,39	**0,5016**	1,19	1,89	0,67	**0,1715**	1,43	0,92	1,80	0,89	**0,0031**	1,20	1,32	**0,5713**
9. Mieć odpowiednią wagę ciała	0,57	0,78	0,71	0,49	**0,4690**	0,67	0,60	0,63	**0,8306**	0,61	0,72	0,89	**0,6630**	0,57	0,17	0,53	0,75	**0,3524**	0,55	0,85	**0,0177**
22. Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,00	0,22	0,14	0,23	**0,9034**	0,00	0,26	0,23	**0,1489**	0,17	0,39	0,00	**0,4393**	0,57	0,25	0,07	0,23	**0,2608**	0,10	0,42	**0,0286**
5. Należycie się odżywiać	0,71	1,49	1,85	1,28	**0,2676**	1,65	1,10	1,71	**0,1095**	1,60	1,06	0,89	**0,4595**	0,57	0,75	1,79	1,50	**0,1343**	1,39	1,87	**0,0996**

Kobiety, które uważały, że wcześniejsze przygotowanie się rodziców do ciąży nie jest istotnie z punktu widzenia zdrowia dziecka, częściej bycie zdrowym postrzegały jako umiejętność panowania nad swoimi uczuciami i popędami (0,61). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między opinią badanych a wyborem kryteriów zdrowia.

Analiza badań własnych wykazała, że kobiety, które dłużej oczekiwały na zaistnienie ciąży, częściej bycie zdrowym postrzegały jako umiejętność cieszenia się z życia (rho = 0,17). Nie stwierdzono, by okres, który upłynął od decyzji o ciąży do jej zaistnienia, istotnie różnicował inne kryteria zdrowia wybierane przez badane (**Tabela 3**).

Dyskusja

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że na zdrowie indywidualne i zbiorowości wpływa wiele czynników. Są to m.in. warunki otaczającego środowiska, czynniki genetyczne, warunki ekonomiczne, poziom wykształcenia czy stosunki międzyludzkie w bliskim otoczeniu i w rodzinie. Analizując dostępną literaturę na temat zdrowia jednostki, można zauważyć, iż jest ono wartością interpretowaną w kategoriach aksjologicznych, co oznacza, że większość definicji podkreśla zdrowie jako wartość, coś, co jest cenne i pożądane. Często jednak deklarowana wysoka pozycja zdrowia nie przekłada się na konkretne zachowania prozdrowotne, co potwierdza aktualna sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego opisana w takich dokumentach jak Narodowy Program Zdrowia czy raporty Państwowego Zakładu Higieny.

Na podstawie wyników badań własnych można stwierdzić, że ciężarne biorące udział w badaniu najwyższą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako wynik oraz właściwość, zaś zdrowie rozumiane jako stan znajduje się na dalszym miejscu w hierarchii. Być zdrowym to według badanych przede wszystkim „należycie się odżywiać", „dbać o wypoczynek, sen", „mieć sprawne wszystkie części ciała", „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych". Wyniki badań własnych trudno jest porównać z wynikami innych autorów, ponieważ brak jest w dostępnym piśmiennictwie prac, w których grupą badaną byłyby kobiety ciężarne. Z dostępnych badań przeprowadzonych na studentach przez Kozieł i wsp. [5] oraz Naszydłowską i wsp. [6] wynika, że badani studenci kierunków medycznych Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach największą wagę przywiązywali do zdrowia rozumianego jako wartość i proces, natomiast zdrowie jako wynik znajdowało się na dalszym miejscu. Studenci porównywalnie jak ankietowani wśród najważniejszych twierdzeń będących wyznacznikami zdrowia podawali twierdzenia „mieć sprawne wszystkie części ciała", „należycie się odżywiać". Podobne wyniki uzyskali Stawarz

Tabela 3. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od stanu ginekologiczno-położniczego

Lp. twierdzenia	Liczba posiadanych dzieci		CC		PSN		Poronienia		Martwe porody		Ciąża planowana	nieplanowana	Analiza statystyczna	Aktualny tydzień ciąży		Choroby przed ciążą	tak	nie	Analiza statystyczna	Opinia o pozytywnym wpływie wcześniejszego przygotowania się rodziców do ciąży na zdrowie dziecka	tak	nie	nieistotne	Analiza statystyczna	Okres, który upłynął od decyzji o ciąży do jej zaistnienia	
	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	średnia		p	p	rho	średnia			p	średnia				p	p	rho
6. Dbać o wypoczynek, sen	0,6560	-0,03	0,0631	0,13	0,0302	-0,15	0,3966	0,06	**0,1809**	**-0,09**	1,26	1,17	**0,9250**	0,5673	-0,04	1,62	1,15	**0,1953**	**1,24**	**1,45**	**1,04**	**0,7720**	**0,6275**	**-0,04**
14. Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,2648	0,08	0,1467	-0,10	0,0042	0,20	0,5183	0,05	**0,0019**	**0,22**	0,69	0,60	**0,4254**	0,3495	0,07	0,82	0,63	**0,7453**	**0,70**	**0,18**	**0,61**	**0,4320**	**0,6811**	**-0,04**
17. Umieć cieszyć się z życia	0,9275	-0,01	0,7844	0,02	0,6841	-0,03	0,9948	0,00	**0,2984**	**-0,07**	0,92	0,52	**0,0380**	0,5445	-0,04	0,35	0,89	**0,1112**	**0,81**	**0,45**	**0,91**	**0,7638**	**0,0441**	**0,17**
23. Czuć się dobrze	0,8153	-,002	0,6221	-0,04	0,9378	-0,01	0,8865	0,01	**0,2156**	**-0,09**	1,16	0,87	**0,2741**	0,0001	0,28	1,71	0,95	**0,0132**	**1,15**	**0,36**	**0,87**	**0,1766**	**0,8674**	**-0,01**
15. Mieć zdrowe włosy, oczy, cerę	0,5198	-0,05	0,4944	-0,05	0,8197	-0,02	0,5994	-0,04	**0,5228**	**-0,05**	0,32	0,30	**0,4712**	0,9496	0,00	0,06	0,37	**0,1947**	**0,30**	**0,36**	**0,43**	**0,9501**	**0,6689**	**-0,04**
4. Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,2248	0,09	0,1173	0,11	0,5746	0,04	0,6735	0,03	**0,3191**	**0,07**	0,34	0,48	**0,4138**	0,0070	-0,19	0,21	0,42	**0,1715**	**0,35**	**0,64**	**0,52**	**0,1871**	**0,5037**	**0,06**
19. Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,0578	-0,13	0,5511	-0,04	0,1156	-0,11	0,6453	-0,03	**0,6614**	**-0,03**	0,13	0,27	**0,3526**	0,1078	-0,11	0,00	0,20	**0,1070**	**0,12**	**0,00**	**0,61**	**0,0001**	**0,2623**	**0,10**

i wsp. [13], którzy w grupie 690 studentów z Podkarpacia wykazali, iż najważniejsze w kategorii zdrowia dla badanych były twierdzenia „nie odczuwać żadnych dolegliwości" i „mieć sprawne wszystkie części ciała".

Podobne wyniki pochodzące od studentek pielęgniarstwa i położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu w Lublinie uzyskali Lewicka i wsp. [7]. „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu", „należycie się odżywiać", „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych" i „posiadać zdrowe oczy, włosy i cerę'' to najczęściej wymieniane przez studentki twierdzenia charakteryzujące zdrowie. Można zaobserwować różnice dotyczące wagi danych twierdzeń. Studentki najwyższą wagę przykładały do zdrowia rozumianego jako właściwość i stan, a w dalszej kolejności jako cel, wynik i proces.

Z kolei według badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek w Białymstoku przez Lewko i wsp. [8] oraz badań Ździebło i wsp. [9] w Kielcach określenie „być zdrowym" było rozumiane jako stan i właściwość, natomiast zdrowie jako wynik i proces zajęło dalsze miejsca. Dla ankietowanych „być zdrowym" oznaczało „czuć się szczęśliwym przez większość czasu", „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych", „umieć cieszyć się z życia" i „prawidłowo się odżywiać".

Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety z wykształceniem podstawowym (1,14) i zawodowym (0,92) częściej bycie zdrowym postrzegały jako umiejętność dobrego współżycia z innymi ludźmi. Osoby z wykształceniem średnim poczucie bycia zdrowym rozumiały częściej jako dbanie o wypoczynek, sen (1,80), natomiast kobiety z wykształceniem podstawowym częściej wskazywały unikanie alkoholu (1,14). Wśród osób z wykształceniem zawodowym częściej (1,75) bycie zdrowym wiązało się z umiejętnością cieszenia się z życia.

W wynikach przedstawionych przez Nowickiego i Ślusarską [10] osoby z wykształceniem wyższym największą wagę przywiązywały do twierdzenia „należycie się odżywiać" – częściej niż badani legitymujący się wykształceniem średnim i zasadniczym ($p = 0,04$). Dla osób z wykształceniem zasadniczym najwyższą wagę miały twierdzenia „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę lub niestrawność" ($p = 0,005$) oraz „prawie nigdy nie chodzić do lekarza" ($p = 0,003$).

Badania własne wykazały, że badane z grupy wiekowej 15–18 lat większe znaczenie przypisywały unikaniu spożywania alkoholu oraz brakowi potrzeby chodzenia do lekarza. Wraz z wiekiem kobiet wzrastało przekonanie, że bycie zdrowym to niechorowanie.

Z badań przeprowadzonych przez Nowickiego i Ślusarską [10] wśród 150 osób dorosłych pracujących w wieku od 22 do 62 lat wynika, że osoby w wieku 41–50 lat najczęściej przypisywały znaczenie wartości zdrowia wyrażonej stwierdzeniem „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych". Autorzy ci wykazali, że wybrane cechy społeczno-demograficzne, tj. wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, warunkowały ocenę wartości zdrowia. W badaniu własnym wykazano, że mieszkanki wsi częściej bycie zdrowym kojarzyły z niepaleniem tytoniu, a osoby z wykształceniem podstawowym częściej wskazywały na unikanie alkoholu. Badania studentów VI roku Wydziału Lekarskiego wykazały, iż osoby zamieszkujące miasto pojmowały zdrowie jako stan i właściwość, a bycie zdrowym według nich to czuć się dobrze [11]. Z kolei Nowak wykazał, że wśród badanych 180 kobiet wraz ze wzrostem wykształcenia ranga zdrowia malała na rzecz dbałości o wygląd ciała [12].

W badaniu własnym wykazano, iż wartość zdrowia wśród ciężarnych w niewielkim stopniu jest zależna od zmiennych społeczno-demograficznych oraz stanu położniczego. Liczne doniesienia podkreślają wagę bezpiecznego środowiska dla przebiegu ciąży i porodu. Autorzy są zgodni, że podstawowe wartości człowieka, tj. prawo do wyboru miejsca porodu, brak dyskryminacji czy szacunek, są elementarnymi czynnikami, które są często analizowane w badaniach naukowych. W kontekście środowiska warto zwrócić uwagę na istotny globalny problem, jakim jest zanieczyszczenie powietrza, szczególnie w aglomeracjach miejskich, i jego wpływ na przebieg ciąży i rozwój noworodka [14].

Zdrowie nie jest stanem statycznym, co ma szczególne odniesienie do ciężarnej z racji sprawowanej opieki nad dwojgiem osób: matką i jej nienarodzonym dzieckiem. Stąd tak istotnym jest, by zdrowie chronić, doskonalić, pomnażać, zwiększać jego potencjał i przywracać, gdy pojawią się pierwsze symptomy choroby [6]. Niewątpliwie istotną rolę w tym dynamicznym procesie odgrywa posiadanie wiedzy o zachowaniach zdrowotnych kobiet ciężarnych, która powinna stanowić podstawę programowania i ewaluacji edukacji zdrowotnej.

Wnioski

1. Respondentki najwyższą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako wynik oraz właściwość, zaś zdrowie postrzegane jako stan znajduje się na dalszym miejscu.
2. Ankietowane charakteryzuje instrumentalne podejście do zdrowia. Być zdrowym to według badanych przede wszystkim „należycie się odżywiać", „dbać o wypoczynek, sen", „mieć sprawne wszystkie części ciała", „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych".

3. Wartość zdrowia badanych kobiet ciężarnych w niewielkim stopniu jest zależna od zmiennych społeczno-demograficznych oraz stanu położniczego.
4. Ocena znaczenia i wartościowania zdrowia jest ważnym elementem oceny świadomości prozdrowotnej kobiet ciężarnych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Majchrowska A. Zdrowie jako wartość. (W:) Taranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska-Butrym Z (red.). Elementy socjologii dla pielęgniarek. Lublin: Czelej; 2000. 123.
2. Tomaszewski T. Człowiek w sytuacji. (W:) Tomaszewski T (red.). Psychologia. Warszawa: PWN; 1975. 17–36.
3. Malik M, Zarzycka D, Iłżecka J, Jarosz M. Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych. Zdr Publ. 2009; 119(1): 33–39.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001. 117–121.
5. Kozieł D, Naszydłowska E, Trawczyńska M et al. Zachowania zdrowotne młodzieży – kierunek działań dla edukacji zdrowotnej. Zdr Publ. 2003; 113(3/4): 280–284.
6. Naszydłowska E, Krawczyńska J, Kozieł D, Czerwiak G, Trawczyńska M. Wartościowanie zdrowia a zachowania promujące zdrowie studentów. Ann UMCS. 2005; LX (suppl. XVI), 349: 62–66.
7. Lewicka M, Dzierżak A, Sulima M. Health as a value in the opinion of students of nursing and midwifery. J Public Health Nurs Med Rescue. 2013; 4: 22–28.
8. Lewko J, Łubińska M, Sierakowska MH, Krajewska-Kułak E, Goroszkiewicz H. Definiowanie pojęcia zdrowie przez pielęgniarki. Probl Piel. 2006; 1–2: 127–131.
9. Ździebło K, Michalska M, Krawczyńska J, Czerwiak G. Pojęcie zdrowia w opinii pielęgniarek studiujących na studiach licencjackich – pomostowych. Studia Med. 2009; 14: 27–32.
10. Nowicki G, Ślusarska B. Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. Hygeia Public Health. 2011; 46(2): 280–285.
11. Piasecka H, Ślusarska B, Nowicki G. Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy. Piel Pol. 2015; 2(56): 127–134.
12. Nowak PF. Motywy zdrowotne w hierarchii wartości kobiet ćwiczących w klubach fitness. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 387–392.
13. Stawarz B, Lewicka M, Sulima M, Wiktor H. Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego. Ann Acad Med Siles. 2014; 68, 4: 226–232.
14. Slovic AD, Diniz CS, Ribeiro H. Clean air matters: an overview of traffic-related air pollution and pregnancy. Rev Saude Publica. 2017; 51: 5; doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006652.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Edyta Barnaś
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Uniwersytet Rzeszowski
ul. Stanisława Pigonia 6
35-310 Rzeszów
tel.: 17 872 11 99
e-mail: ebarnas@interia.eu

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ANALIZA NACIĘĆ I OBRAŻEŃ KROCZA U RODZĄCYCH

THE ANALYSIS OF PERINEAL INCISION AND PERINEAL TRAUMA FOR PARTURIENTS

Dorota Ćwiek[1], Daria Kurkus[2], Katarzyna Szymoniak[1], Małgorzata Zimny[1], Agata Daszkiewicz[1], Regina Powirska-Swęd[1]

[1] Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
[2] Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii PUM w Policach; Studenckie Koło Naukowe im. Stanisławy Leszczyńskiej przy Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.3

STRESZCZENIE

Wstęp. W historii położnictwa znanych jest wiele sposobów na zmniejszenie bólu porodowego, skrócenie czasu trwania porodu i obniżenie liczby powikłań okołoporodowych. Znaczący problem podczas narodzin stanowiło najbardziej optymalne przejście płodu przez tkanki miękkie kanału rodnego. Nacięcie krocza, jego ochrona, a także skutki urazów były, są oraz będą w kręgu zainteresowań osób opiekujących się kobietą rodzącą.
Cel pracy. Celem pracy była ocena wpływu wybranych czynników na wykonanie nacięcia krocza oraz powstawanie śródporodowych urazów kanału rodnego i struktur dna miednicy.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 175 losowo wybranych położnic hospitalizowanych w Klinice Położnictwa, Perinatologii i Ginekologii PUM w Policach. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i przeanalizowano dokumentację medyczną.
Wyniki. Aż 71,43% pierworódek miało nacięte krocze. U 46,43% wieloródek doszło do urazu krocza podczas porodu, przy czym ponad połowa (51,35%) kobiet miała nacięte krocze lub uraz w poprzednim porodzie. Ankietowane, które pływały, będąc w ciąży (68,97%), miały rzadziej nacięte krocze niż te, które nie uprawiały tego sportu (31,03%). Czas trwania II okresu wyniósł 41 minut u kobiet, którym nacięto krocze, i 23 minuty u kobiet bez tego nacięcia.
Wnioski. 1. Urazy lub konieczność nacięcia krocza częściej występowały u kobiet starszych, które rodziły po raz pierwszy lub doznały urazów krocza podczas poprzednich porodów. 2. Im dłuższy czas trwania II okresu porodu, tym wzrastało ryzyko nacięcia krocza. 3. Pływanie podczas ciąży zmniejszało urazowość krocza. 4. Poród indukowany lub nasilany oksytocyną nie był znacznie obarczony zwiększoną urazowością tkanek miękkich kanału rodnego.

Słowa kluczowe: nacięcie krocza, urazy krocza.

ABSTRACT

Introduction. In the history of obstetrics lots of methods and ways to relieve labor pain, to shorten the labor duration and to reduce the number of perinatal complications. In this struggle with the nature of act of birth the problem of most optimal passage of a fetus through the soft tissues of the birth canal found significant place. Episiotomy, perineum protection and the effects of perineal injuries were, are and will be in the scope of interest to persons who care of a woman in labor.
Aim of the study. The aim of this study was to evaluate the effect of selected factors on the performance of episiotomy and the occurring of intrapartum injuries of the birth canal and pelvic floor structures.
Material and methods. The study was conducted on a group of 175 randomly selected women in childbirth hospitalized at the Department of Perinatology, Obstetrics and Gynecology of PUM in Police, using a diagnostic survey and medical records analysis.
Results. As many as 71.43% primiparas had perineum incised. In 46.43% multiparas, perineum injury occurred during childbirth, of which more than a half (51.35%) women had episiotomy or perineal trauma in the previous labor. The respondents who were swimming during pregnancy (68.97%) had episiotomy less frequently than those who did not swim (31.03%). The duration of the second stage was 41 minutes in women with episiotomy and 23 minutes without episiotomy.
Conclusions. 1. Trauma or the need for episiotomy often occurred in older women who gave birth for the first time or perineal trauma occurred during the previous labors. 2. The longer the duration of the second stage of labor, the more increased the risk of episiotomy. 3. Reduced perineal traumatism was affected by swimming during pregnancy. 4. Parturition induced or intensified by oxytocin was not much burdened with increased traumas of soft tissues of the birth canal.

Keywords: episiotomy, perineal trauma.

Wstęp

Nacięcie krocza to nadal istotnie najczęściej wykonywany zabieg położniczy podczas porodu [1]. Kobiety po tym zabiegu często uskarżają się na dyskomfort oraz większy ból, co zakłóca najwspanialsze chwile macierzyństwa [2]. Większość przeprowadzonych badań potwierdza, że nacięcie krocza zwiększa ryzyko kolejnych obrażeń krocza oraz nie zapobiega uszkodzeniom mięśni dna miednicy

czy też późniejszemu obniżaniu się narządów rodnych [3]. Uważa się natomiast, iż jeżeli u kobiety doszło do pęknięcia krocza, goi się ono znacząco szybciej niż u rodzących poddanych episiotomii [3].

Cel pracy

Celem badań była ocena wpływu wybranych czynników na wykonanie nacięcia krocza oraz powstawanie śródporodowych urazów kanału rodnego i struktur dna miednicy.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz poprzez analizę dokumentacji medycznej dokonaną pod kątem tygodnia zakończenia ciąży, występowania obrażeń okołoporodowych i ich rodzaju, czasu trwania II okresu porodu, masy i długości ciała noworodka, stosowania oksytocyny w czasie porodu oraz tego, czy doszło do przedwczesnego odejścia wód płodowych.

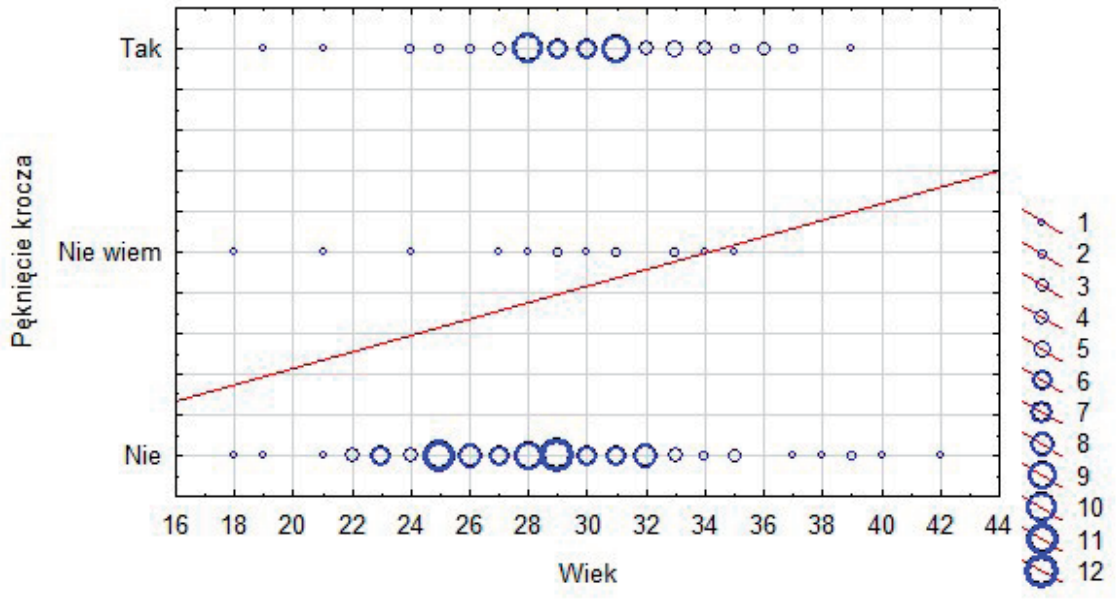
W badaniu zastosowano statystyki opisowe oraz użyto wskaźnika struktury zawierającego liczebność oraz udział z całości. Do określenia kierunków oraz sił występujących zależności wykorzystano korelacje rangowe, których reprezentację graficzną obrazowano za pomocą wykresów rozrzutu z uwzględnieniem liczebności punktowej i linią regresji. W przypadku zmiennych wyrażonych w skali nominalnej do określenia występowania zależności stosowano test chi-kwadrat Pearsona, a siłę występujących związków określano na podstawie wartości współczynnika Cramera. Przyjęto wspólny poziom istotności statystycznej $\alpha = 0,05$.

Badania przeprowadzono wśród 175 losowo wybranych kobiet po porodach drogami natury, przebywających na oddziale położniczym w Klinice Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii PUM w Policach. Pacjentki wyraziły i podpisały zgodę na udział w badaniu. Ankiety rozdawane były osobiście w ciągu 5 miesięcy w 2014 roku wśród kobiet w drugiej dobie po porodzie.

Wyniki

W badaniach wzięły udział kobiety w przedziale wiekowym 18–42 lata. Średni wiek położnic wyniósł 29,11 roku (mediana 29). Wśród respondentek 49,71% zamieszkiwało miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców, natomiast najmniej było mieszkanek wsi oraz miast do 25 tysięcy (odpowiednio 13,14% i 12,0%). Analiza wykształcenia wykazała, że większość stanowiły respondentki o wykształceniu wyższym (61,14%), najmniej było kobiet o wykształceniu podstawowym/zawodowym (10,86%). Wśród ankietowanych większość stanowiły respondentki, które nie brały udziału w zajęciach w szkole rodzenia (72,0%). Dane te zestawiono w **tabeli 1**.

Dane położnicze pacjentek przedstawiono w **tabeli 2**. Rodność kobiet: mediana 1, przy minimum 1 i maksimum 4. Pacjentki średnio rodziły 1,59 raza. Średnia masa urodzeniowa noworodka badanych kobiet wynosiła 3342,91 g (mediana 3310 g; przy minimum 2050 g i maksimum 4430 g). Średnia długość noworodka stanowiła 54,41 cm (mediana 54; przy minimum 46 cm i maksimum 64 cm). Średni czas trwania II okresu porodu wyniósł 32,02 min (mediana 25; przy minimum 2 min i maksimum 130 min).



Rycina 1. Pęknięcia krocza w zależności od wieku kobiety

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanych

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odchylenie standardowe
Wiek	175	29,11	29	18	42	26	32	4,38
Miejsce zamieszkania	N = 175				%			
miasto od 25 do 100 tys.	43				24,57			
wieś	23				13,14			
miasto do 25 tys.	21				12,0			
miasto powyżej 100 tys.	87				49,71			
brak odpowiedzi	1				0,57			
Wykształcenie	N = 175				%			
wyższe	107				61,14			
średnie	49				28,0			
podstawowe /zawodowe	19				10,86			
Edukacja przedporodowa	N = 175				%			
nie	126				72,0			
tak	49				28,0			

N – liczba przypadków ważnych

Tabela 2. Dane położnicze badanych kobiet i noworodków

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odchylenie standardowe
Liczba porodów badanych kobiet								
Poród	175	1,59	1	1	4	1	2	0,70
Masa urodzeniowa noworodka								
Masa dziecka [g]	175	3342,91	3310	2050	4430	3060	3640	453,03
Długość noworodka po porodzie								
Długość dziecka [cm]	175	54,41	54	46	64	53	56	2,66
Czas trwania II okresu porodu								
Czas II okresu [min]	175	32,02	25	2	130	13	44	25,16

N – liczba przypadków ważnych

W **tabeli 3** zestawiono zależności pomiędzy badanymi zmiennymi a wystąpieniem nacięcia krocza lub urazu krocza. Stwierdzono występowanie słabej, ale statystycznie istotnej zależności pomiędzy pęknięciem krocza a wiekiem respondentek. Dodatnia wartość współczynnika korelacji oznacza, że wraz z wiekiem wzrastała liczba pęknięć krocza wśród rodzących ($R \approx 0,224$; $p \approx 0,003$) (**Tabela 3**, **Rycina 1**). Natomiast wiek nie wpływał istotnie na konieczność nacięcia krocza.

Istotna zależność występowała pomiędzy liczbą porodów a nacięciem krocza.

Wraz ze wzrostem liczby porodów rzadziej konieczne było nacięcie krocza ($R \approx -0,477$; $p \approx 0,001$) (**Tabela 3**, **Rycina 2**). Nacięcia krocza najczęściej wykonywano u pierworódek. Natomiast nie zaobserwowano istotnego wpływu liczby porodów na występowanie pęknięć krocza.

W grupie wieloródek stwierdzono, że u 88,1% (42,29% wszystkich badanych) doszło do urazów lub nacięcia krocza w poprzednich porodach. Przeprowadzona analiza wykazała, że występuje statystycznie istotna zależność pomiędzy pęknięciem krocza a urazami krocza w poprzednim porodzie. Respondentki, które w poprzednich porodach doznały urazów krocza, statystycznie częściej miały ponowne pęknięcia krocza ($V \approx 0,269$; $p \approx 0,043$). W grupie tej obserwowano aż 51,35% pęknięć. Jak widać,

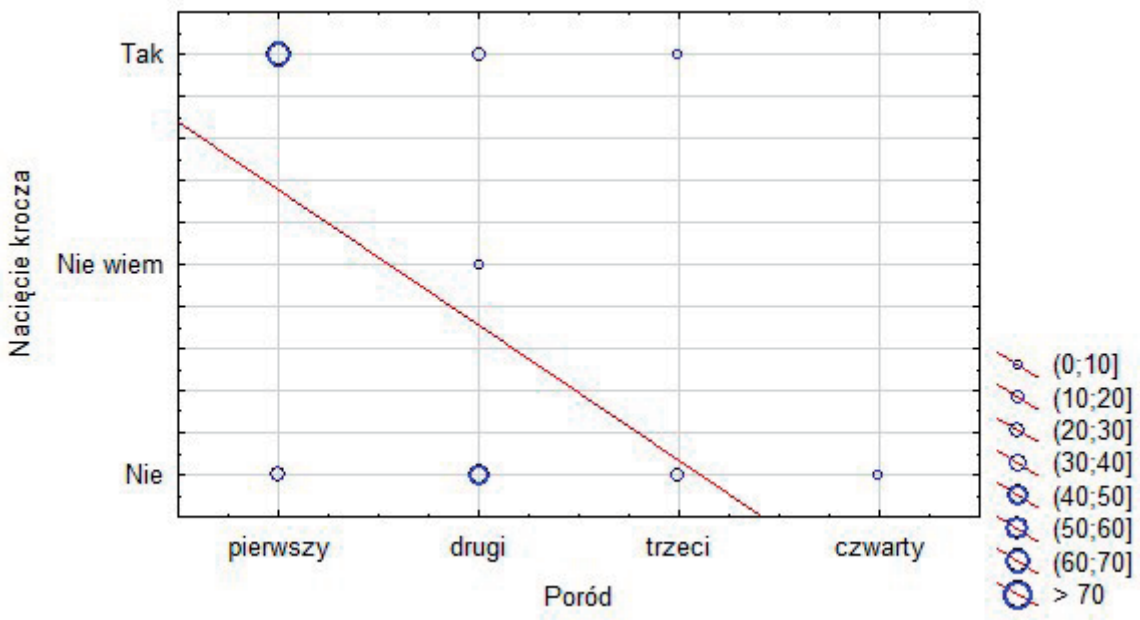
Tabela 3. Zależności pomiędzy badanymi zmiennymi a wystąpieniem nacięcia krocza bądź urazu krocza

Zmienna		Cała grupa n = 175 (%)	Nacięcie krocza			Uraz krocza		
			Nacięcie krocza n = 85	Brak nacięcia n = 90	Współczynnik p	Uraz krocza n = 63	Brak urazu n = 112	Współczynnik p
Wiek		ā = 29,11	ā = 28,53	ā = 29,65	-0,146 R p = 0,054	ā = 30,22	ā = 28,48	0,224 R p = 0,003
Liczba porodów	1 2 3 4	91 (52,0%) 68 (38,86%) 13 (7,43%) 3 (1,71%)	65 (71,43%) 18 (26,47%) 2 (15,38%) 0	26 (28,57%) 50 (73,53%) 11 (84,62%) 3 (100,0%)	-0,477 R p = 0,001	24 (26,37%) 36 (52,94%) 3 (23,08%) 0	67 (73,63%) 32 (47,06%) 10 (76,92%) 3 (100,0%)	0,138 R p = 0,068
Uraz lub nacięcie krocza w poprzednich porodach	tak nie pierworódki	74 (42,29%) 10 (5,71%) 91 (52,0%)	16 (21,62%) 4 (40,0%) 65 (71,43%)	58 (78,38%) 6 (60,0%) 26 (28,57%)	0,203 V 3,615 chi^2 p=0,164 -	38 (51,35%) 1 (10,0%) 24 (26,37%)	36 (48,65%) 9(90,0%) 67 (73,63%)	0,269 V 6,292 chi^2 p = 0,043 -
Masa urodzeniowa dziecka [g]		ā = 3342,91	ā = 3350,0	ā = 3336,0	0,004 R p = 0,957	ā = 3463	ā = 3257	0,206 R p = 0,006
Długość dziecka podczas porodu [cm]		ā = 54,41	nacięcie ā = 55,0	brak nacięcia ā = 54,0	0,003 R p = 0,973	pęknięcie ā = 55,06	brak pęknięcia ā = 54,05	0,163 R p = 0,031
Edukacja przedporodowa	tak nie	49 (28,0%) 126 (72,0%)	29 (59,18%) 56 (44,44%)	20 (40,82%) 70 (55,56%)	0,138 V 3,316 chi^2 p = 0,191	16 (32,65%) 47 (37,3%)	33 (67,35%) 79 (62,7%)	0,061 V 0,641 chi^2 p = 0,726
Uprawianie sportu przed ciążą	tak nie	72 (41,14%) 103 (58,86%)	37 (51,39%) 48 (46,6%)	35 (48,61%) 55 (53,4%)	0,104 V 1,888 chi^2 p = 0,389	29 (40,28%) 34 (33,01%)	43 (59,72%) 69 (66,99%)	0,091 V 1,449 chi^2 p = 0,485
Pływanie w ciąży	tak nie	29 (16,57%) 146 (83,43%)	9 (31,03%) 76 (52,05%)	20 (68,97%) 70 (47,95%)	0,223 V 8,704 chi^2 p = 0,013	15 (51,72%) 48 (32,88%)	14 (48,28%) 98 (67,12%)	0,163 V 4,653chi^2 p = 0,098
Ćwiczenia mięśni dna miednicy	w ogóle nie ćwiczyły ćwiczyły niesystematycznie nie wiedziały, jakie to ćwiczenia 2–3 razy w tyg. raz w tyg. codziennie	95 (54,29%) 80 (45,71%) 42 (24,0%) 3 (1,71%) 20 (11,43) 5 (2,86%) 10 (5,71%)	44 (46,32%) 41 (51,25%) 19 (45,24%) 1 (33,33%) 11 (55,0%) 2 (40,0%) 8 (80,0%)	51 (53,68%) 39 (48,75%) 23 (54,76%) 2 (%66,67) 9 (45,0%) 3 (60,0%) 2 (20,0%)	0,092 R p = 0,228	34 (35,79%) 29 (36,25%) 17 (40,48%) 0 8 (40,0%) 1 (20,0%) 3 (30,0%)	61 (64,21%) 51 (63,75%) 25 (59,52%) 3 (100,0%) 12 (60,0%) 4 (80,0%) 7 (70,0%)	-0,006 R p = 0,935
Masaż krocza	nie wykonywały wykonywały wykonywały codziennie 2–3 razy w tyg. raz w tygodniu niesystematycznie	156 (89,14%) 19 (10,86%) 1 (0,57%) 5 (2,86%) 3 (1,71%) 10 (5,71%)	73 (46,79%) 12 (63,16%) 0 5 (100,0%) 0 7 (70,0%)	83 (53,21%) 7 (36,84%) 1 (100,0%) 0 3 (100,0%) 3 (30,0%)	0,118 R p = 0,121	56 (35,9%) 7 (36,84%) 1 (100,0%) 1 (20,0%) 3 (100,0%) 2 (20,0%)	100 (64,1%) 12 (63,16%) 0 4 (80,0%) 0 8 (80,0%)	0,029 R p = 0,708
Immersja wodna podczas I okresu porodu	tak nie	14 (8,0%) 161 (92,0%)	7 (50,0%) 78 (48,45%)	7 (50,0%) 83 (51,55%)	0,259 V 5,259 chi^2 p = 0,072	7 (50,0%) 56 (34,78%)	7 (50,0%) 105 (65,22%)	0,087 V 1,312chi^2 p = 0,519

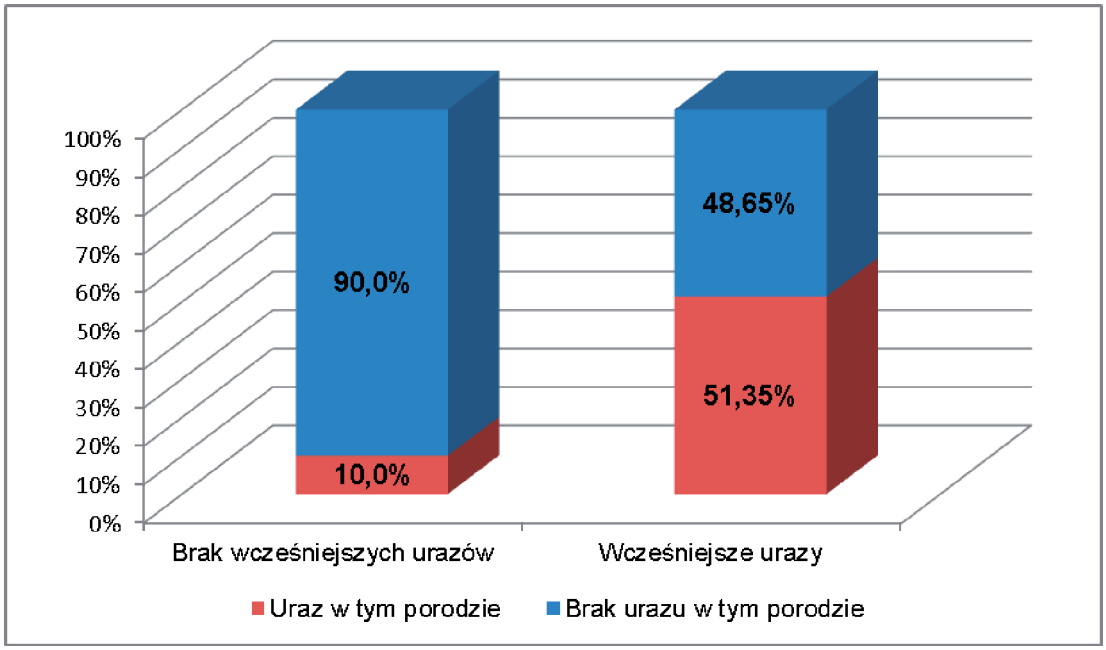
ciąg dalszy tabeli 3

Stosowanie chodzenia i udogodnień w czasie porodu	nie stosowały	62 (35,43%)	25 (40,32%)	37 (59,68%)	p = 0,1058	24 (38,71%)	38 (61,29%)	p = 0,5801
	stosowały	113 (64,57%)	60 (53,1%)	53 (46,9%)		39 (34,51%)	74 (65,49%)	
	piłka	44 (25,14%)	27 (61,36%)	17 (38,64%)		17 (38,64%)	27 (61,36%)	
	chodzenie	91 (52,0%)	47 (51,65%)	44 (48,35%)		31 (34,07%)	60 (65,93%)	
	kucanie	45 (25,71%)	24 (53,33%)	21 (46,67%)		17 (37,78%)	28 (62,22%)	
	krzesełko	43 (24,57%)	20 (46,51%)	23 (53,49%)		16 (37,21%)	27 (62,72%)	
	ćwiczenia pokazane przez położną	15 (8,57%)	10 (66,67%)	5 (33,33%)		4 (26,67%)	11 (73,33%)	
	inne	6 (3,43%)	3 (50,0%)	3 (50,0%)		5 (83,33%)	1 (16,67%)	
Pozycja wertykalna w II okresie porodu	tak	77 (44,0%)	34 (44,16%)	43 (55,84%)	0,112 V 2,193 chi^2 p = 0,334	34 (44,16%)	43 (55,84%)	0,152V 4,016 chi^2 p = 0,134
	nie	98 (56,0%)	51 (52,04%)	47 (47,96%)		29 (29,59%)	69 (70,41%)	
Czas trwania II okresu porodu [min]		ā = 32,02	ā = 41	ā = 23	0,448 R 0,001	ā = 30	ā = 33	-0,083 R 0,276
Rodzaj porodu	samoistny	77 (44,0%)	30 (35,29%)	47 (52,22%)	brak zależności	26 (41,27%)	51 (45,53%)	brak zależności
	indukowany	38 (21,71%)	17 (20,0%)	21 (23,33%)		18 (28,57%)	20 (17,86%)	
	nasilany	60 (34,29%)	38 (44,71%)	22 (24,44%)		19 (30,16%)	41 (36,61%)	
PROM	tak	26 (14,86%)	17 (65,38%)	9 (34,62%)	0,238 V 9,931 chi^2 p = 0,007	12 (46,15%)	14 (53,85%)	0,099V 1,730 chi^2 p = 0,421
	nie	149 (85,14%)	68 (45,64%)	81 (54,36%)		51 (34,23%)	98 (65,77%)	

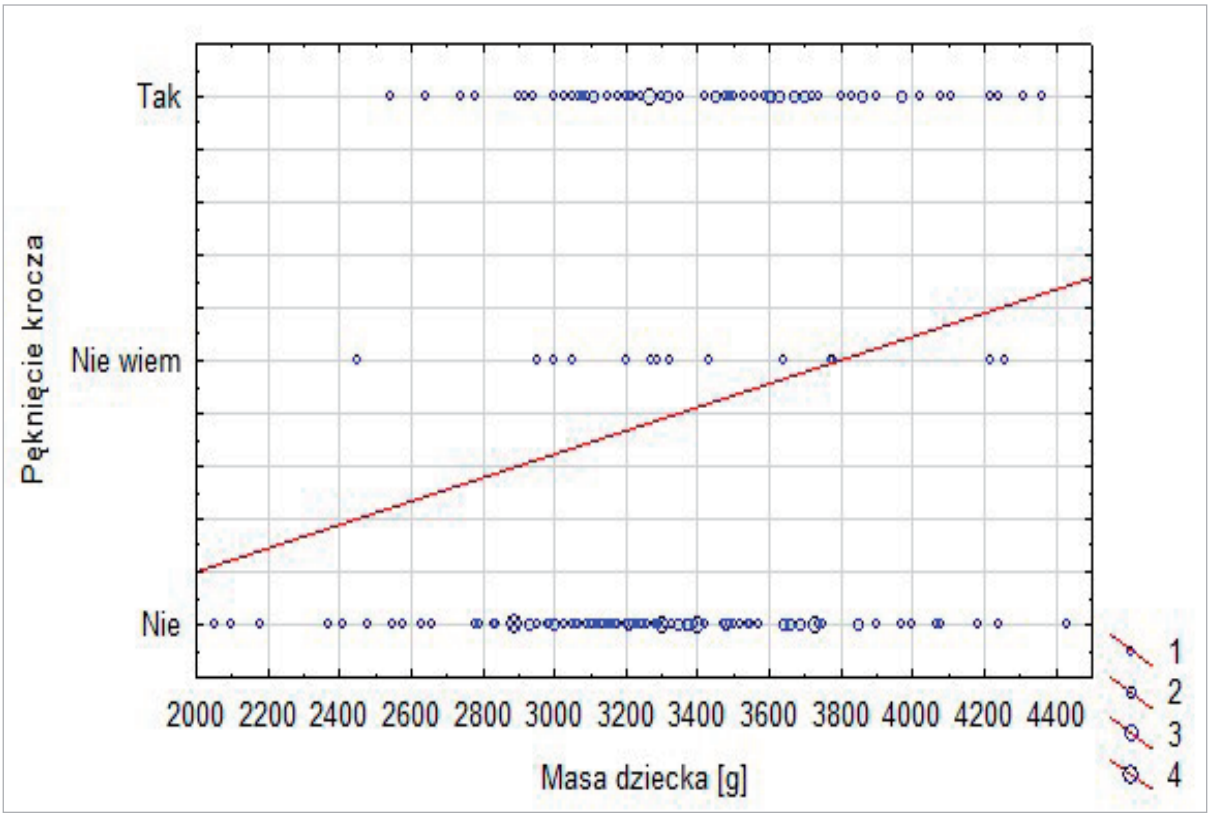
N – liczba przypadków ważnych; R – współczynnik korelacji Spearmana; V – współczynnik kontyngencji Cramera; chi^2 – wynik testu niezależności chi-kwadrat Pearsona; p – wyliczone prawdopodobieństwo testowe, * – procent z wiersza



Rycina 2. Liczba nacięć krocza w zależności od rodności kobiet



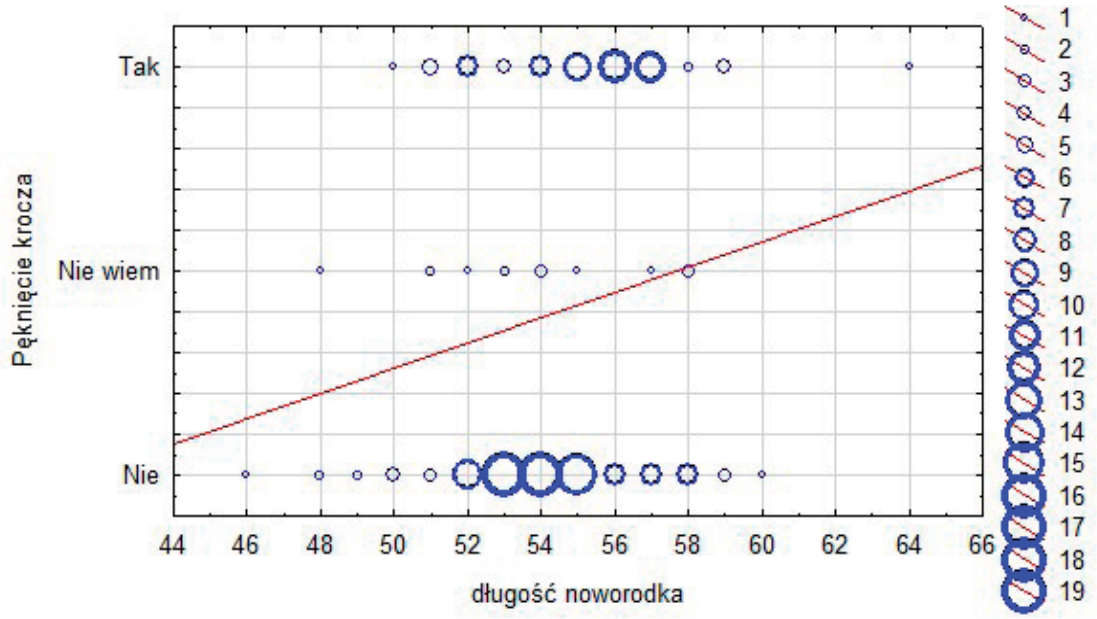
Rycina 3. Pęknięcie krocza w zależności od urazów krocza w poprzednim porodzie



Rycina 4. Pęknięcie krocza w zależności od masy urodzeniowej dziecka

spośród grupy niemającej wcześniejszych urazów pęknięcia krocza podczas porodu doznało tylko 10,0% badanych. Można zatem stwierdzić, iż urazy krocza w poprzednich porodach predysponują do pęknięcia krocza w kolejnych porodach (**Tabela 3**, **Rycina 3**).

Masa urodzeniowa dziecka wysoce istotnie wpływała na urazy krocza podczas porodu. Obserwowano, że im większa masa urodzeniowa dziecka, tym urazy te występowały częściej ($R \approx 0{,}206$; $p \approx 0{,}006$) (**Tabela 3, Rycina 4**). W grupie respondentek, wśród których wy-



Rycina 5. Pęknięcie krocza w zależności od długości urodzeniowej noworodka

stąpiło pęknięcie krocza, średnia masa noworodka wyniosła 3463 (± 419) g, podczas gdy wśród badanych, gdzie uraz nie wystąpił, średnia masa dziecka stanowiła 3257 (± 454) g.

Średnia długość ciała noworodka wyniosła 54,41 cm (mediana 54; przy minimum 46 cm i maksimum 64 cm). Wykazano dodatnią wartość współczynnika korelacji pomiędzy długością noworodka a urazami krocza ($R \approx 0{,}163$; $p \approx 0{,}031$). Oznacza to, że im większa była długość dziecka, tym istotnie częściej statystycznie obserwowano pęknięcia krocza. W porodach, w czasie których doszło do urazu krocza, średnia długość noworodka wynosiła 55,06 (± 2,57) cm, podczas gdy w porodach bez pęknięcia krocza długość dziecka wyniosła średnio 54,05 (± 2,62) cm (**Tabela 3**, **Rycina 5**).

Uczęszczanie na edukację przedporodową nie wpłynęło istotnie na wystąpienie pęknięć lub nacięć krocza, podobnie jak uprawianie sportu przed ciążą (**Tabela 3**).

W trakcie obecnej ciąży na basen uczęszczało 16,57% badanych. Pływanie w ciąży słabo, lecz istotnie statystycznie miało wpływ na zmniejszenie konieczności nacięcia krocza. Przeprowadzone badania wykazały, iż kobietom pływającym podczas ciąży nieco rzadziej nacinano krocze w czasie porodu ($V \approx 0{,}223$; $p \approx 0{,}013$). Wśród respondentek, które uczęszczały na basen w czasie ciąży, aż 68,97% nie wymagało nacięcia krocza, podczas gdy zabieg ten został wykonany u 52,05% tych, które nie pływały w ciąży. Można zatem stwierdzić, iż pływanie podczas ciąży zmniejsza prawdopodobieństwo nacięcia krocza w czasie porodu (**Tabela 3**, **Rycina 6**).

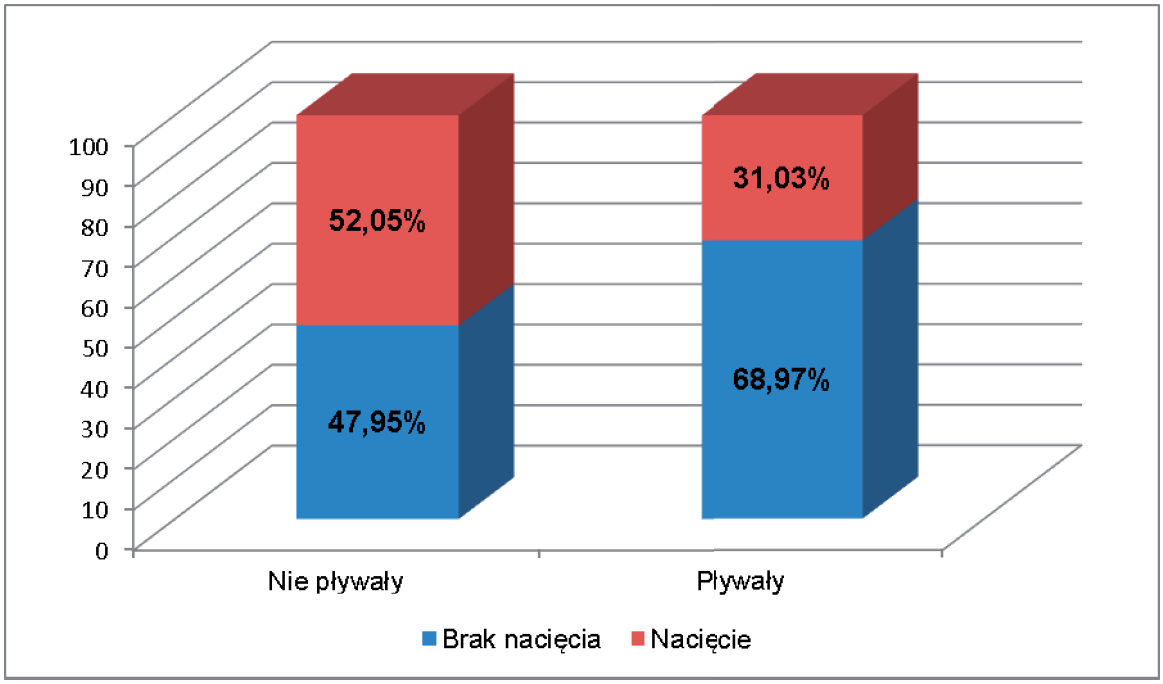
Ponad połowa ankietowanych (54,29%) przyznała, że nie wykonywała ćwiczeń mięśni dna miednicy w ciąży. Niesystematycznie ćwiczyło 24,0% respondentek. Do ćwiczeń 2–3 razy w tygodniu przyznało się 11,43% badanych, natomiast codziennie wykonywało ćwiczenia mięśni dna miednicy tylko 5,71% ankietowanych. Wykazano, iż wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy nie wpływało istotnie statystycznie na wystąpienie pęknięć bądź nacięć krocza w czasie porodu (**Tabela 3**).

Masaż krocza wykonywało 2–3 razy w tygodniu tylko 2,86% badanych, raz w tygodniu – 1,71%, a codziennie – 0,57% kobiet. Jak zaobserwowano, wykonywanie masażu krocza w czasie ciąży nie wpłynęło istotnie na konieczność nacięcia lub występowanie pęknięcia krocza u badanych kobiet. Jednakże zaznaczyć należy, że grupa wykonująca masaż była nieliczna i to może wpływać na powyższe wyniki.

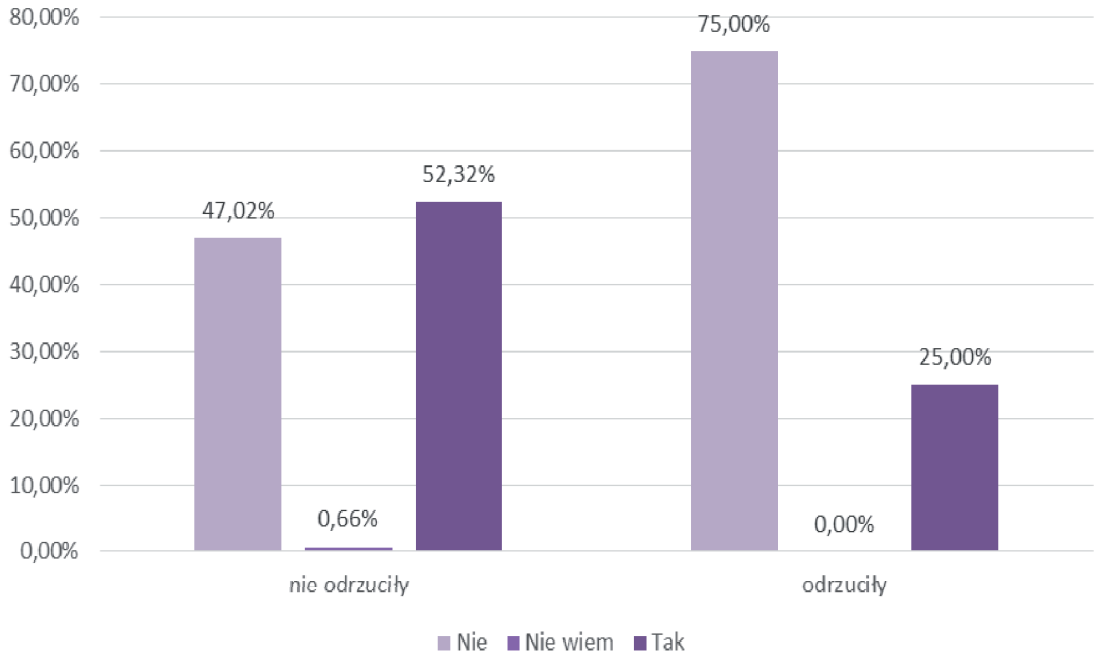
Wśród badanych tylko 1 ciężarna (0,57%) stosowała Epi-No oraz ciepły okład na krocze, a tylko 8 (4,57%) rodzących stosowało żel położniczy, dlatego ze względu na niskie liczebności nie analizowano wpływu stosowania tych środków na nacięcie i urazy krocza (**Tabela 3**).

Wśród ankietowanych 92,0% kobiet nie skorzystało z immersji wodnej w czasie porodu. Zastosowanie immersji wodnej w wannie podczas porodu nie wpłynęło istotnie na konieczność nacięcia bądź wystąpienie pęknięcia krocza u rodzących, ale należałoby przeprowadzić badania na większej próbie (**Tabela 3**).

Z dostępnych udogodnień podczas porodu korzystało 64,57% badanych. Najwięcej kobiet rodzących (52,0%) preferowało aktywne chodzenie. Z krzesełka porodowego, z piłki oraz kucania i innych pozycji skorzystało odpowiednio 24,57%, 25,14% i 25,71% kobiet. Zastosowanie innych



Rycina 6. Nacięcie krocza w zależności od pływania w czasie ciąży

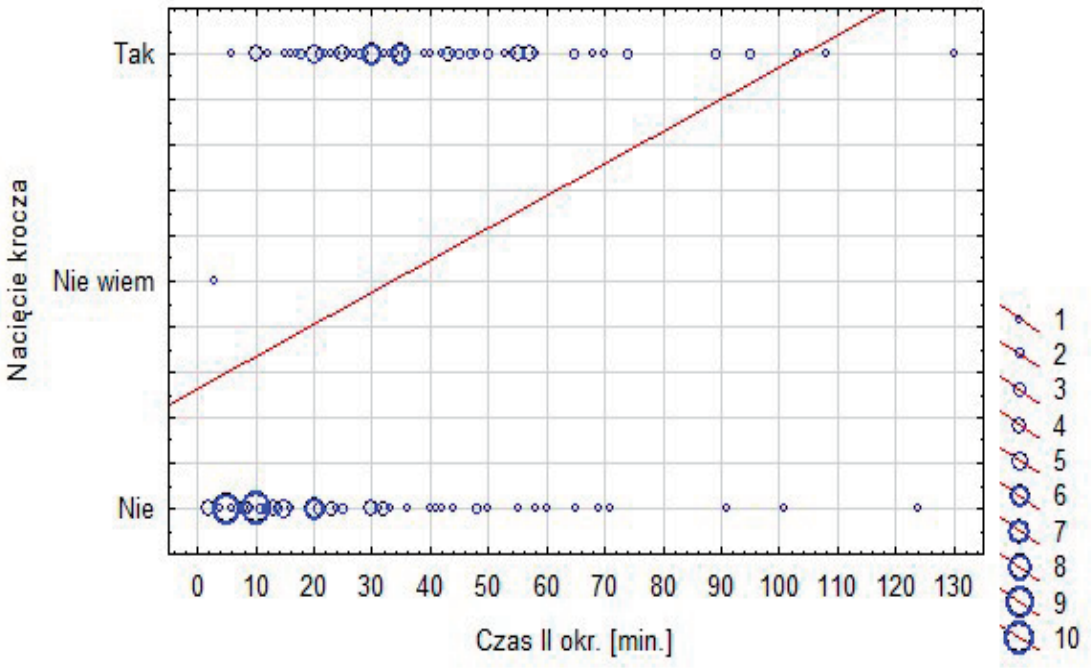


Rycina 7. Nacięcie krocza w zależności od stosowania udogodnień porodowych

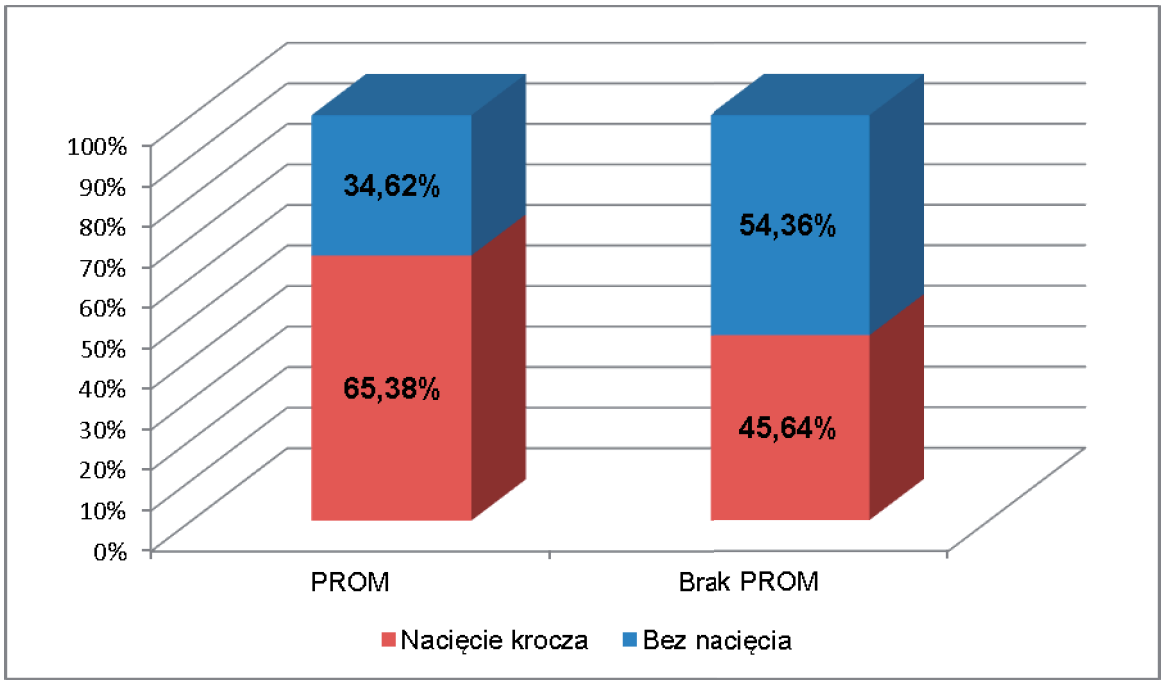
ćwiczeń wskazanych przez położną deklarowało 8,57% rodzących. Analiza danych wykazała, że stosowanie udogodnień porodowych nie było istotnie związane z wykonywaniem nacięć krocza w czasie porodu (p = 0,1058). Spośród kobiet, które nie zastosowały udogodnień, tylko 25,0% miało wykonane nacięcie krocza, podczas gdy episiotomię wykonano u 52,32% badanych korzystających z tych udogodnień (**Tabela 3**, **Rycina 7**).

Z pozycji wertykalnych podczas II okresu porodu korzystało 44,0% badanych. Korzystanie z pozycji wertykalnych w czasie II okresu porodu nie wpłynęło istotnie na potrzebę wykonania nacięć bądź występowanie pęknięć krocza.

Średni czas trwania II okresu porodu wyniósł 32,02 minuty (mediana 25; przy minimum 2 min i maksimum 130 min). Czas trwania II okresu porodu istotnie statystycznie



Rycina 8. Nacięcie krocza w zależności od czasu trwania II okresu porodu



Rycina 9. Nacięcie krocza w zależności od przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego

wpłynął na konieczność wykonania nacięcia krocza. Im dłuższy czas II okresu porodu, tym istotnie częściej dokonywano takiego nacięcia ($R \approx 0{,}448$; $p \approx 0{,}001$). Zależność tę zobrazowano na wykresie rozrzutu. Jak widać, porody, gdzie nacięcie krocza nie było potrzebne, trwały znacząco krócej. W grupie kobiet, które miały wykonane nacięcie, średni czas II okresu porodu wyniósł 41 min, podczas gdy w grupie rodzących bez nacięcia krocza – zaledwie 23 min (**Tabela 3**, **Rycina 8**).

Z analizy przeprowadzonych badań można wywnioskować, że najczęściej dokonywano nacięcia krocza u rodzących, które miały poród nasilany (44,71%). Natomiast

pęknięcia krocza najczęściej obserwowano wśród kobiet, które rodziły samoistnie (41,27%). Jednakże różnica ta nie była istotna statystycznie (**Tabela 3**).

Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego wystąpiło u 14,86% badanych. Wykazano, że było ono istotnie związane z koniecznością wykonania nacięcia krocza ($V \approx 0{,}238$; $p \approx 0{,}007$). W grupie badanych, u których obserwowano przedwczesne pęknięcie błon płodowych, wykonano nacięcie krocza aż w 65,38% przypadków. Wśród rodzących, u których nie było przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, nacięcia dokonano u 45,64% respondentek (**Tabela 3**, **Rycina 9**).

Dyskusja

Tematyką często poruszaną w periodykach położniczo-ginekologicznych są i będą śródporodowe urazy tkanek miękkich dróg rodnych oraz struktur dna miednicy. Mają one istotne znaczenie w późniejszym życiu kobiety, mogą bowiem spowodować poważne problemy, np. wysiłkowe nietrzymanie moczu bądź obniżenie narządu rodnego [4]. Dlatego też Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego opracował rekomendacje, które obejmują zapobieganie uszkodzeniom krocza podczas porodu [1]. Należy również zwrócić uwagę na czynniki, które usposabiają do powstawania okołoporodowych urazów mięśni dna miednicy.

W przeprowadzonych badaniach wykazano zależność pomiędzy wiekiem rodzących a wystąpieniem urazów krocza. Im starsza kobieta, tym ryzyko pęknięcia krocza jest wyższe. Hornemann i wsp. w swoich badaniach również wykazali, iż w powstawaniu obrażeń okołoporodowych dużą rolę odgrywa wiek [5]. Jednak niewiele jest dostępnych badań, które analizują wpływ wieku rodzącej na wystąpienie uszkodzeń krocza podczas porodu. Dlatego trudno jest jednoznacznie stwierdzić, że u starszych kobiet istnieje rzeczywiście większe ryzyko śródporodowych urazów krocza.

Wielu badaczy podkreśla, iż liczba porodów wpływa istotnie na śródporodowe powstawanie urazów krocza. Badania Landy'ego i wsp. wykazały, iż pierwszy poród znacząco zwiększa ryzyko urazów tkanek miękkich dróg rodnych, w tym pęknięcia krocza III i IV stopnia [6]. Badacze ci wskazują również na fakt, iż pierwiastki istotnie częściej mają nacięcie krocza aniżeli wieloródki [6]. Do podobnych wniosków doszli także autorzy francuscy, którzy przeanalizowali 43 periodyki dotyczące episiotomii oraz pozostałych obrażeń tkanek miękkich kanału rodnego [7]. W badaniach własnych wykazano również, iż u pierworódek częściej niż u wieloródek nacinano krocze oraz że z każdym następnym porodem ryzyko wykonania episiotomii maleje. Nie wykazano także korelacji pomiędzy liczbą porodów a występowaniem pęknięć krocza.

W wielu badaniach wykazano, że masa urodzeniowa dziecka powyżej 4000 g ma istotny wpływ na częstsze występowanie obrażeń okołoporodowych [8, 9]. W pracy Hirnle i wsp. wykazano, iż najczęściej urazy krocza u kobiet, które urodziły dzieci powyżej 4000 g, dotyczyły pęknięcia krocza I i II stopnia oraz pęknięcia szyjki macicy (20,3%) [10]. W badaniach własnych noworodki urodzone powyżej 4000 g stanowiły jedynie 8,57% ogółu. Dlatego również brano pod uwagę dzieci o wadze poniżej 4 kg. Stwierdzono wprost proporcjonalną zależność między wzrostem masy ciała noworodka a pęknięciami krocza. Mikołajczyk i wsp. wykazali, iż masa ciała 3500 g i wyższa predysponuje do większej liczby wystąpienia obrażeń krocza [11]. Natomiast według badań Malinowskiej-Polubiec i wsp. urodzeniowa masa ciała noworodka nie miała istotnego wpływu na występowanie pęknięć krocza [12].

Według opublikowanych przez Fundację Rodzić po Ludzku w 2005 roku badań na temat wpływu pozycji wertykalnych w II okresie porodu na urazowość krocza dzięki tym pozycjom obniżyła się liczba wykonywania nacięć krocza z 80% do 15%. Także pozycja półsiedząca sprawiła, iż było najmniej pęknięć krocza III i IV stopnia (0,9%) [3]. Gupta i wsp. w swoich badaniach także wykazali, że pozycje wertykalne (w tym pozycja stojąca i na boku) zmniejszały częstość wykonywania nacięć krocza, ale zwiększały ryzyko obrażeń krocza II stopnia [13]. W rekomendacjach opracowanych przez Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w roku 2011 przedstawiono badania, które wskazują, iż u kobiet, które rodziły w pozycji horyzontalnej, i u rodzących w pozycjach wertykalnych (kucznej i kolankowo-łokciowej) występuje porównywalna liczba urazów krocza wymagająca założenia szwów [1]. W badaniach własnych jedynie 44,0% badanych chciało lub miało możliwość urodzenia dziecka w pozycji wertykalnej, pozostałe kobiety rodziły w pozycji horyzontalnej. Nie wykazano, aby pozycje wertykalne miały istotny wpływ na wystąpienie nacięć i urazów krocza.

Badania własne wykazały, iż u respondentek, u których dokonano nacięcia krocza, czas trwania II okresu porodu średnio trwał 41 min. Natomiast u badanych, u których nie nacięto krocza, czas ten wyniósł 23 min i była to różnica istotna statystycznie. W związku z tym należy wysunąć wniosek, że im dłużej trwa II okres porodu, tym częściej występuje konieczność nacięcia krocza. Malinowska-Polubiec i wsp. wykazali, iż czas trwania II okresu porodu powyżej 60 min jest istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia obrażeń krocza [12]. Do podobnych wniosków doszli Groutz i wsp. oraz Smith i wsp. [14, 15].

Natomiast w rekomendacjach dotyczących zapobiegania obrażeniom tkanek miękkich kanału rodnego stwierdzono brak randomizowanych badań, które dowodzą wpływu przedłużonego czasu trwania II okresu porodu na większą urazowość krocza [1].

Wielu autorów, w tym Tayrac i wsp., wykazało, że stosowanie oksytocyny w trakcie porodu znacząco wpływa na zwiększenie liczby obrażeń tkanek miękkich kanału rodnego [7]. Z kolei da Silva i wsp. dowodzili, że oksytocyna zwiększa istotnie ryzyko uszkodzeń krocza II stopnia [16]. Badania własne wykazały, że nacięcie krocza wykonano u kobiet, które miały poród nasilany oksytocyną (44,71%), ale również u rodzących z samoistną czynnością skurczową (35,29%). Natomiast pęknięcia krocza częściej pojawiały się podczas porodów samoistnych (41,27%), jednak brak jest zależności statystycznej. Można więc wysnuć wniosek, że poród stymulowany oksytocyną nie ma istotnego wpływu na występowanie obrażeń krocza. Do podobnych wniosków doszli Malinowska-Polubiec i wsp., którzy stwierdzili, iż podawanie oksytocyny w czasie porodu nie wpływało na zwiększoną urazowość tkanek miękkich dróg rodnych [12].

W badaniach własnych wykazano, iż ze stosowania żelu położniczego, wykonywania zarówno masażu krocza w czasie ciąży, jak i ciepłych okładów na krocze korzystał niewielki odsetek badanych kobiet, stąd nie można wysnuć jednoznacznych wniosków. Według badań Aasheima i wsp. rozgrzane kompresy zmniejszają obecność pęknięć krocza III i IV stopnia, lecz nie mają wpływu na zmniejszenie częstości nacięć krocza [17]. Tak samo zastosowanie żelu położniczego w trakcie porodu przynosi pozytywne rezultaty [18]. Badania Schauba i wsp. wykazały, iż stosowanie żelu położniczego wpłynęło istotnie na lepszą ochronę krocza. W grupie respondentek, u których zastosowano żel położniczy, 54,55% rodzących miało nieuszkodzone krocze, natomiast w grupie kontrolnej – jedynie 13,04% [19]. Potwierdzić to mogą także badania przeprowadzone przez Zhuka i wsp. [20].

Badania własne dotyczyły także wpływu immersji wodnej w trakcie I okresu porodu. Jedynie 8,0% rodzących skorzystało z ciepłej wody, dlatego też nie można wysnuć jednoznacznych wniosków. Jednakże w wielu badaniach wykazano korelację pomiędzy zastosowaniem immersji wodnej a mniejszą liczbą obrażeń krocza w czasie porodu. W badaniach Juda i wsp. wykazano, iż u 27% rodzących korzystających z tego udogodnienia nie obserwowano urazów krocza [21]. Podobne wnioski wysnuli Waleśkiewicz i wsp., stwierdzając, iż ciepła woda ma działanie relaksujące na mięśnie dna miednicy i tkanki miękkie kanału rodnego, co wpływa na mniejszą liczbę pęknięć krocza [22].

Wnioski

1. Urazy lub konieczność nacięcia krocza częściej występowały u kobiet starszych, które rodziły po raz pierwszy lub doznały obrażeń krocza podczas poprzednich porodów oraz rodzących dzieci z dużą długością i masą ciała. Dlatego szczególnie wobec tych grup kobiet należy prowadzić profilaktykę tych obrażeń.
2. Im dłuższy czas trwania II okresu porodu, tym wzrastało ryzyko nacięcia krocza. W związku z tym konieczne jest baczne kontrolowanie czasu trwania porodu.
3. Na zmniejszoną urazowość krocza nie wpływało zastosowanie immersji wodnej podczas porodu, stosowanie ćwiczeń mięśni dna miednicy, uprawianie aktywności fizycznej przed ciążą, ale pływanie podczas ciąży zmniejszało urazowość krocza.
4. Poród indukowany lub nasilany oksytocyną nie był znacznie obarczony zwiększoną urazowością tkanek miękkich kanału rodnego, podobnie jak poród w pozycji horyzontalnej.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące zapobiegania śródporodowym urazom kanału rodnego oraz struktur dna miednicy. Ginekol Pol. 2011; 82: 390–394.
2. Agrawal P. Mocne argumenty. Wytyczne NICE. Mag Pielęg Położ. 2011; 9: 30–31.
3. Kubicka-Kraszyńska U, Otffinowska A, Siemińska A. Nacięcie krocza – konieczność czy rutyna? Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2008. 11–33.
4. Sudoł-Szopińska I, Radkiewicz J, Kołodziejczak M, Wójtowicz M, Jakubowski W. Diagnostyka poporodowych uszkodzeń mięśni dna miednicy. Ginekol Prakt. 2007; 1: 22–31.
5. Hornemann A, Kamischke A, Luedders D, Beyer D, Diedrich K, Bohlmann M. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous woman. Arch Gynecol Obset. 2010; 281: 59–64.
6. Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. Obstet Gynegol. 2011; 117: 627–635.
7. De Tayrac R, Panel L, Masson G, Mares P. Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006; 35(1): 24–31.
8. Piasek G, Starzewski J, Chil A, Wrona-Cyranowska A, Gutowski J, Anisiewicz A et al. Analysis of labour and perinatal com-

plications in case of foetus weight over 4000 g. Wiad Lek. 2006; 59(5–6): 326–331.
9. Stanirowski P, Próchenko E, Fishof I, Nalewczyńska A, Cendrowski K. Przebieg ciąży i porodu u pacjentek z makrosomią płodu. Gin Pol Med Project. 2010; 2(16): 28–36.
10. Hirnle L, Kowalska M, Petrus A, Hirnle G, Zimmer M. Analiza czynników predysponujących do makrosomii płodu oraz przebieg ciąży i porodu w przypadkach ciąż powikłanych dużą masą płodu. Ginekol Pol. 2007; 78: 280–283.
11. Mikolajczyk RT, Zhang J, Troendle J, Chan L. Risk factors for birth canal lacerations in primparous women. Am J Perinatol. 2008; 25(5): 259–264.
12. Malinowska-Polubiec A, Knaś M, Czajkowski K, Smolarczyk R, Romejko E. Okołoporodowe urazy dróg rodnych. Perinatol Neonatol Ginekol. 2009; 2(3): 195–202.
13. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmer M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Databese Syst Rev. 2012; 5: 46–59.
14. Groutz A, Cohen A, Gold R, Hasson J, Wengier A, Lessing JB et al. Risk factors for severe perineal injury during childbirth: a case-control study of 60 consecutive cases. Colorectal Dis. 2011; 13(8): 216–219.
15. Smith L, Price N, Simonite V, Burns E. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013; 13(59): 1–9.
16. da Silva FM, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. J Clin Nurs. 2012; 21(15–16): 2209–2218.
17. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reiner LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 7: 12.
18. Krzyżanowski A, Gęca T, Brzozowska A, Kwaśniewska A. Ocena wpływu położniczego żelu Dianatal na przebieg porodu u pierworódek i stan urodzeniowy noworodka. Med Og Nauk Zdr. 2012; 15(4): 268–271.
19. Schaub AF, Litschgi M, Hoesli I, Holzgreve W, Bleul U, Geissbühler V. Obstetric gel shortens second stage of labor an prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation. J Perinat Med. 2008; 36(2): 129–135.
20. Zhuk S, Pekhnyo N. Advanced technologies in vaginal labour management. Healthcare in Ukraine; 2009.
21. Juda W, Madej M, Zalewski M, Heimrath J, Zalewski J. Poród w immersji wodnej. Zdr Publ. 2012; 122(3): 279–284.
22. Waleśkiewicz K, Rajewski P. Imersja wodna jako alternatywa porodu klasycznego. Fam Med Prim Care Rev. 2007; 9(3): 884–886.

Zaakceptowano do edycji: 2017-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2017-05-14

Adres do korespondencji:
Dorota Ćwiek
Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
ul. Żołnierska 48
71-220 Szczecin
tel.: 91 480 09 83
fax: 91 480 09 78
e-mail: dorota.cwiek@pum.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OPINII PACJENTÓW Z OBSZARU POLSKI WSCHODNIEJ

QUALITY OF SPECIALIST HEALTH CARE SERVICES ACCORDING TO PATIENTS FROM EASTERN POLAND

Zbigniew Tarkowski, Olga Dąbska, Joanna Monastyrska, Ewa Humeniuk

Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.4

STRESZCZENIE

Wstęp. Badanie opinii obrazujące stopień realizacji potrzeb pacjentów przez system opieki zdrowotnej pozwala na skuteczną identyfikację tych potrzeb, a także wyznaczenie obszarów wymagających poprawy i wprowadzenie udoskonaleń.
Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej określona na podstawie opinii pacjentów z obszaru Polski Wschodniej.
Materiał i metody. Przeprowadzając badania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz służący do oceny jakości i stopnia satysfakcji z usług specjalistycznej opieki zdrowotnej. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu programu SAS Enterprise Guide. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Posłużono się testami chi^2 Pearsona, t-Studenta, r-Spearmana. Grupę badaną stanowiło 144 pacjentów poradni udzielających specjalistycznych świadczeń.
Wyniki. Na poziom zadowolenia pacjentów ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej wpływały wiek i wykształcenie oraz czas oczekiwania i dostępność usług. Najwyższy odsetek osób nieusatysfakcjonowanych występował wśród badanych do 20. r.ż. i z wykształceniem podstawowym. Im czas oczekiwania na wizytę był krótszy, a dostępność do usług wyższa, tym pacjent odczuwał większe zadowolenie ze świadczeń. Satysfakcji z usług medycznych nie determinowały płeć i miejsce zamieszkania respondentów.
Wnioski. Jakość usług medycznych jest sposobem na konkurencyjność wśród świadczeniodawców na rynku medycznym, lecz głównie wiąże się z możliwością poprawy satysfakcji i realizacją oczekiwań pacjentów.

Słowa kluczowe: jakość, satysfakcja, opieka medyczna, pacjent.

ABSTRACT

Introduction. Opinion research showing the degree of meeting patients' requirements by health care allows for the successful identification of needs and for the focus on the areas that should be improved and further developed.
Aim of the study. Assessment of specialist health care services' quality by patients from Eastern Poland was the goal of work.
Material and methods. Diagnostic poll method, survey technique was used when conducting this study. Authorial questionnaire which was used to assess the quality level and the level of satisfaction with specialist health care services was the research tool. SAS Enterprise Guide software was used to analyze the gathered data. Statistical significance of $p < 0.05$ was assumed which indicated statistically important differences or correlations. Chi^2 Pearson, t-Student and r-Spearman tests were used. The surveyed group consisted of 144 patients using medical services in specialist clinics.
Results. Age and education as well as waiting time and accessibility of services had influence on patients' satisfaction with specialist health care services. The most unsatisfied patients were below 20 years old and had primary education. The shorter the waiting time and the better the quality of services the more satisfied the patient was. Sex and place of residence had no influence on patients' satisfaction with medical services.
Conclusions. Quality of medical services is one of the means of competitiveness on the medical market but it is mostly related to improving patients' satisfaction with medical services and meeting patients' expectations.

Keywords: quality, satisfaction, medical care, patient.

Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania badaniami związanymi z jakością usług zdrowotnych. Jakość w obrębie ochrony zdrowia można określać na wiele sposobów, jednakże najczęściej „(...) definiowana jest jako stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów" [1]. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość jako świadczenia odpowiadające konkret-

nym kryteriom, aktualnemu stanowi wiedzy medycznej i posiadanym zasobom, które zapewniają z jednej strony maksymalny zysk zdrowotny, a z drugiej – minimalne ryzyko utraty zdrowia. Według WHO jakość usług zdrowotnych należy postrzegać przez pryzmat trzech składowych: a) jakości projektu – specyfika struktury organizacyjnej, infrastruktura lokalowa, wykształcenie personelu, sprzęt medyczny; b) jakości zgodności – przyjęte sposoby postępowania, procedury wykonywania badań, zabiegów, sposób komunikacji personel medyczny ‹—› pacjent; c) jakości wykonania – kontakt z personelem medycznym po zakończeniu terapii, niezawodność usługi medycznej [2].

Osiągnięcie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych gwarantuje „(...) skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, prowadzi do zadowolenia pacjentów z otrzymanych usług, satysfakcji pracowników z wykonywanej pracy, ograniczenia kosztów prowadzonej działalności, lepszego i bardziej skutecznego wykorzystania posiadanych zasobów materialnych, ludzkich, finansowych (...)" [3]. Odpowiednia jakość usług pozwoli też pozyskać nowych pacjentów, zapewni odpowiedni standard usług medycznych, ograniczy skalę zagrożeń dla pacjenta, zmniejszy koszty naprawy błędów, zredukuje liczbę roszczeń odszkodowawczych. Pojęcie jakości stało się nadzieją dla pacjentów na leczenie w lepszych i bezpieczniejszych warunkach [4]. Przekłada się nie tylko na stan zdrowia, poziom zaufania i bezpieczeństwa, lecz zwłaszcza na życie pacjenta [5].

Badanie opinii obrazujące stopień realizacji potrzeb pacjentów przez system opieki zdrowotnej pozwala na skuteczną identyfikację tych potrzeb, a także wyznaczenie obszarów wymagających poprawy i wprowadzenie udoskonaleń [6]. Niezależnie od rodzaju świadczonych usług pożądane jest, aby sposób ich realizacji przewyższał oczekiwania pacjenta [7]. „Dlatego starając się sprostać wymaganiom jak największej grupy pacjentów, należy poszukiwać standardów, które pozwolą na bieżąco identyfikować oczekiwania pacjentów oraz umożliwiać szybkie wdrażanie ich w życie" [8].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej określona na podstawie opinii pacjentów z obszaru Polski Wschodniej. Autorzy pracy pragnęli uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy zmienne socjodemograficzne, jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, determinują poziom zadowolenia pacjentów ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej?
2. W jakim stopniu czas oczekiwania i dostępność usług specjalistycznej opieki zdrowotnej wpływają na satysfakcję świadczeniobiorców?

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 144 pacjentów poradni udzielających specjalistycznych świadczeń: NZOZ Terapia Kuracja Przychodnia Specjalistyczna w Radzyniu Podlaskim, NZOZ Przychodnia Specjalistyczna Bio-Medical w Lublinie. Zdecydowaną większość (78%, n = 112) respondentów stanowiły kobiety. Badani reprezentowali grupy wiekowe do 20 lat (22%, n = 31), 21–35 lat (42%, n = 60), 36–50 lat (17%, n = 25), ponad 50 lat (19%, n = 28), przy czym średnia wieku wynosiła 33,97 roku. Najmłodszy badany miał 18 lat, a najstarszy liczył 86 lat. Blisko połowa (46%, n = 67) respondentów miała wyższe wykształcenie. Pozostałą część badanej grupy stanowiły osoby z wykształceniem średnim (33%, n = 47), podstawowym (11%, n = 16), zawodowym (10%, n = 14). Aż 76% (n = 109) osób mieszkało w mieście.

Przeprowadzając badania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz służący do oceny jakości i stopnia satysfakcji z usług specjalistycznej opieki zdrowotnej. Poruszał kwestie dotyczące m.in. dostępności, czasu oczekiwania i zadowolenia ze świadczeń. Narzędzie opatrzono metryczką z pytaniami o czynniki socjodemograficzne. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu programu SAS Enterprise Guide. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Posłużono się testami chi^2 Pearsona, t-Studenta oraz r-Spearmana.

Wyniki

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnej statystycznie zależności między płcią a zadowoleniem pacjentów ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej ($p = 0,7799$). Większość zarówno kobiet, jak i mężczyzn deklarowała zadowolenie z realizowanych usług medycznych (**Tabela 1**). Uzyskane za pomocą testu chi^2 Pearsona wyniki potwierdził rezultat testu t-Studenta ($p = 0,8936$).

Wystąpiła istotna statystycznie zależność między wiekiem a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej ($p = 0,0060$). Badani ogólnie deklarowali dość wysoki poziom satysfakcji z usług lekarzy specjalistów. Wyjątek stanowiła grupa osób do 20. r.ż., wykazująca bardzo duże niezadowolenie z uzyskanego świadczenia. Zaobserwowano, iż wraz z wiekiem rósł poziom satysfakcji z usług medycznych (**Tabela 2**).

Tabela 1. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od płci

Płeć	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej			
	tak		nie	
	n	%	n	%
kobieta	73	65	39	35
mężczyzna	20	63	12	37
Analiza chi^2 Pearsona: DF = 1, chi-sq = 0,0781, p = 0,7799				

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, chi-sq – wynik testu chi^2

Tabela 2. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od wieku

Wiek	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej			
	tak		nie	
	n	%	n	%
≤ 20 lat	12	39	19	61
21–35 lat	41	68	19	32
36–50 lat	18	72	7	28
≥ 50 lat	22	79	6	21
Analiza chi^2 Pearsona: DF = 3, chi-sq = 12,4383, p = 0,0060				

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, chi-sq – wynik testu chi^2

Tabela 3. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od poziomu wykształcenia

Poziom wykształcenia	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej			
	tak		nie	
	n	%	n	%
wyższe	47	70	20	30
średnie	30	64	17	36
zawodowe	11	79	3	21
podstawowe	5	31	11	69
Analiza chi^2 Pearsona: DF = 3, chi-sq = 9,8890, p = 0,0195				

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, chi-sq – wynik testu chi^2

Tabela 4. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej			
	tak		nie	
	n	%	n	%
miasto	71	65	38	35
wieś	22	63	13	37
Analiza chi^2 Pearsona: DF = 1, chi-sq = 0,0602, p = 0,8061				

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, chi-sq – wynik testu chi^2

Uzyskano istotną statystycznie zależność między poziomem wykształcenia a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej (p = 0,0195). Najwyższy odsetek osób nieusatysfakcjonowanych występował wśród badanych z wykształceniem podstawowym (69%). Pozostali respondenci w większości byli zadowoleni z uzyskanego świadczenia (**Tabela 3**).

Brak jest istotnej statystycznie zależności między miejscem zamieszkania a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej (p = 0,8061). Bez względu na pochodzenie blisko dwie trzecie badanych było usatysfakcjonowanych z oferowanych usług (**Tabela 4**). Uzyskane za pomocą testu chi^2 Pearsona wyniki potwierdził rezultat testu t–Studenta (p = 0,9161).

Tabela 5. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od oceny czasu oczekiwania na wizytę lekarską

Ocena czasu oczekiwania na wizytę lekarską	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej			
	tak		nie	
	n	%	n	%
bardzo krótki lub krótki	69	81	16	19
długi lub bardzo długi	24	41	35	59
Analiza chi^2 Pearsona: DF = 1, chi-sq = 24,9723, p < 0,0001				

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, chi-sq – wynik testu chi^2

Tabela 6. Różnice w zadowoleniu ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej względem oceny czasu oczekiwania na wizytę lekarską

Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej	Ocena czasu oczekiwania na wizytę lekarską						Analiza test t-Studenta		
	bardzo krótki lub krótki			długi lub bardzo długi					
	n	M	SD	n	M	SD	DF	t	p
	85	4,01	0,63	59	3,25	0,88	97,45	-5,67	< 0,0001

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, t – wynik testu t-Studenta

Tabela 7. Analiza korelacji między oceną czasu oczekiwania na wizytę lekarską a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej

Korelacja	n	M	SD	Me	Min.	Maks.	Analiza test r-Spearmana	
							p	r
Ocena czasu oczekiwania na wizytę lekarską	144	2,69	0,84	3,0	1,0	5,0	< 0,0001	-0,53329
Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej	144	3,70	0,83	4,0	1,0	5,0		

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna, p – współczynnik istotności statystycznej, r – współczynnik korelacji

Tabela 8. Zależności między oceną dostępności opieki specjalistycznej a zadowoleniem z tego typu świadczeń

Ocena dostępności opieki specjalistycznej	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej			
	tak		nie	
	n	%	n	%
bardzo dobrze	11	100	0	0
dobrze	40	89	5	11
średnio	35	60	23	40
nisko	6	33	12	67
negatywnie	1	8	11	92
Analiza chi^2 Pearsona: DF = 4, chi-sq = 42,3948, p < 0,0001				

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, chi-sq – wynik testu chi^2

Wystąpiła wysoce istotna statystycznie zależność między oceną czasu oczekiwania na wizytę lekarską a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej (p < 0,0001). Znacznie większy odsetek usatysfakcjonowanych pacjentów występował wśród osób postrzegających czas oczekiwania na wizytę jako krótki i bardzo krótki (**Tabela 5**).

Uzyskane za pomocą testu chi^2 Pearsona wyniki potwierdził rezultat testu t-Studenta (p < 0,0001). Średnia ocena zadowolenia z oferowanych usług była znacznie wyższa w grupie oceniającej czas oczekiwania na wizytę jako krótki lub bardzo krótki (M = 4,01) niżeli wśród badanych określających go jako długi lub bardzo długi (M = 3,25) (**Tabela 6**).

Tabela 9. Różnice w zadowoleniu ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej względem oceny dostępności tego typu opieki

Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej	Ocena dostępności opieki specjalistycznej bardzo dobrze, dobrze			nisko, negatywnie			Analiza test t-Studenta		
	n	M	SD	n	M	SD	DF	t	p
	56	4,20	0,59	88	3,39	0,81	139,57	-6,96	< 0,0001

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, t – wynik testu t-Studenta

Tabela 10. Analiza korelacji między oceną dostępności opieki specjalistycznej a zadowoleniem z tego typu świadczeń

Korelacja	n	M	SD	Me	Min.	Maks.	Analiza test r-Spearmana	
							p	r
Ocena dostępności opieki specjalistycznej	144	3,17	1,03	3,0	1,0	5,0	< 0,0001	0,59905
Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej	144	3,70	0,83	4,0	1,0	5,0		

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna, p – współczynnik istotności statystycznej, r – współczynnik korelacji

Potwierdzeniem powyższych wyników jest rezultat testu r-Spearmana, który także wskazuje na występowanie wysoce istotnej statystycznie korelacji między oceną czasu oczekiwania na wizytę lekarską a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej ($p < 0,0001$). Uzyskany związek był silny i ujemny ($r > 0$ oraz $|r| < 0,5$), co oznacza, że im czas oczekiwania na wizytę był krótszy, tym pacjent odczuwał wyższe zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej (**Tabela 7**).

Uzyskano wysoce istotną statystycznie zależność między oceną dostępności opieki specjalistycznej a zadowoleniem pacjenta z tego typu świadczeń ($p < 0,0001$). Wszystkie osoby bardzo dobrze oceniające dostępność specjalistycznych usług wskazały na zadowolenie z uzyskanych świadczeń. Wraz z obniżającą się oceną dostępności spadał poziom satysfakcji. Osoby negatywnie oceniające dostęp do świadczeń aż w 92% wykazały niezadowolenie z usługi zdrowotnej (**Tabela 8**).

Uzyskane za pomocą testu chi^2 Pearsona wyniki potwierdził rezultat testu t-Studenta ($p < 0,0001$). Średnia ocena zadowolenia z oferowanych usług była znacznie wyższa w grupie pozytywnie oceniającej dostępność świadczeń ($M = 4,20$) w porównaniu z badanymi, którzy postrzegali ją negatywnie ($M = 3,39$) (**Tabela 9**).

Powyższe wyniki potwierdza rezultat testu r-Spearmana, który wskazuje na występowanie wysoce istotnej statystycznie korelacji między oceną dostępności opieki specjalistycznej a zadowoleniem z tego typu świadczeń ($p < 0,0001$). Uzyskany związek był silny i dodatni ($r > 0$ oraz $|r| < 0,5$), co oznacza, że wraz ze wzrostem dostępu do usług rośnie poziom zadowolenia z nich (**Tabela 10**).

Dyskusja

Priorytetem działań systemu ochrony zdrowia jest dążenie do zachowania dobrego zdrowia i życia pacjentów dzięki wysokiej jakości świadczonych usług. „Wysoka jakość powinna być obowiązkową cechą usług zdrowotnych" [3]. Jakość w ochronie zdrowia to zjawisko wielce złożone, które według Maxwella uwarunkowane jest spełnieniem oczekiwań pacjentów z zakresu dostępności świadczeń, proporcjonalności usługi względem potrzeby, wydajności, równości oraz społecznej akceptacji [9]. Zdaniem Treli jakość świadczeń zdrowotnych opiera się na uwzględnianiu wymagań pacjentów z zakresu „(...) zapewnienia ciągłości świadczenia usług oraz skuteczności w działaniu, empatii poprzez okazywanie pomocy i wrażliwości wobec pacjentów, dostępności usług poprzez niesienie pomocy wtedy, kiedy pacjenci jej potrzebują, kompetencji i aktualnej wiedzy personelu medycznego, skuteczności oraz łatwości komunikowania się z pacjentem, odpowiedzialności za czynności, które wykonuje się w placówce medycznej, ale przede wszystkim odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjenta, bezpieczeństwa i profilaktyki zakażeń, zapewnienia sprawnego i nowoczesnego sprzętu i urządzeń medycznych, uprzejmości personelu" [8].

Kamińska-Rosner i wsp. zaobserwowali, iż wyższy poziom zadowolenia z oferowanych usług medycznych wykazują pacjenci płci żeńskiej [10]. Do takiego wniosku doszli także Naskręt i wsp., wskazujący na wyższą satysfakcję w grupie badanych kobiet [11]. Przeważające zadowolenie z usług zdrowotnych wśród pań zaobserwowano ponadto w badaniach Wierzbińskiej-Karakuły i wsp. [12]. Odmienne wyniki uzyskano na podstawie autorskiej analizy. Płeć nie

determinowała stopnia zadowolenia ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej, które zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn kształtowało się odpowiednio na poziomie 65% i 63%.

W ramach wielu badań analizowano zależność między wiekiem pacjentów a zadowoleniem z oferowanych usług zdrowotnych. Ciekawych danych w tym zakresie dostarczają Naskręt i wsp. Badacze odnotowali najwyższy poziom satysfakcji ze świadczeń medycznych u osób w wieku 18–30 lat, a najniższy w grupie wiekowej 41–50 lat [11]. Z kolei Kamińska-Rosner i wsp. nie zaobserwowali, aby wiek różnicował stopień zadowolenia pacjentów z oferowanych usług [10]. Do odmiennych wniosków doszli Łukomska i wsp. – zdaniem tych badaczy wraz z wiekiem pacjenta zwiększa się liczba pozytywnych ocen na temat otrzymanych świadczeń. Pozytywne opinie wśród seniorów autorzy tłumaczą otrzymywaniem przez badanych większego wsparcia emocjonalnego [13]. Podobne wyniki uzyskano w ramach autorskiej analizy, gdzie wystąpiła istotna statystycznie zależność między wiekiem a zadowoleniem świadczeniobiorców ze specjalistycznej opieki zdrowotnej. Zaobserwowano, iż wraz z wiekiem rósł poziom satysfakcji, którego najwyższy zakres (79%) odnotowano wśród najstarszych respondentów.

Często analizowany jest także wpływ wykształcenia pacjentów na poziom satysfakcji z otrzymanych świadczeń. Na brak takiej zależności wskazali Kamińska-Rosner i Zdun-Ryżewska [10], podczas gdy Naskręt i wsp. podkreślają powiązanie wykształcenia pacjenta z zadowoleniem z usług zdrowotnych. Donoszą, iż osoby z wykształceniem wyższym wykazały większe usatysfakcjonowanie w przeciwieństwie do pacjentów o niższym wykształceniu [11]. Także Szpringer i wsp. uzyskali istotną statystycznie zależność między poziomem wykształcenia pacjentów a okazywaną przez nich satysfakcją z opieki medycznej. Niezadowolenie wyrażali najczęściej badani mający wykształcenie wyższe [14]. Także w badaniach własnych wystąpiła istotna statystycznie zależność między wykształceniem a stopniem zadowolenia ze świadczeń medycznych. Najwyższy odsetek osób nieusatysfakcjonowanych występował wśród badanych z wykształceniem podstawowym (69%). Należy zasygnalizować, iż miejsce zamieszkania okazało się czynnikiem niemającym wpływu na satysfakcję z opieki zdrowotnej. Brak związku między miejscem zamieszkania a zadowoleniem pacjentów podkreślili także Naskręt i wsp. [11].

Bardzo ważnym elementem rzutującym na poziom zadowolenia z usług medycznych jest ich dostępność. W ramach badań własnych pacjenci oceniający dostępność na poziomie bardzo dobrym byli w największym stopniu zadowoleni ze świadczeń. Do podobnych wniosków doszli Naskręt i wsp., wykazując silną korelację (r = 0,8374) między tymi zmiennymi [11]. Z kolei w badaniach Prot i wsp. obszarem, w którym satysfakcja pacjentów była najniższa, okazała się dostępność usług (74,5%) [15]. Stoi to w sprzeczności z wynikami badań Leźnickiej i wsp. – dostępność lekarza źle i bardzo źle oceniło tylko 4,4% badanych [16]. Zdaniem Lisieckiej instytucje ochrony zdrowia powinny postrzegać „(...) realizację swoich usług jako wartość oferowaną klientowi – pacjentowi. A wartością dla pacjenta jest dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz uzyskanie dobrych, tj. bezpiecznych i prawidłowych świadczeń" [17].

Dla pacjentów istotną rolę odgrywają także czas i odpowiednie warunki oczekiwania na usługę. Frankowska podkreśla tu rolę recepcjonistki, której zadaniem jest „zabawianie rozmową, gdy oczekiwanie na wizytę bardzo się przedłuża (w przypadku większych instytucji udzielania informacji o ewentualnym czasie dłuższego oczekiwania i prawdopodobnego czasu przyjęcia)" [18]. W badaniach Skowron i wsp. niezadowolonych z czasu oczekiwania na usługę medyczną było aż 83% ankietowanych. Nie wpłynęło to jednak negatywnie na poziom zadowolenia z pracy personelu medycznego, ponieważ usatysfakcjonowanych z tej kwestii było 87% badanych. W opinii badaczy krótki czas oczekiwania na usługę wpływa pozytywnie na jakość podmiotu leczniczego [19]. Zdaniem Skrzypczak długi czas oczekiwania na usługę medyczną może być traktowany jako pośredni wskaźnik istnienia ograniczeń w dostępie do świadczeń udzielanych przez sektor publiczny, w związku z tym rośnie skala zjawiska korzystania z prywatnych usług medycznych [20]. W badaniach własnych znacznie większy odsetek usatysfakcjonowanych pacjentów występował wśród osób postrzegających czas oczekiwania na wizytę jako krótki i bardzo krótki, na który wskazało 59% respondentów.

Ankietowani przez Mamos i Jeziorską pracownicy medyczni uważają, iż aby poprawić jakość świadczonych usług, należy zwiększyć liczbę pracowników służby zdrowia i ich wynagrodzenie oraz dostępność do usług medycznych, poprawić poziom higieny, standard pomieszczeń szpitalnych (zakupić nowy sprzęt, poprawić wyposażenie sal chorych), ulepszyć funkcjonowanie kadry kierowniczej czy zmniejszyć biurokrację [21]. Ponadto w większym stopniu respektować intymność pacjenta, zapoznać go z przysługującymi mu prawami i możliwością składania skarg, sprawniej wyznaczać terminy planowanych zabiegów, badań i skrócić czas oczekiwania pacjenta na wykonanie tych usług [22]. Podobnego zdania są Tomasik i wsp., którzy twierdzą, że dla zapewnienia wysokiej jakości usługi ko-

nieczne jest ciągłe podnoszenie przez personel medyczny wiedzy oraz umiejętności, zgodność postępowania z obowiązującymi standardami, normami, maksymalnie szybkie uzyskiwanie poprawy w stanie zdrowia chorego [23].

Wnioski

1. Jakość usług medycznych jest sposobem na konkurencyjność wśród świadczeniodawców na rynku medycznym, lecz głównie wiąże się z możliwością poprawy satysfakcji i realizacją oczekiwań pacjentów.
2. Na poziom zadowolenia pacjentów ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej wpływały wiek i wykształcenie. Najwyższy odsetek osób nieusatysfakcjonowanych występował wśród badanych do 20. r.ż. i osób z wykształceniem podstawowym. Satysfakcji z usług medycznych nie determinowały płeć i miejsce zamieszkania respondentów.
3. Czas oczekiwania i dostępność usług specjalistycznej opieki zdrowotnej w znacznym stopniu wpływają na satysfakcję świadczeniobiorców. Im czas oczekiwania na wizytę był krótszy, a dostępność do usług była wyższa, tym pacjent odczuwał większe zadowolenie ze świadczeń.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Kulik TB, Latalski M. Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Lublin: Czelej; 2002. 117.
2. Opolski K, Dykowska G, Mozdzonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka. Warszawa: CeDeWu; 2005. 36–42.
3. Kędra E, Chudak B. Jakość usług medycznych a efektywność medyczna. Piel Zdr Publ. 2011; 1(1): 83–87.
4. Hoffman K. Rozwój badań nad jakością usług medycznych. Now Lek. 2008; 77(3): 251–254.
5. Rybarczyk A, Marczak M. Quality assessment of health care services in patients' and medical staff's opinion. Zdr Publ. 2011; 121(2): 111–116.
6. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis SA. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. Health Technol Assess. 2012; 16(30): i-xii.
7. Jachimowicz-Gaweł D, Weber A, Leksowski K, Leźnicka M. Wpływ wybranych czynników na poziom oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów. Hygeia Public Health. 2013; 48(4): 494–499.
8. Trela A. Zarządzanie jakością w placówce medycznej. Warszawa: Wiedza i Praktyka; 2014. 5.
9. Maxwell RS. Quality Assurance in health. Brit Med J. 1984; 288: 49–52.
10. Kamińska-Rosner J, Zdun-Ryżewska A. Satysfakcja pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej i jej uwarunkowania. Med Rodz. 2013; 3: 83–86.
11. Naskręt K, Biskupska M, Niewiadomski TJ, Stachowska M. Zadowolenie pacjenta ze świadczeń lekarza specjalisty – badanie wstępne. Hygeia Public Health. 2014; 49(3): 617–623.
12. Wierzbińska-Karakuła S, Binkowska-Bury M, Burzyńska J, Januszewicz P. Respektowanie oczekiwań i praw pacjentów w podkarpackich jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej jako element jakości usług zdrowotnych. Prz Med Uniw Rzeszow. 2015; 1: 19–30.
13. Łukomska A, Szrajda J, Nowakowska I. Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. Gerontol Pol. 2012; 20(2): 68–72.
14. Szpringer M, Chmielewski J, Kosecka J, Sobczyk B, Komendacka O. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(2): 132–137.
15. Prot K, Anczewska M, Indulska A, Raduj J, Pałyska M. Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe. Psychiatr Pol. 2011; XLV(6): 799–809.
16. Leźnicka M, Warunek A, Hartwich E, Kryn P. Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. Hygeia Public Health. 2014; 49(4): 787–792.
17. Lisiecka K. Czas na jakość. Menedżer Zdr. 2004; 2: 74–76.
18. Frankowska A. Rola recepcjonistki (rejestratorki medycznej) w budowaniu tożsamości podmiotu leczniczego. Piel Pol. 2011; 2(40): 114–117.
19. Skowron K, Mocigemba A, Osial P. Jakość obsługi pacjenta we współczesnym podmiocie leczniczym na przykładzie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II. Organizacja i Zarządzanie. 2016; 1: 1131–144.
20. Skrzypczak Z. Opinie polskiego społeczeństwa o systemie ochrony zdrowia. Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management. 2011; 38: 219–231.
21. Mamos AR, Jeziorska M. Jakość usług medycznych w ocenie personelu zakładu opieki zdrowotnej – cz. II. Ogólnopol Prz Med. 2012; 12: 61–64.
22. Mamos AR, Jeziorska M. Jakość usług medycznych w ocenie personelu zakładu opieki zdrowotnej – cz. I. Ogólnopol Prz Med. 2012; 11: 58–60.
23. Tomasik T, Windak A, Król Z, Jacobs M. Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Kraków: Vesaliusz; 1996. 20.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

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

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

OCENA WIEDZY OSÓB STARSZYCH NA TEMAT TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

ASSESSMENT OF THE STATE OF KNOWLEDGE OF OLDER PEOPLE ON THE ORGAN TRANSPLANTATIONS

Elżbieta Antos[1], Małgorzata Dopierała[2]

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

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.5

STRESZCZENIE

Wstęp. Transplantacja narządów, jak wynika z doświadczeń wielu lat, jest obecnie najlepszą, bardzo często jedyną alternatywą dla osób ze schyłkową niewydolnością narządów. Rozwój tej dziedziny daje możliwości poprawy jakości życia i – co najważniejsze – ratuje życie. Napotyka jednak ona na poważne bariery moralne, społeczne i ludzkie.
Cel pracy. Zbadanie i poznanie reprezentowanego przez osoby starsze stanu wiedzy na temat transplantacji narządów.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Ankietowanym zadano 24 pytania zamknięte poruszające zagadnienia związane z wiedzą ogólną o transplantologii, jak również z konkretnymi postawami w hipotetycznych sytuacjach.
Wyniki. Analiza jasno wykazała jedynie dopuszczający poziom wiedzy wśród osób starszych, jednocześnie najliczniejsza grupa reprezentowała niedostateczną znajomość omawianego tematu (37%). Zdecydowanie jest to wynik świadczący o dużych brakach wiedzy związanej z problematyką przeszczepiania narządów.
Wnioski. Mimo że ankietowani w zdecydowanej większości wykazują aprobatę przeszczepiania narządów, to jednak stan wiedzy osób starszych na temat transplantacji jest niewystarczający. Wykształcenie ankietowanych osób starszych jest czynnikiem wpływającym na wiedzę i postawy dotyczące przeszczepiania narządów. Wśród osób starszych wraz ze wzrostem poziomu wiedzy na temat transplantacji narządów wzrasta akceptacja przeszczepów. Miejsce zamieszkania jest czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy i akceptacji transplantacji narządów wśród osób starszych – osoby starsze, mieszkańcy wsi mają mniejszą wiedzę dotyczącą transplantologii. Istnieje potrzeba propagowania wiedzy na temat transplantacji narządów wśród osób starszych.

Słowa kluczowe: przeszczep, śmierć mózgu, zgoda domniemana, alokacja.

ABSTRACT

Introduction. As is shown from the experience of many years the transplantation of organs is currently the best and very often the only alternative for people with final organ degenerating inefficiency. The development of this field gives the opportunity to improve the quality of life and what is more important it can save life. However, it encounters serious moral, social and human barriers.
Aim of the study. Examination and recognition of the state of knowledge of older people about organ transplantation.
Material and methods. Research was carried out by diagnostic survey method; author's own survey form was used. Respondents were asked 24 structured questions about matters related to general knowledge about transplantation as well as specific attitudes in hypothetical situations.
Results. Analysis has clearly shown only acceptable level of knowledge of older people, at the same time the largest group represented insufficient knowledge of the subject (37%). It is definitely a poor result and it proves the extensive knowledge gaps about organ transplantation issues.
Conclusions. Despite the fact that the vast majority of respondents approve organ transplantation, the state of knowledge of older people on the transplant is insufficient. The education of respondents is a factor affecting the knowledge and attitudes about transplantation of organs. With increasing level of knowledge among older people the number of people accepting the transplantations grows. The place of living is a factor affecting the knowledge and acceptance of organ transplantation among older people – older people, residents of villages have less knowledge about transplantation. There is a need to popularize knowledge on the subject of transplantology among elderly people.

Keywords: transplant, brain death, implied assent, allocation.

Wstęp

Transplantologia jest jedną z najmłodszych dziedzin medycyny, chociaż w ciągu wieków mity i legendy opowiadały o przeszczepach wykonywanych przez starożytnych chińskich medyków. Religie chrześcijańskie przekazują historię świętych braci Kosmy i Damiana, którzy – jak głosi legenda – w III wieku po Chrystusie przeszczepili kończynę. Jednak udokumentowana oraz prężnie rozwijająca się transplantologia rozpoczęła się w latach 50. XX wieku [1].

Pierwszego udanego zabiegu transplantacji dokonał Joseph E. Murray w 1954 roku. Był to przeszczep nerek u bliźniąt jednojajowych, który stał się pionierskim przykładem transplantacji od dawcy żywego. W 1966 roku wykonano w Polsce pierwszy przeszczep tego narządu od zmarłego. Z powodu niewystarczających uregulowań prawnych lekarze musieli uzyskać od prokuratora zgodę na pobranie narządu [1].

Kolejne lata przyniosły przełomowe osiągnięcia. W 1968 roku na Uniwersytecie Harvarda ustalono kryterium śmierci mózgu. W 1972 roku ustanowiono w Stanach Zjednoczonych kartę dawcy (*Donor Card*). Wynalezienie leków immunosupresyjnych stosowanych przeciw odrzuceniu organów było kolejnym krokiem w intensywnym rozwoju transplantologii. W latach 80. w Polsce nastąpił rozkwit przeszczepów serca pod kierunkiem prof. Zbigniewa Religi.

W odpowiedzi na dynamiczny rozwój transplantologii oraz rosnące potrzeby w 1996 roku powstało w Polsce Centrum Koordynacyjno-Transplantacyjne POLTRANSPLANT, które zajmuje się koordynacją pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów na terenie całego kraju, prowadzeniem Centralnego Rejestru Sprzeciwów oraz Krajowej Listy Oczekujących na Przeszczepienie, a także Rejestru Żywych Dawców.

Kolejne transplantacje wykonywane w Polsce powodowały ogromne zainteresowanie, ale również budziły dylematy etyczne i prawne [1]. Podobnie zarówno pojęcie śmierci mózgu, jak i treść przepisów, które obowiązują w Polsce, znane są również wąskiej grupie społeczeństwa. Wokół tej dziedziny narosły mity, pomówienia i strach wynikające z niewiedzy lub z niepełnego rozumienia idei transplantacji [2].

Śledząc dotychczasowe badania przeprowadzone na przestrzeni lat w Polsce, można zauważyć, że wiedza na temat transplantologii pogłębiła się wśród osób młodych i wykształconych [2, 3]. Wymienione grupy są otwarte na nowości oraz edukowane na wielu płaszczyznach, ich świadomość rośnie z roku na rok. Wśród starszego pokolenia szerzenie wiedzy napotyka na wiele barier. Nie każda forma edukacji odpowiada seniorom, wielość barier, jakie muszą pokonać osoby starsze, przeszkadza im w kontynuacji aktywności wśród społeczeństwa, a także w zdobywaniu wiedzy [4, 5].

Centrum Badania Opinii Społecznej wskazuje, że generalnie panuje pozytywne nastawienie do tej metody leczenia. Nie należy jednak zapominać, że deklarowana akceptacja nie musi pociągać za sobą określonych zachowań. Dla osób starszych barierą w zrozumieniu idei transplantacji może być niedostateczny stopień informacji dostosowanej do wieku, funkcje pełnione w społeczeństwie, nieufność do nowości. Osoby takie częściej biorą pod uwagę etyczne aspekty przeszczepów oraz pełne są obaw związanych z nadużyciami w procedurach transplantacyjnych [4]. Czy człowiek starszy chce i potrafi zrozumieć idee transplantologii? Czy nie ogranicza go wiele czynników związanych z fizjologią, psychologią oraz światopoglądem?

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena reprezentowanej przez osoby starsze wiedzy na temat transplantacji narządów.

Materiał i metody

Metoda, technika i narzędzie badawcze

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, jako technikę badawczą zastosowano ankietę, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz zawierał 24 pytania zamknięte. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Charakterystyka terenu badań i grupy badawczej

Badania przeprowadzone zostały we wrześniu 2014 roku, grupę badawczą stanowili pacjenci Samodzielnego Gminnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Błoniu przy ul. Piłsudskiego 2/4 w województwie mazowieckim. Badaniem objęto 100 osób zróżnicowanych pod względem wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia i statusu cywilnego.

W badanej grupie 68% stanowiły kobiety, a 32% to mężczyźni. Badani respondenci byli w wieku: do 50 lat (17%), 51–60 lat (32%), 61–70 lat (28%), 71–80 lat (17%), powyżej 80. roku życia (6%).

Wśród respondentów 69% badanych było mieszkańcami miast, a 31% – mieszkańcami wsi.

Dominowały osoby funkcjonujące w związkach małżeńskich – 62%. Osoby owdowiałe stanowiły 22%, stanu wolnego – 13%, rozwiedzione – 3%.

Wykształcenie średnie miało 45% ankietowanych. Wśród pozostałych badanych 32% ukończyło studia wyższe, a 23% – szkołę podstawową.

Na potrzeby analizy danych badawczych utworzono dwie skale: skalę wiedzy i skalę postaw badanych. Skale te powstały poprzez sumowanie punktów przyznanych za odpowiedzi na poszczególne pytania diagnostyczne. W zakresie wiedzy dokonano oceny jej poziomu, opierając się na zakresie punktów i przypisanych ocenach: poziom niedostateczny: 0–6 punktów, poziom dopuszczający: 7 punktów, poziom dostateczny: 8–9 punktów, poziom dobry: 10–11 punktów, poziom bardzo dobry: 12–13 punktów. W analizie skali postaw zastosowano trzy poziomy akceptacji według uzyskanej punktacji: niski poziom ak-

ceptacji: 0–2 punkty, średni poziom akceptacji: 3–6 punktów, wysoki poziom akceptacji: 7–9 punktów.

Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011). Normalność rozkładu zmiennych ilościowych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Hipotezy dotyczące wpływu zmiennych socjodemograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania) na poziom wiedzy i postawy weryfikowano za pomocą testów nieparametrycznych: testu U Manna-Whitneya (w przypadku dwóch grup porównawczych) oraz testu Kruskala-Wallisa (dla trzech grup porównawczych). Analizę korelacji skali wiedzy ze skalą postaw wykonano za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Założono poziom istotności $\alpha = 0,05$. Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe p spełniało nierówność $p < 0,05$.

Wyniki

Zdaniem 72% badanych przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych to działanie zgodne z etyką. Pozostali respondenci (27%) mieli wątpliwości w tym zakresie, 1% badanych osób uważał takie działanie za nieetyczne. Przeszczepianie narządów od osób zmarłych jako działanie etyczne częściej wskazały osoby przed 60. rokiem życia, a osoby po 60. roku życia uważały, że mają zbyt małą wiedzę na ten temat, aby dokonać oceny. Nie stwierdzono jednak, aby opinia w tej kwestii korelowała z wiekiem respondenta ($p \geq 0,05$).

Leczenie śmiertelnych chorób za pomocą przeszczepiania narządów akceptowało 82% respondentów, przeciwnych było 6% badanych, 12% nie miało zdania w tej kwestii. Stwierdzono, że opinia znacząco zależała od wieku respondenta. Badani powyżej 60. roku życia istotnie rzadziej akceptowali przeszczepianie narządów niż ankietowani w wieku do 60. roku życia.

W przypadku decyzji oddania własnych narządów po swojej śmierci udział osób, które zgadzały się, był niższy niż akceptacja przeszczepiania narządów. Swoje narządy przekazałoby do przeszczepienia 75% badanych, w tym 4% – tylko członkom najbliższej rodziny; 25% badanych nie miało zdania. Stwierdzono, że opinia w tej kwestii znacząco zależała od wieku respondenta. Zgodę na pobranie własnych narządów po śmierci istotnie rzadziej wyrażały osoby po 60. roku życia.

Pobranie narządów po śmierci od osób bliskich akceptowało 75% respondentów, przeciwnych było 6% badanych, 19% nie miało zdania. Stwierdzono, że opinia znacząco zależała od wieku respondenta, zgodę na pobranie narządów od osób bliskich istotnie rzadziej wyrażały osoby po 60. roku życia.

Zbadano znajomość opinii bliskich w zakresie zgody na oddanie narządów do przeszczepienia po śmierci. Wolę bliskich znało 37% ankietowanych, 50% nigdy nie rozmawiało z bliskimi na ten temat. Osoby, które nigdy nie zastanawiały nad tym tematem, stanowiły 13% badanych. Częściej stanowisko swoich bliskich znały osoby przed 60. rokiem życia. Wśród osób po 60. roku życia ponad połowa nigdy nie rozmawiała z rodziną na ten temat. Nie stwierdzono jednak, aby opinia w tej kwestii korelowała z wiekiem respondenta.

Zdaniem 61% badanych cofnięcie wcześniejszej zgody na pobranie narządów po śmierci jest możliwe zawsze i w każdej chwili. Odmienną opinię wyraziło 5% respondentów, 34% ankietowanych nie miało wiedzy na ten temat. Stwierdzono, że wiedza w tym zakresie znacząco statystycznie zależała od wieku respondenta. Świadomość możliwości cofnięcia zgody na pobranie miały istotnie rzadziej osoby powyżej 60. roku życia.

Większość badanych widziała potrzebę propagowania wiedzy na temat transplantacji w polskim społeczeństwie (72%), 22% raczej skłaniało się do takich działań, 2% nie dostrzegało potrzeby edukacji. Opinia znacząco zależała od wieku respondenta, potrzebę propagowania transplantacji istotnie rzadziej dostrzegały osoby powyżej 60. roku życia.

Zdaniem 30% badanych stosunek Kościoła katolickiego do transplantacji jest pozytywny, a w opinii 17% respondentów – negatywny. Respondenci nie znali stanowiska Kościoła katolickiego (45%) lub określali, że nie zajmuje on stanowiska w tej kwestii (8%). Nie stwierdzono, aby wiedza w tym przypadku korelowała z wiekiem respondenta.

Wiedzą w zakresie znajomości definicji pojęcia „śmierć mózgu" wykazało się 68% badanych, określając ją jako „trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu", zaś 25% badanych nie miało wiedzy na ten temat, a 7% respondentów uważało, że jest to „odwracalny stan, chwilowa niedyspozycja mózgu". Nie stwierdzono, aby wiedza na ten temat korelowała z wiekiem respondenta.

Wiedzą w zakresie definicji pojęcia zgody domniemanej wykazało się 39% badanych, określając ją jako brak sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci. W tym zakresie 39% ankietowanych nie miało żadnej wiedzy, 18% twierdziło, że jest to zgoda rodziny, zaś po 2% badanych błędnie uważało, że zgoda domniemana to zgoda koordynatora lub osoby czekającej na przeszczep. Nie stwierdzono, aby wiedza na ten temat korelowała z wiekiem respondenta.

Zdaniem 44% respondentów w Polsce występuje zjawisko handlu narządami. Opinię przeciwną wyraziło 8% badanych. Pozostali ankietowani nie zajęli stanowiska w tej

kwestii. Spośród badanych 31% miało trudności z określaniem zjawiska, a 17% nie miało zdania na ten temat. Problem istnienia handlu narządami do przeszczepienia częściej dostrzegały osoby do 60. roku życia, nie stwierdzono jednak, aby opinia korelowała z wiekiem respondenta.

Zdaniem 45% respondentów lekarz podejmujący decyzję o wyborze osoby, która otrzyma narząd, kieruje się względami medycznymi. W opinii 34% podejmowana decyzja o alokacji narządu nie jest pozbawiona emocji osoby decydującej, 18% badanych nie wiedziało i nie miało zdania na ten temat. Natomiast 3% ankietowanych wskazało na możliwy wpływ znajomości przyspieszających transplantację. Ankietowani w wieku do 60. roku życia częściej wyrażali przekonanie, że osoby decydujące o alokacji kierują się wyłącznie względami medycznymi. Nie stwierdzono jednak, aby opinia w na ten temat korelowała z wiekiem respondenta.

W badanej grupie 22% respondentów wyraziło opinię, że osobę po transplantacji można określić jako inwalidę. Przeciwnego zdania było 57% badanych, a 21% nie miało zdania. Stwierdzono, że opinia na ten temat znacząco zależała od wieku respondenta. Respondenci powyżej 60. roku życia istotnie rzadziej zdecydowanie zaprzeczyli opinii, że osoba po transplantacji narządu jest inwalidą.

Na możliwość pobierania narządów od żywych dawców i przeszczepianie ich spokrewnionym osobom wskazało 85% respondentów, a 4% uznało, że nie ma takiej możliwości. Natomiast 11% badanych nie wiedziało, czy można dokonywać takich zabiegów. Stwierdzono, że opinia w tej kwestii zależała od wieku respondenta.

Zaufanie do środowiska medycznego uczestniczącego w procesie transplantacji wyraziło 63% respondentów, zaufania nie miało 11%, a 26% nie miało zdania na ten temat. Nie stwierdzono, aby opinia na ten temat korelowała z wiekiem respondenta.

Najczęściej ankietowani swoją wiedzę o transplantacji narządów czerpali z mediów (90%), z czasopism (25%), akcji promujących (17%) oraz książek (13%) i opowieści znajomych (9%) czy z kościoła (3%).

Analiza statystyczna danych badawczych wykazała, że w badanej grupie uzyskano średni wynik dla skali wiedzy równy 7,4 pkt (± 3,3), co oceniono jako poziom dopuszczający.

Uzyskano średni wynik dla skali postaw równy 5,45 pkt (± 2,53), co oceniono jako średni poziom akceptacji.

Analiza testem U Manna-Whitneya nie dała podstaw do przyjęcia hipotezy o istnieniu różnic w zakresie wiedzy pomiędzy grupą mężczyzn i grupą kobiet ($p = 0,1172$, wynik nieistotny statystycznie). Z kolei w odniesieniu do skali postaw uzyskano wynik istotny statystycznie ($p = 0,0203$). Wartości median oraz średnich arytmetycznych wskazały na to, iż kobiety cechowały się wyższym stopniem akceptacji dla problematyki transplantologii.

W grupie ankietowanych do 60. roku życia uzyskano średni wynik dla skali wiedzy równy 8,86 pkt (± 1,89) – poziom dostateczny, a w przypadku skali postaw – 6,43 pkt (± 1,57) – wysoki poziom akceptacji.

W grupie ankietowanych osób powyżej 60. roku życia uzyskano średni wynik dla skali wiedzy równy 6,02 pkt (± 3,67) – poziom niedostateczny, a w przypadku skali postaw – 4,51 pkt (± 2,91) – średni poziom akceptacji.

W stosunku zarówno do skali wiedzy, jak i do skali postaw uzyskane wyniki testów są istotne statystycznie. Grupa ankietowanych w wieku do 60 lat cechowała się wyższymi wartościami na obu skalach niż grupa osób w wieku powyżej 60 lat. W grupie ankietowanych z wykształceniem podstawowym uzyskano średni wynik dla skali wiedzy równy 3,52 pkt (± 2,35) – poziom niedostateczny, a w przypadku skali postaw – 2,83 pkt (± 2,62) – średni poziom akceptacji. Badani w tej grupie mieli niedostateczną wiedzę na omawiany temat.

Poziom wiedzy oraz postawy zmieniały się wraz z wykształceniem badanych. Najniższe wartości uzyskały osoby z wykształceniem podstawowym, zaś najwyższe wartości dotyczyły osób z wykształceniem wyższym. Przeprowadzone testy wielokrotnych porównań (test Dunna) wskazują, iż istotne statystycznie różnice zachodzą pomiędzy osobami z wykształceniem średnim i wyższym a osobami z wykształceniem podstawowym.

Dyskusja

Transplantacja jest specyficzną metodą leczenia, która stale napotyka bariery moralne, społeczne i ludzkie. Mimo postępu cywilizacyjnego wiele osób nie akceptuje tej metody leczenia. Nikt nie ma obowiązku darowania swoich tkanek lub organów, nikt też nie może zgłaszać roszczeń prawnych do organów drugiego człowieka żywego czy zmarłego.

Aby oddawanie narządów było rzeczywistym czynem szlachetnym, musi uwzględniać wymogi etyki; konieczna jest zgoda dawcy, a od społeczeństwa oczekuje się zrozumienia idei transplantacji rozumianej jako pomoc drugiemu człowiekowi [6, 7].

Na podstawie sondażu przeprowadzonego na temat postaw wobec transplantacji narządów stwierdzono, że w Polsce akceptacja przeszczepiania narządów pobranych od osób zmarłych jest powszechna (90%) [6].

W badaniach własnych akceptację transplantacji deklarowało 100% respondentów w wieku do 60. roku życia i 64,71% po 60. roku życia. Wśród respondentów 22%

stwierdziło, że osoby po transplantacji narządu należy traktować jak inwalidę. Postawa ta była charakterystyczna dla osób po 60. roku życia – w tej grupie tylko 27,45% badanych zdecydowanie zaprzeczyło takiej opinii. Ankietowani zaprzeczyli teorii, że po przeszczepie człowiek traci swoją tożsamość i staje się częściowo kimś innym.

Analiza problemów społecznych w świetle badań poziomu akceptacji transplantacji narządów i tkanek, przeprowadzona przez Majchrowicz i Sadowską, wśród mieszkańców Podkarpacia wykazała, że 80% badanych akceptowało pobieranie narządów po śmierci i deklarowało zgodę na przeszczep własnych narządów za życia i po śmierci. Brak zgody na donację narządów motywowano obawą o zdrowie (6–14%), brakiem zaufania do personelu medycznego (4–7%) oraz względami religijnymi (3%) [7].

W publikacji Borkowskiej i Falkowskiej-Pijagin przekonanie, że przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia jest słuszne, wyraziło 56% badanych. Częściowo tę metodę popierało 29% respondentów, a przeciwnikami było 9% grupy. Zbliżone wyniki autorki otrzymały również w kwestii pobierania i przeszczepiania tkanek i narządów od osób żyjących. Pełną akceptację wyraziło 53% badanych, częściową – 34%, a sprzeciw – 4% [4].

W badaniach własnych akceptację na pobranie narządów po swojej śmierci wyraziło trzy czwarte respondentów (75%), w tym 4% zaznaczyło, że tylko z zamiarem przekazania ich członkom rodziny. Swojej zgody nie wyraziło 6% badanych, tłumacząc, że przeszczepianie narządów to działanie wbrew naturze. Również w kwestii zgody na pobranie narządów od osób bliskich po ich śmierci udział zwolenników wynosił 75%. Przeciwnicy transplantacji (6%) stwierdzili, że działanie to byłoby dla nich zbyt bolesne. Postawa zgody na oddanie narządów własnych czy osób bliskich znacząco częściej była charakterystyczna dla respondentów młodszych niż starszych w badanej grupie.

W dostępnej literaturze gotowość wyrażenia zgody na pobranie narządów do przeszczepienia w przypadku śmierci bliskiej osoby występuje rzadziej niż deklarowanie zgody na oddanie własnych narządów po śmierci oraz rzadziej niż ogólna akceptacja przeszczepów. Według raportu Kośmider-Cichomskiej 55% badanych Polaków deklarowało, że nie protestowaliby, gdyby po śmierci osoby bliskiej lekarze chcieliby pobrać narząd. Co czwarty z respondentów nie wyraziłby zgody na transplantację. Stwierdzono, że osoby same skłonne oddać po śmierci swoje narządy jednocześnie zdecydowanie częściej deklarowały gotowość wyrażenia zgody na pobranie narządów od zmarłej osoby bliskiej niż osoby odrzucające możliwość bycia dawcą (74% wobec 20%) [3].

W publikacji Borkowskiej i Falkowskiej-Pijagin 75% respondentów wyraziłoby zgodę na pobranie narządów, przy czym w sposób zdecydowany pogląd swój wyraziło 27% ankietowanych. Również 89% badanych przyjęłoby narząd w celu ratowania własnego życia, ale 21% z nich wyraziłoby zgodę na przyjęcie narządu tylko od osoby spokrewnionej. Ponad połowa ankietowanych (53%) nie sprzeciwiłaby się oddaniu narządów osób bliskich do przeszczepu. Swojej zgody nie wyraziłoby 31% badanych [4].

Według raportu Kośmider-Cichomskiej rozmowy z bliskimi na temat stosunku wobec przeszczepów podejmował tylko co czwarty Polak, a 72% nigdy nie przedstawiło rodzinie swojego stanowiska w tej kwestii [3].

W badaniach własnych respondenci w równym stopniu wyrażali zgodę na pobranie po śmierci własnych narządów, jak i narządów ich bliskich (trzy czwarte grupy). Stanowisko swoich bliskich w zakresie zgody na oddanie narządów po śmierci znało 37% ankietowanych osób, a połowa nigdy nie rozmawiała na ten temat (50%). Kwestię oddania narządów po śmierci istotnie częściej ze swoimi bliskimi poruszali młodsi niż starsi respondenci.

W „Ustawie (...) o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów" przyjęto zasadę zgody domniemanej, co oznacza, że od każdej osoby, która za życia nie zgłosi sprzeciwu, można po śmierci pobrać narządy. Pomimo tego zapisu zdecydowana większość Polaków (76%) jest zdania, że lekarze obowiązani są rozmawiać z rodzinami na temat możliwości pobrania narządów od zmarłej osoby bliskiej. Według raportu Kośmider-Cichomskiej potrzebę takich rozmów dostrzega samo środowisko medyczne. Co czwarty Polak (24%) uważa, że ostatecznie o pobraniu narządów od osoby zmarłej powinno decydować prawo, zaś w opinii 65% taką decyzję powinna podejmować rodzina zmarłego [3]. W sondażu CBOS pojęcie zgody domniemanej było znane jednej piątej badanych (21%). W opinii pozostałych ankietowanych jedynym warunkiem pobrania narządów była zgoda dawcy wyrażona za życia – 34% lub zgoda rodziny osoby zmarłej – 24% [6].

W badaniach własnych wiedzą w zakresie definicji pojęcia „zgoda domniemana" wykazało się 39% badanych: wśród osób do 60. roku życia – 42,86%, a po 60. roku życia – 35,29%. Stwierdzono, że dla dużej grupy pojęcie zgody domniemanej było obce (39%). Świadomość, że możliwe jest cofnięcie wcześniejszej zgody na pobranie narządów po śmierci, miało 61% badanych. Opinię przeciwną wyraziło 5% respondentów, a co trzeci badany nie miał wiedzy w tym zakresie – 34%. Stwierdzono, że wiedzę w tym zakresie istotnie częściej posiadały osoby młodsze niż starsze.

Do najbardziej czułych punktów w odbiorze społecznym transplantacji należą zgoda na pobranie organu ze zwłok ludzkich, rozpoznanie zgonu człowieka, problem alokacji oraz obawa przed komercjalizacją. Według sondażu CBOS 49% Polaków uznało, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy zatrzyma się jego serce, a 44% – gdy w sposób nieodwracalny zniszczony jest jego mózg [6].

W badaniach własnych wiedzą w zakresie definicji pojęcia „śmierć mózgu" wykazało się 68% badanych, określając ją jako „trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu". Lepszą znajomością tego pojęcia wykazały się osoby młodsze (71,43%) niż starsze (64,71%). Zaufanie do środowiska medycznego uczestniczącego w procesie transplantacji wyraziło 63% respondentów, a na jego brak wskazało 11% ankietowanych osób. Na postawę w tej kwestii nie wpływał znacząco wiek ankietowanego.

Na istnienie problemu handlu narządami w Polsce wskazało 44% respondentów. Znacząco częściej zagrożenie to dostrzegały osoby młodsze (57,14%) niż starsze (31,37%). Świadomość aktów prawnych w zakresie transplantologii w polskim ustawodawstwie potwierdziło 63% respondentów. Istotnie częściej wiedzę w tym zakresie posiadały osoby młodsze niż starsze.

W publikacji Ścisło i wsp. obawę przed niebezpieczeństwem handlu narządami ludzkimi wyraziło 58% ankietowanych z miast i 56% ze wsi, którzy dostrzegali istnienie tego problemu w Polsce [8]. Problem zaufania do ośrodków transplantacyjnych w swoich badaniach poruszyły Borkowska i Falkowska-Pijagin. Autorki stwierdziły, że 64% badanych nie miało zaufania do obowiązujących w tych ośrodkach procedur. Zaufanie potwierdziło 19% badanych [4].

Kościół katolicki wielokrotnie udzielał poparcia idei przeszczepiania narządów pobieranych od zmarłych. Jednak dla wielu stanowisko Kościoła katolickiego jest nieznane. Według raportu Kośmider-Cichomskiej ponad połowa badanych Polaków uważała, że przedstawiciele Kościoła katolickiego w Polsce powinni w kontaktach z wiernymi bardziej angażować się w propagowanie idei pomocy bliźniemu poprzez ofiarowanie mu narządów osoby zmarłej. W raporcie stwierdzono, że osoby regularnie praktykujące rzadziej w sposób zdecydowany akceptują pobieranie i przeszczepianie narządów niż osoby praktykujące nieregularnie lub wcale niepraktykujące [3].

W badaniach własnych 93% respondentów było wyznania rzymskokatolickiego, a 30% z nich wskazało na pozytywny stosunek Kościoła katolickiego do transplantacji, 45% przyznało się, że nie zna stanowiska Kościoła katolickiego w tej kwestii lub określali, że nie zajmuje on stanowiska w tej kwestii (8%).

Według sondażu CBOS aprobowanie przeszczepów wiąże się przede wszystkim z poziomem wykształcenia Polaków: im wyższy, tym ono częstsze. Pewną rolę w poglądach na ten temat odgrywają też wiek (im ankietowani starsi, tym częściej byli przeciwni przeszczepom), miejsce zamieszkania (wśród mieszkańców wsi przeszczepy częściej budzą sprzeciw) oraz religijność [6]. Wpływ wymienionych zmiennych socjodemograficznych potwierdzono również w badaniach własnych. Stwierdzono również, że kobiety cechowały się istotnie wyższym stopniem akceptacji dla transplantologii niż mężczyźni. Ogólnie w badaniach własnych otrzymano średni poziom akceptacji transplantacji.

W badaniach własnych poziom wiedzy respondentów w zakresie transplantologii był dopuszczający. W literaturze tematu wiedza polskiego społeczeństwa również nie jest oceniana zbyt wysoko. Analiza wiedzy dwóch grup: mieszkańców miast i wsi, przeprowadzona przez Ścisło i wsp., wykazała, że poziom dostateczny osiągnęło 70% osób z miasta oraz 50% ze wsi. Natomiast w stopniu dobrym swoją wiedzę zaprezentowało 18% mieszkańców miast oraz 50% mieszkańców wsi [8].

Otrzymane wyniki przekładały się na poziom akceptacji transplantacji – odpowiednio: średni – wykształcenie podstawowe i średnie, wysoki – wykształcenie wyższe. Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że poziom wiedzy na temat przeszczepiania narządów istotnie wpływa na poziom akceptacji tej metody leczenia.

Wnioski

1. Reprezentowany przez osoby starsze stan wiedzy na temat transplantacji narządów jest niewystarczający.
2. Ankietowani w zdecydowanej większości wykazują postawę aprobującą przeszczepianie narządów.
3. Wykształcenie badanych osób starszych jest czynnikiem wpływającym na wiedzę i postawy dotyczące przeszczepiania narządów.
4. Miejsce zamieszkania jest czynnikiem wpływającym na poziom akceptacji transplantacji narządów wśród osób starszych – osoby starsze, mieszkańcy wsi mają mniejszą wiedzę dotyczącą transplantologii.
5. Istnieje potrzeba propagowania wiedzy na temat transplantacji narządów wśród osób starszych w zakresie podnoszenia świadomości społecznej, uwzględniając umocowania prawne w zakresie zgody domniemanej, śmierci mózgu, alokacji narządów oraz rozwiewanie obaw przed komercjalizacją i handlem narządami.
6. Istnieje konieczność zwiększenia roli Kościoła katolickiego w propagowaniu idei transplantacji oraz rozpowszechniania pozytywnego stanowiska Ko-

ścioła na temat przeszczepiania narządów wśród osób starszych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Rowiński W. Wprowadzenie. Historia medycyny transplantacyjnej. (W:) Rowiński W, Wałaszewski J, Pączek L (red.). Transplantacja kliniczna. Warszawa: PZWL; 2004. 25.
2. CBOS. Opinie o przeszczepianiu narządów. Warszawa, 10.2005, www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_161_05.PD (data dostępu: 09.02.2015).
3. Kośmider-Cichomska A. Postawy wobec przeszczepu narządów. Raport z badań. Ipsos-Demoskop dla Fundacji Zjednoczeni dla Transplantacji. Warszawa, 08.2002. 1–56.
4. Borkowska B, Falkowska-Pijagin E. Zagadnienie transplantologii w społecznej świadomości mieszkańców Ostrołęki. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży. 2009; 40: 5–20.
5. Pietruszka M, Falkowska-Pijagin E. Zjawisko transplantacji w opinii środowiska medycznego Szpitala Ogólnego w Kolnie. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży. 2009; 40: 21–36.
6. Feliksiak M. Postawy wobec przeszczepiania narządów. Komunikat z badań, CBOS, BS/105/2012. Warszawa: CBOS; 2012. 1–15.
7. Majchrowicz B, Sadowska L. Problemy społeczne w świetle badań poziomu akceptacji transplantacji narządów i tkanek wśród mieszkańców Podkarpacia. Onkol Pol. 2012; 15: 9–16.
8. Ścisło L, Partyka E, Walewska E et al. Postawy i wiedza mieszkańców miast i wsi na temat transplantacji narządów. Hygeia Public Health. 2013; 48(1): 40–45.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

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

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

MODEL ODŻYWIANIA PROMOWANY PRZEZ AUTORKI BLOGÓW PRO ANA W KONTEKŚCIE ZDROWIA SOMATYCZNEGO I PSYCHICZNEGO

DIETS PROMOTED BY PRO ANA BLOGGERS IN CONTEXT OF SOMATIC AND MENTAL HEALTH

Agata Dutkiewicz[1], Katarzyna Pastusiak[2]

[1] Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Studenckie Koło Naukowe Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.6

STRESZCZENIE

Wstęp. Wirtualny ruch pro ana to społeczność kierująca się ideologią głoszącą, iż anoreksja nie jest chorobą, lecz stylem życia. Działalność członków ruchu opiera się na wzajemnym wsparciu i doradztwie w zakresie rygorystycznego odchudzania, a wśród kontrowersyjnych treści umieszczanych na stronach pro ana znajdują się pamiętniki żywieniowe członków ruchu, będące jednocześnie wskazówkami dietetycznymi dla odwiedzających te strony.
Cel pracy. Celem pracy jest skonfrontowanie wyników uzyskanych po przeprowadzeniu analizy jadłospisów promowanych przez autorki blogów pro ana z aktualnymi normami żywieniowymi oraz wynikami analogicznych badań, mierzących wartość odżywczą preferowanego sposobu odżywiania pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, tym samym określenie – wynikającego z zastosowania promowanego modelu odżywiania – rozmiaru zagrożenia dla zdrowia somatycznego i psychicznego.
Materiał i metody. Analizą ilościową i jakościową objęto 100 jednodniowych jadłospisów pochodzących z ogólnodostępnych blogów pro ana. Uzyskane wyniki odniesiono do aktualnych norm żywienia i zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia.
Wyniki. Uśrednione wyniki wskazują na skrajnie niską wartość odżywczą jadłospisów. Pokrycie zalecanej normy na poszczególne składniki odżywcze wynosiło 16,98–83,34%. Najczęściej spożywaną grupą produktów są warzywa, produkty zbożowe i nabiał, najrzadziej – ryby, jaja oraz tłuszcze zwierzęce i roślinne.
Wnioski. Uzyskane wyniki świadczą o dużej rozbieżności promowanych jadłospisów z normami i zaleceniami IŻŻ, a także możliwym większym stopniu restrykcyjności w odniesieniu do dotychczasowych pomiarów nawyków żywieniowych pacjentów z *anorexia nervosa*. Zastosowanie się do proanorektycznego modelu żywienia może stanowić zagrożenie dla zdrowia somatycznego i psychicznego. Sugeruje to konieczność podjęcia działań profilaktycznych, a w praktyce klinicznej – zwracania uwagi na identyfikację z ruchem pro ana.

Słowa kluczowe: pro ana, proanoreksja, jadłowstręt psychiczny, dieta, zdrowie.

ABSTRACT

Introduction. Pro ana is an online community, guided by the ideology that anorexia nervosa is not an eating disorder but a lifestyle. Activity of pro ana contains advising on restrictive dieting. Among contents of pro ana sites there are examples of menus used by the pro ana bloggers, which are also dietary recommendations for the followers.
Aim of the study. The assesment of nutritional value of diets promoted by the pro ana bloggers. Comparison with recommended nutritional norms and with results of similar studies measuring the nutritional value of the preferred diet for patients with anorexia nervosa in order to state the size of the risk for somatic and mental health.
Material and methods. 100 of randomly selected menus from public pro ana blogs were assessed by quantitative and qualitative analysis. The results were referred to the current nutritional recommendations of the National Food and Nutrition Institute.
Results. The results show extremely low nutritional value of pro ana menus. Average nutrients content of the diets was between 16.98–83.34% of recommended nutritional norms. The most frequently consumed product groups include: vegetables, cereals and dairy products, and the least frequently – fish, eggs, and fats.
Conclusions. The results indicate serious discrepancies between nutritional values of pro ana diets and the nutritional recommendations. Pro ana diets also seem to be more restrictive than anorexic patients' eating habits. Promoted by pro ana bloggers eating patterns may seriously endanger somatic and mental health. The results indicate the need to take preventive action, and in clinical practice - to pay attention to patients' identification with pro-ana community.

Keywords: pro ana, pro-anorexia, anorexia nervosa, diet, health.

Wstęp

Zjawisko proanoreksji pojawiło się w Internecie na przełomie wieków XX i XXI. Pierwszy portal pro ana (ang. *pro-anorexia*, za anoreksją) miał stanowić źródło wsparcia i pomocy dla osób cierpiących na *anorexia nervosa* (AN), często odizolowanych od społeczeństwa, pogrążonych w samotności, niezmotywowanych do walki z chorobą. Charakter witryny jednak uległ przekształceniu pod wpływem jej użytkowników – coraz częściej na portalu pojawiały się osoby, które pragnęły się wzorować na funkcjo-

nowaniu chorych na AN [1]. Przyjęcie stylu życia opartego na rygorystycznym kontrolowaniu własnego odżywiania się i dążeniu do ekstremalnie wychudzonej sylwetki stało się głównym celem osób identyfikujących się z ruchem pro ana, a termin ten przestał być kojarzony z prozdrowotną organizacją, za to coraz częściej rozumiany był w kategoriach zagrożenia dla zdrowia.

Dokonując charakterystyki wirtualnej społeczności pro ana, należy podkreślić, iż zdecydowaną większość członków stanowią dziewczęta w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości [2, 3]. „Porcelanowe motyle", jak określają się członkowie ruchu pro ana, zrzeszają się w przestrzeni wirtualnej – na forach, blogach, fotoblogach, gdzie przekazują sobie rady z zakresu restrykcyjnego odchudzania się (w tym wskazówki dotyczące głodzenia się, prowokowania wymiotów, przyjmowania środków przeczyszczających czy hamujących apetyt), ćwiczeń fizycznych czy oszukiwania otoczenia odnośnie stosowanego modelu odżywiania się i utraty masy ciała. Wszystkie porady wzorowane są na specyficznym funkcjonowaniu osób cierpiących na AN, często ujmowane są nawet w formę obligatoryjnych zasad, tzw. dekalog Any [3].

Uznanie zjawiska proanoreksji za zagrożenie nie powinno budzić wątpliwości – nie tylko promuje patologiczny model odżywiania się i stylu życia, który może stać się czynnikiem wyzwalającym rozwinięcie AN u członków ruchu i obserwatorów proanorektycznych portali [4–7], ale także pogłębia objawy choroby u osób cierpiących na AN. Szacuje się bowiem, że blisko 40% osób zdiagnozowanych z zaburzeniami odżywiania systematycznie odwiedza witryny o charakterze proanorektycznym [6]. W związku z powyższym zjawisko proanoreksji i związane z nim realne zagrożenie dla rozwoju, zdrowia, a nawet życia można uznać za aktualny problem ochrony zdrowia. Wśród treści antyzdrowotnych promowanych na stronach pro ana na uwagę zasługują umieszczane przez autorki blogów jadłospisy, będące także wskazówkami dietetycznymi dla czytelników.

Cel pracy

Za cele niniejszej pracy postawiono:

1. Dokonanie analizy wartości odżywczej jadłospisów publikowanych na ogólnodostępnych blogach o charakterze proanorektycznym oraz skonfrontowanie uzyskanych wyników z aktualnymi normami żywieniowymi i rekomendacjami Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ).
2. Określenie stopnia zagrożenia dla zdrowia, jaki stanowią diety promowane na blogach pro ana, odwołując się do konsekwencji niedostatecznej podaży poszczególnych składników odżywczych, a także poprzez zestawienie uzyskanych wyników analizy z wynikami analogicznych badań mierzących wartość odżywczą sposobu odżywiania preferowanego przez pacjentów z AN.

Materiał i metody

Materiał analizowany w niniejszej pracy pochodzi z 28 ogólnodostępnych (niewymagających rejestracji ani przejścia rekrutacji do uzyskania dostępu do zawartych treści) polskojęzycznych blogów i fotoblogów o charakterze proanorektycznym. Dobór wybranych blogów był losowy, natomiast obrane kryterium ogólnodostępności treści w nich zawartych było główną przyczyną ograniczonej liczby stron, które finalnie zostały przeznaczone do badania. Niektóre ze stron o charakterze proanorektycznym mają charakter zamknięty, wymagają dokonania wieloetapowej rejestracji potwierdzającej przynależność do ruchu pro ana. Wyszukiwanie blogów, które posłużyły za źródło informacji o jadłospisach, odbyło się poprzez wyszukiwanie haseł „pro ana", „pro ana blog", „pro ana photoblog", „porcelanowe motyle". Łącznie analizie poddano 100 jednodniowych jadłospisów opublikowanych przez autorki blogów lub fotoblogów. Zasadą było przyjęcie do analizy maksymalnie 5 jadłospisów opublikowanych na tym samym blogu.

Jadłospisy przeanalizowano pod kątem wartości energetycznej i odżywczej za pomocą programu Dietetyk 2015. Największym ograniczeniem przyjętego materiału było częste niedokładne określenie przez blogerki rodzaju i/lub porcji produktów zawartych w jadłospisie, w takich przypadkach przyjmowano uśrednioną porcję standardową i najczęściej stosowane rodzaje produktów spożywczych. Takie rozwiązanie ma jednak swoje zalety – umożliwiło przyjęcie perspektywy przeciętnego odbiorcy niejednoznacznych treści opisujących jadłospis opublikowany na blogu. Uzyskane wyniki analizy wartości energetycznej i odżywczej porównano z aktualnymi normami IŻŻ [8]; przyjęto wartości dla dziewcząt w wieku 13–15 lat, gdyż taki wiek najczęściej deklarowały blogerki. Przeanalizowano również procentową częstotliwość występowania w jadłospisach wybranych grup produktów spożywczych.

Wyniki

Średnie zawartości poszczególnych składników odżywczych w jadłospisach przedstawiono w **tabeli 1**. Porównując wartości średnie z normą dla dziewcząt w wieku 13–15 lat według IŻŻ [8], zawartość wszystkich składników odżywczych waha się od 16,98% do 83,34% normy.

Dokonując indywidualnej oceny jadłospisów (**Rycina 1**), stwierdzono, że żaden z nich nie pokrywa zapotrzebowania na energię oraz tłuszcze. Normę na białko spełnia 15,00% jadłospisów, zaś minimum węglowodanów i błonnika za-

Tabela 1. Uśrednione wyniki analizy wartości energetycznej i odżywczej jadłospisów promowanych na blogach pro ana wraz z procentową realizacją normy żywieniowej

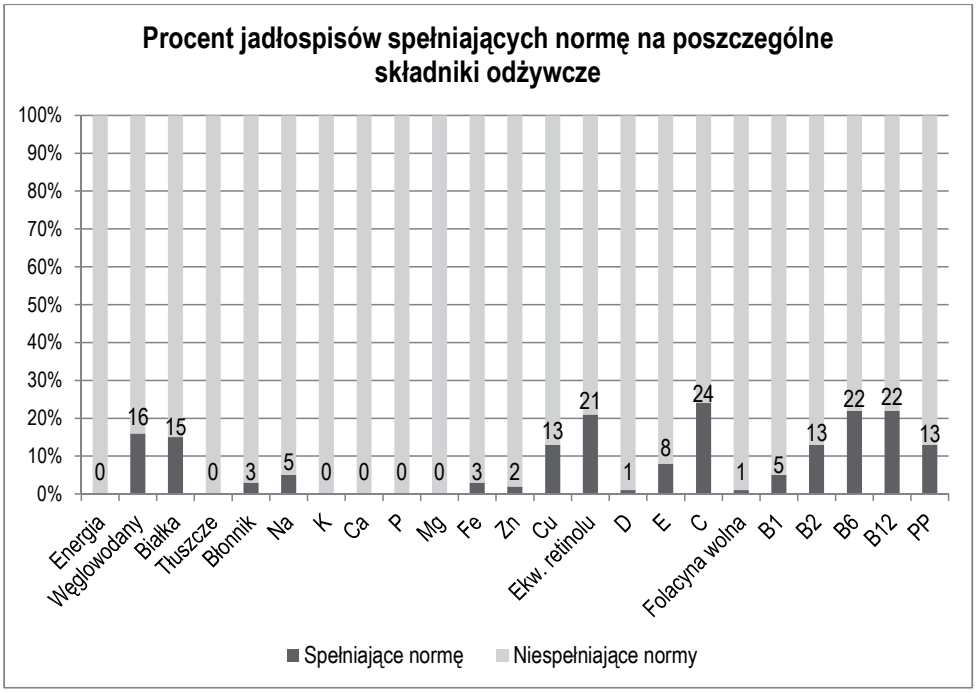
SKŁADNIK DIETY	Średnia	Odch. standardowe	Procent realizacji normy
Energia [kcal]	546,85	315,76	22,32
Białka [g]	24,29	15,7	56,50
Białka zwierzęce [g]	14,92	12,78	
Białka roślinne [g]	10,95	23,75	
Węglowodany [g]	79,91	47,81	61,47
Sacharoza [g]	13,14	13,79	
Błonnik [g]	7,78	5,62	40,95
Tłuszcze [g]	17,22	13,37	24,61
SFA [g]	6,30	5,64	
MUFA [g]	6,65	7,58	
PUFA [g]	5,61	27,64	
Cholesterol [mg]	87,33	119,09	
Na [mg]	521,78	484,38	34,79
K [mg]	1022,18	545,43	21,75
Ca [mg]	251,00	208,48	22,82
P [mg]	418,05	251,95	39,81
Mg [mg]	96,07	58,63	32,02
Fe [mg]	3,60	2,71	44,97
Mn [mg]	1,44	1,26	
Zn [mg]	3,08	1,91	42,19
Cu [mg]	0,44	0,39	63,41
Ekw. retinolu [µg]	408,35	1072,71	83,34
D [µg]	0,85	1,28	16,98
E [mg]	3,39	3,34	42,37
C [mg]	38,83	42,67	70,61
Folacyna wolna [µg]	107,68	77,44	32,63
B1 [mg]	0,37	0,26	40,94
B2 [mg]	0,54	0,4	60,36
B6 [mg]	0,75	0,77	74,97
B12 [µg]	1,41	2,59	70,50
PP [mg]	5,58	5,19	50,70

pewnia zaledwie 16,00% i 3,00% jadłospisów. Jeśli chodzi o składniki mineralne, żaden z jadłospisów nie pokrywa zapotrzebowania na K, Ca, P oraz Mg; normy dla Na spełnia 5,00% jadłospisów, dla Fe – 3,00%, dla Zn – 2,00%. Zapotrzebowanie na witaminy rozpuszczalne w tłuszczach realizowane jest w 21,00% jadłospisów względem witaminy A, dla witaminy D – w 1,00% jadłospisów oraz dla witaminy E – w 8,00% jadłospisów. Witaminy z grupy B występują we właściwych ilościach odpowiednio w: 5,00% jadłospisów w odniesieniu do witaminy B1, 13,00% dla B2 i B3 oraz 22,00% dla B6 i B12.

Spożycie poszczególnych grup produktów (**Rycina 2**) kształtuje się następująco: najczęściej spożywaną grupą produktów są warzywa, które występują w 74,00% jadłospisów. Owoce pojawiają się w 42,00% jadłospisów, zaś przynajmniej jedna porcja produktów zbożowych występuje w 67,00% jadłospisów. Nabiał i mięso pojawiają się w diecie stosunkowo często, odpowiednio w 67,00% i 47,00% jadłospisów. Codzienne jadłospisy odznaczają się niskim spożyciem ryb (7,00%), jaj (9,00%) oraz tłuszczów zarówno zwierzęcych (9,00%), jak i roślinnych (9,00%). Słodycze i niezdrowe przekąski pojawiają się w 27,00% jadłospisów. W kategorii napoje przeważają kawa (26,00%) i herbata (24,00%). W 6,00% jadłospisów występują napoje energetyczne oraz w 3,00% występuje alkohol. Ani razu nie pojawiają się natomiast napoje gazowane oraz herbaty ziołowe, w tym o właściwościach przeczyszczających.

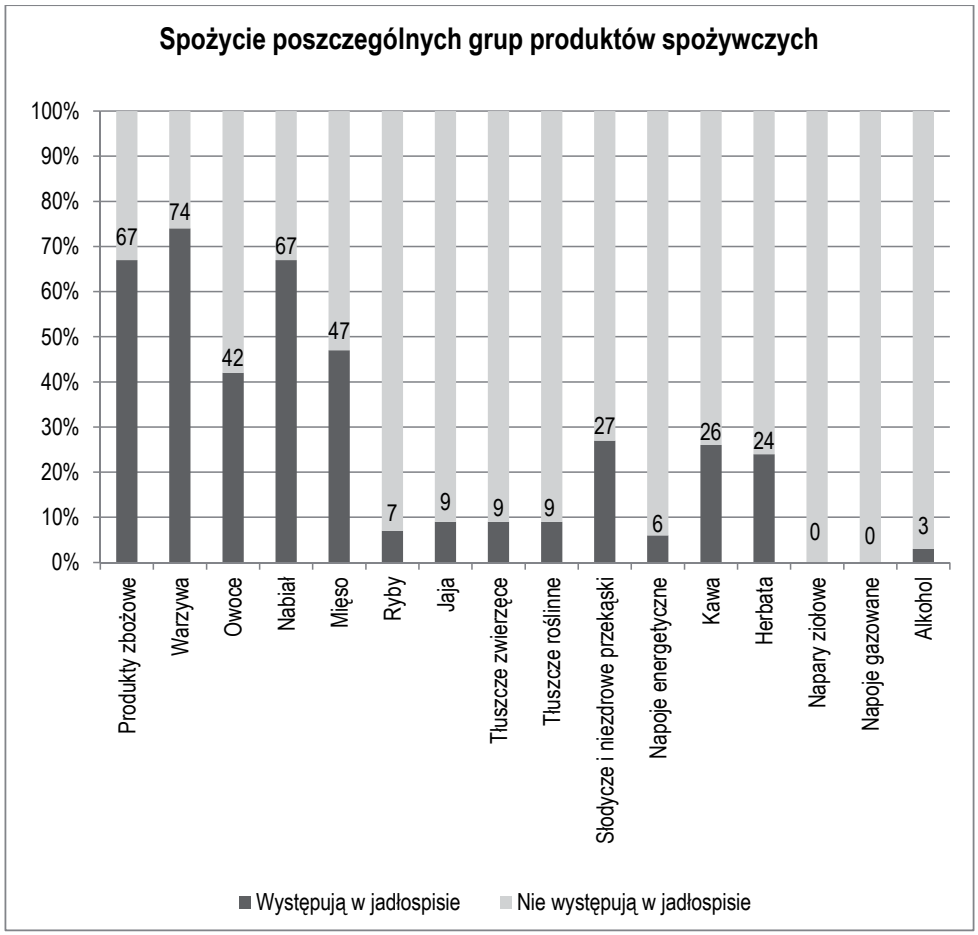
Omówienie

Uzyskane wyniki analizy jadłospisów wskazują na poważne odchylenia od zaleceń żywieniowych dedykowanych



Rycina 1. Procent jadłospisów spełniających normę na poszczególne składniki odżywcze

młodym dziewczętom. Promowane na stronach pro ana diety nie spełniają normy na energię i większość składników odżywczych niezbędnych do prawidłowego rozwoju. Zastosowanie takiego modelu żywienia w dłuższej perspektywie czasowej może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia, także psychicznego. Niedoborowa podaż głównych składników energetycznych (tłuszczów, węglowodanów) może doprowadzić do drastycznej utraty masy ciała, prowadzącej do szeregu zmian biochemicznych, takich jak zmiany w wydzielaniu greliny, adipokin, neurotransmiterów oddziałujących zwrotnie na zachowania żywieniowe jednostki [9]. Ponadto niedobór makroskładników obniża wydajność procesów metabolicznych, a w funkcjonowaniu poznawczym zmniejsza zdolność do koncentracji i uwagi [10]. Bardzo niska podaż białka w dietach promowanych na stronach pro ana niesie za sobą zagrożenie nie tylko drastycznego obniżenia masy mięśniowej, potencjału układu odpornościowego, ale także wpływa na niekorzystną fluktuację neuroprzekaźników (poprzez niedobór tryptofanu, będącego prekursorem serotoniny), co z kolei może wpływać na rozwój i/lub utrzymywanie się zaburzeń snu [11, 12] oraz zaburzeń afektywnych [11, 13, 14]. Wraz z niedostateczną podażą składników mineralnych i witamin dochodzi do zaburzeń ogólnoustrojowych, w tym do obniżenia sprawności funkcjonowania układu nerwowego. Biorąc pod uwagę niedostateczną podaż w diecie, a także obecność na stronach pro ana instrukcji i zaleceń dotyczących prowokowania wymiotów czy zażywania środków przeczyszczających, można podejrzewać, iż taki model żywienia niesie ryzyko rozwinięcia m.in. niedoborów K, Mg, Cu, Zn, Fe. Niedobory K mogą prowadzić do zagrażających życiu zaburzeń rytmu serca oraz porażenia mięśni gładkich, co objawia się m.in. uporczywymi zaparciami. Zarówno Mg, jak i Cu są składnikami wykazującymi antagonistyczne działanie wobec receptora N-metylo-D-asparaginowego NMDA i mają wysoki potencjał przeciwdepresyjny i przeciwlękowy [15, 16]. Podobnie Zn wykazuje silny potencjał antydepresyjny [17]. Za specyficzny objaw hipocynkemii uznaje się zaburzenia neurosensoryczne, w tym przede wszystkim zaburzenia odczuwania smaku, co może zwrotnie przyczyniać się do kontynuacji restrykcyjnej diety [18]. Proponowany przez autorki blogów model odżywiania zagraża także rozwinięciem anemii, co prowadzi do obniżenia zdolności do wysiłku fizycznego, zaburzonej regulacji temperatury ciała [19]. Objawy niedokrwistości z niedoboru żelaza obejmują także apatię, obniżoną zdolność do koncentracji i uwagi oraz możliwe zaburzenia pamięci. Witaminy z grupy B odgrywają istotną rolę w funkcjonowaniu układu nerwowego, natomiast w promowanych na stronach pro



Rycina 2. Procentowy rozkład częstotliwości występowania poszczególnych grup produktów spożywczych

ana jadłospisach pojawiają się w skrajnie niedoborowych ilościach. Zastosowanie się do zaleceń autorek blogów może skutkować objawami niedoboru tej grupy witamin, przykładowo: zaburzeniami koncentracji i uwagi, stanem rozstroju nerwowego, drażliwością i nerwowością, zaburzeniami snu oraz nastroju [11, 20]. Hipowitaminozy dotyczyć mogą także witamin rozpuszczalnych w tłuszczach – niedobory witamin: A, E, K związane są z szeregiem konsekwencji dla zdrowia somatycznego, natomiast deficyty witaminy D zwiększają ryzyko niedostatecznego rozwoju masy kostnej, a także predysponują do zaburzeń lękowych i afektywnych [21].

Uzyskane wyniki analizy promowanego na stronach pro ana stylu odżywiania w dużym stopniu pokrywają się z wynikami dotychczasowych badań nad preferencjami dietetycznymi pacjentów zdiagnozowanych w kierunku AN. Wykazano charakterystyczny dla osób z AN podział produktów spożywczych na „dobre" – dopuszczalne w diecie, i „złe", czyli absolutnie zakazane. Do pierwszej z grup zaliczyć można: warzywa, produkty wysokobłonnikowe, odtłuszczone, produkty określone jako „zdrowa żywność", tymczasem do grupy zakazanej zaliczyć można przede wszystkim: słodycze, produkty bogatotłuszczowe, żywność typu „fast food", tłuste sosy, oleje, chleb i produkty skrobiowe, czerwone mięso, przetwory mięsne [22–25]. Jest to zbieżne z wykazaną w niniejszym badaniu tendencją do szczególnej preferencji warzyw i owoców, produktów zbożowych i chudego nabiału wśród blogerek pro ana. Główną różnicę stanowi częstsze spożycie słodyczy przez autorki blogów niż przebadane grupy osób z AN, jednakże komentarze dodawane przez blogerki świadczą o braku akceptacji tej grupy produktów spożywczych (podobnie jak wśród grup klinicznych), a spożycie ich uznają za złamanie swojej silnej woli.

W zakresie analizy wartości energetycznej i odżywczej preferencji żywieniowych pacjentów z AN wyniki dotychczasowych badań w niektórych aspektach są zbieżne z rezultatami niniejszego badania. Podobieństwa dotyczą przede wszystkim: proporcjonalnie dużego udziału węglowodanów w stosunku do pozostałych makroskładników (tłuszczów, białek), niedoborowej podaży głównie Ca, Cu, Zn, Se oraz Fe, a także witamin: B1, B12, kwasu foliowego,

PP oraz witaminy D [22–26]. Jednakże porównanie konkretnych uśrednionych zawartości wymienionych składników mineralnych i witamin w jadłospisach wskazuje, iż podaż tych składników odżywczych w dietach promowanych przez blogerki pro ana jest zdecydowanie mniejsza.

Niepokojące są również inne różnice, które wskazują na większy stopień restrykcyjności diet proponowanych przez autorki blogów pro ana niż jadłospisów preferowanych przez populację kliniczną. Myszkowska-Ryciak i wsp. w analizie wybranych cech sposobu żywienia i stanu odżywienia w grupie dziewcząt z AN [22] oszacowały podaż energii, określając ją na 46,10% pokrycia normy, czyli ponad dwukrotnie większą niż oszacowaną w niniejszym badaniu. Ponadto zwraca uwagę wyższe w populacji klinicznej średnie spożycie białek (średnio 31 gramów, co odpowiada pokryciu dolnej granicy normy w 73,00%) w porównaniu ze średnim pokryciem zapotrzebowania 56,50% z analizy jadłospisów promowanych na stronach pro ana. W przypadku tłuszczów, podobnie, dotychczasowe doniesienia o średniej podaży tego makroskładnika w diecie pacjentów z AN wskazują na pokrycie zalecanej normy w okolicach 69,20–80,00% [22–26], natomiast w niniejszym badaniu oszacowana średnia podaż była istotnie niższa – na poziomie 24,61% zalecanej normy. Z analiz przeprowadzonych przez Misra i wsp. [26] wynika, że pacjenci z AN spożywają średnio 20 gramów włókna pokarmowego na dobę (podobne wyniki uzyskały Myszkowska-Ryciak i wsp. w badaniu na polskiej populacji), analiza jadłospisów blogerek wskazuje na zdecydowanie niższą średnią podaż na poziomie 7,78 gramów.

Omówione powyżej różnice wskazują na niezwykle wysoki stopień restrykcyjności diet promowanych na stronach pro ana, co przekłada się na rozmiar zagrożenia, jakie może wynikać z przyjęcia takiego modelu odżywiania. Doniesienia te są istotne w kontekście planowania działań profilaktycznych, ale także praktyki klinicznej. Na etapie wstępnego wywiadu z pacjentem podejrzewanym o nienormatywne zachowania żywieniowe istotnym wydaje się być zwrócenie uwagi na identyfikowanie się osoby chorej z ruchem pro ana i/lub korzystanie z internetowych portali o charakterze proanorektycznym. W przypadku pacjentów będących użytkownikami proanorektycznych stron internetowych w interwencjach psychologicznych należałoby uwzględnić pracę nad zmianą postaw wobec treści proanorektycznych, ponieważ zaangażowanie (bierne bądź czynne) w działania ruchu pro ana może stanowić czynnik zakłócający proces leczenia.

Wnioski

Stosowany i promowany przez autorki blogów pro ana model odżywiania się może być w dużym stopniu niezgodny z aktualnymi zaleceniami żywieniowymi i stanowić poważne zagrożenie dla rozwoju organizmu oraz utrzymania zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Ponadto model ten zdaje się być bardziej restrykcyjny niż preferowany sposób odżywiania się pacjentów z diagnozą AN. W świetle uzyskanych wyników autorki niniejszej pracy sugerują wdrażanie działań kontrolujących i cenzurujących treści o charakterze proanorektycznym w sieci, a w praktyce klinicznej – zwracanie uwagi na angażowanie się pacjentów w działania ruchu pro ana.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Wronka M, Jezierska-Kazberuk M. Świat porcelanowych motyli. Blogi internetowe o tematyce odchudzającej jako źródło informacji o zaburzeniach odżywiania. Forum Zab Metabol. 2011; 2(2): 102–112.
2. Guglas N, Cichy W. Jadłowstręt psychiczny a adolescencja. Now Lek. 2007; 76 (1): 44–47.
3. Stochel M, Janas-Kozik M. Przyjaciółki wirtualnej Any – zjawisko pro anoreksji w sieci internetowej. Psychiatr Pol. 2010; 44(5): 693–702.
4. Ziółkowska B. Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora; 2001.
5. Mulveen R, Hepworth J. An interpretative phenomenological analysis of participation in a pro-anorexia internet site and its relationship with disordered eating. J Health Psychol. 2006; 11(2): 283–296.
6. Wilson JL, Peebles R, Hardy KK, Litt IF. Surfing for thinness: a pilot study of pro-eating disorder web site usage in adolescents with eating disorders. Pediatrics. 2006; 118(6): 1635–1643.
7. Kręgielska-Narożna M, Walczak-Gałęzewska M, Lis I, Bogdański P. Jadłowstręt psychiczny – co widzą „motyle"? Farm Współcz. 2014; 7: 1–6.
8. Jarosz M (red.). Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Warszawa: IŻŻ; 2012.
9. Grzelak T, Dutkiewicz A, Paszynska E, Dmitrzak-Weglarz M, Slopien A, Tyszkiewicz-Nwafor M. Neurobiochemical and psychological factors influencing the eating behaviors and attitudes in anorexia nervosa. J Physiol Biochem. 2017; 73: 297–305; doi:10.1007/s13105-016-0540-2.
10. Kar BR, Rao SL, Chandramouli BA. Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition. Behav Brain Funct. 2018; 4(1): 31.
11. Lakhan SE, Vieira KF. Nutritional therapies for mental disorders. Nutr J. 2008; 7(1): 2.

12. Jacka FN, Maes M, Pasco JA, Williams LJ, Berk M. Nutrient intakes and the common mental disorders in women. J Affect Disord. 2012; 141(1): 79–85.
13. Rao TS, Asha MR, Ramesh BN, Rao KJ. Understanding nutrition, depression and mental illnesses. Indian J Psych. 2008; 50(2): 77–82.
14. Sarris J, Schoendorfer N, Kavanagh DJ. Major depressive disorder and nutritional medicine: a review of monotherapies and adjuvant treatments. Nutr Rev. 2009; 67(3): 125–131.
15. Siwek M, Wróbel A, Dudek D, Nowak G, Zięba A. Udział miedzi i magnezu w patogenezie i terapii zaburzeń afektywnych. Psychiatr Pol. 2005; 39: 911–920.
16. Eby GA, Eby KL. Magnesium for treatment-resistant depression: a review and hypothesis. Med Hypothesis. 2010; 74: 649–660.
17. Nowak G, Szewczyk B, Pilc A. Zinc and depression. An update. Pharmacol Rep. 2005; 57: 713–718.
18. Roessner V, Bleich S, Banaschewski T, Rothenberger A. Olfactory deficits in anorexia nervosa. Eur Arch Psy Clin N. 2005; 255(1): 6–9.
19. Gawęcki J (red.). Żywienie człowieka: podstawy nauki o żywieniu. T. 1. Warszawa: PWN; 2011.
20. Stefańska E, Wendołowicz, A, Kowzan U, Konarzewska B, Szulc A, Ostrowska L. Czy zwyczajowy sposób żywienia pacjentów z depresją wymaga suplementacji witaminami i składnikami mineralnymi? Psychiatr Pol. 2004; 48(1): 75–88.
21. Armstrong DJ, Meenagh GK, Bickle I, Lee, AS, Curran ES, Finch MB. Vitamin D deficiency is associated with anxiety and depression in fibromyalgia. Clin Rheumatol. 2007; 26(4): 551–554.
22. Myszkowska-Ryciak J, Karwowska D. Analiza wybranych cech sposobu żywienia i stanu odżywienia w grupie dziewcząt z anoreksją psychiczną. Bromat Chem Toksykol. 2008; 41(3): 745–749.
23. Ruiz-Prieto I, Bolaños-Ríos P, Jáuregui-Lobera I. Diet choice in weight-restored patients with eating disorders; progressive autonomy process by nutritional education. Nutr Hosp. 2013; 28(5): 1725–1731.
24. Schebendach J, Mayer LE, Devlin MJ, Attia E, Contento IR, Wolf RL, Walsh BT. Food choice and diet variety in weight-restored patients with anorexia nervosa. J Am Diet Assoc. 2011; 111: 732–736.
25. Lobera IJ, Bolaños Ríos P. Choice of diet in patients with anorexia nervosa. Nutr Hosp. 2009; 24(6): 682–687.
26. Misra M, Tsai P, Anderson EJ, Hubbard JL, Gallagher K, Soyka LA et al. Nutrient intake in community-dwelling adolescent girls with anorexia nervosa and in healthy adolescents. J Clin Nutr. 2006; 84: 698–706.

Adres do korespondencji:
Agata Dutkiewicz
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Szpitalna 27/33
60-527 Poznań
tel.: 61 849 13 58
e-mail: dutkiewicz.agata22@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

OCENA POTRZEB EDUKACYJNYCH PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU 2 LECZONYCH W PORADNIACH DIABETOLOGICZNYCH

THE EDUCATIONAL NEEDS ASSESSMENT AMONG PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES ATTENDING DIABETIC OUTPATIENT CLINICS

Katarzyna Kowalska[1], Monika Pliszka[2,3]

[1] Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, Starostwo Powiatowe w Ostrowcu Świętokrzyskim
[2] Katedra i Zakład Biologii Ogólnej i Parazytologii, Centrum Biostruktury, Warszawski Uniwersytet Medyczny
[3] Oddział Internistyczny, Pododdział Diabetologii, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.7

STRESZCZENIE

Wstęp. Nieodłącznym elementem terapii cukrzycy jest edukacja diabetologiczna, realizowana na podstawie odpowiednio przygotowanego programu edukacji. Wstępna ocena wiedzy i preferencji edukacyjnych uczestników pozwala na dostosowanie treści i metod kształcenia do ich indywidualnych potrzeb i możliwości.
Cel pracy. Celem pracy było określenie potrzeb edukacyjnych pacjentów z cukrzycą typu 2 przed przystąpieniem do programu edukacji diabetologicznej.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 145 pacjentów z cukrzycą typu 2, leczących się w poradniach diabetologicznych w Ostrowcu Świętokrzyskim. Podstawowym narzędziem badawczym pracy był kwestionariusz ankiety, którym sprawdzano aktualny stan wiedzy pacjentów oraz ich potrzeby edukacyjne.
Wyniki. Wśród badanych 97% posiada glukometr, a 92% prowadzi dzienniczek samokontroli glikemii. Jedynie 48% pacjentów zna prawidłowe miejsce nakłucia palca w celu pomiaru glikemii. Tylko 12% badanych zmienia igłę w nakłuwaczu po każdym jego użyciu, a 14% osób stosujących insulinoterapię zmienia igłę we wstrzykiwaczu po każdym podaniu insuliny. Istotne braki w wiedzy na temat profilaktyki stopy cukrzycowej stwierdzono u 31% respondentów. Mimo wieloletniej cukrzycy tylko 34% pacjentów zna prawidłowe postępowanie w przypadku hipoglikemii. Przed przystąpieniem do edukacji diabetologicznej zainteresowanie wszystkimi tematami z zakresu cukrzycy było bardzo wysokie, w każdym przypadku uzyskana średnia wynosiła powyżej 9 punktów w skali 10-punktowej. Największym zainteresowaniem cieszył się temat dotyczący zasad żywienia w cukrzycy (M = 9,99).
Wnioski. Wykazano, że pacjenci po średnio 11 latach chorowania na cukrzycę nadal mają braki edukacyjne w zakresie samokontroli i samoopieki. Badani nie rozumieją stosowanych pojęć bądź poleceń albo interpretują je w niewłaściwy sposób. Pacjenci są zainteresowani poszerzaniem wiedzy na temat różnych aspektów cukrzycy. Działanie edukacyjne powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, edukacja diabetologiczna, samoopieka.

ABSTRACT

Introduction. Diabetic education is an indispensable element of diabetes therapy, based on a properly prepared education programme. Preliminary assessment of participant's knowledge and educational preferences allow to adjust the content and methods to their individual needs and capabilities.
Aim of the study. The purpose of the study was to determine the educational needs of patients with type 2 diabetes before participating in a diabetic education programme.
Material and methods. The study was conducted among 145 patients with type 2 diabetes, treated in dabetes outpatient clinics in Ostrowiec Świętokrzyski. The primary research tool was a questionnaire, which examined the current status of patients' knowledge and their educational needs.
Results. 97% of the subjects have a glucose meter, and 92% carry a diary of glycemic control. Only 48% of patients know the correct place of finger puncture for glucose measurement. Only 12% of the respondents change the needle into a lance after each use, and 14% of insulin users change the needle in the pen after each insulin injection. Significant deficiencies in knowledge on the prevention of diabetic foot disease were found in 31% of respondents. Despite being ill with diabetes for many years, only 34% of patients know how to deal with hypoglycemia. Prior to diabetic education, interest in all subjects in diabetes was very high, in each case the average was above 9 points on a 10-point scale. The subject of diets in diabetes was the most popular (M = 9.99).
Conclusions. It has been shown that patients with an average of 11 years of diabetes continue to have educational deficiencies in self-control and self-care. The respondents either do not understand the concepts and commands or interpret them in a wrong way. Patients are interested in expanding their knowledge on various aspects of diabetes. Educational activities should be adjusted to the individual needs of patients.

Keywords: diabetes, diabetes education, diabetes self-care.

Wstęp

Cukrzyca, zaliczana do chorób cywilizacyjnych, jako pierwsza niezakaźna choroba została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za epidemię XXI wieku. Światowa Organizacja Zdrowia zobligowała rządy państw na całym świecie do opracowania i wdrażania zintegrowanych działań na rzecz ograniczenia zapadalności na cukrzycę i ograniczenia jej powikłań.

Cukrzyca jako choroba przewlekła znacznie upośledza jakość życia, a także wymaga podejmowania decyzji terapeutycznych w codziennym życiu, co przysparza pacjentom wielu problemów. Nieodłącznym elementem terapii cukrzycy jest edukacja diabetologiczna. Warunkiem skuteczności edukacji zdrowotnej osób z cukrzycą jest odpowiednio przygotowany program edukacji. Podczas planowania programu zdrowotnego należy uwzględnić wstępną ocenę wiedzy i preferencji edukacyjnych uczestników, co pozwala na dostosowanie treści i metod kształcenia do ich indywidualnych potrzeb i możliwości.

Edukacja zdrowotna jest ważnym elementem działań profilaktycznych, wspomagającym terapię cukrzycy i aktywne uczestniczenie pacjentów w procesie leczenia, tak by „wiedzieli, rozumieli, umieli, chcieli kontrolować swoje zdrowie i wzmacniać jego potencjał" [1].

Cel pracy

Celem pracy było określenie potrzeb edukacyjnych pacjentów z cukrzycą typu 2 przed przystąpieniem do programu edukacji diabetologicznej. Uzyskane dane wykorzystane zostały do zaplanowania programu kompleksowej edukacji zdrowotnej pt. „Szkoła edukacji dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2", realizowanego na terenie Ostrowca Świętokrzyskiego.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród 145 pacjentów z cukrzycą typu 2, leczących się w trzech poradniach diabetologicznych na terenie Ostrowca Świętokrzyskiego. W poradniach tych leczą się pacjenci z całego województwa świętokrzyskiego. Żaden z pacjentów nie uczestniczył wcześniej w ustrukturyzowanej edukacji diabetologicznej, poza rutynowym odbywaniem wizyt u lekarza diabetologa i lekarza POZ (podstawowej opieki zdrowotnej).

Podstawowym narzędziem badawczym pracy był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który zawierał pytania dotyczące ogólnej wiedzy na temat samokontroli w cukrzycy, posiadania sprzętu do prowadzenia samokontroli glikemii oraz preferencji edukacyjnych pacjentów. W pierwszej części kwestionariusza pacjenci udzielali odpowiedzi na 18 pytań zamkniętych, w których wybierali 1 prawidłową odpowiedź. Celem tej części ankiety była ocena wiedzy pacjentów. Wyniki tej części kwestionariusza zaprezentowano w **tabeli 2**, a udział poszczególnych odpowiedzi na każde pytanie określano w procentach.

W drugiej części kwestionariusza pacjenci oceniali swoje potrzeby edukacyjne w zakresie poszerzenia wiedzy z 11 różnych tematów dotyczących cukrzycy. Każdy temat oceniany był w skali 10-stopniowej, gdzie 1 oznacza najniższe zainteresowanie danym tematem, a 10 – zainteresowanie najwyższe. Wśród tematów znalazły się: czynniki ryzyka cukrzycy typu 2, istota choroby, metody leczenia, metody samokontroli, zasady leczenia dietetycznego, aktywność fizyczna w cukrzycy, powikłania cukrzycy, rokowania, radzenie sobie w chorobie i pomoc psychologiczna, farmakologia – przechowywanie, dawkowanie leków doustnych oraz insulin, zioła i suplementy diety w cukrzycy. Wyniki dotyczące preferencji edukacyjnych pacjentów przedstawiono w **tabeli 3**, w postaci średniej wartości zainteresowania dla danego tematu (M) oraz odchylenia standardowego (SD).

Wyniki

W grupie badanej znajdowało się 48 mężczyzn i 97 kobiet, ze średnią wieku wynoszącą prawie 66 lat, chorujących na cukrzycę typu 2 średnio 11,5 roku. Pod względem modelu leczenia grupę badaną stanowiło 70 pacjentów stosujących insulinę w monoterapii lub terapii skojarzonej i 75 osób, które leczone były jedynie przeciwcukrzycowymi lekami doustnymi. Większość pacjentów miała nieprawidłową masę ciała: nadwagę miało 37,2%, I stopień otyłości – 35,2%, II stopień otyłości – 9,7%, skrajną otyłość – 4,1% ankietowanych. Tylko 13,8% badanych miało prawidłową masę ciała. Większość respondentów to osoby mieszkające w mieście (97,2%). Szczegółowa charakterystyka pacjentów biorących udział w badaniu przedstawiona jest w **tabeli 1**.

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, która wymaga od pacjenta aktywnego udziału w terapii. Niestety część chorych przyjmuje postawę bierną wobec choroby, co zwiększa ryzyko ostrych i późnych powikłań choroby, będących przyczyną pogorszenia jakości życia i skrócenia jego długości. Ponad połowa ankietowanych ma powikłania cukrzycowe w postaci: choroby niedokrwiennej serca (57,2%), choroby naczyń mózgowych (17,9%), retinopatii (16,6%), choroby naczyń obwodowych (13,1%) i nefropatii cukrzycowej (2,8%).

Ważne miejsce w leczeniu cukrzycy zajmują samokontrola i samoopieka prowadzone przez odpowiednio wyedukowanego pacjenta. Z przeprowadzonych badań wynika, że prawie wszyscy pacjenci posiadają sprzęt do

prowadzenia samokontroli, ale jedynie część zna zasady prawidłowego używania tego sprzętu (**Tabela 2**).

Wśród ankietowanych 97% posiada glukometr, a 92% prowadzi dzienniczek samokontroli glikemii. Jedynie 48% pacjentów zna prawidłowe miejsce nakłucia palca w celu oznaczenia glikemii za pomocą glukometru. Zatem większość pacjentów wykonuje tę czynność w sposób nieprawidłowy. Tylko 68% pacjentów wie, że przed dokonaniem pomiaru glikemii należy umyć ręce. Pozostała część uważa, że należy zdezynfekować ręce spirytusem (28%) albo mocno uciskać palec, z którego będzie pobierana krew (4%).

Pacjentów pytano również o częstotliwość wymiany igieł w nakłuwaczach oraz wstrzykiwaczach do insuliny, gdyż wielokrotne, długotrwałe stosowanie tej samej igły to powszechny problem wśród osób chorujących na cu-

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów biorących udział w badaniu

	N	%
RAZEM	145	100,0
Płeć		
Mężczyzna	48	33,1
Kobieta	97	66,9
Wiek (w latach)		
M = 65,75, SD = 7,85		
Miejsce zamieszkania		
Wieś	4	2,8
Miasto	141	97,2
Stan cywilny		
Panna/kawaler	9	6,2
Mężatka/żonaty	101	69,7
Rozwiedziony/separacja	7	4,8
Wdowiec/wdowa	28	19,3
Wykształcenie		
Podstawowe	11	7,6
Zawodowe	31	21,4
Średnie	89	61,4
Wyższe	14	9,6
Zatrudnienie		
Pracujący	16	11,0
Emeryt	94	64,8
Rencista	30	20,7
Bezrobotny	2	1,4
Inne	3	2,1
Sytuacja socjalno-bytowa		
Mieszkam sam	25	17,2
Mieszkam z rodziną	119	82,1
Mieszkam z opiekunem	1	0,7
Liczba lat chorowania na cukrzycę typu 2		
M = 11,55, SD = 8,12		
Model leczenia cukrzycy		
Insulina (w monoterapii lub terapii skojarzonej)	75	51,7
Leki doustne	70	48,3
BMI		
Wartość prawidłowa 20–24,9	20	13,8
Nadwaga 25–29,9	54	37,2
I stopień otyłoścI 30–34,9	51	35,2
II stopień otyłości 35–39,9	14	9,7
Otyłość skrajna powyżej 40	6	4,1
M = 30,24, SD = 4,90		

Powikłania cukrzycy		
Choroba niedokrwienna serca		
tak	83	57,2
nie	62	42,8
Choroba naczyń mózgowych		
tak	26	17,9
nie	119	82,1
Choroba naczyń obwodowych		
tak	19	13,1
nie	126	86,9
Retinopatia cukrzycowa		
tak	24	16,6
nie	121	83,4
Nefropatia cukrzycowa		
tak	4	2,8
nie	141	97,2

krzycę. Posiadanie nakłuwacza zadeklarowało 96% ankietowanych. Jedynie 12,4% pacjentów zmienia igłę w nakłuwaczu po każdym jego użyciu; 42% ankietowanych zmienia igłę w nakłuwaczu przynajmniej raz w tygodniu, 27% – raz w miesiącu, a blisko 19% – gdy bolesność nakłucia jest duża. Tylko 14,3% osób stosujących insulinoterapię zmienia igłę po każdym podaniu insuliny. Niestety 22,8% zmienia igłę tylko raz w miesiącu, a 18,6% wraz ze zmianą ampułki z insuliną. Z doświadczenia własnego wynika, że część pacjentów ma braki wiedzy w tym zakresie, a u części przyczyną takiego stanu rzeczy są rutyna lub względy ekonomiczne.

Bardzo ważnym elementem samokontroli w cukrzycy jest profilaktyka stopy cukrzycowej. W ankiecie zapytano pacjentów o jeden z najważniejszych aspektów pielęgnacji stóp, a mianowicie o codzienne oglądanie stóp. Tylko 69% pacjentów codziennie sprawdza stan swoich stóp, a aż 18% nie przykłada do tego należytej wagi. Spośród ankietowanych 69% myje nogi prawidłowo, czyli w letniej wodzie, nie mocząc ich zbyt długo, a następnie starannie je osusza. Niestety aż 31% postępuje w sposób nieprawidłowy.

Ważnym problemem w edukacji pacjentów z cukrzycą jest brak zrozumienia przekazywanych treści. Badani często nie rozumieją stosowanych pojęć bądź poleceń albo interpretują je w niewłaściwy sposób. Na pytanie: „Co to jest półprofil oraz pełen dobowy profil glikemii?" prawidłowo odpowiedziało tylko odpowiednio 31% i 25% badanych. Wyniki ankiety wykazały, iż 56% pacjentów deklaruje, że wie, czym jest hipoglikemia, natomiast tylko 34,5% zna wartość glikemii określanej jako hipoglikemia. Nie wszyscy pacjenci, mimo wieloletniej cukrzycy, znają również prawidłowe postępowanie w przypadku hipoglikemii. Tylko 34,5% respondentów wie, jak należy zachować się w takiej sytuacji. Na pytanie: „Jaki jest prawidłowy poziom glikemii na czczo u chorego na cukrzycę?" blisko 70% ankietowanych odpowiedziało prawidłowo, wskazując zakres 70–110 mg/dl. Natomiast prawidłowy poziom glikemii u chorego na cukrzycę po 2 godzinach od posiłku znało prawie 50% pacjentów.

Druga część ankiety prezentuje oczekiwania pacjentów dotyczące poszerzenia wiedzy na temat cukrzycy. Przed przystąpieniem do edukacji diabetologicznej zainteresowanie wszystkimi tematami było bardzo wysokie. W każdym przypadku średnia wartość wynosiła powyżej 9 punktów w skali 10-punktowej (**Tabela 3**). Największym zainteresowaniem cieszył się temat dotyczący zasad żywienia w cukrzycy (M = 9,99), w drugiej kolejności – metod leczenia (M = 9,95), dalej aktywności fizycznej i powikłań cukrzycy (w obu M = 9,94), samokontroli (M = 9,92), pomocy psychologicznej (M = 9,89), istoty choroby (M = 9,88), czynników ryzyka (M = 9,87), rokowania (M = 9,85). Najmniejsze zainteresowanie dotyczyło farmakologii (M = 9,80) oraz ziół i suplementów diety (M = 9,73).

Dyskusja

Cukrzyca typu 2 należy do tych chorób, w których stan pacjenta oraz jakość jego życia w dużej mierze uzależnione są od właściwego przygotowania do radzenia sobie w chorobie. Edukacja zdrowotna w cukrzycy stanowi zatem niezwykle ważny element leczenia [2].

Edukacja znacząco wpływa na obniżenie ryzyka ostrych oraz późnych powikłań cukrzycy, które są główną

Tabela 2. Odpowiedzi pacjentów na poszczególne pytania ankiety

			n	%
RAZEM			145	100,0
1.	Czy posiada Pan/Pani glukometr?	Tak	140	96,6
		Nie	5	3,4
2.	Czy posiada Pan/Pani zeszyt samokontroli?	Tak	134	92,4
		Nie	11	7,6
3.	Czy posiada Pan/Pani nakłuwacz?	Tak	139	95,9
		Nie	6	4,1
4.	Czy zmienia Pan/Pani igłę w nakłuwaczu?	Tak	96	66,2
		Nie	49	33,8
5.	Jak często zmienia Pan/Pani igłę (lancet) w nakłuwaczu?	Po każdym użyciu nakłuwacza	18	12,4
		Przynajmniej raz na tydzień	61	42,1
		Raz na miesiąc	39	26,9
		Gdy bolesność nakłucia jest duża	27	18,6
6.	Jakie jest prawidłowe miejsce nakłucia palca do pomiaru glikemii?	Środek opuszki palca	58	40,0
		Boczne powierzchnie opuszki palca	69	47,6
		Cała opuszka palca	18	12,4
7.	Czy posiada Pan/Pani wstrzykiwacz „pen"?	Tak	70	48,3
		Nie	75	51,7
8.	Jak często zmienia Pan/Pani igłę w penie?	PACJENCI STOSUJĄCY INSULINĘ	70	100,0
		Przy zmianie ampułki z insuliną	13	18,57
		Po każdym podaniu insuliny	10	14,29
		Przynajmniej 1 raz w tygodniu	31	44,29
		Raz w miesiącu	16	22,85
		PACJENCI STOSUJĄCY LEKI DOUSTNE – nie dotyczy	75	0
9.	Co należy zrobić każdorazowo przed wykonaniem pomiaru glikemii za pomocą glukometru?	Umyć ręce wodą z mydłem, osuszyć i poczekać 2 minuty	99	68,3
		Zdezynfekować ręce spirytusem	40	27,6
		Mocno uciskać palec, z którego będzie pobierana krew	6	4,1
10.	Jaki jest prawidłowy sposób mycia nóg?	Umyć nogi w letniej wodzie, nie mocząc zbyt długo, następnie starannie osuszyć	100	69,0
		Umyć nogi mydłem, a następnie zdezynfekować spirytusem salicylowym	15	10,3
		Moczyć nogi w gorącej wodzie przez ok. 15–20 min	30	20,7
11.	Jak często ogląda Pan/Pani swoje stopy?	Raz w tygodniu	19	13,1
		Codziennie	100	69,0
		Nie zwracam na to uwagi	26	17,9
12.	Co to jest hipoglikemia?	Zbyt niski poziom cukru	82	56,5
		Zbyt wysoki poziom cukru	49	33,8
		Prawidłowy poziom cukru	14	9,7
13.	Hipoglikemia oznacza poziom glukozy we krwi	Mniejszy niż 80 mg/dl	18	12,4
		Mniejszy niż 90 mg/dl	77	53,1
		Mniejszy niż 70 mg/dl	50	34,5
14.	Jaki jest prawidłowy poziom glikemii na czczo u chorego na cukrzycę?	50–70 mg/dl	17	11,7
		70–110 mg/dl	100	69,0
		130–140 mg/dl	28	19,3
15.	Jaki jest prawidłowy poziom glikemii 2 godziny po posiłku u chorego na cukrzycę?	Mniejszy niż 140 mg/dl	47	32,4
		Mniejszy niż 160 mg/dl	72	49,7
		Mniejszy niż 200 mg/dl	26	17,9

16.	Co należy zrobić w przypadku złego samopoczucia i hipoglikemii?	Zmierzyć poziom glikemii i wypić wodę osłodzoną cukrem albo sok owocowy	50	34,5
		Zmierzyć poziom glikemii i odpocząć	37	25,5
		Zjeść coś słodkiego, np. czekoladę albo owoce	58	40,0
17.	Co to jest półprofil glikemii?	1 pomiar cukru w ciągu doby	22	15,2
		2 pomiary cukru w ciągu doby	78	53,8
		4 pomiary cukru w ciągu doby	45	31,0
18.	Co to jest pełen dobowy profil glikemii?	4 pomiary cukru w ciągu doby	47	32,4
		6 pomiarów cukru w ciągu doby	62	42,8
		9–10 pomiarów cukru w ciągu doby	36	24,8

Tabela 3. Potrzeby edukacyjne pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 biorących udział w badaniu

Tematy, z których pacjenci chcieliby poszerzyć swoją wiedzę podczas edukacji diabetologicznej, oceniane w skali 10-punktowej	Razem	
	M	SD
Czynniki ryzyka	9,87	0,56
Istota choroby	9,88	0,52
Metody leczenia cukrzycy typu 2	9,95	0,25
Metody samokontroli	9,92	0,40
Zasady żywienia w cukrzycy	9,99	0,08
Zasady aktywności fizycznej w cukrzycy	9,94	0,44
Powikłania cukrzycy	9,94	0,29
Rokowania	9,85	0,67
Pomoc psychologiczna – radzenie sobie w chorobie	9,89	0,55
Farmakologia – przechowywanie, dawkowanie leków doustnych oraz insulin	9,80	0,89
Zioła i suplementy diety	9,73	1,29

przyczyną inwalidztwa i zgonu. W pionierskich programach edukacyjnych, przeprowadzonych w wielu krajach, wykazano jej istotny wpływ na poprawę stopnia wyrównania cukrzycy, ocenianego na podstawie badań laboratoryjnych przed szkoleniem i po jego przeprowadzeniu [3].

Najlepsze rezultaty w zakresie edukacji w cukrzycy przynosi zorganizowanie działań edukacyjnych prowadzonych przez zespół składający się z lekarza, pielęgniarki oraz specjalisty w zakresie żywienia [4]. Takie wytyczne zawarte są również w uaktualnianych co roku zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego [5].

Edukacja chorych na cukrzycę jest nieodzownym elementem leczenia, ponieważ pacjent wyedukowany lepiej współpracuje z zespołem edukacyjno-leczącym, rozumie celowość leczenia, ma umiejętność samokontroli, jest przygotowany do samoopieki i uzyskuje lepsze wyrównanie metaboliczne [6]. Według Czech edukacja terapeutyczna jest profesjonalnym sposobem komunikacji pomiędzy lekarzem, instytucją opieki diabetologicznej a pacjentem, jego rodziną i jego grupą społeczną. Umożliwia aktywny i racjonalny udział pacjenta w procesie leczenia i samokontroli. Zwiększa w ten sposób jego szansę na lepszą jakość leczenia i życia. Dokonuje się w ten sposób integracja działań pacjentów, ich rodzin oraz diabetologów, pielęgniarek i edukatorów medycznych, psychologów i wszystkich innych „świadczeniodawców" [7].

W wyniku badań Toczkowskiego, który wykazał zaniedbania w edukacji chorych na cukrzycę [8], Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaleciło podjęcie intensywnych działań w tej dziedzinie. Dzięki programom edukacyjnym podniósł się poziom wiedzy pacjentów i poprawiła się jakość leczenia [9, 10]. Oceniając wiedzę chorych po przeprowadzeniu cyklu szkoleń, uzyskano następujące wyniki: na Podlasiu – 3,6 punktu na 5 maksymalnych [6], a w badaniach Pieniążka – 30,3 punktu na 35 maksymalnych [11].

Według Graczykowej-Koczorowskiej i wsp. [12] wiedza na temat cukrzycy zwiększa motywację chorych do przestrzegania zaleceń zespołu edukacyjno-terapeutycznego. W badaniach przeprowadzonych w Zabrzu stwierdzono, że przydatność kursów edukacyjnych wyraża się poszerzeniem wiedzy i zwiększeniem motywacji pacjenta do leczenia, co znajduje odzwierciedlenie w stopniu wy-

równania cukrzycy [13]. Badanie przeprowadzone przez Tatonia i wsp. w Warszawie potwierdziło, że program edukacyjny zwiększa motywację pacjentów do leczenia i poprawia ich stan psychoemocjonalny, co prowadzi do poprawy wskaźników biochemicznych [10]. W badaniach przeprowadzonych przez Krystoń-Serafin i wsp. 90% respondentów stwierdziło, że edukacja wpływa pozytywnie na ich samopoczucie [13].

Edukacja pacjenta powinna obejmować istotę choroby, dietę, wysiłek fizyczny, stosowanie insuliny, samokontrolę, hiperglikemię, hipoglikemię, powikłania wczesne i późne, zachowania zdrowotne. Kompleksowy program edukacji powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta lub grupy [13]. Przeprowadzając edukację, należy pamiętać, że przeciętny pacjent zapamiętuje 10–15% informacji uzyskanych podczas szkolenia. Około 50% pacjentów nie rozumie treści przekazywanych przez osobę edukującą, a aż 25% błędnie je interpretuje [9, 10].

Krystoń-Serafin i wsp. [13] uważają, że pacjenci z cukrzycą nie posiadają wystarczającej wiedzy do prowadzenia samokontroli i samoopieki w warunkach ambulatoryjnych. Podobne wnioski dostarczyły badania przeprowadzone przez Majkowską i wsp. [14]. Zdaniem tych badaczy niski poziom wiedzy na temat zagrożeń związanych z cukrzycą oraz zasad samokontroli jest spowodowany brakiem właściwej edukacji. Według Araszkiewicz i wsp. [15] na niewystarczający poziom wiedzy ma wpływ słaba dostępność do lekarzy specjalistów oraz odpowiednich źródeł wiedzy. Zdaniem przywołanych badaczy konieczna jest systematyczna reedukacja pacjentów z długim czasem trwania cukrzycy oraz chorych w wieku podeszłym.

Również Koziarska-Rościszewska uważa, że edukacja powinna mieć charakter ciągły. Podstawowe informacje o chorobie powinny być przekazywane wielokrotnie, aby pacjent je sobie utrwalił. Podobnie jest z ćwiczeniami, aby chory opanował metody samokontroli i samoopieki [16]. Pacjent powinien co pewien czas lub po zakończeniu szkolenia wypełniać ankietę, która dostarczałaby edukatorom informacji na temat zagadnień, które go interesują, oraz zakresu posiadanych przez niego wiadomości [12]. Badania własne również potwierdzają konieczność prowadzania reedukacji. Mimo wieloletniej cukrzycy część badanych pacjentów posiadała braki w wiedzy na temat samokontroli.

Kolejnym ważnym zagadnieniem są oczekiwania chorych odnośnie edukacji. Badania przeprowadzone przez Ławską i wsp. wśród 75 chorych na cukrzycę potwierdzają duże zapotrzebowanie na wiedzę dotyczącą samokontroli i samoopieki, dostosowania diety, wysiłku fizycznego do stanu chorobowego oraz brak wiedzy na temat powikłań cukrzycowych [17]. Chorzy na cukrzycę typu 2, którzy nie byli poddawani edukacji, prawie dwukrotnie rzadziej stosowali samokontrolę niż chorzy edukowani [18]. Ważnym aspektem jest także wiedza pacjentów na temat profilaktyki stopy cukrzycowej. Poziom tej wiedzy jest niezadowalający, co wykazały badania zarówno własne, jak i innych autorów [19].

Obok samej edukacji ważna jest jej skuteczność, która zależy od wielu czynników. Edukacja powinna umożliwiać pacjentom nabywanie wiedzy i umiejętności, które pozwolą im na utrzymanie jak najwyższej jakości życia mimo ograniczeń związanych z chorobą [20]. Skuteczna edukacja zdrowotna jest zatem niezbędna do osiągnięcia sukcesu w procesie leczenia [21]. Aby edukacja była skuteczna, powinna uwzględniać możliwości percepcyjne pacjenta oraz uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, w tym m.in.: wykształcenie, zawód, wykonywaną pracę, poziom dochodów, status rodzinny, warunki życia [21]. Realizacja celów nowoczesnej edukacji wymaga przekazywania rzetelnej wiedzy w przystępnej formie przy użyciu różnych współczesnych środków i metod komunikacji [21].

Badania wskazują, że skuteczność konwencjonalnej edukacji prozdrowotnej prowadzonej przez personel medyczny w szpitalach i w poradniach jest niezadowalająca [22–24]. Jedną z najważniejszych przyczyn takiego stanu rzeczy jest niewątpliwie ograniczona możliwość poświęcenia pacjentom odpowiedniej do ich potrzeb ilości czasu. Dlatego też bardzo istotne jest organizowanie edukacji diabetologicznej w postaci kompleksowych programów diabetologicznych, zaplanowanych w czasie, mających charakter spotkań indywidualnych oraz grupowych.

Edukowanie w kierunku zachowań prozdrowotnych, np. nauki prawidłowego żywienia, w bardzo znaczący sposób przyczynia się zarówno do zmniejszenia ryzyka rozwoju cukrzycy, jak i do redukcji rozwoju późnych powikłań tej choroby. Przeprowadzone badania własne wykazały, że wśród potrzeb edukacyjnych pacjentów, którzy nigdy nie uczestniczyli w edukacji diabetologicznej, na pierwszym miejscu znajdują się właśnie zasady dotyczące prawidłowego żywienia w cukrzycy.

Reasumując: edukacja chorych na cukrzycę zmniejsza skutki powikłań, ogranicza koszty leczenia, jest więc korzystna zarówno dla samego pacjenta, jak i dla całego systemu opieki zdrowotnej.

Wnioski

1. Mimo wieloletniej cukrzycy poziom wiedzy badanych pacjentów na temat samokontroli i samoopieki jest niewystarczający.
2. Wstępna analiza wiedzy i potrzeb pacjentów jest niezbędnym elementem w przygotowaniu programu edukacji zdrowotnej.

3. Edukacja diabetologiczna powinna przygotowywać chorych do aktywnego udziału w terapii poprzez zwiększanie poziomu wiedzy na temat choroby, a także wykształcenie umiejętności praktycznych oraz zachowań zdrowotnych umożliwiających poprawę stanu zdrowia i jakości życia.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN; 2007. 126–127, 161, 164.
2. Abramczyk A. Specyfika edukacji zdrowotnej w cukrzycy, czynniki warunkujące jej skuteczność. (W:) Kropińska I (red.). Zdrowie człowieka w jego egzystencji. Elbląg: Wyd. Elbląskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej; 2000. 367–372.
3. Graczykowa-Koczorowska A, Ruprecht Z, Sokup A et al. Metoda grupowego szkolenia chorych na cukrzycę i analiza ich wiedzy. Diabetol Pol. 1996; 2: 122–125.
4. Hoja M. Szkoła cukrzycy. Cukrzyca. Biuletyn Informacyjny PSD. 2010; 174: 4–5.
5. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol Klin. 2016; 53. supl. A: A14–A16.
6. Łagoda K, Kuryłek B, Arciszewska M, Górska M. Wpływ edukacji na poziom wiedzy pacjentów o cukrzycy i kontrolę tego schorzenia. VII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol Pol. 2001; 1: 148.
7. Czech A. Cukrzyca w Polsce – można lepiej: Jak kształtować opiekę diabetologiczną opartą na dowodach, skupioną na osobie pacjenta oraz spełniającą wymogi społeczne i etyczne. Med Metabol. 2016; 20(4): 13–18.
8. Toczkowski M. Organizacja opieki diabetologicznej przez lekarzy opieki podstawowej. Prz Lek. 1996; 9: 672–675.
9. Tatoń J, Czech A. Edukacja terapeutyczna i emancypacja pacjenta. Przew Lekarza. 2001; 4, 5: 24–29.
10. Tatoń J, Czech A. Edukacja terapeutyczna jako metoda leczenia i ulepszania stylu życia osób z cukrzycą. Diabetol Pol. 2000; 7: 55–62.
11. Pieniążek M. Wpływ edukacji zdrowotnej na poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą. Ann Acad Med Siles. 2000; supl. 30: 337–342.
12. Graczykowska-Koczorowska A, Rydzkowska D, Maciejewska M. Idea tworzenia Gabinetu Edukacji dla chorych na cukrzycę w szpitalu wieloprofilowym i jego zadania. Pułtusk: Komisja Zespołu do spraw Narodowego Zwalczania Cukrzycy; 1995.
13. Krystoń-Serafin M, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, Sierakowska M, Popławska E. Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 jako niezbędny element terapii. Diabetol Prakt. 2005; 6(1): 7–14.
14. Majkowska L, Tejchman K, Ślozowski P. Ocena poziomu edukacji chorych na cukrzycę typu 2 w Szczecinie i okolicach. Diabetol Dośw Klin. 2003; 3(6): 501–508.
15. Araszkiewicz A, Piasecka D, Wierusz-Wysocka B. Ocena wiedzy pacjentów z typem 2 cukrzycy na temat przewlekłych powikłań choroby. Now Lek. 2012; 81(2): 158–163.
16. Koziarska-Rościszewska M. Edukacja i samokontrola. (W:) Szymczyk I (red.). Cukrzyca. Warszawa: PZWL; 2008. 116–119.
17. Ławska W, Łubińska-Żądło B, Łyżnika M. Edukacja zdrowotna pacjentów z cukrzycą – ocena skuteczności. Zdr Publ. 2004; 114(4): 537–540.
18. Grzeszczak W, Sieradzki J, Kasperska-Czyżyk T, Szczepański M oraz zespół badaczy DIMAMIC. Badanie DINAMIC 2: porównanie wyników w różnych regionach Polski (III). Diabetol Prakt. 2003; 4(2): 111–124.
19. Kropornicka B, Baczewska B, Dadej A, Krzyżanowska E, Łuczyk R, Olszak C, Nowicka E, Lorencowicz R, Muraczyńska B. Przygotowanie pacjentów z cukrzycą typu 2 do profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej = Preparing patients with type 2 diabetes to prophylaxis of diabetic foot. J Educ Health Sport. 2016; 6(11): 311–324; eISSN 2391-8306; doi: http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.167141, http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3999.
20. Ruxer M, Ruxer J, Markuszewski L. Edukacja terapeutyczna jako metoda leczenia chorych na cukrzycę. Diabetol Dośw Klin. 2005; 5(4): 253–259.
21. Kubica A, Andruszkiewicz A, Grześk G, Koziński M, Sinkiewicz W, Bronisz A, Goch A. Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. Folia Cardiol Excerpta. 2010; 5(2): 93–99.
22. Kubica A, Pufal J, Moczulska B et al. Ocena wiedzy dotyczącej profilaktyki i objawów choroby niedokrwiennej serca u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. Psychiatr Prakt Ogólnolek. 2004; 4: 135–141.
23. Kubica A, Pufal J, Moczulska B et al. Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kariologii. Psychiatr Prakt Ogólnolek. 2005; 5: 61–68.
24. Ferrieres J, Durack-Bown I, Giral P, Chadarevian R, Benkritly A, Bruckert E. Patient education and patient at risk. A new approach in cardiology. Ann Cardiol Angeiol. 2006; 55: 27–31.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Monika Pliszka
Katedra i Zakład Biologii Ogólnej i Parazytologii
Centrum Biostruktury
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Tytusa Chałubińskiego 5
02-004 Warszawa
tel.: 22 621 26 07
fax: 22 628 53 50
e-mail: monika.pliszka@wum.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ZAPISY DO LEKARZA PRZEZ INTERNET – CZYLI PACJENT W E-KOLEJCE DO REJESTRACJI

SUBSCRIPTIONS TO THE DOCTOR VIA THE INTERNET – PATIENT IN E-LINE REGISTRATION

Anna Krzemińska[1], Erwin Strzesak[2]

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

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.8

STRESZCZENIE

Wstęp. Pomimo możliwości, jakie oferuje informatyzacja w opiece medycznej, część pacjentów wciąż pozostaje tradycjonalistami w kwestii zapisów do lekarza – czy to pierwszego kontaktu, czy to specjalisty. Czy pacjenci, na przykładzie Wielkopolskiego Centrum Onkologii, chętnie korzystają z tego rozwiązania?
Analiza i metody. Poddano analizie liczbę pacjentów Wielkopolskiego Centrum Onkologii rejestrujących się osobiście i przez Internet w latach: 2014, 2015 i 2016.
Wnioski. Pacjenci dziesięciokrotnie częściej rejestrują się do poradni Wielkopolskiego Centrum Onkologii osobiście niż online. Trend ten na przestrzeni 3 lat kształtuje się podobnie.
Posumowanie. W chwili obecnej e-rejestracja nie cieszy się popularnością wśród pacjentów. Być może wynika to z ich niewiedzy w kwestii dostępnych im możliwości.

Słowa kluczowe: rejestracja, poradnia specjalistyczna, pacjent, informatyzacja.

ABSTRACT

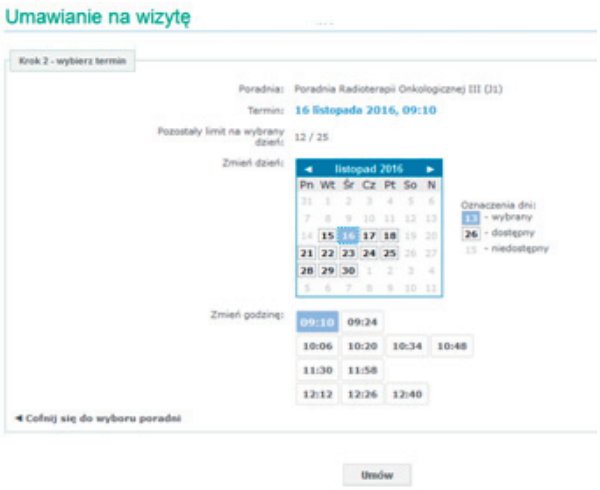
Introduction. Despite the possibilities offered by computerization in health care, some patients still traditionalists on the records to the doctor – whether it is the first contact, whether it be a specialist. Do patients, on the example of Greater Poland Cancer Centre, eager to benefit from this solution?
Analysis and methods. We analyzed the number of patients Greater Poland Cancer Centre, registrants in person and via the Internet in years: 2014, 2015 and 2016.
Conclusions. Patients ten times more likely to sign up to the clinic Greater Poland Cancer Centre in person than online. This trend over the three years is as similar.
Summary. At present, e-registration is not popular among patients. Perhaps this is due to their ignorance on the opportunities available to them.

Keywords: registration, specialist clinic, patient, computerization.

W Wielkopolskim Centrum Onkologii dziennie na wizyty do 15 poradni specjalistycznych umawia się nawet 600 osób. Zakładając, iż średni czas oczekiwania do rejestracji wynosi 15 minut, a w roku jeden pacjent odbywa ok. 30 wizyt, łączny czas oczekiwania do rejestracji to 450 minut, co daje w sumie niemal 8 godzin rocznie! Czy e-rejestracja może być skutecznym remedium pozwalającym zaoszczędzić ten czas?

Pomimo możliwości, jakie oferuje informatyzacja w opiece medycznej, część pacjentów wciąż pozostaje tradycjonalistami w kwestii zapisów do lekarza – czy to pierwszego kontaktu, czy to specjalisty. W 2012 roku ustawodawca, za pomocą regulacji prawnych, dał świadczeniobiorcom do rąk nowe narzędzie – internetowe zapisy do lekarza. Co więcej, od 1 stycznia 2015 roku, za sprawą wejścia w życie znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej [1], wszystkie placówki medyczne posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia powinny umożliwić pacjentom zapisywanie się przez Internet do specjalisty bądź na zabieg w szpitalu. Czy pacjenci doceniają ten gest? I czy chętnie z niego korzystają?

Jeszcze kilkanaście lat temu jedynym sposobem, by umówić się na wizytę do lekarza, była pobudka skoro świt i zajęcie miejsca w kolejce do rejestracji. W takim właśnie ogonku można było spędzić nawet kilka godzin, bez żadnej gwarancji skutecznego zaplanowania wizyty. Aktualnie pacjent w celu rejestracji do lekarza ma o wiele więcej możliwości: może zgłosić się osobiście, telefonicznie, drogą



Rycina 1. Rejestracja konta

elektroniczną, a nawet przysłać list. Może również wyznaczyć termin spotkania z lekarzem za pośrednictwem osoby trzeciej. Pracownik rejestracji natomiast ma obowiązek poinformowania o dacie i godzinie wizyty oraz, w przypadku rejestracji pierwszorazowej, powiadomieniu pacjenta o konieczności przekazania oryginalnego skierowania do placówki w ciągu 14 dni roboczych – pod rygorem wykreślenia z listy oczekujących.

E-rejestracje, które zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach zdrowotnych obowiązkowo powstają w każdej placówce medycznej, mają ułatwić życie pacjentom.

Rejestracja przez Internet jest prosta i szybka. Na przykład chcąc skorzystać z e-rejestracji do Wielkopolskiego Centrum Onkologii, wystarczy wejść na stronę https://erejestracja.wco.pl/# i wypełnić formularz. Elektronicznie można się zarejestrować do następujących poradni:

- Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
- Poradnia Chemioterapii,
- Poradnia Radioterapii Onkologicznej,
- Poradnia Zakładu Brachyterapii.

Zanim jednak przystąpimy do rejestracji wizyty, musimy założyć konto, wypełniając formularz rejestracyjny. Zajmie to dosłownie kilka minut. Następnie potwierdzamy rejestrację konta, klikając w link aktywacyjny, zawarty w wiadomości automatycznie przesłanej na podany adres e-mail – i gotowe. Teraz można bez trudu zapisać się do poradni, wybierając zakładkę *Umów wizytę*. W dalszym kroku wystarczy wybrać właściwą poradnię i pasujący termin spośród dostępnych (**Rycina 1**).

Na adres e-mail otrzymamy wiadomość, tzw. numerek wizyty, należy go wydrukować i zabrać ze sobą do lekarza. Jeśli przez Internet rejestrujemy się po raz pierwszy, kilka minut przed planowaną wizytą zgłaszamy się z numerkiem, dowodem osobistym i skierowaniem do rejestracji, by pracownik obsługi mógł zweryfikować poprawność danych zapisanych na koncie. W tym celu wybieramy tzw. szybką kolejkę – czas oczekiwania w niej jest krótszy niż w przypadku zwykłej kolejki do rejestracji. Umawiając przez Internet kolejne wizyty, nie ma już konieczności przechodzenia przez stacjonarną rejestrację. Warto też dodać, iż internetowe zapisy do poradni Wielkopolskiego Centrum Onkologii funkcjonują już od 2012 roku, co umożliwia pacjentom zapisy przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.

Aby sprawdzić, jak kształtują się preferencje pacjentów związane z wyborem sposobu umówienia wizyty, poddano analizie liczbę pacjentów Wielkopolskiego Centrum Onkologii rejestrujących się osobiście i przez Internet w latach: 2014, 2015 i 2016.

Dzięki temu zaobserwowano, jak kształtują się potrzeby pacjentów Wielkopolskiego Centrum Onkologii w kwestii rejestracji osobistej lub online; przeanalizowano dane z lat 2014, 2015 do dnia 30 września 2016 roku.

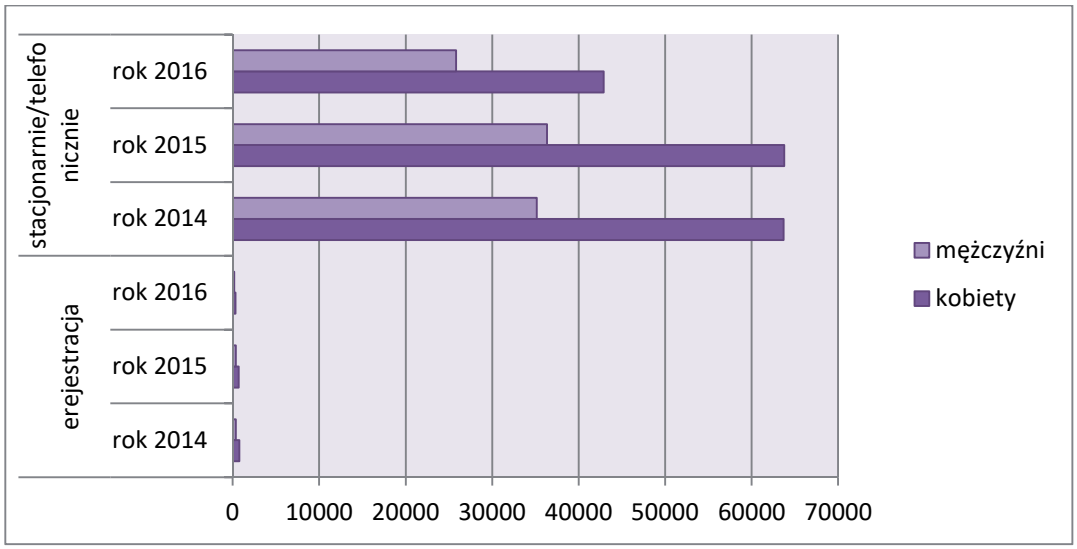
W 2014 roku na wizytę do poradni zarejestrowało się niemal 99 tysięcy osób. Z e-rejestracji skorzystał co setny pacjent. Rok później (w 2015 roku) statystyki praktycznie nie uległy zmianom.

Na tej podstawie można wysunąć wniosek, że pacjenci dziesięciokrotnie częściej rejestrują się do poradni Wielkopolskiego Centrum Onkologii osobiście niż online. Trend ten na przestrzeni 3 lat kształtuje się podobnie.

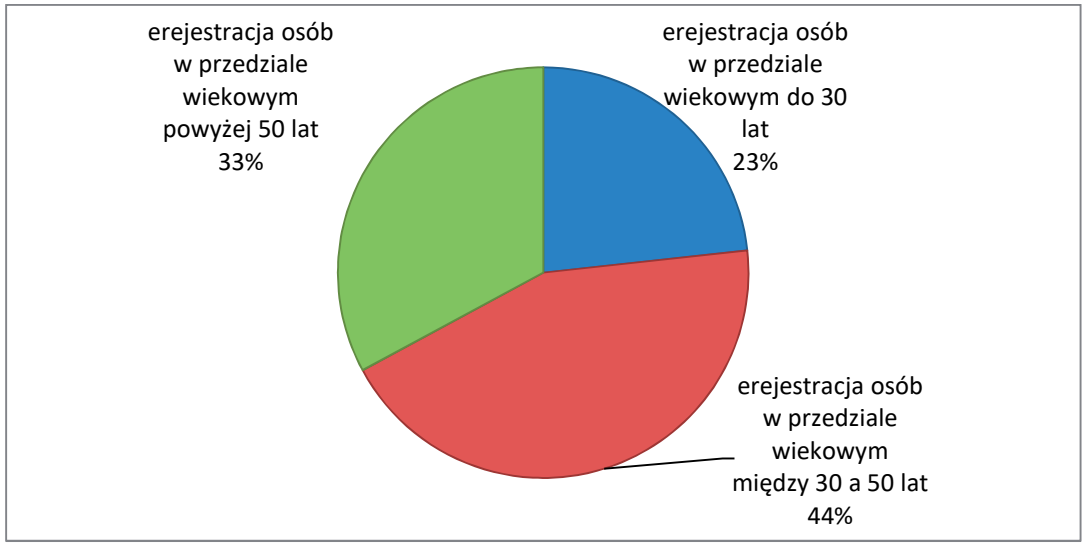
Kobiety chętniej niż mężczyźni korzystają z możliwości wirtualnej rejestracji wizyty – i czynią to dwa razy częściej. Najwięcej osób wybierających tę opcję dostępu do lekarza ma między 30 a 50 lat. W grupie osób po 50. roku życia zaobserwowano 50% więcej rejestracji online niż wśród osób do 30. roku życia.

Podsumowując: na tę chwilę e-rejestracja nie cieszy się zbyt wielką popularnością wśród pacjentów. Być może wynika to z ich niewiedzy w kwestii dostępnych im możliwości.

W chwili obecnej trwają prace nad projektem mającym wprowadzić ogólnopolski internetowy system rejestracji na wizytę do lekarza rodzinnego. System, w połączeniu z aplikacją na telefon, będzie umożliwiał nie tylko umówienie wizyty, ale też wirtualną konsultację z lekarzem. Wg pomysłodawców, posłów PiS, system nie będzie kosztowny, gdyż wykorzysta istniejące już i funkcjonujące na rynku usług zdrowotnych rozwiązania informatyczne, które wystarczy zmodyfikować. System obejmie swoim zasięgiem wszystkie przychodnie i lekarzy. Dzięki temu nie tylko pacjenci, ale i lekarze będą mieć łatwy podgląd i stały dostęp do harmonogramu wizyt [2].



Rycina 2. E-rejestracja



Rycina 2. E-rejestracja

Co jednak najbardziej istotne, w „Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej" [3] znalazły się zapisy, w wykazie szczegółowych kryteriów ofert, w części wspólnej dotyczącej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także leczenia szpitalnego – hospitalizacji, promujące dany podmiot leczniczy za umożliwienie pacjentom dostępu do rejestracji online. Jeśli świadczeniodawca zapewnia taką możliwość, za odpowiedź twierdzącą w przypadku AOS otrzyma aż 3 punkty, a w przypadku leczenia szpitalnego – 2 punkty.

Rozwój systemów informatycznych i elektroniczna obsługa pacjenta w placówkach medycznych to krok w kierunku uporządkowania zarządzania wizytami oraz zmniejszenia kosztów administracyjnych (m.in. możliwość zatrudnienia mniejszej liczby osób do obsługi rejestracji). E-rejestracja ma również za zadanie ułatwić pacjentom spotkanie się z lekarzem, czy to pierwszego kontaktu, czy to specjalistą. Dla większej liczby osób jednak kwestia zapisów online odchodzi na dalszy plan, w porównaniu do tradycyjnej osobistej rejestracji w okienku placówki. Wynika to głównie z tego, iż świadomość pacjentów w kwestii dostępnych im możliwości jest niepełna i niewielka. Preferencje sposobu umawiania wizyty wiążą się też z chęcią rozmowy z osobą w rejestracji – wyjaśnienia wątpliwości, uzyskania dodatkowych informacji – co w przypadku rejestracji online jest niemożliwe. Niemniej z postępem technologicznym i możliwościami, jakie on oferuje – nie idzie

w parze zmiana sposobu myślenia i działania czy chęć skorzystania z dostępnego *novum*. I mimo iż statystycznie długość życia ma tendencję wzrostową, i jest to trend nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie – szkoda nie wykorzystać możliwości oszczędzenia dostępnego nam czasu i wykorzystania go inaczej, przyjemniej i pełniej.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. z 2014 r. poz. 1138.
2. Jęczmionka P. Zapisy do lekarza rodzinnego przez internet? Głos Wielkopolski z 21.04.2016, http://www.gloswielkopolski.pl/wiadomosci/wielkopolska-/a/zapisy-do-lekarza-rodzinnego-przez-internet,9898818/.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2016 r. poz. 1372.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej § 13 ust. 1.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Anna Krzemińska
Wielkopolskie Centrum Onklogii im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Poznaniu
ul. Garbary 15
61-866 Poznań
tel.: 61 885 09 52
e-mail: anna.krzeminska@wco.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ANALIZA PRZYCZYN BÓLI BRZUCHA U DZIECI POWYŻEJ 3. ROKU ŻYCIA HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIALE PEDIATRYCZNYM Z UWZGLĘDNIENIEM WYKONYWANYCH BADAŃ

ANALYSIS OF THE REASONS FOR STOMACH ACHE IN CHILDREN OVER 3 YEARS OLD HOSPITALISED AT A CHILDREN'S WARD, IN CONSIDERATION OF THE TESTS MADE

Wioletta Waksmańska[1], Anna Biela[2], Halina Woś[1], Renata Łukasik[1]

[1] Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej
[2] Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.9

STRESZCZENIE

Wstęp. Ból brzucha jest częstym problemem wśród dzieci i młodzieży we wszystkich grupach wiekowych. Jest objawem towarzyszącym różnym jednostkom chorobowym. W jego etiologii biorą udział czynniki organiczne, środowiskowe i psychologiczne.
Cel pracy. Celem pracy była analiza rozpoznań końcowych w przypadku bólów brzucha u dzieci powyżej 3. roku życia, zgłaszających się do Szpitala Pediatrycznego na Podbeskidziu, poprzez rozpatrzenie obserwacji klinicznej i wykonanych badań laboratoryjnych i obrazowych.
Materiał i metody. Analizą objęto pacjentów z bólami brzucha, hospitalizowanych od 1 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku na oddziale pediatrycznym. Metodą badawczą była analiza danych zebranych z historii chorób. Badani to dzieci w wieku od 3 do 18 lat. Zebrane dane były kodowane w bazie danych programu Microsoft Access 2015, a ich analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu Microsoft Excel 2015.
Wyniki. Najczęstszym rozpoznaniem końcowym były czynnościowe bóle brzucha – u 123 dzieci (74,6%). U 23,6% rozpoznano nieżyt żołądkowo-jelitowy, u 15,5% dzieci – refluks żołądkowo-przełykowy, u 13,3% dziewcząt i 4,2% chłopców – nietolerancję laktozy. Ostre choroby chirurgiczne (zapalenie wyrostka robaczkowego, kamicę pęcherzyka żółciowego) obserwowano sporadycznie u 3 dzieci, 1 dziecko było obserwowane w kierunku wgłobienia. U 13 dzieci rozpoznano inne choroby, które mogą być przyczyną bóli brzucha, takie jak: zaburzenia emocjonalne, psychosomatyczne, depresję.
Wnioski. 1. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów były czynnościowe bóle brzucha, które w większości powinny być zdiagnozowane w podstawowej opiece pediatrycznej lub poradni gastroenterologicznej. 2. W ustaleniu przyczyn bólów brzucha należy uwzględnić nierzadko patologię innych narządów, w tym również zaburzenia emocjonalne. 3. Diagnostyka bólów brzucha w praktyce szpitalnej powinna być ukierunkowana w zależności od objawów, aby ograniczyć ilość badań laboratoryjnych i obrazowych. 4. Należy dokładnie przeanalizować wskazania do wykonania badań radiologicznych w ocenie bólów brzucha, a w szczególności w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego.

Słowa kluczowe: dziecko, ból brzucha, hospitalizacja.

ABSTRACT

Introduction. Stomach ache is frequent in children of all age groups. The symptom accompanies illnesses originating from organic, environmental and psychological factors.
Aim of the study. Analysis of stomach ache final diagnoses in children over 3 years old hospitalised at Bielsko-Biała Paediatric Hospital based on clinical observation and laboratory/imaging tests results.
Material and methods. Analysis of data from case records of 3–18 years old children with stomach aches hospitalised at the children's ward in 2015. The collected data was coded in MS Access 2015, statistical analysis was carried out in MS Excel 2015.
Results. The most frequent final diagnosis was functional stomach ache – in 123 children (74.6%). Gastroenteritis was diagnosed in 23.6% of children, gastroesophageal reflux in 15.5% of children, lactose intolerance in 13.3% of girls and 4.2% of boys. Acute surgical problems (appendicitis, cholecystolithiasis) were observed only in 3 children. One child was suspected of intussusception. In 13 children other illnesses which may result in stomach ache were diagnosed, such as emotional/psychosomatic disturbance or depression.
Conclusions. 1. The most frequent reason for hospitalisation was functional stomach ache which should have been diagnosed mostly at general child care centres or gastroenterology outpatient clinics. 2. When determining the reasons for stomach ache, other organs pathology must be considered, including emotional disturbance. 3. Stomach ache diagnostics in hospital practice should be selected based on symptoms so as to limit the number of laboratory and imaging tests. 4. Indications for X-ray in diagnosing stomach ache must be carefully analysed, specifically as regards gastroesophageal reflux.

Keywords: child, stomach ache, hospitalisation.

Wstęp

Ból brzucha jest częstym problemem wśród dzieci i młodzieży we wszystkich grupach wiekowych. Jest objawem towarzyszącym różnym jednostkom chorobowym. W jego etiologii biorą udział czynniki organiczne, środowiskowe i psychologiczne [1–3], może mieć on charakter ostry lub przewlekły, a objawami towarzyszącymi mogą być: wymioty, biegunka, wzdęcia, krwawienie z przewodu pokarmowego, wysoka temperatura ciała, objawy otrzewnowe [4, 5].

Do chorób z ostrym bólem brzucha wymagającymi pilnej interwencji chirurgicznej należą: niedrożność przewodu pokarmowego, perforacja wrzodu żołądka lub dwunastnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego, pęknięcie śledziony czy ropnie jamy brzusznej, a także ostre krwawienia z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego [1]. Wśród przyczyn internistycznych ostrych bólów brzucha możemy wyróżnić: zmiany zapalne płuc, opłucnej i serca, zakażenia układu moczowego, zaburzenia metaboliczne [1, 6].

Przewlekłe bóle brzucha mają zazwyczaj charakter trzewny i mogą być spowodowane chorobami każdego narządu jamy brzusznej, jak również chorobami narządów znajdujących się poza jamą brzuszną [4]. Do grupy tej można zaliczyć: refluks żołądkowo-przełykowy, nietolerancje pokarmowe (alergiczne i niealergiczne), choroby pasożytnicze układu pokarmowego (owsica, glistnica, lamblioza) [6, 7].

U dzieci 20–30% bólów brzucha to bóle organiczne (spowodowane stanem zapalnym żołądka, jelit lub chorobą wrzodową żołądka czy dwunastnicy) i bóle psychogenne (związane są ze stresem i niekorzystnymi czynnikami środowiskowymi). Najczęstsze jednak są czynnościowe bóle brzucha, dla których trudno ustalić czynnik etiologiczny [8].

Czynnościowe bóle brzucha to różnorodne, przewlekłe lub nawracające objawy ze strony przewodu pokarmowego, których nie udaje się wytłumaczyć nieprawidłowościami strukturalnymi i biochemicznymi. Definicja i kryteria rozpoznania tych dolegliwości powinny być prowadzone w oparciu o Kryteria Rzymskie IV, które zostały opublikowane w 2016 roku [9].

Bólu brzucha przynajmniej raz w roku doświadcza 76–78% nastolatków, przy czym 13–17% badanych odczuwa go raz w tygodniu. W Stanach Zjednoczonych problem ten dotyczy 10–15% dzieci w wieku szkolnym. Przewlekły ból brzucha występuje u 20–40% dzieci [2].

Cel pracy

Celem pracy była analiza rozpoznań końcowych w przypadku bólów brzucha u dzieci powyżej 3. roku życia, zgłaszających się do Szpitala Pediatrycznego na Podbeskidziu, poprzez rozpatrzenie obserwacji klinicznej i wykonanych badań laboratoryjnych i obrazowych.

Materiał i metody

Analizą objęto pacjentów z bólami brzucha, hospitalizowanych od 1 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku na oddziale pediatrycznym z dwoma pododdziałami: gastroenterologicznym i ogólnopediatrycznym.

Metodą badawczą była analiza danych zebranych z historii chorób. Dane, które pozyskano, to: wiek, płeć, rozpoznanie wstępne, rozpoznanie końcowe, czas trwania hospitalizacji, wykonywane badania dodatkowe (laboratoryjne i obrazowe), przeprowadzone konsultacje psychologiczne, psychiatryczne i chirurgiczne. Badani to dzieci, mieszkańcy Podbeskidzia, mające w chwili przyjęcia do szpitala od 3 do 18 lat.

Analizą objęto 165 dzieci – 102 dziewczynki i 63 chłopców. Do analizy liczby i rodzaju przeprowadzonych badań diagnostycznych badaną grupę podzielono na 5 podgrup: grupę przedszkolną (3–6 lat), grupę nauczania początkowego (7–9 lat), grupę uczniów klas 4–6 (10–12 lat), grupę gimnazjalistów (13–15 lat) i grupę licealistów (16–18 lat). Najliczniejsze grupy to dziewczynki w wieku 13–15 lat (30,4%) oraz chłopcy w wieku 3–6 lat (28,6%) (**Tabela 1**).

Zebrane dane były kodowane na potrzeby pracy w bazie danych programu Microsoft Access 2015, a ich analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu Microsoft Excel 2015. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora placówki.

Wyniki

Przeprowadzona analiza dotycząca czasu trwania hospitalizacji wykazała, że najliczniejsze grupy stanowiły dzieci przebywające w szpitalu od 3 do 6 dni (82 dzieci – 49,7%) oraz do 2 dni (62 dzieci – 37,6%). Od 7 do 8 dni w szpitalu przebywało 14 dzieci (8,5%), jedynie u 7 dzieci (4,2%) czas hospitalizacji wynosił 9–12 dni.

Wskazaniem do hospitalizacji były bóle brzucha, w młodszej grupie wiekowej (3–9 rok życia) określane jako bóle w podbrzuszu – 34,4% dziewczynek i 31,2% chłopców, natomiast u dzieci starszych dominowały bóle w nadbrzuszu – 32,4% dziewczynek i 31,6% chłopców.

Przyjęcia w trybie nagłym dotyczyły dzieci młodszych do 9. roku życia (29,5% dziewczynek i 30,1% chłopców), przyjęcia planowe natomiast występowały częściej u dzieci starszych (dziewczynki – 46,1%, chłopcy – 49,2%), które były diagnozowane z powodu przewlekającego się bólu brzucha. U dzieci przyjmowanych w trybie nagłym dodatkowo występowały objawy: gorączka u 15,6% dziewczynek i 14,2% chłopców, wymioty u 6% dziewczynek i 5,5% chłopców, biegunka u 25,4% dziewczynek i 12,7% chłopców.

Najczęstszym rozpoznaniem końcowym były czynnościowe bóle brzucha – u 123 dzieci (74,6%). U 23,6% rozpoznano nieżyt żołądkowo-jelitowy, głównie o etiologii wirusowej, u 2 dzieci – o etiologii salmonellowej. Refluks żołądkowo-przełykowy rozpoznano u 15,5% dzieci podejrzanych o tę jednostkę chorobową, nietolerancję laktozy rozpoznano u 13,3% dziewcząt i 4,2% chłopców. Ostre choroby chirurgiczne (zapalenie wyrostka robaczkowego, kamicę pęcherzyka żółciowego) obserwowano sporadycznie u 3 dzieci, 1 dziecko było obserwowane w kierunku wgłobienia, która to patologia nie potwierdziła się. Stany gorączkowe i przewlekły ból brzucha były wskazaniem do obserwacji w kierunku nieswoistych zapaleń jelit, jednostka ta została wstępnie rozpoznana u 5 pacjentów, którzy zostali skierowani na specjalistyczne badania dodatkowe.

U 44 dzieci rozpoznano współistnienie chorób innych układów, które mogły – lub nie – być powodem bólów brzucha. Zaburzenia emocjonalne, psychosomatyczne, depresję rozpoznawano na podstawie badania psychologicznego i konsultacji psychiatrycznej u 13 dzieci (7,8%). Współistnienie schorzeń układu wydalniczego rozpoznano u 14 (10,3%), zaś zaburzenia endokrynologiczne (głównie tarczycy) – u 17 (12,5%) dzieci.

Badania laboratoryjne wykonywane były u wszystkich dzieci w momencie przyjęcia na oddział. W celu wykluczenia stanu zapalnego zbadano białko C-reaktywne (CRP), które u ponad 29% dzieci było nieprawidłowe, leukocytoza występowała u 1 dziecka. Nie obserwowano niedokrwistości oraz nieprawidłowych wartości w rozmazie krwi. Parametry wydolności nerek (analizowano stężenie kreatyniny u 100% pacjentów, a stężenie mocznika u 80% badanych) wykazały podwyższone stężenie kreatyniny u 4,8% dzieci, natomiast częściej obserwowano zaburzenia wydalania mocznika (u 7,8%). Parametry czynnościowe wątroby – aminotransferazę alaninową (ALAT), aminotransferazę asparaginianową (ASPAT) – wykonano u prawie wszystkich obserwowanych dzieci, natomiast patologia wystąpiła u 1 dziecka. Badanie kału (posiewy kału i badanie w kierunku rotawirusów – RV) wskazały na potencjalny czynnik etiologiczny bólów brzucha u 23,6%. Dodatkowo wynik badania kału w kierunku *Helicobacter pylori* pozwolił rozpoznać tę patologię u 7,8%. Krew utajoną w kale wykryto u 1 pacjenta. Badania parazytologiczne pozwoliły na wykrycie pasożytów jako przyczyny bólów brzucha u 3 (1,8%) dzieci. Badanie ogólne moczu wykonano u wszystkich obserwowanych dzieci, u prawie połowy wynik był nieprawidłowy (**Tabela 2**). Nieprawidłowy wynik badania ogólnego moczu wynikał z obecności w moczu bakterii.

Wszystkie kontrolne badania laboratoryjne wykonywane u dzieci wykazały prawidłowe wartości.

Ukierunkowane badanie w kierunku celiakii (przeciwciała przeciwko transglutaminazie tkankowej tTG2 oraz przeciwciała przeciwko endomysium mięśni gładkich – EmA) wykonano u 3 dzieci (dzieci starsze: 10, 12 i 14 lat), które, z podwyższonymi wartościami, zostały przekazane do specjalistycznej jednostki celem wykonania dalszych badań (**Tabela 2**).

Pięcioro dzieci miało wykonaną tomografię komputerową, natomiast badanie kontrastowe górnego odcinka przewodu pokarmowego wykonano aż u 39,7% dzieci. U ponad 50% obserwowanych wykonano próbę laktozową, a u 7 (4,2%) – test obciążenia glukozą. Badania obrazowe, w tym badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, wykonano u wszystkich dzieci (**Tabela 3**).

Dyskusja

Bóle brzucha u dzieci stanowią jedną z najczęstszych dolegliwości, występującą u 10–15% dzieci w wieku szkolnym, i należą do najczęstszych przyczyn konsultacji gastrologicznych. Ze względu na różną etiologię bólów brzucha bardzo często nieodzowna jest hospitalizacja związana z prowadzoną diagnostyką [1, 8].

Jończyk-Potoczna i wsp. w 2012 roku przeprowadzili wśród 1645 dzieci (823 dziewczynek i 822 chłopców) badania, z których wynikało, że w grupie dzieci do 4. roku życia z ostrymi bólami brzucha przeważali chłopcy, natomiast w grupach wiekowych 10–14 lat i 15–17 lat przeważały dziewczynki [10].

W badaniach własnych przeprowadzono analizę trybu przyjęcia do szpitala, która pozwoliła stwierdzić, że w trybie nagłym częściej przyjmowano dzieci młodsze, do 9. roku życia. W trybie nagłym przyjęto 29,5% dziewczynek i 30,1% chłopców w tym wieku. W starszej grupie wiekowej (powyżej 9. roku życia) dominowały przyjęcia w trybie planowym, które dotyczyły 95,3% tej grupy badanej.

Badania przeprowadzone przez Biernat i wsp. w latach 2000–2013 na terenie Dolnego Śląska wykazały, że zakażenie *Helicobacter pylori* występowało, w zależności

Tabela 1. Liczebność badanej grupy w poszczególnych grupach wiekowych z podziałem według płci

Wiek dziecka w latach	3–6		7–9		10–12		13–15		16–18		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dziewczynki	19	18,6	24	23,5	15	14,7	31	30,4	13	12,8	102	100
Chłopcy	18	28,6	6	9,5	15	23,8	11	17,5	13	20,6	63	100

n – liczba dzieci, % – odsetek z grupy chłopców lub dziewcząt

Tabela 2. Ilość wykonanych wybranych badań laboratoryjnych z uwzględnieniem liczby nieprawidłowych wyników w badanej grupie podzielonej według wieku

Wiek dziecka w latach/ Wykonane badanie diagnostyczne		3–6		7–9		10–12		13–15		16–18		Ogółem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CRP	Wykonane	37	22,4	30	18,2	30	18,2	42	25,4	26	15,8	165	100
	Nieprawidłowe	16	9,7	10	6	4	2,4	10	6	9	5,5	49	29,6
Kreatynina	Wykonane	37	22,4	30	18,2	30	18,2	42	25,4	26	15,8	165	100
	Nieprawidłowe	5	3	1	0,6	1	0,6	-	-	1	0,6	8	4,8
Mocznik	Wykonane	37	22,4	24	14,6	20	12,1	34	20,6	17	10,3	132	80
	Nieprawidłowe	4	2,4	3	1,8	1	0,6	3	1,8	2	1,2	13	7,8
Próby wątrobowe (ALAT, ASPAT)	Wykonane	32	19,4	28	17	30	18,2	39	23,6	24	14,5	153	92,7
	Nieprawidłowe	1	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6
Badanie kału	Wykonane	36	21,8	30	18,2	28	17	41	24,8	24	14,5	159	96,3
	Nieprawidłowe	23	13,9	5	3	10	6	11	6,7	7	4,2	56	33,8
Badanie moczu	Wykonane	37	22,4	30	18,2	30	18,2	42	25,4	26	15,8	165	100
	Nieprawidłowe	26	15,8	15	9,1	13	7,8	20	12,1	7	4,2	81	49
Badania w kierunku celiakii	Wykonane/ Nieprawidłowe	-	-	-	-	2	1,2	1	0,6	-	-	3	1,8

Tabela 3. Rodzaj i liczba wykonywanych badań diagnostycznych z podziałem badanej grupy według wieku

Wiek dziecka w latach/ Wykonane badanie diagnostyczne	3–6		7–9		10–12		13–15		16–18		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomografia komputerowa	-	-	-		3	1,8	2	1,2	-		5	3
Badanie kontrastowe górnego odcinka przewodu pokarmowego	6	3,6	12	7,2	14	8,4	22	13,3	12	7,2	66	39,7
USG	37	22,4	30	18,2	30	18,2	42	25,4	26	15,8	165	100
Próba laktozowa	19	11,6	17	10,3	17	10,3	18	10,9	12	7,2	83	50,3
Test obciążenia glukozą	-	-	2	1,2	1	0,6	1	0,6	3	1,8	7	4,2

od roku przeprowadzonego badania, u 8,9–23,06% dzieci w wieku 1,5–18 lat [11].

W badaniach własnych stwierdzono na podstawie rozpoznania końcowego, że zakażenie *Helicobacter pylori* dotyczyło 7,8% dzieci, jednak grupa badana obejmowała dzieci powyżej 3. roku życia. Biernat i wsp. wykazali, że w roku 2000–2001 zakażenie *Helicobacter* dotyczyło aż 20% dzieci w grupie do 4. roku życia [11]. Być może więc dotycząca częstości rozpoznawania tego zakażenia różnica między badaniami własnymi a badaniami Biernat

i wsp. wynika z różnicy wiekowej badanych grup. Należy przy tym pamiętać, że zakażenia, a zwłaszcza zakażenie *H. pylori*, związane są z warunkami socjoekonomicznymi – złe warunki, ubóstwo sprzyjają częstszemu występowaniu [11]. Na częściej występujące zakażenie *H. pylori* u dzieci z gorszych warunków mieszkaniowych zwracają również uwagę Krusiec-Świdergoł i wsp., którzy stwierdzili tę jednostkę chorobową u 15,7% badanych [12].

Gijsbers i wsp. przeprowadzający badania w Holandii u 220 dzieci w wieku 4–16 lat (128 dziewczynek, 92 chłopców) z nawracającymi bólami brzucha stwierdzili, że badania USG jamy brzusznej wykonano u 213 (97%) dzieci, a RTG jamy brzusznej – u 212 (96%) dzieci. Badania prowadzone były w kierunku występowania *Helicobacter pylori*, infekcji żołądkowych, pierwotniaków czy celiakii. W 88% przypadków stwierdzono, że występujące nieprawidłowości w wykonanych badaniach mogły być przyczyną bólu brzucha. U 11% badanych stwierdzono zakażenie *H. pylori*, w 36% ból brzucha spowodowany był zaparciami, natomiast u 33% dzieci stwierdzono pierwotniaki [3].

W badaniach własnych częstość wykonywania USG jamy brzusznej wynosiła 100%, natomiast badanie kontrastowe górnego odcinka przewodu pokarmowego wykonane było u 39,7% badanych, a więc rzadziej niż w badaniach Gijsbersa. Jednak w badaniach własnych stwierdzono, że dzieci miały dodatkowo wykonaną tomografię komputerową (5 osób).

Gijsbers i wsp. w innych badaniach przeprowadzonych w grupie 220 dzieci z nawracającymi bólami brzucha, analizując wchłanianie laktozy i fruktozy, stwierdzili, że nietolerancja laktozy dotyczyła 26% dzieci, a nietolerancja fruktozy – 36% dzieci [13].

W badaniach własnych w diagnostyce bólów brzucha stosowano test obciążenia laktozą, który wykonano u 83 (50,3%) dzieci. Nietolerancję laktozy jako rozpoznanie końcowe postawiono 17,5% dzieci. Rowicka i wsp. przeprowadzający badania w Warszawie na grupie dzieci z bólami brzucha wyodrębnili dwie grupy badane: w wieku 2–7 lat i w wieku 8–18 lat. Badania te wykazały u dzieci do 7. roku życia nietolerancję laktozy w 13%, zaś w grupie powyżej 7 lat – w 34% [14]. Jednak w badaniach własnych rozpoznanie nietolerancji laktozy było efektem przeprowadzonej próby laktozowej, natomiast Rowicka i wsp. rozpoznawali tę jednostkę chorobową na podstawie testu oddechowego wodoru.

Shakya i wsp. przeprowadzili badania u 356 pacjentów pediatrycznych z bólami brzucha. Przyczyna bólu została rozpoznana tylko w 117 (32,9%) przypadkach, z czego 91,5% były to przyczyny medyczne. Obejmowały one głównie choroby biegunkowe (28,3%), kolkę niemowlęcą (9,4%), zakażenie układu moczowego (7,7%), chorobę refluksową żołądka (6,8%) i w 8,5% przyczyny chirurgiczne [15].

W badaniach własnych stwierdzono jako rozpoznanie końcowe u 74,6% dzieci „czynnościowe bóle brzucha", u 15,5% rozpoznano refluks żołądkowo-przełykowy, a zaburzenia układu wydalniczego dotyczyły aż 10,3% dzieci. Stosunkowo często rozpoznawano refluks żołądkowo-przełykowy na podstawie badania kontrastowego górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wydaje się, że tak często postawione rozpoznanie wymagałoby wykonania ph-metrii przełyku w celu wykluczenia nadrozpoznawalności.

W grupie badanej nierzadko pojawiało się więcej niż jedno rozpoznanie końcowe. Stwierdzono również, że część rozpoznań końcowych, z jakimi dzieci były wypisywane do domu, nie ma wśród swoich objawów klinicznych bólów brzucha. Do takich jednostek chorobowych można zaliczyć zaburzenia emocjonalne, depresyjne, schorzenia endokrynologiczne. Tak duży wachlarz postawionych rozpoznań w badaniach własnych związany był z szeroko zakrojoną diagnostyką. Analizując dostępną literaturę, nie napotkano badań prowadzonych w kierunku występowania bólów brzucha jako objawu towarzyszącego innym jednostkom chorobowym.

W badaniach własnych analizowano również czas trwania hospitalizacji dzieci i stwierdzono, że bardzo duża grupa (49,7%) przebywała w szpitalu od 3 do 6 dni, a więc stosunkowo krótko. Inni autorzy nie prowadzili badań w kierunku czasu trwania pobytu dziecka w szpitalu w trakcie prowadzonej diagnostyki bólów brzucha. Jest to o tyle istotne, że czas hospitalizacji z jednej strony związany jest ze sferą emocjonalną dziecka, mogącą wpływać na występujące dolegliwości bólowe, a z drugiej strony – z aspektem finansowym placówki prowadzącej diagnostykę.

Często postawienie rozpoznania końcowego, jak glistnica czy zakażenie *Helicobacter pylori*, może wskazywać na niski poziom edukacji zdrowotnej rodziców. Ważne jest więc, aby stawiając rozpoznane końcowe, odpowiednio ukierunkować dalsze postępowanie zarówno lecznicze, jak i profilaktyczno-edukacyjne.

Wnioski

1. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów były czynnościowe bóle brzucha, które w większości powinny być zdiagnozowane w podstawowej opiece pediatrycznej lub poradni gastroenterologicznej.
2. W ustaleniu przyczyn bólów brzucha należy uwzględnić nierzadko patologię innych narządów, w tym również zaburzenia emocjonalne.

3. Diagnostyka bólów brzucha w praktyce szpitalnej powinna być ukierunkowana w zależności od objawów, aby ograniczyć ilość badań laboratoryjnych i obrazowych.
4. Należy dokładnie przeanalizować wskazania do wykonania badań radiologicznych w ocenie bólów brzucha, a w szczególności w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Pokorna-Kałwak D, Muszyńska A, Gwiazda E, Steciwko A. Bóle brzucha u dzieci w praktyce lekarza rodzinnego. Terapia. 2009; 17(9): 86–89.
2. Mielczarek J, Bąk-Romaniszyn L. Ból brzucha u dzieci jako przyczyna zgłaszania się do szpitala – obserwacje własne. Prz Pediatr. 2010; 40(4): 213–217.
3. Gijsbers C, Benninga MA, Buller HA. Clinical and labolatory findings in 220 children with recurrent abdominal pain. Acta Paediatrica. 2011; 100: 1028–1032.
4. Kaczka A, Małecka-Panas E. Bóle brzucha. Pediatr Med Rodz. 2011; 7(1): 9–16.
5. Świeboda P, Filip R, Prystupa A, Drozd M. Assessment of pain: types, mechanism and treatment. Ann Agric Environ Med. 2013; 1: 2–7.
6. Craig WR, Hanlon-Dearman A, Sinclair C, Taback S, Moffatt M. Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastro-oesophageal reflux in children under two years. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 12: 5.
7. Bartnik W. Choroby przewodu pokarmowego – postępy 2011/2012. Med Prakt. 2012; 6: 26–37.
8. Cichy W. Bóle brzucha u dzieci – problem nie tylko gastrologiczny. Stand Med Pediatr. 2010; 7, 2: 236–243.
9. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, Tilburg M. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016; 150: 1456–1468.
10. Jończyk-Potoczna K, Szłyk E, Stefaniak Ł, Rogozińska J. The most frequent causes of acute abdominal pain in children referred from the Accident and Emergency Department for ultrasound examinations – a retrospective analysis. Fam Med Prim Care Rev. 2014; 16, 4: 345–348.
11. Biernat MM, Iwańczak B, Bińkowska A, Grabińska J, Gościniak G. The Prevalence of Helicobacter pylori Infection in Symptomatic Children. A 13-Year Observational Study in the Lower Silesian Region. Adv Clin Exp Med. 2016; 25, 2: 303–308.
12. Krusiec-Świdergoł B, Kwiecień J, Jonderko K, Strój L, Kasicka-Jonderko A, Błońska-Fajfrowska B. Zmniejszająca się częstość zakażeń Helicobacter pylori u dzieci w Polsce. Prz Gastroenterol. 2010; 5, 5: 279–284.
13. Gijsbers C, Kneepkens C, Buller HA. Lactose and fructose malabsorption in children with recurrent abdominal pain: results of double-blinded testing. Acta Paediatrica. 2012; 101: 411–415.
14. Rowicka G, Strucińska M, Dyląg H. Lactose intolerance in children with abdominal pain – do we relatively often take this diagnosis into account? J Preclin Clin Res. 2010; 4, 2: 131–133.
15. Shakya KN, Dongol USM, Khadka SB. A Study of abdomenal pain in children. J Med Nepal. 2008; 47, 172: 193–196.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Renata Łukasik
Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej
ul. Willowa 2
43-300 Bielsko-Biała
tel.: 33 827 94 03
e-mail: rlukasik@ath.bielsko.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

MEDYCZNA MARIHUANA W POLSCE. CZY LEKARZE I PRZYSZLI PRACOWNICY MEDYCZNI CHCĄ JEJ LEGALIZACJI?

MEDICAL MARIJUANA IN POLAND. DO PHYSICIANS AND FUTURE HEALTHCARE WORKERS WANT TO MAKE MARIJUANA LEGAL?

Maja Wolan, Karol Dziadosz, Anna Jacek

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.10

STRESZCZENIE

Wstęp. Zastosowanie medycznej marihuany jest obecnie globalnym wyzwaniem w aspekcie zarówno medycznym, jak i prawnym. Pomimo rosnącej świadomości społeczeństwa polskiego na temat możliwości leczenia marihuaną medyczną problem ten jest w dalszym ciągu kontrowersyjny, wieloaspektowy, a sami pracownicy medyczni mają zróżnicowane opinie na ten temat. Od 2017 roku trwają w Sejmie prace na temat ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, mające na celu legalizację medycznej marihuany.
Cel pracy. Celem badań jest porównanie opinii i wiedzy lekarzy oraz studentów kierunków medycznych na temat leczenia medyczną marihuaną w Polsce.
Materiał i metody. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskich kwestionariuszy ankiet dla lekarzy i studentów kierunków medycznych. Badanie przeprowadzono pośród 50 lekarzy i 50 studentów kierunków medycznych. Respondenci zostali wybrani na zasadzie doboru losowego. Analiza statystyczna zebranego materiału została przeprowadzona za pomocą programu SPSS 10, przy założeniu, że $p < 0,05$.
Wyniki. Analiza wyników wykazała pewne rozbieżności w rozumieniu prawnych i medycznych aspektów stosowania medycznej marihuany w badanej populacji. Zdecydowana większość studentów kierunków medycznych (78%) i mniej niż połowa lekarzy (44%) jest zdania, iż w Polsce powinna zostać zalegalizowana medyczna marihuana ($p = 0,000$).
Wnioski. Poziom wiedzy lekarzy i studentów kierunków medycznych na temat wybranych aspektów prawnych i medycznych leczenia marihuaną w Polsce kształtuje się na średnim poziomie. Lekarze w większości maja aktualny stan wiedzy, jeżeli chodzi o kwestie medyczne, niemniej stwierdzono braki w pewnych obszarach aspektów prawnych. Przyszły personel medyczny nie jest wystarczająco edukowany, w aspektach zarówno medycznych, jak i prawnych, na temat możliwości leczenia medyczną marihuaną.

Słowa kluczowe: medyczna marihuana, legalizacja, lekarze, studenci kierunków medycznych.

ABSTRACT

Introduction. The use of medical marijuana is now a global challenge both in the medical and legal aspects. Despite of the growing awareness of the Polish society about the potential of medical marijuana treatment, it still remains a controversial and multi-faceted subject, and healthcare workers have variated opinions about medical marijuana treatment. Since 2017 work is ongoing in the Parliament on the Law on Counteracting Drug Addicts, aimed at the legalization of medical marijuana.
Aim of the study. The aim of the study is to compare opinions and knowledge of physicals and medical students on medical treatment of marijuana in Poland.
Material and methods. The study used the method of the diagnostic survey using the questionnaire survey questionnaires for physicians and medical students. The study was conducted among 50 physicians and 50 medical students. Respondents were selected on a random basis. The statistical analysis of the collected material was carried out using SPSS 10, assuming $p < 0.05$.
Results. The analysis of the results revealed some discrepancies in terms of legal and medical aspects of the use of medical marijuana among the study population. A decisive number of medical students (78%) and less than half of doctors (44%) believe that marijuana should be legalized in Poland ($p = 0.000$).
Conclusions. The level of knowledge of physicians and medical students on selected aspects of legal and medical treatment of marijuana in Poland is at an average level. Majority of physicians have an average level of knowledge regarding medical aspects of medical use of marijuana, however there are shortcomings in certain areas of the legal aspects. In turn, the future medical staff is not sufficiently educated on the medical marijuana options, both in medical and legal aspects.

Keywords: medical marijuana, legalization, physicians, medical students.

Wstęp

Zastosowanie marihuany w celach medycznych jest aktualnie szeroko dyskutowane na całym świece. W Polsce, podobnie jak i w innych krajach, temat medycznej marihuany jest nowatorski, a jednocześnie kontrowersyjny, wywołujący wiele sprzecznych emocji, zarówno wśród zwolenników, jak i przeciwników. Wiele negatywnych opinii wynika z uprzedzeń lub błędnych przeświadczeń opiniodawców,

ale także z niedostatecznej świadomości i wiedzy społeczeństwa polskiego, braku jednoznacznych wyników badań naukowych, a przede wszystkim braku regulacji prawnych i precyzyjnego rozróżnienia oraz zdefiniowania, w rozumieniu przepisów prawa, pojęcia medycznej marihuany i jej zastosowania w lecznictwie. Marihuana w większości przypadków kojarzona jest bowiem jako używka/narkotyk, nie zaś jako produkt leczniczy. Powodem tego, jak można przypuszczać, jest powszechnie znana wysoka skala zjawiska stosowania marihuany jako używki. Statystyki opublikowane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z roku 2013 wskazują, iż w Europie marihuana jest najbardziej powszechnie stosowaną substancją psychoaktywną. Blisko 17 milionów młodych Europejczyków (w wieku 15–34 lat) stosowało marihuanę przynajmniej raz w przeciągu ostatniego roku. Dane z raportu wskazują także, iż liczba pacjentów stosujących medyczną marihuanę w Europie wzrosła z 45 tys. w 2006 roku do 69 tys. w 2014 roku [1].

Publiczną debatę na temat medycznej marihuany i postępów oraz kierunków rozwoju medycyny, która coraz częściej wychodzi poza konwencjonalne ramy, otworzyły środowiska naukowe. Niewątpliwie istnieje wiele badań dostarczających obiecujących wyników w zakresie skuteczności leczenia opartego na marihuanie. Jednak porównywalna liczba badań wskazuje na nieefektywność takiego leczenia. Każde z tych badań ma ograniczenia metodologiczne, są realizowane na zbyt małych próbach bądź oparte na błędnych założeniach lub też świadczą o jedynie potencjalnej skuteczności marihuany w leczeniu. W publicznej dyskusji na temat medycznej marihuany mamy do czynienia z sytuacją paradoksalną, w której z pomocą osób młodych szuka się przyzwolenia społecznego na jej stosowanie w lecznictwie. Należy odróżnić jednak interesy grup lobbystów chcących zalegalizować samą marihuanę od postaw osób mówiących o jej medycznym zastosowaniu. Tymczasem dyskusja na temat medycznej marihuany nie ma i nie powinna mieć nic wspólnego z legalizacją marihuany jako narkotyku [2].

W Polsce, w odróżnieniu od innych krajów na świecie, gdzie medyczna marihuana jest zalegalizowana, w dalszym ciągu nie ma jasnych regulacji na ten temat. Zgodnie z obowiązująca „Ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii" kryminalizuje się posiadanie lub uprawę jakiejkolwiek ilości marihuany, bez względu na jej przeznaczenie [3]. Ustawa ta traktuje o wiele bardziej restrykcyjnie ziele marihuany od kokainy czy opium. W polskich aptekach pacjent nie ma dostępu do leków konopnych, co nie oznacza, że są one zupełnie niedostępne. Pacjent posiadający specjalną receptę może wystąpić o ich udostępnienie na podstawie importu docelowego. W praktyce jednak od wystawienia przez lekarza zapotrzebowania na import docelowy do samego otrzymania leku przez chorego mija zwykle minimalnie od 2 do 3 miesięcy.

W dniu 26 stycznia 2017 roku na obradach podkomisji sejmowej zostały przegłosowane poprawki do „Ustawy (...) o przeciwdziałaniu narkomanii", mające na celu legalizację medycznej marihuany; zgodnie z przyjętymi ustaleniami pacjenci nie będą mogli uprawiać medycznej marihuany, natomiast będą mogli kupować w aptekach produkty lecznicze produkowane na jej bazie. Produkty lecznicze mają być wytwarzane w Polsce, po wcześniejszym sprowadzeniu marihuany zza granicy. Należy jednak podkreślić, iż nadal trwają prace w Sejmie nad możliwością stosowania marihuany w celach leczniczych.

Cel pracy

Celem badań jest porównanie opinii i wiedzy lekarzy oraz studentów kierunków medycznych na temat leczenia medyczną marihuaną w Polsce.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskich kwestionariuszy ankiet dla lekarzy i studentów kierunków medycznych. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w okresie od lutego do marca 2017 roku na terenie Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 im. Fryderyka Chopina i Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Królowej Jadwigi oraz Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Respondenci zostali wybrani na zasadzie doboru losowego. Analiza statystyczna zebranego materiału została przeprowadzona za pomocą programu SPSS 10, przy założeniu, że $p < 0,05$. Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując test niezależności chi-kwadrat.

Z analizy danych wynika, że ponad połowę ankietowanych lekarzy stanowili mężczyźni (58%) i osoby w wieku 40–50 lat (52%), pochodzący z miast powyżej 50 tys. mieszkańców (50%). Zdecydowana większość respondentów (60%) była zatrudniona w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 1. Zdecydowaną większość ankietowanych studentów kierunków medycznych stanowiły kobiety (76%), w wieku od 22 do 26 lat (56%). Podział respondentów ze względu na studiowany kierunek studiów był względnie równomierny: 24% reprezentowało pielęgniarstwo, po 20% – lekarski, zdrowie publiczne, ratownictwo medyczne oraz 16% – położnictwo. Połowa ankietowanych studentów pochodziła ze wsi, drugą liczną grupę stanowiły osoby pochodzące z miast powyżej 50 tys. mieszkańców (24%).

Wyniki

Celem badań było określenie opinii i poziomu wiedzy lekarzy i przyszłych pracowników medycznych na temat legalizacji medycznej marihuany.

Analiza wyników wykazała pewne rozbieżności w rozumieniu prawnych i medycznych aspektów stosowania medycznej marihuany w badanej populacji. Z danych wynika, że lekarze nie do końca są świadomi obowiązujących regulacji prawnych dotyczących medycznej marihuany. Rozczarowuje fakt, że niemal wszyscy lekarze (90%) udzieli odpowiedzi, iż ustawa taka obowiązuje. Z kolei 74% studentów kierunków medycznych zaprzeczyło temu. Stwierdzono statystyczne różnice ($p = 0,000$), jeśli chodzi o wiedzę na temat obowiązywania ustawy dotyczącej medycznej marihuany w Polsce, a także możliwości sprowadzenia marihuany leczniczej z zagranicy. O ile 88% lekarzy potwierdza, iż istnieje taka możliwości, to zdanie takie podziela jedynie 30% studentów kierunków medycznych.

Z danych wynika, że zdecydowana liczba studentów kierunków medycznych (78%) i mniej niż połowa lekarzy (44%) jest zdania, iż w Polsce powinna zostać zalegalizowana medyczna marihuana. Stwierdzono statystycznie znamienne różnice pomiędzy lekarzami a studentami kierunków medycznych w zakresie ich opinii na temat konieczności legalizacji w Polsce medycznej marihuany ($p = 0,000$).

Dalsza analiza wyników potwierdza, że w opinii zdecydowanej większości studentów kierunków medycznych marihuana ma bardzo szerokie zastosowanie medyczne w kilkunastu schorzeniach. Odmienną opinię mieli natomiast reprezentanci lekarzy. Niemal wszyscy lekarze (94%) udzielili odpowiedzi, iż jest ona stosowana do leczenia od 1 do 5 schorzeń. Rozkład odpowiedzi studentów kierunków medycznych był dużo bardziej zróżnicowany. Zdecydowana większość z nich wskazała, iż medyczna marihuana może być stosowana w 5–10 przypadkach schorzeń (30%), niewiele mniej osób (24%) stwierdziło, iż w 10–20 schorzeniach, a 20% – że w 5–10 schorzeniach ($p = 0,000$).

Natomiast nie stwierdzono również istotnie statystycznych znamiennie zależności pomiędzy lekarzami a studentami kierunków medycznych w zakresie ich opinii o uzależnieniu od marihuany ($p = 0,220$). Wszyscy badani lekarze i 76% studentów kierunków medycznych udzielili twierdzącej odpowiedzi, że marihuana uzależnia.

Ocena wybranych aspektów wiedzy lekarzy na temat marihuany leczniczej potwierdziła, iż w opinii niespełna połowy lekarzy (46%) poziom wiedzy personelu lekarskiego na temat leczenia medyczną marihuaną jest średni. Nieco mniej osób (40%) ocenia ten poziom na dobry. Jedynie 14% lekarzy uznało za słaby poziom wiedzy personelu lekarskiego na temat leczenia medyczną marihuany. Wśród najczęściej wskazywanych jednostek chorobowych, w których można stosować medyczną marihuaną, wskazano na: nowotwory, stwardnienie rozsiane (34%), zapalenie stawów, nowotwory, stwardnienie rozsiane (12%), nowotwory, chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane (10%).

Analiza danych dotyczących znajomości przez lekarzy ilości produktów zawierających kannabinoidy dopuszczonych w Polsce do obrotu wskazuje, iż zdecydowana większość respondentów (80%) udzieliła poprawnej odpowiedzi. W Polsce aktualnie jest dopuszczony do obrotu jeden produkt leczniczy zawierający w swoim składzie kannabinoidy, stosowany w leczeniu stwardnienia rozsianego. Jednocześnie porównywalny odsetek lekarzy (82%) poprawnie odpowiedział na pytanie, czy w Polsce refundowany jest przez Ministerstwo Zdrowia zakup leków powstałych z marihuany.

Wśród najczęściej wskazywanych miejsc legalnego zakupu w Polsce marihuany leczniczej wskazywano: sklep zielarski, aptekę internetową (42%), sklep medyczny, aptekę internetową (22%), aptekę internetową (8%) i sklep medyczny (8%).

Rozkład odpowiedzi lekarzy na temat odsetka pacjentów w Polsce stosujących w celach leczniczych produkty zawierające kannabinoidy był następujący: 20% pacjentów (26% lekarzy), 30% pacjentów (52% lekarzy), 40% pacjentów (22% lekarzy).

Z analizy danych dotyczących opinii lekarzy na temat zwiększania poziomu wiedzy pacjentów o alternatywnym leczeniu medyczną marihuaną wynika, iż ponad połowa ankietowanych (57%) jest zdania, że raczej należy go zwiększać. Zdecydowane zdanie w tej kwestii ma 12% badanych lekarzy. Przeciwnicy to jedna trzecia lekarzy. W opinii 29% raczej nie należy zwiększać poziomu wiedzy pacjentów o alternatywnym leczeniu medyczną marihuaną, a 2% to osoby zdecydowanie temu przeciwne.

Ponad połowa ankietowanych lekarzy (56%) stwierdziła, iż w sytuacji ratowania życia i zdrowia pacjenta zastosowałaby medyczną marihuanę. Analiza opinii lekarzy na temat wpływu legalizacji leczniczej marihuany w Polsce na zwiększenie rozpowszechnienia jej stosowania poza leczniczym wykorzystaniem wskazuje, iż 40% zdecydowanie podziela ten pogląd, a 28% raczej tak. Zdecydowanie przeciwnego zdania jest 30% lekarzy.

Jednocześnie większość lekarzy jest świadoma wpływu uszczegółowienia regulacji prawnych dotyczących legalizacji medycznej marihuany na skalę medycznego i niemedycznego stosowania. Ponad jedna trzecia (38%)

zdecydowanie przychyla się do tego stwierdzenia, a ponad połowa (60%) raczej przychyla się do tego stwierdzenia.

Z kolei ocena wybranych aspektów wiedzy studentów kierunków medycznych na temat marihuany leczniczej potwierdziła, iż zdecydowana większość studentów kierunków medycznych nie ma zdania na temat marihuany. Niewiele więcej niż jedna trzecia respondentów (38%) stwierdziło, iż ma pozytywny stosunek do marihuany. Jednocześnie zdecydowana większość studentów kierunków medycznych (60%) nie stosowała nigdy marihuany. W opinii niemal wszystkich badanych studentów kierunków medycznych (96%) leczenie marihuaną w Polsce jest nielegalne. Uzyskano taki sam odsetek odpowiedzi przeczących legalności uprawy marihuany w Polsce.

Jak wynika z analizy danych, dla niespełna połowy ankietowanych studentów kierunków medycznych (46%) źródłem informacji o marihuanie medycznej był Internet, niewiele mniej osób (36%) podało, iż takim źródłem informacji jest telewizja.

Większość studentów kierunków medycznych podała, iż wśród sposobów leczenia marihuaną medyczną znajdują się: sporządzanie leków na bazie medycznej marihuany: tabletek, kapsułek, olejów (38%) oraz palenie, sporządzanie olejów, sporządzanie naparów, sporządzanie maści, sporządzanie wywarów, sporządzanie leków na bazie medycznej marihuany: tabletek, kapsułek, olejów (16%).

Zdecydowana większość studentów kierunków medycznych (68%) podała, iż w trakcie studiów nie była edukowana o marihuanie medycznej. Jednocześnie w opinii zdecydowanej liczby studentów kierunków medycznych (86%) do kształcenia na studiach powinna być wprowadzona tematyka dotycząca leczenia marihuaną leczniczą.

Dyskusja

Zastosowanie medycznej marihuany jest obecnie globalnym wyzwaniem w aspekcie zarówno medycznym, jak i prawnym. Pomimo rosnącej świadomości społeczeństwa polskiego na temat możliwości leczenia marihuaną medyczną problem ten jest w dalszym ciągu kontrowersyjny, wieloaspektowy, a wśród przedstawicieli środowisk medycznych i naukowych oraz politycznych widoczne są brak chęci wypracowania wspólnej płaszczyzny porozumienia i odwlekanie prac nad projektem ustawy.

Faktem jest, iż z danych Europejskiego Raportu Narkotykowego z 2016 roku wynika, iż marihuana w Europie jest najpopularniejszą substancją psychoaktywną, jej używanie od lat utrzymuje się na wysokim poziomie, a rynek obrotu tą substancją jest duży i ciągle rośnie. W Europie marihuana zajmuje też pierwsze miejsce, jeśli chodzi o nielegalny handel narkotykami, przy czym roczna liczba oficjalnie odnotowanych przestępstw sięga prawie miliona przypadków [1]. Dynamika widoczna na rynku używek z punktu widzenia stosowania marihuany jako narkotyku w uzasadniony sposób jest potencjalnie niepokojącym zjawiskiem dla zdrowia publicznego, ale – jak podkreślają naukowcy – stanowi odrębny obszar badań.

Dokonana w ostatnich latach legalizacja leczenia medyczną marihuaną w kilku krajach europejskich i w kilku stanach w USA oraz widoczne zmiany w postępie medycyny bez wątpienia dowodzą stojącego przed światem wyzwania, jakim jest kwestia coraz powszechniejszego stosowania medycznej marihuany [4].

Głównym celem badań w niniejszej pracy była analiza porównawcza wiedzy lekarzy i studentów kierunków medycznych na temat prawnych i medycznych aspektów medycznej marihuany w Polsce. Z analizy niniejszych badań wynika, iż poziom wiedzy obydwu badanych grup na temat medycznej marihuany jest umiarkowany i zróżnicowany, jeżeli chodzi o wybrane jego aspekty. W niniejszym badaniu potwierdzono występowanie pomiędzy personelem lekarskim a studentami kierunków medycznych statystycznie znamiennych różnic dotyczących wiedzy na temat wybranych aspektów medycznej marihuany. Różnice takie stwierdzono odnośnie wiedzy na temat obowiązywania w Polsce ustawy o medycznej marihuanie.

Na chwilę obecną w Sejmie złożony jest projekt takiej ustawy. Tymczasem prawie wszyscy lekarze (90%) odpowiedzieli, że taka ustawa w Polsce obowiązuje, natomiast prawie trzy czwarte studentów (74%) orzekło, że takiej ustawy w Polsce jeszcze nie uchwalono. Jak można przypuszczać, tak wysoki odsetek błędnych odpowiedzi wśród reprezentantów środowisk medycznych wynikać może z pośpiechu w udzielaniu odpowiedzi i błędnym zasugerowaniu się, iż pytanie dotyczy projektu ustawy, a nie samej ustawy.

Wyniki badań potwierdzają również występowanie pomiędzy badanymi grupami respondentów różnic statystycznych dotyczących spotkania się z przypadkiem leczenia medyczną marihuaną w Polsce ($p = 0,00$). W opinii 72% lekarzy mieli oni styczność z takim leczeniem, z kolei taki sam odsetek studentów zaprzeczył temu. Taki rozkład odpowiedzi nie jest zaskakującym tym bardziej, że 60% respondentów personelu lekarskiego to pracownicy Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, w którym leczy się m.in. pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Stąd łączyć można tak wysoki odsetek odpowiedzi z wysoką świadomością lekarzy na temat możliwości leczenia medyczną marihuaną oraz lekami zawierającymi substancje czynne pochodzące z marihuany.

Analiza danych statystycznych wykazała, że świadomość personelu lekarskiego na temat możliwości sprowadzenia marihuany z zagranicy jest wyższa niż świadomość w tym zakresie reprezentowana przez studentów kierunków medycznych. Znaczna większość lekarzy (88%) potwierdza, że taka możliwość istnieje, a wiedzę tę ma jedynie 30% studentów kierunków medycznych. Import docelowy w Polsce jest możliwy, a ostatnie zmiany w ustawodawstwie pozwalają na sprowadzanie marihuany z zagranicy.

Potwierdzono również występowanie statystycznie znamiennych różnic pomiędzy opiniami lekarzy i studentów kierunków medycznych na temat konieczności legalizacji w Polsce medycznej marihuany. Zdecydowana większość studentów (78%) oraz mniej niż połowa lekarzy (44%) jest zdania, że marihuana powinna zostać zalegalizowana. Nieco niższy odsetek podobnych odpowiedzi odnotowano w badaniach na temat legalizacji i dekryminalizacji oraz medycznego zastosowania marihuany przeprowadzonych w styczniu 2017 roku w Irlandii wśród populacji 565 lekarzy. Badanie to pokazało, że 58,6% z nich opowiada się za legalizacją medycznej marihuany [5].

O ile zdecydowana większość lekarzy i studentów (80% *vs.* 70%) potwierdziła, iż leczenie medyczną marihuaną może być alternatywą dla leczenia konwencjonalnego, o tyle odnotowano znamienne różnice pomiędzy lekarzami i studentami kierunków medycznych odnośnie znajomości ilości jednostek chorobowych, w których można używać medycznej marihuany. Analiza danych wykazała, że w opinii studentów marihuana medyczna ma bardzo szerokie zastosowanie, 30% z nich stwierdza, że można jej używać w 5–10 jednostkach chorobowych, 24% respondentów uważa, że w 10–20 jednostkach chorobowych, niewiele mniej studentów (22%) wskazało na 1–5, najmniej, bo 12%, studentów uważa, że marihuana może pomagać nawet w 20–30 jednostkach chorobowych, a tylko 2% badanych wskazuje na 50 chorób. Co ciekawe, 10% respondentów wśród studentów ma zdanie, że marihuana medyczna nie pomaga w żadnej chorobie.

Natomiast niemal wszyscy lekarze (94%) stwierdzili, że marihuana pomaga w 1–5 jednostkach chorobowych. Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach Pinkas i wsp., opisując około 5 przypadków powszechnego zastosowania medycznej marihuany w takich jednostkach chorobowych, jak: stwardnienie rozsiane, nowotwory, bóle chroniczne czy – ze względu na jej właściwość terapeutyczne – leczenie skutków chemioterapii [6]. Zbieżne wyniki uzyskał Jabłoński, wskakując na 5 najbardziej efektywnych zastosowań medycznej marihuany: (1) w leczeniu przewlekłego bólu u pacjentów nowotworowych lub w stanie terminalnym, (2) chorób układu oddechowego (astma), (3) chorób oczu (jaskra), (4) w stwardnieniu rozsianym, (5) wspierając leczenie AIDS [7]. Tymczasem Backes w książce „Medyczna marihuana" opisuje ponad 30 chorób, w których można stosować marihuanę jako lek bądź substancję pomagającą w terapii [8]. Najczęściej wymienianą wśród lekarzy jednostką chorobową, w której można korzystać z leczenia medyczną marihuaną, jest stwardnienie rozsiane. Bardzo wysoki odsetek lekarzy (92%) podał, iż medyczna marihuana może mieć zastosowanie w leczeniu MS, 50% respondentów wskazało na nowotwory.

W badaniach przeprowadzonych w Irlandii w 2017 roku 62,3% lekarzy określa, że użycie medycznej marihuany może mieć udział w leczeniu MS, a 68,5% twierdząco odpowiada na pytanie, iż marihuana może odgrywać ważną rolę w opiece paliatywnej; jednocześnie wspomniane badania Pinkasa i wsp. wskazują na stwardnienie rozsiane, nowotwory, bóle chroniczne czy leczenie skutków chemioterapii, a więc bardzo podobnie do odpowiedzi respondentów badania [5, 6].

Prawie połowa lekarzy (46%) sądzi, że poziom wiedzy na temat leczenia medyczną marihuaną jest średni, a 40% z nich uważa, że stan wiedzy w zakresie leczenia konopiami jest dobry, jedynie 14% badanych uważa, że słaby. Analiza danych na temat znajomości przez lekarzy produktów zawierających w swoim składzie kannabinoidy dopuszczonych w Polsce pokazuje, że zdecydowana większość respondentów wskazała poprawną odpowiedź (80%). Aktualnie w Polsce do obrotu dopuszczono jeden produkt leczniczy posiadający w swoim składzie kannabinoidy używany w terapii stwardnienia rozsianego – Sativex. Niemalże identyczny odsetek lekarzy (82%) poprawnie wskazał na jeden preparat zawierających w składzie marihuanę, aktualnie refundowany w Polsce przez Ministerstwo Zdrowia.

W opinii ponad połowy lekarzy (52%) poziom rozpowszechnienia stosowania przez pacjentów w Polsce w celach leczniczych kannabinoidów wynosi ok. 30%, a jedynie 22% lekarzy podało, iż jest to ok. 40%. Tymczasem, jak wynika z danych z 2014 roku, rozpowszechnienie to wynosi 44% [6].

Analiza danych dotyczących opinii lekarzy na temat zwiększania wiedzy pacjentów na temat leczenia alternatywnego marihuaną i środkami zawierającymi kannabinoidy wykazała, że ponad połowa respondentów (57%) uważa, że raczej należy ją zwiększyć. Przeciwko zwiększaniu świadomości pacjentów jest jedna trzecia lekarzy. Ponad połowa z ankietowanych lekarzy (56%) stwierdziła, że w sytuacji zagrożenia życia lub/i zdrowia pacjenta zastosowałaby medyczną marihuanę.

Szczegółowa analiza opinii lekarzy na temat wpływu legalizacji marihuany medycznej w Polsce na zwiększenie rozpowszechnienia jej zastosowania poza jej leczniczym zastosowaniem wykazała, że mniej niż połowa lekarzy (40%) zdecydowanie podziela taką opinię. W przeprowadzonych przez Crowleya i wsp. wśród irlandzkich lekarzy badaniach, które dotyczyły legalizacji i dekryminalizacji oraz medycznego zastosowania marihuany, 66% respondentów zgodziło się, że mogłoby to prowadzić do zwiększenia zużycia marihuany [5].

Podobnego zdania jest Szulc, twierdząc, iż wprowadzenie leczenia marihuaną może doprowadzić do „wypływu" tego typu substancji na rynek nielegalny i w konsekwencji używania „medycznej" marihuany w celach niemedycznych. Szulc, analizując konsekwencje zdrowotne używania marihuany i stanowisko psychologów wobec legalizacji marihuany, wskazał na opracowanie Salomonsena-Sautela i wsp., którzy dowodzą, że 74% nastolatków w Stanach Zjednoczonych używało w ten sposób „cudzej", tzw. medycznej marihuany [9].

Jak wynika z analizy wyników niniejszych badań, większość lekarzy jest świadoma zależności wpływu uszczegółowienia regulacji prawnych dotyczących leczenia medyczną marihuaną w kontekście jej medycznego i niemedycznego stosowania. Sugeruje to, iż w opinii lekarzy istnieje konieczność uszczegółowienia przepisów. Opinie na temat wpływu legalizacji marihuany medycznej w Polsce na zwiększenie rozpowszechnienia jej zastosowania poza jej leczniczym zastosowaniem są zbieżne z wynikami innych doniesień naukowych. Temat ten był przedmiotem projektu badawczego prowadzonego w 2015 roku w Stanach Zjednoczonych – kilka stanów dopuszcza legalne stosowanie medycznej marihuany. Prawo obowiązujące w Stanach Zjednoczonych w tym zakresie wprowadza różne regulacje w poszczególnych stanach, dotyczące m.in.: prowadzenia rejestru osób leczonych medyczną marihuaną, wydawania pozwoleń na „domową" uprawę marihuany, sprzedaży marihuany w specjalnych punktach, tzw. *dispensaries*. Analizy wykazały, że w stanach dopuszczających *dispensaries* w porównaniu z tymi stanami, które nie miały takiego rozwiązania, istnieje wyższe ryzyko wzrostu używania marihuany w celach niemedycznych oraz związanych z tym negatywnych konsekwencji [10].

Z analizy danych statystycznych wynika, iż zdecydowana większość studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego nie ma zdania na temat marihuany, a 38% z nich stwierdziło, że ma pozytywny stosunek do marihuany. Jedna piąta z nich (20%) określa swój stosunek względem marihuany jako negatywny. Ponad połowa badanych studentów kierunków medycznych (60%) nigdy nie stosowała marihuany. Wysoki odsetek osób niestosujących marihuany jest rozbieżny z ogólnoświatowymi wskaźnikami i trendem. Według raportu europejskiego 17 milionów Europejczyków pomiędzy 15. a 34. rokiem życia stosowało marihuanę [1].

Zdecydowana większość studentów ankietowanych w badaniu (68%) podała, że w trakcie swoich studiów nie była edukowana o marihuanie medycznej. Najczęściej podawanymi źródłami wiedzy respondentów na temat medycznego używania marihuany, jak wynika z analizy danych statystycznych, był dla 46% Internet, dla 36% była to TV, 8% przebadanych wskazało znajomych. Zdecydowana większość badanych studentów kierunków medycznych (80%) jest zadania, iż do programu studiów powinien być wprowadzony temat zastosowania medycznej marihuany.

Podsumowując: z analizy niniejszych badań wynika, iż ogólnie poziom wiedzy lekarzy i studentów kierunków medycznych na temat wybranych aspektów prawnych i medycznych leczenia marihuaną w Polsce kształtuje się na średnim poziomie. Personel medyczny w większości reprezentuje aktualny stan wiedzy, jeżeli chodzi o kwestie medyczne, niemniej jednak istnieją obszary, takie jak aspekty prawne czy dotyczące znajomości skali zjawiska rozpowszechnienia stosowania medycznej marihuany przez pacjentów, gdzie zauważono pewne braki. Należy jednak pamiętać, iż badani lekarze, podobnie jak i studenci kierunków medycznych, nie mieli w programie studiów poruszanych zagadnień dotyczących zastosowania medycznego marihuany. W związku z tym wiedza obydwu badanych grup w większości pochodzi raczej z przekazów medialnych aniżeli z publikacji naukowych. Co więcej, zdecydowana większość studentów kierunków medycznych, w tym przyszłych lekarzy, bardzo pozytywnie wypowiedziała się na temat wprowadzenia w przyszłości w programie studiów tematu zastosowania medycznej marihuany.

Wyniki niniejszej pracy pokazują potrzebę edukowania i poszerzania wiedzy na temat zarówno prawnych, jak i medycznych aspektów leczenia medyczną marihuaną. Szczególnie, jak wynika z literatury przedmiotu, zbyt pochopne wprowadzanie szerokiego dostępu do marihuany w celach medycznych może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie publiczne. W związku z tym konieczne jest precyzyjne rozdzielenie tematu liberalizacji prawa narkotykowego w odniesieniu do marihuany od konieczności wprowadzenia w życie regulacji prawnych dotyczących zastosowania medycznej marihuany. Są to ogromne wyzwania, które stoją przed środowiskami: medycznym, naukowym, prawnym i politycznym.

Wnioski

1. Należy pilnie podjąć kroki usuwające braki legislacyjne regulujące zastosowanie medycznej marihuany w Polsce.
2. Trzeba zwiększyć świadomość społeczeństwa na temat stworzenia regulacji prawnych i legalizacji medycznej marihuany.
3. Trzeba wzmocnić pozycję lekarzy w Polsce w działaniach ograniczających zagrożenia dla zdrowia wynikające z pozamedycznego zastosowania medycznej marihuany.
4. Należy zwiększyć działalność edukacyjną i informacyjną wśród personelu medycznego, pracowników ochrony zdrowia i pracowników administracji państwowej oraz wzmocnić pozycję i finansowanie instytucji kontrolujących jakość produktów i preparatów zawierających medyczną marihuanę.
5. Należy kontynuować badania na większej próbie badawczej i szczegółowo zweryfikować aspekty prawne i medyczne zastosowania medycznej marihuany.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2016: Trends and achievements. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. 19, 33, 38–39, 75.
2. Kielar M. Marihuana na ziemi niczyjej [Marijuana no man's land]. Służba Zdr. 2015; 4494–4501: 56–59.
3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Dz.U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485.
4. (Dostępne w Internecie:) http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/964/TDAT13001PLN2_rev.pdf (data dostępu: 30.04.2017).
5. Crowley D, Collins C, Delargy I, Laird E. Irish general practicioner attitudes toward decriminalisation and medical use of cannabis: results from national survey 2017.
6. Pinkas J, Jabłoński P, Kidawa M, Wierzba W. Use of marijuana for medical purposes. Ann Agricultural Environment Med. 2016; 23, 3: 525–528.
7. Jablonski P. Medyczne używanie konopi [Medical use of cannabis]. Serwis Informacyjny Narkomania. 2015; 3(71).
8. Backes M. Marihuana i medycyna. Miękinia: Purana; 2015. 278.
9. Szulc M. Konsekwencje zdrowotne używania marihuany w świetle badań oraz propozycja ujednolicenia stanowiska psychologów wobec problemu legalizacji konopi, sformułowana w oparciu o Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa. Alkoholizm i Narkomania. 2013; 26(4): 381–401.
10. Pacula R, Powell D, Heaton P, Sevigny E. Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25558490 (data dostępu: 30.05.2017).

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Maja Wolan
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny
Uniwersytet Rzeszowski
al. Majora Wacława Kopisto 2a
35-310 Rzeszów
tel.: 17 851 68 11
e-mail: m.wolan@aol.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

CHEMIOTERAPIA I ONKOLOGICZNE PROGRAMY LEKOWE – KIERUNKI ZMIAN NA PRZESTRZENI OSTATNICH LAT

CHEMOTHERAPY AND THERAPEUTIC PROGRAMS – TRENDS ON IN RECENT YEARS

Anna Krzemińska[1], Erwin Strzesak[2]

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

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.11

STRESZCZENIE

Wstęp. Chemioterapia i onkologiczne programy lekowe wspierają pacjentów w walce z chorobami nowotworowymi. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację leków objętych programami lekowymi oraz stosowanych w chemioterapii sukcesywnie rosną. Czy przekłada się to na wzrost zasobów finansowych szpitali w ww. zakresach?
Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie aktualnie obowiązującego systemu i możliwości rozliczania onkologicznych terapii lekowych.
Materiał i metody. Analiza statystyczna uwzględniająca liczbę pacjentów Wielkopolskiego Centrum Onkologii w latach 2013–2016, leczonych w ramach chemioterapii i onkologicznych programów lekowych.
Wyniki. Zaobserwowano sukcesywny wzrost liczby pacjentów leczonych terapią specyfikami najnowszej generacji w programach terapeutycznych (lekowych), przy jednoczesnym spadku liczby pacjentów leczonych w ramach chemoterapii standardowej.
Wnioski. Rynek programów lekowych ma tendencję wzrostową. Zwiększa się nie tylko jego wartość, ale i zapotrzebowanie na terapie prowadzone produktami lekowymi najnowszej generacji.

Słowa kluczowe: onkologiczne programy lekowe, chemioterapia, rozliczanie świadczeń, leki.

ABSTRACT

Introduction. Chemotherapy and oncological drug programs support the patients in the fight against cancer. Expenditure of Narodowy Fundusz Zdrowia for reimbursement of medicines drugs gradually grow.
Aim of the study. The aim of this study is to present the current system and the accountability of oncology drug therapies.
Material and methods. Statistical analysis takes into account the number of patients Wielkopolskie Centrum Onkologii in the years 2012–2016, treated in chemotherapy and oncology therapeutic programs.
Results. In recent years, there is a clear upward trend patients of Wielkopolskie Centrum Onkologii within the drug programs.
Conclusions. Oncology terapeutic programms develop all the time. This increases not only its value, but the demand for product-drug treatments carried out the latest generation.

Keywords: oncology therapeutic programs, chemiotherapy, settlement services, drugs.

Wstęp

Współcześnie na choroby nowotworowe rocznie zapada ponad 140 tys. Polaków. Leczeniem pacjentów onkologicznych w ramach zawartych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia zajmują się wyspecjalizowane placówki medyczne. W chwili obecnej do najpowszechniej stosowanych rodzajów leczenia zaliczane są chemioterapia oraz onkologiczne programy lekowe. Kontrakty podpisywane ze szpitalami na świadczenia w zakresie chemioterapii i programów lekowych stanowią istotną część budżetu szpitala, zatem nic dziwnego w tym, iż świadczeniodawcy masowo biorą udział w konkursach ogłaszanych przez NFZ, w ww. przedmiotach postępowań. Zgodnie z informacją zamieszczoną przez Centralę Funduszu na leczenie pacjentów substancjami stosowanymi w ramach chemioterapii i programów lekowych NFZ w 2016 roku w ramach planu finansowego przeznaczył niemal 4 mld zł [1], co stanowi sumę, której warto się bliżej przyjrzeć.

Terapie lekowe w ramach NFZ

Opisując model rozliczeń leczenia onkologicznego, w uproszczeniu można przedstawić go w następujący sposób. Lekarz, kwalifikując pacjenta do leczenia onkologicznego, dysponuje listą leków refundowanych [2], połączoną ściśle z klasyfikacją rozpoznań ICD-10, zgodną z za-

łącznikiem do „Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych". Lista ta aktualizowana jest raz na 2 miesiące. Obecnie znajduje się na niej ok. 4 tys. substancji czynnych. A co się dzieje w przypadku, gdy lekarz chciałby zastosować u pacjenta inny sposób leczenia niż standardowy? Kilka lat wstecz mógł podjąć działania mające na celu zastosowanie u pacjenta leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej.

Przybliżając to pojęcie, należy wyjaśnić, iż polegała ona na możliwości zastosowania przez lekarza prowadzącego innego sposobu leczenia niż wykazany na liście leków refundowanych czy dostępny w ramach programów terapeutycznych. Lekarz musiał wówczas wystąpić do NFZ z wnioskiem o zgodę na sfinansowanie przez Fundusz danej terapii dla konkretnego pacjenta. Taki wniosek o leczenie niestandardowe, zanim trafił do Funduszu, musiał uzyskać pozytywną opinię regionalnego konsultanta ds. onkologii klinicznej.

Ponadto – zwykle w przypadku droższych cytostatyków – utworzone zostały tzw. programy terapeutyczne, czyli oddzielne umowy, w których NFZ zastrzega sobie kryteria kwalifikacji do leczenia i dyskwalifikacji oraz wprowadza kontrolę w postaci oceny efektów prowadzonego leczenia. Programy te stworzone zostały z myślą o chorych, u których leczenie standardowo stosowanymi lekami nie przyniosło spodziewanych efektów zdrowotnych.

Z dniem 1 lipca 2012 roku programy terapeutyczne zostały zastąpione programami lekowymi. Realizują one te same cele, ale podlegają innym regulacjom prawnym. Wprowadzenie tej zmiany miało dostosować polskie prawo do tzw. dyrektywy przejrzystości poprzez wprowadzenie bardziej transparentnych mechanizmów ustalania cen leków. Miało to stworzyć finansowe możliwości wprowadzania nowych, innowacyjnych leków i zwiększyć dostępność tych terapii.

Program lekowy to program zdrowotny w rozumieniu przepisów „Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych", obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych, lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych, w rozumieniu ustawy refundacyjnej [4]. Produkty lekowe używane w ramach programów są innowacyjne i wiążą się z wysokim nakładem finansowym. W programach może wziąć udział ściśle zdefiniowana grupa pacjentów, w powiązaniu z wybranymi jednostkami chorobowymi.

Treść programów lekowych jest przekazywana do publicznej wiadomości w załączniku do „Obwieszczenia Ministra Zdrowia (...) w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych". Kryją się tu kluczowe dla późniejszych rozliczeń z NFZ informacje, obejmujące:

- konkretną jednostkę chorobową powiązaną z możliwością leczenia w ramach danego programu lekowego,
- kryteria kwalifikacji świadczeniobiorcy do programu,
- kryteria wyłączenia z programu,
- schemat dawkowania leków,
- sposób podawania leków,
- wykaz badań diagnostycznych wykonywanych przy kwalifikacji pacjenta do programu oraz wykonywanych w trakcie leczenia, niezbędnych do jego monitorowania,
- sprawozdawczość informacji związanych z wdrożonym i kontynuowanym leczeniem do Narodowego Funduszu Zdrowia,
- obowiązek prowadzenia dokumentacji dodatkowej z uwzględnieniem rejestru powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie realizacji programu.

O włączeniu danego pacjenta do programu, w ramach posiadanych przez placówkę medyczną kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, decyduje lekarz prowadzący. Pacjent podpisuje wówczas kartę rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym, której oryginał należy przekazać do Funduszu, a kopię zachować w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

Pacjenci, którzy zakwalifikowali się do programów lekowych, są leczeni bezpłatnie. Decyzję o kwalifikacji podejmuje lekarz placówki posiadającej kontrakt w tym zakresie – w oparciu o szczegółowe kryteria włączenia do programu. Informacje o placówkach realizujących program w poszczególnych województwach znajdują się m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ lub są udzielane przez pracowników tych oddziałów.

Aktualnie, na podstawie „Obwieszczenia Ministra Zdrowia (...) w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych", terapia w ramach onkologicznych programów lekowych obejmuje:

- leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego,
- leczenie zaawansowanego raka jelita grubego,
- leczenie raka wątrobowokomórkowego,
- leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca,

- leczenie mięsaków tkanek miękkich,
- leczenie raka piersi,
- leczenie raka nerki,
- leczenie chłoniaków złośliwych,
- leczenie przewlekłej białaczki szpikowej,
- leczenie czerniaka skóry,
- leczenie zaawansowanego raka jajnika,
- leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie,
- leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki,
- lenalidomid w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego,
- leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego,
- leczenie zaawansowanego raka żołądka,
- leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych ipilimumabem,
- leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca z zastosowaniem afatynibu,
- leczenie opornych i nawrotowych postaci chłoniaków,
- leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem,
- leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej,
- leczenie dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z chromosomem Filadelfia (Ph+),
- leczenie beksarotenem ziarniniaka grzybiastego lub zespołu Sézary'ego,
- leczenie czerniaka skóry dabrafenibem,
- leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej,
- leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki,
- leczenie zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem.

Koszty leczenia w ramach programów onkologicznych

Wydatki na refundację leków objętych programami lekowymi oraz stosowanych w chemioterapii wyniosły w 2016 roku niemal 3,7 mld PLN – to więcej niż w roku poprzednim.

Łączna wartość refundacji opakowań produktów leczniczych dostępnych w 2016 roku w trybie programu lekowego i chemioterapii wyniosła 3677 mln PLN. W ramach tej kwoty sfinansowano m.in. najdroższe leki, dostępne wyłącznie w programach lekowych [5].

W roku 2016, w przeciągu 11 miesięcy, w czołówce najbardziej kosztownych substancji czynnych znajdują się:

- Herceptin (trastuzumab) – wielkość refundacji 252 056 071,61 PLN,
- Viekirax (ombitaswir + parytaprewir + rytonawir) – wielkość refundacji 174 977 554,56 PLN,
- MabThera (rytuksymab) – wielkość refundacji 155 987 968,29 PLN (**Rycina 1**).

Rynek programów lekowych ma tendencję wzrostową. Zwiększa się nie tylko jego wartość, ale i zapotrzebowanie na terapie prowadzone produktami lekowymi najnowszej generacji.

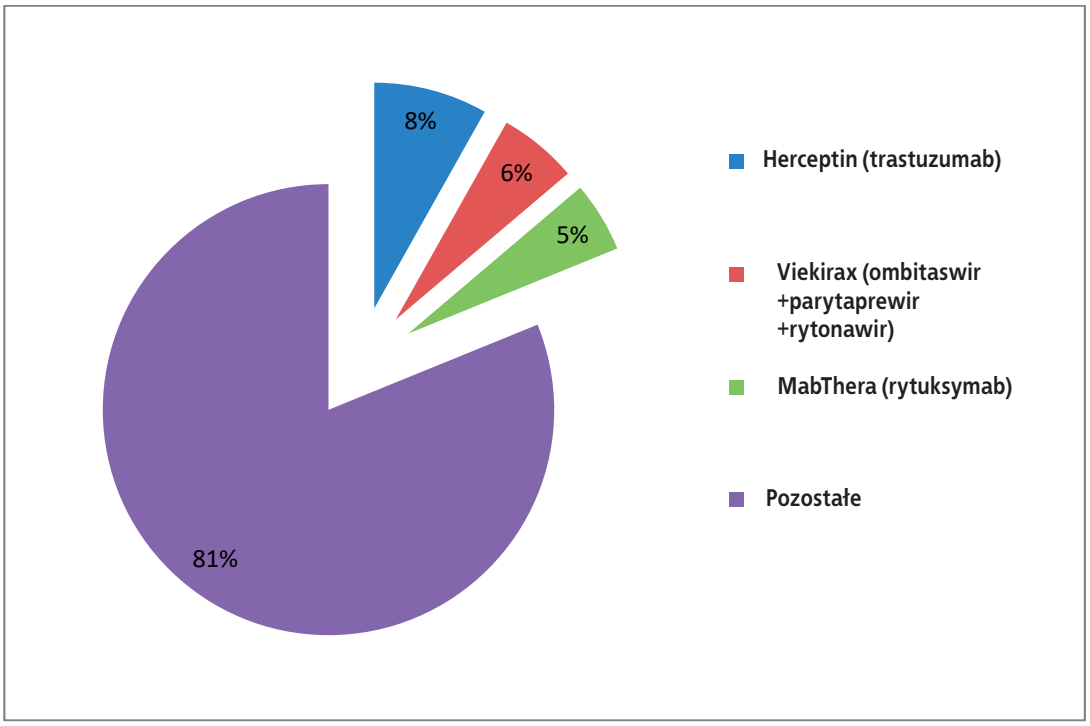
Chemioterapia a onkologiczne programy lekowe w praktyce

Poddano analizie liczbę pacjentów Wielkopolskiego Centrum Onkologii od 2013 roku. Celem było sprawdzenie, jak kształtują się proporcje między liczbą pacjentów leczonych w ramach onkologicznych programów lekowych a liczbą pacjentów leczonych ambulatoryjnie chemioterapią standardową (**Rycina 2**).

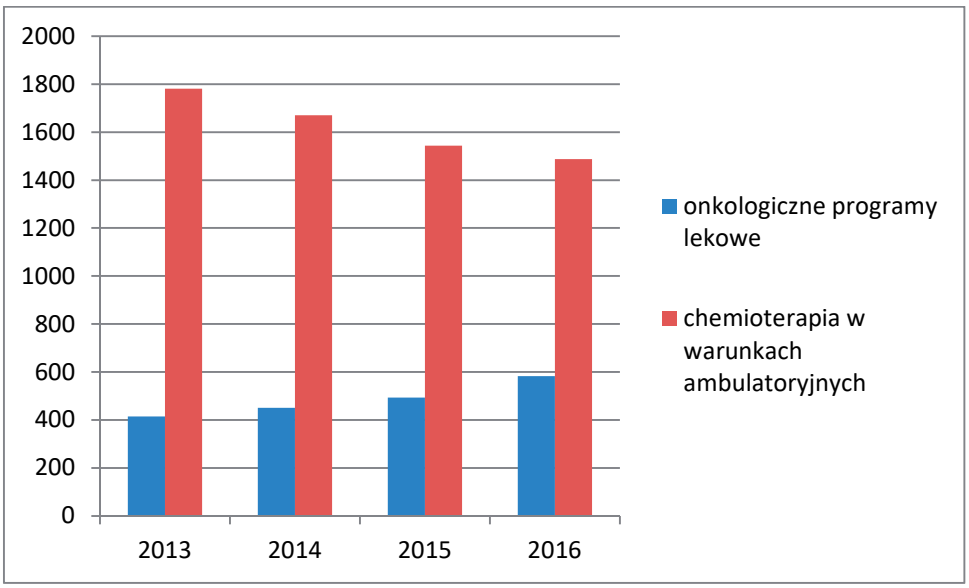
Zaobserwowano sukcesywny wzrost liczby pacjentów leczonych terapią specyfikami najnowszej generacji w programach terapeutycznych (lekowych), przy jednoczesnym spadku liczby pacjentów leczonych w ramach chemioterapii standardowej.

Przyszłość rozliczeń terapii lekowych w onkologii

Aktualnie Ministerstwo Zdrowia planuje włączenie chemioterapii i onkologicznych programów lekowych do rozliczeń opartych na modelu ryczałtowym, w ramach tzw. sieci szpitali. Wysokość ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy będzie zależała od liczby i struktury świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach [6]. Pozostaje więc przypuszczać, czy raczej liczyć na to, iż w przyszłości terapie lekowe w Polsce w odniesieniu do liczby potrzebujących pacjentów będą szeroko dostępne i zabezpieczone na odpowiednio wysokim poziomie.



Rycina 1. Najbardziej kosztowne substancje czynne



Rycina 2. Liczba pacjentów leczonych w ramach onkologicznych programów lekowych i ambulatoryjnie chemioterapią standardową w latach 2013–2016

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Komunikat Centrali NFZ z dnia 5.01.2017, http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-def,6950.html.
2. Zarządzenie Nr 80/2014/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia.

3. (Dostępne w Internecie:) http://www.aptekarzpolski.pl/2016/04/programy-lekowe/ (data dostępu: 02.04.2016).
4. Zarządzenie Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).
5. Komunikat Centrali NFZ z dnia 23.02.2017 r., http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikatdgl,6972.html.
6. Zasady finansowania w sieci szpitali, http://siecszpitali.mz.gov.pl/.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Anna Krzemińska
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu
ul. Garbary 15
61-866 Poznań
tel.: 61 885 09 52
e-mail: anna.krzeminska@wco.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

SZCZEPIENIE PRZECIW GRYPIE WŚRÓD STUDENTÓW MEDYCYNY ROZPOCZYNAJĄCYCH ZAJĘCIA KLINICZNE W SEZONIE EPIDEMICZNYM 2016/2017

VACCINATION AGAINST INFLUENZA AMONG MEDICAL STUDENTS WHO START THE CLINICAL CLASSES IN 2016/2017 FLU SEASON

Anna Kawalec, Agata Kawalec, Krystyna Pawlas

Katedra i Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.12

STRESZCZENIE

Wstęp. Grypa to ostra wirusowa choroba zakaźna. W określonych przypadkach może być przyczyną zaostrzeń przewlekłych chorób oraz wielonarządowych komplikacji wymagających hospitalizacji. Personel medyczny oraz studenci medycyny mający kontakt z pacjentami mogą stanowić potencjalne źródło zakażenia grypą osób z grup wysokiego ryzyka powikłań pogrypowych. Pomimo rekomendacji organizacji eksperckich wyszczepialność personelu medycznego przeciw grypie utrzymuje się na niskim poziomie.
Cel pracy. Ocena stopnia znajomości i przestrzegania zaleceń dla personelu medycznego w zakresie szczepień przeciw grypie wśród studentów wydziału lekarskiego. Ustalenie poziomu wyszczepialności przeciw grypie w badanej grupie, zidentyfikowanie czynników, które wpływają na decyzję o nieszczepieniu.
Materiał i metody. Anonimowe badanie ankietowe przeprowadzono wśród 388 studentów III roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
Wyniki. Zalecenia dla personelu medycznego i studentów mających kontakt z pacjentami w zakresie szczepień przeciwko grypie zna odpowiednio 76% i 73% ankietowanych. Jednak wyszczepialność przeciwko grypie w badanej grupie w sezonie 2015/2016 wynosiła 9,82%, natomiast w sezonie 2016/2017 – 8,76%. Najczęstszymi przyczynami nieszczepienia były brak czasu (32,74%), przekonanie, że szczepienie jest niepotrzebne (17,92%) bądź nieskuteczne (14,38%). Mimo objawów infekcji grypopodobnej 32% studentów uczestniczyło w zajęciach klinicznych z udziałem pacjentów.
Wnioski. Pomimo znajomości zaleceń dla personelu medycznego wyszczepialność przeciw grypie wśród studentów medycyny pozostaje na niezadowalającym poziomie. Konieczne są odpowiednie działania edukacyjne, zwłaszcza podnoszące świadomość studentów medycyny o tym, że stanowią potencjalne źródło zakażenia grypą pacjentów z wysokim ryzykiem ciężkich powikłań pogrypowych.

Słowa kluczowe: grypa, szczepienia, personel medyczny, studenci medycyny.

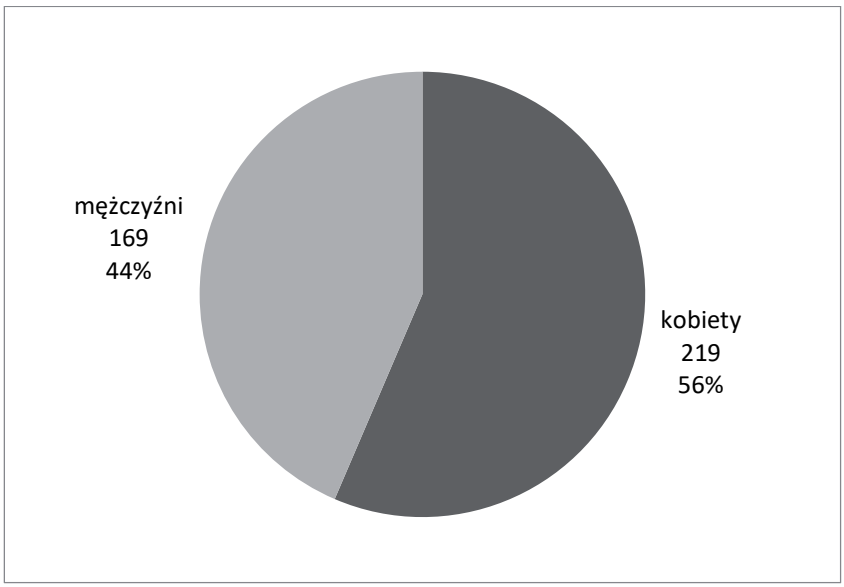
ABSTRACT

Introduction. Influenza is an acute viral contagious disease. In specific cases it can contribute to exacerbation of chronic diseases and multi-organ complications requiring hospitalization. Health care personnel and medical students who have contact with patients can be a potential source of influenza infection in persons at higher risk for influenza-related complications. Despite of recommendations of expert organisations the influenza immunisation rate among medical stuff remains low.
Aim of the study. Assessment of knowledge and compliance to influenza vaccines recommendations for health care workers among medical students. Estimating the influenza immunization rate in the study group, identification of factors affecting non-vaccination decision.
Material and methods. An anonymous questionnaire was conducted among 388 students of 3rd year of medicine at Wrocław Medical University.
Results. The influenza vaccine recommendations for health care personnel and medical students who have contact with patients are known respectively by 76% and 73% of the respondents. However the influenza immunization rate in season 2015/2016 was 9.82%, while in 2016/2017 – 8.76%. The most frequent reasons of non-vaccination were lack of time (32.74%), the belief that the vaccine is unnecessary (17.92%) or ineffective (14.38%). Despite of the symptoms of influenza-like infection 32% of students participated in clinical classes with patients.
Conclusions. In spite of the knowledge of recommendations for health care personnel the influenza immunization rate among medical students remains at unsatisfactory level. The appropriate educational activities are needed, especially those increasing awareness of being a potential source of influenza infection in patients with a high risk for severe influenza-related complications.

Keywords: influenza, vaccination, health care providers, medical students.

Wstęp

Grypa to ostra choroba zakaźna układu oddechowego stanowiąca istotny problem zdrowia publicznego. Przebieg grypy często jest łagodny, jednak w określonych przypadkach może być przyczyną zaostrzeń istniejących chorób oraz wielonarządowych komplikacji wymagających hospitalizacji. Szczególnie narażeni na powikłania są: dzieci poniżej 2. r.ż., pacjenci z chorobami przewlekłymi, osoby powyżej 65. r.ż. oraz kobiety w ciąży [1–3]. Światowa Organizacja Zdrowia jednoznacznie stwierdza, że najsku-



Rycina 1. Struktura płci uczestników badania

teczniejszą metodą walki z grypą w społeczeństwie jest profilaktyka, czyli szczepienia przeciw grypie [4, 5].

Zwraca się uwagę na rolę personelu medycznego, który może być wektorem w transmisji zakażeń, zwłaszcza że pacjenci to najczęściej osoby z wysokim ryzykiem powikłań pogrypowych. CDC (ang. Centers for Disease Control and Prevention – Centrum Kontroli i Prewencji Zakażeń) zaleca od 1981 roku regularne szczepienie przeciw grypie wszystkim pracownikom ochrony zdrowia [2]. Jednak pomimo rekomendacji wielu organizacji eksperckich wyszczepialność personelu medycznego przeciw grypie utrzymuje się na niskim poziomie, poniżej wymaganego dla osiągnięcia odporności zbiorowiskowej [5]. Szacuje się, że w Polsce jedynie 6% pracowników medycznych szczepi się przeciw grypie [1], odsetek ten jest niewiele wyższy niż w populacji generalnej (3,4% w sezonie 2015/2016) [6]. W najnowszych zaleceniach CDC wskazuje osoby szkolące się zawodowo w placówkach medycznych i mające kontakt z osobami z grup wysokiego ryzyka jako potencjalne źródło zakażenia pacjentów grypą. Z tego względu zalecenia dla HCW (ang. *health-care workers* – pracownicy służby zdrowia) odnoszą się także do studentów kierunków medycznych, którzy – zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia – należą do personelu medycznego. [3].

Cel pracy

Ocena stopnia znajomości i stosowania się do zaleceń dla personelu medycznego w zakresie szczepień przeciw grypie wśród studentów wydziału lekarskiego, którzy dopiero rozpoczynają zajęcia kliniczne. Ustalenie wyszczepialności przeciw grypie w badanej grupie, scharakteryzowanie postaw studentów wobec tego szczepienia oraz zidentyfikowanie czynników, które wpływają na nieszczepienie studentów.

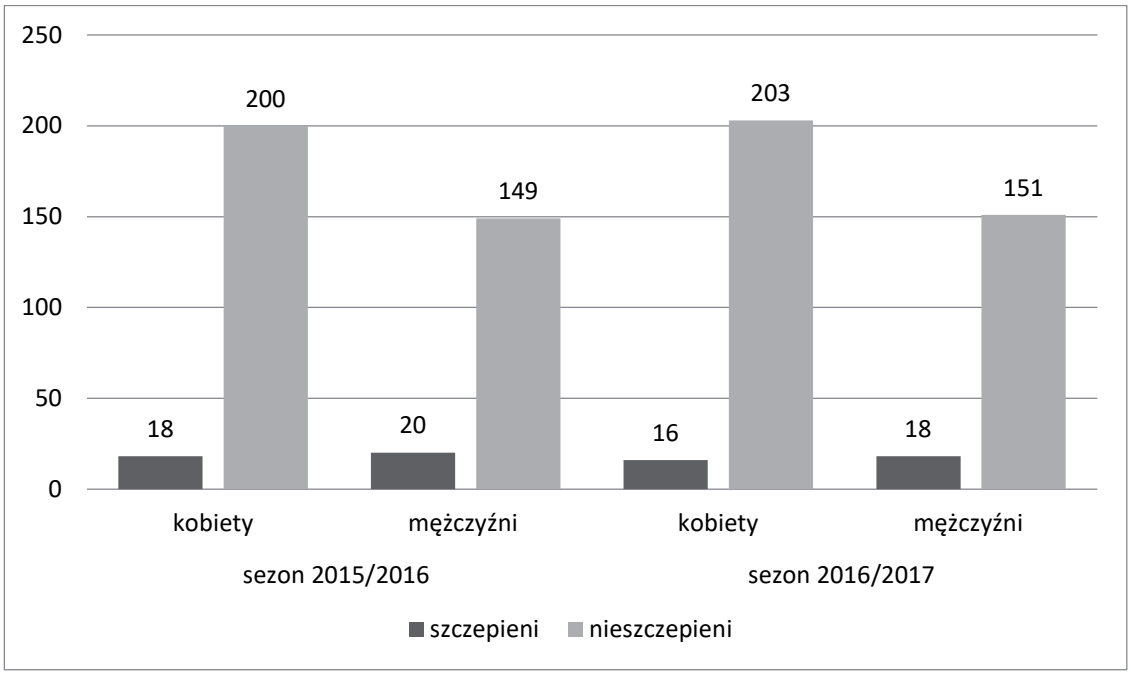
Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w terminie od 22 listopada do 2 grudnia 2016 roku. Materiał badawczy stanowiły dane zebrane od 388 studentów III roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, którzy po raz pierwszy w toku studiów będą uczestniczyć w ćwiczeniach klinicznych z udziałem pacjentów. Strukturę płci ankietowanych ilustruje **rycina 1**. Jako metodę badawczą wybrano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem opracowanego w tym celu autorskiego kwestionariusza. Anonimowa i dobrowolna ankieta zawierała 12 pytań dotyczących m.in. wykonawstwa szczepień przeciw grypie, przyczyn nieszczepienia, znajomości zaleceń dla personelu medycznego i studentów mających kontakt z pacjentami. Zebrane dane wprowadzono do arkusza kalkulacyjnego EXCEL i poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica v. 12 z użyciem testu χ^2 . Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu (nr 570/2016).

Wyniki

Wyszczepialność

W badanej grupie wyszczepialność przeciwko grypie w sezonie epidemicznym 2015/2016 wynosiła 9,82%, natomiast w okresie przeprowadzenia ankiety w sezonie 2016/2017 – 8,76% (**Rycina 2**). Regularnie w dwóch kolej-



Rycina 2. Wyszczepialność przeciw grypie w sezonie 2015/2016 i 2016/2017 w zależności od płci

Tabela 1. Historia osobista szczepień a powody nieszczepienia

	Ogółem (n = 330)	Szczepieni chociaż raz (n = 98)	Nigdy nieszczepieni (n = 232)
Liczba udzielonych odpowiedzi	452	127	325
Szczepienie jest niepotrzebne	81 (17,92%)	12 (9,45%)	69 (21,23%)
Szczepienie jest nieskuteczne	65 (14,38%)	18 (14,17%)	47 (14,46%)
Obawa przed niepożądanymi odczynami poszczepiennymi	26 (5,75%)	9 (7,09%)	17 (5,23%)
Koszty/odpłatność za szczepionkę	25 (5,53%)	4 (3,15%)	21 (6,46%)
Niedogodności związane ze szczepieniem	21 (4,65%)	3 (2,36%)	18 (5,54%)
Brak czasu	148 (32,74%)	54 (42,52%)	94 (28,92%)
Małe ryzyko zakażenia	54 (12%)	16 (12,6%)	38 (11,69%)
Lęk przed ukłuciem	4 (0,88%)	2 (1,57%)	2 (0,62%)
Nie wiem, gdzie się zaszczepić	21 (4,65%)	7 (5,51%)	14 (4,31%)
Przeciwwskazania	7 (1,55%)	2 (1,57%)	5 (1,54%)
		χ^2	p = 0,037

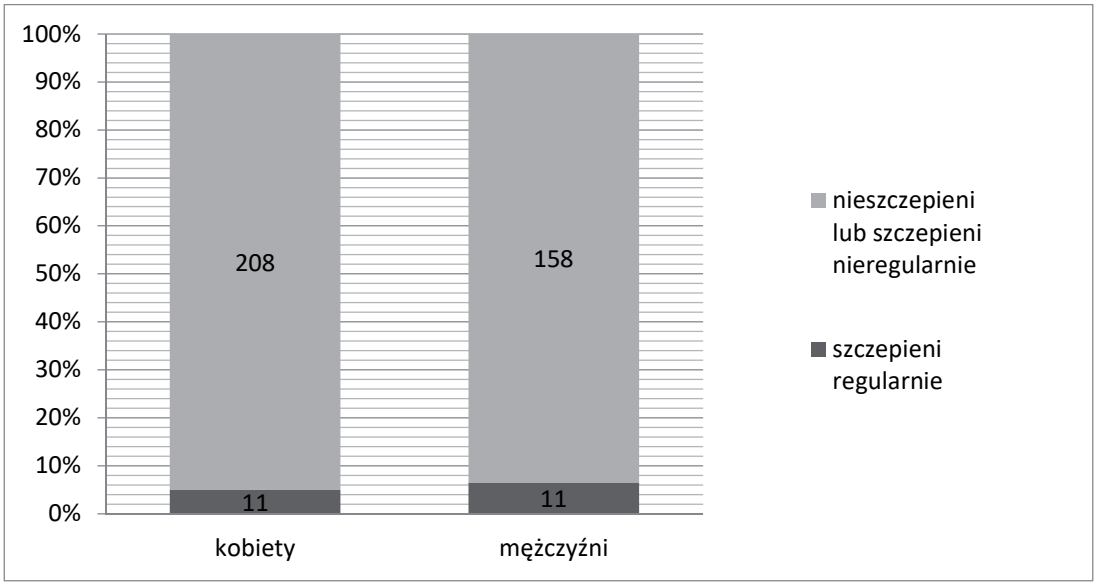
nych sezonach zaszczepiło się 5,6% studentów. Nie wykazano statystycznie istotnej różnicy w wyszczepialności w zależności od płci (**Rycina 3**). Chorobę przewlekłą, najczęściej astmę, jako dodatkowy powód uodpornienia w obecnym sezonie wskazało 11,76% osób zaszczepionych.

Przyczyny nieszczepienia

Najczęstszą przyczyną nieszczepienia był brak czasu (32,74%). Wykazano istotną statystycznie różnicę (p = 0,037) w udzielanych odpowiedziach na pytanie o przyczyny nieszczepienia pomiędzy nigdy nieszczepionymi studentami a szczepionymi przynajmniej raz. W grupie osób nigdy nieszczepionych przekonanie, że wakcynacja przeciw grypie jest niepotrzebna, częściej było powodem zaniechania szczepienia (21,23%) w porównaniu do studentów, którzy chociaż raz poddali się uodpornieniu (9,45%) (**Tabela 1**).

Infekcje grypopodobne a zajęcia „przy łóżku chorego"

Na podstawie subiektywnej oceny 34% studentów zaznaczyło, że w ciągu ostatniego roku wystąpiły u nich objawy infekcji grypopodobnej, a 32% respondentów czyn-



Rycina 3. Regularne szczepienie a płeć uczestników badania

nie uczestniczyło w tym czasie w zajęciach klinicznych z udziałem pacjentów.

Wiedza o szczepieniu przeciw grypie i zaleceniach CDC

Większość studentów (83%) poprawnie wskazała, że przeciw grypie należy szczepić się w każdym sezonie epidemicznym, a więc co roku. Właściwych odpowiedzi na pytania w zakresie szczepienia przeciwko grypie dla pracowników ochrony zdrowia oraz studentów medycyny mających kontakt z pacjentami udzieliło 76% i 73% ankietowanych, jednak odpowiedzi nie znało odpowiednio 13% i 19% studentów (**Rycina 4**).

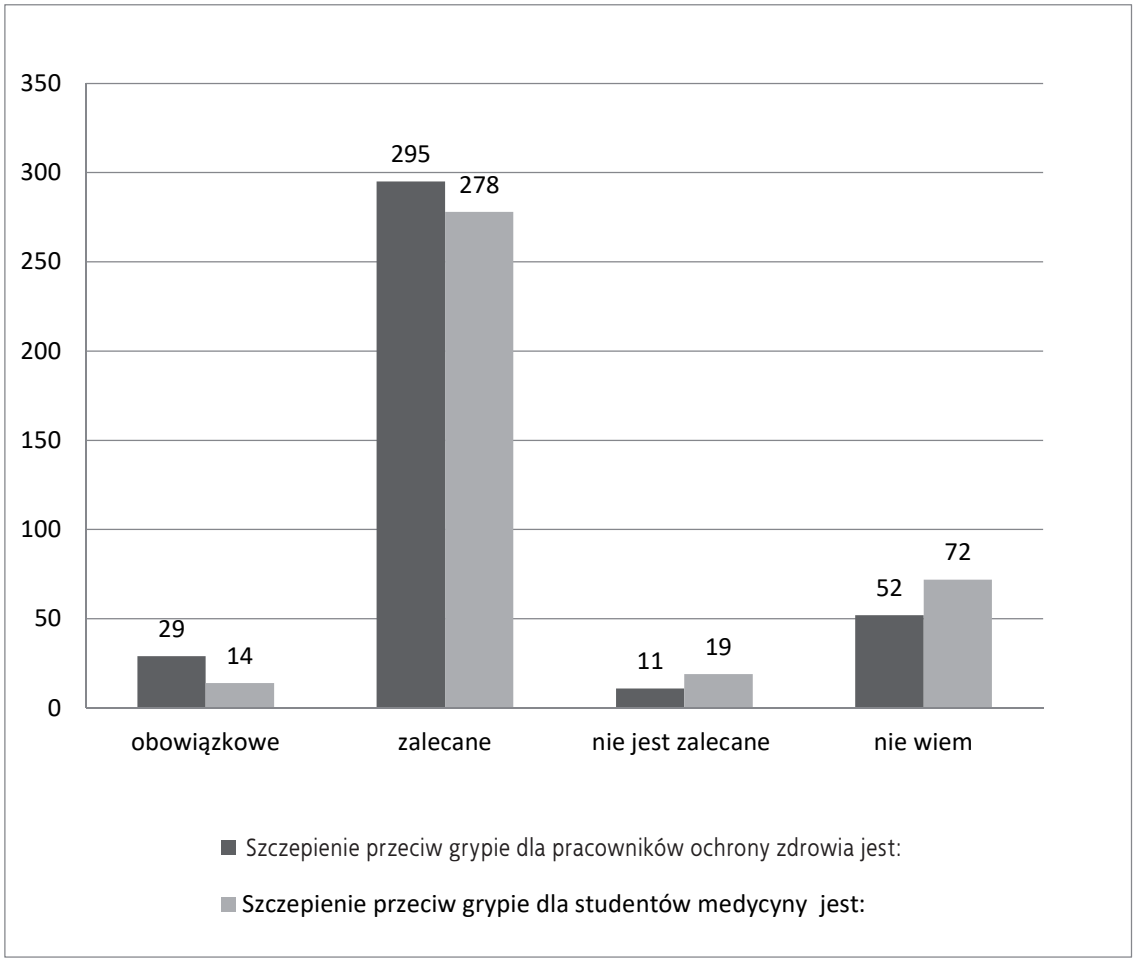
Najczęściej wskazywanymi przez respondentów źródłami wiedzy na temat szczepień przeciw grypie były zajęcia, w których uczestniczyli w trakcie studiów (31%), oraz Internet (21%) (**Rycina 5**).

Dyskusja

Pomimo apeli i rekomendacji uznanych organizacji eksperckich poziom zaszczepienia personelu medycznego przeciw grypie pozostaje niski zarówno na świecie (średnio 40–50% w USA), jak i w Polsce (5–6%) [4, 7]. Osoby szkolące się zawodowo w placówkach medycznych i mające kontakt z osobami z grup wysokiego ryzyka mogą stanowić, zgodnie ze stanowiskiem CDC, potencjalne źródło zakażenia pacjentów grypą. Stąd szczególną uwagę należy zwrócić na studentów, którzy dopiero rozpoczynają zajęcia kliniczne, i przekazywać im wiedzę zwłaszcza na temat grup, dla których szczepienie jest szczególnie zalecane, potencjalnych powikłań pogrypowych i ich konsekwencji, a przede wszystkim postaw przyszłych lekarzy wobec szczepienia przeciw grypie i jego wykonawstwa. W naszym badaniu wyszczepialność przeciw grypie wśród studentów III roku wynosiła około 9% i była prawie 50% wyższa niż personelu medycznego w Polsce. Jednakże kształtowała się na niższym poziomie niż w innych badaniach przeprowadzonych wśród polskich studentów medycyny. Banaszkiewicz i wsp. wskazują, że odsetek zaszczepionych studentów I oraz VI roku w sezonie 2014/2015 kształtował się na poziomie 16,5% [8], jeszcze wyższy był w grupie łódzkich studentów medycyny w sezonie 2012/2013 oraz 2013/2014 i wynosił 39,8% [9]. Również odsetek wrocławskich studentów, którzy szczepią się przeciw grypie regularnie w trakcie dwóch kolejnych sezonów, był niższy niż warszawskich i łódzkich studentów (5,6% w porównaniu do 13,4% i 24%) [9, 10]. W artykułach brak jest informacji, które pozwoliłyby przeanalizować przyczyny różnic w wyszczepialności studentów w poszczególnych ośrodkach. Jak wskazują doniesienia z innych krajów, odsetek studentów wykonujących szczepienia przeciw grypie jest zróżnicowany, wynosi około 4% w Iranie, 19% we Francji oraz do 63% w Ameryce [10, 11].

W przeprowadzonej ankiecie 11,76% osób zaszczepionych zaznaczało choroby przewlekłe jako jeden z powodów szczepienia przeciwko grypie, co jest porównywalne z wynikami uzyskanymi w badaniu warszawskim, w którym 13% ankietowanych zgłaszało powyższe schorzenia jako dodatkowe wskazanie do wakcynacji [10].

Najczęściej wskazywanymi przyczynami nieszczepienia w badanej grupie były brak czasu oraz przekonanie, że szczepienie jest niepotrzebne lub nieskuteczne. Podobnie

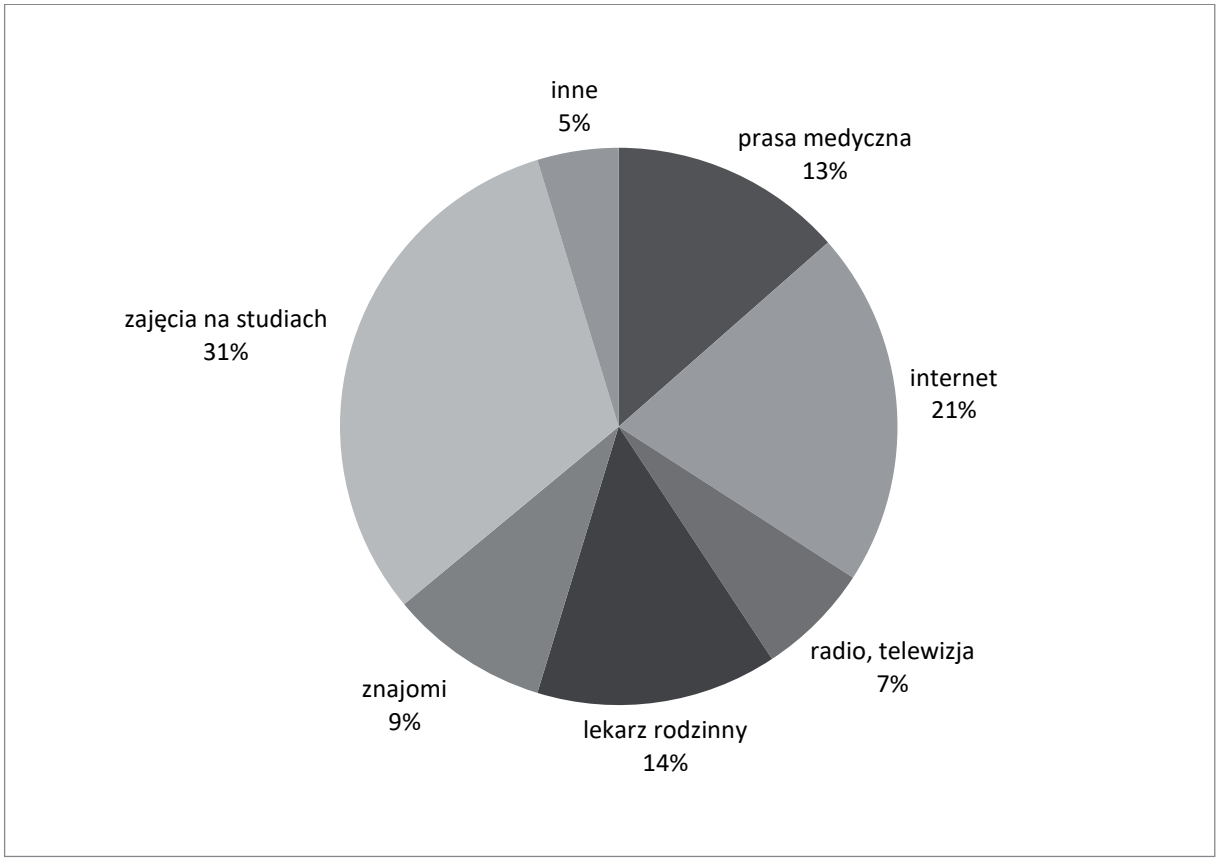


Rycina 4. Znajomość zaleceń w zakresie szczepień przeciw grypie dla pracowników ochrony zdrowia oraz studentów medycyny

ważną przyczyną zaznaczaną przez warszawskich lekarzy i studentów były brak czasu i lenistwo [10]. W przeprowadzonym przez Grzelę i wsp. badaniu opinii personelu medycznego na temat szczepień przeciw grypie dominuje ocena, że nie są one skuteczne (63% lekarzy oraz 40% pielęgniarek) [12]. Z kolei w Stanach Zjednoczonych podobnie uważa jedna czwarta pracowników ochrony zdrowia, a 4% jako przyczynę nieszczepienia wskazuje brak czasu [13]. Natomiast z doniesień autorów francuskich wynika, że najczęstszymi powodami zaniechania uodpornienia przeciw sezonowej grypie wśród HCW jest przekonanie o dobrym zdrowiu i sprawnym systemie immunologicznym oraz wątpliwości co do bezpieczeństwa szczepionki [14].

W dostępnej literaturze szacuje się, że nawet do 75% lekarzy wykonuje obowiązki zawodowe, mając objawy chorobowe świadczące o aktualnej infekcji dróg oddechowych [4, 15]. Zielonka i wsp. zwracają w swojej pracy uwagę na problem zakażenia pacjentów grypą przez studentów uczestniczących w ćwiczeniach pomimo infekcji oraz idące za tym implikacje prawno-etyczne [10]. W naszych badaniach blisko jedna trzecia studentów przyznała, że mimo objawów grypopodobnych bierze udział w zajęciach klinicznych z udziałem chorych.

Około trzech czwartych studentów III roku zna zalecenia dla personelu medycznego w zakresie szczepień przeciw grypie, jednak wiedza ta nie przekłada się na praktykę, a wyszczepialność studentów pozostaje na niskim poziomie. Najczęściej wskazywanym przez ankietowanych źródłem wiedzy na ten temat są zajęcia w trakcie studiów, w związku z czym powinno się zwracać większą uwagę na powyższe zagadnienia podczas ćwiczeń z zakresu profilaktyki. Warto przytoczyć wyniki badań o skuteczności szczepień przeciw grypie oraz dyskutować o krążących mitach na temat ich bezpieczeństwa. Ponadto należy poinformować studentów, gdzie mogą się zaszczepić, gdyż w naszym badaniu 6% ankietowanych nie miało takiej wiedzy. Być może zapewnienie przez uczelnie możliwości bezpłatnego szczepienia przeciw grypie lub odpłatnego tylko częściowo (8% badanych jako powód nieszczepienia wskazało związane z nim koszty) przełożyłoby się



Rycina 5. Źródła wiedzy na temat grypy i szczepienia przeciwko grypie

na zwiększenie wyszczepialności przeciw grypie wśród studentów. Przykładem realizacji takiego rozwiązania są zaproponowane przez Zielonkę i wsp. zajęcia praktyczne z zakresu wakcynologii, podczas których studenci wzajemnie kwalifikowaliby się do szczepień i wykonywali je pod nadzorem asystentów [10]. Jednak należy pamiętać, że na podjęcie decyzji o szczepieniu, oprócz posiadanej wiedzy, wpływ ma wiele różnych czynników, w tym emocjonalny stosunek do szczepienia, uwarunkowania społeczne oraz przykład dawany przez wykładowców i asystentów [8].

Uzyskane przez nas wyniki potwierdzają potrzebę prowadzenia dalszych działań w zakresie podnoszenia wśród studentów medycyny wiedzy na temat grypy i roli, jaką personel medyczny może odgrywać w transmisji zakażeń na pacjentów, którzy często należą do osób szczególnie narażonych na ryzyko poważnych powikłań pogrypowych. Ważne jest kształtowanie odpowiednich postaw w trakcie studiów, gdyż może to się przełożyć nie tylko na zwiększenie wyszczepialności przeciw grypie wśród lekarzy, ale także w całym społeczeństwie poprzez rekomendowanie szczepienia przeciw grypie przyszłym pacjentom.

Wnioski

1. Wyszczepialność przeciw grypie wśród studentów medycyny pozostaje na niezadowalającym poziomie.
2. Znajomość zaleceń dla HCW w zakresie szczepień przeciw grypie nie przekłada się na ich wykonywanie w badanej grupie.
3. Potencjalne zakażenie pacjenta przez studenta mającego objawy infekcji grypopodobnej uczestniczącego w zajęciach klinicznych jest problemem wymagającym analizy i ewentualnego podjęcia prób jego rozwiązania.
4. Konieczne są działania nie tylko podnoszące świadomość studentów medycyny w zakresie szczepień przeciw grypie, ale także promujące ich stosowanie w praktyce.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Gołębiak I, Pulkowska-Nowocień A, Topczewska-Cabanek A. Wiedza, postrzeganie i wykonawstwo szczepień przeciw grypie wśród personelu pielęgniarskiego. Fam Med Prim Care Rev. 2015; 17(1): 15–18.
2. Poland GA, Tosh P, Jacobson RM. Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept. Vaccine. 2005; 23(17): 2251–2255.
3. Grohskopf LA, Sokolow LZ, MSc, Broder KR et al. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2016–17 influenza season. MMWR Recomm Rep. 2016; 65(5): 1–54.
4. Roży A, Jaguś P, Chorostowska-Wynimko J. Zakażenia wirusowe układu oddechowego w środowisku pracy służby zdrowia. Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka. 2014, 4: 27–29.
5. Ng ANM, Lai CKY. Effectiveness of seasonal influenza vaccination in healthcare workers: a systematic review. J Hosp Infect. 2011; 79(4): 279–286.
6. Brydak LB. Skutki zdrowotne i ekonomiczne zakażeń grypą w aspekcie zdrowia publicznego. Pol Prz Nauk Zdr. 2016; 4(49): 401–407.
7. Shefer A, Atkinson W, Friedman C et al. Immunization of health-care personnel. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011; 60(7): 1–45.
8. Banaszkiewicz A, Talarek E, Śliwka J, Kazubski F, Małecka I, Kuchar E et al. Awareness of influenza and attitude toward influenza vaccination among medical students. Adv Exp Med Biol. 2016; 934: 83–88.
9. Stasiak A, Maszke M, Kałucka S. Stosunek do szczepień przeciw grypie i zaszczepienie przeciw grypie wśród studentów medycyny w latach 2012–2013 i 2013–2014. Fam Med Prim Care Rev. 2014; 16(2): 166–168.
10. Zielonka TM, Lesiński J, Życińska K. Szczepienia przeciwko grypie personelu medycznego warszawskich szpitali klinicznych i studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Med Pracy. 2009; 60(5): 369–376.
11. Askarian M, Khazaeipour Z, McLaws ML. Influenza vaccination uptake among students and clinical staff of a university in Iran. Int J Infect Dis. 2009; 13(4): 476–482.
12. Grzela AM, Panczyk M, Gotlib J. Opinie na temat szczepienia przeciwko grypie wśród pracowników ochrony zdrowia – doniesienie wstępne. Piel Pol. 2016; 2(60): 158–164.
13. Hakim H, Gaur AH, McCullers JA. Motivating factors for high rates of influenza vaccination among healthcare workers. Vaccine. 2011; 29(35): 5963–5969.
14. Tanguy M, Boyeau C, Pean S. Acceptance of seasonal and pandemic a (H1N1) 2009 influenza vaccination by healthcare workers in a French Teaching Hospital. Vaccine. 2011; 29(25): 4190–4194.
15. SAGE Working Group. Background paper on influenza vaccines and immunization. Geneva: World Health Organization; 2012.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Anna Kawalec
Katedra i Zakład Higieny
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Jana Mikulicza-Radeckiego 7
50-435 Wrocław
tel.: 71 784 01 05
fax: 71 784 15 03
e-mail: anna.kawalec@poczta.onet.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

PSYCHOSPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE PACJENTÓW PODDAWANYCH HEMODIALIZIE

PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

Aneta Grochowska[1], Małgorzata Kołpa[2], Iwona Bodys-Cupak[2], Przemysław Zając[3]

[1] Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
[2] Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie
[3] Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.13

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła niewydolność nerek przebiega z okresami zaostrzeń i poprawy, ze świadomością nieuleczalności bądź oczekiwaniem na wykonanie przeszczepu. Procesu chorobowego nie można zatrzymać lub wyleczyć, a zastosowanie dializoterapii wpływa na przedłużenie życia pacjenta. W związku z tym u chorego występują sytuacje trudne, związane ze stałymi dolegliwościami lub z pojawieniem się nowych.
Cel pracy. Celem pracy było poznanie wpływu hemodializy na psychospołeczne funkcjonowanie chorych.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Tarnowie i Brzesku. W badaniu wzięły udział 74 osoby w wieku od 25 do 86 lat, średni wiek badanych wyniósł M = 66 lat (SD = 11,5 roku). Badania w tym ośrodku przeprowadzono w pierwszej połowie 2015 roku.
Do badań posłużył krótki kwestionariusz autorski oraz formularz Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SF 1.3) przeznaczony do oceny jakości życia chorych leczonych nerkozastępczo. Analizy statystyczne przeprowadzono pakietem statystycznym Statistica Pl 8.0 (StatSoft).
Wyniki. Prawie wszystkie osoby (92%) przyznały, że z powodu problemów emocjonalnych ograniczyły ilość czasu poświęcanego na pracę lub inne czynności. Wraz z wiekiem zmniejsza się ilość czasu spędzanego w pracy lub przeznaczanego na wykonywanie innych czynności (p = 0,033), natomiast częściej z powodu stanu zdrowia fizycznego pojawiają się trudności w wykonaniu pracy lub innych czynności (p = 0,003). Im dłuższy był czas leczenia metodą hemodializy u badanych osób, tym częściej z powodu stanu zdrowia fizycznego ograniczały one rodzaj wykonywanej pracy lub innych czynności (p = 0,005).
Wnioski. Wiek oraz czas trwania dializ determinują funkcjonowanie pacjentów w sferze społecznej, zawodowej i emocjonalnej. Samopoczucie pacjentów dializowanych jest gorsze niż samopoczucie osoby zdrowej, jest to spowodowane często występującymi skutkami ubocznymi oraz powikłaniami terapii nerkozastępczej.

Słowa kluczowe: hemodializa, przewlekła niewydolność nerek, choroby nerek.

ABSTRACT

Introduction. Chronic renal failure progresses with periods of exacerbation and improvement together with awareness of its incurability or awaiting a transplant. The development of the disease cannot be stopped or cured and the application of dialysis prolongs a patient's life. Thus a patient experiences difficult situations related with constant occurrence of ailments or demonstration of new ones.
Aim of the study. The objective of this work was to determine the impact of hemodialysis on psycho-social functioning of patients.
Material and methods. The research was conducted in Tarnów and Brzesko. It involved 74 research participants aged 25 to 86, the average age of the surveyed was M = 66 years (SD = 1.5 years). The research was carried out at these centres in the first half of the year 2015.
In the study a short author's own survey and Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SF 1.3) form assessing quality of life of patients in renal replacing therapy were used. The statistical analysis was conducted with the use of Pl 8.0 (StatSoft) statistics package.
Results. Almost all individuals (92%) admitted that due to their emotional problems they had reduced their time spent on work or on other activities. With age, the amount of time spent on work or purposed for performing other activities decreases (p = 0.033), whereas difficulties at work or while performing other activities occur most frequently due to health condition (p = 0.003). The longer the hemodialysis method treatment was, the more frequently the studied individuals would reduce the kind of work or other activities performed, and this for health reasons (p = 0.005).
Conclusions. Age and duration of dialysis determine patients' functioning in the social, vocational and emotional spheres. The state of being of dialysed patients is worse than the state of being of a healthy person, which is contributed to occurring side-effects and complications in renal replacing therapy.

Keywords: hemodialysis, chronic renal failure, kidney diseases.

Wstęp

Przewlekła choroba nerek (PChN) to zespół chorobowy, który charakteryzuje się powolnym, ale nieodwracalnym i przeważnie postępującym pogorszeniem funkcji nerek [1]. Przewlekła niewydolność nerek prowadzi w konsekwencji do konieczności wdrożenia leczenia nerkozastępczego, jakim jest dializoterapia.

Cierpienie i choroba od wieków towarzyszą ludzkiej egzystencji. Niekiedy wypełniają większość życia, wpływając na jego jakość. Diagnoza lekarska mówiąca o schyłkowej

niewydolności nerek oraz konieczności zastosowania dializoterapii stawia chorego w trudnej sytuacji, w której nie zawsze może się odnaleźć. Reakcja na chorobę zależy od indywidualnych cech psychofizycznych pacjenta, doświadczenia życiowego, wychowania i środowiska, świadomości chorego co do przebiegu choroby i jej pokonania oraz sytuacji życiowej [2]. Przewlekła niewydolność nerek przebiega z okresami zaostrzeń i poprawy, ze świadomością nieuleczalności bądź oczekiwaniem na wykonanie przeszczepu. Procesu chorobowego nie można zatrzymać lub wyleczyć, a zastosowanie dializoterapii wpływa na przedłużenie życia pacjenta. Dlatego u chorego występują sytuacje trudne, związane ze stałymi dolegliwościami lub z pojawieniem się nowych.

Przewlekła choroba zmienia plany, ogranicza lub wręcz uniemożliwia niektóre zamierzenia i działania. Rodzi to frustracje w życiu codziennym [3]. Człowiek reaguje na sytuacje frustracyjne mechanizmami obronnymi, które określane są jako utrwalone i nieświadome sposoby zachowania obniżające negatywne napięcie emocjonalne, a jednocześnie pomagające w utrzymaniu pozytywnej samooceny [3]. Najczęstszymi mechanizmami obronnymi są: wyparcie, tłumienie, upozorowanie i akceptacja. Najbardziej optymalną i oczekiwaną z punktu widzenia terapii jest akceptacja rozpoznania gwarantująca współpracę z personelem oddziału.

Człowiek chory ma poczucie pozbawienia wolności lub jej ograniczenia. Życie dializowanego jest uzależnione w pewnym stopniu od rodzaju terapii. Występuje konieczność przyjeżdżania do ośrodka średnio trzy razy w tygodniu i spędzania tam przeciętnie 5–6 godzin. Chory musi także zachować rygory diety, stosować samopielęgnację, samoobserwację i samoleczenie [4].

Choroba wywołuje szereg zmian w realizacji podstawowych funkcji rodziny. Pacjent dializowany ma ograniczenie sprawności i wydolności w wykonywaniu codziennych czynności. Wynika to zarówno z obecności dolegliwości związanych z podstawową chorobą i dializoterapią, jak również z konieczności systematycznego przyjeżdżania do ośrodka dializ. W związku z tym zmieniają się dotychczasowe proporcje uczestniczenia poszczególnych członków rodziny w realizacji czynności dnia codziennego. W sposób znaczący zmienia się również funkcja opiekuńczo-lecznicza i emocjonalna. Czas wymagany na dializy pochłania czas wolny, rodzą się konflikty, frustracja, poczucie winy i depresja u członków rodziny. Często rodzina i przyjaciele traktują chorego jak osobę, która nie ma wiele życia przed sobą. Rodzinie może być trudno wyrazić swój gniew czy negatywne uczucia. Pielęgniarka może wspierać rodzinę, wyjaśniając jej członkom, że uczucia gniewu i irytacji są normalną reakcją emocjonalną. Może też poinformować, od kogo mogą oczekiwać wiedzy, informacji oraz pomocy. Rodzina chorego powinna być zaangażowana w leczenie i podejmowanie decyzji dotyczących chorego [5, 6].

Pogorszeniu ulega również możliwość uczestniczenia w życiu kulturalnym i towarzyskim. Główną przyczyną takiego stanu jest pogorszenie stanu zdrowia i terapia hemodializy, ograniczenia dietetyczne, a także pogorszenie warunków materialnych. Większość pacjentów ma poczucie społecznej nieprzydatności i odsunięcia od życia. Taki stan spowodowany jest koniecznością ograniczenia pracy lub wręcz rezygnacją z niej. Istotnym więc działaniem jest pomoc pacjentom dializowanym w podjęciu zatrudnienia, umożliwienie rozwoju naukowego czy zainteresowań [7].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie wpływu hemodializy na psychospołeczne funkcjonowanie chorych.

Organizacja i przebieg badań

Badania przeprowadzono w Tarnowie, na Oddziale Dializ Specjalistycznego Szpitala im. Edwarda Szczeklika w okresie od 28 stycznia do 3 marca 2015 roku. Badaniami objęto 35-osobową grupę dializowanych w tym ośrodku, w wieku od 40 do 86 lat. Drugą grupę badanych stanowiło 39 osób dializowanych w Centrum Dializ, Oddział w Brzesku, w wieku od 25 do 84 lat. Badania w tym ośrodku przeprowadzono w czasie od 11 lutego do 9 kwietnia 2015 roku.

Przed badaniami poinformowano chorych o celu i dobrowolności udziału w badaniu, zapewniono również o zachowaniu anonimowości. Każdemu choremu indywidualnie wyjaśniono sposób wypełniania kwestionariusza. Zagwarantowano chorym czas niezbędny do wypełnienia ankiety. Zebrany materiał badawczy poddano analizie i wykorzystano w całości w pracy.

Metody badań

Do badań posłużył krótki kwestionariusz autorski oraz formularz Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SF 1.3) przeznaczony do oceny jakości życia chorych leczonych nerkozastępczo. Analizy statystyczne przeprowadzono pakietem statystycznym Statistica Pl 8.0 (StatSoft).

Wyniki badań

W badaniu wzięły udział 74 osoby w wieku od 25 do 86 lat, średni wiek badanych wyniósł M = 66 lat (SD = 11,5 roku). Ponad połowę badanych osób stanowili mężczyźni (58%). W związku małżeńskim było 61% ankietowanych. Osoby owdowiałe stanowiły jedną piątą ankietowanych, natomiast osoby stanu wolnego – 19%. Tereny wiejskie

zamieszkiwało 68% osób. W miastach od 50 do 200 tys. mieszkańców mieszkało 16% badanych, w miastach od 5 do 50 tys. mieszkańców – 11% osób, pozostałe 5% – w miastach do 5 tys. mieszkańców. Ponad połowa ankietowanych mieszkała z małżonkiem, dziećmi i wnukami (61%), osoby mieszkające z rodziną (dziećmi, wnukami) stanowiły 18% badanych, natomiast mieszkające z innymi osobami stanowiły 15% badanych. Zdecydowana większość respondentów potwierdziła posiadanie dzieci (82%). Wśród ankietowanych 47% deklarowało wykształcenie podstawowe, 37% – wykształcenie zawodowe, 15% – wykształcenie średnie zawodowe, a 1% podał wykształcenie średnie ogólnokształcące. Osoby niepracujące stanowiły 97% objętych badaniem. Głównym źródłem utrzymania osób niepracujących była emerytura (74%). Blisko 31% osób pobierało rentę inwalidzką, a 1% miał zasiłek dla bezrobotnych. Zdecydowana większość badanych oceniła swoje warunki ekonomiczne jako dobre (78%). Podobnie ankietowani ocenili warunki mieszkaniowe. Za dobre uznało je 88%, bardzo dobre – 6%, przeciętne – 5%, a złe zadeklarował 1% ankietowanych.

Prawie wszystkie osoby (92%) przyznały, że z powodu problemów emocjonalnych ograniczyły ilość czasu poświęcanego na pracę lub inne czynności. Blisko połowa ankietowanych (46%) z powodu problemów emocjonalnych osiągała mniej, niż by chciała, a 31% wykonywało pracę lub inne czynności mniej dokładnie. Ponad połowa respondentów (51%) przyznała, że zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne nieznacznie wpłynęły na ich normalną aktywność społeczną w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów lub innych grup. Średni wpływ potwierdziło 35% respondentów, według 8% wpływ ten był znaczny, a według 6% był bardzo duży. Połowa ankietowanych (50%) przyznała, że ból nieznacznie przeszkadzał im w normalnej pracy (wliczając pracę poza domem i w domu). Blisko jedna trzecia respondentów (32%) stwierdziła, że ból przeszkadzał im średnio.

Analiza badań wykazała, że wraz z wiekiem zmniejsza się ilość czasu spędzanego w pracy lub przeznaczanego na wykonywanie innych czynności ($p = 0,033$), natomiast częściej z powodu stanu zdrowia fizycznego pojawiają się trudności w wykonaniu pracy lub innych czynności ($p = 0,003$). Ponadto im dłuższy był czas leczenia metodą hemodializy u badanych osób, tym częściej z powodu stanu zdrowia fizycznego ograniczały one rodzaj wykonywanej pracy lub innych czynności ($p = 0,005$) (**Tabela 1**).

W wyniku analizy stwierdzono, że im ankietowani byli starsi, tym częściej ograniczali ilość czasu spędzanego na pracy lub innych czynnościach ($p = 0,012$), częściej osiągali mniej, niż by chcieli ($p = 0,004$) oraz częściej wykonywali pracę lub inne czynności mniej dokładnie z powodu problemów emocjonalnych ($p = 0,01$). Ponadto im dłuższy był czas leczenia metodą hemodializy, tym częściej wykonywali pracę lub inne czynności mniej dokładnie z powodu problemów emocjonalnych ($p = 0,007$) (**Tabela 2**).

Tabela 1. Związek pomiędzy wiekiem i czasem leczenia metodą hemodializy a występowaniem, spowodowanych stanem zdrowia fizycznego, problemów w pracy lub codziennych zajęciach u badanych osób

Zmienna	Wiek		Czas wykonywania dializy/ hemodializy	
	rho-Spearmana	poziom istotności	rho-Spearmana	poziom istotności
Skrócenie ilości czasu spędzanego na pracy lub innych czynnościach	-0,25	0,033	-0,13	0,283
Osiąganie mniej, niż by się chciało	-0,15	0,191	0,02	0,886
Ograniczenie rodzaju wykonywanej pracy lub innych czynności	-0,42	< 0,001	-0,32	0,005
Miał(a) Pan(i) trudności w wykonaniu pracy lub innych czynności	-0,35	0,003	-0,15	0,189

Tabela 2. Związek pomiędzy wiekiem i czasem wykonywania hemodializy a występowaniem, spowodowanych stanem emocjonalnym, problemów w pracy lub codziennych czynnościach u badanych osób

Zmienna	Wiek		Czas wykonywania hemodializy	
	rho-Spearmana	poziom istotności	rho-Spearmana	poziom istotności
Ograniczenie ilości czasu spędzanego na pracy lub innych czynnościach	-0,29	0,012	-0,19	0,097
Osiąganie mniej, niż by się chciało	-0,33	0,004	-0,22	0,061
Wykonywał(a) Pan(i) pracę lub inne czynności mniej dokładnie	-0,30	0,010	-0,31	0,007

Tabela 3. Związek pomiędzy wiekiem i czasem wykonywania hemodializy a oceną stopnia wpływu stanu zdrowia fizycznego lub problemów emocjonalnych na normalną aktywność społeczną oraz oceną stopnia utrudniania normalnej pracy przez ból według badanych osób

Zmienna	Wiek		Czas wykonywania dializy hemodializy	
	rho-Spearmana	poziom istotności	rho-Spearmana	poziom istotności
Stopień wpływu zdrowia fizycznego lub problemów emocjonalnych na normalną aktywność społeczną w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów lub innych grup	0,30	0,008	0,12	0,318
Stopień utrudniania normalnej pracy (wliczając pracę poza domem i w domu) przez ból	0,27	0,018	0,15	0,214

Tabela 4. Płeć a odczucia i reakcje badanych osób

Zmienna	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu U M-W	Poziom istotności
Stronił(a) Pan(i) od ludzi?	K M	1,16 1,26	0,37 0,62	0,19	0,851
Reagował(a) Pan(i) wolno na to, co ludzie mówili lub robili?	K M	2,00 2,14	0,00 0,35	2,15	0,031
Odnosił(a) się Pan(i) z rozdrażnieniem do osób znajdujących się w otoczeniu?	K M	1,65 1,63	0,55 0,72	0,44	0,658
Miał(a) Pan(i) trudności z koncentracją lub myśleniem?	K M	2,84 2,95	0,52 0,72	0,42	0,677
Układało się Panu(i) dobrze z innymi ludźmi?	K M	3,84 3,40	0,97 0,73	2,08	0,038
Czuł(a) się Pan(i) zakłopotany(a)?	K M	3,19 3,44	0,54 0,67	1,51	0,131

Analiza badań wykazała, że im osoby były starsze, tym silniej ból przeszkadzał im w normalnej pracy (wliczając pracę poza domem i w domu) ($p = 0,018$) oraz tym bardziej ich zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne wpływały na normalną aktywność społeczną w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów lub innych grup ($p = 0,008$) (**Tabela 3**).

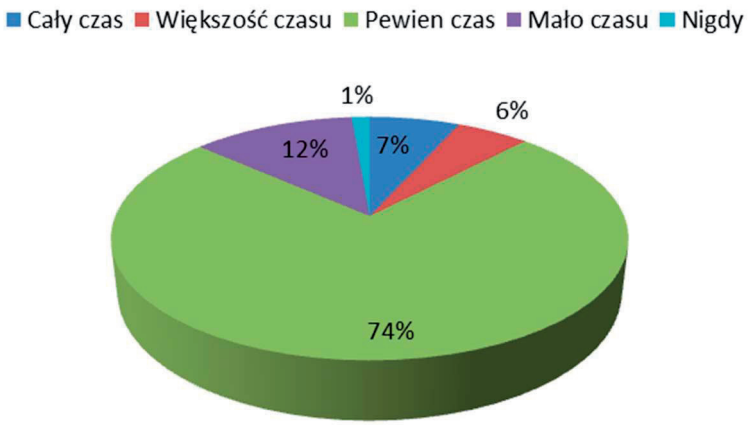
Respondenci średnio najdłużej czuli się spokojnie i łagodnie ($M = 3,1$), średnio najdłużej byli osobami szczęśliwymi ($M = 3,1$) oraz średnio najdłużej czuli się zmęczeni ($M = 3,1$). Jednocześnie osoby średnio najkrócej czuły się przybite i smutne ($M = 3,7$), średnio najkrócej miały mnóstwo energii ($M = 3,6$) oraz średnio najkrócej były osobami bardzo nerwowymi ($M = 3,6$).

Większość badanych osób (74%) przyznała, że stan zdrowia fizycznego lub problemy emocjonalne przeszkadzały im przez pewien czas w aktywności społecznej (wizyty przyjaciół, krewnych itp.) (**Rycina 1**).

Ankietowani średnio za najbardziej prawdziwe w odniesieniu do własnej osoby uznali stwierdzenie „radzenie sobie z chorobą nerek wywołuje u mnie zniechęcenie" ($M = 1,97$). Z kolei średnio najmniej prawdziwe w odniesieniu do własnej osoby według badanych osób było stwierdzenie „czuję się ciężarem dla mojej rodziny" ($M = 2,28$). Respondentom średnio najdłużej układało się dobrze z innymi ludźmi (ze średnią $M = 3,6$) oraz średnio najdłużej czuli się zakłopotani ($M = 3,3$). Ankietowani średnio najkrócej stronili od ludzi ($M = 1,2$) oraz średnio najkrócej odnosili się z rozdrażnieniem do osób znajdujących się w otoczeniu ($M = 1,6$).

Analiza wykazała istotne statystycznie różnice między płcią a odczuciami i reakcjami badanych osób. Oznacza to, że mężczyźni częściej niż kobiety reagowali wolno na to, co ludzie mówili lub robili ($p = 0,031$). Ponadto kobietom częściej niż mężczyznom układało się dobrze z innymi ludźmi ($p = 0,038$) (**Tabela 4**).

Wykazano także, że im ankietowani byli starsi, tym rzadziej stronili od ludzi ($p = 0,003$) oraz tym rzadziej reagowali wolno na to, co ludzie mówili lub robili ($p = 0,046$). Jednocześnie im byli starsi, tym częściej układało się im dobrze z innymi ludźmi ($p = 0,025$). Zakłopotanie, trudności z koncentracją oraz rozdrażnienie nie wiązało się istotnie statystycznie z wiekiem oraz czasem leczenia metodą hemodializy ($p > 0,005$).



Rycina 1. Rozkład czasu, w jakim stan zdrowia fizycznego lub problemy emocjonalne przeszkadzały badanym osobom w aktywności społecznej

Tabela 5. Płeć a ocena stopnia uciążliwości choroby nerek w poszczególnych dziedzinach życia według badanych osób

Zmienna	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu U M-W	Poziom istotności
Ograniczenie płynów	K M	2,45 3,00	0,51 0,62	3,67	<0,001
Ograniczenia dietetyczne	K M	2,26 2,60	0,44 0,76	2,03	0,043
Zdolność do wykonywania prac domowych	K M	2,97 3,07	0,60 0,46	1,07	0,286
Zdolność do podróżowania	K M	2,65 2,79	0,75 0,60	1,33	0,183
Uzależnienie od lekarzy i personelu medycznego	K M	3,26 3,16	0,44 0,53	1,29	0,196
Stres lub zmartwienia spowodowane chorobą nerek	K M	3,13 3,14	0,34 0,47	0,41	0,684
Życie seksualne	K M	1,84 2,40	1,19 1,03	2,03	0,042
Wygląd osobisty	K M	2,32 2,65	0,94 0,95	1,69	0,091

Badanym osobom choroba nerek średnio najbardziej dokuczała w sferze uzależnienia od lekarzy i personelu medycznego (M = 3,20), natomiast najmniej dokuczała w sferze życia seksualnego (M = 2,16).

Analizy wykazały istotne statystycznie różnice między płcią a oceną stopnia uciążliwości choroby nerek w poszczególnych dziedzinach życia. Oznacza to, że mężczyznom bardziej niż kobietom choroba nerek doskwierała w zakresie ograniczenia płynów ($p < 0,001$), ograniczeń dietetycznych ($p = 0,043$) oraz w sferze życia seksualnego ($p = 0,042$) (**Tabela 5**).

Średni stopień trudności występujących w sferze czerpania przyjemności z życia seksualnego wyniósł M = 2,59 (SD = 1,54), a w sferze stawania się podnieconym seksualnie wyniósł M = 2,34 (SD = 1,34). Średni stopień zadowolenia badanych osób z ilości czasu, jaki mogą spędzać

z rodziną i przyjaciółmi, wyniósł M = 3,07 (SD = 0,30), a ze wsparcia otrzymywanego ze strony rodziny i przyjaciół wyniósł M = 3,36 (SD = 0,56).

W wyniku analizy stwierdzono, że kobiety oceniały gorzej swój stan zdrowia niż mężczyźni (p = 0,031). Samoocena opieki otrzymywanej przez ankietowanych podczas leczenia nerkozastępczego nie różniła się istotnie statystycznie między kobietami a mężczyznami (p > 0,005).

Zdecydowana większość badanych oceniła dobrze opiekę otrzymywaną w czasie dializy nerek (89%). Badani średnio tak samo oceniali prawdziwość stwierdzeń dotyczących zachowania personelu ośrodka dializ – średni poziom oceny prawdziwości wyniósł M = 2,05 (SD = 0,23). Analiza wykazała, że nie ma istotnej różnicy między wiekiem pacjentów i czasem wykonywania hemodializy a stwierdzeniem „czuję się ciężarem dla mojej rodziny".

W wyniku analizy stwierdzono, że im badani byli starsi, tym choroba nerek mniej doskwierała im w zakresie ograniczenia płynów (p = 0,003), ograniczeń dietetycznych (p = 0,001), w zdolności do wykonywania prac domowych (p = 0,001), w sferze życia seksualnego (p < 0,001) oraz w wyglądzie osobistym (p < 0,001). Ponadto im dłuższy był czas wykonywania hemodializy, tym choroba nerek w mniejszym stopniu przeszkadzała ankietowanym w sferze życia seksualnego (p = 0,002) (**Tabela 6**).

Osoby starsze gorzej oceniały ogólny stan swojego zdrowia (p = 0,034). Samoocena opieki otrzymywanej w trakcie leczenia nerkozastępczego nie wiązała się istotnie statystycznie z wiekiem oraz czasem leczenia metodą hemodializy (p > 0,005).

Dyskusja

Najpopularniejszą metodą leczenia nerkozastępczego są hemodializy. Według Sułowicza aż 90% chorych z powodu przewlekłej niewydolności nerek w Polsce korzysta właśnie z tej metody leczenia. Pozwala ona na istotne wydłużenie czasu przeżycia chorych. Jakość życia pacjentów dializowanych jest różna, uzależniona od wielu czynników, m.in.: wieku, obecności innych chorób, współpracy chorego w toku leczenia oraz przestrzegania zaleceń [8]. Ważnym aspektem wpływającym na jakość życia jest obecność rodziny oraz zamieszkanie z bliskimi. Z analizy własnych badań wynika, iż 61% badanych mieszkało z rodziną, 3% – jedynie z współmałżonkiem, a 4% – samotnie.

Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia jest aktywność zawodowa. Z przeprowadzonych badań wynika, iż tylko 2,7% (2 osoby) było aktywnych zawodowo. Z badań przeprowadzonych przez Kapkę-Skrzypczak i wsp. wynikało, że w grupie dializowanych otrzewnowo wszyscy ankietowani pracowali przed rozpoczęciem leczenia, natomiast wśród osób hemodializowanych 60% było aktywnych zawodowo, zaś 40% nie pracowało w momencie rozpoczęcia hemodializ [9]. Podobne rezultaty przedstawiają Misiewcz i wsp. Z przeprowadzonych przez nich badań wynika, że 84% respondentów to osoby niepracujące lub ograniczone zawodowo [10].

Leczenie nerkozastępcze łączy się z częstą hospitalizacją związaną z wieloma powikłaniami, co sprzyja rozwojowi depresji, lęku oraz zaburzeń snu. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły, że osoby przewlekle dializowane w znacznym stopniu odczuwały wpływ cho-

Tabela 6. Związek pomiędzy wiekiem i czasem wykonywania hemodializy a oceną stopnia uciążliwości choroby nerek w poszczególnych dziedzinach życia według badanych osób

Zmienna	Wiek		Czas wykonywania dializy/hemodializy	
	rho-Spearmana	poziom istotności	rho-Spearmana	poziom istotności
Ograniczenie płynów	-0,35	0,003	-0,08	0,476
Ograniczenia dietetyczne	-0,37	0,001	-0,03	0,817
Zdolność do wykonywania prac domowych	-0,37	0,001	-0,20	0,092
Zdolność do podróżowania	-0,08	0,521	0,06	0,635
Uzależnienie od lekarzy i personelu medycznego	0,07	0,539	0,13	0,269
Stres lub zmartwienia spowodowane chorobą nerek	-0,11	0,368	0,04	0,719
Życie seksualne	-0,62	<0,001	-0,36	0,002
Wygląd osobisty	-0,47	<0,001	-0,19	0,103

roby i prowadzonego leczenia na sferę psychospołeczną życia. Do najczęstszych problemów należały ograniczenia życia zawodowego, zmniejszenie chęci do spotkań ze znajomymi oraz pogarszający się fizyczny stan zdrowia. Ponad połowa badanych osób (51%) przyznała, że zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne wpłynęły na ich normalną aktywność społeczną w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Według Wojczyk 28% dializowanych rzadziej spotyka się ze znajomymi [11]. Według Misiewicz i wsp. 33% ankietowanych ograniczyło stosunki rodzinne z powodu choroby [10].

Badanym osobom choroba nerek średnio najbardziej doskwierała w aspekcie uzależnienia od lekarzy i personelu medycznego (M = 3,2), najmniej – w sferze życia seksualnego (M = 2,6). Również badania Wojczyk wskazują, że chorzy leczeni hemodializą odczuwają mniejszą radość życia (45%) [11].

Zdenerwowanie, smutek, spokój, łagodność czy poczucie szczęścia, jak pokazują badania własne, często towarzyszą pacjentom leczonym metodą hemodializy. Pacjenci leczeni nerkozastęczo w Arabii Saudyjskiej lepiej oceniali jakość życia w zakresie samopoczucia psychicznego w stosunku do chorych z prezentowanego badania [12].

Badane osoby odczuwały zadowolenie ze wsparcia otrzymywanego ze strony rodziny i przyjaciół. Badania Wojczyk podobnie wskazują, że pacjenci dializowani mogą liczyć na wsparcie rodziny [11].

Podsumowując, należy stwierdzić, że nowoczesne metody dializoterapii odpowiednio i indywidualnie dobrane oraz właściwie prowadzone mogą przedłużyć życie pacjentom i poprawić jego jakość.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Wiek oraz czas trwania dializ determinują funkcjonowanie pacjentów w sferze społecznej, zawodowej i emocjonalnej.
2. Samopoczucie pacjentów dializowanych jest gorsze niż samopoczucie osoby zdrowej, jest to spowodowane często występującymi skutkami ubocznymi oraz powikłaniami terapii nerkozastępczej.
3. U osób poddanych leczeniu nerkozastępczemu sam sposób prowadzenia terapii w znacznym stopniu wymusza ograniczenie aktywności zawodowej oraz społecznej.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Białobrzeska B. Rola pielęgniarki w edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Forum Nefrol. 2008; 1(1): 45–51.
2. Myśliwiec M. Wielka interna. Nefrologia. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2009.
3. Bargiel-Matusiewicz K. Przewlekły stres związany z dializoterapią. Warszawa: WUW; 2014.
4. Ronco R, Bellomo R, Kellum J. Ciągła terapia nerkozastępcza. Lublin: Makmed; 2014.
5. Trafidło E. Depresja u chorych dializowanych. Dializa i Ty. 2011; 1(12): 15.
6. Pluta A, Felsmann A, Faleńczyk K. Wybrane problemy zdrowotne w populacji pacjentów dializowanych oraz udział pielęgniarki w ich rozwiązywaniu. Med Rodz. 2014; 3: 128–132.
7. Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek (PChN) – wyzwanie XXI wieku. Przew Lekarza. 2007; 2: 80–88.
8. Sułowicz W. Praktyczne aspekty oceny jakości dializoterapii. Forum Nefrol. 2010; 3(3): 185–192.
9. Kapka-Skrzypczak L, Lipin B, Niedźwiecka J, Sawicki K, Cyranka M, Haratym-Maj A, Skrzypczak M, Kruszewski M. Subjective assessment of quality of life dialysis patients by peritoneal dialysis and hemodialysis. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(4): 790–797.
10. Misiewicz A, Różański J, Marchelek-Myśliwiec M, Wiśniewska M. Problemy psychospołeczne chorych przewlekle dializowanych. Post Nauk Med. 2010; 3: 188–191.
11. Wojczyk A. Problemy codziennego życia hemodializowanych pacjentów. Piel Zdr Publ. 2014; 4, 2: 143–148.
12. Al-Jumaih A, Al-Onazi K, Binsalih S, Hejaili F, Al-Sayyari A. A study of quality of life and its determinants among hemodialysis patients using the KDQOL-SF instrument in one center in Saudi Arabia. Arab J Nephrol Transplant. 2011; 4(3): 125–130.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

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

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

ETYCZNY WYMIAR PRZESZCZEPIANIA NARZĄDÓW OD DAWCÓW ŻYWYCH

ETHICAL DIMENSION OF ORGAN TRANSPLANTATION FROM LIVING DONORS

Elżbieta Antos, Małgorzata Wojciechowska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.14

STRESZCZENIE

Większość przeszczepianych w Polsce narządów pochodzi od osób zmarłych. Niewystarczająca liczba dawców narządów jest jednym z głównych czynników hamujących rozwój transplantologii. Jednym z rozwiązań tego problemu jest popularyzacja przeszczepów od dawców żywych. Taki rodzaj transplantacji pociąga za sobą wiele zagadnień natury etycznej, psychologicznej, obyczajowej i prawnej.

W Polsce od dawców żywych pobierane są nerki i fragment wątroby. Istnieje również możliwość pobierania płatów płuca i fragmentów trzustki. Szacuje się jednak, że ryzyko związane z pobraniem i przeszczepieniem fragmentu wątroby, płata płuca czy fragmentu trzustki jest znacznie wyższe niż w przypadku przeszczepienia nerki, co wynika przede wszystkim ze skomplikowanej techniki chirurgicznej zabiegu i opieki potransplantacyjnej. Zabiegi takie są obarczone wysokim ryzykiem wystąpienia groźnych powikłań pooperacyjnych.

W niniejszej pracy przedstawiono problematykę związaną z zagadnieniami etycznymi dotyczącymi transplantacji narządów od dawców żywych. Scharakteryzowano problemy etyczne związane z przeszczepianiem nerek od dawców żywych, metody coraz częściej stosowanej w Polsce, a także opisano zagadnienia związane z przeszczepieniami nerek łańcuchowymi i krzyżowymi, nowatorskimi w Polsce. Podjęto także temat przeszczepiania fragmentu wątroby od dawców żywych, zabiegu wykonywanego w Polsce stosunkowo rzadko i tylko w wyjątkowych sytuacjach. Opisano również zagadnienia związane z przeszczepianiem fragmentów wątroby pochodzących z podziału narządu „split" oraz typu „domino".

Słowa kluczowe: transplantacja narządów, zagadnienia etyczne, żywi dawcy.

ABSTRACT

The majority of organs transplanted in Poland come from deceased donors. The shortage of organ donors is one of the main factors restraining the development of transplantology. One of the solutions to the problem is popularization of transplants from living donors. Such type of transplantation entails a lot of ethical, psychological, moral and legal issues.

In Poland such organs as kidneys and a part of liver are donated by living donors. There is also the possibility to collect a lobe of the lung and parts of pancreas. It is estimated that the risk connected with the collection and transplantation of a part of a liver, a lobe of the lung or a part of pancreas is much higher than in case of a kidney transplant which result from complex surgical technique of the procedure and the after-transplant care. Such operations pose high a risk of dangerous after-operation complications.

This thesis presents the problems connected with ethical issues concerning organ transplants from living donors. It contains the characteristics of ethical problems related to kidney transplant from living donors, methods most often applied in Poland as well as the description of issues connected with chain and cross transplantations, which are new in Poland. Also the issue of transplantation of a part of a liver from living donors is discussed, a procedure rarely carried out in Poland and only in exceptional cases. The work also deals with split liver transplantation and domino type.

Keywords: organ transplantation, ethical issues, living donors.

Wstęp

Większość przeszczepianych w Polsce narządów pochodzi od osób zmarłych. Niewystarczająca liczba dawców narządów jest jednym z głównych czynników hamujących rozwój transplantologii. Jednym z rozwiązań tego problemu jest popularyzacja przeszczepów od dawców żywych. Taki rodzaj transplantacji pociąga za sobą wiele zagadnień natury etycznej, psychologicznej, obyczajowej i prawnej. Przeszczepianie narządów budzić może społeczne emocje ze względu na źródło pozyskiwania narządów, ponieważ nie istnieje możliwość przeszczepiania narządów bez przyzwolenia na ich pobieranie od osób zmarłych czy też od żywych spokrewnionych dawców. W przypadku transplantacji narządów pochodzących od dawców zmarłych głównymi zagadnieniami podnoszonymi przez etyków są koncepcja i tryb orzekania śmierci mózgowej, obawy przed komercjalizacją, alokacja narządów czy kwestia zgody na pobranie narządu od osoby zmarłej. W sytuacji donacji od dawców żywych kwestią nadrzędną pozostaje obawa nie tylko o przyszłość biorcy, ale także o zdrowie, życie i dalsze

funkcjonowanie dawcy narządu. Powstaje dylemat związany z koniecznością operowania zdrowej dotychczas osoby spowodowany chęcią poprawy jakości życia bliskiego, chorego pacjenta. Nie bez znaczenia w przypadku donacji od dawców żywych jest fakt, że personel medyczny zobowiązany jest do przestrzegania przysięgi Hipokratesa, której naczelnym założeniem jest nieszkodzenie pacjentowi. W tym miejscu pojawia się pytanie, czy wykonanie operacji u zdrowej osoby (dawcy) w celu pobrania narządu czyni jej szkodę, czy też krzywdzącym jest fakt pozbawienia możliwości pomocy bliskiej osobie w sytuacji zagrożenia życia i pełnej sprawności w codziennym funkcjonowaniu. Na to pytanie trudno uzyskać jednoznaczną odpowiedź [1, 2].

W europejskim kręgu kulturowym i na świecie tematykę pobierania i przeszczepiania narządów podejmują przedstawiciele kościołów i grup wyznaniowych. Przedstawiciele Kościoła katolickiego, dominującego w Polsce, wielokrotnie odnosili się do tego zagadnienia. W przypadku pobrania narządu od dawcy żywego pierwszym zastrzeżeniem przedstawicieli Kościoła katolickiego jest wzgląd na dobro tego dawcy. Mając na myśli zasadę poszanowania integralności i dobra osoby ludzkiej, zgoda na takie działania medyczne musi być wyrażona świadomie i tylko w sytuacji, kiedy istnieje pewność, że pobranie nie spowoduje poważnego i nieodwracalnego uszkodzenia zdrowia dawcy. Oznacza to, że dawca może ofiarować tylko to, czego może się pozbawić bez poważnego niebezpieczeństwa dla swojego zdrowia, życia i tożsamości osobowej. Jednoznacznie podkreśla to „Katechizm Kościoła katolickiego", uznając, że „Przeszczep narządów jest moralnie nie do przyjęcia, jeśli dawca lub osoby uprawnione nie udzieliły na niego wyraźnej zgody. Jest on natomiast zgodny z prawem moralnym i może zasługiwać na uznanie, jeśli zagrożenia fizyczne i psychiczne ponoszone przez dawcę są proporcjonalne do pożądanego dobra u biorcy. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednie powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby miało przedłużyć życie innych osób" [3, 4]. W obecnej sytuacji, kiedy liczba wykonywanych w Polsce transplantacji jest wciąż nieadekwatna do potrzeb, znajomość stanowiska Kościoła katolickiego wydaje się sprawą bardzo istotną.

W Polsce od dawców żywych pobierane są nerki i fragment wątroby. Istnieje możliwość pobrania płatów płuca i fragmentów trzustki. Szacuje się jednak, że ryzyko związane z pobraniem i przeszczepianiem fragmentu wątroby, płata płuca czy fragmentu trzustki jest znacznie wyższe niż w przypadku przeszczepienia nerki, co wynika przede wszystkim ze skomplikowanej techniki chirurgicznej zabiegu i opieki potransplantacyjnej. Zabiegi takie są obarczone wysokim ryzykiem wystąpienia groźnych powikłań pooperacyjnych i wykonywane są tylko w wyjątkowych sytuacjach [1, 2].

Należy zaznaczyć, że pomimo znacznej aktywności ośrodków transplantacyjnych pozyskiwanie żywych dawców jest wciąż mało rozpowszechnione w naszym kraju. W porównaniu do średniej europejskiej, wynoszącej około 20%, lub wyników innych krajów (np. kraje skandynawskie czy Stany Zjednoczone – około 50%) dane wskazują na to, jak bardzo niewykorzystana jest ta metoda w leczeniu pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek [2]. Dane Poltransplantu pokazują, że w 2013 roku dokonano przeszczepu 57 nerek pobranych od żywych dawców oraz 18 transplantacji fragmentów wątroby. W 2014 roku dokonano przeszczepu 55 nerek pobranych od żywych dawców i 30 transplantacji fragmentów wątroby [1]. Poszukując powodów niskiej donacji od dawców żywych, w literaturze wymienia się następujące powody: niedostateczna wiedza w społeczeństwie o możliwości przeszczepiania narządów od dawców żywych, lęk przed okaleczeniem, utratą zdrowia czy życia oraz niechęć niektórych ośrodków transplantacyjnych do podjęcia wyjątkowego wysiłku przygotowania i przeprowadzenia przeszczepienia narządu biorcy od żywego dawcy. Podejmuje się również dyskusje na temat zwiększenia roli koordynatorów transplantacyjnych oraz konieczności ich zatrudniania w szpitalach z potencjałem transplantacyjnym [2].

Przeszczepianie narządów pobranych od dawców żywych może również budzić obawę o komercjalizację. W Polsce nie jest akceptowana żadna forma odnoszenia korzyści materialnej za dawstwo narządów. Ustawa transplantacyjna jednoznacznie zabrania przyjmowania jakichkolwiek korzyści majątkowych w zamian za pobrane do transplantacji komórki, tkanki czy narządy. Jednocześnie zakaz ten obwarowuje sankcją pozbawienia wolności od 3 do 10 lat. Ponadto zakazuje się rozpowszechniania wszelkich ogłoszeń o odpłatnym dawstwie, pośrednictwie czy chęci nabycia narządu. Partycypowanie w takim procederze podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub karze pozbawienia wolności do roku [5].

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie etycznych aspektów przeszczepiania narządów od dawców żywych.

Przegląd piśmiennictwa

Przeszczepianie nerek od dawców żywych

Polskie prawo dopuszcza pobieranie i przeszczepianie narządów od żywych dawców. Z etycznego punktu widzenia i zgodnie z polskim prawem potencjalnym dawcą narządu może być osoba związana więzami krwi (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, dzieci) bądź emocjonalną więzią (małżonkowie, konkubenci). Związek emocjonalny bez więzów krwi musi być zaakceptowany przez sąd po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Etycznej przy Krajowej Radzie Transplantacyjnej [1]. W Polsce nie ma prawnej możliwości pobrania narządu od tzw. dawców altruistycznych, czyli osób nieposiadających żadnego związku emocjonalnego z biorcą narządu. Dawca altruistyczny może być jednak dawcą „startowym" w przypadku przeszczepiania wymiennego z wykorzystaniem par nerek (tzw. przeszczepianie krzyżowe lub łańcuchowe). Istnieje możliwość zgłaszania się potencjalnych dawców nerki do koordynatorów przeszczepienia nerek od dawców żywych w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia [2].

Wiele opracowań pokazuje, że przeszczepianie nerek jest najdoskonalszą metodą leczenia nerkozastępczego w aspekcie jakości życia pacjentów, odległych wyników czy kosztów terapii długoterminowej [6]. Głównym problemem etycznym dotyczącym pobierania narządów od dawców żywych, w tym nerek, jest usprawiedliwienie postępowania przynoszącemu korzyści biorcy narządu kosztem narażenia dawcy na ryzyko zabiegu operacyjnego i wszystkich inwazyjnych procedur związanych z zabiegiem pobrania. Istnieje również obawa o możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych i możliwość czasowego lub stałego obniżenia jakości życia dawcy. Procedura ta wiąże się przecież z narażeniem zdrowego człowieka na realne szkody wynikające z zabiegu operacyjnego, takie jak ból, powstanie rozległej blizny czy poddanie silnemu stresowi. Żywy dawca jest poddawany zabiegowi, który nie jest mu potrzebny, nie ma dla niego fizycznego uzasadnienia. Co więcej, na skutek pobrania narządu dawca jest okaleczony, staje się czasowo niedysponowany, przejściowo niezdolny do pracy, narażony na powikłania pooperacyjne, włącznie z możliwym zgonem. Dawcę narządu naraża się na życie i funkcjonowanie z pojedynczą nerką. Jednak korzyści dla biorcy narządu – bliskiej dawcy osobie – nie podlegają dyskusji.

Ze względu na niedobór narządów do przeszczepienia niektóre ośrodki transplantacyjne liberalizują kryteria akceptacji dawców zmarłych, włączając tzw. dawców marginalnych (ang. *marginal donors*). W przypadku przeszczepienia nerki przeżycie przeszczepu pobranego od żywego dawcy jest zwykle lepsze niż graftu pobranego ze zwłok. Ponadto skraca się konieczność oczekiwania na narząd lub daje się możliwość pacjentowi całkowitego uniknięcia leczenia hemodializami w przypadku przeszczepienia wyprzedzającego (ang. *pre-epmtive transplantation*) [7].

Tylko wnikliwe rozważenie potencjalnego ryzyka dla dawcy i korzyści wynikających dla biorcy narządu może wytłumaczyć donację od dawcy żywego. Według Dębskiej-Ślizień i Rutkowskiego przeszczepianie nerki od dawcy żywego może być przeprowadzone pod warunkiem spełnienia następujących wymogów: „ryzyko dla dawcy musi być małe, dawca powinien być o nim w pełni poinformowany, decyzja dawcy powinna być świadoma i nie może być podejmowana pod presją lub podyktowana możliwością zysku materialnego, zaś sam przeszczep powinien mieć dużą szansę powodzenia" [6]. Kandydat na dawcę narządów musi wyrazić świadomą zgodę na pobranie nerki po wnikliwym uzyskaniu informacji na temat zabiegu operacyjnego, dostępnych metod leczenia i konsekwencji zdrowotnych wynikających z poddania się zabiegowi operacyjnemu. Może także zrezygnować z poddania się zabiegowi pobrania nerki na każdym etapie rozbudowanego i drobiazgowego postępowania kwalifikacyjnego. Nie ma wątpliwości, że akt oddania narządu przez dawcę żywego jest wydarzeniem wyjątkowym i niecodziennym. Przesłanki dotyczące chęci oddania własnego narządu są niezwykłe i powinny zobowiązywać lekarzy do wyjątkowego traktowania oraz podjęcia działań i zachowań zabezpieczających dawcę oraz biorcę narządu.

Obawy o losy dawcy mogą być jednym z czynników hamujących zwiększanie liczby przeszczepień narządów pobranych od dawców żywych, jednak jak wskazują badania, ryzyko zgonu w tym przypadku wynosi 0,03–0,06% (czyli 1 na 1600 do 1 na 3300 nefrektomii), a więc nie przekracza ryzyka większości nieskomplikowanych zabiegów chirurgicznych [6]. O ile dawca nie ponosi żadnych korzyści fizycznych z oddania narządu, o tyle korzyści psychologiczne wynikające z tego faktu mogą być dla niego znaczące. Szwedzcy badacze udowodnili w badaniach odległych, że ryzyko zgonu dawcy żyjącego z jedną nerką w 20-letniej obserwacji jest mniejsze niż w normalnej populacji. Badacze nie odnotowali, aby przyczyną zgonów w tej grupie były rak nerki czy schyłkowa niewydolność nerki. Udowodniono także, że po oddaniu nerki wzrasta u dawców poczucie głębokiej satysfakcji [8]. Ponadto następuje pogłębienie więzi z biorcą, co ogólnie jest oceniane przez dawców jako wzrost jakości życia [9, 10]. Żywy dawca może także odnieść korzyści z przypadkowego wykrycia, w czasie badań kwalifikacyjnych, dotychczas nierozpoznanej, ale możliwej do wyleczenia choroby [6].

Opieka nad dawcą żywym po zabiegu pobrania nerki daje możliwość stałej kontroli i utrzymania jego dobrego stanu zdrowia. W Polsce istnieje zapis w ustawie transplantacyjnej nakładający obowiązek opieki nad żywym dawcą przez ośrodek, który dokonał pobrania narządu, co dodatkowo zwiększa bezpieczeństwo dawcy. Dawca przez 10 lat ma zagwarantowaną opiekę ośrodka transplantacyjnego, jednak większość placówek zwyczajowo sprawuje taką opiekę dożywotnio.

Transplantacje łańcuchowe nerek i przeszczepienia krzyżowe (program wymiany par nerek)

Przeszczepienia łańcuchowe nerek to nowatorski w Polsce rodzaj transplantacji wykonywany na świecie od lat. Pomysłodawcą systemu był Felix T. Rapaport ze Stony Brook University w USA. Pierwszego łańcuchowego przeszczepienia nerek dokonano w Korei Południowej w 1991 roku. Idea transplantacji łańcuchowej polega na tym, że w obrębie przynajmniej trzech par ,,dawca – biorca" dochodzi do wymiany nerek w przypadku, gdy bezpośrednie przeszczepienie w parach spokrewnionych nie jest możliwe ze względu na parametry medyczne (np. niezgodność grup krwi czy niekompatybilność immunologiczną).

W praktyce system ten polega na tym, że w ramach jednego lub wielu ośrodków poszukuje się par ,,dawca – biorca", które są dla siebie kompatybilne, czyli par, gdzie potencjalny dawca z jednej pary może być dawcą dla biorcy z drugiej pary i odwrotnie. Dzięki temu osoby, które wyraziły chęć oddania swojego narządu bliskiej, spokrewnionej osobie, a niekompatybilne immunologicznie dla swojego bliskiego mają możliwość oddania narządu do przeszczepienia osobie niespokrewnionej. W tym przypadku istnieje gwarancja, że ktoś inny, niespokrewniony, w tym samym czasie zabezpieczy deficyt zdrowotny ich bliskiego. To jedyna prawnie dopuszczalna w Polsce możliwość oddania narządu osobie niespokrewnionej. Przy doborze par ,,dawca – biorca" główne znaczenie mają wskaźniki medyczne, takie jak zgodność grup krwi i ujemna próba krzyżowa, ale także wiek, BMI czy płeć.

Program wymiany par nerek (przeszczepienia krzyżowe) umożliwia biorcom, którym potencjalni dawcy nie mogą oddać nerki, otrzymanie narządu od innego żywego dawcy. Zabiegi takie w Polsce są nowością, pierwszy zabieg tego typu przeprowadził w lutym 2015 roku zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie. Dnia 23 czerwca 2015 roku po raz pierwszy w Polsce nastąpiła wymiana trzech par nerek (przeszczepienie łańcuchowe).

Na wykonanie procedury przeszczepienia łańcuchowego w Polsce zgody musi udzielić Komisja Etyczna Krajowej Rady Transplantacyjnej oraz sąd w postępowaniu nieprocesowym.

Przeszczepianie wątroby od żywych dawców

Przeszczepienie wątroby jest jedyną metodą leczenia schyłkowej niewydolności tego narządu. O ile w przypadku niewydolności nerek istnieje możliwość leczenia nerkozastępczego, to w przypadku niewydolności wątroby nie ma żadnej innej alternatywy, zatem brak narządu do przeszczepienia jest równoznaczny ze śmiercią pacjenta. W leczeniu niewydolności wątroby stosuje się dodatkowo w praktyce klinicznej systemy MARS lub Prometeusz, są one jednak wyłącznie pomostem w oczekiwaniu na transplantację i nie mogą jej zastąpić.

Pierwsze operacje przeszczepienia fragmentu wątroby pobranej od rodziców dla dzieci wykonał S. Raia w São Paulo w Brazylii w 1988 roku. Mimo że technicznie zabiegi te były udane, to operacje zakończyły się zgonem obydwu pacjentów. Pierwszy całkowicie udany przeszczep rodzinny wykonał Ch. Strong wraz z zespołem w Australii w 1989 roku, u dziecka z niedrożnością zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych [11].

W 2014 roku w Polsce liczba przeszczepień fragmentów wątroby pobranych od żywych dawców wynosiła 30, podczas gdy cały narząd pobrany od dawcy zmarłego przeszczepiano 336 razy [1]. Dane te potwierdzają tylko wyjątkowość i dramatyczność sytuacji, w których wykonywane jest przeszczepienie fragmentu wątroby pobranego od żywego dawcy.

Pobranie całego narządu możliwe jest tylko od dawcy zmarłego. W przypadku braku dawców pediatrycznych możliwe jest pobranie fragmentu wątroby od rodziców dla dzieci (ang. *living donor liver transplantation* – LDLT). Zaletą takiego rodzaju transplantacji jest możliwość dobrego zaplanowania zabiegu, przygotowania i przebadania biorcy. Istotną sprawą jest też krótki czas zimnego niedokrwienia narządu w porównaniu z przeszczepem od dawcy zmarłego, a także duża zgodność immunologiczna między dawcą i biorcą. Główną wadą rodzinnych przeszczepień wątroby jest realny problem związany z dużym ryzykiem powikłań pooperacyjnych dla żywego dawcy – notowano przypadki zgonu dawcy po pobraniu narządu [11]. Nie sposób jednak w sytuacji dylematu etycznego nie przyjmować argumentu jedynej możliwości uratowania życia chorego dziecka przez rodziców lub bliską spokrewnioną osobę.

Znacznie większe ryzyko dla żywego dawcy wiąże się z pobraniem części wątroby dla dorosłego dawcy, co ogranicza tę metodę tylko do szczególnych sytuacji. W tym przypadku ryzyko zgonu dawcy fragmentu wątroby jest

około 10 razy wyższe niż w przypadku przeszczepienia nerki.

W sytuacji niedoboru narządów do przeszczepienia warto wspomnieć także o przeprowadzaniu rozwiązań, jakimi są transplantacje typu ,,domino" (ang. *domino liver transplantation* – DLT, *domino-transplantation*). Transplantacje wątroby typu ,,domino" polegają na przeszczepieniu fragmentów wątroby od kilku dawców kilku biorcom. Jest to metoda, którą stosuje się w celu zwiększenia puli dawców wątroby. Dotychczasowe próby polegały na zastosowaniu tej metody m.in. u chorych z rakiem wątrobowokomórkowym (HCC), którzy otrzymali grafty od pacjentów z rodzinną polineuropatią amyloidową (FAP). Wyniki wydają się być obiecujące i mogą pomóc w pozyskiwaniu kolejnej puli dawców, jednak metoda ta z pewnością ma do tej pory dość marginalne znaczenie [12–14].

Niniejsze opracowanie dotyczy przeszczepiania wątroby od dawców żywych, warto jednak w tym miejscu wspomnieć o innej metodzie poszerzania puli narządów do przeszczepienia poprzez zastosowanie graftów pochodzących od osoby zmarłej z podziału wątroby („split"). Taki podział narządu dotyczy wątroby pobranej od osoby zmarłej i w przypadku krytycznego braku narządów może zabezpieczyć potrzeby dwóch biorców, dziecka i osoby dorosłej. Lewy płat wątroby w tym przypadku otrzymuje dziecko, natomiast pozostałą część narządu przeszczepia się osobie dorosłej.

Podsumowanie

Leczenie osób ze schyłkową niewydolnością narządów napotyka na wiele unikatowych problemów medycznych, a także dylematów etycznych i obyczajowych. Przeszczepianie narządów pobranych od dawców żywych jest jedną z alternatyw zwiększania puli dawców w sytuacji niedostatecznej liczby narządów do przeszczepienia w stosunku do zapotrzebowania. Niemal zawsze, zwłaszcza w przypadku przeszczepień rodzinnych wątroby, sytuacja ta dotyczy dramatycznych i wyjątkowych sytuacji, w których wyborem jest życie pacjenta, często dziecka. W przypadku przeszczepienia nerek rodzinne transplantacje są alternatywą, dzięki której oczekujący na transplantację pacjenci otrzymują w darze życie z nową jakością. Metody te nie są jednak pozbawione wad: mogą nieść za sobą niebezpieczne powikłania dla dawców i czasowo bądź trwale obniżyć ich jakość życia oraz pogorszyć zdrowie. Wydaje się zatem zasadnym, by popularyzować wiedzę i podejmować dyskusje na temat zagadnień związanych z przeszczepianiem narządów od żywych dawców.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Czerwiński J, Antoszkiewicz K. Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2013 roku. Poltransplant. Biuletyn Informacyjny. 2014; 1(22): 8–21.
2. (Dostępne w Internecie:) http://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/sites/klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/files/dawca_zywy_narzadow_ocena_i_kwalifikacja_dawcy-_j._gozdowska_r._kieszek.pdf (data dostępu: 22.05.2015).
3. Gulak S. Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego. Piel XXI w. 2011; 4(37): 31–35.
4. Katechizm Kościoła katolickiego. Poznań: Pallottinum; 1994. 2295–2296.
5. 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.
6. Dębska-Ślizień A, Rutkowski B. Podstawy przeszczepiania nerek od dawców żywych. Praktyczny przewodnik kliniczny. Gdańsk: MAKmed; 2003.
7. Dębska-Ślizień A, Bzoma B, Rutkowski B. Wyprzedzające przeszczepianie nerek. Forum Nefrol. 2009; 2: 84–90.
8. Fehrman-Ekholm I, Elinder CG, Stenbeck M et al. Kidney donors live longer. Transplantation. 1997; 64(7):976–978.
9. Shresta A, Shresta A, Vallance C et al. QoL of living kidney donors: a single center experience. Transplant Proceed. 2008; 40(5): 1375–1377.
10. Wiedebusch S, Reiermann S, Steinke C et al. Quality of life, coping, and mental health status after living kidney donation. Transplant Proceed. 2009; 41(5): 1483–1488.
11. Kaliciński P. Przeszczepianie wątroby od żywego dawcy. Służba Zdr. 2000; 4– 5.
12. Małkowski P. Kulturowe uwarunkowania w transplantologii. (W:) Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red.). Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: PZWL; 2010. 327–337.
13. Hashikura Y, Ikegami T, Nakazawa Y et al. Domino liver transplantation in living donors. Transplant Proc. 2005; 37(2): 1076–1078.
14. Popescu I, Dima OS. Domino liver transplantation: how far can we push the paradigm? Liver Transplant. 2012; 18(1): 22–28.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

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

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ W SZPITALU – WYMAGANIA PRAWNE A AKREDYTACJA

THE EXERCISE OF PASTORAL CARE AT THE HOSPITAL – LEGAL REQUIREMENTS AND ACCREDITATION

Wojciech Balicki, Karol Balicki

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.15

STRESZCZENIE

W pracy wskazano zarówno wymagania prawne regulujące obowiązki zapewnienia możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej w szpitalu, jak również zalecenia wynikające ze standardów akredytacyjnych. Zawarto tu rozważania i zalecenie Sądu Najwyższego w sprawie donoszącej się do „niechcianego sakramentu". Autorzy omówili praktyczne rozwiązania, jak zapewnić opiekę duszpasterską w odpowiedni sposób. Wskazano także na konieczność zapewnienia opieki nie tylko osobom z wyzwania dominującego.

Słowa kluczowe: opieka duszpasterska.

ABSTRACT

The study indicated both the legal requirements governing the obligations of ensuring the exercise of pastoral care at the hospital. As well as recommendations resulting from the accreditation standards. Adding consideration and recommendation of the Supreme Court on denouncing the "unwanted sacrament". The authors pointed out practical solutions how to provide pastoral care in an appropriate way. It was also the need to provide care not only to the challenges the dominant.

Keywords: pastoral care.

Wstęp

Obowiązek zapewnienia opieki duszpasterskiej pacjentom wynika wprost z przepisów ustaw regulujących stosunki pomiędzy Rzecząpospolitą Polską a danym Kościołem lub związkiem wyznaniowym. Standardy akredytacyjne dla szpitali również podkreślają konieczność zapewnienia takiej opieki. Celem niniejszego artykułu jest wskazanie, że zapewnienie opieki duszpasterskiej w szpitalu nie może ograniczyć się tylko do wyznania dominującego.

Regulacje prawne

Regulacje prawne w przedmiotowym zakresie obejmują „Konstytucję RP" i wydaną na jej podstawie „Ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania" oraz ustawy określające stosunki pomiędzy Rzecząpospolitą Polską a danym Kościołem lub związkiem wyznaniowym.

Zgodnie z art. 25 ust. 1 „Konstytucji RP" [1] wszystkie Kościoły i inne związki wyznaniowe są równouprawnione. A stosunki między państwem a Kościołami i innymi związkami wyznaniowymi są kształtowane na zasadach poszanowania ich autonomii oraz wzajemnej niezależności każdego w swoim zakresie, jak również współdziałania dla dobra człowieka i dobra wspólnego – ust. 3 art. 25 „Konstytucji RP".

Drugim bardzo ważnym aktem prawnym jest „Ustawa (...) o gwarancjach wolności sumienia i wyznania" [2]. W art. 2 określono katalog możliwości korzystania z wolności sumienia i wyznania. Użycie w cytowanym przepisie zwrotu „w szczególności" świadczy o tym, że jest to katalog otwarty. Dla potrzeb niniejszego artykułu kluczowa jest możliwość wskazana w pkt 2: „(...) obywatele mogą w szczególności: (...) zgodnie z zasadami swojego wyznania uczestniczyć w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniać obowiązki religijne i obchodzić święta religijne". Prawo to, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2, przysługuje również osobom przebywającym w szpitalu. Z treści ust. 1 tegoż artykułu wynika kolejne uprawnienie osób przebywających w szpitalu. Mają one „prawo do posiadania i korzystania z przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu i praktyk religijnych". Sposób realizacji tych uprawnień regulują szczegółowo odrębne przepisy i akty prawne wydane na ich podstawie – ust. 2 art. 4.

Do odrębnych przepisów należy zaliczyć także, wyszczególnioną w ust. 4 art. 25 „Konstytucji RP", umowę międzynarodową pomiędzy RP a Kościołem katolickim zawartą ze Stolicą Apostolską. Natomiast stosunki między RP a innymi Kościołami oraz związkami wyznaniowymi określają ustawy uchwalone na podstawie umów zawartych przez Radę Ministrów z ich właściwymi przedstawicielami – ust. 5 art. 25 „Konstytucji RP".

Warto zauważyć, że w okresie przedwojennym Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej na mocy swoich dekretów regulował stosunki między państwem a Kościołami i związkami religijnymi. Zapisy tych dekretów zostały uwspółcześnione w latach 1989–1995. Relacje z Wschodnim Kościołem Staroobrzędowym nieposiadającym hierarchii duchownej oraz z Muzułmańskim Związkiem Religijnym w Rzeczypospolitej Polskiej nadal oparte są na przepisach przedwojennych.

W przypadku Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego jest to „Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 marca 1928 r. o stosunku Państwa do Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego, nie posiadającego hierarchii duchownej" [3], a w drugim przypadku – „Ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej" [4]. W tych aktach prawnych nie ma szczegółowej regulacji dotyczącej obowiązków zapewnienia przez szpitale możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej.

Zakres uprawnień z poszczególnych ustaw nie jest tożsamy. W „Konkordacie" mowa jest nie tylko o konieczności zapewnienia przez Rzeczpospolitą Polską warunków do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych osobom przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej (art. 17 ust. 1). W ust. 2 art. 17 „Konkordatu" wyszczególniono znów katalog otwarty, w którym wskazano, że osoby hospitalizowane muszą mieć zapewnioną możliwość: po pierwsze: uczestnictwa w Mszy świętej, i to zarówno w niedziele, jak i w dni świąteczne; po drugie: katechizacji i rekolekcji; po trzecie: korzystania z indywidualnych posług religijnych zgodnie z celem pobytu pacjenta w szpitalu. Do realizacji tych uprawnień, zgodnie z ust. 3 art. 17, biskup diecezjalny kieruje kapelana, z którym umowę podpisuje szpital.

Zapisy „Konkordatu" dotyczące kapelana, w dosłownym lub zbliżonym brzmieniu, zostały zastosowane w:

1) „Ustawie z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej" [5] – w art. 18 ust. 3 uprawnienie do kierowania kapelana przez władze kościelne zostało ograniczone do zakładów prowadzonych przez administrację rządową oraz samorządową;
2) „Ustawie z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej" [6] – w art. 17 ust. 3 uprawnienie do kierowania kapelana przez władze kościelne zostało ograniczone do zakładów prowadzonych przez państwo oraz administrację samorządową;
3) „Ustawie z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego" [7] – w myśl art. 27 ust. 2 kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów, jeżeli zostaną oni skierowani przez biskupa diecezjalnego.

W przypadku pozostałych Kościołów i związków wyznaniowych brak zapisów dotyczących zatrudniania kapelanów. Co prawda wskazuje się na obowiązek zapewnienia duchownym swobodnego dostępu do osób danego wyznania przebywających w szpitalu [8], to jednak obecna sytuacja prawna polegająca na braku uregulowań z wszystkimi związkami wyznaniowymi i Kościołami istniejącymi w Polsce nie realizuje w pełni deklaracji zawartej w art. 25 ust. 1 „Konstytucji RP". Ponadto zdecydowanie większe możliwości, jakie ma Kościół rzymskokatolicki, nie odpowiadają standardom zasady równości, na której oparta jest obecna ustawa zasadnicza. Negatywnie należy również ocenić stan, w którym wzajemne stosunki z poszczególnymi związkami wyznaniowymi i Kościołami są uregulowane na podstawie ustaw, a inne na podstawie przedwojennych rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Kolejna kwestia to problem przeznaczenia odpowiedniego pomieszczenia na kaplicę lub udostępnienia do tego celu innego pomieszczenia, odpowiednio przystosowanego.

W szpitalach zlokalizowanych w budynkach przedwojennych mamy w większości kaplice rzymskokatolickie. Niekiedy kaplice te stanowią odrębne budynki lub jeśli są częścią bryły głównej szpitala, to mogą służyć również osobom nieprzebywającym w szpitalu. Dość odosobnionym przypadkiem, ale bardzo praktycznym jest kaplica na terenie Wojewódzkiego Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych „Dziekanka" w Gnieźnie. Ten neogotycki kościół wybudowany pod koniec XIX wieku jest świątynią o dwóch prezbiteriach. Obecnie użytkowany jest przez Kościół katolicki, ale również przez parafię ewangelicką [9].

W budynkach szpitalnych oddawanych do użytku w latach po II wojnie światowej lokalizacje kaplic są bardzo różne. W powtarzalnych projektach szpitalnych realizowanych w czasach PRL-u brak jednej lokalizacji. Stąd możemy spotkać kaplice w piwnicy lub na drugim czy trzecim piętrze.

Z kaplicami wielowyznaniowymi, ekumenicznymi spotykamy się na lotniskach oraz na stadionach. Najnowszym przykładem jest kaplica wielowyznaniowa na terenie Sta-

dionu Narodowego w Warszawie. Projektanci przy wykorzystaniu dwóch elementów, tj. kolumnady oraz światła, stworzyli miejsce do modlitwy dla różnych religii. Kaplica ta pozbawiona jest elementów charakterystycznych dla danej religii czy wyznania.

Należy zwrócić uwagę, że w większości polskich szpitali brak możliwości wygospodarowania tak dużej powierzchni na kaplicę wielowyznaniową, jak to zrobiono na terenie Stadionu Narodowego. Proces przygotowania projektu „stadionowej kaplicy", w szczególności konsultacje z Kościołami i związkami wyznaniowymi działającym na terenie naszego kraju, mogą być swego rodzaju wzorcem.

Akredytacja

Standard PP17 „Pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej": „Szpital powinien zapewnić pacjentom możliwość realizacji potrzeb religijnych i dostęp do opieki duszpasterskiej, zgodnie z przekonaniami religijnymi hospitalizowanych chorych. Oznacza to ustalenie i aktualizację spisu telefonów kontaktowych duszpasterzy, znajdującego się w oddziałach szpitalnych oraz zapewnienie miejsca modlitewnego" [10].

Analizując wyjaśnienie tego standardu, należy zwrócić uwagę na użyte wyrażenie „powinien". Czy to oznacza, że szpital „powinien", ale nie musi? Interpretując tylko i wyłącznie zapisy dotyczące tego standardu, można stwierdzić, że „musi" przynajmniej dla pacjentów wyznania dominującego. Wynika to z zasad punktowania.

Należy zwrócić uwagę na daleko idące zawężenie sposobów zapewnienia możliwości „realizacji potrzeb religijnych i dostępu do opieki duszpasterskiej" do: ustalenia i aktualizacji spisu telefonów kontaktowych duszpasterzy znajdujących się na oddziałach szpitalnych, zapewnienia miejsca modlitewnego.

Kolejny problem interpretacyjny wynika z zapisów, w jaki sposób będzie punktowana realizacja tego standardu. W przypadku przyznania 5 lub 3 punktów wyznanie dominujące zostało dookreślone poprzez dodanie zwrotu „na danym terenie", natomiast w przypadku przyznania 1 punktu brak takiego dookreślenia. Pozostaje także kwestia, na jakiej podstawie (według jakich danych) określamy „na danym terenie" wyznanie dominujące i mniejszościowe. Należy bowiem pamiętać, że zgodnie z artykułem 53 ust. 7 „Konstytucji RP": „Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania". Pozostają więc do dyspozycji dane ogólnie dostępne, ale obarczone pewnymi systemowymi ograniczeniami. Mamy tutaj na myśli dane statystyczne wynikające z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku. Systemowym ograniczeniem jest fakt, że aż 9% odmówiło udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące przynależności do wyznania.

Jak wnika z Narodowego Spisu Powszechnego, mamy dwa wyraźne miejsca większej alokacji zbiorowości wyznawców religii mniejszościowych. Po pierwsze to województwo podlaskie, w którym mieszka co trzeci wierny Kościoła prawosławnego w Polsce. Drugie skupisko to województwo śląskie, gdzie mamy wiernych Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego. W województwie śląskim jest też najwięcej świadków Jehowy, którzy w pozostałych województwach również zajmują wysokie miejsce w klasyfikacji.

Liczebność osób deklarujących przynależność do wyznań i obrządków innych niż Kościół rzymskokatolicki (dominujący) będzie się zmieniać ze względu na przybywających imigrantów. „Przemiany polityczne i ekonomiczne ostatniego 25-lecia stworzyły warunki sprzyjające napływowi pracowników zagranicznych do Polski oraz przyczyniły się do wzrostu atrakcyjności naszego kraju wśród różnych grup imigrantów, przede wszystkim z krajów sąsiednich, ale również z Bliskiego i Dalekiego Wschodu. Tym samym Polska powoli przestaje być jedynie krajem emigracji czy obszarem tranzytowym, a staje się dla coraz liczniejszej grupy cudzoziemców krajem docelowym" [11].

Osoby zarządzające podmiotem leczniczym muszą więc reagować na zmiany na ich terenie. Należy także pamiętać, że przystosowanie szpitala do wymogów poszczególnych wyznawców może być dużą szansą dla szpitala. Informacje, w którym szpitalu operuje się bez transfuzji krwi, rozchodzą się bardzo szybko wśród współwyznawców.

Jak uniknąć pomyłki?

Z jednej strony mamy konstytucyjny zakaz zbierania danych bardzo wrażliwych, czyli dotyczących światopoglądu, przekonań religijnych lub wyzwania. Z drugiej strony jesteśmy w szpitalu zobowiązani do równego traktowania pacjentów różnego wyznania. Jak więc nie popełnić pomyłki polegającej, przykładowo, na udzieleniu niechcianego sakramentu? W tej sprawie Sąd Najwyższy zajął stanowisko w wyroku z dnia 20 września 2013 roku w sprawie powództwa J.R. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu (Sygn. akt II CSK 1/13) [12]. W tym wyroku dla potrzeb niniejszego opracowania szczególne znaczenia mają dwie kwestie. Po pierwsze Sąd Najwyższy wprost zasugerował, że skoro szpital jest zobowiązany na podstawie szczególnych przepisów do zapewnienia chorym opieki duszpasterskiej, to nic nie stoi na przeszkodzie, by personel szpitala był świadomy, jakiej opieki żądają poszczególni pacjenci.

W cytowanym wyroku Sąd Najwyższy zauważył również, że skoro szpital nie jest organem władzy publicznej,

to nie dotyczy go konstytucyjny zakaz pozyskiwania danych o wyznaniu religijnym obywateli. Ponadto dla realizacji prawa do opieki duszpasterskiej nieodzowne jest ujawnienie wyznania.

Podobne stanowisko prezentowane jest w literaturze. Garlicki zauważa, iż w dzisiejszych czasach (współczesnym społeczeństwie) nie mogą istnieć prawa i wolności jednostki o charakterze absolutnym. W odniesieniu do życia publicznego prawa i wolności innych osób wymagają od każdego poddania się określonym ograniczeniom. Oczywiście ograniczeń praw i wolności nie można ustanawiać w sposób dowolny. Wyznaczenie ogólnych ram i zasad tych ograniczeń musi być przeprowadzone w przepisach konstytucyjnych, a ich konkretyzacja powinna nastąpić w ustawach oraz w orzecznictwie sądowym [13].

W celu uniknięcia pomyłki, a jednocześnie zapewnienia pełnej opieki duszpasterskiej danemu pacjentowi personel szpitala musi zapytać o szczególne preferencje. Możemy tego dokonać poprzez stworzenie katalogu negatywnego: „Czego Pani/Pan sobie nie życzy?". Drugie rozwiązanie to utworzenie katalogu poprzez odpowiedzi na pytanie: „Czego Pani/Pan oczekuje ze strony szpitala w celu zapewnienia opieki duszpasterskiej?".

Podsumowanie

1. Ograniczenie możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej tylko do wyznania dominującego zapewnia punktowe minimum dla spełnienia obowiązku akredytacyjnego. Nie zwalnia to jednak kierownika podmiotu leczniczego z równego traktowania innych wyznań.
2. W przypadku braku regulacji szczegółowych należy stosować przepisy wynikające z umów międzynarodowych, „Konstytucji RP" oraz „Ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania".
3. Projektując nowe szpitale lub planując ich rozbudowę, należy uwzględnić miejsce na pomieszczenie przeznaczone do modlitwy dla różnych wyznań.
4. W celu uniknięcia „niechcianego sakramentu" lub innego elementu opieki duszpasterskiej szpital ma możliwość uzyskania informacji na temat przynależności wyznaniowej pacjenta.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Art. 25 ust. 1 Konstytucji RP. Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.
2. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania. Dz.U. z 1989 r. Nr 25, poz. 155.
3. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 marca 1928 r. o stosunku Państwa do Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego, nie posiadającego hierarchii duchownej. Dz.U. z 1928 r. Nr 38, poz. 363.
4. Ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. z 1936 r. Nr 30, poz. 240.
5. Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1889.
6. Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1599.
7. Ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1726.
8. Por. art. 19. ust. 2 Ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. z 1995 r. Nr 97, poz. 480 ze zm.: „2. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych podmiotów i zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób". Por. art. 19 ust. 3 Ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. z 1997 r. Nr 41, poz. 254 ze zm.: „3. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, kierownicy właściwych zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób". Por. art. 16 Ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1798: „Duchowni, stosownie do przepisów prawa wewnętrznego, mogą udzielać posług religijnych współwyznawcom przebywającym w zakładach opiekuńczych i wychowawczych, zakładach opieki zdrowotnej, domach pomocy społecznej oraz w zakładach karnych".
9. Wikipedia, https://pl.wikipedia.org/wiki/Ko%C5%9Bci%C3%B3%C5%82_b%C5%82._Micha%C5%82a_Kozala_w_Gnie%C5%BAnie stan na dzień 09.09.2016: „ Kościół bł. Michała Kozala w Gnieźnie – neogotycki kościół wybudowany w roku 1894 i powstały według projektu Bruna (prawdopodobnie Bruno Schulza, niemieckiego architekta) jako kaplica szpitala psychiatrycznego Dziekanka, obecnie kościół katolickiej parafii pw. bł. Michała Kozala w Gnieźnie, ale użytkowany również przez ewangelicką parafię z Poznania. Świątynia o dwóch prezbiteriach".
10. Centrum Monitorowania Jakości. Zestaw standardów akredytacyjnych. Kraków; 2009. 27.
11. Pędziwiatr K. Imigranci w Polsce i wyzwania integracyjne. Infos. 2015; 1(184): 1.
12. Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 20 września 2013 r., II CSK 1/13, http://www.sn.pl/sites/ orzecznictwo/Orzeczenia3/II%20CSK%201-13-1.pdf (stan z dn. 03.03.2014).
13. Garlicki L. Polskie prawo konstytucyjne – zarys wykładu. Warszawa: Wolters Kluwer; 2009. 96 i nast.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Wojciech Balicki
ul. Juliusza Słowackiego 2
62-330 Nekla
e-mail: ickilab@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

RÓWNOWAGA CIAŁA JAKO ELEMENT KOORDYNACJI RUCHOWEJ – RYS HISTORYCZNY

BALANCE BODY AS ELEMENT OF MOTOR COORDINATION – HISTORICAL VIEW

Magdalena Kobylińska

Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.16

STRESZCZENIE

Rozwój badań na temat motoryczności człowieka rozpoczął się od pojęcia ruchu. Następnym etapem były rozważania dotyczące sprawności fizycznej, aż w XX wieku pojawiło się pojęcie koordynacji ruchowej. Wielu naukowców podejmowało próby zdefiniowania i określenia jej składowych. Koordynacja ruchowa ma duże znaczenie dla dziedziny, jaką jest kultura fizyczna. W medycynie najczęściej badanym elementem koordynacji jest równowaga ciała. W tym celu wykorzystuje się testy jakościowe oraz ilościowe. Dużym osiągnięciem w tej dziedzinie są badania posturograficzne, gdzie balans ciała ocenia się za pomocą specjalnych platform. W niniejszej pracy opisano rozwój badań na temat koordynacji ruchowej, ze szczególnym uwzględnieniem składowej, jaką jest równowaga.

Słowa kluczowe: koordynacja ruchowa, równowaga ciała, posturografia.

ABSTRACT

Development of research on the human motor skills started with the idea of movement. The next stage were considerations about physical fitness, and in the 20th century the concept of motor coordination appeared. A lot of scientists attempted to define its components. Motor coordination has great importance for physical fitness. In medicine, body balance is the most often examined element of motor coordination. For this purpose, qualitative and quantitative tests are used. A big achievement in this branch are posturegraphic examinations, where body balance is estimated with special platforms.
In this thesis development of research on the human motor skills is described, with particular regard to the element of balance.

Keywords: motor coordination, body balance, posturography.

Wstęp

Badania na temat koordynacji ruchowej mają swój początek w XX wieku. Pierwotnym przedmiotem zainteresowań naukowców był ruch, pojęcie koordynacji ruchowej nie było znane, kształtowało się na przestrzeni lat.

Pierwsze opisy ruchu pojawiły się w II wieku, a ich autorem był Galen, rzymski lekarz, który w swoich dziełach omawiał budowę kośćca, rolę ścięgien, budowę mózgu, rdzenia oraz nerwów. Scharakteryzował on również mechanizm powstawania skurczu mięśniowego. Wspaniałą postacią zajmującą się naturą ruchu był Leonardo da Vinci, który w swoich rozważaniach nad ludzkim ciałem wprowadzał zagadnienia mechaniki. Kolejnym ważnym naukowcem zajmującym się ruchem był żyjący w XVII wieku Borelli, który zajmował się określeniem położenia środka ciężkości ciała [1].

Następnym zagadnieniem, które interesowało uczonych, była sprawność fizyczna, a w szczególności jej ocena. Dużą rolę odegrało tutaj powstanie w 1854 roku Zakładu Higieny i Wychowania Fizycznego w Amherst College w Stanach Zjednoczonych [1].

Jak już wcześniej wspomniano, badania na temat koordynacji ruchowej mają swój początek w XX wieku. Jedną z pierwszych prac o tej tematyce była publikacja Ozireckiego z 1931 roku [2].

Koordynacja ruchowa – definicja

Wielu naukowców podjęło się zdefiniowania terminu koordynacji ruchowej. Pierwszym współczesnym badaczem zajmującym się motorycznością człowieka był Bernstein. Jako pierwszy zdefiniował pojęcie koordynacji ruchowej, opisując, że jest to ,,pokonywanie nadmiernej liczby stopni swobody poruszającego się organizmu, czyli przekształcenie go w system sterowalny" [3]. W latach 60. XX wieku, Denisiuk i Milicerowa stworzyli definicję, w której określili koordynację ruchową jako ,,zdolność do scalania ruchów różnych rodzajów w jedną całość oraz zdolność do szybkiego przestawiania się z jednych aktów ruchowych na

inne". Według Ważnego „koordynacja przejawia się w postaci umiejętności precyzyjnego wykonania złożonych pod względem koordynacyjnym aktów ruchowych, szybkiego przestawiania się z jednych ściśle skoordynowanych ruchów na inne, a także w umiejętności szybkiego wyboru odpowiedniego aktu ruchowego do nieoczekiwanie powstających sytuacji" [5]. W pracach Raczka odnajduje się objaśnianie pojęcia koordynacji ruchowej jako ,,wzajemne dostosowanie i uzgadnianie wszystkich składników ruchu skierowanych na rozwiązanie konkretnego zadania ruchowego"[6]. Sozański opisuje koordynację jako zdolność do wykonywania złożonych przestrzennie i czasowo ruchów, przestawiania się z jednych zadań ruchowych na inne oraz rozwiązywania nowych, nieoczekiwanie pojawiających się sytuacji ruchowych [7]. Naglak podaje, że koordynacja ruchowa to stopień wykonania czynności ruchowej w zależności od przyjętego celu [8]. Najbardziej aktualną definicją jest definicja Starosty, który określił koordynację ruchową jako ,,zdolności do wykonywania złożonych ruchów dokładnie, szybko i w zmiennych warunkach" [9].

Zdolności koordynacyjne

Temat koordynacji ruchowej jest bardzo szeroki. Należy mieć świadomość jej złożoności i tego, że tworzy ją kilka elementów, nazywanych zdolnościami koordynacyjnymi. Na przestrzeni lat składowe koordynacji zmieniały się – dotyczy to zarówno ich ilości, jak i nazewnictwa [6].

Guilford w publikacji z 1958 roku określił trzy grupy zdolności koordynacyjnych, takie jak: reaktywność układu nerwowego, na co składały się szybkość reakcji i częstotliwość, statyczna precyzja ruchów, czyli równowaga statyczna i precyzja ruchów ręki, oraz dynamiczna precyzja ruchów, czyli równowaga dynamiczna i celowe ruchy kończyn górnych [10]. W 1964 roku Fleishmann wyróżnił jedenaście elementów koordynacji [11]. Sześć lat później Cumbee wyróżnił pięć kategorii koordynacji: równowagę w balansowaniu z przyborem, tempo, zręczność, szybkość zmiany kierunku ruchów ręki oraz równowagę ciała [12]. Kolejnym badaczem mającym wpływ na kształtowanie pojęcia zdolności koordynacyjnych był Hirtz, który zaproponował pięć składowych koordynacji, takich jak: kompleksowe reakcje ciała, różnicowanie kinestetyczne, orientacja przestrzenna, równowaga oraz rytmizacja [13]. Inną koncepcję przedstawił Blume w 1981 roku, wyróżniając siedem elementarnych zdolności koordynacyjnych: zdolność łączenia ruchów, zdolność różnicowania ruchów, zdolność poczucia równowagi, zdolność orientacji, zdolność rytmizacji ruchów, zdolność szybkiej reakcji i zdolność dostosowania ruchowego [14].

W Polsce duży udział w definiowaniu zdolności koordynacyjnych mieli Raczek, Mynarski i Ljach, którzy opisali w 1998 roku specyficzne motoryczne zdolności koordynacyjne, wyróżniając: kinestetyczne różnicowanie, orientację czasowo-przestrzenną, zachowanie równowagi, rytmizację, szybką reakcję, łączenie ruchów, dostosowanie działania oraz wysoką częstotliwość [1].

Początek XXI wieku wiąże się z nazwiskiem Starosty, który wyznaczył jedenaście zdolności koordynacyjnych: zdolność kinestetycznego różnicowania ruchów, zdolność zachowania równowagi, zdolność przejawiania szybkiej reakcji, zdolność orientacji czasowo-przestrzennej, zdolność rytmizacji ruchów, zdolność dostosowania ruchów, zdolność łączenia ruchów, zdolność symetryzacji ruchów, zdolność wyrazistości ruchów, zdolność rozluźnienia mięśni, zdolność współpracy [15].

Koordynacja ruchowa – rozwój badań

W ostatnim czasie koordynacja ruchowa stanowi tematykę wielu badań, zarówno w dziedzinach kultury fizycznej, jak i medycyny. Koordynacja ruchowa jest niezbędną zdolnością motoryczną dla prawidłowego funkcjonowania człowieka. Jest ona koniecznym warunkiem do wykonywania każdej czynności ruchowej i wpływa na efektywność działań i zachowań motorycznych człowieka [16].

Ówcześnie ocenę zdolności koordynacyjnych badano poprzez testy uzdolnień ruchowych [17]. Jak już wspomniano, jednym z pierwszych opisów badań na temat koordynacji ruchowej jest publikacja Ozierieckiego, rosyjskiego neurologa. Badał on motoryczność dzieci i młodzieży, stosując zadania ruchowe, należące do następujących kategorii: koordynacja statyczna i dynamiczna, szybkość ruchów, zdolności ruchowe w zakresie rytmu, synkinezja, zdolności synchronizacji różnych ruchów, siła i energia ruchowa [2].

Polski psycholog, filozof, pedagog Pieter w 1949 roku opublikował test inteligencji motorycznej, według którego wykonywano próbę szybkości i koordynacji dynamicznej ruchu, próbę pamięci i wyobraźni ruchu oraz próbę ekonomii wysiłku [18].

Johnson opublikował baterię testów uzdolnień ruchowych, składających się z dziesięciu zadań wykonywanych na specjalnym dywaniku. Test ten był wykorzystywany w Polsce do kwalifikacji do uprawiania gimnastyki artystycznej, sportowej i skoku wzwyż.

Metheny, amerykańska badaczka, zmodyfikowała powyższy test, zmniejszając liczbę zadań ruchowych [17].

Francuz Guilmain zmodyfikował test Ozierieckiego i dostosował skalę do określania stopnia opóźnienia rozwoju ruchowego u dzieci na potrzeby rehabilitacji. Kolejne zmia-

ny wprowadzali Sottiaux oraz Lincoln, upraszczając zadania ruchowe i ograniczając liczbę komponentów [17].

W przeszłości w Polsce pojęcie koordynacji ruchowej było synonimem zwinności [16]. Była ona badana jednym testem. Jednak na początku lat 90. koordynacja ruchowa przestała być pojęciem jednolitym, utożsamianym ze zwinnością. Zaczęto opisywać różne składowe koordynacyjne. W tej dziedzinie wyróżniali się tacy badacze jak Szopa, Mynarski, Raczek, Ljach [1]. Współcześnie najbardziej znanym autorem jest Starosta, który, jak już wspomniano, wyróżnił jedenaście zdolności koordynacyjnych. Jest on autorem testu do badania globalnej koordynacji ruchowej; test ten daje możliwość zbadania wszystkich wyżej wymienionych zdolności koordynacyjnych [19]. Jest to test wykonywany głównie wśród sportowców ze względu na konieczność wykazywania się przez badanego dobrą sprawnością fizyczną.

Badanie koordynacji ruchowej w medycynie

Przez wiele lat pojęcie koordynacji ruchowej budziło zainteresowanie głównie specjalistów z dziedziny kultury fizycznej. W medycynie bada się najczęściej wybrane składowe koordynacji ruchowej bądź skupia się na konkretnym obszarze ciała. Najczęściej badanym elementem koordynacji ruchowej wśród pacjentów jest zdolność zachowania równowagi ciała.

Wyróżnia się dwie składowe równowagi: statyczną oraz dynamiczną. Równowaga statyczna daje możliwość powrotu ciała do położenia wyjściowego po wytrąceniu ze stanu równowagi przy niezmieniającym się punkcie podparcia. Natomiast równowaga dynamiczna to zdolność utrzymania równowagi przy zmieniającym się punkcie podparcia [20]. Testy diagnostyczne dzieli się na jakościowe i ilościowe. Najczęściej używane w medycynie są testy jakościowe, które mają charakter subiektywny. Dają wynik ujemny bądź dodatni, kiedy to pacjent nie wykazuje odchyleń od przyjętej normy bądź je wykazuje [21]. Często wykorzystywanym testem jakościowym do badania równowagi statycznej jest test stworzony przez niemieckiego lekarza neurologa Romberga, który w 1846 roku wprowadził tę próbę do badania neurologicznego. Test ten polega na utrzymaniu określonej pozycji ciała – stopy złączone, ręce wyprostowane, uniesione do kąta 90 stopni. Pacjent stoi przez 10 sekund najpierw z oczami otwartymi, następnie z oczami zamkniętymi [22].

Drugim typem testów są badania ilościowe, które dają mierzalny wynik diagnostyczny i mają dużo większe znaczenie kliniczne [21]. Należą do nich badania posturograficzne. Niestety ze względu na to, że do pomiarów konieczny jest drogi sprzęt, diagnostyka ta jest mało rozpowszechniona. Badanie równowagi ocenia się w pozycji stojącej, poprzez zapis przemieszczeń środka ciężkości ciała. Badanie odbywa się na specjalnej platformie, z użyciem programu komputerowego. Istnieje możliwość badania równowagi zarówno statycznej, jak i dynamicznej [23]. Dzięki badaniom z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury możliwa jest diagnoza pacjenta, ocena progresji choroby, możliwe jest również monitorowanie efektów terapii w postaci zarówno treningu rehabilitacyjnego, jak i terapii farmakologicznej.

Posturografia statyczna

Jak już wcześniej wspomniano, położeniem środka ciężkości ciała interesował się już w XVII wieku Borelli, który określił, iż środek ciężkości mieści się na środku pola podparcia [1]. Meyer w 1853 roku uznał, że linia pionowego rzutu środka ciężkości podczas stania przebiega 5 cm do tyłu od osi stawów biodrowych, z tyłu od osi stawów kolanowych oraz 3 cm do przodu od stawów goleniowo-skokowych. Twierdził on, że stabilna pozycja pionowa może być utrzymana bez udziału mięśni [24]. Tezę tę podważył du Bois-Reymond w 1903 roku. A dopiero w 1960 roku potwierdził to Asmussen, wykonując eksperyment polegający na utrzymaniu równowagi przez badanego zanurzonego w wodzie do poziomu pierwszego kręgu lędźwiowego. Dzięki zdjęciom rentgenowskim i antropometrycznym pomiarom wykazano, że rzut środka ciężkości górnej części ciała przechodzi przez czwarty kręg lędźwiowy. Przyjęto także, iż do utrzymania pozycji pionowej konieczna jest antygrawitacyjna praca mięśni ciała człowieka [24].

Posturografia dynamiczna

Badania na temat utrzymania równowagi ciała w ruchu prowadzone były w XIX wieku. Zastanawiano się, dzięki czemu możliwe jest utrzymanie postawy. Angielski lekarz Bell postawił sobie pytanie, jaki zmysł wpływa na możliwość utrzymania określonej pozycji, gdy idzie się pod wiatr. Kolejny angielski lekarz, neurolog Head, twierdził, że jest to możliwe dzięki receptorom zlokalizowanym w obrębie stóp. Longet wskazywał na propriocepcję, natomiast Romberg podkreślił rolę wzroku. Francuz Flourens opisał aparat przedsionkowy jako narząd odpowiedzialny za utrzymanie równowagi. Udowodnił to, wykonując doświadczenie na gołębiach, drażniąc kanały półkoliste ptaków i obserwując u nich oczopląs. Ewald sformułował tezę, iż oczopląs powstaje poprzez przepływ śródchłonki. Wraz z Machem oraz Brauerem sformułowali teorię na temat ruchu śródchłonki pod wpływem przyspieszeń kątowych. W kolejnych latach Sherrington opisał móżdżek jako narząd, który poprzez połączenia nerwowe współdziała z układem przedsionkowym [25].

Komputerowa posturografia dynamiczna

Badania posturograficzne znane są od kilkudziesięciu lat. Jednym z pionierów, który stworzył postawy posturologii, był żyjący w XIX wieku niemiecki lekarz von Vierordt. Jego działania polegały na zakładaniu badanym hełmów zakończonych piórem połączonym z kartką papieru, co miało za zadanie rejestrować zmiany w obrębie postawy ciała. Założył on Instytut Posturologii w Berlinie [26].

W 1950 roku w Paryżu użyto po raz pierwszy aparatury do badań z zakresu posturologii, a postęp w dziedzinie informatyki w kolejnym dziesięcioleciu pozwolił na rozwój badań naukowych związanych z postawą i równowagą człowieka [25].

W 1965 roku Gurfinkel opublikował badania, opisując krzywą stabilograficzną podczas swobodnego stania. Kolejni badacze analizowali zachowania posturalne podczas wyłączenia określonych receptorów, np. wzrokowych [25].

Współczesny badacz mający wpływ na rozwój dziedziny, jaką jest posturologia, to Baron, francuski lekarz z Centre National de la Rechereche Scientifique w Paryżu [25]. W 1969 roku zostało powołane we Francji Międzynarodowe Towarzystwo Posturograficzne. Celem Towarzystwa było rozwijanie wiedzy o aktywności posturalnej człowieka, a także jej nieprawidłowościach [25].

W Polsce w latach 70. przeprowadzono pierwsze badania posturograficzne w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie. W Klinice Otolaryngologicznej prowadzono wśród pilotów badania wykrywające zaburzenia błędnika [27].

W 1986 roku Gagey, kolejny francuski lekarz, założył Instytut Posturografii [25].

W roku 2000 neurobiolodzy: Carlsson (Szwecja), Greengard oraz Kandel (Stany Zjednoczone) otrzymali Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny za odkrycia dotyczące przekazywania sygnału w układzie nerwowym [28].

Osiągnięciem XXI wieku jest zastosowanie gier konsolowych w celu treningu równowagi. Pacjent, stojąc na specjalnej platformie, poprzez wychylenia ciała kontroluje to, co dzieje się na ekranie telewizora [29]. Taki sposób rehabilitacji jest atrakcyjny oraz motywuje do pracy. Jest trafnym sposobem wspierającym konwencjonalną kinezyterapię.

Dzięki nowoczesnym technologiom i rozwojowi nauki powstają rozmaite platformy dające możliwość oceny balansu ciała pacjentów oraz ćwiczenia zmysłu równowagi. Niestety sprzęt jest drogi i przez to trudno dostępny. Jednak należy mieć nadzieję, iż posturografia stanie się bardziej popularna w niedalekiej przyszłości.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Osiński W. Antropomotoryka. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu; 2003.
2. Ozierecki N. Skala metryczna do badań zdolności ruchowych dzieci i młodzieży. Lwów: NTP; 1931.
3. Bernstein NA. O postrojenji dwiżenij. Moskwa: Izd. Medgiz; 1947.
4. Denisiuk L, Milicerowa H. Rozwój sprawności motorycznej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Warszawa: PZWS; 1969.
5. Ważny Z. Współczesny system szkolenia w sporcie wyczynowym. Warszawa: Sport i Turystyka; 1981.
6. Raczek J, Mynarski W. Koordynacyjne zdolności motoryczne dzieci i młodzieży. Struktura wewnętrzna i zmienność osobnicza. Katowice: Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach; 1992.
7. Sozański H. Podstawy teorii treningu. Warszawa: RCMSzKFiS; 1993.
8. Naglak Z. Metodyka trenowania sportowca. Wrocław: Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu; 1999.
9. Kunysz M, Cynarski W. Koordynacja ruchowa w badaniach prof. Włodzimierz Starosty. Recenzja monografii: Globalna i lokalna koordynacja ruchowa w wychowaniu fizycznym i sporcie. Antropomotoryka; 2008; 43: 119–121.
10. Guilford JP. A system of the psychomotor abilities. Am J Psychol. 1958; 71: 164–174.
11. Fleishman EA. The structure and measurement of physical fitness. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1964.
12. Cumbee FV. A factorial analysis of motor coordination. (W:) Morgan WP (red.). Contemporary readings in sport psychology. Springfield: Charles C. Thomas; 1970.
13. Hirtz P. Unterschunungen zur Entwicklung koordinativer Leistungsvoraussetzungen bei Schulkindern. Theor Prax Der Körperkultur. 1976; 4: 283–288.
14. Rynkiewicz T. Struktura zdolności motorycznych oraz jej globalne i lokalne przejawy. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu; 2003.
15. Starosta W. Motoryczne zdolności koordynacyjne. Warszawa: Międzynarodowe Stowarzyszenie Motoryki Sportowej; 2003.
16. Raczek J, Mynarski W, Ljach W. Kształtowanie i diagnozowanie koordynacyjnych zdolności motorycznych. Katowice: Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach; 2002.
17. Osiński W. Zagadnienia motoryczności człowieka, Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu; 1991.
18. Pieter J. Testy uzdolnień ruchowych. Rocznik Kultury Fizycznej. 1949.
19. Starosta W. Globalna i lokalna koordynacja ruchowa. Warszawa: Międzynarodowe Stowarzyszenie Motoryki Sportowej; 2006.
20. Kostiukow A, Rostkowska E, Samborski W. Badanie zdolności zachowania równowagi ciała. Rocz PAM. 2009; 55, 3: 102–109.
21. Rothstein JM. On defining subjective and objective measurements. Phys Ther. 1989; 69: 577–579.
22. Takahashi A. The founders of neurology. Moritz Heinrich Romberg and Hiroshi Kawahara. Rinsho Shinkeigaku. 1995; 35(12): 1313–1322.

23. Rocchi L, Chiari L, Cappello A. Feature selection of stabilometric parameters based on principal component analysis. Med Biol Engl Comput. 2004; 42: 71–79.
24. Golema M. Charakterystyka utrzymywania równowagi ciała człowieka w obrazie stabilograficznym. Wrocław: Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu; 2002.
25. Wilczyński J. Posturologia – nauka o postawie ciała człowieka. Stud Med. 2011; 23(3): 7–17.
26. Vierordt K. Grundzüge der Physiologie des Menschen. Berlin 1864.
27. Kluch W, Olszewski J. Ocena czynności układu równowagi u pilotów poddawanych przyspieszeniom za pomocą statokinezjometrii. Audiofonologia. 2005; 27: 75–81.
28. (Dostępne w Internecie:) http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2000/index.html.
29. Żak M, Krupnik S, Puzio G, Staszczak-Gawełda I, Stopa A, Czesak J. Wykorzystanie wirtualnej rzeczywistości i gier konsolowych w profilaktyce upadków osób starszych. Gerontol Pol. 2014; 22, 1: 9–13.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Magdalena Kobylińska
ul. Świętowidzka 4a
61-058 Poznań
tel. kom.: 664 007 511
e-mail: kobylinska.magda@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

SUBKLINICZNA NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY

SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM

Anna Otlewska[1], Paweł Hackemer[2], Fryderyk Menzel[2], Aleksandra Drabik[3]

[1] Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
[2] Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
[3] Katedra i Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.17

STRESZCZENIE

Subkliniczna niedoczynność tarczycy jest jedną z najczęściej występujących endokrynopatii. Rozpoznanie można postawić na podstawie wyników badań laboratoryjnych, tj. obniżonego stężenia TSH w surowicy z towarzyszącym prawidłowym stężeniem fT4. Nieprawidłowościom w oznaczeniach hormonalnych mogą towarzyszyć objawy kliniczne, do których należą przede wszystkim: uczucie osłabienia, zła tolerancja zimna, suchość skóry oraz osłabienie pamięci. U części pacjentów schorzenie to może przechodzić w jawną postać niedoczynności tarczycy. Możliwe jest również wycofanie się zaburzeń i powrót prawidłowej funkcji tarczycy. Niedoczynność tarczycy może prowadzić do rozwoju wielu chorób, w tym niezwykle ważnych z epidemiologicznego punktu widzenia – sercowo-naczyniowych, a także powikłań położniczych u kobiet ciężarnych. Do powikłań może również prowadzić subkliniczna niedoczynność tarczycy. Badany jest potencjalny wpływ niedoczynności tarczycy na występowanie chorób kości, niepłodność, rozwój zespołu metabolicznego czy przebieg chorób nerek. Ważna jest znajomość potencjalnych powikłań wynikających z zaburzeń funkcji tarczycy; istotne są również ich wczesna diagnostyka oraz wdrożenie terapii lewotyroksyną. Wskazania do leczenia są ustalane indywidualnie. Na decyzję o leczeniu mają wpływ wartość TSH, wiek pacjenta, obecność przeciwciał przeciwtarczycowych, występowanie objawów klinicznych niedoczynności tarczycy czy planowanie przez kobietę ciąży.

Słowa kluczowe: subkliniczna niedoczynność tarczycy, choroby sercowo-naczyniowe, leczenie lewotyroksyną, ciąża, zaburzenia metaboliczne.

ABSTRACT

Subclinical hypothyroidism is one of the most common endocrinopathy. Diagnosis can be based on laboratory findings, ie, serum TSH levels with normal fT4 concentrations. Irregularities in hormonal imaging may be accompanied by clinical symptoms, including: weakness, poor cold tolerance, dry skin, and memory impairment. In some patients this condition can develop into overt manifestation of hypothyroidism. It is also possible to withdraw the disorder and return to normal thyroid function. Hypothyroidism can lead to the development of many diseases, including cardiovascular, as well as obstetric complications in pregnant women. Subclinical hypothyroidism can lead to some of these diseases. The potential impact of hypothyroidism on bone disease, infertility, metabolic syndrome, or renal disease is also investigated. It is important to know the potential complications of thyroid dysfunction, their early diagnosis and the implementation of levothyroxine therapy. Indications for treatment are determined individually. The decision to treat is affected by the TSH level, patients age, presence of antithyroid antibodies, clinical symptoms of hypothyroidism or planning to become pregnant.

Keywords: subclinical hypothyroidism, cardiovascular diseases, levothyroxine therapy, pregnancy, metabolic disorders.

Wstęp

Subkliniczna niedoczynność tarczycy (SNT) to stan, w którym podwyższonemu stężeniu TSH w surowicy towarzyszy prawidłowe stężenie fT4 [1, 2]. W związku z powyższym rozpoznanie subklinicznej niedoczynności tarczycy można postawić jedynie po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych [3]. SNT może przejść w postać jawną klinicznie. Wyższe stężenie TSH w surowicy oraz obecność przeciwciał przeciwtarczycowych wiążą się ze wzrostem ryzyka rozwoju niedoczynności tarczycy w przyszłości [4]. Średnie roczne ryzyko przejścia postaci subklinicznej niedoczynności tarczycy do jawnej wynosi 2–6% [5]. Subkliniczna niedoczynność tarczycy przebiega bez objawów klinicznych lub jej objawy są słabo wyrażone i należą do nich: zmęczenie, zła tolerancja zimna, sucha skóra, zaparcia, obrzęki wokół oczu, zaburzenia funkcji poznawczych [6, 7]. Diagnostyka przesiewowa w kierunku SNT, polegającą na oznaczeniu stężenia TSH w surowicy, jest zalecana u wszystkich osób po 35. r.ż. co 5 lat, u pacjentów z zespołem Downa oraz u kobiet w ciąży i planujących ciążę [8].

Epidemiologia

Subkliniczna niedoczynność tarczycy dotyczy około 4–8% populacji (warto tutaj zwrócić uwagę na fakt, że rozpowszechnienie jawnej niedoczynności tarczycy jest znacznie mniejsze i wynosi ok. 0,3–0,4%), częściej występuje u kobiet [4]. Częstość występowania tego zaburzenia rośnie z wiekiem i u osób powyżej 65. roku życia wynosi ok. 8–18% [7]. Choroba występuje częściej wśród mieszkańców terenów o wysokiej podaży jodu [8]. Najczęstszą

przyczyną subklinicznej niedoczynności tarczycy jest jej autoimmuologiczne zapalenie [9]. Do innych przyczyn wystąpienia SNT należą: leczenie jodem promieniotwórczym, radioterapia nowotworów głowy i szyi, przebyte operacje tarczycy, stosowane leki, w tym również tyreostatyki [8].

Choroby sercowo-naczyniowe

Liczne badania zwracają uwagę na współistnienie u pacjentów z subkliniczną niedoczynnością tarczycy chorób serca i naczyń. Badania wskazują, że subkliniczna niedoczynność tarczycy może prowadzić do zwiększenia sztywności naczyń i wzrostu oporu obwodowego [6], zaburzeń funkcji śródbłonka, zwiększenia stresu oksydacyjnego, zwiększenia grubości kompleksu intima-media tętnicy szyjnej wewnętrznej [9]. U pacjentów z subkliniczną niedoczynnością tarczycy zwiększona jest także krzepliwość krwi [5]. Dane na temat wzrostu stężenia homocysteiny w surowicy pacjentów z SNT są sprzeczne, niektóre badania wskazują na jej podwyższony poziom w surowicy w tej grupie pacjentów. Wzrost stężenia homocysteiny w surowicy mógłby przyczyniać się do rozwoju miażdżycy poprzez wpływ m.in. na wzrost agregacji płytek krwi, proliferacji komórek mięśni gładkich, zwiększenie stresu oksydacyjnego czy rozwój zaburzeń funkcji śródbłonka [10, 11]. Niektóre badania dowodzą występowania u pacjentów z subkliniczną niedoczynnością tarczycy wyższego stężenia białka CRP w surowicy oraz wzmożonego odczynu zapalnego w obrębie płytek miażdżycowych [12]. Obserwowano także w surowicy pacjentów z SNT zwiększenie stężenia cytokin prozapalnych, takich jak: IL-6 i TNF-α, co może sprzyjać rozwojowi miażdżycy [13]. Aydogdu i wsp. stwierdzili, że zawartość tkanki tłuszczowej trzewnej jest większa w populacji pacjentów z SNT, co stanowi czynnik ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego [14]. Powyższe czynniki mogą prowadzić do rozwoju choroby wieńcowej, która według niektórych badaczy częściej występuje u pacjentów z SNT niż w populacji ogólnej [15].

Opisane powyżej zaburzenia mogą prowadzić do rozwoju różnych chorób serca i naczyń. Część badaczy uważa, że SNT może przyczyniać się do rozwoju zaburzeń funkcji skurczowej i rozkurczowej serca [6]. Według innych badaczy SNT powoduje jedynie zaburzenia funkcji rozkurczowej mięśnia lewej komory podczas wysiłku fizycznego [9]. Badania wykazują zależność między SNT a niewydolnością serca. Rodondi i wsp. wskazują na częstsze występowanie niewydolności serca u pacjentów z subkliniczną niedoczynnością tarczycy oraz na to, że ryzyko jej wystąpienia koreluje dodatnio ze stężeniem TSH w surowicy [6]. Hayashi i wsp. z kolei zaobserwowali, że SNT jest czynnikiem niekorzystnym prognostycznie w przypadku ostrej niewyrównanej niewydolności serca [16]. Badacze zwracają również uwagę na potencjalny wpływ SNT na ciśnienie tętnicze. Inal i wsp. na podstawie badania przeprowadzonego wśród pacjentów z prawidłowym ciśnieniem tętniczym metodą całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego wykazali, że u pacjentów z niedoczynnością tarczycy, w tym subkliniczną, nie występuje prawidłowy spadek ciśnienia tętniczego w godzinach nocnych [17]. Badania dowodzą, że SNT ma większy wpływ na wzrost rozkurczowego niż skurczowego ciśnienia tętniczego [18].

Kolejnym obszarem badań nad wpływem SNT na choroby sercowo-naczyniowe są udary. W tym zakresie badacze wyciągają odmienne wnioski niż w przypadku ww. chorób. Giri i wsp. przeprowadzili badanie wśród kobiet po menopauzie z subkliniczną niedoczynnością tarczycy, w którym nie wykazali częstszego występowania udarów niedokrwiennych w porównaniu z kobietami bez zaburzeń funkcji tarczycy [19]. Baek i wsp. z kolei wskazują, że SNT może mieć korzystny wpływ na poprawę kliniczną u pacjentów z ostrym udarem niedokrwiennym [20].

Zaburzenia metaboliczne

U pacjentów z subkliniczną niedoczynnością tarczycy obserwuje się częstsze występowanie szeregu zaburzeń metabolicznych. W odniesieniu do niektórych zależności między SNT a zaburzeniami metabolizmu autorzy są zgodni, w odniesieniu do innych opinie są rozbieżne.

U pacjentów z niedoczynnością, także subkliniczną, obserwuje się wyższe stężenie trójglicerydów, cholesterolu całkowitego i frakcji LDL w surowicy. Niektórzy badacze uważają, że SNT wpływa również na stężenie HDL, prowadząc do jego spadku [9, 21, 22]. Dane na temat ujemnej korelacji między stężeniem TSH i HDL są jednak sprzeczne, i m.in. badanie Laway i wsp. występowaniu tej zależności przeczy [23].

Dostępne są badania, które wskazują na częstsze występowanie cukrzycy typu 2 u pacjentów z subkliniczną niedoczynnością tarczycy [24]. W jednym z badań dowiedziono dodatniej korelacji między stężeniem TSH w surowicy a stężeniem insuliny oraz insulinoopornością, oceniana na podstawie wskaźnika HOMA-IR u pacjentów z SNT. Jednocześnie przeanalizowano zależność między stężeniem wolnych hormonów – fT3 i fT4 – a stężeniem insuliny i insulinoopornością i stwierdzono ujemną korelację, przy czym korelacja w odniesieniu do fT3 była silniejsza [25]. Ponadto u pacjentów z SNT obserwowano częstsze występowanie powikłań cukrzycy: neuropatii, nefropatii, retinopatii, choroby tętnic obwodowych, ale nie choroby wieńcowej [24]. Wyniki badania przeprowadzonego przez Furukawa i wsp. potwierdzają częstsze występowanie

subklinicznej niedoczynności tarczycy wśród pacjentów z cukrzycą powikłaną nefropatią [26]. Podobną zależność między subkliniczną niedoczynnością tarczycy a chorobą nerek u pacjentów z cukrzycą wykazali Zhou i wsp. [27].

Wykazano także zależność między SNT a masą ciała pacjenta – wraz z rosnącym stężeniem TSH obserwuje się wzrost masy ciała pacjenta [9], co przyczynia się do wzrostu ryzyka sercowo-naczyniowego [28]. Pacjenci z subkliniczną niedoczynnością tarczycy mają również wyższy wskaźnik masy ciała (BMI) niż pacjenci, u których to zaburzenie nie występuje [22]. Liu i wsp. zaobserwowali z kolei częstsze występowanie niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby w tej omawianej grupie pacjentów [29].

Subkliniczna niedoczynność tarczycy u osób w podeszłym wieku

Jak już wspomniano, stężenie TSH w surowicy rośnie z wiekiem. Ponadto obserwuje się stopniowe obniżanie się stężenia fT3 i wzrost rT3, natomiast stężenie fT4 w surowicy jest bardziej stabilne. SNT ma nieco odmienny wpływ na organizm pacjentów w starszym wieku, tj. po 65. roku życia. O ile liczne badania wskazują na zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe u pacjentów poniżej 65. roku życia, u których występuje subkliniczna niedoczynność tarczycy, o tyle u osób w starszym wieku SNT na powyższe ryzyko nie wpływa. Niektóre badania wskazują nawet, że nieco wyższe wartości TSH mogą mieć korzystny wpływ na zmniejszenie umieralności w tej grupie wiekowej [30]. Aktualnie oczekujemy na wyniki dużego randomizowanego badania kontrolnego (TRUST), dotyczącego wpływu leczenia lewotyroksyną pacjentów po 65. roku życia z subkliniczną niedoczynnością tarczycy [7]. Podczas leczenia lewotyroksyną należy pamiętać o tym, że niższe stężenie TSH w surowicy wpływa na ryzyko wystąpienia migotania przedsionków, dlatego należy w tej grupie pacjentów ostrożnie podejmować decyzję o rozpoczęciu leczenia, by nie przyczynić się do wystąpienia tej arytmii [31].

Subkliniczna niedoczynność tarczycy w ciąży

W ciąży zachodzą zmiany dotyczące wielu układów, w tym układu wewnątrzwydzielniczego. W okresie ciąży: wzrasta stężenie białka wiążącego tyroksynę (TBG), łożysko wydziela gonadotropinę kosmówkową (hCG), która pobudza wydzielanie hormonów tarczycy przez gruczoł tarczowy, a zapotrzebowanie na jod jest zwiększone [32]. W związku z powyższymi zmianami zachodzącymi w czasie ciąży konieczne jest zwiększenie syntezy hormonów tarczycy przez gruczoł tarczowy, co niesie za sobą ryzyko ujawnienia się chorób tarczycy w tym okresie [33]. Prowadzone są liczne badania mające na celu ustalenie potencjalnego wpływu SNT na przebieg ciąży. Uważa się, że subkliniczna niedoczynność tarczycy w ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego [4]. Inne badania wskazują, że SNT może również zwiększać ryzyko poronienia przed 20. tygodniem ciąży, a obecność przeciwciał przeciwtarczycowych w surowicy dodatkowo to ryzyko potęguje. Ponadto SNT może mieć również znaczenie w rozwoju innych powikłań położniczych, takich jak stan przedrzucawkowy czy przedwczesne odklejenie się łożyska, a wczesna diagnostyka i wdrożenie suplementacji lewotyroksyną odgrywają istotną rolę w zapobieganiu wystąpieniu tych powikłań [34]. W badaniach wykazywano również częstsze występowanie niedoboru masy ciała noworodków urodzonych przez kobiety z subkliniczną niedoczynnością tarczycy [35]. Dla prawidłowego rozwoju ciąży istotne jest, by terapia lewotyroksyną została włączona jak najszybciej. Badanie przeprowadzone przez Blumenthal i wsp. nie wykazało bowiem różnic w przebiegu ciąży i występowaniu powikłań położniczych między pacjentkami bez zaburzeń funkcji tarczycy i tymi z subkliniczną niedoczynnością tarczycy, które były leczone lewotyroksyną [35]. SNT może wiązać się również ze wzrostem ryzyka wystąpienia cukrzycy ciężarnych [36]. Dostępne są wyniki badań, które wskazują na częstsze występowanie subklinicznej niedoczynności tarczycy u niepłodnych kobiet, a wyrównanie funkcji tarczycy zwiększa szansę na zajście w ciążę [37]. Potwierdzenie powyższej tezy stanowią wyniki duńskiego badania przeprowadzonego przez Feldthusen i wsp., które dowodzi, że występuje zależność między subkliniczną niedoczynnością tarczycy a niepłodnością [38]. Pomimo dostępności licznych badań dowodzących, że nie tylko jawna, ale także SNT wpływa niekorzystnie na przebieg ciąży i płodność, to należy pamiętać, że również liczne są badania, których wyniki są z nimi w sprzeczności [34].

Choroba nerek

Subklinicznej niedoczynności tarczycy przypisuje się również rolę w rozwoju zaburzeń funkcji nerek, m.in. czynności kłębuszków oraz cewek nerkowych, co prowadzi do hiponatremii i zmniejszenia wydalania wody [3]. U pacjentów z zaburzeniami funkcji tarczycy obserwowano niższe wskaźniki filtracji kłębuszkowej – GFR [26]. Lu i wsp. w swoim badaniu dowiedli, że leczenie SNT u pacjentów w starszym wieku z przewlekłą chorobą nerek może wpływać na wzrost wskaźnika przesączania kłębuszkowego – GFR. U pacjentów, którzy otrzymali suplementację lewotyroksyną, zaobserwowano wzrost GFR w ciągu pierwszych 6 miesięcy leczenia i następującą potem stabilizację jego wartości [39]. Zaburzenia funkcji nerek u pacjentów z subkliniczną niedoczynnością tarczycy mogą wynikać ze

zmniejszonej u tych pacjentów kurczliwości mięśnia sercowego i zwiększonego oporu obwodowego, prowadzących do zmian hemodynamicznych w krążeniu nerkowym [10]. Potrzebnych jest jednak więcej badań nad potencjalnym wpływem suplementacji lewotyroksyną na spowolnienie rozwoju chorób nerek [26].

Choroby kości

Wpływ jawnej niedoczynności tarczycy na jakość kości i zwiększone ryzyko złamań osteoporotycznych jest znany, natomiast wpływ postaci subklinicznej niedoczynności tarczycy na metabolizm kości pozostaje niejasny. Przeprowadzone badania wskazują, że SNT prawdopodobnie nie przyczynia się do wystąpienia chorób kości. Badanie Kim i wsp. nie wykazało zależności między SNT a zmniejszonym stężeniem witaminy D w surowicy czy markerów obrotu kostnego oraz obniżoną gęstością mineralną kości (na podstawie pomiaru BMD) [1]. Pedera-Zamorano i wsp. przeprowadzili badanie analizujące wpływ substytucji lewotyroksyną na gęstość kości u pacjentek w wieku przed- i pomenopauzalnym z subkliniczną niedoczynnością tarczycy. Wyniki badania wskazują na brak istotnej poprawy gęstości kości na podstawie pomiaru BMD po leczeniu. Poprawę zaobserwowano jedynie w grupie kobiet w wieku pomenopauzalnym i jedynie w zakresie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Konieczne jest przeprowadzenie większej liczby badań, by móc jednoznacznie stwierdzić, czy SNT i ewentualne leczenie SNT mają wpływ na wystąpienie chorób kości [40].

Zespół policystycznych jajników

Wiele prac dotyczy wpływu subklinicznej niedoczynności tarczycy na rozwój i przebieg zespołu policystycznych jajników (PCOS). Yu i Wang stwierdzili częstsze występowanie SNT wśród pacjentek z PCOS niż w populacji ogólnej [41]. Analiza prac naukowych sugeruje, że SNT może wpływać na występowanie u pacjentek z PCOS zaburzeń lipidowych. Nie stwierdzono natomiast różnic w wynikach oznaczeń hormonalnych, takich jak: stężenie prolaktyny, LH, FSH, stosunek LH/FSH czy SHBG, w surowicy pacjentek z SNT od pacjentek z niezaburzoną funkcją tarczycy [41]. Niektóre badania wskazują na zwiększoną częstość występowania insulinooporności wśród pacjentek z zespołem policystycznych jajników i subkliniczną niedoczynnością tarczycy, jednak dane pochodzące z literatury są sprzeczne [42].

Inne

Pacjentów z subkliniczną niedoczynnością tarczycy mogą dotyczyć także inne schorzenia, będące obszarem mniej licznych badań. Pacjenci z SNT częściej skarżą się na bóle mięśniowe, osłabienie i zmniejszoną siłę mięśniową [5]. Niektóre badania sugerują możliwy wpływ subklinicznej niedoczynności tarczycy na rozwój depresji czy zaburzeń lękowych [5, 43]. Uważa się, że SNT może przyczyniać się do występowania oporności na leczenie przeciwdepresyjne [44]. Dostępne są także wyniki badań, które dowodzą, że SNT ma wpływ na występowanie zaburzeń funkcji poznawczych [45]. Być może SNT przyczynia się również do pojawienia się innych zaburzeń hormonalnych, bowiem Goel i wsp. wykazali, że wyższe stężenie prolaktyny w surowicy koreluje dodatnio z występowaniem nie tylko jawnej, ale także subklinicznej niedoczynności tarczycy [46].

Leczenie

O ile leczenie jawnej niedoczynności tarczycy jest zawsze zalecane, niezależnie od wieku i współistniejących schorzeń, o tyle wskazania do leczenia subklinicznej niedoczynności tarczycy są indywidualizowane [47]. Włączenie terapii lewotyroksyną jest zalecane u pacjentów z TSH wynoszącym ≥ 10 mIU/l [36, 48]. W podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu leczenia u pacjentów, u których stężenie TSH wynosi < 10 mIU/l, należy wziąć pod uwagę: występowanie objawów niedoczynności tarczycy, wiek pacjenta, wywiad co do wcześniejszej choroby tarczycy, obecność przeciwciał przeciwtarczycowych (anty-TPO) oraz współistniejące schorzenia [36, 49]. Terapia lewotyroksyną jest wdrażana także u chorych z niewydolnością serca, chorobą wieńcową, wolem, cukrzycą, u pacjentów po niecałkowitej tyroidektomii [49]. Leczenie jest również wskazane we wszystkich przypadkach subklinicznej niedoczynności tarczycy w okresie ciąży [32].

Podsumowanie

Licznie prowadzone badania dostarczają coraz to nowych wiadomości na temat potencjalnych konsekwencji nieleczonej subklinicznej niedoczynności tarczycy. Stają się one następnie podstawą do ustalania wytycznych postępowania w przypadku rozpoznania SNT. Uważa się, że SNT zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń lipidowych, insulinooporności, zaburzeń funkcji śródbłonka, które prowadzą do rozwoju chorób sercowo-naczyniowych. Wiele badań wskazuje też na możliwość wystąpienia powikłań położniczych w przebiegu nieleczonej SNT. Ponadto objawy SNT, takie jak: osłabienie, zaburzenia pamięci, zła tolerancja zimna czy bóle mięśniowe, mogą obniżać komfort

życia. W związku z powyższym u części pacjentów istnieją wskazania do leczenia tego zaburzenia. Szczególną uwagę należy zwrócić na populację kobiet ciężarnych, ponieważ ciąża *per se* stanowi wskazanie do wdrożenia terapii. Konieczne jest jednak przeprowadzenie większej liczby badań na temat wpływu leczenia lewotyroksyną na przebieg zaburzeń wywołanych przez SNT.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ki-Choul K, Young-Kyun L, You Jin L, Yong-Chan H, Kyung-Hoi K. Bone health and clinical results after hip fracture surgery in patients with subclinical hypothyroidism. J Bone Metab. 2014; 2: 213–216.
2. Gierach M, Gierach J, Junik R. Insulinooporność a choroby tarczycy. Endokrynol Pol. 2014; 65(1): 13–20.
3. Halilcevic A, Hodzic E, Mesic E, Trnacevic S. Incidence of subclinical hypothyroidism in renal transplant patients. Mater Sociomed. 2015; 27(2): 108–111.
4. Łącka K, Czyżyk A. Leczenie niedoczynności tarczycy. Farm Współcz. 2008; 1: 222–230.
5. Baumgartner C, Blum MR, Rodondi N. Subclinical hypothyroidism: summary of evidence in 2014. Swiss Med Wkly. 2014; 144: 1–9.
6. Loon ET. The debate on treating subclinical hypothyroidism. Singapore Med J. 2016; 57(10): 539–545.
7. Stott DJ et al. Study protocol; thyroid hormone replacement for untreated older adults with subclinical hypothyroidism – a randomised placebo controlled trial (TRUST). BMC Endocrine Disorders. 2017; 17(6): 1–17.
8. Gietka-Czernel M. Niedoczynność tarczycy. (W:) Zgliczyński W (red.). Wielka interna. Endokrynologia. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2011.
9. Suh S, Kim DK, Subclinical hypothyroidism and cardiovascular disease. Endocrinol Metab. 2015; 30: 246–251.
10. Szkudlarek M, Woliński K, Sikorska D, Schwermer K, Hoppe K, Pawlaczyk K, Oko A, Ziemnicka K, Ruchała M. Zaburzenia hormonalne u chorych z przewlekłą chorobą nerek. Now Lek. 2013; 82(3): 232–242.
11. Yang N, Yao Z, Miao L, Liu J, Gao X, Fan H, Hu Y, Zhang H, Xu Y, Qu A, Wang G. Novel clinical evidence of an association between homocysteine and insulin resistance in patients with hypothyroidism or subclinical hypothyroidism. Plos One. 2015; 5: 1–10.
12. Gietka-Czernel M. Niedoczynność tarczycy a układ sercowo-naczyniowy. Post Nauk Med. 2012; 25(11): 876–881.
13. Lu M, Yang CB, Gao L, Zhao JJ. Mechanism of subclinical hypothyroidism accelerating endothelial dysfunction (Review). Exp Ther Med. 2015; 9: 3–10.
14. Aydogdu A, Karakas EY, Erkus E, Altıparmak IH, Savık E, Ulas T, Sabuncu T. Epicardial fat thickness and oxidative stress parameters in patients with subclinical hypothyroidism. Arch Med Sci. 2017; 13(2): 383–389.
15. Fater-Dębska A, Gworys P, Brzeziński J, Gawor Z. Zaburzenia tyreometaboliczne a niewydolność serca. Endokrynol Pol. 2007; 58(3): 228–235.
16. Hayashi T, Hasegawa T, Kanzaki H, Funada A, Amaki M, Takahama H, Ohara T, Sugano Y, Yasuda S, Ogawa H, Anzai T. Subclinical hypothyroidism is an independent predictor of adverse cardiovascular outcomes in patients with acute decompensated heart failure. ESC Heart Failure. 2016; 3: 168–176.
17. Inal S, Karakoç M, Kan E, Ebinç F, Törüner F, Aslan M. The effect of overt and subclinical hypothyroidism on the development of non-dipper blood pressure. Pol J Endocrinol. 2012; 63(2): 97–103.
18. Pesic MM, Radojkovic D, Antic S, Kocic R, Stankovic-Djordjevic D. Subclinical hypothyroidism: association with cardiovascular risk factors and components of metabolic syndrome. Biotechnol Biotechnol Equip. 2015; 29(1): 157–163.
19. Giri A, Edwards TL, LeGrys VA, Lorenz C, Funk MJ, Schectman R, Heiss G, Robinson JG, Hartmann KE. Subclinical hypothyroidism and risk for incident ischemic stroke among postmenopausal women. Thyroid. 2014; 24(8): 1210–1218.
20. Baek JH, Chung PW, Kim YB, Moon HS, Suh BC, Jin DK, Rhee EJ, Lee YT, Park KY. Favorable influence of subclinical hypothyroidism on the functional outcomes in stroke patients. Endocrine J. 2010; 57 (1): 23–29.
21. Lampka M, Junik R, Nowicka A, Kardymowicz A, Kaczorowski P, Tyrakowski T. Ocena oksydacji lipoprotein małej gęstości w przebiegu niedoczynności tarczycy. Endokrynol Pol. 2006; 57(2): 117–121.
22. Gupta G, Sharma P, Kumar P, Itagappa M. Study on subclinical hypothyroidism and its association with various inflammatory markers. J Clin Diagn Res. 2015; 9(11): 4–6.
23. Laway BA, War FA, Shah S, Misgar RA, Kotwal SK. Alteration of lipid parameters in patients with subclinical hypothyroidism. Int J Endocrinol Metab. 2014; 12(3): 1–4.
24. Han C, He X, Xia X, Li Y, Shi X, Shan Z, Teng W. Subclinical hypothyroidism and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Plos One. 2015; 8: 1–22.
25. Vyakaranam S, Vanaparthy S, Nori S, Palarapu S, Bhongir A. Study of insulin resistance in subclinical hypothyroidism. Int J Health Sci Res. 2014; 4(9): 147–153.
26. Furukawa S et al. Association between subclinical hypothyroidism and diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes mellitus. Endocrine J. 2014; 61(10): 1011–1018.
27. Zhou JB, Li HB, Zhu XR, Song HL, Zhao YY, Yang JK. Subclinical hypothyroidism and the risk of chronic kidney disease in T2D subjects A case-control and dose-response analysis. Medicine (Baltimore). 2017; 96(15): 1–6.
28. Szwajkosz K, Zwolak A, Dudzińska M, Świrska J, Oszywa-Chabros A, Wawryniuk A, Łuczyk R, Daniluk J. Nadwaga i otyłość a niedoczynność tarczycy = Overweight and obesity in hypothyroidism. J Educ Health Sport. 2016; 6(7): 419–428.
29. Liu L, Yu Y, Zhao M, Zheng D, Zhang X,Guan Q, Xu C, Gao L, Zhao J, Zhang H. Benefits of levothyroxine replacement therapy on nonalcoholic fatty liver disease in subclinical hypothyroidism patients. Int J Endocrinol. 2017; 2017: 1–10.
30. Czerwińska E, Walicka M, Marcinowska-Suchowierska E. Zaburzenia czynności tarczycy u osób w wieku podeszłym. Post Nauk Med. 2011; 14(5): 366–371.
31. Stott DJ, Bauer DC, Ford I, Kearney P, Gussekloo J, Quinn TJ, Rodondi N, Smit J, Westerdorp R. The dilemma of treating subclinical hypothyroidism: risk that current guidelines do more harm than good. Eur Thyroid J. 2014; 3: 137–138.
32. Hubalewska-Dydejczyk A et al. Postępowanie w chorobach tarczycy u kobiet w ciąży. Endokrynol Pol. 2011; 62(4): 362–381.

33. Gietka-Czernel M, Jastrzębska H. Choroby tarczycy a ciąża. (W:) Zgliczyński W (red.). Wielka interna. Endokrynologia. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2011.
34. Zhang Y, Wang H, Pan X, Teng W, Shan Z. Patients with subclinical hypothyroidism before 20 weeks of pregnancy have a higher risk of miscarriage: A systematic review and metaanalysis. Plos One. 2017; 4: 1–13.
35. Blumenthal NJ, Eastman CJ. Beneficial effects on pregnancy outcomes of thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism. J Thyroid Res. 2017; 2017: 1–7.
36. Javed Z, Sathyapalan T. Levothyroxine treatment of mild subclinical hypothyroidism: a review of potential risks and benefits. Ther Adv Endocrinol Metab. 2016; 7(1): 12–23.
37. Yoshioka W, Amino N, Ide A, Kang S, Kudo T, Nishihara E, Ito M, Nakamura H, Miyauchi A. Thyroxine treatment may be useful for subclinical hypothyroidism in patients with female infertility. Endocrine J. 2015; 62(1): 87–92.
38. Feldthusen AD, Pedersen PL, Larsen J,Kristensen TT, Ellervik C, Kvetny J. Impaired fertility associated with subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity: the Danish general suburban population study. J Pregnancy. 2015; 2015: 1–6.
39. Lu Y, Guo H, Liu D, Zhao Z. Preservation of renal function by thyroid hormone replacement in elderly persons with subclinical hypothyroidism. Arch Med Sci. 2016; 12(4): 772–777.
40. Pedrera-Zamorano JD, Roncero-Martin R, Calderon-Garcia JF, Santos-Vivas M, Vera V, Martínez-Alvárez M, Rey-Sanchez P. Treatment of subclinical hypothyroidism does not affect bone mass as determined by dual-energy X-ray absorptiometry, peripheral quantitative computed tomography and quantitative bone ultrasound in Spanish women. Arch Med Sci. 2015; 11(5): 1008–1014.
41. Pergialiotis V, Konstantopoulos P, Prodromidou A, Florou V, Papantoniou N, Perrea DN. The impact of subclinical hypothyroidism on anthropometric characteristics, lipid, glucose and hormonal profile of PCOS patients: a systematic review and meta-analysis. Eur J Endocrinology. 2017; 176: 159–166.
42. Anahita Enzevaei A, Salehpour S, Tohidi M, Saharkhiz N. Subclinical hypothyroidism and insulin resistance in polycystic ovary syndrome: is there a relationship? Iran J Reprod Med. 2014; 12(7): 481–486.
43. Russell T, Joffe RT, Pearce EN, Hennessey JV, Ryan JJ, Stern RA. Subclinical hypothyroidism, mood, and cognition in the elderly: a review. Int J Geriatr Psychiatry. 2013; 28(2): 111–118.
44. Strzelecki D. Zaburzenia hormonalne i metaboliczne związane ze stosowaniem litu. Farmakoter Psychiatr Neurol. 2006; 3(4): 159–166.
45. Paladugu S, Hanmayyagari BR, Kudugunti N, Reddy R, Sahay R, Ramesh J. Improvement in subclinical cognitive dysfunction with thyroxine therapy in hypothyroidism: A study from tertiary care center. Indian J Endocrinol Metab. 2015; 19(6): 829–833.
46. Goel P, Kahkasha Narang S, Gupta BK, Goe K. Evaluation of serum prolactin level in patients of subclinical and overt hypothyroidism. J Clin Diagn Res. 2015; 9(1): 15–17.
47. Jastrzębska H. Leczenie hormonami tarczycy – czy to wyzwanie? Post Nauk Med. 2015; 28(12): 835–838.
48. Gencer B, Rodondi N. Evidence and controversies regarding the screening for subclinical hypothyroidism in patients with cardiovascular disease. J Thorac Dis. 2016; 8(6): 446–450.
49. Gajewski P. Interna Szczeklika. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2015. 697–700.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Anna Otlewska
al. Wiązowa 7/1
53-127 Wrocław
tel. kom.: 500 074 744
e-mail: a.otlewska@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

NIEDOBÓR WITAMINY D I JEGO KONSEKWENCJE

VITAMIN D DEFICIENCY AND ITS CONSEQUENCES

Anna Otlewska[1], Paweł Hackemer[2], Fryderyk Menzel[2], Aleksandra Drabik[3]

[1] Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
[2] Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
[3] Katedra i Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.18

STRESZCZENIE

Niedobór witaminy D jest powszechnym zjawiskiem w Polsce, dotyczącym populacji zarówno dorosłych, jak i dzieci. Witamina D pochodzi przede wszystkim z zachodzącej w skórze syntezy pod wpływem promieniowania UVB, w mniejszym stopniu jest dostarczana do organizmu z pożywieniem. Do powszechnych czynników ryzyka rozwoju jej niedoboru należy niedostateczna ekspozycja na promieniowanie UVB, wynikająca z zamieszkiwania na terenach położonych w wysokich szerokościach geograficznych czy też używania kremów z filtrem. Starszy wiek również ma znaczenie. Na niedobór witaminy D są narażone także osoby obciążone różnymi schorzeniami, takimi jak zaburzenia wchłaniania, poważne choroby wątroby i nerek, oraz osoby przyjmujące niektóre leki. Od dawna znany jest wpływ niedoboru tej witaminy na układ kostny i ryzyko rozwoju osteomalacji i krzywicy. Aktualnie prowadzone są liczne badania analizujące potencjalny wpływ witaminy D na ryzyko rozwoju innych chorób. Wykazano bowiem, że działając jak czynnik transkrypcyjny, wpływa ona na ekspresję kilkuset genów.
Przeprowadzono liczne badania, które podkreślają wpływ witaminy D na rozwój chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, chorób autoimmunologicznych. Nowy kierunek badań to poszukiwanie zależności między niedoborem witaminy D a m.in. występowaniem chorób układu pokarmowego, rozwojem infekcji czy schorzeń psychiatrycznych. W Polsce zaleca się suplementację witaminą D u wszystkich osób od września do kwietnia. Podstawowa dawka to 800 do 2000 IU na dobę. Inne dawki i okres zalecanej suplementacji dotyczą kobiet w ciąży, osób starszych, dzieci, osób otyłych i osób pracujących w nocy.

Słowa kluczowe: witamina D, niedobór, choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, choroby autoimmunologiczne.

ABSTRACT

Vitamin D deficiency is a widespread phenomenon in Poland, affecting both the adult population and children. Vitamin D comes predominantly from the synthesis of UVB rays, and is less likely to be supplied to the body with food. Common risk factors for developing deficiency include: insufficient UVB exposure due to inhabiting areas located at high latitudes, using filtered creams, or older age. Influence on the risk of vitamin D deficiencies include various medical conditions such as: absorption disorders, severe liver and kidney disease, and taking certain medications. It has long been known the effect of vitamin B12 deficiency on the skeletal system and the risk of developing osteomalacia and rickets. Numerous studies are currently underway to analyze the potential effects of vitamin D on the risk of developing other diseases. It has been shown that acting as a transcription factor affects the expression of several hundred genes. A number of scientific papers have been produced proving the effects of vitamin D on cardiovascular disease, cancer, autoimmune diseases. New directions for research are the search for the relationship between vitamin D deficiency and other illnesses such as: occurrence of digestive system diseases, development of infections or psychiatric disorders. In Poland, vitamin D supplementation is recommended for all people from September to April. The basic dose is 800 to 2000 IU per day. Other doses and period of recommended supplementation are for pregnant women, the elderly, children, obese people and those working at night.

Keywords: vitamin D, deficiency, cardiovascular disease, cancer, autoimmune disease.

Wstęp

Rola witaminy D w regulowaniu gospodarki wapniowo-fosforanowej i jej wpływ na metabolizm i rozwój chorób kości są znane od dawna. Coraz więcej badań dowodzi, że niedobór witaminy D jest czynnikiem patogenetycznym rozwoju także innych chorób. Najpopularniejsze kierunki badań dotyczą wpływu niedoboru witaminy D na rozwój chorób autoimmunologicznych, nowotworowych oraz cukrzycy. Mniej liczne są doniesienia na temat zależności między jej niedoborem a występowaniem np. infekcji, ryzykiem rozwoju stwardnienia rozsianego, depresji [1, 2]. Witamina D wiąże się z receptorem jądrowym (VDR), który działa jak czynnik transkrypcyjny. Jak dotąd zidentyfikowano ponad 900 genów, których ekspresja jest regulowana przez witaminę D [3].

Powstawanie witaminy D

Związek ten jest syntetyzowany w skórze z 7-dehydrocholesterolu pod wpływem promieniowania UVB lub dostarczany jest do organizmu z pożywieniem, jako cholekalcyferol [4, 5]. Większość, bo ok. 90%, dostępnej w organizmie witaminy D powstaje w skórze, a tylko niewielka ilość pochodzi z pokarmu [5, 6]. Uważa się, że do dostatecznej syntezy witaminy D w skórze konieczne

jest codzienne eksponowanie na promieniowanie UVB ok. 18% powierzchni ciała przez około 15 minut między godziną 10 a 15 [7]. Do podstawowych źródeł witaminy D w diecie należą tłuste ryby, np. łosoś i śledź, oraz tran [8]. Cholekalcyferol jest w wątrobie przekształcany przez 25-hydroksylazę do 25-hydroksycholekalcyferolu (25(OH)D3) [4, 5]. Następnie dzięki 1α-hydroksylazie powstaje 1,25-dihydroksycholekalcyferol, czyli aktywna postać witaminy D, nazywana kalcitriolem [2, 4]. Proces 1α-hydroksylacji zachodzi głównie w nerkach [4]. Odkryto, że ten enzym jest syntetyzowany także w keratynocytach, erytrocytach i makrofagach [5]. Ponadto znaleziono go w narządach takich jak żołądek, jelito grube, łożysko [1]. Jego synteza jest regulowana przez stężenie wapnia i fosforanów w surowicy, parathormon, kalcytriol oraz czynnik wzrostu fibroblastów (FGF23) [2, 9]. W wielu tkankach obecny jest enzym 24-hydroksylaza, prowadząca do syntezy 24,25-dihydroksycholeklacyferolu, którego rola nie jest do końca poznana [4].

Do oceny niedoboru witaminy D wykorzystywane jest oznaczenie stężenie 25-hydroksycholekalcyferolu w surowicy [10]. Jego okres półtrwania jest długi i wynosi ok. 3 tygodni [1]. Witamina D w krążeniu jest w większości związana z białkami, głównie z białkiem wiążący witaminę D – DBP [10].

Przyczyny niedoboru witaminy D

Jak wspomniano, większość działającej na organizm witaminy D powstaje w skórze. W Polsce jedynie od kwietnia do września ekspozycja na światło słoneczne jest dostateczna, by w organizmie człowieka mogła powstać wystarczająca ilość witaminy [11]. Nieadekwatne jej powstawanie w skórze może wynikać ze zbyt krótkiego przebywania człowieka na wolnym powietrzu, używania kosmetyków z filtrem przeciwsłonecznym, mieszkania w rejonach o wysokiej szerokości geograficznej. Synteza witaminy D jest mniejsza u kobiet, u osób w starszym wieku i osób o ciemniejszej karnacji [6]. Zwiększenie ekspozycji na światło słoneczne nie prowadzi do kumulowania się nadmiernej czy toksycznej ilości witaminy D, ponieważ towarzyszy jej wzrost inaktywacji witaminy [6, 12]. Niższe stężenie 25(OH)D3 obserwuje się u osób otyłych, co związane jest z magazynowaniem witaminy w tkance tłuszczowej [1]. Do niedoboru witaminy D prowadzą także choroby wątroby, które mogą przyczyniać się do zaburzenia procesu 25-hydroksylacji cholekalcyferolu, choroby nerek, takie jak zespół nerczycowy, w którym witamina D jest tracona z moczem, oraz przewlekła choroba nerek, wiążąca się z nadmierną syntezą FGF23 i wtórnie hamowaniem syntezy 1α-hydroksylazy, a także choroby jelit, prowadzące do zaburzeń wchłaniania [13]. Do rozwoju niedoboru witaminy D może przyczyniać się także stosowanie niektórych leków. Warto tutaj zwrócić uwagę na wpływ glikokortykosteroidów, ponieważ są one stosowane w terapii wielu schorzeń, a także leków działających jak induktory enzymatyczne, np. leków przeciwpadaczkowych [14].

Choroby kości

Do mechanizmów, za pośrednictwem których witamina D wpływa na kości, należą: zwiększanie wchłaniania wapnia i fosforanów z przewodu pokarmowego, zwiększenie resorpcji zwrotnej wapnia przez nerki, co sprzyja procesom tworzenia kości oraz utrzymaniu ich prawidłowej mineralizacji [12, 15]. Jak powszechnie wiadomo, niedobór witaminy D prowadzi do wystąpienia osteomalacji u osób dorosłych oraz krzywicy u dzieci. Ponadto może przyczyniać się do rozwoju wtórnej nadczynności przytarczyc. Zauważono, że niskie stężenie witaminy D koreluje ze zwiększonym ryzykiem złamania szyjki kości udowej [16].

Nowotwory

Uważa się, że witamina D wykazuje działanie antyproliferacyjne oraz że pobudza różnicowanie się komórek [12]. Ponadto zaobserwowano, że może ona hamować angiogenezę, zapobiegać powstawaniu uszkodzeń DNA oraz zmniejszać stres oksydacyjny. Powyższym właściwościom witaminy D przypisuje się protekcyjne działanie, zapobiegające rozwojowi nowotworów złośliwych [5]. Przeprowadzone badania wskazują na zależność między zapadalnością na poszczególne nowotwory złośliwe a ekspozycją na promieniowanie UVB. Wykazano mniejszą zapadalność na nowotwory złośliwe, w tym raka jelita grubego, piersi czy prostaty, u osób, u których stężenie witaminy D jest prawidłowe [4]. Większość badań nad możliwym wpływem witaminy D na rozwój różnych nowotworów została przeprowadzona w warunkach *in vitro*, dowodząc potencjalnej patogenetycznej roli niedoboru witaminy D w rozwoju np.: raka okrężnicy, czerniaka, prostaty czy piersi. Brak jednak jednoznacznych danych, na podstawie których można by było zalecić suplementację w prewencji czy terapii przeciwnowotworowej [17].

Choroby sercowo-naczyniowe

Niedobór witaminy D wpływa niekorzystnie na układ sercowo-naczyniowy poprzez różne mechanizmy: pobudzenie osi renina-angiotensyna-aldosteron, a przez to wzrost ciśnienia tętniczego, zwiększenie kurczliwości mięśnia sercowego, zwiększenie wydzielania endoteliny, nasilenie insulinooporności, nasilenie aktywności cytokin prozapalnych oraz proliferacji komórek mięśni gładkich naczyń

[12, 14, 18]. Stosowanie suplementacji witaminy D sprzyja utrzymywaniu prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego poprzez zmniejszenie wydzielania reniny i angiotensyny pod wpływem kalcitriolu [17]. Naukowcy zwracają również uwagę na zależność między niskim stężeniem witaminy D a większym obwodem talii, wyższym stężeniem trójglicerydów czy występowaniem otyłości [12, 19]. Witamina D może wpływać na układ sercowo-naczyniowy także poprzez swoje działanie przeciwkrzepliwe, wykazano bowiem mniejszą częstość występowania zakrzepicy żył głębokich u pacjentów, u których suplementacja witaminy była prawidłowa. Inne badania wskazują z kolei na zwiększoną częstość występowania udarów u pacjentów z nieprawidłowo niskim stężeniem 25(OH)D3 w surowicy [17].

Choroby autoimmunologiczne

Prawidłowo witamina D działa przeciwzapalnie, ponieważ zmniejsza syntezę cytokin prozapalnych oraz prowadzi do zmniejszenia liczby limfocytów Th1 i Th17 oraz wzrostu liczby limfocytów Th2 i limfocytów T regulatorowych [13]. Immunomodulujące działanie witaminy D może wynikać z obecności receptora VDR na komórkach dendrytycznych, limfocytach B i T oraz monocytach [11]. Badania wykazują, że zapadalność na choroby o podłożu autoimmunologicznym, jak stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty, ma związek z niedoborem witaminy D w surowicy [4, 11]. Ponadto niedobór witaminy D może wpływać na przebieg choroby. Przykładowo: w jednym z badań wykazano ujemną korelację między stężeniem witaminy D w surowicy a częstością występowania rzutów choroby u pacjentów z postacią stwardnienia rozsianego o przebiegu rzutowo-remisyjnym. Nie zaobserwowano natomiast zależności między stężeniem witaminy D a sprawnością ruchową pacjentów [20]. Z kolei badania przeprowadzone u pacjentów z rozpoznanym reumatoidalnym zapaleniem stawów wykazały, że u pacjentów z niskim stężeniem witaminy D obserwuje się wyższą aktywność choroby, gorszą odpowiedź na leczenie i rzadsze występowanie remisji, a dołączenie kalcitriolu do trójlekowej terapii lekami modyfikującymi przebieg choroby (DMARD) prowadzi do znaczniejszego zmniejszenia nasilenia bólu w porównaniu z pacjentami, u których stosowano DMARD wraz z wapniem [21]. Kolejnym obszarem badań nad wpływem witaminy D na rozwój różnych chorób autoimmunologicznych są schorzenia tarczycy. Uważa się, że niedobór witaminy D koreluje dodatnio z częstością występowania autoimmunologicznego zapalenia tarczycy oraz choroby Gravesa-Basedowa [2, 11]. Obserwowano odwrotną zależność między stężeniem witaminy D w surowicy a ilością przeciwciał anty-TPO [22].

Cukrzyca

Kolejnym obszarem badań nad patogenetyczną rolą niedoboru witaminy D w rozwoju różnych chorób jest jej wpływ na ryzyko wystąpienia cukrzycy. Witaminie D przypisuje się ochronne działanie na komórki ß trzustki [10]. Stwierdzono, że u pacjentów z niedoborem witaminy D wydzielanie insuliny oraz wrażliwość tkanek na jej działanie są zmniejszone [23–25]. Wykazano związek między niedoborem witaminy D w 1. roku życia a częstszym występowaniem cukrzycy typu 1 [4, 23]. Zaobserwowano, że niedobór witaminy D może także wpływać na zwiększenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 oraz na utrudnienie uzyskania kontroli jej leczenia, a utrzymywanie prawidłowego stężenia witaminy D może powyższe ryzyko zmniejszać [23]. Wykazano ponadto, że obniżonemu stężeniu witaminy D w surowicy może towarzyszyć wyższe stężenie hemoglobiny glikowanej, świadczące o gorszym wyrównaniu leczenia cukrzycy [24]. Poza wpływem na ryzyko rozwoju cukrzycy typu 1 i 2 niedobór witaminy D może także przyczyniać się do rozwoju cukrzycy ciążowej [26]. Niskie stężenie 25(OH)D3 może wiązać się również z ryzykiem rozwoju retinopatii cukrzycowej. Może to wynikać z obecności receptorów dla witaminy D w siatkówce, których pobudzenie ma hamować neowaskularyzację [27].

Choroby układu pokarmowego

Jak wspomniano wcześniej, witamina D hamuje odpowiedź limfocytów Th1, natomiast pobudza limfocyty Th2 [3, 11]. Poprzez wpływ na przebieg procesów immunologicznych może wpływać na przebieg nieswoistych zapaleń jelit. Wykazano zależność między niskim stężeniem witaminy D a aktywnością choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, przy czym podkreśla się silniejszy wpływ niedoboru na tę pierwszą chorobę [3, 28]. Inne doniesienia naukowe wskazują na występowanie potencjalnej zależności między stężeniem 25(OH)D3 a rozwojem marskości wątroby oraz zwiększoną śmiertelnością w przebiegu tej choroby [29].

Infekcje

Naukowcy analizują również, czy niskie stężenie witaminy D może wpływać na częstość występowania zakażeń. Szczególnie liczne są badania dotyczące wpływu niedoboru 25(OH)D3 na rozwój gruźlicy. Zaobserwowano bowiem, że u pacjentów chorujących na gruźlicę stężenie witaminy D jest niższe, a utrzymanie prawidłowego jej stężenia może zapobiegać zachorowaniu. Wykazano także, że u pacjentów, u których stężenie witaminy D jest prawidłowe, rzadziej występują infekcje górnych dróg oddechowych [8]. Prowadzone aktualnie badania mają na celu ustalenie, czy

niskie stężenie witaminy D w surowicy u pacjentów z gruźlicą jest wynikiem choroby, czy czynnikiem ryzyka jej rozwoju. Fakt, że pod wpływem leczenia przeciwgruźliczego stężenie witaminy D nie rośnie, wskazuje, że jej niedobór jest raczej czynnikiem ryzyka rozwoju gruźlicy. Nadal prowadzone są spekulacje na temat wpływu suplementacji witaminy D podczas leczenia przeciwgruźliczego, jak dotąd jednak nie udowodniono, by miała ona wpływ na leczenie zakażenia [30].

Zaburzenia psychiczne

W związku ze stwierdzeniem obecności receptorów VDR w układzie nerwowym także i tutaj poszukuje się zależności między stężeniem witaminy D a występowaniem różnych patologii. Uważa się, że witamina D pełni funkcję neuroprotekcyjną i może mieć korzystny wpływ na łagodne zaburzenia poznawcze, a niskie stężenie witaminy D koreluje z pogorszeniem funkcji poznawczych [13, 31]. Dostępne są sprzeczne doniesienia na temat wpływu niedoboru witaminy D na rozwój depresji [32]. Z jednej strony w badaniach wykazano, że pacjenci z niższym stężeniem witaminy D uzyskują więcej punktów w skali depresji Becka [1]. Z drugiej strony należy pamiętać, że ustalenie zależności między stężeniem witaminy D a jej wpływem na rozwój depresji jest utrudnione z powodu mniejszej aktywności pacjentów z depresją – w związku z tym niełatwo ustalić, czy niedobór witaminy D jest czynnikiem ryzyka rozwoju, czy raczej konsekwencją depresji [31]. Dostępne są badania mówiące o tym, że niedobór witaminy D może również predysponować do rozwoju otępienia, w tym choroby Alzheimera, a prenatalny jej niedobór – do rozwoju schizofrenii [6, 31].

Inne

Dostępne są również wyniki badań dotyczących szeregu innych schorzeń mogących mieć związek z niedoborem witaminy D. Wykazano np., że niskie stężenie witaminy D może wpływać na cięższy przebieg przewlekłej obturacyjnej choroby płuc [33]. Zwracano również uwagę na częstsze występowanie fibromialgii przy współistnieniu tej hipowitaminozy [1]. Uważa się, że uzupełnienie niedoboru witaminy D może pełnić funkcję w leczeniu łuszczycy [13]. Prowadzono także badania na temat wpływu niedoboru witaminy D na przebieg okołooperacyjny, w których dowiedziono, że istnieje zależność pomiędzy hipowitaminozą a m.in. ryzykiem odrzucenia przeszczepu, występowaniem infekcji, zwiększonym poziomem odczuwania bólu, a nawet śmiertelnością około- i pooperacyjną [34].

Suplementacja

Docelowe stężenie witaminy D w surowicy wynosi od 30 do 50 ng/ml, natomiast stężenie pomiędzy 20 a 30 ng/ml uważa się za suboptymalne. O niedoborze witaminy D mówimy, gdy stężenie 25(OH)D3 w surowicy wynosi mniej niż 20 ng/ml. Na naszej szerokości geograficznej powinno się stosować suplementację witaminy D w dawce 800 do 2000 IU na dobę w miesiącach od września do kwietnia, natomiast u osób powyżej 65. r.ż. suplementację należy stosować przez cały rok. Inne dawki są zalecane u dzieci, kobiet w ciąży, u osób otyłych, pracujących w nocy oraz dla osób ciemnoskórych [7].

Podsumowanie

Niezaprzeczalny jest wpływ niedoboru witaminy D na rozwój chorób kości. Coraz więcej słyszy się o możliwym wpływie niskiego stężenia witaminy D na wystąpienie także innych schorzeń. Konieczne są jednak dalsze badania, które potwierdziłyby patogenetyczną rolę niedoboru witaminy D w ich rozwoju. Mimo że doniesienia na temat prozdrowotnego działania witaminy D są sprzeczne, wydaje się, że powinno się zalecać jej suplementację, chociażby ze względu na udowodniony wpływ niedoboru witaminy D na rozwój osteomalacji czy krzywicy. Terapia witaminą D jest ponadto tania i nie wiąże się z istotnym ryzykiem zdrowotnym.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Thacher T, Clarke BL. Vitamin D insuficiency. Mayo Clin Proc. 2011; 86(1): 50–60.
2. Vondra K, Stárka L, Hampl R. Vitamin D and thyroid diseases. Physiol Res. 2015; 64(2): 95–100.
3. Kosmowska-Miśków A. The role of vitamin D3 in inflammatory bowel diseases. Adv Clin Exp Med. 2014; 23(4): 497–504.
4. Kuryłowicz A, Bednarczuk T, Nauman J. Wpływ niedoboru witaminy D na rozwój nowotworów i chorób autoimmunologicznych. Endokrynol Pol. 2007; 58(2): 140–152.
5. Bednarek A, Chudek J, Karwasiecka D, Kubeczko M, Wojnar J. Niedobory witaminy D u kobiet z rakiem piersi i niepewne korzyści z jej suplementacji. Prz Lek. 2015; 72(11): 669–672.
6. Sommer I et al. Vitamin D deficiency as a risk factor for dementia: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics. 2017; 17(16): 1–13.
7. Płudowski P et al. Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe – recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency. Endokrynol Pol. 2013; 64(4): 319–327.

8. Zittermann A, Pilz S, Ho H, März W. Vitamin D and airway infections: a European perspective. Eur J Med Res. 2016; 21(14): 1–10.
9. Obi Y, Hamano T, Isaka Y. Prevalence and prognostic implications of vitamin D deficiency in chronic kidney disease. Dis Markers. 2015; 2015: 1–9.
10. Sung C, Liao M, Lu K, Wu C. Role of vitamin D in insulin resistance. J Biomed Biotechnol. 2012; 2012: 1–11.
11. Maciejewski A, Wójcicka M, Roszak M, Losy J, Łącka K. Assessment of vitamin D level and a control group in the Polish population. Adv Clin Exp Med. 2015; 24(5): 801–806.
12. Żukowska-Szczechowska E, Kiszka B. Niedobór witaminy D – rozpoznawanie i postępowanie w celu redukcji ryzyka u chorych na cukrzycę. Forum Zaburzeń Metabol. 2011; 2(2): 151–157.
13. Grygiel-Górniak B, Puszczewicz M. Witamina D – nowe spojrzenie w medycynie i reumatologii. Post Hig Med Dosw (online). 2014; 68: 359–368.
14. Romero DC, Manson J. Vitamin D and your heart. Circulation. 2015; 132(25): 391–392.
15. Misiorowski W. Ostomalacja i zaburzenia metabolizmu witaminy D. (W:) Zgliczyński W (red.). Wielka interna. Endokrynologia. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2011.
16. Fu X et al. Low 25 (OH) D serum levels are related with hip fracture in postmenopausal women. J Transl Med. 2015;13(388): 1–8.
17. Gruber B. Fenomen witaminy D. Post Hig Med Dosw (online). 2015; 69: 127–139.
18. Ku Y, Liu M, Ku C, Liu T, Lin S. Relationship between vitamin D deficiency and cardiovascular disease. World J Cardiol. 2013; 5(9): 337–346.
19. Lally J et al. Clinical correlates of vitamin D deficiency in established psychosis. MC Psychiatry. 2016; 16(76): 1–9.
20. Kfoczyńska M, Kucharska A, Sińska B. Rola witaminy D w stwardnieniu rozsianym. Post Hig Med Dosw (online). 2015; 69: 440–446.
21. Franco M et al. Hypovitaminosis D in recent onset rheumatoid arthritis is predictive of reduced response to treatment and increased disease activity: a 12 month follow-up study. BMC Musculoskelet Disord. 2015; 16(53): 1–8.
22. Mazokopakis E et al. Is vitamin D related to pathogenesis and treatment of Hashimoto's thyroiditis? Hell J Nucl Med. 2015; 18(3): 222–257.
23. Martin T, Campbell R. Witamina D a cukrzyca. Diabetol Dypl. 2011; 8(3): 22–25.
24. Iqbal K, Islam N, Mehboobali N, Asghar A, Iqbal MP. Association of vitamin D deficiency with poor glycaemic control in diabetic patients. J Pak Med Assoc. 2016; 66(12): 1562–1565.
25. Tamer G, Mesci B, Tamer I, Kilic D, Arik S. Is vitamin D deficiency an independent risk factor for obesity and abdominal obesity in women? Pol J Endocrinol. 2012; 63(3): 196–201.
26. Zhang M, Pan G, Guo J, Li B, Qin L. Vitamin D deficiency increases the risk of gestational diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. Nutrients. 2015; 7: 8366–8375.
27. Luo B, Gao F, Qin L. The association between vitamin D deficiency and diabetic retinopathy in type 2 diabetes. Nutrients. 2017; 9(307): 1012.
28. Castro D et al. Lower levels of vitamin D correlate with clinical disease activity and quality of life in inflammatory bowel disease. Arq Gastroenterol. 2015; 52(4): 260–265.
29. Konstantakis C, Tselekouni P, Kalafateli M, Triantos C. Vitamin D deficiency in patients with liver cirrhosis. Ann Gastroenterology. 2016; 29: 297–306.
30. Huang SJ et al. Vitamin D deficiency and the risk of tuberculosis: a meta-analysis. Drug Design Develop Ther. 2017; 11: 91–102.
31. Nowak J. Rola witaminy D w chorobach ośrodkowego układu nerwowego. Neuropsychiatr Neuropsychol. 2012; 7(2): 85–96.
32. Anglin R, Samaan Z, Walter S, Mcdonald S. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and metaanalysis. Brit J Psychiatry. 2013; 202: 100–107.
33. Zhu B, Zhu B, Xiao C, Zheng Z. Vitamin D deficiency is associated with the severity of COPD: a systematic review and meta-analysis. Int J COPD. 2015; 10: 1907–1916.
34. Iglar PJ, Hogan K. Vitamin D status and surgical outcomes: a systematic review. Patient Saf Surg. 2015; 9(14): 1–10.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Anna Otlewska
al. Wiązowa 7/1
53-127 Wrocław
tel. kom.: 500 074 744
e-mail: a.otlewska@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

PRAWIDŁOWE ŻYWIENIE W RAKU PRZEŁYKU I ŻOŁĄDKA – CZY TO KLUCZ DO SUKCESU?

PROPER NUTRITION IN ESOPHAGEAL CANCER AND GASTRIC CANCER – IS THAT THE KEY TO SUCCESS?

Dawid Stańczyk, Joanna Domagalska, Aleksandra Kulik, Przemysław Nowak

Zakład Toksykologii i Ochrony Zdrowia w Środowisku Pracy, Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.19

STRESZCZENIE

Choroby niezakaźne, w tym nowotwory, stanowią bardzo poważny problem XXI wieku nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Nowotwory przewodu pokarmowego, takie jak nowotwór przełyku i żołądka, w znacznym stopniu wpływają na pogorszenie jakości życia chorego. Odpowiednie odżywienie odgrywa dużą rolę w zapobieganiu nowotworom, jednak ze względu na bardzo częste występowanie niedożywienia, które spowalnia proces gojenia się ran, zwiększa częstość zakażeń oraz śmiertelność, ma ono również znaczenie u osób już chorych. Mimo niewątpliwego, pozytywnego wpływu zbilansowanej diety na ryzyko występowania nowotworów, wyniki leczenia oraz ich zapobieganie, nie wszystkie mechanizmy wyjaśniające te zależności zostały poznane, dlatego implikuje to konieczność prowadzenia dalszych badań w celu ustalenia wpływu poszczególnych składników diety na proces kancerogenezy.

Słowa kluczowe: nowotwory, rak przełyku, rak żołądka, odżywianie, profilaktyka.

ABSTRACT

Non-communicable diseases, including cancer, are a very serious problem of the 21st century not only in Poland but all over the world as well. Cancers of digestive tract such as esophageal cancer and stomach cancer significantly affect the quality of life of the patient. Adequate nutrition plays a big role in preventing cancer, but it also has a meaning in people already sick, because of the very frequent incidence of malnutrition, which slows down the process of wound healing, increases the incidence of infection and mortality. Despite the undoubted influence of diet on the risk of cancer, its prevention and positive impact on treatment, not all the mechanisms explaining these relationships are understood, so it is necessary to continue the research to determine the impact of individual components of the diet on the prevention of cancer.

Keywords: cancers, esophageal cancer, stomach cancer, nutrition, prevention.

Wstęp

Nowotwory to ogólne określenie dla dużej grupy chorób, które mogą rozwijać się w każdej części naszego ciała, a ich cechą wyjątkową jest nadmierne, niekontrolowane przez mechanizmy fizjologiczne mnożenie się nieprawidłowych komórek. Prowadzi to do uszkodzenia narządu macierzystego, a często również innych odległych narządów (zdolność rozprzestrzeniania się, czyli tworzenie przerzutów) [1].

W 2012 roku liczba zarejestrowanych nowych przypadków nowotworu wyniosła około 14 milionów, a według ekspertów wzrośnie do 22 milionów w ciągu kolejnych 2 dekad. Najczęściej występującymi nowotworami wśród mężczyzn były: nowotwór płuc, prostaty, odbytnicy, żołądka oraz wątroby, natomiast u kobiet: nowotwór piersi, odbytnicy, płuc, szyjki macicy oraz żołądka. Do głównych modyfikowalnych czynników ryzyka zaliczamy: wysoki wskaźnik masy ciała, niezrównoważona dieta (w tym niskie spożycie warzyw i owoców), brak aktywności fizycznej, nadmierne spożycie alkoholu oraz palenie tytoniu [1].

Blisko 30% zgonów z powodu chorób nowotworowych można uniknąć dzięki prowadzeniu higienicznego trybu życia oraz zmianie nawyków żywieniowych, dlatego tak istotną rolę odgrywa promowanie zdrowego stylu życia [1]. Kwestia ta stale podnoszona jest przez władze państwowe i stanowi jeden z głównych obszarów zainteresowania na całym świecie. Realizacja celu w postaci promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w tym nowotworów, jest możliwa poprzez opracowywanie odpowiednich aktów prawnych („Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym", Dz.U. z 2015 poz. 1916) oraz wdrażanie dokumentów ustanawianych w celu realizacji polityki zdrowia publicznego, jak Narodowy Program Zdrowia, które regulują współdziałanie organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat związku między spożywaną żywnością a ryzykiem wystąpienia oraz profilaktyką chorób nowotworowych.

Rak przełyku

Wśród nowotworów przewodu pokarmowego rak przełyku jest jednym z najtrudniejszych do leczenia, a jego rokowania nie są zbyt optymistyczne i od lat się nie poprawiają [2]. Rak płaskonabłonkowy stanowi około 60–70% wszystkich przypadków, rak gruczołowy, który jest drugim co do częstości występowania nowotworem przełyku, stanowi 30–40%, inne rodzaje, w tym rak drobnokomórkowy, stanowią mniej niż 5% przypadków [3].

Rak płaskonabłonkowy przełyku jest złośliwym nowotworem pochodzenia nabłonkowego wywodzącym się z nabłonka płaskiego błony śluzowej przełyku, zbudowanym z komórek keratynocytopodobnych. W około 60% przypadków rak płaskonabłonkowy umiejscawia się i rozwija w środkowym odcinku przewodu pokarmowego, dużo rzadziej, bo w około 20% przypadków, rozwija się w dolnym odcinku, najrzadziej występuje w górnym odcinku przewodu pokarmowego – w około 10% przypadków [2].

Rak gruczołowy przełyku jest złośliwym nowotworem pochodzenia nabłonkowego o cechach zróżnicowania gruczołowego, wywodzącym się głównie z nabłonka metaplastycznego w dolnym odcinku przełyku. Rzadko pochodzi z heterotopowej błony śluzowej typu żołądkowego w górnym odcinku przełyku lub gruczołów błony śluzowej czy podśluzowej [2].

Rak przełyku jest ósmym co do częstości występowania nowotworem na świecie.

W 2012 roku zanotowano około 456 tysięcy nowych przypadków, co stanowi 3,2% wszystkich nowotworów. Dane wskazują, że stanowi także szóstą najczęstszą przyczynę zgonów z powodu raka – około 400 tysięcy przypadków (4,9% wszystkich zgonów wywołanych chorobą nowotworową) na świecie w 2012 roku. Dane te odnoszą się zarówno do raka płaskonabłonkowego, jak i do raka gruczołowego. Około 80% wszystkich przypadków zgonów na świecie występuje w regionach mniej rozwiniętych, takich jak Afryka Wschodnia i Południowa oraz Azja Wschodnia [4, 5].

Zapadalność na raka przełyku jest większa u mężczyzn niż u kobiet. Z regionów o największym współczynniku zachorowalności i umieralności można wymienić m.in.: północny Iran, południową i wschodnią Afrykę, środkowe Chiny, kraje wschodniej i środkowej Azji, a także południowo-wschodnie obszary Brazylii i Urugwaju. Znaczne różnice częstości występowania wskazują na wpływ czynników środowiskowych w rozwoju tego schorzenia. Zachorowalność i umieralność na nowotwory przełyku w Polsce oraz w większości krajów europejskich nie zmienia się istotnie już od lat 90. XX wieku. Krajem o najwyższych wskaźnikach umieralności i zapadalności na ten nowotwór w Europie jest Wielka Brytania – u obu płci stwierdza się wzrost tych wskaźników na przełomie ostatnich dekad.

W Polsce nowotwory przełyku u mężczyzn występują 6-krotnie częściej niż u kobiet [2, 5].

Etiopatogeneza – czynniki ryzyka

Do głównych czynników ryzyka rozwoju raka płaskonabłonkowego przełyku zalicza się przewlekłe używanie tytoniu i alkoholu [2–4]. Szacuje się, że w krajach europejskich alkohol i tytoń są odpowiedzialne za 75–90% nowotworów płaskonabłonkowych przełyku [4]. Alkohol i tytoń działają synergicznie i mogą ponad 100-krotnie zwiększać ryzyko rozwoju raka płaskonabłonkowego. Do pozostałych czynników ryzyka należą: nitrozoaminy, nitrofural, opioidy, niedobory witaminowe (A, C, ryboflawina), niedobory pierwiastków śladowych (cynk, molibden), oparzenia chemiczne (ług, kwas), oparzenia termiczne, choroby współistniejące (zespół Howela-Evansa, zespół Plummera-Vinsona, achalazja, choroba trzewna, zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego HPV) [2].

Działanie kancerogenne dymu tytoniowego wynika głównie z wpływu rozpuszczonych w ślinie policyklicznych węglowodorów aromatycznych oraz N-nitrozoamin na aparat genetyczny komórek nabłonka przełyku [2]. W skład dymu tytoniowego wchodzi ponad 4000 substancji chemicznych, z których większość została określona jako związki toksyczne. Palenie cygar, fajek czy żucie tytoniu również zwiększają ryzyko rozwoju choroby.

Alkohol jest drugim bardzo istotnym czynnikiem rozwoju nowotworu płaskonabłonkowego przełyku i – podobnie jak w przypadku tytoniu – ryzyko wzrasta wraz z czasem ekspozycji i jest większe u osób spożywających wysokoprocentowe napoje alkoholowe [2, 6]. Ważnym elementem w kształtowaniu wartości ryzyka jest ilość wypijanego alkoholu w jednostce czasu. Wysokie spożycie dawki alkoholu w krótkim czasie ma większy wpływ na wzrost ryzyka niż spożycie tej samej ilości przez dłuższy czas [7]. W niektórych regionach świata ryzyko zachorowalności na nowotwór przełyku jest wprost proporcjonalne do częstości i wielkości spożycia alkoholu. W krajach nordyckich około 40% wszystkich nowotworów złośliwych przełyku u mężczyzn i około 30% u kobiet związanych jest z nadużywaniem napojów alkoholowych.

Niedobór witamin, takich jak: retinol, ryboflawina, kwas askorbinowy, α-tokoferol, niacyna czy kwas foliowy, i pierwiastków śladowych, m.in.: selenu, cynku, magnezu, fosforu, miedzi czy molibdenu, może istotnie wpłynąć na zwiększoną zachorowalność na raka przełyku. Wymienione witaminy są odpowiedzialne za hamowanie procesu nitrowania amin drugo- i trzeciorzędowych azotynami do N-nitrozoamin, które mają właściwości kancerogenne. Pierwiastki śladowe działają jako kofaktor enzymów redukujących azotany. Największym źródłem azotanów i azotynów są konserwowane produkty spożywcze, m.in.: warzywa, mięso i ryby. Dodatkowo żywność zanieczyszczona pleśnią zawiera więcej azotynów, co przyczynia się do nasilonego wytwarzania N-nitrozoamin [2, 8].

Zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworów przełyku towarzyszy również niektórym innym schorzeniom tego narządu, jak: kurczowi wpustu (achalazja), uchyłkom, przepuklinie rozworu przełykowego, oraz stanom po przebytej obliteracji żylaków, oparzeniach czy napromieniowaniu śródpiersia [2, 8–10]. W przypadku chorych z achalazją przełyku nowotwór rozwija się w 3–6% przypadków, szczególnie u pacjentów nieleczonych. Leczenie achalazji mechaniczną metodą rozszerzenia przełyku w okolicy wpustu lub operacyjną metodą miotomii, polegającą na podłużnym nacięciu dolnej części mięśni przełyku i wpustu bez przecinania błony śluzowej, poprawia opróżnianie przełykowe i zmniejsza ilość zalegających resztek pokarmowych w przełyku, co redukuje ryzyko rozwoju nowotworu przełyku [2].

Intensywne palenie tytoniu czy nadmierne picie alkoholu mają niewielki wpływ na ryzyko rozwoju raka gruczołowego przełyku. Głównymi czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia tego typu nowotworu są: przewlekła choroba refluksowa przełyku, przełyk Baretta oraz otyłość, związana z nieprawidłową i niezrównoważoną dietą.

Rak żołądka

Najczęstszym nowotworem złośliwym żołądka jest rak gruczołowy, który stanowi około 90% wszystkich przypadków, wywodzi się on z komórek błony śluzowej wyścielającej żołądek. Drugim z kolei jest chłoniak, który występuje w 2–5% przypadków; większość z nich, bo aż 80%, stanowią chłoniaki nieziarnicze wywodzące się z limfocytów B. Inną grupę nowotworów żołądka stanowią nowotwory potencjalne złośliwe, do których należą nowotwory podścieliskowe i neuroendokrynne, oraz grupa nowotworów łagodnych, do których zalicza się tłuszczaka, mięśniaka, nowotwory wywodzące się z tkanki nerwowej oraz polipy gruczołowe [2, 11, 12].

Mimo spadku zachorowalności i umieralności na przestrzeni lat nowotwór ten jest piątym co do częstości występowania nowotworem, zaraz po nowotworach płuc, piersi, jelita grubego i prostaty – w 2012 roku odnotowano 952 tysiące nowych przypadków, co stanowi 6,8% wszystkich przypadków nowotworów na świecie, z czego prawie 60% występuje w krajach rozwijających się, m.in. w Chinach (42%). Pod względem umieralności nowotwór ten jest trzeci w kolejności zaraz po nowotworach płuc i wątroby, powodując 723 tysiące przypadków śmiertelnych, co stanowi 8,8% wszystkich zgonów z powodu chorób nowotworowych [2, 4, 5]. Najwyższy współczynnik umieralności odnotowano we wschodniej Azji i wynosi on 24 na 100 tysięcy dla mężczyzn i 9,8 na 100 tysięcy dla kobiet. Wysokie współczynniki umieralności dla obu płci zaobserwowano również m.in. w środkowej i wschodniej Europie oraz w środkowej i południowej Ameryce. Z krajów o wysokim współczynniku zachorowań można wymienić m.in.: Japonię, Koreę, Węgry, Kolumbię i Chile [5, 12].

Etiopatogeneza – czynniki ryzyka

Rak żołądka jest chorobą wieloczynnikową, a w jego rozwoju ważną rolę ogrywają czynniki środowiskowe oraz styl życia. Do czynników mających największy wpływ na ryzyko rozwoju raka żołądka zalicza się: infekcje bakterią *Helicobacter pylori*, zakażenie wirusem Epsteina-Barr (EBV), sposób odżywiania oraz palenie papierosów. Uznaje się także, że niektóre zmiany genetyczne, stan po zabiegu częściowej resekcji żołądka i autoimmunologiczne zapalenie błony śluzowej żołądka mogą predysponować do wystąpienia zmian nowotworowych [5, 12].

Częstość zakażeń jest zależna od warunków socjoekonomicznych, takich jak: niski poziom wykształcenia, złe warunki higieniczne czy nieprawidłowe odżywianie. Wykazano, że w krajach rozwijających się częstość zakażeń jest dużo wyższa niż w krajach rozwiniętych i najczęściej dotyka osób najbiedniejszych. W krajach rozwijających się u 70% osób do 30. r.ż. stwierdza się infekcję bakterią *Helicobacter pylori*. Uważa się, że wytwarzane przez bakterię enzymy i toksyny są czynnikiem odpowiedzialnym za uszkodzenie błony śluzowej żołądka [13]. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC) w roku 1994 zakwalifikowała bakterię *Helicobacter pylori* jako kancerogen typu I (określony) dla populacji ludzkiej.

Uważa się, że nieodpowiednia dieta bogata w produkty solone, smażone, wędzone, peklowane w połączeniu z zakażeniem bakterią *Helicobacter pylori* może dodatkowo zwiększać ryzyko nowotworu [2, 12–14]. Wykazano, że poziom chlorku sodu może wpływać na ekspresję genów *Helicobacter pylori*. Dieta bogata w sól i produkty solone

oraz zakażenie bakterią *Helicobacter pylori* mogą w znacznym stopniu wpływać na uszkodzenie błony śluzowej żołądka, co może prowadzić do przewlekłego zanikowego zapalenia i ostatecznie do wystąpienia nowotworu żołądka [14, 15]. Przypuszcza się również, że w procesach obróbki termicznej, takich jak: smażenie, pieczenie, wędzenie lub grillowanie, powstające wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA) mogą zwiększać ryzyko zachorowania na nowotwór żołądka [12].

Znaczenie flawonoidów

Flawonoidy stanowią grupę metabolitów roślinnych składających się z ponad 10 tysięcy zidentyfikowanych jak dotąd związków. Jednak niewiele z nich zostało jak na razie dokładnie zbadanych [16–18]. Badania zarówno *in vitro*, jak i *in vivo* wskazują na szerokie spektrum działania, m.in.: działanie antyoksydacyjne, przeciwbakteryjne, przeciwnowotworowe, przeciwmiażdżycowe, antyarytmiczne, diuretyczne, spazmolityczne, przeciwzapalne, uszczelniające naczynia kapilarne oraz inne. Ze względu na wszechstronność swojego działania związki te mogą znaleźć zastosowanie w leczeniu różnych chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów [16–19]. Flawonoidy dzielą się na [18]:

- flawanony (naryngenina, naryngina, hespertyna, hesperydyna),
- flawanole (epikatechina, epigallokatechina, katechina),
- flawony (apigenina, diosmetyna, luteolina),
- izoflawony (daidzeina, genisteina),
- flawonole (kwercetyna, kemferol, mirecytyna, fisteina, morina),
- antocyjany (cyjanidyna, pelargonidyna, malwidin).

Według danych statystycznych mieszkańców Europy Zachodniej spożywają średnio od 100 do 1000 mg flawonoidów na osobę na dzień. Z kolei w krajach Dalekiego Wschodu, np. w Japonii, spożycie flawonoidów jest wyższe ze względu na spożywanie dużych ilości roślin strączkowych, soi oraz herbaty i może wynosić nawet 2 g na dzień. Według Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ) przeciętne spożycie flawonoidów w populacji osób mieszkających w Polsce wynosiło 1 g na osobę na dzień [17].

Źródła flawonoidów

Głównym źródłem flawonoidów w diecie są warzywa, m.in.: pomidory, cebula, brokuły, oraz owoce: jabłka, pomarańcze, grejpfruty czy winogrona. Flawonoidy występują również w nasionach roślin strączkowych, przyprawach, czerwonym winie, herbacie, kawie czy kakao [17–19]. Przeciwnowotworowe działanie flawonoidów może opierać się na następujących mechanizmach [16]:

- aktywności antyoksydacyjnej,
- zapobieganiu aktywacji metabolicznej kancerogenów,
- działaniu antyproliferacyjnym,
- udziałowi w różnicowaniu komórek,
- indukcji apoptozy,
- hamowaniu angiogenezy,
- modulacji oporności wielolekowej.

Badania *in vitro*

Przeciwnowotworowe działanie flawonoidów zostało potwierdzone w badaniach *in vitro*. W jednym z badań porównywano aktywność przeciwnowotworową 28 flawonoidów na hodowli linii komórkowej HL-60 ludzkiej ostrej białaczki szpikowej z działaniem leków przeciwnowotworowych. Osiem z przebadanych flawonoidów wykazało działanie przeciwnowotworowe, przy czym najbardziej efektywne miała genisteina, której efekt był porównywalny do działania leków przeciwnowotworowych. Z kolei w innych badaniach nad cytotoksycznością 55 flawonów na różne nowotwory aktywność wykazało 15 z nich. Dodatkowo 7 spośród 27 flawonów pochodzących z owoców cytrusowych miało działanie hamujące proliferację komórek nowotworowych [16].

Badania *in vivo*

Przeprowadzone badania *in vivo* wykazały działanie przeciwnowotworowe na wszystkich etapach rozwoju nowotworu: inicjacji, promocji, progresji. W przeprowadzonych na myszach doświadczeniach z użyciem ekstraktów herbaty (bogatych w katechiny) udowodniono, że hamują one rozwoju raka płuc. Podobnie podawanie myszom czarnej herbaty przez okres 36 tygodni po podaniu induktora kancerogenezy chemicznej 4-(metylonitrozoamino)-1-(3-pirydylo)-1-bytanonu znacząco zahamowało promocję i progresję gruczolaków. Ponadto istnieją badania potwierdzające, że zawarte w herbacie flawonoidy hamują tworzenie przerzutów [16].

Badania epidemiologiczne

Wiele badań potwierdza zależność pomiędzy zmniejszeniem ryzyka zachorowania na nowotwory a wysokim spożyciem flawonoidów. Przeprowadzone badania na grupie 10 tysięcy mężczyzn i kobiet mieszkających w Finlandii, będących w przedziale wiekowym od 15 do 99 lat, udowodniły zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwór płuc przy dużym spożyciu flawonoidów. W przypadku nowotworów przełyku, gardła, jamy ustnej i krtani potwierdzono zmniejszenie ryzyka zachorowania nawet o 70%. Flawonoidy – kwercetyna i kemferol – zastosowane u chorych na raka przełyku i żołądka mogą mieć działanie ochronne.

Ze względu na różnice w biodostępności oraz rozmieszczeniu flawonoidów w organizmie oraz różną aktywność biologiczną wykazywaną w stosunku do nowotworów nie wszystkie badania potwierdziły przeciwnowotworowe działanie flawonoidów [16, 17].

Działanie flawonoidów

Aktywność antyoksydacyjna flawonoidów polega na: unieczynnieniu wolnych rodników, chelatowaniu jonów metali, zmniejszeniu lub zahamowaniu aktywności enzymów biorących udział w wytwarzaniu wolnych rodników, ochronie frakcji LDL (ang. *low-density lipoprotein*) cholesterolu przed utlenianiem oraz działaniu przeciwzapalnym. Dodatkowo flawonoidy zmniejszają ryzyko rozwoju nowotworów poprzez obniżenie stresu oksydacyjnego w komórkach organizmu, indukując ekspresje genów antyoksydacyjnych [16].

Flawonoidy mogą hamować enzymy cytochromu P450, takie jak CYP1A1 oraz CYP1A2, chroniąc w ten sposób przed uszkodzeniem komórek wywołanym aktywacją czynników rakotwórczych. Flawonoidy wpływają również na enzymy drugiej fazy biotransformacji, takie jak transferaza-S-glutationowa czy UDP-glukuronowa, które wzmacniają detoksykację mutagenną poprzez sprzęganie kancerogenów, co ułatwia ich wydalanie z organizmu [16, 17].

W badaniach przeprowadzonych przez Fotsisa i wsp. wykazano, że flawonoidy: apigenina, genisteina, fisetyna, luteolina blokują trzeci proces angiogenezy, jakim jest migracja i proliferacja komórek śródbłonka. Największy wpływ na hamowanie angiogenezy wykazała genisteina [16].

Oporność wielolekowa stanowi poważną przeszkodę w skutecznej chemioterapii nowotworów. Spośród znanych flawonoidów mających zdolność odwracającą oporność wielolekową można wyróżnić genisteinę oraz kwercetynę oraz ich syntetyczną pochodną – flawopirydol. Działają one jako inhibitor P-glikoproteny, konkurując z lekami o miejsca wiązania z transporterem, zmniejszając w ten sposób transport leków poza komórkę [16, 18, 19].

Obecnie nie ma wątpliwości co do znaczenia flawonoidów w profilaktyce wielu chorób cywilizacyjnych, takich jak nowotwory, cukrzyca czy choroby układu sercowo-naczyniowego. Pomimo to mechanizmy ich działania nie zostały jeszcze do końca poznane. Nie wiadomo też, czy zbyt duża dawka flawonoidów spożyta w diecie nie będzie miała toksycznego wpływu na organizm człowieka, dlatego też potrzebne są dalsze badania mające na celu dokładne ustalenie mechanizmów działania flawonoidów oraz ich wpływu na zdrowie człowieka [16–19].

Wpływ soli

Sód jest pierwiastkiem niezbędnym do życia. Jednak jego nadmiar w diecie, pochodzący głównie ze zbyt wysokiego spożycia soli kuchennej, może doprowadzić do licznych chorób, m.in. do nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu oraz do rozwoju nowotworu żołądka [20–22].

Według norm Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ) z roku 2012 dzienne spożycie soli kuchennej (NaCl) nie powinno być większe niż 5 g, co odpowiada jednej płaskiej łyżeczce [21]. Mimo znacznego spadku spożycia soli na przestrzeni lat jej spożywana ilość w ciągu dnia nadal jest wysoka i mieści się w przedziale 10–15 g na osobę na dzień [22, 23].

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia, opracowanych przez Jarosza i wsp., którzy przebadali 110 tysięcy osób w 2009 roku, średnie spożycie soli w gospodarstwach domowych wynosiło 11,5 g na osobę na dzień. W przypadku gospodarstw domowych znajdujących się na wsi spożycie soli wynosiło 14 g na osobę na dzień. W obu przypadkach sól kuchenna stanowiła powyżej 60% dziennego spożycia soli z pożywieniem. Tak wysokie spożycie soli okazało się znacząco mniejsze niż w latach poprzednich. Porównując spożycie soli z lat 1999 i 2009, okazało się, że średnie spożycie w 2009 roku było o jedną czwartą niższe. Zgodnie z uzyskanymi wynikami współczynnik zachorowalności na raka żołądka wynosił 12,3 na 100 tysięcy osób dla mężczyzn oraz 4,4 na 100 tysięcy dla kobiet i był niższy odpowiednio o 23% dla mężczyzn i 27% dla kobiet w porównaniu z rokiem 1999 [22].

Można przypuszczać, że spadek zachorowalności na nowotwór żołądka był bezpośrednio związany ze zmianami żywieniowymi, w tym ze zmniejszonym spożyciem soli oraz zwiększoną podażą warzyw i owoców.

Probiotyki i prebiotyki

Odpowiednio zbilansowana dieta stanowi istotny element profilaktyki wielu chorób. Wzrost świadomości konsumentów na temat korzystnego wpływu poszczególnych składników odżywczych na ich zdrowie przekonał producentów żywności do poszerzenia asortymentu proponowanych przez nich produktów i stworzenia tzw. żywności funkcjonalnej [24].

Żywność funkcjonalna stanowi element zwykłej diety, jednak poza dostarczaniem organizmowi składników odżywczych ma udowodniony naukowo wpływ na zdrowie poprzez zmniejszanie ryzyka wystąpienia określonych chorób przewlekłych lub pozytywny wpływ na określone funkcje organizmu. Środki spożywcze będące żywnością funkcjonalną zalicza się do nutraceutyków. Korzystny

wpływ na zdrowie uzyskuje się dzięki zawarciu w nich substancji o działaniu prozdrowotnym, takich jak: bakterie probiotyczne, błonnik, oligosacharydy, niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega 3 czy antyoksydanty [24].

Probiotyki to produkty zawierające żywe mikroorganizmy, które spożywane regularnie w odpowiedniej ilości wywierają korzystne działanie na organizm poprzez poprawę równowagi w zakresie ekosystemu jelitowego. Aby uzyskać korzystny efekt zdrowotny, spożywana ilość bakterii probiotycznych musi wynosić 106 cfu/cm^3. Mniejsza ilość bakterii może nie przynieść oczekiwanego rezultatu, gdyż ulegają one zniszczeniu pod wpływem kwasu solnego i żółci w trakcie pasażu przez przewód pokarmowy. Do najczęściej stosowanych bakterii probiotycznych zaliczamy: bakterie z rodzaju *Lactobacillus* oraz *Bifidobacterium*. Zastosowanie znalazły również inne rodzaje, np. *Enterococcus*, *Streptocossus*, *Saccharomyces* czy *Escherichia* [24–26].

Prebiotyki, które bardzo często towarzyszą probiotykom, są niepodlegającymi trawieniu składnikami pożywienia, stymulującymi wzrost i/lub aktywność wybranych szczepów bakteryjnych. Są one pochodnymi galaktozy – galaktooligosacharydy (GOS) i fruktozy – fruktooligosacharydy (FOS) lub inuliny. Naturalnym źródłem inuliny oraz oligosacharydów są m.in.: cebula, por, cykoria, banany, szparagi, czosnek. Istnieje również grupa preparatów nazywanych synbiotykami, która jest połączeniem bakterii probiotycznych z prebiotykami. Ich korzystny wpływ na zdrowie jest dodatkowo wzmacniany dzięki synergizmowi działania [24, 25].

Dotychczasowe badania wskazują, że synbiotyki i probiotyki mogą zapobiegać m.in.: biegunkom bakteryjnym i wirusowym, stanom zapalnym jelit, atopowemu zapaleniu skóry, a także zmniejszać ryzyko zachorowania na nowotwory żołądka i jelita grubego [24, 27].

Wśród mechanizmów mogących przyczyniać się do prozdrowotnego działania można wymienić [24, 27]:

- konkurencję o receptory – uniemożliwia to dostęp patogenów do nabłonka jelitowego,
- wytwarzanie związków o działaniu bakteriostatycznym, bakteriobójczym oraz przeciwwirusowym,
- wytwarzanie substancji o właściwościach cytoprotekcyjnych,
- zakwaszanie treści jelitowej,
- eliminację toksyn lub innych substancji.

Wykazano, że niektóre szczepy bakterii probiotycznych, takie jak *Lactobacillus acidophilus* oraz *Bifidobacterium bifidum*, mają działanie antymutagenne i antykancerogenne. Może być to spowodowane właściwościami wiążącymi substancje rakotwórcze, a także ograniczaniem powstawania związków: ß-glukuronidazy, nitroreduktazy oraz azoreduktazy uczestniczących w aktywacji mutagenów i prokancerogenów. Działanie przeciwnowotworowe przypisuje się również szczepom *Lactobacillus acidophilus* oraz *Bifidobacterium longum* wytwarzającym substancje antynowotworowe: sarkomycynę, chromocynę A3, neokarcynomycynę oraz rozkładaniu związków rakotwórczych: aflatoksyn, nitrozoamin, azotyn czy azobarwników [24, 26].

Błonnik pokarmowy

Błonnik stanowi niejednorodną chemicznie frakcję. W ujęciu fizjologicznym za błonnik (włókno pokarmowe) uważa się pozostałość komórek roślinnych oporną na działanie enzymów trawiennych człowieka; grupę związków, które przechodzą przez jelito kręte jako niestrawiona pozostałość, ale są częściowo hydrolizowane przez bakterie okrężnicy [21].

W skład błonnika wchodzą polisacharydy (celuloza, hemiceluloza, pektyny), ligniny oraz inne substancje, m.in.: ß-glukany, gumy, śluzy roślinne, agar oraz woski [20].

Zapotrzebowanie na włókno pokarmowe nadal pozostaje kwestią sprzeczną, różne źródła podają różne zalecane dzienne spożycie. Według ekspertów z USA zalecane spożycie powinno wynosić średnio 38 g/dzień dla mężczyzn i 25 g/dzień dla kobiet. Gawęcki określił dzienne zalecane spożycie na poziomie 30–35 g dla osób dorosłych. Większość ustaleń opiera się na analizie przeciętnego dziennego spożycia. Instytut Żywności i Żywienia na podstawie danych Europejskiego Urzędu do spraw Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) określa wystarczające dzienne spożycie (AI) na poziomie 10–16 g dla dzieci w wieku 1–9 lat, 19–21 g na dzień dla chłopców i dziewcząt w wieku 10–18 lat oraz 20–25 g na dzień dla dorosłych powyżej 19. roku życia [21].

Do funkcji błonnika nierozpuszczalnego należą m.in.: wiązanie nadmiaru kwasu solnego, zwiększenie objętości treści jelitowej, nasilenie perystaltyki i ochrona przed zaparciami, a także rozwojem polipów i nowotworów jelita grubego. Do funkcji błonnika rozpuszczalnego zaliczamy m.in. zdolność wychwytywania związków toksycznych czy spowolnienie wchłaniania glukozy z przewodu pokarmowego [20].

Wpływ błonnika na występowanie nowotworów nie został nadal do końca potwierdzony, jednak wyniki niektórych badań wskazują na mniejsze ryzyko zachorowania (np. na nowotwór jelita grubego) oraz działanie ochronne (np. na nowotwór przełyku) przy wyższym spożyciu włókna pokarmowego [20, 28, 29].

Przeprowadzona analiza 13 badań z udziałem 5287 osób z chorobą nowotworową, przy grupie kontrolnej 10 470 osób zdrowych, wykazała spadek ryzyka zachorowalności na nowotwory o 31% przy wzroście spożycia włókna pokarmowego o 13 g na dzień [28]. Inne badanie potwierdzające tę zależność zostało przeprowadzone przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem (IARC), w których brało udział 521 tysięcy osób z 10 różnych krajów (Dania, Włochy, Hiszpania, Szwecja, Wielka Brytania, Niemcy, Francja, Grecja, Holandia oraz Norwegia). W badaniach tych ustalono, że u osób spożywających 35 g błonnika ryzyko zachorowania na nowotwory jest o 40% mniejsze niż w przypadku osób spożywających tylko 15 g [28].

Analiza badań przeprowadzona w roku 2011 potwierdza w największym stopniu pozytywną zależność między występowaniem nowotworów a spożyciem błonnika. Porównano wyniki kilku badań, gdzie grupa badana obejmowała ponad 2 mln osób. Wykazano, że wzrost spożycia błonnika o 10 g na dzień obniżał ryzyko zachorowania na nowotwory przewodu pokarmowego o 10%. Analogiczna obserwacja przeprowadzona rok później dowiodła, że spożycie błonnika większe o 10 g na dzień zmniejsza ryzyko nowotworu nawet o 44% [28].

Podsumowanie

Wpływ diety na częstość występowania nowotworów był i jest przedmiotem wielu badań, a mimo to nadal zajmuje niskie miejsce w profilaktyce i zapobieganiu chorobom nowotworowym i opiera się głównie na zabiegach mających na celu niedopuszczenie do niedożywienia lub w przypadku pacjentów niedożywionych – na poprawie stanu odżywienia.

Prawidłowo dobrana dieta powinna być skomponowana indywidualnie przez wykwalifikowanego dietetyka dla każdego pacjenta, biorąc pod uwagę jego wiek, płeć, rodzaj i stopień zaawansowania choroby nowotworowej, a także umiejscowienie nowotworu. Obligatoryjnie musi ona zostać zbilansowana pod względem zawartości zarówno składników pokarmowych, jak i witamin, składników mineralnych, pełnowartościowego białka, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz innych składników, np. bakterii probiotycznych i prebiotycznych.

Odpowiednio zbilansowana dieta może wpływać na wyniki leczenia przeciwnowotworowego poprzez zmniejszenie częstości powikłań, szybsze gojenie się ran, krótszy okres rekonwalescencji oraz sprawniejsze działanie układu odpornościowego, a także może zmniejszać ryzyko rozwoju niedożywienia.

Mając na względzie korzystny wpływ prawidłowego żywienia na stan zdrowia człowieka zarówno zdrowego, jak i chorego, w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej oraz w celu poprawy wyników leczenia i jakości życia pacjenta, wartość i znaczenie zdrowego odżywiania powinny być podnoszone nie tylko w kontekście walki z otyłością i chorobami układu sercowo-naczyniowego, ale również w przypadku profilaktyki antynowotworowej.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Cancer, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/ (data dostępu: 02.01.2017).
2. Skoczylas T, Wallner G. Gastroenterologia. Cz. II. Wielka interna. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2011.
3. Fusch R, Guggenberger D, Neumann U, Trautwein C. Nowotwory przewodu pokarmowego. Diagnostyka i leczenie. Lublin: Czelej; 2012.
4. Jassem J, Krzakowski M. Nowotwory układu pokarmowego. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Gdańsk: VM Media Sp. z o.o. VM Group sp. k.; 2014.
5. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012, http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (data dostępu: 02.01.2017).
6. Bury P, Godlewski D, Wojtyś P. Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej. Contemp Oncol. 2000; 1: 13–15.
7. Launoy G, Milan CH, Faivre J, Pienkowski P, Milan CI, Gignoux M. Alcohol, tobacco and esophageal cancer: effects of the duration of consumption, mean intake and current and former consumption. Br J Cancer. 1997; 75(9): 1389–1396.
8. Szumiło J. Rak płaskonabłonkowy przełyku. Pol J Pathol. 2013; 64 (4) (Suplement 2): 1–9.
9. Ksiądzyna D. Czynniki środowiskowe a etiologia nowotworów złośliwych przełyku i żołądka. Adv Clin Exp Med. 2004;13(5): 807–814.
10. Zieliński J, Świerblewski M, Kruszewski W, Jaworski R, Haponiuk I, Irga N et al. Doświadczenia jednego ośrodka klinicznego w chirurgicznym leczeniu raka płaskonabłonkowego przełyku w latach 1970–2007. Kardiochir Torakochir Pol. 2011; 8(1): 71–76.
11. Wojciechowska U, Didkowska J. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, http://onkologia.org.pl/raporty/ (data dostępu: 02.01.2017).
12. Malinowska M, Nasierowska-Guttmejer A. Epidemiologia i patogeneza raka żołądka. Pol J Pathol. 2013; 64(4) (Suplement 2): 17–26.
13. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido M et al. Helicobacter pylori infection and the

development of gastric cancer. N Engl J Med. 2001; 345(11): 784–789.
14. Raei N, Behrouz B, Zahri S. Helicobacter pylori infection and dietary factors act synergistically to promote gastric cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17(3): 917–921.
15. Faisal Zaidi S. Helicobacter Pylori associated Asian enigma: Does diet deserve distinction? World J Gastrointest Oncol. 2016; 8(4): 341–350.
16. Majewska-Wierzbicka M, Czeczot H. Przeciwnowotworowe działanie flawonoidów. Pol Merk Lek. 2012; 33(198): 364–369.
17. Kozłowska A, Szostak-Węgierek D. Flavonoids – food sourced and health benefits. Rocz Panstw Zakl Hig. 2014; 65(2): 79–85.
18. Majewska M, Czeczot H. Flawonoidy w profilaktyce i terapii. Farm Pol. 2009; 65(5): 369–377.
19. Malińska D, Kiersztan A. Flavonoids – characteristics and significance for therapy. Post Biochem. 2004; 50(2): 182–196.
20. Ciborowska H, Rudnicka A. Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka. Warszawa: PZWL; 2000.
21. Jarosz M. Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia; 2012.
22. Jarosz M, Sekuła W, Rychlik E, Ołtarzewski M. Spożycie soli a choroby układu krążenia i rak żołądka. Żyw Człow. 2011; 38(6): 397–406.
23. Stolarz-Skrzypek K, Kawecka-Jaszcz K. Ograniczenie spożycia soli jako metoda prewencji nadciśnienia tętniczego. Post Nauk Med. 2009; 1: 34–38.
24. Kapka-Skrzypak L, Niedźwiecka J, Wojtyła A. Probiotyki i prebiotyki jako aktywny składnik żywności funkcjonalnej. Pediatr Endocr Diabetes Metab. 2012; 18(2): 79–83.
25. Grzymisławski M, Gawęcki J. Żywienie człowieka zdrowego i chorego. Tom 2. Warszawa: PWN; 2010.
26. Zalega J, Szostak-Węgierek D. Żywienie w profilaktyce nowotworów. Część II. Składniki, witaminy, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, probiotyki, prebiotyki. Probl Hig Epidemiol. 2013; 94(1): 50–58.
27. Nowak A, Śliżewska K, Libudzisz Z, Socha J. Probiotyki – efekty zdrowotne. Żywn Nauk Technol Ja. 2010; 4(71): 20–36.
28. Bienkiewicz M, Bator E, Bronkowska M. Błonnik pokarmowy i jego znaczenie w profilaktyce zdrowotnej. Probl Hig Epidemiol. 2015; 96(1): 57–63.
29. Zalega J, Szostak-Węgierek D. Żywienie w profilaktyce nowotworów. Część I. Polifenole roślinne, karotenoidy, błonnik pokarmowy. Probl Hig Epidemiol. 2013; 94(1): 41–49.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Joanna Domagalska
Zakład Toksykologii i Ochrony Zdrowia w Środowisku Pracy
Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Zdrowia Publicznego
w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom
tel. kom.: 506 484 105
e-mail: joanna.gadomska@onet.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

EKONOMIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ECONOMY MEDICAL DOCUMENTATION

Hanna Waligórska[1], Erwin Strzesak[2]

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

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.20

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na dokumentację medyczną, jako element ekonomii w systemie służby zdrowia, oraz znaczenie dokumentacji medycznej pacjenta w procesie leczenia i związanymi z tym wydatkami. Mimo wielu kontroli dokumentacji medycznej pacjenta, wykonywanych np. przez: Urząd Wojewódzki, Urząd Marszałkowski czy Narodowy Fundusz Zdrowia, w dalszym ciągu występują nieprawidłowości w jej prowadzeniu. Każdy z tych podmiotów dokonuje kontroli dokumentacji pod innym kątem. Przykładowo Narodowy Fundusz Zdrowia kontroluje nie tylko prawidłowość prowadzonej dokumentacji medycznej w świetle obowiązujących przepisów prawa, ale też pod kątem zasadności udzielonych świadczeń. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości organ ten wnioskuje do świadczeniodawcy o zwrot kosztów za udzielone świadczenia zdrowotne, które nie znajdują swojego odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej pacjenta, a zostały wykazane do rozliczenia z NFZ. Jakie znaczenie ma dla pacjenta fakt, że udzielono mu innego świadczenia niż jest opisane w jego dokumentacji medycznej? Czy ma to znaczenie dla świadczeniodawcy?

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, ekonomia, kontrola, pacjent, ustawa.

ABSTRACT

The aim of the article is to underline as an element of the economy in the Health Services and the importance of patient's medical documentation in the treatment process and costs related to it. Despite numerous patient's medical documentation inspections carried out by: County Council, Marshal Office or NFZ, there are still irregularities occuring in records keeping. All of those authorities carries our medical documentation inspections using other accounts. For instance NFZ controls the regulations of the medical documentation keeping accordingly not only to the applicable laws, but also for its reasonability of the benefits granted. If an anomaly is being identified the authority claims refund to the provider of the health benefit that are not reflected in patient's medical documentation, but were presented for settlement with the NFZ. What difference does it make for the patient to be provided with different heath service that described in the medical documentation? Does it make any difference to the health service provider?

Keywords: medical documentation, economy, control, patient, statute.

Wstęp

„Ekonomia – nauka społeczna analizująca oraz opisująca produkcję, dystrybucję oraz konsumpcję dóbr. Nie jest nauką ścisłą, lecz posługuje się aparatem matematycznym (głównie metody ilościowe)" [1]. Ekonomia dzieli się na mikroekonomię i makroekonomię. Omawiany temat odnosi się do mikroekonomii, która zajmuje się zagadnieniami zachowania równowagi między popytem a podażą, a także czynnikami mającymi wpływ na to zjawisko. Biorąc pod uwagę służbę zdrowia, popyt znacznie przewyższa podaż. Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje znacznie mniejszą ilość świadczeń zdrowotnych, niż wynika to z potrzeb społeczeństwa. Świadczą o tym kolejki oczekujących – dane te są publikowane na stronie NFZ. Czy analizując dokumentację medyczną, można stwierdzić, jakie są przyczyny takiej sytuacji?

Dokumentacja medyczna pacjenta to historia zdrowia i choroby pacjenta od urodzenia do śmierci (zaświadczonej aktem zgonu). Należy zwrócić uwagę, że pacjenci często nie zdają sprawy, jaki istotny element w życiu każdego człowieka stanowi ta dokumentacja.

Załącznik nr 6 do „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania" stanowi wzór książeczki zdrowia dziecka [2]. To dokument, w którym wpisuje się wszystkie dane dotyczące urodzenia dziecka i aż do 18. roku życia – m.in. wszystkie bilanse, pobyty w szpitalu, szczepienia itp. Tak więc w pierwszych godzinach po urodzeniu zaczyna się nasza historia zdrowia i związana z nim ekonomia.

Mimo że dziecko posiada książeczkę zdrowia, to w momencie gdy zachoruje, w dniu zgłoszenia się do placówki medycznej ma zakładaną historię choroby. Dotyczy to każdego potencjalnego pacjenta. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjenta zakładana jest w każdej z poradni, w której pacjent podejmuje leczenie.

Co dalej dzieje się z dokumentacją wytworzoną w danym podmiocie? Otóż § 73 ww. rozporządzenia stanowi: „1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził".

Tak więc każdy potencjalny pacjent ma tyle założonych „historii choroby" lub „historii zdrowia i choroby", w ilu podmiotach był leczony. Ponieważ medyczna dokumentacja elektroniczna jeszcze nie funkcjonuje w pełnym zakresie, więc głównie mamy do czynienia z dokumentacją papierową.

Ponadto zgodnie z § 74 ww. rozporządzenia: „Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki".

Z ekonomicznego punktu widzenia występują kolejne koszty związane z utrzymaniem archiwum, przechowywaniem dokumentacji i zabezpieczeniem.

Z drugiej strony, jeśli pacjent korzysta z porad u lekarzy specjalistów, np. reumatologa, kardiologa, neurologa, to w każdej z tych poradni oprócz wytwarzanej dokumentacji ma np. przepisywane leki. Nie wszyscy pacjenci pamiętają, jakie leki przepisuje im kolejny specjalista. Wykupują kolejne refundowane leki, np. wcześniej już zalecone, które są niezużyte i tracą datę ważności. Poza tym działanie leków może się wykluczać lub nie dać oczekiwanego działania farmakoterapeutycznego.

Zapoznając się dalej z przepisami, można się dowiedzieć, że art. 23.1 „Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta" stanowi: „Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych" [3].

Dzięki ustawodawcy mamy jako pacjenci prawo wglądu do własnej dokumentacji. Kolejne przepisy stanowią, że za udostępnienie dokumentacji należy zapłacić, co wynika z art. 28, ust. 1: „Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 i 5 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę". Czyli to pacjent ponosi koszty za udostępnienie mu własnej dokumentacji medycznej, która zawiera opis jego stanu zdrowia. Art. 28 ust. 4 ww. ustawy stanowi: „Maksymalna wysokość opłaty za:

1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004" [3].

Dodatkowo do historii choroby pacjentów, zgodnie z zapisami ustawy, ma dostęp wiele instytucji, m.in. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Narodowy Fundusz Zdrowia. Ten ostatni kontroluje dokumentację medyczną m.in. pod kątem zasadności rozliczenia danego świadczenia zdrowotnego.

Z dokumentu opublikowanego przez NFZ pt.: „Informacja o kontrolach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w I półroczu 2016 roku" [4] wynika, że najczęściej kontrolowana jest dokumentacja medyczna w szpitalach. W raporcie jest jasno określona przyczyna kontroli szpitali: „Koncentracja kontroli występuje wokół rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, gdzie zaangażowane są najwyższe środki finansowe oraz gdzie ryzyko wystąpienia nieprawidłowości jest najwyższe". Pozostałe zakresy zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych również są kontrolowane, ale z mniejszymi skutkami finansowymi. W pierwszym kwartale 2016 roku wg informacji NFZ świadczeniodawcy otrzymali wystąpienia pokontrolne opiewające na łączną kwotę zwrotu 35 597 486,46 zł za nienależne świadczenia, z czego suma 28 003 475,01 zł dotyczyła lecznictwa szpitalnego; w drugiej kolejności jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Śmiało można stwierdzić, że dokumentacja medyczna pacjenta to podstawowe źródło w kształtowaniu ekonomi w systemie służby zdrowia. Wystarczy zwrócić uwagę na listę stwierdzonych nieprawidłowości zawartą ww. dokumencie:

- „zawyżanie wartości rozliczanych świadczeń, w szczególności zrealizowanych w toku hospitalizacji,
- realizacja świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym,
- brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń/porad,
- gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa (...)" .

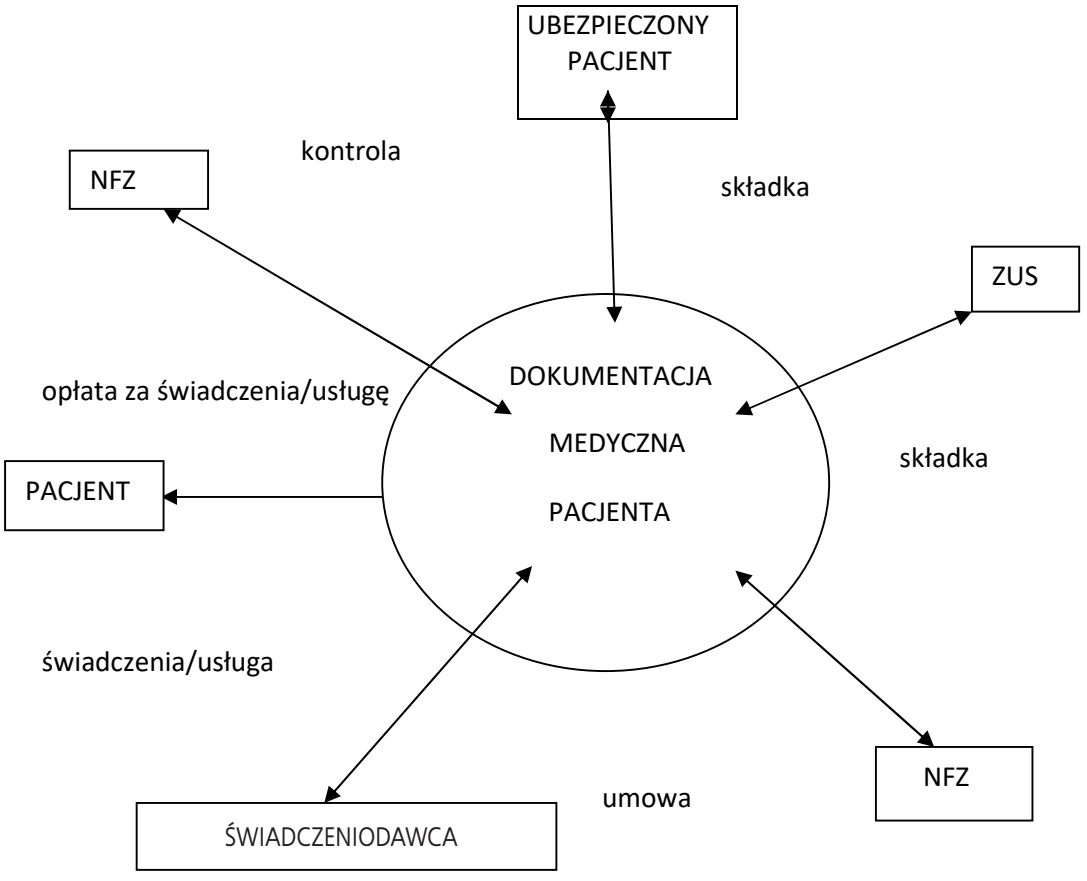
Wszystkie stwierdzone nieprawidłowości zostały sformułowane na podstawie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. To treść zawarta w historii choroby decyduje o zapłacie za dane świadczenie. Ma tym samym wpływ na ekonomię danego świadczeniodawcy. Jak widać, kwota zwrotu za pierwszy kwartał 2016 roku jest niebagatelna. Bywa, że szpitale zwracają po kilka milionów. Czy można stwierdzić, że to nie ma wpływu na ich gospodarkę finansową? Można śmiało stwierdzić, że nieprawidłowo opisane świadczenie ma niekorzystny wpływ na ekonomię szpitala.

Można się zastanowić, czy nie lepszą kontrolę sprawuje sam pacjent. Umożliwia to Zintegrowany Informator Pacjenta wprowadzony, a raczej wciąż wprowadzany od 2010 roku w Wielkopolsce, a od lipca 2013 roku w Polsce. Biorąc pod uwagę liczbę zarejestrowanych ubezpieczonych z dostępem do ZIP-a, tj. milion przez te kilka lat, śmiało można powiedzieć, że jest małe zainteresowanie wśród pacjentów nadzorem nad własnymi pieniędzmi. ZIP umożliwia kontrolę nad udzielonymi świadczeniami i kosztami ich wykonania, listą wykonanych badań, kosztem refundacji recept, zaopatrzenia ortopedycznego, kosztami hospitalizacji. W przypadku stwierdzenia przez pacjenta, że nie korzystał z tego typu świadczeń, może on od razu złożyć skargę do NFZ. W takim przypadku wszczynane jest postępowanie wyjaśniające. Patrząc na liczbę rejestracji w systemie ZIP, można stwierdzić, że wciąż zbyt mało pacjentów korzysta z tego przywileju, by miało to wpływ na ekonomię w służbie zdrowia. A dobrze by było, żeby pacjenci zdawali sobie sprawę z kosztów udzielonej im usługi.

Z ekonomicznego punku widzenia trzeba wspomnieć o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, który m.in. zasiłki zdrowotne czy też renty przyznaje na podstawie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Czyż to nie jest ekonomia?

Spójrzmy, jaki jest przepływ pieniądza w odniesieniu do dokumentacji medycznej pacjenta (**Rycina 1**).

Ubezpieczony, wnosząc składkę do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ma zagwarantowane ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie rentowe, ubezpieczenie chorobowe i ubezpieczenie wypadkowe. Wszystkie ubezpieczenia powiązane są z dokumentacją medyczną pacjenta. Opisy w dokumentacji medycznej decydują o przyznanej rencie, zwolnieniu lekarskim, odszkodowaniu. To wszystko jest związane z ekonomią. Ze składek zdrowotnych opłacane są świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom w ramach umów zawartych między świadczeniodawcami a płatnikiem, czyli NFZ. Opis udzielonego świadczenia w dokumentacji medycznej pacjenta to jeden z elementów wykazania usługi do rozliczenia z NFZ. Drugim ekonomicznym powiązaniem jest wspomniana wyżej kontrola przeprowadzana przez płatnika. Kontrolerzy NFZ wszelkie nieprawidłowości dotyczące zasadności rozliczonego świadczenia oceniają na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta. Kolejny element powiązany z ekonomią,



Rycina 1. Przepływ pieniądza w odniesieniu do dokumentacji medycznej pacjenta

zwrot za świadczenia, ale mający również wpływ na wartość zawartej umowy.

Poza tym lakoniczne wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta mogą być związane z dalszym procesem leczenia. Lakoniczne wpisy dla specjalistów w innym podmiocie mogą być mało czytelne. W związku z tym zlecane są kolejne badania diagnostyczne, przeprowadzana jest dłuższa obserwacja – hospitalizacja, co generuje kolejne koszty.

Mimo wieloletnich kontroli indywidualna dokumentacja medyczna pacjenta nadal prowadzona jest niezgodnie z przepisami. W raporcie Najwyższej Izby Kontroli można przeczytać: „Najwięcej nieprawidłowości odnotowano w dokumentacji prowadzonej w lecznictwie ambulatoryjnym, gdzie w 924 – spośród 930 badanych dokumentacji (99,4%) – stwierdzono przypadki naruszenia przepisów rozporządzenia w sprawie DM" [5].

Wiele problemów może rozwiązać elektroniczna dokumentacja medyczna funkcjonująca w całym kraju. Pacjent, udając się do lekarza celem uzyskania świadczenia zdrowotnego, udostępnia swój kod, lekarz ma wgląd w pełną historię choroby pacjenta, łącznie z farmakologią, zaopatrzeniem w środki ortopedyczne i pomocnicze itp. Pacjent nie musi chodzić do kilku placówek, by udostępniły mu dokumentację medyczną, bo w każdej chwili poprzez łącza internetowe ma w nią wgląd, tak jak na konto w banku. Świadczeniodawca nie będzie dopisywał świadczeń, których nie wykonano, bo nie będzie miał dostępu do dokumentacji, która sprawozdawczo będzie sprzężona z płatnikiem. Czy długo jeszcze będziemy czekać na realizację tego projektu?

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. (Dostępne w Internecie:) https://pl.wikipedia.org/wiki/Ekonomia.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz.U. z 2015 r. poz. 2069.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417.
4. (Dostępne w Internecie:) www.nfz.gov.pl.
5. Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej. Informacja o wynikach kontroli NIK. KZD.430.002.2015, nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

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

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

WZGLĘDNE BEZPIECZEŃSTWO LEKÓW BIOLOGICZNYCH STOSOWANYCH W LECZENIU CHORÓB ZAPALNYCH JELIT

THE RELATIVE SAFETY OF BIOLOGIC DRUGS USED IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Paweł Moćko

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

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.21

STRESZCZENIE

Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) to dwie najbardziej powszechne nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ) o nieznanej etiologii i wieloczynnikowej złożonej patogenezie. Leczenie NChZJ opiera się na zastosowaniu różnych opcji terapeutycznych, w tym nowoczesnych leków biologicznych. Największym zagrożeniem związanym ze stosowaniem leków biologicznych jest duże ryzyko wystąpienia zakażeń. Co więcej – niektórzy autorzy sugerują, że leki biologiczne mogą przyczyniać się do rozwoju nowotworów.

Celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy w odniesieniu do porównania między sobą profilu bezpieczeństwa poszczególnych leków biologicznych stosowanych w leczeniu NChZJ. W wyniku przeglądu literatury zidentyfikowano pięć opracowań dotyczących porównania profilu bezpieczeństwa poszczególnych leków biologicznych między sobą: dwa opracowania na podstawie badań przeprowadzonych w populacji chorych na WZJG, dwa – w populacji chorych na ChLC oraz jedno opracowanie opisujące łącznie wyniki dla chorych na NChZJ. Wszystkie zidentyfikowane opracowania stanowią przeglądy systematyczne badań z randomizacją z metaanalizami sieciowymi, natomiast tylko trzy opracowania uwzględniają analizę prawdopodobieństwa bycia najbezpieczniejszą opcją terapeutyczną, tzw. analizę rang. Przeprowadzony przegląd wykazał bardzo niewielką liczbę opracowań dotyczących omawianego zagadnienia. Co więcej – zaledwie trzy prace zawierają szczegółową analizę profilu bezpieczeństwa leków biologicznych. W zidentyfikowanych pracach wykazano brak istotnych różnic pod względem bezpieczeństwa między lekami biologicznymi stosowanymi w leczeniu NChZJ. Reasumując: przeprowadzona analiza, a w szczególności wyniki prac zawierających analizę rang dostarczają brakujących danych dotyczących względnej oceny leków biologicznych w leczeniu NchZJ. Należy mieć na uwadze konieczność przeprowadzenia dalszych badań i analiz celem potwierdzenia uzyskanych wyników.

Słowa kluczowe: choroba Leśniowskiego i Crohna, ChLC, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, WZJG, leki biologiczne, profil bezpieczeństwa.

ABSTRACT

Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) are two the most common inflammatory bowel diseases (IBD) which are illnesses of unknown etiology and complex multifactorial pathogenesis. In the treatment of IBD various therapeutic options could be used including biologic drugs. One of the most essential threats generated by the use of biologic drugs is a high risk of infections. Moreover, some authors suggest that biologics may contribute to the development of tumors.

The aim of the study was to present the current state of knowledge with regard to the comparison of safety profile of each individual biologic drug used in the therapy of patients with IBD. We identified five studies relating to comparison of the safety profile between the biologic drugs: two studies in a population of patients with UC, two in CD patients and one describing the pooled results for patients with IBD. All identified studies were systematic reviews of randomized clinical trials with network meta-analysis, while only three studies included probability analysis of being the safest treatment option i.e. rank analysis. Review revealed a very small number of studies relating to discussed issues. What's more, only three studies provided a detailed analysis of the safety profile of biologic drugs. In summary, the analysis, in particular the results of analysis that included ranks estimation indicated the missing data on the relative assessment of biologic drugs used to treat patients with IBD. It should be noted the need of further research and analysis to confirm the results.

Keywords: Crohn's disease, CD, ulcerative colitis, UC, biological agents, safety profile.

Wstęp

Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) to dwie najbardziej powszechne nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ) o nieznanej etiologii i wieloczynnikowej złożonej patogenezie [1–5]. NChZJ obejmują przewlekłe zaburzenia żołądkowo-jelitowe, które charakteryzują się okresami aktywności i remisji choroby [6, 7]. WZJG opisywane jest jako rozlany nieswoisty proces zapalny błony śluzowej odbytnicy i okrężnicy lub odbytu, co w konsekwencji prowadzi do powstania owrzodzeń. Z kolei ChLC jest pełnościennym, głównie ziarniniakowym zapaleniem, które może występować na całym odcinku układu pokarmowego od jamy ustnej aż do odbytu [1, 2, 4]. Na świecie choroba ta znana jest pod nazwą choroby Crohna, natomiast w Polsce nazwa: choroba Leśniowskiego i Crohna stosowana jest

w odniesieniu do zmian występujących w jelicie cienkim [4].

Zachorowalność na NChZJ wynosi ponad 200 przypadków na 100 000 mieszkańców na rok [5]. Zachorowalność na WZJG wynosi około 5 przypadków na 100 000 mieszkańców na rok, natomiast w przypadku ChLC wynosi ona około 10–20 przypadków na 100 000 mieszkańców na rok [4]. Zarówno WZJG, jak i ChLC występują najczęściej w krajach wysoko rozwiniętych północnej i zachodniej Europy oraz północnej Ameryki [1, 2, 4, 8]. Największa zachorowalność na NChZJ występuje między 2. a 4. dekadą życia [9]. Szczyt zachorowań na WZJG obserwuje się, w zależności od źródła, między 15. a 40. rokiem życia, niezależnie od płci. Warto również zaznaczyć, że drugi szczytowy okres przypada na 50.–70. rok życia [1, 2, 4]. ChLC nieznacznie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn i rozwija się między 15. a 25. rokiem życia [2, 4].

W leczeniu NChZJ stosuje się różne opcje terapeutyczne, takie jak: konwencjonalne terapie oparte na aminosalicylanach, glikokortykosteroidach czy lekach immunosupresyjnych, jak również nowoczesne leki biologiczne [4]. Leczenie biologiczne uwzględnia m.in. tzw. czynniki martwicy nowotworu (ang. *anti-tumor necrosis factors* – anty-TNF), do których zaliczamy: infliksimab, adalimumab, certolizumab pegol i golimumab, jak również przeciwciała działające w inny sposób, jak np. wedolizumab, który jest humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciw integrynie $\alpha 4\beta 7$, uczestniczącej w migracji leukocytów do przewodu pokarmowego, które powodują stan zapalny charakterystyczny dla WZJG czy ChLC [10–12]. Innym lekiem biologicznym jest ustekinumab, dopuszczony do obrotu na terenie Stanów Zjednoczonych w leczeniu ChLC – jest ludzkim przeciwciałem monoklonalnym, które wiąże się z podjednostką p40 ludzkich cytokin (interleukin IL-12 i IL-23), w efekcie blokując interakcję IL z receptorem IL-12Rb1, co wpływa na zmniejszenie aktywności reakcji zapalnej w obrębie jelit [13].

Celem leczenia jest utrzymanie pacjentów w możliwe jak najdłuższym okresie remisji choroby. Prawidłowy wybór właściwej opcji terapeutycznej opartej na stosowaniu leków biologicznych w fazie indukcji i podtrzymania u chorych na NChZJ ciągle pozostaje wyzwaniem ze względu na ograniczone dowody porównujące ich profil bezpieczeństwa. Jak wskazują Andersen i wsp. [14], korzyści ze stosowania leków biologicznych są niezaprzeczalne, przy czym występują poważne obawy związane z możliwością wystąpienia zdarzeń niepożądanych [14]. Biorąc pod uwagę mechanizm działania czynników biologicznych (anty-TNF), leki te mogą zmniejszać odporność układu immunologicznego na zakażenia, w związku z czym głównym problemem związanym ze stosowaniem przeciwciał monoklonalnych jest duże ryzyko zakażeń bakteryjnych, grzybiczych lub wirusowych (np. zapalenia zatok, zapalenia gardła i oskrzeli, zakażenia dróg moczowych). Zastosowanie leków biologicznych może również powodować wznowę utajonej gruźlicy [14–16]. Co więcej, niektórzy autorzy sugerują, że leki biologiczne mogą przyczyniać się do rozwoju nowotworów (łagodnych, złośliwych i nieokreślonych, w tym torbieli i polipów) i chłoniaków nieziarniczych (chłoniaków nie-Hodgkina). Stosowanie leków biologicznych może również prowadzić do wystąpienia innych objawów niepożądanych, takich jak: immunogenność, utrata odpowiedzi na leczenie, reakcja uwalniania cytokin, autoimmunizacja, zaburzenia czynności wątroby, niewydolność serca, demielinizacja, wykwit skórny [16].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy w odniesieniu do porównania między sobą (względnej oceny) profilu bezpieczeństwa poszczególnych leków biologicznych stosowanych w leczeniu NChZJ.

Metody

Przeprowadzono przegląd dostępnej literatury przy wykorzystaniu medycznych baz danych: PubMed oraz Cochrane Collaboration w celu identyfikacji najnowszych opracowań wtórych (przeglądów systematycznych z metaanalizami sieciowymi (ang. *network meta-analysis* – NMA)) umożliwiających względną ocenę profilu bezpieczeństwa leków biologicznych stosowanych w leczeniu NChZJ. Analizą objęto leki biologiczne dopuszczone do obrotu na terenie Unii Europejskiej przez Europejską Agencję do spraw Leków (ang. European Medicines Agency – EMA) oraz w Stanach Zjednoczonych przez Amerykańską Agencję do spraw Żywności i Leków (ang. Food and Drug Administration – FDA) w leczeniu WZJG (infliksimab, adalimumab, golimumab, wedolizumab) lub ChLC (infliksimab, adalimumab, wedolizumab, certolizumab pegol oraz ustekinumab).

Do analizy włączono wszystkie odnalezione opracowania, niezależnie od statusu i daty publikacji. W pierwszej kolejności dokonano analizy tytułów oraz streszczeń badań, na podstawie których opracowano wstępną listę publikacji spełniających kryteria włączenia. Następnym krokiem było przeprowadzenie selekcji na podstawie pełnych wersji artykułów z uwzględnieniem wszystkich kryteriów włączenia do analizy. Na tej podstawie ustalono ostateczną listę badań, które następnie poddano dokładnej ocenie pod kątem wiarygodności opisywanych wyników.

Wyniki

W wyniku przeglądu literatury zidentyfikowano pięć opracowań dotyczących porównania między sobą profilu bezpieczeństwa poszczególnych leków biologicznych stosowanych w leczeniu NChZJ: dwa opracowania w populacji chorych na WZJG [17, 18], dwa w populacji chorych na ChLC [11, 19] oraz jedno opracowanie opisujące łącznie wyniki dla chorych na NChZJ [20]. Wszystkie zidentyfikowane badania stanowią przeglądy systematyczne badań z randomizacją z metaanalizami sieciowymi.

W wyniku dogłębnej analizy zidentyfikowanych opracowań stwierdzono, że jedynie trzy prace [18–20] przedstawiają pełną analizę profilu bezpieczeństwa leków biologicznych. W pozostałych dwóch opracowaniach [11, 17] autorzy główny nacisk położyli na przeprowadzenie porównawczej (względnej) oceny leków biologicznych w zakresie skuteczności klinicznej (ocena uzyskania odpowiedzi na leczenie oraz utrzymania choroby w remisji), natomiast analiza profilu bezpieczeństwa ograniczona została jedynie do wybranych, pojedynczych punktów końcowych.

W odniesieniu do dorosłych pacjentów chorych na ChLC w analizie opracowanej przez Hazlewood i wsp. [11] przeprowadzono metaanalizę sieciową w zakresie profilu bezpieczeństwa jedynie dla rezygnacji z leczenia z powodu wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Do metaanalizy sieciowej włączono badania z randomizacją, w których w grupie badanej stosowano nie tylko leki biologiczne (infliksimab, adalimumab, certolizumab pegol oraz wedolizumab), ale również azatioprynę/6-merkaptopurynę, metotreksat, a także schematy złożone, jak infliksimab w połączeniu z azatiopryną lub metotreksatem. W niniejszym opracowaniu przedstawiono wyłącznie wyniki dla porównań leków biologicznych między sobą, bez uwzględniania innych schematów leczenia, w tym terapii łączonych. Autorzy wykazali istotne statystycznie większe ryzyko rezygnacji z leczenia z powodu wystąpienia zdarzeń niepożądanych w przypadku zastosowania certolizumabu pegol, w porównaniu ze stosowaniem infliksimabu (OR = 3,10 [95% CrI: 1,70–5,80]), natomiast dla porównania adalimumabu i wedolizumabu nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w tym zakresie. W przypadku pozostałych porównań wykazano istotne statystycznie mniejsze ryzyko rezygnacji z leczenia z powodu wystąpienia zdarzeń niepożądanych w wyniku podania certolizumabu pegol oraz infliksimabu, w porównaniu z podaniem adalimumabu (odpowiednio: OR = 0,55 [95% CrI: 0,32–0,93]; OR = 0,18 [95% CrI: 0,09–0,34]) oraz infliksimabu względem wedolizumabu (OR = 0,24 [95% CrI: 0,12–0,51]). Z kolei porównanie certolizumabu pegol i wedolizumabu nie wykazało istotnych statystycznie różnic w analizowanym zakresie [11].

Z kolei w badaniu Vickers i wsp. [17] do metaanalizy sieciowej włączono osiem badań z randomizacją dotyczących zastosowania infliksimabu, adalimumabu, golimumabu oraz wedolizumabu w subpopulacji pacjentów chorych na WZJG (populacja chorych uprzednio nieleczonych preparatami z grupy inhibitorów TNF oraz pacjentów po niepowodzeniu leczenia wcześniej zastosowanymi inhibitorami TNF). Autorzy opracowania również przeprowadzili względną ocenę bezpieczeństwa jedynie w zakresie rezygnacji z leczenia z powodu wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Z powodu braku danych ocena innych punktów końcowych nie była możliwa w ramach metaanalizy sieciowej. Wykazano istotne statystycznie różnice na korzyść zastosowania wedolizumabu, w porównaniu z adalimumabem w fazie indukcji (OR = 0,00 [95% CrI: 0,00–0,19]). Z kolei w fazie podtrzymania również w przypadku wedolizumabu wykazano istotnie statystycznie lepsze wyniki w zakresie rezygnacji z leczenia z powodu wystąpienia zdarzeń niepożądanych, w porównaniu z adalimumabem (OR = 0,14 [95% CrI: 0,02–0,67]) i golimumabem (OR = 0,21 [95% CrI: 0,03–0,99]) [17].

Powyżej przedstawione opracowania [11, 17] nie dostarczają wyników, które pozwoliłyby na wyciągnięcie kompleksowych wniosków dotyczących profilu bezpieczeństwa leków biologicznych stosowanych w leczeniu NChZJ. Należy zaznaczyć, że zastosowanie metaanalizy sieciowej pozwala wyłącznie na porównanie wielu interwencji medycznych w ramach jednego modelu, a interpretacja wyników możliwa jest jedynie między poszczególnymi porównaniami. Metaanaliza sieciowa nie pozwala na wyciągnięcie wniosków, która z analizowanych interwencji jest najbezpieczniejsza. W celu uzyskania bardziej konkretnych wniosków z porównań należy przeprowadzić dodatkową analizę (również w ramach metaanalizy sieciowej) umożliwiającą oszacowanie prawdopodobieństwa „zajęcia" pierwszego, drugiego i kolejnego miejsca w rankingu bezpieczeństwa leków – co określa się mianem tzw. analizy rang. W sytuacji gdy występują nieznaczne różnice w efektach klinicznych między interwencjami, decyzja o właściwym wyborze terapii jest utrudniona. We właściwym wyborze terapii może bardzo przydać się rankingowanie dostępnych opcji terapeutycznych [21, 22]. Analiza rang pozwala, poprzez analizę statystyczną, na przypisanie określonego prawdopodobieństwa ocenianym interwencjom w ramach konkretnego ocenianego punktu końcowego, tj. w przypadku oceny trzech interwencji analiza rang określa prawdopodobieństwo zajęcia pierwszego,

drugiego oraz kolejnych miejsc dla każdej z ocenianych farmakoterapii. W efekcie mamy możliwość uszeregowania interwencji i wskazania prawdopodobnej kolejności w rankingu – co pozwala określić np., która z interwencji jest najbezpieczniejsza czy najbardziej skuteczna. Należy podkreślić, że analiza rang dostarcza jedynie wyników teoretycznych bazujących na analizie statystycznej i przy interpretacji tych wyników trzeba podchodzić z ostrożnością, a znacznie bardziej wiarygodnych wyników mogłyby dostarczyć jedynie badania kliniczne obejmujące bezpośrednie porównania między ocenianymi lekami.

Jak wspomniano wcześniej, zidentyfikowano tylko trzy opracowania [18–20], które w sposób kompleksowy oceniają profil bezpieczeństwa leków biologicznych względem siebie przy zastosowaniu metaanalizy sieciowej z uwzględnieniem analizy rang. Należy podkreślić, że autorzy prac [18–20] do analizy włączyli zarówno główne punkty końcowe z zakresu profilu bezpieczeństwa, jak: zdarzenia niepożądane ogółem, poważne zdarzenia niepożądane, zakażenia, ciężkie zakażenia, rezygnację z leczenia z powodu wystąpienia zdarzeń niepożądanych, reakcje w miejscu podania leku, jak również poszczególne działania niepożądane: ból głowy, ból brzucha, ból stawów, nudności, gorączkę, zapalenie nosogardzieli, zapalenie gardła, kaszel, zakażenia górnych dróg oddechowych.

W przeglądzie systematycznym opracowanym przez Moćko i wsp. [18] dotyczącym oceny bezpieczeństwa leków biologicznych u pacjentów chorych na WZJG analizą objęto siedem badań z randomizacją dotyczących stosowania infliksimabu, adalimumabu, golimumabu oraz wedolizumabu. Analiza bezpieczeństwa została przeprowadzona oddzielnie dla fazy indukcji (okres obserwacji 6–8 tygodni) oraz dla fazy podtrzymania (52–54 tygodnie obserwacji). Wykazano brak istotnych statystycznie różnic między ocenianymi lekami biologicznymi, zarówno w fazie indukcji, jak i w fazie podtrzymania, dla wszystkich analizowanych punktów końcowych. W niniejszym opracowaniu analizę rang ograniczano do oceny wyłącznie głównych punktów końcowych. Uwzględniona analiza rang może sugerować, że wedolizumab jest prawdopodobnie najbezpieczniejszą opcją terapeutyczną w fazie indukcji, natomiast infliksimab – w fazie podtrzymania. Szczegółowa analiza pozwoliła na oszacowanie, że wedolizumab prawdopodobnie jest najbezpieczniejszą terapią w fazie indukcji w zakresie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych ogółem, poważnych zdarzeń niepożądanych czy zakażenia (prawdopodobieństwo, że wedolizumab jest najbezpieczniejszą opcją terapeutyczną, tj. prawdopodobieństwo bycia na pierwszym miejscu w rankingu bezpieczeństwa, wyniosło odpowiednio: 71%, 54% oraz 46%). Z kolei w fazie podtrzymania infliksimab charakteryzował się największym prawdopodobieństwem bycia najbezpieczniejszą terapią w zakresie ryzyka wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych (53%), rezygnacji z leczenia z powodu wystąpienia zdarzeń niepożądanych (42%), poważnych zakażeń (52%) czy reakcji w miejscu podania leku (50%). Warto zaznaczyć, że w odniesieniu do ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych ogółem prawdopodobnie najbezpieczniejszą terapią jest wedolizumab (34%) [18].

Kolejna analiza opracowana przez Moćko i wsp. [19] obejmowała przegląd systematyczny medycznych baz danych wraz z przeprowadzeniem metaanalizy sieciowej w populacji chorych na ChLC. Uwzględniono dziesięć badań z randomizacją dotyczących zastosowania infliksimabu, adalimumabu, wedolizumabu, certolizumabu pegol oraz ustekinumabu. Również ta metaanaliza nie wykazała istotnych statystycznie różnic w zakresie analizowanych punktów końcowych, zarówno w fazie indukcji, jak i w fazie podtrzymania, co wskazuje na zbliżony profil bezpieczeństwa ocenianych leków biologicznych. Analiza rang pozwala stwierdzić, że wedolizumab prawdopodobnie jest najbezpieczniejszą terapią w fazie indukcji, natomiast w przypadku fazy podtrzymania jest nią prawdopodobnie adalimumab. Szczegółowa analiza sugeruje, że w fazie indukcji wedolizumab prawdopodobnie jest najbezpieczniejszą terapią (największe prawdopodobieństwo bycia najbezpieczniejszą terapią), biorąc pod uwagę ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych, poważanych zdarzeń niepożądanych (odpowiednio 55% i 44%). Z kolei rozpatrując ryzyko rezygnacji z leczenia z powodu wystąpienia zdarzeń niepożądanych czy ryzyko wystąpienia zakażenia, najbezpieczniejszym lekiem biologicznym spośród analizowanych jest prawdopodobnie ustekinumab. Jedynie w przypadku ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych ogółem i reakcji w miejscu podania analiza rang sugeruje, że wedolizumab jest terapią najbezpieczniejszą. W przypadku fazy podtrzymania prawdopodobnie adalimumab jest lekiem najbezpieczniejszym w zakresie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych ogółem (45%), poważnych zdarzeń niepożądanych (82%), zdarzeń niepożądanych prowadzących do rezygnacji z leczenia (85%), poważnych zakażeń (42%) czy reakcji w miejscu podania (51%). Jedynie w przypadku ryzyka wystąpienia zakażenia za najbezpieczniejszy lek można prawdopodobnie uznać infliksimab (32%) [19].

Kolejna zidentyfikowana praca opracowana przez Moćko i wsp. [20] dotyczyła porównawczej oceny leków biologicznych, tj. infliksimabu, adalimumabu, golimumabu, certolizumabu pegol oraz wedolizumabu, w populacji pacjentów chorych na NChZJ. Autorzy dokonali agrega-

cji wyników z zakresu profilu bezpieczeństwa dla badań dotyczących chorych na WZJG i ChLC w ramach jednego modelu metaanalizy sieciowej. Wyniki zostały przedstawione oddzielnie dla krótkiego okresu obserwacji (20–30 tygodni) oraz długiego okresu obserwacji (≥ 52 tygodnie). Do analizy włączono łącznie szesnaście badań z randomizacją, w tym siedem badań, które obejmowały chorych na WZJG, oraz dziewięć badań, do których włączono chorych na ChLC. Z uwagi na ograniczone dane możliwe było przeprowadzenie metaanalizy sieciowej dla krótkiego okresu obserwacji dla porównania infliksimabu i certolizumabu pegol, natomiast w dłuższym okresie obserwacji – dla infliksimabu, adalimumabu, golimumabu oraz wedolizumabu. W toku przeprowadzonej szczegółowej analizy autorzy wykazali istotne statystycznie mniejsze ryzyko wystąpienia reakcji w miejscu podania leku w przypadku zastosowania certolizumabu pegol, w porównaniu z infliksimabem w fazie indukcji (OR = 0,10 [95% CrI: 0,02–0,61]). Analiza rang w zakresie ryzyka wystąpienia reakcji w miejscu podania wskazuje na 99% prawdopodobieństwo, że certolizumab pegol jest najbezpieczniejszą opcją terapeutyczną. W pozostałych analizowanych punktach końcowych nie obserwowano istotnych statystycznie różnic w zakresie profilu bezpieczeństwa leków biologicznych, zarówno w krótkim, jak i w długim okresie obserwacji. Analiza prawdopodobieństwa bycia najbezpieczniejszą opcją terapeutyczną pozwoliła szacować, że infliksimab jest prawdopodobnie najbezpieczniejszą terapią tak w krótkim, jak i w długim okresie obserwacji. W krótkim okresie obserwacji certolizumab pegol należy rozpatrywać jako prawdopodobnie najbezpieczniejszy w zakresie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych ogółem (prawdopodobieństwo bycia najbezpieczniejszym lekiem wynosiło 45%), poważanych zdarzeń niepożądanych (89%). Wykazano, że infliksimab w długim okresie obserwacji jest prawdopodobnie najbezpieczniejszą opcją terapeutyczną, biorąc pod rozwagę ryzyko wystąpienia zakażenia (23%), poważnego zakażenia (49%), zakażenia wymagającego leczenia przeciwbakteryjnego (18%). W przypadku ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych, poważnych zdarzeń niepożądanych i rezygnacji z leczenia z powodu zdarzeń niepożądanych w długim okresie leczenia należy rozpatrywać adalimumab jako lek prawdopodobnie najbezpieczniejszy [20].

Wnioski i dyskusja

Przeprowadzony przegląd aktualnego stanu wiedzy w zakresie względnej oceny profilu bezpieczeństwa wykazał bardzo niewielką liczbę opracowań dotyczących omawianego zagadnienia. Co więcej, zaledwie trzy prace [18–20] zawierają szczegółową analizę profilu bezpieczeństwa leków biologicznych w ocenianych wskazaniach. Warto również podkreślić, że w zidentyfikowanych pracach jako metodę analityczną zastosowano metaanalizę sieciową, która jest ciągle nowatorską i obiecującą techniką analityczną. Względna ocena leków biologicznych wymaga przeprowadzenia rankingowania bezpieczeństwa terapii, co również stanowi innowacyjną oraz obiecującą metodę badawczą. Warto zaznaczyć, że tylko w trzech pracach [18–20] spośród pięciu odnalezionych w trakcie przeglądu medycznych baz danych przedstawiono wyniki takich oszacowań.

W zidentyfikowanych pracach generalnie wykazano brak istotnych różnic między lekami biologicznymi stosowanymi w leczeniu NChZJ. Powyższe wnioski mogą wynikać z ograniczeń, jakie niesie ze sobą zastosowanie metaanalizy sieciowej, lub też z niewielkiej liczby dostępnych badań klinicznych, a także z ograniczonej liczebności uczestników tych badań, co w analizie profilu bezpieczeństwa ma istotne znaczenie. Warto również podkreślić, że leki biologiczne to terapie innowacyjne stosowane od relatywnie krótkiego czasu, a co za tym idzie – aktualnie dostępne badania dotyczą zbyt krótkich okresów obserwacji, by objąć pełny zakres zdarzeń niepożądanych związanych ze stosowaniem tych leków. Reasumując: przeprowadzona analiza, w szczególności wyniki omówionych prac [18–20], dostarczają brakujących danych dotyczących względnej oceny leków biologicznych stosowanych w leczeniu NchZJ. Należy mieć na uwadze konieczność przeprowadzenia dalszych badań i analiz celem potwierdzenia uzyskanych wyników.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SPL. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut. 2004;53(Suppl 5): V1–16.
2. Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. N Engl J Med. 2011; 365(18): 1713–1725.
3. Gubernatorova EO, Tumanov AV. Tumor necrosis factor and lymphotoxin in regulation of intestinal inflammation. Biochemistry (Mosc). 2016; 81(11): 1309–1325.
4. Bartnik W. Choroby jelita grubego. (W:) Gajewski P (red.). Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2016. 1010–1023.
5. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P et al. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2011; 140(6): 1785–1794.

6. Hagan M, Cross RK. Safety of vedolizumab in the treatment of Crohn's disease and ulcerative colitis. Expert Opin Drug Saf. 2015; 14(9): 1473–1479.
7. Huoponen S, Blom M. A systematic review of the cost-effectiveness of biologics for the treatment of inflammatory bowel diseases. PLoS One. 2015; 10(12): e0145087.
8. Ordás I, Eckmann L, Talamini M et al. Ulcerative colitis. Lancet. 2012; 380(9853): 1606–1619.
9. Androulakis I, Zavos C, Christopoulos P et al. Safety of anti-tumor necrosis factor therapy during pregnancy in patients with inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2015; 21(47): 13205–13211.
10. Singh S, Garg SK, Pardi DS et al. Comparative efficacy of biologic therapy in biologic-naïve patients with Crohn disease: a systematic review and network meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2014; 89(12): 1621–1635.
11. Hazlewood GS, Rezaie A, Borman M et al. Comparative effectiveness of immunosuppressants and biologics for inducing and maintaining remission in Crohn's disease: a network meta-analysis. Gastroenterology. 2015; 148(2): 344–354.
12. Jin Y, Lin Y, Lin LJ et al. Meta-analysis of the effectiveness and safety of vedolizumab for ulcerative colitis. World J Gastroenterol. 2015; 21(20): 6352–6360.
13. Salomon J, Szepietowski J. Ustekinumab – nowy lek biologiczny w leczeniu łuszczycy. Przegl Dermatol. 2010; 97: 61–67.
14. Andersen NN, Jess T. Risk of infections associated with biological treatment in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2014; 20(43): 16014–16019.
15. Nanau RM, Cohen LE, Neuman MG. Risk of infections of biological therapies with accent on inflammatory bowel disease. J Pharm Pharm Sci. 2014; 17(4): 485–531.
16. D'Haens G. Risks and benefits of biologic therapy for inflammatory bowel diseases. Gut. 2007; 56(5): 725–732.
17. Vickers AD, Ainsworth C, Mody R et al. Systematic review with network meta-analysis: comparative efficacy of biologics in the treatment of moderately to severely active ulcerative colitis. PLoS One. 2016; 11(10): e0165435.
18. Moćko P, Kawalec P, Pilc A. Safety profile of biologic drugs in the therapy of ulcerative colitis: a systematic review and network meta-analysis. Pharmacotherapy. 2016; 36(8): 870–879.
19. Moćko P, Kawalec P, Pilc A. Safety profile of biologic drugs in the therapy of Crohn disease: a systematic review and network meta-analysis. Pharmacol Rep. 2016; 68(6): 1237–1243.
20. Moćko P, Kawalec P, Pilc A. Safety profile of biologic drugs in the treatment of inflammatory bowel diseases: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Drug Investig. 2017; 37(1): 25–37.
21. Hutton B, Salanti G, Caldwell DM et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analysis of health care interventions: checklist and explanations. Ann Intern Med. 2015; 162(11): 777–784.
22. Wu HY, Huang JW, Lin HJ et al. Comparative effectiveness of renin-angiotensin system blockers and other antihypertensive drugs in patients with diabetes: systematic review and Bayesian network meta-analysis. BMJ. 2013; 347: 6008.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:
Paweł Moćko
Zakład Gospodarki Lekiem, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński –
– Collegium Medicum w Krakowie
ul. Grzegórzecka 20
31-531 Kraków
tel.: 12 424 13 90
fax: 12 421 74 47
e-mail: pawel.mocko@doctoral.uj.edu.pl

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC W „POLSKIM PRZEGLĄDZIE NAUK O ZDROWIU"

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

Przygotowanie manuskryptu

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

Strona tytułowa manuskryptu

Strona tytułowa artykułu powinna mieć następujący układ:

1. Tytuł (w języku polskim i angielskim).
2. Imiona, nazwiska i tytuły naukowe autorów.
3. Nazwa jednostki, w której praca została wykonana, oraz imię, nazwisko, tytuł kierownika jednostki.
4. Pełny Adres do korespondencji

głównego autora pracy (wraz z numerem telefonu, faksu oraz adresem mailowym).

Streszczenia i słowa kluczowe

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

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

Układ pracy

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

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

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac niecytowanych w tekście pracy.

Ryciny i tabele

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

Wymagania i prawa wydawcy

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

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