Nr 2 (55) 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 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)
dr hab. Monika Urbaniak (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:
Beata Łakomiak

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

Zasady etyczne
„Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu" stosuje zasady etyczne i procedury zalecane przez COPE (Committee on Publication Ethics), zawarte w Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers, Authors dostępne na stronie internetowej COPE: https://publicationethics.org/resources/guidelines

Ethical guidelines
'*Polish Review of Health Sciences*' *applies the ethical principles and procedures recommended by COPE (Committee on Conduct Ethics), contained in the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers and Authors available on the COPE website: https://publicationethics.org/resources/guidelines*

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. 13,2. Ark. druk. 17,3.
Format A4. Zam. nr 193/18.
Druk ukończono w listopadzie 2018.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Piotr Boroń, Marcin Mikos
Znajomość praw pacjenta wśród studentów ratownictwa medycznego 149

Monika Bobek, Magdalena Humaj-Grysztar, Dorota Matuszyk, Marzena Put
Ocena jakości życia pierwiastek w okresie wczesnego połogu w zależności od sposobu ukończenia ciąży 154

Marcin Cierniak, Marcin Nowakowski, Dariusz Timler, Tomasz Gaszyński
Porównanie skuteczności intubacji z wykorzystaniem prowadnicy typu truflex oraz prowadnicy standardowej w wybranej grupie studentów ratownictwa medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 161

Ewa Humeniuk, Olga Dąbska, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Małgorzata Matuska
Zachowania zdrowotne osób leczonych z powodu choroby nowotworowej . . . 166

Grażyna Gebuza, Marzena Kaźmierczak, Estera Mieczkowska,
Małgorzata Gierszewska, Mariola Banaszkiewicz, Karolina Barczak
Porównanie urazów krocza ze względu na stopień referencyjności szpitala . . . 173

Paula Pypłacz, Dorota Skóra, Marcin Mikos
Jakości usług medycznych a satysfakcja pacjenta 182

Ewa Kaźmierczak, Natalia Smolarek, Monika Englert-Golon, Sonia Wojciuch, Beata Pięta
Aktywność fizyczna kobiet w ciąży pojedynczej 186

Maria Połocka-Molińska, Katarzyna Plagens-Rotman, Beata Bogalska
Ocena dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka 193

Bartosz Maleszczuk, Michał Chrobot, Marcin Motnyk
Analiza statyczno-dynamiczna wybranych efektów funkcjonowania pakietu onkologicznego w okresie styczeń 2015 – wrzesień 2016 dla województwa dolnośląskiego, śląskiego i świętokrzyskiego 203

PRACE POGLĄDOWE

Agnieszka Kruk, Sylwia Terech, Piotr Jarzynkowski, Renata Piotrkowska, Janina Książek
Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem operowanym metodą artroskopii stawu kolanowego 219

Ewa Baum, Stanisław Antczak
Wybrane aspekty społeczne, prawne i etyczne pozyskiwania narządów do transplantacji nerek 225

Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Michał Matuszewski, Bartosz Małkiewicz, Mateusz Dzięgała, Wojciech Krajewski, Romuald Zdrojowy, Janusz Dembowski
Diagnostyka i leczenie nowotworów pęcherza moczowego 232

Marcin Kolwitz
System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jako realizacja koncepcji sieci szpitali w polskim systemie ochrony zdrowia 238

Tomasz Król, Anna Mędrak, Magdalena Dąbrowska-Galas, Magdalena Rutkowska, Piotr Michalik,Tomasz Michalski
Występowanie dolegliwości bólowych w ostrodze piętowej 246

Anna Krzemińska, Erwin Strzesak
Powikłania po chemioterapii – czy i dlaczego warto je sprawozdawać? 250

Michał Matuszewski, Fryderyk Menzel, M. Neska, Paweł Hackemer, Wojciech Krajewski, Małgorzata Neska-Matuszewska, Bartosz Małkiewicz
Jakość życia chorych z kamicą układu moczowego 253

Anna Otlewska, Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Agnieszka Otlewska
Osteoporoza – przyczyny i metody zapobiegania 258

Karolina Szczeszek, Małgorzata Posłuszna-Lamperska
Tradycyjne i nowoczesne sposoby komunikowania się w relacji lekarz – pacjent 263

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Małgorzata Mizgier, Karolina Andrzejak, Milena Guszczyńska-Losy, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Maciej Wilczak, Witold Kędzia, Stefan Sajdak
Zaburzenia libido i erekcji z uwzględnieniem przyczyn endokrynologicznych . . . 269

Dalia Woźnica
Nowoczesna fizjoterapia w Holandii w porównaniu ze zmianami zachodzącymi na rynku usług fizjoterapeutycznych w Polsce. Czy Polska jest gotowa na bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty? 273

Contents

ORIGINAL PAPERS

Piotr Boroń, Marcin Mikos
What do students of emergency medical services know about the rights of patient? 149

Monika Bobek, Magdalena Humaj-Grysztar, Dorota Matuszyk, Marzena Put
Quality of life assessment of the primiparas in early postpartum period depending on the mode of delivery 154

Marcin Cierniak, Marcin Nowakowski, Dariusz Timler, Tomasz Gaszyński
The comparison of effectiveness of intubation using a truflex and standard guide wire in a selected group of medical emergency students at the Medical University of Lodz 161

Ewa Humeniuk, Olga Dąbska, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Małgorzata Matuska
Health practices undertaken by cancer patients 166

Grażyna Gebuza, Marzena Kaźmierczak, Estera Mieczkowska, Małgorzata Gierszewska, Mariola Banaszkiewicz, Karolina Barczak
Comparison of perineal tears depending on hospital referral level 173

Paula Pypłacz, Dorota Skóra, Marcin Mikos
The quality of medical services and the patient's satisfaction 182

Ewa Kaźmierczak, Natalia Smolarek, Monika Englert-Golon, Sonia Wojciuch, Beata Pięta
Physical activity of single pregnancy women 186

Maria Połocka-Molińska, Katarzyna Plagens-Rotman, Beata Bogalska
The accessibility of modern women of diagnostic tools for mammary pathologies 193

Bartosz Maleszczuk, Michał Chrobot, Marcin Motnyk
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 203

REVIEW PAPERS

Agnieszka Kruk, Sylwia Terech, Piotr Jarzynkowski, Renata Piotrkowska, Janina Książek
Interdisciplinary care of a patient operated by knee arthroscopy 219

Ewa Baum, Stanisław Antczak
Selected social, legal and ethical aspects of organ procurement for renal transplantation 225

Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Michał Matuszewski, Bartosz Małkiewicz, Mateusz Dzięgała, Wojciech Krajewski, Romuald Zdrojowy, Janusz Dembowski
Diagnosis and treatment of bladder tumors 232

Marcin Kolwitz
PSZ as realization of the concept of hospital network in the polish health care system 238

Tomasz Król, Anna Mędrak, Magdalena Dąbrowska-Galas, Magdalena Rutkowska, Piotr Michalik, Tomasz Michalski
The occurrence of pain in the calcaneal spur 246

Anna Krzemińska, Erwin Strzesak
Complications after chemotherapy – is it worth to report it and why? 250

Michał Matuszewski, Fryderyk Menzel, M. Neska, Paweł Hackemer, Wojciech Krajewski, Małgorzata Neska-Matuszewska, Bartosz Małkiewicz
Quality of life in patients with urolithiasis 253

Anna Otlewska, Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Agnieszka Otlewska
Osteoporosis – causes and prevention methods 258

Karolina Szczeszek, Małgorzata Posłuszna-Lamperska
Traditional and modern ways of communicating in relation doctor – patient . . . 263

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Małgorzata Mizgier, Karolina Andrzejak, Milena Guszczyńska-Losy, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Maciej Wilczak, Witold Kędzia, Stefan Sajdak
Libido and erectile dysfunction including endocrine causes 269

Dalia Woźnica
Modern Dutch physiotherapy in comparison with changes taking place in Polish physiotherapy market. Is Poland ready for direct access to physiotherapy? 273

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ZNAJOMOŚĆ PRAW PACJENTA WŚRÓD STUDENTÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

WHAT DO STUDENTS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES KNOW ABOUT THE RIGHTS OF PATIENT?

Piotr Boroń, Marcin Mikos

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.22

STRESZCZENIE

Znajomość praw pacjenta wymagana jest od osób wykonujących zawody medyczne, jak również od osób przygotowujących się do wykonywania tych zawodów. Studenci, w tym studenci kierunku: ratownictwo medyczne, mając kontakt z pacjentami, powinni mieć niezbędną wiedzę w tym obszarze. Badaniem dotyczącym znajomości praw pacjenta objęto grupę 50 studentów kierunku: ratownictwo medyczne. Wykazano konieczność wzmocnienie kształcenia w zakresie praw pacjenta na studiach ratowniczych.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, ratownicy medyczni.

ABSTRACT

Knowledge of patient's rights is required from people performing medical professions, as well as those preparing to perform them. Students, including student who are training to be paramedics and will be working directly with patients should have the necessary knowledge in this area. The results of the survey completed by a group of 50 students of the medical emergency services subject, presented the necessity to strengthen education in the field of patient's rights at rescue studies.

Keywords: patient's rights, paramedics.

Wprowadzenie do problematyki

Prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących w równym stopniu każdemu człowiekowi z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Prawa pacjenta normują relacje pomiędzy świadczeniodawcą (podmiotem leczniczym, instytucją, osobą fizyczną świadczącą usługi medyczne) a pacjentem[1].

Prawa pacjenta stanowią szczególny rodzaj regulacji prawnej, której znajomość wymagana jest nie tylko od osób wykonujących zawody medyczne, ale jak też przygotowujących się do ich wykonania, które z racji kontaktów z pacjentami, powinny posiadać niezbędną wiedzę prawną w tym obszarze.

Dla ratowników medycznych, obok ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r., źródłem praw pacjenta jest także ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym[2]. Zgodnie z jej treścią ratownik medyczny zyskał prawo do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta. Do tej pory ratownicy medyczni byli pominięci w zapisach Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Stwarzało to dla ratowników absurdalną i niebezpieczną sytuacje ponieważ do prawidłowego rozpoznania stanu zagrożenia życia zdrowia niejednokrotnie konieczne było pozyskanie informacji o przebiegu dotychczasowego leczenia pacjenta. Ponadto, od 2016 r. ratownik medyczny posiada prawo do uzyskiwania od lekarzy, felczerów oraz pielęgniarek i położnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewiedzieć następstwach podejmowanych świadczeń zdrowotnych, w zakresie jakim jest to niezbędne do wykonywania medycznych świadczeń ratunkowych.3 Zapis ten ma nie tylko praktyczne znaczenie np. przy podejmowaniu przez zespół podstawowy

[1] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417).

[2] Ustawa z dnia 31 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, (Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410).

[3] M. Mikos, G. Juszczyk, A. Czerw, Nowe prawa i obowiązki ratowników medycznych w świetle nowelizacji ustawy o PRM, Journal of Education, Health and Sport 2016 6(2), s. 312.

transportu między szpitalnego, ale także podkreśla rangę zawodu ratownika medycznego.4

Ratownik medyczny jednoznacznie wskazany został jako merytoryczny partner dla lekarza w procesie opieki medycznej nad pacjentem.[5] Ponadto, ratownicy medyczni zobowiązani zostali do informowania pacjenta o przysługujących mu prawach co wiąże się bezpośrednio z koniecznością biegłej znajomości zagadnień prawnych przez paramedyków wynikających m.in. z Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego[6], czy też Ustawy o chorobach zakaźnych.[7] Ratownikom medycznym w podstawowym zespole ratownictwa medycznego przypisany został obowiązek udzielania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie związanym z podejmowaniem medycznych czynności ratunkowych.[8]

Wprowadzone zmiany w przepisach prawa ocenić należy jako pozytywny krok mający na celu pełne unormowanie statusu i zadań ratowników medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia. Dodatkowe uprawnienia i prawa ratowników medycznych wiążą się jednocześnie z nowymi obowiązkami, które wymagają od osób wykonujących ten zawód należytej staranności w działaniu oraz znajomości przepisów prawa, w tym w szczególności ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.[9]

Metodologia badania

Przedmiotem badania była znajomość praw pacjenta wśród studentów ratownictwa medycznego. W celu zbadania opinii studentów ratownictwa medycznego na temat znajomości praw pacjenta wybrano metodę sondażu diagnostycznego. Kafeteria odpowiedzi kwestionariusza ankiety posiadała pytania zamknięte i otwarte.

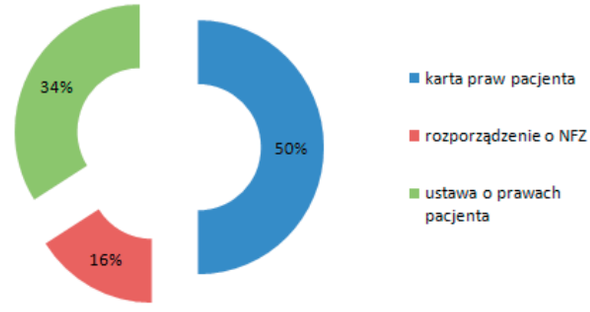
[4] Tamże, s. 313.
[5] Ustawa z dnia 31 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, (Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410).
[6] Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535.
[7] Ustawa z dnia 31 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, (Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410).
[8] Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, (Dz. U. *2006* nr 191 poz. 1410).; Ustawa z dnia 25 września 2006 roku o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, (Dz. U. z 2013 *r.* poz. 757).
[9] M. Mikos, G. Juszczyk, A. Czerw, Nowe prawa i obowiązki ratowników medycznych w świetle nowelizacji ustawy o PRM, Journal of Education, Health and Sport 2016 6(2), s. 319.

Badaniami ankietowymi objęto 50 studentów ratownictwa medycznego. Wśród respondentów było 16 (32%) mężczyzn i 34 kobiety (68%). Najliczniejszą grupę badanych tworzyli studenci będący na trzecim roku studiów – 48%, a 28% stanowili studenci pierwszego roku. Najmniejszą grupą byli studenci drugiego roku – 24%.

Zdecydowana większość studentów – 60% uczestniczyła w zajęciach z zakresu prawa pacjenta. Jednak aż 40% studentów deklarowała, ze jeszcze nie uczestniczyła w tego rodzaju zajęciach. W ramach dotychczasowych zajęć studenci odbywali zajęcia kliniczne z udziałem pacjentów – aż 68%. Natomiast 32% badanych twierdziło, że dotychczas nie odbywali takich zajęć.

Wyniki badania

Badanych zapytano o to, w jakich dokumentach uregulowano najważniejsze prawa pacjenta. Najwięcej badanych uważało, że najważniejszym dokumentem regulującym prawa pacjenta jest karta praw pacjenta – 50% respondentów. Ustawę o prawach pacjenta za najważniejszy dokument regulujący prawa pacjenta uznało 34% badanych, a zdaniem 16% badanych to rozporządzenie NFZ jest najważniejszym dokumentem regulującym prawa pacjenta.



Rycina 1. Dokumenty regulujące najważniejsze prawa pacjenta w opinii badanych. Źródło: Opracowanie własne

Kolejne pytanie dotyczyło wskazania przez uczestników badania pięciu najważniejszych praw pacjenta w ratownictwie medycznym Najczęściej wymienianymi przez badanych, jako najważniejsze prawa pacjenta, były: prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do informacji, prawo do dokumentacji medycznej, prawo do życia, prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, prawo do poszanowania godności i intymności pacjenta.

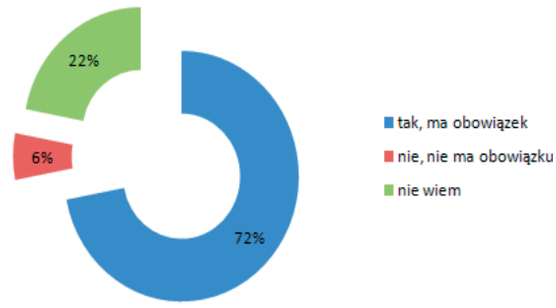
Tabela 1. Najważniejsze prawa pacjenta w opinii badanych

Prawa pacjenta	Ilość badanych
Prawo do świadczeń zdrowotnych	100%
Prawo do informacji	96%
Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	22%
Prawo do tajemnicy informacji	60%
Prawo do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych	78%
Prawo do poszanowania godności i intymności pacjenta	72%
Prawo do dokumentacji medycznej	90%
Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	50%
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	12%
Prawo do opieki duszpasterskiej	82%
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	8%
Prawo do życia	86%
Prawo wypisu na własne żądanie	4%
Prawo do możliwości wyboru zakładu leczniczego	4%
Prawo do odszkodowania	6%
Prawo do wyboru lekarza prowadzącego	2%
Prawo do poczucia bezpieczeństwa	2%
Prawo do bezpłatnego leczenia	2%
Prawo do anonimowości	4%

Źródło: opracowanie własne

W opinii badanych najczęściej naruszanymi prawami pacjenta są: prawo do opieki medycznej (78%), prawo do godności (68%) oraz prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lekarza (68%). Spośród pięćdziesięciu badanych aż 60% uważa, że najczęściej łamanym prawem pacjenta jest prawo do informacji, a 50% że prawo do intymności. O łamaniu prawa do zgłaszania działań niepożądanych leków mówiło 40% badanych. Znacznie rzadziej łamane są praw do decydowania o sobie (32%), prawo do dokumentacji medycznej (22%) oraz prawo do życia(20%).

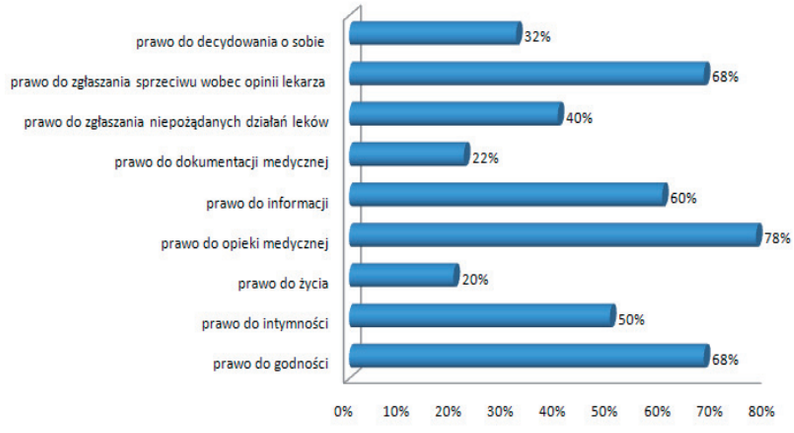
O tym, że ratownik ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach wiedzę posiada aż 72% badanych. Odpowiedzi na to pytanie nie znało 22% badanych, a 6% badanych twierdziło, że ratownik medyczny nie ma obowiązku informować pacjenta o przysługujących mu prawach.



Rycina 3. Opinia badanych na temat informowania pacjenta o jego prawach przez ratownika medycznego. Źródło: Opracowanie własne

Większość respondentów zna konsekwencje naruszenia praw pacjenta. Wśród badanych aż 78% wie, co grozi pracownikom podmiotów leczniczych za naruszenie praw pacjenta. Jednak 22% badanych nie wie, co grozi personelowi opieki zdrowotnej za naruszenie praw pacjenta.

Kolejne pytanie dotyczyło najważniejszych zadań Rzecznika Praw Pacjenta. Zdaniem badanych najważniejszym zadaniem Rzecznika Praw pacjenta jest dbanie o prawa pacjenta, dbanie o ich przestrzeganie, dbanie o dobro pacjenta. Na drugim miejscu badani umieścili kontrolę dotyczącą przestrzegania prawa pacjenta. Jednym z ważniejszych zadań rzecznika, zdaniem badanych, jest monitorowanie naruszania praw oraz reprezentowanie pokrzywdzonych pacjentów. Kolejnym ważnym zadaniem Rzecznika, w opinii badanych, jest rozpowszechnianie praw pacjenta. Kolejnymi ważnymi zadaniami Rzecznika są: kontrola czy placówka przestrzega praw pacjenta, po-



Rycina 2. Najczęściej łamane prawa pacjenta w opinii badanych. Źródło: Opracowanie własne

dejmowanie skutecznych działań na rzecz ochrony praw pacjentów, podnoszenie poziomu wiedzy o prawach pacjenta, stały rozwój zapewniający osiąganie satysfakcji klienta, przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta, prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy.

Z kampanią społeczną dotyczącą praw pacjenta miało styczność 48% badanych. Nie miało styczności z taką kampanią aż 52% badanych.

Zdaniem 66% respondentów takie kampanie społeczne, informujące o prawach pacjenta są pożądane i potrzebne. Natomiast 34% uważa, że takie kampanie są zbędne.

Dyskusja

Prawa pacjenta stanowią ważny dział prawa medycznego. Określają status pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.[10] Definicja praw pacjenta obejmuje wszystkie osoby, niezależnie od tego czy są dotknięte chorobą czy też są zdrowe, ale zwracają się o udzielanie świadczeń zdrowotnych.[11] Katalog praw pacjenta w Polsce jest zbliżony do zalecanego standardu międzynarodowego i europejskiego. Przestrzeganie praw jest obowiązkiem organów publicznych, Narodowego Funduszu Zdrowia, osób wykonujących zawód medyczny, a także podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.[12]

Znajomości praw pacjenta jest nieodłączna częścią pracy oraz wiedzy ratownika medycznego. Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że studenci pierwszych roczników ratownictwa medycznego nie posiadają jeszcze wystarczającej i potrzebnej wiedzy dotyczącej praw pacjenta. Studenci drugiego i trzeciego roku posiadają już dość dużą wiedzę dotyczącą praw pacjenta. Ich znajomość praw pacjenta może wynikać zarówno z wiedzy zdobytej na zajęciach jak i z praktyk odbytych na oddziałach ratunkowych czy zakładach opieki, szpitalach. Studenci ratownictwa medycznego doskonale znają ustawy , w których jest mowa o prawach pacjenta. Badani studenci, beż żadnych problemów wskazywali pięć najważniejszych, w ich opinii, praw pacjenta. Respondenci mieli podzielone zdania, co do łamania poszczególnych praw pacjenta, jednak każdy badany stwierdził, że prawa pacjenta są łamane. Badani studenci pierwszego roku ratownictwa medycznego nie posiadali wiedzy na temat informowania pacjenta przez ratownika medycznego o jego prawach. Badani studenci wyższych roczników posiadali już ową wiedzę. Kilku badanych studentów nie wiedziało czy ratownik medyczny ma obowiązek informować pacjenta o jego prawach.

Zdecydowanie większa część badanych studentów deklarowała, że posiada wiedzę na temat konsekwencji i kar za naruszenie praw pacjenta. Badani studenci pierwszych roczników studiów nie posiadali wiedzy nt konsekwencji naruszania praw pacjenta.

Interesującym jest, że większość badanych studentów ratownictwa medycznego nie miała żadnej styczności z kampanią informującą o prawach pacjenta. Jednak zdecydowana większość badanych studentów uważa, że takie kampanie są potrzebne i pożądane.

Wnioski

1. Konieczne jest teoretyczne i praktyczne wzmocnienie kształcenia w zakresie praw pacjenta na studiach na kierunku praw pacjenta.
2. Niezbędne jest uświadamianie studentom obowiązków wynikających z konieczności przestrzegania praw pacjenta zarówno na etapie studiów na kierunku ratownictwo medycznego, w ramach zajęć praktycznych z udziałem pacjentów w szpitalach i zespołach ratownictwa medycznego, jak również na etapie wykonywania zawodu ratownika medycznego.
3. Niezbędne jest prowadzenie kampanii edukacyjnych dotyczących praw pacjenta w ratownictwie medycznym skierowanej do personelu medycznego oraz samych pacjentów.

[10] A. Jacek, K. Ożóg, Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny, Hygeia Public Health 2012, 47/3, s. 264.
[11] I. Tułodziecka, Przestrzeganie praw pacjenta podstawą partnerstwa, w: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Konferencja naukowa: „Prawa pacjenta – czy są dostatecznie chronione", Warszawa 2003, s. 41.
[12] A. Jacek, K. Ożóg, Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny, Hygeia Public Health 2012, 47/3, s. 270.

Piśmiennictwo

1. Boratyńska M., Konieczniak P., Prawa pacjenta, Warszawa 2000.
2. Boś J., Trzpiel K., Prawa pacjenta, Magazyn Pielęgniarki/Położne 2011/10.
3. Gajewski W, Z problematyki bioetycznej, Eskulap Świętokrzyski 3/2005.
4. Jacek A., Ożóg K., Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny, Hygeia Public Health 2012, 47/3.
5. Karkowska D. (red.), Poradnik o prawach pacjenta, Warszawa 2013.
6. Karkowska D., Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2012.
7. Kozyra O. i in., Znajomość praw pacjenta wśród pacjentek oddziałów położniczo-ginekologicznych, Zdrowie i Dobrostan 1/2014.

8. Kujawa E., Łuków P., Prawa pacjenta, powinności lekarza, w: Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. TOM II, J. Opolski (red.), Warszawa 2011.
9. Mikos M., Juszczyk G., Czerw A., Nowe prawa i obowiązki ratowników medycznych w świetle nowelizacji ustawy o PRM, Journal of Education, Health and Sport 2016 6(2).
10. Nesterowicz M., Prawo medyczne, Toruń 2010.
11. Pieter J., Ogólna metodologia pracy naukowej, Wrocław –Warszawa 1990.
12. Pilch T. Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe, Warszawa 2001.
13. Rzecznik Praw Pacjenta, Liczba zgłoszeń wpływających do biura, https://www.bpp.gov.pl/ (dostęp 2.05.2017).
14. Tułodziecka I., Przestrzeganie praw pacjenta podstawą partnerstwa, w: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Konferencja naukowa: „Prawa pacjenta – czy są dostatecznie chronione", Warszawa 2003.
15. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 roku (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417).
16. Ustawa z dnia 25 września 2006 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, (Dz. U. z 2013 *r.* poz. 757).

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Marcin Mikos
Department of Emergency Medical Services, Faculty of Medicine
Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
30-705 Kraków, Poland
e-mail: marcin.mikos@mp.pl
(+48) 12 252 45 05

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PIERWIASTEK W OKRESIE WCZESNEGO POŁOGU W ZALEŻNOŚCI OD SPOSOBU UKOŃCZENIA CIĄŻY

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT OF THE PRIMIPARAS IN EARLY POSTPARTUM PERIOD DEPENDING ON THE MODE OF DELIVERY

Monika Bobek[1], Magdalena Humaj-Grysztar[2], Dorota Matuszyk[1], Marzena Put[3]

[1] Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie
[2] Zakład Opieki Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie
[3] absolwentka kierunku: położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.23

STRESZCZENIE

Wstęp. Macierzyństwo najczęściej postrzegane jest jako zdarzenie pozytywne i radosne, jednak wiąże się ono z wieloma zmianami zachodzącymi w sferach somatycznej, społecznej i psychologicznej kobiety. Wysiłek fizyczny, dolegliwości somatyczne, które towarzyszą przyjściu na świat dziecka, oraz potrzeba szybkiego przystosowania się do nowej sytuacji sprawiają, że doświadczenie bycia matką w okresie wczesnego połogu ma wpływ na subiektywną ocenę jakości życia. Umiejętność oceny jakości życia położnic we wczesnym połogu przez osoby sprawujące nad nimi opiekę może przyczynić się do poprawy dokonywanej przez położnice subiektywnej oceny jakości życia.
Cel pracy. Celem przeprowadzonych badań było ukazanie zależności pomiędzy sposobem ukończenia ciąży a jakością życia pierwiastek we wczesnym połogu.
Materiał i metody. Badaniem objętych zostało 200 kobiet – pierwiastek we wczesnym połogu, w tym 100 położnic po porodzie siłami natury oraz 100 po cięciu cesarskim. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą metody sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanego kwestionariusza oceny jakości życia EQ-5D-3L.
Wyniki. W toku przeprowadzonych badań wykazano m.in. istotne statystycznie zależności pomiędzy sposobem ukończenia ciąży a zdolnością do poruszania się ($p < 0,001$) położnic i ich zdolnością do samoopieki ($p < 0,001$). Nie wykazano natomiast istotnych statystycznie zależności ($p = 0,141$) pomiędzy sposobem zakończenia ciąży a odczuwaniem niepokoju.
Wnioski. Pierwiastki we wczesnym połogu po przebytym porodzie siłami natury miały istotną statystycznie lepszą jakość życia w porównaniu do pierwiastek po cięciu cesarskim.

Słowa kluczowe: jakość życia, poród siłami natury, cięcie cesarskie, pierwiastki.

ABSTRACT

Introduction. Maternity is most often seen as a positive and joyful event, but it is associated with many changes in the somatic, social and psychological aspects of women's lives. Physical exertion, somatic ailments that accompany delivery and the need to adapt quickly to the new situation cause the experience of being a mother in the early postpartum period to influence the subjective assessment of the quality of life. The ability to assess the women's quality of life in the early postpartum period by their caregivers may improve their subjective quality of life.
Aim of the study. The aim of the study was to show the relationship between the way of completing a pregnancy and the primiparas quality of life in early postpartum period.
Material and methods. The study included 200 women – primiparas in early puerperium, 100 of whom were after vaginal delivery and 100 of whom were after cesarean section. The study was conducted using the diagnostic survey method using the author's original questionnaire and the standardized EQ-5D-3L quality of life questionnaire.
Results. In the course of the study, a number of statistically significant correlations were found, for example, between the way of completing the pregnancy and the women's ability to move ($p < 0.001$) and their ability for self-care ($p < 0.001$). There was no statistically significant relationship ($p = 0.141$) between the mode of delivery and feeling anxiety.
Conclusions. The primiparas in the early postpartum period after vaginal delivery had a better quality of life compared to the primiparas after cesarean section and the correlation was statistically significant.

Keywords: quality of life, vaginal delivery, cesarean section, primiparas.

Wstęp

Badania nad jakością życia stanowią podstawowe źródło informacji do oceny sytuacji życiowej pacjentek, obejmują zarówno komponenty zdrowia fizycznego oraz psychicznego [1-4]. Macierzyństwo zwykle jest postrzegane jako zdarzenie pozytywne i radosne, ale wiąże się z wieloma zmianami zachodzącymi w organizmie kobiety [5]. Wysiłek fizyczny, dolegliwości somatyczne, które towarzyszą przyjściu na świat dziecka oraz potrzeba szybkiego przystosowania się do nowej sytuacji sprawia, że doświadcze-

nie bycia matką w okresie wczesnego połogu ma wpływ na subiektywną ocenę jakości życia. Umiejętność oceny jakości życia położnic we wczesnym połogu przez osoby sprawujące nad nimi opiekę może przyczynić się do poprawy ich subiektywnej oceny jakości życia [6,7].

Sposób ukończenia ciąży zaliczany jest do najważniejszych czynników mających wpływ na jakość życia położnic [8]. Na przełomie ostatnich lat liczba porodów siłami natury uległa znacznemu zmniejszeniu. Obserwuje się zwiększoną liczbę cięć cesarskich. Często jako przyczynę tej zmiany podaje się lęk przed porodem naturalnym oraz rozwój technologii monitorujących przebieg ciąży i porodu. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) odsetek cięć cesarskich nie powinien przekraczać 15%. Pomimo tych zaleceń wskaźnik cięć cesarskich na świecie wciąż rośnie [8,9].

Cel pracy

Celem badań była ocena jakości życia pierwiastek we wczesnym połogu w zależności od sposobu ukończenia ciąży. Poniższa praca stanowi próbę uzyskania odpowiedzi na następujące pytanie badawcze: Jaka była subiektywna ocena jakości życia pierwiastek po porodzie siłami natury i po cięciu cesarskim? Czy sposób ukończenia ciąży miał wpływ na subiektywną ocenę jakości życia badanych pierwiastek?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono od marca 2017 roku do czerwca 2017 roku wśród położnic po pierwszym porodzie w powiecie krakowskim.. Grupę badaną stanowiło 200 kobiet w tym 100 pierwiastek po porodzie siłami natury i 100 po cięciu cesarskim. Badania przeprowadzano zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej. Udział w prowadzonych badaniach był dobrowolny i anonimowy, ponadto badane kobiety poinformowano o możliwości rezygnacji na każdym etapie jego trwania.

Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem dwóch narzędzi badawczych. Pierwszym z nich był autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące sytuacji socjoekonomicznej oraz wywiad położniczo-ginekologiczny. Drugie narządzie stanowił kwestionariusz do oceny jakości życia EQ-5D-3L. Na jego wykorzystanie uzyskano zgodę EuroQol Research Foundation. Za pomocą tego kwestionariusza oceniano jakość życia w następujących kategoriach: zdolność do poruszania się, zdolność do samoopieki, zdolność do zwykłej aktywności, odczuwanie bólu/dyskomfortu oraz odczuwanie przygnębienia/niepokoju. Umożliwiał również ocenę stanu zdrowia położnic w skali VAS (Visual Analog Scale) w przedziale od 0 do 100. Gdzie wartość liczbowa 0 wskazywała najgorsze a wartość 100 najlepsze zdrowie.

Uzyskane dane zostały zakodowane przy użyciu programu Microsoft Excel wersja 2016 MSO i przeanalizowane przy użyciu programu Statistica 10 firmy Stat Soft. Dla celów obliczeniowych przyjęto istotność statystyczną na poziomie współczynnika $\alpha = 0{,}05$.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Zdecydowana większość badanych kobiet (74%) mieściła się w przedziale wiekowym między 21 a 30 rokiem życia, większość z nich zadeklarowała wyższe wykształcenie (62%) oraz wykonywanie pracy umysłowej (60%). Szczegółowe dane socjodemograficzne zawiera Tabela 1.

Tabela 1. Zestawienie cech socjodemograficznych badanych kobiet

Cecha badanej grupy		N	%
Wiek N = 200	< 21 lat	8	4
	21–30 lat	148	74
	31–40 lat	44	22
Miejsce zamieszkania N=200	Wieś	48	24
	Miasto do 20 tysięcy mieszkańców	18	9
	Miasto od 20 do100 tysięcy mieszkańców	27	13,5
	Miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców	107	53,5
Wykształcenie N=200	Podstawowe	3	1,5
	Średnie	63	31,5
	Zawodowe	10	5
	Wyższe	124	62
Rodzaj wykonywanej pracy N=200	Umysłowa	120	60
	Fizyczna	45	22,5
	Nie pracuje	35	17,5
Stan cywilny N=200	Panna	10	5
	Mężatka	148	74
	Związek nieformalny	42	21

N – liczba badanych kobiet

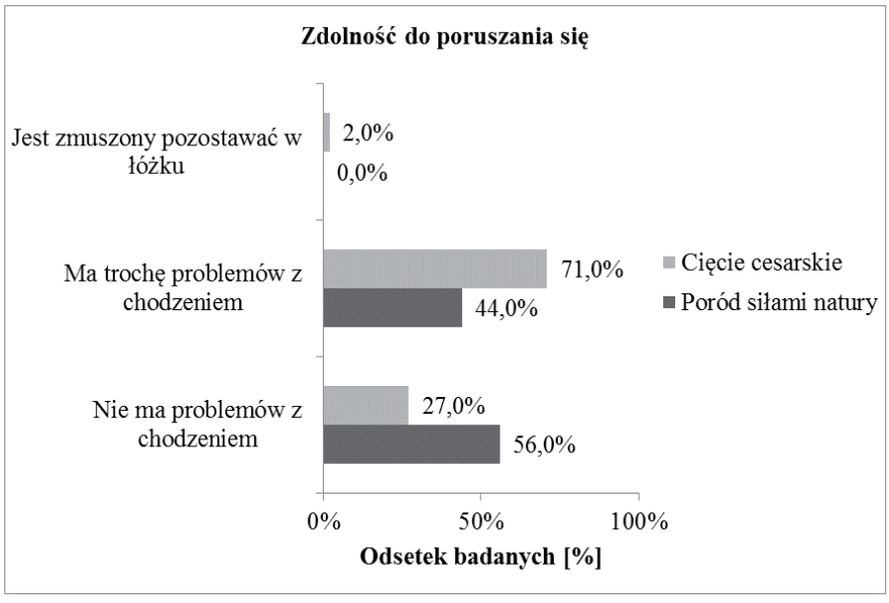
Jakość życia badanych położnic przedstawia Tabela 2 oraz Ryciny od 1 do 6. Analizując uzyskane w trakcie badania dane sprawdzano zależność między sposobem ukończenia ciąży a ocenianymi aspektami jakości życia zawartymi w kwestionariuszu EQ-5D-3L.

Tabela 2. Aspekty oceny jakości życia badanych pierwiastek a sposób ukończenia ciąży

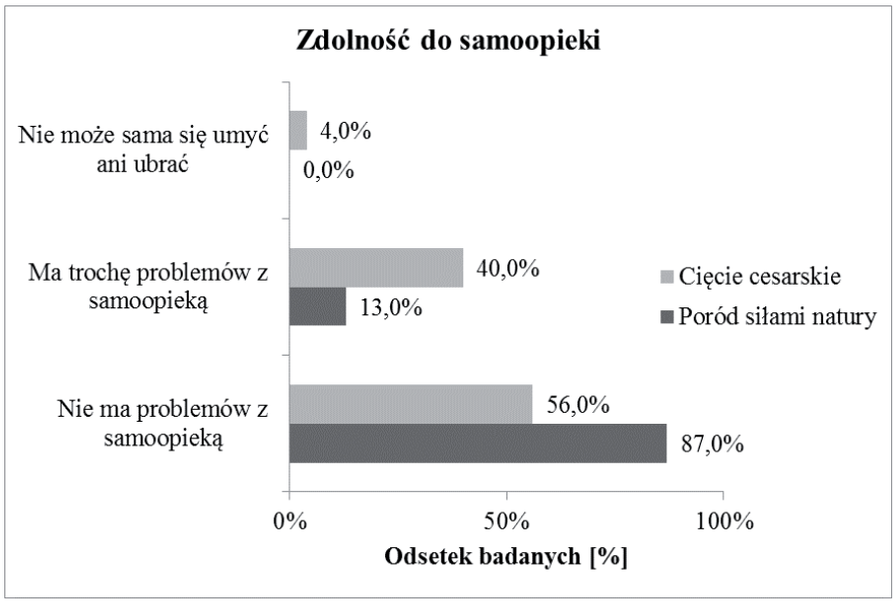
ZMIENNA		SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY		WARTOŚĆ Chi-kwadrat	WARTOŚĆ p
		Poród siłami natury [%]	Cięcie cesarskie [%]		
Zdolność poruszania się	Nie ma problemów z chodzeniem	56%	27%	18,472	<0,001
	Ma trochę problemów z chodzeniem	44%	71%		
	Jest zmuszony pozostawać w łóżku	0%	2%		
Zdolność do samoopieki	Nie ma problemów z samoopieką	87%	56%	24,475	<0,001
	Ma trochę problemów z samoopieką	13%	40%		
	Nie może sama się umyć ani ubrać	0%	4%		
Zdolność do zwykłej działalności	Nie ma problemów ze zwykłymi czynnościami	69%	50%	7,645	0,022
	Ma trochę problemów ze zwykłymi czynnościami	27%	45%		
	Nie może wykonywać swoich zwykłych czynności	4%	5%		
Odczuwanie bólu/ dyskomfortu	Nie odczuwa bólu lub dyskomfortu	23%	10%	9,033	0,011
	Odczuwa umiarkowany ból lub dyskomfort	75%	82%		
	Odczuwa krańcowy ból lub dyskomfort	2%	8%		
Odczuwanie niepokoju/ przygnębienia	Nie jest niespokojna ani przygnębiona	66%	70%	3,921	0,141
	Jest umiarkowanie niespokojna lub przygnębiona	34%	27%		
	Jest krańcowo niespokojna lub przygnębiona	0%	3%		
Ocena swojego stanu zdrowia na skali VAS	1–20	0%	2%	16,218	<0,001
	21–40	8%	13%		
	41–60	21%	30%		
	61–80	38%	44%		
	81–100	33%	11%		

Wśród badanych pierwiastek po porodzie siłami natury przeszło połowa (56%) z nich nie zgłaszała problemów z poruszaniem się, zaś w grupie położnic po cięciu cesarskim jedynie 27% zadeklarowało brak problemów z poruszaniem się. 71% badanych kobiet po cięciu cesarskim zgłaszało umiarkowane problemy z poruszaniem się. Żadna z położnic po porodzie siłami natury nie była zmuszona pozostać w łóżku, natomiast 2% badanych kobiet po cięciu cesarskim pozostawała w łóżku. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy sposobem rozwiązania ciąży a zdolnością do poruszania się badanych pierwiastek ($p<0,001$).

Dokonując oceny zdolności do samoopieki badane respondentki po porodach siłami natury (87%) częściej stwierdzały, iż nie miały problemów z samoopieką w porównaniu do pierwiastek po przebytym cięciu cesarskim (56%). Duży deficyt w samoopiece – brak możliwości samodzielnego umycia i ubrania się – deklarowało 4% pierwiastek po przebytym cięciu cesarskim, żadna z kobiet po porodzie siłami natury nie zadeklarowała tego problemu. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy sposobem ukończenia ciąży a zdolnością do samoopieki ($p<0,001$).



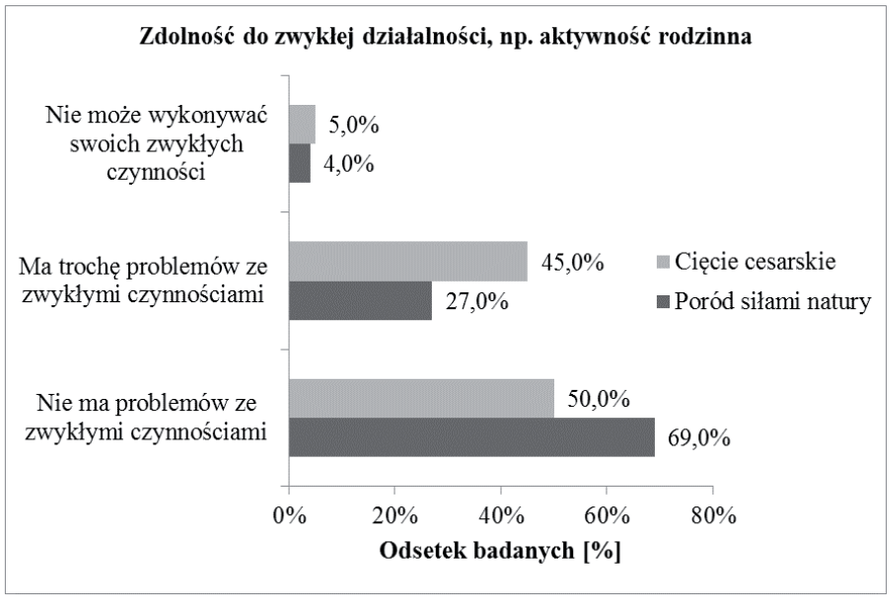
Rycina 1. Zdolność badanych do poruszania się a sposób ukończenia ciąży



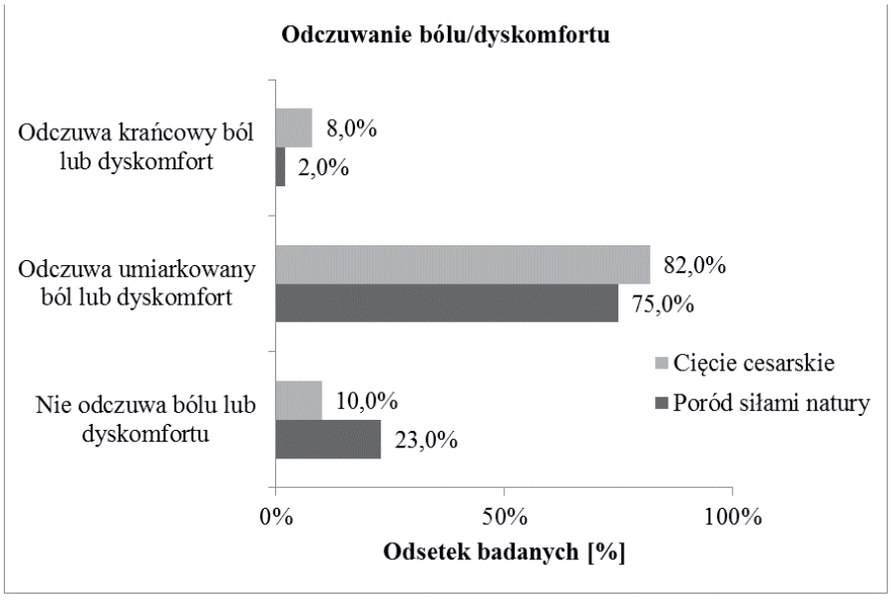
Rycina 2. Zdolność badanych kobiet do samoopieki a sposób ukończenia ciąży

Kolejnym elementem wchodzącym w skład oceny jakości życia badanych była zdolność do zwykłej działalności. Połowa położnic po cięciu cesarskim zadeklarowała, że nie ma problemów z takimi czynnościami a 4% zadeklarowało, że nie może wykonywać swoich zwykłych czynności. W grupie badanych po kobiet po porodzie siłami natury 69% z nich nie zgłaszało żadnych problemów ze zwykłymi czynnościami. Przeprowadzone badania wykazały istotną statystycznie zależność pomiędzy zdolnością do wykonywania codziennych czynności życiowych a sposobem ukończenia ciąży (p=0,022).

Badane położnice zarówno po cięciu cesarskim (82%), jak i po porodzie siłami natury (75%) zgłaszały odczuwanie umiarkowanego bólu/dyskomfortu. Duża dysproporcja pojawiła się przy braku odczuwania takich doznań (23% kobiet po porodzie siłami natury i 10% po cięciu cesarskim). Wykazano istotną zależność statystyczną (p=0,011) pomiędzy odczuwaniem bólu/dyskomfortu a sposobem ukończenia ciąży.



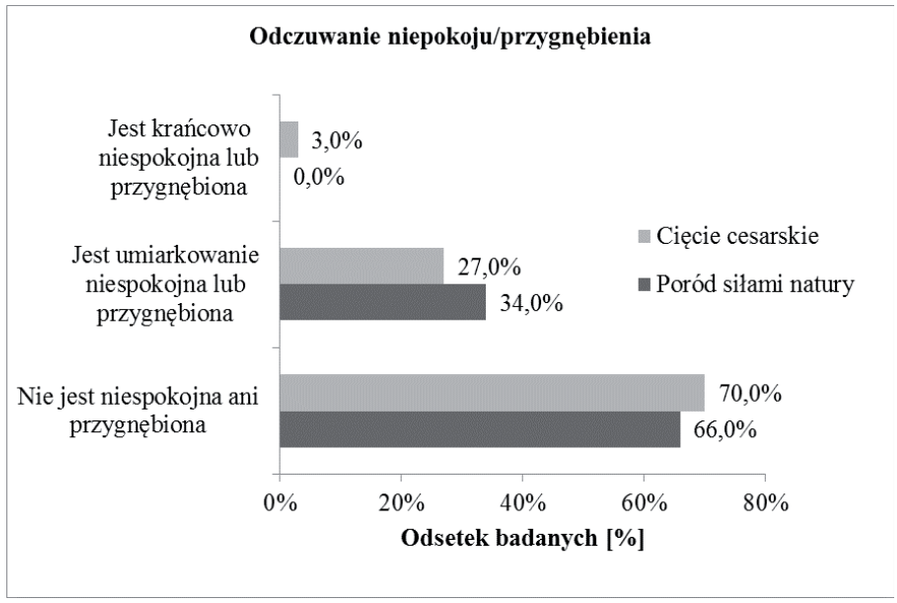
Rycina 3. Zdolność badanych kobiet do zwykłej działalności a sposób ukończenia ciąży



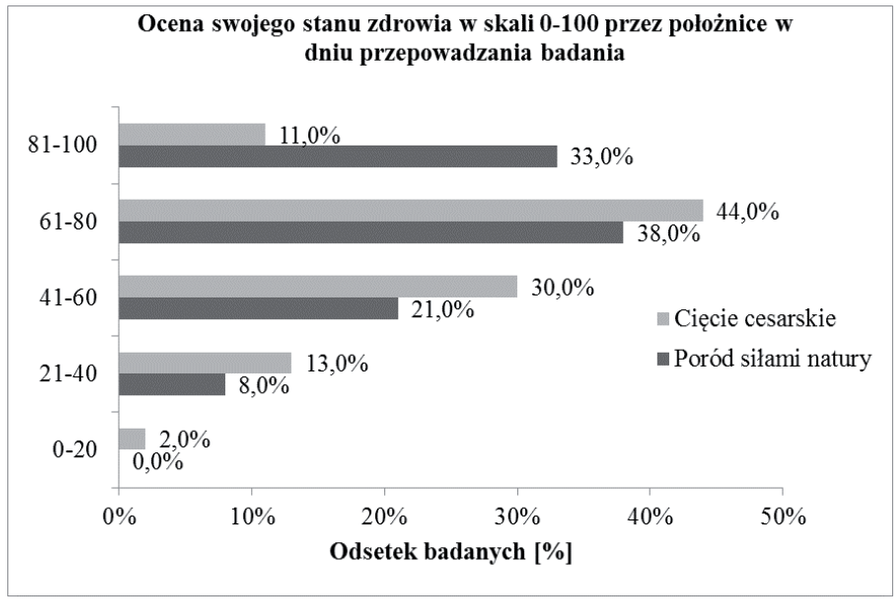
Rycina 4. Odczuwanie bólu/dyskomfortu przez badane kobiety a sposób ukończenia ciąży

Analizując kolejny aspekt oceny jakości życia, odczuwanie niepokoju/przygnębienia, nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy odczuwaniem niepokoju/przygnębienia a sposobem ukończenia ciąży (p=0,141). Większość respondentek (66% po porodzie siłami natury i 70% badanych po cięciu cesarskim) nie deklarowała odczuwania niepokoju/przygnębienia.

Dokonując oceny swojego zdrowia na skali VAS swój stan zdrowia w najwyższym przedziale (81-100) oceniło trzy razy więcej kobiet po porodzie siłami natury niż pierwiastek po przebytym cięciu cesarskim. Wykazano istotną statystycznie zależność (p<0,001) pomiędzy oceną swojego stanu zdrowia na graficznej skali VAS a sposobem ukończenia ciąży.



Rycina 5. Odczuwanie niepokoju/przygnębienia przez badane a sposób ukończenia ciąży



Rycina 6. Ocena swojego stanu zdrowia na graficznej skali VAS a sposób ukończenia ciąży

Dyskusja

Badania nad jakością życia są często podejmowane przez naukowców z całego świata. Wielce prawdopodobnym jest, iż wysoko oceniana jakość życia w okresie wczesnego połogu może skutkować lepszą adaptacją położnic do zachodzących w ich życiu zmian związanych z narodzinami dziecka.

Dokonując oceny jakości życia położnic w zależności od sposobu ukończenia ciąży w badaniach własnych wykazano istotne statystycznie zależności w pięciu badanych obszarach zawartych w kwestionariuszu: zdolności do poruszania się, zdolności do samoopieki, zdolności do zwykłej działalności, odczuwania bólu/dyskomfortu oraz odczuwania niepokoju/przygnębienia). Jedynie w obszarze odczuwania niepokoju/przygnębienia nie wykazano istotnych statystycznie zależności (p=0,141).

W badaniach własnych pierwiastki po przebytym cięciu cesarskim częściej deklarowały obecność problemów lub gorszego samopoczucia w porównaniu z kobietami po porodach naturalnych.

W subiektywnej ocenie swojego stanu zdrowia z zastosowaniem wizualnej skali VAS kobiety po przebytym cięciu cesarskim aż trzy razy rzadziej oceniały swój stan zdrowia

jako optymalny. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali Majzoobi i wsp. W cytowanych badaniach dokonano prospektywnej oceny jakość życia kobiet po porodach siłami natury i po przebytych cięciach cesarskich wykazano w nich, iż kobiety po porodzie naturalnym uzyskiwały wyższy średni wynik jakości życia (68.77±14.20) w porównaniu do kobiet po cięciu cesarskim (42.43±14.77). W badaniach tych wykazano również istotny statystycznie związek pomiędzy badanymi zmiennymi (p<0,001) [9]. Wyniki badań własnych są również zbieżne z wynikami uzyskanymi przez Torkan i wsp., gdzie kobiety po porodzie siłami natury uzyskiwały wyższe wyniki w ocenianych przez nich podskalach witalności i zdrowia psychicznego (p=0,03) w porównaniu do tych po przebytym cięciu cesarskim [10]. Badania prowadzone przez Mousavi i wsp. wykazały, podobnie jak w badaniach własnych, istotne statystycznie zależności (p<0,05) we wszystkich badanych elementach wchodzących w skład oceny jakości życia, wyższe wyniki uzyskano wśród pierwiastek po porodzie siłami natury w ocenianych sferach fizycznej, psychicznej i społecznej [11]. Uzyskane wyniki w badań własnych różnią się od wyników badań uzyskanych przez Huang i wsp. W przywoływanych badaniach obejmujących grupę ponad 1300 kobiet, nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy jakością życia położnic a sposobem ukończenia ciąży [12]. Najprawdopodobniej wynika to z tego, że badana grupa kobiet pochodzi z innej strefy kulturowej. W badaniach tych wykazano, że wizyty patronażowe w domu położnicy po porodzie mają wpływ na poprawę jakości życia badanych respondentek.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż:

1. Poród siłami natury w porównaniu do ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie skutkuje, subiektywnie ocenianą, wyższą jakością życia kobiet w okresie wczesnego połogu.
2. Wyższa jakość życia, zwłaszcza w tak trudnym okresie dla kobiety jakim jest okres połogu, może przyczynić się do lepszej adaptacji do nowej roli jaką jest rola matki.
3. Subiektywnie wyżej oceniana jakość życia przez kobiety po porodzie siłami natury może być jednym z wielu argumentów dla położnych w promowaniu tego sposobu ukończenia ciąży.

Piśmiennictwo

1. Gebuza G, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, Gierszewska M, Kalkowska I. Ocena jakości życia skalą MGI po porodzie fizjologicznym i cięciu cesarskim. Przegl. Nauk. – Metod.: Edukacja dla Bezpieczeństwa. 2015;9(4):365 – 377.
2. Jansen AJ, Essink-Bot ML, Duvekot JJ, van RhenenDJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. J. Psychosom Res. 2007;63(3):275 – 81.
3. Triviño-Juárez JM, Nieto-Pereda B, Romero-Ayuso D, Arruti-Sevilla B, Avilés-Gámez B, Forjaz MJ, Oliver-Barrecheguren C, Mellizo-Díaz S, Soto-Lucía C, Plá-Mestre R. Quality of life of mothers at the sixth week and sixth month postpartum and type of infant feeding. Midwfery.2016;34:230 – 238.
4. Broniecka A, Wyka J. Styl życia i stan zdrowia kobiet. Bromat. Chem. Toksykol.- XLVI. 2013 (3):363 – 371.
5. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M, Bannach M, Fałkowska J. Ocena wiedzy położnic na temat okresu połogu. Perinatol. Neonatol. Ginekol. 2010;3(4): 296 – 301.
6. Makara-Studzińska M, Podstawka D, Doroszuk B, Niewiadomska I, Kwiatkowska G. Wsparcie emocjonalne w opiniach położnic po cięciu cesarskim. Hygeia Public Health 2013;48(3):346 – 351.
7. Webster I, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L Quality of life and depression flowing childbirth: impact of social support. Midwifery. 2011;27(5):745–9.
8. Setoodehzadeh F., Kavosi Z., Keshtkaran A, Khammarnia M, Eslahi M, Kasraeian M. The impact of delivery type on women's postpartum quality of life: Using a specific questionnaire. Ann Public Health Res, 2015; 2(3):1021;1-4.
9. Majzoobi MM., Majzoobi MR., Nazari-pouya F, Biglari M, Poorolajal J. Comparing Quality of Life in Women after Vaginal Delivery and Cesarean Section. Journal of Midwifery and Reproductive Health, 2014; 2(4):207-214.
10. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in woman after normal vaginal delivery and caesarean section. BMC Pregnancy Childbirth. 2009; 9(4). DOI: 10.1186/1471-2393-9-4
11. Mousavi SA, Mortazavi F, Chaman R, Khosravi A. Quality of life after cesarean and vaginal delivery. Oman Med.J.2013;28(4):245-251.
12. Huang K, Tao F, Liu L, Wu X. . Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? J Clin Nurs.2012;21(11-12):1534-43.

Praca wykonana w Pracowni Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie. Kierownik jednostki: Barbara Prażmowska

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Monika Bobek
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
ul. Kopernika 25
31-501 Kraków
tel.: 505 622 394
e-mail: monika.bobek@uj.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

PORÓWNANIE SKUTECZNOŚCI INTUBACJI Z WYKORZYSTANIEM PROWADNICY TYPU TRUFLEX ORAZ PROWADNICY STANDARDOWEJ W WYBRANEJ GRUPIE STUDENTÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

THE COMPARISON OF EFFECTIVENESS OF INTUBATION USING A TRUFLEX AND STANDARD GUIDE WIRE IN A SELECTED GROUP OF MEDICAL EMERGENCY STUDENTS AT THE MEDICAL UNIVERSITY OF LODZ

Marcin Cierniak[1], Marcin Nowakowski[2], Dariusz Timler[1], Tomasz Gaszyński[3]

[1] Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
[2] Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi
[3] Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.24

STRESZCZENIE

Wstęp. Intubacja dotchawicza jest powszechnie uważana za optymalną metodę zabezpieczania dróg oddechowych, szczególnie w przypadku nagłego zatrzymania krążenia. Pozwala ona na skuteczną wentylację mechaniczną osoby poszkodowanej oraz zabezpiecza przed ewentualnym dostaniem się zarzucanej treści pokarmowej do płuc. Nierzadko jednak zdarza się, że intubacja nawet dla wprawnego operatora nie jest czynnością łatwą. W przypadku kiedy dochodzi do trudności w intubacji i istnieje realne ryzyko, że pacjenta nie będzie można zaintubować w sposób tradycyjny oraz – co ważniejsze – wentylować, należy rozważyć użycie przyrządów, które tę intubację mogą ułatwić. W naszym badaniu przyjrzeliśmy się prowadnicy typu truflex, a więc prowadnicy z ruchomą końcówką. Jest to jedno z urządzeń ułatwiających intubację w trudnych warunkach. Głównym celem naszego badania była ocena skuteczności intubacji z pomocą nowego typu prowadnicy w próbie badanej oraz sprawdzenie, czy średni czas intubacji za pomocą prowadnicy truflex jest krótszy niż w przypadku stosowania prowadnicy standardowej.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 51 studentów studiujących na II roku studiów stacjonarnych kierunku: ratownictwo medyczne na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Badanie przeprowadzono w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pomiary odbywały się na fantomie Laerdal Management Trainer przystosowanym do symulacji tzw. trudnej intubacji. Każdy badany wykonał po 3 próby intubacji dla danego typu prowadnicy. Pomiar rozpoczynał się w momencie, gdy badany pochwycił laryngoskop, a kończył się w momencie, kiedy badany podjął próbę sprawdzenia położenia rurki intubacyjnej w tchawicy, a więc po osłuchaniu nadbrzusza oraz pozostałych miejsc potwierdzających położenie rurki intubacyjnej.

Wyniki. Skuteczność intubacji w próbie badanej z wykorzystaniem prowadnicy truflex była wyższa niż w przypadku użycia standardowej prowadnicy. Wyniosła ona 67,7% (107/158 udanych prób) w stosunku do 57% skuteczności (91/159 udanych prób) przy zastosowaniu prowadnicy twardej. Średni czas udanych prób intubacji z wykorzystaniem prowadnicy truflex był krótszy o 1,5 ± 0,7 s niż czas udanych prób intubacji za pomocą prowadnicy tradycyjnej. Spośród 51 badanych studentów 23 osobom udało się zaintubować za pierwszym razem, kiedy używano tradycyjnej prowadnicy, natomiast 32 osoby wykonały to zadanie, kiedy stosowano prowadnicę truflex.

Wnioski. W próbie badanej średni czas intubacji tchawicy za pomocą prowadnicy truflex jest istotnie krótszy niż w przypadku stosowania prowadnicy standardowej. W próbie badanej intubacja była skuteczniejsza, kiedy stosowano prowadnicę truflex. Używając nowej prowadnicy, częściej intubowano skutecznie już przy pierwszej próbie.

Słowa kluczowe: prowadnica truflex, truflex, intubacja.

ABSTRACT

Introduction. Tracheal intubation is considered to be an optimal method of protection of airway, particularly in case of cardiac arrest. It allows for effective mechanical ventilation of patients and protects from possibile aspiration of gastric content. In manikin study the effectiveness of Truflex – new guide wire for intubation was assessed comparing with standard one.

Material and methods. 51 students participated in the research. They were sophomores of Medical Rescue major at the faculty of Health Studies at Medical University of Lodz. Measurement was taken with use of manikin for difficult intubation. Each tested person had 3 attempts for every type of guide wires. Measuring started when the tested person grabbed laryngoscope and ended up when the correct position of intubation tube in trachea was confirmed.

Results. Intubation effectiveness using truflex was higher than the standard one: 67.7% (107/158) vs 57% (91/159) respectivelly. Mean time of successful intubation was shorter for truflex. Among 51 first attempts of intubation 32 were successful using truflex comparing to 23 people for standard intubation wire.

Conclusions. Truflex allows for shorter and more effective intubation than standard intubation guide wire.

Keywords: truflex guide wire, truflex, intubation.

Wstęp

Intubacja dotchawicza jest powszechnie uważana za optymalną metodę zabezpieczania dróg oddechowych szczególnie w przypadku nagłego zatrzymania krążenia [1]. Pozwala ona na skuteczną wentylację mechaniczną osoby poszkodowanej oraz zabezpiecza przed ewentualnym dostaniem się zarzucanej treści pokarmowej do płuc [2]. Nierzadko jednak zdarza się, że intubacja, nawet dla wprawnego operatora nie jest prostą procedurą. Sytuacje takie nazywamy trudną intubacją. Według standardów ASA (*American Society* of Anaesthesiology) z pojęciem trudnej intubacji mamy do czynienia gdy:

- W trakcie intubacji za pomocą konwencjonalnego laryngoskopu wystąpią więcej niż dwie próby umieszczenia rurki intubacyjnej w tchawicy, .
- Próby intubacji trwają dłużej niż 10minut, .
- Próby zostały podjęte przez dwóch doświadczonych operatorów,.
- Występuje zmiana techniki na użycie innych, alternatywnych metod udrażniania górnych dróg oddechowych [3].

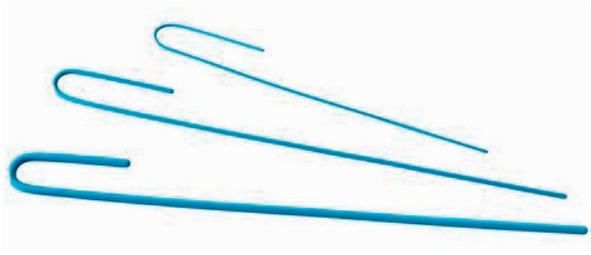
Trudną intubację należy przewidzieć. Według tych samych standardów trudna intubacja wystąpi w przypadku odchylenia od prawidłowej anatomii, patologicznych warunków, wąskiej szpary ust bądź niewielkiego stopnia rozwarcia ust. [4,5]. Oczywiście nie tylko warunki anatomiczne predysponują do trudnej intubacji. W warunkach przedszpitalnych, na miejscu zdarzenia możemy spotkać się z takimi sytuacjami jak poważne obrażenia w obrębie twarzoczaszki, obrzęki, obfite krwawienia, ciała obce i inne. Nierzadko nie będziemy mogli nawet do końca uwidocznić chociaż części strun głosowych przy pomocy konwencjonalnego laryngoskopu (tzw.: trudna laryngoskopia wg. ASA). Trudna intubacja dotchawicza nie jest problemem tylko na miejscu zdarzenia, stanowi ona główną przyczynę śmiertelności i chorobowości związaną ze znieczuleniem [6]. W przypadku kiedy dochodzi do trudności w intubacji i istnieje realne ryzyko, że pacjenta nie będzie można zaintubować w sposób tradycyjny oraz co ważniejsze wentylować, należy rozważyć przyrządy które tą intubację mogą ułatwić. Urządzenia takie to np. wideo laryngoskopy, czy prowadnice do rurek intubacyjnych. W naszym badaniu przyjrzeliśmy się prowadnicy typu truflex, a więc prowadnicy z ruchomą końcówką. Według producenta prowadnica ta pozwala na skrócenie czasu intubacji w stosunku do zastosowania standardowej prowadnicy. Zakres ruchu końcówki to 30 do 60° zależnie od średnicy rurki intubacyjnej [7]. Nadaje się ona do rurek intubacyjnych o rozmiarach od 6,5 do 8,5 mm, a więc właściwie pełnego zakresu rozmiarów rurek intubacyjnych używanych dla osób dorosłych. Posiada również pierścień blokujący wysunięcie się prowadnicy dzięki któremu można stosować rurki różnej długości.

Głównym celem badania była ocena skuteczności intubacji z pomocą nowej prowadnicy w próbie badanej oraz sprawdzenie czy średni czas intubacji za pomocą prowadnicy truflex jest krótszy niż w przypadku prowadnicy standardowej.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 51 studentów studiujących na drugim 2gim roku studiów stacjonarnych kierunku Ratownictwo Medyczne na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytety Medycznego w Łodzi. Studenci zostali poddani badaniu na zakończenie zajęć których tematyka dotyczyła przyrządowego udrażniania dróg oddechowych w warunkach przedszpitalnych. Badanie miało miejsce w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Każda osoba z próby badanej przed przystąpieniem do pomiaru miała kilka minut na zapoznanie się zarówno z prowadnicą typu truflex [ryc. 1] jak również z prowadnicą standardową [ryc. 2] którą studenci mieli okazję poznać wcześniej podczas innych tego typu zajęć, ponadto prowadzący zajęcia przed przystąpieniem do pomiarów wykonał demonstrację prawidłowej intubacji z wykorzystaniem obydwóch prowadnic na fantomie przystosowanym do tzw.: „trudnej intubacji". Na tym samym fantomie odbywały się pomiary. Pomiar zwany dalej próbą rozpoczynał się od momentu chwycenia wcześniej rozłożonego i przygotowanych przyrządów do intubacji tj: laryngoskopu, rurki intubacyjnej, strzykawki do wypełnienia balonu, oraz wyżej wymienionych prowadnic. Każdy ćwiczący posiadał asystenta w postaci innego studenta tak aby jak najbardziej przybliżyć czas intubacji w warunkach przedszpitalnych do działań na pacjencie w realnej sytuacji na miejscu zdarzenia. Pomiar kończył się, w momencie kiedy badany podjął próbę sprawdzenia położenia rurki intubacyjnej w tchawicy, a więc po osłuchaniu nadbrzusza oraz pozostałych miejsc potwierdzających położenie rurki intubacyjnej. Każdy badany wykonał 3 próby dla każdej prowadnicy. Jeżeli żadna z 3ch prób nie powiodła się, badanemu przysługiwała próba 4rta. Do opracowania statystycznego wyników autorzy użyli testu dla dwóch średnich na poziomie istotności statystycznej α=0,001.

Rycina 1. Prowadnica truflex. Źródło: materiały informacyjne producenta: http://www.truphatek.com/product.php%3FID=30



Rycina 2. Przykładowa prowadnica standardowa. Źródło: http://www.sumi.com.pl/produkty-katalog/prowadnica-do-rurek-intubacyjnych-2/

Wyniki

Skuteczność intubacji w próbie badanej z wykorzystaniem prowadnicy truflex była wyższa niż w przypadku standardowej prowadnicy. Wyniosła ona 67,7% (107/158 udanych prób) w stosunku do 57% skuteczności (91/159 udanych prób) przy zastosowaniu prowadnicy twardej. Średni czas udanych prób intubacji z wykorzystaniem prowadnicy truflex był krótszy niż czas udanych prób intubacji za pomocą prowadnicy tradycyjnej (test dla dwóch średnich U=0,48 dla wartości krytycznych -3,283 do 3,282 przy α=0,001). Spośród udanych prób średni czas wyniósł 27,3 ± 11,8 s. Natomiast średni czas intubacji przy wykorzystaniu prowadnicy tradycyjnej wyniósł 29,1 ± 12,5 s. (Tab. 1.). U niektórych badanych po 3 nieudanych próbach wystąpiła konieczność przystąpienia do czwa4rtej próby. W przypadku prowadnicy tradycyjnej tak sytuacja miała miejsce w sześciu 6sciu przypadkach natomiast w przypadku prowadnicy truflex w pięciu5ciu. Zarówno w jednym jak i w drugim przypadku czwarta 4rta próba intubacji była już próbą udaną. Liczba udanych intubacji wykonanych w czasie poniżej 30stu sekund w przypadku prowadnicy standardowej wyniosła 53 na 91 prób, natomiast w przypadku użycia prowadnicy truflex liczba ta była wyższa i wyniosła 93 na 107 udanych prób, a więc w przypadku tej prowadnicy aż 87% prób udanych mieści się w zalecanym przez ASA czasie przeznaczonym na intubację (Tab. 1.). Spośród 51 badanych studentów za pierwszym razem udało się zaintubować 23 osobom używając prowadnicy standardowej natomiast w przypadku prowadnicy truflex udało się to 32 osobom. Średni czas wykonywania wszystkich prób (udanych oraz nieudanych) w przypadku prowadnicy standardowej wyniósł 31,6 s. W przypadku prowadnicy truflex był on nieznacznie krótszy i wyniósł 29,8 s. Najkrótszy czas udanej próby intubacji w przypadku prowadnicy twardej to 12 s. W przypadku prowadnicy truflex było to 10,8 s.

Tabela 1. Zestawienie udanych prób intubacji oraz średnich czasów trwania tych prób

	Prowadnica twarda	Prowadnica Truflex
Wszystkie próby	159	158
Udane próby	91	107
Udane próby poniżej 30 s	53	93
Średni czas udanej próby	29,1 ± 12,5 s	27,6 ± 11,8s

Dyskusja

Niedrożność górnych dróg oddechowych stanowi poważne zagrożenie życia i wymaga bezzwłocznego rozpoczęcia czynności udrażniających. Intubacja dotchawicza w laryngoskopii bezpośredniej, jest obecnie najpowszechniejszą metodą zabezpieczenia drożności górnych dróg oddechowych [8]. Częstość wystąpienia trudności intubacyjnych w laryngoskopii bezpośredniej ocenia się nawet na 10-13%, w zależności od typu procedury medycznej oraz warunków przeprowadzania laryngoskopii [9, 10]. Szczególne trudności napotkamy w ratunkach przedszpitalnych, gdzie często mamy do czynienia z obrzękami, krwawieniami, bądź poważnymi obrażeniami twarzoczaszki na miejscu zdarzenia. W przypadku podejrzenia, że intubacja będzie trudna, warto wziąć pod uwagę wykorzystanie prowadnicy. W badaniu własnym podobnie jak w przypadku badań Bellego oraz producenta prowadnicy truflex wykazano, że użycie jej nieznacznie skraca czas potrzebny na intubacje. W badaniu własnym udowodniono to przeprowadzając badanie na studentach ratownictwa medycznego nie mającego jeszcze doświadczenia pracy w zawodzie. Średni czas intubacji za pomocą prowadnicy truflex wyniósł 27,3 s, w porównaniu do 29,1 s przy wykorzystaniu prowadnicy tradycyjnej. Belly natomiast swoje badania oparł na grupie 48miu doświadczonych anestezjologów. Można zatem przypuszczać, iż zastosowanie tej prowadnicy skra-

ca czas potrzebny na intubacje w stosunku do prowadnicy twardej zarówno w ręku doświadczonego operatora, jak i osób posiadających mniejsze doświadczenie. [11]. Ponadto w swoich badaniach Belly wykazał, że próby intubacji z wykorzystaniem tej prowadnicy powodują mniejszą ilość ruchów laryngoskopu, a co za tym idzie powodowało to mniejsze obrażenia takie jak np.: złamania zębów, czy obrażenia wewnątrz jamy ustnej, a więc obrażenia które nierzadko zdarzają się przy próbach intubacji [9]. Według wytycznych ASA zalecany czas przeznaczony na intubacje powinien mieścić się w 30stu sekundach, w badaniu własnym liczba udanych intubacji wykonanych w czasie poniżej 30stu sekund w przypadku użycia prowadnicy truflex liczba ta wyniosła 93 na 107 udanych prób, a więc w przypadku tej prowadnicy aż 87% prób udanych mieści się w zalecanym czasie. [12]. Średnie czasy udanych prób intubacji były krótsze niż w przypadku prowadnicy tradycyjnej i wyniosły średnio.27,3 ± 11,8 s. Wyniki pokrywają się z badaniami Reusa w Niemczech, gdzie średnie czasy z wykorzystaniem prowadnicy truflex wyniosły 26.4s ± 5.5s. Badacz ten podobnie jak Bell do pomiarów zaprosił grupę anestezjologów z tą różnicą, że brali w niej udział również osoby, które miały mniej niż rok stażu w zawodzie [13, 14]. Biorąc pod uwagę korzyści płynące z użycia prowadnicy wielorazowego użytku truflex (nadającej się do standardowej sterylizacji) warto rozważyć to urządzenie przy wyborze prowadnicy przy trudnej intubacji. Niestety, ze względu na ograniczoną ilość środków szpitale, szpitalne oddziały ratunkowe oraz karetki nie są dostatecznie wyposażone w sprzęt do trudnej intubacji.[15].

Wnioski

- Średni czas intubacji tchawicy w próbie badanej za pomocą prowadnicy truflex jest istotnie krótszy niż w przypadku prowadnicy standardowej.
- W próbie badanej intubacja była skuteczniejsza w przypadku użycia prowadnicy truflex.
- Większy odsetek udanych prób intubacji za pierwszym razem miał miejsce w przypadku użycia prowadnicy truflex, warto wziąć ten fakt pod uwagę w przypadku wyboru prowadnicy mającej pomóc przy tzw.: „trudnej intubacji".
- Mimo iż przedmiotem badań nie były umiejętności studentów, badania takie w opinii samych badanych mogą korzystnie wpływać na poprawę umiejętności intubacji studentów.
- Zasadnym jest prowadzenie dalszych badań porównawczych w tej tematyce, zarówno dla prowadnicy typu truflex jak i innych prowadnic skracających czas trudnej intubacji.

Piśmiennictwo

1. Charles D. Deakin, Jerry P. Nolan, Jasmeet S, i wsp.: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych. Wytyczne ERC 2010.
2. Eftekharian Jahromi H.R.: Guide Wire J-Tip Technique for Easy Exchange of In Situ Endotracheal Tubes. Iran J Med Sci June 2012; Vol 37 No 2 141-143.
3. Wadełek J.: Intubacja dotchawicza u pacjenta przytomnego z użyciem giętkiego fiberoskopu. Anestezjologia i Ratownictwo 2010; 4: 485-493.
4. Łysenko L, Pawela T, Gerber H, Durek G.: Problemy anestezjologiczne u pacjentów ze szczękościskiem. Dent. Med. Probl. 2008, 45, 3, 307–313.
5. Henderson J. J, Popat M. T, Latto I. P.: Difficult Airway Society guidelines for management of the unanticipated difficult intubation Anaesthesia, 2004, 59, pages 675–694.
6. Kluger MT, Tham EJ, Coleman NA, Runciman WB, Bullock FM. Inadequate pre-operative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian Incident Monitoring Study. Anaesthesia 2000;55:1173-8.
7. http://www.truphatek.com/product.php?ID=30
8. Jakubiak J, Gaszyński T, Gaszyński W. Nadkrtaniowe urządzenia do udrożnienia górnych dróg oddechowych z możliwością przeprowadzenia intubacji dotchawiczej - porównanie Cobra PLA i ILMA. Anestezjologia i Ratownictwo 2009; 3: 31-36.
9. Gaszyński T, Tokarz A. Nowości w przyrządowym udrażnianiu dróg oddechowych w przypadku wystąpienia trudności intubacyjnych- opis przypadków. Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 261-4.
10. C. Ekweghariri1, C. Grunewald1, T. Kramcha1. V-Scope Extendable Intubation Stylet 978-1-4673-1140-3/12/$26.00 ©2011 IEEE.
11. Bell S.F., Davies N., Crossley A. Glidescope guided intubation: Comparison of Frova introducer, GlideRite Rigid, GlideRite Auto and Truphatek Truflex stylets in a simulated difficult intubation. Cardiff University, Department of Anaesthesia, Intensive Care and Pain Medicine, Cardiff, United Kingdom. Airway Management 19AP **5–2**, 235.2008.
12. Gaszyński T, Głuszcz R, Dobielski P, Jakubiak J. Wytyczne postępowania w przypadku nieprzewidzianych trudności z wykonaniem intubacji dotchawiczej u dorosłych. Anestezjologia Intensywna Terapia 2009; 41: 180-188.
13. Reus E., Liening K., Wrobel M. Flexible fiberoptic versus Parker Flex-It, Truflex and hockey stick formed stylet as an intubation guide with the videolaryngoscope McGRATH Series 5 in a simulated airway. University Hospital Homburg Germany Saar, Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Homburg/ Saar, Germany. 19AP 5-10. 241 Airway Management 2008.
14. Liening K., Wrobel M., Grundmann U. Evaluation of the success rate of the intubation with the videolaryngoscope McGrath® in combination with the direction giving Truflex™ stylet versus a hockeystick formed stylet in a simulated air-

way Reus E., Saarland Universit y Hospital, Depar tment of Anaesthesiology and Intensive Care, Homburg/ Saar, Germany. 19AP 5-8 236 Airway Management 2008.
15. Gaszyński T, Perendyk A, Jakubiak J, Pawełczak E, Hilewicz-Suzin J, Gaszyński W. Wyposażenie łódzkich szpitali w sprzęt do postępowania w przypadku wystąpieniu trudności intubacyjnych. Anestezjologia i Ratownictwo 2010; 4: 29-34.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Marcin Cierniak
Department of Emergency Medicine and Disaster Medicine
Medical University of Lodz, Poland
ul. Pomorska 251
92-213 Lodz, Poland
tel./fax. +48 422725759
e-mail: marcin.cierniak@umed.lodz.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ZACHOWANIA ZDROWOTNE OSÓB LECZONYCH Z POWODU CHOROBY NOWOTWOROWEJ

HEALTH PRACTICES UNDERTAKEN BY CANCER PATIENTS

Ewa Humeniuk[1], Olga Dąbska[1], Katarzyna Pawlikowska-Łagód[2], Małgorzata Matuska[1]

[1] Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
[2] Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.25

STRESZCZENIE

Wstęp. Coraz częściej podkreśla się odpowiedzialność podmiotu w kreowaniu własnego zdrowia poprzez styl życia i podejmowanie zachowań zdrowotnych.
Cel pracy. Ocena zachowań zdrowotnych i różnic w ich występowaniu wśród osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.
Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 100 osób chorych na nowotwór. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygfryda Juczyńskiego. Analizę materiału badawczego przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 12 i programu Microsoft Office Excel. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności.
Wyniki. Większość chorych na nowotwór cechował przeciętny poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Badani najlepiej ocenieni zostali w kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe, a najgorzej – w kategorii: praktyki zdrowotne. Wystąpiła istotna statystycznie zależność między wynikami kategorii: zachowania profilaktyczne kwestionariusza IZZ a czasem rozpoznania choroby. Zachowania sprzyjające zdrowiu znacznie częściej obserwowane były wśród osób, u których doszło do wznowienia choroby. Większość zachowań zdrowotnych nie różniła się istotnie w zależności od rodzaju nowotworu, czasu trwania choroby, korzystania z badań profilaktycznych, występowania chorób współistniejących, przypadków choroby w rodzinie.
Wnioski. Realizacja zachowań ukierunkowanych na zdrowie, nie tylko podczas terapii onkologicznej, ale i w generalnej populacji, umożliwia zachowanie dobrej kondycji psychofizycznej.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, styl życia, nowotwór.

ABSTRACT

Introduction. Subject's responsibility for improving one's health by focusing on one's lifestyle and pro-health activities is emphasized more and more often nowadays.
Aim of the study. Assessment of pro-health activities and differences between them among cancer patients.
Material and methods. The research was conducted on the group of 100 cancer patients. Diagnostic poll method, survey technique was used when conducting this study. Health Behavior Inventory (HBI) by Zygfryd Juczyński was the research tool. STATISTICA 12 and Microsoft Office Excel were used to analyze the gathered data. Statistical significance of $p < 0.05$ was assumed which indicated statistically important differences or correlations.
Results. Activities undertaken by most cancer patients were on the average level. The respondents scored the best in proper eating habits category and the worst in health practices category. There was a statistically important correlation between scores from health practices category from Health Behavior Inventory and time of diagnosis. Pro-health activities were undertaken more often by people who had relapse. Type of cancer, illness duration, undergoing preventive examinations, suffering from coexisting diseases, family history of disease had no significant influence on the differences between undertaken pro-health activities.
Conclusions. Undertaking pro-health activities allows one to maintain good psychophysical condition, not only among cancer patients but among the rest of the population as well.

Keywords: health behavior, lifestyle, cancer.

Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych. Przyczyn tego stanu upatruje się w oddziaływaniu czynników środowiskowych i genetycznych. O ile nie mamy wpływu na uwarunkowania genetyczne, to możemy w dużym stopniu kształtować działanie czynników środowiskowych, które składają się na styl życia. Styl życia uwarunkowany jest wieloczynnikowo, wśród których za najważniejsze uważa się przestrzeganie zaleceń dietetycznych, unikanie używek, aktywność ruchową, umiejętność radzenia sobie ze stresem [1]. Styl życia, a więc podejmowane decyzje oraz zachowania bezpośrednio oddziaływają na stan zdrowia, nasilenie czynników ryzyka, a w konsekwencji prawdopodobieństwo rozwoju choroby [2]. W opinii Majchrowskiej „Zachowania zdrowotne są jedną z kategorii zachowań ludzkich, które składają się na styl życia i decydują o jego jakości" [3].

Realizacja zachowań ukierunkowanych na zdrowie nie tylko podczas terapii onkologicznej, ale i w generalnej populacji umożliwia zachowanie dobrej kondycji psychofizycznej. Dlatego też należy motywować społeczeństwo do regularnego przestrzegania zaleceń prozdrowotnego stylu życia, gdyż jest on najważniejszym czynnikiem warunkującym stan zdrowia jednostki, jak i populacji [4, 5].

Cel pracy

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych i różnic w ich nasileniu wśród osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 osób chorych na nowotwór. Respondenci byli w wieku 21-72 lat, przy czym średnia wieku wyniosła 46,22±12,80 lat. Zdecydowaną większość analizowanej próby (69%) stanowiły kobiety. Niespełna połowa ankietowanych chorowała na nowotwór złośliwy (48%). Średni czas trwania choroby wynosił 2,17±1,81 lat (zakres od 2 miesięcy do 10 lat). U przeważającej większości badanych (85%) nowotwór rozpoznano po raz pierwszy i nie występowały choroby współistniejące (79%). Ankietowani nie byli przeważnie obciążeni chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym (72%). Chorowali na nowotwór piersi (34%), płuc (13%), macicy (11%), jelita grubego (8%), odbytu (7%), tarczycy (6%), jądra (5%), jajnika (3%), jelita cienkiego (3%), nerek (3%), układu chłonnego (3%), miednicy małej (1%), sromu (1%), ślinianek (1%), trzustki (1%).

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygfryda Juczyńskiego. Zbudowany z 24 stwierdzeń kwestionariusz określa charakter podejmowanych zachowań zdrowotnych zaliczanych do czterech kategorii: a) prawidłowe nawyki żywieniowe – rodzaj spożywanej żywności, b) zachowania profilaktyczne – przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby, c) pozytywne nastawienie psychiczne - poważne traktowanie wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie stanem zdrowia, unikanie sytuacji, które wpływają przygnębiająco, unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne, pozytywne myślenie, d) praktyki zdrowotne – codzienne nawyki dotyczące aktywności fizycznej, snu, odpoczynku itd.. Twierdzenia opatrzono 5-stopniową skalą Likerta, przybierającą wartości od 1 (prawie nigdy) do 5 (prawie zawsze). Badany może uzyskać 24-120 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [6]. Do narzędzia dołączono autorską metryczkę z pytaniami o czynniki socjo-demograficzne. Badania miały charakter dobrowolny, indywidualny, anonimowy. Zostały przeprowadzone zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej. Badanych poinformowano o celu i przebiegu badań. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 12 i programu Microsoft Office Excel. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności.

Wyniki

Średni wynik IZZ dla całej badanej grupy wyniósł 78,47±15,80 punktów, co należy uznać za rezultat przeciętny. Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych stwierdzono w przypadku podskali Prawidłowe Nawyki Żywieniowe, a najniższy Praktyki Zdrowotne. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Rezultat IZZ i jego poszczególnych kategorii

Podskale	M	Me	Q1	Q3	SD
Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (PNŻ)	3,36	3,25	2,75	4,00	0,85
Zachowania Profilaktyczne (ZP)	3,34	3,17	2,67	4,00	0,81
Pozytywne Nastawienie Psychiczne (PNP)	3,25	3,17	2,83	3,67	0,65
Praktyki Zdrowotne (PZ)	3,12	3,00	2,67	3,67	0,67
IZZ	78,47	76,00	67,00	91,50	15,80

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Q1 – dolny kwartyl, Q3 – górny kwartyl

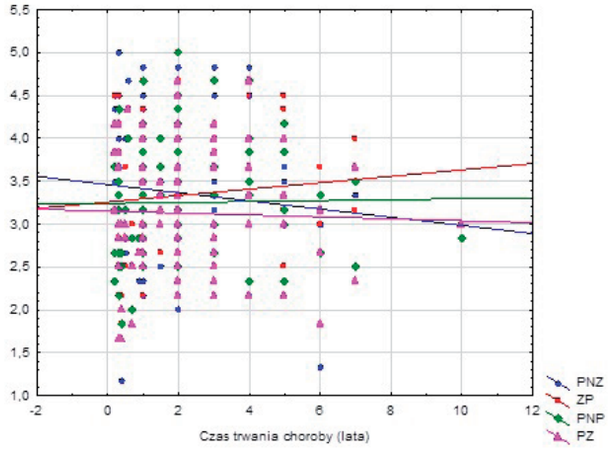
Ankietowani z rozpoznaniem nowotworu miejscowo złośliwego wykazywali nieznacznie bardziej nasilone zachowania zdrowotne w porównaniu z badanymi z nowotworem złośliwym i łagodnym. Zależności te nie były jednak istotne statystycznie ($p>0,05$) [tabela 2].

Tabela 2. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od rodzaju nowotworu

Podskale	Miejscowo złośliwy			Łagodny			Złośliwy			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	H	p
PNŻ	3,53	3,50	0,76	3,26	3,00	0,81	3,41	3,33	0,92	1,84	0,40
ZP	3,67	3,83	0,88	3,16	3,00	0,79	3,41	3,17	0,78	4,18	0,12
PNP	3,44	3,50	0,63	3,26	3,17	0,58	3,19	3,00	0,71	2,30	0,32
PZ	3,44	3,50	0,64	3,14	3,00	0,62	3,03	3,00	0,70	3,50	0,17
IZZ	84,5	81,5	14,36	76,9	73,0	15,73	78,27	77,0	16,16	2,24	0,33

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, H – wartość testu Kruskala-Wallisa, p – istotność statystyczna

Analiza korelacji nie wykazała istotnego związku między czasem trwania choroby nowotworowej, a podejmowaniem zachowań zdrowotnych (p>0,05) (PNŻ R=-0,04, p=0,66; ZP R=0,10, p=0,31; PNP R=0,08, p=0,66; PZ R=-0,01, p=0,31; IZZ R=0,02, p=0,66) [rycina 1].



Rycina 1. Korelacja między czasem trwania choroby, a zachowaniami zdrowotnymi

Wykazano występowanie istotnej statystycznej zależności między wynikami kategorii ZP kwestionariusza IZZ, a czasem rozpoznania nowotworu (p=0,03). Zachowania sprzyjające zdrowiu znacznie częściej obserwowane były wśród osób, u których miało miejsce wznowienie choroby. W przypadku pozostałych kategorii kwestionariusza IZZ nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między analizowanymi grupami [tabela 3].

Tabela 3. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od czasu rozpoznania nowotworu

Podskale	Pierwszy raz rozpoznany			Wznowa			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
PNŻ	3,32	3,17	0,86	3,61	3,50	0,77	1,35	0,18
ZP	3,27	3,00	0,79	3,73	4,00	0,79	2,13	0,03
PNP	3,22	3,17	0,64	3,41	3,33	0,68	1,01	0,31
PZ	3,10	3,00	0,66	3,28	3,33	0,72	0,96	0,34
IZZ	77,46	74,00	15,76	84,2	81,00	15,29	1,69	0,09

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Z, p – istotność statystyczna

Zauważono, że ankietowani korzystający z badań profilaktycznych osiągnęli nieznacznie lepsze wyniki w obszarze podskali Pozytywne Nastawie Psychiczne. Badani niepoddający się screeningom onkologicznym deklarowali częściej aktywność w zakresie pozostałych podskal i osiągnęli lepsze generalne wyniki IZZ. Zależności te nie są jednak istotne statystycznie (p>0,05) [tabela 4].

Tabela 4. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od korzystania z badań profilaktycznych

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
PNŻ	3,27	3,25	0,82	3,41	3,25	0,88	0,53	0,60
ZP	3,17	2,92	0,75	3,43	3,42	0,82	1,35	0,18
PNP	3,29	3,17	0,68	3,23	3,17	0,64	-0,48	0,63
PZ	3,08	3,00	0,61	3,14	3,00	0,70	0,30	0,77
IZZ	76,91	74,50	15,73	79,27	78,50	15,90	0,62	0,54

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Z, p – istotność statystyczna

U około 1/5 badanych zdiagnozowane były choroby współistniejące, wśród których wymieniono m.in. niedoczynność tarczycy (33%), chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa (29%), chorobę wrzodową (19%), zaburzenia neurologiczne (14%), nadciśnienie tętnicze (14%), zapalenie pęcherza (5%), astmę (5%) czy alergie (5%). Brak istotnej statystycznie zależności między występowaniem chorób współistniejących, a podejmowaniem zachowań zdrowotnych (p>0,05). Mimo to zaobserwowano, iż ankietowani z wielochorobowością nieznacznie częściej deklarowali zachowania zdrowotne w zakresie Pozytywne Nastawienie Psychiczne i Praktyki Zdrowotne [tabela 5].

Tabela 5. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od występowania chorób współistniejących

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
PNŻ	3,29	3,33	0,91	3,38	3,17	0,84	-0,26	0,80
ZP	3,40	3,17	0,73	3,33	3,17	0,83	0,38	0,71
PNP	3,30	3,00	0,69	3,23	3,17	0,64	0,07	0,94
PZ	3,09	3,00	0,61	3,13	3,00	0,69	-0,15	0,88
IZZ	78,43	77,00	14,87	78,48	76,00	16,13	0,16	0,87

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Z, p – istotność statystyczna

Blisko 1/3 ankietowanych była obciążona chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym. Na nowotwór wśród bliskich uczestników badania chorowali: ojciec (46%, n=13) mama (36%, n=10), ciotka / wujek (25%, n=7), babcia (14%, n=4), dziadek (14%, n=4), siostra (18%, n=5), brat (7%, n=2). Zauważono, że ankietowani obciążeni chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym nieznacznie częściej realizowali zachowania w zdrowotne w zakresie Pozytywne Nastawienie Psychiczne i Praktyki Zdrowotne. Zależności te nie są jednak istotne statystycznie (p>0,05) [tabela 6].

Tabela 6. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od występowania choroby nowotworowej w rodzinie

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
PNŻ	3,33	3,33	0,60	3,38	3,17	0,94	-0,06	0,95
ZP	3,35	3,17	0,65	3,34	3,17	0,86	-0,34	0,74
PNP	3,35	3,25	0,64	3,21	3,17	0,65	-0,92	0,36
PZ	3,13	3,00	0,52	3,12	3,00	0,72	-0,17	0,87
IZZ	78,89	79,00	11,56	78,31	74,50	17,24	-0,62	0,53

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Z, p – istotność statystyczna

Szczególnym zainteresowaniem opatrzono zachowania ankietowanych z zakresu PNP, z racji rosnącej częstotliwości występowania zaburzeń psychicznych, jakie pociąga za sobą choroba nowotworowa oraz postrzegania ich, jako jednych z najbardziej przykrych i bolesnych doświadczeń zarówno dla chorego, jak i jego najbliższych. Ponadto odpowiednie nastawienie psychiczne determinuje w dużym stopniu chęć i zaangażowanie w podejmowanie pozostałych zachowań zdrowotnych. W ogólnej ocenie, analizowana próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii PNP (3,25). Były one znacznie niższe od wyników grupy normalizacyjnej Juczyńskiego (3,84) [6]. Ankietowani osiągnęli najwyższą punktację w twierdzeniach dotyczących posiadania przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (3,43) oraz pozytywnego myślenia (3,61), najniższą natomiast w przypadku poważnego traktowania wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie ich zdrowiem (3,00). Respondenci przeważnie sporadycznie realizowali przedstawione w poniższej tabeli zachowania, z wyjątkiem pozytywnego myślenia, które w znaczącym odsetku towarzyszyło im prawie zawsze lub zawsze [tabela 7].

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi na twierdzenia podskali Pozytywne Nastawienie Psychiczne

Twierdzenie	prawie nigdy	rzadko	od czasu do czasu	prawie zawsze	zawsze	średnia
	n	n	n	n	n	
Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem.	3	27	47	13	10	3,00
Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco.	1	27	44	24	4	3,03
Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć.	3	16	41	31	9	3,27
Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne.	2	18	37	21	22	3,43
Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja.	4	19	44	24	9	3,15
Myślę pozytywnie.	5	12	23	37	23	3,61

Dyskusja

Bojakowska i wsp. analizowali zachowania zdrowotne pacjentek przed i po rozpoznaniu choroby nowotworowej. Przed chorobą aż 80% badanych osiągnęło niskie wyniki kwestionariusza IZZ, a po rozpoznaniu choroby wyniki niskie dotyczyły tylko 17,1% badanej grupy. Wskaźnik zachowań zdrowotnych dla ogółu badanych wyniósł średnio 66,23 przed chorobą i 90,5 po rozpoznaniu. Zdaniem badaczy doświadczenia związane z chorobą istotnie wpływają na nasilenie podejmowania zachowań zdrowotnych wśród chorych. Pośród analizowanych kategorii IZZ najgorsze wyniki uzyskano w kategoriach Praktyki Zdrowotne i Prawidłowe Nawyki Żywieniowe. [7]. W badaniach Krukowskiej i Adamczyk pacjentki z chorobą nowotworową piersi prezentowały wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Najniższe rezultaty osiągnęły w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (średnia wyniosła 21,2 pkt). Prezentowały za to wysoki poziom w przypadku pozostałych podskal IZZ. Najwyższe wyniki prezentowały badane chorujące dłużej niż rok i mające chorych na raka piersi w rodzinie. Podobnie jak Bojakowska i wsp. badacze są zdania, iż z powodu doświadczania przykrych przeżyć z związku z chorobą nowotworową pacjentki uświadomiły sobie znaczenie zdrowia i częściej niż wcześniej realizują styl życia sprzyjający zdrowiu [8]. Badane przez Farbicką i wsp. kobiety operowane z powodu raka piersi wykazywały niedostateczną wiedzę na temat zachowań sprzyjających zdrowiu. Największe znaczenie w kreowaniu praktyk zdrowotnych w opinii pacjentek odgrywały media, zaś edukację prowadzoną przez personel medyczny uznały za niewystarczającą. Za największe determinanty zdrowia uważały odpowiednie odżywianie (37%), aktywność fizyczną (32%). Blisko połowa twierdziła, że realizuje działania sprzyjające zdrowiu, a ponad 2/3 poddawało się screeningom onkologicznym [9]. Andruszkiewicz i Oźmińska porównywały zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii ze zdrowymi. Pacjentki po operacji znacznie częściej prezentowały zachowania sprzyjające zdrowiu niżeli kobiety zdrowe, jednakże charakteryzowały się przeciętnym ich nasileniem we wszystkich czterech kategoriach IZZ. Wykazywały lepszą kondycję psychiczną, unikały

nadmiernych emocji, napięć, stresów. Były bardziej skłonne do przestrzegania zasad profilaktyki i zaleceń lekarskich [10]. Steinhilper i wsp. także dostrzeli zmiany w podejmowanych zachowaniach zdrowotnych wśród pacjentów onkologicznych przed i po zdiagnozowaniu choroby. W stosunku do okresu przed zachorowaniem poprawie uległ sposób odżywania się, aktywność fizyczną, spożywanie używek, zwłaszcza palenie tytoniu [11]. Badane przez Kurowską i Kalawską pacjentki prezentowały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Zachowania Profilaktyczne były najwyżej ocenioną, a Praktyki Zdrowotne najniżej punktowaną kategorią. Najczęściej zachowania zdrowotne deklarowały badane nieobciążone chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym [12]. Prokopowicz i wsp. stwierdzili nieprawidłowości w zakresie podejmowania zachowań prozdrowotnych wśród kobiet ze stwierdzoną chorobą nowotworową, jak i zdrowych. Nie odnotowano dużych różnic w wynikach obu grup. Jedynie kobiety po przebytym nowotworze częściej poddawały się badaniom profilaktycznym w porównaniu z drugą grupą. Badane uzyskały średnie wartości w kategorii żywienie, zdrowie psychospołeczne i aktywność fizyczna. Z kolei najlepsze wyniki w przypadku dbałości o ciało i zachowania bezpieczeństwa [13]. James i wsp. są zdania, że zdrowa dieta i aktywność fizyczna w największym stopniu warunkują dobrą kondycję psycho-fizyczną osobom leczonym onkologicznie. Zmniejszają prawdopodobieństwo wznowy choroby nowotworowej oraz ryzyko śmierci. W opinii badaczy chorzy na nowotwory powinni być specjalnie motywowani do zmiany realizowanego stylu życia w ramach specjalnych programów, jakim jest dla przykładu ENRICH (The Exercise and Nutrition Routine Improving Cancer Health). Program skierowany jest do pacjentów po zakończonym leczeniu i ich bliskich, ze względu że łączą ich te same czynniki ryzyka. Obejmuje 6 dwugodzinnych sesji, podczas których zapoznaje się uczestników z zachowaniami zdrowotnymi z zakresu ruchu i diety, przekazuje informacje dydaktyczne i praktyczne. Udowodniono, że program ENRICH korzystnie wpływa na aktywność fizyczną, masę ciała, BMI i spożycie warzyw przez osoby leczone z powodu wielu różnych nowotworów i ich opiekunów [14]. Według Adamowicz „(...) społeczeństwo nie przykłada wagi do prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań prozdrowotnych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. Zapewne wynika to nie tylko z braku wiedzy, lecz także z ogólnie pojętego swobodnego stylu życia i stosunkowo łatwego dostępu do używek". Średnia wartość uzyskana w IZZ wyniosła 71,3 [1]. Sak i wsp. twierdzą, iż psychologiczna aktywizacja chorych oraz umocnienie w nich przekonania o możliwości wpływania na własne zdrowie spowoduje wyższy poziom zachowań prozdrowotnych [15]. Uczestnicy autorskiej analizy prezentowali wprawdzie przeciętny poziom podejmowania zachowań zdrowotnych uzyskując średnią wartość z IZZ 78,47, jednakże w przypadku podskali Prawidłowe Nawyki Żywieniowe stwierdzono dość wysoki poziom realizowanych zachowań. Z kolei za najniższy należy uznać rezultat kategorii Praktyki Zdrowotne. Realizacja stylu życia sprzyjającego zdrowiu była domeną ankietowanych z rozpoznaniem nowotworu miejscowo złośliwego, u których miało miejsce wznowienie choroby i nie występowały schorzenia współistniejące, korzystających z badań profilaktycznych, obciążonych chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym.

Choroba nowotworowa odciska silne piętno zarówno w sferze somatycznej, ale i psychicznej chorego. U pacjentów onkologicznych mogą się rozwinąć zaburzenia psychiczne, jak depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia świadomości, psychoorganiczne czy psychotyczne [16]. Rozwój zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji u chorych onkologicznie spowodować mogą: poczucie zagrożenia życia, zmiany w wyglądzie, niedostateczne wsparcie społeczne, emocjonalne, materialne, ból fizyczny, skutki uboczne terapii, hospitalizacja, utrata samodzielności, niemożność pełnienia dotychczasowych ról społecznych [17]. Shankar i wsp. badali pacjentów onkologicznych na obecność zaburzeń depresyjnych i lękowych. U blisko połowy chorych stwierdzono owe zaburzenia. Wyższy stopień złośliwości nowotworu, występowanie przerzutów, zaawansowanie i długość choroby skutkowały częstszym występowaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych. Badacze podkreślają potrzebę ścisłej współpracy między onkologami, a specjalistami zdrowia psychicznego celem poprawy wyników leczenia pacjentów chorych na nowotwór [18]. Rieke i wsp. u blisko 1/5 chorych onkologicznie rozpoznali depresję. Donoszą, iż występowanie zaburzeń psychicznych skutkuje wyższym prawdopodobieństwem zgonu chorych na nowotwór. Podkreślają potrzebę wczesnego rozpoznawania i leczenia depresji u pacjentów onkologicznych, jak i ustanowienie postępowań rutynowej pomocy psychiatrycznej dla pacjentów podczas terapii onkologicznej [19]. Chung i wsp. oceniali częstość występowania i determinanty lęku oraz depresji u koreańskich pacjentów z zaawansowanym rakiem przewodu pokarmowego. Blisko 1/3 chorych odczuwała lęk lub depresję, które przyczyniły się do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, zmęczenia, utraty apetytu [20]. Według Bennett i wsp. zmęczenie psychiczne jest najbardziej powszechnym i niepokojącym objawem zgłaszanym przez pacjentów onkologicznych. Ponadto może nasilać doświadczenia innych objawów, negatywnie wpływać na nastrój, zdolność do

wykonywania codziennych czynności i ogólną jakość życia. Badacze uważają, iż interwencje edukacyjne mogą pomóc chorym z nowotworem poradzić sobie z zaburzeniami psychicznymi, ograniczyć odczuwany niepokój, lęk i poprawić ogólną jakość życia [21]. Sun i wsp. donoszą, iż w Tajwanie wskaźnik popełniania samobójstw, występowania myśli samobójczych i depresji wśród chorych onkologicznie jest wysoki, zwłaszcza zaś u kobiet z nowotworem piersi. Badacze oceniali wpływ ćwiczeń rozluźniających mięśnie na depresję, myśli samobójcze i jakości życia u pacjentów z rakiem piersi otrzymujących chemioterapię. Relaksacja mięśniowa miała pozytywny wpływ na kondycję psychiczną chorych [22]. Powyższe doniesienia potwierdzają Goudarzian i wsp., według których samoopieka w postaci ćwiczeń fizycznych, sesje poradnictwa i psychoterapii mogą zmniejszyć poziom depresji u chorych onkologicznie [23]. Także Liu i wsp. podkreślają zbawienny wpływ aktywności fizycznej na radzenia sobie ze stresem, odczuwanie depresji i jakość życia [24]. Dolińska-Zygmunt odwołuje się do koncepcji poznawczej Taylor, w której bardzo duże znaczenie w radzeniu sobie z chorobą przypisano pozytywnym wzmacnianiu samooceny m.in. zdobywanie informacji o chorobie i metodach terapii, angażowanie się w proces leczenia, zmiana perspektywy postrzegania swojego życia, nadanie głębokiego znaczenia doznawanemu cierpieniu, umocnieniu swojego poczucia kontroli [25]. Dąży się do utrzymania równowagi emocjonalnej, zachowania zadowalającego obrazu siebie, dobrych relacji międzyludzkich, przygotowania na niepewną przyszłość. Owe założenia można osiągnąć poprzez poszukiwanie informacji dotyczących choroby, odwoływanie się do wsparcia emocjonalnego, określenie celów życiowych, poszukiwanie sensu i znaczenia życia [26]. Stan psycho-fizyczny determinowany jest przez sposób postrzegania świata – optymizm albo pesymizm, odporność na stres, umiejętność rozładowania frustracji i negatywnych emocji, wyrażanie życzliwych uczuć. Wszystkie te zmienne zdaniem Karczewskiego korzystnie wpływają na poziom odporności organizmu [27].

Wśród respondentów Baczewskiej i wsp. odnotowano wysokie nasilenie ducha walki i pozytywnego przewartościowania, jako strategii walki z chorobą. Większość pacjentów była wystraszona swoją sytuacją zdrowotną, obawiała się powrotu choroby lub pogorszenia stanu zdrowia [28]. Grupę badanych przez Smoleń i wsp. cechował wysoki poziom Pozytywnego Nastawienia Psychicznego. Ankietowani osiągnęli wysokie wartości w zakresie uregulowanego życia rodzinnego (4,10), unikania zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,42). Mniej poważnie traktowano wskazówki innych osób zaniepokojonych sanem zdrowia badanych (3,33) [29]. Pacjentki ankietowane przez Kurowską i Adamczyk także prezentowały wysoki poziom PNP. Najwyżej oceniono posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,67), pozytywne myślenie (4,37), a najniżej unikanie gniewu, lęku i depresji (3,69), zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,56) [30]. Z kolei badane przez Kurowską i Kalawską uzyskały przeciętny poziom PNP. Najlepiej ocenioną kategorią było posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,28) i pozytywne myślenie (3,84). Najgorzej zaś unikanie gniewu, lęku i depresji (3,34) i poważne traktowanie wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie zdrowiem badanych (3,17) [12]. W badaniach własnych w ogólnej ocenie analizowana próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii PNP (3,25). Ankietowani osiągnęli najwyższą punktację w twierdzeniach dotyczących posiadania przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (3,43) i pozytywnego myślenia (3,61), najniższą natomiast w przypadku poważnego traktowania wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie ich zdrowiem (3,00). Respondenci przeważnie sporadycznie realizowali przedstawione w poniższej tabeli zachowania, z wyjątkiem pozytywnego myślenia, które w znaczącym odsetku towarzyszyło im prawie zawsze lub zawsze. Zaprezentowane autorskie rezultaty pokrywają się z wynikami osiągniętymi przez innych badaczy.

Wnioski

1. Większość chorych na nowotwór cechował przeciętny poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Badani najlepiej ocenieni zostali w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe, a najgorzej Praktyki Zdrowotne.
2. Wystąpiła istotnie statystyczna zależność między wynikami kategorii ZP kwestionariusza IZZ, a czasem rozpoznania choroby. Zachowania sprzyjające zdrowiu znacznie częściej obserwowane były wśród osób, u których miało miejsce wznowienie choroby.
3. Większość zachowań zdrowotnych nie różniło się istotnie w zależności od rodzaju nowotworu, czasu trwania choroby, korzystania z badań profilaktycznych, występowania chorób współistniejących, przypadków choroby w rodzinie.

Piśmiennictwo

1. Adamowicz K. Ocena wiedzy w zakresie chorób nowotworowych oraz wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród chorych na zaawansowanego, przerzutowego raka płuca w trakcie chemioterapii. Psychoonkologia. 2016; 20(2): 84–89.
2. Juczyński Z. Narzędzia pomiarów w psychologii zdrowia. Prz Psychol. 1999; 42(4): 43-56.
3. Majchrowska A. Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne. W: Majchrowska A (red.). Wybrane elementy socjologii. Lublin: Wyd. Czelej; 2003. 293–325.

4. Głowacka MD, Kwapisz U, Frankowska A. Wybrane elementy stylu życia i problemy zdrowotne osób po 50. roku życia. Zdr Publ. 2011; 121: 135-140.
5. Słopiecka A, Cieślik A. Zachowania zdrowotne – wybrane definicje. Stud Med. 2011; 24(4): 77-81.
6. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. W: Juczyński Z (red.). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012. 110–116.
7. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska ME. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przez i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego – badanie wstępne. J Educ Health Sport. 2016; 6(5): 29-37.
8. Krukowska K, Adamczyk I. Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi. Curr Gynecol Oncol. 2014; 12(4): 278-289.
9. Farbicka P, Nowicki A, Krzemkowska E. Wiedza o zachowaniach prozdrowotnych i chorobie kobiet operowanych z powodu raka piersi. Piel Zdr Publ. 2016; 6(2): 119–126.
10. Andruszkiewicz A, Oźmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. Ann Acad Med Siles.2005; 59: 298–301.
11. Steinhilper L, Geyer S, Sperlich S. Health behavior change among breast cancer patients. Int J Publ Health. 2013; 58: 603–613.
12. Kurowska K, Kalawska H. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u kobiet po mastektomii. Curr Gynecol Oncol. 2013; 11(2): 115–124.
13. Prokopowicz K, Prokopowicz G, Molik B, Kozdroń E. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi. Post Rehabil. 2015; 3: 5-12.
14. James EL, Stacey FG, Chapman K, Boyes AW, Burrows T, Girgis A, et al. Impact of a nutrition and physical activity intervention (ENRICH: Exercise and Nutrition Routine Improving Cancer Health) on health behaviors of cancer survivors and carers: a pragmatic randomized controlled trial. BMC Cancer. 2015; 15: 710.
15. Sak J, Wiechetek M, Mosiewicz J, Sagan D, Prystupa A, Jarosz M, i wsp. Percepcja własnej choroby a poczucie sensu życia – badanie osób hospitalizowanych. W: Janowski K, Gierus J (red.). Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne. Tom 1. Lublin: Centrum Psychologii i Pomocy Psychologicznej; 2009. 322–333.
16. Rolińska A, Furmaga O, Kwaśniewski W, Makara-Studzińska M. Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej. Curr Probl Psychiatry. 2011; 12(4): 546-549.
17. Ohnishi H. Mental distress in cancer patients. Masui. 2011; 60(9): 1024-31.
18. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. Indian J Cancer. 2016; 53(3): 432-434.
19. Rieke K, Schmid KK, Lydiatt W, Houfek J, Boilesen E, Watanabe-Galloway S. Depression and survival in head and neck cancer patients. Oral Oncol. 2017; 65: 76-82.
20. Chung J, Ju G, Yang J, Jeong J, Jeong Y, Choi MK, et al. Prevalence of and factors associated with anxiety and depression in Korean patients with newly diagnosed advanced gastrointestinal cancer. Korean J Intern Med. 2017 Feb 14. doi: 10.3904/kjim.2016.108.
21. Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 24. doi: 10.1002/14651858.CD008144.pub2.
22. Sun FK, Hung CM, Yao Y, Lu CY, Chiang CY. The Effects of Muscle Relaxation and Therapeutic Walking on Depression, Suicidal Ideation, and Quality of Life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. Cancer Nurs. 2016 Dec 5. doi: 10.1097/NCC.0000000000000458.
23. Goudarzian AH, Bagheri Nesami M, Zamani F, Nasiri A, Beik S. Relationship between Depression and Self-care in Iranian Patients with Cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2017; 18(1): 101-106.
24. Liu Z, Zhang L, Shi S, Xia W. Objectively Assessed Exercise Behavior in Chinese Patients with Early-Stage Cancer: A Predictor of Perceived Benefits, Communication with Doctors, Medical Coping Modes, Depression and Quality of Life. PLoS One. 2017; 12(1): e0169375.
25. Dolińska-Zygmunt G. Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001. 45-61.
26. Krawczyk AM. Korelaty przystosowania psychicznego do choroby jako wyznacznika jakości życia u pacjentów z nowotworami płuc. Psychoonkologia. 2016; 20(2): 66–74.
27. Karczewski JK. Higiena. Lublin: Wyd. Czelej; 2002.
28. Baczewska B, Kropornicka B, Mazurek P, Block B, Krzyżanowska E, Łuczyk R, i wsp. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii. J Educ Health Sport. 2016; 6(11): 205-220.
29. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. Pielęg XXI w. 2011; 3(36): 5-9.
30. Kurowska K, Adamczyk I. Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi. Curr Gynecol Oncol. 2014; 12(4): 278–289.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Olga Dąbska
Gózd Lipiński 49A,
23-425 Biszcza
tel.: 511413167;
e-mail: olga49a@wp.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

PORÓWNANIE URAZÓW KROCZA ZE WZGLĘDU NA STOPIEŃ REFERENCYJNOŚCI SZPITALA

COMPARISON OF PERINEAL TEARS DEPENDING ON HOSPITAL REFERRAL LEVEL

Grażyna Gebuza[1], Marzena Kaźmierczak[1], Estera Mieczkowska[1], Małgorzata Gierszewska[1], Mariola Banaszkiewicz[2], Karolina Barczak[3]

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

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.26

STRESZCZENIE

Wstęp. Nacięcie krocza podczas porodu wykonywane jest coraz rzadziej ze względu na brak dowodów naukowych na skuteczność stosowania tego zabiegu. Ograniczenie nacięcia krocza spowodowało wzrost odsetka samoistnych pęknięć krocza.
Cel pracy. Porównanie urazów krocza w okresie 8 lat w dwóch ośrodkach referencyjnych I i III stopnia.
Materiał i metody. Analizowano urazy krocza u kobiet rodzących drogą pochwową: u 340 kobiet w szpitalu o I stopniu referencyjności oraz u 1766 kobiet w szpitalu o III stopniu referencyjności. Analizowano dane z lat 2005 i 2013.
Wyniki. Nacięcia krocza wykonano w szpitalu o I stopniu referencyjności w 2005 r. u 38% (143/374) kobiet, a w 2013 r. u 44% (128/290). W szpitalu o III stopniu referencyjności wykonano w 2005 r. 66% (909/1366) nacięć krocza, a w 2013 r. 39% (432/1089). W 2005 r. w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza był istotnie niższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (12,92 *vs* 21,92%). Natomiast w 2013 r. w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza był istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (41,98 *vs* 19,11%). Pęknięcia krocza III i IV stopnia stwierdzono częściej podczas porodów instrumentalnych z użyciem kleszczy oraz w sytuacji wykonanego nacięcia krocza.
Wnioski. Odsetek nacięć krocza jest znacząco wyższy niż zalecany przez WHO. Liczba wszystkich urazów krocza jest niepokojąco wysoka. Tendencje obniżające liczbę nacięć krocza oraz wzrost pęknięć krocza zaobserwowano tylko w szpitalu o III stopniu referencyjności. Zaleca się opracowanie wytycznych klinicznych w celu obniżenia odsetka nacięć krocza.

Słowa kluczowe: nacięcie krocza, pęknięcie krocza, poród, kleszcze.

ABSTRACT

Introduction. The frequency of performing episiotomy during delivery is decreasing due to lack of scientific justification for its use. Decreasing number of episiotomies has resulted in an increased percentage of spontaneous perineal tears.
Aim of the study. Comparison of perineal tears in the period of eight years in two referral hospitals: primary and tertiary.
Material and methods. The study analysed perineal tears in women after vaginal delivery. The study included 340 women from a primary referral hospital and 1766 women from a tertiary referral hospital admitted in 2005 and 2013.
Results. In the primary referral hospital, episiotomy was performed in 2005 in 38% (143/374) women, and in 2013 in 44% (128/290). In the tertiary referral hospital, episiotomy was performed in 2005 in 66% (909/1366) women, and in 2013 in 39% (432/1089). In 2005, the percentage of perineal tears was significantly lower in the tertiary than in the primary referral hospital (12.92 vs 21.92%). In 2013, the percentage of perineal tears was significantly higher in the tertiary than in the primary referral hospital (41.98 vs 19.11%). Third and fourth degree perineal tears occurred more often during instrumental deliveries using forceps and when episiotomy was performed.
Conclusions. Percentage of episiotomies is significantly higher than recommended by WHO. The number of all perineal tears is alarmingly high. The tendency to reduce the number of episiotomies and increasing number of perineal tears was found only in the tertiary referral hospital. It is recommended that clinical guidelines be developed in order to reduce the number of episiotomies.

Keywords: episiotomy, perineal tear, childbirth, forceps.

Wstęp

Urazy krocza i wykonywanie nacięć krocza podczas porodu są wskaźnikami jakości opieki położniczej [1, 2, 3]. Nacięcie krocza skutkuje poważnymi problemami poporodowymi, pierwotnie miało chronić krocze przed obrażeniami, a okazało się, że jest przyczyną poważnych urazów krocza [4]. Ponadto pęknięcia trzeciego i czwartego stopnia predysponują do długotrwałych dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego takich jak nietrzymanie moczu, gazów, stolca, ból krocza, dyspareunia, zaburzenia statyki narządów rodnych, obniżają jakość życia. [5, 6, 7, 8]. Urazy krocza takie jak pęknięcia krocza trzeciego i czwartego

stopnia, są znaczącym okaleczeniem, które może determinować nawracające urazy w kolejnych porodach [3, 7, 8].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca aby odsetek nacięć krocza wynosił nie więcej jak 10% [9]. Kiedy w latach 70 ubiegłego stulecia podano w wątpliwość zalety wykonywania procedury, po licznych publikacjach naukowych na całym świecie, zaobserwowano znaczne ograniczenie wykonywania nacięcia krocza. Jednakże w niektórych krajach procedura jest nadal powszechnie stosowana, pomimo zaleceń WHO i dowodów naukowych na brak skuteczności [8].

Obecnie większość krajów Europy zachodniej zaleca nacięcie krocza wyłącznie w sytuacji wskazań położniczych [10], ogranicza się wykonanie procedury kładąc nacisk na zalecane podejście selektywne [11, 12]. Ostatnie badania wykazały, że selektywne nacięcie krocza w sytuacji porodu instrumentalnego może skutkować obniżeniem odsetka poważnych urazów trzeciego i czwartego stopnia. Innym ustaleniem przeglądu było brak jasnych dowodów na skuteczność selektywnego nacięcia krocza w perspektywie krótko- lub długoterminowej [13].

W krajach azjatyckich, takich jak Iran, zabieg nacięcia krocza wykonuje się u około 88% kobiet [14], szczególnie często u pierworódek 97% [15]. W Jemenie wskaźnik nacięć krocza stwierdzono dziewięciokrotnie wyższy niż zalecany przez WHO, aż u 75% pierworódek wykonywano procedurę [16]. Dane europejskie są dość zróżnicowane. W opracowaniu dotyczącym urazów okołoporodowych od 2004 do 2010 roku w 20 krajach Europy, stwierdzono, że odsetek nacięć krocza wyższy niż w Polsce (67%), odnotowano tylko w Rumunii (68%), Portugalii (72%) i Cyprze (75%). Natomiast najniższe wskaźniki nacięć krocza odnotowano w Dani (4.9%) i Szwecji (6.6%) [8] . We innym badaniu we Francji 18 % [17]. W opracowaniu Blondela odsetek pęknięć krocza III i IV stopnia podczas porodów drogami natury wahał się od 0,1% w Rumunii i Polsce, do 4,9% w Islandii [8] .

Analizy opublikowane przez Fundację Rodzić po Ludzku w 2004 roku wskazują, że nacięcie krocza wykonano u 57,5% kobiet, w grupie pierworódek było 79%, wieloródek 36% i aż 82% oddziałów przekroczyło optymalną granicę ustaloną przez WHO. Ponadto odnotowano, że w kilku szpitalach procedurę wykonano u 100% kobiet bez względu na to, który był poród [18]. Obecnie według Raportu Najwyższej Izby kontroli z 2016 roku w Polsce średnio 57% kobiet rodzących drogami rodnymi miało wykonaną procedurę. Odsetek nacięć krocza był niejednorodny w całej Polsce. W Raporcie wskazano szpitale o pierwszym stopniu referencyjności, w których odsetek nacięć krocza wynosił 20%, ale były też szpitale z 86%. W szpitalach o najwyższym, trzecim stopniu referencyjności odsetek mieścił się w przedziale 26–78% [19].

Nacięcie krocza jest zabiegiem kontrowersyjnym, szczególnie dlatego, że dyskusja na ten temat wyszła poza ramy debaty naukowej. Wykonanie procedury przyjęto za wskaźnik „humanizacji porodu"[20]. Aktualnie nacięcie krocza rozpatrywane jest także w aspekcie „przemocy położniczej"[21]. Badacze zastanawiają się czy w ogóle zasadne jest wykonywanie tej procedury [11].

Celem badania było określenie częstości wykonywaniu nacięcia krocza w dwóch okresach czasowych w roku 2005 i 2013 w szpitalach o różnym stopniu referencyjnym. Drugim celem było określenie częstości występowania wszystkich urazów krocza oraz wskazanie czynników ryzyka.

Materiał i metody

Badanie obejmuje 2106 kobiet rodzących drogą pochwową, u których wystąpiły urazy krocza podczas porodów drogami rodnymi. Kobiety z urazami podzielono na dwie grupy: ze względu na referencyjność szpitali i rok analizy. W szpitalu o I stopniu referencyjnym Filii Szpitala Powiatu Mogilno im. Tadeusza Chałubińskiego w Strzelnie, w 2005 odbyło się – 191(51%) porodów bez urazów, w 2013 było – 133 (45,8%). W roku 2005 wykonano nacięcie krocza u 143(38.23%), a roku 2013 u 128(44.13%) kobiet. W Szpitalu Klinicznym im J. Biziela w Bydgoszczy, o III stopniu referencyjności w 2005 odbyło się – 329 (24%) porodów bez urazów, a w 2013 – 360 (33%). W roku 2005 wykonano nacięcie krocza u 909(66.54%), a roku 2013 wykonano nacięcie krocza u 432(39.77%). Porodów zabiegowych z użyciem kleszczy było 6. W pracy analizowano nacięcia i pęknięcia krocza o zmienne: rodność, poród instrumentalny z użyciem kleszczy. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej (KB 783/2014). Analizy wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.6. Nacięcie krocza, pęknięcie krocza w zależności od roku analizowano testem zależności chi^2 (the Chi-square test).

Wyniki

Zgodnie z założeniami pracy dokonano analizy statystycznej badanej grupy.

W tabeli 1 przedstawiono rozkład urazów krocza w szpitalach ze względu na analizowany rok i stopień referencyjności szpitala.

Tabela 1. Rozkład urazów krocza ze względu na referencyjność szpitala

Rok	Urazy krocza	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	Brak urazów	191	51.06	329	24.08
	Uraz	40	10.69	128	9.39
	Nacięcie	143	38.23	909	66.54
Ogółem		374	100.0	1366	100.0
2013	Brak urazów	133	45.86	360	33.05
	Uraz	29	10.00	297	27.27
	Nacięcie	128	44.13	432	39.66
Ogółem		290	100.0	1089	100.0

W kolejnych tabelach analizowano wyłącznie urazy krocza (nacięcia i pęknięcia) w poszczególnych szpitalach.

Tabela 2. Porównanie nacięć krocza ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013)

Rok	Nacięcie	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	Nie	40	21,86	128	12,34
	Tak	143	78,14	909	87,66
Test chi^2	Chi^2	11,859			
	df	1			
	p	0,0006			
2013	Nie	29	18,47	297	40,74
	Tak	128	81,53	432	59,26
Test chi^2	Chi^2	27,55			
	df	1			
	p	<0,0001			

W tabeli 2 analizowano nacięcia krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności. Okazało się, że występowanie nacięć krocza różni się istotnie (p<0,01) między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek nacięć krocza jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (87,66 vs 78,14%). Natomiast w roku 2013 w szpitalu I stopnia referencyjności odsetek nacięć krocza jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (81.53 vs 59.26%).

W tabeli 3 analizowano pęknięcia krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności. Okazało się, że występowanie pęknięć krocza różni się istotnie (p<0,01) między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza jest istotnie niższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (12.92 vs 21.92%). Natomiast w roku 2013 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (41.98 vs 19.11%).

Tabela 3. Porównanie pęknięć krocza (wszystkie stopnie) ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013)

Rok	Pęknięcie	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	Nie	143	78,14	903	87,08
	Tak	40	21,86	134	12,92
Test chi^2	Chi^2	10,16			
	df	1			
	p	0,0014			
2013	Nie	127	80,89	423	58,02
	Tak	30	19,11	306	41,98
Test chi^2	Chi^2	28,69			
	df	1			
	p	<0,0001			

Tabela 4. Porównanie pęknięć krocza (wszystkie stopnie) ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013)

Rok	Stopień pęknięcia krocza	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	1	39	97.5	108	87,80
	2	1	2.5	11	8,94
	3	0	0	4	3,25
Test chi^2	Chi^2	3,31			
	df	2			
	p	0,19			
2013	1	26	89,65	227	90,8
	2	1	3,44	17	6,8
	3	2	6,89	3	1,2
	4	0	0	3	1,2
Test chi^2	Chi^2	5,50			
	df	3			
	p	0,13			

W tabeli 4 przedstawiono stopnie pęknięć krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności. Okazało się, że nie występowały różnice w stopniach pęknięć krocza między szpitalami w każdym analizowanym roku.

W tabeli 5 analizowano nacięcia krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności w grupie pierworódek i wieloródek. Okazało się, że występowanie nacięć krocza różni się istotnie w grupach między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek nacięć krocza u pierworódek i wieloródek jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (pierworódki 96 vs 86%; wieloródki 73 vs 56%). Natomiast w 2013 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek nacięć krocza u pierworódek i wieloródek jest istotnie niższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (pierworódki 75 vs 91%; wieloródki 40 vs 57%).

Tabela 5. Porównanie nacięć krocza ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013) i w zależności od rodności (pierworódki i wieloródki)

Rok	Nacięcie krocza	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
Pierworódki					
2005	Nie	18	13,53	19	3,01
	Tak	115	86,47	612	96,99
Test chi^2	Chi^2	26,39			
	df	1			
	p	<0,0001			
2013	Nie	9	8,18	97	24,68
	Tak	101	91,82	296	75,32
Test chi^2	Chi^2	14,07			
	df	1			
	p	0,0002			
Wieloródki					
2005	Nie	22	44,00	109	26,85
	Tak	28	56,00	297	73,15
Test chi^2	Chi^2	6,40			
	df	1			
	p	0,0114			
2013	Nie	20	42,55	199	59,40
	Tak	27	57,45	136	40,60
Test chi^2	Chi^2	4,78			
	df	1			
	p	0,0287			

Tabela 6. Porównanie pęknięć krocza (wszystkie stopnie) ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013) i w zależności od rodności (pierworódki i wieloródki)

Rok	Pęknięcie krocza	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
Pierworódki					
2005	Nie	115	86,47	608	96,35
	Tak	18	13,53	23	3,65
Test chi^2	Chi^2	21,15			
	df	1			
	p	<0,0001			
2013	Nie	101	91,82	288	73,28
	Tak	9	8,18	105	26,72
Test chi^2	Chi^2	16,85			
	df	1			
	p	<0,0001			
Wieloródki					
2005	Nie	28	56,00	295	72,66
	Tak	22	44,00	111	27,34
Test chi^2	Chi^2	5,98			
	df	1			
	p	0,0145			
2013	Nie	26	55,32	135	40,30
	Tak	21	44,68	200	59,70
Test chi^2	Chi^2	3,81			
	df	1			
	p	0,0508			

W tabeli 6 analizowano pęknięcia krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności w grupie pierworódek i wieloródek. Okazało się, że występowanie pęknięć krocza różni się istotnie w grupach między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza u pierworódek i wieloródek jest istotnie niższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (pierworódki 3 vs 13%; wieloródki 27 vs 44%). Natomiast w 2013 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza u pierworódek i wieloródek jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (pierworódki 26 vs 8%; wieloródki 59 vs 44%).

Tabela 7. Porównanie liczby urazów (pęknięć i nacięć) ze względu na referencyjność szpitala

Rok	Urazy	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	Nie	191	51,07	329	24,08
	Tak	183	48,93	1037	75,92
Test chi^2	Chi^2	102,03			
	df	1			
	p	<0,0001			
2013	Nie	133	45,86	360	33,06
	Tak	157	54,14	729	66,94
Test chi^2	Chi^2	16,35			
	df	1			
	p	<0,0001			

W tabeli 7 analizowano nacięcia i pęknięcia krocza w szpitalach ze względu na stopień referencyjności. Okazało się, że występowanie nacięć i pęknięć krocza różni się istotnie między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 i 2013 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek nacięć i pęknięć krocza jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (2005: 75 vs 48%; 2013: 66 vs 54%).

Tabela 8. Porównanie pęknięcia krocza III i IV stopnia ze względu na nacięcie krocza

Stopień urazu krocza (III+IV)		Nacięcie – Nie		Nacięcie – Tak	
		n	%	n	%
Nie		423	99,30	7	43,75
Tak		3	0,70	9	56,25
Test chi^2	Chi^2	180,14			
	df	1			
	p	<0,0001			

W tabeli 8 analizowano pęknięcia krocza III i IV stopnia w szpitalach ze względu na wykonanie procedury nacięcia krocza. Okazało się, że występowanie poważnych pęk-

nięć krocza różni się istotnie. Odsetek pęknięć krocza III i IV stopnia jest istotnie wyższy w sytuacji wcześniejszego wykonania nacięcia krocza (56 vs 0,7%).

Tabela 9. Porównanie pęknięcia krocza III i IV stopnia ze względu na liczbę płodów

Stopień urazu krocza (III+IV)		Ciąża bliźniacza		Ciąża pojedyncza	
		n	%	n	%
Nie		3	100	427	97,27
Tak		0	0,00	12	2,73
Test chi^2	Chi^2	0,08			
	df	1			
	p	0,7716			

W tabeli 9 analizowano pęknięcia krocza III i IV stopnia w szpitalach ze względu na liczbę płodów. Okazało się, że występowanie poważnych pęknięć krocza nie różni się istotnie.

Tabela 10. Porównanie pęknięcia krocza III i IV stopnia ze względu na rodzaj porodu

Stopień urazu krocza (III+IV)		Rodzaj porodu – Fizjologiczny		Rodzaj porodu – Kleszcze	
		n	%	n	%
Nie		428	98,16	2	33,33
Tak		8	1,84	4	66,67
Test chi^2	Chi^2	94,19			
	df	1			
	p	<0,0001			

W tabeli 10 analizowano pęknięcia krocza III i IV stopnia w szpitalach ze względu na zakończenie porodu kleszczami. Okazało się, że występowanie poważnych pęknięć krocza różni się istotnie. Odsetek pęknięć krocza III i IV stopnia jest istotnie wyższy w sytuacji użycia kleszczy (66 vs 1.8%).

Dyskusja

W naszym badaniu odsetek nacięć krocza był wyższy niż zalecany przez WHO i zróżnicowany ze względu na rodność oraz stopień referencyjności szpitali. Okazało się, że w szpitalu o I stopniu referencyjności w roku 2005 wykonano nacięcie krocza u 38% kobiet, a w roku 2013 odsetek wykonanej procedury wzrósł do 44%. Natomiast w szpitalu o III stopniu referencyjności w roku 2005 wykonano nacięcie krocza u 66%, a w roku 2013 odsetek obniżył się do 39%. Na podstawie tego badania w okresie ośmiu lat zaobserwowano znaczne obniżenie odsetka wykonywanej procedury w szpitalu III stopniu referencyjności. Raport Blondel i wsp. dotyczący urazów okołoporodowych w Europie z 2010 roku wskazuje, że odsetek nacięć krocza w Polsce był jednym z wyższych w porównaniu do innych krajów [8]. W 2012 roku wprowadzono w Polsce Standard Opieki Okołoporodowej, który zaleca znaczne ograniczenie odsetka nacięć krocza. Na podstawie zaobserwowanych zmian w analizowanym okresie można wnioskować, że personel dokonał istotnych zmian w praktyce położniczej. Brak zmian w odsetku nacięć krocza w przedziale ośmiu lat w szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności może świadczyć o nieznajomości Standardu Opieki Okołoporodowej oraz braku szkoleń, dotyczących dobrych praktyk opartych na dowodach naukowych [22]. Nie zmienia to faktu, że odsetek wykonywanej procedury był za wysoki w porównaniu do innych badań. W Norwegii odsetek nacięć krocza wynosił 15-20% [23]. We Francji po wprowadzeniu zaleceń Narodowego Towarzystwa Ginekologów i Położników w 2005 roku, zaobserwowano znaczące obniżenie odsetka nacięć krocza. W roku 2003 odsetek wynosił 18% natomiast w 2007 obniżył się do 3,4% [17]. Częstość nacięcia krocza w szpitalu w Izraelu zmniejszyła się z 30% do mniej niż 5%, po tym jak okazało się, że nacięcie krocza było niezależnym czynnikiem ryzyka pęknięcia krocza trzeciego i czwartego stopnia w sytuacjach krytycznych jak dystocja barkowa, poród instrumentalny, ułożenie potylicowe tylne, makrosomia, zaburzenia rytmu serca [4]. Podobne do naszych wskaźniki przedstawiają badania tureckie, odsetek nacięć krocza sięgał 56%. Jednakże przeprowadzone badanie obserwacyjne wskazuje, że istnieje możliwość uniknięcia nacięcia krocza i uzyskanie niskiego odsetka urazów krocza podczas porodu naturalnego [24]. Duże badanie obserwacyjne w Stanach Zjednoczonych wykazało, że podczas porodu naturalnego w grupie 1,176 kobiet, nie stwierdzono urazów krocza u 65% pacjentek a tylko 20% wymagało założenia szwów. Autorzy są zdania, że spokojna i kontrolowana technika rodzenia płodu, zmniejsza liczbę urazów krocza w normalnych, spontanicznych porodach oraz obniża koszty leczenia [25]. Doniesienia z Japonii, także wykazały brak urazów podczas porodów u 49,5% pierworódek i 69.9% u wieloródek, w badaniu uczestniczyło 1,1521 kobiet po porodach spontanicznych bez stosowania interwencji medycznych (bez znieczulenia, nacięcia krocza, porodów instrumentalnych), zaobserwowano pęknięcie krocza trzeciego stopnia u 0,1% [26].

W pracy porównywano nacięcie krocza ze względu na rodność w grupach z urazami. Okazało się, że w szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności w roku 2005 wykonano nacięcie krocza u około 86% pierworódek, a w 2013 zaobserwowano wzrost do 92%. W szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności w każdym analizowanym roku zaobserwowano u wieloródek odsetek nacięcia krocza na

podobnym poziomie około 57%. Natomiast w szpitalu o trzecim stopniu referencyjności w roku 2005 wykonano nacięcie krocza u około 97% pierworódek, a w 2013 roku zaobserwowano obniżenie do 75%. W roku 2005 wykonano nacięcie krocza u około 73% wieloródek a w 2013 roku zaobserwowano obniżenie urazów do 41%. Nasze dane są znacznie wyższe niż krajach europejskich i porównywalne z krajami azjatyckimi, gdzie odsetek sięga nawet 95% w Jemenie i Iraku [15,16].

Tak wysoki odsetek nacięć krocza u pierworódek i wieloródek jest niepokojący, wskazuje na znaczną medykalizację porodów [27], ponieważ, o jakości opieki położniczej według badaczy skandynawskich świadczy niski odsetek pęknięć krocza trzeciego i czwartego stopnia oraz niski wskaźnik nacięć krocza. [5, 6]. Nieco niższy odsetek niż nasz, stwierdzono w badaniu tureckim. U 56,3% pierworódek wykonano nacięcie krocza, u 3,5% nie stwierdzono urazów, u 40,2% zaobserwowano samoistne uszkodzenia, przy czym u 11,6% wykonano wcześniej nacięcie krocza [24]. W innym badaniu, wszystkie pierworódki miały wykonane nacięcie krocza, a odsetek u wieloródek wynosił 4,6%, a częstość w szpitalu wynosiła 51% [28].

Badania uzyskane w Anglii w grupie pierworódek wskazują, że wykonane nacięcie krocza niezależnie od rodzaju porodu, spontanicznego lub z użyciem próżniociagu, chroniło kobiety przed poważnymi urazami krocza [7]. Inne doniesienia wskazują, że boczne nacięcie krocza chroni przed urazami zwieracza odbytu podczas porodu instrumentalnego u pierworódek pierwiastek [29, 30, 31]. Okazuje się, że tak wysoki odsetek nacięć krocza nie dotyczy wszystkich regionów świata. W nowym, interesującym badaniu randomizacyjnym z Brazylii, analizowano porody z nacięciem krocza selektywnym (wykonywane według oceny klinicznej personelu) oraz porody, w których powstrzymywano się od nacięcia krocza lub wykonywano procedurę w przypadkach wyjątkowych, czyli takich, w których ocena kliniczna uznałaby absolutnie konieczne wykonanie procedury. W badaniu okazało się, że częstość nacięcia krocza była bardzo niska w grupie bez nacięciu krocza (1,7%) i w grupie selektywnego nacięcia krocza (1,6%). Dwa nacięcia krocza przeprowadzono w grupie bez nacięcia krocza, zostały wykonane ze względu na dłuższy drugi okres porodu (35 i 120 minut) w połączeniu z zaburzeniami rytmu serca płodu. W grupie z selektywnym nacięciem krocza wykonano także dwa nacięcia krocza, z powodu przedłużonego drugiego okresu porodu (27 i 56 minut). Badacze podkreślają i zalecają, aby położne poprawiły technikę przyjmowania porodów [11].

W naszym badaniu porównywaliśmy także pęknięcia krocza, ale tylko w grupach, kiedy występowały urazy, ze względu referencyjność szpitali i rodność. Okazało się, że w szpitalu o I stopniu referencyjności w roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 22% kobiet, a w roku 2013 odsetek obniżył się do 19%. Natomiast w szpitalu o III stopniu referencyjności w roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 13%, a w roku 2013 wykazano trzykrotny wzrost do 42%. Podobnie jak powyżej, zaobserwowano zmiany tylko w szpitalu o III stopniu referencyjności. Ponadto okazało się, że w szpitalu o I stopniu referencyjności w roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 14% pierworódek, a w 2013 u 8% pierworódek. W szpitalu o I stopniu referencyjności w każdym analizowanym roku zaobserwowano u wieloródek odsetek pęknięć krocza około 44%.

Natomiast w szpitalu o III stopniu referencyjności w roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 4% pierworódek, a w 2013 roku zaobserwowano wzrost do 27%. W roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 27% wieloródek, a w 2013 roku zaobserwowano wzrost urazów do 60%. Przedstawione dane wskazują na pięciokrotny wzrost odsetka pęknięć krocza w okresie 8 lat u pierworódek i dwukrotne zwiększenie odsetka pęknięć krocza w grupie wieloródek w szpitalu klinicznym. Prawdopodobnie wzrost pęknięć krocza w 2013 roku spowodowany jest istotnym obniżeniem wykonywanej procedury nacięcia krocza u pierworódek i wieloródek, co w konsekwencji wiąże się ze zwiększoną częstością występowania samoistnych obrażeń krocza. Takie obserwacje odnotowano na całym świecie [7,17,32]. Przedstawione dane ze szpitala klinicznego wskazują na podążanie za trendami współczesnego położnictwa i ograniczaniem rutynowego nacięcia krocza. Należy przy tym wskazać, że doniesienia naukowe podważają zasadność wykonania procedury nacięcia krocza, która została wdrożona do położnictwa na całym świecie bez opublikowania wcześniej dowodów naukowych [11]. Ponadto nasze dane dotyczące odsetka urazów pierwszego i drugiego stopnia w szpitalu o III stopniu z 2013 roku są częściowo zgodne z badaniami Karacam. W grupie tureckich pierworódek zaobserwowano u 40,2% samoistne urazy krocza, przy czym u 11,6% wykonano wcześniej nacięcie krocza. Pęknięcia krocza samoistne pierwszego stopnia wystąpiły u 90,7% kobiet, natomiast drugiego stopnia u 9,3%, u żadnej rodzącej nie stwierdzono poważniejszych pęknięć krocza [24]. Podobne spostrzeżenia stwierdzono w badaniu Amorim, częstość samoistnych pęknięć stwierdzono u około 83% kobiet w każdej grupie. Poważne pęknięcia krocza występowały u 1,8% kobiet w grupie bez nacięcia krocza i 2,5% pacjentek losowo przydzielonych do grupy selektywnych nacięć krocza [11].

W badaniu pierworódek w Anglii w latach 2000 do 2012, podobnie jak w naszym zaobserwowano wzrost pęknięć krocza drugiego stopnia z 28 do 35%, trzykrotny wzrost pęknięć krocza trzeciego i czwartego stopnia (1.8 vs 5.9), natomiast pęknięcia pierwszego stopnia pozostawały na tym samym poziomie. Autorzy tłumaczą wzrost odsetka poważnych pęknięć krocza, trudnościami w diagnozie i kwalifikacji urazów krocza, zalecają wprowadzenie znormalizowanych kwalifikacji urazów oraz edukację personelu [7]. Doniesienia z Japonii wskazują, że pęknięcie krocza pierwszego stopnia wystąpiło u 36,7% pierworódek i 27,1% wieloródek, pęknięcia drugiego stopnia wystąpiły u 13,5% pierworódek i 3,0% wieloródek. U jednej wieloródki stwierdzono pęknięcie krocza trzeciego stopnia (0,1%). Nie stwierdzono obrażeń czwartego stopnia [26].

Jak powyżej wskazano na ocenę opieki okołoporodowej składa się wskaźnik pęknięć krocza trzeciego i czwartego stopnia [5,6]. W naszym badaniu stwierdzono, że w szpitalu o III stopniu referencyjności ogólna liczba urazów (nacięć i pęknięć krocza) obniżyła się w okresie od 2005 do 2013 roku (76% vs 67%). Takich obserwacji nie odnotowano w szpitalu o I stopniu referencyjności. Ponadto odsetek poważnych pęknięć krocza zaobserwowano częściej w przypadku porodu z użyciem kleszczy oraz w sytuacji, gdy było wykonane nacięcie krocza. Odsetek poważnych urazów krocza w szpitalu klinicznym obniżył się w analizowanych latach (3,25 vs 2.4%), a także był niższy niż w szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności. Te dane są zgodne z obserwacjami innych autorów. W innym badaniu częstość urazów zwieracza odbytu wynosiła 3,2%. Obserwacje wskazały na związek poważnych urazów zwieracza odbytu z rodnością, wiekiem kobiet, masą urodzeniową, sposobem porodu i dystocją barkową. Kobiety rodzące bez nacięcia krocza bocznego były 1,4 razy częściej narażone na wystąpienie urazu [29]. Doniesienia Meistera i wsp. wskazują, że pęknięcia krocza trzeciego i czwartego stopnia występują u około 4,5% kobiet, a czynnikami ryzyka uszkodzenia są pierworództwo, długi drugi okres porodu, duża masa urodzeniowa płodu i poród zabiegowy [33].

W krajach skandynawskich badano częstość występowania urazów zwieracza odbytu. Okazało się, że częstość uszkodzenia zwieracza odbytu była wyraźnie niższa w Finlandii (0,7-1,0%) niż w pozostałych trzech krajach skandynawskich (4.2-2.3%). Istotne i stałe zmniejszenie częstości urazów zwieracza odbytu zaobserwowano tylko Norwegii (od 4,1 do 2,3%, od 2004 do 2010. Tak znaczna redukcja odsetka spowodowana była realizacją zaleceń techniki ochrony krocza, która polegała na pomocy ręcznej i ochronie krocza podczas drugiego okresu porodu [34]. W innych badaniach okazało się, że masaż skutecznie obniża ryzyko wykonania nacięcia krocza [24, 35].

Od 1985 roku wiele organizacji zajmujących się zdrowiem prokreacyjnym zaniepokojone jest nadmierną medykalizacją porodu, nadużyciami wobec kobiet a także brakiem szacunku [27]. Od kilku lat szeroko jest dyskutowany problem przemocy w położnictwie, która uważana za jedną z najbardziej niewidocznych i neutralizowanych form przemocy wobec kobiet, i stanowi poważne naruszenie praw człowieka [36]. Aktualnie za taką formę „przemocy w położnictwie" uważane jest rutynowe nacięcie krocza, szczególnie, gdy wykonywane jest bez świadomej zgody. Przemoc w położnictwie to sytuacja, w której każda forma ingerencji w poród jest uważana za patologiczną. Kobieta jest automatycznie pacjentką, stosuje się rutynowe procedury medyczne i farmakologiczne, bez podejmowania decyzji dotyczących własnego ciała [21]. W tym kontekście podaje się w wątpliwość czy nacięcie krocza jest naprawdę potrzebne w każdej sytuacji?

Podsumowując należy podkreślić, że różnice w odsetku nacięć krocza w poszczególnych szpitalach i latach budzą wątpliwości, co do zasadności wykonania procedury, która może być medycznie usprawiedliwiona i konieczna. Jednakże zróżnicowanie odsetka w analizowanych latach i szpitalach w tym samym kraju, tym bardziej jest zastanawiające i alarmujące.

Niejednolite dane pod względem szpitali, powinny skłonić do podjęcia natychmiastowych działań edukacyjnych, naprawczych, mających na celu wdrożenie praktyk położniczych (technik ochrony krocza) zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, popartą badaniami naukowymi. Analizowana literatura wskazuje na duże możliwości ochrony krocza z zastosowaniem odpowiednich technik [11, 20, 25, 26, 34], w tym masaż krocza [35], które mogą znacząco obniżyć koszty związane z porodem [4, 12].

Wnioski

Odsetek nacięć krocza w jest znacząco wyższy niż zalecany przez WHO. Liczba wszystkich urazów krocza jest alarmująco wysoka. Tendencje obniżające liczbę urazów zaobserwowano tylko w szpitalu o trzecim stopniu referencyjności. Należy podjąć natychmiastowe starania w celu obniżenia odsetka nacięć krocza. Działania naprawcze powinny polegać na systematycznym przeglądaniu badań naukowych, analizowaniu wskazań do wykonania nacięcia krocza, weryfikowaniu czynników ryzyka urazów, doskonaleniu umiejętności, ocenie własnych działań w odstępach czasu.

Piśmiennictwo

1. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ quality indicators. Department of Health and Human Services. 2010, version 4.1b. Dostępne pod adresem: www. http://qualityindicators.ahrq.gov (Dostęp 13.05.2015).
2. OECD. Obstetric trauma. In Health at a Glance 2013. OECD indicators, OECD Publishing. Dostępne pod adresem: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-aglance.htm (Dostęp 19.12. 2014).
3. Carroli G, Mignini L: Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009,21,1:CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
4. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? Arch Gynecol Obstet. 2012; 286:1369/73. doi: 10.1007/s00404-012-2460-x.
5. Sundquist J-C. Long-term outcome after obstetric injury: a retrospective study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91:715–8.
6. LaCross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. J Midwifery Womens Health. 2015;60:37–47
7. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, Templeton A, van der Meulen JH. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. BJOG. 2013,120,12:1516-1525. doi: 10.1111/1471-0528.12363.
8. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, Prunet C, Zhang WH, Hindori-Mohangoo AD, Zeitlin J, Euro-Peristat Scientific Committee Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; 95: 746-54. doi: 10.1111 / aogs.12894.
9. World Health Organization Division of Family Health Maternal Health and Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: World Health Organization;1996.
10. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evid Rep Technol Assess 2005;112:1–8.
11. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reprod Health; 2017; 24;14(1):55. doi: 10.1186/s12978-017-0315-4.
12. Borghi J Fox Rushby J Bergel E Abalos e Hutton G G Carroli. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186 (2): 221-8.
13. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 8;2:CD000081.
14. Aradmehr M, Azhari S, Shakeri MT. Study of factors associated with postoperative pain following episiotomy in primiparous women at Mashhad Ommolbanin Hospital in 2012. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2015; 3 (1): 305-14. doi: 10.22038/jmrh.2015.3608.
15. Khajavi Shojae K, Dawati A, Zayeri F. Frequency and side effect of episiotomy in primiparous women. Journal of Medical Sciences Ghom. 2010; 3 (2): 36.
16. Frass KA, Al-Harazi AH. Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women. Saudi Med J. 2010;31(7):764-7.
17. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, Martin A, Cossa S, Maillet R, Riethmuller D. [Evaluating a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologists]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010; 39 (1): 37-42. doi.org/10.1016/j.jgyn.2009.09.013
18. http://www.rodzicpoludzku.pl/pliki/Naciecie_krocza_konieczno sc_czy_rutyna.pdf (Dostęp 13.06.2017)
19. https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf. (Dostęp 13.06.2017)
20. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Techinique, and Association with Severe Perineal Lacerations. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016;38(6):301-7. doi: 10.1055/s-0036-1584942
21. Pérez D'GR. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet. 2010;111(3):201-2. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002.
22. Fundacja Rodzić po Ludzku. Raport z Monitoringu wdrażania Nowych Standardów Okołoporodowych w wybranych placówkach Województwa Mazowieckiego. 2013. http://www.rodzicpoludzku.pl/images/raport_z_monitoringu_woj.maz_rodzic_po_ludzku.pdf. (Dostęp 08.06.2017).
23. Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. BJOG 2003;110:1041–4.
24. Karaçam Z, Ekmen H Calişır H Seker S. Prevalence of episiotomy in primiparas, related conditions, and effects of episiotomy on suture materials used, perineal pain, wound healing 3 weeks postpartum, in Turkey: A prospective follow-up study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013;18(3):237-45.
25. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. Birth. 2006; 33 : 94-100. doi: 10.1111 / j.0730-7659.2006.00085.x.
26. Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. J Midwifery Womens Health. 2015; 60 : 419-27. doi: 10.1111 / jmwh.12324.
27. Sadler M, Santos MJDS, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, Clausen J. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reproductive Health Matters. 2016; 24:47, 47:55 doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002
28. Saadia Z. Rates and Indicators for Episiotomy in Modern Obstetrics – a study from Saudi Arabia. Mater Sociomed. 2014; 26(3): 188-190. doi: 10.5455/msm.2014.26.188-190.
29. Revicky V, Nirmal D, Mukhopadhyay S, Morris EP, Nieto JJ. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;150:142–6.
30. Parnell C, Langhoff-Roos J, Moller H. Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:256–61.
31. Raisanen SH, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88:1365–72.
32. Reinbold D, Eboue C, Morello, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. [From the impact of French guidelines to reduce episiotomy's rate]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2012;41(1):62-8. doi: 10.1016/j.jgyn.2011.08.006.
33. Meister MR, Cahill AG, Conner SN, Woolfolk CL, Lowder JL. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. Am J Obstet Gynecol. 2016 ;215(3):310.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.041.
34. Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable?– Large and consistent rupture rate varia-

tions between the Nordic countries and between delivery units in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(1):94-100. doi: 10.1111/aogs.12024.
35. Beckmann MM , Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2006;25;(1):CD005123. doi:10.1002/14651858.CD005123.pub2
36. Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica. Declaración conjunta https://drive.google.com/file/d/0BucL20WyuYRZXFOQ18xWGd4d1U/view (Dostęp 13.06.2017)

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Grażyna Gebuza
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
Collegium Medicum w Bydgoszczy
ul. Łukasiewicza 1
85-821 Bydgoszcz
tel. (52) 585-59-04
e-mail: grazyna.gebuza@cm.umk.pl
tel. +48 796061139

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH A SATYSFAKCJA PACJENTA

THE QUALITY OF MEDICAL SERVICES AND THE PATIENT'S SATISFACTION

Paula Pypłacz[1], Dorota Skóra[2], Marcin Mikos[3]

[1] Zakład Zarządzania Informacją i Wiedzą, Instytut Informacyjnych Systemów Zarządzania, Wydział Zarządzania, Politechnika Częstochowska w Częstochowie
[2] Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze
[3] Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.27

STRESZCZENIE

Satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego jest kluczowym elementem pomiaru jakości usług medycznych w placówkach medycznych. W badaniu dokonano analizy satysfakcji pacjenta w powiązaniu z pomiarem jakości uzyskanych świadczeń zdrowotnych. Przeanalizowano 7360 ankiet satysfakcji pacjenta zebranych podczas badania ankietowego przeprowadzonego wśród osób hospitalizowanych w latach 2013–2016 w Wojewódzkim Centrum Medycznym Kotliny Jeleniogórskiej. Wykazano, iż satysfakcja pacjenta ma bezpośredni związek z jakością świadczeń zdrowotnych udzielanych przez daną placówkę.

Słowa kluczowe: usługa medyczna, satysfakcja pacjenta, jakość usługi medycznej.

ABSTRACT

The patient's satisfaction with hospital treatments is a key element in measuring the quality of services in medical facilities. The presented research had analysed patient's satisfaction in relation to the measurement of the quality of health services received by patients. The study analysed 7360 satisfaction surveys, completed by patients hospitalized in 2013–2016 at the Wojewódzkie Centrum Medyczne Kotliny Jeleniogórskiej. The results show that the patient's satisfaction is directly related to the quality of health services, provided by the given institution.

Keywords: medical service, patient's satisfaction, quality of medical service.

Wstęp

Zmiany gospodarcze w Polsce, które miały miejsce na przestrzeni ostatnich kilku lat spowodowały szereg przekształceń na rynku ochrony zdrowia. W bardzo szybkim tempie dokonała się transformacja sektora medycznego. Zmienili się świadczeniodawcy, płatnicy oraz pacjenci i ich oczekiwania. Zarówno placówki medyczne, jak i jakość świadczonych przez nie usług zaczęto postrzegać w kategoriach rynkowych. To spowodowało, że pacjent stał się klientem jednostek opieki zdrowotnej, a produktem, po który się zgłasza jest rozwiązanie jego problemu zdrowotnego. Cały sektor ochrony zdrowia, podobnie jak rynek usług medycznych, oparł się na zasadach konkurencyjności. Niewątpliwie sposobem na stanie się konkurencyjnym jest, jakość oferowanych usług medycznych, pojmowanych, jako działanie mające na celu spełnienie oczekiwań i wymagań konsumenta, zdobywanie uznania i zaufania pacjenta oraz zapewnienie, że wszystkie procedury medyczne przeprowadzane są w sposób bezpieczny i skuteczny. Doskonalenie procesu leczniczego powiązane jest z poprawą efektywności szpitali. Priorytetem stało się więc udzielanie usług medycznych na jak najwyższym poziomie. Jakość oferowanych usług medycznych jest czynnikiem silnie determinującym satysfakcję pacjenta, która zależeć będzie od stopnia spełnienia jego oczekiwań wobec dostarczonej mu usługi medycznej w zakresie diagnostyki, leczenia czy też relacji z personelem. Należ pamiętać, że pacjent przy ocenie zawsze kieruje się kwestią indywidualną i subiektywną. Dlatego też placówki medyczne powinny pozyskać informacje, które z czynników decydować będą o satysfakcji pacjenta, a które wpływają na brak zadowolenia i w jakim stopniu. Odpowiedź na rozpatrywany problemu satysfakcji w aspekcie realizowanych usług medycznych udzielić mogą systematyczne przeprowadzone badania poziomu satysfakcji pacjenta, która stanowi kluczowy element pomiaru jakości w jednostkach medycznych.

Satysfakcja klienta – pacjenta jest przedmiotem zainteresowania wielu współczesnych organizacji. Dla jednych organizacji jest wymaganiem narzuconym przez system zarządzania jakością (w normie PN-EN ISO 9000: 2000 zamieszczono definicję satysfakcji klienta, w myśl, której jest to „percepcja klienta dotycząca stopnia, w jakim jego wymagania zostały spełnione”[1]), dla innych natomiast ele-

[1] PN-EN ISO 9000:2000, System zarządzania jakością, Podstawy i terminologia, wrzesień 2001, pkt. 3.1.4., s.25.

mentem kultury organizacyjnej, będącym ważnym czynnikiem w jej strategicznym rozwoju. Satysfakcja jest procesem bardzo dynamicznym. Według Maisona i Bruina satysfakcja jest odczuciem względnym, a nie absolutnym i niezmiennym. Według Nowickiego i Sikory, istnieją dwie główne, powszechnie akceptowane, koncepcje satysfakcji klienta[2]: satysfakcja transakcyjna oraz satysfakcja skumulowana.

Pierwsza z nich podkreśla krótkotrwałość doświadczeń konsumenta z produktem lub usługą, odnosząc satysfakcję do odczuć, jakie występują w związku z oceną transakcji i skutków ich nabycia. W ocenie tej nie są zawarte doświadczenia osobiste nabywcy. Drugie podejście natomiast zwraca szczególną uwagę na skumulowanie satysfakcji pozakupowej oraz dysonansu pozakupowego. Czynnikami determinującymi są reakcje konsumenckie, mianowicie wygenerowane przez społeczeństwo i edukację, ale to również doświadczenia klienta, jakie nabył dotychczas na rynku zakupów. Satysfakcja w związku z tym nie jest przemijającym i krótkotrwałym stanem zadowolenia, lecz całkowitą oceną konsumpcji w określonym czasie. Koncepcja taka wydaje się być zgodna z podejściem prezentowanym w naukach ekonomii, łączącym satysfakcję ze zdolnością do oceny użyteczności nabytego produktu lub usługi. Pogląd ten jest również zbliżony z postrzeganiem satysfakcji na równi z subiektywnie dobrym samopoczuciem, prezentowanym w psychologii ekonomicznej (Nowicki, Sikora).[3]

Philip Kotler definiuje satysfakcję, jako ,,stan odczuwalny przez jednostkę i związany z porównywaniem postrzeganych cech produktu oraz oczekiwań jednostki dotyczących tych cech"[4]. Nigel Hill i Jim Aleksander uważają, że poziom satysfakcji ,,jest odzwierciedleniem tego, w jakim stopniu produkt całkowicie oferowany przez daną organizację zaspokaja zbiór wymagań klienta"[5]. Podobny ton wypowiedzi można zauważyć u B. Marciniak, która definiuje zarówno satysfakcję, jak również jej brak, jako "stan emocjonalny pojawiający się u nabywcy w wyniku dokonania zakupu, będący rezultatem konfrontacji jego oczekiwań, co do produktu z jego doświadczeniem z produktem"[6].

Poziom zadowolenia klienta z pozyskanego produktu lub dostarczonej usługi zależy od[7]:

- rzeczywistych cech produktu lub usługi,
- indywidualnych cech nabywcy,
- wymagań nabywcy dotyczących produktu lub usługi,
- polityki komunikacyjnej organizacji dotyczącej doświadczeń klienta.

Przedstawione czynniki wpływają na postrzeganie produktu lub usługi przez nabywcę kształtując jego oczekiwania i w rezultacie określając jego satysfakcję[8].

Wydaje się, że kluczowa determinanta satysfakcji klienta przebiega pomiędzy subiektywną oceną poziomu wykonanej usługi, a oczekiwaniem klienta, zatem satysfakcja powstaje w sytuacji, gdy subiektywna ocena z poziomu wykonanej usługi przynajmniej równa się oczekiwaniu.

Na satysfakcję klienta wpływa także poprawa wewnętrznej struktury usług; mówimy tutaj o poprawie dotyczącej zadowolenia pracowników i definiowanej jakości, bo wszystkie te czynniki razem przyczyniają się do poprawy wyników biznesowych[9].

Do całościowego przedstawienia satysfakcji stosuje się modele oczekiwanej niezgodności, teoria sprawiedliwości, model emocjonalny (więcej [10], [11]). Jednak satysfakcja jest pojęciem na tyle złożonym, że najbliższe prawdy wydaje się być połączenie ww. modeli.

Istnieje zależność między jakością a zadowoleniem, co z kolei silnie koreluje z lojalnością.

Warto przedstawić również odmienną opinię, dotyczącą satysfakcji klienta, mówiącą, że nie zawsze jednak satysfakcja przekłada się na zysk. Wprawdzie od niezadowolonych klientów nie można oczekiwać trwałego związku z organizacją, ich wierności i lojalności, jednak satysfakcja nie gwarantuje wypracowania wysokiego zysku, a jedynie mu sprzyja, ponieważ:[12]

- zadowolony klient nie zawsze jest lojalny wobec organizacji,

[2] P. Nowicki,T. Sikora, Czynniki kształtujące satysfakcje oraz korzyści z pomiaru satysfakcji klienta w procesie doskonalenia, jakością, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, zeszyt naukowy.

[3] P. Nowicki,T. Sikora, Czynniki kształtujące satysfakcje oraz korzyści z pomiaru satysfakcji klienta w procesie doskonalenia, jakością, Uniwersyten Ekonomiczny w Krakowie, zeszyt naukowy

[4] Ph. Kotler, Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola, Gebether i Ska, Warszawa 1994, s. 35.

[5] Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta, Strategia-Pomiar- Zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 52.

[6] Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta, Strategia-Pomiar-Zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 51

[7] K. Mazurek-Łopacińska, *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*, PWE Warszawa 2003, s. 308.

[8] K. Mazurek-Łopacińska, *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*, PWE Warszawa 2003, s. 309.

[9] L. Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska*, Satysfakcja klienta. Strategia-Pomiar-Zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 57.

[10] L. Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska*, Satysfakcja klienta. Strategia-Pomiar-Zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 59.

[11] Satysfakcja klienta w systemie zarządzania jakością, https://cytaty.mfiles.pl/index.php/book/1096/0/Satysfakcja_klienta_w_systemie_zarz%C4%85dzania_jako%C5%9Bci%C4%85, [dostęp:13.12.2016]

[12] J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowania*, C. H. Beck, Warszawa 2004, s. 92.

– zadowolony klient nie zawsze dokonuje powtórnych zakupów,
– nie zawsze zadowolony klient jest organizacji potrzebny,
– niezadowolony klient nie musi oznaczać braku lojalności.

Ta sytuacja wymusza na organizacjach stałe analizowanie wielowymiarowego, bardzo trudnego procesu oceny satysfakcji klienta.

Satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego stała się kluczowym elementem pomiaru jakości w placówkach medycznych. Pacjent przebywając na oddziale staje się nabywcą usługi medycznej i oceniającym stopień, w jakim zaoferowana usługa zaspokaja jego potrzeby. Tak więc dochodzi do konfrontacji oczekiwań pacjenta z tym, co właśnie zostało mu dostarczone.

Materiał i metody

W badaniu dokonano analizy satysfakcji pacjenta w powiązaniu z pomiarem jakości uzyskanych świadczeń zdrowotnych. W badaniu dokonano analizy 7360 ankiet satysfakcji pacjenta hospitalizowanych w latach 2013-2016 w Wojewódzkim Centrum Medycznym Kotliny Jeleniogórskiej. Największa liczba pacjentów uczestniczących w badaniu - 29,8%, obejmowała przedział wiekowy przewyższający 60 lat, a osoby pomiędzy 21-40 lat stanowiły 26,3% pacjentów. Pacjenci najmłodsi do 10 lat stanowili grupę 5,5% , a w wieku 11- 20 lat 6,25% ogółu chorych. kwestionariusz ankiety składał się z 15 pytań odnoszących się do 6 obszarów charakterystycznych dla usługi medycznej: wymiaru materialnego, wymiaru niezawodności, reakcji na oczekiwania pacjenta, kompetencji oraz empatii.

Tabela 1. Ankieta zadowolenia pacjenta – ocena przy przyjęciu

Ocena długości oczekiwania na przyjęcie do szpitala:						
Lata	Bez oczekiwania	Od 1–2 Tygodni	Od 2 tygodni do miesiąca	Powyżej 1 do 2 m-cy	Powyżej 2 m-cy	Dłużej niż pół roku
Rok 2013	61%	9%	7%	8%	8%	7%
Rok 2014	57%	17%	8%	6%	8%	4%
Rok 2015	53%	11%	11%	10%	9%	5%
Rok 2016	55%	19%	10%	7%	4%	5%

Tabela 2. Ocena powodów wyboru szpitala

Ocena powodów wyboru szpitala:	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016
Wysoko kwalifikowana kadra	16%	14%	16%	15%
Dogodna lokalizacja	21%	23%	26%	19%
Nie miałem wpływu na wybór	20%	18%	14%	18%
Polecenie przez rodzinę/znajomego	9%	10%	9%	12%
Sugestia lekarza prowadzącego	26%	27%	27%	28%
Nowoczesna diagnostyka	8%	8%	8%	8%

Tabela 3. Ankieta zadowolenia pacjenta – ocena opieki lekarskiej

Ocena przekazywanie informacji na temat choroby i leczenia przez lekarza prowadzącego:			
Lata	dobrze i bardzo dobrze	w normie	źle i bardzo źle
Rok 2013	88%	11%	2%
Rok 2014	85%	13%	2%
Rok 2015	84%	14%	2%
Rok 2016	88%	11%	2%

Tabela 4. Ankieta zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej

Ocena dostępność pielęgniarki na dyżurze:			
Lata	bardzo duża i duża	w normie	mała i bardzo mała
Rok 2013	88%	10%	2%
Rok 2014	88%	11%	1%
Rok 2015	88%	11%	1%
Rok 2016	91%	7%	2%

Tabela 5. Ankieta zadowolenia pacjenta – rekomendacja

Czy poleciłaby Pani/Pan nasz szpital rodzinie, przyjaciołom:			
Lata	tak i raczej tak	nie i raczej nie	nie mam zdania
Rok 2013	75%	25%	Brak pytania
Rok 2014	78%	22%	Brak pytania
Rok 2015	81%	19%	Brak pytania
Rok 2016	81%	4%	15%

Wyniki

Wybór szpitala w najczęstszych przypadkach następował na podstawie skierowania do szpitala wydawanego przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i wyniósł 27%. Kolejnym czynnikiem, którym kierują się pacjenci, przy wyborze placówki medycznej jest dogodna lokalizacja – 22,3%. 17,5% deklaruje brak wpływu na możliwość wyboru szpitala.

Kryterium wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej wzięła pod uwagę 15% grupa badanych, a dostępem do nowoczesnej diagnostyki kierowało się zaledwie 8% pacjentów. Sugestiami znajomych, czy rodziny kierowało się 10% hospitalizowanych.

57% badanych zostało przyjętych bez oczekiwania, najczęściej były to przypadki nagłe. 14% oczekiwało od 1 do 2 tygodni, do 2 miesięcy okres oczekiwania to 7,8%, powyżej 2 miesięcy na przyjęcie do szpitala oczekiwało 7% pacjentów, a dłużej niż pół roku czekało 5% pacjentów.

Tylko 1,5% pacjentów określiło czas załatwiania formalności przy przyjęciu, jako źle i bardzo źle, w normie oceniło 14%. Poziom zadowolenia wśród przyjętych pacjentów był wysoki, gdyż aż 85% udzieliło odpowiedzi dobrze i bardzo dobrze. Jeszcze bardziej pozytywnie została oceniona życzliwość personelu przy przyjęciu. Tylko 1,3% pacjentów było niezadowolonych, w normie 7,8%, natomiast 91% pacjentów było zadowolonych w tym obszarze.

Na etapie przyjęcia zapoznanie pacjenta przez personel medyczny z jego prawami, które wynikają z ustawy o Prawach Pacjenta stanowi tendencję wzrostową. Z roku na rok procent odpowiedzi potwierdzających rośnie.

W roku 2013 odpowiedzi *tak* udzieliło 70%, a odpowiedzi *nie* 30%. W kolejnych latach odpowiedzi kształtowały się następująco: 2014 roku *tak*-76%, *nie*-24%, 2015 roku *tak*-80%, *nie* 20%, 2016 roku *tak*-85%, *nie*-15%.

Ocena pobytu pacjenta na oddziale dotyczyła czystości sal chorych. 89% pacjentów oceniło czystość w sposób pozytywny, w normie 11%, zastrzeżenia miała zaledwie 1% przebywających na oddziale pacjentów. Jakość posiłków źle i bardzo źle oceniło 10% badanych, w normie 25%, dobrze i bardzo dobrze aż 67% badanych.

Ocenie poddana została praca lekarzy, która wywiera kluczowy wpływ na budowanie satysfakcji pacjenta z hospitalizacji. Na pytanie o sposób przekazywania informacji na temat choroby i sposób leczenia, 86% pacjentów wywarło pozytywną opinię, 12% określiło normę, a 2% było pacjentów niezadowolonych wskazując na odpowiedzi źle i bardzo źle.

Z analizy badanego obszaru dotyczącego rzetelności i czytelności informacji udzielanych pacjentowi przez lekarza wynika, że dla 76% pacjentów ocenia je pozytywne.

Natomiast 24% ankietowanych oceniła ten obszar negatywnie stwierdzając, że przekazywane informacje była dla nich niezrozumiałe.

Czas, który został poświęcony przez lekarza dla pacjenta w całym okresie badawczym kształtował się na podobnym poziomie. Najwięcej odpowiedzi uzyskała ocena normy (46%), dobrze i bardzo dobrze oceniło 40%, źle i bardzo źle 14%.

Podobnie jak personel lekarski ocenie poddano pracę pielęgniarek. Życzliwość pielęgniarek oceniona została wysoko. 90% ankietowanych oceniło ją na poziomie dobrym i bardzo dobrym, w normie 8%. Wśród badanych pojawiły się sporadyczne negatywne oceny na poziomie 2%. Dostępność pielęgniarki na dyżurze kształtuje się podobnie. 89% to ocena dobra i bardzo dobra, 10% w normie, tylko 1% oceniło na poziomie źle i bardzo źle.

Ocenę pozytywną z poszanowania zasad intymności i poszanowania godności pacjenta podczas leczenia udzieliło 89% ankietowanych, norma to 10% udzielonych odpowiedzi, a 1% stanowią pacjenci niezadowoleni.

Na pytanie dotyczące momentów trudnych dla pacjenta, czy udzielono pacjentowi wsparcia w postaci możliwość odbycia rozmowy z wybraną osobą z personelu, 11,5% badanych odpowiedziało, że nie miało takiej możliwości. Porównywalnie, bo 12% pacjentów mogło porozmawiać z psychologiem lub inną osobą z personelu. Rozmowę z księdzem odbyło 4,8% pacjentów w badanych latach. Najwięcej badanych (26%) udzieliło odpowiedzi o możliwości porozmawiania w sytuacjach dla nich trudnych z lekarzem, a z pielęgniarkami aż 47%.

W kwestii rekomendacji szpitala aż 79% badanych deklaruje chęć polecenia szpitala rodzinie i znajomym, natomiast 17,5% uważa, że raczej nie poleciłaby usług szpitala.

Wnioski

Otrzymane wyniki badań satysfakcji pacjenta pozwalają stwierdzić, że Wojewódzkie Centrum Medyczne Kotliny Jeleniogórskiej cieszy się wysokim poziomem zadowolenia pacjenta. Dowodem tego są pozytywne opinie pacjentów wystawione dla poszczególnych obszarów działania spełniające w dużym stopniu ich oczekiwania.

Wyznacznikiem sukcesu danej jednostki ochrony zdrowia jest satysfakcja pacjenta z jakości pozyskanej usługi medycznej, którą należy systematycznie badać i udoskonalać.

W świetle przeprowadzonych badań satysfakcja pacjenta ma bezpośredni związek z jakością świadczeń zdrowotnych udzielanych przez daną placówkę.

Piśmiennictwo

1. PN-EN ISO 9000:2000, System zarządzania jakością, Podstawy i terminologia, wrzesień 2001, pkt. 3.1.4., s. 25.
2. P. Nowicki,T. Sikora, Czynniki kształtujące satysfakcje oraz korzyści z pomiaru satysfakcji klienta w procesie doskonalenia, jakością, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, zeszyt naukowy.
3. Ph. Kotler, Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola, Gebether i Ska, Warszawa 1994, s. 35.
4. Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, Satysfakcja klienta, Strategia-Pomiar-Zarządzanie, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 52.
5. K. Mazurek-Łopacińska, Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe, PWE Warszawa 2003, s. 308.
6. Satysfakcja klienta w systemie zarządzania jakością, https://cytaty.mfiles.pl/index.php/book/1096/0/Satysfakcja_klienta_w_systemie_zarz%C4%85dzania_jako%C5%9Bci-%C4%85, [dostęp:13.12.2016]
7. J. Otto, Marketing relacji. Koncepcja i stosowania, C. H. Beck, Warszawa 2004, s. 92.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Marcin Mikos
Department of Emergency Medical Services, Faculty of Medicine
Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
30-705 Kraków, Poland
e-mail: marcin.mikos@mp.pl
(+48) 12 252 45 05

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA KOBIET W CIĄŻY POJEDYNCZEJ

PHYSICAL ACTIVITY OF SINGLE PREGNANCY WOMEN

Ewa Kaźmierczak[1], Natalia Smolarek[2], Monika Englert-Golon[3], Sonia Wojciuch, Beata Pięta[2]

[1] FizjoBelly, w Gnieźnie
Fundacja na Rzecz Rozwoju Ochrony Zdrowia, Zakład Paliatywnej Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji w Gnieźnie
[2.] Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[3.] Klinika Ginekologii Operacyjnej, Wydział Lekarski I, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.28

STRESZCZENIE

Wstęp. Przed planowaniem ciąży powinna być przeprowadzana rozmowa z lekarzem o obecnych lub przebytych chorobach ogólnoustrojowych. Priorytetem jest zebranie wywiadu rodzinnego, skompletowanie informacji odnośnie wcześniejszych ciąż, wad wrodzonych i genetycznych, nadciśnienia, cukrzycy, chorób autoimmunologicznych i układowych. Istotne znaczenie ma wywiad dotyczący ewentualnych chorób ginekologicznych, w tym zmian na przydatkach, obecności mięśniaków, wad rozwojowych, przebytych zakażeń, stosowanej antykoncepcji oraz leczenia niepłodności. Do obciążeń i zmian związanych z ciążą organizm kobiety jest fizjologicznie przygotowany. Ciąża to czas istotny zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców.
Cel pracy. Celem pracy była ocena aktywności fizycznej kobiet w ciąży pojedynczej. Cele te realizowano przez analizę profilu społeczno-demograficznego i ocenę aktywności fizycznej przed ciążą oraz w jej trakcie. Następne cele to charakterystyka dolegliwości bólowych oraz innych objawów mogących ograniczać aktywność fizyczną ciężarnej, a także ocena wiedzy na temat zabiegów fizjoterapeutycznych stosowanych w ciąży.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 101 pacjentek hospitalizowanych w okresie od czerwca 2016 r. do stycznia 2017 r. na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w Zespole Opieki Zdrowotnej. Najważniejsze informacje uzyskano za pomocą ankiety, która zawierała 34 pytania. Zebrano dane dotyczące miejsca zamieszkania, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, wzrostu, masy ciała, BMI, aktywności zawodowej oraz chorób współtowarzyszących. Ponadto zapytano o to, czy ciąża była planowana. Ważne były także informacje dotyczące tygodnia ciąży, opieki medycznej, edukacji zdrowotnej dla ciężarnych, aktywności fizycznej oraz uczestnictwa w zajęciach w szkole rodzenia. Większość badanych pochodziła z miejscowości liczących 20–100 tys. mieszkańców, była w wieku 26–30 lat; przeważały kobiety zamężne, mające wyższe wykształcenie. Pacjentki otrzymały instrukcję dotyczącą sposobu wypełnienia ankiety oraz zostały zapewnione o poufności zebranych danych. Udział w analizie był dobrowolny.
Wyniki. Na podstawie analizy uzyskanych wyników potwierdzono, że aktywność fizyczna stanowi część zdrowego stylu życia i poprawia samopoczucie ćwiczącej. Nie musi być związana ze zmęczeniem i intensywnym wysiłkiem. Nawet spacer na świeżym powietrzu jest formą aktywności. Ćwiczenia takie zyskały powszechne uznanie i rzadko można się spotkać z kwestionowaniem tej opinii. Aktywność wpływa na utrzymanie prawidłowej postawy oraz przeciwdziała nadmiernemu wzrostowi masy ciała.
Wnioski. Najczęstszą formą aktywności fizycznej podejmowaną przez kobiety zarówno przed ciążą, jak i w jej trakcie były spacery. Analizowana grupa badanych stwierdziła, że ten rodzaj aktywności ma znaczący wpływ na ich kondycję fizyczną oraz dobre samopoczucie. W opinii badanych ciężarnych, które nie były aktywne fizycznie, dolegliwości bólowe kręgosłupa nasilały się z każdym tygodniem ciąży. Głównym powodem podjęcia aktywności fizycznej podczas ciąży były dolegliwości bólowe kręgosłupa. Najczęściej wiedzę na temat aktywności fizycznej, bezpiecznej i zalecanej podczas ciąży, kobiety czerpały od lekarza ginekologa oraz od położnej. Podczas analizy wyników badań zauważono, że kobiety z wykształceniem wyższym były bardziej świadome znaczenia aktywności fizycznej w trakcie trwania ciąży.

Słowa kluczowe: ciąża pojedyncza, aktywność fizyczna, aktywność fizyczna w ciąży, ćwiczenia dla kobiet w ciąży, szkoła rodzenia.

ABSTRACT

Introduction. While planning pregnancy, it is advised to talk to your doctor about current or past systemic diseases. The priority is to collect family history and information concerning previous pregnancies, innate and genetic disorders, hypertension, diabetes, autoimmune and systemic diseases. It is important to conduct the gynecological interviews about presence of myomas, developmental disability, past infections, contraception and infertility treatment. The woman's body is physiologically prepared for stress and changes connected with the pregnancy. Pregnancy is the time for the child as well as for the parents.
Aim of the study. The purpose of the study is to assess the physical condition of pregnant women. These aims are pursued by analyzing the socio-demographic profile and physical assessment before and during pregnancy. The next goal is to characterize the symptoms of pain and other reasons of reducing physical activity, as well as to assess knowledge about the physiotherapeutic procedures used during pregnancy.

Material and methods. The study was conducted among 101 patients hospitalized between June 2016 and January 2017 in the Gynecological Section of the Health Care Team. The most important information was collected through a questionnaire with 34 questions. The survey collected data of place of residence, age, marital status, education, body weight, BMI, occupation and diseases. Additionally, women were asked whether pregnancy was planned. It was also important to have information about medical care, health education for pregnancy, physical activity and childbirth classes. Most of the surveyed women were from the cities of 20–100 thousand people, between the age of 26–30, married and had a university degree. Patients received instructions about filling in the questionnaire and were assured that all information is confidential. Participation in the analysis was voluntary.
Results. Based on the analysis results confirmed the physical activity is part of a healthy lifestyle and it improves the well-being of the exerciser. It does not have to be connected with intensive effort. Even a walk in the open air is a form of activity. Such exercises have gained the widespread recognition. Physical activity has positive influence on keeping proper posture and it prevents women from excessive weight gain.
Conclusions. The most common form of physical activity taken by women were walks, both before and during pregnancy. The analyzed group of respondents stated that this type of activity had a significant impact on their physical condition and well-being. In the opinion of patients who were not active, the spine pain intensified along with every week of pregnancy. There was no excessive weight gain in physically active group. The most common source of knowledge about physical health and safety during pregnancy was the gynecologist and midwife. While analyzing the research results it was noticed that women with higher education degree were more aware of significance of physical education during pregnancy.

Keywords: pregnancy, physical activity, physical activity in pregnancy, exercises for pregnant women, childbirth classes.

Wstęp

Aspekt aktywności fizycznej coraz częściej pojawia się wśród tematów dotyczących zdrowia kobiety w czasie ciąży. Przez ostatnie lata znacznie wzrosła liczba kobiet, które w czasie ciąży podejmują aktywność fizyczną. W Polsce ma to związek ze dynamicznie zmieniającą się jakością opieki okołoporodowej [1].

Regularna aktywność fizyczna o umiarkowanej intensywności wykonywana przez kobiety podczas ciąży i w okresie połogu, jest bezpieczna oraz niesie ze sobą szereg korzyści. Nie tylko dla przyszłej matki, ale również i jej dziecka. Pomaga w zachowaniu sprawności ciała i umysłu. Zapobiega pojawieniu się dolegliwości bólowych kręgosłupa, nadmiernemu przybieraniu na masie ciała, jak również zmniejsza wpływ symptomów ciążowych na życie codzienne kobiety ciężarnej, które są spowodowane zmianami zachodzącymi w jej ustroju. Ułatwia i przyspiesza poród oraz skraca czas regeneracji w powrocie do formy po urodzeniu dziecka [2, 3].

Aktywność fizyczna stanowi jeden z podstawowych elementów zdrowego stylu życia. Nawet spacer na świeżym powietrzu jest formą aktywności ruchowej pod warunkiem, że czas ten poświęcony jest wyłącznie na własne odprężenie [1].

Wraz z rozwojem medycyny, jak i rozszerzaniem się wiedzy na temat fizjologii ciąży zmieniają się referencje dotyczące bezpiecznego postępowania w czasie jej trwania. Odchodzi się od podejścia, sugerującego ograniczenie wszelkiej aktywności fizycznej. Współczesne postrzeganie ciąży zwraca uwagę nie tylko na właściwe postępowanie gwarantujące rozwój dziecka, ale także przygotowanie kobiety do aktywnego udziału w porodzie [4, 5].

Ciąża o przebiegu fizjologicznym, pojedyncza, wewnątrzmaciczna, nie powikłana nie stanowi przeciwwskazania do aktywności fizycznej. Ruch w tym okresie korzystnie wpływa na poprawę układu mięśniowo-szkieletowego, sercowo-naczyniowego, wydolności układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego oraz procesów metabolicznych. W szczególności dotyczy to ogólnej sprawności fizycznej, wydolności tlenowej i siły, zarówno w okresie ciąży, jak i po urodzeniu dziecka. Forma aktywności fizycznej powinna być jednak skonsultowana z lekarzem prowadzącym ciążę oraz dostosowana do możliwości i potrzeb ciężarnej [4, 6].

W 2012 roku Ministerstwo Zdrowia opracowało standardy opieki okołoporodowej. Ich głównym celem było udoskonalenie standardów opieki medycznej pozwalających obniżyć odsetek urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej i porodów przedwczesnych, zmniejszenie umieralności okołoporodowej, zachorowań i zgonów matek. Zadanie to powinno być realizowane przez wszystkich specjalistów wchodzących w skład zespołu interdyscyplinarnego zajmującego się kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu [3, 5].

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 101 pacjentek hospitalizowanych w okresie od czerwca 2017 do stycznia 2018 roku na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie. Najważniejsze informacje zebrano za pomocą ankiety, która zawierała 34 pytania. Ze

brano dane dotyczące miejsce zamieszkania, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, wzrostu, masy ciała, BMI, aktywności zawodowej oraz chorób współtowarzyszących. Ponadto zapytano o to czy ciąża była planowana. Ważne były także informacje dotyczące tygodnia ciąży, opieki medycznej, edukacji zdrowotnej dla ciężarnych, aktywności fizycznej oraz uczestnictwo w zajęciach w szkole rodzenia. Pacjentki otrzymały instrukcję dotyczącą sposobu wypełnienia ankiety oraz zostały zapewnione o poufności zebranych danych. Udział w analizie był dobrowolny.

Analizy statystycznej dokonano przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 24. Analiza testem chi-kwadrat pozwoliła sprawdzić czy występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy zmiennymi nominalnymi. Również zbadanie czy porównywane grupy są równoliczne. W analizie statystycznej wyników wykonywano analizę częstości (N, %), jak również w przypadku zmiennych ilościowych średnią oraz odchylenie standardowe. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 101 kobiet. Większość z nich pochodziła z miejscowości od 20 - 100 tys. mieszkańców, była w przedziale wiekowym od 26 do 30 lat, była mężatkami oraz posiadała wykształcenie wyższe. Według badanych najczęstszym źródłem informacji na temat ciąży był lekarz ginekolog (92,1%) oraz położna (76,2%). Jako kolejne wiarygodne źródło wiedzy kobiety podały Internet (59,4%), a także książki związane z tematyką ciąży (37,6%). Według badanych szkoła rodzenia nie była wystarczającym źródłem informacji – 20 kobiet. Spośród form spędzania czasu wolnego w grupie kobiet badanych dominowały głównie zajęcia statyczne, takie jak czytanie książek (43,6%) oraz słuchanie muzyki (41,6%). 36,6% grupy w wolnym czasie oglądało telewizję. Tylko 1/3 badanych czas wolny przeznaczała na aktywność fizyczną.

Jako główne dolegliwości ciążowe kobiety najczęściej zgłaszały zmęczenie oraz senność – 54,5%. 44 ciężarne podały, że kolejnym dyskomfortem fizycznym były bóle kręgosłupa, które nasilały się wraz ze wzrostem tygodnia ciąży. Najmniej uciążliwe okazały się być bóle stawów (4%) oraz żylaki kończyn dolnych (5%).

Najczęstszą aktywnością fizyczną u kobiet przed ciążą były spacery – 77 badanych, a jako kolejną podały jazdę na rowerze (44 badane). W mniejszej ilości podały bieganie – 24 kobiety oraz pływanie (27 badane). Najmniej popularne były zajęcia na siłowni (13 kobiet) oraz Joga – tylko 3 badane.

Natomiast do najczęstszych rodzajów aktywności fizycznej stosowanej przez kobiety w trakcie ciąży były spacery – 84 kobiety. Z pływania oraz ćwiczeń w szkole rodzenia korzystało tylko 19 badanych. Najmniej popularne były zajęcia taneczne (1 kobieta).

Do głównych przyczyn podjęcia aktywności fizycznej w grupie badanych kobiet była chęć posiadania lepszego samopoczucia (66,3%) oraz sposób spędzania wolnego czasu (40,6%). Kolejnym powodem było zmniejszenie dolegliwości bólowych (20,8%) oraz odpowiednie przygotowanie do porodu (26,7%). Najmniej kobiet podjęło aktywność fizyczną w trakcie ciąży w celu mniejszego przyrostu masy ciała (16,8%).

Oglądanie telewizji jest dość popularną formą spędzania czasu wolnego wśród kobiet w ciąży. Najczęściej obserwowane w grupie kobiet między 15 – 20 lat (10,8%) oraz 31 – 35 lat (29,7%). Natomiast w grupach między 21 – 25 lat (26,6%), 26 – 30 lat (48,4%) oraz powyżej 35 lat nie wykazano takiej formy spędzania czasu wolnego.

W grupie kobiet powyżej 35 roku życia (7,9%) dominującą formą spędzania czasu wolnego było czytanie książek. W pozostałych grupach wiekowych w ogóle nie wykazano, aby kobiety czytały książki. W grupach kobiet 21 – 25 lat (22,1%), 26 – 30 lat (46,8%), 31 – 35 lat (20,8%) oraz powyżej 35 lat (91%) spacer był przeważającą formą aktywności fizycznej. Wykazano, że kobiety w przedziale wiekowym 15 – 20 lat (12,5%) w ogóle nie chodziły na spacery. W grupach kobiet 21-25 lat (35,1%), 26 – 30 lat (38,6%) oraz powyżej 35 lat odnotowano, że przed ciążą nie jeździło na rowerze. U badanych w grupie 15 – 20 lat tyle samo osób jeździło co nie jeździło na rowerze. Natomiast w grupie 31 – 35 lat prawie trzydzieści procent kobiet korzystało z tej formy aktywności. Kobiety pochodzące ze wsi (26,4%) oraz z miasta 20 – 100 tys. (54,9%) częściej korzystały z informacji od lekarza na temat aktywności fizycznej w trakcie ciąży niż mieszkanki większych miast. 50% mieszkanek miast (od 20 – 100 tys.), 18,6% (100 – 200 tys.) oraz 35% zamieszkujących rzadko, bądź nieregularnie wykonywała ćwiczenia. Natomiast w grupie zamieszkujących miasto w przedziale 200 – 500 tys. mieszkańców również 35% kobiet stosowała ćwiczenia zarówno regularnie, jak i rzadko.

Spośród badanych, których głównym źródłem wiedzy na temat ciąży była literatura medyczna większą część stanowiły kobiety z wyższym wykształceniem (71,1%). Kobiety z wykształceniem zawodowym (39%) oraz średnim (23,7%) nie korzystały z wyżej wymienionego źródła wiedzy. Na podstawie oceny subiektywnej wykazano, że kobiety z wykształceniem wyższym (67,6%) miały zadowalającą kondycję fizyczną w trakcie ciąży. Natomiast kobiety z wykształceniem zawodowym (26,8%) oraz z średnim (31,7%) oceniały swoją kondycję fizyczną w trakcie ciąży jako dobrą.

Zaobserwowano, że spacery był główną formą aktywności fizycznej przed ciążą wśród kobiet z wykształceniem wyższym (56,7%) oraz zawodowym (34,7%). Spośród kobiet, które uczęszczały na basen przed ciążą, większą część z nich stanowiły badane z wyższym wykształceniem (70,4%). Natomiast w grupie z wykształceniem zawodowym (38,6%) i średnim (18,6%) nie stosowano takiej formy aktywności fizycznej.

96,65% kobiet z prawidłową masą ciała posiadało bardzo dobrą kondycję fizyczną przed ciążą. Część ciężarnych z nadwagą (30,4%) uważała, że uczęszczanie do szkoły rodzenia jest zbędne. Natomiast kobiety z prawidłową masą ciała (92%) stwierdziły, że nie uczęszczały na zajęcia do szkoły rodzenia. Jako powód podały brak czasu.

Spośród kobiet, u których występowały dolegliwości bólowe kręgosłupa, większą część stanowiły ciężarne z nadwagą (68,2%). U kobiet z prawidłowym BMI (50,9%) nie występowały dolegliwości bólowe kręgosłupa.

U kobiet z nadwagą (77,3%) występowały obrzęki limfatyczne kończyn dolnych. Kobiety, które po raz drugi były w ciąży, rzadziej korzystały z wiedzy rodziny na temat ciąży (60,9%). Natomiast badane, które po raz pierwszy były w ciąży (79,3%) zdecydowanie częściej uzyskiwały informację od rodziny. 56,2% kobiet będących po raz drugi w ciąży nie uczęszczało do szkoły rodzenia. 43,8% kobiet, które po raz pierwszy były w ciąży nie uczęszczało do szkoły rodzenia.

Wnioski

1. Najczęstszym źródłem wiedzy na temat aktywności fizycznej dla kobiet w ciąży jest ginekolog oraz położna.
2. Popularną formą aktywności fizycznej podejmowaną przez kobiety zarówno przed ciążą jak i w trakcie jej trwania są spacery.
3. Ciężarne nie aktywne fizycznie częściej zgłaszają dolegliwości bólowe kręgosłupa, które nasilają się wraz ze wzrostem tygodnia ciąży.
4. Głównym powodem podjęcia aktywności fizycznej podczas ciąży były dolegliwości bólowe kręgosłupa.
5. Kobiety z wykształceniem wyższym są bardziej świadome znaczenia aktywności fizycznej w ciąży.

Dyskusja

W piśmiennictwie polskim powstało do tej pory niewiele artykułów na temat aktywności fizycznej kobiet w czasie ciąży. Kobieta w ciąży powinna być świadoma, że jej zachowanie wpływa na zdrowie dziecka, jak również na zdrowie w czasie ciąży, przebiegu porodu i połogu. Ważną rolę odgrywa aktywność fizyczna, która poprawia kondycję fizyczną i zapobiega dolegliwościom okresu ciąży [7, 8].

Regularna aktywność fizyczna w okresie ciąży, jeżeli nie ma przeciwwskazań, ma ogromne znaczenie. Należy jednak pamiętać, że aktywność wskazana jest tylko dla kobiet o prawidłowym przebiegu ciąży. Zanim rozpocznie się jakiekolwiek ćwiczenia należy skonsultować się ze swoim lekarzem ginekologiem [9].

Jeżeli przed ciążą kobieta była aktywna, zaleca się kontynuowanie tego rodzaju aktywności w ciąży. Nie należy podejmować nowych sportów wcześniej nie trenowanych oraz nie zaleca się zwiększania intensywności wcześniejszych. Niezwykle ważne jest uświadomienie ciężarnej jakie ćwiczenia może podejmować, a jakie są niewskazane. Głównym celem ćwiczeń dla ciężarnych jest zapewnienie dobrej wydolności i kondycji. Ponadto osiągnięcie umiejętności kontroli nad mięśniami zaangażowanymi w okresie porodu oraz rozluźnieniem mięśni niezaangażowanych [3, 6].

Regularne ćwiczenia pomagają zwalczać dolegliwości ciążowe, poprawiają samopoczucie i korzystnie wpływają na poszczególne układy. Oddziałują na przebieg porodu oraz szybszy powrót do formy sprzed ciąży. Korygują postawę, a także zmniejszają ryzyko pojawienia się cukrzycy i otyłości. Pozytywnie wpływają na stan noworodka. Aktywność fizyczna ciężarnej jest niezbędna do prawidłowego rozwoju dziecka, a także jego zdrowia w przyszłości [2, 3, 4, 5, 6].

Należy pamiętać, że nie każda forma aktywności fizycznej jest wskazana w okresie ciąży. Należy zrezygnować ze sportów ekstremalnych, wysiłkowych oraz obciążających organizm, jak również niosących ryzyko urazu. Najbezpieczniejszym rodzajem aktywności dla kobiet w ciąży są spacery, joga, gimnastyka oraz pływanie. Częsta aktywność fizyczna jest jednym z ważnych elementów zdrowego stylu życia. Nie musi być związana z intensywnym wysiłkiem i występującym po nim zmęczeniem. Nawet spacer na świeżym powietrzu jest jedną z form aktywności. Ważne aby ten czas poświęcony był tylko i wyłącznie na relaks i odpoczynek [1, 3, 7, 8, 10].

Z badań prowadzonych przez Krzykawską [11] wynika, że dany trymestr ciąży miał wpływ na podejmowaną aktywność fizyczną w okresie ciąży. Analizując uzyskane wyniki badań własnych, większość badanych była w III trymestrze ciąży (62%), w II 28% kobiet, a w I 11%. Przed ciążą aktywnych fizycznie było 32%, a nieregularnie podejmowało ćwiczenia 62%. Kolejną grupą były kobiety, które nie podejmowały żadnej aktywności przed ciążą, było ich 7 %. Badania Kregiel i wsp. [12] wykazały, że 35% kobiet za właściwy moment rozpoczęcia ćwiczeń uznało początek ciąży, a 65% drugi trymestr [11]. Natomiast Wa-

leśkiewicz i współpracownicy wykazali, że podjęcie umiarkowanej aktywności fizycznej w drugim trymestrze w wystarczającym stopniu przygotowuje organizm do porodu i zmniejsza ryzyko powikłań w ciąży [11, 12].

Przeprowadzona analiza wykazała, że najczęstszą formą aktywności u kobiet w ciąży z grupy badanej były spacery (84%). Gacek uzyskał podobne wyniki i potwierdził, że najchętniej podejmowaną aktywnością przez kobiety w ciąży były spacery. Kanadys i wsp. [21] zaobserwowali, że regularny spacer jest najbezpieczniejszą formą aktywności oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia cukrzycy ciążowej.

Wykazano, że w grupie badanej w trakcie ciąży 43% podejmowało aktywność fizyczną codziennie, a 24% w ogóle nie była aktywna. Reszta badanych zdeklarowała, że jest aktywna od jednego do dwóch razy w ciągu tygodnia (23%), a od trzech do czterech razy w tygodniu 4% badanych. 7% kobiet przyznało, że podejmowało jakąkolwiek aktywność fizyczną tylko od jednego do cztery razy w ciągu całego miesiąca. Podobne wyniki swoich badań uzyskała Kiełbasińska [13]. Wykazała, że 48% nie podejmowało w ogóle aktywności fizycznej, 9% kobiet w ciąży ćwiczyło codziennie, a tylko 15% badanych ćwiczyło kilka razy w tygodniu.

W badaniu Medard i wsp. [20] pokazano, że aktywność przed ciążą jest większa a w ciąży znacznie zmniejszyła się częstotliwość ćwiczeń. W przeprowadzonej analizie również zauważono, że aktywność fizyczna przed ciążą jest większa niż w trakcie ciąży. Kobiety przed ciążą najczęściej wybierały pływanie i bieganie. Popularna jest również jazda na rowerze. Ciekawym okazuje się być fakt, że w trakcie ciąży żadna z badanych kobiet nie korzystała z tego typu aktywności.

Inne wyniki uzyskała Krzykawska [11] oraz Opala – Burdzik [16]. Stwierdziły, że 56% badanych ciężarnych w ogóle nie jest aktywna fizycznie. Wynika to z braku znajomości odpowiednich ćwiczeń oraz niewystarczająca wiedza na ten temat wśród personelu medycznego opiekującego się kobietami w ciąży. Podobna analiza Gibas [19] ukazała, że brak znajomości właściwych ćwiczeń, częściej niż brak czasu stanowił przyczynę niepodejmowania aktywności fizycznej przez kobiety w ciąży.

W przeprowadzonych badaniach zaobserwowano, że kobiety najczęściej pozyskują informacje na temat ciąży od lekarza ginekologa. Było to prawie 90% badanych. Kolejnym wiarygodnym źródłem informacji była położna - 76%. Również częstym źródłem informacji na temat aktywności fizycznej w tym okresie był, niestety nie zawsze dostarczający rzetelnych i obiektywnych informacji, Internet. Korzystanie z niego zdeklarowało 80% badanych kobiet. Kobiety w ciąży najmniej korzystały z prasy bo tylko 21%, a prawie trzydzieści procent z nich poszukiwało odpowiedzi na nurtujące pytania u członków rodziny. Wyjątkiem okazała się grupa kobiet będących w pierwszej ciąży. Z porad najbliższych skorzystało 79% ciężarnych. Wynik badań opublikowane przez Gdańską i wsp. [15] wskazują, że najczęściej wybieranym źródłem wiedzy na ten temat były czasopisma. Jednak dla większości kobiet źródłem informacji jest radio i telewizja. Z powyższego wynika, że kobiety najczęściej korzystają ze środków masowego przekazu jako źródła wiedzy w zakresie przebiegu ciąży [15]. Dlatego też wskazane jest, aby najwięcej tego typu informacji zamieszczać w takich miejscach.

Według Royal College of Obstetricians and Gynaecologists aktywność fizyczna może korzystniej wpływać na przebieg ciąży, a także porodu i połogu [17]. Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów (ACOG) pozytywnie wyrażają opinię o aktywności fizycznej jeśli jest ona prowadzona o umiarkowanej intensywności. Zaleca się także regularne stosowanie ćwiczeń w celu podtrzymania prawidłowego stanu psychoruchowego. Trening w ciąży powinien być powtarzany 4 razy w tygodniu przez 30 min. Podstawą powodzenia jest poprawne wykonywanie oraz zachowanie systematyczności ćwiczeń [13].

Wśród rodzajów aktywności fizycznej praktykowanej w trakcie ciąży dominują: pływanie 19%, ćwiczenia w szkole rodzenia 19% oraz spacer i marsz 84%. Najwięcej badanych kobiet stwierdziło, że powodem podjęcia regularnej aktywności fizycznej w trakcie ciąży jest lepsze samopoczucie – 66,3% badanych oraz sposób spędzania wolnego czasu – 40,6% kobiet. Pośród form spędzania czasu wolnego w grupie badanych dominuje czytanie książek 43,6% oraz słuchanie muzyki 41,6%.

Przeprowadzona analiza wykazała, że ciężarne, które nie uczęszczały do szkoły rodzenia stanowiły 71% badanych, z czego 38,6% uważała, że nie miała na to czasu. Były też ciężarne, które uważały, że zajęcia tego typu są nieprzydatne 34,3%. W tej grupie było więcej kobiet z nadwagą 30,4%. W grupie kobiet, które po raz drugi były w ciąży, istotnie mniej z nich uczęszczało do szkoły rodzenia - 56,2%. Natomiast badania Skoczylas i współpracowników wykazały, że ćwiczenia w szkole rodzenia, miały wpływ na przepływ krwi w tętnicy pępowinowej, co powodowało lepszy stan noworodka [16]. Curyło, jak również Kozłowska przeprowadziły badania oceniające przygotowanie w szkole rodzenia na przebieg porodu i połogu. Zauważalne jest silniejsze napięcie mięśni brzucha, lepsze samopoczucie oraz przyspieszenie procesu cofania się zmian ciążowych w połogu [17]. Według Fijał

kowskiego od 22. tygodnia ciąży zaleca się każdej ciężarnej uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia, gdzie można wykonywać ćwiczenia ukierunkowane na przygotowanie do poszczególnych faz porodu [12].

Przeprowadzone badania są porównywalne do wyników zawartych w innych publikacjach. Badania są analogiczne pod względem danych socjodemograficznych oraz indeksu masy ciała (BMI) kobiet przed i w trakcie ciąży, a także aktywności fizycznej.

Podjęto próbę porównania wieku badanych z jego wpływem na aktywność fizyczną. Zarówno w grupie kobiet od 26 - 30 (46,8%), 21 - 25 (22,1%) oraz powyżej 35 lat (91%) najczęstszą formą aktywności fizycznej był spacer. W grupie, w której przedział wiekowy mieścił się między 21 - 25 lat 35,1%, badanych jeździła na rowerze przed ciążą.

W kolejnej grupie należy zwrócić uwagę na miejsce zamieszkania badanych osób i tego jak wpływa na ich aktywność fizyczną. Spośród kobiet zamieszkałych na wsi (35%) oraz miasta między 20 - 100 mieszkańców (50%), istotnie większa część z nich rzadko, bądź nieregularnie była aktywna fizycznie.

Niezwykle ważne okazuje się być wykształcenie badanych oraz jego wpływ na prowadzenie aktualnego trybu życia. W grupie z wykształceniem wyższym znacznie większą część stanowiły kobiety o zadowalającej kondycji fizycznej podczas ciąży (67,6%). Z wykształceniem średnim o dobrej kondycji fizycznej było 31,7% kobiet, a badane z wykształceniem zawodowym (50%) stwierdziły, że ich kondycja jest zła. Spośród badanych, które uprawiały pływanie jako formę aktywności przed (70,4%) i w trakcie ciąży (77,8%), istotnie większą część z nich stanowiły kobiety z wyższym wykształceniem. Równie popularną forma aktywności fizycznej przed ciążą w tej grupie kobiet były spacery (56,7%). Według Royal College of Obstetricians and Gynaecologists jest to aktywność korzystnie wpływająca na przebieg ciąży [9, 11].

W grupie kobiet z nadwagą zaobserwowano, że większość z nich nie spędza wolnego czasu aktywnie (21,3%). Natomiast kobiety w większości z prawidłową masą ciała większa spędzają czas aktywnie (94,3%). W grupie badanych z prawidłowym BMI odnotowano: zadowalającą (78,3%), dobrą (81,4%) oraz bardzo dobrą kondycję fizyczną przed ciążą (96,6%).

Należy zwrócić uwagę także na BMI w trakcie ciąży badanych osób oraz jak wpływa na ich aktywność fizyczną. Kobiety, które w czasie wolnym oglądały telewizję, większości miały nadwagę (70,3%). Waleśkiewicz i współpracownicy zaobserwowali, że zmniejszenie otyłości wśród kobiet aktywnych fizycznie ma pozytywny wpływ na układ krążeniowo - oddechowy. Jeszka wykazał szybkie ustępowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa przy regularnej aktywności fizycznej. Bręborowicz zwraca uwagę, że masa ciała kobiety w ciąży nie powinna wzrosnąć więcej niż 6 - 8 kg [18]. Nowak zaobserwował, że przyrost masy u kobiet ćwiczących jest dwukrotnie mniejszy niż u niećwiczących. Basta [6] podkreśla, że ważny wpływ na rozwój płodu ma masa ciała przed ciąża, jak i jej przyrost w czasie ciąży. U kobiet, u których zaobserwowano niedobór masy ciała przed ciążą i zbyt mały jej przyrost w trakcie może być obecna niska masa urodzeniowa dziecka [12, 14, 18].

Joga, według Fraś i wsp. [10], łączy w sobie elementy ćwiczeń oddechowych, relaksacyjnych, rozciągających i wzmacniających mięśnie dna miednicy. Stanowi idealną formę gimnastyki dla ciężarnej. Według ACOG oraz Sports Medicine Australia, regularne bieganie przed ciążą, nie jest przeciwwskazane w jej trakcie. Wykazano, że joga nie cieszyła się dużym zainteresowaniem wśród analizowanej grupy [13].

Regularna aktywność zapewnia utrzymanie prawidłowej masy ciała, a także prowadzi do zmniejszenia zawartości tłuszczu w organizmie. Ryzyko chorób układu naczyniowego jest mniejsze, bowiem u ciężarnych ćwiczących rzadziej stwierdza się występowanie żylaków i obrzęków kończyn dolnych. Szkoła rodzenia, w której uczestnictwo jest szczególnie rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, realizuje program obejmujący część teoretyczną, jak i ćwiczenia praktyczne. W opinii badaczy uczestnictwo kobiet ciężarnych w zajęciach praktycznych szkoły rodzenia może być sposobem na realizację aktywności fizycznej w tym okresie [7, 8].

Wraz z poszerzaniem zakresu wiedzy na temat fizjologii ciąży oraz rozwojem medycyny zmieniają się rekomendacje dotyczące bezpiecznego postępowania w czasie jej trwania. Odchodzi się od podejścia sugerującego ciężarnej ograniczenie wszelkiej aktywności związanej z wysiłkiem. Znaczenie regularnej gimnastyki oraz innych ćwiczeń fizycznych jako elementów pielęgnacji ciąży o niepowikłanym przebiegu, zyskało już powszechne uznanie. Ważne jest, to aby taką świadomość posiadały wszystkie kobiety będące w ciąży. Ten fakt pomógłby uzyskać tej grupie kobiet bardzo dużą motywację do ćwiczeń [19, 20, 21].

Piśmiennictwo

1. Drews K, Spaczyński M. Rekomendacja Zarządu Głównego PTG w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. Ginekologia po dyplomie 2008; 1: 191 – 200.
2. Czerwonogrodzka-Senczyna A, Ehmke vel Emczyńska E. Typowe dolegliwości okresu ciąży. Położna nauka i praktyka 2010; 3: 59 – 65.
3. Michalak M. W oczekiwaniu na dziecko. Zdrowie najmłodszych 2012; 4: 38 – 40.

4. Wielgoś M, Bomba-Opoń D. Zasady Opieki ambulatoryjnej w ciąży – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2008, 8, 3: 1145 – 1149.
5. Zalewska K, Sztyber B. Nawiązywanie kontaktu z dzieckiem i jego wizualizacja w życiu Wewnątrzmacicznym. Położna nauka i praktyka 2010; 4: 44 – 49.
6. Basta A. Zmiany fizjologiczne w organizmie kobiety ciężarnej i ich znaczenie w praktyce lekarza ogólnego. Przegląd lekarski 2008; 65 / 4: 195 – 202.
7. Bręborowicz G. Fizjologia ciąży. Rozdz w: Zmiany ogólnoustrojowe zachodzące w przebiegu ciąży. Red: Wydawnictwa Lekarskie, PZWL Warszawa 2012, 87 – 94.
8. Bręborowicz G. Położnictwo i ginekologia. Rozdz w: Rozpoznanie ciąży i ustalenie terminu porodu. Red: Wydawnictwa Lekarskie, PZWL Warszawa 2015, 59 – 62.
9. Zarotyński D, Serwetka E, Mazur – Gachowska J, Czuba B. Zastosowanie metod fizjoterapeutycznych w leczeniu dolegliwości bólowych u kobiet w ciąży. Ginekologia Położnicza 2015; 10 (1): 59 – 66.
10. Fraś M, Gniadek A, Poznańska – Skrzypiec J, Kadłubowska M. Styl życia kobiet w ciąży. Hygeia Public Health 2012; 47 (4): 412 – 417.
11. Krzykawska M. Ćwiczenia fizyczne u kobiet w ciąży. Medycyna praktyczna – ginekologia i położnictwo 2009; 5: 13 – 20.
12. Kregiel K, Szych Z, Torbe D, Torbe Andrzej, Ćwiek D. Ocena wiedzy kobiet ciężarnych na temat aktywności fizycznej w ciąży. Nowa medycyna 2014; 4: 149 – 155.
13. Kiełbasińska J. Profilaktyka dolegliwości ciążowych. Aktywność fizyczna w czasie ciąży. Magazyn pielęgniarki i położnej 2013; 1 – 2: 44 – 45.
14. Jeszka J, Friebe Z, Jarząbek – Bielecka G. Rola aktywności fizycznej oraz masy ciała w etiopatogenezie oraz w profilaktyce występowania ciąży obciążonej cukrzycą. Nowiny lekarskie 2009; 78, 5 – 6: 349 – 352.
15. Gdańska A, Ślężyńska M, Wiśniewska D. Czynniki warunkujące aktywność fizyczną oraz jej oddziaływanie w okresie ciąży. Health and Sport 2016; 6: 699 – 711.
16. Opala-Berdzik A, Chmielewska D, Piecha M, Nawrat – Szołtysik A, Opara J, Głowacka M. Ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa u kobiet w ciąży. Rehabilitacja Praktyczna 2013; (3): 30 – 34.
17. Bręborowicz G. Fizjologia ciąży. Rozdz w: Aktywność fizyczna w czasie ciąży. Red: Wydawnictwa Lekarskie, PZWL Warszawa 2012, 203 – 220.
18. Bręborowicz G. Fizjologia ciąży. Rozdz w: Emriologia. Red: Wydawnictwa Lekarskie, PZWL Warszawa 2015, 26 – 30.
19. Gibas J, Kopeć-Godlewska K. Styl życia ciężarnych z nadmierną masą ciała. Pielęgniarstwo Polskie 2015; 1 (55): 19 – 22.
20. Medard L. Otyłość a ciąża, poród i stan zdrowia w późniejszym okresie życia kobiety. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010; 1 (1): 37 – 45.
21. Kanadys WM, Leszczyńska-Gorzelak B, Oleszczuk J. Otyłość u kobiet. Aspekty kliniczne otyłości podczas ciąży. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2009; 2 (4): 254 – 265.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Ewa Kaźmierczak
Aleje Władysława Stanisława Reymonta 39
62-200 Gniezno

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

OCENA DOSTĘPNOŚCI KOBIET DO NOWOCZESNYCH METOD DIAGNOSTYCZNYCH CHORÓB SUTKA

THE ACCESSIBILITY OF MODERN WOMEN OF DIAGNOSTIC TOOLS FOR MAMMARY PATHOLOGIES

Maria Połocka-Molińska[1], Katarzyna Plagens-Rotman[1], Beata Bogalska[2]

[1] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.29

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi stanowi 23% spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe i jest w Polsce nadal nowotworem o największej zachorowalności u kobiet. Praca ta podejmuje problem wczesnego wykrywania i diagnozowania chorób sutka. W 2010 r. rak piersi został rozpoznany w Wielkopolsce u 1586 kobiet i z każdym kolejnym rokiem liczba ta wzrasta. Zauważalny jest też wzrost zachorowań u młodych kobiet. Znaczna grupa kobiet wciąż nie odpowiada na przesyłane z Narodowego Funduszu Zdrowia czy Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi" zaproszenia na badania profilaktyczne. Pożądany jest 70% udział kobiet w tych badaniach. Współczesna medycyna potrafi skutecznie walczyć z nowotworem piersi, ale choroba musi być wykryta we wczesnym stadium rozwoju.
Cel pracy. Celem części badawczej była ocena dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono na terenie województwa wielkopolskiego. Do badań wykorzystano autorską ankietę, zawierającą 28 pytań. Udział kobiet w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Kobiety oceniały dostępność do takich badań diagnostycznych, jak: mammografia, USG, RM, TK, PET, PCI, biopsja mammotomiczna.
Wyniki. Badaniu poddano 340 kobiet, najwięcej z nich było w wieku 40–50 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły mieszkanki miasta. Głównym źródłem wiedzy na temat profilaktyki raka sutka oraz samobadania piersi jest lekarz ginekolog.
Wnioski. Osoby powyżej 50. roku życia, czyli te, do których jest skierowany program badań profilaktycznych, lepiej niż kobiety w innym wieku oceniały dostępność do badań mammograficznych i USG piersi. Kobiety, które miały wyższe wykształcenie, gorzej oceniały dostępność do takich badań, jak: RM, TK, PET, PCI. Natomiast wyższy status społeczno-ekonomiczny badanych kobiet wpływał na lepszą ocenę dostępności do badania USG gruczołu piersiowego.

Słowa kluczowe: rak sutka, badania przesiewowe, profilaktyka.

ABSTRACT

Introduction. The mammary cancer is the most common neoplastic disease in the population of woman in Poland, and it's morbidity reaches 23% of all cancer diagnosis for that group of patients. In the Greatpoland region the incidence of mammary cancer in 2010 was 1586 and the year-over-year tendency is rising, especially among younger patients. The compliance with the screening invitations, sent by National Health Fund or regional centres dedicated to screening coordination to every woman of the age groups included in the screening program, is far above desired threshold of 70%. This results in increased number of cancer diagnosis in later stages of disease, which are connected poorer prognosis.
Aim of the study. The aim of the study was the accessibility of the modern diagnostic tools for mammary pathologies to woman in the Greatpoland region.
Material and methods. The questionnaire of 28 questions assessing accessibility of mammography, ultrasonography, MRI, CT, PET, FNAB or mammotome was prepared and distributed Participation in the study was voluntary and anonymous.
Results. The research includes 340 women, most of them at age 40–50 years. City residents represent the biggest group of women. The main source of information about breast cancer prevention and breast self-examination is gynecologist.
Conclusions. The respondents over 50 years old graded better the accessibility of mammography and ultrasonography. The higher educational level of the respondents was connected with lower grades of accessibility of MRI, CT, PET, FNAB. The higher economic status of the respondents was connected better accessibility of ultrasonography.

Keywords: mammary cancer, screening, prevention.

Wstęp

Rak piersi jest w Polsce nadal nowotworem o największej zachorowalności u kobiet. W 2010 roku został rozpoznany w Wielkopolsce u 1586 kobiet, w porównaniu z rokiem 2009 liczba ta wzrosła o 6%. Rak piersi stanowi 23% spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Na dzień 1.10.2012 roku 49% mieszkanek z wielkopolski było objętych profilaktycznymi badaniami mammograficznymi, skierowanymi do kobiet od 50. do 69. roku życia, powtarzanymi co 24 miesiące. Oczekiwane jest jednak 70% uczestnictwo kobiet w badaniach profilaktycznych. W rejestrze prowadzonym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii zaobserwowano w ciągu ostatnich 11 lat wzrost zachorowań na nowotwory gruczołu piersiowego u młodych kobiet: w wieku od 20 do 29 lat z 2 do 9 przypadków nowych zachorowań, a u kobiet wieku od 30 do 39 lat z 47 do 85 zachorowań [1]. Rak piersi od połowy lat 70 jest też najczęstszą przyczyną zgonów z powodu zachorowania na nowotwór [2]. Wskaźnik umieralności co roku spada, ale jest to procentowo spadek niewielki. Naukowcy ciągle poszukują nowych metod leczenia raka, aby skrócić czas leczenia i aby leczenie było dla chorych jak najmniej obciążające a wysoce skuteczne. Poziom współczesnej onkologii jest na tyle wysoki, że z nowotworem piersi potrafi skutecznie walczyć, ale choroba musi być rozpoznana we wczesnym stadium rozwoju. Duży procent kobiet wciąż nie odpowiada na zaproszenie z Narodowego Funduszu Zdrowia czy Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w celu wykonania profilaktycznej mammografii. Programy profilaktyki wtórnej są skierowane do kobiet, które nie miały wcześniej zdiagnozowanego nowotworu gruczołu piersiowego. Powodem zbyt niskiej frekwencji kobiet w badaniach jest wciąż niedostateczna profilaktyka oraz brak świadomości samych kobiet. Znaczna grupa kobiet uważa, że choroby dotyczą innych, ale nie ich samych. Wczesne wykrycie choroby wiąże się ze znacznym skróceniem czasu leczenia i szansą na stu procentowe wyleczenie. Pielęgniarki i położne są to dwie grupy zawodowe, które wykonując swoją pracę są zawsze blisko ludzi. Pracując z nimi powinny mieć znaczący udział w zachęcaniu i zwracaniu kobietom uwagi na konieczność wykonywania badań profilaktycznych np. poprzez wskazanie właściwych adresów ośrodków wykonujących badania, pytanie swoich podopiecznych, czy otrzymały zaproszenie z NFZ i mobilizowanie ich do korzystania z tych zaproszeń. Badania powinny być wykonane w przyjaznych kobietom pracowniach i gabinetach lekarskich, gdzie będą traktowane z troską i życzliwością. W miejscach gdzie kobiety będą pewne, że dobrze zrobiły korzystając z zaproszenia, a nie będą straszone tylko nowotworem piersi. Wykonywana raz w miesiącu regularna samokontrola piersi jest badaniem bardzo istotnym, umożliwia ona wykrycie zmian budzących niepokój, co skłania kobiety do korzystania z konsultacji lekarskiej i dalszej diagnostyki. Ważna jest też edukacja kobiet, jak prawidłowo wykonać samobadanie piersi, w którym dniu cyklu powinno badanie być przeprowadzone. Tą wiedzę kobiety także powinny uzyskać od pielęgniarek i położnych pracujących w różnego rodzaju poradniach (lekarza rodzinnego, lekarza zakładowego, lekarza ginekologa), oddziałach szpitalnych, czy od tych pracujących w środowisku.

Choroba nowotworowa związana jest ze znaczącym dla organizmu zagrożeniem biologicznym, społecznym i psychologicznym. Zdiagnozowanie raka sutka i przejście kompleksowego leczenia ma znaczący wpływ na dalsze życie chorej i jej rodziny. Dla kobiet oznacza to życie w ciągłym stresie, niepokój i lęk o każdy kolejny dzień. Często występuje u nich złość, nerwica, poczucie bezradności a nawet depresja. Pierś jest dla kobiety symbolem jej kobiecości, seksualności oraz macierzyństwa. Tylko wcześnie wykryta choroba pozwala lekarzom specjalistom na jak najmniejszą ingerencję, aby symbol piękna został dla kobiety zachowany. Obecnie możliwe są zabiegi amputacji piersi z równoczesną rekonstrukcją lub odtworzenie piersi w późniejszym okresie, ale efekt tych operacji bywa różny. Kobiety nie zawsze okazują zadowolenie z wykonanego zabiegu pomimo wykonanych korekt, do tego dochodzi utrata włosów, stan zapalny jamy ustnej, wymioty, brak apetytu jako efekt leczenia cytostatykami. Stosowana radioterapia też nie jest dla ich organizmu obojętna, możliwe jest wystąpienie odczynów popromiennych, w różnym stopniu nasilonych i dokuczliwych. Jednym z możliwych powikłań po operacjach radykalnych jest uszkodzenie nerwów przebiegających w rejonie operowanym. Dochodzi wtedy do zniesienia czucia bólu, dotyku oraz temperatury. Często też, pomimo stosowanej rehabilitacji utrzymuje się jednostronny obrzęk kończyny górnej, co ogranicza kobiety w czynnościach dnia codziennego i pogłębia zaburzony obraz własnej osoby. W interesie samych kobiet jest korzystanie z badań profilaktycznych w celu ograniczenia do minimum czasu leczenia wszelkich chorób sutka, aby móc cieszyć się doskonałym obrazem własnego ja i w pełni korzystać z życia.

Cel pracy

Celem pracy była ocena dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka oraz poznanie

ich postaw wobec badań profilaktycznych, na podstawie losowo wybranej grupy kobiet. Głównym założeniem było uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

Czy miejsce zamieszkania wpływa na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy wiek ma wpływ na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy wykształcenie ma wpływ na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy status społeczno-ekonomiczny wpływa na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy stan cywilny wpływa na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

Czy wcześniejsze doświadczenia z chorobami sutka wpływają na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka?

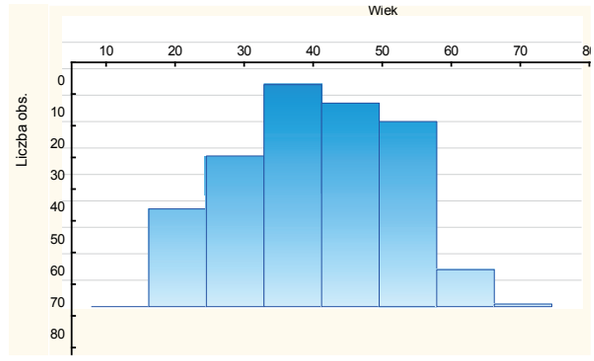
Materiał i metody

W okresie od 29 listopada 2012 roku do 20 czerwca 2013 roku przeprowadzono na terenie województwa wielkopolskiego badania metodą ankietową w grupie 340 kobiet, w wieku 21-81 lat. W celu uzyskania materiału badawczego wykorzystano autorski kwestionariusz. ankiety zawierający 28 pytań zamkniętych, w tym 22 pytania były jednokrotnego wyboru, a 6 pytań wielokrotnego wyboru. Udział respondentek był dobrowolny i anonimowy.

Dla badania wpływu miejsca zamieszkania oraz wcześniejszych doświadczeń w chorobach sutka na ocenę dostępności kobiet do badań, wykorzystano test chi kwadrat, przyjmując poziom istotności = 0,05. Dla badania wpływu wieku, wykształcenia, statusu społeczno – ekonomicznego oraz stanu cywilnego, na ocenę dostępności kobiet do badań, zastosowano test chi kwadrat.

Wyniki

Średni wiek badanych kobiet wynosił 49,1 lat, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 13,97 lat. Wartość 28,46% współczynnika zmienności wskazuje na umiarkowane rozproszenie wieku badanych kobiet względem wartości średniej. Najmłodsza ankietowana kobieta miała 21 lat, a najstarsza 81 lat (Rycina 1).



Rycina 1. Rozkład wieku badanych kobiet

W grupie badanych kobiet większość stanowiły mężatki – 239 (70,3%). Wdów było 38 (11,2%), niewiele większą grupę stanowiły panny – 44 (12,9%). Dziewiętnaście (5,6%) pań było po rozwodzie.

Prawie połowa kobiet z badanej grupy pochodziła z miasta powiatowego – 159 (46,8%). Miasto wojewódzkie jako miejsce zamieszkania wskazało 95 (27,9%), a wieś 86 (25,3%) kobiet.

Z grupy 340 kobiet, 151 (44,4%) deklarowało wykształcenie średnie. Z wykształceniem wyższym były 123 (36,2%) panie, z wykształceniem zawodowym 44 (12,9%), a 22 (6,5%) panie z wykształceniem podstawowym.

Zdecydowana większość kobiet – 184 (54,1%) była aktywna zawodowo, pracując na pełnym etacie, 19 (5,6%) kobiet pracowało w niepełnym wymiarze godzin. Grupę 89 (26,2%) kobiet stanowiły emerytki, ze świadczenia rentowego korzystały 22 (6,5%) kobiety. Wśród badanych było 26 (7,6%) pań niepracujących.

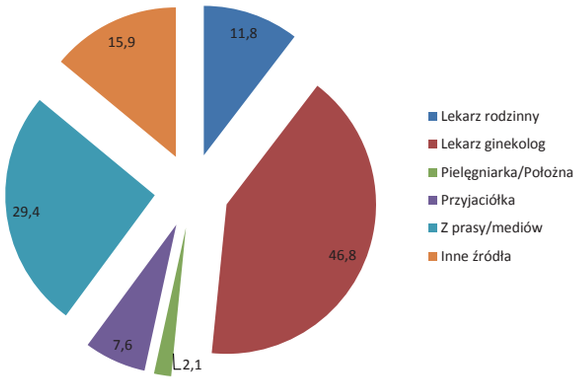
Znaczna liczba, aż 212 (62,4%) kobiet, uważała swoje warunki socjalno – bytowe za dobre, za bardzo dobre – 41 (12,1%). Grupa 83 (24,4%) kobiet oceniała swój status ekonomiczny na poziomie dostatecznym. W warunkach niedostatecznych mieszkały 4 (1,2%) kobiety.

Znacząca liczba badanych kobiet – 265 (77,9%) mieszkała wśród otoczenia bliskich im osób, takich jak mąż i dzieci. Z rodzicami mieszkało 28 (8,2%) kobiet, a z konkubentem 9 (2,6%). Wśród badanych było 36 (10,6%) kobiet mieszkających samotnie i 2 (0,6%) kobiety mieszkające w domu opieki.

W badanej grupie 106 (31,2%) kobiet miało już rozpoznaną w przeszłości chorobę gruczołu piersiowego. Można sądzić, że grupa ta miała bezpośredni kontakt z diagnostyką chorób sutka. Znaczna ilość kobiet- 234 (68,8%), nigdy nie chorowała na choroby gruczołu piersiowego, ale dla tych kobiet ważne jest wykluczenie jakichkolwiek nieprawidłowości w gruczole piersiowym, poprzez wykonanie właściwych badań w zależności od wieku i wykrytych zmian.

Do głównych czynników, które predysponują do rozwoju choroby, należy występowanie raka piersi wśród najbliższych krewnych, występowanie w rodzinie raka jajnika oraz mutacja genu BRCA1 i BRCA2. Analiza wykazała że w grupie 74 (21,8%) kobiet występowały zachorowania na nowotwory gruczołu piersiowego w najbliższej rodzinie. Dużą grupę stanowiły kobiety, 266 (78,2%), u których w rodzinach nie było zachorowań na nowotwory gruczołu piersiowego.

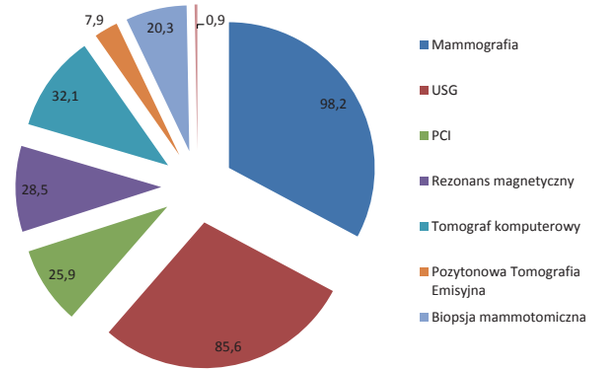
W przeprowadzonej ankiecie 159 (46,8%) kobiet wskazało lekarza ginekologa, a 40 (11,8%) kobiet lekarza rodzinnego jako główne źródło informacji o konieczności okresowego badania gruczołu piersiowego. Przykre jest, że na udział pielęgniarek i położnych w profilaktyce badań piersi wskazało tylko 7 (2,1%) respondentek. Pozostałe dane przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2. Źródła informacji o konieczności wykonywania badań profilaktycznych

Analiza wykazała, że tylko 89 (26,2%) kobiet miało badane gruczoły piersiowe przez lekarza ginekologa, przed zapisaniem leków antykoncepcyjnych i hormonalnej terapii zastępczej. Znaczący odsetek, 107 (31,5%) kobiet, nie miało badanych piersi. Długotrwała hormonalna terapia zastępcza i leki antykoncepcyjne należą do czynników, które wpływają na występowanie chorób gruczołu piersiowego. Grupa 144 (42,4%) kobiet nigdy w swoim życiu takich leków nie stosowała.

Analizując znajomość kobiet nowoczesnych technik badania piersi, do najbardziej znanego badania należała mammografia, którą wskazały 334 (98,2%) panie, na drugim miejscu znalazło się USG piersi – 291 (85,6%). Znajomość tomografu komputerowego wskazało 109 (32,1%) pań (Rycina 3).



Rycina 3. Znajomość nowoczesnych technik badania piersi

Badana grupa 340 kobiet wykazała, że to MMR było badaniem najczęściej wykonywanym, wykonało ją 220 (64,7%) kobiet. Na drugim miejscu znalazło się USG piersi, które wykonało 214 (62,9%) kobiet. PCI, które jest badaniem potwierdzającym klinicznie rozpoznanego raka piersi w badaniu palpacyjnym i obrazowym, wykonało 39 (11,5%) kobiet. TK wykonało 25 (7,4%) kobiet, RM 16 (4,7%), PET 4 (1,2%). Z pośród respondentek biopsję mammatomiczną miało wykonanych 20 (5,9%) kobiet. Żadnych badań nie miała wykonanych grupa 57 (16,8%) kobiet.

Najczęstszym bezpłatnie wykonanym badaniem w grupie badanych kobiet była MMR, którą wykonało 199 (58,5%) kobiet, na drugim miejscu znalazło się USG, które wykonało 177 (52,1%) kobiet. PCI miało wykonane 40 (11%) kobiet. RM wykonało 15 (4,4%) kobiet. Stosunkowo duża liczba kobiet, bo aż 95 (27,9%) nie miała wykonanego żadnego badania.

Pytając respondentki o stres podczas wykonywanych badań, dla 117 (34,4%) kobiet wszystkie wymienione badania były stresujące. Grupa 63 (18,5%) kobiet zaliczyła MMR do badania najmniej stresującego, większa liczba kobiet 127 (37,4%) uznała za takie badanie USG. Tylko dla 1 (0,3%) kobiety takim badaniem był RM, także dla 1 (0,3%) kobiety tym badaniem było PCI. Ankietowana grupa kobiet nie zaznaczyła takich badań jak: TK, PET, biopsję mammotomiczną. Pięćdziesiąt (14,7%) respondentek zaliczyło inne badania diagnostyczne za znacznie mniej stresujące niż diagnostyka gruczołu piersiowego.

Oceny ankietowanych kobiet do dostępu do badań onkologicznych przedstawiono w tabelach 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Tabela 1. Wpływ wieku na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Wiek	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<=50	*Mammografia*	18	5,29	78	22,94	35	10,29	15	4,41	32	9,41	0,00000
>50		49	14,41	92	27,05	17	5	3	0,88	1	0,29	
>50	*USG*	16	4,70	74	21,76	35	10,29	11	3,23	42	12,35	0,00332
<=50		28	8,23	80	23,52	32	9,41	4	1,17	18	5,29	
<=50	*Rezonans magnetyczny*	2	0,58	18	5,29	33	9,70	47	13,82	78	22,94	0,06751
>50		0	0	25	7,35	23	6,76	29	8,52	85	25	
>50	*Tomografia komputerowa*	0	0	21	6,17	38	11,17	36	10,58	83	24,41	0,36898
<=50		2	0,58	22	6,47	26	7,64	29	8,52	83	35,29	
<=50	*PET*	0	0	6	1,76	17	5	35	10,29	120	35,29	0,10287
>50		1	0,29	8	2,35	12	3,52	17	5	124	36,47	
>50	*PCI*	1	0,29	23	6,76	19	5,58	16	4,7	119	35	0,04421
<=50		5	1,47	26	7,64	18	5,29	4	1,17	109	32,05	
<=50	*Mammotom*	2	0,58	21	6,17	17	5	14	4,11	124	36,47	0,05925
>50		6	1,76	28	8,23	13	3,82	4	1,17	111	32,64	

Tabela 2. Wpływ miejsca zamieszkania na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Miejsce zamieszkania	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Małe miasto	*Mammografia*	28	8,23	81	23,82	24	7,05	10	2,94	16	4,70	0,38037
Wieś		13	3,82	42	12,35	18	5,29	5	1,47	8	2,35	
Duże miasto		26	7,64	47	13,82	10	2,94	3	0,88	9	2,64	
Małe miasto	*USG*	16	4,70	70	20,58	37	10,88	9	2,64	27	7,94	0,05190
Wieś		7	2,05	47	13,82	16	4,70	2	0,58	14	4,11	
Duże miasto		21	6,17	37	10,88	14	4,11	4	1,17	19	5,58	
Małe miasto	*Rezonans magnetyczny*	1	0,29	15	4,41	27	7,94	40	11,76	76	22,35	0,15834
Wieś		1	0,29	11	3,23	8	2,35	19	5,58	47	13,82	
Duże miasto		0	0	17	5	21	6,17	17	5	40	11,76	
Małe miasto	*Tomografia komputerowa*	1	0,29	18	5,29	29	8,52	36	10,58	75	22,05	0,76972
Wieś		1	0,29	11	3,23	14	4,11	15	4,41	45	13,23	
Duże miasto		0	0	14	4,11	21	6,17	14	4,11	46	13,52	
Małe miasto	*PET*	0	0	6	1,76	14	4,11	26	7,64	113	33,23	0,61534
Wieś		1	0,29	2	0,58	8	2,35	10	2,94	65	19,11	
Duże miasto		0	0	6	1,76	7	2,05	16	4,7	66	19,41	
Małe miasto	*PCI*	3	0,88	29	8,52	17	5	12	3,52	98	28,82	0,26740
Wieś		3	0,88	11	3,23	8	2,35	3	0,88	61	17,94	
Duże miasto		0	0	9	2,64	12	3,52	5	1,47	69	20,29	
Małe miasto	*Mammotom*	3	0,88	27	7,94	14	4,11	7	2,05	108	31,76	0,64945
Wieś		4	1,17	11	3,23	9	2,64	4	1,17	58	17,05	
Duże miasto		1	0,29	11	3,23	7	2,05	7	2,05	69	20,29	

Tabela 3. Wpływ wykształcenia na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Wykształcenie	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Podstawowe	*Mammografia*	5	1,47	11	3,23	4	1,17	1	0,29	1	0,29	0,19686
Zasadnicze zawodowe		9	2,64	27	7,94	3	0,88	0	0	5	1,47	
Średnie		32	0,41	79	23,23	21	6,17	10	2,94	9	2,64	
Wyższe		21	6,17	53	15,58	24	7,05	7	2,05	18	5,29	
Podstawowe	*USG*	3	1,76	11	6,47	4	1,47	1	0,59	3	2,65	0,99301
Zasadnicze zawodowe		6	5,29	22	20,29	5	9,41	2	2,06	9	7,35	
Średnie		18	5,00	69	15,29	32	7,65	7	1,47	25	6,76	
Wyższe		17	0,00	52	2,06	26	0,88	5	0,88	23	2,65	
Podstawowe	*Rezonans magnetyczny*	0	0,00	7	3,53	3	1,18	3	1,18	9	7,06	**0,00327**
Zasadnicze zawodowe		0	0,29	12	3,53	4	7,06	4	10,00	24	23,53	
Średnie		1	0,29	12	3,53	24	7,35	34	10,29	80	14,71	
Wyższe		1	0,29	12	1,47	25	0,88	35	0,88	50	2,94	

Podstawowe	*Tomografia komputerowa*	1	0,29	5	3,24	3	1,47	3	0,59	10	7,35	**0,00302**
Zasadnicze zawodowe		1	0,00	11	4,71	5	8,53	2	8,53	25	22,65	
Średnie		0	0,00	16	3,24	29	7,94	29	9,12	77	15,88	
Wyższe		0	0,29	11	0,59	27	0,88	31	1,18	54	3,53	
Podstawowe	*PET*	1	0,00	2	1,18	3	2,06	4	0,59	12	9,12	**0,00064**
Zasadnicze zawodowe		0	0,00	4	1,76	7	2,06	2	6,18	31	34,41	
Średnie		0	0,00	6	0,59	7	3,53	21	7,35	117	24,71	
Wyższe		0	0,59	2	1,47	12	0,88	25	0,29	84	3,24	
Podstawowe	*PCI*	2	0,59	5	2,06	3	2,65	1	0,00	11	7,65	**0,01192**
Zasadnicze zawodowe		2	0,29	7	6,76	9	2,65	0	2,65	26	32,06	
Średnie		1	0,59	23	1,47	9	0,29	9	0,29	109	3,82	
Wyższe		2	0,29	5	1,47	1	0,88	1	0,88	13	9,41	
Podstawowe	*Mammotom*	1	1,47	5	6,47	3	3,24	3	1,76	32	31,47	0,34629
Zasadnicze zawodowe		5	0,00	22	5,00	11	4,41	6	2,35	107	24,41	
Średnie		0	0,00	17	5,00	15	4,41	8	2,35	83	24,41	
Wyższe		0	1,76	17	6,47	15	1,47	8	0,59	83	2,65	

Tabela 4. Wpływ statusu socjo-ekonomicznego na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Status socjo-ekonomiczny	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bardzo dobry	*Mammografia*	12	1,47	23	3,24	4	1,18	1	0,29	1	0,29	0,21658
Dobry		45	2,65	104	7,94	31	0,88	9	0,00	23	1,47	
Dostateczny		10	9,41	41	23,24	16	6,18	8	2,94	8	2,65	
Niedostateczny		0	6,18	2	15,59	1	7,06	0	2,06	1	5,29	
Bardzo dobry	*USG*	12	0,88	16	3,24	7	1,18	2	0,29	4	0,88	**0,01298**
Dobry		27	1,76	105	6,47	36	1,47	7	0,59	37	2,65	
Dostateczny		5	5,29	32	20,29	23	9,41	5	2,06	18	7,35	
Niedostateczny		0	5,00	1	15,29	1	7,65	1	1,47	1	6,76	
Bardzo dobry	*Rezonans magnetyczny*	0	0,00	10	2,06	10	0,88	9	0,88	12	2,65	0,10323
Dobry		2	0,00	21	3,53	37	1,18	41	1,18	111	7,06	
Dostateczny		0	0,29	11	3,53	9	7,06	25	10,00	38	23,53	
Niedostateczny		0	0,29	1	3,53	0	7,35	1	10,29	2	14,71	
Bardzo dobry	*Tomografia komputerowa*	0	0,29	9	1,47	10	0,88	7	0,88	15	2,94	0,16274
Dobry		1	0,29	23	3,24	46	1,47	34	0,59	108	7,35	
Dostateczny		1	0,00	10	4,71	8	8,53	23	8,53	41	22,65	
Niedostateczny		0	0,00	1	3,24	0	7,94	1	9,12	2	15,88	
Bardzo dobry	*PET*	0	0,29	2	0,59	4	0,88	10	1,18	25	3,53	0,66284
Dobry		0	0,00	9	1,18	19	2,06	27	0,59	157	9,12	
Dostateczny		1	0,00	3	1,76	6	2,06	15	6,18	58	34,41	
Niedostateczny		0	0,00	0	0,59	0	3,53	0	7,35	4	24,71	
Bardzo dobry	*PCI*	1	0,59	4	1,47	7	0,88	2	0,29	27	3,24	0,63687
Dobry		4	0,59	36	2,06	19	2,65	10	0,00	143	7,65	
Dostateczny		1	0,29	9	6,76	11	2,65	8	2,65	54	32,06	
Niedostateczny		0	0,59	0	1,47	0	0,29	0	0,29	4	3,82	
Bardzo dobry	*Mammotom*	0	0,29	9	1,47	5	0,88	4	0,88	23	9,41	0,21658
Dobry		6	1,47	30	6,47	17	3,24	9	1,76	150	31,47	
Dostateczny		2	0,00	10	5,00	8	4,41	5	2,35	58	24,41	
Niedostateczny		0	0,00	0	5,00	0	4,41	0	2,35	4	24,41	

Tabela 5. Wpływ stanu cywilnego na ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Stan cywilny	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Panna	*Mammografia*	6	1,47	13	3,24	10	1,18	3	0,29	12	0,29	0,00332
Mężatka		47	2,65	127	7,94	32	0,88	13	0,00	20	1,47	
Rozwiedziona		3	9,41	12	23,24	4	6,18	0	2,94	0	2,65	
Wdowa		11	6,18	18	15,59	6	7,06	2	2,06	1	5,29	
Panna	*USG*	5	0,88	9	3,24	12	1,18	3	0,29	15	0,88	0,06972
Mężatka		31	1,76	119	6,47	44	1,47	8	0,59	37	2,65	
Rozwiedziona		2	5,29	8	20,29	5	9,41	1	2,06	3	7,35	
Wdowa		6	5,00	18	15,29	6	7,65	3	1,47	5	6,76	
Panna	*Rezonans magnetyczny*	1	0,00	2	2,06	10	0,88	10	0,88	21	2,65	0,74319
Mężatka		1	0,00	32	3,53	38	1,18	53	1,18	115	7,06	
Rozwiedziona		0	0,29	2	3,53	4	7,06	5	10,00	8	23,53	
Wdowa		0	0,29	7	3,53	4	7,35	8	10,29	19	14,71	
Panna	*Tomografia komputerowa*	0	0,29	1	1,47	12	0,88	7	0,88	24	2,94	0,32361
Mężatka		2	0,29	34	3,24	46	1,47	43	0,59	114	7,35	
Rozwiedziona		0	0,00	3	4,71	1	8,53	7	8,53	8	22,65	
Wdowa		0	0,00	5	3,24	5	7,94	8	9,12	20	15,88	
Panna	*PET*	0	0,29	1	0,59	3	0,88	10	1,18	30	3,53	0,68561
Mężatka		1	0,00	12	1,18	23	2,06	33	0,59	170	9,12	
Rozwiedziona		0	0,00	1	1,76	1	2,06	5	6,18	12	34,41	
Wdowa		0	0,00	0	0,59	2	3,53	4	7,35	32	24,71	
Panna	*PCI*	0	0,59	3	1,47	5	0,88	5	0,29	31	3,24	0,23063
Mężatka		5	0,59	39	2,06	28	2,65	11	0,00	156	7,65	
Rozwiedziona		0	0,29	4	6,76	0	2,65	3	2,65	12	32,06	
Wdowa		1	0,59	3	1,47	4	0,29	1	0,29	29	3,82	
Panna	*Mammotom*	1	0,29	2	1,47	5	0,88	2	0,88	34	9,41	0,82431
Mężatka		5	1,47	38	6,47	21	3,24	14	1,76	161	31,47	
Rozwiedziona		0	0,00	3	5,00	2	4,41	1	2,35	13	24,41	
Wdowa		2	0,00	6	5,00	2	4,41	1	2,35	27	24,41	

Tabela 6. Wpływ wcześniejszych doświadczeń w chorobach sutka a ocenę dostępności kobiet do badań z uwzględnieniem następujących rodzajów badań

Zachorowania w rodzinie	Rodzaj badania	Bardzo dobry		Dobry		Mierny		Zły		Nie mam zdania		P = 0,005
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tak	*Mammografia*	55	16,18	131	38,53	45	13,24	12	3,53	23	6,76	0,22638
Nie		12	3,53	39	11,47	7	2,06	6	1,76	10	2,94	
Tak	*USG*	35	10,29	112	32,94	58	17,06	13	3,82	48	14,12	0,18085
Nie		9	2,65	42	12,35	9	2,65	2	0,59	12	3,53	
Tak	*Rezonans magnetyczny*	1	0,29	34	10,00	46	13,53	54	15,88	131	38,53	0,38036
Nie		1	0,29	9	2,65	10	2,94	22	6,47	32	9,41	
Tak	*Tomografia komputerowa*	2	0,59	33	9,71	54	15,88	49	14,41	128	37,65	0,65121
Nie		0	0,00	10	2,94	10	2,94	16	4,71	38	11,18	
Tak	*PET*	0	0,00	12	3,53	21	6,18	41	12,06	192	56,47	0,32258
Nie		1	0,29	2	0,59	8	2,35	11	3,24	52	15,29	
Tak	*PCI*	5	1,47	36	10,59	28	8,24	18	5,29	179	52,65	0,64047
Nie		1	0,29	13	3,82	9	2,65	2	0,59	49	14,41	
Tak	*Mammotom*	6	1,76	39	11,47	23	6,76	14	4,12	184	54,12	0,99739
Nie		2	0,59	10	2,94	7	2,06	4	1,18	51	15,00	

Dyskusja

Od 1990 roku w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak USA, Szwecja czy Francja, zmniejsza się umieralność z powodu raka piersi o około 2,2% rocznie. Przyczyną tego jest stosowanie nowoczesnego leczenia adiuwantowego i wykonywanie mammografii przesiewowej. Mammografia jest jedynym skutecznym badaniem przesiewowym, które znacząco wpływa na zmniejszanie umieralności z powodu nowotworu piersi. Pozostałe badania mają znaczenie w diagnostyce uzupełniającej. Rezonans magnetyczny jest wykonywany u kobiet z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwór, zwiększa on ponad dwukrotnie czułość oceny diagnostycznej. Jednak z powodów ekonomicznych i znacznej ilości wyników fałszywie dodatnich, nie jest zalecany jako badanie przesiewowe w całej populacji [3].

Pięta i wsp. [4] podają, że największe ryzyko zachorowania na raka piersi mają kobiety po 55. roku życia, otyłe, z wskaźnikiem BMI >30, kobiety, które miały ponad pięć porodów, u których w najbliższej rodzinie występowały zachorowania na nowotwory oraz mają zdiagnozowaną depresję.

Według Woźniak [5] 56% kobiet nie potrafi wymienić żadnych objawów świadczących o raku sutka i 46% kobiet nie zna przyczyn powstania raka piersi. Najczęstszym wymienianym objawem świadczącym o raku piersi jest wyczuwalny guz. Znaczna grupa 48% kobiet nie wykonuje samokontroli piersi, szczególnie dotyczy to młodych kobiet. Lewandowka, Mess i Laufer [6] podają, że tylko 22% kobiet wykonuje regularnie samobadanie piersi. Badania wykazały, że grupa 46% kobiet nie zna techniki samobadania piersi. Według Zych i wsp. [7] 50% kobiet wie o konieczności wykonywania systematycznego samobadania piersi już od 20. roku życia. Także Grodzka i wsp. [8] stwierdzili, że ponad 50% respondentek wykazało znajomość zaleceń co do samokontroli gruczołów piersiowych, jednak 33% kobiet tego nie wykonuje. Odmiennego zdania jest Witak-Grzybowska i wsp. [9] twierdząc, że kobiety mają dużą świadomość zdrowotną, ponieważ 77% badanych kobiet przeprowadzało samobadanie piersi.

Lorenc, Pop i Boychuk [10] badając wiedzę kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi, wskazały doustną antykoncepcję oraz palenie tytoniu i spożycie alkoholu, jako główne czynniki ryzyka. Wiedza ta nadal jest na niskim poziomie. Kobiety są świadome, że jest to choroba o podłożu genetycznym, a występowanie raka piersi w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania. Wśród respondentek 70,5% badało swoje piersi, a 63,5% kobiet wypełniało zalecenia lekarza ginekologa, który zalecał regularne samobadanie piersi. Częściej badają sobie piersi mieszkanki miast, kobiety z wyższym wykształceniem oraz te, u których nie było zachorowań w rodzinie. Jednak poziom wiedzy kobiet nie jest zależny od miejsca zamieszkania, wykształcenia czy występowania choroby w najbliższej rodzinie. Kobiety pytane o znane objawy raka piersi, także najczęściej wskazywały guza piersi. W badaniach, jakie zostały przeprowadzone przez Zych i wsp. [7] wykazano, że większość kobiet podawało uwarunkowania genetyczne, stres oraz okres pokwitania, jako główne przyczyny zachorowalności na raka piersi. Posiadana przez kobiety wiedza również nie była zależna od poziomu wykształcenia.

Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, to lekarz ginekolog ma obowiązek podczas rutynowego badania ginekologicznego badać piersi oraz uczyć kobiety poprawnej techniki samobadania piersi. Badania własne dowodzą, że tylko 26,2% kobiet miało badane gruczoły piersiowe przez lekarza ginekologa przed zapisaniem leków antykoncepcyjnych i hormonalnej terapii zastępczej. Znaczący odsetek, 31,5% kobiet, nie miało badanych piersi przez lekarza. Jak podaje Nowicki i Miłecka [11], w 2005 roku tylko 25% kobiet miało wykonane palpacyjne badanie piersi przez lekarza. Witak – Grzybowska i wsp. [9] podają, że tylko połowa lekarzy ginekologów (49,3%) w Warszawie przestrzega tego obowiązku. Analiza wyników własnych wykazała, że to lekarz ginekolog (46,8%) i lekarz rodzinny (11,8%) są dla kobiet najważniejszym źródłem wiedzy z zakresu profilaktyki przeciwnowotworowej. Natomiast Lewandowska i wsp. [12] wykazali, że kobiety wiedzę na temat profilaktyki głównie czerpią z internetu, telewizji i radia (58%), a od lekarza tę wiedzę uzyskuje tylko 18% kobiet. Badania własne oraz badania Lewandowskiej, Mess i Laufer [12] wykazały 2% udział pielęgniarek w szerzeniu profilaktyki chorób nowotworowych wśród kobiet.

Wyniki badań dowodzą, że znacznie lepiej dostępność do mammografii i USG piersi oceniają kobiety, do których są skierowane programy profilaktyczne, czyli powyżej 50. roku życia i kobiety zamężne. Analizując odpowiedzi badanych kobiet wykazano, że wyższy status społeczno – ekonomiczny sprzyjał lepszej ocenie dostępności do badania USG. Na poziomie bardzo dobrym i dobrym 69,7% kobiet oceniło dostępność do MMR oraz 58,2% do USG. Brak trudności w wykonaniu badań deklarowało 81,8% kobiet, 62,9% kobiet było zadowolonych z wyznaczonego terminu badania. Jednak uczestnictwo kobiet w programach profilaktycznych jest bardzo niezadawalające. Kozimala i wsp. [13] podają, że z zaproszeń na bezpłatną mammografię skorzystało 37,7% kobiet. Dyzmann – Sroka i wsp. [14] podjęli próbę odpowiedzi na pytanie, dlaczego tylko 50% kobiet zgłasza się na bezpłatne badania. Częściej z badań korzystały kobiety między 55. a 59. rokiem życia, z wykształceniem wyższym, mające wysoki status społeczno – ekonomiczny oraz mieszkające w Poznaniu i innych miastach. Powody, które same kobiety podawały, dlaczego nie robią badań, to strach przed diagnozą ,,rak", strach przed samym badaniem, brak jakichkolwiek dolegliwości w piersiach, brak w miejscu zamieszkania ośrodka wykonującego badanie. Była też grupa 3% kobiet, które nie wiedziały o istniejących możliwościach badania piersi. Kobiety same wypowiedziały się, co mogłoby wpłynąć zachęcająco na możliwość skorzystania z badania. W przeprowadzonej ankiecie wymieniły imienne zaproszenie otrzymane listownie, nałożenie obowiązku uczestnictwa w programie, otrzymanie skierowania od lekarza z POZ, przyjazd mammobusu, zwiększenie dostępności do

badania oraz zwiększanie poziomu świadomości zdrowotnej. Według kobiet pożądane jest większe zaangażowanie lekarzy w programy profilaktyczne. Dla 47% kobiet źródłem informacji o możliwości wykonania badań w ramach programu był lekarz POZ. Ankietowane kobiety posiadały wiedzę na temat zagrożenia i następstw związanych z nowotworem piersi, ale strach przed zdiagnozowaniem raka i brak wiary w skuteczne możliwości leczenia był powodem nie korzystania z zaproszeń.

W badaniach własnych dla 34,4% kobiet wszystkie badania diagnostyczne były bardzo stresujące. Dla 37,4% kobiet badaniem najmniej stresującym było USG piersi. Poziom lęku kobiet korzystających z badań profilaktycznych badał Stencel i wsp. [15]. W badaniach własnych wykazali, że tylko u kobiet z niskim poziomem wykształcenia występował podwyższony poziom lęku podczas MMR, u pozostałych kobiet poziom lęku był w granicach normy.

Autorzy badania twierdzą, że lęk nie ma wpływu na małe uczestnictwo kobiet w badaniach skriningowych. Według Nagadowskiej, [16] stres, który jest związany z oczekiwaniem na wyniki badań, nie może być usprawiedliwieniem dla kobiet, które rezygnują z wykonania badania. Wykonanie badania jest dla nich w skutkach bardziej korzystne, niż rezygnacja czy odroczenie terminu badania na lata późniejsze. Litwiniuk i wsp. [17] twierdzą, że dyskomfort emocjonalny kobiet, który spowodowany jest pozytywnym wynikiem badania genetycznego, wynika z braku właściwych i rzetelnych informacji na temat celowości wykonanych badań i możliwości profilaktyki. Według Śluzar – Lewińskiej i wsp. [18], akceptacja programów wczesnej profilaktyki raka piersi zależna jest od wykształcenia kobiet i występowania raka piersi w rodzinie. Wykazali oni brak zależności pomiędzy wiekiem badanych kobiet, a akceptacją programów profilaktycznych. Witak – Grzybowska i wsp. [9] wykazali niewystarczającą ilość badań obrazowych gruczołu piersiowego w grupach kobiet o podwyższonym ryzyku. Dostępność do rezonansu magnetycznego w badaniach własnych na poziomie złym oceniło 22,4% kobiet, a 47,9% kobiet nie potrafiło ocenić dostępności do badania. Natomiast kobiety z wykształceniem wyższym gorzej oceniały dostępność do tego badania.

W badaniach przeprowadzonych przez Nalewczyńską i wsp. [19] wykazano, że, najczęstszą przyczyną korzystania kobiet z poradni była już obecność guzka w piersi, wykrytego podczas samokontroli. W procesie diagnozowania kobiety najczęściej miały wykonane USG piersi. Badanie to wykonało 78,4% pacjentów. Wyniki badań Lewandowskiej i wsp. [6] dowiodły, że zdecydowana większość kobiet (72%) nie miała wykonanej mammografii, natomiast USG miało wykonanych 48% respondentek.

Woźniak [20] uważa, że potrzebna jest ciągła edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki nowotworowej, ze szczególnym ukierunkowaniem na ludzi młodych, ponieważ młode kobiety nie wykonują samobadania piersi. Natomiast badania Spławskiego i wsp. [21] dowodzą, że studenci (w tym również studentki) lepiej dbają o swoje zdrowie i mają większy poziom wiedzy na temat profilaktyki, niż lekarze oraz osoby ze średnim wykształceniem z terenu wielkopolskiego. Nowicki i wsp. [22] również twierdzą, że to młode, aktywne zawodowo kobiety są bardziej świadome zagrożenia chorobami nowotworowymi i dlatego częściej korzystają z bezpłatnych badań profilaktycznych

Jakie wymagania mają kobiety zgłaszające się na badania diagnostyczne badała Ciekawa i Dyzmann – Sroka [23]. Są to: krótkie terminy badania, możliwość rejestracji telefonicznej na konkretny dzień i godzinę, przestrzeganie godzin umówionego badania, miła obsługa, profesjonalizm osób wykonujących badania, nowoczesny i niezawodny sprzęt. Autorzy badania uważają, że powodem niskiej frekwencji kobiet w badaniach są istniejące stereotypy na temat MMR i raka piersi oraz ciągły brak edukacji zdrowotnej na wysokim poziomie. Zorganizowane działania promocyjne muszą być prowadzone nadal i ukierunkowane na grupy kobiet, które nie miały wykonanego pierwszego, najbardziej stresującego badania mammograficznego. Kobiety chętniej korzystają z zaproszeń w celu wykonania już kolejnej, kontrolnej MMR. Respondentki uważają, że do zaproszenia powinna być dołączona również lista ośrodków z mapą dojazdu, w których można wykonać badanie. Ulotki i afisze z adresami ośrodków diagnostycznych powinny znajdować się także w poczekalni lekarza rodzinnego i ginekologa. W przeprowadzonych badaniach 20% kobiet chciało wykonać badanie, ale nie znało żadnego adresu ośrodka wykonującego badanie.

Wnioski

Osoby należące do grupy >50 roku życia lepiej oceniały dostępność do badań mammograficznych i USG.

Dostępność do mammografii najlepiej została oceniona przez mężatki, a najgorzej dostęp oceniły panny.

Im wyższy status społeczno-ekonomiczny badanych kobiet, tym lepsza ocena dostępności do badań USG.

Kobiety mające wykształcenie wyższe gorzej oceniały dostępność do Rezonansu Magnetycznego, Tomografii Komputerowej, PET-u oraz PCI.

Miejsce zamieszkania i wcześniejsze doświadczenia z chorobami sutka nie wpływają w sposób statystycznie istotny na ocenę dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka.

Piśmiennictwo

1. Dyzmann-Sroka A., Myślińska W., Olenderczyk W., i wsp.: Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku. Wielkopolskie Centrum Onkologii, Wielkopolski Rejestr Nowotworów Poznań 2012; 9: 65 – 72
2. Meder J: Podstawy onkologii klinicznej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego Warszawa 2011
3. Warner E.: Badania przesiewowe w kierunku raka piersi. The new England JURNAL Of Medicine 2011; 365: 1025 – 1032
4. Pięta B., Grodecka-Gazdecka S., Chmaj-Wierzchowska K., Kramer L., Opala T.: Analiza ilorazu szans zachorowania na nowotwory złośliwe gruczołu piersiowego. Ginekologia Polska 2011; 82: 755 – 760
5. Woźniak I.: Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 20: 136 – 143
6. Lewandowska A., Mess E., Laufer J.: Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. Onkologia Polska 2011; 3: 131 – 34
7. Zych B., Marć M., Binkowska – Bury M.: Stan wiedzy kobiet po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów 2006; 1: 27 – 33
8. Grodzka E., Owłasiuk A., Litwiejko A.: Ocena wiedzy i zachowań zdrowotnych mieszkanek łap odnośnie do profilaktyki raka piersi. Problemy Medycyny Rodzinnej 2011; 2: 25 – 34
9. Witak-Grzybowska A., Szopiński K., Jakubowski W.: Przesiewowe badania ultrasonograficzne sutka – zachowania prozdrowotne kobiet i stan opieki lekarskiej w świetle ankiety obejmującej 300 kobiet. Ultrasonografia 2008; 33: 39 – 42
10. Lorenc A., Pop T., Boychuk T.: Wiedza kobiet po 40. roku życia o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. Young Sport Science Of Ukraine 2012; 4: 59 – 65
11. Nowicki A., Miłecka A.: Wyniki badań profilaktycznych w kierunki raka piersi realizowanych w latach 2004 – 2005 w powiecie sierpeckim. Współczesna Onkologia 2007; 9: 437 – 443
12. Lewandowska A., Mess E., Kruk W.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. Onkologia Polska 2012; 1: 5 – 8
13. Kozimala M., Mrozowicz A., Ciechaniewicz W.: Program badań profilaktycznych ukierunkowanych na zdrowie kobiety – ocena realizacji w powiecie lubaczowskim. Zdrowie Publiczne 2007; 4: 462 – 465
14. Dyzmann-Sroka A., Bagniewska K., Chyła K., Dec K., i wsp.: Dlaczego wielkopolanki nie robią badań mammograficznych? Raport. Zeszyty Naukowe WCO 2012; 4: 169 – 181
15. Stencel A., Błażek M., Majkowicz M., Jaśkiewicz J.: Wpływ informacji zdrowotnej zagrażającej ja na poziom lęku wśród kobiet biorących udział w populacyjnych programach mammografii przesiewowej w Polsce. Nowotwory Jurnal of Oncology 2011; 5: 433 – 438
16. Nagadowska M.: Skryning mammograficzny – fakty i kontrowersje. Medycyna Praktyczna 2011; 5: 56 – 60
17. Litwiniuk M., Karolczak G., Bręborowicz E.: Informacje prasowe a rzeczywiste możliwości poradnictwa genetycznego w aspekcie psychoonkologicznym. Współczesna Onkologia 2006; 7: 313 – 315
18. Ślusar-Lewinska M., Pietka-Rzycka A., Romanowski W., Zubelewicz-Szkodzińska B.: Czy Polki akceptują badania genetyczne w kierunku predyspozycji do raka piersi? Annales Academiae Medicae Silesiensis, 2007; 3: 204 – 213
19. Nalewczyńska A., Lewicka A., Wypych K.: Ocena przyczyn zgłaszania się pacjentów do poradni chorób gruczołu piersiowego przy Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej i Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ginekologia Praktyczna 2008; 4: 12 – 14
20. Spławski B.P., Adamska Z.J., Dpierała E., Miechowicz I., Dyzmann – Sroka A.: Europejski kodeks walki z rakiem – stan wiedzy i postawy studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; Zeszyty Naukowe WCO 2012; 3: 127 – 134
21. Nowicki A., Stogowska I.: Wczesne wyniki badania profilaktycznego wykrywania raka piersi. Ginekologia Polska 2007; 78: 464 – 470
22. Ciekawa M., Dyzmann-Sroka A.: motywacje kobiet zgłaszających się do centrum medycznego Św. Jerzego na badania mammograficzne. Zeszyty naukowe WCO 2012; 3: 121 – 126

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Katarzyna Plagens-Rotman
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33
60-535 Poznań
e-mail: plagens.rotman@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA ORYGINALNA

ANALIZA STATYCZNO-DYNAMICZNA WYBRANYCH EFEKTÓW FUNKCJONOWANIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO W OKRESIE STYCZEŃ 2015 R. – WRZESIEŃ 2016 R. DLA WOJEWÓDZTW DOLNOŚLĄSKIEGO, ŚLĄSKIEGO I ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

FUNCTIONING EFFECTS OF THE QUICK ONCOLOGICAL THERAPY STATIC-DYNAMIC ANALYSIS IN PERIOD JANUARY 2015 – SEPTEMBER 2016 FOR THE LOWER SILESIAN, SILESIAN AND HOLY-CROSS VOIVODESHIP

Bartosz Maleszczuk[1, 3], Michał Chrobot[1, 2, 3], Marcin Motnyk[1, 3]

[1] Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
[2] Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
[3] Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.30

STRESZCZENIE

Pakiet onkologiczny będący zbiorem rozwiązań prawnych wszedł w życie z początkiem 2015 r. Przyniósł on głębokie zmiany w obszarze diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Zmiany te dotyczyły zarówno pacjenta, jak i świadczeniodawcy. Rozwiązanie to funkcjonuje już ponad 2 lata. Dysponując danymi dotyczącymi funkcjonowania pakietu od jego wprowadzenia w życie do września 2016 r., podjęto próbę analizy wraz ze sformułowaniem wniosków. Analizę przedstawiono także w ujęciu dynamicznym, co pozwoliło na obserwację zmian w czasie wybranych parametrów tego rozwiązania. Nieco inaczej niż w przypadku pierwszego opracowania (po pierwszych 9 miesiącach funkcjonowania pakietu) analizę przeprowadzono dla trzech województw: dolnośląskiego, śląskiego i świętokrzyskiego. Dane dla analizowanych województw są – co wzbogaca prezentowaną analizę – przedstawione na tle danych dla całego kraju.

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

ABSTRACT

The quick oncological therapy (polish pakiet onkologiczny) was launched in the beginning of the year 2015. It caused very deep changes in area of oncological diseases diagnosis and therapy. The changes were concerned both patient and health care providers. The quick oncologial therapy is "in use" for over 2 years. Having data since the time of launch the article shows both analysis and conclusions. Analysis is shown also dynamically. It allows to observe parameters changes in time. There is one general difference between the first article – the analysis is made for three regions: Lower Silesian, Silesian and Holy-Cross voivodeship. The data for voivodeships are showed against a background for the whole country, what makes the analysis in greater depth.

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

Wstęp

Pakiet onkologiczny jest jedną z większych reform w polskim systemie ochrony zdrowia w ostatnich latach. Jego założenia wydają się być słuszne, bo przecież obiektywnie pozytywnym jest postulat, że pacjentów chorych na nowotwory należy szybciej diagnozować oraz jak najszybciej podejmować leczenie onkologiczne w celu uzyskania wyższej skuteczności terapii [1]. Z perspektywy siedmiu kwartałów funkcjonowania pakietu można podjąć próbę oceny wprowadzonych zmian systemowych w obszarze diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Okres ten wydaje się być na tyle długi, że pozwala zaobserwować zarówno trwałe zmiany, jak i pewne tendencje (szczególnie na poziomie świadczeniodawców), które są efektem czy następstwem wprowadzenia pakietu onkologicznego w Polsce.

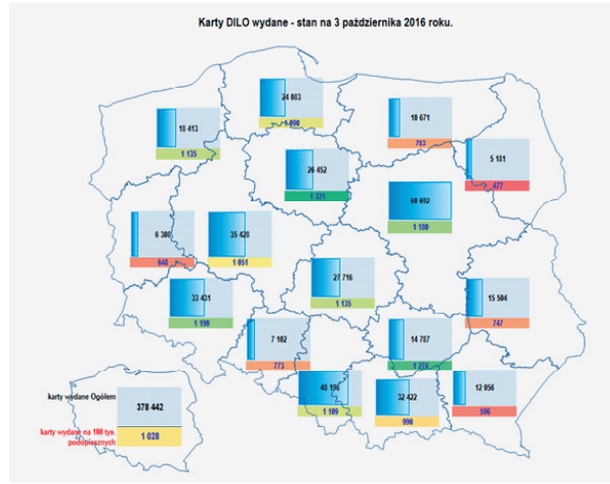
Sam system ochrony zdrowia w Polsce stoi aktualnie przed kolejnymi zmianami, które mają objąć system organizacji oraz finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. Mimo to pakiet onkologiczny ma być jednym z tych rozwiązań, które przetrwają zmiany i będzie nadal obowiązywał po wprowadzeniu planowanych reform [1, 2]. Potwierdza to tezę o słuszności przyjętych założeń. Niestety faza wdrożenia i dotychczasowego funkcjonowania pakietu

jest daleka od ideału. Część niedoskonałości została wskazana przez autorów w pierwszej analizie funkcjonowania pakietu onkologicznego [2]. Tym razem, po kolejnym okresie funkcjonowania, można ocenić, które problemy wskazywane przez ekspertów zostały skorygowane, a jakie obszary wymagają dalszych zmian.

Podstawowe dane o realizacji pakietu onkologicznego w okresie 01.01.2015 r. –30.09.2017 r.

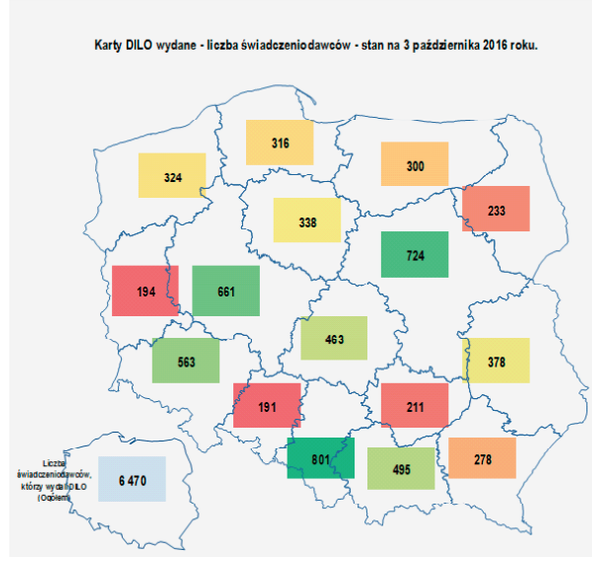
W okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. w całej Polsce wydano ponad 378 tysięcy kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (kart DiLO). We wrześniu 2015 roku (po 9 miesiącach funkcjonowania pakietu onkologicznego) wydano ponad 180 tysięcy kart [2]. Zatem w przeciągu kolejnych dwunastu miesięcy ich liczba się podwoiła. We wrześniu 2016 r., analogicznie jak rok wcześniej, najwięcej kart wydano w województwie mazowieckim (60 tysięcy szt.). Drugą pod tym względem pozycję utrzymało województwo śląskie (ponad 48 tysięcy szt.), a trzecią – województwo wielkopolskie (ponad 35 tysięcy wydanych kart DiLO). Liderami pod tym względem są zatem najludniejsze województwa w Polsce. Analogicznie jak we wrześniu 2015 roku najmniejszą liczbę wydanych kart zanotowano w województwach: podlaskim, lubuskim i opolskim.

W przeliczeniu na 100 tysięcy ludności średnia liczba wydanych kart DiLO dla całego kraju wynosi 1 028 (we wrześniu 2015 było to 497). Z analizy poszczególnych województw wynika, że w statystyce tej najgorzej wypadają (analogicznie jak we wrześniu 2015 roku) województwa podlaskie (477), podkarpackie (596) i lubuskie (648). Najlepszym wskaźnikiem może się pochwalić województwo kujawsko-pomorskie (1 321), świętokrzyskie (1 274) oraz dolnośląskie (1 190). Te trzy województwa miały najwyższy wskaźnik kart na 100 tys. mieszkańców także w okresie do 30.09.2015 r., jednakże województwo kujawsko-pomorskie wyprzedziło województwo świętokrzyskie (z 2 na 1 miejsce) [2]. Warto dodać, że tuż za nimi (analogicznie jak w roku 2015) znajduje się województwo mazowieckie, nieznacznie tylko ustępując dolnośląskiemu. Wydaje się, że na tym etapie analizy warto wspomnieć o województwie śląskim, które jest najbardziej „nasycone" placówkami zajmującymi się diagnostyką i leczeniem chorób nowotworowych, a – biorąc pod uwagę ilość wystawionych kart DiLO w przeliczeniu na 100 tysięcy osób – wynik plasuje to województwo tylko nieznacznie powyżej średniej dla całego kraju. Patrząc na dane obrazujące ilość placówek na terenie tego województwa wydaje się, że powinno być ono zdecydowanym liderem pod tym względem. Należy wspomnieć o fakcie, że ogromna liczba pacjentów zarówno z województw ościennych, jak i całego kraju wybiera pobyt w placówkach na terenie województwa śląskiego. Szczegółowe dane w rycinie 1.



Rycina 1. Liczba wydanych kart DiLO według województw oraz liczba wydanych kart na 100 tysięcy ludności w okresie styczeń 2015 – wrzesień 2016 r.
Źródło: Dane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Liczba placówek w wydających karty DiLO w Polsce sięga 6,5 tysiąca. Największa ich liczba znajduje się w województwie śląskim i przekracza nieznacznie 800. Zgodnie z poprzednimi danymi drugą pozycję pod względem placówek wydających kartę DiLO zajmuje województwo mazowieckie. W województwie tym ponad 720 placówek wydaje karty DiLO. Trzecie pod tym względem jest województwo wielkopolskie z ogólną liczbą placówek przekraczającą 650. Na drugim biegunie tej klasyfikacji znajdują się najmniej ludne województwa w Polsce, tzn. opolskie, lubuskie czy świętokrzyskie, gdzie liczba podmiotów wydających kartę DiLO oscyluje wokół 200 (rycina 2).



Rycina 2. Liczba placówek wydających karty DiLO według województw (stan na wrzesień 2016 roku). Źródło: Dane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na koniec tej części analizy warto zaznaczyć o fakcie, że całkowita ilość wydanych kart DiLO może się nie w pełni korelować z rzeczywistą ilością chorych leczonych w ramach szybkiej diagnostyki onkologicznej. Wynikać to może powodu odsetka wadliwie wystawionych kart (co często powoduje konieczność zamknięcia karty i poprawne wystawienie kolejnej).

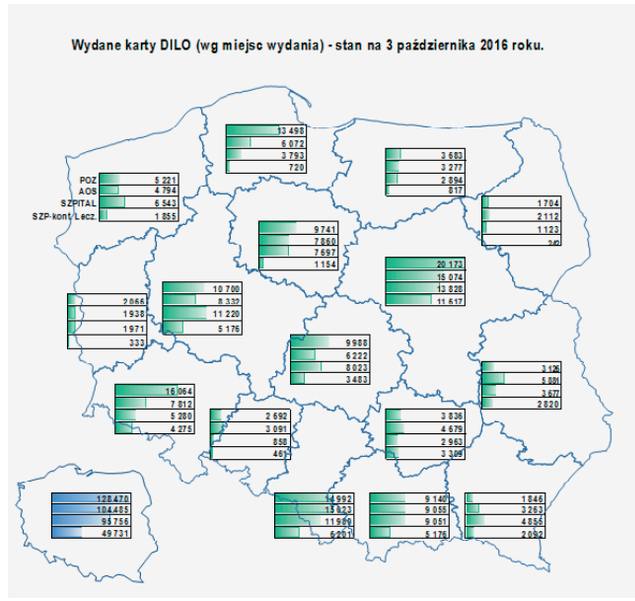
Osobnym problemem są wciąż karty DiLO wystawione przez lekarzy POZ, gdzie często mamy do czynienia z wystawieniem karty bez wykonania badań potwierdzających podejrzenie nowotworu, czy też błędne wskazywanie kolejnego etapu diagnostyki onkologicznej, co powoduje, iż pacjent nie może być dalej diagnozowany i leczony w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej [2].

W tym miejscu należy wspomnieć o zmianach wprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia do pakietu onkologicznego od 1 listopada 2015 roku, polegające na:

- rozszerzeniu pakietu onkologiczne o dodatkowe rozpoznania (kody ICD-10: D32-D33.4; D35.2; D35.4; D45; D46; D47 i D76.0);
- umożliwienie skierowania pacjenta do zabiegu diagnostyczno-leczniczego w przypadku braku możliwości weryfikacji zmiany podejrzanej w warunkach ambulatoryjnych;
- ograniczeniu możliwości wykonania planu leczenia onkologicznego przez minimum 2 lekarzy specjalistów hematologii lub onkologii klinicznej lub onkologii hematologii dziecięcej, w przypadku konsyliów wykonywanych u pacjentów nowotworami krwi i/lub układu chłonnego;
- umożliwienie wydania karty DiLO do 3 dni po dacie porady lub przyjęcia pacjenta do szpitala [3, 4].

Wyżej wymienione zmiany w swoim założeniu miały wpłynąć na liczbę oraz strukturę wydawanych kart DiLO u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym nowotworem złośliwym.

W skali całego kraju największy udział w wydanych kartach ma tryb „POZ". W tym trybie wydano już ponad 128 tysięcy kart, co stanowi prawie 40% ogółu kart wydanych w całym kraju. Zgodnie z oczekiwaniami – w przypadku trybu POZ - największa liczba kart została wydana w województwie mazowieckim. Drugie pod tym względem jest województwo dolnośląskie, a dopiero na kolejnych pozycjach znajduje się odpowiednio województwo śląskie, pomorskie i wielkopolskie. Co warte odnotowania, trzecie pod względem liczby ludności województwo wielkopolskie znajduje się dopiero na piątej pozycji.



Rycina 3. Karty DiLO według trybu wydania (stan na wrzesień 2016 roku)
Źródło: Dane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tryb AOS zajmuje drugą pozycję pod względem liczby wydanych kart (ponad 104 tysiące szt.). W skali kraju udział ten wynosi prawie 28%. Z analizy woje wódz wynika, że zdecydowanymi liderami są województwa mazowieckie i śląskie z niemal identyczną ilością wydanych kart tj. nieco ponad 15 tysięcy szt. Kolejne miejsce zajmuje województwo małopolskie, ale ilość wydanych kart przekracza nieznacznie 9 tysięcy szt.

W trybie „SZPITAL" wydano już ponad 95 tysięcy kart, co stanowi nieco ponad 25% wszystkich wydanych w Polsce kart DiLO. W trybie tym największa ilość kart została wydana w województwie mazowieckim (prawie 14 tysięcy), śląskim (prawie 12 tysięcy) i wielkopolskim (ponad 11 tysięcy).

Ostatni z analizowanych trybów „SZPITAL – kontynuacja leczenia" jest trybem, którego znaczenie będzie maleć wraz z upływem czasu. W całym kraju wydano w tym trybie niecałe 50 tysięcy kart, co stanowi nieco ponad 13 % ogółu wydanych kart. Najwięcej kart w tym trybie wydano w województwie mazowieckim (ponad 11 tysięcy), co oznacza, że prawie co czwarta karta DiLO wydana w tym trybie w Polsce została wystawiona w tym województwie. Kolejną pozycję zajmuje województwo śląskie, ale w porównaniu do liczby kart wydanych w województwie mazowieckim, karty ze śląskiego stanowią już tylko 53% liczby kart z województwa mazowieckiego.

Tabela 1 obrazuje liczbę kart wydanych w poszczególnych województwach w podziale na poszczególne tryby wydania tj.: POZ, AOS, SZPITAL oraz SZPITAL – kontynuacja leczenia.

Tabela 1. Liczba kart w podziale na tryb wydania i województwa w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

OW	WK-POZ	WK-AOS	WK-SZP	WK-SZP-KL	Suma końcowa
Dolnośląskie	16 064	7 812	5 280	4 275	33 431
Kujawsko-Pomorskie	9 741	7 860	7 697	1 154	26 452
Lubelskie	3 126	5 881	3 677	2 820	15 504
Lubuskie	2 066	1 938	1 971	333	6 308
Łódzkie	9 988	6 222	8 023	3 483	27 716
Małopolskie	9 140	9 055	9 051	5 176	32 422
Mazowieckie	20 173	15 074	13 828	11 617	60 692
Opolskie	2 692	3 091	858	461	7 102
Podkarpackie	1 846	3 263	4 855	2 092	12 056
Podlaskie	1 704	2 112	1 123	242	5 181
Pomorskie	13 498	6 072	3 793	720	24 083
Śląskie	14 992	15 023	11 980	6 201	48 196
Świętokrzyskie	3 836	4 679	2 963	3 309	14 787
Warmińsko-Mazurskie	3 683	3 277	2 894	817	10 671
Wielkopolskie	10 700	8 332	11 220	5 176	35 428
Zachodniopomorskie	5 221	4 794	6 543	1 855	18 413
Suma końcowa	**128 470**	**104 485**	**95 756**	**49 731**	**378 442**

Źródło: Dane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uzupełnieniem analizy ilościowej jest porównanie udziałów poszczególnych trybów wydania kart DiLO w poszczególnych województwach (tabela 2).

Tabela 2. Udział kart w podziale na tryb wydania i województwa w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

OW	WK-POZ	WK-AOS	WK-SZP	WK-SZP-KL	Suma końcowa
Dolnośląskie	48,1%	23,4%	15,8%	12,8%	100,0%
Kujawsko-Pomorskie	36,8%	29,7%	29,1%	4,4%	100,0%
Lubelskie	20,2%	37,9%	23,7%	18,2%	100,0%
Lubuskie	32,8%	30,7%	31,2%	5,3%	100,0%
Łódzkie	36,0%	22,4%	28,9%	12,6%	100,0%
Małopolskie	28,2%	27,9%	27,9%	16,0%	100,0%
Mazowieckie	33,2%	24,8%	22,8%	19,1%	100,0%
Opolskie	37,9%	43,5%	12,1%	6,5%	100,0%
Podkarpackie	15,3%	27,1%	40,3%	17,4%	100,0%
Podlaskie	32,9%	40,8%	21,7%	4,7%	100,0%
Pomorskie	56,0%	25,2%	15,7%	3,0%	100,0%
Śląskie	31,1%	31,2%	24,9%	12,9%	100,0%
Świętokrzyskie	25,9%	31,6%	20,0%	22,4%	100,0%
Warmińsko-Mazurskie	34,5%	30,7%	27,1%	7,7%	100,0%
Wielkopolskie	30,2%	23,5%	31,7%	14,6%	100,0%
Zachodniopomorskie	28,4%	26,0%	35,5%	10,1%	100,0%
Suma końcowa	**33,9%**	**27,6%**	**25,3%**	**13,1%**	**100,0%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

W trybie POZ wydano około 1/3 wszystkich kart w Polsce. Największy udział kart wydanych w POZ można odnotować w województwie pomorskim i jest to jedyne województwo, gdzie udział ten przekracza 50%. Drugą pozycję pod tym względem zajmuje województwo dolnośląskie, gdzie udział trybu POZ jest nieznacznie niższy niż 50%.

Tryb AOS stanowi niecałe 30% wszystkich wydanych kart w Polsce. Największy udział (ponad 40%) można odnotować w województwie opolskim oraz podlaskim. Nieco niższy udział (ponad 35%) występuje w województwie lubelskim. Tryb „SZPITAL" ma zbliżony udział do trybu „AOS" w skali całego kraju. Natomiast największy udział (ponad 40%) można odnotować w województwie podkarpackim. Ponad 30% udział charakteryzuje województwo lubuskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie.

Ostatni z analizowanych trybów „SZPITAL – kontynuacja leczenia" ma udział nieznacznie przekraczający 13%. W analizie wojewódzkiej najwięcej kart w tym trybie wystawiono w województwie świętokrzyskim (ponad 22%). W pozostałych województwach udziały nie przekraczają 20%, a w podlaskim udział jest mniejszy niż 5%.

Na koniec tej części analizy należy wspomnieć o kartach zamkniętych. Do końca września 2016 r. zamknięto 52 464 karty. Stanowi to około 14% ogółu wydanych kart. W porównaniu do danych z września 2015 roku odsetek ten uległ zwiększeniu (z 11,5%) [2]. Największy odsetek zamkniętych kart odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, bo aż 29%. Najmniejszy udział kart zamkniętych odnotowano w województwie podkarpackim (5%) oraz świętokrzyskim (6%).

Po prezentacji ogólnych danych dotyczących funkcjonowania pakietu onkologicznego w okresie styczeń – wrzesień 2016 r., w dalszej części zaprezentowane zostaną analizy dla województwa śląskiego i świętokrzyskiego.

Podstawowe dane dotyczące realizacji pakietu onkologicznego w wybranych województwach

Województwo dolnośląskie

Województwo dolnośląskie zamieszkuje 2,9 miliona mieszkańców [5], co stanowi 7,6% ogółu ludności Polski. Województwo charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem urbanizacji – 69,42%, co jest drugim wynikiem w kraju (dane za 2013 rok) [6].

W regionie istnieje dobrze rozwinięta sieć szpitali specjalistycznych zlokalizowanych głównie w największych miastach. Dane epidemiologiczne za 2013 rok wskazują, że odnotowano blisko 13 tysięcy nowych zachorowań na nowotwory złośliwe. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 455,7, a dla kobiet 433,7, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla męż-

czyzn 275,1 i 222,1 dla kobiet. Wskaźniki zachorowalności są wyższe niż średnie wskaźniki w Polsce, za wyjątkiem współczynnika standardowego dla mężczyzn (odpowiednio wskaźniki surowy i standaryzowany dla mężczyzn to odpowiednio 419,8 i 393,9, a dla kobiet 262,5 i 217,2) [7]. Rocznie w województwie dolnośląskim na nowotwory złośliwe umiera ponad 7 tysięcy chorych. Wskaźnik surowy i standaryzowany dla mężczyzn wynosi odpowiednio 289,9 i 169,7, a dla kobiet ma wartość 219,7 i 95,3. Jest to wynik który za wyjątkiem współczynnika standaryzowanego dla kobiet plasuje województwo dolnośląskie powyżej średniej krajowej, która wynosi odpowiednio dla mężczyzn 280,1 i 167,4, a dla kobiet 211,0 i 97,0) [7].

Największą placówką leczącą choroby onkologiczne na terenie województwa dolnośląskiego jest Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu (DCO). Należy jednak dodać, że na terenie województwa znajdują się też inne placówki zajmujące się leczeniem chorób nowotworowych zlokalizowanych głównie w największych miastach w regionu.

W województwie dolnośląskim do końca września 2016 roku wydano 33 431 Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego i jest to około 8,8% wszystkich wydanych kart w kraju. Ilość kart wydanych na 100 mieszkańców dla Dolnego Śląska wynosi 1 190, co stanowi trzeci wynik zaraz po województwach świętokrzyskim i kujawsko-pomorskim. Liczba podmiotów wydających karty DiLO wynosi 711. W porównaniu do stanu z listopada 2015 roku wzrosła o 44 placówki. Wzrost ilości placówek dotyczy głównie trybu „POZ" (wzrost o 23 placówek) i „AOS" (wzrost o 20 placówek). Ilość placówek wydających karty w trybie „SZPITAL" była dokładnie taka sama, natomiast w trybie „SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015" wzrósł minimalnie (o 1 szpital).

Struktura wydawanych w okresie od stycznia 2015 r. do września 2016 r. kart DiLO wygląda następująco. Największy udział ma tryb "POZ", którego udział wynosi 48%. Warto podkreślić, że jest to drugi po województwie pomorskim region pod względem udziału trybu „POZ". Udział trybu „AOS" generacji kart DiLO wynosi 23,4%, a w trybu „SZPITAL" wynosi 15,8%. W porównaniu do danych na koniec września 2015 roku najbardziej wzrósł udział kart wydawanych w trybie „POZ" (wzrost o 6,2 pkt. %). Nieco mniej wyniósł wzrost udziału kart generowanych w trybie „AOS" i „SZPITAL" (wzrost odpowiednio o 2,5 pkt. % i 2,2 pkt. %). Spadł natomiast udział ilości kart wydawanych w trybie „SZPITAL - leczenie przed 1 stycznia 2015" i po listopadzie 2016 roku wynosił 11,9% (spadek o 11,5 pkt. %) [2].

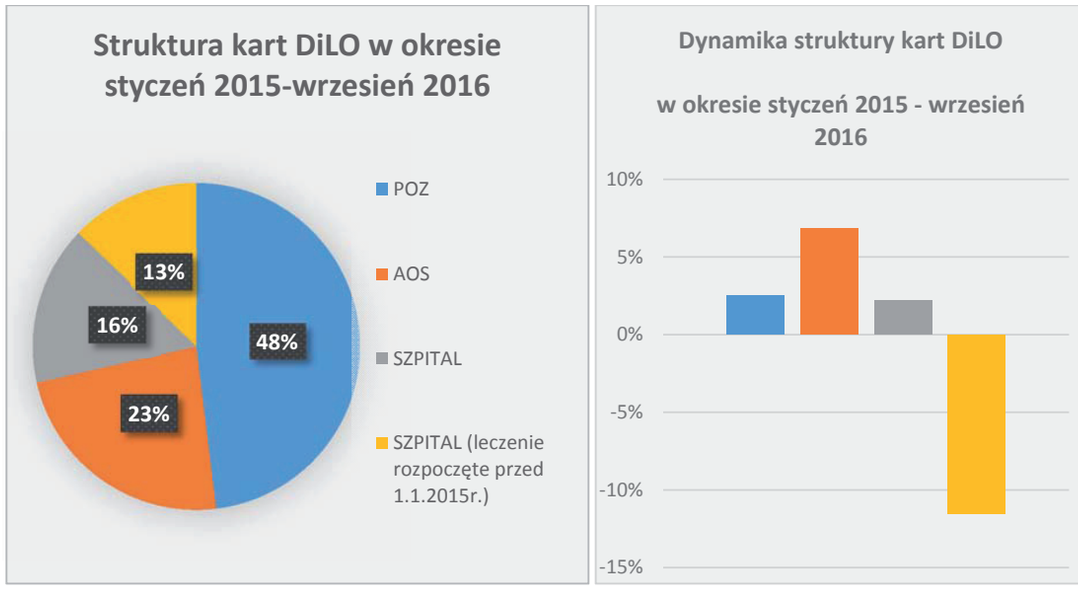
Podobnie jak ma to miejsce w strukturze ilości wydawanych kart największy udział w strukturze podmiotów wydających karty DiLO mają placówki POZ, który wynosi 71,2%. Udział ten jest zdecydowanie wyższy niż procentowy udział POZ w strukturze wydawanych kart wynoszący 48,6%. W pozostałych trybach wydawania kart DiLO procentowy udział ilości podmiotów jest niższy od udziału w wydanych kartach. Wynosu on odpowiednio w trybie „AOS" (odpowiednio 18,6% vs 23,5%), „SZPITAL" (odpowiednio 6,5% vs 16%) i „SZPITAL – leczenie przed 1 stycznia 2015" (odpowiednio 3,8% vs 11,9%). Po zsumowaniu udziały kart wydanych w obu trybach szpitalnych można stwierdzić, że udział szpitali w strukturze podmiotów wynosił 10,3%, natomiast udział w ilości wydanych kart 27,9%. W analizowanym okresie procent zamkniętych kart wyniósł 14%. Struktura podmiotów wydających karty wraz z liczbą wydanych kart została przedstawiona w tabeli numer 3.

Tabela 3. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie dolnośląskim w okresie styczeń 2015 r. – listopad 2016 r.

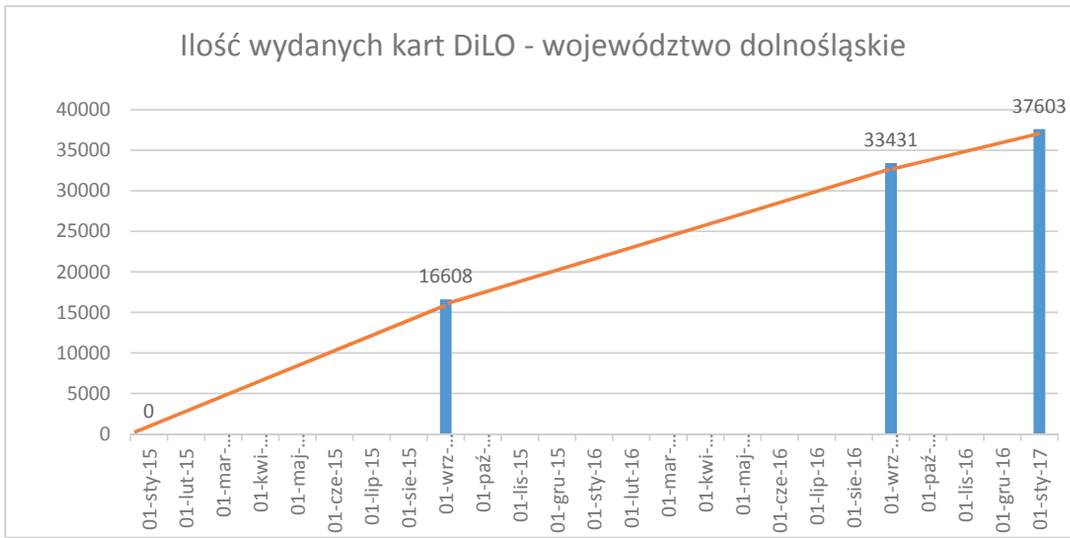
Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	506	71,17%	7812	23,37%	b.d.
AOS	132	18,57%	16064	48,05%	b.d.
Szpital	46	6,47%	5280	15,79%	b.d.
Szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 r.	27	3,80%	4275	12,79%	b.d.
RAZEM	**711**	**100,00%**	**33431**	**100,00%**	**5 443**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

W celu uzupełnienia analizy danych przedstawione zostały dane na wykresie numer 1, gdzie przedstawiono zarówno strukturę trybów wydania kart DiLO w województwie dolnośląskim wraz z jej dynamiką (stan na koniec września 2016 r., w porównaniu z wrześniem 2015 r.). Wykres numer 2 przedstawia ilość wydanych kart DiLO w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. – styczeń 2017 r. wraz z trendem dla regionu.



Wykres 1. Struktura i dynamika trybów wydania kart DiLO w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. dla województwa dolnośląskiego. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.



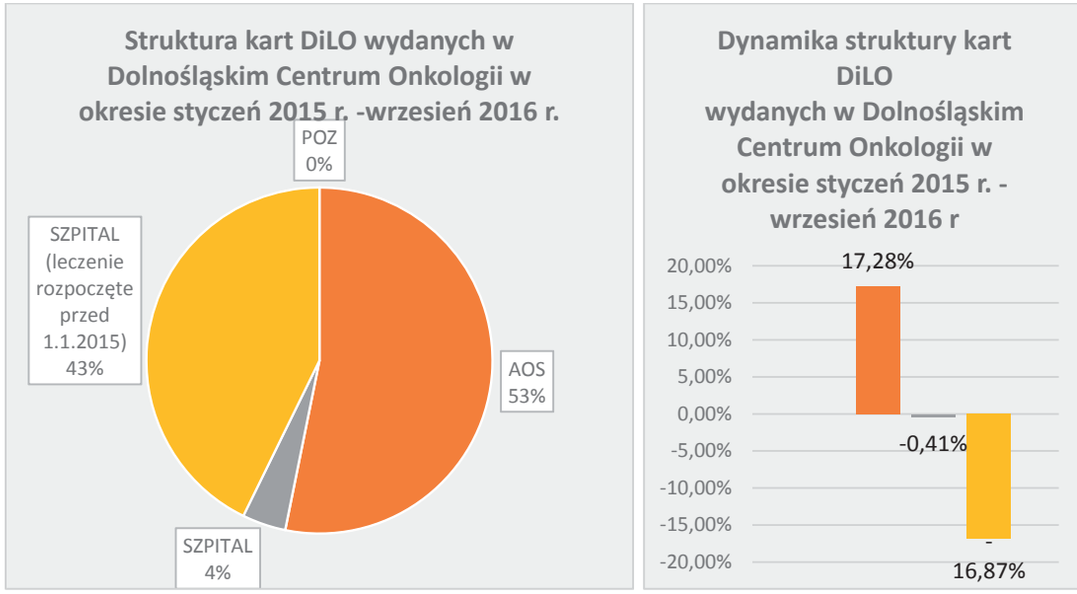
Wykres 2. Ilość wydanych kart DiLO w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. – styczeń 2017 r. wraz z trendem dla województwa dolnośląskiego. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

W okresie od stycznia 2015 do września 2016 r. w DCO we Wrocławiu wydano 5 050 kart DiLO, co stanowi 15,1% wszystkich wydanych kart w województwie dolnośląskim. Udział ten jest mniejszy o prawie 6% w porównaniu do okresu styczeń – wrzesień 2015 r. Tabela nr 4 przedstawia wydawanych ilość kart DiLO w DCO we Wrocławiu - największym ośrodku onkologicznym na Dolnym Śląsku. Natomiast wykres numer 3 prezentuje strukturę i dynamikę trybów wydawania kart w centrum onkologii w analizowanym okresie.

Tabela 4. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

Tryb wydania karty	Liczba wydanych kart DILO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DILO
POZ	0	0,00%	0
AOS	2 685	53,17%	383
Szpital	206	4,08%	43
Szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 r.	2 159	42,75%	146
RAZEM	**5 050**	**100,00%**	**572**

Źródło: pracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.



Wykres 3. Struktura i dynamika trybów wydania kart DiLO w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zauważalna jest zmiana struktury trybów wydawanych kart DiLO w DCO. W porównaniu do września 2015 roku udział kart wydawanych w trybie „AOS" wzrósł z 35,9% do 53,2% (wzrost o 17,3%) [2]. Jest to największy wzrost udziałów w trybach w jakich były wydawane karty w centrum. Nieznacznie tylko zmienił się udział wydawanych kart DiLO w trybie SZP z 4,5% na 4,1% (zanotowano nieznaczny spadek 0,4%). Bardzo zauważalny jest spadek ilości wydawanych kart w trybie Szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015. Udział tego tryby spadł z 59,6% do 42,7% (spadek o 16,9%). Udział ilości kart zamkniętych utrzymał się na podobnym poziomie i wynosi 11,3%.

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu jest największą placówką onkologiczną na terenie województwa dolnośląskiego. Jednak powyższe dane dotyczące DCO potwierdzają strukturę wydawania kart DiLO na Dolnym Śląsku jako regionu z dużym udziałem kart wydanych w trybie POZ. Udział centrum w wydawanych kartach stanowi w trybie AOS 16,7% wydanych w regionie, SZP 3,9%, a Szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 – 50,5%. Zmiany jakie weszły od 1 lipca 2017 roku najprawdopodobniej zwiększą udział DCO w ilości wydawanych kart.

Województwo śląskie

Województwo śląskie to po województwie mazowieckim najbardziej ludne województwo w Polsce. Jego ludność sięga 4,6 mln osób, co stanowi około 12% populacji Polski [5]. Warto przy tym dodać, że populacja województwa śląskiego jest – w aspekcie demograficznym – starsza niż populacja Polski. Jest to także województwo o najwyższym wskaźniku urbanizacji w Polsce (dane za 2013 rok) wynoszącym 77,4% [6]. Jest to także województwo o dość dobrze rozwiniętej (na tle kraju) sieci placówek specjalistycznych, w tym onkologicznych. Dane epidemiologiczne za rok 2013 wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w tym województwie to ponad 19 tysięcy zarejestrowanych nowych przypadków. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 435,7 a dla kobiet 397,8, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 255,9 i kobiet 214,4. Współczynniki zachorowalności plasują województwo śląskie powyżej średniej dla Polski (mężczyźni współczynnik surowy i standaryzowany to odpowiednio 419,8 i 262,5 a kobiety 393,9 i 217,2) za wyjątkiem współczynnika standaryzowanego dla kobiet, który jest nieco niższy od średniej krajowej [7]. Rocznie na nowotwory w województwie śląskim umiera ponad 12 tysięcy osób, a współczynnik surowy i standaryzowany dla mężczyzn przyjmuje wartość odpowiednio 305,0 i 172,8. Dla kobiet wartość ta kształtuje się odpowiednio: 233,1 i 104,9. Jest to wynik powyżej średniej dla Polski, która wynosi (współczynnik surowy i standaryzowany) dla mężczyzn 280,1 i 167,4, a dla kobiet 211,0 i 97,0 [7].

Największą placówką leczącą choroby onkologiczne w województwie śląskim jest Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach. Warto dodać, że poza wymienioną największą placówką zajmującą się chorobami nowotworowymi, na terenie województwa śląskiego znajduje się jeszcze kilka znaczących ośrodków.

W województwie śląskim wydano do końca września 48 196 kart DiLO, co w skali całego kraju stanowi około 12,7% wszystkich wydanych kart. Podobnie, jak w przypadku poprzedniej analizy autorów (do września 2015 roku) [2], warto zwrócić uwagę na fakt, że udział wydanych kart w województwie jest tylko nieznacznie wyższy od udziału ludności tego województwa w ludności całego kraju. Przypominając o fakcie stanowiącym iż, znacząca ilość ludzi spoza tego województwa leczy się właśnie w tym regionie (ze względu na dość dobrze rozwiniętą sieć placówek), zasadnym jest podtrzymanie założenia (uwzględniając fakt rozwiniętej struktury placówek w udziale wydanych kart DiLO), że udział ten powinien być większy, niż udział populacji województwa w populacji całego kraju. Całego obrazu nie zmienia fakt, że liczba wydanych kart w tym województwie na 100 tysięcy mieszkańców, wynosząca 1 109 (przy średniej dla kraju wynoszącej 1 028), jest wartością powyżej średniej.

W województwie śląskim pacjent może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 1 013 miejscach udzielania świadczeń (według danych Centrali NFZ u 801 świadczeniodawców). W porównaniu do stanu z września 2015 roku liczba podmiotów wydających karty DiLO zwiększyła się z 947 do 1 013 [2]. Struktura podmiotów uległa pewnej nieznacznej korekcie, tj. wzrósł udział trybu „POZ" (przy wzroście ilości podmiotów o ponad 50) oraz „SZPITAL - leczenie rozpoczęte przed 01.01.2015r." (przy wzroście ilości podmiotów o 10), natomiast nieznacznie zmalał udział trybu „AOS" przy niezmienionej ilości podmiotów (tj. 163 placówki). Tryb „SZPITAL" pozostał na niezmienionym poziomie pomimo wzrostu ilości podmiotów o 5 [2].

Zgoła odmiennie od struktury podmiotów wydających karty DiLO przedstawia się struktura wydanych kart DiLO. Największy udział mają dwa tryby, tj.: „POZ" i „AOS". Udziały tych trybów są niemal identyczne i wynoszą nieco ponad 31%. W porównaniu do analizy przeprowadzonej rok wcześniej [2] udział obu trybów uległ zwiększeniu. Trybu „POZ" o około 1 pkt %, natomiast trybu „AOS" o prawie 5 pkt %. W tym samym czasie udział trybu „SZPITAL" uległ nieznacznemu zmniejszeniu (o około 3 pkt %), natomiast udział trybu „SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015r." spadł niemalże o 10 pkt %.

Podobnie, jak w przypadku poprzedniej analizy należy wspomnieć o wysokim udziale w strukturze podmiotów placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), wynoszący prawie 72% i relatywnie niski ich udział w liczbie wydanych kart (wynoszący nieco ponad 31%). Zbliżony wynik, jeśli chodzi o udział wydanych kart mają poradnie specjalistyczne (AOS). Różnica polega na tym, że ta grupa podmiotów – AOS – ma w strukturze podmiotów udział nieznacznie przekraczający 16%. Największy udział w wydanych kartach uwzględniając strukturę podmiotów mają szpitale. Ich udział w strukturze podmiotów nieznacznie przekracza 7%, a udział w kartach sięga prawie 25%. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku szpitali kontynuujących leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem. Ich udział w ogólnej liczbie podmiotów nie przekracza 5%, natomiast udział w wydanych kartach sięga 13% (z tendencją malejącą). Sumując udziały dwóch grup szpitali, można stwierdzić, że ich udział w strukturze podmiotów w województwie śląskim wynosi 12%, natomiast udział w strukturze wydanych kart DiLO sięga 40%.

Z analizy liczby kart zamkniętych wynika, że we wrześniu 2015 roku ich udział wynosił niecałe 11% [2]. W analizowanym okresie udział ten wzrósł nieznacznie do około 13%. Zatem prawie 9 na 10 kart w województwie jest nadal aktywnych, co jest wynikiem nieznacznie niższym niż średnia dla Polski. Zmiana ta zdecydowanie nie jest jednak bardzo istotna.

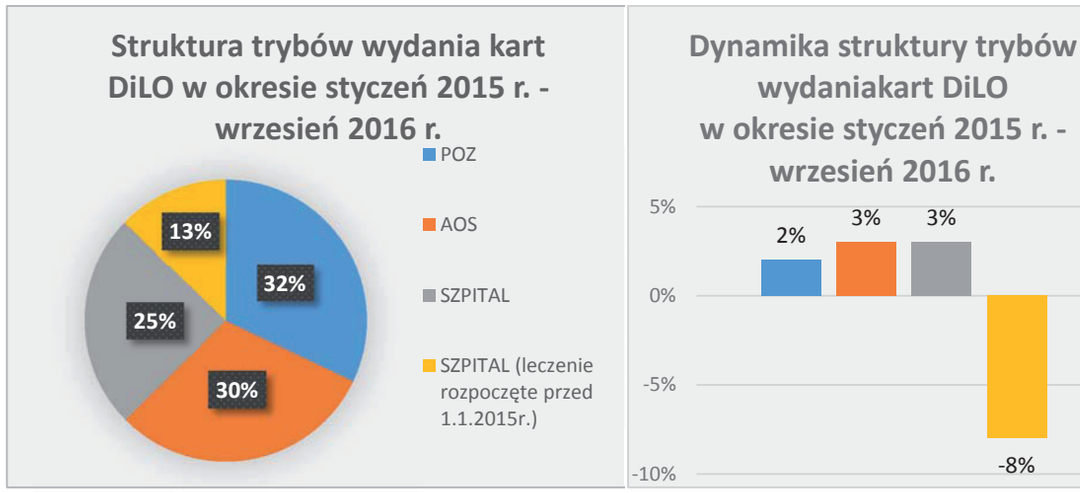
Struktura świadczeniodawców wydających karty DiLO oraz struktura wydanych kart przedstawiona została w poniższej tabeli 5.

Tabela 5. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie śląskim w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

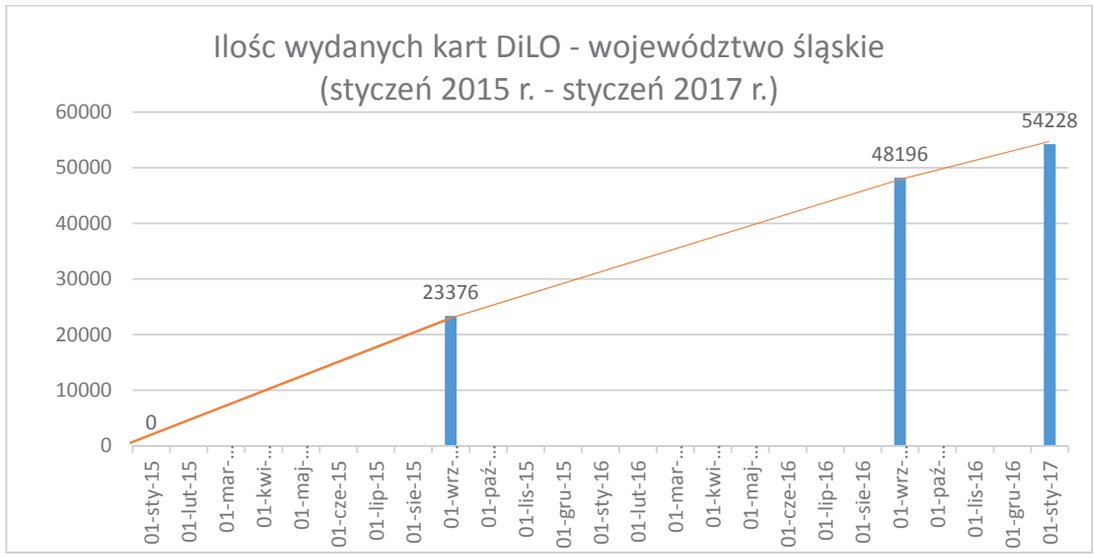
Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	728	71,9%	14 992	31,1%	3 012
AOS	163	16,1%	15 023	31,2%	1 290
SZPITAL	72	7,1%	11 980	24,8%	1 549
SZPITAL (leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015r.)	50	4,9%	6201	12,9%	507
RAZEM	1 013	100%	48 196	100%	6 358

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uzupełnieniem wcześniejszej analizy może być wykres numer 4, gdzie przedstawiono zarówno strukturę trybów wydania kart DiLO w województwie śląskim (stan na koniec września 2016 r.) wraz z jej dynamiką (w porównaniu z wrześniem 2015 r.). Wykres numer 5 przedstawia ilość wydanych kart DiLO w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. – luty 2017 r. wraz z trendem.



Wykres 4. Struktura i dynamika trybów wydania kart DiLO w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. dla województwa śląskiego. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.



Wykres 5. Ilość wydanych kart DiLO w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. – styczeń 2017 r. wraz z trendem dla województwa śląskiego. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela numer 6 obrazuje strukturę i liczbę wydanych kart DiLO w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej – Curie, oddział w Gliwicach, w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 roku.

Tabela 6. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie, oddział w Gliwicach w okresie styczeń – wrzesień 2016 r.

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	0	0%	0
AOS	7 095	57,5%	186
SZPITAL	1 290	10,5%	17
SZPITAL (leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015)	3 946	32,0%	188
RAZEM	12 331	100%	391

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

W Centrum Onkologii w Gliwicach wydano do końca września 2016 r. 12 331 kart DiLO. Na tle całego województwa, ilości ta stanowi 25,5% wszystkich wydanych kart. Udział ten jest o 4 punkty procentowe niższy, niż we wrześniu 2015 r. Wynika to z faktu iż ogólna liczba kart w województwie w okresie wrzesień 2015 r. – wrzesień 2016 r. mniej więcej uległa podwojeniu, a wzrost w Centrum Onkologii wyniósł nieco ponad 75%. Zauważalnej zmianie uległy udziały poszczególnych trybów wydania kart w Centrum Onkologii w Gliwicach. W porównaniu do analizowanej sytuacji sprzed roku należy zauważyć zmianę udziałów w dwóch „najliczniejszych" pod tym względem trybach: „AOS" i „Szpital – leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem". We wrześniu 2015 r. udział trybu „AOS" wynosił ponad 45%, natomiast udział trybu „Szpital – leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem" ponad 40%. Dane za wrzesień 2016 r. wskazują jednoznacznie, że różnica w udziałach uległa pogłębieniu. Największy udział dalej ma tryb AOS i powoli zbliża się do 60%. Tryb „Szpital – leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem" ma udział stanowiący około jedną trzecią wszystkich wydanych kart. Udział trybu „Szpital" pozostał podobnym poziomie i dalej oscyluje wokół 10% (z tendencją wzrostową w liczbie wydanych kart) [2]. Udział kart zamkniętych w całkowitej liczbie wydanych kart wynosi nieco ponad 2%. Jest to udział większy, niż w przypadku analizy wykonanej rok wcześniej, ponieważ wówczas wynosił niecały 1%. Należy jednak stwierdzić, że jest to udział znikomy w ogólnej ilości wydanych kart, gdyż oznacza, że 98% wydanych kart DiLO jest wciąż aktywnych. Największy udział kart zamkniętych spośród wszystkich trybów możemy zaobserwować dla trybu „Szpital – leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem". Udział ten jednak jest poniżej 5% wszystkich wydanych kart w tym trybie. Wykres numer 6 prezentuje strukturę i dynamikę trybów wydawania kart w Centrum Onkologii w Gliwicach.

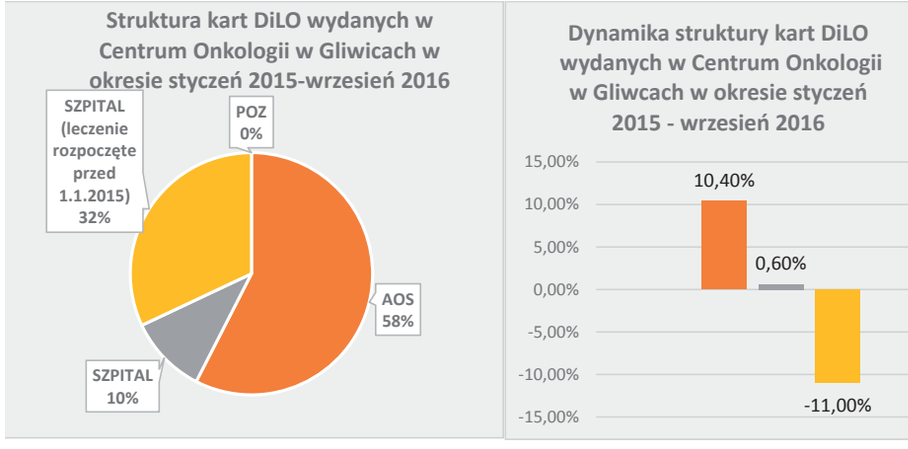
Dane dotyczące Centrum Onkologii w Gliwicach potwierdzają fakt, że ciężar realizacji pakietu onkologicznego nadal spoczywa na dużych, wyspecjalizowanych ośrodkach, co pogłębią jeszcze planowane zmiany w pakiecie onkologicznym, polegające na umożliwieniu wydania karty DiLO przez specjalistę z AOS lub SZP w przypadku posiadania wyniku badania potwierdzającego podejrzenie nowotworu złośliwego (do tej pory tylko po stwierdzeniu nowotworu złośliwego).

Województwo świętokrzyskie

Województwo świętokrzyskie jest jednym z najmniej zaludnionych regionów w kraju. Jego populacja wynosi nieco ponad 1,26 mln mieszkańców [5], co stanowi około 3,3% ludności Polski (13-te miejsce). Cechą charakterystyczną województwa jest jeden z najniższych w Polsce współczynników urbanizacji, wynoszący 45,14% [6].

W województwie zlokalizowana jest jedna wysokospecjalistyczna placówka o profilu onkologicznym – Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach (ŚCO). Dane epidemiologiczne za rok 2013 wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w tym województwie to ponad 4 913 zarejestrowanych nowych przypadków. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 454,56 a dla kobiet 403,3, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 268,33 i kobiet 213,95. Należy podkreślić, iż współczynnik zachorowalności umiejscawia województwo świętokrzyskie powyżej średniej dla kraju (mężczyźni - współczynnik surowy i standaryzowany to 384,9 i 251,5, kobiety - 365,0 i 207,3) [7]. Mimo wysokiej średniej zachorowalności, współczynnik umieralności dla województwa jest poniżej średniej krajowej.

W województwie świętokrzyskim pacjent może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego



Wykres 6. Struktura i dynamika trybów wydania kart DiLO w Centrum Onkologii w Gliwicach w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

w 211 świadczeniodawców. W porównaniu do stanu z września 2015 roku liczba podmiotów wydających karty DiLO zwiększyła się z 235 do 257 [2]. Struktura podmiotów uległa drobnej korekcie z powodu największego wzrostu udział trybu „POZ" (o 13 placówek),w porównaniu do pozostałych trybów, tj. tryb „AOS" (o 6 placówek), tryb „SZPITAL" (o 1 placówkę) oraz „SZPITAL - leczenie rozpoczęte przed 01.01.2015r." (o 2 szpitale).

W województwie świętokrzyskim do końca września 2016 r. wydano 14 787 kart DiLO, co stanowi około 3,91% wszystkich kart wydanych w kraju. Natomiast liczba wydanych kart w tym województwie na 100 tysięcy mieszkańców wyniosła 1 274, co jest wartością zdecydowanie powyżej średniej w kraju.

Struktura wydanych kart DiLO przedstawia się następująco. Największy udział mają dwa tryby, tj.: „AOS" i „POZ". Udziały tych trybów są wynoszą odpowiednio 31% i 26%. W porównaniu do analizy przeprowadzonej rok wcześniej [2] udział obu trybów uległ zwiększeniu (dla trybu „POZ" i „AOS" o ponad 3 pkt %). W tym okresie udział trybu „SZPITAL" także zwiększeniu (o blisko 3 pkt %) przy zmniejszeniu udziału trybu „SZPITAL - leczenie rozpoczęte przed 01.01.2015r." o blisko 10 pkt %.

Wysoki udział w strukturze podmiotów wydających karty DiLO utrzymują placówki POZ, wynoszący ponad 86% (wzrost o 14 pkt %) oraz niski udział tej grupy podmiotów w łącznej liczbie wydanych kart (wynoszący blisko 26%). Niższy udział w liczbie wydanych kart w porównaniu do struktury podmiotów notuje się w trybie „AOS" (odpowiednio 32% vs 20%) oraz „SZPITAL" (odpowiednio 20% vs 9%). W województwie świętokrzyskim wysoki udział w wydanych kartach uwzględniając strukturę podmiotów ma tryb „SZPITAL - leczenie rozpoczęte przed 01.01.2015r.", wynoszący ponad 22%, przy blisko 7% udziale w strukturze podmiotów. Przy zsumowaniu udziałów trybów dedykowanych dla szpitali, można stwierdzić, że ich udział w strukturze podmiotów w regionie wynosi 13%, natomiast udział w strukturze wydanych kart DiLO przekroczył 42% (analogicznie do województwa śląskiego).

W analizowanym okresie udział kart zamkniętych utrzymał się na podobnym poziomie (wzrost z 5 do 6 pkt %) [2].

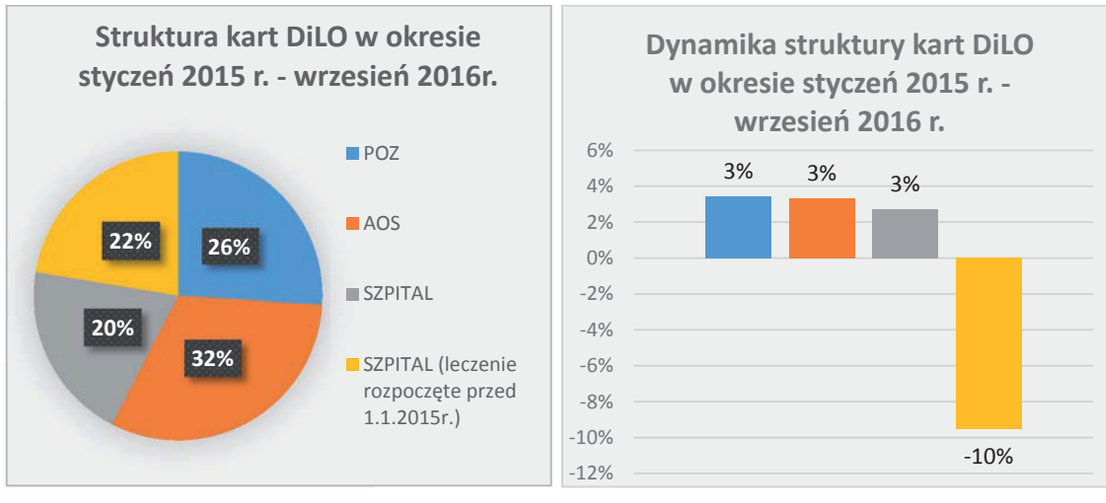
Struktura świadczeniodawców wydających karty DiLO oraz struktura wydanych kart przedstawiona jest w poniższej tabeli numer 7.

Tabela 7. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie świętokrzyskim w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

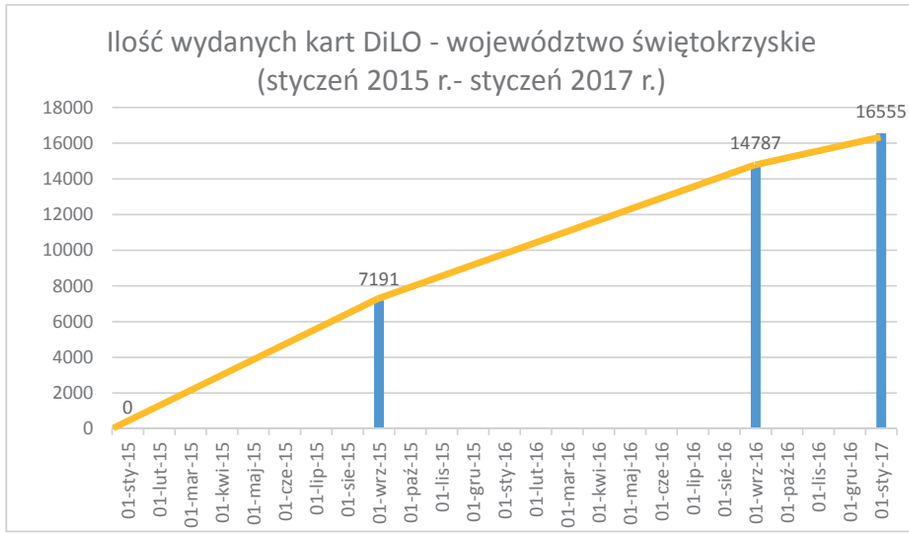
Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	182	70,82%	3 836	25,94%	552
AOS	41	15,95%	4 679	31,64%	167
SZPITAL	20	7,78%	2 963	20,04%	144
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 01.01.2015r.	14	5,45%	3 309	22,38%	35
RAZEM	257	100%	14 787	100%	898

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wykres numer 7 przedstawia strukturę trybów wydania kart DiLO w województwie świętokrzyskim (stan na koniec września 2016 r.), wraz z dynamiką zmian (w porównaniu z wrześniem 2015 r.). Wykres numer 8 przedstawia ilość wydanych kart DiLO w okresie styczeń 2015 – wrzesień 2016 – luty 2017 r. wraz z trendem.



Wykres 7. Struktura i dynamika trybów wydania kart DiLO w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. dla województwa świętokrzyskiego. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia



Wykres 8. Ilość wydanych kart DiLO w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. – styczeń 2017 r. wraz z trendem dla województwa świętokrzyskiego. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia

Natomiast tabela numer 8 obrazuje strukturę i liczbę wydanych kart DiLO w ŚCO Kielcach w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

Tabela 8. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	0	0%	0
AOS	3 826	48,30%	130
SZPITAL	863	10,90%	47
SZPITAL (leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015)	3 232	40,80%	32
RAZEM	7 921	100%	209

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia

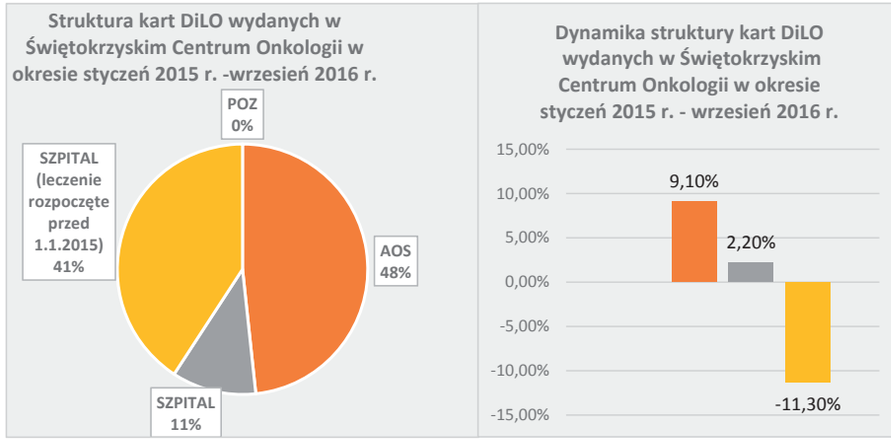
Z danych wynika, że do końca września 2016 r. w ŚCO wydano 7 921 kart DiLO. Na tle całego województwa, ilości ta stanowi blisko 54% wszystkich wydanych kart. Udział ten jest o 6 pkt % niższy, niż na koniec września 2015 r. [2].

Zauważalnej zmianie uległy udziały poszczególnych trybów wydania kart w centrum. W wcześniejszego okresu zauważa się następujące zmianę udziałów w poszczególnych trybach:

- Tryb „AOS" – wzrost o ponad 9%;
- Tryb „Szpital" – spadek o ponad 2%;
- Tryb „Szpital – leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem" – spadek o ponad 11%.

Udział kart zamkniętych w całkowitej liczbie wydanych kart wynosi 2,64%, analogicznie do poziomu z końca września 2015 roku.

Strukturę i dynamikę trybów wydawania kart w ŚCO prezentuje wykres numer 9.



Wykres 9. Struktura i dynamika trybów wydania kart DiLO w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ

Powyższe dane dotyczące ŚCO potwierdzają, iż faktyczny ciężar realizacji pakietu onkologicznego w regionie nadal spoczywa na tym jednym ośrodku (82% kart wydanych w trybie „AOS" wystawionych zostało w poradniach ŚCO, a 97% dla trybu „Szpital - leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem"). Zmiany w pakiecie onkologicznym, które weszły w życie z dniem 1 lipca 2017 roku pogłębią jeszcze tą sytuację [8].

Porównanie wyników funkcjonowania pakietu dla województw: dolnośląskiego, śląskiego i świętokrzyskiego

Z analizy wybranych danych statystycznych z województw: dolnośląskiego, śląskiego i świętokrzyskiego wynika, że regiony te różnią się od siebie gęstością zaludnienia, współczynnikiem urbanizacji a przede wszystkim liczbą ludności,.

We wszystkich trzech regionach odnotowuje się różną liczbę podmiotów realizujących świadczenia medyczne, w tym placówek realizujących pakiet onkologiczny (801 w śląskim, 536 w dolnośląskim oraz 211 w świętokrzyskim). Powyższe znajduje swoje odzwierciedlenie w szczegółowych danych dotyczących realizacji pakietu w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r. (rycina 2).

W tabeli numer 9 przestawiono strukturę kart w analizowanych województwach na tle struktury dla całego kraju.

Tabela 9. Struktura wydanych kart DiLO w Polsce oraz w województwach: dolnośląskim, śląskim i świętokrzyskim w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

Tryb wydania karty DiLO	Struktura wydanych kart DiLO dla Polski	Struktura wydanych kart DiLO w woj. dolnośląskim	Struktura wydanych kart DiLO w woj. śląskim	Struktura wydanych kart DiLO w woj. świętokrzyskim
POZ	33,9%	23,4%	31,1%	25,9%
AOS	27,6%	48,1%	31,2%	31,6%
SZPITAL	25,3%	15,8%	24,8%	20,0%
SZPITAL (leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015)	13,1%	12,8%	12,9%	22,4%
RAZEM	100%	100%	100%	**100%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z danych wynika, że w gabinetach POZ we wszystkich trzech województwach wydano mniej kart DiLO niż średnia dla całego kraju (33,9%), z czego w woj. śląskim odsetek ten jest nieznacznie mniejszy (31,1%), natomiast znacząco odbiega od średniej w województwach: świętokrzyskim (25,9%) i dolnośląskim (23,4%).

We wszystkich regionach wydano więcej kart w poradniach AOS, niż średnia dla Polski (27,6%), z czego więcej: o 20,5% w woj. dolnośląskim, o 4% w woj. świętokrzyskim oraz o 3,6% w woj. śląskim.

Odwrotną zależność notujemy w przypadku kart DiLO wydawanych w leczeniu szpitalnym, gdyż pacjenci zdiagnozowani w oddziałach szpitalnych otrzymali we wszystkich województwach mniej kart niż średnio w kraju (25,3%): na Śląsku (24,8%), w regionie świętokrzyskim (20,0%), a znacząco niższy odsetek wystąpił na Dolnym Śląsku (15,38%, tj. aż o 9,5% mniej kart niż średnia).

W przypadku kart wydanych dla pacjentów leczonych przed 2015 rokiem odsetek dla województw: dolnośląskiego (12,8%) i śląskiego (12,9%) są na poziomie średniej dla Polski (13,1%). Tylko w województwie świętokrzyskim (22,4%) wydano o 9,3% więcej kart DiLO niż średnia.

Jednakże po zsumowaniu udziałów obu trybów wydawania kart w szpitalu ich udział w woj. śląskim wynosi 37,7% (poniżej średniej dla Polski, tj. 38,4%), w woj. dolnośląskim: 28,60% (9,8% poniżej średniej), a najwięcej 42,4% w woj. świętokrzyskim (4% powyżej średniej).

Zestawienie struktury świadczeniodawców wydających karty DiLO w wybranych województwach zawiera tabela 10.

Tabela 10. Struktura placówek wydających karty DiLO w województwach: dolnośląskim, śląskim i świętokrzyskim w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

Tryb wydania karty DiLO	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. dolnośląskim	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. śląskim	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. świętokrzyskim
POZ	71,8%	71,9%	70,8%
AOS	18,6%	16,1%	16,0%
SZPITAL	6,8%	7,1%	7,8%
SZPITAL (leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015)	3,8%	4,9%	5,5%
RAZEM	**100%**	**100%**	**100%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z zaprezentowanych danych wynika, iż pakiet onkologiczny w poszczególnych regionach realizowany jest przez podmioty od podobnej strukturze. Udział lekarzy POZ wydających karty w regionach śląskim, dolnośląskim i świętokrzyskim jest na podobnym poziomie (odpowiednio 71,9%, 71,8% i 70,8%). Niewielką różnicę stanowią także liczby placówek wydających karty w AOS (najwięcej w woj. dolnośląskim: 18,6%, następnie śląskim 16,10%, a najmniej – świętokrzyskim – 19,4%,), w leczeniu szpital-

nym (różnica pomiędzy regionami 1,1-2,7%) oraz leczeniu szpitalnym – leczenie rozpoczęte przed 01.01.2015 r. (różnica pomiędzy regionami 1,7-2,8%).

Powyższe dane są odzwierciedlenie organizacji opieki onkologicznej w poszczególnych regionach (w tym liczby placówek onkologicznych) oraz ich rzeczywistego zaangażowania w realizację pakietu onkologicznego (szczególnie na poziomie POZ). Dla dalszego zobrazowania sytuacji w regionach dokonano porównania specjalistycznych placówek onkologicznych z poszczególnych województw (tabele nr 11 i 12).

Tabela 11. Udział wydanych kart DiLO w Centrach Onkologii w stosunku do wszystkich kart wystawionych w województwach: dolnośląskim, śląskim i świętokrzyskim w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

Tryb wydania karty DiLO	Udział wydanych kart DiLO w DCO we Wrocławiu na tle województwa	Udział wydanych kart DiLO w CO-I w Gliwicach na tle województwa	Udział wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach na tle województwa
AOS	17%	47%	82%
SZPITAL	4%	11%	29%
SZPITAL (leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015)	51%	64%	98%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z analizy danych tabeli nr 11 jednoznacznie wynika, że w województwie świętokrzyskim leczenie przeciwnowotworowe, w całym analizowanym okresie, skupione jest w jednym ośrodku. Znacząca liczba wykonanych diagnostyk oraz leczenia onkologicznego dla pacjentów z całego województwa uwidacznia się w znaczącym udziale kart wydanych w ŚCO w stosunku do wszystkich kart wydanych pacjentom w regionie (aż 82% kart z AOS oraz 98% kart ze szpitala – kontynuacja leczenia zostało wydanych w ŚCO. Odsetki te pozostają na poziomie notowanym we wrześniu 2015 r.). Centrum Onkologii – Instytut Oddział w Gliwicach dla województwa śląskiego wydało blisko połowę (47%) wszystkich kart DiLO wystawionym w trybie AOS oraz 64% dla pacjentów kontynuujących leczenie onkologiczne w 2015 r. Najmniejszy udział we wszystkich trybach posiada DCO (4% dla SZP, 17% dla AOS i 51% dla SZP-KL).

Odsetek kart wydanych w centrach onkologii (w stosunku do wszystkich kart wydanych w danym województwie) w trybie Szpital dla śląskiego i świętokrzyskiego wynoszą odpowiednio 11% i 29%.

Wysoki odsetek wydanych kart w ośrodkach onkologicznych, mimo faktu zlokalizowania na danym terenie wielu świadczeniodawców, potwierdza znaczącą rolę poszczególnych centrów onkologii w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w danych regionach. Odsetki te dla śląskiego i dolnośląskiego są mniejsze niż w przypadku ŚCO z uwagi na znacznie wyższą liczbę placówek wykonujących świadczenia związane z pakietem onkologicznym w tych województwach.

Analiza struktury kart DiLO wydawanych w wybranych ośrodkach onkologicznych wykazała odchylenia pomiędzy placówkami w każdym z trybów wydawania kart DiLO. Zanotowano znacząco większą liczbę kart wydanych w CO-I w Gliwicach w poradniach przyszpitalnych (o 9,2% więcej w stosunku do świętokrzyskiego oraz 4,3% w stosunku do dolnośląskiego). DCO we Wrocławiu może pochwalić się największą ilością kart DiLO wydanych w trybie Szpital – kontynuacja leczenia (o 2% więcej w stosunku do świętokrzyskiego oraz 10,8% do śląskiego). Natomiast w ŚCO więcej kart DiLO wydano pacjentom leczonym w oddziałach szpitalnych (o 6,8% więcej w stosunku do dolnośląskiego oraz 0,4% w stosunku do śląskiego). Szczegółowe dane zawiera tabela 12.

Tabela 12. Struktura wydanych kart DiLO w Centrach Onkologii w województwach: dolnośląskim, śląskim i świętokrzyskim w okresie styczeń 2015 r. – wrzesień 2016 r.

Tryb wydania karty DiLO	Struktura wydanych kart DiLO w DCO we Wrocławiu	Struktura wydanych kart DiLO w CO-I w Gliwicach	Struktura wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach
AOS	53,2%	57,5%	48,3%
SZPITAL	4,1%	10,5%	10,9%
SZPITAL (leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015)	42,8%	32,0%	40,8%
RAZEM	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Analiza trendu zmian struktury wydawanych kart DiLO w centrach onkologii w poszczególnych regionach, w okresie pomiędzy 30.09.2015 r. a 30.09.2016 r. pokazuje, iż we wszystkich opisywanych województwach nastąpił wzrost odsetka pacjentów, którym wydano kartę DiLO w poradniach specjalistycznych, przy jednoczesnym spadku udziału kart wydawanych dla chorych kontynuujących leczenie po 1 stycznia 2015 r. Udział pacjentów rozpoznawanych w warunkach szpitalnych nie uległ znaczącej zmianie w trakcie okresu 12 miesięcy. Opisany trend jest

naturalną konsekwencją założeń pakietu onkologicznego, który zakładał wydawanie kart dla wszystkich noworozpoznanych pacjentów, których liczba z upływem czasu ulega wzrostowi, przy jednoczesnej stałej liczbie pacjentów, którzy byli leczeni do 31 grudnia 2014 r. i otrzymali kartę DiLO w roku 2015 w trybie Szpital – leczenie rozpoczęte przed 01.01.2015 r. [9]. Szczegółowe dane wskazane są w tabeli numer 13.

Tabela 13. Zmiana struktury wydanych kart DiLO w regionalnych centrach onkologii w województwach: dolnośląskim, śląskim i świętokrzyskim za okresy – wrzesień 2016 r./wrzesień 2015 r.

Tryb wydania karty DiLO	Zmiana struktury wydanych kart DiLO w DCO we Wrocławiu za okres 09.2016 /09.2015	Zmiana struktury wydanych kart DiLO w CO-I w Gliwicach za okres 09.2016/ 09.2015	Zmiana struktury wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach za okres 09.2016/ 09.2015
AOS	+17,3%	+10,4%	+9,1%
SZPITAL	-0,4%	-0,6%	+2,2%
SZPITAL (leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015)	-16,9%	-11,0%	-11,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Opisywane województwa odróżnia ich charakter. Śląskie i dolnośląskie to najbardziej zurbanizowane województwa w kraju, natomiast Śląskie jest drugie pod względem liczby ludności. Natomiast świętokrzyskie to województwo znajdujące się na końcu obu klasyfikacji jeśli chodzi zarówno o wskaźnik urbanizacji, jak i liczbę ludności.

Fakty te mają swoje odzwierciedlenie także w liczbie świadczeniodawców, w tym placówek realizujących świadczenia medyczne w ramach pakietu onkologicznego. Pomimo tych różnic pomiędzy regionami, uwzględniając przeprowadzoną analizę, należy stwierdzić, że istnieje wiele zaskakujących podobieństw. Przede wszystkim należy stwierdzić, że struktura podmiotów wydających karty DiLO jest zbliżona, a ciężar realizacji zadań wynikających z implementacji pakietu onkologicznego spoczywa na wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych jakimi są odpowiednio dla województwa śląskiego – Centrum Onkologii – Instytut w Gliwicach, dla województwa świętokrzyskiego – Świętokrzyskie Centrum Onkologii. Dolnośląskie Centrum Onkologii z uwagi na fakt, iż nadal jest placówką w trakcie tworzenia i ciągłej rozbudowy nie jest aktualnie dominującą placówką prowadzącą diagnostykę onkologiczną w regionie.

Wnioski

Pakiet onkologiczny osadzony został na prawidłowych i ogólnie oczekiwanych założeniach, tj. skrócenie czasu diagnozy pacjenta, jak najszybsze podjęcie leczenia przeciwnowotworowego w oparciu o plan leczenia [9]. Niestety największe problemy pojawiły się na etapie procesu implementacji pakietu onkologicznego [1, 2]. Spowodowało to znacząco różny poziom zaangażowania pracowników medycznych a także całych placówek do jego realizacji, co potwierdziły różnice w liczbie wystawianych kart w regionach, szczególnie na 100 tysięcy mieszkańców [1, 2].

Przeprowadzona analiza danych pozwala na podtrzymanie pierwotnej tezy, że system opieki onkologicznej w Polsce zmierza w kierunku centralizacji leczenia onkologicznego w dużych specjalistycznych centrach onkologicznych, gdyż one w największej części podjęły się trudu realizacji pakietu onkologicznego, pomimo jego wielu wad [2].

Podjęty przez decydentów kierunek zmian wydaje się być właściwy, gdyż jego efektem jest optymalizacja procesu terapeutycznego poprzez stosowanie optymalnej terapii, która poprawia wyniki leczenia, ale wymaga często posiadania właściwego zaplecza diagnostyczno-leczniczego. Zdaniem ekspertów pakiet onkologiczny w naturalny sposób ukazał mapę specjalistycznych ośrodków onkologicznych w Polsce, które odgrywają kluczową rolę w walce w nowotworami w Polsce.

W świetle przedstawionych faktów jedynym i nieuchronnym kierunkiem wydaje się być stopniowe modyfikowanie uwidocznionych wad w pakiecie onkologicznym oraz ciągłe szkolenie lekarzy wszystkich specjalności nieonkologicznych, w tym POZ [10], tak aby poprawiać dostępność do świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego w Polsce, szczególnie w sposób jednolity w każdym z regionów.

Piśmiennictwo

1. Chrobot M., Góźdź S., Macek P. Ocena realizacji i wdrażania pakietu onkologicznego w pierwszym półroczu 2015 roku w województwie świętokrzyskim na tle Polski. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2015; 3 (44): 301–306;
2. Chrobot M., Motnyk M., Strzesak E. Analiza porównawcza wybranych efektów procesu implementacji pakietu onkologicznego dla województw śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2015; 3 (44): 61–73;
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. 2015, poz. 1612;
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, Dz. U. 2015 poz. 1627;
5. www.stat.gov.pl [dostęp: 02.07.2017];
6. www.eregion.wzp.pl [dostęp: 03.07.2017];

7. Didkowska J., Wojciechowska U. *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce.* Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia [dostęp 09.07.2017 r.];
8. Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2017, poz. 759;
9. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2014, poz. 1138;
10. Błaszkiewicz E., Chrobot M., Macek P., Król H., Terek-Derszniak M., Góźdź S. Wrażliwość onkologiczna. Sprawozdanie ze szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej zorganizowanych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Studia Medyczne. 2016; 32 (1): 69–75.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Bartosz Maleszczuk
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
Plac Hirszfelda 12
53-413 Wrocław
tel. +48 515 212 424, 71/368 92 63,
e-mail: maleszczuk.b@dco.com.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

INTERDYSCYPLINARNA OPIEKA NAD PACJENTEM OPEROWANYM METODĄ ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO

INTERDISCIPLINARY CARE OF A PATIENT OPERATED BY KNEE ARTHROSCOPY

Agnieszka Kruk, Sylwia Terech, Piotr Jarzynkowski, Renata Piotrkowska, Janina Książek

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.31

STRESZCZENIE

Urazy i schorzenia w obrębie stawu kolanowego znacznie utrudniają funkcjonowanie człowieka i dotyczą ludzi w każdym wieku. W związku z tym pojawiło się zapotrzebowanie na zabieg, który będzie cechować się małym stopniem inwazyjności oraz zapewni krótki okres powrotu do zdrowia oraz przywrócenie sprawności. Zabieg artroskopii należy do zabiegów często wykonywanych zarówno w Polsce, jak i na świecie.

Cele pracy to określenie problemów pielęgnacyjnych oraz zwrócenie uwagi na istotność interdyscyplinarnego podejścia w opiece nad pacjentem po zabiegu artroskopii stawu kolanowego.

Leczenie oraz profesjonalna opieka pielęgniarska nad pacjentem po artroskopii stawu kolanowego wymaga interdyscyplinarnie zaplanowanych działań opartych na wnikliwej obserwacji chorego, na aktualnej wiedzy i doświadczeniu wielu specjalistów. Przygotowanie chorego do bezpiecznego funkcjonowania po leczeniu jest podstawą szybkiego powrotu do zdrowia oraz aktywności fizycznej.

Słowa kluczowe: pacjent, artroskopia, staw kolanowy.

ABSTRACT

Injuries and diseases within the knee joint significantly impede the functioning of humans and affect people of all ages. Therefore, there is a need for a procedure that will have a low degree of invasiveness and a short period of recovery and restoration of fitness. Arthroscopy is a frequent procedure performed in Poland as well as in the world.

The aim of the study was to identify care problems and to draw attention to the importance of interdisciplinary approach in patient care after knee arthroscopy.

Treatment and professional nursing care of the patient after arthroscopy of the knee joint requires interdisciplinary planned activities based on careful observation of the patient, current knowledge and experience of many specialists. Preparing the patient for safe functioning after treatment is the basis for quick recovery and physical activity.

Keywords: patient, arthroscopy, knee joint.

Wstęp

Staw kolanowy jako największy staw w organizmie człowieka często ulega urazom i jest podatny na różnego rodzaje zmiany zwyrodnieniowe. Dodatkowo zmiany patologiczne mogą również wynikać z jego zwyczajnej eksploatacji. Około 25% osób powyżej 50 roku życia doświadcza bólu kolana z powodu choroby zwyrodnieniowej. Zaburzenia te mają negatywny wpływ na biomechanikę stawu kolanowego i uniemożliwiają wykonywanie prostych czynności, takich jak wstawanie z krzesła czy chodzenie. W rezultacie znacznie utrudniają prawidłowe funkcjonowanie człowieka [1, 2].

Problemy ze stawem kolanowym są dość powszechne i dotyczą ludzi w każdym wieku. Metody leczenia obejmują wypoczynek, czujne czekanie, czy wprowadzenie ćwiczeń, zabiegów przez fizjoterapeutów, które mają na celu wzmocnienie siły mięśniowej stawu i zachowanie jego stabilności. W przypadku nadwagi ważna jest utrata masy ciała. Niekiedy zaleca się wprowadzenie do diety produktów zawierających kolagen bądź jego farmakologiczną suplementację. Popularną metodą stała się również wiskosuplementacja stawu kolanowego preparatem hialuronianu. Podawanie roztworu soli kwasu hialuronowego w zależności od wskazań wykonywane jest kilkakrotnie z odstępem tygodniowym. Powoduje on wzrost lepkości i elastyczności płynu maziowego, dzięki czemu zmniejsza się stan zapalny, tarcie a tym samym spowalnianie procesu zwyrodnieniowego. W ostatnim czasie coraz częstsze zastosowanie mają komórki macierzyste (SC, Stem Cells). Do leczenia schorzeń w obrębie stawów wykorzystuje się uzyskane z krwi obwodowej, szpiku lub tkanki tłuszczowej mezenchymalne komórki macierzyste (MSC, mesenchy-

mal stem cells). Posiadają one zdolność przekształcania się w wyspecjalizowane komórki każdej tkanki i duże możliwości regeneracyjne, wspomagając procesy gojenia. Leczenie farmakologiczne obejmuje również implikację leków przeciwbólowych takich jak niesteroidowe leki przeciwzapalne czy podawanie wewnątrzstawowo leków z grupy kortykosteroidów. Artroskopowa operacja kolana, czy wymiana stawu kolanowego to chirurgiczne metody leczenia tego schorzenia. Jednak ta druga metoda jest zarezerwowana dla pacjentów z ciężką chorobą po niepowodzeniu leczenia operacyjnego [3].

Do wzrostu występowania urazów stawu kolanowego przyczyniło się między innymi upowszechnienie sportu wyczynowego i rekreacyjnego. Powstało wówczas zapotrzebowanie na zabieg, który cechować się będzie małą inwazyjnością i krótkim okresem rekonwalescencji.

W efekcie do rozpoznania zmian chorobowych w obrębie stawu i ich leczenia zaczęła służyć artroskopia. Obecnie zabieg ten można zaliczyć do najczęściej wykonywanych zabiegów ortopedycznych, chociaż jest on stosunkowo nową techniką, bo właściwy rozwój artroskopii datuje się na lata 70. XX wieku. Wprowadzenie zabiegu artroskopii diametralnie zmieniło sposób leczenia urazów i zwyrodnień w obrębie stawu kolanowego. Jako małoinwazyjna metoda leczenia ma on na celu minimalizację bólu pooperacyjnego i ryzyka powikłań. Przyczynia się również do skrócenia czasu pobytu na oddziale ortopedycznym i znacznie zmniejsza czas powrotu do zdrowia, co w konsekwencji jest korzystne dla pacjenta. Dodatkową zaletą artroskopii jest możliwość równoczesnego wykonywania leczenia chirurgicznego przy diagnozowaniu schorzeń w obrębie stawu kolanowego [4].

Aktualne stanowisko dotyczące wykonywania artroskopii stawu kolanowego jako metody leczenia u pacjentów z wyraźnym obrazem radiologicznym choroby zwyrodnieniowej stawów nie potwierdza jej skuteczności. Wyjątek stanowią niedawno przebyte urazy, czy uszkodzenia łąkotki. Nadal jednak jest ona jedną z najczęściej wykonywanych procedur ortopedycznych na świecie [5, 6, 7].

Artroskopia stawu kolanowego

Artroskopia, czyli wziernikowanie wnętrza stawu, jest zaliczana do małoinwazyjnych zabiegów chirurgicznych, który można wykonać w szpitalu z kilkudniową hospitalizacją pacjenta, ale także w obrębie chirurgii jednego dnia. Jest złożonym zabiegiem diagnostyczno-operacyjnym. Zajmuje obecnie bardzo wysoką pozycję w schemacie operacyjnym i diagnostycznym w urazach oraz schorzeniach w obrębie stawu kolanowego [8].

Wyróżnić możemy artroskopię diagnostyczną i operacyjną. Artroskopia diagnostyczna obejmuje badanie stawu i wykorzystywana jest do ustalenia rozpoznania. Natomiast artroskopia operacyjna jest związana z procedurami leczniczymi chirurgii operacyjnej. Wszystkie procedury wykonywane są przy użyciu artroskopu.

Podczas artroskopii diagnostycznej dokonuje się oceny stanu struktur znajdujących się wewnątrz stawu kolanowego. Na jej podstawie zostaje przyjęty dalszy plan postępowania leczniczego, dlatego tak ważne jest, aby badanie to było dokładne i szczegółowe. Istotne jest zachowanie kolejności badanych struktur. Najpierw ocenia się górny zachyłek stawu kolanowego oraz staw rzepkowo-udowy, gdzie szczegółowym oględzinom podlega błona maziowa z fałdami, chrzęstna powierzchnia udowa i rzepki, ocenia się także ruchomość rzepki. Następnie przechodzi się do oceny przedziału przyśrodkowego z badaniem łąkotki przyśrodkowej, powierzchni stawowych kłykci udowych i piszczelowych. Kolejnym etapem artroskopii diagnostycznej jest ocena dołu międzykłykciowego, któremu podlega fałd maziówkowy podrzepkowy, więzadła krzyżowe oraz tylna część łąkotki przyśrodkowej. Na końcu ocenia się przedział boczny z łąkotką boczną. Z kolei celem artroskopii operacyjnej jest leczenie schorzeń i uszkodzeń w obrębie stawu kolanowego. Oprócz alloplastyki stawu kolanowego każdą inną procedurę chirurgiczną w obrębie kolana można wykonać za pomocą artroskopii, bez otwierania stawu. Do najczęściej wykonywanych procedur operacyjnych w obrębie stawu kolanowego należą: zeszycie albo usunięcie uszkodzonej łąkotki lub jej fragmentu, usunięcie ciała wolnego, oczyszczenie chrząstki stawowej, rekonstrukcje więzadeł krzyżowych, czy synowektomia czyli operacyjne usunięcie zmienionej błony maziowej [8, 9].

Jak do każdego zabiegu ważne jest odpowiednie przygotowanie pacjenta. Obejmuje ono badanie chirurgiczne, anestezjologiczne oraz niekiedy konsultacje z innymi specjalistami, w celu wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań do zabiegu. W przypadku artroskopii diagnostycznej ważne jest, aby poinformować pacjenta o możliwości rozszerzenia zabiegu o artroskopię operacyjną. Pacjenta układa się na plecach z lekkim zgięciem w stawie biodrowym. Kąt zgięcia w stawie kolanowym do 90 stopni, podudzie powinno luźno zwisać umożliwiając przy tym swobodne manipulacje w obrębie operowanego stawu [10]. Zabieg artroskopii stawu kolanowego przeprowadza się najczęściej w znieczuleniu ogólnym albo zewnątrzoponowym. W trakcie operacji zamyka się dopływ krwi w obrębie kończyny dolnej przez założenie opaski uciskowej Esmarcha na udzie. Staw kolanowy wypełniany jest płynem, tak aby obraz z artroskopu był przejrzysty i ostry. Podczas

artroskopii stosuje się dojścia przednio-boczne i przednio-przyśrodkowe wielkości 0,5 cm, przez które wprowadzana jest optyka z kamerą oraz pozostałe narzędzia. Po zabiegu w stawie umieszcza się prewencyjnie dren. Miejsce operowane zszywa się pojedynczymi szwami i zabezpiecza się jałowym opatrunkiem [9].

Jak każdy zabieg operacyjny artroskopia stawu kolanowego obarczona jest powikłaniami. Jednak z uwagi na niewielkie pole dostępu chirurgicznego wynoszą one mniej niż 0,5% i należą do nich: krwiaki wewnątrzstawowe, wysięki, infekcje, ograniczona ruchomość stawu, uszkodzenie chrząstki stawowej, uszkodzenia nerwów, odczyny alergiczne na zastosowane implanty, zatorowość płucna oraz zakrzepica żylna [10, 4].

Implikacje pielęgniarskie

W zakresie ortopedii wykonuje się różnego rodzaju zabiegi chirurgiczne, podstawowe diagnozy pielęgniarskie oraz opieka nad pacjentami po operacji jest bardzo podobna. W opiece nad pacjentami po zabiegu artroskopii stawu kolanowego, możemy wyróżnić kilka elementów, które są istotne dla prawidłowego przebiegu okresu pooperacyjnego.

Ułożenie pacjenta po zabiegu i zakres aktywności

Ułożenie pacjenta po zabiegu w dużej mierze zależy od rodzaju znieczulenia w jakim chory był operowany. Personel pielęgniarski odbierając pacjenta z bloku operacyjnego powinien uzyskać takie informacje. W przypadku znieczulenia zewnątrzoponowego, którego efekty utrzymują się jeszcze długo w okresie pooperacyjnym, w oddziałach praktykuje się ułożenie pacjenta w pozycji na wznak, przez okres nawet do 24 godzin. Wszystko zależy od indywidualnych zaleceń anestezjologa. Po konsultacji z operatorem i ustaleniu zakresu ruchu kończyny, pielęgniarka układa kończynę w lekkim zgięciu w stawie kolanowym, pod kątem 20-30°, wykorzystując do tego możliwości łóżek ortopedycznych pozwalających na zmianę pozycji ułożeniowej bez obciążania operowanej kończyny. W 0 dobie po zabiegu, pacjent jest zależny od personelu pielęgniarskiego i wymaga pomocy w zaspokojeniu podstawowych potrzeb fizjologicznych, utrzymania higieny osobistej oraz czystości otoczenia. Ścisła współpraca z pacjentem w tym zakresie jest ważna dla zapewnienia poczucia komfortu ale także poczucia bezpieczeństwa i nienarażania operowanej kończyny na nadmierną ruchomość w pierwszych 24 godzinach po zabiegu.

Krioterapia

Krioterapia jest metodą powszechnie stosowaną po zabiegach artroskopowych, polega na stosowaniu zimna w postaci okładów z lodem lub kompresów żelowych, mankietów chłodzących, czy też specjalistycznych aparatów do krioterapii z wykorzystaniem azotu. Jej zastosowanie ma na celu leczenie obrzęku stawu, zwiększonego metabolizmu w stawie, a także zmniejszenie dolegliwości bólowych. Zmniejsza ryzyko krwawienia z rany pooperacyjnej w stawie, tym samym zapobiega powstaniu procesu zapalnego. Najlepsze efekty osiąga się stosując terapię już w pierwszych godzinach po zabiegu, zaleca się aplikowanie chłodzącego okładu z lodem 3-4 razy dziennie po 20 minut. Bez względu na to, jakie środki wykorzystujemy do schłodzenia stawu, pielęgniarka ocenia zakres tolerancji terapii przez pacjenta z możliwością skrócenia czasu stosowania zimna, a także ocenia stan skóry podczas każdej zmiany okładu, ze względu na ryzyko odmrożeń [11, 12].

Drenaż i szwy

Zastosowanie drenażu chirurgicznego w postaci drenu Redona jest rutynową procedurą po artroskopii stawu kolanowego w wielu ośrodkach. Ocena ilości oraz jakości treści w bezpośrednim okresie po zabiegu należy do pielęgniarki, natomiast usunięcie drenu wykonuje lekarz, zwykle dren jest usuwany w 1-2 dobie po zabiegu, czyli w czasie, gdy pacjent jest jeszcze w oddziale. Szwy chirurgiczne, którymi zostały zamknięte otwory po portach pozostają na ranie. Ponieważ najczęściej wykorzystywane są szwy nylonowe, niewchłanialne, powinny być usunięte najwcześniej w siódmej a najpóźniej w dziesiątej dobie po zabiegu [13].

Pielęgnacja ran

Pielęgnacja i obserwacja ran po zabiegach ortopedycznych jest niezwykle istotna. Powikłanie w postaci wewnątrzstawowych infekcji z możliwością zapalenia kości jest bardzo trudne i długotrwałe w leczeniu. Wszystkie czynności związane z tą procedurą muszą być wykonane ściśle z obowiązującymi zasadami. Pierwsza zmiana opatrunku wykonywana jest 24 godziny po zabiegu, o ile nie było konieczności wcześniejszej zmiany, np. ze względu na wzmożone krwawienie z ran. Zabieg artroskopii należy do „czystych" zabiegów, ważne żeby zmiana opatrunku na ranach była wykonana w sposób aseptyczny. W przypadku zaobserwowania cech stanu zapalnego, zasadnicze znaczenie ma różnicowanie infekcji, powierzchownych od głębokich. Ryzyko zakażenia wzrasta wraz z liczbą chorób współistniejących. Z analizy piśmiennictwa wynika, iż infekcje stawu kolanowego występują częściej wśród chorych na otyłość, osób aktywnie palących, pacjentów poddawanych stosunkowo skomplikowanym zabiegom, mężczyzn, pacjentów z cukrzycą oraz stosunkowo młodych pacjentów. Wiedza ta, może pozwolić na bardziej

świadome przygotowanie przedoperacyjne i ułatwić zapobieganie infekcjom poprzez podjęcie działań ukierunkowanych na osoby ze zwiększonym ryzykiem [14].

Ocena bólu

Artroskopia stawu kolanowego jest zabiegiem dobrze tolerowanym przez pacjentów. Najsilniejsze dolegliwości bólowe są zgłaszane przez pacjentów w 0 dobie, a szczególnie w pierwszych 8 godzinach po zabiegu. Ból jest czynnikiem, który znacząco wpływa na aktywność pacjenta jak i na poczucie satysfakcji z leczenia. Ocena natężenia bólu jest jednym z najważniejszych elementów opieki pielęgniarskiej nad pacjentami po zabiegach chirurgicznych. Do oceny poziomu dolegliwości bólowych odczuwanych przez chorego wykorzystuje się najczęściej skalę wizualno-analogową VAS. Pacjent powinien być zapoznany przed zabiegiem z rodzajem stosowanej skali do oceny bólu. Informacje uzyskane od pacjenta powinny być zawsze weryfikowane z zastosowanym leczeniem przeciwbólowym i skonsultowane z chirurgiem w celu ewentualnej zmiany dawki leku przeciwbólowego lub leku [15].

Ocena neuro-naczyniowa

Po przyjęciu pacjenta z bloku operacyjnego po zabiegu, należy wykonać dokładną ocenę funkcjonowania neuro-naczyniowego operowanej kończyny. Uszkodzenia nerwów czy naczyń po artroskopii stawu kolanowego są bardzo rzadkie, jednak zarówno chirurdzy jak i pielęgniarki powinni o tym pamiętać. Oceniając kończynę zwraca się uwagę na perfuzję w jej dystalnej części, możliwości wykonania ruchu oraz odbiór bodźców czuciowych. Ocenia się okolicę stawu kolanowego, staw skokowy oraz stopę. W przypadku pacjentów operowanych w znieczuleniu zewnątrzoponowym, ocena czucia i zakresu ruchów w pierwszych godzinach może być utrudniona ze względu na utrzymujące się znieczulenie. Dokonana ocena musi być zawsze porównana z kończyną nieoperowaną. Uszkodzenie nerwów może manifestować się zmniejszoną ruchomością kończyny oraz odczuwaniem jej "w oddali". Konsekwencją uszkodzenia naczyń krwionośnych jest niedokrwienie kończyny mogące prowadzić nawet do jej utraty. Wczesne rozpoznanie nieprawidłowości i szybka interwencja jest niezbędna w uzyskaniu dobrych wyników leczenia w okresie pooperacyjnym [16, 17].

Plan opieki

Artroskopia stawu kolanowego należy do procedur, po których pobyt pacjenta w szpitalu ogranicza się do 2-3 dni, często też wykonywana jest w trybie chirurgii jednego dnia. Niepowikłany okres pooperacyjny jest gwarantem sukcesu zastosowanego leczenia. Bardzo krótki okres hospitalizacji wymaga od personelu pielęgniarskiego dużej intensyfikacji działań w zakresie opieki nad pacjentem. W celu ułatwienia pracy można stworzyć i wykorzystać pielęgniarskie checklisty, aby nie pominąć żadnego elementu w sprawowanej opiece (tabela1).

Tabela 1. Propozycja pielęgniarskiej checklisty w opiece nad pacjentem po artroskopii stawu kolanowego

Okres hospitalizacji	Zadania do realizacji	Zrealizowano/-
Okres pooperacyjny	Zapewnienie rutynowej opieki pooperacyjnej zgodnie z przyjętymi zasadami (monitorowanie podstawowych parametrów życiowych w 0 dobie)	
	Ocena neuro-naczyniowa kończyny operowanej (kolor, temperatura, tętno, ruchomość, czucie), porównanie z kończyną nieoperowaną	
	Monitorowanie bólu i zapewnienie podaży analgetyków zgodnie ze zleceniem lekarskim	
	Obserwacja opatrunku i drenażu w kierunku krwawienia, narastającego obrzęku	
	Aplikacja okładu chłodzącego w pierwszych 24 godzinach po zabiegu	
	Utrzymanie kończyny w odciążeniu, elewacja stawu pod kątem 20-30^0 w pierwszych 24 godzinach po zabiegu	
	Edukacja w zakresie korzystania z kul ortopedycznych w pierwszych dobach po zabiegu, w celu uniknięcia nadmiernego obciążenia operowanego stawu	
	Zapewnienie instrukcji w zakresie prowadzenia ćwiczeń w warunkach domowych/ skierowanie do fizjoterapeuty	

Rehabilitacja po zabiegu artroskopii

Rehabilitacja pacjenta powinna być ukierunkowanym postępowaniem uwzględniającym potrzeby chorego. Wykonywane czynności dnia codziennego po zabiegu artroskopii stawu kolanowego mogą być znacznie utrudnione. Celem rehabilitacji po zabiegu jest jak najszybsze usprawnienie i przywrócenie prawidłowych funkcji w obrębie stawu kolanowego. Proces usprawniania po artroskopii kolana można podzielić na trzy etapy. Etap I trwa do 3 tygodnia po zabiegu i jego celem jest ochrona stawu bez jego obciążania. Etap II zaczyna się w 3 tygodniu i trwa do 6 tygodnia po zabiegu i ma za zadanie odzyskanie masy

mięśniowej, funkcjonalnego zakresu ruchów oraz sprawności kończyny dolnej w czynnościach dnia codziennego. Należy wykluczyć uprawianie sportu w otwartych łańcuchach kinematycznych. Dla lepszej stabilizacji kolana i zmniejszenia ryzyka ponownego urazu prowadzi się ćwiczenia w zamkniętym układzie kinematycznym. Etap III, który zaczyna się w 6 a kończy w 12 tygodniu po zabiegu, zapewnia powrót do pełnej sprawności operowanego stawu kolanowego. Etapy te są stosowane indywidualnie do każdego pacjenta i zależne od rodzaju urazu oraz rozległości przeprowadzonej artroskopii [18].

Istotne jest, aby usprawniać pacjenta jak najszybciej, już we wczesnym okresie pooperacyjnym. Operowaną kończynę dolną należy układać w lekkim zgięciu w stawie kolanowym. Zaleca się także jej unoszenie, aby poprawić krążenie i przyspieszyć wchłanianie krwiaka. Pacjent powinien chodzić przy pomocy kul łokciowych [19, 20].

Rehabilitant postępuje według drabiny rehabilitacyjnej, która oferuje bezpieczne i wydajne ćwiczenia. Pacjent rozpoczyna ćwiczenia rehabilitacyjne od fazy I, która łagodzi ból i dzięki niej powraca bierny zakres ruchów w obrębie stawu, zaczynając od napinania mięśnia czworogłowego w pozycji leżącej i unoszenia wyprostowanej kończyny. Kolejnymi ćwiczeniami usprawniającymi w tej fazie są zginanie kolana w leżeniu tyłem, zginanie oraz prostowanie w pozycji leżenia przodem. W fazie II wykonywane są ćwiczenia, które poprawiają czynny zakres ruchu oraz takie, które wstępnie wzmacniają mięśnie. Rozpoczęcie ćwiczeń zaczyna się od podnoszenia wyprostowanej kończyny we wszystkich płaszczyznach. Następnie wzmacnia się mięsień czworogłowy uda poprzez prostowanie i zginanie kolana w ograniczonym zakresie ruchu. Polega to na tym, że pacjent leży na plecach, a kolano pozostaje lekko uniesione np. poprzez umieszczenie pod stawem kolanowym zrolowanego ręcznika lub poduszki. W tej fazie pacjent również wykonuje przysiady przy ścianie. Następnie przechodzi się do rozciągania mięśnia czworogłowego uda, ścięgien mięśni uda, należących do grupy tylnej oraz pasma biodrowo-piszczelowego. Po wykonaniu tych ćwiczeń pacjenta uczy się jak poprawnie wchodzić i schodzić używając do tego stepu lub schodów. W tym etapie ważne jest, aby przy wchodzeniu na stopień zdrowa noga stawiana była jako pierwsza, a przy schodzeniu noga operowana. Po ukończeniu tej fazy następuje faza III, w której wzmacnia się poszczególne grupy mięśni i uzyskuje poprawę stabilności stawu kolanowego. W tej fazie wykonuje się ćwiczenia z użyciem taśm elastycznych, podczas których pacjent ma za zadanie zgiąć, przywieść, wyprostować oraz odwieść staw biodrowy. Przechodzi się następnie do wykroków w różnych kierunkach. Przedostatnim etapem w tej fazie są ćwiczenia z użyciem piłki gimnastycznej. Pacjent siada na piłce i układa stopy płasko na podłodze. Pozostając w tej pozycji porusza się w różnych kierunkach. Na końcu wykonuje się ćwiczenia oporowe w postaci wykroków we wszystkich płaszczyznach z użyciem linki sportowej [21, 22].

Szybki postęp ćwiczeń i zakres ruchów w stawie kolanowym zależy od oznak i objawów jakie manifestuje pacjent. Jeżeli pacjent jest w stanie wykonywać ćwiczenie bez odczuwania bólu, które składają się z 8-12 powtórzeń wtedy przechodzi się do kolejnego etapu ćwiczeń. Jeśli pacjent natrafi na etap, podczas którego odczuwać będzie ból, to powraca do poprzedniego ćwiczenia, przy którym ból się nie pojawiał i wykonuje je 5 razy dziennie, przez dzień lub dwa i dopiero wtedy ponownie podchodzi do próby wykonania kolejnego ćwiczenia. W przypadku dojścia do końca drabiny rehabilitacyjnej pacjent może przejść do wykonywania ćwiczeń z zakresu treningu funkcjonalnego lub sportowego. Ćwiczenia szybkościowe i siłowe są dostosowane do wymagań konkretnej dziedziny sportu [23].

Podsumowanie

Schorzenia oraz urazy stawu kolanowego znacznie utrudniają człowiekowi codzienne wykonywanie podstawowych czynności i dotyczą ludzi w każdym wieku. W związku z tym pojawiło się zapotrzebowanie na zabieg, który będzie cechować się małym stopniem inwazyjności, krótkim okresem powrotu do zdrowia i szybkim przywróceniem sprawności.

Prowadzone dotychczas badania kliniczne dotyczące zastosowania artroskopii w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego podważają jej efektywność leczniczą w zakresie eliminacji bólu [24]. Chirurgiczne oczyszczenie i osteoplastyka stawu, osteotomia czy alloplastyka są metodami leczenia przynoszącymi korzyści w przypadku prawidłowo dobranych wskazań [25].

Artroskopia wyłącznie diagnostyczna jest obecnie bardzo rzadko wykonywana. Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje zabiegi artroskopii leczniczej i można je wykonać nie tylko w publicznych placówkach ochrony zdrowia, ale również w prywatnych klinikach. Koszty zabiegu uzależnione są od trudności operacji, rozległości, rodzaju znieczulenia. W Polsce orientacyjne koszty zabiegu mieszczą się w granicach od 2500-4500 złotych.

Leczenie, pielęgnowanie oraz rehabilitacja pacjentów po zabiegu artroskopii stawu kolanowego wymaga zsynchronizowanego działania członków zespołu terapeutycznego, aby pacjent mógł jak najszybciej powrócić do zdrowia. Do tego zespołu należą lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci.

Piśmiennictwo

1. Nguyen US, Zhang Y., Zhu Y., Niu J., Zhang B, Felson DT. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data. Ann Intern Med 2011; 155:725-32.
2. Turkiewicz A, Gerhardsson de Verdier M, Engström G, et al. Prevalence of knee pain and knee OA in southern Sweden and the proportion that seeks medical care. Rheumatology (Oxford) 2015 ;54: 827-35.
3. McGrory B, Weber K, Lynott J.A, et al. American Academy of Orthopaedic Surgeons. The American Academy of Orthopaedic Surgeons evidence-based clinical practice guideline on surgical management of osteoarthritis of the knee. J Bone Joint Surg Am 2016; 98: 688-92.
4. Widuchowski J. Artroskopia stawu kolanowego w ostatnim dwudziestopięcioleciu, Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska 2003; 68(11): 47-51.
5. Siemieniuk RAC, Harris IA, Agoritsas T, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: A clinical practice guideline. BMJ Clinical Research 2017 ; 10: 357.
6. Adelani MA, Harris AH, Bowe TR, Giori NJ. Arthroscopy for knee osteoarthritis has not decreased after a clinical trial. Clin Orthop Relat Res 2016; 474:489-494.
7. Thorlund JB, Hare KB, Lohmander LS. Large increase in arthroscopic meniscus surgery in the middle-aged and older population in Denmark from 2000 to 2011. Acta Orthop 2014; 85: 287-292.
8. Widuchowski J. Kolano. Artroskopia diagnostyczna i operacyjna., Wydawnictwo Sport & Med s.c., Katowice 2002.
9. Chhabra A., Cha PS., Rihn JA. Surgical management of knee dislocations. Surgical technique. J Bone Joint Surg Am. 2005; 87(1): 1–21.
10. Allum R. Complications of an arthroscopy of the knee, The Journal of Bone and Joint Surgery 2002; 84-B: 937-945.
11. Lessard LA., Scudds RA., Amendola A, Vaz MD. The efficacy of cryotherapy following arthroscopic knee surgery. J Orthop Sports Phys Ther 1997; 26(1): 14-18.
12. Martin SS, Spindler KP, Tarter JW, Detwiler K, Petersen HA. Cryotherapy: An Effective Modality for Decreasing Intraarticular Temperature after Knee Arthroscopy. The American Journal of Sports Medicine 2001; 29(3): 288-291.
13. Acar N, Er A, Erduran M. The assessment of portal-tract healing after knee arthroscopy. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica 2017; 51(5): 372-376.
14. Clement RC, Haddix KP, Creighton RA, Spang JT, Tennant JN, Kamath GV. Risk Factors for Infection After Knee Arthroscopy: Analysis of 595,083 Cases From 3 United States Databases. Arthroscopy 2016; 32(12):2556-2561.
15. Drosos GI, Stavropoulos NI, Katsis A, Kesidis K, Kazakos K. Verettas D.A.:Post-Operative Pain After Knee Arthroscopy and Related Factors. Open Orthop J. 2008; 2: 110–114.
16. Yacub JN, Rice JB, Dillingham TR. Nerve injury in patients after hip and knee arthroplasties and knee arthroscopy. Am J Phys Med Rehabil. 2009; 88(8):635-41.
17. Neagoe RM, Bancu S, Muresan M, Sala D. Major vascular injuries complicating knee arthroscopy. Videosurgery 2015; 10(2): 266–274.
18. Mook R.W, Miller DM., Diduch RD., Hertel J, Boachie-Adjei Y, Hart M.J. Multiple-Ligament Knee Injuries: A Systematic Review of the Timing of Operative Intervention and Postoperative Rehabilitation. J Bone Joint Surg Am. 2009; 91(7): 2946-2957.
19. Heckmann TP, Noyes F R, Westin-Barber S D. Meniscal Repair and Transplantation: Indications, Techniques, Rehabilitation, and Clinical Outcome, Orthopaedic & Sport Physical Therapy 2006; 36(10): 795-814.
20. Fibiger W, Kukiełka R, Jasiak-Tyrkalska B, Frańczuk B. Postępowanie rehabilitacyjne w uszkodzeniu więzadła krzyżowego przedniego u osób czynnie uprawiających sport, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2004; 6(4): 461-466.
21. Piontek T, Ciemniewska-Gorzela K, Szulc A. Zwichnięcie kolana: rekonstrukcja jednoczasowa wszystkich uszkodzonych więzadeł stawu kolanowego - technika operacyjna. Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska 2008; 73(5): 289-296.
22. Edson CJ, Fanelli GC, Beck JD. Rehabilitation after multiple-ligament reconstruction of the knee. Sports Med Arthrosc. 2011; 19(2): 162-166.
23. Silkman C, McKeon J. The Effect of Preoperative Quadriceps Strength on Strength and Function After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. J Sport Rehabil. 2012; 21: 89-93.
24. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, Hollingsworth JC, Ashton CM, Wray NP. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med. 2002; 347(2): 81-88.
25. McNamara I, Birmingham TB, Fowler PJ, Giffin JR. High tibial osteotomy: evolution of research and clinical applications – a Canadian experience. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2013; 21(1): 23-31.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Agnieszka Kruk
ul. Dębinki 7
80-211 Gdańsk, bud. 15
tel./fax (58) 349 12 47
tel. kom. 530 555 655
e-mail: a.kruk@gumed.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

WYBRANE ASPEKTY SPOŁECZNE, PRAWNE I ETYCZNE POZYSKIWANIA NARZĄDÓW DO TRANSPLANTACJI NEREK

SELECTED SOCIAL, LEGAL AND ETHICAL ASPECTS OF ORGAN PROCUREMENT FOR RENAL TRANSPLANTATION

Ewa Baum, Stanisław Antczak

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.32

STRESZCZENIE

Rozwój medycyny w XX w. sprawił, że możliwe stało się przedłużanie, a nawet ratowanie ludzkiego życia dzięki przeszczepom kluczowych dla egzystencji ludzkiej organów, takich jak serce czy nerki, które wkrótce zdominowały „rynek" transplantacji. Zarazem nowe możliwości w dziedzinie medycyny przyczyniły się do powstania problemu pozyskiwania narządów do przeszczepów. W przeciwieństwie do serca, źródła pozyskiwania nerek do transplantacji są bardziej różnorodne, choćby z tej przyczyny, że jest to narząd parzysty, a dla podtrzymania czynności życiowych wystarczy w zupełności jedna, drugą można więc oddać do transplantacji. Zatem problem pozyskiwania nerek do przeszczepów przyczynił się do powstania szeregu dylematów natury społecznej, prawnej i etycznej oraz stworzył pole do potencjalnych nadużyć i wątpliwości. Taka sytuacja skłoniła poszczególne państwa i organizacje do wypracowania regulacji prawnych i etycznych. Przy czym można tutaj zauważyć różne podejścia i rozwiązania. Na szczególną uwagę zasługują regulacje przyjęte w Polsce i Europie czy Iranie. Z kolei duży niepokój mogą budzić praktyki dotyczące pozyskiwania narządów w Chinach czy Indiach.

Słowa kluczowe: pobieranie narządów, przeszczep nerki, ustawodawstwo dotyczące przeszczepów, aspekty etyczne i społeczne.

ABSTRACT

The advancement of medicine in the twentieth century has made it possible to extend or save human life through transplants of organs that are crucial to survival, such as the heart or the kidneys, which very quickly dominated the "transplantation market". At the same time, these new opportunities in the field of medicine have given rise to the problem of obtaining organs for transplantation. Unlike the heart, the sources of kidneys for transplantation are more diverse if only because they are paired organs and one is enough to sustain vital functions, hence it is possible to donate the other for transplantation. Consequently, the problem of kidney procurement has contributed to a number of social, legal and ethical dilemmas and has created an area for potential abuse and uncertainty. This situation prompted individual states and organisations to develop appropriate legal and ethical regulations, albeit these display different approaches and solutions. Of particular interest are the solutions adopted in Poland and other European countries, as well as in Iran, whilst the organ harvesting practices in China or India may cause serious concern.

Keywords: organ procurement, kidney transplantation, legislation for transplantation, ethical and social aspects.

W prezentowanym poniżej tekście przedstawione zostaną kwestie związane z pozyskiwaniem nerek do przeszczepów, z uwzględnieniem kontekstu społeczno-kulturowego, etycznego i prawnego oraz ekonomicznego. Autorzy w konstrukcji tekstu posłużyli się metodą analizy archiwalnej, odwołując się do dokumentów i innych materiałów archiwalnych oraz informacji zawartych w literaturze przedmiotu.

Ważnym krokiem w rozwoju transplantacji był pierwszy na świecie udany przeszczep nerki przeprowadzony przez zespół pod kierunkiem Josepha Murraya w szpitalu Petera Benta Birghama, w Bostonie 23 grudnia 1954 roku. Dawcą i biorcą byli dwaj bracia bliźniacy Ronald i Richard Herrickowie [1]. W Polsce pierwszy udany przeszczep nerki miał miejsce jedenaście lat później, 26 stycznia 1966 roku, kiedy to Jan Nielubowicz i Tadeusz Ostrowski, wraz z zespołem, przeszczepili pacjentowi nerkę od zmarłego dawcy [2]. Po pierwszych udanych transplantacjach rychło przeprowadzono na całym świecie następne zakończone sukcesem operacje wszczepienia nerki dializowanym wcześniej pacjentom. Udane transplantacje wzbudziły nadzieje u licznych chorych na znaczącą poprawę jakości ich życia, a często były one jedynym ratunkiem przed przedwczesną śmiercią. Jak zauważa Nicholas L. Tilney „Dzięki współczesnej transplantologii w ciągu jednego roku na całym świecie można uratować życie około 40 000 pa-

cjentów, którym przeszczepiono narząd, oraz dać nadzieję dziesiątkom tysięcy pozostałych chorych, którzy na niego czekają" [1]. Te niewątpliwe sukcesy w dziedzinie medycyny transplantacyjnej zrodziły nie tylko wielkie oczekiwania i nadzieje u rosnącej systematycznie liczby chorych, lecz także pociągnęły za sobą szereg poważnych konsekwencji natury etycznej oraz wskazały na konieczność przyjęcia odpowiednich uregulowań prawnych, które pomogłyby zapobiec nadużyciom związanym przede wszystkim z dawstwem organów do przeszczepu.

Rozwój transplantologii wiązał się bowiem z pojawieniem się istotnych pytań natury etycznej i bioetycznej, które są ściśle związane z kwestią źródeł i sposobów pozyskiwania narządów do transplantacji. Nerki, w przeciwieństwie np. do innych organów jak trzustka czy serce, mogą być pozyskiwane nie tylko od zmarłych lecz także od żywych dawców. Jest to możliwe, ponieważ jest to organ parzysty i zdrowy człowiek może oddać jedną z posiadanych przez siebie nerek do transplantacji i żyć normalnie z jedną nerką. Co więcej nerka od żywego dawcy rokuje lepszą adaptację do organizmu biorcy [3]. Do tego należy uwzględnić tak istotny fakt, jakim jest przewaga popytu nad podażą organów do przeszczepu. Ponieważ lekarze kwalifikują coraz to nowe osoby do umieszczenia na liście oczekujących na przeszczep w poszczególnych krajach, kolejka ta systematycznie będzie się wydłużała, a tym samym będzie rósł czas oczekiwania na przeszczep [4]. W Polsce w 2010 roku na wspólnej dla całego kraju, Krajowej Liście Osób Oczekujących (KLO) na transplantację nerki umieszczonych było 2581 chorych. W tym samym roku dokonano 999 operacji przeszczepienia nerki, z tej liczby tylko 50 pochodziło od żywego dawcy [5].

Normy prawne z reguły są oparte na systemie wartości jakiemu hołduje dane społeczeństwo. Im silniejszy jest związek między wyznawanymi w danym społeczeństwie normami moralnymi a obowiązującym w nim prawem, tym bardziej sprzyja on akceptacji i przestrzeganiu jego przepisów w życiu codziennym. Ponieważ religia od najdawniejszych czasów powiązana była z medycyną [6], stąd w Europie znaczący wpływ również i dziś odgrywają w tej kwestii, obok etyki świeckiej, zasady etyki chrześcijańskiej, a ściślej rzecz biorąc ich wykładnie dokonywane przez poszczególne kościoły: katolicki, prawosławny i kościoły bądź związki religijne reprezentujące różne odłamy protestantyzmu. Otóż w odniesieniu do samej idei transplantologii stanowisko różnych odłamów chrześcijaństwa wynika z traktowania dawstwa jako wyrazu miłości bliźniego czy też aktu miłosierdzia, opartego na zasadzie altruizmu. Przy tym niezmiennie podkreślana jest w przypadku każdej konfesji chrześcijańskiej zasada dobrowolności i poszanowania godności osoby dawcy [7]. Na szczególną uwagę zasługuje w tym kontekście stanowisko Kościoła katolickiego wobec idei dawstwa, które znalazło pozytywny wyraz w dokumentach Soboru Watykańskiego II, czy też w stanowisku zajmowanym przez papieży zwłaszcza od drugiej połowy XX wieku. Papież Jan Paweł II posłużył się nawet w tym celu metaforą Zmartwychwstania dla określenia znaczenia współczesnej transplantologii i był obecny na obradach kongresu nefrologów w Watykanie w 1991 r. Z kolei jego następca, Benedykt XVI zadeklarował się jako świadomy dawca. Ponieważ w świetle doktryny chrześcijaństwa nikogo nie można pozbawić życia w celu pobrania odeń narządów do przeszczepu, kluczowego znaczenia nabierało określenie momentu śmierci. W przypadku dokonywania przeszczepu nerki narząd do transplantacji można pobrać nie tylko od zmarłego ale i od żywego dawcy (ex vivo). Transplantacji nie sprzeciwiają się także Świadkowie Jehowy, wszakże pod warunkiem, że narządy są wolne od krwi, której przetaczania nie akceptują [8]. Także muzułmanie, coraz liczniej obecni w Europie Zachodniej, zarówno sunnici jak i szyici, wyrażają poparcie dla idei i praktyki transplantacji, aczkolwiek wydawane przez różne ośrodki fatwy mogą się różnić w szczegółach. Muzułmanie również wykluczają handel narządami do przeszczepu. „Jednak jeżeli chodzi o to czy osoba korzystająca z transplantacji może wydać pieniądze by zdobyć organ którego potrzebuje, lub okazać swą wdzięczność, to jest to kwestia która nadal podlega dyskusji uczonych". [9]. Poparciu dla idei dawstwa wśród wyznawców hinduizmu także towarzyszy sprzeciw wobec handlu narządami. Dawstwo akceptują także buddyści, natomiast zdecydowany sprzeciw wobec tej idei wyrażają wyznawcy shintoizmu w Japonii [10,8]. Margaret Lock, antropolog medycyny, oceniając podejście Japończyków, stwierdza, że „sama myśl o pobieraniu narządów od nieboszczyka lub osoby, której mózg przestał funkcjonować, napawa większość Japończyków odrazą. Wiąże się to po części z filozofią konfucjańską, która mówi, że człowiek powinien troszczyć się o swych przodków oraz niedawno zmarłych bliźnich, którzy staną się przodkami" [11]. Z zasad filozofii konfucjańskiej i wierzeń religijnych Chińczyków wynikał nakaz dla człowieka otaczania ciała ludzkiego szczególną troską i szacunkiem i okazywania dbałości o nie, ponieważ było traktowane jako o dar od rodziców i do obowiązków wobec nich należało to, „by nie wystawiać go na ryzyko, ani nie czynić mu szkody" [12]. Z wierzeń tych wynikał także zakaz krojenia zwłok i usuwania z nich jakichkolwiek organów, ponieważ zmarły powinien w całości trafić do życia pozagrobowego [13, 14]. Pomimo zdecydowanego sprzeciwu wielkich religii świata wobec

handlu narządami ludzkimi, handel taki ma miejsce i rozwija się, korzystając w tym celu z usług czarnego, a raczej czerwonego rynku. Główną, jak można sądzić, przyczyną jego powstania jest deficyt organów do przeszczepu pozyskiwanych przy pomocy legalnych metod. Jak pisze Scott Carney „Fakt, iż na przeszczep nerki trzeba czekać aż pięć lat, wydaje się potwierdzać, że popyt znacznie przewyższa podaż" [15]. Tenże autor zauważa jednak dalej, że pomimo nieustannego poszerzania listy potencjalnych dawców kolejka do przeszczepu nie tylko nie maleje, lecz wręcz rośnie ponieważ lekarze kwalifikują do przeszczepu coraz to nowych pacjentów, także tych, których wcześniej nie uwzględniano. Rodzi się zatem pytanie z jakiego źródła pochodzą pozyskiwane nielegalnie organy do przeszczepów i z jakich powodów ludzie decydują się na oddawanie swoich organów na czarnym rynku.

Aby podjąć próbę odpowiedzi na to pytanie należy zwrócić uwagę na występujące we współczesnym świecie nierówności i ich konsekwencje. Współczesny świat jest ogromnie zróżnicowany pod względem stopnia zamożności i, co za tym idzie, dostępu do świadczeń zdrowotnych. Do najzamożniejszych regionów świata należą niewątpliwie kraje Ameryki Północnej, tj. USA i Kanada, większość krajów europejskich oraz Japonia i Australia. Rośnie szybko zamożność wielu krajów azjatyckich, szczególnego postępu w tym zakresie dokonano w Chinach. Z drugiej strony występują regiony skrajnej biedy, tę listę otwierają kraje Afryki Subsaharyjskiej. Postępuje także niebywała wprost koncentracja bogactwa w ręku nielicznych z jednej strony i obszary straszliwej nędzy, gdzie ludzie muszą często przetrwać mając do dyspozycji jednego dolara dziennie, co nie pozwala im na normalną egzystencję. Skalę nierówności w obrębie poszczególnych państw ilustruje współczynnik Giniego [16]. Aczkolwiek nierówności są udziałem niemal każdego współczesnego społeczeństwa, to ich skala jest o wiele mniejsza w krajach zamożnych, zwłaszcza w Europie Zachodniej, [17] gdzie sformułowano koncepcję państwa socjalnego a następnie uformowano model tzw. społecznej gospodarki rynkowej [18]. czy też model państwa dobrobytu [19,20], którego istota sprowadza się do zapewnienia obywatelom ochrony przed zagrożeniami, jakie wynikają z egzystencji w państwie uprzemysłowionym [21].

Współcześnie, mimo rozbudowanej infrastruktury służby zdrowia oraz rozwiniętego systemu świadczeń zdrowotnych, a także ogromnego postępu w dziedzinie nauk medycznych, czego wyrazem jest między innymi rozwój transplantologii, ograniczona podaż transplantów i wysokie koszty samego przeszczepu sprawiają, że na przeszczep trzeba niekiedy oczekiwać długo, a chorzy muszą zostać zakwalifikowani do umieszczenia na liście osób oczekujących na przeszczep i oczekiwać na swoją kolej [22]. Warto w tym miejscu podkreślić także, że rosnące koszty sprzętu i procedur medycznych, będące często pochodną rozwoju medycyny sprawiają, że nawet w krajach wysoko rozwiniętych „nadal podejmowane są tu działania na rzecz ścisłego kontrolowania wprowadzania nowych leków i procedur medycznych (...) sprawdza każdą innowacje i tworzy szczegółowe raporty na temat jej skuteczności i tego, czy jest warta swojej ceny"[23]. Sprawia to, że ludzie zamożni i zarazem schorowani szukają innych sposobów rozwiązania problemu przeszczepu, w czym pomagają niekiedy całe łańcuchy pośredników. Pozostający pod presją czasu i obaw o własne zdrowie, a nawet życie pacjenci decydują się często na poddanie się operacji przeszczepienia nerki w klinikach, w krajach azjatyckich, które reklamują nie tylko wysoką jakość swoich usług, nie odbiegającą poziomem od oferowanych w świecie zachodnim, jak i o wiele niższy koszt ich wykonania.

W przeciwieństwie do krajów rozwiniętych Zachodu, wiele krajów tzw. rozwijających się poczyniło wprawdzie znaczne postępy na drodze do rozwoju gospodarczego, co jak w przypadku Chin przyczyniło się do wyciągnięcia z biedy blisko ćwierć miliarda ludzi, a w przypadku Brazylii 36 mln [24], to jednak nadal w obu krajach, a także w Indiach i RPA, najbardziej rozwiniętym kraju Afryki Subsaharyjskiej, skala nierówności społecznych, mierzonych współczynnikiem Giniego, jest daleko większa aniżeli w rozwiniętych krajach Zachodu [25]. W Chinach istniejące tam nierówności, jak zauważa Gabriel Grésillon, „Biją po oczach"[26]. Obok różnic regionalnych występują ogromne rozpiętości dochodów między mieszkańcami miast i wsi: „W 2000 roku ustalono, że w całym kraju przeciętny dochód na wsi wynosi 272 dolary per capita w porównaniu z 743 dolarami w mieście, ale liczby te ukrywały znacznie większe dysproporcje" [26].

W wymienionych wcześniej krajach, z wyjątkiem Chin, gwałtowne procesy migracyjne doprowadziły do koncentracji najbiedniejszych w dzielnicach nędzy powstających spontanicznie od kilkudziesięciu lat na obrzeżach wielkich miast, czyli slumsów, w Brazylii zwanych favelami. Według szacunków ONZ na świecie jest około 250 tysięcy takich osiedli, gdzie zamieszkuje 1,2 miliarda ludzi, a każdego roku liczba ta wzrasta o kolejne 25 milionów. Wielu mieszkańców slumsów jest skazanych na chroniczny głód [27]. Jak pisze Artur Domosławski „W Raporcie ONZ Wyzwanie slumsów z 2003 roku zostały one określone jako obszary nędzy, przeludnienia, często bez dostępu do wody i urządzeń sanitarnych, bez uregulowanych praw własności do ziemi i budynków" [28]. Ich mieszkańców określa

się mianem wykluczonych, wśród nich jest wiele dzieci. Rozległe slumsy powstały także w miastach afrykańskich. Do najsłynniejszych należy Kibera w Nairobi, stolicy Kenii. Medialnie została spopularyzowana na świecie dzięki Fernando Meirellesowi, który nakręcił tutaj film „Wierny Ogrodnik". Wcześniej tenże reżyser sportretował favelas pod Rio w słynnym filmie „Miasto Boga"[29]. Przerażający charakter, zarówno co do rozmiarów jak i panującej w nich niewyobrażalnej nędzy, mają slumsy w miastach indyjskich. Do największych należą ogromne slumsy w Bombaju, które zyskały sławę, kiedy film „Slumdog. Milioner z ulicy" zarobił 400 milionów dolarów, zdobył osiem Oskarów i zyskał tkliwe współczucie całej planety" [27]. Według Mike'a Davisa Mumbaj (czyli d. Bombaj) można określić nawet mianem światowej (globalnej) stolicy slumsów. Kolejne miejsca na tej liście zajmują takie miasta jak Meksyk, Dhaka, Lagos, Kair, Karaczi, konurbacja Kinszasa-Brazaville, Sâo Paulo, Szanghaj i Delhi [30].

Jak pisze Scott Carney „Odkąd zaczęto powszechnie stosować leki immunosupresyjne, takie jak cyklosporyna, międzynarodowe kliki lekarzy i przekupne komisje etyczne powoli zmieniają slumsy w Egipcie, RPA, Brazylii (oraz Indii – przyp. E.B i S.A.) w istne farmy organów" [15]. To właśnie zarysowane wyżej okoliczności sprawiają, że nie brakuje ludzi chętnych do zaofiarowania nerki za odpowiednią rekompensatą finansową tym, którzy jej potrzebują. Jest też szczególna kategoria dawców, jak więźniowie i skazańcy w Chinach, których się nie pyta o zdanie, kiedy pozbawia się ich niezbędnych do życia organów.

Oczywiście w takich przypadkach pozyskiwania organów do przeszczepu dawca i biorca nie spotykają się najczęściej osobiście; łączy ich zazwyczaj sieć pośredników, którzy wykorzystując ekstremalne położenie obu stron, tzn. dawcy i biorcy, czerpią krociowe zyski, ponieważ to im przypada lwia część sumy oferowanej przez biorcę za transplant. Z kolei biedacy sprzedający swoje organy najczęściej nie są świadomi wszystkich konsekwencji jakie wynikają z oddania organu i zwykle nie mają zapewnionej opieki lekarskiej po pobraniu od nich organu, pozostając ze skromną w istocie kwotą pieniędzy otrzymaną od pośrednika [15]. Bywa, iż narządy do przeszczepu pobierane są podstępem od nieświadomych tego faktu ludzi, poddawanych np. koniecznej, rzekomo, operacji lub w wyniku wymuszenia, po uprzednim zwabieniu podstępem do obcego kraju, pod pozorem załatwienia pracy. Ponieważ podróż i zakwaterowanie generują zadłużenie zwabionych w ten sposób osób u pośredników trudniących się tym przestępczym procederem, jako formę spłaty tego długu wymusza się na nich oddanie nerki do transplantacji [31]. Ben Rawlence w książce „Miasto cierni. Największy obóz dla uchodźców" wspomina o innym procederze „Plemiona Beduinów i Raszaida rozkręciły interes, porywając dla okupu Erytrejczyków podróżujących o własnych siłach przez Synaj i handlując ich organami"[32] Krajem turystyki transplantacyjnej stały się Indie, gdzie kwitnie czarny rynek organów do przeszczepów, przede wszystkim nerek [31, 33].

W przypadku Chin, „wydajnym" źródłem organów do przeszczepów stali się skazańcy, ponieważ jest to kraj, w którym szczególnie często stosowana jest kara śmierci. W tym drugim przypadku chodzi, przede wszystkim, o osoby aresztowane i uwięzione za przynależność do ruchu Falun Gong. Ruch ten początkowo potraktowany został przez władze chińskie z pewną dozą przychylności, ponieważ jego członkowie uprawiali ćwiczenia fizyczne i dbali o przestrzeganie zdrowej diety, co korzystnie wpływało na ich stan zdrowia. Z czasem jednak, z uwagi na swój masowy charakter i zdolność do mobilizacji swoich zwolenników zaczął być postrzegany przez przywództwo chińskie jako groźny konkurent dla rządzącej KPCh. Zaczęły się masowe represje i dziesiątki tysięcy zwolenników Falun Gong trafiło do więzień i obozów w trybie administracyjnym. Ponieważ wielu aresztowanych z obawy przed represjonowaniem swoich rodzin nie ujawniło swojej tożsamości, powstała kategoria anonimowych więźniów, których istnienie znane było jedynie służbom więziennym i które mogły być przemieszczane między więzieniami. To właśnie osoby należące do tej kategorii więźniów stały się bezwolnymi dostawcami organów do transplantacji na zamówienie. W ten zbrodniczy proceder zaangażowane były służby więzienne i personel wybranych oddziałów szpitalnych, oferujących usługi medyczne w zakresie transplantacji dla klientów również zagranicznych. Oferty te, zamieszczane często na stronach internetowych szpitali wyróżniały się stosunkowo krótkim okresem oczekiwania na nerkę konieczną do przeszczepu, a także tym, że miała pochodzić od żywego dawcy. [34,35] „Wysokie ceny obowiązujące na czarnym rynku handlu organami prowadzą zaś do wielu nadużyć zarówno w więzieniach – gdzie skazani traktowani są czasem przez strażników niczym zbiór drogich części zamiennych – jak i w szpitalach, w których cenne organy nielegalnie sprzedawane są obcokrajowcom" [35].

Wszystkie wskazane wyżej okoliczności towarzyszące pozyskiwaniu transplantów sprawiły i nadal sprawiają, że niesłychanie pilnym zadaniem stało się wypracowanie odpowiednich regulacji prawnych nie tylko w skali poszczególnych krajów, lecz także na poziomie międzynarodowym. Wprawdzie wydawać by się mogło, że wystarczającą zaporę przeciwko takim szemranym praktykom, noszą-

cym niekiedy znamiona zbrodniczych, powinny stworzyć normy zawarte w kodeksach etycznych, obowiązujące zatrudnionych w placówkach służby zdrowia pracowników zawodów medycznych, z lekarzami i pielęgniarkami na czele [36]. Fakty opisane powyżej, ukazujące szereg nagannych, o charakterze przestępczym, by nie powiedzieć wręcz zbrodniczym praktyk, z niewątpliwym udziałem przedstawicieli świata medycznego, a przede wszystkim, całych zespołów lekarzy zatrudnionych w szpitalach, bez których udziału nie mogłyby one mieć miejsca, wskazują, że wzmiankowane wyżej zasady etyczne nie są dostateczną przeszkodą tam, gdzie w istocie najważniejszy jest zysk. Stąd potrzeba wprowadzenia prawodawstwa odwołującego się do określonych zasad filozoficznych i systemu wartości obowiązującego w danej społeczności, i stawiającego jednoznacznie na altruizm, jako podstawową przesłankę propagowania i praktykowania dawstwa od osób żywych.

W świetle powyższych wywodów szczególną uwagę należy zwrócić na Europę i jej prawodawstwo w tej kwestii. Ustawodawstwo europejskie występuje na co najmniej dwóch poziomach: na poziomie Rady Europy i na poziomie Unii Europejskiej. Z uwagi na szerszy zasięg jego obowiązywania, większe znaczenie mają prawa przyjmowane przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy, której członkami są nie tylko niemal wszystkie kraje europejskie (bez Białorusi, a Watykan ma status obserwatora), w tym także Turcja oraz niektóre kraje sukcesyjne b. ZSRR, położone w regionie, którego przynależność do Europy nie jest bezsporna (Armenia, Azerbejdżan, Gruzja) [37]. Podstawową formą ustawodawstwa przyjmowanego pod auspicjami Rady Europy są jej konwencje, których do 2016 roku, łącznie z protokołami dodatkowymi przyjęto aż 211 [38]. Z punktu widzenia interesującego nas problemu szczególne miejsce wśród nich zajmuje przyjęta w Oviedo, w Hiszpanii 4 kwietnia 1997 roku Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, mająca chronić „prawa człowieka i godność istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny". Odwołując się do wcześniej przyjętych dokumentów, takich jak m. in. Powszechna deklaracja praw człowieka z 10 grudnia 1948 roku czy Europejska Konwencja o ochronie praw i wolności z 1950 roku, sygnatariusze Konwencji z Oviedo świadomi, „że niewłaściwe wykorzystanie biologii i medycyny może zagrażać godności ludzkiej" uzgodniły, że „Pobranie narządów albo tkanek od żyjącego dawcy w celu dokonania przeszczepu może być przeprowadzone jedynie dla uzyskania terapeutycznej korzyści biorcy i tylko wtedy, gdy nieosiągalny jest odpowiedni narząd lub tkanka od osoby zmarłej, a nie istnieje alternatywna metoda". Jednocześnie w artykule 21 tejże Konwencji zawarto postanowienie mówiące, że „Ciało ludzkie i jego części nie mogą, same w sobie, stanowić źródła zysku." [39]. Sygnatariusze Konwencji, dostrzegając problem niedostatecznej podaży organów do przeszczepów, wskazali na konieczność podjęcia działań zmierzających do pozytywnej zmiany tego stanu rzeczy głównie poprzez działalność informacyjną wobec społeczeństw oraz zacieśnienie współpracy w tej kwestii w skali europejskiej. Przy tym wskazano, że działania te powinny uwzględniać problemy natury etycznej, psychologicznej i społeczno-kulturowej, wiążące się z problematyką transplantacji. Ponadto zwrócono uwagę na niebezpieczeństwa związane z niewłaściwym przeprowadzaniem przeszczepów narządów, zwłaszcza na te, które mogą stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia lub godności osoby ludzkiej [39]. Kolejna niezmiernie ważna Konwencja, wiążąca się z problematyką transplantacji, przyjęta została w dniu 25 marca 2015 roku, przeciwko handlowi organami ludzkimi, wzywa państwa sygnatariuszy do uznania za przestępstwo nielegalne pobieranie organów ludzkich do przeszczepu, zarówno od dawców żywych jak i martwych. Ściganiu powinno podlegać także, w myśl postanowień Konwencji, czerpanie korzyści finansowych w zamian za usunięcie organu od dawcy żywego lub martwego. Przewidziana została również ochrona i odszkodowania dla ofiar, oraz środki mające na celu zapewnienie transparentności i opartej na zasadzie sprawiedliwości dostępności do świadczeń transplantacyjnych [40]. Zapisy skierowane przeciwko czerpaniu zysków z ciała ludzkiego lub jego części znalazły się także w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej, która została przyjęta przez Parlament Europejski, Radę Unii Europejskiej i Komisję Europejską w 2000 roku w Nicei. Z kolei w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 2010 roku położono nacisk na znaczenie altruizmu jako podstawowego motywu skłaniającego dawcę do przekazania organu do przeszczepu. W dyrektywie podkreślono rosnące od 50 lat znaczenie transplantacji narządów, zwracając m. in. uwagę, że jest to aktualnie najbardziej opłacalna metoda leczenia schyłkowej niewydolności nerek [41]. Akcentując znaczenie altruizmu w dziedzinie dawstwa narządów do przeszczepu, dyrektywa zwraca uwagę na ryzyko, jakie niesie z sobą przeszczepianie organów, wiążące się z niebezpieczeństwem przenoszenia chorób z dawcy na biorcę. Jest to jeden z najpoważniejszych argumentów przemawiających za zwalczaniem nielegalnego pobierania i handlu organami ludzkimi, „ponieważ zespół lekarski miałby ograniczone możliwości przeprowadzenia odpowiedniej oceny ryzyka" [41].

Mimo tak stanowczego sprzeciwu wobec jakiejkolwiek formy handlu narządami i tkankami do przeszczepu, wy-

nikającego, między innymi, z przesłanek natury religijnej i wyraźnie sformułowanego na gruncie obowiązującego w Europie prawa [42], także w przestrzeni europejskiej pojawiają się opinie sugerujące, ze sama zasada altruizmu nie wystarczy aby zapewnić dostateczną ilość organów do przeszczepów. W tym miejscu warto przytoczyć słowa prof. Wojciecha Rowińskiego, wybitnego polskiego transplantologa, który stwierdził „Walczymy o altruistyczne motywy oddawania narządów do przeszczepów, ale wiara w to, że jedynie altruiści będą oddawać nerki, jest naiwnością"[43]. Stąd pojawiające się propozycje wprowadzenia jakieś formy symbolicznej rekompensaty dla dawców bądź ich rodzin w postaci refundowania przez państwo kosztów pogrzebu. Jeden z najwybitniejszych filozofów amerykańskich Michael J. Sandel pisze co następuje: „Oczywiście można zezwolić na handel organami wyłącznie w sytuacjach, w których chodzi o ratowanie chorego i kiedy nie stanowi to zagrożenia dla życia sprzedającego" [44]. Na chwilę obecną podobne rozwiązanie obowiązuje oficjalnie w Iranie, gdzie rekompensatę dla dawcy finansuje państwo i rodzina biorcy[31].

Wnioski: Podsumowując niniejsze rozważania należy zwrócić uwagę na fakt, iż uregulowania prawne dotyczące transplantacji w Polsce postępowały w ślad za rozwojem tej dziedziny medycyny. Zaś uregulowania etyczne, wynikające z kodeksów etycznych zawodów medycznych, jak pokazała rzeczywistość w skali międzynarodowej, okazały się dalece niewystarczającym zabezpieczeniem przed uwikłaniem niektórych lekarzy w nielegalny proceder pozyskiwania i przeszczepiania organów.

W podejściu poszczególnych społeczności do pozyskiwania transplantów istotną rolę odgrywają uwarunkowania natury kulturowej, zwłaszcza te, których korzenie tkwią w przekonaniach natury religijnej. Przedstawiciele głównych religii nie sprzeciwiają się w zasadzie samej idei i praktyce transplantacji, podkreślając jedynie zasadę dobrowolności i poszanowania godności osoby ludzkiej.

Jednak postawy altruistyczne, tak podkreślane w prawodawstwie europejskim, jak zauważają znawcy przedmiotu, nie są w stanie zaspokoić zapotrzebowania na organy dla osób oczekujących na przeszczep. Stąd pojawiające się głosy za wprowadzeniem jakiejś, choćby symbolicznej formy rekompensaty dla dawcy lub jego rodziny. Na dziś niedobór organów sprzyja istnieniu czarnego rynku organów ludzkich, którego funkcjonowanie jest możliwe dzięki obszarom skrajnej biedy w świecie, gdzie ludzie za niewielką często rekompensatą finansową gotowi są oddać nerkę.

Piśmiennictwo

1. Tilney NL, Przeszczep. Od mitów do rzeczywistości, Index Copernicus International S.A., Warszawa 2009, s. 84-86.
2. Cierpka L., Historia transplantacji [w:] Cierpka L. Durlik M. (red.) Transplantologia kliniczna. Zasady ogólne, Termedia. Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2015, s. 17-21.
3. Wójcicki K.R., Ile żyje przeszczep, http://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,ile-zyje-przeszczep-,artykul,1690425.html
4. Hołub ks. G., O dwu sposobach pozyskiwania organów do transplantacji, „Studia Gdańskie" T. XXV, s. 129-146, http://www.grzegorzholub.com/pdf/handel.pdf
5. Doświadczenia Polski na tle Europy i Stanów Zjednoczonych. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej http://www.zywydawcanerki.pl/przeszczepienie-nerki-od-zywego-dawcy/doswiadczenia-polski-na-tle-europy-i-stanow-zjednoczonych.
6. Historia medycyny, red. T. Brzeziński, Warszawa 1995, s. 23-61.
7. Nogal H., Wiśniewska, E., Antos E. Transplantacje narządów w perspektywie transkulturowej Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 1 (46) 2016, s. 52-60.
8. Transplantacja a religie, Opracowane na podstawie pracy dyplomowej Aleksandry Bełdowicz pt. "Problematyka niskiej liczby dawców w świetle prawa polskiego, unijnego i amerykańskiego". https://www.dawca.pl/warto-wiedziec/transplantacja-a-religie
9. Transplantacja organów ludzkich, Werdykt Komitetu fatw w Arabii Saudyjskiej, planetaislam.com; Riyadh, Dżumadah Thani 18-23, 1408 / Luty 6-11, 1988; http://www.planeta-islam.com/praktyka/fatwa/transplantacja_organy_ludzkie_islam.htm
10. Smolińska M., Czy Panu Bogu podobają się transplantacje? 3.03.2011, „Gazeta Wyborcza z 3.09.2017, http://wyborcza.pl/1,76842,9195796,Czy_Panu_Bogu_podobaja_sie_transplantacje_.html
11. Różnice kulturowe. Wywiad z M. Lock, L'Actualité (Montreal). Przedruk z Le Courrier International (11-17 VI). Cyt. za "Antropologia Medycyny" nr 10 (43) 1998 (Dodatek do „Forum").
12. Blunden C. Elvin M., Wielkie kultury świata. Chiny. Wydawnictwo Penta, Warszawa 1997; 192-193.
13. Żbikowski T., Chiny, (w:) Zwyczaje, obrzędy i symbole religijne, Iskry, Warszawa 1974, s. 85-142.
14. Kajdański E. Medycyna chińska dla każdego. Wydawnictwo Literackie. Kraków 2011; 82-123.
15. Carney S., Czerwony rynek. Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci, Wołowiec 2016, s. 13-32.
16. Gini Coefficient. http://mathworld.wolfram.com/GiniCoefficient.html. Atkinson A.B., Nierówności. Co da się zrobić? Warszawa 2017, 23-82.
17. Höffe O., Etyka państwa i prawa, Kraków 1992, s. 53-74.
18. Dardziński P., Społeczna gospodarka rynkowa, Słownik społeczny, red. B. Szlachta, Kraków 2004, s. 1291-1302.
19. Giddens A., Socjologia. Wydanie nowe. Współpr. P.W. Sutton, Warszawa 2012, s. 476-518.
20. Serafini L. (red.) Historia powszechna, T. 19, Od II wojny światowej do wojny o niepodległość Wietnamu, Kraków 2008, 363-397.
21. Edvardsen T.S., Hagtvet B. (red.), Nordycki model demokracji i państwa dobrobytu, Warszawa 1994, s. 65-69.
22. Doświadczenia Polski na tle Europy i Stanów Zjednoczonych. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej http://www.zywydawcanerki.pl/przeszczepienie-nerki-od-zywego-dawcy/doswiadczenia-polski-na-tle-europy-i-stanow-zjednoczonych

23. Deaton A., Wielka ucieczka, Warszawa 2016, s. 145-185.
24. Jak Partia Pracujących zmieniła Brazylię? Wywiad z prof. Ladislauem Dowborem (w:) Petelczyc J., Cichy M. (red.), Brazylia, kraj przyszłości?, Warszawa
25. Atkinson A.B., Nierówności. Co da się zrobić? Warszawa 2017, 23-82.
26. Grésillon G., Chiny. Wielki skok w mgłę, Warszawa 2016, s. 45
27. Caparrós M., Głód, Krak/ów 2016, s. 107/210-234.
28. Domosławski A., Wykluczeni, Warszawa 2017, s. 38-58/136.
29. Lame D. de, Chwile i żywoty w slumsach Nairobi, (w:) Ku Afryce. Poznawać. Działać. Dzielić się, Warszawa 2014, s. 41-66.
30. Davis M., Planeta slumsów, Warszawa 2009, s. 37-42.
31. Chmiel S., Społeczne i kulturowe bariery martwego dawstwa narządów w opinii koordynatorów transplantacyjnych, Praca doktorska napisana pod kierunkiem dr. hab. W. Żelaznego, prof. UwB, Białystok 2014, http://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstrream/11320/2685/Chmiel_Sylwia_doktorat.pdf
32. Rawlence B., Miasto cierni. Największy obóz dla uchodźców, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2017, s. 287.
33. Dasgupta Rana, Delhi. Stolica ze złota i kryształu, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2016, s. 129.
34. KRWAWE ŻNIWO UAKTUALNIONY RAPORT W SPRAWIE ZARZUTÓW O POZYSKIWANIE NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH OD PRAKTYKUJĄCYCH FALUN GONG W CHINACH Autorzy: David Matas i David Kilgour 31 styczeń 2007, http://organharvestinvestigation.net/report0701/report20070131-polish.pdf s. 1-43]
35. Przybylski J., Chińczycy przestaną zabierać organy więźniom? http://www.rp.pl/artykul/848855-Chinczycy-przestana-zabierac-organy-wiezniom-.html#ap-1
36. Nawrocka A., Etos w zawodach medycznych, Kraków 2008, s. 117-208, https://wydawnictwowam.pl/sites/wam/files/51550_skrot_0.pdf
37. Państwa członkowskie RE, Stałe Przedstawicielstwo Rzeczypospolitej Polskiej przy Radzie Europy w Strasburgu, http://strasburgre.msz.gov.pl/pl/p/strasburgre_fr_s_pl/o_re
38. Najważniejsze dokumenty Rady Europy, http://strasburgre.msz.gov.pl/pl/o_re/dokumenty/
39. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, Oviedo, 4 kwietnia 1997 roku, European Treaty Series (ETS) / Série des traités européens (STE) Nr 164, http://www.poltransplant.org.pl/konwencja_o_prawach.html;
40. Szczegóły traktatu nr 216, Konwencja Rady Europy przeciwko handlowi organami ludzkimi, Council of Europe, Biuro Traktatu http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/216.
41. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/UE z dnia 7 lipca 2010 r. W sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia, Dziennik Urzędowy L 207, 06/08/2010 P. 0014 – 0029, http://www.poltransplant.org.pl/201045ue.html
42. Tykwińska-Rutkowska D., Transplantacja. Studium z prawa administracyjnego, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2013, s. 65-69.
43. Wojtasiński Z., Ile za nerkę, 17 listopada 2002, https://www.wprost.pl/31834/Ile-za-nerke
44. Sandel M.J. Sprawiedliwość. Jak postępować słusznie? Kurhaus, Warszawa 2013, s. 96-98.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Ewa Baum, Stanisław Antczak
Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Rokietnicka 7
60-806 Poznań

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

DIAGNOSTYKA I LECZENIE NOWOTWORÓW PĘCHERZA MOCZOWEGO

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BLADDER TUMORS

Paweł Hackemer, Fryderyk Menzel, Michał Matuszewski, Bartosz Małkiewicz, Mateusz Dzięgała, Wojciech Krajewski, Romuald Zdrojowy, Janusz Dembowski

Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.33

STRESZCZENIE

Rak pęcherza moczowego jest chorobą, która zajmuje czwarte miejsce pod względem częstości występowania wśród nowotworów złośliwych na świecie. Główne czynniki ryzyka jego rozwoju to nikotynizm oraz narażenie na toksyny przemysłowe. Choroba charakteryzuje się znaczną tendencją do występowania nawrotów. Początkowo przebiega bezobjawowo, a krwiomocz, będący pierwszym symptomem choroby, jest często przez pacjentów bagatelizowany. Z tego powodu około 25% przypadków zostaje zdiagnozowanych już w stadium zaawansowanym – kiedy nowotwór nacieka błonę mięśniową pęcherza moczowego. W tych przypadkach postępowaniem z wyboru pozostaje zabieg usunięcia pęcherza moczowego, czyli cystektomia. W pozostałej grupie pacjentów możliwe jest wdrożenie leczenia oszczędzającego, takiego jak przezcewkowa elektroresekcja. Leczenie chirurgiczne to podstawowa metoda postępowania w terapii nowotworów pęcherza moczowego. Aby zwiększyć jej skuteczność tej terapii, wykorzystuje się leczenie skojarzone, które polega na stosowaniu równolegle z leczeniem operacyjnym radio- i chemioterapii. Nowa droga leczenia, która znalazła zastosowanie w terapii raka pęcherza moczowego, to immunoterapia. Wykorzystanie przeciwciał monoklonalnych jest swego rodzaju światłem w tunelu w walce z tym nowotworem. Kluczową rolę odgrywa edukacja społeczeństwa oraz kadr medycznych. Szybka diagnostyka pozwala na zwiększenie szans na wyleczenie, a przynajmniej spowolnienie postępu choroby.

Słowa kluczowe: rak pęcherza moczowego, cystektomia, elektroresekcja, immunoterapia.

ABSTRACT

Bladder cancer is the fourth most common cancer in the world. The main risk factor for its development is smoking tabaco and exposure to industrial toxins. The disease is characterized by a significant tendency for recurrence. Initially it is asymptomatic and its first symptom, which is hematuria, is often neglected. For this reason, about 25% of cases are diagnosed in advanced stage – when the tumor infiltrates the bladder muscles. In these cases, the treatment of choice is the treatment of bladder removal, ie cystectomy. In the remaining group of patients it is possible to implement less invasive treatment such as transurethral electroreduction. Surgical treatment is the primary treatment for bladder cancer. In order to increase its efficacy, combination therapy is used, which involves the use of radiotherapy and chemotherapy. Currently, immunotherapy is developing as a new method to support the treatment of bladder cancer. The use of monoclonal antibodies is a kind of light in the tunnel in the fight against this cancer. The key is education of the society and the medical staff. Rapid diagnostics allows you to improve your chances of cure, at least slowing the progression of the disease.

Keywords: bladder cancer, cystectomy, electroresection, immunotherapy.

Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią drugą, po chorobach serca, najczęstszą przyczynę zgonów na świecie. Urologia kojarzona jest głównie z chorobami gruczołu krokowego, nerek i jąder, jednak bardzo duży odsetek pacjentów stanowią chorzy na nowotwory pęcherza moczowego. Ludzie, którzy nie mieli bezpośredniej styczności z tą chorobą często nie zdają sobie sprawy z jej istnienia, specyficznych objawów i zagrożenia które niesie.

Epidemiologia

Rak pęcherza moczowego zajmuje czwarte miejsce u mężczyzn i jedenaste u kobiet pod względem zachorowań na nowotwory złośliwe. Każdego roku na świecie diagnozowanych jest około 400 tysięcy nowych przypadków choroby [1]. Rak pęcherza moczowego dotyka cztery razy częściej mężczyzn niż kobiet, bardzo rzadko rozwija się przed 40 rokiem życia [2]. Najczęściej raka pęcherza moczowego rozpoznaje się u osób starszych, mediana wieku zachorowania to 73. rok życia [3]. Nowotwór ten cechuje się bardzo dużą tendencją do występowania nawrotów [1, 4, 5]. Obserwacje wskazują, że przebieg choroby u kobiet jest cięższy niż u mężczyzn [6]. Około 60% pacjentów przeżywa 5 lat od rozpoznania choroby, a 30% ze zdiagnozowanych umiera z powodu raka pęcherza moczowego. Niski odsetek 5-letnich przeżyć w Polsce wynika z tego, że rozpoznanie zostaje postawione w zaawansowanym stadium choroby, tj. w stadium II-IV. Późne rozpoznanie

choroby wynika głównie z niskiego stopnia świadomości społecznej oraz ograniczonego dostępu do placówek ochrony zdrowia, zwłaszcza poza dużymi miastami.

Objawy

Podstawowym objawem, który powinien skłaniać pacjentów do kontaktu z lekarzem, jest nawracający krwiomocz. Prowadzący chorego lekarz rodzinny lub urolog powinien rozpocząć wówczas diagnostykę w kierunku choroby rozrostowej pęcherza moczowego. U około 85% chorych krwiomocz jest pierwszym symptomem rozwijającego się nowotworu [7].

Początkowo choroba przebiega bez dolegliwości bólowych, które mogą pojawić się dopiero w zaawansowanym stadium. W wyniku ucisku masy nowotworowej na ujście moczowodu, może dojść do powstania wodonercza, co wywołuje ból w okolicy lędźwiowej. U pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym może dochodzić również do powstawania obrzęków limfatycznych kończyn, spowodowanych zajęciem węzłów chłonnych miednicy przez komórki nowotworowe [7].

Wstępne rozpoznanie można postawić na podstawie obrazu ultrasonograficznego pęcherza moczowego. W przypadku widocznych zmian egzofitycznych pacjent jest kwalifikowany do zabiegu elektroresekcji, która w każdym przypadku stanowi pierwszą linię leczenia. U większości pacjentów możliwe jest usunięcie zmiany z marginesem zdrowych tkanek. Jeśli jednak stopień zaawansowania na to nie pozwala, to pobierane są fragmenty guza celem oceny histopatologicznej, która jest postawą do postawienia pewnej diagnozy [8, 9].

Czynniki ryzyka

Głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia raka pęcherza moczowego jest nikotynizm. Pacjenci kojarzą palenie tytoniu wyłącznie z ryzykiem rozwoju chorób płuc i krtani. Nie zdają sobie sprawy, że wdychane toksyny przedostają się z płuc do krwiobiegu, następnie są metabolizowane w wątrobie, po czym są wydalane z moczem [10]. U podstawy molekularnej rozwoju raka pęcherza leżą mutacje DNA. W badaniu przeprowadzonym przez Mouw zaobserwowano, że u 76% pacjentów z rakiem pęcherza moczowego obecna jest co najmniej jedna mutacja genu odpowiadającego za regulację epigenetyczną, a u 41% pacjentów obecne są przynajmniej dwie mutacje [11]. Do pozostałych czynników ryzyka rozwoju raka pęcherza moczowego zaliczamy ekspozycję na karcynogeny przemysłowe, takich jak ß-naftalymina, czy benzydyna oraz stosowanie niektórych leków jak np. cyklofosfamidu. Ryzyko rozwoju nowotworów złośliwych pęcherza moczowego jest zwiększone u pacjentów z obciążonym wywiadem rodzinnym co do jego występowania. Wskazuje to na dziedziczne podłoże zachorowania. Do czynników ryzyka zalicza się także infekcje Schistosoma haematobium, które występują przede wszystkim w krajach rozwijających się [10, 12]. Niektóre wieloośrodkowe badania sugerują, że ryzyko rozwoju raka pęcherza moczowego jest zwiększone u mężczyzn chorujących na cukrzycę typu 2. Powyższa zależność nie dotyczy kobiet [13]. Pojawiają się doniesienia o zależności pomiędzy indeksem BMI, a ryzykiem wystąpienia raka pęcherza moczowego. Ryzyko to rośnie o 3,1-4,2% ze wzrostem BMI o każde 5kg/m^2 [10, 14].

Typy raka pęcherza moczowego

Rak pęcherza moczowego najczęściej wywodzi się z nabłonka przejściowego, który wyściela drogi moczowe, niemniej mogą one również wywodzić się z nabłonka płaskiego i gruczołowego. Najrzadziej spotykane są mięsaki. Nowotwory, które rozwijają się z nabłonka przejściowego nazywane są urotelialnymi [15]. W zależności od stopnia zaawansowania procesu nowotworowego wyróżniamy: guzy naciekające i nienaciekające błony mięśniowej pęcherza moczowego [16].

Leczenie

Metoda leczenia raka pęcherza moczowego zależy od stopnia jego zaawansowania.

W zdecydowanej większości przypadków, bo w około 75%, komórki nowotworowe w chwili rozpoznania nie naciekają błony mięśniowej pęcherza moczowego (rak powierzchowny), co pozwala na zastosowanie leczenia oszczędzającego pęcherz moczowy [1, 16, 17].

Podstawową metodą tereapeutyczną jest zabieg przezcewkowej elektroresekcji guza – TURBT (Transurethral Resection of Bladder Tumors). Zabieg ten polega na przezcewkowym usunięciu zmian nowotworowych pod kontrolą wzroku za pomocą łuku elektrycznego. Pobrany materiał powinien zawierać elementy błony mięśniowej pęcherza moczowego, dzięki czemu możliwa jest ocena infiltracji guza w głąb jego ściany. W przypadku braku błony mięśniowej w badanym materiale wykonuje się ponowny zabieg celem pobrania tkanek z dna po pierwotnej resekcji (re-TURBT).

Powierzchowne nowotwory pęcherza moczowego cechują się wysokim odsetkiem występowania wznów. Ryzyko jej wystąpienia zależy od wielkości zmiany pierwotnej, stopnia złośliwości (grade) oraz tego czy w badaniu histopatologicznym usuniętych tkanek stwierdzono obecność komórek „in situ". Wznowom może towarzyszyć progresja stopnia zaawansowania choroby [5]. W celu zapobiegania

wystąpieniu wznowy stosuje się wczesne (do 24 godzin po zabiegu) dopęcherzowe instelacje chemioterapeutyków, takich jak mitomycyna C i doksorubicyna. Stosowanie tych leków powoduje obniżenie rocznego ryzyka nawrotu choroby o 12% [5]. Pierwsze wlewy dopęcherzowe wykonywał Avicenna w XI wieku naszej ery, próbując leczyć w ten sposób infekcje układu moczowego [18].

Inną metodą mającą na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia wznowy jest leczenie dopęcherzowymi wlewkami BCG (Bacillus Calmette-Guerin), czyli atenuowaną szczepionką przeciwko gruźlicy. TURBT w połączeniu z terapią BCG również prowadzi do zmniejszenia częstości nawrotów choroby oraz jej progresji [19,20]. Terapia BCG wykazuje przewagę w skuteczności leczenia w porównaniu z mitomycyną C [21].

Leczenie naciekającej postaci raka pęcherza moczowego wykracza poza możliwości przezcewkowych zabiegów endoskopowych. Zastosowanie znajduje wówczas zabieg usunięcia pęcherza moczowego - radykalna cystektomia.

Podczas cystektomii, przeprowadzanej u mężczyzn, jednocześnie z pęcherzem moczowym usuwa się gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne. U kobiety natomiast wraz z pęcherzem moczowym, usuwa się macicę z przydatkami oraz przednią ścianę pochwy. Niezależnie od płci standardowo podczas zabiegu wykonywana jest także obustronna limfadenektomia miednicza [22].

Cystektomia przeważnie wykonywana jest metodą otwartą, jednak rosnąca popularność robotów chirurgicznych zaczyna znajdować zastosowanie w zabiegach usunięcia pęcherza moczowego. Dzięki temu uzyskuje się skrócenie okresu hospitalizacji, wcześniejszy powrót perystaltyki oraz zmniejszenie śródoperacyjnej utraty krwi. Koszty związane z wykorzystaniem robota chirurgicznego są jednak bardzo wysokie, co nie pozwala na ich szerokie stosowanie [23].

Na świecie w leczeniu raka pęcherza moczowego wykorzystuje się również radioterapię. W Polsce metoda ta nie jest popularna. W zależności od stopnia zaawansowania procesu nowotworowego można wdrożyć także leczenie systemowe – chemioterapię neoadiuwantową oraz adiuwantową. Już w latach 80-tych XX wieku prowadzono badania nad skojarzonym leczeniem polegającym na radio-chemioterapii [24].

Usunięcie pęcherza moczowego prowadzi do obniżenia jakości życia pacjenta, co skłania do poszukiwania alternatywnych metod leczenia, pozwalających zaoszczędzić pęcherz moczowy. Takim postępowaniem wydaje się być wspomniana wcześniej radioterapia. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) radioterapię stosuje się u pacjentów z inwazyjnym rakiem pęcherza moczowego [17]. Metody terapii, pozwalające na zachowanie pęcherza moczowego nie powinny jednak ograniczać się tylko do pacjentów, których stan ogólny nie pozwala na wykonanie zabiegu operacyjnego.

W wybranej grupie pacjentów można zastosować terapię potrójną, która polega na wykonaniu obszernej elektroresekcji, następnie radio-chemioterapii, po której wykonuje się re-TURBT. Kluczowa jest dokładnie przeprowadzona elektroresekcja.. Metoda ta ograniczona jest do guzów pojedynczych, nieprzekraczających błony mięśniowej pęcherza. Obecność wodonercza wyklucza możliwości stosowania terapii potrójnej. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami 5-letnie przeżycia pacjentów poddanych tej terapii sięgają od 36 do 73% [25].

Prowadzono również badania dotyczące zastosowania brachyterapii, jako alternatywnej dla zabiegu chirurgicznego, metody leczenia. Dostępne wyniki badań wskazują na dłuższy ogólny czas przeżycia pacjentów poddanych tej terapii. Jednak średni czas przeżycia specyficzny dla nowotworu jest krótszy w grupie poddanej brachyterapii w porównaniu do przeżycia chorych poddanych zabiegowi operacyjnemu. Zastosowanie tej metody jest ograniczone do pacjentów będących w stadium T1-T3 [26].

Leczenie postaci rozsianej raka pęcherza moczowego, tj. wówczas, gdy obecne są przerzuty odległe opiera się na zastosowaniu chemioterapii. Głównie stosowanym chemioterapeutykiem jest cisplatyna [27]. Przerzuty raka pęcherza moczowego najczęściej lokalizują się w węzłach chłonnych, kościach, wątrobie i otrzewnej [28]. Niektóre doniesienia naukowe mówią o możliwym korzystnym wpływie kwasu zoledronowego na leczenie przerzutów do kości [29, 30].

Stadia zaawansowania raka pęcherza moczowego: T3b-T4 i N1-N3 są uznawane za nieuleczalne. Na przestrzeni ostatnich dekad nie doszło do istotnego zwiększenia 5-letnich przeżyć [31].

Istotnym problemem jest wybór właściwej metody leczenia w populacji osób w wieku podeszłym, a także ustalenie granicy wieku starczego. Niektórzy badacze uznają wiek 75 lat za granicę, inni – 80. Pewne jest natomiast to, że z wiekiem maleją możliwości terapeutyczne. Efektem starzenia się społeczeństwa jest rosnący odsetek pacjentów, których ogólny stan zdrowia nie pozwala na wykonanie zabiegu operacyjnego, a niewydolność nerek i osłabienie organizmu ogranicza możliwości stosowania leczenia systemowego [32].

Od wielu lat sposób leczenia nowotworów pęcherza moczowego opiera się na leczeniu zabiegowym. Obecnie nadzieje pokłada się w immunoterapii, którą zapoczątkował Morales, publikując w 1976 r. pracę na temat redukcji

częstości występowania nowotworów u pacjentów leczonych dopęcherzowymi wlewkami BCG. Metoda ta w 1990 roku stała się postępowaniem z wyboru w przypadku nieinwazyjnego raka pęcherza moczowego [33, 34].

W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań nad receptorami programowanej śmierci PD-1, które odpowiadają za tolerancję limfocytów w stosunku do własnych komórek. Prawidłowo, chronią one komórki organizmu przed odpowiedzią autoimmunologiczną ze strony organizmu. Receptory te wiążą ligand obecny na powierzchni komórek organizmu - PD-L1. Zaobserwowano zwiększoną ekspresję tego ligandu na komórkach nowotworowych [35,36]. Tłumaczy to niehamowaną proliferację komórek nowotworowych w ludzkim organizmie. Na świecie trwają badania nad przeciwciałami monoklonalnymi skierowanymi przeciwko receptorowi PD-1, bądź ligandowi PD-L1. W 2016r. w Stanach Zjednoczonych FDA (Food and Drug Administration) zatwierdziło atezolizumab, rok później nivolumab, do leczenia przerzutowego raka pęcherza moczowego [37]. Aktualnie w Europie leki te są w fazie prób klinicznych. Z nowoczesną immunoterapią wiązane są duże nadzieje. Obecnie w Stanach Zjednoczonych jest to metoda uzupełniająca w leczeniu zaawansowanych nowotworów pęcherza moczowego. Obserwując dynamiczny rozwój tej dziedziny można liczyć w przyszłości na próby leczenia także wczesnych stadiów nowotworów z wykorzystaniem przeciwciał monoklonalnych.

Jak wspomniano, cukrzyca i otyłość są czynnikami ryzyka rozwoju raka pęcherza moczowego. W doniesieniach naukowych pojawiają się informacje o pozytywnym wpływie metforminy w prewencji oraz leczeniu raka pęcherza moczowego. Uważa się, że zmniejsza ona częstość występowania chorób nowotworowych i śmiertelność w grupie chorujących na nowotwory. W tym celu lek ten bywa stosowany „off-label" [38]. Z drugiej strony inny lek przeciwcukrzycowy – pioglitazon jest kojarzony ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia raka pęcherza moczowego, jednak do tej pory nie potwierdzono tej hipotezy. Przeprowadzone badania przez Filipova i wsp. nie udowodniły związku pomiędzy długotrwałym przyjmowaniem pioglitazonu a ryzykiem wystąpienia choroby nowotworowej pęcherza moczowego [39].

Powikłania

Cystektomia to jeden z najrozleglejszych zabiegów urologicznych, który obarczony jest wysokim odsetkiem występowania wczesnych powikłań. Odsetek powikłań po zabiegu radykalnej cystektomii w dużej mierze zależy od doświadczenia operatora, dlatego zabiegi te wykonywane są głównie w ośrodkach typu „high volume", posiadających duże doświadczenie [40].

W badaniu przeprowadzonym przez Altobelii i wsp. stwierdzono, że u około 60% pacjentów w ciągu 90 dni po zabiegu wystąpiło przynajmniej jedno powikłanie [40]. Najczęstszymi powikłaniami są infekcje.

Po usunięciu pęcherza moczowego należy zapewnić pacjentowi alternatywną drogę odprowadzenia moczu. Stosowane są różne techniki odtwarzające ciągłość układu moczowego. Wybór danej metody odprowadzenia moczu zależy głównie od dwóch składowych: stopnia zaawansowania raka pęcherza moczowego i wieku pacjenta. Najczęściej wykorzystywaną metodą jest operacja sposobem Brickera, która polega na wytworzeniu wstawki jelitowej, która stanowi kanał łączący moczowody z powierzchnią skóry [41]. Inną drogą odprowadzenia moczu może być zastępczy pęcherz jelitowy. Ten sposób jest przez pacjentów preferowany, stosuje się go głównie u młodych pacjentów. Należy jednak podkreślić, że pacjent posiadający pęcherz jelitowy nie odczuwa parcia na mocz i nie inicjuje mikcji w sposób fizjologiczny. W przypadkach, w których rak pęcherza moczowego zajmuje okolice szyi pęcherza nie jest możliwe wykonanie tego typu odprowadzenia moczu. Zabiegi o charakterze paliatywnym zazwyczaj wiążą się z wytworzeniem drogi odprowadzenia moczu najprostszą metodą, polegającą na wyprowadzeniu moczowodów bezpośrednio na skórę (ureterocutaneostomia). Niezależnie od zastosowanej metody, ważna jest dbałość o higienę. Posiadanie zastępczego pęcherza jelitowego wymaga regularnego opróżniania zbiornika z moczu. Pacjenci, u których mocz jest odprowadzany do worka urostomijnego muszą pamiętać o pielęgnacji stomii i konieczności wymiany worków urostomijnych [42].

Kontrola

Pacjenci z rakiem pęcherza moczowego wymagają intensywnej obserwacji. Po pierwszym zabiegu endoskopowym należy powtarzać cystoskopię co trzy miesiące w okresie pierwszych dwóch lat, następnie należy ją powtarzać raz na sześć miesięcy [22]. Pacjenci chorujący na nowotwory pęcherza moczowego narażeni są na obniżenie jakości życia, co wynika nie tylko z obecności choroby podstawowej. Przyczynia się do tego także proces diagnostyczno-terapeutyczny. Liczne cystoskopie, wielokrotne elektroresekcje, związane z nawrotowym charakterem guzów urotelialnych istotnie obniżają jakość życia pacjentów z rakiem pęcherza moczowego [43].

Stopień ryzyka progresji

W zależności od stopnia ryzyka progresji choroby możemy podzielić nowotwory pęcherza moczowego na trzy grupy. Rak niskiego ryzyka to pojedyncza zmiana usunięta endo-

skopowo, która nie nawróciła w okresie do 12 miesięcy. Raki wysokiego ryzyka to zmiany wieloogniskowe, których wznowę stwierdzono w pierwszej po zabiegu kontrolnej cystoskopii. Pozostałe przypadki kwalifikują się do grupy pośredniego ryzyka. [19,23]

Z biegiem czasu odsetek nowotworów pęcherza moczowego ulegających progresji rośnie. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce rocznie rejestrowanych jest około 6 tysięcy przypadków inwazyjnego raka pęcherza moczowego.

Rokowanie

Złe rokowania raka pęcherza moczowego związane są z późnym wykrywaniem tej choroby. Obecnie nie są znane żadne markery pozwalające na wczesne rozpoznanie choroby [8]. Badanie ultrasonograficzne jest tanią, nieinwazyjną metodą, która pozwala na stwierdzenie obecności zmiany o charakterze nowotworowym. Niestety ujemny wynik tego badania nie upoważnia do wykluczenia choroby. Cystoskopia jest badaniem dokładniejszym, pozwala na zbadanie wewnętrznej powierzchni pęcherza moczowego przy użyciu optyki połączonej z torem wizyjnym. Pomimo dużej czułości, niektóre zmiany takie jak raki in situ, bądź raki rosnące śródściennie mogą zostać niezauważone [14].

Podsumowanie

Rak pęcherza moczowego to choroba powszechnie występująca na całym świecie, 30% chorujących umiera w wyniku jej progresji. Nieświadomość społeczna, brak małoinwazyjnych metod diagnostyki, pozwalających na wykrycie choroby w stadium początkowym sprawia, że około 25% pacjentów diagnozowanych jest w stadium zaawansowanym, gdy rak nacieka mięśniówkę pęcherza moczowego, co zdecydowanie pogarsza rokowanie. Kluczowym elementem jest edukacja społeczeństwa, jak i kadry medycznej. Pacjenci, u których wystąpił krwiomocz często nie zgłaszają się do lekarza, bagatelizując ten objaw przez wiele tygodni. W tym czasie nowotwór zwiększa swoją masę, infiltruje w głąb ściany pęcherza moczowego, zamykając drogę do leczenia pozwalającego na zachowanie pęcherza moczowego. Dlatego istotne jest uświadamianie pacjentów, że pojawienie się tego objawu powinno skłaniać do zgłoszenia się do lekarza.

Piśmiennictwo

1. Kamat AM, Bagcioglu M, Huri E. What is new in non-muscle-invasive bladder cancer in 2016. Turk Urol Derg. 2017;43(1):9–13.
2. Mohammed AA, EL-Tanni H, EL-Khatib HM, Mirza AA, Mirza AA, Alturaifi TH. Urinary bladder cancer: biomarkers and target therapy, new era for more attention. Oncol Rev. 2016;10(2):86–92.
3. Ghasemzadeh A, Bivalacqua TJ, Hahn NM, Drake CG. New strategies in bladder cancer: A second coming for immunotherapy. Clin Cancer Res. 2016;22(4):793–801.
4. Miyata Y, Sakai H. Predictive Markers for the Recurrence of Nonmuscle Invasive Bladder Cancer Treated with Intravesical Therapy. Dis Markers. 2015;2015.
5. Sylvester RJ, Van Der Meijden APM, Oosterlinck W, Witjes JA, et al. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: A combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. Eur Urol. 2006;49(3):466–75.
6. Marks P, Soave A, Shariat SF, Fajkovic H, Fisch M, Rink M. Female with bladder cancer: what and why is there a difference? Transl Androl Urol. 2016;5(5):668–82.
7. Park JC, Citrin DE, Agarwal PK, Apolo AB. Multimodal Management of Muscle Invasive Bladder Cancer. Curr Probl Cancer. 2014;38(3):80–108.
8. Sanseverino R, Napodano G, Campitelli A, Addesso M. Prognostic impact of ReTURB in high grade T1 primary bladder cancer. Arch Ital di Urol e Androl. 2016;88(2):81–5.
9. Zhang K-Y, Xing J-C, Li W, Wu Z, Chen B, Bai D-Y. A novel transurethral resection technique for superficial bladder tumor: retrograde en bloc resection. World J Surg Oncol. 2017;15(1):125.
10. Sun JW, Zhao LG, Yang Y, Ma X, Wang YY, Xiang YB. Obesity and risk of bladder cancer: A dose-response meta-analysis of 15 cohort studies. PLoS One. 2015;10(3):1–11.
11. Mouw KW. DNA repair pathway alterations in bladder cancer. Cancers (Basel). 2017;9(4):1–14.
12. Mostafa MH, Sheweita S a. Relationship between Schistosomiasis and Bladder Cancer EVIDENCE SUPPORTING THE RELATIONSHIP BETWEEN SCHISTOSOMIASIS AND BLADDER. Clin Microbiol Rev. 1999;12(1):97–111.
13. Zhu Z, Wang X, Shen Z, Lu Y, Zhong S, Xu C. Risk of bladder cancer in patients with diabetes mellitus : an updated meta-analysis of 36 observational studies. BMC Cancer. 2013;
14. Zhao L, Tian X, Duan X, Ye Y, Sun M, Huang J. Association of body mass index with bladder cancer risk: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. Oncotarget. 2017;8(20):33990–4000.
15. Goodison S, Rosser CJ, Urquidi V. Bladder cancer detection and monitoring: Assessment of urine- and blood-based marker tests. Mol Diagnosis Ther. 2013;17(2):71–84.
16. Robinson AG, Izard JP, Booth CM. The Role of Population-Based Observational Research in Bladder Cancer. Bl Cancer. 2015;1(2):123–31.
17. Mirza A, Choudhury A. Bladder Preservation for Muscle Invasive Bladder Cancer. Bl cancer (Amsterdam, Netherlands). 2016;2(2):151–63.
18. Douglass L, Schoenberg M. The Future of Intravesical Drug Delivery for Non-Muscle Invasive Bladder Cancer. Bl Cancer. 2016;2(3):285–92.
19. Pérez-Jacoiste Asín MA, Fernández-Ruiz M, López-Medrano F, Lumbreras C, et al. Bacillus Calmette-Guérin (BCG) Infection Following Intravesical BCG Administration as Adjunctive Therapy For Bladder Cancer. Medicine (Baltimore). 2014;93(17):236–54.
20. Veeratterapillay R, Heer R, Johnson MI, Persad R, Bach C. High-Risk Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer—Therapy Options During Intravesical BCG Shortage. Curr Urol Rep. 2016;17(9):1–7.
21. Böhle A, Bock P. Intravesical bacille calmette-guérin versus mitomycin c in superficial bladder cancer: formal meta-analysis of comparative studies on tumor progression. Urology. 2004;63(4):682–6.

22. Modh RA, Mulhall JP. Sexual Dysfunction Following Cystectomy and Urinary Diversion. Nat Rev Urol. 2016;3(10):973–82.
23. Khan MS, Dasgupta P. Robotic-assisted radical cystectomy. Robot Urol Surgery, Second Ed. 2012;2015:397–407.
24. Housset M, Maulard C, Chretien Y, Dufour B, et al. Combined radiation and chemotherapy for invasive transitional-cell carcinoma of the bladder: a prospective study. J Clin Oncol. 1993;11(11):2150–7.
25. Russell CM, Lebastchi AH, Borza T, Spratt DE, Morgan TM. The Role of Transurethral Resection in Trimodal Therapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer. Bl Cancer. 2016;2:381–94.
26. Bos MK, Marmolejo RO, Rasch CRN, Pieters BR. Bladder preservation with brachytherapy compared to cystectomy for T1-T3 muscle-invasive bladder cancer: A systematic review. J Contemp Brachytherapy. 2014;6(2):191–9.
27. Shinagare AB, Ramaiya NH, Jagannathan JP, Fennessy FM, Taplin ME, Van Den Abbeele AD. Metastatic pattern of bladder cancer: Correlation with the characteristics of the primary tumor. Am J Roentgenol. 2011;196(1):117–22.
28. Rm A, Ln G, Og T, Trifanescu OG. Outcome of urinary bladder cancer after combined therapies. J Med Life. 2016;9(1):95–100.
29. Mani J, Vallo S, Brandt MP, Gust KM, et al. What should be the patient's preference regarding the choice of hospital in the case of radical cystectomy? Evaluation of early complications after open radical cystectomy in a medium and high volume setting in one hospital. Patient Prefer Adherence. 2016;10:2181–7.
30. Zaghloul MS, Boutrus R, El-Hossieny H, Kader YA, El-Attar I, Nazmy M. A prospective, randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in bony metastatic bladder cancer. Int J Clin Oncol. 2010;15(4):382–9.
31. Abufaraj M, Gust K, Moschini M, Foerster B, et al. Management of muscle invasive, locally advanced and metastatic urothelial carcinoma of the bladder: a literature review with emphasis on the role of surgery. Transl Androl Urol. 2016;5(5):735–44. =
32. Soria F, Moschini M, Korn S, Shariat SF. How to optimally manage elderly bladder cancer patients? Transl Androl Urol. 2016;5(5):683–91.
33. Oliver Fuge, Nikhil Vasdev, Paula Allchorne J. Immunotherapy for bladder cancer REVIEW. Dovepress open access to Sci Med Res Res Reports Urol. 2015;65–79.
34. Zichi C, Tucci M, Leone G, Buttigliero C, et al. Immunotherapy for patients with advanced urothelial cancer: Current evidence and future perspectives. Biomed Res Int. 2017;2017.
35. Bellmunt J, Powles T, Vogelzang NJ. A review on the evolution of PD-1/PD-L1 immunotherapy for bladder cancer: The future is now. Cancer Treat Rev. 2017;54:58–67.
36. Gupta S, Gill D, Poole A, Agarwal N. Systemic Immunotherapy for Urothelial Cancer: Current Trends and Future Directions. Cancers (Basel). 2017;9(2):15.
37. Davarpanah NN, Yuno A, Trepel JB, Apolo AB. Immunotherapy: a new treatment paradigm in bladder cancer. Curr Opin Oncol. 2017;29(3):184–95.
38. EL-Arabey AA. New insight for metformin against bladder cancer. Genes Environ. 2017;1–8.
39. Filipova E, Uzunova K, Kalinov K, Vekov T. Pioglitazone and the Risk of Bladder Cancer: A Meta-Analysis. Diabetes Ther. 2017;8(4):705–26.
40. Altobelli E, Buscarini M, Gill HS, Skinner EC. Readmission Rate and Causes at 90-Day after Radical Cystectomy in Patients on Early Recovery after Surgery Protocol. Bl Cancer. 2017;3(1):51–6.
41. Joung K, Kong Y, Yoon S, Kim YJ, et al. Comparison of postoperative acute kidney injury between ileal conduit and neobladder urinary diversions after radical cystectomy: A propensity score matching analysis. Medicine (Baltimore). 2016;95(36):e4838.
42. Lee RK, Abol-Enein H, Artibani W, Bochner B, et al. Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: options, patient selection, and outcomes. BJU Int. 2014;113(1):11–23.
43. Truta A, Hodor Popon TA, Saraci G, Ghervan L, Pop IV. Health Related Quality of life in bladder cancer. Current approach and future perspectives. Clujul Med. 2017;0(0):262–7.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Paweł Hackemer
ul. Stanisławowska 82
54-611 Wrocław
tel. 504 604 998,
e-mail: phackemer@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

SYSTEM PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO REALIZACJA KONCEPCJI SIECI SZPITALI W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

PSZ AS REALIZATION OF THE CONCEPT OF HOSPITAL NETWORK IN THE POLISH HEALTH CARE SYSTEM

Marcin Kolwitz

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.34

STRESZCZENIE

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej stanowi realizację koncepcji sieci szpitali. Podstawowym celem ustawy tworzącej sieć jest wyodrębnienie świadczeniodawców, którzy będą mieli zapewnione finansowanie ze środków publicznych.
Szpitale zostaną przypisane do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia w zależności od rodzaju i liczby oddziałów. Zasadnicza zmiana dotyczy też metody i zasad finansowania. Finansowanie w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów zostanie zastąpione finansowaniem ryczałtowym, a dotychczasowa forma umowy między świadczeniodawcą i płatnikiem, czyli kontrakt, będzie miała jedynie charakter uzupełniający. W jednym z trzech rozporządzeń do ustawy została też wyodrębniona grupa świadczeń podlegająca oddzielnemu finansowaniu.
Wprowadzone reformy modyfikują zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zastępując mechanizmy konkurencyjne planowaniem. Może to prowadzić do obniżenia efektywności i jakości opieki zdrowotnej. Brak też konkretnych przesłanek, które mogłyby świadczyć o poprawie dostępności, choć zasadniczy wpływ na nią będzie miała wysokość nakładów na ochronę zdrowia.
Cele pracy to analiza i ocena projektu ustawy oraz działań z nim związanych. Metodę badawczą stanowiła analiza systemowa i decyzyjna, a materiałem do analizy były: opracowania, projekty aktów prawnych, oficjalne stanowiska podmiotów systemu związane z projektem ustawy.

Słowa kluczowe: sieć szpitali, dostępność, szpitale, profil, ryczałt.

ABSTRACT

Introduction of the primary care system for hospital care is the implementation of the hospital network concept. The basic purpose of the law creating the The network is to distinguish healthcare providers who will be financed by public funding.
Hospitals will be assigned to one of six levels of security, depending on the type and number of branches. The basic modification also applies to the method and principles of financing Diagnosis Related Groups will be replaced by flat rate financing, and the existing form of contract between the provider and the payer, the contract will only be complementary. In one of the three regulations of the Act, a separate group of benefits was also subject to separate financing.
The reforms introduced modify the principles of the health care system by replacing the mechanisms of competition with planning. This can reduce the effectiveness and quality of health care. There are also no concrete indications that improvements could be made to improve accessibility, although the impact on health care will be decisive.
The aim of the study was to analyze and evaluate the bill and its activities. The research method was systemic and decision analysis, and the material for analysis was: drafts, drafts of legal acts, official positions of system entities related to draft law.

Keywords: network of hospitals, availability, hospitals, profile, flat rate.

Sieć szpitali

Jako sieć szpitali można określić podsystem w którym skupione są określone podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Sieć dotyczy sektora szpitali, a istotą jej tworzenia jest gwarancja finansowania ze środków publicznych. Gwarancja ta ma jednocześnie wpływać na stabilność finansową szpitala i zapewniać pacjentom dostęp do opieki zdrowotnej.

Koncepcja sieci znana jest min. z systemu niemieckiego (Krankenhaus Plan) i ogranicza mechanizmy rynkowe w ochronie zdrowia, zmniejszając rolę konkurencji na rzecz centralnego planowania.

Tworzenie sieci wiąże się z reformami obejmującymi zasadnicze zagadnienia dotyczące systemu ochrony zdrowia. Należą do nich: rola publicznego regulatora systemu, sposób finansowania świadczeń zdrowotnych, status właścicielski szpitali, zakres odpowiedzialności i zadania samorządu terytorialnego w zakresie polityki zdrowotnej.

Na poziomie zarządzania kwestia sieci obejmuje min. wymogi administracyjne i organizacyjne określające zasady

funkcjonowania w sieci i włączania do niej, oraz finansowe bodźce motywujące do sprawnego zarządzania szpitalem i przestrzegania określonych standardów.

Funkcjonowanie w podsystemie sieci wiąże się ze spełnieniem przez świadczeniodawcę warunków organizacyjno-technicznych w zakresie realizacji potrzeb zdrowotnych. Priorytetem i podstawą tworzenia sieci jest oszacowanie zakresu oraz ilości tych potrzeb (zarówno pod względem epidemiologicznym jak i terytorialno –strukturalnym), a także zasad klasyfikacji szpitali w zależności od specjalistycznego profilu i długości pobytu na poszczególnych oddziałach. Niezbędne jest też określenie poziomów odniesienia w zakresie opieki ambulatoryjnej [1].

Koncepcja utworzenia sieci szpitali wynika min. konieczności racjonowania opieki zdrowotnej, które jest niezbędne ze względu na wciąż rosnący popyt. Jest on związany zarówno z czynnikami epidemiologicznymi wynikającymi z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych (nowe choroby) jak i ekonomiczno-technologicznymi (nowe kosztochłonne metody leczenia). Popyt ochronie zdrowia jest w zasadzie nieograniczony, a zgodnie tzw. koncepcją Roemera poprawa infrastruktury w postaci wzrostu ilości zasobów materialnych (liczba łóżek) prowadzi jeszcze do zwiększenia tego popytu [2].

We współczesnych systemach ochrony zdrowia pewna cześć świadczeń ze względu na wysokie koszty musi być wykonywana poza sektorem finansowanym ze środków publicznych. Uznaje się ,że dla zapewnienia odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej zakres ten nie powinien być zbyt duży, dlatego istotne jest skonstruowanie odpowiednio szerokiego zakresu koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych i wynikająca z tego odpowiednia wysokość nakładów na ochronę zdrowia.

Specyfika sektora szpitali w Polsce

Świadczeniodawcy w polskim systemie opieki zdrowotnej posiadają duży stopień samodzielności i związanej z nią odpowiedzialności w zakresie własnych zobowiązań. Prowadzenie samodzielnej gospodarki finansowej przez podmioty lecznicze zarówno publiczne (funkcjonowanie szpitali w formie tzw. SPZOz-ów czyli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej) jak i niepubliczne (działalność lecznicza prowadzona w formie spółek i praktyk prywatnych) oznacza konieczność pokrywania kosztów działalności i zobowiązań.

Podmioty lecznicze ponoszą zarówno ryzyko straty jak i możliwości zysków w zakresie podejmowanych decyzji finansowych. Prowadzona przez podmioty lecznicze gospodarka finansowa, polega na lokowaniu i wykorzystaniu posiadanych zasobów, prowadzi więc do maksymalizacji indywidualnych korzyści [3].

Podmioty publiczne i niepubliczne różniła kwestia odpowiedzialności. W przypadku podmiotów publicznych ujemny wynik finansowy był pokrywany przez samorząd (wspomagany środkami z budżetu państwa), w przypadku podmiotów niepublicznych mógł prowadzić do ich upadłości. Przekierowanie odpowiedzialności za zadłużone podmioty na samorząd ,a także wprowadzenie procesu komercjalizacji polegającego na przekształceniu publicznego zoz-u w spółkę przy decydującym (całościowym lub większościowym) było założeniem ustawy o działalności leczniczej z 2011 roku.

Ustawa nakazywała aby nowe powstające podmioty mogły działać wyłącznie charakterze spółek kapitałowych (działających na podstawie kodeksu spółek handlowych). Spółka charakteryzuje się odpowiedzialnością podmiotów ją tworzących i dysponuje własnych kapitałem (obowiązek określenia wartości rynkowej nieruchomości). Wspólnicy, bądź akcjonariusze takiej spółki wnoszą swój wkład i działają w celu osiągnięcia zysku na zasadzie solidarnej odpowiedzialności [4].

Co prawda nowelizacja ustawy z 2016 roku zahamowała procesy komercjalizacji i prywatyzacji, jednakże praktyka funkcjonowania SPZOz-u wciąż wpływa na konieczność jak najbardziej racjonalnego gospodarowania środkami finansowymi przez szpitale. Zasadniczy wpływ na alokację zasobów w ochronie zdrowia ma zakres środków uzyskanych od płatnika.

Zagwarantowanie szpitalowi odpowiedniej ilości środków jest szczególnie istotne w przypadku monopolu płatnika , który ma miejsce w polskim systemie. Monopol ten powoduje ,że świadczeniodawcy publiczni i niepubliczni konkurują o środki publiczne. Świadczeniodawcom publiczni są w trudniejszej sytuacji, musząc ze sobą konkurować, ze względu na wycenę świadczeń nieadekwatną do rzeczywistych kosztów. Szpitale mają więc oddziały „dochodowe i niedochodowe". Świadczeniodawcy publiczni działający w formie wielospecjalistycznych szpitali obciążeni są leczeniem świadczeń „nie dochodowych" co zwiększa prawdopodobieństwo ich zadłużania. Świadczeniodawcy niepubliczni natomiast skłaniają się do leczenia świadczeń przynoszących zysk (tzw. „spijanie śmietanki"). Było to powodem stosowania przez płatnika zróżnicowanych stawek za świadczenia (niższych dla podmiotów niepublicznych), aby w pewnym stopniu zrekompensować podmiotom publicznym wyższe koszty funkcjonowania.

Projekt Religi

Prace nad tworzeniem sieci zaczęto prowadzono w polskim systemie ochrony zdrowia już w czasie tworzenia ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym, ale projekt ustawy wprowadzającej tzw. sieć szpitali został stworzony przez Ministerstwo Zdrowia za kadencji ministra Zbigniewa Religi. Sieć była elementem dziesięciopunktowego kompleksowego planu reform w systemie ochronie zdrowia zapowiedzianego w czerwcu 2006.

Do podstawowych założeń zawartych w projekcie należały min. powołanie Rad do Spraw Szpitali: Regionalnych i Krajowej jako ciał opiniodawczych w procesie kwalifikacji do sieci przez ministra zdrowia, ustalenie trzech poziomów referencyjnych da szpitali i ich ocenę punktową przez ministra zdrowia [5].

Projekt spotkał się krytyką zarówno środowisk medycznych jak i ekspertów. Najczęściej zarzucano mu min. : biurokratyzację, zbytnie ograniczanie mechanizmów konkurencyjnych, brak gruntownej analizy potrzeb zdrowotnych, ogólne niedopracowanie nie pozwalające zrealizować zakładanych celów [6].

Powodem niezrealizowania projektu ustawy był upadek rządu premiera Jarosława Kaczyńskiego w listopadzie 2007 roku. Po wyborze nowego Parlamentu projekt został wniesiony przez PiS do sejmowej Komisji Zdrowia w październiku 2009, ale został odrzucony. Powodem zanegowania całej koncepcji sieci była odmienna koncepcja systemu ochrony zdrowia rządu koalicyjnego j PO-PSL. Rząd wraz z minister zdrowia Ewą Kopacz był zwolennikiem wprowadzenia mechanizmów konkurencyjnych w sektorze świadczeniodawców (nie poddano tym mechanizmom i nie zdecentralizowano płatnika).

PiS stawało się zwolennikiem powrotu do systemu budżetowego, mechanizmów planowania i zdecydowanego wzmacniania roli podmiotów publicznych. Wyrazem odmienności koncepcji dwóch głównych partii na polskiej scenie politycznej stała się Ustawa o działalności leczniczej (komercjalizacja) i jej nowelizacja z 2016 roku (zahamowanie komercjalizacji) [7].

PiS zadeklarowało powrót do koncepcji sieci po ewentualnym powrocie do władzy w swoim dokumencie programowym, zapowiadając oparcie się na projekcie ministra Religi [8].

PSZ – ogólne założenia

Po przejęciu władzy przez PiS w 2015 roku w resorcie zdrowia pod kierownictwem ministra Konstantego Radziwiłła rozpoczęto prace nad ustawą o sieci szpitali. Efektem tych prac była ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Została ona uchwalona przez Sejm z dnia 23 marca 2017 roku. Senat przyjął ustawę bez poprawek, następnie została podpisana przez Prezydenta [9].

Podstawowym założeniem ustawy jest wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nazwanego PSZ (tzw. sieci szpitali). Nowelizacja ma na celu zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

Wprowadzenie PSZ zakłada kwalifikowanie szpitali (zakładów leczniczych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej) na poziomie poszczególnych województw do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia. Są to: szpitale: I, II, III stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne (czwarty poziom), szpitale pediatryczne (piąty poziom) i ostatni poziom czyli szpitale ogólnopolskie (obejmujące instytuty i inne szpitale kliniczne).

Szpitale w kwalifikacji otrzymają wskazania do tzw. profilów udzielania świadczeń. W ustawie wymieniono następujące profile odpowiadające poszczególnym poziomom.

Dla szpitali I stopnia są to: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria.

Dla szpitali II stopnia: min. chirurgia dziecięca, kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, reumatologia.

Dla szpitali III stopnia: min. oddziały zarówno dla dzieci jak i dorosłych: chirurgia klatki piersiowej, choroby płuc, choroby zakaźne, kardiochirurgia, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, transplantologia kliniczna, a także oddziały dziecięce: otorynolaryngologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

Dla szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych min.: chirurgia onkologiczna dla dorosłych i dzieci, hematologia, radioterapia, onkologia kliniczna, chemioterapia, chirurgia klatki piersiowej dla dorosłych i dzieci, hospitalizacja.

Dla szpitali pediatrycznych i ogólnopolskich są to wszystkie profile w zakresie leczenia szpitalnego.

Kwalifikacja podmiotów leczniczych do PSZ będzie się odbywać co 4 lata (będą jej dokonywać dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ i publikować w Biuletynie Informacji Publicznej). Ustawa przewiduje możliwość dokonywania zmian w trakcie obowiązywania wykazu

w przypadku gdy dany podmiot przestanie spełniać warunki kwalifikacji.

Pierwszy wykaz zakwalifikowanych podmiotów został ogłoszony 27 czerwca 2017 roku. Zmiany w wykazie mogły być dokonane do 26 września w przypadku faktycznego połączenia dwóch lub więcej jednostek (lub rozpoczęcia procedury łączenia) i wpisaniu ich do rejestru podmiotów leczniczych. PSZ ma zaczął działać od 1 października 2017 roku i będzie obowiązywać do 30 czerwca 2021 roku. Świadczeniodawcom niezadowolonym z treści wykazu przysługują będą środki odwoławcze w postaci protestu składanego do dyrektora oddziału NFZ w terminie 7 dni od jego opublikowania.

Podstawowymi warunkami kwalifikacji (pierwotnymi w stosunku do spełniania kryteriów w zakresie poszczególnych profili) są : udzielanie świadczeń w trybie hospitalizacji (działanie w tzw. trybie ostrym) oraz nieprzerwane posiadanie umowy z NFZ w ciągu dwóch ostatnich lat kalendarzowych na świadczenia objęte profilami.

Ponadto kwalifikacja do poziomów szpitali I, II i III stopnia oraz szpitali pediatrycznych nakłada obowiązek posiadania szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć. Jest on związany z udzielaniem świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w przypadku braku odpowiedniej ilości świadczeń świadczeniodawcy zostaną wyłonieni na zasadzie konkursu).

Zakwalifikowanie do poziomu szpitali II i III stopnia zobowiązuje natomiast do posiadania oddziału i udzielania świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii zarówno dla dorosłych jak i dzieci.

Zasadniczą zmianą, którą wprowadza ustawa jest nowy sposób finansowania. Szpitale, które znajdą się w PSZ będą otrzymywać środki na podstawie finansowania ryczałtowego na dany rok, które zastąpi dotychczasowe konkursy ofert i oparte na nich kontraktowanie. Wymieniona w osobnym rozporządzeniu grupa świadczeń będzie finansowana na dotychczasowych zasadach (zostanie na to przeznaczone 9% środków na leczenie szpitalne).

Na finansowanie świadczeń w ramach PSZ przeznaczone więc zostanie ok. 91 % środków na szpitale oraz około 37 % środków na AOS. Ryczałt będzie ulegał zmianom w kolejnych okresach rozliczeniowych poprzez uwzględnienie ilości świadczeń rzeczywiście wykonanych (na podstawie ilości świadczeń wykonanych w roku poprzednim).

W uzasadnieniach zarówno do projektu ustawy jak i uchwalonej już ustawy jako podstawowe mankament systemowy wskazano rozmycie wyodrębnionych wcześniej poziomów opieki szpitalnej i specjalistycznej utrudniające właściwe zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych w tym zakresie [9, 10].

Uznano, że sytuacja ta jest efektem istniejących zasad włączenia świadczeniodawców do systemu publicznego czyli możliwości ubiegania się o udzielanie świadczeń na podstawie konkursu ofert przez wszystkie podmioty.

Jako wady postępowania konkursowego wskazano: zachwianie kompleksowości koordynacji i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz ich fragmentacji, konstruowanie wymagań konkursowych w oparciu o potrzeby płatnika, a nie o potrzeby zdrowotne. Wskazane wady postępowania konkursowego wpłynęły też na nieefektywne dla całego systemu działania świadczeniodawców, a mające na celu racjonalizację funkcjonowania i zwiększenie przychodów (poprzez zmiany struktury organizacyjnej czyli tworzenie dodatkowych oddziałów i pododdziałów szpitalnych i przesuwanie świadczeń z trybu ambulatoryjnego na szpitalny). Działania te prowadziły do nadwykonań.

Oparcie finansowania o konkursy uznano za niewłaściwe także dla samych świadczeniodawców ze względu niepewność co do przyszłych warunków finansowania utrudniających właściwe zarządzanie (min. w zakresie racjonalnej inwestycji i właściwej polityki kadrowej).

Wymienione mankamenty wpłynęły na decyzje, że postępowania konkursowe mają mieć wyłącznie charakter uzupełniający.

Potrzebę wprowadzenia PSZ uzasadniono specyficznością opieki specjalistycznej, a szczególnie leczenia szpitalnego (kosztochłonność inwestycji, konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej w kraju i w poszczególnych regionach, potrzeba planowania w celu zapewnienia optymalnego wykorzystania zasobów).

Uznano, że wspomniana specyficzność opieki specjalistycznej wpływa na potrzebę koordynacji opieki szpitalnej, ambulatoryjnej i rehabilitacyjnej , które mają zapewnić poprawę dostępności. określoną jako jeden z podstawowych celów wprowadzania ustawy.

Do kolejnych celów należy zaliczyć: zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń w szpitalach (warunek bezpieczeństwa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce), zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych (przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom). Pozostałe cele to : poprawienie dostępności do szpitalnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych, uelastycznienie zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia, a także uporządkowanie struktury szpitali i określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali.

Ostatni cel to stworzenie mechanizmu przenoszącego wąskospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych.

Przy ustaleniu ryczałtu mają zostać uwzględnione dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za rok 2015, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie ustawy nowelizującej.

Do ustawy zaprojektowano trzy rozporządzenia: Pierwsze dotyczy określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W rozporządzeniu oprócz wspomnianych kryteriów wskazano dodatkowe profile systemu zabezpieczenia, obejmujące zakresy i rodzaje świadczeń, a także kryteria, które należy spełniać aby ich udzielać oraz porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom [11].

W rozporządzeniu zapisano minimalne liczby i rodzaje profili dla poszczególnych poziomów.

Dla szpitali I stopnia przewidziano 2 profile spośród profili im przyporządkowanych, natomiast dla szpitali II stopnia 6 profili dla poziomu szpitali I i II stopnia, w tym 3 z profili dla poziomu szpitali II stopnia, natomiast dla szpitali III stopnia przewidziano 8 profili z profili dla poziomu szpitali I-III stopnia, w tym 3 z profili dla poziomu III stopnia.

Dla szpitali onkologicznych przewidziano 6 profili, a dla pulmonologicznych 2 profile spośród profili przyporządkowanych tym szpitalom.

Dla szpitali pediatrycznych przewidziano 3 profile spośród profili im przyporządkowanych, a dla szpitali ogólnopolskich jeden profil ze wszystkich profili leczenia szpitalnego.

W rozporządzeniu określono szereg wyjątków zgodnie z którymi mimo braku spełniania wyżej wymienionych wymogów szpitale mogą być zakwalifikowane do poszczególnych poziomów ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń w określonym profilu i na danym terenie . Szpitalom I-III stopnia oraz pulmonologicznym do kwalifikacji wystarczy posiadanie tylko 1 profilu charakteryzującego ich poziom (np. jeżeli szpital posiada tylko jeden oddział a jest jedynym w powiecie może być zakwalifikowany do I poziomu). W przypadku szpitali onkologicznych muszą to być co najmniej 3 profile.

Innymi warunkami kwalifikacji są: posiadanie odpowiedniej struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i zapewnienie kompleksowości opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń, w tym także w ramach różnych profili. Przykładowo: szpitale muszą udzielać co najmniej 50% wszystkich udzielanych świadczeń: w profilu choroby wewnętrzne (dla szpitali I stopnia,) w profilu choroby zakaźne (dla szpitali III stopnia) a także w profilu choroby onkologiczne (dla szpitali onkologicznych).

Kolejny wyjątek jest warunkowany minimalną wartością realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu (np. jeżeli w przypadku szpitali II stopnia łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ w ramach profili chirurgia plastyczna , chirurgia ogólna oraz w ramach profili anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci i dla dorosłych wyniosła co najmniej 20 mln zł.

W drugim rozporządzeniu w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania wymieniono szeroki zakres świadczeń dla których ustalono odrębne finansowanie ze względu na konieczność zabezpieczenia do nich właściwego dostępu [12].

Należą do nich min.: świadczenia w trakcie wykonywania których odbywa się poród; endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego; zabiegi usunięcia zaćmy; świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych; chemioterapia, radioterapia; świadczenia wysokospecjalistyczne realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć oraz w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; diagnostyka i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego; rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych; kompleksowa opieka nad pacjentem.

W rozporządzeniu wymieniono więc różne grupy świadczeń: min. charakteryzujące się kosztochłonnością i kompleksowością opieki (chemioterapia, programy lekowe), dużą liczbą podmiotów ich udzielających: (endoprotezoplastyka, usunięcie zaćmy), a także świadczenia wysokospecjalistyczne.

Planowany udział wszystkich świadczeń przejawia się następująco: programy lekowe (ok. 18%), świadczenia związane porodem i opieką nad noworodkiem (ok. 13%). Poziom finansowania wskazanych świadczeń określono na 46% wartości wszystkich świadczeń sfinansowanych w ramach PSZ.

W trzecim rozporządzeniu w sprawie sposobu ustalania ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy określono szczegółowy wzór wyliczania kwoty zobowiązania [13].

Prawdopodobne skutki ustawy

Zmiana metody finansowania świadczeń proponowana w ustawie wpływa zasadniczo na zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia .Metoda finansowania oparta na Jednorodnych Grupach Pacjentów mimo wad wskazanych

w uzasadnieniu do wprowadzenia ustawy (których efektem były nadwykonania) wiązała się też z kilkoma korzyściami do których można zaliczyć: jednoznaczność definicji i opis uświadczenia, uproszczenie zasad i zmniejszenie liczby pozycji katalogowych, ograniczenie możliwości oderwania rozliczeń od faktycznie realizowanej terapii [14].

Ponadto powiązanie ilości otrzymanych środków z liczbą pacjentów motywowało szpital do zwiększonej ilości świadczeń (wpływając na poprawę dostępności w wysoko wycenionych dziedzinach min. w kardiologii).

Z punktu widzenia świadczeniodawcy w przypadku finansowania ryczałtowego pacjent nie jest przychodem lecz kosztem (pieniądz przed pacjentem). Przyznana z góry kwota wpływa więc na brak czynników motywujących do zwiększenia ilości usług i tym samym przyjęcia większej liczby pacjentów. Finansowanie ryczałtowe prowadzi do obniżenia kosztów systemu ale nie wpływa na poprawę dostępności co było deklarowane w uzasadnieniu projektu .

Specyfiką finansowania opartego na ryczałcie i odejścia od formuły konkursowej jest także praktyczne zlikwidowanie mechanizmów konkurencyjnych i obniżenie bodźców podnoszących efektywność działania. Wynika ono z włączenia podmiotu leczniczego w strukturę sieci i tym samym gwarancji finansowania. Wyłączenie z sieci podmiotów już w niej funkcjonujących przy kolejnej kwalifikacji (które miało mieć charakter proefektywnościowy) wydaje się być mało prawdopodobne szczególnie w przypadku braku innych podmiotów spełniających wymogi formalne.

Zarówno więc liczba przyjętych pacjentów, jak i ilość i rodzaj wykonanych procedur nie są dla szpitali najistotniejsze, gdyż nie decydują o ilości uzyskanych od płatnika środków finansowych.

Ryczałt nie motywuje w dodatku szpitali do podnoszenia jakości usług, ponadto w samych zasadach kwalifikacji szpitala do tzw. „sieci" brak bodźców wpływających na poprawę jakości usług (co zresztą miało miejsce już przy rozliczaniu na podstawie kontraktu). Podstawą kwalifikacji jest więc wymagana infrastruktura od której posiadania przewidziano zresztą wspominane już liczne wyjątki. Dlatego też nowelizacja wprowadzająca PSZ wymaga uporządkowania kwestii standardów jakości (praktycznie w nieobecnych zdecydowanej większości rodzajów opieki) o czym wspomina się też w samym projekcie ustawy.

Pozytywnym aspektem ryczałtu jest uproszczenie finansowania, jednakże ustawa nie likwiduje procedur biurokratycznych gdyż szpitale nadal są zobowiązano do sprawozdawczości mimo , że nie jest ona warunkiem kwalifikacji do sieci.

Inny pozytywny aspekt ustawy czyli możliwość zwiększenia kwoty ryczałtu w następnym okresie rozliczeniowym zostaje zniwelowany w przypadku przekroczenia przez szpital ryczałtu otrzymanego w roku bieżącym (przyjęcie większej liczby pacjentów), problem nadwykonań nie zostaje więc rozwiązany.

W dodatku z samych projektów rozporządzeń wynika, że wzrost nakładów finansowych nie będzie proporcjonalny do zwiększonych kosztów (zwiększenie realizacji świadczeń o 40% będzie się wiązać ze wzrostem budżetu o 15%) [15].

Wśród dyrektorów niektórych szpitali kwestia nowy system finansowania wzbudza niepokój także w innych kwestiach.

Pierwszą są ewentualne podwyżki dla pracowników ochrony zdrowia. Zachodzą obawy, że dyrektorzy będą zmuszeni je finansować z przyznanego ryczałtu co ograniczy budżet szpitala i mniej środków będzie mogło być przeznaczone na świadczenia.

Druga kwestia dotyczy szpitali dofinansowanych w ramach środków pochodzących z funduszy Unii Europejskiej. Przyznanie tym szpitalom budżetu w formie ryczałtu może być uznane za pomoc publiczną i skutkować cofnięciem tych funduszy .

Dodatkowo istnieją wątpliwości co braku zakwalifikowania niektórych procedur do odrębnego sposobu finansowania. Jako świadczenia, które powinny być finansowane w takim trybie wymienia się min: geriatrię.

Tworzenie sieci wpłynęło i może w dalszej kolejności wpłynąć na zmiany w sektorze szpitali. Pierwszą zmianą są procesy konsolidacyjne, które objęły część szpitali nie mogących samodzielnie spełnić wymogów kwalifikacji do PSZ. Konsolidacja jednakże nie musi jednak zmieniać istniejącej struktury, szpitale stanowiące uprzednio odrębne jednostki ,a po połączeniu jeden organizm zachowują swoje oddziały w dotychczasowych miejscach. Niekiedy jeden podmiot może być rozmieszczony w rożnych czasem odległych od siebie o kilkanaście czy kilkadziesiąt km miejscach (przykładem jest włączenie Szpitala Rehabilitacyjno - Kardiologicznego Kowanówku do Szpitala Wojewódzkiego Poznaniu). Rozproszenie oddziałów (w tym także poradni przyszpitalnych) nie rozwiąże więc całkowicie problemu dostępności, co prawda może poprawić się stabilność finansowania ale pacjenci będą mieli dostęp do placówek ciągle w tych samych miejscach.

Spodziewanym skutkiem wprowadzanych zmian jest zwiększenie liczby pacjentów w szpitalach włączonych do PSZ. Zostaną oni „przerzuceni" z podmiotów , które znalazły się poza siecią, poza tym niektóre z tych podmiotów staną przed koniecznością likwidacji.

Inna negatywną konsekwencją ustawy może być przesunięcie niektórych świadczeń (np. udzielanych w ramach chirurgii jednego dnia) z AOS do szpitali. Jest to nie tylko proces odwrotny od pożądanego (ze względy na wysokie koszty opieki szpitalnej w stosunku do opieki ambulatoryjnej), ale powtarzający mankament finansowania na podstawie JGP.

Krytyczne opinie wobec ustawy o sieci są podnoszone także przez środowisko lekarskie. Naczelna Rada Lekarska w swym stanowisku podkreślając brak bodźców podnoszących jakość i efektywność uznała, że radykalność dokonanej zmiany będzie prowadzić do pogłębienia chaosu, zmniejszenia dostępności do świadczeń i realnego zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Oceniając szczegółowe rozwiązania projektu ustawy NRL postulowała stworzenie osobnego profilu dla szpitali rehabilitacyjnych. Wskazano również na faktyczny brak możliwości wejścia do „sieci" nowopowstałych podmiotów (obowiązek posiadania dwuletniego kontraktu), a także faktyczną możliwość likwidacji (co można odnieść do mniejszych jednostek , a także tych które nie posiadają umowy na SOR) [16].

Ostatni zarzut NRL potwierdza duża liczba podmiotów , które nie znalazły się w ogłoszonym 27 czerwca wykazie (391 placówek), co w praktyce oznacza zagrożenie funkcjonowania wielu podmiotów, głównie prywatnych [17].

Podsumowanie

Należy stwierdzić, że uchwalona ustawa różni się dość znacząco od wcześniejszej koncepcji sieci szpitali (tzw. projektu Religii). W jeszcze większym stopniu ogranicza działanie mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia. Wydaje się że jej ostateczny kształt ma na celu umocnienie dużych publicznych szpitali przy jednoczesnej eliminacji z systemu publicznego sektora prywatnego.

Oceniając możliwość realizacji najistotniejszych deklarowanych celów ustawy należy stwierdzić że zarówno poprawa dostępności (biorąc pod uwagę wymienione mankamenty) jak i zagwarantowanie stabilności finansowania (biorąc pod uwagę ogólną wysokość nakładów) wydają się wątpliwe.

Uelastycznienie zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia mogą być osiągnięte jednakże tylko w pewnym stopniu (biorąc pod uwagę ciągle istniejący obowiązek sprawozdawczości).

Kluczowy wpływ na funkcjonowanie systemu po wprowadzeniu nowej ustawy wydaje się mieć kwestia wysokości nakładów przeznaczonych na ochronę zdrowia. Ministerstwo Zdrowia zapowiada ich systematyczny wzrost zarówno jeśli chodzi o środki budżetowe (wzrost o 600 mln czyli 4,8% w stosunku do 2016 r.) jak i wpływy ze składek (w 2017 r. nakłady będą większe o 3,4 mld zł niż w 2016 roku). Nakłady mają rosnąc systematycznie aż do osiągnięcia 6% w 2025 roku [18].

Biorąc pod uwagę systematycznie rosnące koszty opieki zdrowotnej , można mieć jednak wątpliwości czy wspomniane nakłady, a tym samym ustalone za ryczałt stawki okażą się wystarczające.

Piśmiennictwo:

1. Kuszewski K, Krysińska M, Różycka A. Planowanie sieci szpitali. Historia pewnej inicjatywy. Zdrowie Publ i Zarządz. 2014; 12 (2): 129–133.
2. Włodarczyk WC. Współczesna polityka zdrowotna .Wybrane zagadnienia.Wyd.2 .Lex Wolters Kluwer Business. Warszawa , 2014:269.
3. Wyszkowska Z., Michalska A.: Zarządzanie zasobami pracy w szpitalu. Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management 2011;(38):273-287.
4. Duraj J. Podstawy ekonomiki przedsiębiorstwa. Wyd. 2. PTE Warszawa, 2004:116-119.
5. Projekt ustawy o sieci szpitali. http://orka.sejm.gov.pl/proc5.nsf/projekty/2029_p.html, [Data dostępu: 30.06.2017].
6. Stanowisko Nr/20/06/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 grudnia 2006 w sprawie projektu sieci szpitali http://nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/3892/rs-0020-06-V.pdf, [Data dostępu: 30.06.2017].
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654.
8. Zdrowie, Praca, Rodzina. Program Prawa i Sprawiedliwości 2014,s.115-119.
9. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z dnia 26 kwietnia 2017 r. Poz. 844, [Data dostępu: 30.06.2017].
10. Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12285950, [Data dostępu: 30.06.2017].
11. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298052, [Data dostępu: 30.06.2017].
12. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298053, [Data dostępu: 30.06.2017].
13. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298054, [Data dostępu: 30.06.2017].
14. Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań. red. Hass-Symotiuk M. Wyd. Nauk. US. Szczecin,2011:186.
15. Janiszewski R. Cuda, wzory, sieć szpitali. Menedżer Zdrowia 2017; (2):26-28

16. Stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej: Nr 15/16/VII z dnia 4 listopada 2016 r. oraz Nr 3/17/VII z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów. http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-i-apele-naczelnej-rady-lekarskiej-podjete-13-stycznia-2017-r.[Data dostępu: 30.06.2017].
17. Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ Narodowy Fundusz Zdrowia. Biuletyn Informacji Publicznej. http://www.nfz.gov.pl/bip/oddzialy-wojewodzkie-nfz/, [Data dostępu: 30.06.2017].
18. Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania. Finansowanie służby zdrowia. http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania/, [Data dostępu: 30.06.2017].

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Marcin Kolwitz
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
tel.(91) 4800930
tel. 880-781-403
email:rutinex@pum.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

WYSTĘPOWANIE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH W OSTRODZE PIĘTOWEJ

THE OCCURRENCE OF PAIN IN THE CALCANEAL SPUR

Tomasz Król, Anna Mędrak, Magdalena Dąbrowska-Galas, Magdalena Rutkowska, Piotr Michalik, Tomasz Michalski

Zakład Kinezyterapii i Metod Specjalnych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.35

STRESZCZENIE

Dolegliwości bólowe i dyskomfort zlokalizowane w obrębie stopy dotyczą dużego odsetka populacji osób dorosłych. Za najczęstszą przyczynę powyższych dolegliwości uznaje się występowanie ostrogi piętowej oraz zapalenie powięzi podeszwy. Jednocześnie, w związku z tym, że dwa na trzy przypadki zdiagnozowanej ostrogi piętowej przebiegają bezobjawowo, naukowcy podają w wątpliwość związek pomiędzy występowaniem ostrogi piętowej a dolegliwościami bólowymi w obrębie stopy.
Etiopatogeneza ostrogi piętowej w dalszym ciągu nie jest wystarczająco rozpoznana. Podobny obraz kliniczny różnych jednostek utrudnia postawienie jednoznacznej diagnozy. Istnieje wiele czynników ryzyka predysponujących do występowania ostrogi piętowej, m.in.: nadwaga, płeć żeńska, podeszły wiek, stojący tryb pracy, źle dobrane obuwie, przebyte urazy.
Standardowe procedury leczenia zawierają terapię manualną, ćwiczenia rozciągające, zabiegi fizykalne i kinesiology taping.

Słowa kluczowe: ostroga piętowa, ból piety, zapalenie rozcięgna podeszwowego, ból.

ABSTRACT

Pain and discomfort that occurs in the foot a large part of the adult population. The most common cause of these ailments is the occurrence of the calcaneal spur and fascial fascia inflammation. Researchers question the connection between heel spurs and the occurrence of pain, as 2/3 cases of hepatic spondylosis are asymptomatic.
Etiopathogenesis of the calcaneal spur is still not sufficiently recognized. It is difficult to make a precise diagnosis due to a similar clinical picture of individuals. There are many risk factors predisposing to the occurrence of heel spurs, such as overweight, female sex, old age, standing mode of work, poorly matched shoes, past injuries.
Standard treatment procedures include manual therapy, stretching exercises, physical procedures and kinesiology taping.

Keywords: calcaneal spur, heel pain, plantar fasciitis, pain.

Wstęp

Ból i dyskomfort zlokalizowany w obrębie stopy jest przyczyną około 15% wizyt w gabinetach lekarskich i fizjoterapeutycznych [1, 2]. Szacuje się, że zapalenie rozcięgna podeszwowego dotyczy 10-15% populacji [2]. W 2000 roku organizacja Foot Ankle Special Interest Group of the Ortopaedic Section przeprowadziła badania wśród personelu medycznego, gdzie 100% odpowiadających wskazało ostrogę piętową, jako najczęstszą przyczynę dolegliwości bólowych w obrębie stopy, z jaką zgłaszają się pacjenci [3, 4]. Etiopatogenaza ostrogi piętowej w dalszym ciągu nie jest jeszcze poznana. Jest to schorzenie, które stanowi istotny problem terapeutyczny, ciągle trwają poszukiwania optymalnych metod leczenia.

Ostroga piętowa (łac. Calcar calcanei) zwana także „piętowym osteofitem" powstałym na skutek procesu zapalnego w okolicy przyczepu rozcięgna podeszwowego, jest patologią chrzęstno-włóknistą ścięgna Achillesa, rozcięgna podeszwowego, patologią entezy mięśnia zginacza krótkiego palców [1-3]. U 70-85% przypadków występuje jednostronnie, w 30% przypadków występuje bilateralnie. Wyróżniamy dwa typy ostrogi piętowej: ostroga piętowa dolna – wyrasta z guzka przyśrodkowego kości piętowej w kierunki przodostopia, ostroga piętowa górna – wyrasta na grzbietowej stronie guza piętowego w kierunku ścięgna Achillesa [4, 5].

Czynniki ryzyka

Wśród czynników predysponujących do wystąpienia ostrogi piętowej wymienia się: wiek, płeć, pracę stojącą, otyłość, płaskostopie, niewygodne i źle dobrane obuwie, zmniejszony zakres zgięcia grzbietowego w stawie skoko-

wo-goleniowym oraz przebyte urazy w obrębie kości piętowej. Najczęściej ostroga piętowa występuje u biegaczy [1, 7], a także u kobiet między 40. a 60. rokiem życia [1, 2, 6, 7]. Czynnikiem ryzyka jest także częste chodzenie na wysokich obcasach, które powoduje zwiększoną dystrybucję sił nacisku w obrębie stopy [8].

Różnicowanie

Ostrodze piętowej w 50% współtowarzyszy zdiagnozowane zapalenie rozcięgna podeszwowego oraz obrzęk, uważane przez badaczy za najczęstszą przyczynę bólu stopy [1-3, 5, 7]. Jego etiologia jest słabo poznana, a w literaturze określa się ją jako wieloczynnikową [9]. Do jej określenia używa się takich nazw jak zespół bolesnej pięty (painful heel syndrome, HPS), pięta biegacza (runner's heel), zespół ostrogi piętowej (heel spur syndrome), zapalenie okostnej kości piętowej (calcaneal periostitis) czy przewlekły ból podeszwowej części pięty (chronic plantar heel pain)[1-3, 7, 9].

Dolegliwości bólowe występujące w przypadku zdiagnozowanej ostrogi piętowej

Ból pojawiający się przy ostrodze piętowej pacjenci określają jako palący, kłujący, tępy lub ostry, który zazwyczaj zlokalizowany jest w dolno-przyśrodkowej części pięty, w miejscu przyczepu powięzi [10-12]. W początkowej fazie ból występuje tylko po przeciążeniu stopy lub podczas palpacji przyśrodkowego guza kości piętowej i na przebiegu rozcięgna podeszwowego. W późniejszych etapach choroby ból może pojawiać się pod koniec dnia, podczas wchodzenia na schody, stania na palcach, chodzenia i biegania po twardym podłożu. Dolegliwości bólowe związane z obciążeniem stopy po odpoczynku określa się mianem „bólu pierwszego kroku", gdyż największe nasilenie występuje przy pierwszych krokach i w ciągu dnia przy wzroście aktywności fizycznej [1-3, 11]. Naukowcy przyczyny tego zjawiska dopatrują się w przerywaniu procesu gojenia tkanek (pierwsze kroki powodują zrywanie wytworzonych włókien kolagenowych, powstałych podczas snu lub w czasie odpoczynku) [3].

Rozpoznanie kliniczne

Do rozpoznania klinicznego służy przede wszystkim wywiad oraz badanie fizykalne [1-3, 6]. 80% pacjentów zgłaszających się z bólem pięty, pierwsze nasilone syndromy bólowe odczuwało już 6-12 miesięcy wcześniej [3, 13]. Podczas badania fizykalnego największa tkliwość palpacyjna zlokalizowana jest na przyśrodkowym guzku kości piętowej oraz na przebiegu rozcięgna podeszwowego [14]. Często ograniczone jest zgięcie grzbietowe stopy, dodatni jest „windless test" (test sprawdzający napięcie układu trójgłowo-podeszwowego) [3]. Pacjenci zgłaszają ból także przy pierwszym kroku. Ból ten jest bardzo charakterystyczny dla ostrogi piętowej i może służyć do różnicowania z innymi jednostkami chorobowymi, takimi jak atrofia poduszki tłuszczowej pięty, neuropatia obwodowa oraz rzadziej występującymi infekcjami – zarówno kości, jak i tkanki miękkiej, guzami, zmęczeniowym złamaniem kości piętowej, zapaleniem ścięgna zginacza długiego palców czy zerwaniem powięzi podeszwy [1, 3, 14]. W celu potwierdzenia diagnozy wykorzystuje się badania obrazowe: RTG, rezonans magnetyczny czy ultrasonografię [10, 15].

Ultrasonografia uwidacznia patologie w postaci zmian grubości powięzi, stopnia jej uszkodzenia, obecności płynu zgromadzonego w diagnozowanym obszarze [2, 7]. Na zdjęciu RTG można określić wielkość ostrogi, występujące zwapnienia oraz wykluczyć przyczyny bólu takie jak cysty piętowe czy zmęczeniowe złamanie kości piętowej [1, 3]. Rezonans magnetyczny należy do najbardziej dokładnych technik obrazowania, w przypadku ostrogi piętowej może wykluczyć inne jednostki chorobowe oraz określić poziom stanu zapalnego [16].

Hipotezy powstawania ostrogi piętowej

Patofizjologia ostróg piętowych w dalszym ciągu jest słabo poznana, w badaniach naukowych pojawiają się dwie hipotezy (hipoteza trakcji podłużnej i pionowej kompresji), które wyjaśniają proces tworzenia się ostrogi [17, 18].

Hipoteza trakcji podłużnej, powstawanie ostrogi przypisuje powtarzanej trakcji przyczepu powięzi podeszwy stopy do guza piętowego, co prowadzi do procesu zapalnego powięzi i aktywuje proces kostnienia jej przyczepu w obrębie guza piętowego. Podłuży łuk stopy przestaje być dynamiczny, tworzy się stan zapalny [1, 18].

Hipoteza pionowej kompresji, mówi o powstawaniu ostrogi wskutek systemowej odpowiedzi organizmu na siły kompresyjne działające na kość piętową, których zadaniem jest przeciwdziałanie rozwojowi mikropęknięć w jej obrębie, w wyniku czego pacjent „ucieka" z obciążeniem na drugą stopę lub na przodostopie kończyny bolesnej [17].

W procesie rozwoju ostrogi piętowej wyróżnia się 3 etapy: początkowe formowanie klastrów chondrocytów, powstawanie szczelin w obrębie przyczepu powięzi; zgrubienie kości podchrzęstnej w obrębie przyczepu powięzi; rozwój pionowo zorientowanych beleczek kostnych [19]. Dalszy rozrost ostrogi odbywa się przez kombinację procesów międzybłonkowego i chrzęstnego kostnienia [18].

Leczenie

W leczeniu ostrogi piętowej wykorzystuje się najczęściej zabiegi fizykalne, kinezyterapię i terapię manualną. Proces leczenia jest zachowawczy i ukierunkowany głównie na zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawę komfortu życia pacjenta.

Najczęściej wykorzystywanymi zabiegami fizykalnymi są: laseroterapia niskoenergetyczna [20], ultradźwięki [2, 10, 21], jonoforeza [1], fonoforeza [20], fala uderzeniowa [22, 23] oraz kinesiology taping [3].

Najbardziej standardowe procedury leczenia terapeutycznego zawierają elementy terapii manualnej połączonej z odpowiednim zestawem ćwiczeń, które mają na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych. Program zawiera ćwiczenia rozciągające mięśnie łydki i stopy, a także zestaw ćwiczeń wzmacniających mięśnie stopy. Ponadto stosowany jest również stretching powięzi podeszwowej, rolowanie stopy oraz zimny masaż. Ważna jest edukacja pacjenta i ograniczenie uprawiania sportu na czas trwania terapii. Istotne jest także, aby pacjent samodzielnie wykonywał ćwiczenia, również w warunkach domowych [2, 10, 17].

W procesie leczenia zapalenia powięzi podeszwy stosuje się także iniekcje miejscowe z kortykosterydami, niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi oraz toksyną botulinową [1, 11]. Dużą skuteczność przypisuje się także ostrzykiwaniu z wykorzystaniem osocza bogatopłytkowego [24] oraz igłoterapii suchoigłowej [3, 24]. Uzupełnieniem prowadzonej terapii jest stosowanie ortez nocnych (splintów) oraz różnego rodzaju wkładek i podpiętek [3, 21].

Najrzadziej stosowanym elementem terapii są zabiegi chirurgiczne. Wykonuje się je, gdy leczenie zachowawcze nie przynosi pożądanych rezultatów przez okres 3-6 miesięcy [25]. Zabiegi wykonuje się metodą: artroskopową, przezskórną lub otwartą. Zabieg chirurgiczny techniką otwartą, pozwala nie tylko na resekcję powięzi i dekompresję nerwu, ale także na usunięcie ostrogi piętowej [26]. Badania pokazują, że ostroga piętowa może odrastać nawet po mechanicznym jej usunięciu i uwolnieniu powięzi [1, 27].

Bezobjawowa ostroga piętowa

Narośl kostna w postaci ostrogi (osteofitu) widoczna na zdjęciu RTG, nie jest jednostką chorobową tylko objawem choroby, nie zawsze występującym przy zapaleniu rozcięgna podeszwowego. Według badań, u 10-15% populacji występują ostrogi piętowe, a zaledwie u 5-7% z tej grupy występuje ból pięty [3]. Wyniki badań [28] w badanej populacji osób starszych wykazały, że ostroga piętowa występowała bezobjawowo u 61% osób. Ból w przypadku ostrogi piętowej pojawia się dopiero w momencie wystąpienia stanu zapalnego poprzez podrażnienie tkanek znajdujących się w obrębie narośli i zlokalizowany jest najczęściej w miejscu przyczepu bliższego rozcięgna podeszwowego na guzie piętowym [3, 28].

Menz i wsp. [29] w swojej pracy jednoznacznie stwierdzili, że obecność podeszwowej wyrośli kostnej nie zawsze prowadzi do rozwoju bólu pięty. Większość ostróg (ok 60%) niepowiązana jest z występowaniem dolegliwości bólowych. Autorzy wyjaśnią to wielkością ostrogi (bardzo duże narośla kostne dają większe możliwości wystąpienia bólu w obrębie stopy) [29]. Mechanizm kalcyfikacji i zjawisko piezolektryki powoduje spadek ciśnienia w obrębie komór stopy oraz wzrost sił działających na rozcięgno podeszwy. Proces nadbudowy kostnej może trwać kilka miesięcy, ostatecznie zmieniony wyrostek napiera na warstwę tkanek miękkich i drażni je. Mózg dopiero wtedy odbiera informacje o bólu zlokalizowanym w obrębie pięty [29].

Inni badacze [30] w swojej pracy poddali analizie badania kliniczne, radiologiczne, chirurgiczne oraz badania na zwłokach, wnioskując, że sama obecność ostrogi piętowej jest niewystarczająca, aby wywołać dolegliwości bólowe. Istnieje jednak istotna statystycznie zależność pomiędzy występowaniem ostrogi piętowej i zapaleniem powięzi podeszwy a odczuwaniem bólu w obrębie pięty [30]. Autorzy w swoim badaniu rozważają także kwestie referencyjnej stronniczości diagnoz opisanych jako zapalenie powięzi podeszwy i ostrogi piętowej. Dane wskazują, że część osób mających zdiagnozowane zapalenie powięzi nie ma ostrogi piętowej.

Wainwrigh i wsp. [31] poddali analizie wielkość wyrośli kostnych w odniesieniu do występowania zapalenia powięzi podeszwy [31]. Osteofity zakwalifikowane przez autorów jako duże i średnie wykazywały dużą zależność z występowaniem zapalenia i bólem w okolicy pięty. Małe wyrośla kostne nie wywołują dolegliwości bólowych, jednak zmieniają biomechanikę stopy [31].

Podsumowanie

Ból pięty dotyczy dużego odsetka populacji osób dorosłych, a powodów jego występowania jest wiele. Najczęstszą przyczyną jest występowanie ostrogi piętowej i zapalenia powięzi podeszwy. Wielu badaczy stwierdza, że trudno jest postawić dokładną diagnozę z powodu podobnego obrazu klinicznego różnych jednostek. Odpowiednia diagnoza warunkuje dobór optymalnego leczenia, czyli eliminację lub zmniejszenie dolegliwości bólowych [1, 7, 11].

Naukowcy poddają pod wątpliwość przypisywanie występowania bólu w obrębie pięty ostrodze piętowej. Badania wykazują, że 2/3 przypadków zdiagnozowanej ostrogi jest bezobjawowe. Ból pojawia się, gdy dochodzi

do zapalenia powięzi podeszwy, a najbardziej odczuwany jest podczas chodzenia [3, 9, 13].

Bardzo ważna jest profilaktyka w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych: unikanie przeciążenia stopy, dobór odpowiedniego obuwia, utrzymanie właściwej masy ciała, kontrola prawidłowej osi kończyny dolnej- unikanie kośławienia stopy [1, 24, 26].

Piśmiennictwo

1. Roxas M., Plantar fasciitis: diagnosis and therapeutic considerations., Altern Med Rev. 2005 Jun;10(2):83-93.
2. Twarowska N., Niemierzycka A., Efektywność stosowania ultrasonoterapii i terapii manualnej w leczeniu zachowawczym ostrogi piętowej- badania pilotażowe, Postępy Rehabilitacji 2016 (2), 63 – 74.
3. Thomas G. McPoil, PT, PhD, RobRoy L. Martin, PT, PhD, Mark W. Cornwall, PT, PhD, Dane K. Wukich, MD, James J. Irrgang, PT, PhD, Joseph J. Godges, DPT, Heel pain- plantar fasciitis, Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 2008(38), Issue:4 Pages:A1–A18
4. Taunton JE, Ryan MB, Clement DB, McKenzie DC, Lloyd-Smith DR, Zumbo BD. A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. Br J Sports Med. 2002; 36: 95–101
5. Weiss E. Calcaneal spurs: Examining etiology using prehistoric skeletal remains to understand present day heel pain. The Foot 2012; 22: 125–129.
6. John V. Thompson, Sundeep S. Saini, Christopher W. Reb, Joseph N. Daniel, Diagnosis and Management of Plantar Fasciitis, The Journal of the American Osteopathic Association, December 2014, Vol 114
7. Sandra E. Klein, Ann Marie Dale, Marcie Harris Hayes, Jeffrey E. Johnson, Jeremy J. McCormick, Brad A. Racette, Clinical Presentation and Self-Reported Patterns of Pain and Function inPatients with Plantar Heel Pain , FOOT & ANKLE INTERNATIONAL Vol. 33, No. 9/September 2012
8. Zostawa P., Uścinowicz N., Klich S., Winiarski S., Zostawa J., Kinematyczna analiza chodu kobiet chodzących w obuwiu na wysokim obcasie, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie Rzeszów 2014, 3, 216–223
9. Tahririan MA, Motififard M, Tahmasebi MN, Siavashi B. Plantar fasciitis. Journal of Research in Medical Sciences 2012: 17(8): 799-804.
10. Jaźwa P., Jaźwa A., Trojan G., Panek A.,Ocena skuteczności wybranych zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentek z ostrogą piętową,YOUNG SPORT SCIENCE OF UKRAINE. 2013. V.3. P. 260-266
11. Emily N Schwartz, John Su, Plantar Fasciitis: A Concise Review, Perm J 2014 Winter;18(1):e105-e107
12. Riel H., Cotchett M., Delahunt E., Skovdal Rathleff M., Vicenzino B., Weir A., Landorf K., Is 'plantar heel pain' a more appropriate term than 'plantar fasciitis'? Time to move on. Br J Sports Med Month 2017 Vol 0 No 0
13. Warrick McNeill, Dip.Phty., Plantar heel pain, Journal of Bodywork & Movement Therapies 21 (2017) 205-211
14. Lee GP, Ogden JA, Cross GL. Effect of extracorporeal shock waves on calcaneal bone spurs. Foot ankle Int 2003; 24(12): 927–930.
15. M. S. Rathleff, C. M. Mølgaard, U. Fredberg, S. Kaalund, K. B. Andersen, T. T. Jensen, S. Aaskov, J. L. Olesen, High-load strength training improves outcome in patients with plantar fasciitis: A randomized controlled trial with 12-month follow-up, Scand J Med Sci Sports 2015: 25: e292–e300
16. Sabir N, Demirlenk S, Yagci B, Karabulunt N, Cubukcu S. Clinical utility of sonography in diagnosing plantar fasciitis. J Ultrasound Med 2005; 24: 1041-1048.
17. Li J, Muehleman C. Anatomic relationship of heel spur to surrounding soft tissues: greater variability than previously reported. Clin Anat 2007; 20(8): 950-955.
18. Bergmann JN. History and mechanical control of heel spur pain. Clin Podiatr Med Surg 1990; 7: 243-259.
19. Kumai T, Benjamin M. Heel spur formation and the subcalcaneal enthesis of plantar fascia. J Rheumatol 2002; 29: 1957-1964.
20. Łukowicz M, Weber –Rajek M, Ciechanowska K, Włodarkiewicz A. Ocena skuteczności laseroterapii niskoenergetycznej i jonoforezy w leczeniu objawów ostrogi piętowej. Acta Bio-Opt Inform Med 2009; 15(4): 330-343.
21. Khalid A, Dabbagh AL. Calcaneal spur. A study of 500 cases in Ebril. Tikrit Med J 2008; 14: 16–22.
22. Król P., Franek A., Dolibog P., Durmała J., Detko E., Wnuk B., Ficek., Błaszczak E., Król T., Dolibog P., Franek E., Wiercigroch L., Taradaj J., Piecha M., Sobota G., Zogniskowana i radialna fala uderzeniowa w leczeniu objawowej ostrogi piętowej., Fizjoterapia Polska, 2012, Vol.12(4): 341-354
23. Jan D. Rompe, John Furia, Angelo Cacchio, Christoph Schmitz, Nicola Maffulli, Radial shock wave treatment alone is less efficient than radial shock wave treatment combined with tissue-specific plantar fasciastretching in patients with chronic plantar heel pain, International Journal of Surgery 24 (2015) 135e142
24. Raymond Rocco Monto, Platelet-Rich Plasma Efficacy Versus Corticosteroid Injection Treatment for Chronic Severe Plantar Fasciitis, Foot & Ankle International 35(4), 313–318
25. Toomey EP. Plantar heel pain. Foot Ankle Clin 2009; 14(2): 229-245.
26. Smith S, Tinley P, Gilheany M, Grills B, Kingsford A. The inferior calcaneal spur – anatomical and histological considerations. Foot 2007; 17: 25-31.
27. Tountas AA, Fornasier VL. Operative treatment of subcalcaneal pain. Clin Orthop Relat Res 1996; 332: 170–8.
28. Król P., Franek A., Wiercigroch L., Porębska B., Franek E., Dolibog P., Doligog P., Zinka W., Król T.,Aktualny stan wiedzy na temat zogniskowanej i radialnej fali uderzeniowej w ortopedii i fizjoterapii: nowe zastosowania. Cz. 2, Fizjoterapia Polska 2012; 3(4); Vol. 12, 191-200
29. Menz HB, Zammit GV, Landorf KB, Munteanu SE. Plantar calcaneal spurs in older people: longitudinal traction or vertical compression? J Foot Ankle Surg 2008; 1(7): 1-7
30. Johal KS, Milner SA. Plantar fasciitis and calcaneal spur: Fact or fiction? Foot Ankle Surg 2012; 18: 39-41
31. Wainwright AM, Kelly AJ, Winson IG. Calcaneal spurs and plantar fasciitis. Foot 1995; 5: 123-126

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Tomasz Król
ul. Medyków 12
40-752 Katowice
32 208 87 31
tomasz_krol@op.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

POWIKŁANIA PO CHEMIOTERAPII – CZY I DLACZEGO WARTO JE SPRAWOZDAWAĆ?

COMPLICATIONS AFTER CHEMOTHERAPY – IS IT WORTH TO REPORT IT AND WHY?

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.2018.36

STRESZCZENIE

Chemioterapia jako metoda leczenia pacjentów onkologicznych działa na organizm chorego wielotorowo. Niestety leki nie niszczą komórek w sposób wybiórczy – niszcząc wyłącznie te nowotworowe. Uszkodzeniom ulegają również zdrowe komórki różnych narządów wewnętrznych człowieka. Działania niepożądane, związane z leczeniem pacjentów cytostatykami, wymagają zastosowania dodatkowych terapii, przez co zwiększa się koszt pobytu chorych na oddziałach onkologicznych. Od 2008 r. płatnik umożliwił świadczeniodawcom finansowanie leczenia działań niepożądanych III i IV stopnia. Czy świadczeniodawcy wykorzystują te możliwości i w jaki sposób to robią?

Słowa kluczowe: działania niepożądane, powikłania, rozliczenia, świadczenia, chemioterapia.

ABSTRACT

Chemotherapy as a method of treating oncological patients works on the body of a multidisciplinary patient. Unfortunately, the drugs do not destroy the cells in a selective way – only damage the tumors. Damages to the healthy cells of the various internal organs of man.
Side effects associated with the treatment of patients with cytostatics require additional therapies, thereby increasing the cost of staying in oncology patients. Since 2008, the payer has enabled providers to raise additional funds for the treatment of adverse events grade 3 and 4. Do providers use these opportunities and how they do it?

Keywords: side effects, complications, settelments, benefits, chemiotherapy.

W placówkach opieki zdrowotnej, od lat borykających się z problemami związanymi z sytuacją finansową, dyrektorzy z wyjątkową uwagą przyglądają się każdej możliwości pozyskania dodatkowych środków z Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach zawartych kontraktów.

Odpowiednie ewidencjonowanie wykonanych świadczeń, zgodne z obowiązującymi aktami prawnymi, aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia i zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jest podstawą do uzyskania środków za udzielenie świadczeń medycznych pacjentom. W związku z tym, istnieje konieczność bieżącej weryfikacji treści komunikatów zamieszczanych na stronie internetowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i skrupulatne śledzenie zmieniających się zarządzeń – wszystko po to, by maksymalnie, jeśli nie w 100%, wykorzystać możliwości rozliczeniowe, dopuszczone i umożliwione świadczeniodawcom przez Płatnika.

Aktualne wytyczne do rozliczania świadczeń związanych z hospitalizacją i chemioterapią pacjentów znajdują się w Zarządzeniu nr 16/2017/ DGL z dnia 3 marca 2017 zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia[1], w którym zmiany wynikają z konieczności dostosowania przepisów do Obwieszenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2017 r.

W Zarządzeniu znajdują się:

- załącznik nr 1 n – Katalog leków refundowanych w ramach wspomagającego leczenia chorych na nowotwory CZEŚĆ A i B.

Pozostałe załączniki jak w zarządzeniu 68/2016/DGL z dnia 30 czerwca 2016 r., a w nim:

- załącznik 1 e – Katalog świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia,
- załącznik 1 j – Katalog świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne – chemioterapia,
- załącznik 1 t – Katalog świadczeń dodatkowych – leczenie szpitalne – chemioterapia,
- załącznik 2 – Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

[1] Zarządzenie nr 16/2017/ DGL z dnia 3 marca 2017 zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia

- załącznik 3 – Kryteria wykonania porady z okresową oceną skuteczności chemioterapii,
- załącznik 3 a – Indywidualna karta leczenia chorego,
- załącznik 4 – Oświadczenie o odbiorze leku,
- załącznik 5 – Powszechne kryteria terminologiczne dla zdarzeń niepożądanych wersja 3.0,
- załącznik 6 – księga znaku – szybka terapia onkologiczna,
- załącznik 7 – Skala oceny stanu sprawności chorego wg Zubroda – ECOG-WHO[2].

Chemioterapia a działania niepożądane – definicja Płatnika

Jedną z metod leczenia pacjentów onkologicznych jest m.in. chemioterapia, polegająca na ordynowaniu im leków przeciwnowotworowych. Leki te dobierane są dla każdego chorego indywidualnie, a ich rodzaj zależy od typu nowotworu, stopnia jego zaawansowania, umiejscowienia a także stanu zdrowia pacjenta. Na samym początku leczenia stosowana jest chemioterapia radykalna – która ma na celu zniszczenie jak największej liczby komórek nowotworowych. Ten rodzaj chemioterapii często występuje w skojarzeniu z radioterapią. Istnieje też chemioterapia uzupełniająca, stosowana po to, by uniknąć przerzutów nowotworów. Chemioterapia uzupełniająca może być stosowana także po leczeniu chirurgicznym.

Istnieją również inne rodzaje chemioterapii. Przykładowo, przed leczenie operacyjnym często stosowana jest chemioterapia wstępna, która ma za zadanie zmniejszyć wielkość występującej masy nowotworowej. Chemioterapia regionalna nastawiona jest na zniszczenie nowotworu umiejscowionego w ściśle określonym obszarze. Istnieje również chemioterapia paliatywna, mająca zastosowanie w przypadku osób nieuleczalnie chorych. W prawdzie nie daje ona szans na wyzdrowienie, ale może wydłużyć życie i poprawić jego jakość[3].

Leczenie pacjentów cytostatykami wiąże się z częstym występowaniem działań niepożądanych. Dzieje się tak dlatego, iż leki nie niszczą komórek w sposób wybiórczy – uszkadzając wyłącznie te stanowiące zagrożenie, czyli nowotworowe. Dodatkowo, uszkodzeniom ulegają również zdrowe komórki różnych narządów wewnętrznych człowieka.

Powikłania po chemioterapii mogą się ujawnić zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu, w późniejszym okresie (tzw. toksyczność późna)[4].

Zgodnie z definicją zawartą w załączniku nr 5, zdarzenia niepożądane obejmują wszystkie niekorzystne lub niezamierzone oznaki (włącznie z nieprawidłowymi wynikami badań laboratoryjnych), objawy lub choroby czasowo związane ze stosowaniem leczenia lub zabiegu, co może, ale nie musi być związane z leczeniem lub zabiegiem[5]. Powszechne kryteria terminologiczne dla zdarzeń niepożądanych wersja 3,0 zostały opublikowane 9 sierpnia 2006 r. Katalog działań niepożądanych obejmuje 72 strony zdarzeń, wymienionych alfabetycznie w obrębie kategorii. Tak więc znajdziemy tu zdarzenia dotyczące m. in. zaburzeń związanych z immunologią, krwawieniem, infekcjami, układem limfatycznym, szpikiem kostnym itp.

Sprawozdawanie powikłań po chemioterapii

Sposób możliwości sprawozdawania świadczeń związanych z leczeniem powikłań po chemioterapii, ma swoje miejsce w załączniku 1j oraz załączniku 5.

Zgodnie z wytycznymi ze wskazanych załączników, wartość punktowa wyceny leczenia działań niepożądanych 1 i 2 stopnia wynosi 0 punktu rozliczeniowego. Niemniej, należy je sprawozdawać, w połączeniu ze świadczeniami z załącznika 1e – dzięki temu można otrzymać refundację za podstawowe świadczenie pobytowe. Warto też mieć na uwadze, że świadczenia dotyczące leczenia powikłań po chemioterapii mogą być wykazywane w dniach udzielonych świadczeń, w których wystąpiły takie epizody kliniczne. Dodatkowo, świadczenia dotyczące leczenia powikłań po chemioterapii należy sprawozdać zgodnie z wytycznymi zawartymi w załączniku nr 5 do zarządzenia.

W przypadku działań niepożądanych 3 i 4 stopnia, sprawa ma się nieco inaczej. Otóż, można je łączyć ze świadczeniami z załącznika 1e, z wyjątkiem świadczeń porada ambulatoryjna, hospitalizacja jednego dnia oraz zakwaterowaniem realizowanym na zasadach określonych w art. 33b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[6] (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Dodatkowo, wycena punktowa za każdy dzień leczenia powikłań po chemioterapii na oddziale szpi-

[2] Zarządzenia Nr 68/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia

[3] Chemioterapia i jej rodzaje: http://www.chemioterapia.medserwis.pl/index.php?t=14&id_t=7704

[4] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy pod red. R. Kordka, VM Group, Gdańsk 2006, s. 72

[5] Zarządzenia Nr 68/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia

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

talnym, wynosi 1 punkt rozliczeniowy (52 zł). Podobnie, jak w przypadku powikłań 1 i 2 stopnia, świadczenia dotyczące leczenia powikłań po chemioterapii można wykazać wyłącznie w dniach hospitalizacji, w których wystąpiły takie epizody kliniczne. Same świadczenia dotyczące leczenia powikłań po chemioterapii należy sprawozdać również zgodnie z wytycznymi zawartymi w załączniku nr 5.

Nie wolno również zapominać o umieszczeniu informacji o wystąpieniu działań niepożądanych w historii choroby pacjenta, określeniu ich stopnia i opisie podjętego leczenia.

Dlaczego warto sprawozdawać działania niepożądane?

Powikłania po chemioterapii dotykają większość pacjentów, leczonych cytostatykami. Wśród działań niepożądanych, określonych w załączniku nr 5, znajdziemy najczęściej występujące, m. in. problemy z wydolnością oddechową, gorączkę polekową, wyłysienie – odwracalne i nieodwracalne, zakażenie, krwotok czy znaczną utratę krwi, nudności, wymioty, biegunki, zaparcia, otyłość, spadek wagi ciała, wodobrzusze, ból, zmęczenie, liczbę leukocytów, granulocytów, poziom kreatyniny, stopień zakażenia[7].

Co istotne, skutki uboczne po chemioterapii mogą pojawić się zarówno w trakcie stosowania samej chemioterapii (np. reakcje uczuleniowe), jak i później – po kilku tygodniach (wypadanie włosów) lub miesiącach od leczenia (uszkodzenie nerek lub serca), a nawet latach (np. nowotwory wtórne)[8] .

Wprowadzenie w 2008 roku odrębnego finansowania leczenia działań niepożądanych 3 i 4 stopnia w chemioterapii, umożliwiło Świadczeniodawcom rozliczenie zwiększonych kosztów, ponoszonych na leczenie powikłań. Dzięki temu, istnieje możliwość nie tylko uzyskania refundacji za świadczenie podstawowe (np. poradę ambulatoryjną związaną z chemioterapią, hospitalizację związaną z chemioterapią), ale i otrzymania – w przypadku działań niepożądanych 3 i 4 stopnia – finansowego wsparcia w postaci 52 zł za każdy osobodzień, podczas którego leczono ujawnione powikłania. Dość wspomnieć, iż rzetelne opisywanie w historii choroby powikłań i ich leczenia, zapisanie odpowiedniej procedury w systemie rozliczeniowym szpitala i sprawozdanie jej do Funduszu komunikatem fzx, umożliwia szpitalowi uzyskanie zwiększonej kwoty refundacji o nawet kilkadziesiąt tysięcy złotych miesięcznie, jeśli nie więcej. W skali roku to kwota, nad którą zdecydowanie warto się pochylić.

[7] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy pod red. R. Kordka, VM Group, Gdańsk 2006, s. 72

[8] Madej G. Chemioterapia onkologiczna dorosłych i dzieci, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, ISBN 83-200-2194-4

Piśmiennictwo

1. Zarządzenie nr 16/2017/ DGL z dnia 3 marca 2017 zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia;
2. Zarządzenia Nr 68/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii;
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.);
4. Madej G. Chemioterapia onkologiczna dorosłych i dzieci, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, ISBN 83-200-2194-4;
5. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy pod red. R. Kordka, VM Group, Gdańsk 2006, s. 72,
6. Chemioterapia i jej rodzaje: http://www.chemioterapia.medserwis.pl/index.php?t=14&id_t=7704.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

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

CC BY NC SA

PRACA POGLĄDOWA

JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH Z KAMICĄ UKŁADU MOCZOWEGO

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS

Michał Matuszewski[1,2], Fryderyk Menzel[1], M. Neska[3], Paweł Hackemer[1], Wojciech Krajewski[1], Małgorzata Neska-Matuszewska[4], Bartosz Małkiewicz[1]

[1] Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
[2] Katedra i Zakład Toksykologii, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
[3] Studenckie Koło Naukowe Kardioseksuologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
[4] Katedra i Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.37

STRESZCZENIE

Kamica układu moczowego jest chorobą o znaczeniu społecznym, dotykającą znacznej części społeczeństwa. Przebiega ona przewlekle, charakteryzuje się dużym odsetkiem nawrotów oraz często wymaga podjęcia leczenia zabiegowego.
Celem pracy jest przybliżenie problemu obniżonej jakości życia, w różnych jego aspektach, u chorych na kamicę układu moczowego.
Dokonano przeglądu literatury przy użyciu bazy PubMed na podstawie słów kluczowych, wybierając istotne dla opracowywanego zagadnienia artykuły.
Wykazano znaczne obniżenie różnych parametrów jakości życia u pacjentów z kamicą moczową. Jako główne czynniki niższej jakości życia określono: częstość ataków kolki nerkowej, ilość i rodzaj podejmowanych interwencji zabiegowych. Wśród pacjentów stwierdzono wyższą akceptację dla procedur małoinwazyjnych.

Słowa kluczowe: kamica moczowa, kolka nerkowa, jakość życia, litotrypsja.

ABSTRACT

Urolithiasis is a socially significant disease affecting broad part of the society. It is a chronic disease characterized by high percentage of recurrence. Patients suffering from urolithiasis often require a medical intervention.
The aim of the study is to present the problem of reduced quality of life in many of its aspects in patients with urolithiasis.
Literature review was performed using PubMed database and selected keywords. Articles relevant for this subject were identified and analyzed.
Significant reduction of various parameters defining quality of life in patients with urolithiasis was observed. The main factors associated with lower quality of life are frequency of renal colic incidents and also number, type and invasiveness of performed medical interventions. Higher acceptance of minimally-invasive procedures was observed.

Keywords: urolithiasis, renal colic, quality of life, lithotripsy.

Wstęp

Kamica układu moczowego jest powszechną chorobą, zazwyczaj mającą swój początek pomiędzy 30. a 50. rokiem życia. Mężczyźni chorują średnio 3 razy częściej niż kobiety. Schorzenie to dotyka do 10% społeczeństwa w krajach zachodnich, przy czym obserwowana jest tendencja wzrostowa zapadalności na kamicę moczową, a u ponad połowy pacjentów obserwowane są nawroty choroby [1]. Z tego powodu kamica moczowa ma zasięg społeczny i często wiąże się z absencją w pracy, wpływając na sytuację ekonomiczną chorych.

Typowe objawy kolki nerkowej takie jak silny ból okolicy lędźwiowej, nudności, wymioty sprawiają, że chorzy z opisywanymi objawami często zgłaszają się do szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), stanowiąc ok 1% wszystkich przypadków rejestrowanych w SOR [2].

Po doraźnym opanowaniu dolegliwości i zaopatrzeniu urologicznym pacjenta w warunkach SOR, chorzy powinni pozostawać pod kontrolą poradni specjalistycznych, wykonując okresowe badania kontrolne: laboratoryjne i obrazowe. W ten sposób stają się oni związani z systemem ochrony zdrowia. Często też wymagają stosowania cewników moczowych (pęcherzowych, moczowodowych), lub wytworzenia przetoki nerkowej (nefrostomii) celem zapewnienia odpływu moczu. Obecność złogów jest także związana z wyższym ryzykiem infekcji układu moczowego. Spora grupa pacjentów wymaga interwencji zabiegowych. Wśród głównych zabiegów stosowanych w leczeniu kamicy wykorzystuje się

– litotrypsję pozaustrojową falą uderzeniową (ESWL)

– litotrypsję endoskopową, zarówno z użyciem litotryptorów mechanicznych, jaki i przy użyciu lasera. Zabiegi endoskopowe pozwalają na usunięcie złogów z:

- pęcherza moczowego – cystolitotrypsja
- moczowodu – ureterorenoskopia z litotrypsją (URS)
- układu kielichowo miedniczkowego nerki: przezskórna nefrolitotrypsja (percutaneous nephrolithotripsy – PCNL), wsteczna chirurgia wewnątrznerkowa (retrograde in-trarenal surgery – RIRS)

– operacje laparoskopowe i otwarte: cystolitotomia, ureterolitotomia, pielolitotomia, nephrolitotomia

Wybór właściwej metody leczenia kamicy jest wybierany wspólnie przez urologa i pacjenta, z uwzględnieniem przede wszystkim wielkości i lokalizacji złogu. Opisane powyżej zabiegi mogą być wykonywane w znieczuleniu regionalnym lub ogólnym, w zależności od wybranej metody interwencji.

Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja w jakim stopniu kamica układu moczowego wpływa na jakość życia dorosłych chorych, oraz jaka grupa pacjentów jest najbardziej narażona na niekorzystne efekty choroby podstawowej. Dodatkowym celem jest ukazanie jaki sposób leczenia kamicy jest najbardziej akceptowalny i zarazem najmniej obciążający dla chorych.

Materiał i metody

Dokonano przeglądu literatury wykorzystując bazę Pubmed przy użyciu słów kluczowych tj. kamica moczowa, kolka nerkowa, jakość życia, litotrypsja. Artykuły zawierające istotne informacje dla opisywanego tematu wykorzystano do stworzenia niniejszego przeglądu.

W większości prac dla określenia jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (health related quality of life – HRQoL) użyto kwestionariuszy SF-36, pozwalającego na ocenę ośmiu wskaźników jakości życia tj.

- funkcjonowanie fizyczne,
- ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego,
- dolegliwości bólowe,
- ogólne poczucie zdrowia,
- witalność,
- funkcjonowanie społeczne,
- ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych,
- poczucie zdrowia psychicznego.

Kwestionariusz SI-36 przetłumaczono na podstawie opracowania Tylki [3]. Rzadziej używane były kwestionariusze SF-8, EQ-5D, LifeScale, Perceived Stress Scale.

Wyniki

Wykazane zostało, że kobiety cierpiące z powodu kamicy moczowej mają niższy HRQoL niż mężczyźni, w wyniku zmniejszenia energii życiowej, zburzeń snu oraz nasilonych lęków [4]. Także obecność chorób współtowarzyszących tj. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, dolegliwości ze strony układu ruchu, oraz podeszły wiek wpływają na obniżenie jakości życia, w porównaniu do osób nie obciążanych dodatkowymi chorobami [5–8]. Osoby leczące się z powodu kamicy układu moczowego częściej cierpią z powodu depresji, zgłaszają większą ilość napotykanych sytuacji stresowych, oraz problemów natury emocjonalnej [5,8–10]. Ryzyko wystąpienia depresji jest dodatkowo zwiększane przez wystąpienie powikłań związanych z leczeniem kamicy [11]. Ilość obecnych w układzie moczowym złogów, rzutuje na ilość koniecznych konsultacji medycznych, a większa ilość odbywanych konsultacji także obniża jakość życia pacjentów [6,8]. Na obniżenie HRQoL wpływa też niski status socjoekonomiczny chorych [12].

Wśród pacjentów z kamicą moczową, obniżenie jakości życia występuje znamiennie częściej u osób ze stwierdzoną cystynurią niż u pozostałych chorych, z powodu wyższej nawrotowości choroby w tej grupie.

Wskaźnik HRQoL jest szczególnie niższy jeżeli jest mierzony w niedługim okresie czasu od ostatniego ataku kolki nerkowej, oraz gdy zwiększa się ilość ataków w ciągu roku [6]. W populacji amerykańskiej osoby z nawrotową kamicą moczową uzyskiwały obniżone wyniki w sześciu z pośród 8 obszarów badanych kwestionariuszem SI-36. Obniżenie jakości życia dotyczyło kategorii: funkcjonowania fizycznego, ograniczania ról w związku z problemami zdrowotnymi, dolegliwości bólowych, ogólnego poczucia zdrowia, witalności i funkcjonowania społecznego [5, 6, 8, 12–17]. Jednak badanie przeprowadzone przez Donnally i wsp. wykazało, że jeżeli w ciągu jednego miesiąca przed określeniem HRQoL na podstawie kwestionariusz SI-36, nie wystąpił atak kolki nerkowej, to otrzymane wyniki nie różnią się znacząco pomiędzy grupami chorych a zdrowych osób [14].

Potwierdzony został wpływ kamicy układu moczowego na funkcje seksualne. U tych chorych istotnie częściej występują zaburzenia erekcji, szczególnie postacie ciężkie i średnie. Ponadto w tej grupie obserwuje się także obniżony poziom testosteronu we krwi [18].

Zastosowanie leczenia zabiegowego pod postacią małoinwazyjnego ESWL ma na celu zniszczenie złogu w stopniu umożliwiającym jego samodzielne wydalenie przez chorego. Mimo minimalnej ingerencji w ciało pacjenta, dochodzi w tej grupie osób do obniżenie jakości życia w funkcjonowaniu fizycznym, funkcjonowaniu społecznym i na skutek dolegliwości bólowych [15]. Niepełna litotrypsja podczas zabiegu ESWL, skutkująca obecnością

kamicy resztkowej jest czynnikiem obniżającym jakość życia [19, 20].

Zastosowanie leczenia o większym stopniu inwazyjności (PCNL) celem leczenia kamicy nerkowej nie wpływa na zdrowie psychiczne ale skutkuje podniesieniem jakości życia w aspekcie fizycznym. Szczególna poprawa jest obserwowana w okresie trzech miesięcy od zastosowanego zabiegu PCNL. Podobnej poprawy nie obserwuje się w grupie osób poddanych ESWL [21]. Nieco odmienne wyniki do opisywanych, uzyskał Staios i wsp. stwierdzając, że przeprowadzenie zabiegu PCNL, na złogi zlokalizowane w zakresie dolnego bieguna nerki, podnosi nie tylko jakość życia fizycznego, ale i psychicznego. Zespół ten potwierdził także, że poprawa jakości życia utrzymuje się do jednego roku po zabiegu [22].

Analizując wyniki jakości życia mieszkańców Arabii Saudyjskiej, u których występowała kamica moczowodowa i nerkowa, stwierdzono że pacjenci leczeni metodą ESWL, wykazują znaczną poprawę HRQoL w przeciągu kilku miesięcy od przeprowadzonego zabiegu, w każdym badanym zakresie, z wyjątkiem dolegliwości bólowych i zdrowia ogólnego, które nie ulegają poprawie [15]. Odmienne wyniku uzyskano w populacji japońskiej, gdzie przeprowadzenie ESWL nie wpłynęło na poprawę któregokolwiek z aspektów jakości życia [17].

Chorzy poddawani zabiegowi ESWL szybciej powracają do normalnej aktywności życiowej, w tym także do pracy zarobkowej, niż osoby poddane innym interwencjom [15]. ESWL jest też preferowany przez pacjentów z uwagi na mniejsze dolegliwości po zabiegowe [15, 23, 24].

Osoby poddane leczeniu zabiegowemu częściej są skłonne do ponownych interwencji, niż chorzy leczenie wcześniej zachowawczo [23, 25]. Ponadto ponad połowa z pacjentów (56,4%) pozostawia decyzję co do wyboru metody leczenia prowadzącemu urologowi [25].

Przewlekły charakter kamicy moczowej jest związany z koniecznością zmiany stylu życia. Atak kolki nerkowej, objawiający się przede wszystkim silnym bólem okolicy lędźwiowej, jest na tyle silnym przeżyciem, iż 81% pacjentów gotowych jest brać leki przewlekle niż doświadczyć go ponownie [14]. Wprowadzenie odpowiedniej edukacji chorych pozwala na redukcję lęku związanego z chorobą i leczeniem [11]. Większość pacjentów jest też gotowych zmienić swoje przyzwyczajenia związane z przyjmowaniem płynów i dietą, ale jedynie 81% chorych wyraża chęć na uczestniczenie w regularnych spotkaniach mających na celu utrwalenie wprowadzanych zmian. Ponadto jeżeli zmiana przyzwyczajeń dietetycznych miałaby być związana z poniesieniem kosztów finansowych, to odsetek chętnych pacjentów zmniejsza się do 76% [26].

Dyskusja

Często podstawowym kryterium przy leczeniu jest całkowite uwolnienie pacjenta od złogów (uzyskanie wysokiego wskaźnika stone-free-ratio). Jest to postępowanie jak najbardziej słuszne mając na uwadze patofizjologię i często objawy kliniczne. Niestety przy podejmowaniu przez lekarzy działań terapeutycznych często pomijana jest jakość życia pacjentów. Niedostatek czasu na przeprowadzenie rozmowy ukierunkowanej na pacjenta skutkuje pominięciem tego bardzo ważnego aspektu. W epoce holistycznej medycyny, należy ukierunkować wszystkie działania na szeroko rozumiane dobro pacjenta.

Większość przytoczonych prac jednoznacznie wykazuje, że chorzy z kamicą układu moczowego cierpią z powodu obniżenia jakości życia w różnych aspektach. Istnienie dodatkowych czynników takich jak podeszły wiek, schorzenia współistniejące czy niski status socjoekonomiczny dodatkowo obniżają jakość życia tej grupy pacjentów.

Przy podejmowaniu decyzji co do metody leczenia należy uwzględnić preferencje chorego, mając na uwadze, że metody małoinwazyjne (ESWL) są w większym stopniu akceptowane. Chorzy także skłaniają się do ponownego wyboru tej metody leczenia, którą już byli leczeni. Jednak ponad połowa pacjentów obdarza swojego lekarza takim zaufaniem, że przy wyborze metody leczenia – kieruje się zdaniem lekarza. Mając na uwadze to, iż każda procedura niesie za sobą ryzyko niepowodzenia oraz potencjalnych komplikacji, należy szczególnie rozważnie wybierać metodę interwencji. Nie bez znaczenia jest także odpowiednia edukacja pacjentów.

W okresach pomiędzy atakami kolki nerkowej chorzy mają obniżoną jakość życia. Odczuwają oni dolegliwości fizyczne, a także psychiczne spowodowane wiedzą o nawrotowym charakterze kamicy i lekiem przed kolejnym atakiem kolki nerkowej. Taka sytuacja stawia ich w tej samej grupie jak osoby ze schorzeniami przewlekłymi takimi jak cukrzyca i niewydolność nerek, u których jakość życia też jest obniżona w wielu obszarach [27, 28].

Częste ataki kolki nerkowej, powodują absencję w pracy, obniżenie statusu socjoekonomicznego. W ten sposób choroba i stan pacjenta dodatkowo rzutują na najbliższe osoby, które niejednokrotnie również potrzebują wsparcia [29].

Większość chorych w dotychczasowych badaniach była badana z użyciem formularza SI-36, rzadziej z wykorzystaniem innych narzędzi. Jednakże praca Penninston i wsp. przeprowadzone w populacji mieszkańców Stanów Zjednoczony i Kanady, wykazuje że stosowanie nowoopracowanego formularza Wisconsin Stone Quality of Life Questionnaire (WISQOL) jest metodą dokładniejszą

[30]. Odpowiednio dobrane arkusze badające HRQoL są pomocnym narzędziem diagnostycznym, mogącym mieć wyższą wartość prognostyczną dotyczącą zachorowalności i śmiertelności niż inne parametry [31, 32]

Wnioski

Kamica moczowa jest chorobą przewlekłą, o znaczeniu społecznym. U chorych obserwuje się znaczące obniżenie jakości życia w wielu obszarach, nawet w okresach bezobjawowych, w których pacjenci nie doświadczają ataków kolki nerkowej. Charakter choroby często wymaga podjęcia interwencji zabiegowych, z których pacjenci w najbardziej akceptują metody małoinwazyjne (ESWL), pozwalające na szybszy powrót do codziennej aktywności.

Piśmiennictwo

1. Croppi E, Ferraro PM, Taddei L, Gambaro G. Prevalence of renal stones in an Italian urban population: A general practice-based study. Urol Res 2012;40:517–22. doi:10.1007/s00240-012-0477-z.
2. Westphalen AC, Hsia RY, Maselli JH, Wang R, Gonzales R. Radiological imaging of patients with suspected urinary tract stones: National trends, diagnoses, and predictors. Acad Emerg Med 2011;18:700–7. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01103.x.
3. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – Wersja polska. Kardiol Pol 2009;67:1166–9.
4. Penniston KL, Nakada SY. 445 Women Stone Formers Have Reduced Quality of Life Compared To Men Due To Lower Energy, More Sleep Disturbances, and Anxiety. J Urol 2013;189:e182. doi:10.1016/j.juro.2013.02.1835.
5. Penniston KL, Nakada SY. Health Related Quality of Life Differs Between Male and Female Stone Formers. J Urol 2007;178:2435–40. doi:10.1016/j.juro.2007.08.009.
6. Modersitzki F. Health-related quality of life (HRQoL) in cystine compared with non-cystine stone formers 2016;1848:3047–54. doi:10.1016/j.bbamem.2015.02.010.Cationic.
7. Fann CY, Huang PC, Yen AMF, Chen HH. Patient Utility Measurement for Managing Ureteral Stones: A Modified Standard Gamble Approach. Value Heal Reg Issues 2012;1:87–92. doi:10.1016/j.vhri.2012.03.004.
8. Bryant M, Angell J, Tu H, Goodman M, Pattaras J, Ogan K. Health Related Quality of Life for Stone Formers. J Urol 2012;188:436–40. doi:10.1016/j.juro.2012.04.015.
9. Diniz DHMP, Schor N, Blay SL. Stressful Life Events and Painful Recurrent Colic of Renal Lithiasis. J Urol 2006;176:2483–7. doi:10.1016/j.juro.2006.07.156.
10. Miyaoka R, Ortiz-Alvarado O, Kriedberg C, Alanee S, Chotikawanich E, Monga M. Correlation between stress and kidney stone disease. J Endourol 2012;26:551–5. doi:10.1089/end.2010.0536.
11. Angell J, Bryant M, Tu H, Goodman M, Pattaras J, Ogan K. Association of depression and urolithiasis. Urology 2012;79:518–25. doi:10.1016/j.urology.2011.10.007.
12. Diniz DHMP, Blay SL, Schor N. Quality of life of patients with nephrolithiasis and recurrent painful renal colic. Nephron – Clin Pract 2007;106:91–8. doi:10.1159/000102995.
13. Pearle MS, Lingeman JE, Leveillee R, Kuo R, Preminger GM, Nadler RB, et al. Prospective Randomized Trial Comparing Shock Wave Lithotripsy and Ureteroscopy for Lower Pole Caliceal Calculi 1 cm or Less. J Urol 2008;179:2005–9. doi:10.1016/j.juro.2008.03.140.
14. Donnally CJ, Gupta A, Bensalah K, Tuncel A, Raman J, Pearle MS, et al. Longitudinal evaluation of the SF-36 quality of life questionnaire in patients with kidney stones. Urol Res 2011;39:141–6. doi:10.1007/s00240-010-0313-2.
15. Arafa MA, Rabah DM. Study of quality of life and its determinants in patients after urinary stone fragmentation. Health Qual Life Outcomes 2010;8:119. doi:10.1186/1477-7525-8-119.
16. Rabah DM, Alomar M, Binsaleh S, Arafa MA. Health related quality of life in ureteral stone patients: Post-ureterolithiasis. Urol Res 2011;39:385–8. doi:10.1007/s00240-011-0375-9.
17. Kurahashi T, Miyake H, Shinozaki M, Oka N, Takenaka A, Hara I, et al. Health-related quality of life in patients undergoing lithotripsy for urinary stones. Int Urol Nephrol 2008;40:39–43. doi:10.1007/s11255-007-9231-9.
18. Otunctemur A, Ozbek E, Cakir SS, Dursun M, Polat EC. Association of erectile dysfunction and urolithiasis Association of erectile dysfunction and urolithiasis 2014:9–11. doi:10.4081/aiua.2014.3.215.
19. Sahin C, Cihangir Cetinel A, Eryildirim B, Tuncer M, Faydaci G, Sarica K. Stone size and quality of life: A critical evaluation after extracorporeal shock wave lithotripsy. Arch Ital Di Urol E Androl 2015;87:227–32. doi:10.4081/aiua.2015.3.227.
20. Sahin C, Tuncer M, Yazici O, Horuz R, Çetinel AC, Eryildirim B, et al. Do the residual fragments after shock wave lithotripsy affect the quality of life? Urology 2014;84:549–54. doi:10.1016/j.urology.2014.05.012.
21. Deem S, Defade B, Modak A, Emmett M, Martinez F, Davalos J. Percutaneous nephrolithotomy versus extracorporeal shock wave lithotripsy for moderate sized kidney stones. Urology 2011;78:739–43. doi:10.1016/j.urology.2011.04.010.
22. Staios D, Andrews HO, Shaik T, Buchholz NNP. Quality of life after percutaneous nephrolithotomy for caliceal diverticulum and secluded lower-pole renal stones. J Endourol 2007;21:515–9. doi:10.1089/end.2006.0432.
23. Mays NB, Petruckevitch A, Snowdon C. Patients' quality of life following extracorporeal shock-wave lithotripsy and percutaneous nephrolithotomy for renal calculi. Int J Technol Assess Health Care 1990;6:633–42. doi:10.1017/S026646230000427X.
24. Karlsen SJ, Renkel J, Tahir AR, Angelsen A, Diep LM. Extracorporeal shockwave lithotripsy versus ureteroscopy for 5- to 10-mm stones in the proximal ureter: Prospective effectiveness patient-preference trial. J Endourol 2007;21:28–33. doi:10.1089/end.2006.0153.
25. Sarkissian C, Noble M, Li J, Monga M. Patient decision making for asymptomatic renal calculi: Balancing benefit and risk. Urology 2013;81:236–40. doi:10.1016/j.urology.2012.10.032.
26. Tiselius HG. Patients' attitudes on how to deal with the risk of future stone recurrences. Urol Res 2006;34:255–60. doi:10.1007/s00240-006-0056-2.
27. Martínez-Sanchis S, Bernal MC, Montagud J V., Abad A, Crespo J, Pallardó LM. Quality of Life and Stressors in Patients with Chronic Kidney Disease Depending on Treatment. Span J Psychol 2015;18:E25. doi:10.1017/sjp.2015.17.
28. Vanstone M, Rewegan A, Brundisini F, Dejean D, Giacomini M. Patient perspectives on quality of life with uncontrolled type 1 diabetes mellitus: A systematic review and qualitative meta-synthesis. Ont Health Technol Assess Ser 2015;15:1–29.
29. Golics CJ, Basra MKA, Finlay AY, Salek S. The development and validation of the Family Reported Outcome Measure (FROM-16)?? to assess the impact of disease on the partner or family member. Qual Life Res 2014;23:317–26. doi:10.1007/s11136-013-0457-y.
30. Penniston KL, Antonelli JA, Viprakasit DP, Averch TD, Sivalingam S, Sur RL, et al. Validation and Reliability of the Wisconsin

Stone Quality of Life Questionnaire. J Urol 2017;197:1280–8. doi:10.1016/j.juro.2016.11.097.
31. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. Aging Clin Exp Res 2002;14:499–508. doi:10.1007/BF03327351.
32. Karen B. DeSalvo, Nicole Bloser, Kristi Reynolds, Jiang He PM. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question A Meta-Analysis Karen. J Gen Intern Med 2006;21:267–75. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0291.x.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Michał Matuszewski
Kl. Urologii i Onkologii Urologicznej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego
ul. Borowska 213,
50-556 Wrocław
e-mail: michal.andrzej.matuszewski@gmail.com
tel. kom. 668 708 712
tel. (71) 733-10-10
fax: (71) 733 -10-09

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

OSTEOPOROZA – PRZYCZYNY I METODY ZAPOBIEGANIA

OSTEOPOROSIS – CAUSES AND PREVENTION METHODS

Anna Otlewska[1], Paweł Hackemer[2], Fryderyk Menzel[2], Agnieszka Otlewska[3]

[1] Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
[2] Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu
[3] Klinika Okulistyki, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.38

STRESZCZENIE

Osteoporoza jest powszechnie występującą chorobą szkieletu. Występuje przede wszystkim u kobiet po menopauzie i u osób w starszym wieku. Istotną patogenetyczną rolę w rozwoju osteoporozy pomenopauzalnej odgrywa niedobór estrogenu, a osteoporozy starczej – niedobór witaminy D, prowadzący wtórnie do nadczynności przytarczyc. Do rozwoju osteoporozy może dochodzić również pod wpływem przyjmowanych leków, z szeroko stosowanymi glikokortykosteroidami na czele, oraz w przebiegu innych jednostek chorobowych. Obniżona gęstość kości i zmniejszona ich jakość prowadzą do zmniejszenia odporności mechanicznej kości, co może skutkować występowaniem złamań osteoporotycznych, będących przyczyną niepełnosprawności oraz zgonów. Na ryzyko rozwoju osteoporozy mają wpływ zarówno czynniki genetyczne, jak i styl życia. Osteoporoza częściej występuje u kobiet, u osób szczupłych, u osób, u których w rodzinie wystąpiło złamanie osteoporotyczne. Do rozwoju choroby przyczyniają się: palenie papierosów, nadmierne spożywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta, niewielka aktywność fizyczna. Metodami prewencji wystąpienia osteoporozy lub złamań osteoporotycznych są: prawidłowa podaż wapnia w diecie, uzupełnianie niedoboru witaminy D, zapobieganie upadkom oraz podejmowanie aktywności fizycznej.

Słowa kluczowe: osteoporoza, złamania osteoporotyczne, profilaktyka osteoporozy, suplementacja wapnia.

ABSTRACT

Osteoporosis is a common disease of the skeleton. It occurs primarily in postmenopausal women and in the elderly. An important pathogenetic role in the development of postmenopausal osteoporosis is deficiency of estrogen, and in elderly osteoporosis deficiency of vitamin D, leading to hyperparathyroidism. The development of osteoporosis can also occur under the influence of medicines like glucocorticosteroids and other diseases. Reduced bone density and decreased quality lead to reduced mechanical resistance of the bone, which can lead to osteoporotic fractures, leading to disability and death. The risk of developing osteoporosis is influenced by both genetic factors and lifestyle. Osteoporosis is more common in women, in the slim group, in people with a family history of osteoporotic fracture. Cigarette smoking, excessive alcohol consumption, abnormal diet, low physical activity contribute to the development of the disease. The methods of prevention of osteoporosis or osteoporotic fractures are: proper calcium intake in the diet, vitamin D deficiency supplementation, prevention of falls and physical activity.

Keywords: osteoporosis, osteoporotic fractures, osteoporosis prevention, calcium supplementation.

Wstęp

Osteoporoza jest przewlekłą, postępującą chorobą szkieletu, która dotyczy przede wszystkim kobiet po menopauzie oraz mężczyzn w starszym wieku. Do jej rozwoju mogą prowadzić ponadto różne schorzenia [1, 2]. W jej przebiegu dochodzi do zmniejszenia gęstości mineralnej kości [3] oraz jakości tkanki kostnej, skutkujących obniżeniem ich odporności mechanicznej i zwiększeniem ryzyka złamania [4]. Wystąpienie złamania osteoporotycznego może być przyczyną wielu niekorzystnych konsekwencji, jak m.in. ograniczenie sprawności [1], obniżenie wzrostu, bóle pleców, kifoza piersiowa, zaburzeń oddychania [5, natomiast najpoważniejszym skutkiem jest zgon [6]. Ponadto zwiększa ryzyko wystąpienia kolejnego złamania [7]. O złamaniu osteoporotycznym mówimy wówczas, gdy dochodzi do niego pod wpływem siły, która nie spowodowałaby złamania zdrowej kości [4], jak przy upadku z wysokości własnego ciała [8]. Osteoporoza częściej występuje u kobiet [6], ryzyko wystąpienia złamania osteoporotycznego u kobiety wynosi ok. 30-50%, a u mężczyzny 13-30% [9]. Najczęstszym miejscem złamań są trzony kręgów [6].

Rozpoznanie

Osteoporozę możemy rozpoznać na podstawie wyniku badania densytometrycznego. Obniżenie wskaźnika T-score, stanowiącego odchylenie standardowe od szczytowej masy kostnej do wartości (-) 2,5 lub poniżej pozwala na rozpoznanie osteoporozy. Powyższy wskaźnik ma zastosowanie w odniesieniu do kobiet po menopauzie i mężczyzn po 50 roku życia [10, 4]. Osteoporozę można rozpoznać również po wystąpieniu złamania osteoporotycznego (nawet gdy T-score jest wyższe niż (-) 2,5) [11].

Patogeneza

W zależności od etiologii osteoporozy wyróżniamy 2 grupy: osteoporozę pierwotną i wtórną. Osteoporoza pierwotna stanowi 70% przypadków, może być idiopatyczna lub inwolucyjna (pomenopauzalna lub starcza) [12]. Osteoporoza pomenopauzalna jest skutkiem niedoboru estrogenów i zwiększonego wydzielania cytokin prozapalnych, prowadzących do nasilenia procesów resorpcji kości, przede wszystkim beleczkowej [13]. Estrogeny prowadzą do zmniejszenia syntezy ligandu receptora aktywującego czynnik jądrowy κB (RANKL), sprzyjającego rozwojowi osteoklastów i zwiększenia syntezy osteoprotegeryny, sprzyjającej syntezie kości i hamującej jej resorpcję [14]. Osteoporoza starcza dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn (z przewagą wśród kobiet) po 70 r.ż. [13]. Nadmierna resorpcja dotyczy kości beleczkowej i korowej [13]. Wynika przede wszystkim z niedoboru aktywnej postaci witaminy D, spowodowanego zaburzeniami funkcji nerek i zmniejszeniem syntezy 1α-hydroksylazy. Wskutek niedoboru witaminy D rozwija się hipokalcemia, która wtórnie prowadzi do nasilenia wydzielania parathormonu i wskutek tego resorpcji kości [6]. Ponadto u osób w starszym wieku często obserwuje się niedostateczną podaż wapnia w diecie. Do zaburzeń gospodarki wapniowej mogą również przyczyniać się często występujące u ludzi starszych zaburzenia procesu wchłaniania wapnia w przewodzie pokarmowym [15]. Zwraca się również uwagę na wpływ obniżającego się wraz z wiekiem stężenia testosteronu i estradiolu u mężczyzn na rozwój osteoporozy [16].

Osteoporoza wtórna stanowiąca 30% przypadków wynika z działania konkretnego czynnika patogenetycznego, którym mogą być stosowane leki, inne schorzenia np. reumatoidalne zapalenie stawów, czy nadczynność przytarczyc [12].

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka wystąpienia osteoporozy można podzielić na: takie, na które pacjent ma wpływ i są związane ze stylem życia oraz na niezależne od pacjenta. Do czynników związanych ze stylem życia należą: palenie papierosów, niska masa ciała, nadużywanie alkoholu. Do czynników ryzyka rozwoju osteoporozy niezależnych od człowieka należą: czynniki genetyczne, przedwczesna menopauza, jasna karnacja [17]. Ryzyko wystąpienia osteoporozy rośnie z wiekiem, jest większe u kobiet, u osób rasy białej i Azjatek, a także u osób, u których w rodzinie wystąpiło złamanie osteoporotyczne [12]. Istotny wpływ na ryzyko rozwoju tej jednostki chorobowej ma szczytowa masa kostna. Osiąga się ją w III dekadzie życia Dlatego bardzo ważne jest optymalne spożycie wapnia w wieku dziecięcym i we wczesnej dorosłości [10]. Ważną rolę w jej osiągnięciu pełni także odpowiednia aktywność fizyczna w dzieciństwie [18]. U mężczyzn szczytowa masa kostna jest wyższa niż u kobiet. Na jej wartość mają również wpływ czynniki genetyczne [19].

Podłoże genetyczne

Na ryzyko wystąpienia osteoporozy mają wpływ czynniki genetyczne. Potencjalną rolę w patogenezie osteoporozy przypisuje się mutacjom w genach, kodujących: receptor dla witaminy D (VDR), kolagen typu 1 (COLIA1 i COLIA2), receptor estrogenowy (ESR), transformujący czynnik wzrostu β (TGF-β), czy receptor androgenowy (AR) [20]. Trwają także badania nad rolą białka β-kateniny, które nasila osteogenezę poprzez zwiększenie syntezy osteoprotegeryny i zmniejszenie syntezy RANKL [21]. Ekspresja genu kodującego β-kateninę jest pobudzana przez aktywację szlaku Wnt [22]. Inhibitorem β-kateniny jest sklerostyna [21], wydzielana przez osteocyty. Zmniejsza ona aktywność osteoblastów i w ten sposób - kościotworzenie [22]. Znaczenie w patogenezie osteoporozy przypisuje się również polimorfizmowi genów kodujących białka: LRP-5 i BMP2, które wpływają na różnicowanie się osteoblastów i tworzenie kości [23]. Rozwojowi osteoporozy sprzyjają choroby genetyczne takie jak: choroba Ehlersa-Danlosa, choroby spichrzeniowe glikogenu, hemochromatoza, homocystynuria, czy choroba Marfana. Powyższe schorzenia prowadzą do wystąpienia osteoporozy wtórnej [14].

Dieta

Do rozwoju osteoporozy może przyczynić się stosowana dieta. Spożywanie dużych ilości białka zwierzęcego, alkoholu, picie kawy mogą wpływać niekorzystnie na proces przebudowy kości [17]. Za dzienną porcję alkoholu, której spożycie wpływa na ryzyko wystąpienia złamania osteoporotycznego uważa się 3 jednostki [2]. Istotnym elementem przeciwdziałania rozwojowi osteoporozy jest odpowiednie spożycie wapnia. Należy wybierać produkty, stanowiące źródło dobrze przyswajalnego wapnia, takie jak mleko i jego przetwory. Czynniki, które przyczyniają się do zaburzeń wchłaniania wapnia mogą wpływać na zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej i zwiększać ryzyko wystąpienia osteoporozy. Są nimi choroby przewodu pokarmowego oraz stosowana dieta. Do zmniejszenia wchłaniania wapnia prowadzą: obecność fitynianów, szczawianów w pokarmie, duża ilość nierozpuszczalnego błonnika, a także zbyt duża zawartość fosforanów w diecie, skutkująca zmniejszeniem syntezy witaminy D [10]. Prawidłowo stosunek spożywanego wapnia do fosforanów powinien wynosić 1:1. Obecnie rzadko obserwuje

się niedobór fosforanów w diecie, częstszym natomiast problemem jest ich nadmierna podaż, wynikająca z coraz częstszego ich dodawania do żywności.

Część badaczy uważa, że w profilaktyce osteoporozy ważna jest także odpowiednia podaż magnezu, witaminy K i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 [24]. Zwraca się również uwagę na rolę witaminy C w profilaktyce z osteoporozy z uwagi na pełnioną przez nią rolę w syntezie kolagenu [25].

Upadki

Ryzyko wystąpienia złamań osteoporotycznych jest zwiększone u pacjentów z zaburzeniami koordynacji ruchowej, gdyż mogą prowadzić do upadków [26]. Wobec powyższego istotnym elementem profilaktyki złamań osteoporotycznych jest zapobieganie im poprzez pracę nad utrzymaniem odpowiedniej siły mięśniowej i równowagi [5]. W zapobieganiu upadkom odgrywają także rolę: terapia chorób sercowo-naczyniowych, takich jak zaburzenia rytmu, czy hipotonia, korekta wzroku u osób z zaburzeniami widzenia, [7] czy poprawa słuchu u pacjentów z niedosłuchem [16].

Warto zwrócić tutaj uwagę, że często stosowane przez pacjentów w starszym wieku leki sedatywne, jak benzodiazepiny, które zwiększają ryzyko upadków [27].

Aktywność fizyczna

Dla utrzymania prawidłowej gęstości kości ważna jest stała aktywność fizyczna. Unieruchomienie nasila resorpcję kostną, natomiast obciążenie szkieletu zwiększa kościotworzenie [10] oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia złamania osteoporotycznego [28]. Odpowiednia aktywność fizyczna w młodym wieku wpływa korzystnie na osiąganą szczytową masę kostną, a w późniejszym wieku pozwala spowolnić proces resorpcji kości [12]. Ważną rolę odgrywają ćwiczenia z obciążeniem [2], aerobik oraz tai chi [18].

Osteoporoza wtórna

Rozwój osteoporozy wtórnej jest związany z występowaniem różnych chorób: endokrynologicznych, reumatologicznych, gastroenterologicznych, nefrologicznych, czy hematologicznych [17]. Do schorzeń układu wewnątrzwydzielniczego zwiększających ryzyko osteoporozy należą: nadczynność tarczycy, przytarczyc, zespół Cushinga, cukrzyca typu 1, hipogonadyzm, hiperprolaktynemia, akromegalia, niedobór hormonu wzrostu [12, 29]. Jak wspomniano do wystąpienia osteoporozy mogą prowadzić niektóre choroby przewodu pokarmowego, jak choroba trzewna [30], choroby zapalne jelit, zaburzenia wchłaniania, pierwotna marskość żółciowa [14]. Kolejną grupą chorób prowadzących do rozwoju osteoporozy są choroby nerek: hiperkalciuria idiopatyczna, nerkowa kwasica cewkowa, przewlekła choroba nerek. Spośród chorób hematologicznych ryzyko wystąpienia osteoporozy zwiększają choroby limfo- i mieloproliferacyjne, szpiczak mnogi, talasemie, czy mastocytoza [29]. Zwiększone ryzyko osteoporozy wiąże się również z chorobami płuc, głównie przewlekłą obturacyjną chorobą płuc [31]. Wpływ na rozwój osteoporozy przypisuje się ponadto chorobom sercowo-naczyniowym [32]. Do rzadszych chorób mających wpływ na obniżenie gęstości kości należą choroby nerwowo-mięśniowe, w tym choroba Duchenne'a, zespół Retta [33], czy choroby neurologiczne - choroba Parkinsona, czy stwardnienie rozsiane [29].

Jednostką chorobową, która zwiększa ryzyko wystąpienia osteoporozy i której warto poświęcić więcej uwagi jest reumatoidalne zapalenie stawów. Stopień obniżenia gęstości kości w badaniu densytometrycznym koreluje z zaawansowaniem choroby. U podstawy rozwoju osteoporozy wśród pacjentów z RZS leży nadmierna aktywacja osteoklastów, które prowadzą do wzmożonej resorpcji kości. Podstawową rolę w tym procesie pełnią cytokiny: czynnik stymulujący kolonie makrofagalne (M-CSF) oraz ligand receptora aktywującego czynnik jądrowy κB (RANKL), których wydzielanie zwiększa się pod wpływem TNF-α, IL-1, IL-6 i IL-7 [34].

Szeroko poruszaną kwestią jest wpływ leków na wystąpienie osteoporozy. Do podstawowych leków, których stosowanie może przyczyniać się do wystąpienia tejże choroby są glikokortykosteroidy, stosowane w leczeniu wielu schorzeń. W terapii wykorzystuje się głównie ich działanie przeciwzapalne [17, 35]. Za dawkę, która istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia osteoporozy, uważa się stosowanie dawki 5 mg prednizonu dziennie przez co najmniej 3 miesiące [7]. Innymi lekami wpływającymi na obniżenie gęstości kości są leki przeciwdrgawkowe, heparyna, hormony tarczycy, doustne leki przeciwkrzepliwe, leki przeciwgruźlicze, czy chemioterapeutyki [11, 12].

Profilaktyka

W Polsce z uwagi na niedostateczną ekspozycję na promieniowanie słoneczne i wynikający z tego niedobór witaminy D, powinno się wdrażać jej substytucję. U osób dorosłych zaleca się dzienną podaż 500-2000 IU witaminy D w miesiącach od września do kwietnia. U osób powyżej 65 r.ż. zaleca się całoroczne jej podawanie. U kobiet w ciąży substytucję witaminy D należy rozpocząć najpóźniej w drugim trymestrze ciąży w dawce 1500 do 2000 IU na dobę. Wyższe dawki podaje się pacjentom otyłym, osobom o ciemnej karnacji i pracującym w nocy [36].

Ważną rolę w profilaktyce osteoporozy pełni także odpowiednia substytucja wapnia, która w dzieciństwie pozwala osiągnąć wysoką szczytową masę kostną oraz utrzymać odpowiednią gęstość kości w wieku dorosłym. Do produktów bogatych w wapń należą przede wszystkim produkty mleczne, a także kapusta, soja, fasola, brokuły, jarmuż [25]. Osobom z nietolerancją laktozy zaleca się spożywanie kefirów i jogurtów. Kobiety do okresu menopauzy i mężczyźni do 65 roku życia powinni spożywać 1000 mg wapnia na dobę, zaś po tym okresie 1500 mg. Zapotrzebowanie na wapń jest zwiększone u kobiet w ciąży i karmiących, które powinny spożywać 1500-2000 mg wapnia dziennie [18].

Składnikiem budulcowym kości jest również magnez, dlatego ważne jest optymalne jego dostarczanie do organizmu. Uważa się, że organizm kobiety potrzebuje ok. 320 mg tego pierwiastka dziennie, a mężczyzny 420 mg. Produktami zawierającymi duże ilości magnezu są: kakao, czekolada, produkty zbożowe, orzechy, fasola [25].

Podsumowanie

Osteoporoza jest przewlekłą, metaboliczną chorobą kości, która dotyczy znacznego odsetka populacji – przede wszystkim kobiet po menopauzie i mężczyzn w starszym wieku. W jej przebiegu dochodzi do złamań osteoporotycznych, których konsekwencje są często bardzo poważne. Przewlekle występujące bóle pleców prowadzą do obniżenia jakości życia, a rozwój kifozy piersiowej może skutkować pojawieniem się zaburzeń oddychania By przeciwdziałać wystąpieniu osteoporozy i złamań należy wdrażać postępowanie profilaktyczne. Ważną rolę odgrywa stosowania dieta: odpowiednia podaż wapnia, uzupełnianie niedoborów witaminy D, a także podejmowanie aktywności fizycznej. Powyższe działania nie wymagają znacznych nakładów finansowych, ani specjalnej aparatury i mogą być podejmowane przez prawie każdego, dlatego ważne jest ich szerokie promowanie.

Piśmiennictwo

1. Przedlacki J, Współczesne zasady postępowania w osteoporozie, Nefrologia i Dializoterapia Polska 2012, 16(4), s. 187-189.
2. Compston J, Cooper A, Cooper C, Gittoes N, Gregson C, Harvey N, Hope S, Kanis JA, McCloskey EV, Poole KES, Reid DM, Selby P, Thompson F, Thurston A, Vine N, UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis, Arch Osteoporos 2017, 12(43), s. 1-24.
3. Kosińska A, Syrenicz A, Kosiński B, Garanty-Bogacka B, Syrenicz M, Gromniak E, Osteoporoza w chorobach tarczycy, Endokrynol Pol 2005, 2(56), s. 185-193.
4. Gajewski P, Interna Szczeklika, Medycyna Praktyczna, Kraków 2015, s. 1033-1038.
5. Czerwiński E, Osieleniec J, Borowy P, Złamania w osteoporozie, Twój Magazyn Medyczny 2003, 14, s. 1-10.
6. Wawrzyniak A, Horst-Sikorska W, Osteoporoza starcza, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2008, 118, s. 59-61.
7. Krzysztof Buczkowski K, Chlabicz S, Horst-Sikorska W, Jaroszyński A, Siebert J, Tałałaj M, Ignaszak-Szczepaniak M, Kardas P, Osteoporoza. Postępowanie profilaktyczne, diagnostyczne i lecznicze. Wytyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, Forum Medycyny Rodzinnej 2012, 6(4), s. 153–160.
8. Napiórkowska L, Franek E, Osteoporoza starcza, Endokrynologia Polska 2009, 60(2), s. 110-114.
9. Ćwirlej-Sozańska A, Ocena ryzyka złamań osteoporotycznych, Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków 2013, 4, s. 515–524.
10. Dardzińska J, Chabaj-Kędroń H, Małgorzewicz S, Osteoporoza jako choroba społeczna i cywilizacyjna – metody profilaktyki, Hygeia Public Health 2016, 51(1), s. 23-30.
11. Guła Z, Korkosz M, Osteoporoza w wieku podeszłym – patogeneza, ocena ryzyka złamań i skuteczność przeciwzłamaniowa leków, Gerontologia Polska 2010, 18(3), s. 107-113.
12. Janiszewska M, Kulik T, Dziedzic M, Żołnierczuk-Kieliszek D, Barańska A, Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej Probl Hig Epidemiol 2015, 96(1), s. 106-114.
13. Kamel HK, Postmenopausal Osteoporosis: Etiology, Current Diagnostic, Strategies, and Nonprescription Interventions, Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy 2006, 12(6), s. 4-9.
14. Khosla S, Pathogenesis of osteoporosis, Transl Endocrinol Metab 2010, 1(1), s. 55–86.
15. Raisz LG, Pathogenesis of osteoporosis: concepts, conflicts, and prospects, The Journal of Clinical Investigation 2005, 115(12), s. 3318-3325.
16. Banu J, Causes, consequences, and treatment of osteoporosis in men, Drug Design, Development and Therapy 2013, 7, s. 849-860.
17. Platta A, Rola żywienia w profilaktyce i leczeniu osteopenii i osteoporozy u kobiet, Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni 2014, 86, s. 16-28.
18. Misiorowski W, Profilaktyka i leczenie osteoporozy, Zgliczyński W, Wielka Interna Endokrynologia, Medical Tribune Polska, 2011.
19. Rabijewski M, Papierska L, Kozakowski J, Zgliczyński W, Osteoporoza u mężczyzn – przyczyny, zapobieganie i leczenie, Gerontologia Polska 2007, 15(3), s. 54-60.
20. Stewart TL, Ralston SH, Role of genetic factors in the pathogenesis of osteoporosis, Journal of Endocrinology 2000, 166, s. 235–245.
21. Badurski JE, Jeziernicka EZ, Nowak NA, Daniluk S, Genetyczne i nabyte czynniki predysponujące do choroby zwyrodnieniowej stawów lub osteoporozy, Postępy Nauk Medycznych 2012, 25(3), s. 201-205.
22. Pawlak-Buś K, Leszczyński P, Inhibitory Wnt/b-kateniny w terapii obniżonej masy kostnej — nowe perspektywy w leczeniu osteoporozy? Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2011, 7(1), s. 11-15.
23. Witas HW, Wujcicka WI, Genetyczne wyznaczniki osteoporozy, Postępy Biologii Komórki 2007, 34(3), s. 495-509.
24. Białokoz-Kalinowska I, Konstantynowicz J, Abramowicz P, Piotrowska-Jastrzębska J, Dieta w profilaktyce osteoporozy – zalecenia i kontrowersje, Pediatr Med Rodz 2013, 9 (4), s. 350–356.
25. Włodarek D, Znaczenie diety w zapobieganiu osteoporozie, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2009, 5(4), s. 245-253.
26. Marcinkowska-Suchowierska E, Czerwiński E, Badurski J, Walicka M, Tałałaj M, Osteoporoza – diagnostyka i terapia

u osób starszych, Postępy Nauk Medycznych 2011, 24(5), s. 410-423.
27. Rajska-Neumann, Osteoporoza – definicja, epidemiologia, rozpoznawanie, leczenie i profilaktyka, Farmacja Współczesna 2008, 1, s. 47-53.
28. Tan AM, LaMontagne AD, English, Howard P, Efficacy of a workplace osteoporosis prevention intervention: a cluster randomized trial, BMC Public Health 2016, 16, s. 1-14.
29. Rossini M, Adami S, Bertoldo F, Diacinti D, Gatti D, Giannini S, Giusti A, Malavolta N, Minisola S, Osella G, Pedrazzoni M, Sinigaglia L, Viapiana O, Isaia GC, Guidelines for the diagnosis, prevention and management of osteoporosis, Reumatismo 2016, 68 (1), s. 1-39.
30. Stazi AV, Trecca A, Trinti B, Osteoporosis in celiac disease and in endocrine and reproductive disorders, World J Gastroenterol 2008, 14(4)s. 498-505.
31. Curtis EM, Moon RJ, Dennison EM, Harvey NC, Cooper C, Recent Advances in the Pathogenesis and Treatment of Osteoporosis, Clin Med (Lond) 2016, 16(4), s. 360–364.
32. Aronow WS, Osteoporosis, osteopenia and atherosclerosis vascular disease, Arch Med Sci 201, 7(1), s. 568-569.
33. Marcucci G, Brandi ML, Rare causes of osteoporososis, Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism 2015, 12(2), s. 151-156.
34. Matuszewska A, Szechiński J, Mechanizmy powstawania osteoporozy u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, Postepy Hig Med Dosw 2014, 68, s. 145-152.
35. Trijau S, Lamotte G, Pradel V, Natali F, Allaria-Lapierre V, Coudert H, Pham T, Sciortino V, Lafforgue P, Osteoporosis prevention among chronic glucocorticoid users: results from a public health insurance database, RMD Open 2016, 2, s. 1-7.
36. 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.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Anna Otlewska
Al. Wiązowa 7/1
53-127 Wrocław
tel. 500074744
e-mail: a.otlewska@gmail.com

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

TRADYCYJNE I NOWOCZESNE SPOSOBY KOMUNIKOWANIA SIĘ W RELACJI LEKARZ – PACJENT

TRADITIONAL AND MODERN WAYS OF COMMUNICATING IN RELATION DOCTOR – PATIENT

Karolina Szczeszek[1], Małgorzata Posłuszna-Lamperska[2]

[1] Katedra i Zakład Edukacji Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Zakład Edukacji Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.39

STRESZCZENIE

Artykuł stanowi próbę pokazania zmian, jakie zaszły w komunikowaniu interpersonalnym między lekarzem a pacjentem. Oczekiwania pacjentów wobec leczących ich lekarzy zmieniały się na przestrzeni wieków. Następowało to na skutek ewolucji społeczeństw będącej wypadkową zmian ich mentalności, kultury, świadomości, a także aktualnych problemów zdrowotnych.
Niewątpliwie pojawienie się nowoczesnych sposobów komunikowania wpłynęło na relacje terapeutyczne lekarz – pacjent. Telemedycyna niesie ze sobą duże możliwości, jeśli chodzi o komunikowanie się pacjenta z lekarzem w każdym momencie i niemal w każdym miejscu. Jednak pomimo wielu zalet taki kontakt ma też i wiele wad.

Słowa kluczowe: komunikowanie się, lekarz – pacjent.

ABSTRACT

The article shows the changes in interpersonal communication between doctor and patient. Expectations of patients to doctors who treated them have evolved over the centuries. It happened as a result of the evolution of societies that are the result of their mentality, culture, consciousness, and also current health problems.
Undoubtedly, the emergence of the modern ways of communicating affect the therapeutic relationship doctor – patient. Telemedicine brings with it great opportunities when it comes to communicating patient – doctor at any time and almost anywhere. However, despite the many advantages of such contact, it has also many weaknesses.

Keywords: communication, doctor – patient.

Wstęp

Nawiązanie odpowiedniej relacji między lekarzem a pacjentem, który szuka u specjalisty pomocy i wytłumaczenia źródła swoich problemów zdrowotnych, jest podstawą procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Praca lekarza w dużej mierze związana jest z pozyskaniem kluczowych informacji od pacjenta związanych z jego stanem zdrowia. Aby lekarz zebrał odpowiednie informacje i mógł rozpocząć profesjonalne działania medyczne musi nawiązać z pacjentem określoną relację, opierającą się na zaufaniu i szacunku. Dlatego podstawą relacji lekarz – pacjent i pacjent – lekarz jest skuteczna i efektywna komunikacja między obiema stronami biorącymi udział w relacji terapeutycznej.

Efektywność komunikacji skorelowana jest między innymi ze świadomością i skutecznością komunikacji inter- i intrapersonalnej oraz z umiejętnością efektywnej komunikacji społecznej.

Podstawą komunikacji intrapersonalnej jest komunikacja z samym sobą. Jest ona przekazywaniem sobie samemu informacji o byciu świadomym siebie i swego człowieczeństwa. Jej celem jest również przekazywanie sobie informacji o byciu świadomym swoich stanów i przeżyć fizycznych, psychicznych, duchowych, intelektualnych i emocjonalnych czy swoich doświadczeń, i prowadzi do świadomej komunikacji ze sobą i z innymi. Wyrazami komunikowania się z samym sobą, jest np. prowadzenie dialogu wewnętrznego, rozmowy z samym sobą, refleksja nad swoim życiem, rozmyślania nad sensem istnienia i sensem śmierci.

Natomiast w komunikacji interpersonalnej podstawowe znaczenie mają komunikaty werbalne, przedstawiane za pomocą wyrazów/słów, a także komunikaty niewerbalne, zawarte m.in.: w gestach, mimice, postawie ciała, dystansie fizycznym między rozmówcami, w spojrzeniu czy dźwiękach paralingwistycznych.

Efektywność komunikacji w relacji lekarz – pacjent uzależniona jest w dużej mierze od wzajemnych oczekiwań obu stron, od wiedzy, jaką posiadają, a także od kontekstu społeczno-kulturowego. Kontekst ten, na prze-

strzeni ostatnich lat, stuleci, tysiącleci, podlegał radykalnym zmianom. Nasuwa się więc pytanie na ile w związku z tym zmieniły się relacje lekarz-pacjent? Jaka była komunikacja między pacjentem a lekarzem w przeszłości, a jaka jest obecnie? Co się zmieniło w relacjach komunikacyjnych między tymi dwoma uczestnikami procesu terapeutycznego? Artykuł stanowi próbę odpowiedzi na te pytania.

Relacja lekarz – pacjent w kontekście historycznym

Dla relacji lekarz – pacjent zasadniczą rolę odgrywa pierwszy kontakt, kiedy to następują wzajemne oceny, na podstawie wyglądu zewnętrznego i sposobu zachowania się. Wygląd zewnętrzny lekarza miał znaczenie już w starożytnej medycynie hinduskiej i greckiej. Lekarzom, a nawet uczniom medycyny, stawiano konkretne wymagania pod tym względem, a mianowicie, że powinni oni: „(...) mieć kształtny język, cienkie wargi, cienki język, równe zęby, szlachetne oblicze, zgrabny nos, miłe oczy, dobrą cerę i tuszę, wesołe usposobienie, przyzwoity wygląd (...). Wygląd zewnętrzny skromny, wyraz twarzy skupiony, lecz niezbyt ostry, aby nie odstraszać ludzi, z drugiej strony zbyt skłonny do śmiechu i wesołości staje się wstrętnym, a tego za wszelką cenę wystrzegać się należy, usposobienie czyste i bez złości, grzeczny w mowie i przyjaźnie usposobiony do wszystkich jestestw żyjących, a we wszystkich stosunkach niech postępuje słusznie i sprawiedliwie" [1, 2].

W średniowiecznej medycynie uważano, że lekarz powinien posiadać szczególne zalety ze sfery psychiki, a wśród nich pogodny nastrój, i swoim wesołym usposobieniem wpływać korzystnie na stan zdrowia pacjenta [3]. To pogodne, pełne troski i życzliwości usposobienie lekarza powinno ułatwiać mu stosowanie względem pacjenta, zalecanej już w starożytności psychoterapii, która miała wyzwalać w nim siły odpornościowe i dawać mu nadzieję na odzyskanie zdrowia [4].

Już w średniowieczu zalecano lekarzowi, aby dla zdobycia tak ważnego dla skutków leczenia zaufania chorego, nie tylko dobrze się prezentował, ale także tworzył odpowiedni klimat wokół chorego, poprzez odpowiednie maniery: jak pozdrowienie chorego, okazywanie uprzejmości i roztropności, majestatyczne ruchy i mimikę twarzy, cierpliwe wysłuchanie go, udzielanie mu wyjaśnień, opanowanie, umiar, takt, podtrzymanie otuchy i nadziei na odzyskanie zdrowia, utrzymując przy tym pogodne oblicze oraz zachowując emocjonalną neutralność [5]. Takie usposobienie byłoby zapewne chętnie dostrzegane przez pacjentów również u współczesnego lekarza.

Proces tworzenia się relacji między lekarzem a pacjentem na przestrzeni wieków nie był przedmiotem szerszego zainteresowania. W historiografii medycznej tą zależność między lekarzem a jego podopiecznym przedstawiano najczęściej w stosunku do roli, jaką odgrywała ona w rozwoju zawodu lekarskiego. Jak pisał kilka lat temu Jaromir Jeszke "Mecenat wyższych warstw społecznych ogrywał rolę decydującą do XIX w." [6]. Zawód lekarza przedstawiany był najczęściej w postaci opisu dziejów samej medycyny ujmowanej z perspektywy nauk przyrodniczych jako historia zawodu lekarskiego i związanej z nim instytucji.

W procesie tworzenia się relacji między terapeutą a jego pacjentem, lekarz występował często w roli usługodawcy, jako opiekun i protektor chorych w szpitalu czy terapeuta ich fizycznej struktury. Warto jednak podkreślić, że oba podmioty w relacji terapeutycznej zajmowały w danej społeczności określone pozycje i były przez tą społeczność dookreślane odnośnie swojej funkcji a ich wzajemne interakcje regulowały normy kulturowe. Z kolei obustronne oczekiwania lekarza i pacjenta wobec siebie były determinowane przez role społeczne, charakterystyczne dla każdego z nich w następstwie pozostawania w określonej społeczno-kulturowej strukturze.

Postawa terapeuty wobec chorego kształtowała się pod wpływem społecznych i kulturowych uwarunkowań sytuacji pacjenta, jego pozycji ekonomicznej oraz prestiżu zajmowanego przez niego urzędu czy sprawowanej funkcji. Podobnie ocena lekarza przez osobę leczoną formowała się pod wpływem zewnętrzno-naukowych determinantów , takich jak: pochodzenie czy pozycja społeczna, które w dużym stopniu wpływały na zachowania chorego oraz kształtowanie się autorytetu i władzy medyka.

Zarówno osoba pacjenta, jak i lekarza funkcjonowały w wielu innych kontekstach społeczno-kulturowych i pełniły różne role społeczne, wynikające z odmienności pozycji socjalnej każdego z nich oraz jego sytuacji politycznej i ekonomicznej. Role te w znacznym stopniu rzutowały na profil wzajemnej relacji leczniczej.

Podkreślić należy, że współwystępowanie wielu czynników w relacji terapeutycznej w wielu przypadkach sprzyjało powstawaniu sytuacji konfliktogennych. Konflikty te wynikały często z różnicy interesów, oczekiwań i wiedzy, jaka dzieliła pacjenta laika i lekarza profesjonalistę. Występowanie konfliktu zależało od systemu wartości obu podmiotów oraz kontekstu społeczno-kulturowego.

Społeczno-kulturowe determinanty i uwarunkowania wpływały w decydujący sposób na zachowania terapeuty i pacjenta oraz ich wzajemne odnoszenia. Powodowały m.in. to, że osoba leczona nie poddawała się posłusznie zaleceniom specjalisty, ale w krytyczny sposób oceniała jego kompetencje. Zjawisko to związane było z faktem

nierówności społecznej obu uczestników relacji terapeutycznej.

Terapeuta był postacią dominującą, w tym sensie, że narzucał interpretacje choroby, strukturalizował przebieg terapii, udzielał rad i wskazań, a rola pacjenta ograniczała się jedynie do słuchania i zastosowania do zalecanej terapii.

Zasadniczą płaszczyzną konfliktu między lekarzem a jego pacjentem była różnica w poziomie wiedzy medycznej dwóch podmiotów relacji. Każdy z nich reprezentował inny wzorzec kulturalny, inne perspektywy oraz poglądy tkwiące w danym środowisku społecznym. Ówczesny pacjent, w sytuacji choroby, był pełen obaw, niepokojów i często nieobiektywnie oceniał lekarza, traktując go jako potencjalnego wroga, szczególnie, kiedy sukces terapeutyczny nie nadchodził. Nieobiektywna ocena lekarza oraz brak zaufania względem niego związane było przede wszystkim z faktem pojawienia się dystansu kulturowego między osobą leczoną a leczącą. Pacjent często nie rozumiał terminologii , którą posługiwał się terapeuta oraz niechętny był względem zalecanej przez niego kuracji.

W wielu przypadkach lekarze niejednokrotnie starali się stosować nowatorskie metody terapeutyczne, wskutek przemian dokonujących się w nauce medycznej i wobec osoby leczonej często występowali w roli posiadaczy zespołu informacji naukowych, które były w większości niedostępne dla szerszego ogółu. Powodowało to pełną nieufności ocenę lekarza oraz dystansowanie się wobec niego, co w konsekwencji mogło prowadzić do niestosowania się pacjenta do zaleceń lekarza oraz braku akceptacji lekarza jako kierującego jego zdrowiem, a nawet życiem. Każda ze stron relacji terapeutycznej obracała się w świecie własnych pojęć dotyczących zdrowia i choroby oraz dysponowała innym zasobem wiedzy naukowej.

Elementy te były stopniowo przezwyciężane, co doprowadziło do powstania takiej relacji terapeutycznej, która z jednej strony oparta była na gotowości pacjenta do uznania kompetencji lekarza, a z drugiej strony na dojrzałości medyka do przyjęcia na siebie społecznej roli terapeuty i związanych z nią świadczeń na rzecz osoby leczonej.

Przypomnieć należy, że tradycyjny model relacji lekarz – pacjent charakteryzował się wyraźną przewagą tego ostatniego i jego zasadniczym wpływem na proces definiowania choroby i przebieg terapii. Fakt ten w istotny sposób utrudniał tworzenie dyrektywnego stosunku między osobą leczącą i leczoną. Podstawowym elementem tego typu relacji było ukształtowanie się pozycji lekarza jako podmiotu uprawnionego do wydawania poleceń pacjentowi. Pacjent natomiast, powodowany autorytetem wiedzy lekarskiej, był zobowiązany przestrzegać poleceń lekarskich, oczekując w zamian rozpoznania istoty i genezy choroby oraz wyeliminowania czynnika chorobotwórczego [7].

Zmiany zachodzące w komunikowaniu się lekarza z pacjentem

Jak podkreśla Rafał S. Wnuk, stosunki między lekarzem a pacjentem, zmieniły się radykalnie na przełomie XIX i XX wieku. Model paternalistyczny, zakładający całkowite oddanie się pacjenta w ręce lekarza – osoby posiadającej wiedzę i odpowiednie kompetencje do działań diagnostycznych i terapeutycznych, został zastąpiony modelem neopaternalistycznym, w którym podkreślona została nowa filozofia człowieka jako istoty wolnej, autonomicznej, stanowiącej o sobie samej. Wspomniany wyżej autor stwierdza, że "to pacjent wyrażając świadomą zgodę lub jej nie wyrażając, decyduje o sposobie swojego leczenia. De facto sprowadza to działalność lekarską do sfery czysto usługowej" [8].

Podkreślić należy, że zmiany w relacji lekarz-pacjent są już zauważalne od wielu lat. Wpływ na to zjawisko ma też szereg innych czynników, m.in.: zmiana statusu zawodowego lekarza, wpływ mediów na kształtowanie wizerunku lekarza, malejący autorytet lekarzy w świetle nagłaśnianych w mediach błędów lekarskich, rosnące wykształcenie pacjentów, ich zainteresowanie zdrowym stylem życia, pojawienie się nowoczesnych technik diagnostycznych i terapeutycznych, rozwój technologii medycznej, a także pojawienie się nowych technologii komunikacyjnych, w tym – Internetu jako niemal niewyczerpanego źródła wiedzy.

Wśród nowoczesnych technologii to Internet i telefonia komórkowa najbardziej przyczyniają się do rozwoju współczesnej telemedycyny, którą można zdefiniować jako wykorzystanie technologii telekomunikacyjnych w celu dostarczenia informacji i usług medycznych. Telemedycyna jest też często rozumiana jako zdalne elektroniczne konsultacje medyczne [9].

W kontekście rozwoju telemedycyny ważne staje się zdefiniowanie na nowo zmieniającej się relacji lekarz pacjent, gdyż tradycyjne spotkania pacjenta z lekarzem dopełniane są dzisiaj przez kontakty na odległość, zaś wiedza z zakresu medycyny czy nauk medycznych pozyskiwana od lekarza – uzupełniana jest poprzez samodzielne poszukiwanie informacji przez pacjenta na temat własnego zdrowia w sieci internetowej.

M. Gałuszka jest zdania, że rozwój telemedycyny i wykorzystanie Internetu w opiece zdrowotnej zmienia tradycyjny układ zależności oparty na władzy-wiedzy. Nową sytuację komunikacyjną i kontekst relacji lekarz – pacjent określają pojawiające się nowe pojęcia, takie jak: e-pacjent, e-zdrowie, e-lekarz [10].

Popularyzowana w Internecie i ogólnodostępna wiedza sprawia, że sieć staje się płaszczyzną zetknięcia e-pacjenta z treściami dotyczącymi zdrowia, choroby bez udziału lekarza, albo płaszczyzną spotkań z e-lekarzem, ale na odległość, bez konieczności opuszczania domu. "Dostęp do informacji o zdrowiu, – zdaniem Kamilii Knol-Michałowskiej – jaki dał pacjentom Internet, niewątpliwie zmienił kształt relacji lekarz-pacjent umożliwiając im większe zaangażowanie się w sprawy swojego zdrowia" [11].

Wpływ nowych technologii na relacje lekarz – pacjent

Nowe technologie fundamentalnie zmieniły przestrzeń komunikowania lekarz-pacjent. Uważany do tej pory za jedyne i niepodważalne źródło wiedzy medycznej lekarz, musi często konfrontować swoją wiedzę z wiedzą pacjenta, którą ten zdobył poprzez przeszukiwanie sieci pod kątem interesujących go zagadnień. Zjawisko to jest coraz częstsze, gdyż coraz więcej osób korzysta z sieci.

Z badań CBOS "Internauci 2014" wynika, że odsetek użytkowników Internetu stopniowo rośnie. Od 2010 roku ponad połowa badanych dorosłych to regularni użytkownicy sieci. W 2013 r. 60% badanych deklarowało regularne korzystanie z Internetu (przynajmniej raz w tygodniu), natomiast w 2014 r. zadeklarowało to niemal dwie trzecie badanych (63%) [12].

Nie można bagatelizować tej tendencji, gdyż dla wielu użytkowników Internetu duże znaczenie mają treści związane z ich zdrowiem i chorobą. Internauci szukają informacji dotyczących przede wszystkim: profilaktyki zdrowotnej, objawów choroby, wskazówek terapeutycznych na: forach, blogach czy medycznych serwisach internetowych.

Co ciekawe, główną grupą odbiorców – według wyników badań przedstawionych w raporcie "Pacjenci w sieci" – są uczniowie i studenci. Kolejne miejsca, jeśli chodzi o udział w przeszukiwaniu Internetu pod kątem treści związanych ze zdrowiem czy chorobą, zajmują takie grupy społeczne lub zawodowe, jak: urzędnicy, pracownicy administracyjni lub pracownicy usług i handlu, pracownicy służb, tj. wojsko i policja, specjaliści, przedstawiciele wolnego zawodu lub właściciele przedsiębiorstw zatrudniających pracowników, osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą. Do najpopularniejszych serwisów internetowych należą: serwisy Grupy Onet.pl serwisy Grupy Wirtualna Polska- Orange serwisy Grupy Next Infor serwisy Grupy Abczdrowie.net biomedical.pl [13].

Do jednych z ciekawszych projektów pozwalających pacjentom w Polsce na dostęp do ich danych medycznych w formie online można zaliczyć Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP). Jest to działanie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) ukierunkowane na informatyzację służby zdrowia. System zaczął działać w 2013 r. Z założenia miał dostarczać informacji, w jakich placówkach leczony był pacjent, jakie zabiegi wykonano, jaki był ich koszt. To informacje ważne też dla lekarza prowadzącego danego pacjenta, dzięki nim bardziej globalnie może spojrzeć na dolegliwości pacjenta, ułatwia to też lekarzowi postawienie optymalnej diagnozy.

Ministerstwo Zdrowia zaplanowało w 2014 r. uruchomienie następnego etapu informatyzacji – utworzenie elektronicznych kont pacjentów, dzięki czemu będą oni mogli np. rejestrować się automatycznie do wybranych specjalistów opieki zdrowotnej [14].

Jak podaje Ilona Szczotka – w raporcie "Potencjał rynku porad medycznych online" [15] Interaktywnego Instytutu Badań Rynkowych dla NextWeb Media – wskazano, że 70% badanych szuka informacji o zdrowiu w Internecie. Respondenci najbardziej byli zainteresowani wiadomościami dotyczącymi: objawów chorób (65%), leków (41%), leczenia chorób i zabiegów medycznych (33%), diety, odżywiania się, witamin i suplementów (29%), opinii o lekarzach i placówkach medycznych, zdrowego stylu życia. Co ciekawe – wyniki przedstawione przez Polskie Badanie Internetu wskazują na to, że 88% badanych chcąc dowiedzieć się czegoś o swoim zdrowiu bądź chorobie, zagląda do Internetu, dopiero na drugim miejscu jako źródło informacji na tematy zdrowotne znaleźli się lekarze – 73% wskazań. Warto też zaznaczyć, że internauci szukając w Internecie informacji na temat zdrowia, najczęściej odwiedzają fora internetowe (35%), sprawdzają internetowe rankingi lekarzy (31%), strony internetowe o zdrowiu (26%).

Firma FICO przeprowadziła sondaż diagnostyczny dotyczący potencjału nowoczesnych technologii komunikacyjnych w opiece medycznej. Populacja badawcza liczyła 2239 dorosłych respondentów z Australii, Francji, Brazylii, Japonii, Chin, Indii, Korei, Włoch, Niemiec, Rosji, Meksyku, Stanów Zjednoczonych, Turcji i Wielkiej Brytanii. Z badań wynika, że aż 80% badanych zainteresowanych jest komunikowaniem się z podmiotami opieki zdrowotnej za pomocą smartfona. Wśród usług, które najbardziej interesowały respondentów znalazły się: przypominanie o wizytach u lekarza – 76%, otrzymywanie powiadomień o konieczności przyjmowania leków oraz informacji przypominających o umówionych wizytach lekarskich – 69% wskazań. Badani zainteresowani byli też poradnictwem – prawie dwie trzecie użytkowników smartfonów zamiast osobistych wizyt u lekarza związanych, np. z wystawaniem w długich kolejach, wolałoby otrzymywać porady medyczne za pomocą mediów elektronicznych (np. smartfona czy internetu) [16].

Przykłady aplikacji mobilnych i webowych o charakterze konsultacyjnym

Pacjenci chcąc komunikować się w sposób zdalny ze swoim lekarzem, mogą to zrobić przy pomocy wybranych aplikacji. Wśród aplikacji dostępnych dla pacjenta w Internecie lub na smarfonie można odnaleźć grupę programów, pozwalającą na komunikowanie się pacjenta z lekarzem, albo komunikowanie pacjenta z podmiotami opieki zdrowotnej, np. z przychodniami, szpitalami, ubezpieczycielami zdrowotnymi, itp. Niektóre aplikacje pozwalają odnaleźć specjalistę w swoim rejonie i umówić się na konsultację. Dla użytkownika dostępne są też aplikacje, które generują wstępną diagnozę na podstawie opisanych przez użytkownika objawów złego samopoczucia, działające na zasadzie "wirtualnego lekarza".

Aplikacja **Portal Pacjenta LUX MED** została przygotowana z myślą o pacjentach LUX MED-u. Pozwala pacjentom LUX MED-u na: sprawdzenie lokalizacji placówek, przeglądanie godzin wizyt u lekarzy, zarezerwowanie terminu wizyty u wybranego specjalisty, zapoznanie z komentarzem specjalisty do wyników własnych badań. Aplikacja nie daje pacjentom wglądu do własnych wyników badań. Dane pacjenta są chronione przez specjalne zabezpieczenia [17]. Pacjent tej kliniki, korzystając z tego programu, może w sposób szybki i bezproblemowy zdobyć informacje na temat swojego stanu zdrowia, bez marnowania czasu na wystawanie w kolejkach, bez marnowania czasu na wizyty u lekarza o charakterze czysto konsultacyjnym.

Znanylekarz.pl – to aplikacja pozwalająca pacjentom umówić w formie on-line wizytę z wybranym lekarzem na terenie całej Polski, a za pomocą międzynarodowej platformy docplanner.com również i w innych krajach europejskich [18]. Dzięki programowi Znanylekarz.pl można w natychmiastowy sposób odnaleźć lekarza dowolnej specjalizacji w dogodnej dla siebie lokalizacji i umówić się z nim na wizytę. Dodatkowym atutem programu jest możliwość zapoznania się z opiniami innych pacjentów na temat poziomu zadowolenia z usług medycznych proponowanych przez danego specjalistę.

Innym rodzajem aplikacji, która jest niejako spotkaniem pacjenta z "wirtualnym lekarzem" jest **Doktor Medi.** Program może działać zarówno na smartfonie, na tablecie, a także na komputerze. Aplikacja pomaga pacjentowi w samodzielnej ocenie stanu zdrowia i rozpoznaniu potencjalnych przyczyn dolegliwości. W razie konieczności sugeruje pacjentowi udanie się do specjalisty, wskazując lekarzy w okolicy. Baza wiedzy medycznej, możliwe zapytania oraz system wnioskowania budowane były w oparciu o wiedzę lekarzy specjalistów [18]. Porada w tym systemie jest bezpłatna. Należy jednak pamiętać, że wygenerowane diagnozy mają charakter wirtualny, są wstępną informacją, w bardziej skomplikowanych przypadkach nie mogą być traktowane jak specjalistyczna diagnoza lekarza-specjalisty. W przypadku użytkowania tej aplikacji przez pacjentów mniej frasobliwych bądź czujących lęk przed wizytą u lekarza czy pobytem w szpitalu, może istnieć ryzyko podawania nieprawdziwych, powierzchownych informacji jako celowy zabieg służący uzyskaniu potencjalnie pozytywnej diagnozy wirtualnej. Z drugiej strony u osób przewrażliwionych na punkcie swojego zdrowia, praca na tej aplikacji może potęgować lęk i niepokój oraz wyszukiwanie u siebie wszelkich możliwych chorób.

Aplikacja **qZdrowiu.pl** jest z kolei przykładem platformy zdalnych konsultacji lekarskich, na której możliwe jest komunikowanie w relacji lekarz - pacjent za pomocą chatu lub videokonsultacji. Interesujące jest to, że system zabezpiecza konsultacje on-line i off-line oraz posiada pełną zgodność z GIODO (Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych) [18].

Podsumowanie

Oczekiwania pacjentów wobec leczących ich lekarzy zmieniały się na przestrzeni wieków. Następowało to na skutek ewolucji społeczeństw będących wypadkową ich mentalności, kultury, świadomości, a także aktualnych problemów zdrowotnych. Pewne ogólne potrzeby i oczekiwania pacjentów wydają się jednak mieć znaczenie uniwersalne, choć, co warto podkreślić, bywały różnie wyrażane w zależności od okresu historycznego.

Niewątpliwie pojawienie się nowoczesnych sposobów komunikowania się choćby przez telefon czy przez Internet, wpłynęło na relacje terapeutyczne lekarz – pacjent. Telemedycyna niesie ze sobą duże możliwości jeśli chodzi o komunikowanie się pacjenta z lekarzem w każdym momencie, jak i niemal w każdym miejscu, ale należy pamiętać, że pomimo wielu zalet, jest to kontakt często ograniczony, czasem dający niepełny obraz problemu medycznego ze względu np. na ograniczone możliwości techniczne.

Pacjenci mają dziś większy dostęp do wiedzy z zakresu nauk medycznych i medycyny, co może utrudniać relację pacjent – lekarz, szczególnie wtedy, kiedy pacjent jest przekonany, że wiedza jaką zdobył jest większa od wiedzy lekarza specjalisty. Tymczasem wiedza pacjenta w rzeczywistości może być powierzchowna, oparta o nierzetelnie przygotowane materiały zamieszczone w Internecie. To lekarz powinien pełnić rolę specjalisty, profesjonalisty, by pacjent mógł mu zaufać i poddać się odpowiednim działaniom medycznym. Do tego potrzebne są odpowiednie kompetencje zawodowe, ale też i kompetencje społeczne,

związane m.in. z empatią, zrozumieniem, jak i odpowiednim komunikowaniem się nastawionym na współpracę i wzajemne zaufanie.

We współczesnym komunikowaniu się lekarza z pacjentem, czy pacjenta z lekarzem często pośredniczą różnego rodzaju media czy urządzenia multimedialne – sieć telefoniczna, sieć internetowa. Dla wymiany informacji ten kanał przekazu jest często dobrym rozwiązaniem, lecz z pewnością nie najlepszym sposobem na budowanie więzi, tutaj potrzeby jest bezpośredni kontakt między obydwoma stronami procesu terapeutycznego. Brak sygnałów niewerbalnych takich jak: gesty mimika, spojrzenie, może mieć znaczący wpływ na trafność diagnozy stawianej przez lekarza, a także jakość i skuteczność terapii, której poddaje się pacjent.

Jedno jest pewne – Internet jest źródłem wiedzy dla tych, którzy tej wiedzy szukają, jednakże nie jest źródłem nieomylnym, ponadczasowym, doskonałym. W kontekście wiedzy medycznej kompetentnym źródłem wiedzy może być dla pacjenta lekarz. Lekarz jako profesjonalista jako osoba prowadząca dialog z pacjentem , pochylająca się nad problemami pacjenta, wciąż ma przewagę nad Internetem i różnego typu aplikacjami mobilnymi i webowymi ... ma ludzką twarz i duże możliwości komunikowania się.

Piśmiennictwo

1. Szenajch Wł., Przysięga i przykazanie hipokratesowe, Warszawa 1931, s. 136.
2. Szumowski Wł., Historia medycyny filozoficznie ujęta, Warszawa 1994, s. 41.
3. Relacje lekarz – pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym, pod red. B. Płonki-Syroki, Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 10, Wrocław 2005, s. 86.
4. Miskiewiczowie H., H., Wybrane problemy moralne w postępowaniu z chorym na choroby wewnętrzne, W: Refleksje nad etyką lekarską, pod red. K. Osińskiej, Warszawa 1990, s. 87-89.
5. Seyda B., Dzieje medycyny w zarysie, Warszawa 1973, s. 172-173.
6. Jeszke J.: Relacje lekarz – pacjent w polskich badaniach historyczno – medycznych, Archiwum Historii i Filozofii Medycyny 1995, 4 (58): 453.
7. Płonka –Syroka B.: Kształtowanie się relacji lekarz – pacjent jako stosunku o charakterze dyrektywnym – próba charakterystyki procesu, W: Proces modernizacji nauk przyrodniczych w historii i historiografii nauki. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, pod red. B. Płonki – Syroki, Wrocław 2003, s. 95.
8. Rafał S. Wnuk, Komunikowanie się lekarza z pacjentem – potencjalne źródła konfliktu, Diametros nr 22 (December 2009): 124 – 133, s.124.
9. D.A. Perednia, A. Allen, Telemedicine Technology and Clinical Applications, "The Journal of the American Medical Association" 1995, 6 (273): s. 483-488.
10. Gałuszka M., Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju internetu, w: Przegląd Socjologiczny, 2012, 2 (61): 118-150.
11. Knol-Michałowska K., Internet jako źródło informacji o zdrowiu – wady i zalety dla relacji lekarz-pacjent. Perspektywa pacjentów, Hygeia Public Health 2014, 49(3): 389-397.
12. Komunikat z badań CBOS "Internauci 2014", Warszawa 2014, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_082_14.PDF (12.06.2015)
13. PACJENCI W SIECI RAPORT Z BADAŃ WRAZ Z KOMENTARZEM Warszawa, styczeń 2012, http://pliki.gemius.pl/Raporty/2012/Raport_Pacjenci_w_sieci_20121.pdf (12.05.2015r.)
14. Informatyzacja służby zdrowia trwa. Pacjent w sieci, ale do NFZ i tak musi się udać pieszo http://www.komputerswiat.pl/artykuly/redakcyjne/2013/09/zip-prawde-ci-powie.aspx (16.05.2015)
15. Polskie Badania Internetu, sondaż PBI "Serwisy o zdrowiu", MEGAPANEL PBI/GEMIUS, marzec 2011r. (http://natemat.pl/118793,lekarze-i-pacjenci-popularnosc-tematyki-zdrowotnej-w-internecie (16.02.2015)
16. Pacjenci chcą komunikować się z podmiotami opieki zdrowotnej za pośrednictwem smartfonów, http://www.mp.pl/technologie/mzdrowie/dla_lekarzy/show.html?id=103868 (16.02.2015)
17. TOP10 aplikacji medycznych dla systemu Android, Play, http://smartfony.play.pl/aplikacje/2013/top10-aplikacji-medycznych-dla-systemu-android/, (14.01.2015).
18. Znanylekarz.pl, http://lekarz.znanylekarz.pl/blog/najlepsze-10-aplikacji-na-smartfon-dla-pacjenta-i-dla-lekarza/ [12.01.2015]

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Karolina Szczeszek
Katedra i Zakład Edukacji Medycznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Collegium Wrzoska
ul. Rokietnicka 7
60-806 Poznań
e-mail: kszczesz@ump.edu.pl

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

ZABURZENIA LIBIDO I EREKCJI Z UWZGLĘDNIENIEM PRZYCZYN ENDOKRYNOLOGICZNYCH

LIBIDO AND ERECTILE DYSFUNCTION INCLUDING ENDOCRINE CAUSES

Grażyna Jarząbek-Bielecka[1], Małgorzata Mizgier[2], Karolina Andrzejak[3], Milena Guszczyńska-Losy[1], Magdalena Pisarska-Krawczyk[4,5], Maciej Wilczak[4,6], Witold Kędzia[1], Stefan Sajdak[3]

[1] Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
[2] Zakład Dietetyki, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu
[3] Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
[4] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
[5] PWSZ Kalisz
[6] Katedra i Zakład Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.40

STRESZCZENIE

Zaburzenia libido i erekcji stanowią istotną grupę problemów w seksuologii, ściśle związanych z innymi dziedzinami medycyny.
Hypolibidemia (czy alibidemia), czyli obniżenie libido (czy brak libido), oznacza odpowiednio osłabienie lub brak popędu seksualnego. Zaburzenia erekcji wiążą się ze stałą lub nawracająca niemożnością osiągnięcia i/lub utrzymania przez mężczyznę wzwodu w stopniu wystarczającym do zadowalającej aktywności seksualnej.
Do zaburzeń libido i erekcji dochodzi z przyczyn zarówno psychogennych, jak i somatycznych. Wśród przyczyn somatycznych szczególną uwagę zwrócono na endokrynopatie. Podkreślono, że zazwyczaj przyczyny zaburzeń funkcji seksualnych, w tym libido i erekcji, są złożone, często mają komponentę zarówno somatyczną, jak i psychogenną.

Słowa kluczowe: zaburzenia erekcji, zaburzenia libido, hypolibidemia.

ABSTRACT

Libido and erectile dysfunction are an important group of problems in sexology, closely related to other areas of medicine. Hypolibidemia (or alibidemia) or lowering libido (or lack of libido) means weakness – lack of sexual drive. Erectile dysfunction is associated with persistent or recurrent inability to achieve and/or maintain an erection by a male to an insufficient degree of satisfactory sexual activity.
Libido and erectile dysfunction occurs due to both psychogenic and somatic reasons. Among the somatic reasons, special attention was paid to endocrinopathy. It was stressed that the causes of sexual dysfunction, including libido and erection, are usually complex. They have often both a somatic and psychogenic component.

Keywords: erectile dysfunction, libido disorder, hypolibidemia.

Hypolibidemia (czy alibidemia) czyli obniżenie libido (czy brak libido) oznacza odpowiednio osłabienie – brak popędu seksualnego niespowodowane chwilowym stresem lub zmęczeniem. Przyczynami tego stanu są problemy natury psychicznej oraz nieprawidłowości somatyczne – często zaburzenia hormonalne. Według danych z piśmiennictwa 20–30% mężczyzn ma różnego typu zaburzenia seksualne ze szczególnym podkreśleniem zaburzeń erekcji. Świadomość zaburzeń wzwodu może skutkować u mężczyzn brakiem ochoty na seks.

Zaburzenia erekcji objawiają się o brakiem stwardnienia prącia, bądź też jego usztywnieniu niedostatecznym, co uniemożliwia odbycie stosunku seksualnego.

Należy podkreślić, że jest to problem partnerski, bo chociaż bezpośrednio dotyka on mężczyzn, pośrednio dotyczy także kobiet jako partnerek mężczyzn z tymi zaburzeniami. Zaburzenia erekcji mają niekiedy bardzo poważne skutki:

- Poczucie winy u mężczyzn związane z niemożnością zaspokojenia partnerki.
- Obniżenie poczucia własnej wartości.
- Depresja.
- Konflikt partnerski, a nawet rozwód.
- Próby samobójcze.
- Problemy w komunikowaniu się pomiędzy partnerami (mężczyzna często nie chce się przyznać do

swojego problemu, unika kontaktów seksualnych, kobieta może czuć się odrzucona i sądzić, że jej partner już jej nie kocha, albo „ma inną").
- Rozdrażnienie, problemy w kontaktach międzyludzkich, niekiedy zamykanie się w sobie u przedstawicieli „tej brzydszej" płci [1, 2].

Wyróżnia się pierwotne i wtórne zaburzenia erekcji. Pierwotne są chroniczną dysfunkcją seksualną dotyczącą mężczyzn, którzy nigdy nie osiągnęli potencji z kobietą [3, 4]. Druga jest formą lżejszą, występuje po okresie prawidłowego funkcjonowania seksualnego.

Poza prostym podziałem na pierwotne i wtórne zaburzenia erekcji, należy wyodrębnić sytuacje gdy:
- Erekcja w ogóle nie występuje.
- Ma miejsce tylko częściowy, niepełny wzwód prącia.
- Erekcja występuje tylko, jeśli kontakt seksualny nie jest przewidywany.
- Wzwód pojawia się we wstępnej fazie gry miłosnej, ale zanika lub zmniejsza się przy próbie podjęcia stosunku.

Przyczyn zaburzeń erekcji może być wiele, wynikać one mogą zarówno z czynników psychogennych jak i somatycznych – często zaburzenia erekcji wynikają z kilku czynników naraz.

Charakterystyczne cechy typowo psychogennych zaburzeń erekcji to nagły początek objawów oraz utrzymywanie się nocnych erekcji, co wskazuje, że fizjologiczne i anatomiczne mechanizmy wzwodu są zachowane.

Do psychogennych przyczyn zaburzeń erekcji należą:
- Stany nadmiernego stresu i niepokoju np. utrata pracy.
- Depresja.
- Lęk przed niepowodzeniem odbycia kontaktu seksualnego.
- Problemy w związku (nie muszą one jednak dotyczyć sfery seksualnej, mogą to być kłopoty rodzinne, czy też finansowe).
- Niezdolność mężczyzny do całkowitego oddania się własnym przeżyciom erotycznym.
- Strach przed opuszczeniem przez partnerkę.
- Niska samoocena własnych predyspozycji seksualnych.
- Silne naciski i powtarzające się żądania seksualne ze strony kobiet.
- Brak edukacji seksualnej, niewłaściwa edukacja seksualna.
- Patologiczne środowisko rodzinne, rygoryzm wychowawczy.
- Trauma z dzieciństwa.
- Nadmierny rygoryzm religijny.
- Kryzys męskości.

Do przyczyn somatycznych zaburzeń erekcji należą:
- Pierwotne anomalie narządów płciowych (np. spodziectwo, czy stulejka).
- Wtórne zmiany narządów płciowych (np. na skutek urazu lub pooperacyjne).
- Choroby zapalne narządów płciowych (np. zapalenie żołędzi).
- Osłabiające choroby ogólnoustrojowe.
- Problemy z wątrobą.
- Choroby neurologiczne: stwardnienie rozsiane lub niektóre rodzaje nowotworów, urazy rdzenia kręgowego, zapalenie opon mózgowych).
- Używki (narkotyki, alkohol, papierosy).
- Choroby serca i układu krążenie (niewydolność mięśnia sercowego, miażdżyca, podwyższony poziom cholesterolu).
- Zażywanie niektórych leków psychotropowych, przeciwnadciśnieniowych, diuretycznych, przeciwparkinsonowych, lub przeciwnowotworowych).
- Stosowanie steroidowych środków dopingujących).
- Endokrynopatie.

Do najczęstszych endokrynologicznych przyczyn zaburzeń erekcji należą hipogonadyzm, cukrzyca, choroby tarczycy (zarówno jej nadczynność,jak i niedoczynność) oraz hyperprolaktynemię – np. guzy wydzielające prolaktynę [2, 3, 4, 5, 6].

Hypogonadyzm jako defekt gonad może powstać w różnym okresie życia – płodowym, przedpokwitaniowym, popokwitaniowym, a także w okresie przekwitania – u mężczyzn jest przyczyną zaburzeń seksualnych w tym zaburzeń erekcji. W takich sytuacjach konieczne jest leczenie hormonalne. Jest ono częściej i powszechniej stosowane i akceptowane. Podkreśla się, że długotrwały niedobór męskich hormonów płciowych występujący w różnych postaciach hipogonadyzmu nie tylko pogarsza jakość życia, ale też ewidentnie przyczynia się do jego skrócenia.

Prolaktyna odgrywa istotną rolę w życiu seksualnym mężczyzn. Mechanizm działania tego hormonu nie został jednak do końca wyjaśniony i wymaga dalszych badań. Hyperprolaktynemia, niezależnie od swej etiologii (w następstwie stosowania leków, w wyniku jej autonomicznego wydzielania) prowadzi do: obniżenia libido, osłabienia aktywności seksualnej oraz wydłużenia czasu do osiągnięcia pobudzenia i orgazmu.

Stwierdzono, że hyperprolaktynemia powoduje obniżanie stężenia testosteronu u mężczyzn Wykazano, że szczególnie ciężka hiperprolaktynemia, często związana z guzem przysadki, wpływa negatywnie na funkcje seksualne, upośledzenie popędu seksualnego, produkcję testosteronu.

To za sprawą niewystarczającego stężenia tego ostatniego hormonu pojawiają się problemy z erekcją.

Pojawiają się dowody wskazujące, że nadczynność tarczycy powiązana jest ze zwiększonym ryzykiem przedwczesnego wytrysku i może być związana z zaburzeniami erekcji. Z kolei niedoczynność tarczycy w dużej mierze wpływa na popęd seksualny i upośledza wytrysk. Jednakże realna częstotliwość zaburzenia pracy tarczycy u pacjentów z zaburzeniami seksualnymi wymaga wnikliwej analizy [2, 6].

Zaburzenia hormonów tarczycy zatem-tak nadmiar, jak i niedobór także są przyczynami zaburzeń seksualnych.

Istnieją też obserwacje dotyczące sfery seksualnej osób z akromegalią. Powszechne występowanie zaburzeń erekcji i zmniejszenie libido jest typowe u pacjentów z akromegalią; jednak nadal kwestią sporną jest czy nadmiar hormonu wzrostu może dać taki efekt ze względu na bezpośrednią nadprodukcję hormonu wzrostu/insulinopodobnego czynnika wzrostu, czy też wynika to z przysadkowego efektu masy na komórki gonadotropinowe, co prowadzi do niedoczynności gonad.

Mimo iż DHEA i jego siarczany były stosowane w szerokim zakresie zaburzeń biologicznych, kontrolowane badania wskazały że zastosowanie DHEA nie jest przydatne w poprawianiu funkcji seksualnych [2].

Analizując zaburzenia somatyczne upośledzające erekcję warto przytoczyć Stanleya E. Althofa, który powołuje się na poglądy Acermana i Careya, że przypadki problemów ze wzwodem o podłożu czysto psychicznym bądź czysto organicznym należą raczej do wyjątków. Zaznaczenia wymaga fakt, że wymienione wcześniej czynniki mogą, ale nie muszą powodować problemów z potencją (każdy przypadek jest inny i trzeba go rozpatrywać indywidualnie). Według Althofa zaburzenia erekcji mogą spełniać różne funkcje – na przykład maskować problemy związane z preferencjami seksualnymi, skłonności homoseksualne, brak pożądania wobec partnerki lub nawet kłopoty z identyfikacją płci [4].

Czynnikiem, którego rolę podejmowano niezmiennie we wszystkich badaniach, wyciągając analogiczne wnioski co do zwiększenia ryzyka wystąpienia zaburzeń wzwodu, był wiek.

Wiąże się to między innymi z narastaniem liczby kolejnych czynników ryzyka wraz ze starzeniem się organizmu i czasem działania tych czynników na układ sercowo-naczyniowy. Wpływ na nasilenie się zaburzeń erekcji w starszym wieku może wywierać również częściowy niedobór androgenów – PADAM (ang. Partial Androgen Defficiency in Aging Male).

Podkreśla się znacznie czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej na zaburzenia wzwodu oraz znaczenie predyspozycji osobniczych związanych z typem osobowości w jednym i drugim schorzeniu [3, 4, 5, 6].

Wśród przyczyn somatycznych zaburzeń erekcji- szczególne miejsce zajmuje, jak wspomniano cukrzyca.

W cukrzycy zaburzeniu ulegają wszystkie fazy reakcji seksualnej, szczególnie faza orgazmu zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Cukrzyca będąca wynikiem nieprawidłowego metabolizmu glukozy stanowi jedna z najczęstszych endokrynopatii . Cukrzyca powoduje zwiększone stężenia glukozy i glikację szeregu substancji warunkujących zachowanie homeostazy wewnątrzustrojowej Skutkiem tego dochodzi do wielu powikłań narządowych oraz zaburzeń w funkcji seksualnych ze szczególnym wskazaniem na upośledzenie mechanizmów erekcyjnych.

Wskutek cukrzycy dochodzi do zmian naczyniowych w ciałach jamistych prącia. Następuje spadek produkcji i upośledzenie aktywności tlenku azotu, nadekspresja czynników wzrostowych (VEGF) oraz endoteliny 1 (związane głównie z działaniem końcowych produktów glikacji białek – AGE). Procesy te doprowadzają do upośledzenia funkcji śródbłonka naczyniowego. Jednocześnie dochodzi do neuropatii włókien autonomicznych w tkankach ciał jamistych , co w połączeniu z zaburzeniami hormonalnymi ze spadkiem poziomu androgenów, nasilają zaburzenia erekcji. Jak podkreślono zazwyczaj z komponentą somatyczną współistnieje komponenta psychogenna zaburzeń erekcji [5, 6, 7, 8, 9]. Obserwuje się spadek nastroju, spadek libido, rezygnacja z właściwego podejścia do walki z chorobą podstawową jaką jest cukrzyca – wytwarza się swoisty mechanizm błędnego koła.

Szczególnym rodzajem endokrynopatii skutkującym równie zaburzeniami erekcji jest pierwotna niedoczynność kory nadnerczy – choroba Addisona. Jest to rzadko występująca choroba – dotyka ok 0,04% dorosłych ludzi. Zwykle ujawnia się w 3–4 dekadzie życia, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Przyczynami jej powstania są inne choroby autoimmunologiczne, gruźlica, nowotwory i niektóre choroby zakaźne. Za powstanie choroby może odpowiadać występowanie serotypów HLA B8 i DR3 [2, 7, 8].

Najczęstszymi objawami tej choroby, inaczej nazywanej cisawicą są stałe osłabienie, w tym osłabienie libido, łatwa męczliwość mięśni, chudnięcie, brak apetytu, chęć spożywania słonych potraw. Objawy często ujawniają

się po zakażeniach, urazach i sytuacjach stresowych. Do innych charakterystycznych objawów należą ciemnienie skóry – stąd nazwa cisawica oraz niskie ciśnienie tętnicze. W badaniach laboratoryjnych spodziewać się można hiperkaliemii i hiponatremii. Zaburzenia seksualne w autoimmunologicznej chorobie Addisona są powiązane z niedoborem glikokortykosteroidów i mineralokortykoidów [2, 7].

Istnieją badania, których celem jest ocena seksualności i powiązanych problemów psychologicznych u mężczyzn chorujących na chorobę Addisona przed i po zastosowaniu zastępczej terapii glikokortykoidamii mineralokortykoidami. Wykazano że niedobór kortyzolu i aldosteronu wydają się odgrywać istotna rolę w powstawaniu zaburzeń erekcji, mimo iż mechanizm tego działania nie jest do końca wyjaśniony [7, 8].

Zaburzenia seksualne u mężczyzn z chorobą Addisona, powiązane są nie tylko z niedoczynnością gonad, ale również z innymi zaburzeniami endokrynologicznymi.

Istnieją dowody na to, że terapia zastępcza DHEA u mężczyzn z chorobą Addisona nie determinuje poprawy funkcji seksualnych, erekcji, uczucia zmęczenia czy funkcji kognitywnych w porównaniu do placebo.

Badania wykazały że pacjenci z chorobą Addisona stosujący konwencjonalną terapię zastępczą posiadają obniżony poziom jakości życia. Średnia dawka suplementacji GKS – hydrokortyzonem to 22,5 mg/d.

Pomimo stosowania dawek rekomendowanych przez służbę zdrowia, u pacjentów z choroba Addisona, poziom jakości życia jest w dużym stopniu obniżony w porównaniu z populacją ogólna [2, 7, 8, 9].

Należy podkreślić, że nieleczona cisawica stanowi nie tylko zagrożenie dla zdrowia seksualnego i zdrowia w ogóle-jest zagrożeniem dla życia [10, 11, 12, 13, 14].

Podsumowanie

Przedstawiony przegląd przyczyn zaburzeń libido i zaburzeń erekcji, wskazuje na ścisły związek seksuologii z innymi dziedzinami medycznymi – psychiatrią, endokrynologią (diabetologią, tyreologią).

Piśmiennictwo

1. Lucia Pelamatti, Bolesna miłość. Kiedy seksualność dzieli małżonków, Kraków 2005
2. Maggi M, Buvat J, Corona G, Guay A, Otavio Torres L. Hormonal causes of male sexual dysfunctions and their management (Hiperprolactinemia,Thyroi Disorders,GH Disorders and DHEA) J SeX Med 2013;10;661-677
3. Mizgier M, Jarząbek-Bielecka G, Jeszka J, Wilczak M, Kędzia W. Sexual dysfunctions in diabetes during menopause and andropause. Seksuol Pol: 2014: T. 12, nr 1, s. 26-30
4. Stanley E. Althhof. Zaburzenia wzwodu. Psychoterapia indywidualna i partnerska. W: Terapia zaburzeń seksualnych, red. Sandra R. Leiblum, Raymond C. Rosen, Gdańsk 2005
5. Morano S. Pathophysiology of diabetic sexual dysfunction. J Endocrinol Invest 2003;26(3 Suppl):65-9
6. Zdrojewicz Z, Dubiński A, Dubińska K, Stokłosa B. Effects of prolactin on sexual function in males. Seksuol Pol 2004, 2, 1, 1–4
7. Granata A, Tirabassi G, Pugn Vi, Arnaldi G,Boscaro M Carani C, Balercia G. Sexual Dysfunctions in Men Affected by Autoimmune Addisons Disease before and after short-term gluco-and mineralocorticoiu replacement therapy. J SEx Med 2013 ;10;2036-2043
8. Kluger N, Matikai. N, Sintonen H, Ranki A, Roine R and Schalin-Jantti C: Impaired health-related quality of life Addison' disease – impact of replacement therapy, comorbidities and socioeconomic factors; Clinica Endocrynology (2014) 81,511-518
9. Skrzypulec V, Nowosielski K, Drosdzol A, Kowalaczyk R. Sexual dysfunctions in selected endocrinopathies Endokrynol Pol/ Polish Journal of Endocrinology Tom/Volume 56; 6/2005
10. Bednarek-Tupikowska G, Fichna M. Niedoczynność kory nadnerczy. W: Endokrynologia kliniczna. T. Pr. zbior. pod red.: Andrzeja Milewicza: Wrocław: Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne, 2012 s. 356-369
11. Johannsson G, Falorni A, SkirticS, Lennernas H, Quinkler M, Monson JP, Stewart PM. Adrenal insufficiency: review of clinical outcomes with current glucocorticoid Replacement therapy. Clin Enocrinol (Oxf) 2015; 82(1): 2-11
12. Husebye ES, AllolioB. Arlt Wetal. Consensus statement on the diagnosis treatment And follow-up of patients with primary adrenal insufficiency. J Int Med. 2014; 275(2):104-15
13. Simon N, Castinetti F, Ouliac F, Lesavre N, Brue T, Oliver C. Pharmacokinetic evidence for suboptimal treatment of adrenal insufficiency. With currently available hydrocortisone tablets. Clin Pharmacokinet 2010; 49(7):455-63
14. Bancos I, Hahner S, Tomlinson J Arlt W. Diagnosis and management of Adrenal insufficiency. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3(3):216-26

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:

© Copyright by Poznan University of Medical Sciences, Poland

PRACA POGLĄDOWA

NOWOCZESNA FIZJOTERAPIA W HOLANDII W PORÓWNANIU ZE ZMIANAMI ZACHODZĄCYMI NA RYNKU USŁUG FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W POLSCE. CZY POLSKA JEST GOTOWA NA BEZPOŚREDNI DOSTĘP DO FIZJOTERAPEUTY?

MODERN DUTCH PHYSIOTHERAPY IN COMPARISON WITH CHANGES TAKING PLACE IN POLISH PHYSIOTHERAPY MARKET. IS POLAND READY FOR DIRECT ACCESS TO PHYSIOTHERAPY?

Dalia Woźnica

Doktorantka w Zakładzie Fizjoterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

DOI: https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.41

STRESZCZENIE

Ambasada Królestwa Niderlandów, w związku z objęciem przez Holandię prezydencji w Radzie Europy w 2016 r., zorganizowała w Warszawie międzynarodową konferencję. Celem spotkania było zaprezentowanie obu systemów ochrony zdrowia, w kontekście wydatków, rozwiązań prawnych, rozwoju. Warto wzorować się na rozwiązaniach proponowanych w Holandii, nie tylko dlatego, że prowadzi ona w rankingach dotyczących zadowolenia pacjentów i jakości leczenia (lider m.in. w Euro Health Consumer Index 2015), ale także dlatego, że stawia na ponadresortową współpracę ochrony zdrowia, polityki społecznej, senioralnej i systemu edukacji, kładąc główny nacisk na odchodzenie od świadczeń leczniczych „samych w sobie" na rzecz szerzej rozumianego wsparcia społecznego. Przedstawiciele resortu zdrowia w Holandii uznają, że nie choroba lub niepełnosprawność powinna być stawiana w centrum uwagi, ale zapewnienie obywatelowi możliwości autonomicznego i niezależnego funkcjonowania w warunkach niepełnosprawności. Filozofia ta trafnie oddaje główne cele nowoczesnej fizjoterapii, składającej się nie tylko z usprawniania funkcjonalnego, ale także z elementów edukacji zdrowotnej, profilaktyki, a także poprawy jakości życia pacjentów. Wprowadzona w 2016 r. w Polsce „Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty" (UZF) otwiera zupełnie nowe możliwości rozwoju tego zawodu w Polsce, również pod kątem zwiększenia autonomii zawodowej. Holandia oferuje swoim obywatelom tzw. bezpośredni dostęp do fizjoterapii (ang. *direct access to physiotherapy* – DAPT) od czasu reformy zdrowotnej w 2006 r.
Korzystając z ponad 10-letniego doświadczenia Holandii w samodzielności zawodowej fizjoterapeutów oraz mając na uwadze zmiany zachodzące w sektorze usług fizjoterapeutycznych w Polsce, celem pracy jest porównanie rozwiązań dotyczących fizjoterapii w obu państwach, stawiając główne pytanie: czy rynek polski gotowy jest do wdrożenia DAPT?

Słowa kluczowe: rehabilitacja, autonomia zawodowa, przepis prawa.

ABSTRACT

The Netherlands Embassy, in connection with the Dutch Presidency of the Council of Europe in 2016, organized an international conference in Warsaw. The aim of the meeting was to present both health systems, in the context of expenditure, legal solutions and development. It is worthwhile to look at the solutions proposed by the Netherlands, not only because they lead in the rankings on patient satisfaction and quality of treatment (leader in the Euro Health Consumer Index 2015), but also because of its over-the-counter health care policy which focuses on social, senior and education systems. Representatives of the health resort in the Netherlands recognize that not only illness or disability should be at the center of attention, but rather to provide citizens with autonomous and independent functioning in the society. This philosophy accurately reflects the main goals of modern physiotherapy, which focuses not only on functional improvement, but also on the elements of health education, prevention and improvement of patients' quality of life. Introduced in Poland in 2016, the Act on the Physiotherapy Profession (UZF) opens up completely new opportunities for the development of this occupation in Poland, especially in terms of increasing professional autonomy. The Netherlands offers direct access to physiotherapy (DAPT) since the health system reform in 2006.
Using more than ten years of experience in Dutch DAPT, and taking into account changes in the polish physiotherapy sector, the aim of the study is to compare physiotherapy solutions, raising the main question: is the Polish market ready to implement DAPT?

Keywords: rehabilitation, occupational autonomy, law regulation.

Wstęp

Ambasada Królestwa Niderlandów, w związku z objęciem przez Holandię prezydencji w Radzie Europy w 2016 roku, zorganizowała w Warszawie międzynarodową konferencję: „Transformacja opieki zdrowotnej. Fundusze unijne na projekty wspierające innowacyjność i rozwój. Doświadczenie Polski i Holandii". Celem spotkania było zaprezentowanie obu systemów ochrony zdrowia, w kontekście wydatków, rozwiązań prawnych, rozwoju. Współpraca i kluczowe rekomendacje Resortu Zdrowia w Holandii mają pomóc polskiemu Rządowi w usprawnieniu systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w kontekście obecnych zmian – wprowadzeniu pilotażowego programu zintegrowanej opieki medycznej w Polsce. Warto wzorować się na rozwiązaniach proponowanych w Holandii, nie tylko dlatego, że prowadzi ona w rankingach dotyczących zadowolenia pacjentów i jakości leczenia (lider m.in. w Euro Health Consumer Index 2015) ale także dlatego, że stawia na ponadresortową współpracę ochrony zdrowia, polityki społecznej, senioralnej i systemu edukacji, stawiając główny nacisk na odchodzenie od świadczeń leczniczych „samych w sobie" na rzecz szerzej rozumianego wsparcia społecznego. Przedstawiciele Resortu Zdrowia w Holandii uznają, że nie choroba lub niepełnosprawność powinna być stawiana w centrum uwagi, ale zapewnienie obywatelowi możliwości autonomicznego i niezależnego funkcjonowania w warunkach niepełnosprawności. Oznacza to zintegrowanie wielu różnych narzędzi, łączących opiekę lekarską, pozalekarską i politykę społeczną. Filozofia ta trafnie oddaje główne cele nowoczesnej fizjoterapii, składającej się nie tylko z usprawniania funkcjonalnego, ale także z elementów edukacji zdrowotnej, profilaktyki, a także poprawy jakości życia pacjentów. Wprowadzona w 2016 r. w Polsce Ustawa o Zawodzie Fizjoterapeuty (UZF) otwiera zupełnie nowe możliwości rozwoju tego zawodu w Polsce, również pod kątem zwiększenia autonomii zawodowej. Holandia oferuje swoim obywatelom tzw bezpośredni dostęp do fizjoterapii od czasu reformy zdrowotnej w 2006 roku.

Cel pracy

Korzystając z ponad dziesięcioletniego doświadczenia Holandii w samodzielności zawodowej fizjoterapeutów, oraz mając na uwadze zmiany zachodzące w sektorze usług fizjoterapeutycznych w Polsce po wprowadzeni ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, celem pracy jest porównanie rozwiązań dotyczących fizjoterapii między powyższymi państwami, stawiając główne pytanie: czy rynek polski gotowy jest do wdrożenia bezpośredniego dostępu do fizjoterapii?.

Porównanie systemu opieki zdrowotnej Polski i Holandii

W zakresie ochrony zdrowia Polska i Holandia wyznają te same uniwersalne wartości: dostęp do opieki zdrowotnej musi być zapewniony dla każdego obywatela, finansowany głównie z solidarnościowego systemu ubezpieczeń medycznych [5, 10]. Mimo, że w obydwu państwach istnieją jak na razie różne rozwiązania systemowe dotyczące opieki zdrowotnej, to muszą się one mierzyć z podobnymi wyzwaniami w obliczu starzejącego się społeczeństwa, ograniczonych zasobów finansowych i kadrowych [5, 10]. Tab. 1 przedstawia najważniejsze punkty reformy systemu obu państw. W tabeli nr 2 porównano nakłady finansowe na służbę zdrowia w Holandii i Polsce z ujęciem średnich wartości w Unii Europejskiej [5].

Tabela 1. Porównanie systemów zdrowotnych Holandii i Polski pod kątem wdrożonych reform 2016

Holandia	Polska
zintegrowany system opieki medycznej	pilotażowy program zintegrowanej opieki medycznej
lekarz pierwszego kontaktu ma funkcję koordynatora leczenia (gatekeeper) i zwiększone kompetencje zawodowe	pierwsze szkolenia lekarzy POZ do funkcji koordynatora leczenia pacjentów i zwiększenie ich kompetencji zawodowych
prywatne, obowiązkowe pakiety ubezpieczeń medycznych	jeden centralny fundusz ubezpieczeń zdrowotnych
opieka zdrowotna realizowana przez placówki prywatne z rządową ochroną interesu publicznego	budżetowanie szpitali ryczałtem (tzw sieć szpitali)
zwiększone kompetencje personelu pozalekarskiego	zwiększenie kompetencji pielęgniarek (np wystawianie recept)
zwiększenie znaczenia innych zawodów medycznych (pakiet ubezpieczenia podstawowego zapewnia konsultacje: fizjoterapeuty, logopedy, terapeuty zajęciowego, dietetyka)	ustawa regulująca zawód fizjoterapeuty
rządowe programy edukacji prozdrowotnej, profilaktyki i prewencji	„narodowy program zdrowia 2016-2020 " (edukacja prozdrowotna)
wyodrębniona opieka senioralna	program „senior wigor"oraz darmowe leki dla seniorów 75+
informatyzacja systemu opieki medycznej, ministerialny portal diagnostyczny e-zdrowie	propozycja planu Morawieckiego (e-zdrowie, e-recepty,e-administracja)
wdrożenie szerokich programów telemedycyny	wdrążenie programów telemedycyny w geriatrii i kardiologii
nacisk na monitoring i ocenę służby zdrowia	pierwsze „mapy potrzeb zdrowotnych"

Tabela 2. Główne aspekty finansowania służby zdrowia w Polsce i Holandii na tle uśrednionych wartości EU, Dane za rok 2014 [5]

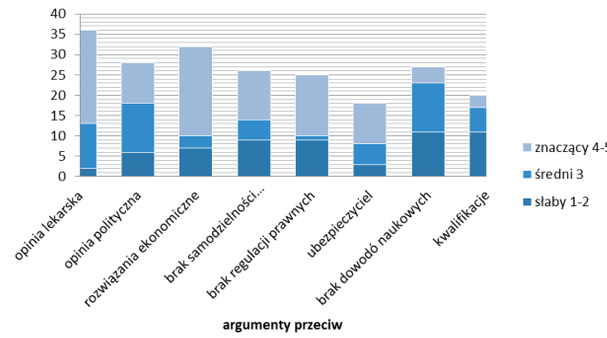
dane	Holandia	Polska	Średnia UE
Euro Health Consumer Index 2015r	1 miejsce	34 miejsce	Na 35 miejsc
% PKB na ochronę zdrowia	10,9%	6,4%	8,9%
Wydatki publiczne na służbę zdrowia % PKB	9,5%	4,5%	7,7%
Wydatki prywatne na służbę zdrowia % PKB	1,4%	1,84%	4,7%
Średnie nakłady per capita	5.694 USD	910.28 USD	4.746,5 USD
Wydatki out-of-pocket ogółem	-	81%	36%
Wydatki out-of-pocket na zdrowie	5,2%	23,46%	13,63%

"Direct access", "Patient self-referral"

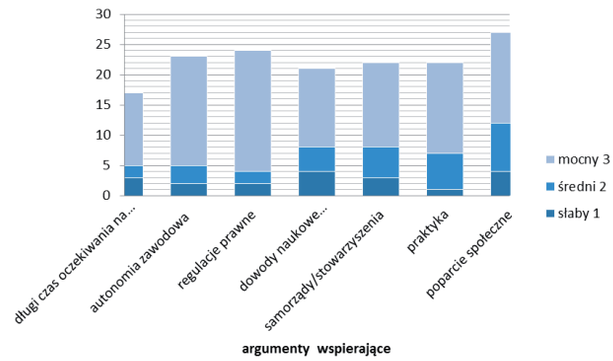
Zawód fizjoterapii *(PT-physiotherapy)* jest w Europie uregulowany prawnie w 37 państwach zrzeszonych w europejskim regionie WCPT (ER-WCPT) [11]. Jedynie Rumunia nie ma jeszcze regulacji w tym zakresie (do 2016 roku bez legislacji zawodu pozostawała również Polska!). Termin *direct access to physiotherapy* (DAPT) wymiennie z *patient self-referral (PSR)* oznacza brak obowiązku posiadania przez pacjenta skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne, co stawia fizjoterapeutę jako specjalistę pierwszego kontaktu [7, 9]. Pojęcie „bezpośredniego dostępu" do innych zawodów medycznych *(AHP another health professions)* dyskutowane było pierwszy raz w 1970 roku w Australii i Wielkiej Brytanii, podważając słuszność ingerowania zawodów postronnych w programowanie procesu różnego rodzaju terapii oferowanych przez AHP, ograniczającego samodzielność wyszkolonej kadry [7]. Mimo przeprowadzonych wielu badań i programów pilotażowych, DAPT jest wciąż w wielu krajach członkowskich ograniczony i rzadko obejmuje rynek usług publicznych [9, 11]. Światowa Konfederacja Fizjoterapii *(WCPT- World Confederation of physical therapy)* popierając szerokie wdrożenie DAPT na arenie międzynarodowej, opracowała w 2011 roku szczegółowe standardy i rekomendacje dotyczące tego zagadnienia *(„A new policy on direct access and patient self referral at the WCPT General Meeting 2011").*

Wykres 1, nakreśla główne bariery utrudniające stawianie fizjoterapeuty jako specjalisty pierwszego kontaktu [7].

Holandia wprowadziła reformę systemu opieki zdrowotnej w 2006 roku. W kontekście fizjoterapii ważniejszym z jej założeń było zwiększenie kompetencji personelu medycznego, pozalekarskiego. Oznaczało to wprowadzenie DAPT/PSR, jako alternatywę do dotychczasowego systemu skierowań lekarskich. W Polsce do momentu wejścia w życie UZF model świadczeń fizjoterapeutycznych zakładał pewne obostrzenia prawne co do pracy PT jedynie na rynku usług refundowanych, regulowanych przez NFZ. Usługi fizjoterapeutyczne refundowane przez płatnika publicznego wymagały skierowania na rehabilitację, początkowo od lekarza rehabilitacji, stopniowo poszerzając kompetencje w tym zakresie innych lekarzy specjalistów. Tabela 3 porównuje główne regulacje zawodu fizjoterapii w Holandii i Polsce [2, 11].



Rycina 1. Argumenty przeciwko wdrożeniu DAPT, Bury 2013 r. [7]



Rycina 2. Argumenty sprzyjające wdrożeniu DAPT, Bury 2013 r. [7]

Tabela 3. Główne regulacje zawodu fizjoterapii w Holandii i Polsce 2016 r.

Dane	Holandia	Polska	Dane	Holandia	Polska
WCPT	Od 1956r	Od 1967r	DIRECT ACCESS	TAK	NIE
Liczba czynnych zawodowo PT	17,500	48,000	Wystawianie przez PT skierowań do innych specjalistów	TAK	NIE
Dyplom	4 lata Bch	5 lat MSc	Wystawianie przez PT skierowań na badania diagnostyczne	NIE	NIE
Studia III st	TAK	TAK	Wystawianie przez PT recept	NIE	NIE
ECTS	240	300	Stowarzyszenia zawodowe	KNGF	PTF,SFP
Obowiązek rejestracji	TAK	TAK	Samorząd zawodowy	NIE	KIF
obowiązek rejestracji	TAK, co 5 lat	NIE	Regulacje zawodowe	Od 2006	Od 2016
OBOWIĄZEK CPD	TAK	NIE	Liczba lekarzy PRM/100tys mieszkańców(2009r)	1,65	2,3
Specjalizacja z fizjoterapii	TAK	TAK			

PT = fizjoterapeuta, WCPT = World Confederation of Physical Therapy, Bch = licencjat, MSc = magister, CPD = Continuing professional development, PRM = Physical and Rehabilitation Medicine; SFP – stowarzyszenie fizjoterapia polska; PTF – polskie towarzystwo fizjoterapii.

Organizacja DAPT w Holandii

DAPT w Holandii oznacza, że pacjent jest badany, diagnozowany i usprawniany przez fizjoterapeutę, bez wcześniejszej wizyty lekarskiej. Wyznaczone ustawowo standardy postępowania fizjoterapeutycznego w przypadku DA zakładają pierwszą wizytę konsultacyjną (10' screening procedure), podczas której fizjoterapeuta przede wszystkim wyklucza przeciwwskazania do fizjoterapii (tzw. yellow i red flags). Jeżeli nie ma przeciwwskazań, ustala się kolejną wizytę, celem dokładnego zbadania, postawienia celów terapeutycznych oraz opracowania ścieżki postępowania w fizjoterapii. Ponieważ lekarz pierwszego kontaktu (GP-general practitioner) odgrywa w Holenderskim systemie zintegrowanej opieki medycznej rolę koordynatora procesu leczenia pacjenta (tzw. gatekeeper), kluczowym było wdrożenie regulacji pozwalającej na formalną kooperację na linii GP-PT [2, 3]. Obowiązkiem PT jest dostarczenie drogą e-mailową comiesięcznego sprawozdania/feedbacku z dokonanych czynności leczniczych u prowadzonych samodzielnie pacjentów. Równolegle, ze zwiększeniem kompetencji PT i prawnej odpowiedzialności zawodowej wprowadzono modele obowiązkowego ubezpieczenia zawodowego. Refundacja świadczeń nie uznaje DAPT jedynie w wybranych przypadkach rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi [2, 3].

Celem Ministerstwa po ustanowieniu pełnej samodzielności zawodowej dla PT było [2, 3]:

- udrożnienie dostępu do podstawowej opieki medycznej, w celu zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenie,
- poprawa statusu zawodowego PT i uświadomienie społeczeństwa o możliwości poszerzenia terapii zachowawczej,
- poszerzenie możliwości samodzielnego wyboru usług
- odciążenie pracy lekarzy pierwszego kontaktu
- oszczędności

Nowe regulacje prawne zawodu fizjoterapeuty w Polsce

Wprowadzona w 2016 roku w życie Ustawa o Zawodzie Fizjoterapeuty (UZF) w Polsce, w artykule 2 zakłada, że zawód fizjoterapii jest samodzielnym zawodem medycznym. Poniżej wymieniono główne zmiany po wdrożeniu UZF, sankcjonujące się po okresie przejściowym wyznaczonym do listopada 2018 roku.

Ustawa o Zawodzie Fizjoterapeuty [12]:

- wprowadza samorząd zawodowy z Krajową Izbą Fizjoterapii,
- reguluje i wprowadza prawa i obowiązki PT, w tym odpowiedzialność karną
- dotychczasowa działalność gospodarcza PT podlega rejestracji jako działalność leczniczą,
- chroni prawnie tytuł zawodowy PT,
- wprowadza obowiązkowy publiczny system rejestracji PT,
- wprowadza wymóg uzyskania prawa wykonywania zawodu,
- reguluje system kształcenia (5 letni tryb studiów, 300 punktów ECTS, egzamin państwowy, obowiązkowe podyplomowe praktyki kliniczne)

Mimo zwiększonych nakładów finansowych na rehabilitację, przedłużał się czas oczekiwania na świadczenia w tym zakresie[13]. Brak terminów, zwiększona świadomość społeczna oraz poszerzające się oferty usług PT spowodowały częstsze wizyty pacjentów w gabinetach prywatnych. Oszacowano, że pacjenci w 80% korzystali z usług prywatnych PT, niż publicznych [12, 14]. Duży, nieregulowany i w żaden sposób niekontrolowany rynek sektora prywatnego PT mógł potencjalnie zagrażać zdrowiu pacjentów i wprowadzać świadczenia niskiej jakości. W trosce o pacjentów i szacunek zawodowy, polscy PT w projekcie obywatelskim, postulowali o wdrożenie regulacji zawodowych.

Dyskusja

WCPT podkreśla, że zmiany demograficzne będą w niedalekiej przyszłości skutkowały zwiększonymi potrzebami na usługi AHP w tym PT. Pacjenci będą oczekiwali nie tylko wyleczenia „problemu" zdrowotnego, ale także poprawę jakości ich życia [7]. Uświadomione i wyedukowane społeczeństwo częściej sięgać będzie po alternatywne do lekarskich i farmaceutycznych propozycji terapii. Ułatwienie dostępu do PT nie tylko zdaniem WCPT zwiększy liczbę nieinwazyjnych terapii ale także „zmusi" pacjenta do przerzucenia na siebie odpowiedzialności za swoje zdrowie i czynnego udziału w procesie jego poprawy [7, 9]. Badania pokazują, że w Szkocji w pierwszym roku wdrożenia DAPT jedynie 22% pacjentów skorzystało z takiej opcji, w Holandii było to odpowiednio 28% po pierwszym roku, oraz 46,2% po 4 latach funkcjonowania DAPT [2, 3]. W Australii, po 30 latach działania systemu PSR, 65% pacjentów z niego korzysta rocznie [7]. Jednocześnie rysuje się na świecie taka sama tendencja częstszego korzystania z DAPT przez osoby młodsze, wykształcone, o krótkim czasie trwania dysfunkcji, a także osoby, które już wcześniej miały do czynienia z PT [9, 2]. Najczęstszym kierunkiem DAPT jest fizjoterapia ortopedyczna [7].

Wszystkie dostępne badania dotyczące tematyki DA/PSR wskazują na znaczne oszczędności finansowe dla służby zdrowia a także oraz dla jednostki (o ile w danym państwie istnieje ubezpieczenie zdrowotne refundujące DAPT) [4, 6, 7, 8]. Oszczędności sięgają 60% całkowitych kosztów leczenia pacjenta, najczęściej z tytułu zmniejszenia podejmowania: dodatkowych wizyt lekarskich; dodatkowych badań obrazowych; interwencji chirurgicznych oraz aplikacji środków farmakologicznych [4, 7, 8, 9]. Kolejnym atutem DAPT jest poprawa dostępności do PT i zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenia, oraz w przypadku zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej odciążeniu pracy GP o 13% w Holandii [2].

Mimo wielu pozytywnych i pokrywających się wyników badań z różnych państw, DAPT realizowany jest częściej na rynku prywatnym. Jedynie 5 państw EU oferuje DAPT w sektorze publicznym ze środków refundowanych (Irlandia, Holandia, UK, Szwecja, Islandia) [11]. W badaniu ankietowym wykonanym w 2013 roku przez zespół Bury'ego (wśród wszystkich 39 państw zrzeszonych w ER-WCPT) nakreślono główne argumenty za i przeciw koncepcji wdrożenia DAPT zarówno na rynku prywatnym jak i publicznym. Wśród najczęściej zgłaszanych obiekcji było: negatywna opinia lekarzy; negatywna opinia polityczna; brak regulacji prawnych i samorządów; brak zgody ubezpieczyciela na samodzielność, oraz brak odpowiednich kompetencji (wykres 1) [1]. Argumentem oponentów najczęściej cytowanym w literaturze jest brak kompetencji diagnostycznych PT pozwalających na bycie specjalistą pierwszego kontaktu [1, 2, 3]. Ministerstwo w Holandii także zakładało pojawienie się zarzutów dotyczących braku kompetencji PT do diagnozowania poważnych patologii u pacjenta [2]. Celem uniknięcia nieporozumień władze Holandii wprowadziły w czasie wydłużonego vacatio legis obowiązkowe szkolenia podyplomowe dla PT z zakresu diagnostyki[2]. Bury i wsp. wykazali, że w 24 krajach członkowskich system kształcenia PT i uzyskane przez nich kompetencje pozwalają na samodzielność i decyzyjność dotyczącą zarządzania procesem rehabilitacyjnym u pacjentów [1]. Wszędzie tam, gdzie system punktowy ECTS jest niższy niż się zaleca, lub istnieją jakieś nieścisłości w modelu kształcenia PT wdrożono obowiązek podyplomowych praktyk klinicznych lub szkoleń w ramach CPD (tzw continual professional development) celem zniwelowania różnic kształcenia[1,7,9]. W Polsce UZF zmienia system kształcenia PT na 5- letni, z końcowym egzaminem państwowym oraz podyplomową obowiązkową praktyką kliniczną (6 miesięcy)[15]. Głównym celem jest maksymalne zwiększenie kompetencji PT do samodzielności zawodowej.

Analizując retrospektywnie badania nad DAPT dotyczących dużej grupy badawczej widać wyraźnie, że zarzuty zakładane przez inne profesje medyczne o możliwości przeoczenia poważnych zaburzeń medycznych podczas przeprowadzonej przez PT diagnozy są bezpodstawne [6, 7, 9]. Moore i wsp. podają, że w grupie ponad 200 tys pacjentów z bazy amerykańskiego, wojskowego instytutu medycznego, którzy zgłosili się do PT bez skierowania lekarskiego, nie było żadnego raportu o „rażącym zaniedbaniu", skutkującym uszkodzeniem zdrowia lub narażeniem życia pacjentów podczas diagnozowania czy zarządzania procesem fizjoterapeutycznym przez PT [6].

WCPT wyznacza pewne aspekty świadczące o przetorowaniu drogi w kierunku DAPT na świecie, są to [11]:

- uregulowane oba rynki zawodowe – publiczny i prywatny,
- ujednolicony system kształcenia,
- utworzenie samorządu lub stowarzyszenia zawodowego,
- obowiązek rejestracji, celem weryfikacji kompetencji,
- obowiązek CPD (continuing professional development)
- dodatkowe prawa PT, zwiększające ich samodzielność (wypisywanie skierowań do innego specjalisty, wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne, na środki farmakologiczne lub środki zaopatrzenia medycznego).

Rozpatrując rynek polski jako potencjalny rynek DAPT należy podkreślić, że UZF wprowadza na polski rynek świadczeń PT wyżej wymienione założenia, zwiększając szanse na wdrożenie DAPT w Polsce. Warto podkreślić, że Polska jako jedyny kraj w Europie posiada obecnie samorząd zawodowy w postaci Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF), którego główną funkcją jest dbanie o interesy danej grupy zawodowej jak i umacnianie decyzyjności na polu ustawodawczym [12]. Samorząd PT, którego często blokowano podczas prac legislacyjnych zrzeszać będzie w Polsce szacunkowo 50 tys członków – aktywnych zawodowo PT. Śledząc opublikowane przez Bury'ego i wsp. wyniki (wykres 2) to właśnie samorząd zawodowy, autonomia zawodowa, regulacje prawne a także poparcie społeczeństwa wymienione są jako najważniejsze argumenty wspierające DAPT [1]. Badania własne dotyczące opinii personelu medycznego, a także pacjentów na temat głównych założeń UZF wskazują na zdecydowane 94% (sic!) poparcie bezpośredniego kontaktu do PT ze strony pacjentów, a więc prawie pełne społeczne przyzwolenie [14]. Dodatkowo sprzyjającymi warunkami na wdrożenie DAPT w Polsce wydaje się być wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia pilotażowego systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej z tendencją do zwiększenia kompetencji personelu niele-

karskiego celem odciążenia lekarzy i załatania luk kadrowych (np. zwiększenie kompetencji pielęgniarek pod kątem wystawiania recept, i zgoda na UZF). Ustawa wnosi także obowiązek posiadania prawa wykonywania zawodu oraz rejestracji w publicznej bazie danych, co zmniejsza ryzyko prowadzenia terapii przez osoby niekompetentne. Przypuszcza się również, że odpowiedzialność karna PT w Polsce spowoduje większe zainteresowanie rynkiem ubezpieczeń zawodowych (OC-odpowiedzialności cywilnej), co z kolei może poprawić jakość współpracy z firmami ubezpieczeniowymi i zwiększyć ich zaufanie do decyzyjności PT. Celem KIF na pierwszy rok kadencji, oprócz wdrożenia rejestru, jest szeroka kampania reklamowa skierowana do pacjentów, decydentów i innych grup zawodowych, zaznajamiająca z zawodem PT, likwidująca zbudowany przez lata stereotypowy wizerunek fizjoterapeuty – masażysty [14] Uświadomienie i przybliżenie społeczeństwu czym jest zawód fizjoterapii oraz, że działa on w prawie wszystkich dziedzinach medycyny, oceniane jest jako zwiększenie zaufania i rangi zawodu [14].

Wnioski

UZF wprowadza w Polsce niezbędne regulacje prawne dotyczące wymogów zawodowych. Realizowane są tym samym podstawowe założenia funkcjonowania DAPT: autonomia zawodowa, uregulowania prawne zakresu praw i obowiązków PT, ujednolicenie systemu kształcenia. Powyższe zmiany podnoszą rangę polskiej fizjoterapii w Europie, chronią polskiego pacjenta i pozwalają wnioskować, że Polska jest gotowa na DAPT.

Poparcie społeczne i zwiększona świadomość dotycząca zdrowia; tendencja starzenia się społeczeństwa w Europie; KIF dbający o interesy zawodowe PT; polityka prozdrowotna państwa; brak fachowej kadry i wydłużający się czas oczekiwania na usługi rehabilitacyjne; przewidywana reforma służby zdrowia wzorowana na rozwiązaniach holenderskich, a także ciągłe szukanie rozwiązań oszczędnościowych w służbie zdrowia sprzyja wdrożeniu w Polsce bezpośredniego dostępu do fizjoterapii (DAPT).

Piśmiennictwo

1. A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession Tracy J. Bury, Emma K. Stokes, April 2013 Volume 93 Number 4 Physical Therapy f 449-459
2. An Overview of 5 Years of Patient Self-Referral for Physical Therapy in the Netherlands Ilse C.S. Swinkels, Margit K. Kooijman, Peter M. Spreeuwenberg, Danie¨l Bossen, Chantal J. Leemrijse, Christel E. van Dijk, Robert Verheij, Dinny H. de Bakker, Cindy Veenhof, December 2014 Volume 94 Number 12 Physical Therapy f 1785-1795
3. Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy Chantal j Leemrijse, Use CS Swinkels, Cindy Veenhof, 936-946 • Physical Therapy Volume 88 Number 8 August 200
4. Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs John D Childs1*, Julie M Fritz2, Samuel S Wu3, Timothy W Flynn4, Robert S Wainer4, Eric K Robertson5, Forest S Kim6 and Steven Z George7, Childs et al. BMC Health Services Research (2015) 15:150
5. Ocena możliwości poprawy działania systemów ochrony zdrowia dzięki wzajemnej wymianie doświadczeń, W opracowaniu o materiały i wypowiedzi z międzynarodowej konferencji Transformacja opieki zdrowotnej. Fundusze unijne na projekty wspierające innowacyjność i rozwój. Doświadczenia Polski i Holandii, która odbyła się w Ambasadzie Królestwa Niderlandów.
6. Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military healthcare facilities Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD. (2005). J Orthop Sports Phys Ther 35:674- 678.
7. Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy and the implications for improving access to other AHP services, report, Department of Health 2008
8. Use of Physical Therapy for Low Back Pain by Medicaid Enrollees, Julie M. Fritz, Jaewhan Kim, Anne Thackeray, Josette Dorius, 1668-1679 Physical Therapy Volume 95 Number 12 December 2015
9. WCPT Keynotes, Direct access and patient self-referral www.wcpt.org

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:
Dalia Woźnica
ul.Chrobrego 42/7
80-423 Gdańsk
tel: 602183744
e-mail: daliawoznica@gumed.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)