

**Досвід, реалії
і перспективи розвитку
систем охорони
здоров'я**

Львів – 2013

**ДОСВІД, РЕАЛІЇ
І ПЕРСПЕКТИВИ
РОЗВИТКУ СИСТЕМ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Львів – 2013

УДК 614.2

ББК 51.1

Д-70

Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2013. – с. 585.

В монографії представлені результати досліджень спеціалістів з соціальної медицини, громадського здоров'я та організаторів охорони здоров'я з таких основних питань: охорона здоров'я – польсько-українська співпраця; міжнародна проблематика; європейські фонди в розвитку систем охорони здоров'я; системи охорони здоров'я – одиниці медпослуг; санітарний нагляд; якість медпослуг; фінансування – розвиток медичного страхування; інформатизація системи охорони здоров'я (е-здоров'я); фармринок; громадське здоров'я – оздоровча профілактика; стилі життя; епідеміологія найчастіших медичних проблем; трансплантологія.

Видання призначене для фахівців системи охорони здоров'я, науковців і педагогічних працівників, слухачів і студентів, також широкого загалу читачів.

ISBN 978-966-2019-22-3

З великою радістю ми віддаємо до рук читачів, напевно першу таку монографію. Її видання є результатом тісної співпраці Польського Товариства соціальної медицини і громадського здоров'я з Кафедрою організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. У монографії представлені роботи українських і польських авторів, присвячені важливим суспільним темам громадського здоров'я в обох країнах. Це є результати наукових досліджень, проведених авторськими колективами, роботи лікарів загальної практики, а також матеріали, що містять пропозиції шляхів змін (реформування) в системах охорони здоров'я. Ми маємо надію, що дане видання буде цікавим для читачів публічно або професійно зацікавлених вдосконаленням систем охорони здоров'я в Польщі і в Україні. Ми віримо, що завдяки своїм особливостям дане видання створює площину зближення між нашими суспільствами і буде служити поглибленню нашої співпраці.

*проф., д.мед.н. Олег Любінець
завідувач кафедри організації і
управління охороною здоров'я
Львівського національного ме-
дичного університету імені
Данила Галицького*

*проф., д.мед.н. Альфред Овоц
Президент правління Польсь-
кого Товариства соціальної
медицини та громадського
здоров'я*

Z dużą radością oddajemy do rąk czytelników, zapewne pierwszą taką monografię. Wydawnictwo jest efektem bliskiej współpracy Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego z Katedrą Organizacji i Zarządzania Ochroną Zdrowia Państwowego Uniwersytetu Medycznego im. D. Halickiego we Lwowie. W książce są treści polskich i ukraińskich autorów dotyczące obecnie ważnych społecznie wątków zdrowia publicznego w obu krajach. Są to rozdziały związane z przeprowadzonymi przez zespoły autorskie badaniami naukowymi, prace poglądowe związane z rzeczywistością, jak i propozycje kierunków zmian w systemach opieki zdrowotnej. Mamy nadzieję, że wydawnictwo będzie stanowić ciekawą, inspiracyjną rolę dla czytelników publicznie lub zawodowo zainteresowanych doskonaleniem systemów opieki zdrowotnej w Polsce i na Ukrainie. Wierzymy, iż przez swój charakter wydawnictwo tworzy płaszczyznę zblżenia między naszymi społeczeństwami i służyć będzie pogłębieniu naszej współpracy.

*prof. dr hab. Alfred Owoc
Prezes Zarządu Polskiego
Towarzystwa Medycyny Społec-
znej i Zdrowia Publicznego*

*prof. dr hab. Oleh Lyubinets
Kierownik Katedry Organizacji i
Zarządzania Ochrony Zdrowia
Państwowego Uniwersytetu
Medycznego im. D. Halickiego we
Lwowie*

Зміст

Розділ I.....	8
Europeizacja a polityka zdrowotna	9
Нова європейська політика в охороні здоров'я «Здоров'я – 2020»: регіональний та національний контекст.....	17
Działania reformujące ochronę zdrowiaw Polsce w latach 1989-2012	20
Ocena trendów umieralności w województwie łódzkim w latach 1999-2008 na tle Polski i Unii Europejskiej.....	28
Współpraca polsko-ukraińska w zakresie opieki długoterminowej i paliatywnej cooperation Polish-Ukrainian in long-term care and palliative	38
Характеристика STI (ІПСШ) політики країн європейського регіону	45
Кроки з профілактики патології зору на міжнародному та місцевому рівнях	47
Zdrowia publiczne a przepisy europejskie dotyczące oświadczeń zdrowotnych stosowanych na produktach spożywczych	51
Electronic system for monitoring and health promotion (SEMPZ) as an international project for using information technologies in public health.....	64
Features state regulation of medical activities on precarpathians during its being a part of Poland (1920-1939 years).....	75
Нариси до історії організації медично санітарної служби України періоду національної революції 1917-1921 років	77
Розділ II.....	79
Основні принципи управління якістю медичних послуг на етапі реформування медичної галузі	80
Wybrane aspekty jakości życia kobiet i mężczyzn w wieku podeszłym	82
Active life of the elderly in Poland	91
Напрями організації служби управління медичними послугами як основи керованої медичної допомоги в Україні	95
Система контролю якості медичних послуг	101
Elektroniczna dokumentacja medyczna, a ochrona tajemnicy lekarskiej.....	107
Часткове відшкодування вартості медичних технологій за рахунок недержавних коштів: передовий український досвід	114
Характеристика кадрового забезпечення та підготовка управлінських кадрів вітчизняної системи охорони здоров'я	116
Характеристика діяльності Львівського обласного центру здоров'я	124
Управління якістю первинної медичної допомоги	127
Сучасні підходи до типологізації систем охорони здоров'я	130
Створення та розвиток бригад невідкладної допомоги (мобільного лікувально-діагностичного комплексу) як інновація у роботі Львівського клінічного госпіталю державної прикордонної служби України (на прикладі заходів проведених у 2006-2012 роках)	133
Стан і перспективи розвитку клінічної імунології та алергології в Україні	138
Соціальний захист в Україні: погляд в минуле та реалії сучасності	144
Actual questions of improvement of education quality of medical nurses (to the problem “Ways of development of the healthcare system in Ukraine”)	151
Роль медичної сестри у роботі лікаря-оториноларинголога	154
Zawód pielęgniarki w opinii wybranych grup społecznych Podkarpacia	156
Zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjne i finansowe w subpopulacji osób starszych w środowisku wielkomiejskim	167

Психологія духовного становлення медичного працівника в контексті перспектив розвитку системи охорони здоров'я	176
Процес управління формуванням попиту та стимулюванням збуту медичних препаратів на первинному рівні медичного забезпечення.....	179
Провідні чинники ризику формування глобального тягаря хвороб та сучасні стратегії боротьби ..	181
Проблеми та шляхи відновлення профілактичного спрямування діяльності держсанепідслужби України в умовах її реформування.....	184
Sytuacja zdrowotno-demograficzna populacji dziecięcej Ukrainy: stan współczesny oraz determinanty i dynamika rozwoju.....	186
Samobójstwa wśród lekarzy.....	195
Про рівні неінфекційної захворюваності студентів ЛНМУ імені Данила Галицького за даними самооцінки власного здоров'я.....	202
Порівняльний аналіз роботи регіонального медичного центру клінічної імунології та алергології за 2012 рік.....	204
Питання релігійної віри як чинника оздоровчої профілактики громадян.....	206
Перспективи запровадження медичного страхування в Україні	209
Напрямки удосконалення санаторно-курортної та реабілітаційної медичної допомоги хворим з патологією шкіри та підшкірної клітковини в Україні	211
Напрями діяльності провізора у формуванні здорового стилю життя жінок у постменопаузі	215
Мультидисциплінарний підхід – ключ до успішного надання хоспісної допомоги невиліковним хворим.....	216
Моніторинг задоволеності пацієнтів як індикатор якості медичної допомоги	218
Zasady i tryb dochodzenia odszkodowania od szpitala w przypadku zdarzeń medycznych.....	221
Медичне страхування як механізм реалізації державної політики	228
Конституційно-правове регулювання права на медичну допомогу – основний вимір системи охорони здоров'я України в умовах реформування	233
Stacja pogotowia ratunkowego w Sanoku jako organizacyjna jednostka systemu państwowego ratownictwa medycznego.....	238
Ключові моменти організації та підготовки Львівського обласного центру медицини катастроф до проведення у м. Львові фінальної частини ЄВРО-2012.....	241
Bezrobocie jako zagrożenie środowiskowe.....	247
Їжа – як основний фактор здоров'я студента.....	263
Зміна вектору розвитку медичної галузі в напрямку профілактики та якості медпослуг	265
Етичні та деонтологічні принципи в діяльності медичного психолога	267
Дослідження споживчих уподобань відвідувачів аптек одного з мікрорайонів м. Одеса	272
Analiza farmakoeconomiczna działań prewencyjno – terapeutycznych ran odleżynowych u pacjentów zakładów opieki długoterminowej.....	274
Дослідження впливу фізичної активності студентів на формування рівнів здоров'я	288
Державне управління безперервним професійним розвитком фахівців сімейної медицини у центрі первинної медичної допомоги	290
Гендерні особливості захворюваності та поширеності провідних класів хвороб серед дорослого населення України в 2007-2011 рр.	294
Ocena zasobów osobistych i funkcjonowania psychologicznego kandydatów na kierowców oraz po odebraniu prawa jazdy	296
Medyczny sens pojęcia osoby ludzkiej.....	308
Badania zachowań zdrowotnych podstawą do opracowania programów edukacji zdrowotnej w środowisku wiejskim.....	318
Вплив навчального процесу на психічне здоров'я студентської молоді.....	327

Вплив законодавчої бази на розширення і закріплення прав громадян України на отримання безкоштовної медичної допомоги амбулаторних умовах	329
Płacimy za „przekroczenia” tylko w przypadku świadczeń ratujących życie. Sposób rozliczania świadczeń przez nfz na przykładzie szpitali powiatowych i poziomu referencyjnego	336
Ocena dostępności do świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na terenach wiejskich i miejskich	343
W czym interesie działa lekarz?	349
Substantiation of bi-level Health Technologies Assessment System based on value/cost proportion at the out-of-pocket health market	360
Stopień informatyzacji społeczeństwa polskiego z uwzględnieniem sektora przedsiębiorstw oraz sektora publicznego	362
Multimedialne kampanie społeczne jako narzędzie budowania świadomości prozdrowotnej	383
Rozділ III	400
Хвороби системи кровообігу: масштаби поширення, причини, наслідки, стратегії подолання	401
Епідеміологія хвороб системи кровообігу в Україні	404
Analiza zachorowalności i umieralności na gruźlicę w Polsce	408
Соматична захворюваність серед жінок і рак молочної залози (С50)	418
Регіональні особливості захворюваності та поширеності хвороб органу зору серед дорослого населення України	420
Analiza zachowań zdrowotnych kobiet leczonych z powodu niepłodności z uwzględnieniem stosowania używek oraz sposobu odżywiania się	424
Проблема підліткової наркоманії та шляхи її вирішення	431
Основні напрямки розвитку сімейної медицини на сучасному етапі	435
Організація скерування дітей на госпіталізацію з приводу інфекцій нирок	440
Організація профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ у Львівській області	443
Обґрунтування медико-профілактичних заходів зниження поширеності аутоімунного тиреоїдиту у ендемічному щодо зоба регіоні	446
Необхідність розвитку відновного лікування, медичної реабілітації в системі охорони здоров'я Львівщини	448
Моніторинг поширеності ВІЛ-інфекції/СНІД серед населення Львівської області за 2008-2012 роки	453
До питання оптимізації медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в умовах реформування системи охорони здоров'я	455
Dolegliwości bólowe i zaburzenia funkcjonowania u osób z chorobą zwyrodnieniową kregostupa i stawów	460
Drug Addiction, Prevention and The Risk Factors Leading to Relaps	469
Zastosowanie szczepionek skojarzonych w realizacji programu szczepień ochronnych u dzieci zdrowych i z astmą oskrzelową	480
Zakażenia <i>Coxiella Burnetii</i> (Gorączka Q) u ludzi	488
Wzór zachowania typu A lub typu B a wyniki skali SCL-90 u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych	495
Woda wodociągowa jako rezerwuar pałeczek Legionella Spp.	504
Wpływ hormonów regulujących homeostazę energetyczną na czynność układu krążenia	509
Style of life and saving up health behaviour of patients with inflammatory diseases of generative organs	516
Stability of ketonuria at alcoholreliant rats	518
Rola i znaczenie organizacji pozarządowych w realizacji celów zdrowia publicznego w obszarze profilaktyki onkologicznej na przykładzie działalności fundacji MSD dla zdrowia kobiet	520

Rola wsparcia w chorobie nowotworowej.....	526
Поширеність, клінічна гетерогенність та діагностика інфекції, викликаної вірусом герпесу людини 6 типу.....	536
Поширеність тютюнокуріння серед студентів.....	538
Поширеність реактивного артрити на тлі Епштейна-Барр вірусної інфекції серед студентської молоді	540
Порівняльне палінологічне та імунологічне дослідження хворих на синдром Чардж-Стросса в залежності від ступеня тяжкості еозинофілії	542
Особливості моніторингу за природно-осередковими інфекціями на сучасному етапі	544
Przebieg ciąży a użytkowanie telefonów komórkowych.....	546
Kobiety w okresie menopauzalnym – wiedza na temat przeżywanego okresu oraz związanych z nim problemów zdrowotnych.....	550
Health of high school youth in Świętokrzyskie Province, Poland.....	558
Нараженість населення України на дію навколишнього тютюнового диму	563
Mikotoksyny – ukryty zabójca.....	566
Azbest w środowisku komunalnym – zagrożenia dla ludności	572

Розділ І

Охорона здоров'я:

польсько-українська співпраця;
міжнародна проблематика;
європейські фонди в розвитку систем
охорони здоров'я

Europeizacja a polityka zdrowotna

Kinga Zdunek, Teresa Bernadetta Kulik, Anna Pacian

Katedra Zdrowia Publicznego WPiNoZ, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Opieka zdrowotna odgrywa istotną rolę w kwestii ustanowienia więzi zaufania między obywatelami a państwami. Rządy krajów członkowskich UE czują się szczególnie odpowiedzialne za opiekę medyczną swoich pacjentów i są przeciwnie unijnym interwencjom w ten uprzywilejowany związek istniejący pomiędzy państwem i jego obywatelami. Europejskie badania opinii publicznej potwierdzają istnienie tej emocjonalnej relacji. W dziedzinie zdrowia zdecydowana większość akceptuje jedynie decyzje podejmowane przez rządy krajowe. Polacy, podobnie jak inni Europejczycy wyrażają przekonanie, że ochrona zdrowia jest najważniejszym z obowiązków państwa wobec jego obywateli.

Systemy ochrony zdrowia w Unii Europejskiej różnią się w kwestiach organizacji, uregulowań prawnych, finansowania, świadczenia usług zdrowotnych pozyskiwania i alokacji środków oraz w roli jaką odgrywają w tworzeniu planów ubezpieczeń społecznych. Tak długo jak decyzje dotyczące finansowania, organizacji i świadczenia usług zdrowotnych będą podejmowane na poziomie krajowym prawdopodobnie nie wykształci się europejski system ochrony zdrowia. Jednak brak bezpośrednich i znaczących kompetencji Unii Europejskiej w zakresie polityki zdrowotnej nie oznacza, że jej wpływ na system opieki zdrowotnej jest bez znaczenia. Państwa członkowskie nieustannie wypracowują kompromis pomiędzy kosztami jakie muszą ponieść wskutek dostosowania się do przepisów unijnych z jednej strony, a kosztami jakie muszą ponieść wskutek braku dostosowania się z drugiej.

Abstract

Health care has a significant socio-psychological dimension. It plays an important role in the establishment of a relationship of trust between citizens and states. The governments of the EU member states feel particularly responsible for the medical care of their patients and are opposed to the EU intervention in the privileged relationship between the state and its citizens.

Healthcare systems in the European Union differ significantly in matters of organization, regulation, financing and delivery of health services and the allocation and acquisition of funds and the role they play in creating social insurance plans. The level of spending on health in different countries of the European Union is diverse and systems differ in terms of quality and effectiveness. As long as decisions concerning the financing, organization and delivery of health services are taken at the national level probably the European health care system will not be formed by itself. However, no direct and significant powers of the European Union in the field of health policy does not mean that its impact on the health care system is irrelevant.

Oddziaływanie Unii Europejskiej na krajowe systemy ochrony zdrowia jest coraz częściej analizowanym zjawiskiem. Podejmowane badania mogą wpływać na prawne regulacje krajowych systemów ochrony zdrowia¹. Mimo tego wciąż niewiele wiadomo na temat wpływu prawodawstwa unijnego na politykę zdrowotną państw członkowskich².

Europejskie badania opinii publicznej potwierdzają istnienie emocjonalnego związku pomiędzy obywatelami a krajowymi systemami ochrony zdrowia. W przeciwieństwie do wielu kwestii politycznych, począwszy od spraw zagranicznych poprzez imigrację i bezrobocie aż do kwestii związanych z

¹ Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T., Health systems governance in Europe. The role of European Union law and policy, [w:] Health systems governance in Europe. The role of European Union law and policy, Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T. (red), Cambridge 2010, s. 1-7.

² Baeten R., Vanhercke B., Coucheir M., Europeanisation of national health care systems. Creative adaptation in the shadow of patient mobility case law, *OSE Paper Series*, 2012, (3), s. 1-30.

rybołówstwem, nieustannie wspieranych przez Unię Europejską, w dziedzinie zdrowia zdecydowana większość akceptuje jedynie decyzje podejmowane przez rządy krajowe¹. Polacy, podobnie jak inni Europejczycy również wyrażają przekonanie, że ochrona zdrowia jest najważniejszym z obowiązków państwa wobec jego obywateli². Ma ona znaczący socjopsychologiczny wymiar, i jest gwarantem więzi zaufania między obywatelami a państwami. W związku z tym rządy krajów członkowskich Unii Europejskiej czują się szczególnie odpowiedzialne za opiekę medyczną swoich pacjentów i są przeciwne unijnym interwencjom w ten uprzywilejowany związek istniejący pomiędzy państwem i jego obywatelami³.

Stosunek do ochrony zdrowia, medycyny, choroby i leczenia ma silne kulturowe uwarunkowania. Te elementy są głęboko osadzone społecznie oraz tworzą część dziedzictwa kulturowego⁴. Układ infrastruktury instytucjonalnej oraz sieci powiązań pomiędzy aktorami zdrowotnymi i interesami sektorowymi są konsekwencjami wieloletniej historii kraju, dlatego próby wprowadzenia reform mogą stanowić szczególnie trudne przedsięwzięcie⁵.

Systemy ochrony zdrowia w Unii Europejskiej różnią się w kwestiach organizacji, uregulowań prawnych, finansowania, świadczenia usług zdrowotnych pozyskiwania i alokacji środków oraz w roli jaką odgrywają w tworzeniu planów ubezpieczeń społecznych. Poziom wydatków na zdrowie w różnych krajach Unii Europejskiej jest zróżnicowany a systemy różnią się pod względem jakości i skuteczności. Tak długo jak decyzje dotyczące finansowania, organizacji i świadczenia usług zdrowotnych będą podejmowane na poziomie krajowym prawdopodobnie nie wykształci się europejski system ochrony zdrowia. Jednak brak bezpośrednich i znaczących kompetencji Unii Europejskiej w zakresie polityki zdrowotnej nie oznacza, że jej wpływ na system opieki zdrowotnej jest bez znaczenia⁶. Państwa członkowskie nieustannie wypracowują kompromis pomiędzy kosztami jakie muszą ponieść wskutek dostosowania się do przepisów unijnych z jednej strony, a kosztami jakie muszą ponieść wskutek braku dostosowania się z drugiej⁷.

W traktacie z Lizbony podkreślono, że działania podejmowane przez Unię Europejską mają obowiązek uszanowania zasad rodzimej polityki zdrowotnej państw członkowskich. Nie mogą one ingerować w sposób świadczenia usług i organizacji opieki medycznej. Państwa członkowskie niezależnie zarządzają systemem ochrony zdrowia i dysponują posiadanymi środkami⁸. Inicjatywy unijne pełnią jedynie funkcję komplementarną.

Polityka zdrowotna w Unii Europejskiej jest sprzeczna w swej istocie⁹. Z jednej strony Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej wyraźnie stanowi, że działania unijne powinny być komplementarne w stosunku do polityk krajowych przy jednoczesnym nienaruszaniu przepisów wewnętrznych państw członkowskich. Z drugiej strony wiele działań krajowych jest przedmiotem uregulowań prawnych na poziomie Unii Europejskiej¹⁰. Dostrzega się istotną dominację legislacji unijnej w kwestiach, które powinny

¹ Ibidem, s. 2.

² Owoc A., Bojar I., Owoc J., Pawełczak-Barszczowska A., Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Zainteresowanie i samoocena wiedzy badanych, *Zdrowie Publiczne* 2009, 119 (3), s. 239-242.

³ Steffen M., Lamping W., Lehto J., The Europeanization of health policies, [w:] *Health Governance in Europe. Issues. Challenges. Theories*, Steffen M. (red.), Abingdon 2005, s. 2.

⁴ Za: Payer, M. Steffen, W Lamping, J. Lehto., *The Europeanization ...*, s. 2.

⁵ Steffen M., Lamping W., Lehto J., *The Europeanization ...*, s. 2.

⁶ Steffen M., Lamping W., Lehto J., *The Europeanization ...*, s. 3.

⁷ Ibidem, s. 4.

⁸ Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisany w Lizbonie 13 grudnia 2007 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 203, poz. 1569), Art. 168 ust. 7.

⁹ E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, T. Hervey, *Health systems...*, s. 4.

¹⁰ Ibidem, s. 5.

pozostawać w granicach kompetencji państw członkowskich. Dotyczy to regulacji prawnych związanych z zakupem leków, wyrobów medycznych czy rekrutacją pracowników sektora medycznego¹.

Mossialos, Permanand, Baeten i Hervey, twierdzą, że polityka zdrowotna Unii pozostaje pod wpływem tzw. „konstytucjonalnej asymetrii” pomiędzy polityką unijną promującą rynkową efektywność a państwami członkowskimi stojącymi na straży opieki społecznej. Oznacza to, że Unia wykazuje silną rolę regulacyjną w odniesieniu do pierwszego elementu i słabe uprawnienia redystrybucyjne w przypadku drugiego czynnika². Przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że państwa członkowskie są zainteresowane tworzeniem wspólnego rynku przy jednoczesnym zachowaniu autonomii w prowadzeniu polityki społecznej na poziomie krajowym³. Zjawisko pogłębiającego się wpływu Unii Europejskiej na rodzime polityki państw członkowskich można określić mianem Europeizacji.

W polskiej literaturze przedmiotu zjawisko Europeizacji jest rozpatrywane głównie na płaszczyźnie nauk politycznych. Kamińska postrzega ją jako koncept wyjaśniający zależności zachodzące pomiędzy Unią Europejską a krajami członkowskimi wobec polityki zagranicznej. Kładzie ona szczególny nacisk na wywieranie wpływu na stosunki wewnętrzne⁴. Nowak i Riedel starają się przybliżyć polskim badaczom sam fenomen zjawiska opisując teorie, mechanizmy i agendę badawczą⁵. Grosse wykazuje zainteresowanie oddziaływaniem procesów Europeizacji na „kształtowanie i funkcjonowanie systemu władzy na obszarze wspólnej waluty”⁶. Badania nad Europeizacją na płaszczyźnie polityki zdrowotnej na gruncie polskim są rzadkością⁷, natomiast literatura anglojęzyczna utożsamia zjawisko głównie z transgraniczną opieką zdrowotną.

Zjawisko Europeizacji pojawiło się na płaszczyźnie nauk politycznych w połowie lat 90.⁸. Początkowo było rozpatrywane w odniesieniu do procesu integracji europejskiej, natomiast obecnie zainteresowania wokół tego fenomenu koncentrują się na zmianach zachodzących na płaszczyźnie krajowej, które są konsekwencją integracji europejskiej⁹. Börzel uszczegóławia, że skupienie się na sile wpływu Unii Europejskiej na państwa członkowskie powoduje, że wielu badaczy stara się wyjaśnić zjawiska zachodzące na poziomie krajowym, które są skutkami procesu integracji europejskiej niż podejmować próby kategoryzowania Unii Europejskiej samej w sobie¹⁰.

Jednym z najczęściej poruszanych w literaturze dotyczącej Europeizacji zagadnień jest założenie, że wiele krajów z powodzeniem przenosi na grunt unijny ich rodzime modele polityczne lub co najmniej wpływa na kierunek zmian unijnej polityki, tak aby był zgodny z ich prywatnymi preferencjami. Dzięki temu likwidowane są rozbieżności pomiędzy schematami politycznymi obowiązującymi na poziomie unijnym i krajowym¹¹.

¹ Ibidem, s. 5.

² Ibidem, s. 6-7.

³ Ibidem, s. 6-7.

⁴ Kamińska J., Europeizacja polskiej polityki zagranicznej, *Studia Europejskie*, 2008, 3, s. 23-38.

⁵ Nowak B., Riedel R., Europeizacja. Teorie, mechanizmy, agenda badawcza, [w:] Polska i Europa Środkowa. Demokratyzacja. Konsolidacja. Europeizacja, Nowak B., Riedel R (red.), Lublin 2010, s. 213-223.

⁶ Grosse T. G., Europeizacja jako mechanizm władzy: przykład funkcjonowania strefy euro, *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Modernizacja dla spójności społeczno-ekonomicznej*, 2011, (19), s. 7-30.

⁷ W ostatnim czasie analizy te były przedmiotem zainteresowania pracy doktorskiej pt. „Europeizacja polskiej polityki zdrowotnej. Analiza dyskursu politycznego” autorstwa Kingi Zdunek.

⁸ Kostera T., Unwelcome Europeanization. The development of European cross-border patient mobility, Praca magisterska, Brugge, 2006-2007, s. 13

⁹ Za: Börzel, Risse, Kostera T., *European...*, s. 7

¹⁰ Za: Featherstone, Radaelli, Kostera T., *European...*s. 7.

¹¹ Börzel T. A., Organizing Babylon. On the different conceptions of policy networks, *Public Administration*, 1998, 76, s. 253-273.

Pomimo rosnącego zainteresowania skalą oddziaływania Unii Europejskiej na państwa członkowskie wciąż nie wypracowano optymalnych mechanizmów metodologicznych mających na celu pomiar skali zjawiska i jego analizę. Termin Europeizacja jest z natury zagrożony przez tendencję do konceptualnego rozciągania¹. Wiąże się to z faktem, iż nie osiągnięto jeszcze porozumienia w kwestii sposobu opisywania zjawiska oraz tego co jest Europeizacją a co nią nie jest i jak powinna być pojmowana w ujęciu analitycznym. Jest to skutkiem braku jakiegokolwiek narzędzia, dzięki któremu zjawisko mogłoby być zdefiniowane². Dotychczasowe analizy wpływu integracji europejskiej były ukierunkowane na badanie rozbieżności pomiędzy strukturami unijnymi i krajowymi lub skupiały się na unijnych naciskach na zmianę struktur mechanizmów państwowych bądź analizę dyskursu europejskiego³.

Zainteresowanie Europeizacją na gruncie polityki zdrowotnej było konsekwencją orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawach Kohll i Decker, Vanbraekel, Geraets-Smits i Peerbooms i Müller-Fauré, które dotyczyły sposobu świadczenia usług zdrowotnych w krajach członkowskich i poza ich granicami. W świetle postanowień traktatowych Unia Europejska nie ma formalnych kompetencji regulacyjnych wobec krajowych systemów ochrony zdrowia⁴, chociaż decyzje TS były przejawem rosnącej ingerencji unijnej w autonomiczne systemy ochrony zdrowia państw członkowskich. Nie oznacza to jednak, że zjawisko istnieje tylko i wyłącznie na płaszczyźnie transgranicznej opieki zdrowotnej. Europeizacja opieki zdrowotnej jest sumą wielu ponadnarodowych interwencji⁵. Kostera metaforycznie porównuje zjawisko transgranicznej mobilności pacjentów do wirusa, który spowodował infekcję wśród niezależnych systemów ochrony zdrowia państw członkowskich i stał się przedmiotem politycznych rozważań w Brukseli⁶. Oznacza to, że problem swobodnego przepływu pacjentów w Unii Europejskiej zapoczątkował dyskusję nad zjawiskiem Europeizacji zdrowia i wpływem Unii na autonomię państw członkowskich w podejmowaniu decyzji na płaszczyźnie polityki zdrowotnej.

Niewątpliwie wpływ orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości UE na transgraniczną mobilność pacjentów był najczęściej poddawany rozważaniom naukowym. W ostatnim dziesięcioleciu toczy się intensywne debata na temat wzajemnej zależności pomiędzy zasadami działania wolnego rynku a regulacjami dotyczącymi systemów ochrony zdrowia. Została zainicjowana przez nowatorskie prawo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TS UE) dotyczące wcześniejszej autoryzacji i zwrotu kosztów za leczenie poniesione poza granicami rodzimego państwa członkowskiego. Orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości wiązały się z ingerencją instytucjonalną Unii Europejskiej w sposób organizacji krajowych systemów ochrony zdrowia wbrew postanowieniom traktatowym⁷.

Kamieniami milowymi były sprawy skierowane do TS przez obywateli Luksemburga Nicolasa Deckera i Raymonda Kohlla. Dotyczyły one zwrotu kosztów świadczeń medycznych, które zostały poniesione na terenie innego państwa członkowskiego, pomimo braku wcześniejszej zgody właściwych kas chorych, w

¹ Za: Sartori, Steffen M., Lamping M., Lehto J., *The Europeanization...*, s. 3.

² Steffen M., Lamping M., Lehto J., *The Europeanization...*, s. 4.

³ Bauer M. W., Knill C., Pitschel D., *Differential Europeanization in Eastern Europe. The impact of diverse EU regulatory governance patterns*, *European Integration*, 2007, 29 (4), s. 405-423.

⁴ Martinsen D., Vrangbæk K., *The Europeanization of health care governance. Implementing the market imperatives of Europe*, *Public Administration*, 2008, 86, (1), s. 169.

⁵ *Ibidem*, s. 175.

⁶ Kostera T., *Europeanizing healthcare. Cross-border patient mobility and its consequences for the German and Danish healthcare systems*, *Bruges Political Research Papers*, 2008, (7), s. 3.

⁷ Por. Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A., *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, Warszawa 2012, s. 327-333.

których byli ubezpieczeni, na kupno świadczeń za granicą¹. Orzeczeniem TS koszty świadczenia zostały obu obywatelom zwrócone według taryfy państwa, w którym świadczeniobiorcy byli ubezpieczeni².

Sprawa Vanbraekel dotyczyła braku zgody na operację ortopedyczną obywatelki Belgii, pani Descampes, we Francji ze względu na brak poparcia wniosku opinią lekarza, który posiadał stopień naukowy. Pomimo braku zgody pacjentka poddała się operacji za granicą, a po powrocie rozpoczęła sądowe starania o zwrot kosztów leczenia. Rodzimy sąd belgijski uznał jej roszczenia dotyczące zwrotu kosztów, jednak problem stanowiło to, według jakiej taryfy francuskiej czy belgijskiej należałoby go dokonać. Koszt operacji według taryf kraju ubezpieczenia był znacznie wyższy. Pomimo, że pacjentka zmarła w trakcie trwania procesu, Trybunał przyznał spadkobiercom prawo do zwrotu kosztów według belgijskiej taryfy³.

Dwie kolejne sprawy Geraets-Smits i Peerbooms dotyczyły odmowy pokrycia kosztów leczenia uzyskanego w innym państwie, niż to, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia. Obywatelka Holandii, Pani Smits chorująca od lat na chorobę Parkinsona nie uzyskała zgody na leczenie w szpitalu w RFN, który wykorzystywał niekonwencjonalne metody w leczeniu tej choroby. Odmowę umotywowano tym, że takie leczenie może być przeprowadzone w jednym z rodzimych (holenderskich) szpitali w odpowiednim czasie. W decyzji odmownej metody wykorzystywane przez szpital niemiecki zostały określone jako „nieużyteczne” i w konsekwencji nieakceptowane przez holenderskie środowisko lekarskie.

Holender Peerbooms wskutek wypadku samochodowego zapadł w śpiączkę. Odmówiono mu opłacenia kosztów leczenia w austriackiej klinice proponującej zastosowanie specjalnej terapii neurostymulacji. Metoda ta była postrzegana w Holandii jako eksperymentalna dla pacjentów poniżej 25 lat, dlatego koszty leczenia nie podlegały refundacji. Pacjent miał więcej niż 25 lat, lecz nie wyrażono zgody na zastosowanie u niego tej metody leczenia, dzięki której wyprowadzono go ze śpiączki podczas pobytu w klinice w Austrii. W obu sprawach Trybunał Sprawiedliwości UE odrzucił argumenty krajowych sądów, które odmówiły holenderskim pacjentom zwrotu kosztów leczenia⁴.

Kolejna sprawa dotyczyła obywatelki Holandii Pani Van Riet cierpiącej z powodu nawracającego bólu prawego nadgarstka, której odmówiono artroskopii w szpitalu belgijskim uzasadniając to możliwością wykonania zabiegu w kraju ubezpieczenia w terminie późniejszym. W rezultacie konieczne było wycięcie kości łokciowej, w celu złagodzenia bólu pacjentki. Czynności związane z przeprowadzeniem zabiegu miały miejsce w Belgii. Holenderska kasa chorych odmówiła pokrycia kosztów tej usługi. Podobnie pan Müller-Fauré nie wymagał natychmiastowej opieki będąc poza granicami państwa ubezpieczenia⁵. W obu tych sprawach TS dokonał rozróżnienia pomiędzy zabiegami świadczonymi przez szpitale i zabiegami świadczonymi przez lekarzy. Trybunał uznał konieczność wcześniejszej zgody w przypadku ubiegania się o zwrot kosztów leczenia szpitalnego.

Działania na szczeblu unijnym są ograniczone do ustanawiania programów zdrowia publicznego i motywacji do wyboru preferowanej polityki zdrowotnej⁶. Pomimo że Unia nie dysponuje prawnie usankcjonowaną możliwością wpływu na legislację dotyczącą zdrowia wykorzystuje inne mechanizmy, poprzez które wpływa na politykę zdrowotną państw członkowskich. Te mechanizmy to rynek wewnętrzny, kwestie społeczne, zdrowie publiczne, polityka gospodarcza i ekonomiczna. Działania związane z przenikaniem unijnych kompetencji w dziedzinie zdrowia na poziom państw członkowskich mogą sprzyjać pojawieniu się problemów, które z jednej strony będą wynikiem braku bezpośredniej władzy rządzącej, co

¹ Jasiński G., Unia Europejska. Świadczenia zdrowotne, [online] Meritum, 2003, (5), [dostęp: 5.12.2012], Dostępny w Internecie: <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil67/gazeta/numery/n2003/n200305/n20030504>.

² Por: Wyroki TS UE z dnia 28.04.1998 r. w sprawach C-120/95 i C-158/96 Kohll i Decker.

³ Por: Wyrok TS UE z dnia 12.07.2001 r. w sprawie C-368/98 Vanbraekel.

⁴ Por. Wyrok TS UE z dnia 12.07.2001 r. w sprawie C-157/99 Geraets-Smits i Peerbooms.

⁵ Por. Wyrok TS UE z dnia 13.05.2003 r. w sprawie C-385/99 Müller-Fauré.

⁶ Lear J., Mossialos E., EU Law and health policy in Europe, *Euro Observer*, 2008, 10 (3), s. 1.

w konsekwencji może skutkować brakiem jasno określonej hierarchii w procesie podejmowania decyzji dotyczących polityki zdrowotnej, z drugiej strony mogą być przyczyną problemów związanych z odpowiedzialnością i przejrzystością działań¹. Brak jasno określonej władzy legislacyjnej powoduje wykorzystanie tzw. miękkich mechanizmów prawnych, które w przeciwieństwie do tradycyjnych procesów legislacyjnych są mniej zhierarchizowane, bardziej elastyczne oraz nastawione w stronę osiągnięcia porozumienia.

Steffen postrzega Europeizację polityki zdrowotnej w kategoriach ambiwalentnego i niezwykle złożonego fenomenu funkcjonującego na różnych poziomach, w zróżnicowanych formach i dające różnorodne efekty². Ta ogólna definicja pozwala na rozumienie zjawiska w bardzo szerokim kontekście. Steffen wskazuje na cztery ujęcia procesu Europeizacji w odniesieniu do polityki zdrowotnej. Pierwsze, tradycyjne wiąże się z budowaniem instytucji na poziomie ponadnarodowym i kształtowaniem polityki za ich pośrednictwem. Jednak opieka zdrowotna wydaje mieć tu znaczenie marginalne, ponieważ państwa członkowskie postrzegają ją raczej jako rzeczywistą politykę krajową. Drugie, postrzega Europeizację jako proces adaptacyjny na poziomie krajowym, który modyfikuje wewnętrzne systemy, układy polityczne, polityki sektorowe, które pozostają pod wpływem działań unijnych. Ujęcie trzecie, polityczne, definiuje zjawisko jako wieloprzyczynowy fenomen będący wynikiem kompleksowych i dynamicznych procesów odgórnych i oddolnych. W konsekwencji unijne działania znacząco wpływają na krajowe polityki, podczas gdy rodzime podmioty zdrowotne interpretują te „impulsy” i przekładają je na płaszczyzny krajowe. W tym samym czasie mają tendencję do przenoszenia działań krajowych na poziom ponadnarodowy i starają się aktywnie wpływać na przebieg procesów na poziomie europejskim zgodnie z ich gospodarczymi interesami i politycznymi tradycjami³. Ostatnie ujęcie, określane jako „miękki wariant”, opiera się głównie na transferze idei i sposobie postrzegania problemów, niż na bezpośrednim wpływie na zmiany strukturalne lub polityczne na poziomie państw członkowskich⁴.

Börzel definiuje Europeizację jako proces, na mocy którego wewnętrzne dziedziny polityki stają się coraz częściej przedmiotem kształtowania polityki europejskiej⁵. Oznacza to, że elementem pierwotnym, inicjującym proces Europeizacji są państwa członkowskie, które wpływając na działania podejmowane na gruncie unijnym kształtują polityki pozostałych państw członkowskich.

Europeizacja w ujęciu Lawtona wyraża się przeniesieniem suwerenności jaką dysponują państwa członkowskie na poziom Unii Europejskiej i jest czymś odmiennym od zjawiska Europeifikacji, które oznacza w jego definicji podział władzy pomiędzy państwami członkowskimi a rządami krajowymi⁶. Jednak większość autorów, w tym Radaelli, to zwolennicy twierdzenia, że Europeizacja służy do wyjaśnienia skomplikowanego zakresu heterogenicznego, empirycznego fenomenu i procesu zmiany, który wiąże się z integracją europejską i przenikaniem wymiaru europejskiego na grunty krajowe⁷. W jego definicji na zjawisko Europeizacji składają się procesy „konstrukcji, dyfuzji oraz instytucjonalizacji formalnych i nieformalnych zasad, procedur, paradygmatów, określonych polityk, stylów, sposobów działania,

¹ Ibidem, s. 1.

² Steffen M., Lamping W., Lehto J., *The Europeanization...*, s. 3-6.

³ Za: Heritier, Putnam, Steffen M., Lamping W., Lehto J., *The Europeanization...*, s. 6.

⁴ Steffen M., Lamping W., Lehto J., *The Europeanization...*, s. 4-6.

⁵ Börzel T. A., *Towards convergence in Europe. Institutional adaptation to Europeanization in Germany and Spain*, *Journal of Common Market Studies*, 1999, 39 (4), s. 573-596.

⁶ Za: Lawton, Radaelli C. M., *Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change*, *European Integration online Papers*, 2000, 4, (8), [dostęp 5.12.2012], Dostępny w Internecie: <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2000-008.pdf>, s. 2.

⁷ Radaelli C. M., *Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change*, *European Integration online Papers*, 2000, 4, (8), [dostęp 5.12.2012], Dostępny w Internecie: <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2000-008.pdf>, s. 3.

podzielanych przekonań i norm, które najpierw są zdefiniowane i skonsolidowane w procesie politycznym na poziomie UE, a następnie inkorporowane w logikę krajowego dyskursu, tożsamości, struktur politycznych i polityki publicznej”¹. Radaelli skupia swoją uwagę na znaczeniu aktorów w procesie Europeizacji², dzięki którym możliwe jest zrozumienie wszystkich zachodzących mechanizmów. Takie podejście jest typowe dla prowadzenia socjologicznych analiz procesu Europeizacji.

Jak dotąd proces ten nie był szeroko opisywany w odniesieniu do polskiej polityki zdrowotnej. Analiza zjawiska europeizacji polskiej polityki zdrowotnej z pogranicza nauk społecznych i nauk o zdrowiu jest obecnie przygotowywana przez Kingę Zdunek w jej pracy doktorskiej zatytułowanej „Europeizacja polskiej polityki zdrowotnej. Analiza dyskursu politycznego”.

Literatura

1. Baeten R., Vanhercke B., Coucheir M., Europeanisation of national health care systems. Creative adaptation in the shadow of patient mobility case law, OSE Paper Series, 2012, (3), s. 1-30.
2. Bauer M. W., Knill C., Pitschel D., Differential Europeanization in Eastern Europe. The impact of diverse EU regulatory governance patterns, *European Integration*, 2007, 29 (4), s. 405-423.
3. Börzel T. A., Towards convergence in Europe. Institutional adaptation to Europeanization in Germany and Spain, *Journal of Common Market Studies*, 1999, 39 (4), s. 573-596.
4. Börzel T. A., Organizing Babylon. On the different conceptions of policy networks, *Public Administration*, 1998, 76, s. 253-273.
5. Grosse T. G., Europeizacja jako mechanizm władzy: przykład funkcjonowania strefy euro, *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Modernizacja dla spójności społeczno-ekonomicznej*, 2011, (19), s. 7-30.
6. Jasiński G., Unia Europejska. Świadczenia zdrowotne, [online] Meritum, 2003, (5), [dostęp: 5.12.2012], Dostępny w Internecie:
7. <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil67/gazeta/numery/n2003/n200305/n20030504>
8. Kamińska J., Europeizacja polskiej polityki zagranicznej, *Studia Europejskie*, 2008, 3, s. 23-38.
9. Kostera T., Europeanizing healthcare. Cross-border patient mobility and its consequences for the German and Danish healthcare systems, *Bruges Political Research Papers*, 2008, (7), s. 1-36.
10. Kostera T., *Unwelcome Europeanization. The development of European cross-border patient mobility*, Praca magisterska, Brugge, 2006-2007.
11. Lear J., Mossialos E., EU Law and health policy in Europe, *Euro Observer*, 2008, 10 (3), s. 1.
12. Martinsen D., Vrangbæk K., The Europeanization of health care governance. Implementing the market imperatives of Europe, *Public Administration*, 2008, 86, (1), s. 169-184.
13. Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T., Health systems governance in Europe. The role of European Union law and policy, [w:] *Health systems governance in Europe. The role of European Union law and policy*, Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T. (red), Cambridge 2010.
14. Nowak B., Riedel R., Europeizacja. Teorie, mechanizmy, agenda badawcza, [w:] *Polska i Europa Środkowa. Demokratyzacja. Konsolidacja. Europeizacja*, Nowak B., Riedel R. (red.), Lublin 2010, s. 213-223.
15. Owoc A., Bojar I., Owoc J., Pawełczak-Barszczowska A., Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Zainteresowanie i samoocena wiedzy badanych, *Zdrowie Publiczne* 2009, 119 (3), s. 239-242.
16. Radaelli C. M., Europeanisation. Solution or problem? *European Integration online Papers*, 2004, 8 (16), [dostęp 5.12.2012], Dostępny w Internecie: <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2004-016.pdf>.

¹ Za: Radaelli, Nowak B., Riedel R., Europeizacja. Teorie..., s. 214.

² Radaelli C. M., Europeanisation. Solution or problem? *European Integration online Papers*, 2004, 8 (16), [dostęp 5.12.2012], Dostępny w Internecie: <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2004-016.pdf>, s. 4.

17. Radaelli C. M., Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change, *European Integration online Papers*, 2000, 4, (8), [dostęp 5.12.2012], Dostępny w Internecie: <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2000-008.pdf>
18. Steffen M., Lamping W., Lehto J., *The Europeanization of health policies*, [w:] *Health Governance in Europe. Issues. Challenges. Theories*, Steffen M. (red.), Abingdon 2005.
19. Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisany w Lizbonie 13 grudnia 2007 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 203, poz. 1569).
20. Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A., *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, Warszawa 2012.
21. Wyrok TS UE z dnia 28.04.1998 r. w sprawach C-120/95 i C-158/96 Kohll i Decker.
22. Wyrok TS UE z dnia 12.07.2001 r. w sprawie C-368/98 Vanbraekel.
23. Wyrok TS UE z dnia 12.07.2001 r. w sprawie C-157/99 Geraets-Smits i Peerbooms.
24. Wyrok TS UE z dnia 13.05.2003 r. w sprawie C-385/99 Müller-Fauré.

Нова європейська політика в охороні здоров'я «Здоров'я – 2020»: регіональний та національний контекст

В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Глобальні виклики для громадського здоров'я та у III тисячолітті, обумовлені демографічними, соціальними, економічними, екологічними, технологічними, поведінковими та іншими чинниками, вимагають адекватної відповіді світового співтовариства та національних систем охорони здоров'я. Сучасні стратегії та програми дій повинні враховувати існуючі демографічні тренди, суспільні трансформації, наслідки економічної кризи, зміну парадигми здоров'я, епідемію ХНІЗ, катастрофічну поширеність чинників ризику, екологічні загрози, фінансові, кадрові та інші проблеми медичної галузі.

Глобальний тягар хвороб, багатофакторність його формування, нерівність у здоров'ї і його охороні вимагають стратегічного мислення, концептуального бачення шляхів подолання існуючих проблем, механізмів, технологій і методів боротьби із захворюваннями і зміцнення здоров'я.

У відповідь на нові виклики і загрози для громадського здоров'я у 2010 р. було прийнято рішення про розробку нової європейської політики «Здоров'я – 2020» в якості загальної стратегічної платформи в охороні здоров'я. Процес формування політики передбачав перегляд існуючих механізмів управління національними системами охорони здоров'я, вибір стратегії вдосконалення політики і оптимізації структур охорони громадського здоров'я, визначення пріоритетних напрямів та шляхів покращення медико-санітарного обслуговування населення. Він включав вдосконалення стратегічного керівництва, застосування інноваційних підходів, активне впровадження міжсекторальних стратегій, створення нових типів партнерств в інтересах здоров'я, підвищення узгодженості політики, інвестицій, дій всіх секторів і причетних структур за дотримання принципу соціальної справедливості.

В результаті тривалої роботи в 2012 р. затверджено стратегічні документи «Здоров'я – 2020: Основи політики і стратегія» та «Здоров'я – 2020: Основи Європейської політики в підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя», які пропонують оптимальні шляхи для вирішення комплексних завдань охорони здоров'я в XXI столітті. У них представлено контекстуальний аналіз, основні стратегії і втручання, які довели свою ефективність, необхідні фактичні дані і потенціал для здійснення політики, визначені два головні стратегічні напрями і відповідні їм чотири стратегічні пріоритетні сфери дій.

Загальними цілями політики «Здоров'я – 2020» є значне поліпшення здоров'я і підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності щодо здоров'я, зміцнення суспільної охорони здоров'я і забезпечення наявності стійких систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей.

Ціннісна основа нової політики базується на визнанні права на здоров'я невід'ємним правом кожної людини, принципах солідарності, загального і рівного доступу до послуг охорони здоров'я, справедливості, стійкості, якості, прозорості, підзвітності, захисті людської гідності і праві брати участь в прийнятті рішень. Чинники, які лежать в основі благополуччя і добробуту суспільства, визначають рівень здоров'я людей. Саме тому, стратегії, які враховують цей принцип, є більш ефективними.

Стратегічними завданнями цієї політики є поліпшення здоров'я для всіх і скорочення нерівностей в відношенні здоров'я, а також вдосконалення лідерства та колективного стратегічного управління в інтересах здоров'я. Чотири пріоритетні галузі стратегічних дій включають: інвестування у здоров'я на всіх етапах життя та розширення прав і можливостей громадян; вирішення актуальних проблем ЄР ВООЗ, що стосуються захворювань, зміцнення орієнтованих на людину систем охорони здо-

ров'я, потенціалу громадської охорони здоров'я, а також готовності до надзвичайних ситуацій, епід-нагляду та реагування, забезпечення стійкості місцевих громад та створення підтримуючого середовища.

Україна у відповідь на нові виклики і загрози, одна з перших серед країн Європейського регіону ВООЗ, почала розробку проекту Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» (Програма), в основу якої покладено стратегічні напрями державної політики в охороні здоров'я, враховані цілі, завдання, цінності та принципи нової європейської політики «Здоров'я – 2020». Розробка нового програмного документу здійснювалася відповідно до Концепції, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України. В основу обґрунтування проекту Програми покладено аналіз здоров'я і діяльності охорони здоров'я, встановлення пріоритетних проблем, ключових стратегій розвитку у відповідності з основними напрямками державної політики, врахування рекомендацій міжнародних організацій, кращого досвіду європейських країн, визначення принципів побудови програми, залучення до цієї роботи фахівців провідних наукових шкіл, головних позаштатних спеціалістів МОЗ України, визначення індикаторів успіху, проведення прогностичних розрахунків та встановлення прогностичних показників.

Принципами формування нової Програми стали відповідність пріоритетам державної політики, облік рекомендацій міжнародних і регіональних організацій в охороні здоров'я, а також досвіду різних країн, дотримання наступності, наукова обґрунтованість, прихильність базовим цінностям, міжсекторального підходу, пріоритетність профілактики, поліпшення детермінант здоров'я, спрямованість на зниження системних ризиків, збільшення інвестицій в здоров'я здорових, скорочення нерівності в охороні здоров'я, зміцнення орієнтованої на пацієнтів системи охорони здоров'я, розширення можливостей громад, посвята окремих років пріоритетному вирішенню найбільш важливих проблем охорони здоров'я.

Програма структурно складається з 13 розділів: державна політика з формування системи громадського здоров'я; формування здорового способу життя та підвищення мотивації населення до здорового способу життя; охорона навколишнього середовища, створення здорового середовища; інвестування в здоров'я людей; вдосконалення медичної допомоги населенню та профілактики неінфекційних захворювань; розвиток системи надання медичної допомоги; стратегічне управління; кадрове забезпечення; фінансові ресурси та управління ними; забезпечення лікарськими засобами, виробами медичного призначення та обладнанням закладів охорони здоров'я та пільгових груп населення; інформаційне забезпечення; розвиток науки і створення ефективної системи впровадження в практику сучасних інноваційних технологій; міжнародне співробітництво та партнерство.

До наукового обґрунтування та розробки проекту Програми було залучено науковців, менеджерів, організаторів та фахівців охорони здоров'я, інших причетних до вирішення проблем охорони здоров'я галузей, представників громадських і неурядових організацій, об'єднань пацієнтів тощо.

Цільовими орієнтирами Програми передбачається визначити збільшення СОТЖ до 72 років; зниження передчасної смертності на 10%; скорочення поширеності куріння на 36%; зменшення кількості випадків смерті від зловживання алкоголем на 20%; скорочення частоти абортів серед підлітків 15-17 років на 20%; поліпшення стану навколишнього середовища; зниження материнської смертності на 30% тамалюкової смертності на 20%; скорочення смертності від дорожньо-транспортних пригод на 30%; досягнення охоплення базовою вакцинацією дитячого населення до рівня 95%; підтвердження статусу території, вільної від поліомієліту; зниження рівня госпіталізації на 20%; збільшення своєчасності надання екстреної медичної допомоги 30%; зниження первинної інвалідності населення працездатного віку на 10%; доведення рівня укомплектованості штатних посад в первинній ланці до 100%; підвищення частки державних витрат на охорону здоров'я від ВВП до 5%.

Прийняття та реалізація Програми дозволять досягти стратегічних цілей України у сфері розвитку, забезпечити пріоритетність питань охорони здоров'я в соціальній політиці держави, належний

рівень здоров'я населення та здорові умови життя, сприятимуть підвищенню добробуту і благополуччя нації.

Działania reformujące ochronę zdrowia w Polsce w latach 1989-2012

Waldemar Wierzbą¹, Adam Wierzbą², Piotr Ruciński³, Rafał Radwański³

¹ Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi Wydział Zamiejscowy w Warszawie

² Fundacja Instytut Ochrony Zdrowia w Warszawie

³ Arion Szpitale Sp. z o. o. Lublin

Streszczenie: W pracy przedstawiono działania rządowe reformujące ochronę zdrowia w Polsce w latach 1989-2012 z uwzględnieniem nakładów finansowych na oddłużanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Pomimo podejmowania licznych działań restrukturyzacyjnych i wydatkowania ogromnych środków finansowych nie udało się osiągnąć zamierzonego celu jakim było zahamowanie zadłużania się SP ZOZ-ów.

Summary: The essay presents governmental actions reforming the healthcare services in Poland from year 1989 till 2012 including the costs spend on the reduction of debts of autonomous public healthcare institution (in Polish: "Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej – SP ZOZ"). Despite taking numerous restructuring attempts and spending large amounts of public funds, the planned aim – the prevention from further indebtedness of public healthcare facilities – was not achieved.

Wstęp

Przekształcenia systemowe w Polsce jakie nastąpiły na przełomie lat 80. i 90. XX wieku objęły cały szereg sfer działalności gospodarczej, niestety w małym stopniu dotyczyły one służby zdrowia, która od 1989 do 1999 roku pozostała zarówno pod względem struktury jak i jego efektywności pozostawała w prawie niezmienionej formie.¹ Opieka zdrowotna opierała się na modelu zakładu opieki zdrowotnej ukształtowanym w latach osiemdziesiątych i pozostawała w strukturach administracji rządowej, w imieniu której zarządzali i odpowiadali wojewodowie posiadający znaczne uprawnienia zarządcze i kontrolne.

1. Działania reformujące system w latach 1989-1999

Pierwszym aktem prawnym, który zmieniał dotychczasowy stan była ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 1989 r. Nr 41, poz. 324), która wraz z uchwaloną kilka miesięcy wcześniej ustawą z dnia 23 grudnia 1988 r. regulującą zasady działalności gospodarczej pozwoliły na rozwój prywatnych praktyk lekarskich.

Podstawowym i najważniejszym aktem prawnym z tego okresu była wielokrotnie w kolejnych latach (1991-2011) nowelizowana ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408). Przede wszystkim regulowała ona działalność zakładów opieki zdrowotnej oraz decentralizowała system poprzez wprowadzenie opieki zdrowotnej do listy zadań własnych gmin. Ustawa ta definiowała pojęcie zakładu opieki zdrowotnej i świadczenia zdrowotnego. Sankcjonowała powstawanie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłady publiczne mogły być prowadzone jako samodzielne pod względem gospodarki finansowej jednostki budżetowe. Niepubliczne zaś mogły być tworzone przez:

- 1) Kościoły i związki wyznaniowe,
- 2) Pracodawców,
- 3) Fundacje, związki zawodowe, samorządy zawodowe lub stowarzyszenia,

¹ M. Kachniarz, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2008 s. 15.

- 4) Krajowe lub zagraniczne osoby prawne lub osoby fizyczne (ale tą osobą prawną nie mógł być samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej),
- 5) Spółki niemające osobowości prawnej.

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, w odróżnieniu od publicznego nie posiadał osobowości prawnej ani zdolności sądowej, w tym zakresie korzystał on z osobowości prawnej organu założycielskiego.

Była to zdecentralizowana struktura podległa bezpośrednio administracji rządowej z finansowaniem budżetowym. Taki stan trwał w praktyce do 1999 roku, bez należytej kontroli finansowej celowości inwestycji i zakupów jak i kosztów bieżącego funkcjonowania, co spowodowało w konsekwencji powszechne zadłużenie, powszechne było też w tym okresie bezkarne zaciąganie kolejnych zobowiązań. W latach 1994 i 1995 dwukrotnie były przyznawane dotacje budżetowe na spłatę długów w kwocie 2 mld zł, a w 1997 roku Skarb Państwa przejął 1,7 mld długu. Kolejne oddłużenie, opiewające na kwotę ponad 8 mld nastąpiło w 1998 roku i było ostatnim przed wejściem w życie ubezpieczeniowego systemu finansowania opieki zdrowotnej.¹

Działaniem mającym duży wpływ na przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej był zapoczątkowany w kwietniu 1996 roku pilotażowo-wdrożeniowy program pt. „Zakład samodzielny”, na który w latach 1996-1998 przeznaczono rezerwy budżetowe w kwocie 604 mln zł pod tytułem restrukturyzacji zadłużenia tych zakładów.²

Podsumowując w latach 1991-1998 na pokrycie zadłużenia jednostek wtedy jeszcze służby zdrowia (obecnie mówimy o opiece zdrowotnej) Skarb Państwa wydał 11,7 mld zł.³ A efekty w skali kraju były daleko niezadawalające.

Działania reformujące ten system z ekonomicznego punktu widzenia były niezbędne.

Rozwiązaniem problemu wydawała się uchwalona w 1997 roku ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

2. Programy restrukturyzacji w okresie 1999-2004

Pierwszego stycznia 1999 roku zaczęła obowiązywać ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a już w kwietniu 1999 roku został przyjęty przez Radę Ministrów dokument pt. „Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia”, który był z modyfikacjami kontynuowany w kolejnych latach aż do 2003 roku, w którym przyjął on nazwę „Program działań osłonowych restrukturyzacji w ochronie zdrowia”.⁴ Ten ostatni miał już niższą rangę bowiem zatwierdzany był nie przez Radę Ministrów a jedynie przez Ministra Zdrowia.

Programy te określały zadania poszczególnym uczestnikom, ustalały harmonogramy i terminy składania wniosków o dotacje dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Na ich realizację planowano środki finansowe w ustawach budżetowych jako rezerwy celowe budżetu państwa.

Jako pierwszoplanowe działanie restrukturyzacyjne systemu w tym okresie stawiano zatrudnienie w samodzielnych zakładach i kolumnach transportu sanitarnego, a w następnej kolejności finansowanie inwestycji związanych z remontami i zakupami aparatury i sprzętu medycznego w celu podniesienia jakości świadczeń medycznych. O środki na restrukturyzację mogły ubiegać się samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jak i jednostki samorządu terytorialnego będące organami założycielskimi samodzielnych zakładów.

¹ M. Kachniarz, *Komercjalizacja...*, op. cit., s. 18-19.

² T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2010 s. 98.

³ Analiza wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 1998 r., Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 1999.

⁴ T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2010 s. 171.

Istotne w restrukturyzacji (zwolnieniach) zatrudnienia było to, że jeżeli redukcja dotyczyła więcej niż 10% załogi to podlegała formie „zwolnień grupowych” i szczególnym zasadom rozwiązywania z pracownikami stosunków z przyczyn zakładu (pracodawcy).¹

O przyznaniu środków na restrukturyzację decydowały: opinia wojewody (zespołu przy wojewodzie oraz ministra zdrowia (ekspertów w ministerstwie). Dodatkowo w województwach powołano pod przewodnictwem marszałków Regionalne Komitety Sterujące, które opiniowały i przyjmowały plany restrukturyzacyjne przygotowywane przez ekspertów z Regionalnych Grup Wsparcia.²

Wiele jednostek i samorządów kierowało postulaty dotyczące zdecentralizowania podziału środków co przyniosło w konsekwencji zmianę zasad podziału środków. Rozpoczęto tworzenie regionalnych programów restrukturyzacji dla poszczególnych województw. Na samo opracowanie programów restrukturyzacji wydano łącznie (płacone w 2000 r.) 4 mln 256 tys. zł.³

Na wniosek samorządów Minister Zdrowia opracował projekt programu osłonowego na 2000 rok.

W 2000 roku Minister Zdrowia realizował „Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych”, który polegał na podziale środków zaplanowanych w ustawie budżetowej z przeznaczeniem głównie na zmniejszenie zatrudnienia i zakupy aparatury medycznej a także likwidacji niektórych oddziałów w zakładach opieki zdrowotnej.⁴

Niestety rządowi zabrakło konsekwencji w restrukturyzacji zatrudnienia bowiem po serii protestów związkowych w grudniu 2000 r. uchwalono tzw. „ustawę 203” (ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 5, poz. 45)), która zmuszała samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej do podnoszenia zarobków pracownikom.

Rok 2001 charakteryzował się tym, że wrócono do przyznania większych kompetencji w podziale środków na przemiany wojewodom a program był kontynuacją z lat 1999-2000. Głównymi obszarami zmian były szpitale, podstawowa opieka zdrowotna, ratownictwo medyczne i specjalistyczna opieka ambulatoryjna. W 2001 r. pojawiła się możliwość tzw. szybkiej ścieżki finansowania likwidacji i restrukturyzacji zatrudnienia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.⁵

W 2002 roku podstawowym zadaniem było kontynuacja niezrealizowanych zadań z lat poprzednich. Dodatkowo w ramach działań osłonowych przyjęto programy:

1. Program dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych,
2. Pakiet aktywizacji zawodowej do ustawy o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarce, położnym i technikom medycznym oraz o umarzeniu tych kredytów.⁶

W roku 2003 i 2004 cele restrukturyzacji zostały określone inaczej niż w latach ubiegłych. Preferowane były programy restrukturyzacyjne zakładające działania mające na celu usprawnianie

1 *Ibidem*, s. 174.

2 W. Sidorowicz, *Uwagi o procesie przygotowywania Regionalnych Programów Restrukturyzacji – kryteria i doświadczenie*, Zdrowie i Zarządzanie, 2001, t. III, nr 1, s. 38-39.

³ Restrukturyzacja 2000: *Stawiam na samorzady*, Służba Zdrowia 2000, nr 44-45.

⁴ Ministerstwo Zdrowia, *Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych*, Warszawa 2000, s.7.

⁵ Ministerstwo Zdrowia, *Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2001. Kontynuacja programu z roku 1999 2000*, Warszawa 2001, s. 3.

⁶ Ministerstwo Zdrowia, *Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2002*, Warszawa 2002, s. 1.

procesów zarządzania, procesów podejmowania decyzji, wdrażanie systemów zarządzania jakością, podnoszenia jakości obsługi pacjenta.¹

3. Działania restrukturyzacyjne w latach 2005-2012

Pomimo licznych działań podejmowanych w latach poprzednich sytuacja finansowa zakładów opieki zdrowotnej (szczególnie szpitali) nie poprawiała się. Zadłużenie systematycznie narastało i było nierównomierne na obszarze kraju. Jak pokazują dane w tabeli nr 2, wymagalny dług zakładów wynosił 5 mld 840 876 mln zł, i był największy w województwie dolnośląskim.²

22 marca 2005 roku Sejm przyjął ustawę o restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, która nie odegrała żadnej znaczącej roli w procesie zmian systemowych w ochronie zdrowia, podobnie jak Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. z 2006 r. Nr 149, poz. 1076).

Dopiero gdy zaczęła obowiązywać od 20 maja 2005 r. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 78, poz. 684) pojawiła się nowa jakość. Ustawa ta stanowiła duży krok naprzód w stosunku do dotychczasowego podejścia do kwestii zadłużania zakładów, ponieważ nie wprowadzała następnego oddłużenia (jak to było w ubiegłych latach), ale dawała możliwości oddłużenia, proponując pewne mechanizmy restrukturyzacyjne wymuszające podjęcie przez zakłady szereg działań naprawczych prowadzących do poprawy gospodarki finansowej.

Tabela nr 2. Zobowiązania wymagalne SP ZOZ w województwach (nadzień 31 grudnia 2003 r. i 31 grudnia 2004 r.)

L.p.	Województwo	Zobowiązania wymagalne		Dynamika 2004 / 2003
		31.12.2003 r.	31.12.2004 r.	
1.	Dolnośląskie	953 074	1 125 154	118%
2.	Kujawsko-Pomorskie	196 409	245 951	125%
3.	Lubelskie	268 398	347 993	130%
4.	Lubuskie	325 122	421 872	130%
5.	Łódzkie	553 312	621 134	112%
6.	Małopolskie	125 774	283 164	225%
7.	Mazowieckie	390 382	617 378	158%
8.	Opolskie	87 308	86 105	99%
9.	Podkarpackie	138 559	105 840	76%
10.	Podlaskie	177 077	153 121	86%
11.	Pomorskie	356 254	458 126	129%
12.	Śląskie	184 543	443 766	240%
13.	Świętokrzyskie	212 417	245 132	115%
14.	Warmińsko-Mazurskie	106 437	117 595	110%
15.	Wielkopolskie	67 525	138 239	205%
16.	Zachodniopomorskie	160 691	178 101	111%
17.	MON	113 654	119 460	105%
18.	MSWiA	94 115	132 746	141%
	Razem	4 511 051	5 840 876	129%

Źródło: Dane przesyłane do Ministerstwa Zdrowia przez Wojewodów.

¹ Ministerstwo Zdrowia, *Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2003*, Warszawa 2003, s. 2.

² Ministerstwo Zdrowia, *Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia*, Warszawa 2005, s. 6.

Ustawa ograniczała się jednakże do restrukturyzacji mikroekonomicznej, czyli na poziomie pojedynczych zakładów, nie odnosiła się zupełnie i pomijała istotny problem restrukturyzacji w skali województwa czy kraju.¹

Ustawa dawała możliwość uzyskania środków finansowych na restrukturyzację w postaci:

1. Zaciągnięcia pożyczki,
2. Emisji obligacji,
3. Zaciągnięcia kredytów bankowych,
4. Występowania do jednostek samorządu terytorialnego o udzielanie poręczenia spłaty należności głównej od wyemitowanych obligacji,
5. Występowania do Banku Gospodarstwa Krajowego (BGK) o udzielenie poręczenia zapłaty odsetek od obligacji ze środków własnych.

Zdecydowanie najczęściej SPZOZ korzystały z możliwości pożyczki (z puli 2,2 mld zł przeznaczonych na restrukturyzację), dlatego też kwoty pożyczek i przepisy ich dotyczące nowelizowane były w kolejnych latach tj. w 2006, 2007 i 2008 roku.²

Ustawa nie zapomniała o niezadłużonych szpitalach dając również im możliwość dotacji, jednakże kwoty tych dotacji były nieporównywalnie mniejsze, co było w kontekście zadłużonych odbierane jako swoista „kara” dla dyrektorów (dobrze zarządzających), których jednostki nie miały długów na koniec 2004 r.³

Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 78 poz. 684) uchwalona w 2005 r. nowelizowana była (jak już wspomniano wyżej w części dotyczącej kwot pożyczek) w innych zakresach niż kwoty pożyczek sześciokrotnie w latach 2006, 2007, 2008, dwukrotnie w 2009 r. i w 2011 r.⁴

W momencie wejścia w życie zapisów ustawy (koniec drugiego kwartału 2005 r.) wartość zobowiązań wymagalnych zakładów publicznych wynosiła ponad 6 239,6 mln zł. W skutek działania ustawy na koniec 2005 r. wartość ta spadła do kwoty 4 933,6 mln zł. Po kolejnym roku 2006 działania przepisów pomocowych zadłużenie publicznych zakładów zmniejszyło się do 3723,8 mln zł i konsekwentnie spadało w latach kolejnych latach (Tabela nr 3) co można ocenić jako bardzo pozytywne skutki działania zapisów tej ustawy.⁵

Tabela nr 3. Dynamika zobowiązań wymagalnych SP ZOZ

ROK	2004 r.	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Kwota w mln zł	5872,3	4 933,6	3723,8	2666,2	2338,6	2310,2

Źródło: Na podstawie „Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2009.

Wielkość zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej objętych procesem restrukturyzacji finansowej ogółem opiewała na kwotę ponad 4,1 mld zł. Podział środków wyglądał następująco:

- a) 2 mld zł przyznano 447 zakładom na zawarcie ugód cywilnoprawnych;
- b) 1,3 mld zł uległo umorzeniu lub spłacie w tym zobowiązania wobec Skarbu Państwa;
- c) 764 mln zł przekazano na zobowiązania wynikające z indywidualnych roszczeń pracowników wynikające z tzw. ustawy 203. Roszczenia te zostały zaspokojone w pełni do 31 stycznia 2008 r.

¹ W. Misiński, *Proces transformacji własnościowej i restrukturyzacji zadłużenia SPZOZ-ów w świetle propozycji rządowych, uwarunkowań instytucjonalnych i konsensusu waszyngtońskiego, Polityka Zdrowotna, t. III. Status, rola i miejsce świadczeniodawców na polskim rynku ochrony zdrowia*, Wyd. KIU, Warszawa 2005, s. 33.

² T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2010 s. 221.

³ *Ibidem*, s. 223.

⁴ <http://isap.sejm.gov.pl/>

⁵ Ministerstwo Zdrowia, *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa*, Warszawa, 2009.

Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej umożliwiła zamknięcie problemu indywidualnych roszczeń pracowników wynikające z art. 4a ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw („ustawa” 203”) (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2, z późn. zm.), i w tym zakresie spełniła swoje zadanie.¹

Natomiast w zakresie dotacji dla niezadłużonych zakładów opieki zdrowotnej na procesy restrukturyzacyjne przyznano środki w trzykrotnie mniejszej wysokości niż zgłaszali zapotrzebowanie świadczeniodawcy i stanowiły one tylko ósma część kwoty przeznaczonej na same pożyczki dla zakładów zadłużonych co spotkało się z niezadowoleniem czołowych menadżerów w opiece zdrowotnej i było czynnikiem demotywacyjnym dla inicjatyw dalszego doskonalenia zarządzania w tych jednostkach.²

Do roku 2011 organy założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej miały możliwości restrukturyzacyjne wynikające ze „starej” ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. wielokrotnie nowelizowanej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408).

Pierwszego lipca 2011 roku weszła w życie uchwalona przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej 15 kwietnia 2011 r. Ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654), której jednym z podstawowych założeń jest możliwość przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego bez konieczności likwidacji zakładu.

Ustawa ta już 14 czerwca 2012 r. doczekała się pierwszej nowelizacji (Dz. U. z 2012 r. nr 0 poz. 742) co świadczy pośrednio o jakości tworzonego prawa w zakresie ochrony zdrowia a także jak wynika z danych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wszystkie liczne podejmowane działania nie przynoszą zamierzonych skutków bowiem zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej we wszystkich województwach stale rosną (Tabela nr 4).

4. Rządowe wsparcie ekonomiczne dla restrukturyzacji-Plan „B”

Przekształcenia SP ZOZ w spółki do 2009 r. przebiegały tak powolnie, że utrwalił się nawet w potocznym języku zwrot „pełzająca komercjalizacja”³. Przyczyn takiego stanu rzeczy było wiele. Główne z nich to brak woli politycznej większości jednostek samorządu terytorialnego (JST), brak centralnej koordynacji i wsparcia ustawowego oraz duży opór społeczny. Paradoksalnie restrukturyzacja przez likwidację i przejęcie długów przez organ założycielski (w potocznym języku nazywana „komercjalizacją SP ZOZ”⁴) najbardziej opłacała się szpitalom, które były we względnie dobrej sytuacji finansowej bo miały niewielkie zadłużenie, a decyzja o „komercjalizacji” podejmowana była w celu zapobieżenia narastaniu zadłużenia.

Szpitaly o większym zadłużeniu miały w tym czasie bardzo poważne trudnienia ekonomiczne w restrukturyzacji wynikające z zapisu art. 60 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁵, który stanowił, że dług likwidowanego zakładu staje się zobowiązaniem jego organu założycielskiego. W praktyce przeszkodą w decyzji o likwidacji zadłużonego szpitala były zapisy ustawy o finansach publicznych⁶, które określały maksymalny poziom zadłużenia JST na 60% wykonanych dochodów tej jednostki w roku budżetowym (art. 170 ust. 1 te same ustawy). W wielu przypadkach dług szpitala był tak duży, że znacznie przewyższał poziom 60% i nie samorządy nie mogły przekształcać SP ZOZ przez likwidację.

¹ T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2010 s. 227.

² T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2010, s. 222.

³ M. Kachniarz, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2008, s. 38.

⁴ Takie sformułowanie zostało powszechnie przyjęte w odniesieniu do zoz-ów, mimo, że *de facto* nie była to komercjalizacja w rozumieniu przepisów prawa (omówiono to zagadnienie w rozdziale 2.3.2).

⁵ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

⁶ Ustawa o finansach publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 249, poz. 2104).

Powyższe czynniki powodowały, że samorządy przekształciły w spółki niecałe 10% szpitali.¹ W celu przyspieszenia „pełzającej komercjalizacji” przygotowany został program pt. „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”², który został przyjęty uchwałą Rady Ministrów 27 kwietnia 2009 r. i miał być znaczną zachętą ekonomiczną (dotacje) dla samorządów do dobrowolnego podejmowania działań restrukturyzacyjnych. Program ten określany jest jako „rządowy plan B”.³ Wsparcie finansowe eliminowało przeszkody wynikające z wyżej wymienionych ustaw.

Plan ten realizowany jest do dnia dzisiejszego (wrzesień 2012 r.), ale nie przynosi większej ilości przekształceń szpitali i jego efekty są dalekie od spodziewanych przez Ministerstwo Zdrowia, które spodziewało się w okresie 2009-2011 dobrowolnego przekształcenia w spółki (i oddłużenia) kilkuset szpitali w skali kraju.⁴

Tabela nr 4. Zobowiązania SPZOZ w latach 2004-2012 w podziale na województwa, MON i MSW w mln zł

Województwo	2004 r.	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.	I kw. 2012
Dolnośląskie	1 421,50	1 488,70	1 416,90	1 160,90	1 023,50	904,2	831,1	765,9	784,9
Kujawsko-Pomorskie	427,7	464	517,9	444,9	454,4	428,3	503,1	602,5	628,7
Lubelskie	532,1	531,7	562,4	510,5	636,6	699,1	766,2	803,8	826,7
Lubuskie	535,8	599	649,9	571,2	491,9	458,8	387,7	385,9	392,7
Łódzkie	877,4	978,8	1 001,80	918,7	1 029,20	770,1	674,3	747,5	736,5
Małopolskie	606,6	673,3	669,5	643,1	676,8	666,7	692,7	704,4	732,6
Mazowieckie	1 037,40	1 217,00	1 204,20	1 292,10	1 484,50	1 505,60	1 637,60	1 598,80	1 628,70
Opolskie	169,2	165,8	120,6	107	129,8	116,9	114,1	120,7	131,3
Podkarpackie	301,3	340,7	340,2	318,4	361	374,3	432,3	479,2	471,7
Podlaskie	269,3	279,5	256,5	238	258	292,4	331,2	364,7	366,1
Pomorskie	688,2	836,7	955,2	860,8	827,2	709,5	668,1	668,9	665,3
Śląskie	947	993,7	1 056,10	997,7	1 064,00	1 087,00	1 200,20	1 303,50	1 331,90
Świętokrzyskie	366,8	374,9	337,4	308	288	286	327,4	344,1	351
Warmińsko-Mazurskie	226	220,6	194,6	178,4	182,2	187,7	182	171,5	179,3
Wielkopolskie	333,6	376,4	391,1	371,8	447,4	514,3	562,9	618,8	631,6
Zachodniopomorskie	302,8	318,1	323,6	284,9	236,9	244,1	264,5	297	283,2
MON	201,3	180,1	167	130,2	142,5	152,6	177	179,2	188,4
MSW	206	234,5	219,4	226,7	245,7	230,3	210,8	227,4	225,7
RAZEM	9 450,10	10 273,60	10 384,20	9 563,30	9 979,70	9 627,60	9 963,10	10 383,90	10 556,60

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia, 2012; www.mz.gov.pl

Wykaz źródeł:

1. Ministerstwo Zdrowia, Program pt. „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, Warszawa 2009.
2. M. Kachniarz, Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2008
3. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.)
4. Ustawa o finansach publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 249, poz. 2104).
5. T. Karkowski, Restrukturyzacja szpitali, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2010
6. <http://isap.sejm.gov.pl/>
7. Ministerstwo Zdrowia, Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa, Warszawa, 2009.

¹ Gazeta Wyborcza, *Jak dotąd samorządy przekształciły w spółki 10%*, 18 marca 2011r.

² Ministerstwo Zdrowia, Program pt. „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, Warszawa 2009.

³ M. Kachniarz, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2008, s. 39.

⁴ *Ibidem*, s. 40

8. W. Misiński, Proces transformacji własnościowej i restrukturyzacji zadłużenia SPZOZ-ów w świetle propozycji rządowych, uwarunkowań instytucjonalnych i konsensusu waszyngtońskiego, Polityka Zdrowotna, t. III. Status, rola i miejsce świadczeniodawców na polskim rynku ochrony zdrowia, Wyd. KIU, Warszawa 2005.
9. Ministerstwo Zdrowia, Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2003, Warszawa 2003
10. Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia, Warszawa 2005
11. Restrukturyzacja 2000: Stawiam na samorządy, Służba Zdrowia 2000, nr 44-45
12. Ministerstwo Zdrowia, Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych, Warszawa 2000
13. Ministerstwo Zdrowia, Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2001. Kontynuacja programu z roku 1999 2000, Warszawa 2001
14. Ministerstwo Zdrowia, Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2002, Warszawa 2002
15. Analiza wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 1998 r., Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 1999.
16. W. Sidorowicz, Uwagi o procesie przygotowywania Regionalnych Programów Restrukturyzacji – kryteria i doświadczenie, Zdrowie i Zarządzanie, 2001, t. III, nr 1
17. Gazeta Wyborcza, Jak dotąd samorządy przekształciły w spółki 10% , 18 marca 2011r.

Ocena trendów umieralności w województwie łódzkim w latach 1999-2008 na tle Polski i Unii Europejskiej

Małgorzata Pikala, Irena Maniecka-Bryła

Zakład Epidemiologii i Biostatystyki. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

Streszczenie

Wstęp: Województwo łódzkie charakteryzuje się najkrótszym trwaniem życia mieszkańców i najwyższymi współczynnikami umieralności w Polsce.

Cel: Celem pracy jest porównanie trendów umieralności w województwie łódzkim, Polsce i w Unii Europejskiej w latach 1999-2008 oraz wskazanie tych problemów zdrowotnych, które są w największym stopniu odpowiedzialne za niekorzystne różnice w umieralności mieszkańców województwa łódzkiego w porównaniu z Polską i Unią Europejską.

Materiał i metody: Materiał do badania stanowiła baza danych utworzona na podstawie 313 144 kart zgonów mieszkańców województwa łódzkiego w latach 1999-2008. Liczba ta obejmuje wszystkie zgony mieszkańców województwa łódzkiego w analizowanym 10-letnim okresie, a więc badanie ma charakter wyczerpujący. Standaryzacja współczynników zgonów została przeprowadzona metodą bezpośrednią, jako standard przyjęto populację europejską. Analiza trendów czasowych przeprowadzona została za pomocą modeli joinpoint. Oszacowane zostały średnioroczne procentowe tempa zmian.

Wyniki: Standaryzowane współczynniki zgonów w województwie łódzkim zmniejszały się w latach 1999-2008 w tempie – 1,5% rocznie, wolniej w grupie mężczyzn (-1,0%) niż w grupie kobiet (-2,1%). W roku 2008 ich wartości wynosiły 127,2 na 10 tys. mężczyzn i 63,7 na 10 tys. kobiet. SDR wg najczęstszych przyczyn zgonów wynosiły w 2008 roku: z powodu ChUK: 38,7 na 10 tys. (w tym: choroba niedokrwienna serca 8,1, choroby naczyń mózgowych 10,0, inne choroby serca 11,2), z powodu nowotworów złośliwych 20,7 na 10 tys. (w tym: tchawicy, oskrzeli i płuc 4,9, gruczołu krokowego 2,2 na 10 tys. mężczyzn, sutka 2,0 na 10 tys. kobiet), z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów 7,2 na 10 tys. (w tym: wypadki komunikacyjne 1,9, samobójstwa 1,6).

Wnioski: Wartości współczynników zgonów mężczyzn w województwie łódzkim są najwyższe w Polsce, zaś tempo ich spadku jest niższe niż w Polsce i w UE, co powoduje dalsze pogłębianie się różnic w tym zakresie. W grupie kobiet najwyższym w Polsce wartościom SDR towarzyszyło szybsze niż w Polsce i UE tempo ich spadku. Największe różnice w umieralności na niekorzyść mieszkańców województwa łódzkiego w porównaniu z UE-15 dotyczyły chorób układu krążenia, w tym zwłaszcza grupy innych chorób serca oraz chorób naczyń mózgowych, a także nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc, żołądka, szyjki macicy oraz wypadków komunikacyjnych i samobójstw.

Słowa kluczowe: trendy umieralności, standaryzowane współczynniki zgonów, przyczyny zgonów, województwo łódzkie

Оцінка трендів смертності в Лодзькому воєводстві в 1999-2008 роках у порівнянні з даними у Польщі і Європейському Союзі

Малгожата Пікала, Ірина Манієцька-Брыла

Підприємство Епідеміології і Біостатистики. Медичний Університет в Лодзі, Лодзь, Польща

Анотація

Вступ: Лодзьке воєводство характеризується найкоротшою тривалістю життя мешканців і найвищим рівнем смертності в Польщі.

Мета: Метою роботи є порівняння трендів смертності у Лодзькому воєводстві, Польщі і Європейському Союзі в 1999-2008 роках та вибір основних причин, які в найбільшій степені сприяли негативним відмінностям у рівні смертності мешканців Лодзького воєводства.

Матеріал і методи: Матеріал дослідження слугувала база даних, створена на підставі 313144 посвідчень про смерть мешканців Лодзького воєводства у 1999-2008 роках. Враховано всі випадки смерті за цей 10-річний період, отже дослідження має вичерпний характер. Стандартизація причин смерті була проведена безпосереднім методом, як стандарт прийнято європейську популяцію. Аналіз тимчасових трендів був проведений за допомогою моделей joinpoint. Середньорічні темпи змін були оцінені у процентах.

Результати: Стандартизовані причини смертей у Лодзькому воєводстві зменшились у 1999-2008 роках на 1,5%, менше у чоловіків (-1,0%) ніж серед жінок (- 2,1%). В 2008 році рівень смертності складав 127,2 на 10 тис. чоловіків і 63,7 на 10 тис. жінок. Найчастішою причиною смерті у 2008 році були - хвороби системи кровообігу: 38,7 на 10 тис. (в тому: хвороба інфаркт міокарду 8,1, інсульт 10,0, інші хвороби серця 11,2), злоякісні новоутворення: 20,7 на 10 тис. (в тому числі: трахеї, бронхів і легенів - 4,9, передміхурової залози - 2,2 на 10 тис. чоловіків, грудної залози - 2,0 на 10 тис. жінок), зовнішні причини смерті 7,2 на 10 тис. (у тому числі: транспортні випадки - 1,9, самогубства - 1,6).

Висновки: Рівень смертності чоловіків в Польщі є найвищим у Лодзькому воєводстві, а темпи зниження є найнижчими як у цілому в Польщі та ЄС, що спричиняє подальше зростання відмінностей у цій сфері. Серед жінок найвищий рівень смертності у цьому воєводстві від ХСК супроводжувався швидшим темпом зниження, ніж в Польщі і ЄС. Найбільші відмінності в смертності мешканців Лодзького воєводства в порівнянні з UE- 15 стосувалися хвороб серцево-судинної системи, особливо групи інших хвороб серця та судин мозку, а також злоякісних новоутворень трахеї, бронхів і легенів, шлунку, шийки матки і транспортні випадків та самогубств.

Ключові слова: тренди смертності, стандартизовані фактори смертей, причини смертей, Лодзьке воєводство

The evaluation of mortality trends in the Łódź province in 1999-2008 in Poland and European Union

Summary

Introduction: The Łódź province is characterized with the shortest lifespan and the highest death rates in Poland.

Aim: The aim of the work was to compare mortality trends in the Łódź province, Poland and the European Union in 1999-2008 and identify factors which mostly contribute to such huge differences in the mortality rates between Poland and the European Union.

Materials and methods: The study material was a database bearing information on the death certificates of 313 144 citizens of the Łódź province issued in 1999-2008. The number refers to all citizens of the Łódź province who died in this ten-year period. The authors carried out standardization with the use of the direct method. European population was adopted as standard. Joinpoint models were used in order to conduct the time-trend analysis. The authors also estimated the annual percentage change.

Results: The standardized death rate (SDR) for the Łódź province decreased in 1999-2008 annually on average by -1.5%. The process was slower in males (-1.0%) than in females (-2.1%). In 2008 the SDR was 127.2 per 10,000 males and 63.7 per 10,000 females. In 2008 cardiovascular diseases contributed to the highest mortality rate, i.e. 38.7 per 10,000 citizens (including : myocardial ischemia – 8.1, diseases of the cerebral vessels – 10.0, other heart diseases – 11.2). Next were malignant neoplasms – 20.7 per 10,000 citizens (including neoplasms of: the trachea, bronchus and lung – 4.9, the prostate – 2.2 per 10,000 males, the breast – 2.0 per 10,000 females). External causes contributed to the SDR equal 7.2 per 10,000 citizens (including: road traffic accidents – 1.9, suicides – 1.6).

Conclusions: Death rates in males in the Łódź province are the highest in Poland and the pace of their drop is slower than in Poland and the European Union, which contributes to more and more huge differences in this trend. With regards to females, the SDR was dropping more rapidly in comparison with Poland and the European Union. The greatest differences in the death rate between the Łódź province and the 15 EU member states were caused by cardiovascular diseases , especially other heart diseases and diseases of the cerebral vessels as well as malignant neoplasms of the trachea, bronchus and lung, the stomach, the cervix and also road traffic accidents and suicides.

Keywords: mortality trends, standardized death rates, death causes, Lodz region

Wstęp

Porównanie przeciętnego dalszego trwania życia w krajach europejskich wskazuje na to, że pomimo wielu pozytywnych zmian w stanie zdrowia ludności, jakie zachodzą w Polsce i innych krajach „nowej” Unii

Europejskiej, w dalszym ciągu istnieją wyraźne nierówności w stanie zdrowia na niekorzyść Europy Środkowo-Wschodniej [1].

Długość życia mieszkańców Polski od 1991 roku systematycznie wzrasta. W 2008 roku przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wynosiło 71,3, zaś kobiet 80,0 lat. W latach 1991-2008 nastąpił przyrost długości trwania życia mężczyzn o 5,2 roku, a kobiet o 4,7 roku [2]. Pomimo tych pozytywnych zmian, stan zdrowia ludności Polski mierzony długością trwania życia nadal odbiega niekorzystnie od sytuacji obserwowanej w większości krajów europejskich. Wśród 43 krajów Polska pod tym względem zajmuje miejsce dopiero w trzeciej dziesiątce. Wśród mężczyzn najdłużej żyją mieszkańcy Islandii (79,6 lat) i Szwajcarii (79,5), najkrócej mieszkańcy Rosji i Ukrainy – niespełna 62 lata. Polska zajmuje 29. miejsce, tracąc do najdłużej żyjących w Europie mężczyzn ponad 8 lat. Wśród kobiet najbardziej długowieczne w Europie są Szwajcarki, Francuzki, Hiszpanki i Włoszki, żyjące przeciętnie ponad 84 lata. Najkrócej żyją Mołdawianki, Rosjanki i Ukrainki – poniżej 74 lat. Polki zajmują 24. miejsce w Europie z przeciętną długością życia krótszą od najdłużej żyjących Europejek o ponad 4 lata [3].

Mieszkańcy województwa łódzkiego żyją najkrócej w Polsce. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w województwie łódzkim w 2008 roku wynosiło 69,1 lat i było o ponad 2 lata krótsze od średniej dla Polski, a o ponad 7,3 lat krótsze od przeciętnej długości życia w 27 krajach Unii Europejskiej. W przypadku kobiet najgorsza sytuacja również występowała w województwie łódzkim. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w 2008 roku wynosiło 78,9 lat i było o 1,1 roku krótsze niż przeciętne w Polsce i o ponad 3,5 roku krótsze niż w 27 krajach Unii Europejskiej [4]. Wartości przeciętnego dalszego trwania życia bezpośrednio zależą od natężenia umieralności.

Celem pracy jest porównanie trendów umieralności w województwie łódzkim, Polsce i w Unii Europejskiej w latach 1999-2008 oraz wskazanie tych problemów zdrowotnych, które są w największym stopniu odpowiedzialne za niekorzystne różnice w umieralności mieszkańców województwa łódzkiego w porównaniu z Polską i Unią Europejską.

Materiał i metody

Materiałem badawczym była baza danych utworzona na podstawie informacji przeniesionych z 313 144 kart zgonów województwa łódzkiego w okresie od 1 stycznia 1999 do 31 grudnia 2008 roku, udostępnionych na potrzeby badania przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi i Departament Informacji Głównego Urzędu Statystycznego. Aby wyeliminować wpływ różnic w strukturze wieku na poziom współczynników zgonów, obliczone zostały standaryzowane współczynniki zgonów (SDR – Standardized Death Rate) według standardowej populacji europejskiej. Standaryzacja została przeprowadzona metodą bezpośrednią.

Analiza trendów czasowych przeprowadzona została za pomocą modeli joinpoint i programu Joinpoint Regression – oprogramowania opracowanego przez U.S. National Cancer Institute w ramach programu Surveillance, Epidemiology and End Results [5]. Metoda ta stanowi rozszerzenie regresji prostoliniowej do modelu, w którym trend czasowy jest wyrażony prostą łamaną, czyli ciągiem odcinków połączonych ze sobą w punktach (joinpoint), w których trend zmienia swoją wartość w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$). Oszacowane zostały średnioroczne procentowe tempo zmian współczynników zgonów (APC – annual percentage change) dla każdego odcinka prostych łamanych.

Dane o zgonach w innych krajach europejskich zaczerpnięto z internetowych baz danych Europejskiego Urzędu Statystycznego – Eurostat. Do porównań Polski i województwa łódzkiego z resztą Europy, ze względu na duże różnice we współczynnikach umieralności w poszczególnych krajach europejskich, zostały one podzielone na 3 grupy: kraje „starej” Unii Europejskiej (UE-15), „nowej” Unii Europejskiej (UE-12) oraz 27 krajów Unii Europejskiej razem (UE-27).

Wyniki

W województwie łódzkim, podobnie jak w Polsce i w trzech analizowanych grupach krajów europejskich, w całej analizowanej dekadzie zaobserwowany został spadek standaryzowanych współczynników zgonów, jednak ich poziom oraz tempo spadku znacznie się różniły (Rycina 1). Najniższe wartości współ-

czynników występowały w grupie 15 krajów starej Unii Europejskiej, najwyższe – w województwie łódzkim. W pierwszej części dekady wartości współczynników zgonów dla 12 krajów nowej Unii były wyższe niż w województwie łódzkim, jednak tempo spadku dla UE-12 było nieco szybsze i w 2006 roku linie trendu się przecięły. W Polsce szybki spadek współczynnika zgonów występujący w latach 1999-2001 uległ statystycznie istotnemu spowolnieniu po 2001 roku z wartości $-3,9\%$ do $-1,4\%$ rocznie. W 2008 roku współczynnik zgonów w województwie łódzkim był wyższy od współczynnika w UE-15 o 62,5%, zaś tempo spadku wynosiło $-1,5\%$ rocznie i było niższe niż w UE-12, UE-15 i UE-27. Przy zachowaniu takiego tempa wartość współczynnika zgonów, jaka występowała w grupie UE-15 w 2008 roku, w województwie łódzkim zostałaby osiągnięta za ponad 20 lat.

Tendencje te nie były jednakowe dla obu płci. Znacznie gorsza dla województwa łódzkiego sytuacja występowała w grupie mężczyzn, gdyż wartości współczynników były najwyższe, a tempo spadku wynosiło $-1,0\%$ i było najwolniejsze spośród wszystkich pięciu analizowanych obszarów (Rycina 2). Jeżeli tempo spadku umieralności mężczyzn nie zmieniłoby się, obecny poziom umieralności jaki występuje w UE-15, osiągnięty zostałby w Polsce za ponad 30, a w województwie łódzkim za około 40 lat. W stosunku do wszystkich 27 krajów Unii Europejskiej dystans dzielący Polskę od ich obecnej sytuacji przy zachowaniu obecnego tempa spadku wynosi 26 lat, województwo łódzkie – 36 lat.

Nieco lepsza sytuacja występowała w grupie kobiet. Wartości standaryzowanych współczynników zgonów kobiet w województwie łódzkim były niższe niż w 12 krajach nowej Unii Europejskiej, zaś tempo spadku wynoszące $-2,1\%$ rocznie było najszybsze spośród wszystkich pięciu analizowanych obszarów (Rycina 3). Tempo spadku współczynników zgonów kobiet w Polsce, podobnie jak w grupie mężczyzn, uległo znacznemu spowolnieniu po 2001 roku, jednak nadal było nieco wyższe niż w grupie UE-15. Nadwyżka umieralności kobiet w Polsce i w województwie łódzkim w stosunku do średniej dla UE-15 ulega więc systematycznemu zmniejszeniu. Jeśli tempo spadku nie zmieniłoby się, poziom umieralności kobiet, jaki występował w 15 krajach starej Unii Europejskiej w 2008 roku, osiągnięty zostałby w Polsce za 11, a w województwie łódzkim za 13 lat. W odniesieniu do średniej dla wszystkich 27 krajów Unii Europejskiej różnica była jeszcze mniejsza i wynosiła 8 lat dla Polski i 10 lat dla województwa łódzkiego.

Analizując współczynniki umieralności według najważniejszych przyczyn zgonów można zaobserwować, że największa różnica pomiędzy województwem łódzkim, a także Polską, w porównaniu z UE-15 dotyczyła chorób układu krążenia. W 2008 roku standaryzowany współczynnik zgonów z powodu tych przyczyn w województwie łódzkim był o 9% wyższy niż w Polsce i aż ponad 2-krotnie wyższy (o 112%) od współczynnika dla 15 krajów Unii Europejskiej (Tabela 1). Najbardziej odpowiedzialna za ten stan rzeczy była grupa innych chorób serca (a przede wszystkim dominująca w tej grupie niewydolność serca). W 2008 roku umieralność z tej grupy przyczyn była w województwie łódzkim prawie 3-krotnie wyższa niż w UE-15 i o 33% wyższa od średniej wartości współczynnika zgonów z powodu innych chorób serca dla Polski.

Choroby naczyń mózgowych były w województwie łódzkim w 2008 roku ponad 2-krotnie częstszą przyczyną zgonów niż w 15 krajach Unii Europejskiej i o ponad 30% częstszą przyczyną zgonów niż w Polsce. Znacznie lepsza sytuacja dotyczyła umieralności mieszkańców województwa łódzkiego z powodu choroby niedokrwiennej serca. W 2008 roku SDR z powodu tej grupy przyczyn był o 20% wyższy niż w UE-15 i o 20% niższy od średniej wartości dla Polski.

Nowotwory złośliwe były niemal równie częstą przyczyną zgonów mieszkańców województwa łódzkiego jak mieszkańców Polski. W odniesieniu do 15 krajów Unii Europejskiej standaryzowany współczynnik zgonów z powodu nowotworów złośliwych był w województwie łódzkim w 2008 roku o 1/4 wyższy. Największy udział w tej różnicy miały nowotwory złośliwe płuc oraz nowotwory żołądka. Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu nowotworów płuc w województwie łódzkim był w 2008 roku o 1/3 wyższy niż w UE-15. Warto jednak zauważyć, że umieralność z powodu nowotworów złośliwych płuc była niższa niż średnia umieralność szczegółowa dla Polski. Współczynnik zgonów z powodu nowotworów złośliwych żołądka w województwie łódzkim był o ponad 50% wyższy niż w UE-15. Dla tej kategorii przyczyn zgonów, podobnie jak dla nowotworów złośliwych płuc, średni współczynnik dla Polski był nieco wyższy niż w woje-

wództwie łódzkim. Nie odnotowano znaczących różnic pomiędzy województwem łódzkim a Polską i UE-15 w umieralności spowodowanej nowotworami złośliwymi gruczołu krokowego oraz jelita grubego, natomiast nowotwory złośliwe sutka były rzadszą przyczyną zgonów mieszkank województwa łódzkiego niż mieszkank 15 krajów Unii Europejskiej. Nowotwory złośliwe szyjki macicy były 3-krotnie częstszą przyczyną zgonów mieszkank województwa łódzkiego niż w UE-15.

Zewnętrzne przyczyny zgonów były w 2008 roku ponad 2-krotnie częstszą przyczyną zgonów mieszkańców województwa łódzkiego w porównaniu do mieszkańców UE-15. Różnica ta w większym stopniu dotyczyła wypadków komunikacyjnych niż samobójstw.

Dyskusja

W wyniku transformacji epidemiologicznej od kilku dekad w krajach uprzemysłowionych głównym problemem zdrowotnym są choroby niezakaźne o przebiegu przewlekłym, przede wszystkim układu krążenia i nowotworowe. Choroby te wynikają z postępującego procesu starzenia się populacji i rozpowszechnienia negatywnych zachowań zdrowotnych związanych przede wszystkim ze stylem życia oraz rozwojem przemysłu. W Polsce i w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej procesy te zachodzą wolniej, niemniej sytuacja zdrowotna staje się coraz bardziej podobna do obserwowanej w krajach Europy Zachodniej [6, 7].

Do 1991 roku w Polsce stwierdzano stały wzrost umieralności z powodu ChUK. Po roku 1991 znaczenie tej klasy chorób jako przyczyny zgonów zaczęło się systematycznie zmniejszać [8]. Podobne tendencje zostały zaobserwowane w województwie łódzkim, a wyniki badania własnego obejmującego okres 1999-2008 potwierdzają te pozytywne zmiany. Nie zmienia to jednak faktu, że mieszkańcy Polski są nadal w pierwszej dziesiątce wśród krajów UE o najwyższych wartościach standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ChUK. Mieszkańcy województwa łódzkiego są bardziej narażeni na ryzyko zgonów z powodu chorób układu krążenia niż mieszkańcy innych województw w całym okresie po 1991 roku [9, 10, 11]. Różnice te nie dotyczą w jednakowym stopniu wszystkich grup w tej klasie chorób. Na zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce, podobnie jak w innych krajach, największy wpływ miał spadek liczby zgonów spowodowanych chorobą niedokrwienną serca [12, 13]. W województwie łódzkim wartości SDR z powodu choroby niedokrwiennej serca były u obu płci niższe od przeciętnych w Polsce, wyższe zaś SDR z powodu innych chorób serca, wśród których dominującą przyczyną jest niewydolność serca. Zaobserwowana tendencja wydaje się potwierdzać tezę o ścisłym związku pomiędzy umieralnością spowodowaną chorobą niedokrwienną serca i niewydolnością serca. Niewydolność serca stanowi końcowy etap uszkodzenia serca w wyniku różnych procesów chorobowych. Najczęściej są to: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze oraz wady zastawkowe, które łącznie stanowią prawdopodobnie ponad 90% wszystkich przypadków niewydolności serca. Postęp w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych przyniósł znaczną poprawę rokowania, a przede wszystkim istotną redukcję śmiertelności w ostrym zawałe serca. Wielu chorych przeżywa ostry okres zawału, ale niestety, w wyniku znacznego uszkodzenia serca, powoli rozwija się u nich niewydolność serca. Paradoksalnie, poprawa diagnostyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego, głównie choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego, prowadzi do wzrostu chorobowości na niewydolność serca [14, 15]. Rosnący trend (zwłaszcza w grupie mężczyzn) miała również umieralność z powodu chorób naczyń mózgowych, co może świadczyć o utrzymującej się wysokiej zapadalności, jak również o braku postępów w leczeniu tej grupy chorób.

Nowotwory złośliwe są klasą chorób, która po chorobach układu krążenia stanowi w Polsce drugą z najpoważniejszych przyczyn zgonów. W Polsce rozpoczęły się, podobnie jak w Europie Zachodniej, zmiany polegające na zmniejszaniu częstości występowania raka płuca wśród mężczyzn i jednocześnie bardzo szybkim wzroście częstości raka płuca u kobiet [16, 17, 18, 19, 20]. W populacji kobiet w Polsce w 2007 roku po raz pierwszy częstość zgonów z powodu nowotworów płuca wyprzedziła częstość zgonów związanych z rakiem piersi [21]. Podobne tendencje zostały zaobserwowane w województwie łódzkim. Nie ulega wątpliwości, że zmiany w umieralności z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc są ściśle związane ze zmianami w częstości palenia tytoniu. Związek ten jest potwierdzony przez liczne badania naukowe

prowadzone w krajach Unii Europejskiej [22, 23, 24]. W Polsce, tak jak w niemal wszystkich krajach „nowej” UE analiza częstości palenia wśród młodych ludzi wykazuje niekorzystne tendencje. W szczególności dotyczy to grupy młodych dziewcząt. W połowie lat 90. ubiegłego wieku rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród młodzieży wynosiło 27% w grupie chłopców i 13% w grupie dziewcząt. W 2000 roku częstość palenia wśród chłopców nie uległa zmianie, wśród dziewcząt wynosiła już 20% [17]. Jeśli te niekorzystne tendencje się utrzymają należy spodziewać się dalszego wzrostu umieralności z powodu tej grupy nowotworów.

Zwraca uwagę niekorzystna sytuacja dotycząca raka szyjki macicy. Polska razem z Rumunią i Bułgarią należy do krajów o najwyższym zagrożeniu rakiem szyjki macicy w Europie i pomimo malejącego trendu umieralności różnica między Polską a innymi krajami Europy Zachodniej, szczególnie skandynawskimi, nie zmniejsza się [25, 26]. Wprowadzenie w Polsce badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy nie przynosi na razie spodziewanych efektów ze względu na małe uczestnictwo kobiet w programie, szczególnie wśród gorzej wykształconych kobiet na obszarach wiejskich [27].

Województwo łódzkie charakteryzuje się najwyższymi w Polsce wartościami standaryzowanych współczynników umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów. Wypadki, urazy i zatrucia są trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów, jednakże stanowią największe zagrożenie życia osób młodych i w związku z tym są główną przyczyną utraconych lat życia [28, 29, 30]. W województwie łódzkim zgony z powodu tej klasy przyczyn stanowiły w 2008 roku w grupie młodych mężczyzn w wieku od 15 do 24 lat ponad 70% wszystkich przyczyn zgonów i prawie 70% zgonów dziewcząt w wieku od 15 do 19 lat. Niepokojący jest również fakt, że umieralność spowodowana zewnętrznymi przyczynami zgonów wykazuje trend rosnący. Dotyczy to przede wszystkim zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych wśród kobiet i samobójstw w obu grupach płci.

Wnioski

1. Standaryzowane współczynniki zgonów w województwie łódzkim miały w latach 1999-2008 trend malejący, jednak tylko w grupie kobiet tempo spadku było szybsze niż średnio w Polsce i w UE-15, co powodowało zmniejszanie dystansu dzielącego pod tym względem województwo łódzkie od innych województw w Polsce i krajów UE-15. W grupie mężczyzn najwyższym w Polsce standaryzowanym współczynnikiem umieralności towarzyszyło niższe od średniego w Polsce i w UE-15 tempo spadku, co było przyczyną pogłębiania się różnic na niekorzyść mieszkańców województwa łódzkiego.
2. Największe różnice w umieralności na niekorzyść mieszkańców województwa łódzkiego w porównaniu z UE-15 dotyczyły chorób układu krążenia, w tym zwłaszcza grupy innych chorób serca oraz chorób naczyń mózgowych, a także nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc, żołądka, szyjki macicy oraz wypadków komunikacyjnych i samobójstw.
3. Nie odnotowano znaczących różnic pomiędzy województwem łódzkim a Polską i UE-15 w umieralności spowodowanej nowotworami złośliwymi gruczołu krokowego oraz jelita grubego, natomiast nowotwory złośliwe sutka były rzadszą przyczyną zgonów mieszkanki województwa łódzkiego niż mieszkanki 15 krajów Unii Europejskiej.
4. Ocena zmian w umieralności ogólnej, przedwczesnej i szczegółowej mieszkańców województwa łódzkiego wymaga dalszych badań w oparciu o kompletne i rzetelne dane z dokumentacji medycznej.

Pracę wykonano w ramach realizacji tematu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr 503/6-029-07/503-01.

Piśmiennictwo

- Zatoński W., Mańczuk M., Sułkowska U.: Closing the health gap in European Union. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2008
- Wojtyniak B., Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008
- Rutkowska L.: Trwanie życia w 2010 r. http://www.stat.gov.pl/gus/5840_4721_PLK_HTML.htm (data pobrania 25.1.2013 r.)

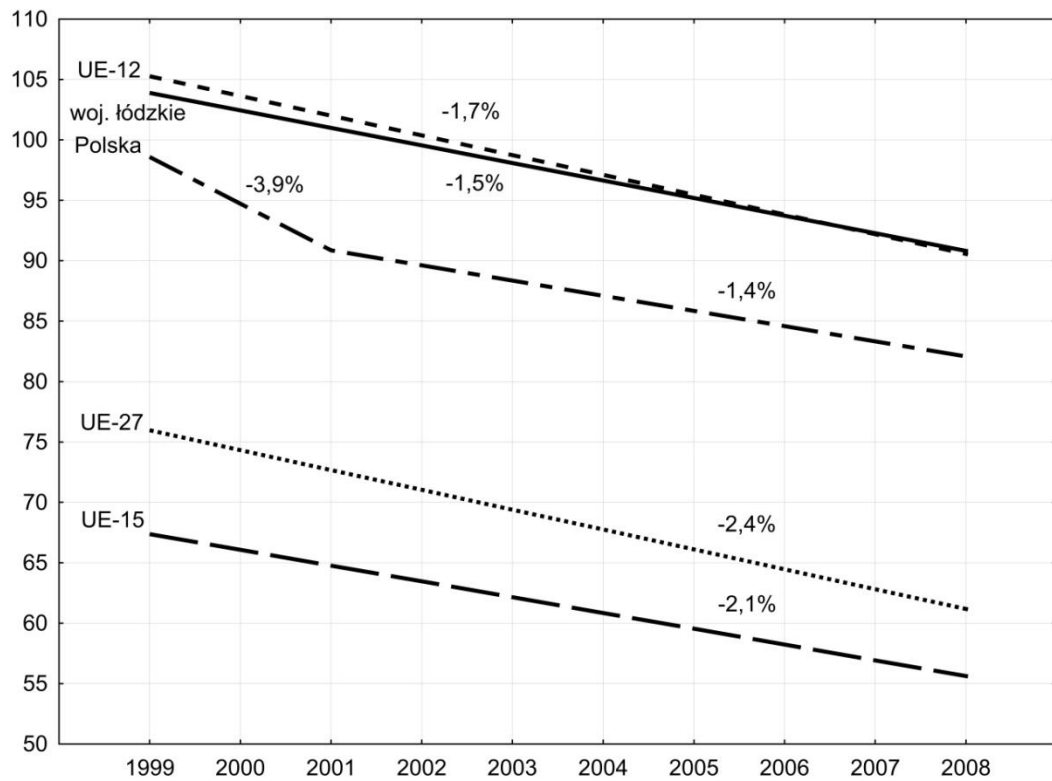
- Baza danych Europejskiego Urzędu Statystycznego Eurostat
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (data pobrania 2.3.2013 r.)
- Kim H.J., Fay M.P., Feuer E.J. et al.: Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*, 2000; 19(3): 335-351
- Gębska-Kuczerowska A., Miller M.: Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych. *Postępy Nauk Medycznych*, 2009; 4: 240-255
- Zatoński W., Didkowska J.: Closing the gap: Cancer in Central and Eastern Europe (CEE). *European Journal of Cancer*, 2008; 44(10): 1425-1437
- Bandosz P., O'Flaherty M., Drygas W. et al.: Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study. *British Medical Journal*, 2012; 344: d8136
- Maniecka-Bryła I., Bryła M., Drygas W.: Sytuacja epidemiologiczna chorób układu krążenia w województwie łódzkim na tle sytuacji epidemiologicznej w Polsce na początku XXI wieku. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2005; 59(4): 923-932
- Bryła M., Maniecka-Bryła I., Stelmach W.: Wybrane elementy sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób układu krążenia w województwie łódzkim w latach 1999-2001. *Zdrowie Publiczne*, 2005; 115(1): 16-20
- Jasiński B., Piotrowski W., Kurjata P. i in.: Atlas umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia w Polsce w latach 1997-2005. Instytut Kardiologii, Warszawa 2008
- Zatoński W.A., McMichael A.J., Powles J.W.: Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *British Medical Journal*, 1998; 316(7137): 1047-1051
- Jasiński B.: Udział spadku umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca na spadek umieralności ogólnej w Polsce w latach 1997-2003. *Zdrowie Publiczne*, 2008; 118(1): 36-43
- Jaarsveld C.H.M., Ranchor A., Kempen G. et al.: Epidemiology of heart failure in a community-based study of subjects aged ≥57 years: Incidence and long-term survival. *European Journal of Heart Failure*, 2006; 8(1): 23-30
- Korewicki J., Browarek A., Zembala M. i in.: Ogólnopolski rejestr chorych z ciężką niewydolnością serca, zakwalifikowanych do przeszczepu serca – POLKARD-HF 2003-2007. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2008; 8(3): 403-421
- Tyczyński J.E., Bray F., Parkin D.M.: Lung cancer in Europe in 2000: epidemiology, prevention and early detection. *The Lancet Oncology*, 2003; 4(1): 45-55
- Tyczyński J.E., Bray F., Aareleid T. et al.: Lung cancer mortality patterns in selected Central, Eastern and Southern European countries. *International Journal of Cancer*, 2004; 109(4): 598-610
- Bray F., Tyczyński J.E., Parkin D.M.: Going up or coming down? The changing phases of the lung cancer epidemic from 1967 to 1999 in the 15 European Union countries. *European Journal of Cancer*, 2004; 40(1): 96-125
- Didkowska J., Mańczuk M., McNeill A. et al.: Lung cancer mortality at ages 35-54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics. *British Medical Journal*, 2005; 331(7510): 189-191
- Levi F., Lucchini F., Negri E. et al.: Mortality from major cancer sites in the European Union. *Annals of Oncology*, 2003; 14(3): 490-495
- Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W. i in.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009
- Brennan P., Bray I.: Recent trends and future directions for lung cancer. *British Journal of Cancer*, 2002; 87(1): 43-48
- Brenner H., Francisci S., de Angelis R. et al.: Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002. *European Journal of Cancer*, 2009; 45(6): 1028-1041
- Pershagen G., Hrubec Z., Svensson C.: Passive smoking and lung cancer in Swedish women. *American Journal of Epidemiology*, 1987; 125(1): 17-24

- Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009; 45(15): 2640-2648.
- Arbyn M, Antoine J, Mägi M et al. Trends in cervical cancer incidence and mortality in the Baltic countries, Bulgaria and Romania. *Int J Cancer*. 2011; 128(8): 1899-1907.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory szyjki macicy w Polsce – epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy. *Ginekologia Polska*, 2006; 77(9): 660-666
- Mazur J.: Zgony z powodu samobójstw w Polsce na tle Unii Europejskiej - aktualne tendencje i uwarunkowania demograficzne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2007; 61(4): 777-784
- Kułaga Z, Litwin M, Wójcik P i in. Aktualne trendy zewnętrznych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży w Polsce. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(3): 332-341.
- Höfer P, Rockett IR, Värnik P et al. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health* 2012, 12(1): 644 doi:10.1186/1471-2458-12-644

Tabela 1. Standaryzowane współczynniki zgonów wg przyczyn w województwie łódzkim, Polsce i Unii Europejskiej w 2008 roku (na 10 tys.)

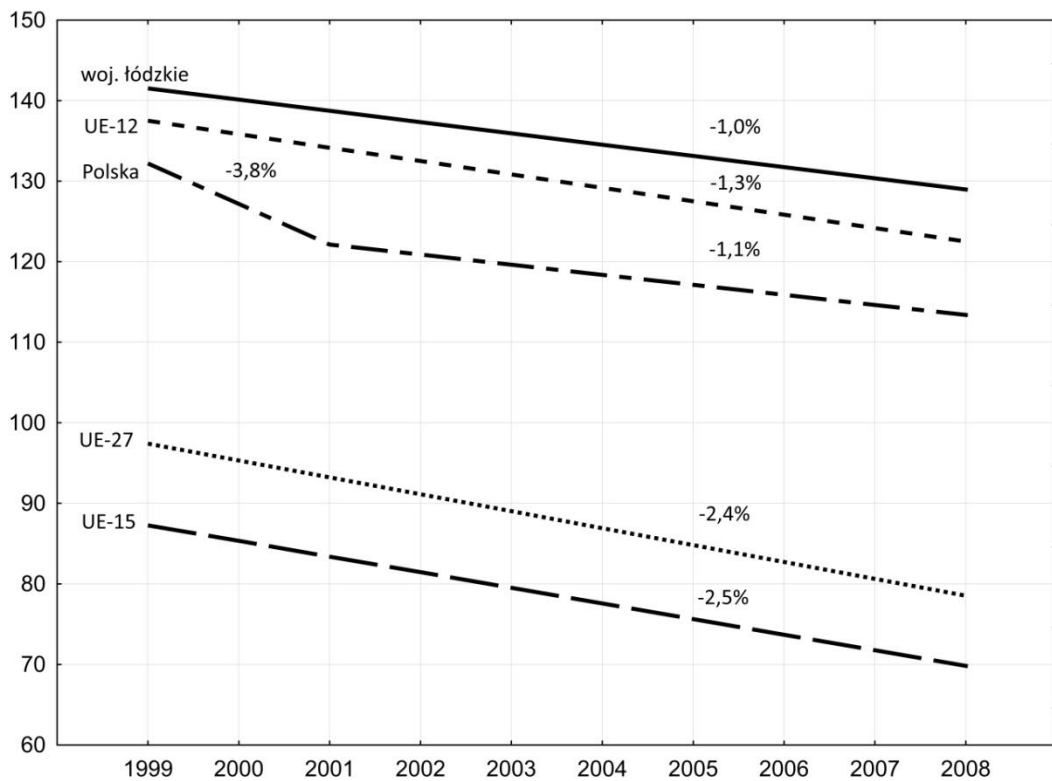
<i>Przyczyny</i>	<i>Województwo łódzkie</i>	<i>Polska</i>	<i>UE-15</i>
Choroby układu krążenia	38,7	35,6	18,2
w tym: choroba niedokrwienna serca	8,1	10,2	6,7
choroby naczyń mózgowych	10,0	7,6	4,2
inne choroby serca	11,2	8,4	3,8
Nowotwory złośliwe	20,7	20,5	16,6
w tym: tchawicy, oskrzeli i płuc	4,9	5,5	3,7
gruczołu krokowego	2,2	2,2	2,1
sutka	2,0	2,1	2,4
jelita grubego	1,4	1,5	1,3
żołądka	1,1	1,2	0,7
szyjki macicy	0,6	0,7	0,2
Zewnętrzne przyczyny zgonów	7,2	6,1	3,3
w tym: wypadki komunikacyjne	1,9	1,5	0,7
samobójstwa	1,6	1,4	0,9

Źródło: oprac. własne



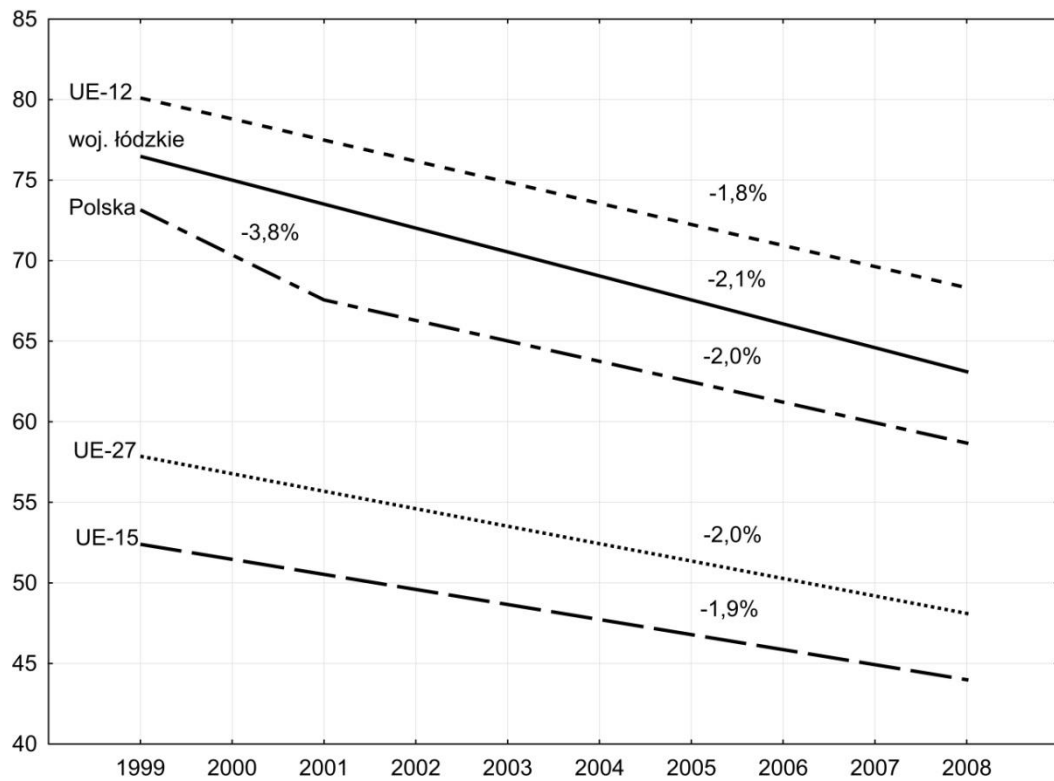
Rycina 1. Trendy standaryzowanych współczynników zgonów ogółem i średnioroczne procentowe tempo ich zmian w województwie łódzkim, Polsce i Unii Europejskiej w latach 1999-2008

Źródło: oprac. własne



Rycina 2. Trendy standaryzowanych współczynników zgonów mężczyzn i średnioroczne procentowe tempo ich zmian w województwie łódzkim, Polsce i Unii Europejskiej w latach 1999-2008

Źródło: oprac. własne



Rycina 3. Trendy standaryzowanych współczynników zgonów kobiet i średnioroczne procentowe tempo ich zmian w województwie łódzkim, Polsce i Unii Europejskiej w latach 1999-2008

Źródło: oprac. Własne

Współpraca polsko-ukraińska w zakresie opieki długoterminowej i paliatywnej cooperation Polish-Ukrainian in long-term care and palliative

Krzysztof Jakubowski¹², Elżbieta Cipora¹, Marek Wojtaszek¹³⁴, Jarosław Sawka¹⁵

¹ Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

² Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. św. Brata Alberta w Sanoku, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

³ Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii z Pododdziałem Ostrych Zatruc, Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie

⁴ Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski

⁵ Szpital Specjalistyczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sanoku

Streszczenie

Wstęp. Współczesne społeczeństwo szybko starzeje się. Spadają wskaźniki urodzeń i wydłuża się czas przeciętnego trwania życia, wzrasta liczba zachorowań na nowotwory, a także liczba osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. W związku z tym w ostatnich latach zdecydowanie wzrosło zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, w tym paliatywną. Podobieństwo problemów zdrowotnych osób zamieszkałych w obszarze transgranicznym Polski i Ukrainy oraz sytuacji na rynku usług opiekuńczych sprawiło, że istnieje potrzeba rozwijania współpracy transgranicznej między tymi państwami w zakresie opieki paliatywnej. Ponadto dostępność środków pomocowych w ramach programów unijnych daje taką możliwość.

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie współpracy polsko - ukraińskiej w zakresie rozwoju opieki długoterminowej w tym paliatywnej w regionie Vinogradov i mieście Sanoku na przykładzie realizacji Programu Współpracy Transgranicznej Polska – Białoruś – Ukraina 2007 – 2013.

Materiał i metody. Badania wykonano metodą analizy dokumentacji dotyczącej projektu pt. „Współpraca instytucjonalna pomiędzy regionem Vinogradov oraz Sanokiem w zakresie rozwoju opieki paliatywnej” (Institutional cooperation between Vynogradiv district and Sanok province in development of the palliative care provision) z użyciem protokołu naukowo badawczego. Poddano analizie: wniosek projektowy, skład grup roboczych, zadania poszczególnych członków grup roboczych, a także dokumentację dotychczas wykonanych prac i zadań oraz planowanych do wykonania w najbliższym czasie.

Wyniki i wnioski. W strukturze opieki długoterminowej mieszczą się świadczenia z zakresu opieki paliatywnej. Aktualna liczba instytucji opieki długoterminowej jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb regionów, w których funkcjonują. Rozwijana jest współpraca transgraniczna mająca na celu rozwój instytucji zajmujących się usługami w zakresie zapewnienia profesjonalnej opieki długoterminowej polegająca na budowie i rozbudowie bazy materialnej zakładów, przygotowaniu profesjonalistów do świadczenia opieki paliatywnej oraz wymianie doświadczeń zawodowych i naukowych. Wynikiem realizacji projektu będzie wzrost dostępności i jakości usług w zakresie opieki paliatywnej na terenie rejonu Vynogradiv i powiatu sanockiego.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, współpraca, Vinogradiv, Sanok

Abstract

Introduction. Modern society is aging rapidly. Falling birth rates and extends the time the average life expectancy, increases the number of cancer cases and people of chronically ill and disabled. Therefore, in recent years, the demand for increased significantly long-term care, including palliative. The similarity of health problems people living in the Polish and Ukrainian border and the situation on the market of care services meant that there is a need to develop cross-border cooperation between the two countries in the field of palliative care. In addition, the availability of assistance in the framework of EU programs makes it possible.

Aim. The aim of the study was to present cooperate Polish-Ukrainian in the development of palliative care in the Vinogradov region and the city Sanok an example the Cross-border Cooperation Programme Poland-Belarus-Ukraine 2007-2013.

Material and methods. The study was performed by analysis of documentation on the project titled "Institutional cooperation between Vynogradiv district and Sanok province in development of the palliative care provisioning" using scientific research protocol. Were analyzed: project documentation, working groups, task individual members of the working groups, as well as documentation of the work done and tasks and planned to do in the near future.

Results and conclusions. In the structure of long-term care services are located in the field of palliative care. The current number of long-term care institutions is inadequate for the needs of the regions in which they operate. Cross-border cooperation it developing institutions for long-term care and palliative care. Cooperation is based on co-financing the construction and expansion of facilities, training of personnel and exchange of professional experiences and research. The result of the project will increase the availability and quality of services in the field of palliative care in the Vynogradiv region and Sanok county.

Keywords: palliative care, cooperation, Vynogradiv, Sanok

Wstęp

Społeczeństwo Europy starzeje się w szybkim tempie, wzrasta liczba ludzi starych, a spada liczba urodzeń [6]. W strukturze wiekowej mieszkańców Polski i Ukrainy widać postępujące starzenie się ludności. Obszar transgraniczny obejmuje m.in. pogranicze polsko-ukraińskie. Po stronie polskiej jest to województwo lubelskie i podkarpackie, a po stronie ukraińskiej obwód lwowski, wołyński i zakarpaci.

Polska i Ukraina mają wiele wspólnych cech demograficznych podobnie jak inne kraje europejskie. Zmniejsza się liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym, a następuje wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Udział ludności w wieku poprodukcyjnym dla województwa podkarpackiego wyniósł 15,1%, a dla obwodu lwowskiego 21,9%. Stan zdrowia ludności w znacznym stopniu determinowany jest przez choroby układu krążenia, które w Polsce stanowią 50,05% wszystkich zgonów, a po stronie ukraińskiej 61,1%. W następnej kolejności przyczyną zgonów są choroby nowotworowe, które stanowią przyczynę 21,5% zgonów w polskim społeczeństwie i 25,8% na Ukrainie. Stan zdrowia ludności determinowany jest również przez gruźlicę, AIDS, na które w obszarze transgranicznym obserwowany jest wzrost zachorowalności [7]. Powyższe czynniki spowodowały, że wzrasta liczba ludzi niepełnosprawnych, a tym samym zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w tym pielęgnacyjno – opiekuńcze, a szczególnie na opiekę paliatywną.

Opieka długoterminowa obejmuje opiekę paliatywno – hospicyjną i opiekę świadczoną przez zakłady opiekuńczo lecznicze (ZOL) lub zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze (ZPO). Opieka paliatywna i hospicyjna według Światowej Organizacji Zdrowia to synonimy. Z tej opieki mogą korzystać chorzy z określonym rozpoznaniem i z zaawansowanymi objawami postępującej choroby, u których w niedalekiej przyszłości może nastąpić zgon oraz ich rodziny. Istotą opieki paliatywnej jest łagodzenie objawów i dolegliwości występujących u chorego w związku z toczącym się w jego organizmie procesem patologicznym, a także wsparcie rodziny chorego w trudnym dla niej okresie. Podmiotem opieki jest nie tylko chory, ale również jego rodzina. Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia w terminalnym stanie choroby, a także pomoc rodzinie w opiece nad jej członkiem w okresie umierania oraz w przeżyciu żałoby [1,8].

Zakres świadczeń gwarantowanych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2009 r. (Dz. U. Nr. 139, poz. 1138). Zgodnie z tym rozporządzeniem opieka paliatywna i hospicyjna jest świadczona wszechstronnie i całościowo osobom chorującym na nieuleczalne, postępujące choroby, które nie poddają się leczeniu przyczynowemu. Celem tej opieki jest zapobieganie występowaniu objawów somatycznych, a także psychicznych, duchowych oraz socjalnych [10].

Świadczenia w ramach opieki paliatywnej są realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z zastosowaniem metod diagnostyczno – terapeutycznych zgodnych ze wskazaniami tej wiedzy w formach

stacjonarnych (hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej), domowych (hospicjum domowe) dla dorosłych lub dla dzieci, ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej).

Warunkiem koniecznym do objęcia opieką paliatywną pacjenta jest skierowanie wydane przez lekarza opieki zdrowotnej, wyrażenie przez chorego świadomej zgody na objęcie taką opieką, rozpoznanie jednej z chorób w których są udzielane świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zawartych w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2009 roku. [10].

W opiece paliatywnej pacjent zostaje objęty interdyscyplinarną pomocą, którą zapewnia zespół w składzie: lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, duchowny, terapeuta zajęciowy, farmaceuta, rehabilitant, wolontariusz [4]. Zespół terapeutyczny wykonując świadczenia powinien cechować się holizmem, interdyscyplinarnością, akceptować nieuchronność śmierci, dążyć do stworzenia chorym i odwiedzającym przyjaznej i domowej atmosfery, a także zapewnić warunki do godnej śmierci, a rodzinie pomóc przeżyć tę śmierć i czas żałoby.

W rozwoju opieki długoterminowej w tym paliatywnej występują trudności wynikające z różnych czynników. Wśród tych czynników wymienia się: niski poziom finansowania świadczeń opieki długoterminowej, brak rzeczywistego oszacowania potrzeb społeczeństwa na świadczenia z zakresu tej opieki, brak wykwalifikowanej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej, opiekuńczej, niewłaściwy podział zadań z zakresu opieki długoterminowej pomiędzy sektorem zdrowia i pomocy społecznej co powoduje brak uporządkowanego działania, a także niedostateczną wiedzę na temat osób zajmujących się profesjonalnie medycyną paliatywną oraz brak możliwości badań naukowych w tej dziedzinie [1, 2, 5].

Cel pracy

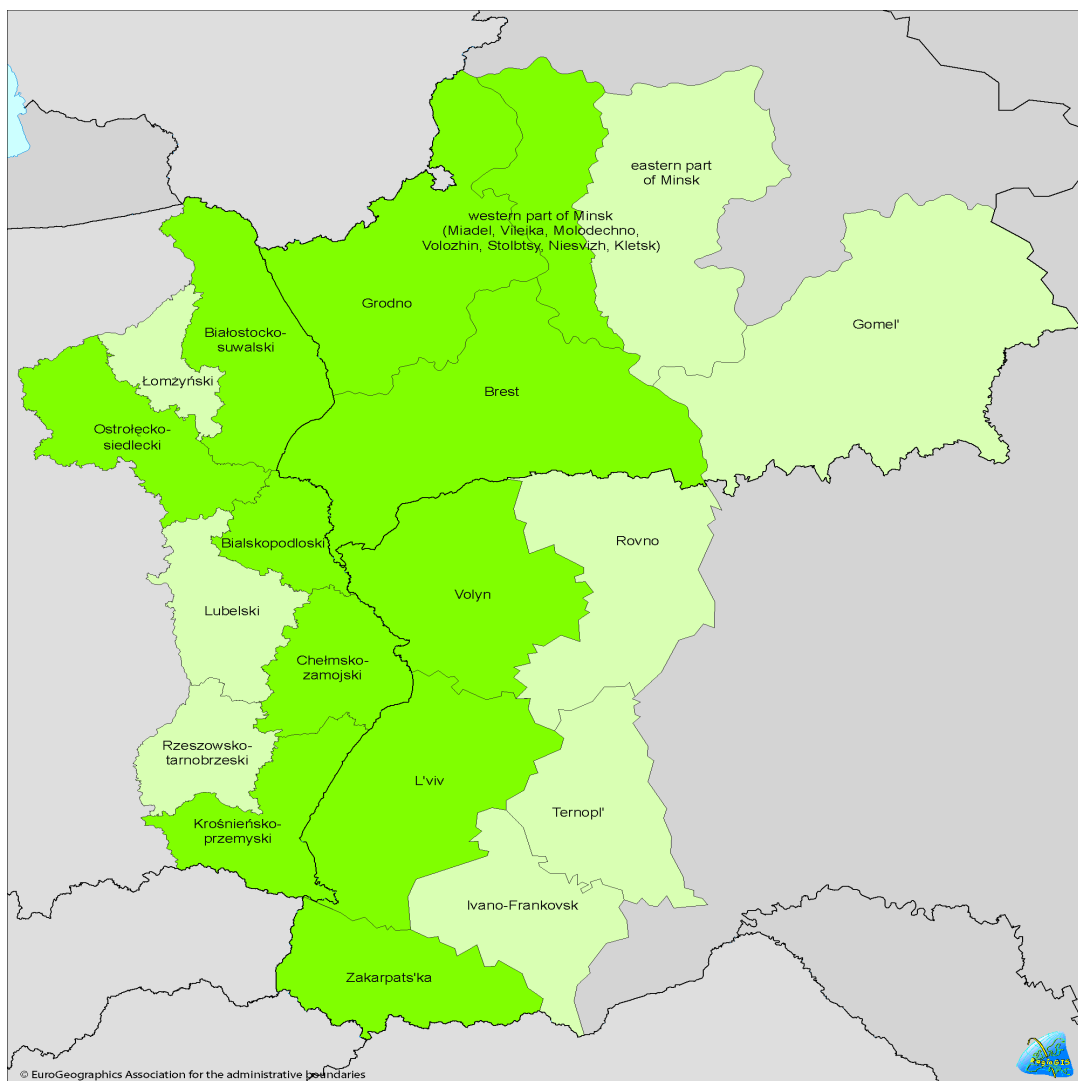
Celem pracy było przedstawienie zakresu współpracy polsko - ukraińskiej w działaniach na rzecz rozwoju opieki paliatywnej w regionie Vynogradiv i mieście Sanoku na przykładzie realizowanego aktualnie Programu Współpracy Transgranicznej Polska – Białoruś – Ukraina 2007 – 2013 przez Agencję Rozwoju Miasta i Regionu Vynogradiv, Radę Powiatu Vynogradiv oraz Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta Koło w Sanoku.

Materiał i metody

Badania wykonano metodą analizy dokumentacji dotyczącej Projektu pt. „Współpraca instytucjonalna pomiędzy regionem Vynogradiv oraz Sanokiem w zakresie rozwoju opieki paliatywnej” (Institutional cooperation between Vynogradiv district and Sanok province in development of the palliative care provision) z użyciem protokołu naukowo-badawczego. Poddano analizie: wniosek projektowy, skład grup roboczych, zadania poszczególnych członków grup roboczych, a także dokumentację dotychczas wykonanych prac i zadań oraz planowanych do wykonania w najbliższym czasie. Zwrócono szczególną uwagę na specyfikę Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego, Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. św. Brata Alberta w Sanoku oraz placówek opieki paliatywnej na terenie miasta Vynogradiv.

Wyniki i dyskusja

Program Współpracy Polska-Białoruś-Ukraina 2007-2013 (PL-BY-UA) ma na celu wspieranie rozwojowych procesów transgranicznych na obszarze terenów przygranicznych trzech państw: Polski, Białorusi i Ukrainy (ryc. 1). Cel ten jest realizowany przez dofinansowanie projektów niekomercyjnych w ramach określonych priorytetów i działań [3]. Celem bezpośrednim realizowanego projektu jest poprawa jakości życia osób z chorobami przewlekłymi i nieuleczalnymi (także w stanach terminalnych) i ich rodzin zamieszkałych w obwodzie zakarpaccim (Ukraina) i na terenie powiatu sanockiego w województwie podkarpackim (Polska) poprzez ułatwienie dostępu do profesjonalnej opieki długoterminowej, w tym poprawę jakości usług w opiece paliatywnej. Program współpracy transgranicznej realizowany jest w ramach priorytetu 3 – współpraca sieciowa oraz inicjatywy społeczności lokalnych, działanie 3.1. – rozwój regionalnych i lokalnych możliwości współpracy transgranicznej. W ramach realizacji tego projektu beneficjenci otrzymali środki w wysokości 980 000 Euro.



Geographical Eligibility ENPI CBC 2007-2013
Crossborder Cooperation
Poland/Belarus/Ukraine

- Cooperation areas
- Adjacent cooperation areas

0 250 Km

Ryc. 1. Mapa obszaru wsparcia Programu Współpracy Polska – Białoruś – Ukraina 2007 – 2013 [3]

W lipcu 2012 roku Wspólny Komitet Monitorujący program (PL-BY-UA) przyznał dofinansowanie dla Agencji Rozwoju Miasta i Regionu Vynogradiv na Ukrainie (Local Development Agency of Vinogradivschyny CE), Rady Powiatu Vynogradiv (Vynohradivska District Council) oraz Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta Koło w Sanoku. W ramach dofinansowania, partnerzy ukraińscy i polscy rozwijają opiekę długoterminową, w tym paliatywną w swoich miastach. Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta w Sanoku w ramach realizacji projektu będzie prowadziło prace budowlane przy istniejącym i funkcjonującym od 2009 roku w Sanoku przy ulicy Korczaka 15, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. św. Brata Alberta, Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym oraz będzie doposażało ten Zakład w profesjonalny sprzęt medyczny. Natomiast na Ukrainie w mieście Vynogradiv zostanie od podstaw wybudowane hospicjum liczące 25 łóżek, które będzie częścią składową Regionalnego Centrum Opieki Paliatywnej, zostaną także przygotowani do pracy w tym Centrum profesjonaliści z zakresu medycyny, pielęgniarstwa i opieki społecznej.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. św. Brata Alberta w Sanoku, Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy został utworzony i powołany do życia przez Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta Koło w

Sanoku w 2009 roku. Znajduje się w dzielnicy Sanoka - Olchowce, przy ulicy Korczaka 15. W Zakładzie jest 29 łóżek w pokojach cztero, trzy, dwu i jednoosobowych. Każdy pokój sąsiaduje z łazienką dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych. Zakład świadczy usługi w zakresie całodobowej opieki nad pacjentami niezdolnymi do samoopieki, chorymi przewlekłe z całkowicie lub częściowo ograniczoną zdolnością do samodzielnego poruszania się, nie kwalifikujących się do hospitalizacji, a wymagających profesjonalnego pielęgowania, kontynuacji leczenia farmakologicznego, dietetycznego, a także rehabilitacji. Każdy pacjent przebywający w zakładzie ma zapewnioną kompleksową opieką i kontynuację leczenia w tym: leki i materiały medyczne zlecone przez lekarza zakładu, profesjonalną opiekę pielęgniarską, konsultacje specjalistyczne: anestezjologiczną, neurologiczną, internistyczną, psychiatryczną, chirurgiczną, opiekę psychologiczną, logopedyczną lub neurologopedyczną, terapię zajęciową przyłóżkową oraz w gabinecie terapii, rehabilitację przyłóżkową oraz w gabinecie rehabilitacji, badania analityczne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, lecznicze środki techniczne, opiekę duszpasterską oraz edukację zdrowotną, a także wyżywienie w postaci zbilansowanych posiłków przygotowywanych we własnej kuchni, a w razie potrzeby leczenie żywieniowe z zastosowaniem diet przemysłowych. Zakład przygotowany jest również do objęcia opieką długoterminową pacjentów, wymagających zastosowania oddechu wspomaganego lub zastępczego przy użyciu respiratora. Działalność zakładu finansowana jest na podstawie podpisanej umowy z Podkarpackim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie.

W ramach projektu, powstał polsko – ukraiński zespół składający się z dziesięciu specjalistów, który pracuje nad wspólnym systemem opieki paliatywnej na terenie miasta Vynogradiv i Sanoka. Prace te polegają na prowadzeniu i uczestnictwie w specjalistycznych szkoleniach, także wymianie doświadczeń w udzielaniu świadczeń opieki długoterminowej oraz koordynacji innych prac wynikających z realizacji zadań projektowych.

Dotychczas w ramach realizacji projektu odbyły się trzy konferencje szkoleniowe i konferencja naukowa. Pierwsza konferencja o charakterze szkoleniowym odbyła się we Lwowie w sierpniu 2012 roku. Uczestniczyli w niej członkowie grup roboczych z Polski i Ukrainy, a także przedstawiciele Wspólnego Sekretariatu Technicznego Programu. Celem konferencji było określenie zadań poszczególnych beneficjentów i zasad monitorowania programu w czasie jego realizacji. Druga konferencja miała miejsce w listopadzie 2012 roku w Kazimierzu Dolnym i wzięło w niej udział 119 przedstawicieli władz lokalnych, organizacji pozarządowych, a także mediów. Celem konferencji było przybliżenie jej uczestnikom zasad współpracy w ramach realizacji projektów dotyczących współpracy transgranicznej. Kolejna konferencja szkoleniowa miała miejsce w lutym 2013 roku w Lublinie i skierowana była do członków grup roboczych zajmujących się rozliczaniem finansów w ramach realizacji projektu. Uczestnicy otrzymali informacji dotyczące zasad raportowania opisowego i finansowego projektu. Konferencja naukowa odbyła się w lutym 2013 roku na Ukrainie w miejscowości Dolgoje w obwodzie zakarpackim. Wzięli w niej udział, oprócz osób bezpośrednio zaangażowanych w realizację projektu, naukowcy i inni profesjonaliści z zakresu medycyny i pielęgniarstwa w tym onkolodzy, anestezjolodzy, pielęgniarki, duchowni i pracownicy socjalni. Tematyka konferencji obejmowała między innymi zagadnienia dotyczące systemu opieki paliatywnej w Polsce i na Ukrainie, problemów zdrowotnych pacjentów objętych opieką paliatywną, psychologicznych aspektów opieki, zasad organizacji zakładów opieki długoterminowej i badań naukowych w opiece paliatywnej, a także form i metod szkoleń personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych chorym terminalnie. Międzynarodowa konferencja naukowa pt. „Perspektywy instytucjonalnej współpracy w dziedzinie opieki paliatywnej” była jednocześnie wydarzeniem inaugurującym realizację projektu.

Obecnie po stronie ukraińskiej trwają przygotowania do wyjazdu na kompleksowe szkolenie do Sanoka pielęgniarek czynnych zawodowo, które w przyszłości mają podjąć pracę w nowobudowanym hospicjum w mieście Vynogradiv. Natomiast strona polska przygotowuje się do przeprowadzenia tego przedsięwzięcia. W szkoleniach weźmie udział trzydzieści pielęgniarek, w grupach pięcioosobowych. W czasie pobytu w Polsce pielęgniarki zostaną zapoznane z organizacją i specyfiką pracy w Zakładzie Pielęgniactwo – Opiekuńczo w Sanoku, a także w Oddziale Opieki Paliatywnej Podkarpackiego Ośrodka

Onkologicznego im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie. Ponadto poznają podstawy teoretyczne profesjonalnej opieki nad pacjentem w stanie terminalnym i nad jego rodziną, a także będą mieć możliwość nabycia umiejętności praktycznych w tym zakresie i zastosowania ich w działaniu. Szkolenia będą realizowane przez profesjonalistów Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego przy współpracy z Zakładem Pielęgniarstwa, Instytutu Medycznego, Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta Koło w Sanoku zgodnie z harmonogramem projektu planuje na wiosnę 2013 roku rozpoczęcie prac budowlanych polegających na zagospodarowaniu terenu wokół budynku Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego. Zostaną wykonane podjazdy, parking, ogrodzenie oraz oświetlenie zewnętrzne. Rozpoczęto ponadto doposażanie zakładu w sprzęt do pielęgnacji pacjentów (zakup wanny dla niepełnosprawnych oraz brodzików prysznicowych-niskoprogowych) i sprzęt do fizykoterapii (urządzenia do prowadzenia magnetoterapii, terapii ultradźwiękowej oraz światłolecznictwa). Planuje się także zakup i zainstalowanie nagłośnienia do prowadzenia muzykoterapii w salach pacjentów (sale zostały przygotowane do tego celu wcześniej – zainstalowano konieczną sieć przewodów elektrycznych).

W ramach projektu w celu podniesienia jakości opieki i bezpieczeństwa w Zakładzie przy ul. Korczaka planuje się zainstalowanie monitoringu wewnętrznego oraz monitoringu zewnętrznego. Zostaną również zakupione komputery, drukarki i oprogramowanie konieczne do prawidłowego i nowoczesnego funkcjonowania zakładu co pozwoli również na sprostanie wymogowi ustawowemu wprowadzenia w życie elektronicznej dokumentacji medycznej po 1 sierpnia 2014 roku [11].

Na przełomie czerwca i lipca 2014 roku w Sanoku planowana jest organizacja międzynarodowej konferencji naukowo - szkoleniowej pt. „Opieka paliatywna wyzwaniem dla medycyny XXI wieku”. Celem konferencji będzie podsumowanie realizacji projektu, a także wymiana doświadczeń z zakresu opieki paliatywnej dotyczącej pielęgnowania, leczenia, rehabilitacji, opieki duchowej, pomocy socjalnej wobec pacjentów w stanach terminalnych i ich rodzin oraz integracja środowiska medycznego Polski i Ukrainy zajmującego się świadczeniem opieki paliatywnej.

Podmiotem w opiece paliatywnej są pacjenci, często w ostatnim stadium postępującej i nieuleczalnej choroby wymagający całościowego traktowania. Całościowe podejście do chorego jest podstawą opieki paliatywnej, która powinna być skierowana na trzy sfery ludzkiego życia tj. somatyczną, umysłową i duchową [4].

W Polsce i na Ukrainie opieka paliatywna jest jednym z elementów systemu opieki zdrowotnej. Poziom dostępności tej opieki i jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych w poszczególnych jednostkach systemu jest różna. Z uwagi na sytuację demograficzną i zdrowotną ludności zamieszkałej w obszarze transgranicznym, konieczne jest utworzenie nowych zakładów opieki paliatywnej, a w już istniejących zakładach wskazane jest podnoszenie standardu świadczeń [2]. Realizowany projekt służy temu celowi ponieważ w wyniku jego realizacji w mieście Vynogradiv powstanie Regionalne Centrum Opieki Paliatywnej z hospicjum. Personel hospicjum zostanie profesjonalnie przygotowany do pracy z osobami w stanach terminalnych oraz ich rodzinami, a w Sanoku zostanie rozbudowana infrastruktura Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego, przez co poprawi się dostęp do świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom oraz jakość oferowanych świadczeń.

Wnioski

1. Fundusze europejskie umożliwiają podniesienie jakości życia społeczeństwa zamieszkałego w rejonie przygranicznym.
2. Celowy jest rozwój współpracy transgranicznej mającej na celu doskonalenie funkcjonowania instytucji zajmujących się usługami w zakresie zapewnienia profesjonalnej opieki długoterminowej.
3. Współpraca transgraniczna realizowana jest poprzez działania polegające na budowie i rozbudowie bazy materialnej zakładów, przygotowaniu profesjonalistów do świadczenia opieki paliatywnej oraz wymianie doświadczeń zawodowych i naukowych w tym zakresie.

4. Wynikiem realizacji projektu będzie wzrost dostępności i jakości usług w zakresie opieki paliatywnej na terenie rejonu Vynogradiv i powiatu sanockiego.

Piśmiennictwo

1. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M.: Opieka paliatywna w Polsce od idei do praktyki. Forum Medycyny Rodzinnej 2008, 3, 277-285.
2. Ciałkowska-Rysz A.: Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. Medycyna Paliatywna 2009, 1, 22-26.
3. <http://www.pl-by-ua.eu/> dostęp 22.01.2012.
4. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
5. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E.: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 18 – 19.
6. Kachaniuk H. (red.): Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi, Raabe, Warszawa 2009, 6-7.
7. Langiewicz M., Domańska A. (red.): Polsko – ukraińska strategia współpracy transgranicznej na lata 2007-2015. Lublin – Rzeszów – Lwów – Łuck - Użhorod 2008.
8. Morrison R.S., Meier D.E.: Clinical practice. Palliative care. N. Engl. J. Med. 2004; 350 (25): 2582-2590.
9. Radzik T.: Zakres i formy opieki nad chorym o niepomyślnym rokowaniu. W: Podstawy pielęgniarstwa, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek. Wyd. Czelej, Lublin 2004, 731-748.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr. 139, poz. 1138 z późn.zm).
11. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm).

Характеристика STI (ІПСШ) політики країн європейського регіону

І. В. Підлісна, О. М. Крекотень

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Анотація: Проведено порівняльну характеристику ефективності національних програм і планів боротьби з інфекціями, що передаються статевим шляхом. ІПСШ епідеміологічна ситуація, а також підходи до профілактики та контролю сильно відрізняються між Західною Європою і країнами СНД.

Ключові слова: інфекції, які передаються статевим шляхом (трихомоніаз, хламідіоз, сифіліс, гонорея), національні програми боротьби з ІПСШ Європейського регіону.

Щорічно у всьому світі більше 400 мільйонів дорослих заражуються інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Чотири венеричних захворювань, які поширюються в основному через гетеросексуальні контакти є повністю виліковними: трихомоніаз, хламідіоз, сифіліс та гонорея, якими заражається 11 з кожних 100 дорослих у всьому світі, і можуть призводити до незворотних наслідків як для індивіда, так і країни загалом.

ІПСШ вражають відносно молодих осіб, а лікування часто є недоступним, із запізненням або недостатнім, наслідком чого є високі ризики втрати репродуктивного здоров'я даної категорії населення. Вплив на суспільство також є істотним, оскільки ІПСШ впливають, в першу чергу, на чоловіків і жінок, які створюють сім'ю і є продуктивною робочою силою для різних галузей суспільства. Світовий банк і Всесвітня організація охорони здоров'я визначили, що кожен рік, ІПСШ, включаючи ВІЛ, складають 6% здорових років життя, втрачених серед жінок у віці 15-44 років у всьому світі, а сифіліс, гонорея, хламідіоз і ВІЛ, разом із запальними захворюваннями тазових органів, як ускладнення деяких ІПСШ, що часто призводить до безпліддя у жінок, втрачають більш ніж 51 млн. років здорового життя серед чоловіків, жінок і дітей у всьому світі.

Існування національних програм боротьби з ІПСШ (STI) та/або національних планів STI зареєстровано в 33% країн, у тому числі у двох з 18 – західних, п'яти з 10 – центральних європейських країн, і семи з 15 співдружних незалежних країн (СНД), але елементи програм боротьби з ІПСШ наявні у всіх країнах. Майже всі країни повідомили про існування STI системи нагляду, 93% відкрили STI клініки, 82% ведуть політику повідомлення партнера, а 58% впровадили STI принципи управління.

Елементами STI політики є різні типи і рівні послуг, включаючи державних і приватних постачальників венерологічних послуг; спеціальні послуги для вразливих груп населення; повідомлення партнерів та політика скринінгу; а також принципи управління щодо первинної профілактики, контролю і нагляду за ІПСШ, а також проведення наукових досліджень.

У Західній Європі, Північній і більшості країн Середземномор'я, Ірландії, Великобританії, Німеччини та Австрії проводиться політика тестування вагітних жінок на сифіліс (і в деяких на ВІЛ), а у Франції існують тести на ВІЛ, хламідіоз і гонорею.

Скринінг ІПСШ серед груп населення, окрім донорів крові та вагітних жінок, у Західній Європі включає в себе і працівників секс-бізнесу в Австрії, Франції, Німеччині, Греції, Ірландії. У Франції нагляд підлягають ув'язнені, у той час як в Ісландії - алкоголіки і наркомани. Жінки у віці від 25р. проходять скринінг на хламідіоз у Норвегії і Великобританії, у той час як пари, які хочуть вступити у шлюб проходять тестування на сифіліс та гонорею у Люксембурзі. У Болгарії ця політика включає категорії водіїв-дальнобійників і мігрантів, тоді як Туреччина перевіряє ще й призовників на ВІЛ. У Вірменії, Казахстані, Киргизстані, Латвії, Молдові, Росії та Україні моніторингу підлягають дошкільні та інші співробітники освіти, а в Білорусії, Латвії, Казахстані, Росії також і медичні працівники (лікарі, медсестри та/або акушерки).

У всіх європейських країнах, за винятком Греції, є STI системи спостереження. У країнах Західної Європи, 14 з 18 країн звітують про STI випадки на основі клінічної та/або лабораторної діагностики. В Албанії, Хорватії, Чеській Республіці, Словаччині, Словенії, Туреччині випадки ІПСШ реєструють як державні, так і приватні клініки, в той час як в інших місцях тільки у випадках наявності державних клінік. У СНД, за винятком Грузії, STI звітність ліцензованими практикуючими лікарями та лікарнями є універсальною.

Не тільки STI епідеміологічна ситуація, а також підходи до профілактики та контролю, сильно відрізняються між Західною Європою і СНД. У західних країнах, де відсутній контроль практикуючих лікарів і принципів управління STI випадку, розвиток профілактики, лікування ІПСШ та керівних принципів з дотриманням стандартів цілком може бути залишено на професійні венерологічні асоціації, які здатні нести відповідальність за якість STI послуг. Ліцензійні постачальники у цих країнах існують на різних рівнях надання медичних послуг, а також забезпечено вільний доступ до безкоштовних консультацій та лікування ІПСШ.

На відміну від цього, в пост-комуністичних державах постачальником послуг STI є державні заклади охорони здоров'я – венерологічні клініки (та фахівців), які, як правило, є установами Міністерства охорони здоров'я.

Попередні результати дослідження звернень за венерологічною допомогою підтверджують, що велика кількість клієнтів у цих країнах відмовляються від ліцензованих державних послуги тому, що вони є незручними або через відсутність конфіденційності. Замість цього, багато потенційних клієнтів ІПСШ в СНД обслуговуються у неліцензійних (напів-) приватних постачальників або вдаються до самолікування. Такі послуги можуть бути неефективними (призначена фармакотерапія), або занадто дорогими (приватні) для більшості населення.

- повідомлення партнерів використовується у всіх країнах, де частка контактів досягає від 10% до 75%. Крім Норвегії та Швеції, повідомлення партнера здійснюється нерідко в неспеціалізованих STI закладах, зокрема в установах первинної медичної допомоги.
- незважаючи на неоднорідність в існуючих на даний час STI системах нагляду існують пріоритети для їх удосконалення в різних країнах Європейського регіону (Європейський нагляд за ІПСШ) через створення форуму, на якому країни можуть вчитися один у одного й передавати навички і досвід, а також виступати в якості стимулу для поліпшення STI системи країни в разі потреби, дозволяючи, таким чином, отримати більш значущі зіставлення даних, що дозволить істотно поліпшити наше розуміння STI епідеміології та факторів ІПСШ по всій Європі, а також сприяння обміну інформації та надання допомоги в розробці та здійсненні ефективних заходів громадської охорони здоров'я.

Кроки з профілактики патології зору на міжнародному та місцевому рівнях

Гузар І. А.¹, Качмарська М. О.²

¹ Комунальна 5-а міська клінічна лікарня, м. Львів

² Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: Погіршення якості життя у зв'язку з порушенням зорових функцій як один з основних факторів, що впливає не тільки на фізичний стан, але і на психологію поведінки людини, емоційні реакції, місце і роль в соціумі знайшли своє відображення у створенні і впровадженні в життя нової європейської політики «Здоров'я – 2020», що передбачає розробку подальшого плану дій з попередження сліпоти та порушень зору на період 2014-2019 років. В структурі заходів щодо цього важливе місце у виявленні патології зору займає щорічний огляд лікаря-офтальмолога, відповідно до плану обстеження, який призначений сімейним лікарем.

Ключові слова: зір, «Здоров'я 2020», профілактика

Kroki z profilaktyki patologii wzroku na międzynarodowych i miejscowych poziomach

I. Huzar, M. Kaczmarska

Streszczenie: Pogorszenie jakości życia w związku z naruszeniem wzrokowych funkcji jak jeden z głównych czynników, co wpływa nie tylko na fizyczny stan, ale i na psychologię zachowania człowieka, emocjonalne reakcje, miejsce i rolę w społeczeństwie znalazły swoje odzwierciedlenie w stworzeniu i wprowadzeniu do życia nowej europejskiej polityki "Zdrowia - 2020", co przewiduje opracowanie późniejszego planu działań z uprzedzenia ślepoty i naruszeń wzroku na okres 2014-2019 lat. W strukturze środków co do tego ważne miejsce w ujawnieniu patologii wzroku zajmuje coroczny przegląd lekarza-oftalmologa, odpowiednio do planu obserwacji, który jest przeznaczony rodzinnym lekarzem.

Słowa kluczowe: wizja, „Zdrowie 2020”, zapobieganie

Steps are from prophylaxis of pathology of sight on international and local levels

I. Huzar, M. Kaczmarska

Summary: Worsening of quality of life in connection with violation of visual functions as one of basic factors, that influences not only on a bodily condition but also on psychology of behavior of man, emotional reactions, place and role in society found the reflection in creation and introduction in life of new European politics of "Health - 2020", that envisages development of further plan of operating under warning of blindness and paropsiss on a period 2014-2019. In the structure of measures in relation to it an important place in the exposure of pathology of sight occupies the annual review of doctor-ophthalmologist, in accordance with the plan of inspection, that is appointed by domestic.

Keywords: vision, "Helth 2020", prevention

Вступ. Порушення зорових функцій є одним з основних факторів, що знижують якість життя людини, причому хвороба впливає не тільки на фізичний стан, але і на психологію поведінки людини, емоційні реакції, місце і роль в соціумі [1,2].

За останніми оцінками ВООЗ, близько 314 мільйонів людей в усьому світі живуть з порушенням зору через захворювання очей або не виправлені аномалії рефракції. З них 45 мільйонів повністю сліпі, з яких 90% живуть у країнах з низьким рівнем доходів [6]. Основними причинами сліпоти є катаракта (39%), глаукома (10%), вікова макулярна дегенерація (7%), помутніння рогівки (4%), діабетична ретинопатія (4%), трахома (3%), очні захворювання у дітей (3%) і онхоцеркоз (0,7%). Фактична величини

на сліпоти та порушень зору, швидше за все, є вищою через відсутність повного охоплення оглядом осіб старшого віку. За інформацією головного офтальмолога МОЗ України професора Сергія Рикова в Україні, істинною сліпотою хворіють 40 тис. чоловік [3]. Це ті люди, які читають по Браелю. І у п'ять разів більше слабо зрячих людей. Пацієнтів з глаукомою, які знаходяться на диспансерному обліку, у нашій державі близько 200 тисяч. І, разом з тим, стільки ж, згідно з даними ВООЗ не виявлено – люди ще і не вимірювали свій внутрішньоочний тиск. На 1 000 профілактичних перевірок виявляється від 6 до 8 пацієнтів із первинною відкритою кутовою глаукомою.

Матеріал і методи. Матеріалом дослідження слугували дані Європейського регіонального бюро ВООЗ (ЄРБ ВООЗ) та результати обстеження дітей у Кабінеті охорони зору комунальної 5-ої клінічної лікарні м. Львова. Використано методи: системного аналізу, бібліосемантичний та статистичний.

Результати і обговорення. Більшість дітей та підлітків Європейського регіону ВООЗ ростуть в хороших умовах і відрізняються гарним здоров'ям. Діти є особливо чутливі до впливу забруднення навколишнього середовища, до того ж всі негативні впливи посилює соціально-економічна нерівність між верствами суспільства. Дітям та підліткам необхідні свіже повітря, безпечне житло, здорове харчування, чиста вода і здоровий спосіб життя; вони потребують доступних і дружніх послуг охорони здоров'я.

Відділ здоров'я дітей і підлітків ЄРБ ВООЗ робить свій значний внесок у створення і втілення в життя нової європейської політики «Здоров'я – 2020» (резолюція EUR/RC60/R5). Його основний підхід полягає в документуванні та гармонійному поєднанні нових знань і фактів з охорони здоров'я дітей і підлітків та пов'язаних з цим соціально-економічних детермінантів, а також у рекомендації урядам країн у прийнятті рішень і ефективних зусиль, спрямованих на досягнення кращого здоров'я, рівності та добробуту [4]. Виконавча рада ВООЗ відповідно до рішення EB130, постановила розробити подальший план дій з профілактики сліпоти та порушень зору на період 2014-2019 років [5]. Рада доручила Генеральному директору розробити цей проект плану дій у тісній співпраці з державами-членами і міжнародними партнерами, і представити проект плану дій для розгляду у 2013 році. Завдання плану повинні бути спрямовані на розширення зусиль держав-членів, Секретаріату та міжнародних партнерів у запобіганні сліпоти та порушень зору шляхом розробки всеосяжного здоров'я очей у програмах на національному і субнаціональному рівнях. Для того, щоб активізувати і координувати поточну діяльність, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходів, план повинен бути спрямований на:

- (А) підвищення політичних і фінансових зобов'язань держав з ліквідації сліпоти;
- (Б) сприяння у підготовці науково обґрунтованих стандартів і керівних принципів з використанням економічно ефективних заходів;
- (В) огляд міжнародного досвіду та найкращої практики в реалізації політики, планів і програм з профілактики сліпоти та порушення зору;
- (Г) зміцнення партнерських відносин, співробітництва і координація між зацікавленими сторонами у запобіганні сліпоти;
- (Д) систематичний збір, аналіз та розповсюдження інформації про тенденції та прогрес, які досягнуті у запобіганні сліпоти в усьому світі, регіонах і на національному рівні.

В структурі поширеності хвороб у дітей 0–17 років за даними Центру медичної статистики МОЗ України хвороби ока займають 3 місце після хвороб органів дихання та травлення. Це пояснюється тим, що в шкільні роки орган зору дитини зазнає значних перевантажень в умовах тривалого читання, роботи за комп'ютером, перегляду телевізора. При цьому, не завжди дотримуються санітарні норми зовнішнього освітлення, повноцінного харчування і правильної посадки дитини. Кількість факторів, які можуть несприятливо вплинути на дитячий зір, дуже велика. Якщо у дитини виявили понижений зір ще у дошкільному віці її негайно варто лікувати, оскільки при астигматизмі +2, +4 – дитина буде бачити близько 20%-30% і їй доведеться йти до школи для слабкозорих. Якщо ж зайнятися лікуванням, дитина може мати 80%-90% зору і піде до звичайної школи. У будь-якому випадку профілактика

не завадить. Надалі усі діти в школі проходять профілактичний огляд гостроти зору і там виявляються уже інші патології, зокрема, близорукість, яка може бути дошкільною, або генетично зумовленою.

З метою вивчення впливу зорового навантаження на стан зорового аналізатора у 2010-2012 роках в офтальмологічному кабінеті Львівського міського кабінету охорони зору, який діє на базі 5-ої міської клінічної лікарні, оглянуто 24110 дітей в присутності батьків. Результати огляду передані лікарю, який давав скерування в кабінет охорони зору, консультативні висновки – батькам. Огляд проводив дитячий офтальмолог вищої категорії з допомогою двох медичних сестер. Медсестри досліджували гостроту зору з відстані 5 м та 33 см, кольоросприйняття, бінокулярний зір, резерви акомодативної скіаскопічними лінійками. Лікар проводив опитування, огляд ока та додатків ока, офтальмоскопію, скіаскопію, біомікроскопію. Дітям зі зниженим зором проводилась циклоплегія розчином тропікаміду.

Результати огляду подано в таблиці 1.

Таблиця 1.

	К-ть оглянутих	Виявлено (абс.)						
		здорових	з порушеннями зору					
			всього	в т.ч. за нозологіями (в т.ч. /х – вперше в поточному році)				
				міопія (в т.ч. складний міопічний астигматизм з порушеннями зору)	гіперметропія (в т.ч. складний гіперметропічний астигматизм)	астигматизм (тільки протий і змішаний)	косоокість	інша патологія
2010	8534	7292	1242/199	357/53	196/27	135/22	283/20	271/77
2011	7692	6436	1256/184	389/56	212/26	170/19	305/21	180/62
2012	7884	6619	1265/188	395/58	215/27	172/21	306/20	177/62
Всього	24110	20347	3763/571	1141/167	623/80	477/62	894/61	628/201

Серед виявлених інших захворювань: порушення рефракції, акомодативної парези та паралічі очорухових нервів, контагіозний молюск, ністагм, невус, кон'юнктивіти, халязіон, ліпома орбіти, ячмені, дакриоцистити новонароджених, травми ока.

Висновки

1. Виявлення захворювань на 100 обстежених у кабінеті охорони зору становить 15,6, в тому числі з міопією – 4,7, з гіперметропією – 2,6, з астигматизмом – 2,0, з косоокістю – 3,7. Суттєвих змін не спостерігалось у 84,4% оглянутих дітей.
2. За 2010-2012 роки збільшилось виявлення міопії на 19,9%, гіперметропії на 18,7%, астигматизму на 38,0% та косоокості на 16,9%, що вказує на зростання настороженості медичних працівників та батьків до патології зору.
3. Серед опитаних 91% дітей є комп'ютерними користувачами. Якщо це враховувати важливим є контроль за кількістю часу, який дитина проводить за монітором (рекомендовано до 30 хвилин в день), а дітям, які надзвичайно сильно залежні від телевізора рекомендований час перегляду телепередач – до однієї години в день
4. Необхідно стежити і за умовами, при яких дитина читає, пише або малює: джерело освітлення повинен розташовуватися з лівої сторони, читання лежачи або за їжею неприпустимо.
5. Зовсім не потрібно чекати, коли дитина сама поскаржиться на погіршення зору, тому що найчастіше діти просто не помічають того, як поступово втрачають зір або не вважають важливим сказа-

ти про це батькам. Наведені цифри вказують на важливість щорічних оглядів лікаря-офтальмолога, відповідно до плану обстеження, який призначений сімейним лікарем. У дитячому віці можна вирішити практично всі проблеми із зором, оскільки у дітей він постійно розвивається.

Література

1. Медведовська Н.В. Медико-соціальні аспекти захворюваності та шляхи оптимізації медичної допомоги офтальмологічним хворим: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. медичних наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Н.В.Медведовська. – К., 2001. – 20 с.
2. Москаленко В.Ф. Фактори ризику для здоров'я – важливий та потужний ресурс у справі підвищення якості здоров'я, збільшення тривалості життя / В.Ф.Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2003. – №1. – С.5-12.
3. Риков С. О. Профілактика захворювань органа зору у дітей / С.О.Риков, Й.Л.Ферфільфайн. – К.: ТОВ «Видавнича компанія «Кит», 2003. – 64 с.
4. European Public Health News EUPHA president's column EUPHA office news Message from the WHO Regional Director for Europe: Embarking on Developing the New European Health Policy—Health 2020 European Commission, DG Health and Consumers Public Health and Welfare – Welfare Development and Health, 10–12 November 2011, the Bella Centre, Copenhagen, Denmark / D.Z.Paget, W.Ricciardi, Z.Jakab & A.Montserrat // European J. of Public Health. – 2011. – Vol.21, Issue 1. – P.130-132.
5. WHO. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/event/first-meeting-of-the-european-health-policy-forum/health-2020>.
6. WHO. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.who.int/topics/blindness/ru/>.

Zdrowia publiczne a przepisy europejskie dotyczące oświadczeń zdrowotnych stosowanych na produktach spożywczych

Barbara Jaworska-Łuczak¹, Waldemar Wierzba²

¹ Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Warszawa

² Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Wydział Zamiejscowy w Warszawie

Streszczenie: W artykule przedstawiono prace EFSA nad oceną tzw. oświadczeń zdrowotnych z art. 13(1), art. 13(5) oraz art. 14 Rozporządzenia (WE) Nr 1924/2006. Pozytywnie zaopiniowane przez EFSA oświadczenia zostały dozwolone do stosowania i umieszczone w załączniku do Rozporządzenia Komisji Nr 432/2012 oraz w rejestrze KE. Stosowanie tylko zatwierdzonych oświadczeń zdrowotnych ma pozytywnie wpłynąć na ochronę zdrowia konsumentów a w konsekwencji na poprawę zdrowia publicznego w całej Europie.

Słowa kluczowe: Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), oświadczenia zdrowotne, ochrona zdrowia konsumenta, zdrowie publiczne

Abstract: The article presents the EFSA's work on health claims under Article 13(1), health claims under Article 13(5) and Article 14 of the Regulation (EC) No 1924/2006. Claims positive evaluated have been permitted, listed in the Annex of the Commission Regulation No 432/2012 and put in the EU Register. The use of only approved health claims has a positive impact on the health of consumers and as a consequence to improve public health across Europe.

Keywords: European Food Safety Authority (EFSA), health claims, health protection of consumers, public health

Wstęp

Coraz więcej produktów spożywczych oferowanych w sprzedaży przedstawianych jest jako produkty przynoszące określone korzyści zdrowotne. Tego rodzaju informacja przedstawiona jako komunikat lub w formie graficznej stwierdzająca, sugerująca lub dająca do zrozumienia, że żywność ma szczególne właściwości jest oświadczeniem zdrowotnym w rozumieniu art. 2 ust. 2 Rozporządzenia (WE) nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności.

Rozporządzenie to powstało w celu ujednoczenia przepisów dotyczących oświadczeń, tak aby umożliwić swobodny przepływ żywności. Ma ono również na celu zapewnić wysokiego poziomu ochrony konsumentów i ułatwienie im dokonywania wyboru. Ponadto stanowi ono gwarancję, że każde oświadczenie umieszczane na etykietach żywności w Unii Europejskiej jest zrozumiałe, dokładne i potwierdzone naukowo, pozwalając konsumentom na dokonywanie świadomych i celowych wyborów żywieniowych. Celem rozporządzenia jest także zagwarantowanie uczciwej konkurencji oraz promocja i ochrona innowacyjności w przemyśle spożywczym.

Definicja „oświadczenia zdrowotnego” została zinterpretowana przez Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej wyrokiem z dnia 6 września 2012 r. – sprawa C-544/10 „Oświadczenie o zmniejszeniu ryzyka choroby” - oznacza każde oświadczenie zdrowotne, które stwierdza, sugeruje lub daje do zrozumienia, że spożycie danej kategorii żywności, danej żywności lub jednego z jego składników znacząco zmniejsza jakiś czynnik ryzyka w rozwoju choroby dotykającej ludzi.

Na stosowanie oświadczeń we Unii Europejskiej musi być wydane przez Komisję Europejską (KE) zezwolenie. Decyzja taka wydawana jest w oparciu o ocenę naukową wniosku o autoryzację oświadczenia. Oceny takiej, spełniającej najwyższe standardy z uwzględnieniem ogółu dostępnych danych naukowych, dokonuje Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA).

Rozporządzenie (WE) nr 1924/2006 wymienia różne rodzaje oświadczeń zdrowotnych oraz, dla poszczególnych rodzajów oświadczeń, różne procedury oceny i wydawania zezwoleń.

„Oświadczenia określone w art. 13” to oświadczenia zdrowotne opisujące lub powołujące się na:

- (a) rolę składnika odżywczego lub innej substancji we wzroście, rozwoju i funkcjach organizmu; lub
- (b) funkcje psychologiczne i behawioralne; lub
- (c) bez uszczerbku dla dyrektywy 96/8/WE, odchudzanie lub kontrolę wagi lub zmniejszanie poczucia głodu lub zwiększanie poczucia sytości lub zmniejszanie ilości energii dostępnej z danego sposobu odżywiania się;

Oświadczenia te – określane jako „oświadczenia funkcjonalne”, mają one być oparte na ogólnie zaakceptowanych danych naukowych oraz zrozumiałe dla przeciętnego konsumenta. W czerwcu 2011 roku Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) zakończył prace nad oceną oświadczeń funkcjonalnych.

Dla oświadczeń opartych na nowych dowodach naukowych lub oświadczeń zawierających wnioski o ochronę zastrzeżonych danych zezwolenia będą wydawane zgodnie z procedurą określoną w art.18. Od 1 lutego 2008 r. Państwa Członkowskie UE mogą przysyłać do EFSA wnioski, do oceny.

„Oświadczenia określone w art. 14” to:

- oświadczenia zdrowotne odnoszące się do rozwoju i zdrowia dzieci,
- oświadczenia o zmniejszaniu ryzyka choroby.

Wnioski dotyczące oświadczeń zdrowotnych odnoszących się do zmniejszania ryzyka choroby lub do rozwoju i zdrowia dzieci można składać od 1 lipca 2007 roku

Prace EFSA w zakresie oceny oświadczeń zdrowotnych „funkcjonalnych”

Prace EFSA w zakresie oświadczeń zdrowotnych polega na ocenie czy na podstawie przedłożonych danych naukowych można wykazać związek pomiędzy kategorią żywności, daną żywnością lub jednym z jej składników a deklarowanym efektem zdrowotnym. Ponadto marównież na celu zapewnienie, że oświadczenia umieszczone na etykiecie produktu oraz jego reklama lub prezentacja są odpowiednie, precyzyjne i pomocne konsumentowi w dokonaniu świadomego wyboru.Prace EFSA nad oświadczeniami z art. 13(1) zamknęły się w 341 opiniach i objęły 2 758 oświadczeń z całkowitej liczby 4 637 oświadczeń, jakie napłynęły z Komisji Europejskiej między lipcem 2008 a marcem 2010 roku. Lista ta została utworzona przez Komisję poprzezkonsolidację ponad 44 000 oświadczeń nadesłanych przez Państwa Członkowskie UE. Na tym etapie prac oceny zostały wyłączone oświadczenia, które odnoszą się do substancji roślinnych lub ziołowych, powszechnie określanych jako substancje „botaniczne” (botanicals).

Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 432/2012 ustanawiające wykaz dopuszczonych oświadczeń zdrowotnych tzw. „funkcjonalnych”

W oparciu o opinie EFSA Komisja Europejska wydała 16 maja 2012 roku Rozporządzenie Nr 432/2012 ustanawiające wykaz dopuszczonych oświadczeń zdrowotnych dotyczących żywności, innych niż oświadczenia odnoszące się do zmniejszenia ryzyka choroby oraz rozwoju i zdrowia dzieci. Zgodnie z art. 10 ust. 1 rozporządzenia (WE) 1924/2006 mogą być stosowane tylko takie oświadczenia, na które Komisja udzieliła zezwolenia i które zostały włączone do wykazu dopuszczonych oświadczeń.Dopuszczone oświadczenia znajdujące się w wykazie wraz z warunkami ich stosowania zostały umieszczone w rejestrze Komisji dostępnym na stronie internetowej (<http://ec.europa.eu/nuhclaims/>). Rejestr ten jest dokumentem ‘żywym’ aktualizowanym w miarę postępu prac nad oceną kolejnych oświadczeń.Rejestrzawiera także wykaz odrzuconych oświadczeń zdrowotnych wraz z powodami ich odrzucenia.

Wśród oświadczeń pozytywnie ocenionych przez EFSA znalazły się m.in. oświadczenia dotyczące wpływu tłuszczów na prawidłowe wchłanianie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach oraz wpływu sodu na utrzymanie prawidłowego funkcjonowania mięśni. Zezwolenia na te oświadczenia zostały jednak wstrzymane przez Komisję, bowiem ich stosowanie może nieść ze sobą sprzeczne i niejasne przesłanie dla konsumentów. Z jednej strony oświadczenie zachęcałoby do spożywania tych substancji, ale z drugiej strony na podstawie powszechnie przyjętych zaleceń naukowych organy europejskie, krajowe i międzynarodowe propagują zmniejszenie ich spożycia.Wstrzymanie stosowania tych oświadczeń było

zgodne z art. 3 lit. a) Rozporządzenia (WE) Nr 1924/2006, który stwierdza, że stosowanie oświadczeń nie może być niejednoznaczne lub wprowadzające w błąd.

Załącznik do Rozporządzenia Nr 432/2012 obejmuje ogółem 222 oświadczenia. Wśród składników odżywczych, substancji i żywności wymienionych w nim znalazły się następujące substancje, dla których szczegółowo określono treść oświadczenia i warunki stosowania: arabinoksylian z bielma pszenicy, beta-glukany, beta-glukany z owsa i jęczmienia, betaina, białko, biotyna, błonnik jęczmienny, błonnik owsiany, błonnik z otrębów pszennych, błonnik żytni, chitozan, chlorek, cholina, chrom, cynk, fluorek, foliany, fosfor, glukomannan, guma do żucia bez cukru, guma do żucia bez cukru z karbamidem, guma guar, hydroksypropylometyloceluloza (HPMC), jedno lub wielonienasycone kwasy tłuszczowe, jod, kreatyna, kwas alfa-linolenowy (ALA), kwas dokozaheksaenowy (DHA), kwas eikozapentaenowy/kwas dokozaheksaenowy (EPA/DHA), kwas linolowy (LA), kwas oleinowy, kwas pantotenowy, laktaza, laktuloza, magnez, mangan, melatonina, miedź, mięso lub ryby, molibden, *monascus purpureus* (fermentowany czerwony ryż), niacyna, orzechy włoskie, pektyny, polifenole w oliwie z oliwek, potas, roztwory węglowodanowo- elektrolitowe, ryboflawina (witamina B2), selen, skrobia oporna, sterole roślinne/stanole roślinne, substancje zastępujące cukier, tj. substancje o intensywnym działaniu słodzącym (ksylitol, sorbitol, mannitol, maltitol, laktitol, izomalt, erytrytol, sukraloza i polidekstroza D-tagatoza i izomaltuloza), tiamina, wapń, węgiel aktywowany, witamina A, witamina B12, witamina B6, witamina C, witamina D, witamina E, witamina K, woda, zamiennik posiłku w celu kontroli masy ciała, żelazo, żywe kultury jogurtowe, żywność o niskiej lub obniżonej zawartości nasyconych kwasów tłuszczowych, żywność o niskiej lub obniżonej zawartości sodu.

Rozporządzenie Nr 432/2012 powinno być stosowane od 14 grudnia 2012 roku, a więc po upływie sześciu miesięcy od daty jego wejścia w życie. Okres ten ma na celu umożliwienie podmiotom prowadzącym przedsiębiorstwa spożywcze na dostosowanie się do jego wymagań. Wobec licznych zapytań ze strony polskich przedsiębiorców na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego ukazała się informacja dotycząca interpretacji zapisów umieszczonych w rozporządzeniu. Główny Inspektor Sanitarny opowiedział się za stanowiskiem, zgodnie z którym „produkty zawierające oświadczenia zdrowotne, które nie zostały uwzględnione w wykazie dopuszczonych oświadczeń, mogą pozostawać w obrocie po upływie 6-miesięcznego okresu przejściowego, aż do wyczerpania zapasów, jeżeli zostały oznakowane lub wprowadzone do obrotu przed upływem tego terminu”. Stanowisko to opiera się na tym, że Rozporządzenie 432/2012 nie określiło skutków upływu okresu przejściowego i nie stwierdziło, aby produkty oznakowane niezatwierdzonymi oświadczeniami musiały być wycofane z obrotu z chwilą upływu 6-miesięcznego okresu przejściowego. Przepisy rozporządzenia nie określają również długości pozostawiania żywności w obrocie, a tym samym nie zobowiązują do wycofania żywności z obrotu. Ustanowiony okres przejściowy dotyczy „stosowania oświadczeń”, a nie obrotu żywnością, w odniesieniu do której te oświadczenia zostały już zastosowane. Zdaniem Głównego Inspektora Sanitarnego „nakazanie wycofania z obrotu produktów, które zostały nań wprowadzone zgodnie z prawem i nie stanowią zagrożenia dla zdrowia konsumentów, byłoby nadmiernym obciążeniem przedsiębiorców, sprzecznym z zasadą proporcjonalności.”

Ponowna ocena niektórych oświadczeń zdrowotnych „funkcjonalnych”

Pomimo faktu, że ocena oświadczeń zdrowotnych z art. 13(1) została zakończona w 2011 roku, Komisja Europejska i Państwa Członkowskie UE stwierdziły, że część z nich kwalifikuje się do ponownej oceny - są to oświadczenia dotyczące mikroorganizmów, które we wstępnej ocenie EFSA nie zostały wystarczająco scharakteryzowane (74 oświadczenia) oraz oświadczenia, dla których nie było wystarczających danych do oceny zależności przyczynowo-skutkowej między spożywaniem żywności, której to oświadczenie dotyczy, a deklarowanym efektem zdrowotnym (17 oświadczeń). Państwa Członkowskie UE ponownie przesłały te oświadczenia poprzez Komisję do EFSA w celu dalszej oceny, która powinna zostać dokonana w terminie do grudnia 2012 roku. W czerwcu i sierpniu 2012 roku Panel NDA ds. produktów dietetycznych, żywienia i alergii opublikował pierwsze 24 opiniodotyczące oświadczeń nadesłanych

doponownej oceny. Jedynie w dwu przypadkach Panel stwierdził, że deklarowane oświadczenie zdrowotne zostało w sposób wystarczający udokumentowane dowodami naukowymi:

- oświadczenie dotyczące związku między spożywaniem suszonych śliwek (*Prunus domestica* L.) a utrzymaniem prawidłowej funkcji jelit. W celu uzyskania deklarowanego efektu należy spożywać około 100g dziennie suszonych śliwek.
- oświadczenie dotyczące związku między spożywaniem alfa-cyklodekstryny a zmniejszeniem glikemii po posiłkowej. W celu uzyskania deklarowanego efektu należy spożywać przynajmniej 5 g alfa-cyklodekstryny na 50g skrobi.

Wśród tych 24 ponownie ocenianych oświadczeń nadal negatywnie zostały zaopiniowane oświadczenia dotyczące mikroorganizmów (probiotyków).

Należy spodziewać się, że pozytywnie zaopiniowane oświadczenia z grupy oświadczeń ponownie ocenianych zostaną zatwierdzone poprzez wydanie odpowiedniego rozporządzenia i znajdą się w rejestrze unijnym. Obecnie obydwie oświadczenia znajdują się na liście oświadczeń, w przypadku których procedury jeszcze nie zostały sfinalizowane (Claims for which finalisation is pending). Niewykluczone, że kolejne rozporządzenie dla oświadczeń „funkcjonalnych” ukaże się jeszcze w tym roku po ocenie wszystkich 91 oświadczeń zakwalifikowanych do ponownej oceny.

Oświadczenia zdrowotne z art.13(5)

Oświadczenia zdrowotne z art. 13(5) obejmują oświadczenia oparte o nowo uzyskane dowody naukowe lub zawierające wniosek o ochronę danych zastrzeżonych. Jeśli chodzi o tego rodzaju oświadczenia obowiązuje procedura rozpatrywania i oceny przez EFSA „case by case” czyli indywidualnie w każdym przypadku. Wnioski są przekazywane przez organy kompetentne Państw Członkowskich UE do EFSA, która ma pięć miesięcy na dokonanie oceny. W przypadku, gdy potrzebne są dodatkowe informacje, okres ten może zostać wydłużony o kolejne pięć miesięcy. EFSA otrzymała do tej pory do oceny 48 aplikacji, 13 zostało odrzuconych. Z powodów poufności danych podsumowania tych opinii nie są publikowane. Poniższe tabele przedstawiają obecny faktyczny stan prawny w zakresie oświadczeń zdrowotnych z art. 13(5), który nie stanowi bezpośredniego przełożenia liczby opinii EFSA na liczbę decyzji czy też rozporządzeń Komisji.

Tabela 1: Wykaz przyjętych oświadczeń zdrowotnych z art. 13(5)

	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
Decyzja Komisji z 17 grudnia 2009	Rozpuszczalny w wodzie koncentrat pomidorowy I i II	Rozpuszczalny w wodzie koncentrat pomidorowy I i II pomaga w utrzymaniu normalnej agregacji płytek krwi, co przyczynia się do zdrowego przepływu krwi

Tabela 2: Wykaz odrzuconych oświadczeń zdrowotnych z art. 13.5

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
Nr 984/2009 z 21 października 2009	Elancyl Global Silhouette®	Testowany klinicznie przez 14 dni. Twoja sylwetka jest wyraźnie i całościowo wymodelowana, wyrzeźbiona i wyszczuplona po 28 dniach
	LGG® MAX probiotyk zawierający wiele szczepów	LGG® MAX pomaga zmniejszyć dolegliwości żołądkowo-jelitowe
Nr 1025/2009 z 29 października 2009	Produkt mleczny wzbogacony o peptydy mleka i magnez	Ten produkt łagodzi objawy niepokoju u osób dorosłych podatnych na stres w niewielkim stopniu dzięki zawartości peptydów mleka i magnezu
	Czarna herbata wytwarzana z <i>Camellia sinensis</i>	Czarna herbata pomaga w koncentracji uwagi

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
Nr 1168/2009 z 30 listopada 2009	Algatrium®	wzmacnia odpowiedź organizmu na działanie utleniający; jest to wyjątkowa substancja odżywcza, której działanie u człowieka polegające na pobudzaniu mechanizmów obrony antyoksydacyjnej komórek zostało naukowo stwierdzone.
Nr 375/2010 z 3 maja 2010	Lactobacillus plantarum 299v (DSM 9843)	Lactobacillus plantarum 299v (DSM 9843) poprawia wchłanianie żelaza.
Nr 382/2010 z 5 maja 2010	Natural Push-Up® Tablets i Natural Push-Up® Capsules	NPU Tablets naśladują proces powiększenia biustu u kobiet poprzez działanie 8-PN (8-prenylo-naringeniny)
	Bimuno BT (BGOS) Prebiotic	Pomaga w utrzymaniu prawidłowej czynności przewodu pokarmowego
	Bimuno BT (BGOS) Prebiotic	Wspiera Twoje naturalne siły obronne
	Tabletki i guma do żucia Periobalance TM	Guma Periobalance TM, połączona z właściwą higieną jamy ustnej, pomaga w przywróceniu równowagi mikroflory jamy ustnej i poprawie stanu zdrowia jamy ustnej
Nr 383/2010 z 5 maja 2010	Produkt mleczny o wysokiej zawartości błonnika i białka	Ten produkt zmniejsza uczucie głodu
Nr 958/2010 z 22 października 2010	ImmuneBalance Drink	ImmuneBalance Drink pobudza mechanizmy obronne organizmu
Nr 1161/2010 z 9 grudnia 2010	Catalgine® bouffées de chaleur	Przyczynia się do ograniczenia uderzeń gorąca
Nr 432/2011 z 4 maja 2011	Etanolo-wodny ekstrakt z Carallumafimbriata (Slimaluma®)	Slimaluma® pomaga zmniejszyć obwód w pasie
	Etanolo-wodny ekstrakt z Carallumafimbriata (Slimaluma®)	Slimaluma® pomaga zmniejszyć ilość tkanki tłuszczowej
	Etanolo-wodny ekstrakt z Carallumafimbriata (Slimaluma®)	Slimaluma® pomaga zmniejszyć masę ciała
	Etanolo-wodny ekstrakt z Carallumafimbriata (Slimaluma®)	Slimaluma® pomaga zmniejszyć liczbę przyjmowanych kalorii
	Etanolo-wodny ekstrakt z Carallumafimbriata (Slimaluma®)	Slimaluma® pomaga opanować głód/apetyt
	Yestimun®	Codziennie stosowanie preparatu Yestimun® wzmacnia siły obronne organizmu w chłodnych porach roku
	Kombinacja oleju z nasion czarnej porzeczki (Ribes nigrum), oleju rybnego, ekstraktu likopenu z pomidorów (Lycopersicon esculentum), witaminy C i witaminy E	Pomaga poprawić stan suchej skóry
Nr 666/2011 z 11 lipca 2011	Synbio	Synbioutrzymuje się w przewodzie jelitowym i sprzyja naturalnej regularności, przyczyniając się do utrzymania i poprawy dobrego stanu jelita ludzkiego
	Silymarin BIO-C®	Proponowany w celu poprawy fizjologicznej produkcji mleka kobiecego w okresie karmienia piersią

Rozporządzenie Komisji (WE)	Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności	Oświadczenie
Nr 1171/2011 z 16 listopada 2011	Żywe <i>Lactobacillus caseis</i> szczep <i>Shirota</i>	Codziennie spożywanie żywych <i>Lactobacillus caseis</i> szczep <i>Shirota</i> obecnych w mlecznych produktach fermentowanych pomaga utrzymać ochronę górnych dróg oddechowych poprzez wpieranie funkcji immunologicznych
	<i>Lactobacillus plantarum</i> TENSIA™	Regularne spożywanie (co najmniej przez trzy tygodnie) sera <i>Südamajuust</i> („ser przyjazny sercu”) marki <i>Harmony™</i> zawierającego probiotyczne <i>Lactobacillus plantarum</i> TENSIA™ w ilości 50 g dziennie pomaga w zachowaniu zdrowego układu sercowo-naczyniowego i serca poprzez obniżenie ciśnienia krwi /symbol serca
Nr 379/2012 z 3 maja 2012	<i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG (LGG)	<i>Lactobacillus</i> GG pomaga utrzymać poziom ochrony przeciwko chorobotwórczym drobnoustrojom przewodu pokarmowego
	Hydrolizat kolagenowy	Charakterystyczna mieszanka peptydów kolagenowych (hydrolizat kolagenowy) wywierająca korzystny fizjologiczny wpływ na utrzymanie zdrowia stawów u osób aktywnych fizycznie

W lutym 2013r. na stronie EFSA opublikowano 7 opinii naukowych w sprawie stosowania oświadczeń zdrowotnych opartych o nowe dowody naukowe lub zawierających wnioski o ochronę zastrzeżonych danych). Opinie te dotyczą:

- kombinacji różnych szczepów bakterii i wpływu na dyskomfort trawienny oraz częstotliwość oddawania stolca,
- ekstraktu z ziemniaka (*Slendesta®* *PotatoExtract*) i redukcji masy ciała,
- produktu *EFAQ* (oleju z kryla) i wpływu na dyskomfort odczuwany podczas menstruacji,
- preparatu *Monurelle* (wyciąg z żurawiny z wit. C) i zahamowania zasiedlania dróg moczowych przez bakterie (głównie *E. coli*),
- monokoliny K i utrzymania prawidłowego poziomu frakcji LDL cholesterolu we krwi,
- wody mineralnej *Vichy Catalan* i wpływu na poposiłkowe stężenie lipoprotein we krwi.

Wszystkie wydane przez EFSA opinie są negatywne. W uzasadnieniu, panel NDA (Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies- jednostka EFSA wydająca opinie) najczęściej podawał, że przedstawione przez wnioskodawców dowody naukowe są słabe i niewystarczające, aby uzasadnić stosowanie oświadczenia.

Obecnie ocenie EFSA poddany jest wniosek o stosowanie oświadczenia zdrowotnego w ramach art. 13(5) rozporządzenia 1924/2006. firm *Merck* oraz *Chr. Hansen*, które wspólnie wystąpiły o ocenę oświadczenia dotyczącego działania szczepu probiotycznego (*Lactobacillus paracasei* LP-33), którego działanie opisano jako „wpływ na odporność organizmu na alergeny wziewne”. EFSA ma wydać opinię w sprawie powyższego oświadczenia wiosną 2013 roku.

Oświadczenia zdrowotne z art. 14 (1)

Oświadczenia zdrowotne z art. 14 (1) obejmują:

- a) oświadczenia dotyczące zmniejszania ryzyka choroby
- b) oświadczenia odnoszące się do rozwoju i zdrowia dzieci.

Aplikacje również przesyłane są do oceny do EFSA przez organy kompetentne w Państwach Członkowskich UE. EFSA w pierwszej kolejności sprawdza kompletność dokumentacji zgodnie z wytycznymi dotyczącymi przygotowania dossier do autoryzacji produktu zgodnie z art. 14 Rozporządzenia (WE) nr 1924/2006. Wytyczne takie opracowała EFSA w celu ułatwienia aplikantom składania dokumentacji. Określają one format, wymagane i opcjonalne dane oraz kryteria uzasadnień naukowych.

Pierwszą serię opinii dotyczących tego rodzaju oświadczeń EFSA przyjęła w sierpniu 2008 roku. EFSA w swoich opiniach ocenia naukowe uzasadnienie oświadczeń i przesyła je do Komisji Europejskiej, która w oparciu o opinie EFSA podejmuje decyzję odnośnie autoryzacji. Również i w tym przypadku czas przewidziany na ocenę wynosi 5 miesięcy, o ile nie są wymagane dalsze dodatkowe informacje. W przypadku konieczności uzupełnień czas jest wstrzymywany i po dostarczeniu dodatkowych danych są przewidziane dodatkowe 2 miesiące na dalszą ocenę. Do tej pory EFSA otrzymała 268 oświadczeń, 103 zostały odrzucone, a 75 opinii zostało przyjętych. Na podstawie opinii EFSA Komisja podjęła stosowane akty prawne zebrane w poniższych tabelach.

Tabela 3: Wykaz przyjętych oświadczeń z artykułu 14 (1)

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Artykuł</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
Nr 983/2009 z 21 października 2009 zmienione przez Nr 376/2010r z 3 maja 2010r.	Art.14 (a)	Sterole roślinne: Sterole pozyskiwane z roślin, wolne lub zestryfikowane spożywczyimi kwasami tłuszczowymi	Udowodniono, że sterole roślinne obniżają/zmniejszają poziom cholesterolu we krwi. Wysoki poziom cholesterolu jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej serca
	Art.14 (a)	Estry stanoli roślinnych	Udowodniono, że estry stanoli roślinnych obniżają/zmniejszają poziom cholesterolu we krwi. Wysoki poziom cholesterolu jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej serca
Nr 983/2009 z 21 października 2009	Art.14 (b)	kwas alfa-linolenowy i kwas linolowy	Niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe są potrzebne dla prawidłowego wzrostu i rozwoju dzieci
	Art.14 (b)	Wapń	Wapń jest potrzebny dla prawidłowego wzrostu i rozwoju kości u dzieci
	Art.14 (b)	Białko	Białko jest potrzebne dla prawidłowego wzrostu i rozwoju kości u dzieci
	Art.14 (b)	Wapń i witamina D	Wapń i witamina D są potrzebne dla prawidłowego wzrostu i rozwoju kości u dzieci
	Art.14 (b)	Witamina D	Witamina D jest potrzebna dla prawidłowego wzrostu i rozwoju kości u dzieci
Nr 1024/2009 z 29 października 2009	Art.14 (a)	Guma do żucia słodzona 100 % ksylitolem	Wykazano, że guma do żucia słodzona 100 % ksylitolem redukuje płytkę nazębną. Znaczna ilość płytki nazębnej jest czynnikiem ryzyka wystąpienia próchnicy u dzieci
	Art.14 (b)	Fosfor	Fosfor jest potrzebny dla prawidłowego wzrostu i rozwoju kości u dzieci
Nr 384/2010 z 5 maja 2010	Art.14 (a)	Sterole roślinne/estry stanoli roślinnych	Udowodniono, że sterole roślinne i estry stanoli roślinnych obniżają/ redukują poziom cholesterolu we krwi. Wysoki poziom cholesterolu jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej serca.
Nr 957/2010 z 22 października 2010	Art.14 (b)	Jod	Jod przyczynia się do prawidłowego wzrostu dzieci
	Art.14 (b)	Żelazo	Żelazo przyczynia się do prawidłowego rozwoju funkcji

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Artykuł</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
Nr 440/2011 z 6 maja 2011	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA)	Spożywanie kwasu dokozaheksaenowego (DHA) wspomaga prawidłowy rozwój wzroku u niemowląt do 12 miesiąca życia
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA)	Spożywanie kwasu dokozaheksaenowego (DHA) przez matkę wspomaga prawidłowy rozwój oczu u płodu i niemowląt karmionych piersią.
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA)	Spożywanie kwasu dokozaheksaenowego (DHA) przez matkę wspomaga prawidłowy rozwój mózgu u płodu i niemowląt karmionych piersią
Nr 665/2011 z 11 lipca 2011	Art.14 (a)	Guma do żucia bez cukru	Guma do żucia bez cukru pomaga zmniejszyć demineralizację zębów. Demineralizacja zębów jest czynnikiem ryzyka w rozwoju próchnicy
	Art.14 (a)	Guma do żucia bez cukru	Guma do żucia bez cukru pomaga neutralizować kwasy powodujące powstawanie płytki nazębnej. Kwasy powodujące powstawanie płytki nazębnej są czynnikiem ryzyka w rozwoju próchnicy
Nr 1160/2011 z 14 listopada 2011	Art.14 (a)	Betaglukan występujący w owsie	Wykazano, że betaglukan występujący w owsie obniża/redukuje poziom cholesterolu we krwi. Wysoki poziom cholesterolu jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej serca
Nr 1048/2012 z 8 listopada 2012	Art.14 (a)	Beta-glukan występujący w jęczmieniu	Wykazano, że beta-glukan obniża/redukuje poziom cholesterolu we krwi. Wysoki poziom cholesterolu jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej serca

Tabela 4: Wykaz odrzuconych oświadczeń z artykułu 14(1)

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Artykuł</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
Nr 983/2009 z 21 października 2009	Art.14 (a)	NeOpuntia®	NeOpuntia® sprzyja poprawie parametrów lipidowych krwi powiązanych z ryzykiem sercowo-naczyniowym, w szczególności cholesterolu HDL
	Art.14 (a)	Niskotłuszczowe przetwory mleczne Evolus® fermentowane przez bakterie Lactobacillus helveticus	Evolus® zmniejsza sztywność tętnic
	Art.14 (b)	regulat®.pro.kid IMMUN	regulat®.pro.kid IMMUN wspomaga, pobudza i moduluje funkcjonowanie układu odpornościowego dziecka w okresie wzrostu

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Artykuł</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
	Art.14 (b)	Przetwory mleczne	Spożywanie przetworów mlecznych trzy razy dziennie, w ramach zrównoważonej diety, może pomóc w utrzymaniu prawidłowej masy ciała w okresie dzieciństwa i dorastania
	Art.14 (b)	Przetwory mleczne	Przetwory mleczne (mleko i sery) wpływają korzystnie na zdrowie zębów u dzieci
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas arachidonowy (ARA)	DHA i ARA wspomagają rozwój komórek nerwowych mózgu i oczu
	Art.14 (b)	regulat®.pro.kid BRAIN	regulat®.pro.kid BRAIN wspomaga rozwój funkcji umysłowych i poznawczych u dzieci
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas eikozapentaenowy (EPA)	Uspokaja
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas eikozapentaenowy (EPA)	Daje poczucie spokoju, sprzyja korzystnemu rozwojowi dziecka
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas eikozapentaenowy (EPA)	Wspomaga wzrok
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas eikozapentaenowy (EPA)	Wspomaga rozwój funkcji umysłowych
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas eikozapentaenowy (EPA)	Wspomaga koncentrację
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas eikozapentaenowy (EPA)	Wspomaga zdolność myślenia
	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas eikozapentaenowy (EPA)	Wspomaga zdolność uczenia się
Nr 1024/2009 z 29października 2009	Art.14 (b)	LACTORAL	LACTORAL pomaga przywrócić prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego w okresach zaburzeń mikroflory (na przykład w przypadku biegunki, po przyjęciu antybiotyków, w przypadku zaburzeń pracy jelit wywołanych przez patogeny jelitowe)
	Art.14 (b)	LACTORAL	LACTORAL zalecany jest w celu poprawy ogólnej odporności dzięki zachowaniu równowagi mikrobiologicznej
	Art.14 (b)	LACTORAL	LACTORAL pomaga chronić system pokarmowy wykazując silny antagonizm wobec patogenów jelitowych i pomaga tworzyć naturalną barierę ochronną jelit
	Art.14 (b)	LACTORAL	LACTORAL pomaga utrzymać naturalną mikroflorę jelit w czasie podróży, zmiany strefy klimatycznej lub diety, szczególnie w złych warunkach higienicznych
	Art.14 (b)	LACTORAL	LACTORAL zawiera żywe bakterie probiotyczne, wyizolowane od zdrowych i żywionych w naturalny sposób niemowląt, charakteryzujące się dużą zdolnością do osiedlania się w jelitach

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Artykuł</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
	Art.14 (b)	Mumomega®	Mumomega® zawiera składniki odżywcze, które wspomagają prawidłowy rozwój centralnego układu nerwowego
	Art.14 (b)	Efalex®	Efalex® może pomagać w utrzymaniu zdolności koordynacji
	Art.14 (b)	Efalex®	Efalex® może wspomagać koncentrację
	Art.14 (b)	Efalex®	Efalex® może wspomagać rozwój i funkcje mózgu
	Art.14 (b)	Efalex®	Efalex® może wspomagać zdolność uczenia się
	Art.14 (b)	Efalex®	Efalex® może wspomagać rozwój i funkcje oczu
	Art.14 (b)	Eye q baby®	Eye q baby® zawiera składniki odżywcze, które wspomagają prawidłowy rozwój centralnego układu nerwowego
	Art.14 (b)	Eye q®	Eye q® zawiera składniki odżywcze, które wspomagają prawidłowe funkcjonowanie mózgu u dzieci
	Art.14 (b)	Eye q®	Eye q® zawiera składniki odżywcze, które pomagają dzieciom utrzymać odpowiedni poziom koncentracji
Nr 1167/2009 z 30 listopada 2009	Art.14 (a)	Woda mineralna Melgaço®	Regularne spożywanie wody mineralnej Melgaço powoduje obniżenie poziomu cukru we krwi
	Art.14 (a)	Ocean Spray Cranberry Products®	Regularne spożywanie dwóch porcji preparatu z gamy Ocean Spray dziennie, zawierających 80 mg proantocyjanidyn żurawiny każda, przyczynia się do obniżenia ryzyka zakażeń dróg moczowych u kobiet poprzez zahamowanie przylegania pewnych bakterii do dróg moczowych
	Art.14 (b)	Kinder Chocolate®	Kinder Chocolate® – czekolada, która pomaga rosnąć
	Art.14 (b)	Preparaty do dalszego żywienia niemowląt zawierające stałą kombinację krótkołańcuchowych galaktooligosacharydów, zakwaszonego mleka, nukleotydów oraz beta-palmitynianów	Łagodzi niewielkie dolegliwości jelitowe, takie jak kolka, zaparcia i zaburzenia trawienia
Nr 384/2010 z 5 maja 2010	Art.14 (a)	Preparat likopenu i serwatki	Preparat likopenu i serwatki zapobiega uszkodzeniu oksydacyjnemu lipoprotein osocza, co z kolei ogranicza tworzenie się blaszek miażdżycowych zmniejszając tym samym ryzyko chorób serca, udaru i innych powikłań klinicznych o charakterze miażdżycowym

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Artykuł</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
	Art.14 (a)	BimunoTM (BGOS) Prebiotic	Regularne spożywanie BimunoTM (BGOS) Prebiotic sprzyja ochronie przed szkodliwymi bakteriami, które mogą wywoływać biegunkę podróźnych
Nr 957/2010 z 22 października 2010	Art.14 (a)	OPC Premium™	Wykazano, że OPC obniża poziom cholesterolu we krwi i w związku z tym może zmniejszać ryzyko chorób układu krążenia
	Art.14 (a)	Uroval®	Wyciąg z żurawiny i D-mannoza, główne składniki czynne suplementu diety Uroval®, eliminują przywieranie szkodliwych bakterii do ściany pęcherza moczowego. Przywieranie szkodliwych bakterii do ściany pęcherza moczowego jest głównym czynnikiem ryzyka w rozwoju zakażeń układu moczowego
	Art.14 (b)	Kombinacja bifidobakterii (Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium breve, Bifidobacterium infantis, Bifidobacterium longum)	Probiotyczne bifidobakterie przyczyniają się do powstania zdrowej flory jelitowej porównywalnej składem do flory jelitowej niemowląt karmionych piersią
Nr 1162/2010 z 9 grudnia 2010	Art.14 (b)	Immunofortis®	Immunofortis® w naturalny sposób wzmacnia układ odpornościowy Twojego dziecka
	Art.14 (b)	Eye q TM	Eye q TM (wyjątkowe połączenie High-EPA/ DHA/GLA omega-3, 6 PUFA) zawiera istotne składniki odżywcze, które poprawiają pamięć roboczą u dzieci
Nr 440/2011 z 6 maja 2011	Art.14 (b)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas arachidonowy (ARA)	Kwas dokozaheksaenowy (DHA) i kwas arachidonowy (ARA) wspomagają optymalny rozwój mózgu u niemowląt i małych dzieci
	Art.14 (b)	Lipil®	Lipil® wspomaga optymalny rozwój mózgu u niemowląt i małych dzieci
	Art.14 (b)	Enfamil® Premium	Enfamil® Premium wspomaga optymalny rozwój mózgu u niemowląt i małych dzieci
Nr 665/2011 z 11 lipca 2011	Art.14 (a)	OPC Plus	Wykazano, że OPC Plus zwiększa mikrokrążenie i w związku z tym może zmniejszać ryzyko wystąpienia przewlekłej niewydolności żylniej
Nr 1160/2011 z 14 listopada 2011	Art.14 (a)	Proteiny sojowe	Wykazano, że proteiny sojowe obniżają/redukują poziom cholesterolu we krwi; obniżenie poziomu cholesterolu we krwi może zmniejszyć ryzyko chorób (wieńcowych) serca

<i>Rozporządzenie Komisji (WE)</i>	<i>Artykuł</i>	<i>Składnik odżywczy, substancja, żywność lub kategoria żywności</i>	<i>Oświadczenie</i>
	Art.14 (a)	ACTIMEL® Lactobacillus casei DN-114 001 z dodatkiem bakterii jogurtowych	Fermentowane mleko zawierające probiotyczne Lactobacillus casei DN-114 001 i bakterie jogurtowe zmniejsza obecność toksyn bakterii Clostridium difficile w jelitach (u podatnych na to osób starszych). Obecność toksyn bakterii Clostridium difficile związana jest z występowaniem ostrej biegunki
Nr 1170/2011 z 16 listopada 2011	Art.14 (a)	Woda	Regularne spożywanie dużych ilości wody może zmniejszyć ryzyko wystąpienia odwodnienia i towarzyszącego mu osłabienia wydolności organizmu
	Art.14 (a)	Soki owocowe zawierające wapń	Zmniejszenie ryzyka utraty tkanek twardych zęba
Nr 378/2012 z 3 maja 2012	Art.14 (a)	ProteQuine®	ProteQuine® podnosi/utrzymuje poziom ScIgA na błonach śluzowych. Zmniejszony lub niewystarczający poziom ScIgA jest czynnikiem ryzyka rozwoju przeziębienia lub grypy
	Art.14 (a)	ProteQuine® w połączeniu z laktoferyną bydlęcą	ProteQuine® w połączeniu z laktoferyną bydlęcą podnosi/utrzymuje poziom ScIgA na błonach śluzowych. Zmniejszony lub niewystarczający poziom ScIgA jest czynnikiem ryzyka rozwoju przeziębienia z bólem gardła a mieszanina ProteQuine® z laktoferyną bydlęcą zmniejsza ryzyko rozwoju bólu gardła
	Art.14 (b)	Lactobacillus delbrueckii subsp. bulgaricus szczep AY/CSL (LMG P-17224) i Streptococcus thermophilus szczep 9Y/CSL (LMG P-17225)	Utrzymuje zdrowie jelit poprzez normalizację flory jelitowej.
	Art.14 (b)	Beta palmitynian	Wzbogacenie w beta-palmityniany przyczynia się do zwiększenia absorpcji wapnia.

Podsumowanie

Ocena oświadczeń zdrowotnych dokonywana przez EFSA budzi wiele kontrowersji. Ostatecznie niewiele oświadczeń nadesłanych do EFSA przechodzi pozytywną weryfikację. Szczególnie krytykowany jest fakt, iż EFSA nie wydała ani jednej pozytywnej opinii potwierdzającej związek między spożywaniem probiotyków a deklarowanym efektem zdrowotnym. Podnoszą się głosy, iż kryteria przyjęte przez EFSA są zbyt wygórowane i wymagają badań, których nie są w stanie udźwignąć małe firmy oferujące produkt o wysokiej jakości, ale nie mające funduszy na kosztowne testy dodatkowe. Podczas oceny okazuje się, że ogólnie dostępne dane naukowe w wielu przypadkach okazują się niewystarczające.

Z drugiej jednak strony ochrona zdrowia konsumenta - przyjęta jako jeden z celów wprowadzenia przepisów dotyczących komunikatów jakie mogą być stosowane na produktach spożywczych wydaje się być zapewniana na wyższym poziomie. A to dzięki temu, że żywność, którą spożywamy na co dzień została poddana gruntownej i systematycznej ocenie. Dzięki pracom EFSA konsument jest prawidłowo poinformowany a prozdrowotne właściwości żywności zostały zweryfikowane na podstawie wiarygodnych danych naukowych. Zastosowane tu podejście jest analogiczne jak w przypadku oceny stosowanych

procedur medycznych, z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi analitycznych: Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych (EBM) oraz Oceny Technologii Medycznych (HTA).

Ułatwienie świadomego wyboru jest szczególnie istotne w sytuacji, kiedy konsumenci przywiązują coraz większą wagę do składu żywności i jej właściwości prozdrowotnych. Na fali trendu zdrowego stylu życia coraz częściej zwraca się uwagę na treści etykiet produktów spożywczych i na ich podstawie dokonuje się wyboru żywności, która nie tylko zaspokoi głód, ale również przyniesie korzyści zdrowotne.

Dokonując wyboru konsumenci sięgają po jogurty zawierające szczepy bakterii probiotycznych, po soki i napoje multiwitaminowe, pełnoziarniste płatki śniadaniowe i musli, herbatki owocowe i ziołowe. W mniejszym stopniu są to napoje izotoniczne i energetyzujące, produkty niskotłuszczowe i produkty mleczne zawierające sterole roślinne. Wymienione wyżej grupy produktów uchodzą w świadomości konsumentów za prozdrowotne, często ze względu na zastosowaną komunikację, umieszczaną na opakowaniach bądź w przekazach reklamowych.

Biorąc pod uwagę opisane wyżej przepisy, wszystkie tego typu przekazy traktowane być powinny jak oświadczenia zdrowotne i podlegać powinny opisanym ograniczeniom. Trzeba jednak wiedzieć, że opisywane regulacje w rzeczywistości pozwalają prowadzić szeroko zakrojoną komunikację zdrowotną. Wykaz dopuszczonych oświadczeń zdrowotnych oraz oświadczenia z list „pending” dają możliwość kształtowania treści prozdrowotnych dla większości produktów spożywczych, nie tylko tych uznanych za funkcjonalne. Dzięki zawartości składników, takich jak białko, błonnik, tłuszcze, witaminy i minerały, składniki pochodzenia naturalnego, czy też dodane w procesie produkcji, żywność może być opatrzona wieloma oświadczeniami zdrowotnymi.

Mając na uwadze powyższe, nie ulega wątpliwości, że oświadczenia zdrowotne są szansą na rozwój i wyróżnienie się na niezwykle konkurencyjnym rynku spożywczym. W warunkach wysokiej podaży żywności, treści takie wydają się być użytecznym narzędziem motywującym konsumentów do wyboru produktów, mogących pozytywnie wpłynąć na ich zdrowie.

Piśmiennictwo

1. www.ec.europa.eu
2. www.efsa.europa.eu
4. www.gis.gov.pl
5. Rozporządzenia (WE) Nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności.
6. Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 432/2012 z dnia 16 maja 2012 r. ustanawiające wykaz dopuszczonych oświadczeń zdrowotnych dotyczących żywności, innych niż oświadczenia odnoszące się do zmniejszenia ryzyka choroby oraz rozwoju i zdrowia dzieci.

Electronic system for monitoring and health promotion (SEMPZ) as an international project for using information technologies in public health

Mirosław Jerzy Jarosz, Anna Włoszczak-Szubzda, Robert Chmura, Andrzej Horoch

Department of Health Informatics and Statistics, Institute of Rural Health, Lublin, Poland

Streszczenie

„Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” jest w Polsce koordynowany przez Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS). W jego ramach są realizowane następujące zadania: 1) działania informacyjne skierowane do odbiorców i partnerów projektu, 2) e-learning skierowany do profesjonalistów medycznych, pracowników inspekcji sanitarnej i nauczycieli, 3) działań w zakresie edukacji zdrowotnej skierowanych do pacjentów - młodych kobiet w wieku rozrodczym, dorosłych i młodzieży (w wieku 14-19). Głównym elementem, integrującym działania partnerów projektu jest - Elektroniczny System Monitoringu i Promocji Zdrowia (SEMPZ).

SEMPZ składa się z następujących głównych modułów (platform): 1) Info-SEMPZ - główna strona internetowa projektu, 2) Learn-SEMPZ - platforma e-learningowa, 3) Edu-SEMPZ - edukacyjne strony internetowa.

Zadaniem platformy Info-SEMPZ serwisu jest integracja działań informacyjnych wszystkich partnerów działających w projekcie. Strona zawiera m.in. informacje związane z projektem opublikowane w innych mediach (prasa, radio, telewizja itp.) oraz informacje o imprezach towarzyszących (konferencje, festiwale, happeningi, itp.) organizowanych na szczeblu ogólnopolskim, regionalnym lub lokalnym.

Celem platformy Learn-SEMPZ jest przeprowadzenie szkolenia w formie blended-learning dla 3 grup docelowych: 1) profesjonalistów medycznych, 2) pracownicy inspekcji sanitarnej, 3) nauczyciele. E-learning dla profesjonalistów medycznych obejmie ok. 1.000 osób (lekarzy, pielęgniarek, położnych), którym będą dostarczane najnowsze informacje dotyczące problemu uzależnień kobiet w ciąży. E-learning dla pracowników inspekcji sanitarnej dotyczy 16 regionalnych i 318 lokalnych stacji sanitarno-epidemiologicznych i będzie przygotowaniem do prowadzenia programu edukacyjnego skierowanego do osób dorosłych w miejscu pracy, a także przygotowaniem do współpracy z mediami lokalnymi i regionalnymi. Co najmniej 5.200 nauczycieli będzie szkolonych e-learningowo do funkcji koordynatorów szkolonych w 49 wybranych miastach (dawnych miastach wojewódzkich). Wiedza zdobyta przez wszystkie trzy e-learningowe grupy docelowe będzie weryfikowana i uzupełniana co pół roku.

Edu-SEMPZ jest platformą skierowaną bezpośrednio do grup docelowych, a jej celem jest edukacja zdrowotna: 1) pacjentów - młodych kobiety w wieku rozrodczym, 2) młodzieży w wieku 14-19, oraz 3) osób dorosłych. Wszystkie materiały edukacyjne będą dostępne w formie elektronicznej na tej platformie, w tym materiały metodyczne dla edukatorów (medycy, pracownicy inspekcji sanitarnej, nauczyciele) oraz treści edukacyjne skierowanych do ostatecznych odbiorców.

Skutki działań informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych będą monitorowane za pomocą narzędzi oceny, np. ankietowania przy pomocy kwestionariuszy on-line. Będzie to podstawą dla procesu uaktualniania (korekty) istniejących materiałów edukacyjnych i szkoleniowych oraz przygotowania nowych materiałów adekwatnych do istniejących i antycypowanych potrzeb.

Abstract

The “prophylactic program for prevention of addiction to tobacco and other psychoactive substance” in Poland is coordinated by the Chief Sanitary Inspectorate (GIS). It consists of the following tasks: 1) informational activities directed to receivers and project partners; 2) e-training directed to medical and health professionals and teachers; 3) health educational activities directed to patients – young women at reproductive age, adults and youths (aged 14-19). A central element, integrating activities of partners – the Electronic System for Monitoring and Health Promotion (SEMPZ). The SEMPZ consists of the following main components: 1) Info-SEMPZ – main project website; 2) Learn-SEMPZ – an e-learning platform; 3) Edu-SEMPZ - an educational website.

The goal of the Info-SEMPZ website is an integration of the information actions of all partners in the project. The website contains, among others, information related to the project published in other media (press, radio, television, etc.) and information about accompanying events (conferences, festivals, happenings, etc.) organized on the all-Polish, regional or local levels.

The goal of the Learn-SEMPZ e-learning platform is to carry out training in the form of blended-learning for 3 target groups: 1) medical professionals, 2) health professionals 3) teachers. E-training for approximately 1,000 medical professionals (doctors, nurses, midwives) who are provided with recent information concerning addicted pregnant women. E-training for health professionals at 16 regional and 318 local sanitary-epidemiological offices prepares them for conducting the educational program directed to adults at workplaces, and to cooperate with the regional and local media. At least 5,200 teachers are e-trained as school coordinators in 49 cities. The knowledge gained by all three e-training target groups is verified and supplemented every 6 months.

The Edu-SEMPZ website is directed at the education target groups: 1) patients - young women at reproductive age, 2) adolescents aged 14-19, and 3) adults. All educational materials are available in an electronic form on the platform, both as methodological materials for the trainees (medical and health professionals and teachers), and educational contents directed to receivers.

The effects of information, learning and educational actions is monitored by means of evaluation tools, e.g. on-line questionnaires. This serves for the up-dating (adjustment) of existing educational and training materials, and preparation of new materials for the existing and future educational needs.

Introduction

The health of citizens should be among the priorities of every state, while the goal of health policy should be the provision of health care to all citizens starting from fetal life.

Addictions are among the main population health risks, especially addiction to alcohol, tobacco, and other psychoactive substances, due to their massive occurrence. Young women at reproductive age are an especially exposed sub-population, because the negative effects of addiction concern also fetuses, and in consequence, the entire new generation. Prophylactic actions, therefore, must precede the period of girls entering the reproductive phase, i.e. during the time of attending junior high school at the latest. In order to effectively reach the target group it is necessary to train an adequate number of teachers. The reproductive period lasts for many years, therefore, parallel educational actions must be carried out in enterprises by the employees of the Chief Sanitary Inspectorate (GIS). Finally, young women at reproductive age may become patients, especially during the course of pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. In this situation, medical professionals (physicians, nurses and midwives) become natural educators.

On 28 June 2012, within the Swiss-Polish Cooperation Program, an agreement was signed (No.2/P/SPPW/KIK/68) - in the matter of performance of the Project 'Prophylactic program in the area of counteracting addiction to alcohol, tobacco and other psychoactive agents'. The Project is being performed from 1 June 2012 - 31 December 2016, with the partnership of:

- GIS – Chief Sanitary Inspectorate in Warsaw
- SanEpid – Regional and Local Sanitary Offices
- IMW – Institute of Rural Health in Lublin
- KBdsPN - National Bureau for Drug Prevention in Warsaw
- PARPA - The State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems in Warsaw
- IMP - Nofer Institute of Occupational Medicine in Lodz

Main tasks within the Project:

1. Informational activities directed to all target groups and Project partners.
2. The training directed to mediate target groups (medical and health professionals, high school teachers).
3. Educational activities directed to the final target groups (youths aged 14-19, pregnant women and young mothers, adults).

Target groups of the Project:

1. Mediate Target Groups:

- a) Medical professionals – physicians, nurses, midwives at medical facilities;
- b) Health professionals – health educators at place of work;
- c) Teachers – at high schools (9th to 12th grade)

2. Final Target Groups:

- a) Patients – pregnant women and young mothers at medical facilities.
- b) Employees - adults at place of work.
- c) Youths – aged 14-19 at high schools (9th to 12th grade).

Role and Place of Electronic System for Health Promotion (SEMPZ) in the Project

The ‘Preventive program for anti-addiction to alcohol, tobacco and other psychoactive drugs’ consists of the following tasks:

- Training for medical and health professionals and teachers;
- Educational programs for youths aged 14-19, pregnant women and young mothers, adults);
- Social and Media Campaigns for all target groups;
- Internet Platform – Electronic System for Monitoring and Health Promotion.

The last one, but the central element, integrating activities of partners in the execution of all tasks of the program is the Electronic System for Health Promotion (SEMPZ). SEMPZ is constructed and managed by one of the partners of the program - IMW in Lublin. SEMPZ is mainly performing the role of integrator of information contents, assisting in maintaining the cohesion of action of all project partners. SEMPZ is gathering and presenting all the information about the program, in particular, information about the content available in other media (press, radio, TV) and events at national, provincial and local level (conferences, festivals, family, happenings, etc.). SEMPZ is the main communication medium for the program, because the Internet, as a way of obtaining information for people aged 15 – 49, is widely available in Poland, and in the future will be the most efficient way.

The SEMPZ consist of the following main components:

- Info-SEMPZ -The main project website - directed to all target groups and Project partners.
- Learn-SEMPZ -The project e-learning platform - the training of medical and health professionals, and teachers at high schools; altogether ca. 6,600 user accounts.
- Edu-SEMPZ - The project educational website - educational activities directed to all target groups. (unlimited number of users).

The SEMPZ project assumes a dynamic development of individual websites within the SEMPZ system.

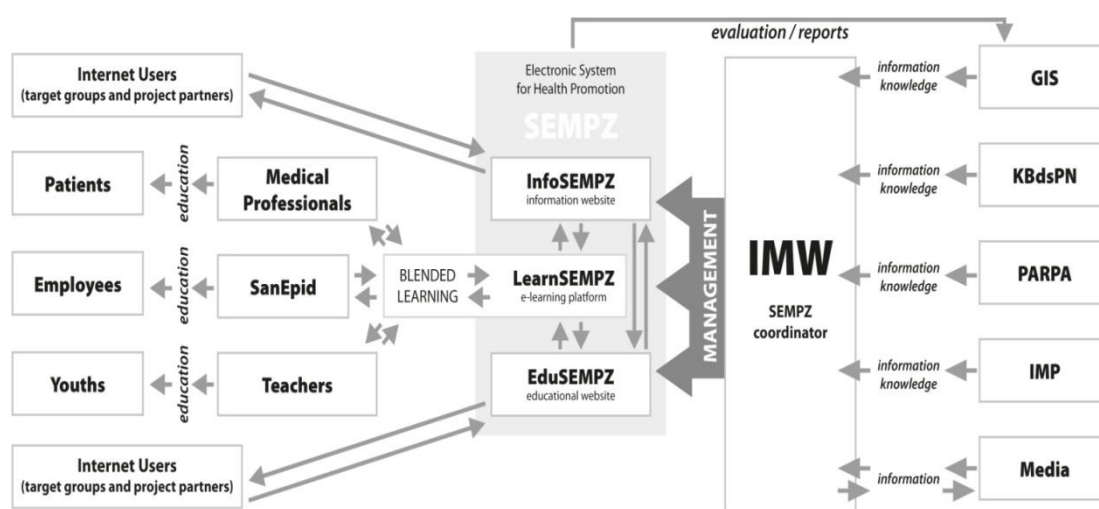


Figure 1. Structure of the SEMPZ

Legend: IMW – Institute of Rural Health; GIS – Chief Sanitary Inspectorate; KBdsPN - National Bureau for Drug Prevention; PARPA - State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems; IMP - Nofer Institute of Occupational Medicine; SanEpid – Regional and Local Sanitary Offices

Info-SEMPZ. The main project website.

Info-SEMPZ general information

The fundamental goal of the functioning of the home page of the SEMPZ is an integration of the information contents, supporting the provision of coherence of the actions of all partners in the project. The website contains the following materials and information:

- general information describing the project, its assumptions and goals;
- activities currently conducted within the project;
- list of partners participating in the project, their characteristics and description of the tasks performed by individual partners within the project, together with graphic materials as the elements of visual identification of partners, and links to adequate, external websites of the partners;
- information concerning the sources of financing the project, with proper graphic elements (logotypes);
- all indispensable contact data (e-mail, address for correspondence, telephone) of the partners of the project and individual people performing tasks within the project;
- information concerning educational activities carried out within the SEMPZ
- e-learning platform (Learn-SEMPZ) and the up-dating introduced, with the hyperlink to the platform;
- information concerning educational materials included in the SEMPZ educational platform (Edu-SEMPZ), and the up-dating introduced, with the hyperlink to the platform;
- graphic materials in accordance with the visual identification designed for the project (logo of the project, templates of documents, templates of presentations, etc.) designed for use within the project or by the media, as well as photographic (or video) documentation of activities undertaken within the performance of the project, presented in the form of an Internet gallery (or by means of a video player),
- information related to the project published in other media (press, radio, television, etc.),
- information pertaining to the meetings and accompanying events organized in the course of the performance of the project, subject-related with the project (conferences, festivals, happenings, etc.) organized on the all-Polish, regional or local levels by individual partners of the project, published in the form of text with additional graphic materials (e.g. photographs);
- other important information exerting an effect on the performance of the project tasks concerning the exchange of information between partners, and an efficient performance of the adopted goals and tasks, which at present, cannot be defined.

Info-SEMPZ - layout and structure

1. The layout of the website has been designed at the first stage of implementation of the project, according to the graphic design established during the elaboration of contents of the website by the SEMPZ team, by means of software designed for professional raster image processing and vector graphics, as well as the software for the modification of websites' source codes in the programming languages. Such software has been purchased within the project and handed-over for use by the members of the SEMPZ team.
2. The graphic layout of the website contains the logotypes of the project, graphic signs of all partners, as well as graphic identification indicating the sources of financing of the project, included in each of the sub-pages.
3. Figure 2 presents the way of displaying the home page. The assumed method of displaying may be modified during the performance of the project, according to the needs.
4. The home page contains welcome information, which provides general information concerning the project and an invitation to use the website's contents.
5. The Info-SEMPZ website is equipped with a navigation system, a so-called menu:

The main menu of the entire page, is placed below the logotype area, and contains bookmarks leading the website user to the adequate contents:

'About the Project' – information concerning the essence of the project, assumptions and goals, time of performance of the project, information related to partners and the scope of their duties resulting from the performance of the project.

1. 'News' – all information concerning the activities carried out within the project, and information concerning the events organized within the project. The bookmark 'News' is divided into 2 sub-bookmarks – 'Performance of the Project' and 'Events'. Information contained in the above-mentioned bookmarks is expanded by a gallery of photographs (e.g. from the events organized), and films within the contents of the website by means of a video player. Video file is included in the external services, enabling publication of multimedia materials.
2. 'Reports' – the above-discussed collection of data related to activities conducted within the project.
3. 'Activities' – project components
4. 'Project partners' – contact data of the Project partners and an electronic form - e-mail.
5. 'For media' – information concerning contact with the media and graphic files of the project used by external parties.
6. 'Campaigns' – information concerning media campaigns and links to websites of the project partners, in accordance with the assumed goals concerning the prophylaxis of addictions.

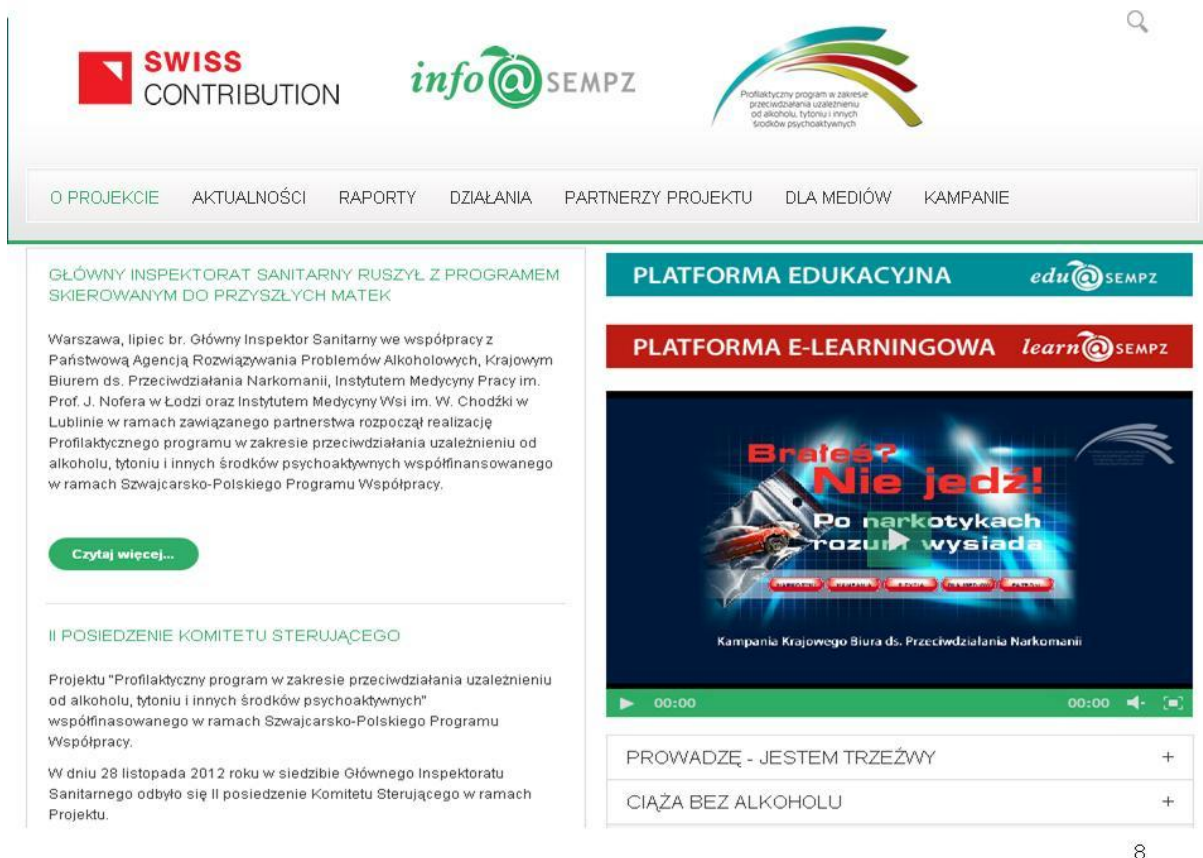


Figure 2. Info-SEMPZ layout.

*Learn-SEMPZ. The project e-learning platform
Learn-SEMPZ general information*

The basic goal of the functioning of the SEMPZ e-learning platform (Learn-SEMPZ) is the carrying out of education in the form of blended-learning for 3 target groups.

Blended-learning is the method of education combining education by the electronic route with its traditional forms. In this method meet and intermingle various educational strategies. It is based on e-learning and direct, i.e. traditional teaching. Such solutions are used in situations where the methods and possibilities of the sole e-learning are not capable of satisfying the assumed educational goals.

E-learning trainings, due to the technical possibilities, allow the enrichment and variety of materials during the course with a large number of multimedia transmissions, which undoubtedly increases the attractiveness of the communication. A computer, as a device deprived of emotions, is basically neutral, it treats equally all the participants of the training and has constant evaluation criteria.

Positive aspects resulting from the traditional method in a mixed (blended) system are interpersonal relations. During stationary sessions, common participation in the training opens the possibilities to become acquainted with new people, exchange of experiences and remarks. A traditional contact with the trainee is maintained, which is the most important advantage of traditional trainings, allows discussions, interactions, and possibility of instant reception of an answer to pertinent questions. Despite the increasing perfection of technologies, e-learning does not yet allow full experiencing of the 'direct contact'.

Blended-learning enables the use of an asynchronic mode (off-line), as well as synchronic mode (on-line) in such educational models as: e-classes, e-lectures, e-tests, tele-consultations with the trainer, etc. According to the results of analyses of educational needs of in individual educational groups, adequate educational models are selected. The most popular model of using blended-learning is the so-called blended model, where e-learning within one educational pathway intermingles with trainings conducted by a traditional method.

All training provided in the component programme will be conducted in the form of blended learning, including:

- 1) for medical professionals (physicians, nurses / midwives);
- 2) for health educators (regional and local inspectors/officers);
- 3) for teachers employed at schools for youths aged 14-19.

Table 1. Estimated number of participants in the blended learning training

Target group	Direct Training courses	E-learning accounts
Medical professionals – physicians, nurses/midwives	10	1,000
Health educators (regional and local sanitary inspectors/officers)	17	334
Teachers (employed at schools for youths aged 14-19)	49	5,213
Total	76	6,547

Effects of training for each of the target groups of this task is monitored on the e-learning platform during the program.

Training of medical professionals

Training in the form of a blended-learning platform is directed to the medical professionals due to its direct contact with the target group. Thus, the training is preparation for conducting educational activities for medical staff.

- Doctors are equipped with a package of information concerning the recognition of symptoms of pregnant women using alcohol, tobacco or drugs, and how to intervene in this matter.
- Nurses and midwives are equipped with the knowledge to recognize symptoms of neonatal use of psychoactive substances by the mother during pregnancy.

The knowledge gained by the medical staff during the training is verified and supplemented every 6 months, by completing the tests included on the e-learning website. This allows doctors nurses and midwives, in addition to verification of their knowledge, to score points in the completion of the educational training requirement; the Institute of Rural Health (IMW) in Lublin has accreditation for the postgraduate training of medical professionals.

Training of local sanitary inspectors/officers

Training in the form of a blended-learning platform for coordinators (leaders) with Regional and Local Sanitary Offices is aimed at preparing them to conduct:

- a) the educational program;
- b) an awareness campaign directed at the target group;

- c) to cooperate with the regional media in the promotion and information activities concerning the activities undertaken in the program.

Training is implemented by cascade: training for 16 coordinators with 16 Regional Sanitary Offices, 16 training courses for 318 Local Sanitary Offices.

Training for teachers

For the successful implementation of the education program in secondary schools, the blended-learning SEMPZ platform, teachers are trained as school program coordinators. In training courses organized in 49 cities, there share of at least 5,200 teachers, ie. after one of the schools that expresses the wish to participate in the program.

Learn-SEMPZ layout and structure

1. The graphic layout of the Learn-SEMPZ platform is established by the members of the SEMPZ team. With its colouring it resembles the Info-SEMPZ and Edu-SEMPZ websites.
2. Learn-SEMPZ possesses a block structure. The image of the website is modifiable by the administrator of the platform by including and disguising individual blocks. This image varies due to the levels of users, i.e. other blocks are visible for authorized users in the system, and others – for guests.
3. Figure 3 presents the way of displaying the home page. The adopted method of displaying may be modified during the performance of the project, according to the needs.
4. The home page of the platform (irrespective of the level of authorization) possesses logotypes of the project, graphic signs of all partners, graphic identification indicating the sources of financing of the project, links to the Info-SEMPZ and Edu-SEMPZ pages.
5. The home page of the platform and the images of all courses is based on one graphic layout, due to which they constitute a coherent whole.
6. In addition, each course may possess its own structure. The authors of the course have the possibility to moderate the structure of the course by including or excluding individual blocks, addition or disguising individual modules or menu.
7. The log in/log out panel is placed on the home page of the platform. After logging in to the platform in the right upper corner, the name and surname of the logged-in person is placed.
8. In the system, help is provided in the form of pop-up windows.

Transitions between the elements of the platform takes place in one browser bookmark.

Drogi Internauto / Droga Internautko

Witamy na platformie szkoleniowej "Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych", prowadzonego przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie.

Platforma, na której się znajdujesz będzie udostępniała kursy i szkolenia w formie e-learningu "na odległość". Już niedługo zapraszamy do korzystania z naszych zasobów, specjalnie przygotowanych dla Ciebie przez naszych ekspertów.

[Czytaj więcej na temat projektu...](#)

PLATFORMA SZKOLENIOWA

Już niedługo zostanie udostępnione łącze do platformy szkoleniowej.

Aby skorzystać ze szkoleń e-learningowych SEMPZ przejdź do platformy szkoleniowej. Następnie zaloguj się używając nazwy użytkownika i hasła uzyskanego od administratora SEMPZ.

Platforma szkoleniowa nie umożliwia samodzielnego zakładania konta użytkownika. Wszystkie kursy są dostępne jedynie dla uczestników projektu.



Platforma e-learningowa



INSTYTUT MEDYCYNY PRACY IM. PROF. J. NOFERA



Figure 3. Learn-SEMPZ layout.

The Learn-SEMPZ platform contains the following mechanisms: forums, chats, voting, quizzes, questionnaires, classes, workshops, vocabularies of concepts, tasks – both online and offline. The trainers have the possibility to introduce their resources within the ordered structure of folders within the course area, and the possibility to evaluate the work performed by applying pre-defined evaluation scales. Each user of the course has a convenient insight into evaluations, as well as comments. The trainer may easily export the results to external files in the formats doc or xls. The totality of activities performed by the user is authenticated, both within the course and the entire platform. The trainer has access to the reports of activities of the course participants. The authors of individual courses may control the method of enrollment of the users to a given course. The courses created on the platform are parameterized by determining the format of the course and its duration, method of saving, determining of the method of displaying disguised sections, determination whether the presented evaluations and reports are to be presented for the user, determination of the type of the group of the users of the course, and level of their isolation.

The website has an embedded multimedia player on the platform and download option for all multimedia files in a popular format (e.g. WAV, MP3, MPEG4, AVI). The external media hosting is treated as an extension.

Edu-SEMPZ. The project educational website

The third element of the SEMPZ is an Internet platform directly contributing to the performance of educational programs (Edu-SEMPZ) at schools and workplaces, used for carrying out the Internet media and social campaign of the project. The platform is equipped with technical elements enabling the collection of evaluation data concerning the carrying out of educational actions, and activities within the scope of health promotion directed to the target groups of the project – young women at reproductive age, school adolescents, adult males (unlimited number of users).

Educational actions directed to all target groups concern the health effects of using tobacco, alcohol or narcotics (including new narcotics – legal highs). Adequate materials are developed in cooperation

among all partners of the project, and are available in various forms, as printed and audio-visual materials (AV). All educational materials is also available in an electronic form on the internet platform Edu-SEMPZ, both as methodological materials for the trainees, and educational contents directed to target groups. The educators have the possibility to use educational resources available on the Edu-SEMPZ platform, and indicate this platform as the source of expanding the health knowledge of the trainees. This route of acquiring knowledge for people aged 15 - 49 is already widely available in Poland, and in the near future it will be the most effective route. Educational materials introduced into the Edu-SEMPZ platform are elaborated and prepared for publication on the website by the editorial SEMPZ team.

The effects of educational actions, especially the effectiveness of the website of the project as a health promotion media for each of the target groups, are monitored during the performance of the project by means of technical tools for evaluation in the form of on-line questionnaires, with which this website is equipped. The results of evaluation serve the up-dating (adjustment) of the existing educational materials, and preparation of new materials for the existing and future educational needs.

On the Edu-SEMPZ pages are included educational contents prepared by external experts in the following fields of education and health promotion: alcohol, nicotine, psychoactive agents, and general information concerning educational actions performed within the project.

Contents of the Edu-SEMPZ website:

- information concerning the remaining web pages of the SEMPZ project: Info-SEMPZ and Learn-SEMPZ;
- text educational materials in the form of articles adjusted to the needs of the Edu-SEMPZ platform;
- graphic educational materials in the form of photographs, graphics, graphs or figures, prepared for the needs of an individual article or the problem discussed;
- contact data (e-mail address, address for correspondence, telephone) of the Edu-SEMPZ editorial team, and contact address with administrators of the website;
- information concerning the events organized within the SEMPZ project presented in the form of a calendar of events, with links to external sources (in accordance to the current needs);
- graphic materials in accordance with the visual identification designed for the project (project logo, templates of documents, templates of presentations, etc.) designed for use within the project or by the media, as well as photographic (or video) documentation of activities undertaken within the performance of the project, presented in the form of an Internet gallery (or by means of a video player),
- information concerning the project published in other media (press, radio, television),
- evaluation of questionnaires on-line,
- other important information which exert an effect on the performance of educational tasks which, at present, cannot be defined.

Edu-SEMPZ layout and structure

1. The layout of the website is designed at the first stage of implementation of the project, according to the graphic design established during the elaboration of contents of the website by the SEMPZ team, by means of software designed for professional raster image processing and vector graphics, as well as the software for the modification of websites' source codes in the programming languages. Such software is purchased within the project and handed-over for use by the members of the SEMPZ team.
2. The layout of the website possesses a logotype of the project, graphic signs of all partners, and graphic identification indicating the sources of financing the project included on each sub-page.
3. Figure 4 presents the way of displaying the home page. The adopted method of display may be modified during the course of performance of the project, according to the needs and results of the evaluation carried out.
4. On the home page, welcome information is displayed for target groups of educational actions informing about the project and an invitation to use educational materials on the Edu-SEMPZ page, and leads directed towards the selected educational actions.

- At the bottom of the page, there are Internet links to the recommended, external Internet services (number and types of services will be agreed at a later time), and graphic and text links to selected educational materials.
- The Edu-SEMPZ website is equipped with a main navigation system, a so-called menu, and additional navigation systems in individual sections containing thematically grouped educational materials (the number of additional navigation systems are adjusted in accordance with the needs and amount of educational materials prepared by the Edu-SEMPZ editorial team).

The main navigation menu of the Edu-SEMPZ is placed beneath the field of the logotype, and contains the following bookmarks leading users to the adequate contents:

- 'About the Project' – information concerning the essence of the project, assumptions and goals, time of performance of the project, information related to partners and the scope of their duties resulting from the performance of the project.
- 'Functional bookmarks' – closely associated with the scope of problems of educational action carried out (alcohol, nicotine, psychoactive agents).
- 'E-counseling' – contents replying to questions by the recipients of educational contents placed on the Edu-SEMPZ web page, provided in the form of commentaries. Replies to the questions are formulated in the form of the FAQ.
- 'Quizzes and tests' – contents activating and checking the efficiency of actions in target groups of the project, and among all the internauts.
- 'Contact' – contact data of the partners of the project and an electronic e-mail form.
- 'For media' – information concerning contact with the media and graphic files of the project used by external parties.

The screenshot displays the Edu-SEMPZ website interface. At the top, there are three logos: 'SWISS CONTRIBUTION', 'edu@SEMPZ', and a logo for a preventive program. Below the logos is a navigation menu with links: 'STRONA GŁÓWNA', 'AKTUALNOŚCI PROJEKTU', 'NIKOTYNA', 'ALKOHOL', 'ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE', and 'KONTAKT'. The main content area features three columns:

- 7 MITÓW NA TEMAT PALENIA:** Discusses the common belief that smoking is enjoyable. Includes a 'no smoking' icon and a button 'Więcej mitów o paleniu...'
- MITY I FAKTY O ALKOHOLU:** Discusses myths about alcohol. Includes a 'no alcohol' icon and a button 'Więcej mitów o alkoholu...'
- 7 MITÓW O NARKOTYKACH:** Discusses marijuana. Includes a 'no drugs' icon and a button 'Więcej mitów o narkotykach...'

At the bottom, there are two horizontal bars: 'PLATFORMA INFORMACYJNA info@SEMPZ' and 'PLATFORMA E-LEARNINGOWA learn@SEMPZ'. Below these are two boxes: 'FORUM SEMPZ' (with text 'Już niedługo zapraszamy użytkowników na nasze') and 'OBSZARY DZIAŁANIA' (with sub-sections 'NIKOTYNIZM' and 'ALKOHOLIZM').

Figure 4. Edu-SEMPZ layout

Edu-SEMPZ up-date

At the first stage of the functioning of the Edu-SEMPZ web page, educational materials prepared by the Edu-SEMPZ editorial team is included, as well as the materials passed to the editors by the partners of

the project. Educational contents are up-dated on-line, based on the results of questionnaires, quizzes and tests completed by the recipients of the educational actions, e-counseling, feedback from partners of the project and expert opinions.

Updating of educational contents:

1. Based on data from quizzes and tests – once a month
2. Based on data from partners of the project – on-line, after receiving comments.
3. Based on data from e-counseling – once a month.
4. Based on experts' comments – once a year
5. Based on leaders' opinions (teachers, employees of sanitary and epidemiologic stations, medical professionals) – on-line, at least once a month.

The remaining information concerning, e.g. news, events associated with the performance of the project, is updated on-line by the administrators of the Edu-SEMPZ website throughout the entire period of performance of the project. The possibility is allowed to up-date graphics on the web page or change their position, according to the current needs.

According to the results of evaluation carried out by means of on-line questionnaires, modification of educational contents is allowed in order to perform the adopted goals as soon as possible. During the performance of the project, additional educational contents are created and introduced on-line on the Edu-SEMPZ web page.

Ending

The effects of information, training and educational actions carried out and coordinated by the SEMPZ are monitored by specially adjusted or designed evaluation instruments. These are, among others, survey studies conducted using on-line questionnaires. The results of these studies are a basis for the constant updating process (correction) of the existing educational and training materials, and the preparation of new strategies which would be adequate to the existing and anticipated needs in the area of counteracting addictions to alcohol, tobacco, and other psychoactive substances in Poland.

Acknowledgments

The authors express their thanks to the citizens and government of Switzerland for financing in Poland the 'Prophylactic program in the area of counteracting addictions to alcohol, tobacco and other psychoactive substances'.

Features state regulation of medical activities on precarpathians during its being a part of Poland (1920-1939 years)

Soroka O. Ya., Hevka N. V.

Ivano-Frankivsk National Medical University

Historically Precarpathians were part of the Second Commonwealth during this studied historical period. Some organizational changes in health care took place throughout the studied period, as evidenced by the restructuring of the management in this area. In 1920 the department of health services of the Ministry of Internal Affairs of Poland is created, which together with local governments were coordinating medical care. Medical districts were created, each of which consisted of about 25 thousand of people and united multiple communes (communities). District doctor supervised medical affairs in this territorial formation who was subordinated to the county doctor and was fully responsible for the health of the population in his district. Considering the epidemic of typhus and high incidence of other infectious diseases which threatened state safety, Polish President issued a decree on the organization of the Chief Commissioner Emergency Office to fight epidemics in June 14, 1920. The Chief Commissioner Emergency Office continued its activity throughout the period the Precarpathians had been the part of Poland.

During this period population of Precarpathians received primary medical care at clinics and hospitals which had been created and maintained by local government budgets and various philanthropic associations. Thus, in 1920, in 1920 the budget of local authorities of Stanislav, Colomyya, Horodenka and Nadvirna counties maintained eight public hospitals of the thirteen. Spendings of Polish authorities to preserve public health of Precarpathians did not provide real need, therefore they were replenished by payments for treatment. Hospital fixed rate existed in all healthcare facilities according to which a fee was charged. The fee depended on the conditions in which the patient stayed and the quality of treatment. Wards were divided into three classes depending on the conditions of stay and quality of patient care. The average cost of treatment in the ward of first class was 12 gold, second class – 8, third class – 4.0-4.5 gold.

In the 20 years of the twentieth century so-called «sickness funds» were created by Polish authorities in Stanislav province. The funds existed on membership fees – voluntarily organized by workers and servants, who contributed to the fund 2% of their salaries every month. In the case of illness fund member received cash assistance in amount of 60% of average earning and used free ambulatory care and if necessary - inpatient treatment, which value was paid by the patients fund (50%) and by the state (50%). In 1933 «sickness funds» were reorganized in insurance funds.

It should be noted that in that period there were very few doctors in the Carpathian Region, as evidenced by the data presented in Table.

Amount of doctors in Stanislav province in 1921-1935 years

<i>Years</i>	<i>Amount of people in the county</i>	<i>Amount of doctors</i>	<i>Amount of people per one doctor</i>
1921	1.348.580	228	5.913
1923	1.348.580	146	5.482
1925	1.348.616	145	5.482
1927	1.348.688	257	5.428
1930	1.516.343	350	4.322
1935	1.554.233	383	4.058

Despite the lack of medical care, for many centuries the Carpathian Region was famous as a resort area, so the issue of sanatorium treatment was one of the priorities for the development of this land. Already in the late XIX-early XX century the salt bathing institutions in Delyatyn and the hydropathic institution in Yaremche were mentioned. In Gutsulshchyna there were many spa facilities of different profiles, which brought it the fame of the prominent resort land and many climatic resorts were in the list of the best in Poland. Even in 1835 was written that in a small town Delyatyn, which lies on the Prut near mountainous Carpathians, in summer a large number of guests gathered for drinking «zhentytsya» (specially cooked milk – ed.) and bathing. In 1877 was mentioned that Delyatyn has salt baths which were visited by a significant number of tourists. In 1902 hydropathic institution that was owned and worked under the guidance of the physician-hydropathist M. Hradera functioned in Yaremche. In Gutsulshchyna there were many spa facilities of different profiles, which brought it the fame of the prominent resort land. Virtually all climatic resorts were in the list of the best in Poland.

Нариси до історії організації медично санітарної служби України періоду національної революції 1917-1921 років

Р. О. Піняжко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: Досліджено формування та функціонування системи охорони здоров'я за період правління ЦР та Директорії Української Народної Республіки (УНР), а також особливості організації медично-санітарної служби та надання медичної допомоги для Дієвої армії УНР.

Ключові слова: традиції земської медицини, безкоштовна медична допомога, її доступність і профілактична направленість

Streszczenie: Badania tworzenie i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia na okres CR i katalog Ukrainiejskiej Narodowej Republiki (UNR), a zwłaszcza medycznych i opieki zdrowotnej i medycznej dla skutecznego UNR armii.

Słowa kluczowe: tradycje Medycyny Wsi, bezpłatna opieka medyczna, jego dostępności i zapobiegawcze orientacji

Summary: Studies the formation and functioning of the health system for the period of CR and the Directory of the Ukrainian National Republic (UNR), and especially of medical and health services and medical assistance for the effective UNR army.

Keywords: traditions rural medicine, free medical care, its availability and preventive orientation

Вступ. Медично-санітарна служба в Україні по Лютневій революції 1917 р. у Російській імперії не реорганізовувалась, адже після 1-го універсалу Центральної Ради (ЦР) Україна проголосила лише автономію в складі Росії. Продовжував діяти російський принцип надання первинної медичної допомоги в земських лікарнях.

Мета. Метою нашої праці було дослідити формування та функціонування системи охорони здоров'я за період правління ЦР та Директорії Української Народної Республіки (УНР), а також проаналізувати особливості організації медично-санітарної служби та надання медичної допомоги для Дієвої армії УНР.

Результати досліджень. Центральна Рада, розпочинаючи адміністративну реформу, розпочала створення місцевих органів влади і медичної служби зокрема.

Перший період правління Української Центральної Ради – охоплював тринадцять з половиною місяців (17 березня 1917-29 квітня 1918 рр.). Безпосередньо після проголошення 22 січня 1918 р., IV Універсалу Центральної Ради. не було створене окреме Міністерство здоров'я, а всі функції виконувало Міністерство внутрішніх справ. Лише відділ Червоного Хреста був автономною інституцією, тому за урядів Всеволода Голубовича (18 січня 1918р. – 28 квітня 1918 р.) та Володимира Винниченка (листопад 1918 р. – лютий 1919 р.) існували лише Департаменти здоров'я.

Формуючи, зокрема, власні управлінські структури, Центральна Рада УНР, наслідувала приклад Тимчасового уряду Росії, який вищим медично-адміністративним органом визначив Центральну лікарсько-санітарну раду. Відтак ЦР зберігала в Україні традиції земської медицини: безкоштовну медичну допомогу, її доступність і профілактичну направленість.

Результатом цього стало створення в Києві Крайової (в розумінні державної української) медично-санітарної ради – першого органу управління медично-санітарною справою автономної України. З доповіддю «Утворення Крайового медично-санітарного органа при Генеральному Секретаріаті Української Центральної Ради» (перший уряд автономної України) на I Крайовому лікарсько-санітарному з'їзді (Київ) 15 жовтня 1917 р. виступив декан медичного факультету Українського на-

родного університету професор О.В. Корчак-Чепурківський. Тимчасовий уряд Росії визнав не тільки новий орган управління медичною справою в Україні – Крайову медично-санітарну раду, а й необхідність взаємодії з ним щодо організаційних питань

Головою Крайової медично-санітарної ради став лікар Борис Павлович Матюшенко (1883-1944 рр.) – уродженець Києва і вихованець медичного факультету університету св. Володимира

Другий період державності був зумовлений гетьманським переворотом 28 квітня 1918 р., який призвів до зміни влади з демократичної на авторитарну – спричинив реструктуризацію її виконавчої гілки. Зокрема, Гетьман сформував навий уряд на чолі з Ф. Лизогубом, у якому вже Міністерство охорони здоров'я очолив В. Любинський. Зречення 14 грудня 1918 р. П. П. Скоропадського від влади, відновило УНР (третій період української державності), керівництво якої, Директорію, очолив В. Винниченко. Внаслідок цього зміни відбулись і у медичній службі.

В основу управління медично-санітарною справою Директорія поклала Гетьманське законодавство, а міністром народного здоров'я і опіки призначила Б.П. Матюшенка. Наступним міністром охорони здоров'я періоду Директорії став професор О.В. Корчак-Чепурківський. Санітарну службу в Києві на той час очолював Д. Одрин, а його заступником був доктор О. Карабай. 9 червня 1919 р. Д. Одрин запрошують до Уряду як міністра здоров'я і заступника голови Ради Міністрів. Цей пост він очолював до кінця свого життя.

Центром всієї медично-санітарної служби у 1919 р. став Кам'янець-Подільський. Тут містився головний шпиталь та Міністерство здоров'я. Працювали такі лікарі: А. Махулько, В. Робцевич, Б. Ціпко, Р. Різочка з Галичини та голова аптекарського відділу І. Лютий-Лютенко. В управі Українського Червоного Хреста урядували пані Вязлова та Совачева, які доглядали за хворими і пораненими у польових шпиталях. Галицькі лікарі та санітари були гордістю армії та всієї медичної служби УНР.

Наприкінці листопада 1919 р. голова медично-санітарної служби доктор К. Підбуцький залишив посаду і його місце знову зайняв доктор В.Я. Совачев.

Висновки. Тяжкі обставини революційної доби зненацька охопили українське суспільство. Основні зусилля урядів УНР в 1918-1920 рр. були спрямовані на вдосконалення системи з надання медичної допомоги армії в умовах постійних військових дій. Певним досягненням було те, що медичним службам УНР все ж вдалось організувати постачання медикаментів з європейських країн, які були вкрай необхідні для подолання епідемії тифу.

Розділ II

Системи охорони здоров'я:

одиниці медпослуг;

санітарний нагляд;

якість медпослуг;

фінансування – розвиток медичного
страхування

інформатизація системи охорони
здоров'я (е-здоров'я)

фармринок

Основні принципи управління якістю медичних послуг на етапі реформування медичної галузі

Пузич Я. І., Волошина І. Я.

Славутська центральна районна лікарня імені Ф. М. Михайлова Хмельницької області, м. Славута, Україна

Анотація: В роботі запропоновано визначення поняття якості медичних послуг. Наведено вимоги, яким повинна відповідати ця складова. Сформульовано основні принципи управління якістю медичних послуг на етапі реформування медичної галузі.

Ключові слова: якість медичних послуг, управління якістю, медична галузь, реформування медицини

Główne założenia jakości zarządzania serwisom medycznym na poziomie reformowanych gałęzi medycznych

Ya. I. Puzych., I. Ya. Voloszyina

Regionalny Szpital w Sławucie, Kmielnicki region, Ukraina

Streszczenie: definicja konceptu serwisu medycznego i jego jakości zostały przedstawione w tej pracy. Zawarte zostały tu też również wymagania. Głównym założeniem jakości zarządzania medycznymi serwisami na poziomie reformacji gałęzi medycyny zostały sformułowane.

Słowa kluczowe: jakość serwisów medycznych, jakość zarządzania, gałąź medycyny, reformacja medycyny

Main principles of quality management of medical services on the stage of reforming the medical branch

Ya. I. Puzych., I. Ya. Voloshyna (Slavuta regional hospital Slavuta, Khmelnytsky region, Ukraine)

Summary: The definition of concept of medical services quality was presented in this work. The requirements, on which this component should conform were also induced. The main principles of quality management of medical services on the stage of reforming the medical branch were formulated.

Keywords: quality of medical services, quality management, medical branch, reforming of medicine

Забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави, її системи охорони здоров'я. Цілі і завдання, що стоять перед системою охорони здоров'я, забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою відповідно до рівня технологічного розвитку та згідно з реальними потребами з дотриманням принципів рівності та справедливості.

Використання сучасних діагностичних і лікувальних технологій в закладах охорони здоров'я набирає все більшу актуальність і значимість. Одними із основних характеристик медичних технологій є стандарти діагностики, процесу лікування і його віддалених результатів, їх відповідність можливостям лікувальних закладів і потреб хворого з кінцевою метою благоприємного прогнозу для пацієнта і економічної доцільності для медичного закладу.

В зв'язку з цим стандарти якості медичної допомоги доцільно розглядати як окремі складові єдиного технологічного процесу, що передбачають використання найбільш ефективних по результативності і економічності методів діагностики і лікування з врахуванням всіх існуючих методик, індивідуальних особливостей хворого, протікання захворювання, а також матеріальних, кадрових та інших можливостей лікувального закладу.

Визначив стандарт, ми можемо створити гнучкі лікувальні технології, які піддаються чіткому аналізу та контролю.

Одним з основних принципів формування стандартів в медицині на сьогоднішній день є нозологічний підхід, згідно якому основою формування стандарту є діагноз. Це недолік даного принципу, оскільки виходить, що спочатку постає діагноз, під який підводиться стандарт діагностики та лікуван-

ня. При цьому необхідно спочатку бути впевненим в діагнозі, і тоді стандарт якості діагностики втрачає смисл, бо із стандарту виключений принципово важливий елемент медичної діяльності – діагностика захворювань. В рамках цього підходу лікар при обстеженні хворого сприймає симптоми за відомо відомого захворювання.

При нозологічному підході логіка мислення і дії лікаря обумовлені додатковим, значно формалізованим циклом: відомий діагноз – відповідна йому симптоматика – диференціальна діагностика – попередній діагноз. Даний цикл повторюється до постановки максимально заключного діагнозу. Очевидно, що в даному випадку лікар обмежений в трактуванні цього чи іншого симптомокомплексу і в своїй подальшій діяльності повинен опиратися на широкий діапазон обстежень, що часто не гарантується ні підготовкою спеціалістів, ні діагностичними можливостями лікувально-профілактичного закладу. А інколи це приводить до ряду діагностичних помилок.

Якість медичної допомоги (quality of medical care) – це сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам стану здоров'я пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки.

Якість медичної допомоги повинна відповідати наступним характерним вимогам:

- адекватність (appropriateness);
- доступність (availability);
- своєчасність (timeliness);
- безперервність (continuity);
- дієвість (efficacy);
- ефективність (efficiency);
- результативність (effectiveness);
- безпечність (safety);
- спроможність задовольнити потреби хворого (satisfaction);
- стабільність процесу і результату (stability);
- постійне удосконалення і поліпшення технологій (improvement).

Особливо актуальні ці вимоги на сучасному етапі реформування медичної галузі. На сьогоднішній день ідеї всезагального управління якістю у всіх сферах діяльності трансформувалися у декілька ключових принципів системного управління якістю. В медицині вони виглядають орієнтовно наступним чином:

- стратегічна орієнтація на користувача медичних послуг;
- роль керівництва лікувального закладу у створенні умов для реалізації загального управління якістю;
- залучення всіх працівників лікувально-профілактичного закладу в діяльність по управлінню якістю;
- процесний підхід до управління якістю;
- системний підхід до управління якістю;
- постійне поліпшення якості медичної допомоги;
- обґрунтоване прийняття рішень, заснованих на фактах;
- взаємовигідні відношення з надавачами медичних послуг усіх рівнів.

Таким чином, вищенаведені принципи повинні лягти в основу розробки і використання нових стандартів надання діагностично-лікувальної допомоги населенню, які повинні базуватися на широкому впровадженні наукових розробок в області управління і лікувально-діагностичних технологій, особливо в сучасних умовах реформування медицини.

Лікувально-профілактичні заклади будь якої форми власності, які не приділяють уваги вище наведеним вимогам якості медичних послуг та принципам управління якістю, не мають права на існування.

Wybrane aspekty jakości życia kobiet i mężczyzn w wieku podeszłym

Dorota Jachimowicz-Gaweł¹ (p. v. Jachimowicz-Wołoszynek), Małgorzata Kownacka¹, Krzysztof Leksowski²

¹ Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wprowadzenie: Postęp medycyny i poprawa warunków życia przyczyniają się do wydłużania ludzkiego życia. Czy zawsze jednak długowieczność oznacza życie w zdrowiu i dobrobycie? Rozważając problem starzenia się społeczeństwa należy zadać pytanie jaka jest jakość życia w podeszłym wieku. Służą temu powszechnie stosowane w ostatnich latach badania oceny jakości życia ludzi starszych.

Cel badań: Celem prowadzonych badań własnych była ocena wybranych aspektów jakości życia kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku.

Materiał i metody: Badaniem objęto 60 pacjentów wybranej jednostki podstawowej opieki zdrowotnej w Bydgoszczy. Dla potrzeb pracy wyodrębniono w badaniach własnych dwie podgrupy: ze względu na płeć oraz ze względu na wiek. Badania przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza SF-36 (Medical Outcomes Study 36-items Short form Health Survey) do oceny jakości życia w aspektach: aktywności fizycznej, bólu fizycznego, witalności, aktywności towarzyskiej i zdrowia psychicznego.

Wyniki i wnioski: Przeprowadzone badania wykazały, że najwyższej oceniono aktywność fizyczną, nieco niżej oceniono aktywność towarzyską i ból fizyczny, najniżej zaś oceniono zdrowie psychiczne i witalność. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w badanych grupach, zależnie od płci. Również wiek nie miał wpływu na ocenę jakości życia w aspekcie witalności. Największym problemem osób starszych jest stopniowa utrata energii życiowej istotnej w samodzielnym funkcjonowaniu. Starania o utrzymanie sprawności, witalności i aktywności do późnych lat życia, to obecnie priorytetowe działania gerontologii.

Słowa kluczowe: jakość życia, starość, stan zdrowia, aktywność, witalność, kobiety, mężczyźni

Crucial factors related to quality of life in elderly people

Summary

Introduction: Medical progress and the improvement of living standards make life longer. However, a question arises: Does longevity always mean a healthy life and well-being? Taking into consideration the problem of ageing society, it must be answered what the quality of life is. For that matter, many researches on quality of life in elderly people have been conducted recently.

Aim of the research: The principle aim of my studies was to assess some factors of quality of life in elderly men and women.

Materials and methods: The study comprised 60 patients from Polyclinic of primary health care in Bydgoszcz. All respondents were divided into two groups on account of sex and two other on account of age. The study using SF-36 Questionnaire (Medical Outcomes Study 36-items Short form Health Survey) was conducted to assess different factors of quality of life in the areas of health, sensory abilities, psychological acceptance, vitality and social participation.

Results and conclusions: Analyses of the following factors related to quality of life showed that physical activity was most appreciated by patients, then social participation and sensory abilities took place, while psychological acceptance and vitality were of least importance for elderly group of patients. No sex differences were observed, as well as no age influence on the assessment of quality of life was noticed. The study, however, emphasized gradual loss of vitality in everyday life, which seemed to be the biggest problem for the majority of respondents. The improvement of keeping fit, vitality and psychological acceptance appear to be principle aim of Gerontology.

Keywords: quality of life, ageing, vitality, social activity, men, women

Wprowadzenie

Postęp medycyny i poprawa warunków bytowych przyczyniają się do wydłużenia ludzkiego życia, tym samym wzrostu populacji w starszym wieku. Długie życie stanowi wartość samą w sobie, ale nie zawsze oznacza życie w zdrowiu i dobrobycie. Należy zatem zastanowić się nad jakością życia w starości, gdyż to właśnie jakość życia w podeszłym wieku jest często ważniejszym parametrem niż jego długość [1].

Pojęcie jakości życia (JZ) pojawiło się w literaturze na przełomie lat 60-tych i 70-tych i stopniowo przechodziło ewolucję. Początkowo oznaczało „dobre życie” wyrażające się zasobem dóbr materialnych. Z czasem zostało rozszerzone na obszar „być” (zamiast mieć) i pojawiła się konieczność wprowadzenia nowych kryteriów: zdrowia, wolności i szczęścia.

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (Health Related Quality of Life – HRQL) wprowadził do współczesnej medycyny klinicznej w 1990 roku Schipper. Zdefiniował HRQL jako „czynnościowy efekt choroby i jej leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez chorego”. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest subiektywną oceną stanu zdrowia, określana często jako: dobrostan, dobre życie, zadowolenie. Jest wykładnikiem indywidualnego spojrzenia na życie i może zmieniać się w czasie [2, 3, 4]. Jakość życia (Quality of Live – QOL) jest pojęciem względnym, stosunkowo nowym i różnie definiowanym. Może być funkcją oceny sposobu życia (uwarunkowań obiektywnych) lub stylu życia. Jakość życia odzwierciedla sposób i stopień zaspakajania różnych potrzeb człowieka (standardów życia) jest tym lepsza im wyższy jest stopień spełnienia ważnych dla niego potrzeb [5, 6, 7]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa jakość życia jako indywidualny sposób spostrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości, w którym żyje w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi [8].

Cel badań

Celem prowadzonych badań była ocena wybranych aspektów jakości życia ludzi w podeszłym wieku z uwzględnieniem wpływu płci oraz wieku na tę ocenę. W oparciu o cel badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jak kobiety i mężczyźni oceniają jakość życia w aspekcie aktywności fizycznej?
2. Jak kobiety i mężczyźni oceniają jakość życia w aspekcie odczuwanego bólu fizycznego?
3. Jak kobiety i mężczyźni oceniają jakość życia w aspekcie witalności?
4. Jak grupa młodsza i starsza ocenia jakość życia w aspekcie witalności?
5. Jak kobiety i mężczyźni oceniają jakość życia w aspekcie aktywności towarzyskiej?
6. Jak kobiety i mężczyźni oceniają jakość życia w aspekcie zdrowia psychicznego?
7. Czy występują różnice w ocenie poszczególnych aspektów jakości życia w grupie kobiet i mężczyzn?
8. Czy występują różnice w ocenie witalności w grupie młodszej i starszej?

Opierając się na sformułowanych problemach badawczych postawiono następujące hipotezy:

- I Istnieje różnica w ocenie poszczególnych aspektów jakości życia w grupie badanych kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku.
- II Istnieje różnica w ocenie witalności w młodszej i starszej badanej grupie osób w podeszłym wieku.

Materiał i metody

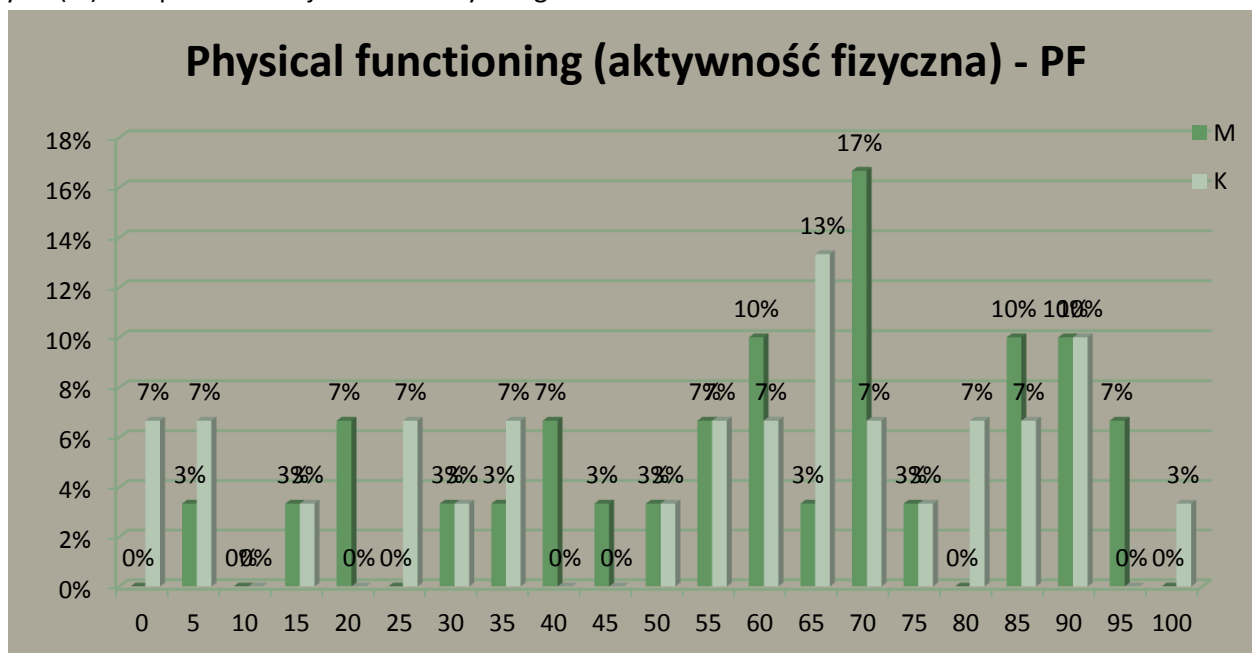
Badaniami objęto 60 osób w wieku 56-89 lat w większości zamieszkałych na terenie miasta Bydgoszczy. Wyodrębniono grupę kobiet i mężczyzn, liczącą po 30 osób oraz grupę w przedziale wiekowym 56-70 lat, liczącą 25 badanych oraz w wieku 71-89 liczącą 35 badanych.

Metodą badawczą zastosowaną w badaniach własnych był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze zastosowano polską wersję kwestionariusza Medical Outcomes Study 36 – items Short from Health Survey (SF 36), który zawiera zestaw pytań umożliwiający dokonanie subiektywnej oceny stanu zdrowia i funkcjonowania w sferze: fizycznej, psychicznej i społecznej. Badani udzielali odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu, zaznaczając jedną z kilku możliwych odpowiedzi. Odpowiedzi miały wartość punktową. Punkty z poszczególnych pytań zostały przekształcone według opracowanego przez autorów kwestionariusza klucza, a następnie poddane transformacji w skalę od 0 do 100 punktów, przy czym im większa liczba

punktów, tym wyższa jest ocena jakości życia [9]. Przyjęto, że wartości JZ w zakresie 0-30 punktów określana jest jako niska, 31-69 punktów jako średnia, 70-100 jako wysoka. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$, wartości współczynnika istotności $p \geq 0,05$ określa się jako nieistotne statystycznie. Wartości analizowanych czynników przedstawiono wykorzystując średnią i medianę jako miary położenia, odchylenie standardowe, wartość max i min. jako miary rozproszenia. Istotność różnic pomiędzy parametrami w poszczególnych podgrupach wyliczono dla wieku i płci testem t - Studenta dla grup niezależnych [9].

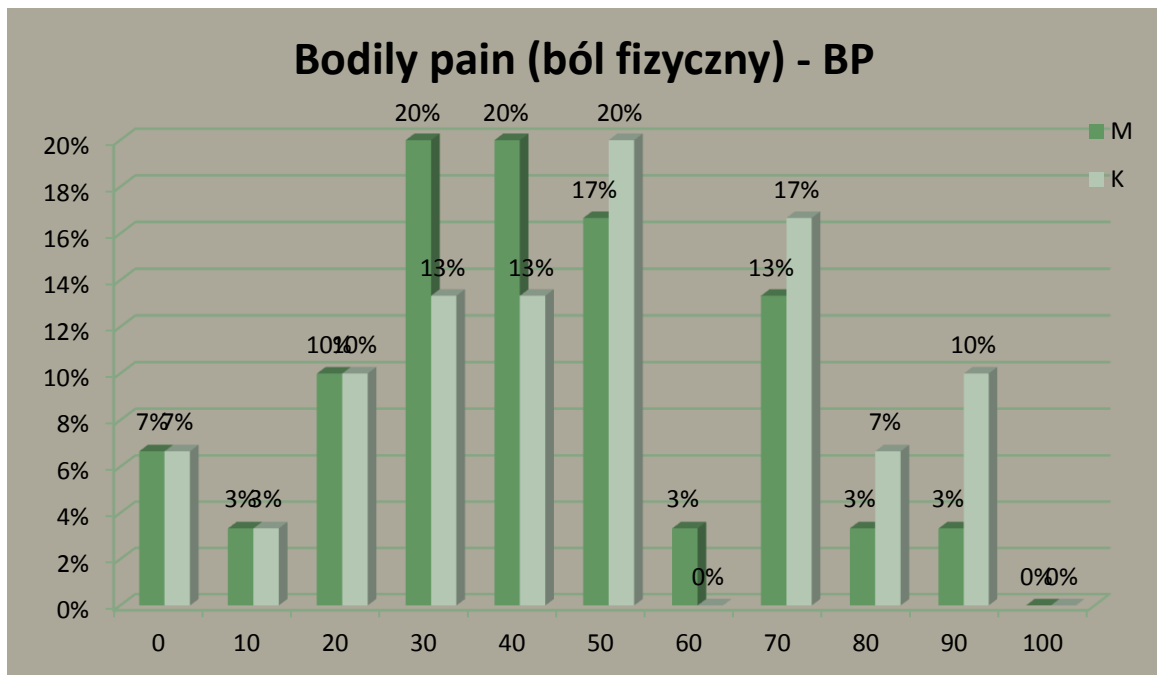
Wyniki

Poniżej zamieszczone ryciny ilustrują uzyskane wyniki oceny JZ kobiet i mężczyzn w aspekcie: funkcjonowania fizycznego, bólu fizycznego, aktywności społecznej, zdrowia psychicznego oraz witalności w grupie wiekowej młodszej i starszej. Poniżej zamieszczona rycina ilustruje uzyskane wyniki oceny jakości życia (JZ) w aspekcie funkcjonowania fizycznego.



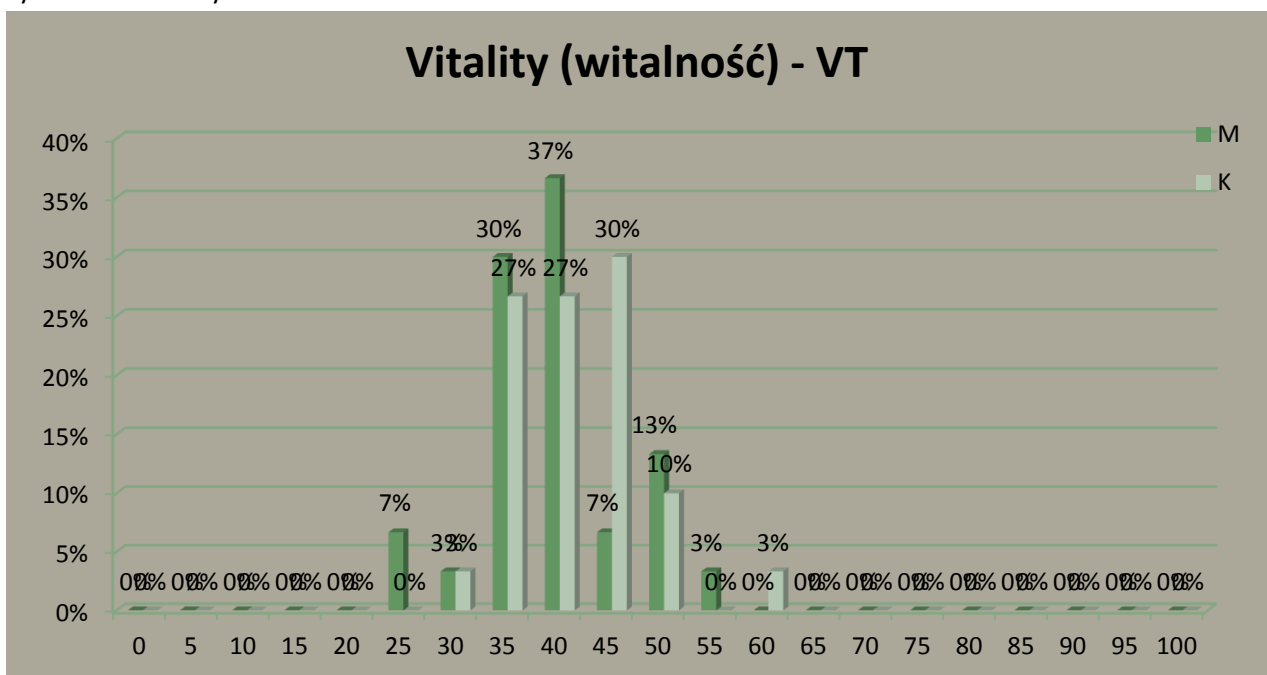
Rycina 1. Rozkład punktów skali aktywności fizycznej w grupach według płci (obliczenia własne)

Jak wynika z zamieszczonej powyżej ryciny 16% badanych mężczyzn i 26% kobiet oceniło JZ w aspekcie aktywności fizycznej na poziomie niskim, 37% badanych na poziomie średnim w granicach 60-65 punktów. Wysoko oceniło jakość życia 47% badanych mężczyzn i 37% badanych kobiet, przy czym 17% mężczyzn oceniło aktywność fizyczną w granicach 70 punktów a 10% oceniło aktywność fizyczną w granicach 90 punktów. Mężczyźni nieco wyżej oceniają JZ w tym aspekcie.



Rycina 2. Rozkład punktów skali bólu fizycznego w grupach według płci (obliczenia własne)

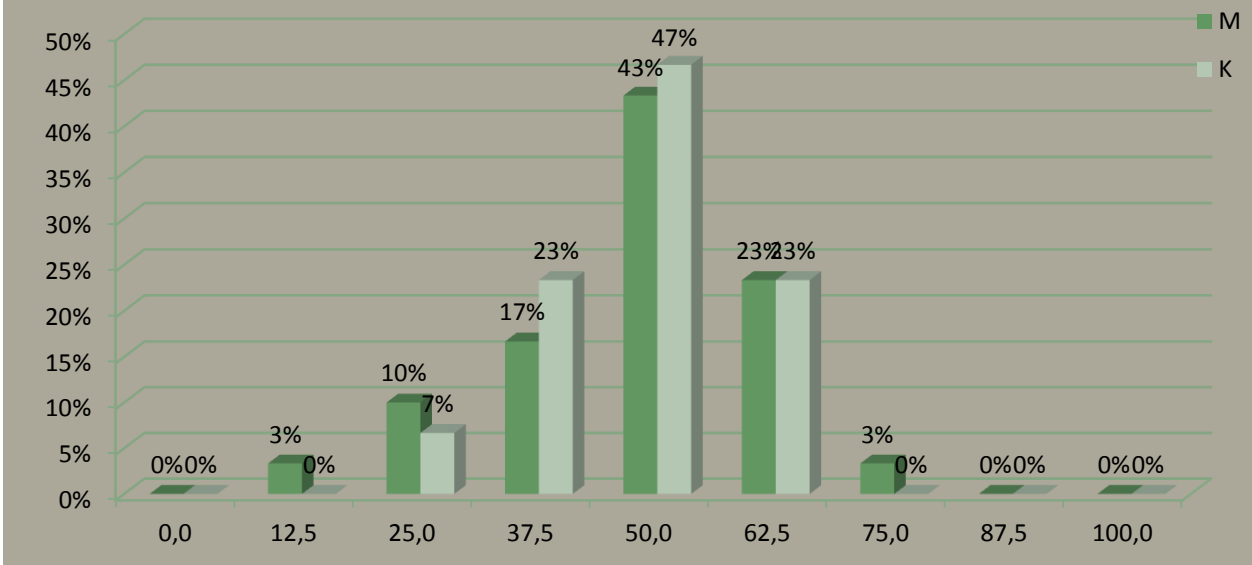
Z zamieszczonej powyżej ryciny wynika, że 40% badanych mężczyzn oceniło jakość życia na poziomie niskim, przy czym 20% badanych oceniło JZ w tym aspekcie w granicach 30 punktów. Na tym samym poziomie jakość życia oceniło 33% kobiet, z czego 13% w granicach 30 punktów. Na poziomie średnim jakość życia oceniło 40% badanych mężczyzn i 33% kobiet, przy czym 20% badanych oceniło ból fizyczny w granicach 40 punktów, a 20% kobiet w granicach 50 punktów. Wartości wysokie przyjął 20% badanych mężczyzn i 34% badanych kobiet.



Rycina 3. Rozkład punktów skali witalności w grupach według płci (obliczenia własne)

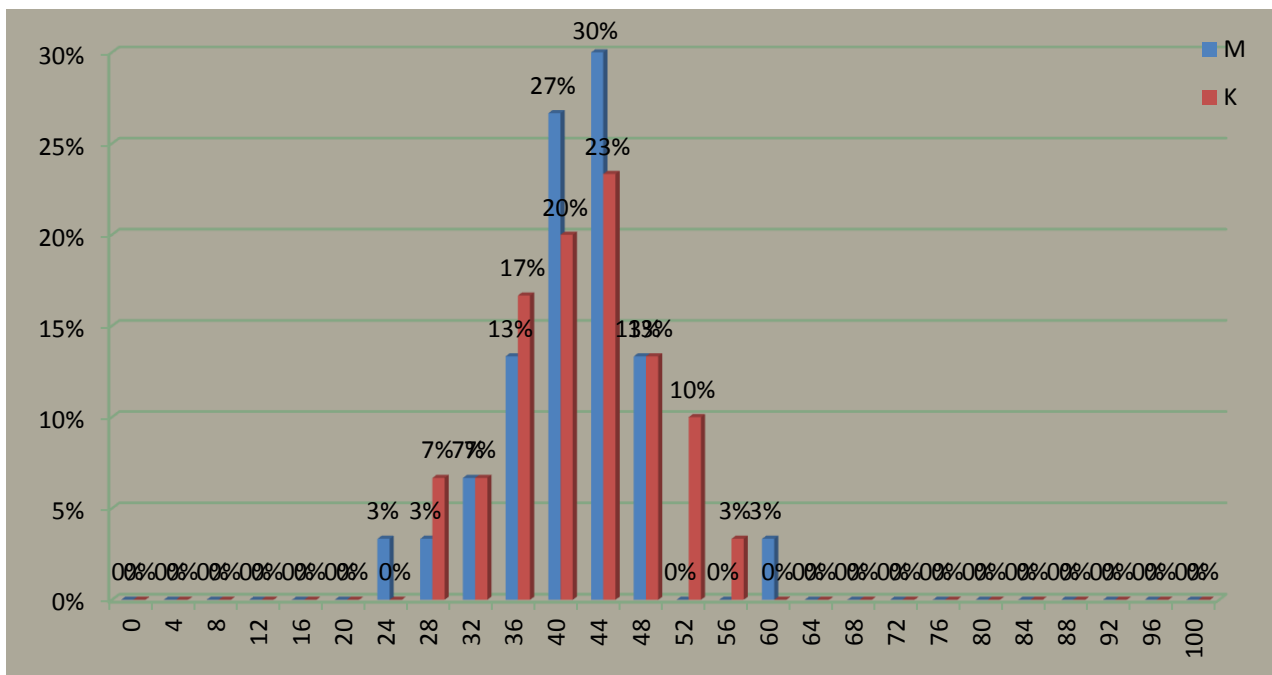
Z powyżej zamieszczonej ryciny wynika, że obydwie badane grupy oceniły jakość życia w aspekcie witalności na poziomie średnim, wartości niskie przyjął ocena JZ dla 10% mężczyzn i 3% kobiet. Żadna z badanych osób nie oceniła JZ na poziomie wysokim.

Social Functioning (aktywność towarzyska) - SF



Rycina 4. Rozkład punktów skali aktywności towarzyskiej w grupach według płci (obliczenia własne).

Z analizy powyższej ryciny wynika, że obydwie grupy oceniły jakość życia na poziomie średnim, w tym 84% mężczyzn i 93% kobiet, przy czym dla 43% mężczyzn JZ przyjęła wartość 50 punktów, a dla 47% kobiet JZ przyjęła wartość 50 punktów. Na niskim poziomie oceniło JZ 13% badanych mężczyzn i 7% badanych kobiet.



Rycina 5. Rozkład punktów skali zdrowia psychicznego w grupach według płci (obliczenia własne)

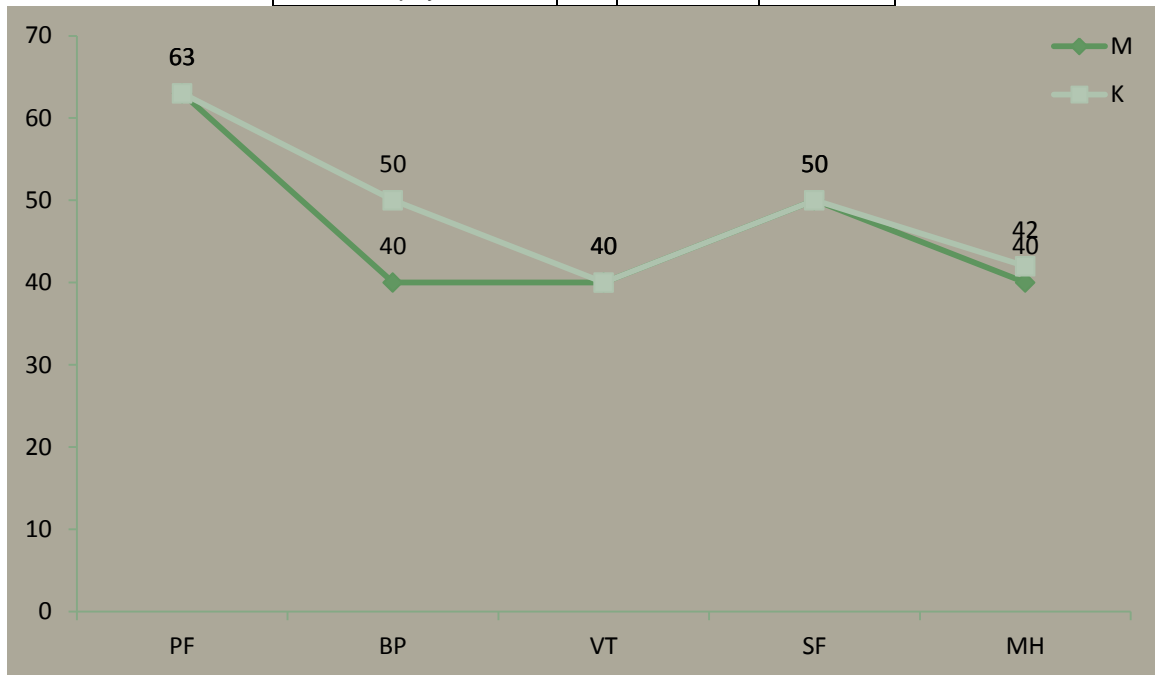
Z ryciny 5. wynika, że 93% mężczyzn i kobiet oceniło jakość życia w aspekcie zdrowia psychicznego na poziomie średnim, przy czym w granicach 44 punktów oceniło JZ 30% mężczyzn i 23% kobiet. Wartości niskie przyjęła ocena JZ dla 7% mężczyzn i kobiet.

Poniżej zamieszczona tabela I, II oraz rycina 6. ilustrują średnie oceny jakości życia kobiet i mężczyzn, przedstawione w postaci mediany w poszczególnych obszarach z uwzględnieniem poziomów istotności.

Tabela I. Zestawienie wartości median w ujednoliconej skali punktowej (ang. transformed scale) (mediana \pm S.D.) w grupach według płci (obliczenia własne)

skala		M (n = 30)	K (n = 30)
aktywność fizyczna	PF	62,5 \pm 26	62,5 \pm 31
ból fizyczny	BP	40 \pm 22	50 \pm 26

skala		M (n = 30)	K (n = 30)
witalność	VT	40 ± 7	40 ± 6
aktywność towarzyska	SF	50 ± 14	50 ± 11
zdrowie psychiczne	MH	40 ± 7	42 ± 7



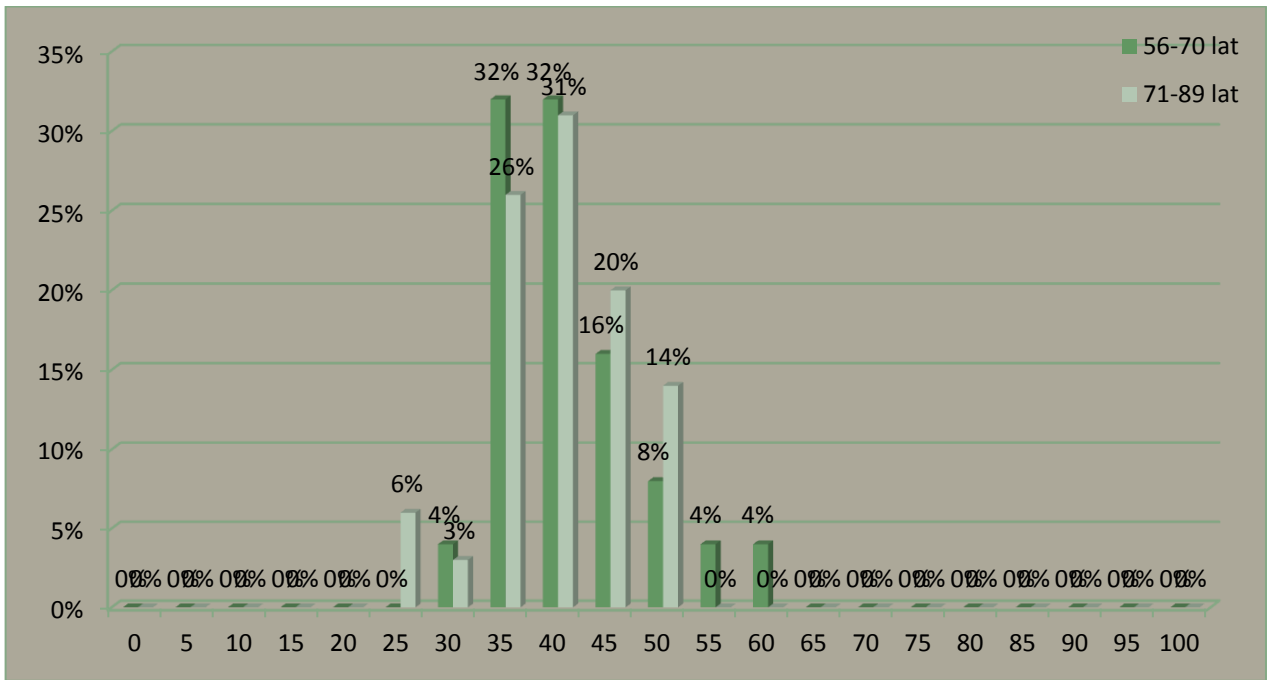
Rycina 6. Wartości median w poszczególnych skalach z uwzględnieniem podziału w grupach według płci (obliczenia własne)

Tabela II. Porównanie wartości median w ujednoliconej skali (transformed scale) (mediana ± S.D.) w grupach według płci testem t-Studenta (obliczenia własne)

skala		M (n = 30)	K (n = 30)	wartość statystyki t	poziom istotności p(t)
aktywność fizyczna	PF	62,5 ± 26	62,5 ± 31	0,00000	1,000
ból fizyczny	BP	40 ± 22	50 ± 26	1,59030	0,117
witalność	GH	40 ± 7	40 ± 6	0,00000	1,000
aktywność towarzyska	SF	50 ± 14	50 ± 11	0,00000	1,000
zdrowie psychiczne	MH	40 ± 7	42 ± 7	1,10385	0,274

Najwyższe wartości zarówno w grupie badanych mężczyzn jak i kobiet przyjmowała ocena JZ w aspekcie funkcjonowania fizycznego, przyjmując w tym obszarze wartości średnie. Badane kobiety najwyżej oceniły jakość życia w aspekcie zdrowia fizycznego, nieco niżej w aspekcie bólu fizycznego i aktywności towarzyskiej, najniżej zaś w aspekcie zdrowia psychicznego i witalności. Badani mężczyźni najwyżej ocenili jakość życia w aspekcie aktywności fizycznej, nieco niżej w aspekcie aktywności towarzyskiej, a najniżej w aspekcie bólu fizycznego, zdrowia psychicznego oraz witalności. Stwierdzono różnice w ocenie jakości życia kobiet i mężczyzn w obszarze bólu fizycznego i zdrowia psychicznego. Różnica ta w ocenie bólu fizycznego była wyższa o 10 punktów na korzyść kobiet, a w odniesieniu do zdrowia psychicznego różnica była nieznacząca. Różnice te nie były istotne statystycznie, zatem nie potwierdziła się hipoteza I.

Poniżej zamieszczona rycina 7. oraz tabela III. przedstawia ocenę jakości życia w aspekcie witalności badanej grupy osób w podeszłym wieku, w dwóch różnych grupach wiekowych. Rycina 7. przedstawia procentowy rozkład uzyskanych ocen, tabela III. wartości mediany w poszczególnych grupach wiekowych.



Rycina 7. Rozkład punktów skali witalności w dwóch grupach wiekowych (obliczenia własne)

Tabela III. Zestawienie wartości median w ujednoliconej skali punktowej (ang. transformed scale) (mediana \pm S.D.) w grupach wiekowych (obliczenia własne)

Skala	Cała grupa (n = 60)	56-70 lat (n = 25)	71-89 lat (n = 35)
Witalność (VT)	40 \pm 7	40 \pm 7	40 \pm 7

Tabela IV. Porównanie wartości median w ujednoliconej skali (transformed scale) (mediana \pm S.D.) w grupach wiekowych testem t-Studenta (obliczenia własne)

Skala	56-70 lat (n = 25)	71-89 lat (n = 35)	Wartość statystyki t	Poziom istotności p(t)
Witalność (VT)	40 \pm 7	40 \pm 7	0,00000	1,000

Z zamieszczonej ryciny 7. wynika, że obydwie grupy wiekowe poddane badaniu oceniły jakość życia w aspekcie witalności na poziomie średnim. Nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie witalności w młodszej i starszej grupie wiekowej. Nie potwierdziła się hipoteza II.

Dyskusja

Pomiar jakości życia zależny od stanu zdrowia (HRQOL) stał się w ostatnich latach często stosowaną miarą zdrowia. Badania pozwalają na ocenę funkcjonowania w różnych aspektach życia człowieka. Szczególne znaczenie ma ocena jakości życia w odniesieniu do ludzi w wieku podeszłym, kiedy obok długości życia istotne znaczenia ma jego jakość.

W przeprowadzonych badaniach ankietowani najwyżej ocenili funkcjonowanie w sferze aktywności fizycznej, przy czym kobiety i mężczyźni ocenili ten aspekt na tym samym, średnim poziomie. Jakość życia w sferze funkcjonowania społecznego (aktywności towarzyskiej) została oceniona przez mężczyzn i kobiety nieco niżej i przyjmowała wartości porównywalne. Na tym samym poziomie średnim ankietowani ocenili ból fizyczny, przy czym kobiety oceniły ból fizyczny w granicach 50 punktów, a mężczyźni w granicach 40 punktów. Ból pomimo, iż towarzyszy seniorom przez całe życie nie obniża w znacznym stopniu jakości ich życia. Kobiety lepiej radzą sobie z bólem niż mężczyźni. Najniżej w granicach 40 punktów oceniono zdrowie psychiczne i witalność. Zdrowie psychiczne kobiety oceniły w granicach 42 punktów, nieznacznie wyżej od mężczyzn (40 punktów). Najniższe wartości przyjmowała ocena witalności zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet.

Badania własne wykazały, że nie ma istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia kobiet i mężczyzn. Tylko niewielkie różnice występują w aspekcie bólu fizycznego psychicznego. Podobne badania prowadziła E. Chołuj, A. Poturalska, G. Wawrzyńska [10, 11, 12]. Badaniami objęły grupy od 50-80 osób w porównywalnym wieku. Ocena jakości życia w aspekcie funkcjonowania fizycznego przyjmowała nieco wyższe wartości 70-75 punktów. Wartości te są wyższe od norm amerykańskich opracowanych w 1998 w gru-

pie 810 kobiet i mężczyzn wieku 65-74 lat. W obszarze bólu fizycznego w badaniach *E. Chołuj* aspekt ten został oceniony nieco niżej (25 pkt) w porównaniu do wyników uzyskanych w badaniach własnych (45 pkt). Nieco wyższe wartości uzyskała *G. Wawrzyńska* (56 pkt). W badaniach amerykańskich aspekt ten został oceniony na 45 pkt. W badaniach amerykańskich wynosił 47 pkt. We wszystkich porównywanych badaniach ocena aktywności społecznej przyjmowała ta sama wartość 50 pkt (podobnie w badaniach amerykańskich) [13].

Uzyskane wyniki odniesiono do wyników uzyskanych w badaniach przedstawionych w opracowaniu B. Synaka, będącej sprawozdaniem z realizacji projektu badawczego nt. „Warunki życia i potrzeby ludzi starszych w Polsce – stan aktualny, kierunki zmian oraz zadania polityki społecznej” realizowanego w latach 1999-2001. Autorzy podjęli próbę dokonania oceny sytuacji ludzi starszych na przykładzie respondentów z całej Polski.

Analizując uzyskane wyniki A. Bień wyciągnęła wniosek, że ponad połowa badanych osób starszych dość dobrze radzi sobie w codziennym życiu, zdecydowaną większość ludzi starszych cechuje dobra sprawność lokomocyjna, zaś spadek aktywności fizycznej seniorów w dużym stopniu wynika z rosnącego wraz z wiekiem deficytu funkcjonalnego. Aktywność społeczna w przedstawianych badaniach wskazuje na mały udział osób w starszym wieku w życiu publicznym i społecznym kraju, co wiąże się z brakiem utrwalonych nawyków aktywności oraz trudną sytuacją polskich emerytów i rencistów. Ocenę zdrowia psychicznego porównano z indywidualną oceną satysfakcji życiowej analizą zaprezentowaną przez Halicką i Pędicha. Za podstawowe składniki ogólnie rozumianej satysfakcji życiowej uznano zadowolenie z obecnego życia i zadowolenie z życiowych dokonań. Stwierdzono, że najwięcej zadowolonych jest w stopniu umiarkowanym, zaś wiek nie różnicuje w istotny sposób stopnia zadowolenia z obecnego życia. Obiektywne warunki życiowe wprawdzie pogarszają się wraz z wiekiem, jednakże osoby w zaawansowanej starości mają mniejsze potrzeby i oczekiwania, stąd „wyrównuje” się stopień zadowolenia z życia w grupach wiekowych.

Dzięki wielu zdobyczom nauki i techniki oraz interdyscyplinarnej współpracy naukowców możemy poszczycić się znacznym wydłużeniem życia ludzkiego, jednakże ważnym obowiązkiem młodszych pokoleń jest uzupełnienie deficytów jakości życia w tym okresie ludzkiej egzystencji. Aby podążać we właściwym kierunku ku zapewnieniu godnej starości, należy ciągle rozpoznawać potrzeby tego środowiska.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

Najwyżej oceniono jakość życia w aspekcie aktywności fizycznej. Ocena ta przyjmowała wartości wysokie.

Podobne nieco niższe wartości przyjmowała ocena jakości życia w aspekcie aktywności społecznej i bólu fizycznego.

Najniżej oceniono zdrowie psychiczne i witalność.

Nieco niższe wartości przyjmowała ocena jakości życia mężczyzn w aspekcie bólu fizycznego. Różnice te nie były istotne statystycznie.

Płeć nie jest czynnikiem różnicującym ocenę jakości życia w badanych obszarach.

Piśmiennictwo

1. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia osób starszych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym na podstawie badań własnych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 1 (9), 2005.
2. Bień B. Lekarz rodzinny geriatrą pierwszej linii. *Polska Medycyna Rodzinna*, 4, 2, 2002.
3. Łysiak M., Kolanoś R. Poczucie sensu życia i wartości, a przystosowanie do wieku podeszłego. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 4(13), 2005.
4. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medyczne*, 16, 1999.
5. Gruszczynski W., Goc S. Pojęcie jakości życia w medycynie. *Kwartalnik Ortopedyczny*, 3, 2004.
6. Kochman D. Jakość życia. Analiza teoretyczna. *Zdrowie Publiczne*, 117(2), 2007.

7. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia, a stan zdrowia, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 5, 2007
8. Bujak G., Tombarkiewicz. M. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. *Wiadomości Lekarskie*, LVIII, 2005.
9. Ware John E., Jr., Ph. D SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide The Health Institute, New England Medical Center; Boston, Massachusetts
10. Chołuj E. Jakość życia w podeszłym wieku. Praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr Doroty Jachimowicz-Wołoszynek. Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 2007.
11. Paturalska A. Jakość życia ludzi w podeszłym wieku. Praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr Doroty Jachimowicz-Wołoszynek. Uniwersytet Mikołaja Kopernika. Toruń 2007.
12. Wawrzyńska G. Jakość życia w wieku podeszłym. Praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr Doroty Jachimowicz-Wołoszynek. Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 2008.
13. Ware J. E., Kosinski m., Dewey J. E. How to Score. Verion 2 of the SF-36 Health Survay. Lincoln. QualityMetric Incorporated, 2000.
14. B. Bień, M. Halicka, J. Halicki, W. Pędich, B. Synak (red.) Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. *Polska Starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.

Active life of the elderly in Poland

Bożena Zboina^{1,2,3}, Halina Kroń³, Barbara Bakalarz-Kowalska², Grazyna Nowak-Starz³, Regina Piotrowicz²

¹The John Paul II (The Second) Catholic University of Lublin, Poland

²University of Business and Enterprise in Ostrowiec Świętokrzyski

³Jan Kochanowski University in Kielce, Faculty of Health Sciences

Анотація

Проведені дослідження вказують, що недостатня фізична активність людей похилого віку, дуже часто є процесом в психічному відображенні і рідше як біологічно зумовлені прояви. Ось чому, дуже важливим є створення умов здорового способу життя для людей старшого віку, програмування ідей «активного старіння», або забезпечення старшим людям почуття повного здоров'я, безпечності та активної участі в господарському, суспільному, політичному і культурному житті. Це попереджуватиме розвиток хвороб, пов'язаних із старінням.

Дуже важливим є залучення старших осіб до вирішення питань, пов'язаних з їхнім буттям. Дуже багато людей старшого віку є ще дуже активними, не витримують бездіяльності, і потребують зовнішнього чинника для виходу з дому. Однією з форм активності старших людей - це університети третього віку, які створюють умови поглиблення знань, полегшують контактування між людьми, сприяють фізичній активності. Геронтологи стверджують, що старість є явищем індивідуальним і суспільним. Старші люди як популяція з'явилися внаслідок підвищення рівня гігієни, розвитку медицини і суспільної опіки. Але люди старшого віку відповідальні за збереження власного здоров'я. В цій статті-старість це поєднання досвіду старших людей і соціальної активності, яка призводить до активного життєвої позиції.

Ключові слова: здоров'я, старість і активне життя

Streszczenie

Badania wskazują, że brak aktywności w starości jest niejednokrotnie w większym stopniu procesem zachodzącym w psychice tych ludzi, a nie warunkiem biologicznym. Dlatego niezmiernie ważne jest tworzenie warunków dla zdrowego i aktywnego życia dla osób starszych propagowanie idei „aktywnego starzenia się”, czyli uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym a tym samym zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób starszych.

Duże znaczenie dla tego przedsięwzięcia ma fakt, włączenia osób starszych do systemu kształcenia ustawicznego, aby mogli aktywnie uczestniczyć w procesach zachodzących wokół nich i środowiskach, w których żyją, by zwiększyć ich sprawność intelektualną, psychiczną i fizyczną. Wielu seniorów jest wciąż sprawnych, nie znosi bezczynności ale potrzebuje pretekstu do wyjścia z domu jakiejś inicjatywy zewnętrznej. Jedną z form aktywizacji starszych ludzi są uniwersytety trzeciego wieku, które stwarzają możliwości ciągłego poszerzania wiedzy, ułatwiają nawiązywanie przyjaźni, zapewniają możliwość dbania o kondycję fizyczną. Starość jak stwierdzają gerontolodzy jest zjawiskiem zarówno jednostkowym jak i społecznym. Starzy ludzie jako populacja pojawili się wraz z podniesieniem się poziomu higieny, rozwojem medycyny i systemu opieki społecznej. Żaden jednak system opiekuńczego państwa nie zwolnił człowieka z konieczności dbania o zdrowie i godne przeżywanie własnego życia. Starość i jej przeżywanie zależy od świadomości jednostki, jej stosunku do siebie. W niniejszym artykule starość zostanie przedstawiona zarówno w aspekcie przeżywania przez człowieka własnej starości jak i działań polityki społecznej w zakresie podtrzymania aktywnego życia.

Słowa kluczowe: zdrowie, starość, aktywne życie

Abstract

Researches indicate that the lack of activity at old age is very often the process taking place in the psyche of these people rather than the biological condition. Therefore it is very important to create conditions for healthy and active life of the elderly by promoting the idea of "getting older in an active way which means making the elderly feel healthy, secure and participate actively in cultural, economic, social and political life. In this way disability, chronic diseases, premature deaths are decreasing among old people.

The essential thing is to make the elderly take part in the processes around them and the environment in which they live to increase their intellectual, mental and physical agility. A lot of seniors are still very active and cannot stand idleness. They need to be engaged in the life around them and the outdoor initiative. One of the way to make the elderly active are The Third Age Universities which make it possible for the elderly to broaden their knowledge make friends easier and take care of their physical condition. The old age as gerontologists claim is a phenomenon both individual and social. The old as a population appeared together with the increase of the level of hygiene, the development of medicine and the social welfare system. However these are people not the welfare state who are responsible for taking care of their health and lifestyle. The old age depends on awareness of the individual, the attitude towards oneself. In this article the old age will be presented both in the aspect of experiencing it by people but also social action to lead active life.

Keywords: health, old age, active life

Introduction

Until recently, education was understood as a institutionalized and formal process concerning children and adolescents, who were to gain specific knowledge and skills useful in their work. At present learning includes all dimensions of human life and may be informal, incidental, individual, taken on its own to meet individual needs. Today's meaning of the term "education" includes a general educational processes under someone's direction or independently, in all aspects of life and throughout the lifetime (Pakuła M (2007); Makuch M (2011); Okoń (2004).

There are more and more older people, not working anymore, who understand education as a process of continuous self-improvement. They are ready to continue learning, be active members of society, opposed to stereotypical perceptions of old age and what is more, they participate in social life thanks to education. An important part of the educational process of the old people is their experience, which helps to acquire new skills.

Education of the old people should incorporate all these elements - forms of knowledge, skills and attitudes that can contribute to and improve the quality of life. Education can help older people in many aspects of their life: in the struggle of daily life, in taking the initiative to solve problems, crises, facilitate decision-making, to adapt to the changing conditions of life. As a result of the learning process, the elderly are able to teach others such as their grandchildren, helping them to gain practical experience in the normal activities of daily living. Learning in old age can make this period the best of life, prepare for a dignified death. (Szatur-Jaworska B, Błędowski P, Dzięgielewska M (2006).

In the last years The Universities of the Third Age made the offer for the old people wider in order to stimulate their social, cultural and educational activities. One of the goals of their activity is the inclusion of older people in the system of lifelong learning, by encouraging them to an active life in the local community, building the civil society, engaging older people to participate in a new world of information. One of the areas of activity of the elderly is also education, which give independence and improve the quality of life of elderly people by the personal development. The Universities of the Third Age are focused on the inclusion of older people in the lifelong learning education system and on the creation of methods to activate them intellectually, mentally and physically (Brzezińska M (2011).

Materials and methods

Educational activity of students in the universities of the third age is polymotivated and it means that not one but several reasons encourages them in the field of education. Some of the reasons are intense and appears at the beginning (curiosity, opportunities to broaden the knowledge, the desire to go out, making new friends), others reveal their strength in the time of intense activity (self-realization), and some more motivate to continue learning (learning new skills, the need for action in the group).

This is demonstrated by numerous studies conducted in many universities of the third century, including in Ostrowiec Swietokrzyski., where The University of the Third Age exists since 2003. The survey was conducted in April 2011 and 139 persons took part in it. The UTA's students concentrate on the desire to increase knowledge in different fields (103 persons), improving the mental and lifestyle changes (75

people) and the opportunity to participate in sightseeing trips (72 persons). Other reasons: interest (54 people), the opportunity to develop the artistic creativity (33 persons), loneliness (32 persons), an excess of free time (26 people). Seniors recognized that the greatest benefit of the class is to gain new knowledge. Further benefits they see in participating in the UTA are: the opportunity to meet with others, the opportunity to go to the theater, the development of their own interests, tips for healthy living, sightseeing trips and participation in physical activity. The study also revealed a desire to work for UTA (46 people), which gives an optimistic hope for the future (Petrovich R (2011).

Results

In light of the findings, it appears that the participants in the third century universities enjoy a full life and the UTA gives them a sense of self-worth, self-fulfillment opportunities, a sense of the joy of working together, mental rejuvenation.

Participation in the activities of UTA reduces loneliness and promotes a sense of satisfaction with their lives, it meets the therapeutic function.

The development of intellectual and education activity raises the self-esteem of older people and denies the stereotypical thinking of reduced mental capacity of people in this age. Education gives older people not only the status of independence and equality, but also faith in their own abilities.

Educational activity in advanced age is considered by modern androgogy and gerontology as one of the factors to help people deal with the escalation of problems in old age Pierch A. (2010).

Discussion

In 2005, the Center for Continuing Education in Warsaw was held the conference : "Cooperation in the field of education of the elderly". It was focused on the current situation and the importance of UTA in lifelong learning. The conclusions was that UTA is the most popular and multi-faceted forms of the old people's education. Not only helps to update and expande knowledge (seminars, lectures, classes in language, computer classes), but also enhances their intellectual and physical activity (sections gym, physical activity, tourism), prevents the exclusion of older people from social life. In many cases, in addition to the educational role, UTA also plays an important role in society.

What is more, the international reports, prepared by UNESCO contain information about the positive aspects of the activities of the universities of the third age in personality development, strengthening social ties, the development of achieved knowledge and interests, the transfer of personal experiences to the family members and the general public, the active participation in social life.

Through its activities UTW send a signal to the public that the activity in your life does not end with retirement. They point to new opportunities in a new stage of human life, so that it can cater to their interests, learn to function better in a rapidly changing world, meet new people with similar interests, to include friends, which surely prevents loneliness and depression so common among people older.

Through its activities, the Universities of the Third Age send a signal to the public that the activity in your life does not end with retirement. They point to new opportunities in a new stage of human life, so that it can develop the interests, learn to function better in a rapidly changing world, meet new people with similar interests, make friends, which surely prevents loneliness and depression so common among older people.

The extensive educational activity of UTA promotes self-realization and integration of the old people by many kinds of activities: lectures, seminars, classes in language, classes in recreation and tourism, computer workshops. UTA also offers creative and self-education workshops, groups dealing with specific issues (Sections: artistic, literary, photographic, dance workshops, drama). The creativeness is the particular form of human activity which, according to Zych (1999) allows a person to realize himself in the widest dimension, giving social immortality, lasting sign of his own personality . Classes in self-study teams include such diverse issues as literature, theater, music, visual arts, etc. An important part of these activities is that the seniors become the authors, they write poems, paint pictures, take pictures, play the roles. It let them discover new talents and learn new techniques (Lubryczyńska 2007). By participating in such activities,

according to Orzechowska (1999) the old people's life gets a new quality . They spend their leisure time in a creative way, they make an effort towards self development, change attitudes toward each other and the environment, take action on behalf of others, prevent the outflow of physical and mental forces. Continuing this thought, Steuden (2011) adds that all of these elements affect the extend of cognitive horizons of old people that's why they are able to fully understand themselves and strengthen their identity.

The Universities of the Third Age in the new socio-economic conditions fulfill very important role: prepare old people to live in a new and rapidly changing environment, give them the opportunity to the creative and active lifestyle, allow pursue passions, educate, make their life more satisfying, prevent the social exclusion, connect the generation, care about improving the intellectual efficiency. Mental agility makes older man better cope with difficult situations. According Konieczna-Wozniak (2001) exercise the mind affects the psychophysical condition of elderly people who can explore and understand the knowledge and finally find the meaning of life through the development of their educational needs and fulfillment in various fields.

References

1. Pakuła M (2007). Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne. Lublin UMCS
2. Makuch M, Moroń D (2011). Osoby starsze w społeczeństwie – społeczeństwo wobec osób starszych. Wrocław Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego
3. Okoń W (2004). Słownik pedagogiczny. Warszawa Żak
4. Brzezińska M (2011). Proaktywna starość: strategie radzenia sobie ze stresem okresie późnej dorosłości. Warszawa Wyd. Difin
5. Piotrowicz R (2011). Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Ostrowcu Świętokrzyskim w świetle badań ankietowych. W: „Życie dla siebie i innych” Biuletyn UTW ; V ,35-40.
6. Pierch A (2010). Potencjał drzemie w dojrzałości – Lubelski Uniwersytet Trzeciego Wieku, „Praca Socjalna” 5,47-62.
7. Szatur-Jaworska B, Błędowski P, Dzięgielewska M (2006). Podstawy gerontologii społecznej. Warszawa ASPRA-JR
8. Lubryczyńska K. (2007) Uniwersytety trzeciego wieku w Polsce. Miejsce uniwersytetów trzeciego wieku w starzejącym się społeczeństwie. W: Fabiś A.(red.) Instytucjonalne wsparcie seniorów – rozwiązania polskie i zagraniczne. Wyższa Szkoła Administracji Bielsko-Biała, 209-219
9. Orzechowska G. (1999) Aktualne problemy gerontologii społecznej. Wyd. UWM Olsztyn.
10. Steuden S. (2011) Psychologia starzenia się i starości. PWN Warszawa
11. Zych A.A. (1999) Człowiek wobec starości. Wyd. Śląsk Katowice
12. Konieczna-Woźniak R. (2001) Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Profilaktyczne aspekty edukacji seniorów. Wyd. Uniwersytetu Adama Mickiewicza Poznań.

Напрями організації служби управління медичними послугами як основи керованої медичної допомоги в Україні

Фуртак І. І.², Голунов А. І.¹, Хобзей М. К.¹

¹ Міністерство охорони здоров'я України

² Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Будь-яка реформа сфери охорони здоров'я передбачає, насамперед, оптимізацію ресурсів галузі при підвищенні якості та доступності медичної допомоги населенню.

Одним з визнаних у міжнародній практиці інструментів досягнення цієї мети є інституція сімейної медицини. Однак само по собі її запровадження, як і фрагментація медичної допомоги без попереднього створення механізмів управління медичними маршрутами пацієнтів, не вирішить проблем, а скоріше ускладнить їх. Медичні маршрути слід вибудовувати в межах клінічних протоколів з урахуванням реальних можливостей закладів сімейної медицини. Це дозволить гнучко й об'єктивно перерозподіляти медичні послуги, а, отже, й фінансові ресурси між первинним і наступними рівнями медичної допомоги, керуючи «внутрішнім ринком» медичних послуг на засадах медичної та економічної доцільності.

Слід також поступово здійснювати посилення «організаторської» функції сімейних лікарів з урахуванням зростання можливостей амбулаторій сімейної медицини та якості ПМСД, зміни менталітету населення і його ставлення до сімейної медицини. У будь-якому разі пріоритетним має залишатись якісний медичний догляд пацієнта.

У разі створення «окружних» лікарень, що задекларовано медичною складовою програми економічних реформ Президента України, насамперед необхідно чітко визначитись щодо вирішення питання їх фінансування, створення стимулів щодо оптимізації діяльності, побудови стосунків з покупцями медичних послуг (зокрема - місцевими органами управління). Платежі надавачу медичних послуг можуть здійснюватись проспективно (передоплатою). Тобто визначення ставок платежів надавача й оплата здійснюється до надання їм послуг. У ситуації, що склалась, усі ризики бере на себе покупець медичних послуг, тобто місцеві органи управління, що не мають реальних механізмів контролю й впливу ані на якість медичної допомоги, ані на її обсяги.

Слід також враховувати, що нинішнє фінансування госпітальних баз скеровано на їх утримання, але не на надання госпітальних послуг населенню. У цих умовах лікарні будуть схильні до збереження й збільшення ліжкового фонду, кадрового складу, що визначає рівень їх фінансування, збільшення кількості неналежних госпіталізацій тощо, але не до оптимізації госпітальної допомоги й покращення її якості.

Не змінить ситуації й перехід на «глобальний бюджет», оскільки зберігається метод ретроспективного визначення ставок платежів й оплата послуг надавача медичних послуг, тобто післяплата. При цьому надавач медичних послуг не несе жодних фінансових ризиків. Не має сенсу також організація фінансування госпітальних баз за завершений випадок медичної допомоги, оскільки:

1. Відсутня конкуренція як така між «окружними» госпітальними закладами. Кожен з них є монополістом щодо надання госпітальних послуг у своєму «медичному окрузі».
2. Неможливо акумулювати ресурси сфери охорони здоров'я місцевими органами управління (створити пул медпослуг) для оплати за проліковані випадки, коли кошти йдуть за пацієнтом, за тими ж причинами – перспективне визначення ставок і платежів за послуги надавача. Слід також враховувати, що до 70% обсягу медичного бюджету адміністративних територій (районів та міст) нині скеровується на утримання обласних («окружних») госпітальних закладів. При цьому місцеві ор-

гани управління беруть на себе усі ризики, не маючи практично жодного впливу ані на обсяги, ані на якість госпітальної медичної допомоги, що надається населенню адміністративних територій у цих закладах.

Єдиною реальною можливістю раціональної побудови госпітальної допомоги при створенні «окружних» госпітальних лікарень є організація її на основі «керованої медицини». Вона дозволяє встановити чіткі стосунки між покупцями послуг – місцевими органами управління й госпітальними лікарнями. Лікарні мають взяти на себе фінансові ризики, а споживачам має бути надана можливість провадження фінансового моніторингу й моніторингу якості медичної допомоги.

Для організації роботи в «керованій медицині» слід:

- 1) надати постачальникам госпітальних медичних послуг певний ступінь автономії щодо управління своїми витратами і реорганізації послуг, що надаються, організувати їх роботу на засадах комунального підприємства,
- 2) при обліку обсягів виконаних робіт й затрат застосовувати послугу як медико-економічну категорію,
- 3) організовувати надання медичної допомоги й формувати маршрути пацієнтів у межах базових клінічних протоколів МОЗ, створених на основі DRG-груп, з прив'язаними до них послугами й медикаментами. На основі базових протоколів слід створювати відповідні локальні клінічні протоколи, у котрих враховані реальні можливості амбулаторій сімейної медицини. Локальні клінічні протоколи дозволять раціонально розподіляти послуги й медикаменти у межах базового клінічного протоколу за рівнями надання медичної допомоги,
- 4) використовувати електронний реєстр пацієнтів,
- 5) персоніфікувати витрати на медичні послуги й медикаменти,
- 6) перейти до контрактів щодо закупівлі послуг місцевими органами управління у госпітальних лікарень (при цьому надавачі послуг беруть на себе відповідальність за фінансові ризики з усіма наслідками),
- 7) покупцям (місцевим органам управління) слід надати можливість провадження фінансового моніторингу й моніторингу якості медичної допомоги, а також відслідковування й оцінки політики закупівель на основі інформаційних систем й ІТ.

За такого підходу розподіл обов'язкових послуг й медикаментів за рівнями надання медичної допомоги буде здійснюватись у межах відповідних клінічних протоколів й стандартів МОЗ, що є гарантією якості як первинної, так і госпітальної медичної допомоги, раціонального розподілу фінансових потоків між ними. Це дозволить місцевим органам управління провадити гнучку політику закупівель госпітальних послуг (пакетів послуг) з урахуванням можливостей первинної ланки СОЗ, що розвивається.

Модель керованої медичної допомоги, організована в межах адміністративної території, з інтеграцією зусиль лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) та чітким поділом обов'язків і спільною відповідальністю за кінцевий результат дозволяє на якісно новому рівні організувати систему управління з застосуванням контролінгу як в умовах бюджетної медицини, так і при переході до обов'язкового медичного страхування (ОМС).

В основу цієї моделі мають бути закладені принципи медичної та економічної доцільності, тобто раціональний розподіл обсягів медичної допомоги та ефективне використання фондів, побудоване на засадах сімейної медицини, медичного менеджменту, контролінгу та логістики. Такий підхід зробить розподіл фонду обґрунтованим та прозорим на усіх рівнях – від поособового нормативу до фонду адміністративної території, дозволяє оцінити реальні потреби населення у різних видах медичних послуг, довести поособовий норматив до конкретного мешканця, оптимізувати функції і кадровий склад ЛПЗ регіону, починаючи з рівня ПМСД, тобто, лікаря загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП-СМ). Він дає до рук організаторів охорони здоров'я, зокрема й ЛЗП-СМ, реальний механізм організації управління обсягами медичної допомоги та потоками пацієнтів, а також можливість опера-

тивного аналізу і контролінгу якості медичної допомоги та раціонального використання наявних ресурсів, що робить їх менеджерами.

Модель керованої медичної допомоги значно розширює можливості та участь місцевих органів влади в управлінні охороною здоров'я і в цілому у формуванні цілеспрямованої політики охорони здоров'я у своєму регіоні. Ця модель є доброю основою для розвитку бюджетно-страхової медицини.

Головна її мета полягає в тому, щоб кожен громадянин міг отримати медичну допомогу у потрібний час, в потрібному місці, у необхідному обсягу та з мінімальними затратами. Мова йде про якісну, доступну і своєчасну медичну допомогу, організовану на засадах медичної й економічної доцільності з рівня ЛЗП-СМ в єдиному інтегрованому медичному просторі.

В основі такого підходу лежить інституція сімейної медицини (СМ), де ЛЗП-СМ тією чи іншою мірою виконує свою ключову функцію – функцію організатора, тобто формує і координує профілактичні програми щодо охорони здоров'я здорових та найбільш оптимальний маршрут обстеження й лікування пацієнтів, тобто хворих жителів “своєї” сімейно-територіальної дільниці, в єдиному медичному просторі регіону чи країни в цілому при потребі. Саме ця функція ЛЗП-СМ, багато в чому визначаючи ефективність роботи усієї системи медичної допомоги населенню, вигідно відрізняє його від дільничного терапевта.

Тим самим вони, насамперед, організовують й контролюють звертання до спеціалістів, в лікарні чи по інші дорогі медичні послуги, що дозволяє скоротити чи обмежити витрати на охорону здоров'я, тобто ЛЗП-СМ служать важливим інструментом регулювання витрат громади на потреби охорони здоров'я та розвитку контролінгу в управлінні СОЗ.

По друге, завдяки координуючій ролі ЛЗП-СМ покращують і підвищують якість медичних послуг. Тобто, ЛЗП-СМ розглядаються також і як координатори комплексних пакетів медичних послуг, які отримують пацієнти, що покращує безперервність їх спостереження і єдиному інтегрованому медичному просторі з контролінгом в управлінні ним. Це веде до розвитку трансуральної моделі медицини як медичної допомоги, яка максимально орієнтована на потреби пацієнта, що надається на основі тісної співпраці (взаємодії та координації) між надавачами первинної та спеціалізованої медичної й соціальної допомоги, з чітким поділом обов'язків та спільною відповідальністю за кінцевий результат.

Впровадження СМ без системного підходу, реорганізації механізмів управління, розділення функцій між первинною ланкою і наступними рівнями не змінює суттєво ситуацію по управлінню обсягами медичної допомоги та фінансовими потоками. Розробку та реалізацію проекту інтегрованої керованої медицини на засадах СМ було розпочато в 1999-2000 р.р. у Львівській області. Необхідністю розробки сучасної моделі управління став бурхливий розвиток сімейної медицини, зокрема в сільській місцевості, потреба визначення місця і ролі сімейного лікаря в організації медичної допомоги населенню, розробки механізмів взаємодії сімейних лікарів з фахівцями районної лікарні та обласних установ, формування маршрутів пацієнтів, управління витратним механізмом. Було створено робочу групу, яка розпочала діяльність за участі в.о.доцента ЛРІДУ НАДУ І.І.Фуртака та професора Херсонського технічного університету Голунова А.І. У 2004 р. результати цих розробок було заслухано на виїзній колегії МОЗ України у м. Комсомольську Полтавської області й рекомендовано до апробації та впровадження на рівні адміністративних територій.

Перехід на медичну послугу як медико-економічну категорію дозволяє сформуванню єдиного портфелю медичних послуг. Це своєю чергою дає можливість організувати співпрацю медичних закладів з місцевими органами управління та страховими установами на договірній основі, з попередньою оплатою роботи, чітким поділом обов'язків і спільною відповідальністю за кінцевий результат і фінансові ризики. При цьому відповідальність за фінансові ризики після укладання договору мають брати на себе всі структурні підрозділи лікувально-профілактичних закладів, включаючи сімейних лікарів. Це є потужним стимулом для мінімізації витрат, управління послугами на принципах медичної й економічної доцільності, передачі максимально можливої кількості послуг сімейним лікарям як

найменш витратного ланці, оскільки, в кінцевому рахунку, від цього залежатиме фінансове благополуччя медичної установи.

При такому підході кожен пацієнт зможе отримати медичну допомогу в потрібний час, в потрібному місці, в необхідному обсязі і з мінімальними витратами. При цьому відсутня фрагментація медичної допомоги, зберігається її спадкоємність між сімейними лікарями та профільними спеціалістами. Система дозволяє також забезпечити персоніфікований облік медикаментів за наступними категоріями: бюджетні закупівлі, медикаменти централізованої поставки, закуплені копанням добровільного медичного страхування, закуплені лікаряними касами та закуплені пацієнтами.

Одним із завдань діяльності ЛЗП-СМ є формування інформаційної бази даних щодо загроз здоров'ю "жителів" його сімейно-територіальної дільниці. Тут важливою є активна співпраця з екологічними й громадськими організаціями та структурами, що можуть надати актуальну інформацію щодо чинників впливу на стан здоров'я населення, що прикріпилось до певного ЛЗП-СМ.

Останнє означає, що він отримує фінансування "з розрахунку на жителя" для забезпечення діяльності сімейно-територіальної дільниці щодо охорони, збереження, зміцнення здоров'я здорових та медичного маршруту з відтворення й відновлення здоров'я хворих "жителів", що приписались до нього. Якщо розглядати ЛЗП-СМ лише як лікаря-спеціаліста широкого профілю, що має просто "брати на себе 40-60-80 % звернень" жителів його сімейно-територіальної дільниці, то у підсумку в реальних сучасних умовах фінансування діяльності вітчизняної СОЗ виникне проблема "фельдшеризму" у тому контексті, що нереально вимагати такого обсягу роботи від ЛЗП-СМ не оплачуючи йому відповідно його працю.

Адже у соціальних, демократичних, правових державах зарплата лікарів у півтора-два рази перевищує середню, у нас вона – у півтора-два рази нижча, до того ж нині до 80 % медичного обладнання не відповідає стандартам, а біля 60 % - не підлягає ремонту. Це нівелює мотивацію фахівців ПМСД, як і СОЗ загалом.

Разом з тим ЛЗП-СМ – за відповідного вишколу з питань епідеміології та організації й управління – можуть якісно змінити ситуацію і забезпечити організацію охорони здоров'я здорових через формування та моніторинг профілактичних програм аж до рівня сім'ї й медичного маршруту для хворих з рівня ПМСД.

Це має особливе значення для належного забезпечення сучасної організації діяльності фахівців СМ, оскільки ЛЗП-СМ в Україні фактично набуватиме статусу організатора охорони здоров'я. Тобто, "де-факто" він змушений буде брати на себе роботу по формуванню профілактичних програм щодо "збереження здоров'я здорових", починаючи з рівня особи та сім'ї, а також раннього виявлення захворювань і своєчасного надання медичної допомоги хворим, зокрема й формування їх медичного маршруту, починаючи з рівня ПМСД.

На наш погляд, така система управління зможе забезпечити дієве функціонування фундаментальних механізмів для проведення системних реформ в охороні здоров'я населення в регіонах та в країні загалом, вимагаючи безсумнівно належного державного управління безперервним професійним розвитком усіх фахівців СОЗ, перед усім - сімейної медицини як організаторів охорони здоров'я населення.

Згідно наказу МОЗ від 20.11.2013 р. №268-адм «Про робочу групу з опрацювання соціальних стандартів та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості у сфері охорони здоров'я» на виконання пункту 14.2 «Встановлення соціальних стандартів та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості у сфері охорони здоров'я» Національного плану дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» затверджено склад робочої групи з опрацювання соціальних стандартів та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості у сфері охорони здоров'я, до якої включено Фуртака І.І., доцента кафедри організації та управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Література

1. Базилевич Я.П., Фуртак І.І. Економічні аспекти експерименту "Сімейний лікар". Матеріали до колегії МОЗ України 3-4 березня 1994 року.- Київ, 1994.- 4 с.
2. Фуртак І.І., Базилевич Я.П. Концепція економіки впровадження сімейної медицини в умовах переходу до ринкових відносин.- Львів, 1994.- 8 с.
3. Фуртак І.І., Базилевич Я.П. Концепція економіки сімейної медицини.-Львів, 1993.- 4 с.
4. Юрченко В.Д., Федоренко В.Д., Базилевич Я.П., Фуртак І.І. Економіка впровадження і функціонування сімейної медицини. Випуск 10. Економіка і фінансування // Матеріали міжнародного семінару "Сімейна медицина", 29-30 березня 1995 р.- Львів, 1995.- 4 с.
5. Фуртак І.І. Удосконалення управління системи охорони здоров'я України // Мат . Міжнародної конференції "Актуальні проблеми адміністративної реформи України". 31 жовтня 1997 р. М.Київ.- Київ, 1997.- С.21-25.
6. Фуртак І.І. Напрями управління реструктуризацією первинної медико-санітарної допомоги в Україні // Матеріали до міжнародного семінару, схвалені методичною радою Української академії державного управління при Президентові України.- Київ, 1998.- 12с.
7. Зіменковський Б., Гжегоцький М., Базилевич Я., Фуртак І. Політика і стратегія реформування ПМСД на засадах сімейної медицини.// Матеріали науково-практичної конференції "Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі", 7-8 жовтня 1999 р., м. Житомир.- Житомир, 1999.- 27с.
8. Науково-педагогічне забезпечення реформування системи охорони здоров'я / Б.Зіменковський, М.Гжегоцький, М.Слабий, Я.Базилевич, І.Фуртак, О.Любінець // VIII Конгрес СФУЛТ.- Львів-Трускавець, 2000.- С.9-10
9. Формування Концепції удосконалення державного управління в сфері охорони, збереження та зміцнення здоров'я населення / Фуртак І.І.//Зб.наук.праць за заг.ред.к.е.н. доц. А.О.Чемериса. Актуальні проблеми державного управління. Випуск 3: Адміністративна реформа в Україні: проблеми та перспективи. – Львів, ЛФ УАДУ, 2000. – С.344-348.
10. Фуртак І.І. Адміністративна реформа в Україні та управління системою охорони здоров'я регіону. // Актуальні проблеми державного управління: Збірник наукових праць ЛФ УАДУ.-2001.-Вип.5.- С.334-342.
11. Фуртак І.І., Базилевич А.Я., Голунов А.І., Латишев Є.Є., Собін О.І., Любінець О.В., Кошеля І.І., Сможаниця М.М., Гнатюк Г.Г., Гринаш В.М. Автоматизована система управління охороною здоров'я.// Ефективність державного управління в контексті європейської інтеграції: Матеріали щорічної науково-практичної конференції 23 січня 2004 р./ За заг. Ред. А.О.Чемериса.- Львів, ЛРІДУ ПАДУ, 2004.- 4.1.- С.269-271
12. Фуртак І.І., Гринаш В.М., Фуртак М.О., Гавчак І.Ю., Фуртак Н.І., Пастухов В.І. Моделі сучасних методів управління первинною медико-санітарною допомогою в країнах Європейської спільноти (ЄС), нових незалежних державах та перспективи для сімейної медицини в Україні. // Наукове видання. Державне управління в умовах інтеграції України в Європейський Союз. Матеріали Науково-практичної конференції з міжнародною участю (29 травня 2002., Київ) / За заг.ред. В.І.Лугового, В.М.Князева. - Київ, Видавництво УАДУ, 2002.-Т.2.-С.209-211.
13. Фуртак І.І., Гринаш В.М., Гринаш Ю.І. Формування основних напрямків розвитку первинної ланки відомчої служби охорони здоров'я МВС України на засадах загальнолікарської сімейної медичної практики.// Актуальні проблем державного управління: Збірн.наук.праць ЛФ УАДУ.- 2007.- Вип.3.- С 309-315.
14. Фуртак І.І., Голунов А.І., Луць І.М., Гринаш В.М., Любінець О.В., Базилевич А.Я. Інформаційне забезпечення розвитку сімейної медицини. // Сучасний стан та перспективи розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров'я (до 80-тиріччя кафедри соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я): Матеріали міжнародної науково-практичної конференції.

18-19 вересня М.Одеса, 2003 р. / За заг.ред. акад. В.М. Запорожана та проф. В.І. Журавля.- О.: Одес. держ. Ун-т, 2003.- С.133-137.

Система контролю якості медичних послуг

Черешнюк Л. В.¹, Фостаковський Д. С.²

¹ Кафедра внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

² Міська клінічна лікарня № 3 міста Вінниці

Будь яка діяльність, що має мету, передбачає чіткі ознаки обсягів та якості. Тим більше, така соціально важлива сфера, як медична допомога. Семантично поняття «допомога» не ототожнюється з чіткими критеріями та обсягами, мовляв «надали – тай добре». Тому, при організації медичного обслуговування застрахованих осіб, страховики та їхні контрагенти – лікувальні установи оперують поняттям «медична послуга». Послуга, на відміну від аморфної «допомоги», має чітко визначеного надавача – виконавця, замовника, що її оплачує, та одержувача – пацієнта. Крім цього послуга має визначений обсяг та зрозумілі критерії якості.

Критерії якості медичної послуги ми класифікуємо наступним чином:

1. Якість медичних послуг.
 - 1.1. Об'єктивні критерії:
 - 1.1.1. Суспільні об'єктивні критерії (відповідно до Наказу МОЗ №743 від 02.11.2011 року «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги»);
 - 1.1.2. Індивідуальні об'єктивні критерії:
 - 1.1.2.1. Відповідність обсягів діагностики та лікування діючим стандартам (протоколам);
 - 1.1.2.2. Відповідність медикаментів та засобів медичного призначення якісним критеріям;
 - 1.1.2.3. Відповідність кваліфікації медичного персоналу атестаційним вимогам для надання медичних послуг;
 - 1.1.2.4. Відповідність матеріально-технічної бази лікувальної установи акредитаційним вимогам.
 - 1.2. Суб'єктивні критерії:
 - 1.2.1. Суспільні суб'єктивні критерії (відповідно до Наказу МОЗ №743 від 02.11.2011 року «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги»);
 - 1.2.2. Індивідуальні суб'єктивні критерії.

На сьогодні в Україні для чотирьох пілотних регіонів (Вінницька, Донецька, Дніпропетровська області та місто Київ) діє Наказ Міністерства охорони здоров'я №743 від 02.11.2011 року «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги». Зазначеним наказом встановлено суспільні об'єктивні критерії якості медичних послуг та суспільні суб'єктивні критерії якості медичних послуг.

Зокрема, цим наказом передбачені наступні індикатори якості медичної допомоги:

1. Первинна медична допомога:
 - 1.1. Первинний вихід на інвалідність;
 - 1.2. Кількість випадків малюкової смертності;
 - 1.3. Виявлення візуальних форм онкозахворювань на ранніх стадіях;
 - 1.4. Виявлення випадків туберкульозу на ранніх стадіях;
 - 1.5. Повнота охоплення профілактичними щепленнями;
 - 1.6. Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями.
2. Вторинна медична допомога:
 - 2.1. Лікарні інтенсивного лікування:
 - 2.1.1. Стаціонарний сектор:
 - 2.1.1.1. летальність в стаціонарі;
 - 2.1.1.2. післяопераційна летальність при операціях на органах черевної порожнини;
 - 2.1.1.3. випадки материнської смертності;

- 2.1.1.4. перинатальна смертність;
- 2.1.1.5. рання неонатальна смертність;
- 2.1.2. Амбулаторний сектор (консультативно-діагностичні центри):
 - 2.1.2.1. задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах (за даними соціологічних досліджень);
 - 2.1.2.2. частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).
- 2.2. Лікарні планового лікування:
 - 2.2.1. частота переведених хворих в стаціонари інтенсивної терапії;
 - 2.2.2. задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень);
 - 2.2.3. частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).
- 2.3. Лікарні відновного лікування:
 - 2.3.1. питома вага пролікованих (хворих або постраждалих або інвалідів) реабілітованих повністю;
 - 2.3.2. питома вага пролікованих (хворих або постраждалих або інвалідів) реабілітованих частково;
 - 2.3.3. частота скарг на медичне обслуговування (за даними соціологічних досліджень).
- 2.4. Хоспіси (паліативна допомога):
 - 2.4.1. відсоток пацієнтів, яким було забезпечено контроль над болем (за даними соціологічних досліджень).
- 3. Третинна медична допомога:
 - 3.1. Стаціонарний сектор:
 - 3.1.1. летальність в стаціонарі;
 - 3.1.2. летальність хворих та недоношених новонароджених;
 - 3.1.3. задоволеність наданням медичної допомоги в лікарнях для надання високоспеціалізованої медичної допомоги третинного рівня (за даними соціологічних досліджень).
 - 3.2. Амбулаторний сектор:
 - 3.2.1. задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах третинного рівня (за даними соціологічних досліджень).
 - 3.2.2. частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).
- 4. Екстрена медична допомога:
 - 4.1. Кількість померлих до приїзду бригади швидкої медичної допомоги;
 - 4.2. Кількість померлих в процесі транспортування хворого/постраждалого бригадою швидкої медичної допомоги;
 - 4.3. Добова летальність в стаціонарі хворого/постраждалого, доставленого бригадою швидкої медичної допомоги.

Як ми бачимо, даний наказ дозволяє достатньо повно вивчати суспільні показники якості медичного обслуговування навіть із залученням до матеріалів, що аналізуються, даних соціологічних опитувань.

На жаль, конкретного пацієнта, що отримує медичні послуги зараз, не цікавлять суспільні показники. Його хвилює стан власного здоров'я, якість медичних послуг, що отримує саме він. Таким чином, для кожного пацієнта найголовнішими критеріями якості є індивідуальні об'єктивні та індивідуальні суб'єктивні критерії за нашою класифікацією. Тому, при провадженні медичного страхування найбільша увага приділяється саме їм.

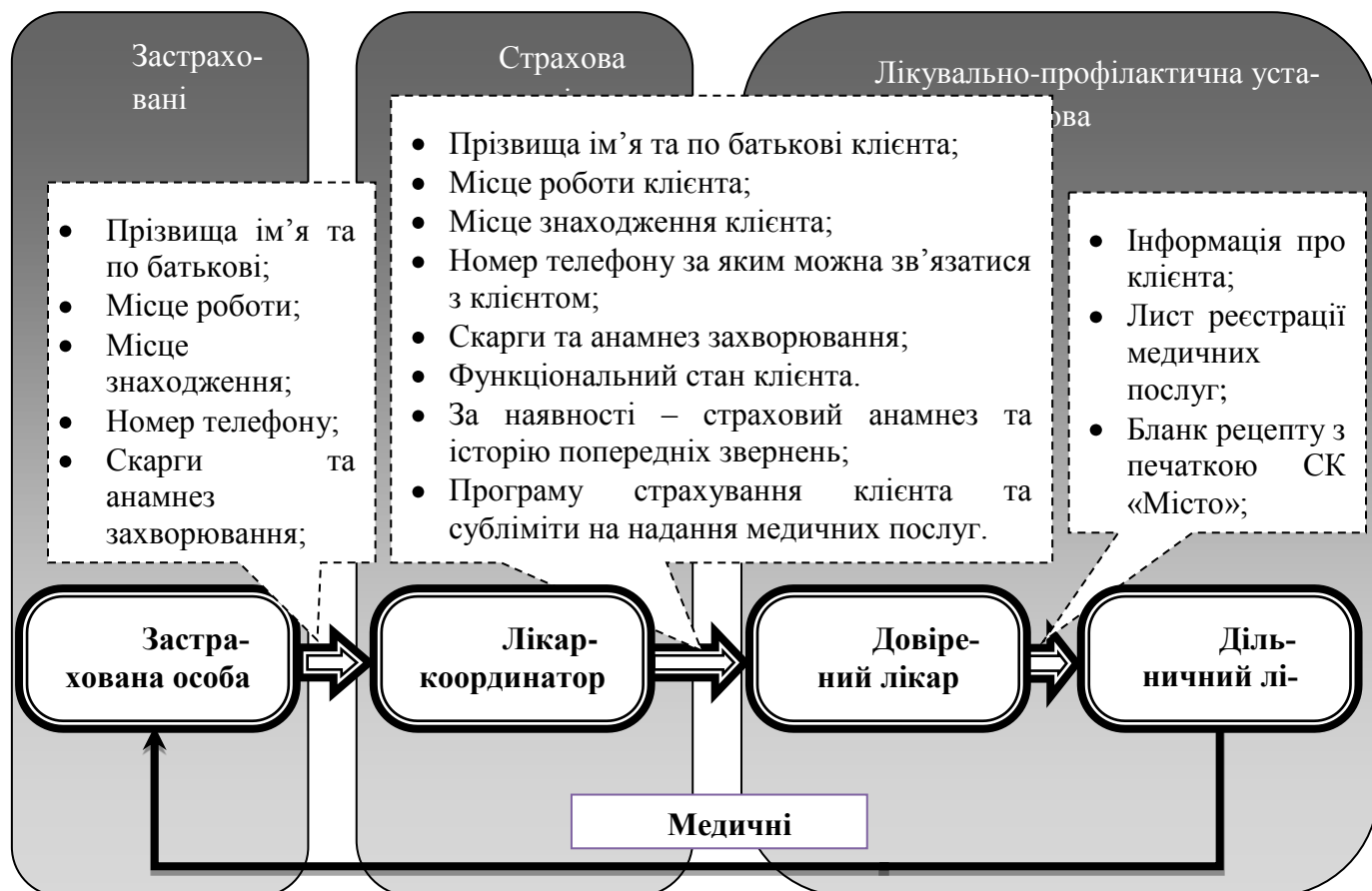
У Вінниці функціонує перша і поки що єдина в Україні страхова компанія, яка повністю належить територіальній громаді міста Вінниці. Тобто, ця компанія є на 100% муніципальною. Основним із завдань страхової компанії є провадження добровільного медичного страхування, метою якого є забезпечення Вінничан якісним медичним обслуговуванням, а закладів охорони здоров'я – додатковим надійним джерелом позабюджетних коштів.

Запропонована Вашій увазі система контролю якості медичного обслуговування, яка вже функціонує при обслуговуванні застрахованих осіб муніципальної страхової компанії, інтегрована у схему надання медичних послуг. Тому, ми коротко зупинимось на принциповій схемі надання медичних послуг застрахованим особам.

Організація надання медичної допомоги клієнтам СК «Місто»:

Варіант 1. Застрахована особа звернулася до лікаря-координатора страхової компанії (Схема 1).

Схема 1



Варіант 2 Застрахована особа звернулася до довіреного лікаря лікувального закладу (Схема 2).

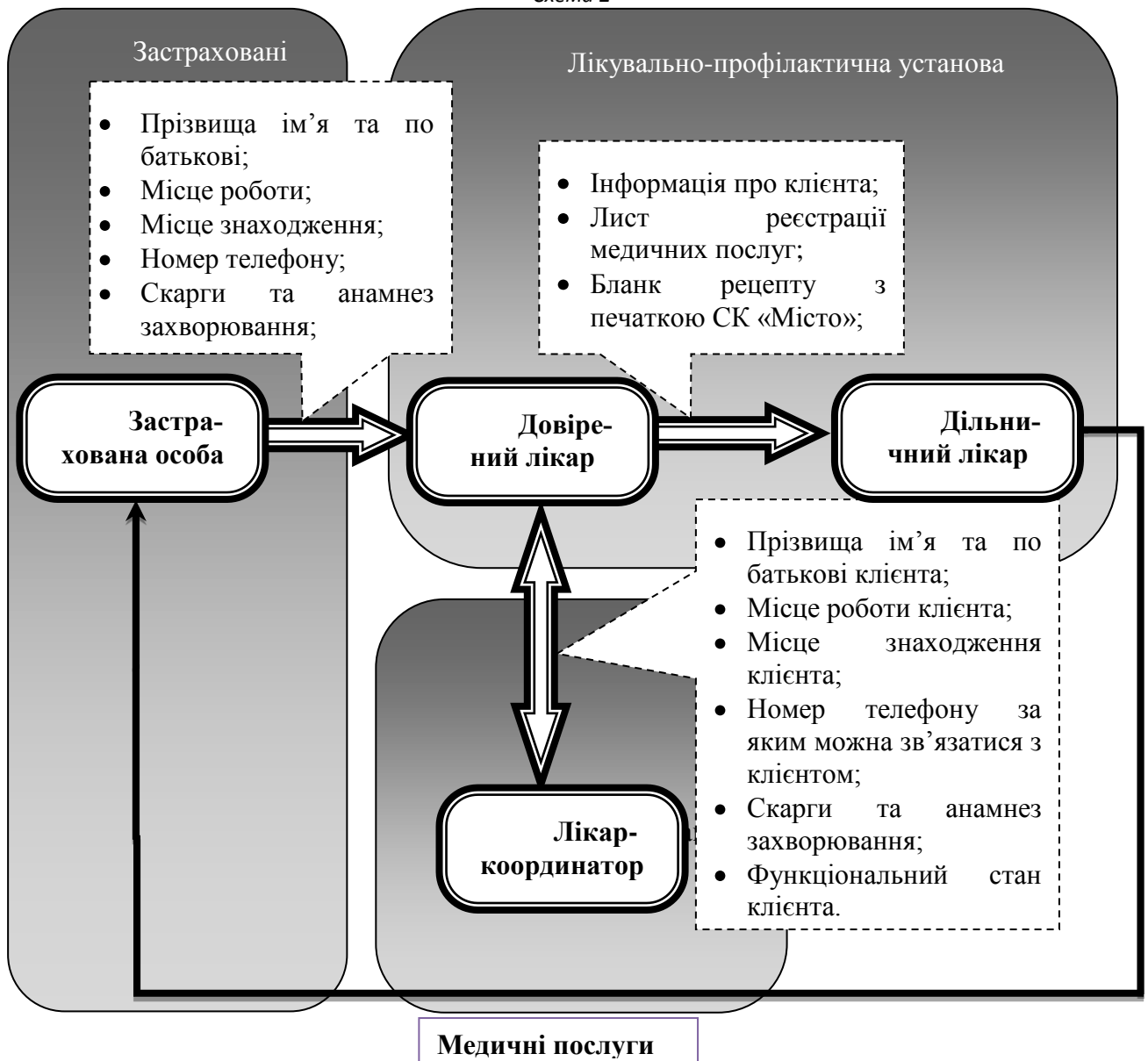
Далі розглянемо механізм організації медичного обслуговування пацієнтів при медичному страхуванні.

Застрахована особа, у разі необхідності отримання медичних послуг (консультація лікаря, обстеження, гостре захворювання, погіршення стану при хронічному захворюванні), звертається через цілодобову телефонну лінію до лікаря-координатора страхової компанії, що обслуговує колектив, в якому працює застрахована особа. Лікар-координатор уважно вивчає усі причини звернення та спільно із клієнтом складає план обстеження чи лікування. При цьому клієнту пропонують на вибір декілька варіантів надання медичних послуг, погоджують зручний час клініку. Медичне обслуговування клієнтів проводиться на базі усіх лікувальних закладів, що діють у місті Вінниця. Критерієм до направлення пацієнта до того чи іншого лікувального закладу є лише рівень фаховості клініки в лікуванні захворювання, що виявлене або підозрюється у клієнта.

Система медичного обслуговування застрахованих осіб інтегрована у муніципальні лікувальні заклади. Це дає можливість офіційно оформляти усі документи, що підтверджують факт захворювання такі, як - листок тимчасової непрацездатності, амбулаторна картка, історія хвороби, тощо. Таким чином, для застрахованих осіб зберігаються усі соціальні гарантії, що передбачені чинним законодавством та колективною угодою. Для забезпечення ланцюжка надання допомоги «клієнт – лікар-координатор – клініка» в усіх лікувальних закладах, що обслуговують застрахованих осіб, введений інститут довірених лікарів. В кожній лікувальній установі у будь-який час доби знаходиться не менше одного довіреного лікаря. Завдання довіреного лікаря лікувальної установи полягає в тому, що він організовує надання та контролює якість медичних послуг, оформляє необхідну медичну документацію по кожному зверненню застрахованої особи. Тобто, для застрахованих осіб створено та запроваджено персональну систему надання медичної допомоги, усі ланки якої працюють в тісному взаємозв'язку та забезпечують індивідуальний супровід кожного клієнта при наданні медичних послуг.

Завдяки персональному підходу до медичного обслуговування кожного пацієнта створено передумови для контролю за індивідуальними об'єктивним та індивідуальними суб'єктивними критеріями якості медичного обслуговування.

Схема 2



Розроблена нами система контролю якості медичних послуг спрямована на вивчення індивідуальних критеріїв якості. З вивченням суспільних критеріїв добре порадиться державна система охорони здоров'я.

Наша система має два розділи: контроль за індивідуальними об'єктивними критеріями якості медичних послуг та контроль за індивідуальними суб'єктивними критеріями якості медичних послуг. У деяких випадках вони дублюють одна одну, але аналіз отриманих даних щодо дотримання критеріїв якості при наданні медичних послуг застрахованим особам, проводиться окремо.

Контроль за індивідуальними об'єктивними критеріями якості медичних послуг має два етапи (Схема 3).

Поточний контроль якості спрямований на відслідковування відповідності медичних послуг, що надаються, стандартам лікування та встановленому діагнозу. Він проводиться лікарями та дозволяє своєчасно корегувати схему лікування для забезпечення максимального ефекту від лікування.

Завдання лікаря-координатора страхової компанії щодо поточного контролю індивідуальних об'єктивних критеріїв якості наступні:

1. Ініціювання та контроль маршруту пацієнта (направлення на лікування чи діагностику у відповідну устанovu до відповідного фахівця);
2. Контроль обсягів клінічних досліджень та їх відповідність діючим протоколам;
3. Контроль обсягів лабораторних та інструментальних досліджень, їх відповідність діючим протоколам;

- Ініціювання медикаментозного забезпечення застрахованої особи та контроль за його відповідністю діючим протоколам.

Схема 3



Завдання довіреного лікаря лікувальної установи щодо поточного контролю індивідуальних об'єктивних критеріїв якості такі:

- Ініціювання та контроль маршруту пацієнта у межах лікувальної установи;
- Контроль обсягів клінічних досліджень та їх відповідність діючим протоколам у межах лікувальної установи;
- Контроль обсягів лабораторних та інструментальних досліджень, їх відповідність діючим протоколам у межах лікувальної установи;
- Контроль лікувального процесу (відповідність оперативного чи консервативного лікування діючим протоколам).

Як ми бачимо функції з контролю якості у лікаря-координатора страхової компанії та довіреного лікаря лікувальної установи схожі. Це зроблено з певною метою. Так виникає можливість для взаємного контролю чим досягається вища якість надаваних послуг.

Завдання провізора аптечного закладу щодо поточного контролю індивідуальних об'єктивних критеріїв якості такі:

- Контроль якості медикаментів, які отримує пацієнт;
- Контроль якості засобів медичного призначення, які отримує пацієнт;
- За відсутності призначеного препарату, здійснення його заміни на рівнозначний за складом та якістю.

Описана вище система контролю якості медичних послуг є унікальним явищем в організації медичного обслуговування пацієнтів – застрахованих осіб. Повна структура зазначеної системи наведена у Схемі 4.

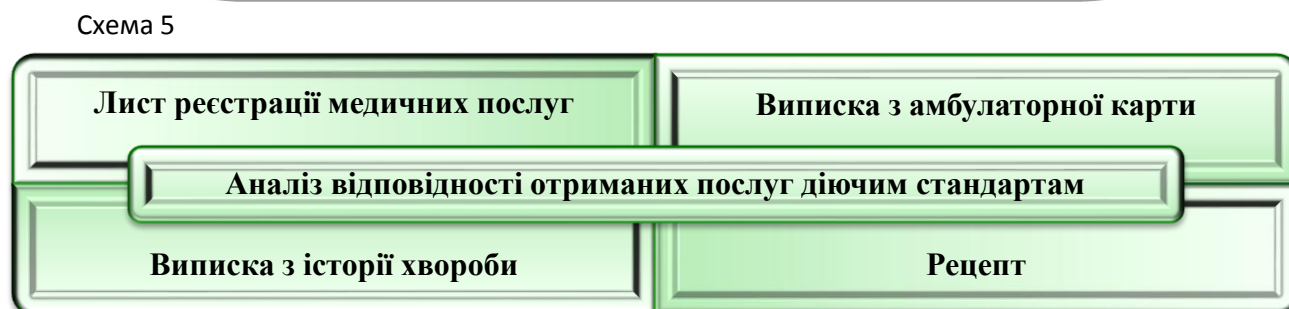
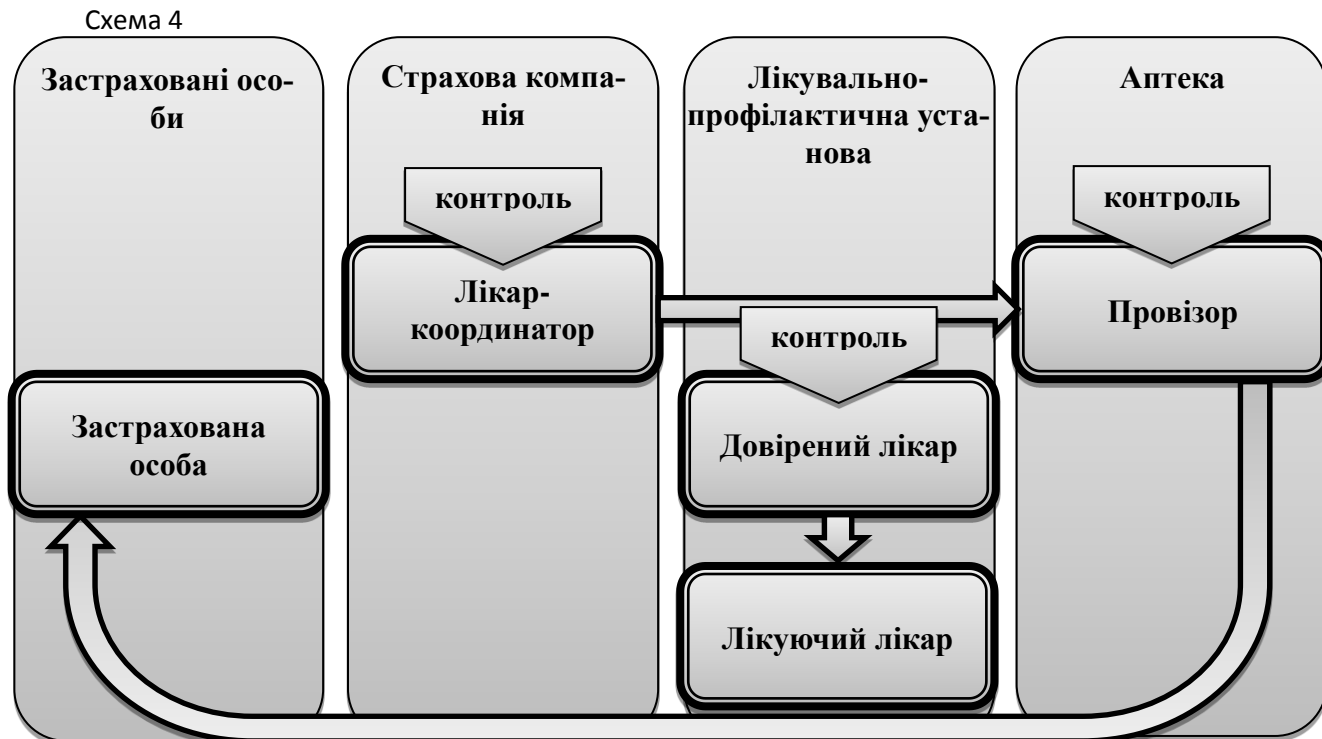
Підсумковий контроль якості спрямований на вивчення документів, що засвідчують обсяги наданих та отриманих медичних послуг. Завданням цього етапу контролю є вивчення та комплексна оцінка відповідності наданих медичних послуг діючим стандартам (Схема 5).

Контроль за індивідуальними суб'єктивними критеріями якості медичних послуг здійснюється шляхом поточного та відстроченого анкетування пацієнтів.

Поточне анкетування проводиться після завершення надання медичних послуг шляхом заповнення пацієнтом бланку анкети.

В анкеті містяться такі розділи:

- додаткові витрати застрахованої особи;
- зручність отримання послуг;
- обсяг медичних послуг;
- ставлення персоналу;
- оцінка обслуговування.



Відстрочене анкетування проводиться через місяць після одужання пацієнта шляхом телефонного опитування. Сценарій опитування має такі ж самі розділи, що й письмова анкета.

Аналіз анкет дозволяє виявити фактори, що на думку пацієнта, знижують якість медичних послуг. Здебільшого, це - не уважне ставлення медичного персоналу чи провізорів, вимагання коштів, не зрозуміле роз'яснення маршруту та дій пацієнта під час лікування. Своєчасне виявлення подібних фактів дозволяє уникати їх у майбутньому.

Таким чином, запропонована система контролю якості медичних послуг, на відміну від загальнодержавної, спрямована на вивчення індивідуальних критеріїв якості, що дозволяє підвищити рівень медичних послуг для кожного пацієнта. Система вже функціонує у місті Вінниця більше року та дозволила, шляхом прийняття управлінських рішень, покращити якість медичного обслуговування застрахованих пацієнтів. Основний механізм системи контролю якості полягає у взаємному контролі двох зацікавлених в результаті лікарів – лікаря-координатора та довіреного лікаря. Така ж сама схема взаємного контролю можлива, наприклад, в зв'язці – «сімейний лікар та лікар-консультант (вузький фахівець)», що дозволяє використовувати запропоновану систему також у державній системі охорони здоров'я.

Elektroniczna dokumentacja medyczna, a ochrona tajemnicy lekarskiej

Jolanta Pacian, Anna Pacian, Teresa B. Kulik, Agata Stefanowicz, Hanna Skórzyńska

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Chair of Public Health Medical University of Lublin

Streszczenie: Celem pracy jest przedstawienie regulacji prawnych dotyczących wprowadzenia powszechnego stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej, opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym, które to rozwiązanie może przyczynić się do zwiększenia ochrony tajemnicy lekarskiej. Zachowanie tajemnicy lekarskiej jest tuż obok ratowania życia i zdrowia pacjenta, nadrzędną zasadą wykonywania zawodów medycznych. Za nieprzestrzeganie zasady Hipokratesa grożą sankcje, poczynając od kar pieniężnych na ograniczeniu możliwości wykonywania zawodu kończąc. Dlatego też wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i wycofanie jej wersji papierowej może spowodować zwiększenie ochrony danych pacjentów, ze względu na ograniczenia dostępu do niej. Bowiern dostęp do dokumentacji medycznej będzie posiadał jedynie lekarz, do którego zapisany jest pacjent oraz sam pacjent, Wycofanie formy papierowej ograniczy dostęp postronnego personelu medycznego, czy też pozostałych pracowników placówek ochrony zdrowia do informacji o pacjencie i jego stanie zdrowia. Dodatkowo prowadzenie dokumentacji elektronicznej opatrzonej znacznikiem czasu, którego zastosowanie wiąże się z wprowadzeniem bezpiecznego podpisu elektronicznego, zwiększy bezpieczeństwo i wiarygodność danych medycznych, a tym samym zapewni skuteczną ochronę tajemnicy lekarskiej.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, tajemnica lekarska, podpis elektroniczny

The electronic medical documentation, and the protection of doctor-patient confidentiality

Abstract: Presenting regulations concerning the universal introduction of applying electronic medical documentation, with safe electronic signature, which can contribute to increasing the protection of doctor-patient confidentiality, is a purpose of this study. Keeping the doctor-patient confidentiality is apart from the saving of life and the health of the patient, a superior principle when carrying out the duties implied by medical professionals. For the non-observance of the principle of Hippocrates sanctions are threatening, beginning from fines on reducing the possibility of carrying out the profession out finishing. Therefore implementing electronic medical documentation and withdrawing the paper version can actually increase the data protection of patients, on account of its limited access. It will only be the doctor who will have the access to medical documentation to whom the patient is enrolled. The resignation from the paper form will limit an access of the 'outer' medical staff, or also remaining employees of institutions of the health care to the information about the patient and his state of health. Additionally keeping the on-line documentation provided with the time stamp which the application will result in implementing of a safe electronic signature, will increase the safety and the reliability of medical data and hence will provide with the effective protection of the doctor-patient privilege

Keywords: medical documentation, doctor-patient confidentiality, electronic signature

Wstęp

Zachowanie tajemnicy lekarskiej jest, tuż obok ratowania życia i zdrowia pacjenta, nadrzędną zasadą wykonywania zawodów medycznych. Za nieprzestrzeganie zasady Hipokratesa grożą sankcje poczynając od kar pieniężnych, na ograniczeniu możliwości wykonywania zawodu kończąc.

Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej nakłada na lekarzy składana przysięga Hipokratesa. Zgonie z jej brzmieniem: „cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy” [1]. O tym obowiązku traktuje również art. 40 ust. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry [2], według którego „lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu” oraz

art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej; „lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej’. Również Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej opracowany przez Światową Organizację Medyczną traktuje, iż, „lekarz powinien zachować absolutną dyskrecję we wszystkim co wie na temat pacjenta, ponieważ informacje te zostały mu powierzone w zaufaniu”. Tajemnicą objęte są wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Obowiązek dotyczy katalogu czynności objętych tajemnicą zawodową, zawartych w art. 31 wyżej powołanej ustawy, który jest bardzo szeroki, ale zarazem zamknięty. Lekarz ma obowiązek nie ujawniać bez zgody pacjenta, informacji dotyczących jego stanu zdrowia, rozpoznania w chorobie, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, wyników leczenia oraz rokowania. Tajemnica lekarska obejmuje swoim zakresem także wszystkie materiały związane z postawieniem diagnozy lub leczeniem, takie między innymi jak notatki, kartoteki [3] oraz dane osobowe osób trzecich [4]. Każdy lekarz musi zachować w tajemnicy informacje, które uzyska podczas leczenia pacjenta lub w związku z leczeniem. Do informacji uzyskanych w związku z leczeniem należą wszelkie wiadomości dotyczące sytuacji rodzinnej, majątkowej czy związanej z wykonywaną pracą, a także informacje dotyczące schorzeń nie będących przedmiotem zabiegów leczniczych. Udzielenie pacjentowi kompleksowej informacji na temat choroby wynika z obowiązku leczenia i udzielenia niezbędnej pomocy. Takie stanowisko zajęł SN w wyroku z dnia 23.11.2007r. [5], słusznie orzekając, że „jeżeli istnieje konieczność hospitalizacji, a pacjent się temu sprzeciwił, obowiązkiem lekarza jest udzielenie pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, konieczności poszerzenia diagnostycznego w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń”. Dodatkowo SN w wyroku z dnia 28.09.1999 r. [6] orzekł, że „informacja udzielana przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać”. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta ewentualnie, jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu.

Należałoby się zastanowić, w jaki sposób zmienić obowiązujące ustawodawstwo, gdyż o ile teoretycznie obowiązująca zasada zachowania tajemnicy lekarskiej nie budzi żadnych wątpliwości, o tyle praktyka pokazuje, że często jest ona naruszana. Istnieje szereg sytuacji przytaczanych przez ustawodawcę określających wyjątki do odstąpienia od zachowania tej, jakże istotnej zasady Hipokratesa. Powyższe sytuacje umożliwiają jednocześnie dostęp do informacji o stanie zdrowia osobom trzecim, przy czym dostęp ten jest dość powszechny. Mowa tu głównie o udostępnianiu dokumentacji medycznej na potrzeby sądów, prokuratorów, adwokatów, lekarzom, którzy będą kontynuować dalsze leczenie, innym placówkom ochrony zdrowia, organom sprawującym kontrolę i nadzór nad wykonywaniem świadczeń medycznych. Aby ograniczyć sytuacje, w których dochodzi do naruszeń tajemnicy lekarskiej, zasadnym wydaje się wyprowadzenie w życie powszechnego stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej, opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym, dzięki czemu dane medyczne pacjentów będą lepiej chronione.

Argumenty przemawiające za zasadnością prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym z wykorzystaniem certyfikatu kwalifikowanego

Mimo powszechnej niechęci i braku wiedzy dokumentacja elektroniczna jest po pierwsze bezpieczna, gdyż jej kwestie reguluje rozporządzenie [7], a więc posiada podstawy prawne i związane z nią sankcje nakładane na pracowników za nieprzestrzeganie prawidłowości jej prowadzenia. Prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej wiąże się z zastosowaniem podpisu elektronicznego [8]. Rozporządzenie wyróżnia dwa rodzaje podpisu, mianowicie podpis opatrzony certyfikatem kwalifikowanym, czyli tzw. podpis bezpieczny oraz podpis niekwalifikowany, który jest podpisem bezpłatnym, jednak nie posiadającym certyfikatu, który wystawia podmiot uprawniony. Ustawodawca nie narzuca konieczności wyboru konkretnego rodzaju podpisu, pozostawia to do swobodnego uznania zakładu opieki zdrowotnej. Niemniej, istnieją sytuację, w których jedynym możliwym do zastosowania podpisem, jest ten opatrzony certyfikatem [9]. Zasadnym jednak wydaje się wykorzystywanie w praktyce podpisu

kwalfikowanego, mimo poniesienia swego rodzaju kosztów finansowych z tym związanych, za który, w razie nieoczekiwanych zdarzeń losowych lub sytuacji, odpowiedzialność poniesie podmiot uprawniony do wydania tegoż certyfikatu. Jak słusznie zauważa M. Jachowicz [10] złożenie elektronicznego oświadczenia woli asygnowanego podpisem elektronicznym nie będącym bezpiecznym podpisem elektronicznym lub nie będącym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego, kwalifikowanego certyfikatu nie aktywuje normy przepisu art. 5 ust. 2 jak i art. 6 ust 1 ustawy z dnia 18.09.2001 r. o podpisie elektronicznym [11]. Bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany przy pomocy kwalifikowanego certyfikatu nie tylko zapewnia nienaruszalność danych nim objętych, ale przede wszystkim stanowi dowód tego, że został złożony przez osobę określoną w certyfikacie, co dodatkowo wiąże się wyłącznym dostępem tej osoby do danych przesyłanych drogą elektroniczną.

Podpis kwalifikowany wymagany jest, jak określa rozporządzenie, w przypadku udostępniania dokumentacji przez zakład opieki zdrowotnej na zewnątrz. Usługa ta pozwala oznaczyć dokument elektroniczny wiarygodnym czasem, który według Ustawy o Podpisie Elektronicznym stanowi „datę pewną” w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego [12]. W przypadku tradycyjnych dokumentów czas złożenia podpisu ma znaczenie w większości umów cywilno-prawnych, dokumentach rozliczeniowych i w różnorodnych transakcjach. Analogiczną rolę odgrywa znacznik czasu, w przypadku, gdy mamy do czynienia z elektronicznym obiegiem dokumentów [13].

Po drugie wykorzystanie znacznika czasu zapewni, iż dokument istniał w danej chwili i jest on dokumentem pewnym. Wiarygodność jest tym większa, gdyż złożenie na dokumencie znacznika czasu, a co za tym idzie opatrzenie go datą pewną, może być dokonane jedynie przez specjalnie upoważnione do tego podmioty. Nie każdy bowiem, kto wyraża wolę może opatrzyć dokument znacznikiem czasu. Usługa znakowania czasem dokonywana jest jedynie przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne, co zapewnia bezpieczeństwo najwyższej jakości [14]. Bezpieczeństwo danych opatrzonych znacznikiem czasu zapewnia art. 7 ust. 2 Ustawy o Podpisie Elektronicznym [11], który precyzyjnie traktuje o istnieniu skutków prawnych daty pewnej i znakowania czasem oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 07.08.2002 r., w sprawie określenia warunków technicznych i organizacyjnych dla kwalifikowanych podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne, polityk certyfikacji dla kwalifikowanych certyfikatów wydawanych przez te podmioty oraz warunków technicznych dla bezpiecznych urządzeń służących do składania i weryfikacji podpisu elektronicznego. Fakt ten dodatkowo poparty jest przepisami Kodeksu Cywilnego [12], który również zabiera stanowisko w tej kwestii. Zasadne jest twierdzenie D. Szostka [15], że znakowanie czasem przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne wywołuje skutki daty pewnej w rozumieniu art. 81 § 2 i 3 k.c, tj. określa datę, w której istniał poświadczony dokument elektroniczny. Dla wywołania skutków prawnych daty pewnej oraz zaistnienia domniemania z art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 18.09.2001 r. o podpisie elektronicznym, że podpis elektroniczny został złożony nie później niż w chwili dokonywania usługi, konieczne jest oznakowanie czasem podpisu elektronicznego przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne. Ponadto koszty stosowania podpisu opatrzonego certyfikatem kwalifikowanym wydają się niewspółmierne do korzyści, jakie przyniesie jego stosowanie [16]. W działaniach długofalowych efekty podpisu bezpiecznego powinny zniwelować koszty poniesione w tej kwestii. Dodatkowo w przypadku konieczności zachowania szczególnej ostrożności, niezbędnym wydaje się posiadanie bezpiecznego podpisu.

Po trzecie podobna sytuacja ma miejsce, jeśli chodzi o dane sensytywne, tzn. zawierające m.in. informacje o kodzie genetycznym. Tego rodzaju informacje są wciąż zbyt słabo chronione, często bowiem dochodzi do nieuprawnionego ich wykorzystywania. Zatem należałoby dodatkowo również zaostrzyć sankcje za ich ujawnianie, wprowadzając nowelizację ustawy, która zawierałaby zmienione przepisy regulujące tę kwestię.

Po czwarte prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego opatrzonego certyfikatem kwalifikowanym oznacza wycofanie wersji papierowej dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 78 § 2 k.c. dane w postaci elektronicznej są

równoważne pod względem skutków prawnych dokumentom opatrzonym podpisami własnoręcznymi [17]. Dodatkowo znajduje uznanie teza R. Popłońskiego [18], że żaden podmiot nie może odmówić skuteczności prawnej oświadczeniu woli opatrzonemu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, dlatego iż jest ono oparte na zrównaniu tego dokumentu z wersją papierową. Również jak słusznie zauważa E. Wyrozumska [19] także w postępowaniu sądowym dane w postaci elektronicznej będą traktowane jako środek dowodowy (dowód z dokumentu), co znacznie odciąży zakłady opieki zdrowotnej w zakresie wypożyczania sądom dokumentów w wersji papierowej bądź sporządzania z nich wypisów czy odpisów.

Po piąte co więcej regulacje europejskie nakładają na wszystkie państwa członkowskie obowiązek powszechnego stosowania podpisu elektronicznego, a co za tym idzie całkowitego odejścia od form papierowych. Bowiem w myśl art. 5 Dyrektywy nr 1999/93/WE państwa członkowskie muszą zapewnić by zaawansowane podpisy elektroniczne – oparte na kwalifikowanym certyfikacie i złożone za pomocą bezpiecznego urządzenia służącego do składania podpisu – spełniały wymogi prawne podpisu odręcznego [20]. Tak więc podpis elektroniczny będzie stosowany obowiązkowo w obrocie pomiędzy pacjentami, a zakładami opieki zdrowotnej, ponieważ prawo europejskie wymaga zgodności z prawem krajowym regulacji wszystkich państw członkowskich.

Rozwiązania dotyczące elektronicznej dokumentacji medycznej w wybranych krajach europejskich

Regulacje prawne przyjęte w niektórych krajach Europy związane z wprowadzeniem stałych udoskonaleń w e-dokumentacji medycznej mają na celu przede wszystkim ochronę dobra osobistego pacjentów, którym w rozumieniu art. 23 Kodeksu cywilnego jest zdrowie. Poprzez rzetelne odnotowywanie faktów korzystania z elektronicznego konta pacjenta, zwiększona jest tym samym ochrona własności intelektualnej – czyli opisów rozpoznań lekarskich poszczególnych specjalistów. Interesujące są regulacje prawne dotyczące e-dokumentacji medycznej przyjęte w Danii, Hiszpanii oraz Finlandii. Na uwagę zasługuje fakt, że w Danii projektowane są zmiany mające na celu uzupełnienie profilu medycznego o leki podawane również w leczeniu szpitalnym [21]. Zaś w Hiszpanii charakterystycznym jest system DJRAYA w ramach którego działa portal Inters@s, dzięki któremu pacjent ma możliwość sam rezerwować swoje wizyty u specjalistów oraz zwrócić się z prośbą o wydanie drugiej opinii, w sytuacji gdy ma wątpliwości, co do zasadności wcześniej postawionej diagnozy lekarskiej [21].

W Finlandii natomiast dobrym rozwiązaniem jest obowiązkowe zaangażowanie wszystkich organizacji zdrowia, wymuszone regulacjami prawnymi, w zakresie szeroko rozumianym działań, związanych z informatyzacją [21].

Opisy diagnoz lekarskich zawarte w e-dokumentacji medycznej objęte tajemnicą lekarską, a ochrona własności intelektualnej

Ponadto prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej związane jest z poświadczaniem za zgodność z oryginałem kopii opisów rozpoznań lekarskich i zamieszczaniem stosownej adnotacji w e-dokumentacji medycznej, dotyczącej autorstwa utworu, co z pewnością służy sprawowaniu rzetelnej kontroli nad prawidłowością wykorzystania wszystkich danych w niej zawartych. Bowiem taki poświadczony dokument, zawiera informację o jego autorze oraz lekarzu, który nie jest autorem, a jedynie zapoznawszy się z treścią opisu diagnozy załączył ją do indywidualnego konta pacjenta. Co więcej lekarz dokonujący poświadczenia za zgodność z oryginałem takiego dokumentu, nie przypisuje sobie autorstwa, a jedynie sygnuje, że zapoznał się z informacjami w nim zawartymi.

Takie rozwiązanie dodatkowo wzmacnia ochronę samego opisu rozpoznania (diagnozy) lekarskiej w kontekście ochrony własności intelektualnej, a tym samym wpływa na skuteczność przestrzegania tajemnicy lekarskiej. Ponieważ lekarz poświadczający za zgodność z oryginałem opisy rozpoznań innych specjalistów, zamieszcza informację o zapoznaniu się z nimi i tym samym, dokonując stosownej adnotacji w e-dokumentacji medycznej, wskazuje, że nie jest ich autorem.

Oczywiście takie poświadczenie za zgodność z oryginałem dokumentów nie ma mocy poświadczenia dokonywanego przez notariusza, kiedy to dokument poświadczony jest równoważny oryginałowi. Tutaj

lekarz poświadczający jedynie wskazuje swoje nazwisko jako specjalisty, który wykorzystał konkretny opis rozpoznania w celach diagnostycznych. Takie poświadczenie potwierdza zapoznanie się z dziełem – opisem diagnozy, które ze względu na swój charakter indywidualny, oryginalny i twórczy jest utworem i powinno być obligatoryjnie chronione.

Obligatoryjne prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego opatrzonego certyfikatem kwalifikowanym, nie tylko mogłoby zapewnić ochronę danych osobowych pacjentów, ale przede wszystkim chronić własność intelektualną samych lekarzy. Bowiem opisy rozpoznań (diagnoz) lekarskich te które zwierają cechy oryginalności, twórczości i indywidualności są utworami w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych [22] i tym bardziej powinny być nienaruszalne ani w swojej treści, ani w formie. Potwierdzeniem tego jest wyrok SN z dnia 21.03.1938r. [23], w którym SN orzekł, że „każda twórczość umysłowa doznaje ochrony prawnej, byleby w swoim ostatecznym wyniku wykazywała znamiona wyróżniające ją od innych dzieł osobliwością pomysłu i umiejętnością wyrażania tematu”. Co więcej z jednej strony lekarze też mieliby zapewnione większe poczucie bezpieczeństwa, że ich dzieła, te które są utworami, nie będą bezprawnie wykorzystane bez ich wiedzy i woli.

Natomiast z drugiej strony lekarze podpisujący własnym imieniem i nazwiskiem opisy rozpoznań (diagnoz) lekarskich, mogliby chronić się przed ewentualną odpowiedzialnością za błędy popełnione przez kolegów specjalistów. Każdy bowiem indywidualnie firmowałby własny opis diagnozy lekarskiej.

Wnioski

Reasumując należy jednoznacznie stwierdzić, że prowadzenie e-dokumentacji medycznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego opatrzonego certyfikatem kwalifikowanym jest dobrym rozwiązaniem nie tylko ze względu na ochronę danych osobowych pacjentów i co za tym idzie własności intelektualnej, ale przede wszystkim z uwagi na tajemnicę lekarską, która powinna mieć charakter nie relatywny, ale zdecydowanie bezwzględny. O bezwzględnym charakterze tajemnicy lekarskiej powinny przede wszystkim stanowić przepisy *ius cogens*, co oznacza, że nie będą mogły być zmienione w żaden sposób. Bezwzględność stosowania przepisów *ius cogens* przesądza o ich nienaruszalności. Tak więc regulacje prawne traktujące o e-dokumentacji medycznej powinny być nowelizowane w taki sposób, aby dokonujący się postęp w informatyzacji systemu ochrony zdrowia, oparty był w szczególności na jasnych, precyzyjnych i klarownych przepisach prawnych [24] wykluczających wszelkie sprzeczności, tworzących solidny fundament dla gwarancji bezwzględnego charakteru tajemnicy lekarskiej.

W kontekście powyższych rozważań dobrym rozwiązaniem *de lege ferenda* po pierwsze byłoby opatrzenie wszystkich informacji dodatkowymi zabezpieczeniami. Jednym z możliwych rozwiązań mogłoby być wprowadzenie obowiązku przechowywania informacji wrażliwych tylko w formie elektronicznej dokumentacji z możliwością dokładnego wglądu przez pacjenta i odnotowania, kto i w jakim czasie przeglądał informacje na temat stanu jego zdrowia. Ważnym wydaje się także fakt precyzyjnego określenia, który z lekarzy lub pracowników ochrony zdrowia będzie posiadał dostęp i wgląd do tych danych. Pomogłoby to w zaostreniu sankcji za nieprzestrzeganie tajemnicy lekarskiej.

Po drugie prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i wycofanie jej formy papierowej spowoduje zwiększenie ochrony danych, ze względu na ograniczenia dostępu do niej. W tym wypadku dostęp do dokumentacji będzie posiadał jedynie lekarz, do którego zapisany jest pacjent oraz sam pacjent. Wycofanie formy papierowej ograniczy dostęp postronnego personelu medycznego, czy też pozostałych pracowników placówek ochrony zdrowia do informacji o pacjencie i jego stanie zdrowia. Informacje takie będą dostępne po wcześniejszym zalogowaniu na indywidualne konto pacjenta.

Po trzecie prowadzenie dokumentacji elektronicznej opatrzonej znacznikiem czasu zwiększy bezpieczeństwo i wiarygodność danych medycznych. Zmiana przepisów ustawy, która określałaby konieczność zabezpieczenia dokumentacji znacznikiem czasu, a w konsekwencji opatrzenia ich treści datą pewną zapewni, iż forma, w jakiej prowadzona jest dokumentacja nie będzie mogła zostać zmodyfikowana. Wiadomo bowiem, iż data pewna zabezpiecza przez wprowadzaniem jakichkolwiek zmian do dokumentów

znakowanych czasem bez wcześniejszej ich weryfikacji. Ponadto znakowanie czasem przyczyni się także do zwiększenia ochrony tzw. danych sensytywnych, których bezpieczeństwo powinno być zapewnione w pierwszej kolejności.

Po czwarte niewątpliwie dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie regulacji prawnych ułatwiających zatrudnianie absolwentów zdrowia publicznego w zakładach opieki zdrowotnej jako specjalistów zajmujących się prowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej. Obowiązkowe kształcenie studentów zdrowia publicznego już na poziomie studiów licencjackich, w zakresie informatyki i statystyki medycznej, z pewnością skutkowałoby tym, że zapotrzebowanie na rynku zdrowia na takich specjalistów byłoby bardzo duże. Absolwenci przygotowani do wykonywania zawodu podczas studiów zarówno licencjackich jak i magisterskich, niewątpliwie mogliby sprawować dodatkowo należytą kontrolę nad ochroną danych osobowych pacjentów, szczególnie tzw. danych sensytywnych. Skuteczna ochrona tych danych byłaby gwarantem równie bardziej bezwzględnego egzekwowania obowiązku przestrzegania tajemnicy lekarskiej na najwyższym poziomie.

Po piąte wykorzystanie rozwiązań przyjętych w krajach europejskich, tych które bezwzględnie chronią dane osobowe pacjentów i ciągłe udoskonalanie regulacji obowiązujących w naszym kraju z pewnością będzie właściwym kierunkiem pozytywnych zmian prowadzących do formułowania bezwzględnego charakteru tajemnicy lekarskiej. Niemniej jednak wszelkie zmiany powinny jednocześnie skutkować tym, że to właśnie zdrowie pacjentów będzie zawsze najważniejsze, nie tylko jako dobro osobiste, które pozostaje pod ochroną prawa cywilnego, niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach prawa, ale przede wszystkim jako najważniejsza wartość związana z autonomią pacjenta

Bibliografia

1. Safjan M., Problemy prawne tajemnicy lekarskiej, KPP 1995, nr 1, poz. 5
2. Ustawa z dnia 05.12.1996r. (Dz.U. z 2005r., Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.)
3. Huk A., Tajemnica zawodowa lekarza, Prokuratura i Prawo, 2001r., nr 6, s.69
4. Safjan M., Prawo wobec wyzwań współczesnej medycyny, Palestra 1998r., nr 11-12, s. 119
5. IV CSK 240/07 II 511/96; wyrok SA z dnia 29.09.2005r. I ACa 236/05
7. Rozporządzenie MZ z dnia 21.12.2010r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz.U. Nr 252, poz. 1697.
8. Postanowienie NSA z dnia 10.09.2008 r., I OZ 673/08 oraz postanowienie SN z dnia 26.03.2009 r., I KZP 39/08.
9. Jaromin A., Elektroniczna dokumentacja medyczna pacjentów. Menedżer Zdrowia 2010, 2 : 10. Jachowicz M., E- administracja jako konsekwencja powstania i rozwoju społeczeństwa informacyjnego. CASUS 2004, 2: 21.
11. Ustawa z dnia 18.09.2001 r. o podpisie elektronicznym Dz.U. Nr 130, poz 1450 z późn. zm.
12. Kodeks cywilny Dz. U. 1964 r., Nr 16, poz. 93, z późn. zm.
13. Polskie Centrum Certyfikacji Elektronicznej, <http://www.sigillum.pl/sig-cmsws/page/?F;161>, data wejścia 15.03.2011.
14. Znacznik czasu, http://www.laurus.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=98, data wejścia 07.04.2011.
15. Szostek D., Elektroniczna data pewna. PPH 2003, 3: 19
16. Kościelny T, Szaniawski K. Komentarz do art. 7 ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (w:) Kościelny T, Szaniawski K. Ustawa o podpisie elektronicznym. Komentarz. Zakamycze 2003: 102.
17. Kocut W.J. ,Charakter prawny podpisu elektronicznego. PPH 2002, 4: 36;
18. Popłoński R., Podpis elektroniczny w prawie cywilnym i administracyjnym. Prawo Bankowe 2003, 12: 25.
19. Wyrozumska E., Elektroniczne oświadczenia woli w ustawie o podpisie elektronicznym i po nowelizacji kodeksu cywilnego. PPH 2003, 8: 45.

20. Jackowski M., Glosa do postanowienia SN z dnia 26.03.2009 r. I KZP 39/08.teza 4. Przegląd Sejmowy 2010, 2: 166.
21. Wdowiak L, Horoch A, Bojar I, Jarosz Mirosław J., Systemy informatyczne w ochronie zdrowia, część 1- doświadczenia europejskie w zakresie internetowego konta pacjenta. Zdrowia Publiczne 2009, 119 (1): 75.
22. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych Dz.U. z 2000r. Nr 80, poz. 904 z późn. zm.
23. Wyrok SN z dnia 21.03.1938, II C 2531/37.
24. Wyrok TK z dnia 07.01.2004, sygn. K 14/03, OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 1.

Часткове відшкодування вартості медичних технологій за рахунок недержавних коштів: передовий український досвід

Марков О. Ю., Бучма М., Горбенко О. В.

ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна»)

Анотація: Активне залучення недержавних джерел є особливо доцільним в умовах обмеженої платоспроможності населення і спрямоване передусім на підвищення рівня фінансової доступності медичних технологій для якомога ширшого кола пацієнтів. Представлено аналіз впливу програми «Оранж Кард» на фінансову доступність зазначених медичних технологій для населення України.

Ключові слова: часткове відшкодування вартості медичних технологій, доступність медичних технологій, підвищення рівня фінансової доступності медичних технологій

Streszczenie: Aktywny udział źródeł niepublicznych jest szczególnie wskazane w ograniczonej wypłacalności ludności i ma na celu przede wszystkim poprawę dostępu do finansowego technologii medycznych dla możliwie najszerszej grupy pacjentów. Analiza wpływu programu "pomarańczowej kartki" na przystępność tych technologii medycznych dla ludności Ukrainy.

Słowa kluczowe: częściowy zwrot technologii medycznych, dostępność technologii medycznej, poprawy dostępu do finansowego technologii medycznej

Summary: Active involvement of non-state sources is particularly appropriate in limited solvency of the population and is aimed primarily at improving financial access to medical technologies for the widest possible range of patients. The analysis of the impact of the program "Orange Card" on the affordability of these medical technologies for the population of Ukraine.

Keywords: partial reimbursement of medical technologies, availability of medical technology, improve financial access to medical technology

Вартість медичних технологій виступає провідним чинником, який наразі визначає їх доступність для пацієнтів в Україні. З огляду на відсутність уніфікованої системи відшкодування вартості медичних технологій, пацієнти мають у повному обсязі відшкодувати вартість необхідних лікувально-профілактичних та діагностичних технологій за власний кошт шляхом самостійного придбання або оплати закладам охорони здоров'я. Низька фінансова доступність технологій нерідко стає причиною їх ненадання або неналежного надання пацієнту, а, отже, – суттєвого погіршення клінічного прогнозу.

Світова практика свідчить, що існуючі системи відшкодування вартості медичних технологій можуть бути побудовані на залученні державних, недержавних джерел фінансування або їх комбінації. Активне залучення недержавних джерел є особливо доцільним в умовах обмеженої платоспроможності населення і спрямоване передусім на підвищення рівня фінансової доступності медичних технологій для якомога ширшого кола пацієнтів.

Програма «Оранж кард» була розроблена компаніями групи «ГлаксоСмітКляйн» у 2001 році з метою покращення фінансової доступності окремих медичних технологій для пацієнтів з хронічними захворюваннями. Вартість курсу терапії найчастіше визначається тривалістю її застосування, і пацієнти, які страждають на хронічну патологію, є найбільш вразливою категорією, оскільки потребують довготривалої, а нерідко і позиттєвої терапії. У 2003 році ініціатива компаній групи «ГлаксоСмітКляйн» «Оранж кард» була відзначена премією «Корпоративна соціальна відповідальність в США», після чого вона переросла в масштабний проект «GSK For You» і «TogetherRx», в який входять 18 мультинаціональних фармацевтичних компаній.

У 2004 році Програма «Оранж Кард» стартувала в Україні і наразі вона забезпечує часткове відшкодування вартості медичних технологій для лікування:

Бронхіальної астми і хронічних обструктивних захворювань легень – ХОЗЛ (відшкодування 70% вартості лікування фіксованою комбінацією флютиказону пропіонату і сальметеролу у вигляді інгаляцій);

- Метастатичного раку молочної залози (відшкодування 50% вартості лікування лапатинібом);
- Метастатичного раку нирки (відшкодування 50% вартості лікування пазопанібом);
- Доброякісної гіперплазії передміхурової залози – ДГПЗ (відшкодування 30% вартості лікування дутастеридом).

Представлено аналіз впливу програми «Оранж Кард» на фінансову доступність зазначених медичних технологій для населення України. За розробленою методологією для визначення питомої ваги вартості застосування медичної технології протягом року від валового національного доходу на душу населення в аспекті купівельної спроможності (англ. Gross National Income (GNI) at purchasing power parity (PPP) per capita) проведена динамічна оцінка рівня фінансової доступності – до та після часткового відшкодування вартості медичних технологій, а також визначене соціально-медичне значення програми «Оранж Кард» для системи охорони здоров'я України.

Характеристика кадрового забезпечення та підготовка управлінських кадрів вітчизняної системи охорони здоров'я

О. В. Любінець, О. Є. Ходор

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація

Ефективна кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я. Від наявності кадрів, їхньої фаховості, професіоналізму, у першу чергу, залежать якість та своєчасність надання медичної допомоги.

Система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації управлінських кадрів має формуватися на основі використання системного підходу, який включає чотири головні етапи: аналіз потреб навчання; розробку програм і навчальних планів; управління навчальним процесом та оцінку ефективності навчального процесу.

Вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, кадрова політика, підготовка управлінських кадрів, студенти

Streszczenie

Skuteczna polityka kadrowa to jeden z potężnych narzędzi reformowania opieki zdrowotnej. Dostępność pracowników, ich wiedza, profesjonalizm, przede wszystkim zależy od jakości i terminowości obsługi.

System szkolenia, przekwalifikowania i zaawansowane szkolenia kadry kierowniczej powinny być tworzone w oparciu o systematyczne podejście, które obejmuje cztery główne etapy: analiza potrzeb szkoleniowych, opracowanie programu i planów szkoleniowych, zarządzanie uczeniem i oceny procesu uczenia się.

Rozwój krajowej polityki kadrowej w służbie zdrowia jest absolutną koniecznością i skuteczne wdrażanie reform.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, polityka kadrowa, szkolenia personelu administracyjnego i studentów

Abstract

An effective staff policy is one of the powerful tools of reforming health care. The availability of staff, their expertise, professionalism, primarily depend on the quality and timeliness of care. The system of training, retraining and advanced training of management personnel should be formed on the basis of a systematic approach that includes four main phases: training needs analysis, program development and training plans, learning management and assessment of the learning process.

The development of national human resources policy in health care is an absolute necessity and the successful implementation of reforms.

Keywords: healthcare, staff policy, training of administrative staff and students.

Актуальність проблеми. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я тісно пов'язана з удосконаленням системи підготовки і використання медичних ресурсів, яке передусім полягає – у визначенні реальних потреб у лікарях та середньому медичному персоналу різних спеціальностей; обґрунтуванні порядку і механізмів державного замовлення на підготовку цих кадрів; переорієнтації освіти на підготовку лікарів загальної практики/сімейної медицини та інших фахівців первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД); підготовці висококваліфікованих фахівців з організації та управління галуззю охорони здоров'я, здатних здійснити її реформування; впорядкуванні мережі закладів медичної освіти. Ефективність та якість використання медичних кадрів, безумовно, залежить не лише від рівня їх теоретичної та практичної професійної підготовки, а й від низки набутих суто людських позитивних моральних якостей, без яких неможливе становлення медичного працівника.

Саме тому розробка відповідних механізмів управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції і є одним з основних завдань реформування галузі.

Ефективна кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я. Адже саме від наявності кадрів, їхньої фаховості, професіоналізму, у першу чергу, залежать якість та своєчасність надання медичної допомоги. Тому вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували: законодавча та нормативна база МОЗ України; наукові літературні джерела; електронні ресурси Internet; студенти IV, V, VI курсів лікувального, медико-профілактичного та стоматологічного факультетів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. У роботі використано соціологічний та наукознавчий методи дослідження.

Результати і обговорення. Важливість питання кадрового забезпечення та підготовки управлінських кадрів полягає в тому, що медичні кадри розглядаються як стратегічний капітал, і 70% усіх капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у світі спрямовуються саме на кадрове забезпечення. Натомість проблеми кадрового забезпечення галузі в Україні залишаються невирішеними і поглиблюються в процесі провадження реформ. На сьогодні вітчизняна галузь охорони здоров'я знаходиться на порозі кадрової кризи. Деякі фахівці визначають ситуацію як таку, що може стати реальною загрозою здоров'ю населення [1].

На сьогодні основними недоліками кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України є:

1. Недостатнє кадрове забезпечення:

1.1. Недостатня укомплектованість і забезпеченість медичними кадрами.

За даними офіційної статистики МОЗ України, у 2012 році загальна кількість лікарів (усіх спеціальностей) становила 202370 осіб, штатних лікарських посад – 224876. Відсоток укомплектованості лікарями становив 79,5%, при цьому відсоток укомплектованості лікарями обласних лікарень – 85,1%, міських – 77,8%, центральних районних лікарень – 76,2%, дільничних – 71,3%, селищних лікарських амбулаторій – 69,2%.

Рівень забезпеченості лікарями по Україні, на перший погляд, досить високий – 43,2 на 10 тис. населення, що перевищує середньоєвропейський показник (33 на 10 тис. населення). Проте середньоєвропейський показник вказує забезпеченість лікарями-практиками, тоді як в Україні цей показник включає також організаторів охорони здоров'я, статистиків, методистів, санітарних лікарів і вчених, і лише 27,0 на 10 тис. – власне забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, що значно менше, ніж середньоєвропейський показник. Станом на 2012 рік в Україні не вистачало 44,7 тис. лікарів. Понад 30 тис. посад в лікувальних закладах зайняті за сумісництвом (коефіцієнт сумісництва 1,2). Дещо стримує критичну ситуацію наявність працюючих лікарів-пенсіонерів.

1.2. Постаріння кадрового потенціалу.

У системі охорони здоров'я України працює понад 111 тис. медичних працівників пенсійного віку (48,2 тис. лікарів та майже 68 тис. медичних сестер). При цьому, якщо питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 1998 році становила 18,5%, то на початок 2012 року – 25,1%. Ще біля 17% лікарів – особи передпенсійного віку.

Особливо гостра ця проблема у первинній ланці. Найбільший відсоток «постаріння» кадрів спостерігається в таких регіонах як: Дніпропетровська (28,3%), Кіровоградська (27,9%), Черкаська (29,3%), Чернігівська (28,6%) області та АР Крим (30,5%). Особливе занепокоєння у питанні кадрового забезпечення викликають Миколаївська, Херсонська та Кіровоградська області, де досить високий відсоток лікарів пенсійного віку спостерігається поряд з найнижчою забезпеченістю лікарями.

2. Диспропорційність кадрового забезпечення:

2.1. Галузева диспропорція.

Недостатнє кадрове забезпечення медичної галузі відбивається на його внутрішньогалузевій структурі, яка характеризується зростанням кількості вузьких спеціалістів популярних фахів (акушер-гінеколог, хірург, офтальмолог, отоларинголог, уролог тощо) та зменшенням, в деяких регіонах – критичним, кількості лікарів загальної практики (первинної ланки). Співвідношення чисельності лікарів загальної практики (сімейної медицини) до чисельності хірургів в Україні в середньому становить 0,18 до 0,62 (на 1000 населення). При цьому в медичній сфері на сьогодні працює 8140 лікарів загальної практики/сімейної медицини (в пілотних регіонах – 1282 особи), 7704 дільничних лікарів-терапевтів (у пілотних регіонах - 2698 осіб) та 5567 дільничних лікарів-педіатрів (у пілотних регіонах – 1670 осіб). На сьогодні потреба в лікарях за фахом «загальна практика/сімейна медицина» з урахуванням потрібної оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів первинної ланки становить 32978 осіб (у пілотних регіонах – 8457 осіб). Від нестачі кадрів, поряд з потребами служби первинної ланки, потерпають невідкладна допомога, фтизіатрична служба, рентген служба, патологоанатомічна та лабораторна служби.

Аналіз статистичної інформації МОЗ України, Головних та обласних управлінь охорони здоров'я ОДА, Київської і Севастопольської міських держадміністрацій вказує, що дефіцит лікарських кадрів у закладах усіх рівнів реєструється за такими спеціальностями: загальна практика/сімейна медицина (укомплектованість в середньому становить 79%), анестезіологія (біля 80%), фтизіатрія (біля 76%), педіатрія (біля 82%), терапія (біля 84%).

2.2. Регіональна диспропорція (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями).

За даними статистики, в Україні спостерігається високий ступінь регіональної диспропорції: відношення найвищої щільності лікарів до найнижчої у регіонах становить від 8,4 (у Києві) до 3,6 (у Кіровоградській і Херсонській областях) [12]. Укомплектованість лікарями первинної ланки найнижча у Херсонській (57,2%), Кіровоградській (66,1%) областях, а найвища - в Івано-Франківській (92%), Чернівецькій (93,1%) і в Тернопільській (90,3%) (а не в пілотних регіонах, де, незважаючи на цільове фінансування, укомплектованість кадрами первинної ланки становить у середньому 80%) [13]. Крім того, майже у всіх регіонах України, у тому числі і в пілотних, є заклади сімейної медицини (сімейні амбулаторії), які не мають жодного лікаря: у Дніпропетровській області, наприклад, їх 30, в Донецькій – 11, Житомирській – 37. Найгірша ситуація із забезпеченням медсестрами в Києві, а лікарями — на Донеччині.

3. Зниження рівня кваліфікації кадрів

Рівень кваліфікації – складний показник в кадровому забезпеченні вітчизняної сфери охорони здоров'я, який складається як з об'єктивної (якість освіти), так і суб'єктивної складових (зацікавленості медичних працівників у підвищенні рівня своєї кваліфікації). В Україні на неналежному рівні знаходяться обидві ці складові.

Вітчизняні та міжнародні експерти вказують на значне зниження якості кадрів системи охорони здоров'я України, яке проявляється:

- збільшенням числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щорічно з України за кордон виїжджає понад 6 тис. медиків);
- зниженням якості кадрів, які приходять у систему охорони здоров'я. Про низький рівень підготовки кадрів свідчить і той факт, що визнавати дипломи українських медичних вузів відмовляються навіть такі країни як Іран і Саудівська Аравія, не кажучи вже про європейські країни;
- низьким рівнем клініко-практичної підготовки молодих спеціалістів, про що вказують і фахівці, і управлінці охорони здоров'я, і пересічні громадяни [2].

Основними чинниками ситуації, що склалася в кадровому забезпеченні сфери охорони здоров'я в Україні, є:

- 1/ Відсутність державної концепції кадрової політики в сфері охорони здоров'я в Україні.

У жодному з нормативно-правових документів немає цілісної стратегічної програми вирішення проблем кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, концептуальних задач та механізмів реалізації кадрової політики в сфері охорони здоров'я. Хоча в останніх документах [8,9] вже відображені такі важливі питання як удосконалення державних освітніх стандартів підготовки медичних кадрів задля підвищення якості підготовки фахівців, забезпечення та управління якістю медичної допомоги, прогнозування кадрового забезпечення у відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням її перетворень, а також демографічної ситуації в країні.

2/ Недосконалі механізми контролю за виконанням процедури працевлаштування випускників вищих медичних закладів освіти, які навчались за державним замовленням, та покарання за невиконання процедури працевлаштування.

На сьогодні, згідно з Законом України «Про вищу освіту», Постановою Кабінету Міністрів України «Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» від 22 серпня 1996 року №992 та локальними нормативно-правовими актами вищих навчальних закладів, випускник вузу після закінчення навчання має відпрацювати 3 роки за скеруванням. Проте, у зв'язку з існуванням певної законодавчої неузгодженості, дане положення законодавства досить часто порушується.

З приводу цього у 1996 році Міністерству фінансів разом з Міністерством освіти, Міністерством економіки, Міністерством юстиції та Національним банком було доручено розробити і затвердити Порядок визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними умов угоди про працевлаштування. Проте дотепер такий Порядок не прийнятий та не затверджений. Таким чином, механізм визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними угоди про працевлаштування відсутній, що ускладнює реалізацію будь-якої кадрової концепції, у тому числі й у сфері охорони здоров'я.

Це призводить до критичної нестачі фахівців певної спеціальності, як, наприклад, лікарів первинної ланки та інших непопулярних спеціальностей, особливо в регіонах. Так, за даними МОЗ України, лише для покриття природної плінності щороку необхідно близько 6 тис. лікарів. Протягом останніх років молодими спеціалістами заповнюється лише біля 70% (а в деяких областях, наприклад, у Черкаській – лише 40–50%) лікарських посад. Це при тому, що забезпечення випускників першим робочим місцем щороку становить майже 100%, але вже до проходження інтернатури з відповідного фаху приступає лише біля 70%.

За даними Рахункової палати України, лише з причини відсутності контролю за відпрацюванням молодими спеціалістами встановленого трирічного терміну у поєднанні з відсутністю системи відшкодування і повернення до бюджету коштів, витрачених на навчання спеціалістів, у 2010 році було неефективно використано понад 6,5 млн. грн. коштів загального фонду держбюджету, спрямованих МОЗ на підготовку 113 фахівців [6].

3/ Недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я.

Управління кадровими ресурсами продовжує базуватися на жорстких кадрових нормативах та архаїчній системі планування, що робить адаптацію кадрового складу до потреб галузі, особливо в регіональному та місцевому розрізах, надзвичайно складною. Ситуація ускладнюється ще й наступними факторами:

- браком фахівців – менеджерів з охорони здоров'я;
- відсутністю фахового стратегічного планування кадрової ситуації на місцях;
- невідповідністю статистики й офіційної звітності реальному стану справ.

Варто зазначити, що Міністерством охорони здоров'я України розроблено і затверджено «Методичні рекомендації з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу», але про дієвість цих методичних рекомендацій говорити зарано, особливо за недосконалість статистичного реєстру медичних кадрів насамперед в регіональному розрізі.

4/ Брак мотивації та зацікавленості у покращенні результатів власної діяльності.

Нормативно-правова база України передбачає оплату на основі посадових окладів, затверджених Кабінетом Міністрів України, і враховує лише відпрацьований час. Це, безперечно, зумовлює відсутність у медичних працівників будь-яких мотивацій до підвищення рівня якості, а у керівників медичних закладів – до збільшення обсягів послуг. Основними причинами кадрового дефіциту залишаються низька заробітна плата, зниження престижу професії. Незважаючи на чотириразове підвищення посадових окладів у 2011 році та шестиразове підвищення у 2012, середня заробітна плата працівників майже на 50% менша, ніж у галузях економіки, на 80% – ніж у промисловості, на 20% – ніж у працівників освіти. Так, за 10 місяців 2012 року при збільшенні середньої зарплати в усіх галузях майже на 16% в охороні здоров'я вона зросла лише на 10,8%, а в окремі місяці спостерігалось навіть її зменшення.

5/ Невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери.

Щорічно спостерігається зменшення кількості та якості кадрів сфери охорони здоров'я, що обумовлене:

- незацікавленістю самих студентів у поєднанні з недостатнім рівнем вимог до рівня вищої освіти;
- недостатніми рівнями фінансування медичної освіти та оплати праці викладацького складу;
- неефективним використанням клінічних баз і, відповідно, незадовільним станом системи відпрацювання практичних навичок;
- високим рівнем корумпованості додипломної та післядипломної освіти;
- впливом кваліфікованих кадрів з державних медичних закладів (причинами чого є внутрішня та зовнішня міграція, перехід в приватні медичні заклади, перехід в іншу галузь, наприклад, в фармацевтичну);
- недостатнім рівнем контролю та аудиту діяльності персоналу.

Експерти зазначають, що система додипломної медичної освіти, яку досі вважали однією з найкращих, останнім часом втрачає свої позиції. Основним чинником цього є відсутність належної бази для практичного відпрацювання навичок.

Суттєвим недоліком вищої медичної освіти в Україні є недостатня клінічно-практична підготовка майбутніх лікарів, на яку відповідно до навчального плану підготовки фахівців за напрямом відводиться значно менше кредитів. Ці недоліки значною мірою обумовлені недостатнім фінансуванням і недостатньо ефективними матеріально-технічними умовами та недостатньою клінічною базою вітчизняних вищих медичних шкіл [10].

Актуальною проблемою галузі є підготовка управлінських кадрів. Підготовка керівників системи охорони здоров'я в Україні передбачає дотримання принципу безперервності навчання, основною метою якого є забезпечення і підтримка високого професійного рівня фахівців в умовах прискореного розвитку науки й еволюції суспільних потреб у період суспільних та економічних трансформацій. Необхідний рівень кваліфікації керівних кадрів у галузі охорони здоров'я може досягатися шляхом поєднання різних видів навчання в навчальних закладах післядипломної освіти, а також на основі їх системної самоосвіти та постійної практичної діяльності як керівників.

При опитуванні 439 студентів IV-VI курсів медичного університету шляхом анкетування з метою вивчення їх позиціонування до роботи за фахом "Організація і управління охороною здоров'я" встановлено необхідність подальшого вдосконалення підходів до підготовки у майбутній роботі організатором охорони здоров'я: 41,0% висловили думку, що підготовку керівника необхідно починати в інтернатурі; 74,9% вважають, що успішній роботі керівника перешкоджає низька заробітна плата і недооцінка державою професії лікаря.

З опитаних студентів більшість (68,3±2,37%) хотіли б працювати в установі державної власності, 25,0±1,98% – у приватній і лише 6,4±0,12% – в комунальній власності, що свідчить про пріоритетність

державних медичних закладів. Проте, на сьогоднішній день вже 1/4 випускників вищих навчальних закладів планує працювати в приватних медичних структурах.

У цей же час $81,6 \pm 2,21\%$ опитаних студентів хотіли б працювати в обласних, районних або міських лікувально-профілактичних закладах. Ні один студент не виявив бажання після закінчення навчального закладу працювати в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини.

Вивчалась мотивація студентів до бажання стати керівниками медичних установ. У відповідях не прослідковується залежність від суспільної позиції студентів (староста курсу, групи, громадський декан і т.д.), трудової династії (у $70,6\%$ студентів батьки були, або є управлінцями в охороні здоров'я), до бажання бути керівником медичного закладу. Із загальної чисельності опитаних $88,4 \pm 1,53\%$ виявили бажання бути організаторами. При вивченні основних мотивів у намаганні посісти посаду керівника медичної установи $34,6 \pm 1,89\%$ відповіли, що хочуть проявити свої лідерські намагання, $25,5 \pm 2,01\%$ хотіли б самоствердитись, $20,5 \pm 2,17\%$ респондентів – покращити свій матеріальний стан і $19,4 \pm 2,53\%$ студентів – зробити свій фаховий внесок в охорону здоров'я.

Враховуючи сучасний не найкращий соціальний статус лікаря в нашому суспільстві $38,7 \pm 1,81\%$ опитаних студентів ще навчаючись в університеті вже висловили бажання після закінчення навчального закладу працювати за межами України. [7].

Система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації управлінських кадрів має формуватися на основі використання системного підходу, який включає чотири головні етапи: аналіз потреб навчання; розробку програм і навчальних планів; управління навчальним процесом та оцінку ефективності навчального процесу.

Галузь охорони здоров'я в Україні потребує корінної перебудови. Передусім необхідно розробити навчальні програми оновленого змісту, в яких враховуються суспільні потреби, вітчизняний та зарубіжний досвід; запровадити ступеневу освіту для майбутніх управлінців (бакалавр, спеціаліст, магістр, доктор). Важливим є узагальнення досвіду підготовки управлінців галузі за магістерською програмою з управління охороною здоров'я з метою його впровадження і поширення. Це дасть змогу істотно вдосконалити існуючу систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців галузі охорони здоров'я, які б відповідали суспільним потребам у покращанні громадського здоров'я та перебудові галузі охорони здоров'я в Україні [5].

Особливість галузі охорони здоров'я полягає в необхідності двох типів керівників: менеджерів та управлінців. Це пов'язано з тим, що на сьогодні в галузі охорони здоров'я функціонують два типи організацій.

Перший тип – державні заклади охорони здоров'я (лікарні, поліклініки, клініки при медичних науково-дослідних інститутах, санітарно-епідеміологічні станції, центри здоров'я тощо) функціонують як організації, які не є самостійними господарюючими суб'єктами. Такі заклади охорони здоров'я отримують фінансування з державного бюджету, держава чітко визначає і контролює всі статті витрат. Згідно з Конституцією, в Україні медична допомога надається населенню безкоштовно, й державні лікувально-профілактичні заклади не можуть установлювати за неї плату. Перелік медичних послуг, які можуть сплачуватися пацієнтами, не значний. Тому керівника державного лікувально-профілактичного закладу можна назвати управлінцем, а не менеджером. Другу категорію управлінців становлять державні службовці, працівники органів державної влади, керівники органів управління охороною здоров'я. Вони формують державну політику та стратегію в галузі охорони здоров'я, організують соціальне управління охороною громадського здоров'я.

Другий тип – заклади охорони здоров'я недержавної форми власності, що функціонують як самостійні господарюючі суб'єкти в умовах ринку. Управління такими закладами забезпечують менеджери в галузі охорони здоров'я.

У 2002 р. указом Президента України була затверджена "Концепція розвитку охорони здоров'я населення України", згідно якої реформування системи охорони здоров'я передбачає низку заходів, спрямованих на здійснення інноваційної і кадрової політики в галузі.

Сутність інновації полягає в започаткуванні підготовки фахівців за новими спеціальностями:

- менеджер охорони здоров'я;
- економіст охорони здоров'я;
- спеціаліст з інформатики охорони здоров'я.

Менеджер охорони здоров'я – це фахівець, підготовлений за різними освітньо-кваліфікаційними рівнями (бакалавр, спеціаліст, магістр), який здатний виконувати роботу з управлінської та економічної діяльності: - у різних лінійних та функціональних підрозділах лікувально-профілактичних установ усіх форм власності; - на підприємствах медичної та мікробіологічної промисловості; - у фармацевтичних фірмах; - на аптечних базах та складах; - у магазинах "Оптика" та "Мед-техніка"; - у діагностичних центрах; - у санаторно-курортних закладах; - у санітарно-епідеміологічних станціях; - у закладах медико-соціального захисту; - у структурах Товариства Червоного Хреста. Вони можуть бути задіяні також як менеджери медичних закладів недержавної форми власності та установ медичного страхування.

Роль державної кадрової політики в охороні здоров'я населення України значною мірою підвищується у зв'язку з інтеграцією медичної освіти держави в єдиний європейський освітній простір на засадах Болонського процесу, зміною нормативно-правових засад медичного обслуговування, раціоналізацією використання медичних ресурсів. Виходячи з цього робиться висновок, що в умовах сьогодення кадрова політика в охороні здоров'я щодо підготовки керівників для лікувально-профілактичних закладів передусім має ґрунтуватися на перспективній потребі в таких фахівцях у регіонах з урахуванням змін у стані здоров'я населення, напрямів реформування медичної галузі тощо.

В Україні керівників системи охорони здоров'я готують лише на рівні післядипломної освіти.

Перспективними напрямками оптимізації навчального процесу з підготовки керівників лікувально-профілактичних закладів мають стати: послідовний перегляд навчальних робочих планів і робочих програм на користь різних способів самопідготовки слухачів і розробки номенклатури таких способів; написання курсових робіт на циклах спеціалізації з актуальних питань управління системою охорони здоров'я; перегляд нормування праці викладачів на користь методичного і контентного (змістового) забезпечення, моніторингу і контролю самостійної роботи слухачів; більш ефективне використання такого ресурсу, як дистанційна форма навчання, для активізації самостійної роботи слухачів; розробка різноманітних тестів і контрольних завдань для самостійної роботи.

Серед основних вимог, що ставляться до нового покоління керівників системи управління охороною здоров'я України, в тому числі й керівників лікувально-профілактичних закладів, крім вміння успішно вирішувати питання юридичного, економічного, політичного та комунікативного характеру, тобто бути професіоналом, слід виділити: високий рівень культури, патріотизму, духовності; знання іноземних мов; нових інформаційних технологій і сучасного менеджменту. На основі порівняльного аналізу встановлено загальне, особливе та індивідуальне в умовах, змісті та процедурах підготовки керівників лікувально-профілактичних закладів і менеджерів охорони здоров'я. Загальне є складовою підходів до формування професійної моделі сучасного керівника з державного управління; особливе має свою специфіку і зумовлене особливостями підготовки керівників для медичної галузі як невід'ємного елемента української культури; індивідуальне передбачає врахування вимог до особистісних якостей керівника – вміння керувати собою при розробці професійної моделі керівника системи охорони здоров'я в єдиному медичному просторі України.

При розробці алгоритму підготовки та перепідготовки керівників охорони здоров'я і менеджерів галузі, необхідно: визначити потреби в керівних кадрах системи охорони здоров'я та їх резерву; підготувати конкретні кваліфікаційні характеристики для різних категорій керівників; розробити нормативно-правову базу як інструмент визначення та реалізації державної політики щодо підготовки нової генерації управлінців галузі охорони здоров'я України.

Висновки

1. Системний аналіз наукової літератури, законодавчої та нормативної бази, вітчизняного і зарубіжного досвіду, умов формування та управління підготовкою спеціалістів охорони здоров'я України на шляху до європейської інтеграції свідчить, що управління кадровим потенціалом керівників лікувально-профілактичних закладів залишається надзвичайно важливою проблемою і на сьогодні характеризується недостатнім ступенем дослідження.
2. Пріоритетними напрямками управління системою підготовки керівників охорони здоров'я України є удосконалення організації навчального процесу (вивчення навчальних програм провідних шкіл світу і адаптація їх до умов України, розвиток дистанційної форми навчання, осучаснення навчальних робочих планів і робочих програм на користь різних способів самопідготовки слухачів і розробка номенклатури таких способів, перегляд нормування праці викладачів для покращення методичного і контентного (змістового) забезпечення, моніторингу і контролю самостійної роботи слухачів, підготовка викладацького складу), законодавче та інформаційне забезпечення їх діяльності, запровадження механізмів державного контролю за роботою лікувально-профілактичних закладів.

Література

1. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.
2. Курило Т.М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції: автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління: [спец.] 25.00.02 «механізми державного управління» / Курило Т.М.; Національній академії державного управління при Президентіві України – К., 2006. – 20 с.
3. Долот В., Курило Т., Радиш Я. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: вступ до проблеми // Вісн.НАДУ. – 2005. – № 1. – С. 231-235. – Авторські с. 234-235.
4. Радиш Я., Долот В., Курило Т. Наукові засади державного управління охороною здоров'я в дослідженнях українських авторів // Держава та регіони. – 2004. – № 2. – С. 85-96. – (Сер. “Держ. упр.”). – Авторські с. 90-96.
5. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч.посіб. / За ред. І.М. Солоненка, Л.І. Жаліло. – К.: Вид-во НАДУ. – 2004. – 116 с. – Авторські с. 103-108.
6. Дані ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>
7. Любінець О.В., Ходор О.Є. Позиціонування студентів вищих медичних навчальних закладів України до спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я» // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я, 2012. - №2-3 (18-19). – С.206-209.
8. Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
9. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 512 «Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html.
10. Слабкий Г.О. Кадрова політика [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>

Характеристика діяльності Львівського обласного центру здоров'я

Острроверха Ю. А., Збіднякова В. С.

Львівський обласний центр здоров'я

Анотація: Роль обласних центрів здоров'я в Україні та необхідність в активізації їх діяльності суттєво зростають в період реформування національної системи охорони здоров'я. На центри здоров'я покладуються завдання із забезпечення заходів з інформаційного супроводу ходу реформ, освоєння та застосування передових ефективних технологій – стратегії АКСМ (адвокація, комунікація та соціальна мобілізація). Все більшою мірою діяльність центрів здоров'я України стає аналогічною існуючій Європейській мережі центрів медичної комунікації та промоції здоров'я (Center of Medical Communication and Health Promotion).

Ключові слова: обласний центр здоров'я, медико-санітарна просвіта, медична комунікація, інформаційний супровід

Streszczenie: Rola regionalnych ośrodków zdrowia na Ukrainie i potrzebę zwiększenia ich znacząco wzrosła w reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej. W ośrodkach zdrowia jest zobowiązany do świadczenia wsparcia informacyjnego mierzy tempo reform, rozwoju i stosowania zaawansowanych technologii energooszczędnych - strategię ACSM (Advocacy, komunikacji i mobilizacja społeczna). Coraz częściej działalność ośrodków zdrowia Ukrainy jest podobna do istniejącej europejskiej sieci komunikacji zdrowotnej i promocji zdrowia (Senter Medycznej Komunikacji i Promocji Zdrowia).

Słowa kluczowe: regionalny ośrodek zdrowia, edukacji medycznej, komunikacji medycznej, wsparcia informacyjnego

Summary: The role of regional health centers in Ukraine and the need to enhance them significantly increased during the reform of the national health system. At health centers is entrusted with providing information support measures the pace of reform, development and application of advanced efficient technologies - strategies ACSM (Advocacy, communication and social mobilization). Increasingly activities of health centers Ukraine is similar to the existing European network of health communication and health promotion (Senter of Medical Communication and Health Promotion).

Keywords: Regional Health Center, medical education, medical communications, information support

Актуальність проблеми: Профілактичний напрямок вітчизняної системи охорони здоров'я є складовою соціальної політики держави по збереженню та покращанню здоров'я нації. Така політика базується на вітчизняних традиціях та великому світовому досвіді і має за мету зміцнити здоров'я здорових, попередити захворюваність та травматизм, зупинити прогресування хвороб та усунути їх ускладнення зберегти працездатність та збільшити тривалість життя.

Разом з тим, реалізація профілактичного принципу у діяльності установ охорони здоров'я базується на "Основах законодавства України про охорону здоров'я" та інших законодавчих актах, що регулюють суспільні відносини в охороні здоров'я та має суттєві недоліки і носить декларативний характер, що є наслідком відсутності однозначного розуміння змісту та завдань профілактики, структури медико - профілактичних технологій, форм та методів їх використання.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували нормативні документи Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації, функціональні обов'язки працівників обласного центру здоров'я та аналіз діяльності установи за 2012 рік. Використано метод системного аналізу.

Результати і обговорення. Львівський обласний центр здоров'я є закладом профілактичного спрямування, що забезпечує інформаційний супровід діяльності медичної галузі Львівщини, формування її позитивного іміджу, висвітлення ходу реформування національної системи охорони здоров'я,

координує інформаційно-пропагандистську роботу та надає організаційно-методичну допомогу ЛПЗ і СЕС Львівщини з питань медико-санітарної просвіти, формування здорового способу життя, сприяє інформуванню працівників охорони здоров'я, освіти, соціальних служб та різних верств населення з питань дотримання здорового способу життя, первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), медичної профілактики і протиепідемічної роботи, а також діяльності громадських груп та структур, зусилля яких спрямовані на підтримку політики зміцнення здоров'я.

Роль обласних центрів здоров'я в Україні та необхідність в активізації їх діяльності суттєво зросли в період реформування національної системи охорони здоров'я, на що, зокрема, звертається увага МОЗ України, обласних державних адміністрацій в текстах Указу Президента України від 27 січня 2010 р. за №70/2010 «Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» та Постанови Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я». Власне на центри здоров'я покладаються завдання із забезпечення заходів з інформаційного супроводу ходу реформ, освоєння та застосування передових ефективних технологій – стратегії АКМ (адвокація, комунікація та соціальна мобілізація).

Тому, в даний час Львівській ОЦЗ, зокрема, виконує функції головного закладу із забезпечення медичної комунікації Департаменту ОЗ ЛОДА, як внутрішньої (з мережею установ та закладів охорони здоров'я Львівщини), так і зовнішньої (з органами центральної та місцевої влади, партнерами з міжсекторальної співпраці в охороні здоров'я, ЗМІ тощо).

На Львівський ОЦЗ покладено виконання наступних завдань:

1) Створення та виконання функцій пункту електронного зв'язку Департаменту ОЗ ЛОДА з МОЗ України, центральними та регіональними органами влади, а також «розсилки» інформаційно-розпорядчих документів по мережі територіальних органів управління медичною галуззю та ЛПЗ Львівщини з адресою locz@mail.lviv.ua (наказом ГУОЗ ЛОДА від 01.02.2007 р. за № 12-к/ОС «Про функціонування електронної пошти»).

2) Створення та забезпечення функціонування і якісне наповнення офіційного інтернет-порталу Департаменту ОЗ ЛОДА за адресою <http://guoz.lviv.ua/> (наказом ГУОЗ ЛОДА від 03.07.2008 р. за № 468 «Про забезпечення функціонування інтернет-порталу головного управління охорони здоров'я ЛОДА»), а також спеціальної сторінки, закріпленої за Департаментом ОЗ на офіційному сайті Львівської ОДА <http://loda.gov.ua/oda/upravlinnya/departament-ohorony-zdorovya>.

3) Створення та забезпечення функціонування «гарячої» телефонної лінії Департаменту ОЗ ЛОДА за міським тел. № 260-19-18 (наказом ГУОЗ ЛОДА від 26.07.2010 р. за № 539 «Про відкриття «Гарячої телефонної лінії» Головного управління охорони здоров'я Львівської ОДА»).

Додатково до ресурсів «гарячої» телефонної лінії Департаменту ОЗ ЛОДА, з лютого 2011 р. на офіційному веб-сайті Департаменту ОЗ ЛОДА створена можливість для звернень громадян – користувачів вказаного веб-сайту через спеціальне інтерактивне «вікно» - «Запитуйте, пропонуйте...» до фахівців Департаменту ОЗ ЛОДА та отримання відповідей в тематичному розділі «Відповіді на Ваші запитання».

В період надзвичайних та епідемічних ситуацій ЛОЦЗ готовий до розгортання багатоканальної цілодобової «гарячої» телефонної лінії за участю психологів та психотерапевтів.

4) Забезпечення виконання наказу ГУОЗ ЛОДА № 546 від 27.07.2010 р. «Про забезпечення проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи» щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також співпрацю з прес-службами ЛОДА та МОЗ України, регіональними ЗМІ.

5) Забезпечення виконання наказу МОЗ України від 20.11.2012 р. за № 932 «Про впровадження захищеної багатоточкової системи проведення селекторних нарад в режимі телеконференцій» із створенням студії селекторного зв'язку в режимі телеконференцій Департаменту ОЗ ЛОДА.

6) Проведення моніторингу регіональних засобів масової інформації щодо публікацій про діяльність медичної галузі, події в сфері охорони здоров'я області та підготовку щотижневих аналітичних

довідок за підсумками цього моніторингу з подальшим наданням їх керівництву Департаменту ОЗ ЛОДА для планування і реалізації управлінських рішень, а також у МОЗ України.

Структура Львівського ОЦЗ включає три підрозділи: адміністративна група, відділ організаційно-методичної роботи, медичної комунікації та громадського здоров'я, а також сектор бухгалтерського обліку, звітності та господарського забезпечення.

Згідно типових штатних нормативів, затверджених наказами МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 і від 12.03.2008 р. № 122 „Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33”, у Львівському ОЦЗ має бути 26,5 штатних одиниць. Однак, на 01.01.2013 р. Департаментом охорони здоров'я ЛОДА затверджено штатний розпис ЛОЦЗ у кількості 20,0 штатних одиниць.

В штаті обласного центру здоров'я, окрім медичних працівників, є психолог, соціальний педагог, прес-секретар (журналіст), інженер ЕОМ, інженер-системний адміністратор, редактор, інструктори (фахівці) із зв'язків з громадськістю та ЗМІ.

Висновки. Львівський ОЦЗ забезпечує інформаційний супровід діяльності медичної галузі Львівщини, формування її позитивного іміджу, висвітлення ходу реформування національної системи охорони здоров'я, координує інформаційно-пропагандистську роботу та надає організаційно-методичну допомогу ЛПЗ і СЕС Львівщини з питань медико-санітарної просвіти, формування здорового способу життя, а також сприяє інформуванню працівників охорони здоров'я, освіти, соціальних служб та різних верств населення з питань дотримання здорового способу життя, первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), медичної профілактики і протиепідемічної роботи.

Роль обласних центрів здоров'я в Україні та необхідність в активізації їх діяльності суттєво зростають в період реформування національної системи охорони здоров'я. На центри здоров'я покладаються завдання із забезпечення заходів з інформаційного супроводу ходу реформ, освоєння та застосування передових ефективних технологій – стратегії АКСМ (адвокація, комунікація та соціальна мобілізація). Все більшою мірою діяльність центрів здоров'я України стає аналогічною існуючій Європейській мережі центрів медичної комунікації та промоції здоров'я (Center of Medical Communication and Health Promotion).

Управління якістю первинної медичної допомоги

Лемішко Б. Б.

Комунальна 5-та міська клінічна поліклініка м. Львова

Поліпшення якості первинної медичної допомоги (ПМД) – це запланована діяльність, яка передбачає специфікацію бажаних показників роботи фахівців сімейної медицини, огляд фактичних показників, внесення за потреби змін у систему надання медичної допомоги з подальшою перевіркою її ефективності.

Робота щодо поліпшення якості медичної допомоги (ЯМД) дозволяє спеціалістам вивчати і застосовувати нові методи та інструменти управління якістю, розвивати позитивне ставлення і відповідальність фахівців за її поліпшення.

Спрямування первинної медичної допомоги на постійне підвищення якості медичної допомоги та її ефективності є основною метою комплексного механізму управління розвитком сімейної медицини, яка активно поширюється в нашій країні на основі Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 року № 3612-VI.

Цим законом визначені політичний, організаційний, мотиваційний, економічний і правовий механізми державного управління подальшим розвитком сімейної медицини в нашій країні.

Проблема забезпечення безперервного підвищення якості первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини – це проблема комплексна. Її можна успішно вирішувати лише на основі системного підходу з визначенням таких шляхів реалізації:

- створення організаційної структури і комплексних планів управління ЯМД і забезпечення його прозорості на основі взаємодії з громадськістю і зворотнього зв'язку зі споживачами медичної допомоги;
- запровадження локальних протоколів надання медичної допомоги при найпоширеніших захворюваннях і формулярної системи фармакотерапії на основі міжнародних стандартів і уніфікованих клінічних протоколів, у яких використані принципи доказової медицини;
- виконання заходів з безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини щодо лікувально-профілактичної роботи та управління ЯМД;
- розробки та запровадження індикаторів якості роботи закладів, підрозділів і фахівців СМ;
- моніторингу ЯМД і задоволення населення територіальної громади первинною медико-санітарною допомогою;

ефективного використання зовнішнього (позавідомчого) і внутрішнього (поліклінічного) професійного аудиту, що сприятиме підвищенню ЯМД.

Цілеспрямований вплив на ЯМД та її ефективність потребує методики розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників експертних оцінок), які дозволяють забезпечити об'єктивне і прозоре оцінювання (моніторинг) і конкретне визначення проблем забезпечення відповідної якості ПМД, що надається територіальній громаді фахівцями сімейної медицини.

Дослідження управління безперервним підвищенням якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини проведено на базі комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки (КМКП) м. Львова, яка перейшла до надання ПМСД на засадах СМ 85,9 тис. мешканців Залізничного району у 2005 році.

З метою запровадження диференційованого розподілу бюджетних коштів за рівнями надання медичної допомоги в поліклініці з урахуванням завдань ПМД на засадах СМ і фінансування підрозділів та фахівців за методикою персоніфікованого обліку проведена реорганізація структури полікліні-

ки. Внесені зміни до положень про підрозділи поліклініки та посадових інструкцій фахівців з чітким розмежуванням їх функцій, а також змінено комплексний механізм управління комунальним лікувально-профілактичним закладом, яким є поліклініка. У складі поліклініки створено три центри: первинної медико-санітарної допомоги, консультативний лікувально-діагностичний та стаціонарної допомоги.

Поліпшення доступності населення до лікарів первинної ланки, якими виступають сімейні лікарі, та застосування ними принципів керованої медичної допомоги (функції «воротаря») приносить мешканцям територіальної громади додаткові переваги. До них належать зниження кількості госпіталізацій, застосування принципів стаціонарної допомоги в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу і вдома з використанням поліпрофільного денного стаціонару і децентралізованих та централізованих домашніх стаціонарів. Це сприяє суттєвому зниженню навантаження на спеціалізовані госпітальні заклади, а також імовірності піддатися неадекватному медичному втручанням.

На основі рейтингових показників якості роботи окремих фахівців СМ підрозділів центру ПМД розраховуються коефіцієнти трудової участі (КТУ) кожного з них у виконанні комплексу валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів у відділенні СМ чи центрі ПМСД. А це дозволяє розраховувати надбавки до заробітної плати кожному фахівцеві СМ при введенні у центрі ПМСД поліклініки часткового або повного фондотримання і наявності коштів для стимулювання працівників за якість медичної допомоги. Окрім матеріальних стимулів підвищення якості медичної допомоги у поліклініці застосовуються і моральні. Адміністрація поліклініки вибирає найоптимальніші методи стимулювання підвищення інтенсивності праці кожного фахівця сімейної медицини.

У теперішніх умовах існування системи охорони здоров'я методи традиційного контролю роботи закладів і фахівців сімейної медицини перестали відповідати сучасним механізмам управління функціонуванням сфери охорони здоров'я і замінюється професійним аудитом.

Професійний аудит у лікувально-профілактичних закладах ПМД, які працюють на засадах СМ, виконує багато функцій щодо управління ЯМД. Він дозволяє з'ясувати технологію надання конкретним фахівцям профілактичної, діагностичної та лікувально-реабілітаційної допомоги пацієнтові, який звернувся в поліклініку чи амбулаторію сімейної медицини. При цьому особлива увага зосереджується на засадничих принципах підвищення якості медичної допомоги, серед яких на сучасному етапі мають доступність, керованість, профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість.

Завданням внутрішньополіклінічного аудиту (ВПА) є вивчення і поліпшення доступності ПМД, підвищення впливу фахівців поліклініки на стан громадського здоров'я, ефективніше використання ресурсів амбулаторно-поліклінічної допомоги, зростання задоволеності населення системою надання медичної допомоги, захист інтересів пацієнтів і медичних працівників щодо надання якісної лікувально-профілактичної допомоги та у випадку професійного ризику.

Професійні аудитори на основі рейтингових показників роботи конкретних фахівців виявляють недоліки чи помилки у системі ПМД, що спричиняють негативний вплив на ЯМД та її ефективність; рівень задоволеності пацієнтів їх взаємодією з фахівцями поліклініки; дають поради та розробляють методичні рекомендації, які сприяють попередженню помилок і ліквідації недоліків у професійній діяльності спеціалістів закладу; опрацьовують оптимальні управлінські рішення щодо безперервного підвищення якості медичної допомоги.

Отже, у комплексному механізмі управління охороною здоров'я на макрорівні у конкретному закладі ПМД, який працює на засадах СМ, доступність і керованість медичної допомоги з боку сімейних лікарів, які визначають найоптимальніший медичний маршрут хворого, контролюючи потоки пацієнтів на госпітальне лікування і спеціалізовану медичну допомогу, забезпечують основу безперервного підвищення якості медичної допомоги на сучасному рівні та дозволяють отримати хворим необхідну медичну допомогу в потрібний час, в сучасному медичному закладі, в адекватних обсягах і з мінімальними затратами.

Відомості про автора

Лемішко Борис Богданович, кандидат медичних наук, доцент кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, головний спеціаліст з розвитку сімейної медицини головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації, головний лікар комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова, заслужений лікар України.

Сучасні підходи до типологізації систем охорони здоров'я

В. Ф. Москаленко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Україна, Київ

Анотація: Знання особливостей та закономірностей функціонування різних типів і моделей СОЗ дозволяє враховувати їх переваги та недоліки в процесі обґрунтування і вибору напрямів удосконалення організації та підвищення ефективності діяльності медичної сфери.

Ключові слова: моделі систем охорони здоров'я визначаються цілями, принципами та співвідношенням елементів системи, а також суспільним ладом, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією

Strzenie: Znając wzorce i funkcjonowania różnych typów i modeli TZO może rozważyć swoje mocne i słabe strony w pracy i wyboru kierunków w celu poprawy organizacji i skuteczności medycznej.

Słowa kluczowe: modele systemów zdrowotnych celów określonych, zasad i elementów systemu wartości, jak i systemów społecznych, statusu politycznego i społeczno-gospodarczego, tradycje, kulturę, historię, religię

Summary: Knowing the patterns and functioning of different types and models of POPs can consider their strengths and weaknesses in the study and choice of directions to improve organization and efficiency of the medical field.

Keywords: models of health systems defined objectives, principles and value system elements, as well as social systems, political and socio-economic status, traditions, culture, history, religion

В сучасному світі існує безліч систем охорони здоров'я (СОЗ), що мають спільні та відмінні риси. До деякої міри справедливим є твердження, що скільки існує в світі країн, стільки ж є відповідних моделей СОЗ. Їх різноманітність викликає необхідність типологізації, яка здійснюється за багатьма принципами.

Поширеними є класифікації за принципом організації та фінансування, особливостями управління, домінуючим типом власності постачальника послуг, принципами політичної філософії, що лежить в основі побудови системи, рівнем державного втручання, економічного розвитку країни та ін. Найбільш поширеною є класична типологія СОЗ, яка передбачає їх поділ на державні (національні), страхові та приватні (ліберальні).

Як відомо, кожна з них має свої переваги і недоліки. Перевагами державних (національних) моделей є максимально високе охоплення всього населення послугами охорони здоров'я, високий ступінь соціальної захищеності громадян шляхом встановлення гарантій надання безоплатної медичної допомоги, рівність громадян в її отриманні, низький рівень адміністративних витрат, висока ефективність заходів громадського характеру, а недоліками – схильність до монополізму, завищені очікування населення, недостатня орієнтація на пацієнта, дефіцит послуг, черги на отримання певних їх видів, бюрократизація і авторитарність управління, брак фінансування, залежність від зміни політичних пріоритетів, обмеженість матеріальних стимулів, слабка залежність оплати праці від обсягів та якості виконаної роботи, відсутність контролю з боку споживачів, корупційна складова і, головне, як результат, низька якість послуг.

Системи, засновані на принципах соціального страхування, мають переваги у вигляді адресності, цільової спрямованості коштів, орієнтації на пацієнта, його мотивації до збереження здоров'я, солідарності та субсидарності, високого охоплення населення, контролю за використанням коштів і якістю послуг, вільного вибору лікаря та лікувального закладу, страхового фонду, конкуренції між страховими компаніями, прозорості фінансування і прямого формування фондів, наявності декількох

джерел фінансування, різноманітності форм власності і господарювання медичних закладів та приватних осіб, які надають послуги застрахованим, відокремлення функцій фінансування та надання послуг, можливості використання страхових надходжень на місцевому рівні для фінансування місцевих програм, зменшення витрат на утримання державного (муніципального) сектору, високої якості послуг. Недоліками моделі є її досить значна вартість, можливі дефіцит коштів страхових фондів та збільшення ставки страхових внесків, значні адміністративні витрати, зацікавленість лікарів у наданні дороговартісних послуг, витрати на маркетинг і рекламу в умовах конкуренції, обмежені можливості громадської охорони здоров'я, санітарної освіти, профілактики, труднощі в управлінні та координації діяльності, загроза скорочення страхових фондів у разі суттєвих змін в економічній і демографічній ситуації, недостатнє застосування довготривалого стратегічного планування в національному масштабі.

Що стосується ринкових, ліберальних або приватних СОЗ, то вони характеризуються широким діапазоном медичних установ, можливістю вибору працівників і закладів охорони здоров'я, задоволенням потреб у якісних послугах тих, хто має страховку чи фінансові можливості, відсутністю черг на медичне обслуговування, високим рівнем захисту прав споживачів і значними доходами працівників медичної сфери. Недоліками вважаються висока вартість медичних послуг та невисока їх доступність для значних прошарків населення, залежність доступності від фінансових можливостей пацієнтів, необґрунтовано надмірне та неефективне використання ресурсів, переважання затратних господарських механізмів, відсутність регулювання і контролю з боку держави, недостатня увага до питань громадської охорони здоров'я.

Сучасний період розвитку суспільства характеризується наявністю змішаних типів систем та організаційних форм охорони здоров'я. Вони визначаються цілями, принципами та співвідношенням елементів системи, а також суспільним ладом, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією та ін. Різні моделі СОЗ формуються в залежності від перерахованих чинників, а також від системи спеціальних компенсаторів, які дозволяють вносити корективи і робити преференції в організаційному, фінансовому та інших аспектах.

Вибір моделей СОЗ не є раз і назавжди вирішеною проблемою. В сучасних системах постійно йдуть процеси модернізації та реформування, які полягають у багатоваріантному поєднанні елементів різних моделей.

Попри існуючу різноманітність типів СОЗ та їх моделей, на нашу думку, можливо запропонувати ще один підхід до типологізації за принципом організації фінансування основного їх суб'єкту. Згідно з ним системи охорони здоров'я можна розділити на ті, що фінансують або субсидують постачальника послуг (фінансування «зверху вниз») і ті, що фінансують або субсидують споживача послуг (фінансування «знизу вверху»).

Перевагами моделей з фінансуванням постачальника є високі цілі, безоплатність та загальне охоплення послугами населення. По суті, це об'єднані централізовані державні, національні СОЗ. До їх недоліків відносяться декларативність багатьох принципів, надмірне адміністрування, великий управлінський апарат, можливість корупції, черги для отримання певних послуг, низька мотивація у пацієнтів до збереження і зміцнення здоров'я, а в персоналу – до підвищення якості роботи. Як результат, фінансуються такі системи завжди недостатньо, не виправдовуються очікування населення, невисокими є показники здоров'я, доступність і якість медичного обслуговування.

В моделях, заснованих на субсидюванні споживачів, як правило, досягається 80-90% охоплення населення, відсутній централізований контроль з боку держави, яка визначає лише правила гри, переважно працюють ринкові механізми, високою є мотивація пацієнтів та медичного персоналу до збереження здоров'я і раціонального використання ресурсів галузі, конкуренція постачальників сприяє підвищенню якості та ефективності. В таких моделях досягається скорочення витрат держави на охорону здоров'я, забезпечується участь пацієнтів в процесі організації медичного обслуговування, існує конкуренція постачальників, ліквідуються черги, збільшуються доступність і якість медичної до-

помоги та поліпшується рівень здоров'я населення. Такі системи посідають пріоритетні місця в загальному рейтингу систем охорони здоров'я.

Проте, незалежно від типу і моделі СОЗ, найважливішим соціальним і політичним питанням кожної країни є побудова оптимальної системи охорони здоров'я, що забезпечить вирішення проблеми використання та розподілу ресурсів, дотримання цінностей і принципів, досягнення рівності, цілей та ін. Єдиним реальним ресурсом забезпечення зростаючих потреб та вимог населення до якості і доступності медичних послуг в умовах збільшення витрат на медичну сферу є удосконалення побудови та функціонування систем охорони здоров'я, що підносить проблеми їх типологізації та оптимізації до рангу найбільш пріоритетних.

В сучасних умовах усі країни ведуть пошук оптимальної МСОЗ. Це обумовлено загальним дефіцитом ресурсів, кризовими явищами в економіці, непомірним подорожчанням послуг охорони здоров'я та зростанням потреби в них внаслідок постаріння населення, епідеміологічних зрушень, низкою причин демографічного, економічного характеру, технологічним прогресом у медицині, збільшенням мотивації населення до підтримки здоров'я та модернізацією індустрії здоров'я.

Найбільш ефективними, на нашу думку, є моделі, побудовані на державно-страхових принципах з використанням елементів ринкової економіки. Знання особливостей та закономірностей функціонування різних типів і моделей СОЗ дозволяє враховувати їх переваги та недоліки в процесі обґрунтування і вибору напрямів удосконалення організації та підвищення ефективності діяльності медичної сфери.

Створення та розвиток бригад невідкладної допомоги (мобільного лікувально-діагностичного комплексу) як інновація у роботі Львівського клінічного госпіталю державної прикордонної служби України (на прикладі заходів проведених у 2006-2012 роках)

Іващенко А. А.¹, Пилипець Я. Д.²

¹ Львівський клінічний госпіталь Державної прикордонної служби України (ЛКГ ДПСУ)

² Кафедра управління та організації охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького)

Актуальність: організація екстреної та невідкладної медичної допомоги належить до одного з найбільш важливих видів діяльності служби охорони здоров'я Державної прикордонної служби (ДПСУ) [1, 2]. Вирішальне значення для збереження життя і здоров'я потерпілих має вчасне і правильне надання першої медичної допомоги (ПМД). Актуальність цієї проблеми стає ще більш очевидною у разі виникнення катастроф. Значна частина уражених у таких випадках може загинути від нечасно наданої ПМД. Відомо, що відсутність допомоги постраждалим протягом 1 год. після ушкодження збільшує кількість смертельних наслідків на 30%, до 3 год. на 60, до 6 год. – на 90 [3, 4]. ПМД – це комплекс найпростіших медичних заходів, що виконуються на місці події, здебільшого у порядку само- та взаємодопомоги, а також учасниками рятувальних робіт. Основна мета: врятування життя потерпілого, усунення впливу вражаючого чинника, що продовжує діяти, та швидка евакуація із зони катастрофи. Оптимальний термін надання ПМД до 30 хв. після ушкодження. Важливість чинника часу підсилюється тим, що у осіб, які отримали ПМД на протязі 30 хв. після травми, ускладнення виникають у два рази рідше, ніж в осіб, яким цей вид допомоги був наданий пізніше зазначеного терміну [5]. З 2006р. у Львівському клінічному госпіталі (ЛКГ ДПСУ) проводяться ряд заходів для удосконалення екстреної та невідкладної медичної допомоги. Тому інновацією стало створення бригад невідкладної допомоги та їх участь у різноманітних заходах, як державних, так і закордонних.

Мета і завдання дослідження: обґрунтування потреби створення бригад невідкладної допомоги (мобільного лікувально-діагностичного комплексу (МЛДК)) у ЛКГ ДПСУ, механізму менеджменту та адміністрування у невідкладній допомозі та вироблення практичних рекомендацій щодо його впровадження у повсякденній діяльності.

Новизна одержаних результатів: розроблено алгоритм створення бригад невідкладної допомоги окремим відомчим закладом, підтвердження необхідності діяльності відомчої служби екстреної медичної допомоги для досягнення високих показників та удосконалення професійних навичок.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що обґрунтовано створення чотирьох бригад невідкладної допомоги, які готові для надання екстреної медичної допомоги, мають навчений особовий склад та оснащені сучасним медичним обладнанням.

Керівництвом ЛКГ ДПСУ налагоджено зв'язки з колегами з України, Польщі, Литви. Колектив показує стабільно високі результати, як у навчаннях, так і у повсякденній роботі, що дає можливість гідно презентувати Україну та ДПСУ зокрема за кордоном.

Результати і обговорення

01 грудня 1939р. у Львові був створений лазарет Львівського прикордонного округу. З початком Великої Вітчизняної війни лазарет брав безпосередню участь у наданні медичної допомоги прикордонникам та бійцям регулярної армії. Відступаючи разом з бойовими частинами, лазарет влився до складу одного з армійських госпіталів. Друге народження госпіталю відбулося в серпні 1944 р. Тоді був створений Об'єднаний окружний госпіталь прикордонних військ. У післявоєнні роки почав скла-

датися колектив висококваліфікованих, відданих своїй справі спеціалістів. Розуміючи свою відповідальну і почесну роль, вони створювали атмосферу уваги, турботи і чуйності до хворих. Це стало традицією, яка продовжується і донині. Зокрема у госпіталі починав свій шлях у медицину майбутній професор Львівського медичного інституту Валігура Яків Степанович. Операційна пам'ятає професора Караванова Георгія Георгійовича, професора Калиту Миколу Яковича, академіка Павловського Михайла Петровича. За всі роки свого існування госпіталь здобув добру славу серед прикордонників, членів їх сімей, жителів міста та області.

Минали роки, змінювався колектив госпіталю, але завдання залишалися незмінними – стояти на сторожі життя і здоров'я, робити все можливе для найшвидшого одужання і повернення в стрій захисників Державного кордону. У 1992р. наказом голови Державного Комітету у справах охорони Державного кордону України госпіталь був перейменований на Військовий госпіталь прикордонних військ незалежної України. У червні 2006р. госпіталь отримав статус клінічного, що є заслугою колективу в результаті плідної взаємодії з кафедрами Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. Академік Надашкевич Олег Никонович, професори Любінець Олег Володимирович, Філь Юрій Ярославович, Дутка Роман Ярославович, Трутяк Ігор Романович плідно співпрацюють з лікарями клінічного госпіталю. У ЛКГ функціонують: клініка хірургії (хірургічне відділення, відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії, ендоскопічний кабінет); клініка терапії (терапевтичне, кардіологічне та фізіотерапевтичне відділення); клініка неврології та реабілітації хворих (неврологічне та відділення народної та нетрадиційної медицини); інфекційне; шкірно-венерологічне; стоматологічне відділення; клініка амбулаторно-поліклінічної допомоги (денний стаціонар та мобільний лікувально-діагностичний комплекс); приймальне, рентгенологічне відділення, клінічна лабораторія, аптека. ЛКГ – це орган забезпечення ДПСУ, клінічна, навчальна, методична база служби охорони здоров'я ДПСУ, що забезпечує діагностичні, лікувальні, профілактичні та реабілітаційні заходи. Це регіональний медичний центр всієї західної ділянки Державного кордону України, межує з Республікою Польща, Румунією, Словаччиною, Угорщиною, Білорусією та Молдовою. У зоні своєї відповідальності охоплює 7 областей: Львівська; Волинська; Івано-Франківська; Закарпатська; Рівненська; Чернівецька; Тернопільська.

Для надання лікарської допомоги та проведення поглибленого медичного обстеження особового складу підрозділів, що виконують завдання з охорони Державного кордону у 2003 р. створено пересувний кабінет (мобільний лікувально-діагностичний комплекс) ЛКГ ДПСУ. Основними завданнями його є здійснення лікувально-профілактичного забезпечення в межах зони відповідальності; забезпечення готовності до роботи в разі стихійного лиха, техногенних аварій, терористичних актів та в інших екстремальних умовах мирного часу; проведення заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я особового складу. Наявний санітарний транспорт дозволяє перевозити хворих на далекі відстані, у межах міста, для проведення лабораторних досліджень, рентген-обстеження на дому. "Мерседес-Бенц 609D" застосовується як універсальний автомобіль, на базі якого можна проводити оперативні втручання, стоматологічну допомогу, застосовувати увесь комплекс лікувально-діагностичного обладнання. "Рено-Мастер" – це сучасний оснащений реанімообіль подарований у 2012 р. ЛКГ ДПСУ колегами з Люблінської служби екстреної медичної допомоги.

Щорічно силами МЛДК здійснюється огляд біля 4 тис. чоловік із загальним пробігом близько 17 000-20 000 км. МЛДК здійснює до 50 виїздів щороку для надання невідкладної допомоги, евакуації та транспортування хворих та травмованих у межах зони відповідальності, близько 500 виїздів для забезпечення медичної допомоги на дому у Львові. З 2006р., окрім виконання покладених на нього завдань, з метою підвищення кваліфікації лікарського складу і середнього медичного персоналу з надання невідкладної медичної допомоги, МЛДК приймав активну участь у різноманітних заходах і змаганнях з питань невідкладної допомоги, що проходили як в Україні, так і за її межами. Участь у подібних заходах команди ЛКГ ДПСУ, незважаючи на те, що надання екстреної медичної допомоги не є прямим завданням наших медиків, дозволяє підвищувати професійну майстерність, навички орієн-

тування і прийняття правильних рішень в складних ситуаціях, тому що адекватна та своєчасна допомога на догоспітальному етапі, правило “золотої години” є, у багатьох випадках, основним критерієм, який дозволяє проводити подальше лікування хворих. Також це надає нам можливість набувати досвід надання невідкладної допомоги згідно Європейських стандартів, що набуває великої актуальності в рамках транскордонної співпраці з закордонними колегами.

Неординарною подією у 2006р. стала участь МЛДК у Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні питання теорії та практики медицини катастроф» у Тернополі за участю представників НАТО. Під час практичної частини на навчально-тренувальному центрі підготовки офіцерів медичної служби запасу було проведено спільне показове навчання “Надання першої і долікарської медичної допомоги, організація сортування у медичній роті механізованої бригади із врахуванням стандартів НАТО і реалій вітчизняної медицини”, у якому брали участь представники України, НАТО, станції швидкої допомоги Бельсько-Бяла (Польща). Представниками ЛКГ ДПСУ на базі санітарного автомобіля був розгорнутий МЛДК, який брав безпосередню участь у спільному показовому навчанні.

Першим випробовуванням для ЛКГ була участь у I Міжнародному конкурсі швидкої медичної допомоги та науково-практичній конференції-семінарі “Організація екстреної медичної допомоги: світовий досвід” (Тернопіль червень 2008р.) [5]. За результатами конкурсу команда була нагороджена кубком міського голови Тернополя та подякою керівництва Тернопільського державного медичного університету ім. Горбачевського. У 2008р. команда МЛДК приймала участь у «Других Галицьких Медичних Ралі», на яких була нагороджена дипломом начальника ГУОЗ ЛОДА та голови Львівської обласної організації профспілок працівників охорони здоров'я України – за високу майстерність при наданні екстреної медичної допомоги.

У 2009р. команда МЛДК приймала участь у Національних змаганнях – «Галицькі Медичні Ралі 2009», на яких зайняла II місце та нагороджена грамотою начальника ГУОЗ ЛОДА, почесними дипломами і цінними подарунками. У 2010р. команда виборола II місце серед вітчизняних команд у II Міжнародному медичному конкурсі швидкої та екстреної допомоги (Тернопіль), за що була нагороджена кубком за та кубками за I місце в конкурсі «Стара фортеця», за II у конкурсах «Сюрприз» і «Помилка пілота», цінними подарунками від польської компанії «REAGO, як команда, що діє згідно європейських стандартів.

У 2011р. у Подільському Міжнародному конкурсі швидкої медичної допомоги (Кам'янець-Подільський) команда МЛДК була нагороджена кубком та грамотою за II місце у конкурсному етапі «Не той день». У 2012 р. команда була нагороджена дипломами та грамотою за III місце у IV Національному відкритому чемпіонаті бригад швидкої медичної допомоги (Рівне).

Вперше у історії ДПСУ, за сприяння наших колег і друзів з фірми «Парамедика-Польща», начальник госпіталю та начальник клініки хірургії як спостерігачі відвідали міжнародні змагання з медичного рятівництва у м.Бялисток (Польща 2008 р.). Це стало стимулом створення бригад невідкладної допомоги у ЛКГ за взірцем польських колег. У січні 2009 р. команда госпіталю вперше запрошена на IV Міжнародні зимові змагання з медичного рятівництва (м.Щирк Польща), на яких зайняли II місце серед іноземних екіпажів. У січні 2010р. на таких же змаганнях команда МЛДК зайняла II місце серед іноземних екіпажів та була нагороджена почесним кубком.

Нарешті у 2010 р. на V відкритих змаганнях Шльонського воєводства з медичного рятівництва (Рацібож, Польща) команда була нагороджена кубками за I місце в конкурсі «Дерево», «Краща іноземна команда». Загалом команда Львівського клінічного госпіталю прикордонної служби приймала участь у багатьох змаганнях та навчаннях сил екстреної медичної допомоги, зокрема у IV Міжнародних іграх-змаганнях швидкої медичної допомоги» (Литовська Республіка) у 2010 р., VI відкритих змаганнях Шльонського воєводства з медичного рятівництва (Пштина Польща), у VI Міжнародних зимових змаганнях з медичного рятівництва 2011р. (Щирк, Польща).

Особливою була участь у IV Міжнародних змаганнях і навчаннях з тактичної медицини “Пара-медік 2011” (Гданськ, Польща). Основний принцип тактичної медицини – проведення правильного аналізу тактичної ситуації, що забезпечувало б відмінний медичний результат для пацієнтів. Учасники повинні були показати свої тактичні навички, навички стрільби і навички надання медичної допомоги в екстремальних умовах.

Здобутки у міжнародних змаганнях стали поштовхом до запровадження у госпіталі щотижневих занять-тренажів з надання невідкладної допомоги при різноманітній патології із залученням волонтерів, використанням досвіду учасників змагань та участю усіх лікарів та медичних сестер госпіталю. Неодноразово проводились сумісні показові тренінги з інструкторами медичного рятівництва, фірми «REAGO» (Польща) у відповідності до Програми Добросусідства Польща-Білорусь-Україна та підготовки транскордонної медичної співпраці до «Євро-2012». Наші медики пройшли навчання за програмою тренінгів по невідкладних станах, які були організовані Львівським обласним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Щорічно проводяться тактико-спеціальні навчання: «Організація проведення санітарно-гігієнічного та протиепідеміологічного забезпечення органів охорони кордону та забезпечення Західного регіонального управління при масовому надходженні інфекційних хворих». Особовий склад ЛКГ удосконалює навички з питань дії в умовах суворого протиепідемічного режиму та масовому поступленні інфекційних хворих. Щорічно проводиться тактико-спеціальні заняття на тему: «Організація роботи органів управління клінічного госпіталю при масовому надходженні поранених та хворих». Удосконалюються навички з оцінки обстановки, проведення оперативно-тактичних розрахунків, розгортання ЛКГ для масового прийому хворих.

Велика увага приділяється підготовці висококваліфікованого середнього медичного персоналу. Наші медичні сестри є постійними учасниками конкурсу “Краща за професією”, який щорічно проводиться управлінням служби охорони здоров’я ДПСУ м. Київ. Слід зауважити, що при проведенні конкурсів надання невідкладної медичної допомоги одне з обов’язкових питань, яке відпрацьовується практично із залученням волонтерів та проведенням інсценування того чи іншого невідкладного стану.

На запрошення директора екстреної медичної допомоги Кракова (Польща) у 2011р. делегація у складі начальника управління охорони здоров’я ДПСУ, начальника ЛКГ, начальника клініки хірургії ЛКГ, прийняла участь у святкуванні 120-ти річчя Краківської «Швидкої допомоги» та Дня загальнопольського рятівництва під патронатом Міністерства охорони здоров’я Республіки Польща. На урочистому засіданні делегація прикордонних медиків за плідну багаторічну співпрацю отримала цінний подарунок. Проведено обговорення питань медичного рятівництва за участю Міністра охорони здоров’я Республіки Польща. Начальник управління охорони здоров’я ДПСУ генерал-майор медслужби Мегедь В.П. нагороджений почесною медаллю загальнопольської організації медичних рятівників. У жовтні 2012р. заступник начальника ЛКГ з медичної частини був запрошений на святкування Дня медичного рятівника, де проводилися ділові зустрічі з заступником Міністра охорони здоров’я Польщі, проведено урочисті заходи, у ході яких нагороджено Подякою Міністра охорони Польщі командувача ЗхРУ генерал-лейтенанта Горбенко А.І., відзначено пам’ятними знаками «Серце Солідарності» полковників медслужби Карнауха М.І. та Іващенко А.А. Добросусідські стосунки дозволили започаткувати навчання медиків ЛКГ у провідних клініках Республіки Польща. У Краківській клінічній лікарні ім. Редигера пройшли навчання три хірурги, один травматолог та лікар-гінеколог, у Варшавському медичному університеті лікар-терапевт, у Шльонському медичному університеті лікар-кардіолог.

Колективом госпіталю ДПСУ проведено науково-практичні конференції на тему: «Сучасні підходи до лікувально-діагностичного процесу. Підготовка медичної галузі до ЄВРО-2012» та «Підсумки діяльності служби охорони здоров’я у 2012 році. Проблемні питання та шляхи їх вирішення» у яких взяли участь провідні фахівці Львівського Національного медичного університету ім. Данила Галицького, Тернопільської державної медичної академії ім.Горбачевського, Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Військово-медичного клінічного центру Захід-

ного регіону, лікарський склад ЛКГ ДПСУ, представники Київського та Одеського клінічних госпіталів ДПСУ. Перед початком конференції проведено показовий виступ медичних бригад ЛКГ, Львівського обласного центру екстреної медицини та медицини катастроф та медичної бригади внутрішніх військ.

У листопаді 2010 р. керівництво ЛКГ прийняло участь у міжвідомчій робочій нараді з питань взаємодії ДПСУ, Державної митної служби України щодо надання екстреної медичної допомоги, зокрема іноземним громадянам, та врегулювання питання санітарно-епідеміологічного контролю на пунктах пропуску через Державний кордон, під керівництвом першого заступника Міністра охорони здоров'я Лисака В.П. У вересні 2011р. у Львові, на території розташування батальйону міліції «Беркут» проводились спільні навчання відомчих медичних закладів, а саме ГУМВС, військових частин внутрішніх військ та військ частин внутрішніх військ і інших відомств при виконанні завдань за умов виникнення надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, а також під час ліквідації масових заворушень при проведенні фінальної частини чемпіонату Європи з футболу «Євро-2012». У них працівники МЛДК Львівського госпіталю ДПС України показали себе з найкращої сторони. Сумісні навчання медичних бригад «відомчої медицини» на території Львівщини проводились вперше та показали злагожену роботу при виникненні надзвичайних ситуацій.

Висновки

Узагальнивши вищевикладені питання, можна зробити висновок, що участь персоналу ЛКГ ДПСУ у навчаннях та конференціях, незважаючи на те, що надання екстреної медичної допомоги не є прямим завданням наших працівників, дозволяє підвищувати професійну майстерність, навички орієнтування і прийняття правильних рішень у складних ситуаціях.

Участь колективу ЛКГ ДПСУ у міжнародних змаганнях бригад швидкої медичної допомоги значно підвищує авторитет як ЛКГ так і ДПСУ в медичному просторі України і за кордоном, дозволяє налагодити взаємовигідні контакти, забезпечити надання невідкладної допомоги.

За три роки 6 лікарів госпіталю прийняли участь у змаганнях у якості спостерігачів, 10 лікарів неодноразово брали участь, як керівники бригад. 10 медичних сестер та 4 водія здобули неоціненний досвід дій у екстремальних ситуаціях на рівні міжнародних стандартів.

ЛКГ ДПСУ спроможний забезпечити роботу чотирьох медичних бригад екстреної медичної допомоги, які пройшли відповідну теоретичну та практичну підготовку. Проведено кадрове забезпечення (лікарський склад та середній медичний персонал, водії), а також відповідно оснащення спеціальним транспортом. Проводиться подальша постійна робота по підготовці та удосконаленню персоналу ЛКГ ДПСУ до надання невідкладної допомоги.

Таким чином, створення бригад невідкладної медичної допомоги (мобільного лікувально-діагностичного комплексу) є дієвою інновацією у роботі Львівського клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України.

Список літератури

1. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей Верховна Рада України; Закон від 20.12.1991 № 2011-XII.
2. Закон України від 05.07.2012 р. № 5081 «Про екстрену медичну допомогу».
3. Черняков Г.О., Кочін І.В., Сидоренко П.І. Медицина катастроф. – К.: "Здоров'я", 2001. – 348с.
4. Протоколи з надання екстреної медичної допомоги у разі невідкладних станів /В.Ф.Москаленко, Г.Г.Рощін. – Київ, 2001.
5. Дубицкий А.Е., Семенов И.О., Чепкий Л.П. Медицина катастроф. – К.: "Здоров'я", 1993. – 462 с.
6. Гудима А. А., Герасимів І. М., Кулянда І. С., Ляхович Р. М., Перший Міжнародний конкурс швидкої медичної допомоги — етап у реалізації державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги в Україні. – Медицина неотложных состояний, 3-4(22-23) 2009 р.

Стан і перспективи розвитку клінічної імунології та алергології в Україні

Чоп'як В. В., Потьомкіна Г. О., Батюк І. Г.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м.Львів, Україна

Анотація: У роботі подається загальна характеристика імунологічної та алергологічної служби, її місце в структурі організації системи охорони здоров'я України. Проведений детальний аналіз існуючих недоліків цієї служби, шляхів взаємодії клініцистів різних спеціальностей, визначені основні задачі та перспективи подальшого розвитку клінічної імунології та алергології.

Ключові слова: імунологічна та алергологічна служба, імунологічні лабораторні дослідження, імунологічний центр, лікар клінічний імунолог, лікар алерголог

Condition and prospects of clinical immunology and allergology in ukraine

Chopyak V. V., Potomkina H. O., Batyuk I. H.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Summary: In the paper is showed the general characteristic of the Immunological and Allergological service and its place in the structure of the health system of Ukraine. There are presented the detailed analysis of the existing shortcomings of the service, ways of interaction between clinicians of the different specialties, the basic problems and development prospects of Clinical Immunology and Allergology.

Keywords: Allergological and Immunological Service, immunological laboratory tests, immunological center, clinical immunologist, allergologist

Еволюція формувала систему імунітету близько 500 млн. років. Цей шедевр природи захоплює нас красою гармонії і доцільністю. Наполеглива зацікавленість вчених різних спеціальностей розкрила перед нами закономірності її функціонування і створила в останні 110 років науку «Медична імунологія». Клінічна імунологія - молодий розділ медичної науки, але вже перші результати її застосування в профілактиці та лікуванні відкривають широкі перспективи. Межі можливостей клінічної імунології повністю передбачити поки що тяжко, але вже зараз з упевненістю можна сказати - в цьому новому розділі науки лікарі набувають могутнього союзника в профілактиці і лікуванні інфекцій.

Успіхи цивілізації, науково-технічний прогрес, досягнення медицини, на жаль, не привели до зниження інфекційних і неінфекційних хвороб серед населення планети. Навпаки, зростає число онкологічних, серцево-судинних, респіраторних, ендокринних захворювань, нервово-психічних розладів. З'явилася група нових, так званих емерджентних інфекцій, в тому числі ВІЛ-інфекція/СНІД, парентеральні гепатити та інші. Однією з причин такого становища є зниження колективної резистентності населення планети в результаті глобального несприятливого впливу на організм людини, в першу чергу, соціальних факторів (недостатнє і неповноцінне харчування), екологічних (забруднення атмосфери і довкілля техногенними факторами), медичних (неадекватне застосування деяких лікарських засобів зі сторони лікарів та самолікування зі сторони хворих, споживання наркотиків, зловживання алкоголем, вплив частих стресів) тощо. Всі ці причини негативно впливають на імунну систему, викликають імунозалежні хвороби. Дякуючи винятковим успіхам, які були досягнуті фундаментальною імунологією за минулі 30-40 років, за останні роки різко зросло розуміння визначальної ролі клінічної імунології, як самостійної медичної дисципліни. Впровадження в клініку досягнень клінічної імунології відкрило широкі перспективи в боротьбі з інфекційними, онкологічними, алергічними та аутоімуними захворюваннями, імунодефіцитами, проведенні трансплантації, лікуванні імунозалежного безпліддя тощо.

Все це стало підставою для створення імунологічної та алергологічної служби в Україні.

Отже, структура служби клінічної імунології та алергології в Україні включає:

1. Головний спеціаліст з питань клінічної імунології та алергології МОЗ України.
2. Регіональні, обласні (міські) медичні центри клінічної імунології та алергології.
3. Відділення клінічної імунології та алергології (імунотерапії) стаціонарів.
4. Кабінети клінічної імунології та алергології поліклінік.
5. Лабораторії імунології та алергології.

До складу медичних центрів входять: 1) консультативно-поліклінічне відділення; 2) клінічне відділення; 3) лабораторно-діагностичне; 4) імунореабілітаційне відділення

Відомі різні види імунозалежної патології: первинні/вроджені та вторинні/набуті імунодефіцити й імунодефіцитні порушення, алергічні, імунопроліферативні та аутоімунні захворювання, синдроми, що протікають у вигляді рецидивів інфекційно-запальних процесів тощо. Така імунозалежна патологія виявляється при обстеженні хворих з різними хворобами (бронхолегеневими, печінковими, нирковими, хронічними запальними, іншими соматичними захворюваннями). Незалежно від конкретного клінічного діагнозу, як правило, виявлялися Т-лімфоцитарні або комбіновані лімфоцитарно-фагоцитарні імунодефіцити чи синдроми (порушення), дисімуноглобулінемії та інші зміни стану імунної системи. За останні роки в Україні спостерігається ріст таких імунозалежних захворювань, як поліавтоімунні, поліалергічні, імунозалежні інфекційні, у зв'язку з чим виникає необхідність надання високоспеціалізованої допомоги таким хворим.

Поширеність первинних імунодефіцитів в Європі складає 0,2-0,5%, набутих/вторинних імунодефіцитних порушень ВІЛ-неасоційованих – 8-15%, аутоімунних хвороб - 10-12% від загальної чисельності населення. Серед них, 20% хворих потребують консультацій лікарів-імунологів (проведення вакцинації, підбір імуносупресивних чи імуностимулюючих препаратів, лікування септичних чи інших інфекційно-запальних ускладнень, їх профілактики тощо).

Спеціалізована імунологічна допомога надається хворим у всіх областях України. Функціонує центр клінічної імунології та алергології при Інституті урології АМН України, інститут клінічної імунології та алергології при Національному медичному університеті імені О.О.Богомольця; три регіональні медичні центри клінічної імунології та алергології (м. Львів, м. Донецьк, м. Харків); 12 обласних медичних центрів клінічної імунології та алергології. Імунологічні кабінети відкриті у всіх областях України, окрім Київської, Луганської областей та АР Крим. В Україні функціонує одне імунотерапевтичне відділення в м. Києві. Кожний обласний центр України забезпечений обласними спеціалістами з клінічної імунології та алергології. Всього нараховується 24 обласних спеціалістів з клінічної імунології (відсутній головний спеціаліст в АР Крим). Однак, у всіх областях України спостерігається недостатнє кадрове забезпечення, а в Київській області та АР Крим відсутні ставки лікарів імунологів, а цю службу приєднали до пульмунологічної.

Підготовка кадрів з клінічної імунології та алергології проводиться на базі кафедри клінічної імунології та алергології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та Донецького національного медичного університету імені М. Горького. Обласні спеціалісти проходять атестацію в Центральній атестаційній комісії МОЗ України, яка працює згідно до графіку (4 рази на рік), а її склад затверджений департаментом кадрової політики МОЗ України.

Діагностична, лікувальна та профілактична допомога надається хворим на різні види імунодефіцитів. Хворі на первинні імунодефіцити знаходяться на диспансерному обліку. Консультативна імунологічна допомога надається хворим на поліаутоімунні, поліалергічні, комбіновані імунопроліферативні, онкологічні хвороби, з ускладненими септичними станами, з імунопатологічними й імуноконфліктними синдромами, післявакцинальними подіями.

Таблиця 1. Стан захворюваності на імунозалежну патологію серед населення України в 2011-2012 р.

Діагнози імунодефіцитів за МКХ-10	2011р.	2012р.
-----------------------------------	--------	--------

	<i>абсолютна кількість хворих / на 100 тис населення</i>	
D80-D83 первинні/вроджені імунodefіцити	120/0,3	134/0,3
D84.8 інші імунodefіцитні порушення	23082/75,0	20186/44.8
D84.9 інші неуточнені імунodefіцити	5802/15,2	5484/12.1
ВІЛ/СНІД	1010/2,6	1281/2,8
D86 саркоїдоз	199/0,5	247/0,5
D89.8 інші порушення із залученням імунного механізму уточнені	29211/76,8	28478/63.2
D89.9 інші порушення із залученням імунного механізму не уточнені	18277/48,0	15487/34.4

Рівень захворюваності населення на імунозалежну патологію та діяльність служби клінічної імунології та алергології аналізуються на основі звітів головних обласних спеціалістів. Всього за 2012/2011 рік в Україні проведено консультацій 107812/99101 або 2,3 на 1000 населення; проконсультовано 87519/71689 хворих або 1,9 на 1000 населення, в тому числі: амбулаторно-консультативна допомога була надана – 1,5/2,5 на 1000 населення; стаціонарно-консультативна – 0,2/0,5 на 1000 населення; стаціонарна – 0,1/0,3 на 1000 населення. Отже, у 2012 р. порівняно з 2011 р. збільшилося на 22% число проконсультованих хворих з імунозалежною патологією, в т.ч. збільшилася в 1,7 рази амбулаторно-консультативна й у 2,5 рази стаціонарна допомога. Спеціалізована медична допомога надається 25-30% хворим, які проживають у сільській місцевості. У структурі набутих/вторинних імунodefіцитів переважають імунodefіцити інфекційного генезу – 60,0%. Серед інших порушень із залученням імунного механізму переважають: синдром стійкої гіпертермії, синдром хронічної втоми та лімфаденопатії. У 2,5 рази частіше почали діагностуватися синдром тривалої лімфаденопатій на синдром тривалої гарячки неясного генезу.

Як видно з поданих даних таблиці 1, зменшилося число хворих з неуточненими імунodefіцитами та іншими не уточненими й уточненими порушеннями із залученням імунного механізму. До лікарів клінічних імунологів більшою мірою зверталися за спеціалізованою медичною допомогою хворі на аутоімунні та онкологічні хвороби. У 2012 році не зафіксовано летальних випадків серед хворих на імунodefіцити.

Активно працює Українське товариство фахівців з імунології, алергології та імунореабілітації, президентом якого є професор Кайдашев Ігор Петрович.

Готуються доповнення до клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим з імунними захворюваннями та оновлена й адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Загальний варіабельний імунodefіцит», «Саркоїдоз».

Існують фахові видання зі спеціальності клінічна імунологія та алергологія: журнали «Імунологія. Алергологія. Інфектологія», «Імунологія та алергологія», які внесені до списку видань Державної атестаційної комісії. Регулярно проводиться розробка пам'яток, методичних рекомендацій, інформаційних листів тощо. Головний спеціаліст МОЗ України проводить виїзdnі консультації, бере участь у роботі Центральної атестаційної комісії МОЗ України, Формулярного комітету МОЗ України; є консультантом експертного центру МОЗ України.

За останні два десятиліття частота алергічних захворювань (АЗ) істотно зросла. У світі кількість осіб, схильних до розвитку АЗ, коливається, за даними літератури, в різних популяціях від 20 до 50%. Основними чинниками, що зумовлюють розвиток алергії, є спадкова схильність і шкідливі фактори довкілля. Розвиток цивілізації та урбанізації, синтез нових хімічних сполук, які володіють сенсibiliзуючими властивостями, погіршення екологічної ситуації дають вченим підстави вважати, що ХХІ століття стане століттям алергічних захворювань.

Алергологічна служба України має певні недоліки. У першу чергу, в нашій країні не було і немає справжнього наукового центру - Інституту, в якому проводилися б сучасні наукові дослідження в сфері теоретичної та клінічної алергології. У Російській Федерації, наприклад, працюють кілька інститутів

імунології та алергології. Не викликає сумнівів той факт, що відсутність серйозних наукових досліджень виключає або дуже звужує перспективу розвитку будь-якої галузі. Так, за офіційними даними в Україні реєструється близько 0,1-0,2% хворих на алергічний риніт і близько 0,2-0,4% - на бронхіальну астму (два алергічні захворювання, які найчастіше зустрічаються). Натомість, дані світової літератури свідчать про те, що до 20% населення страждають на алергічний риніт, 7-9% - на бронхіальну астму. У зв'язку з цим, можна припустити, що в Україні виявляється приблизно один з кожних 20 хворих на бронхіальну астму та один з 40-60 хворих на алергічний риніт. У зв'язку з тим, що лікарі алергологи серйозно не займаються вивченням етіопатогенетичних механізмів формування алергопатології, алергічний риніт часто трансформується в бронхіальну астму. Реєстрація таких алергічних захворювань як харчова, лікарська алергії, кропив'янка, відбувається довільно і число таких хворих загалом невідомо.

В Україні більша частка хворих на алергічні захворюваннями виявляється за числом звертань до лікарів різних спеціальностей (98%). Це стає причиною встановлення неправильних діагнозів, відсутності достовірної статистичної звітності щодо хворих на алергічні хвороби. Ймовірність помилки в постановці діагнозу особливо велика з боку терапевтів і педіатрів (80% помилок), дерматологів (60% випадків), отоларингологів (50%), навіть алергологів (30%). Це свідчить про недосконалість нашої алергологічної служби, дефіцит наукових знань, недоліки підготовки як лікарів широкого профілю, так і лікарів-алергологів. Відсутність науково-дослідного інституту, який би займався проблемами алергології, недостатній обсяг епідеміологічних і аеропалінологічних досліджень, недосконалість вузівських програм, погане оснащення, низький рівень наукових знань вимагають прийняття нових рішень, диктують необхідність реорганізації алергологічної служби.

Не викликає сумнівів, що особливе місце серед діагностичної служби клінічної імунології та алергології займає лабораторна діагностика. Завдяки цій галузі медицини, практикуючі лікарі отримують значну частину об'єктивної діагностичної інформації, яка необхідна для своєчасного прийняття правильного клінічного рішення і здійснення контролю за ефективністю проведеного лікування. Економічні і соціальні зміни в нашому суспільстві протягом останніх років привели до значного погіршення стану імунологічної лабораторної служби в Україні. Забезпечення імунологічних лабораторій обладнанням, реактивами, контрольним матеріалом серйозно відстає від сучасних вимог. Більшості хворим взагалі недоступні сучасні методи лабораторної діагностики. Окрім того, залишається на низькому рівні інформованість лікарів-клініцистів щодо діагностичної значущості й правильної інтерпретації результатів, які отримані з використанням сучасних методів лабораторної діагностики. Для подолання цих недоліків необхідно провести реформування лабораторної структури, в т.ч. імунологічної, приймаючи до уваги світовий і європейський досвід організації клініко-лабораторної діагностики. До інших напрямків реформування відноситься централізація лабораторних імунологічних досліджень після проведення паспортизації лабораторної служби в усіх регіонах; розробка і запровадження стандартів й нормативних документів, які регламентують роботу лабораторної служби; створення системи гарантії якості, організація внутрішнього та зовнішнього контролю якості лабораторних досліджень; створення умов для централізації й автоматизації лабораторних досліджень тощо.

Згідно останніх світових тенденцій одним з важливих напрямків, скерованих на покращення охорони здоров'я, стає інформатизація галузі. У зв'язку з цим на кафедрі клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького створюється експертна веб-орієнтована система «Immunology», яка дозволить здійснити системний підхід до оцінки стану здоров'я пацієнтів з імунозалежною патологією, провести всебічний аналіз ефективності їх лікування. Основною метою вказаної системи є підвищення ефективності функціонування робочого місця лікаря клінічного імунолога чи лікаря алерголога за рахунок впровадження в практику нових методів обстеження та алгоритмів діагностики захворювання, прогнозування ризику розвитку імунозалежних синдромів, базуючись на скаргах хворого, даних клінічного, лабораторного, в т.ч. імунологічного дослідження. Планується впровадження доступу інших спеціалістів до уніфікованої нозологічно-орієнтованої схеми обстеження хворого через Інтернет. Використання веб-орієнтованої системи

«Immunology» дасть можливість визначати інтегральний індекс тяжкості хвороби для кожного окремо взятого пацієнта, відстежити в часі зміни його стану. Завдяки програмі «Immunology» з'явиться можливість систематизувати певний діагностичний алгоритм, який враховує досвід та професійну інтуїцію лікаря; оперативно отримувати найновішу інформацію щодо сучасних методів діагностики, лікування та здійснювати моніторинг даних клінічного та лабораторного імунологічного обстеження. Для провідних спеціалістів клінічних імунологів та алергологів з'явиться (при наявності коду доступу) можливість проведення аналізу інформаційних даних існуючої бази, на основі чого можливі аналітичні узагальнення, формування висновків, скерованих на покращення рівня здоров'я певного регіону.

Незважаючи на значне і прогресуюче зростання числа імунозалежних захворювань, економічний стан України не дозволяє покращити імунологічну та алергологічну службу. Тому раннє виявлення та лікування імунозалежних, в т.ч. алергічних захворювань можливе тільки шляхом залучення до вирішення цього завдання лікарів широкого профілю. Реальний вихід, який можна реалізувати - це проведення скринінгу з ретельним вивченням анамнезу хворого, починаючи з районної лікарні. Ця робота повинна здійснюватися сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами, отоларингологами, дерматологами в рамках їх роботи. Вимагає модернізації і сама діагностика імунозалежної патології. Необхідно відмовитися від використання необґрунтованих методів діагностики, проводити заходи щодо поліпшення охоплення хворих сучасними лікувальними технологіями, більш широко впроваджувати специфічні методи діагностики та лікування. Необхідно також більш активно проводити фармакоеконімічні дослідження, результати яких застосовувати при розробці формулярів різного рівня, стандартів і клінічних протоколів лікування основної імунозалежної патології, що дозволить значно підвищити якість лікування, оптимізувати використання обмежених фінансових ресурсів охорони здоров'я України. Через недостатній розвиток фундаментальних і прикладних медико-біологічних наук спостерігається значне відставання впровадження сучасних досягнень біотехнології та генної інженерії у вітчизняну практичну медицину. Тому, на сьогодні спостерігається низький рівень розвитку власних біотехнологічних виробництв, медикаментозної бази імунологічних препаратів. Окрім того, до істотних факторів, які стримують розвиток сучасної клінічної імунології та алергології в нашій країні належать: висока вартість імуноотропних препаратів; відсутність єдиних стандартів алгоритмів діагностики й лікування імунозалежних захворювань; недостатній рівень професійної підготовки лікарів у медичних ВУЗах, на курсах підвищення кваліфікації за спеціальностями «Клінічна імунологія» та «Алергологія»; значний кадровий дефіцит лікарів клінічних імунологів.

Для удосконалення організації імунологічної та алергологічної допомоги в Україні пропонується: 1) зобов'язати керівників медичних закладів впроваджувати в практичну роботу накази МОЗ України про розвиток клінічної та лабораторної імунології в Україні; штатні нормативи; розробку і затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим з імунними захворюваннями; створення обласних/міських медичних центрів клінічної імунології та алергології та імунореабілітаційних відділів у їх складі; 2) проводити раннє виявлення та диспансерне спостереження за імунокомпromетованими особами, проведення цим хворим специфічної та неспецифічної профілактики, а при необхідності - надання спеціалізованої медичної допомоги; 3) впровадити реєстр післявакцинальних реакцій та ускладнень, в т.ч. через Інтернет; 4) стандартизувати скринінгові лабораторні імунологічні методи і вимагати їх впровадження в усіх лабораторно-діагностичних відділах обласних/міських центрів клінічної імунології та алергології, запровадити регіональні норми імунологічних лабораторних показників; 5) ввести в роботу клінічних імунологів та алергологів затверджені реєстраційні імунологічні карти; впровадити комп'ютерну систему аналізу надання медичної допомоги населенню України та комп'ютерні програми «Імуноскрін» та «Імунолаб»; 6) запровадити сучасні скринінгові програми обстеження різних груп населення України для оцінки стану їх імунної системи, створити Національний реєстр хворих на імунодефіцити й імунозалежну патологію, організувати генетичне обстеження таких хворих; 7) в обласних/міських центрах клінічної імунології та алергології кожної області України організувати спеціалізовану стаціонарну допомогу імунологічним хворим; 8) вдосконалювати

знання з питань клінічної імунології та алергології серед сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів, ревматологів, пульмонологів, отоларингологів; ввести спеціальний курс викладання клінічної імунології для лікарів інфекціоністів, ревматологів, пульмонологів, нефрологів, онкологів та дерматологів, які найчастіше займаються лікуванням хворих з проявами імунодефіцитів; організувати спеціальну підготовку лікарів-лаборантів імунологів з біологічною освітою та середнього медичного персоналу на базах кафедр клінічної імунології та алергології вищих учбових закладів України; на основі досвіду роботи провідних зарубіжних медичних закладів удосконалити підготовку спеціалістів з клінічної імунології та алергології (імунотерапевтів); 9) проводити широку просвітницьку роботу серед громадян України щодо профілактичних заходів з метою попередження розвитку імунодефіцитів різного генезу та інших імунопатій.

Таким чином, є очевидним, що розвиток клінічної імунології та алергології, впровадження їх в практику вітчизняної охорони здоров'я є першочерговою необхідністю як з медичної, так і з соціальної точки зору. Розвиток цієї галузі медицини в Україні дозволить накопичити банк даних імунологічного здоров'я населення в різних регіонах країни, вивчити специфіку імунних порушень та розробити ефективні заходи щодо їх корекції та профілактики, вдосконалити реалізацію імунопрофілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, допоможе розробити систему лікувально-профілактичних заходів, скерованих на зниження захворюваності та попередження хронізації патологічних процесів, зумовлених дисфункцією імунної системи.

Соціальний захист в Україні: погляд в минуле та реалії сучасності

Оксана Блавацька¹, Оксана Стадник²

¹ Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

² Львівська обласна клінічна лікарня

Анотація: Проведено детальний історичний аналіз соціального захисту в Україні, зокрема показано, що у галичині гуманітарна традиція має дуже поважний вік. Вивчення ретроспективи вітчизняного соціального захисту є значимим для формування змісту економічної категорії страхового захисту, що може бути забезпеченим за допомогою страхової медицини, важливим елементом якої є медичне страхування.

Ключові слова: гуманітарна традиція, харитативні заклади, страхові товариства, каси хворих, медичне страхування

Протягом багатьох віків турбота про фізичне здоров'я суспільства була предметом діяльності добродійних організацій, виявленням милосердя. Важкі умови життя та праці зумовлювали погіршення чи втрату здоров'я, життя, каліцтво, а відтак – неспроможність забезпечити себе чи непрацездатних членів родини. Така ситуація вимагала певних гарантій як зі сторони самих працівників, так і роботодавців. Крім того, кожне суспільство піклувалось про своїх громадян опосередковано через добродійні організації, фонди, спілки.

У Європі соціальний захист населення в усі часи був однією із найважливіших державних функцій. Починаючи з глибокої давнини у випадку крайньої необхідності можновладці приходили на допомогу нужденним і хворим. У середні віки до цієї діяльності активно долучалися церква і монастирі, при яких функціонували безплатні лікарні і притулки. Цехові об'єднання ремісників і купецькі гільдії, а також муніципалітети великих міст надавали підтримку членам своїх спільнот.

Про що свідчить ретроспектива вітчизняного соціального захисту? В Україні та, зокрема, у Галичині та Львові гуманітарна традиція має дуже поважний вік. Першими харитативними закладами були давні шпиталі, які у рідкісних випадках служили місцем для лікування хворих, — головне їхнє призначення було давати притулок людям похилого віку та немічним. На це вказує і сама назва шпиталю — *hospitale*, захист для гостей і чужих, притулок. Так і давні наші львівські шпиталі мали, здебільшого, характер таких притулків і будинків для бідних.

Найдавнішим вважається львівський шпиталь Святого Духа. Закладений 1356 року королем Казимиром III, (за іншою версією — німецькими колоністами, можливо, навіть за княжих часів), заснований від початку як притулок для опіки над знедоленими, шпиталь із часом набув також функцій лікувального закладу, проіснував до 1780 року, коли зруйнувався і був розібраний. Іншою давньою установою такого ґатунку є шпиталь св. Лазаря, який заснований у 1616 році. На середину 19 ст. шпиталь виконував функцію притулку, який був закритий у радянські часи [14].

Українська громада утримувала за свої кошти 4 шпиталі. До них належали: шпиталь Успенського братства у Львові (пізніше Ставропігія) з 1507р.; шпиталь при церкві Богоявлення на перехресті теперішніх вулиць кн. Романа та Фредра – з 1538р.; шпиталь при церкві Благовіщення – з 1542р.; четвертий шпиталь згадується при церкві св.Миколая – з 1623р. Усі ці шпиталі проіснували до 18 ст. [16].

Цікавою є історія шпиталю Боніфратрів по вулиці Личаківській, яка розпочалась ще з 14 століття; у 17 ст. за кошти Яна Собеського було засновано фундацію, згідно з якою було розбудовано костел і споруджено шпиталь під опікою Боніфратрів – Братів Милосердя, в тому числі і для колишніх вояків. У 1783р. шпиталь Боніфратрів був переведений у приміщення Колегії Піярів, та, у подальшому, перет-

ворився у найбільш репрезентаційну лікувальну установу Львова – Загальний шпиталь, сучасна Львівська обласна клінічна лікарня. [1, 9, 10].

Починаючи з другої половини 18 століття на теренах Галичини функціонували інституції соціального захисту, які можна умовно поділити на такі групи: заклади для хворих – загальні шпиталі та місцеві лікарні для бідних; будинки для калік; притулки для сиріт, людей похилого віку та інвалідів, закладені на добровільні кошти приватних осіб.

Фахова медична допомога надавалась практично в кожному повітовому місті – функціонувало 16 загальних шпиталів [8]. Найстарішою лікувальною установою, яка забезпечувала лікарський нагляд населенню Східної Галичини, був Львівський загальний (головний) шпиталь у Львові – з 1783 року по даний час [2]. До найдавніших медичних закладів також можна зарахувати шпиталі: в Золочеві – з 1817р., в Самборі – з 1825р., Дрогобичі та Бродах – з 1831р., у Станіславові – з 1841р. У Тернополі – з 1837р. організовано міський шпиталь, у 1874р. він отримує статус загального, у 1898р. збудовано нове приміщення та павільйон для інфекційних хворих. Мали свої загальні лікарні Коломия – з 1835р., Заліщики – з 1838р., Жовква – з 1844р., Бережани – з 1847р., Снятин – з 1847р., Стрий – з 1848р., Сокаль – з 1878р., Бучач – з 1882р., Перемишляни – з 1897р.

Місцеві заклади для хворих поділялись на християнські та єврейські: християнські були, як правило, під опікою Сестер Милосердя, єврейськими опікувались або кагал або національна спільнота. На початок 20 століття таких закладів для хворих на українських землях Галичини нараховувалось 13, з них у 4-х хворими опікувались Сестри Милосердя. До найдавніших можна віднести: лікарня у Краковці, яка була заснована у 1813р.; заклад для хворих у Новосілках – заснований у 1819р. для догляду та лікування хворих та бідних; в Роздолі – з 1823р. Єврейських шпиталів функціонувало 5 – у Львові, Бродах, Тернополі, Болехові та Збаражці [7,8].

Будинки для калік, як правило, засновувались на кошти благодійників. На Галичині їх було 18, з них половина – у Східній Галичині, тобто на теренах сучасної України [8]. З найдавніших можна назвати: фонд бідних у Самборі з метою забезпечення опіки та утримання місцевих бідняків, які не здатні заробляти – з 1549р.; заклад св. Лазаря для калік в Жовкві – з 1628р. З метою утримання людей похилого віку, нездатних заробляти на себе, у 1662р. було створено будинок калік у Станіславові. В Золочеві у 1662р. засновано заклад для утримання, одягання та лікування калік.

Незважаючи на різноманітні назви – заклади і товариства добродійності для догляду, підтримки та виховання сиріт та інших потребуючих – усі ці добродійні організації та установи, було закладено та утримувались на кошти приватних осіб, за рахунок внесків мешканців наших міст та сіл, не мало значення – чи то були багаті аристократи, чи прості міщани та селяни.

Деякі добродійні товариства варті особливої уваги, поза як за роки функціонування ними зроблено багато добрих справ. Поміж іншими це: Інститут бідних християн у Львові: існує з 1785р. відповідно до декрету імператора Йосипа II, мета – утримання непрацездатних християн, мешканців Львова та прилеглих територій; та Товариство дам добродійності у Львові, яке створене у 1816р. з метою підтримки збіднілих родин[5].

Дуже мало є інформації про лікарські фонди допомоги. Поза тим, ще у 1867 році при створенні Товариства галицьких лікарів одним із пріоритетних положень в статуті було функціонування фонду допомоги вдовам та дітям померлих лікарів, який був чинний до другої світової війни [4]. Упродовж багатьох років лікарі Загального Шпиталю та клінік утримували фонд своїми членськими внесками, а також безоплатно лікували та обстежували безробітних, про що неодноразово оголошувалось на сторінках преси [3, 6].

Тогочасне суспільство турбувалось про своїх військових інвалідів, зокрема, в часи безкінечних воєн, революцій та лихоліть. Фундації інвалідів функціонували по усій Галичині. На українських землях їх було близько півтори десятка, в підпорядкуванні військовим, або повітовим чи крайовим відділам. Одним із перших у 1816р., на добровільні внески, було створено Галицький провінційний фонд інвалідів для підтримки австрійських військових інвалідів. У 1863р. була створена фундація інвалідів

Пелагії Русановської – для військових інвалідів різних віросповідань. З 1866р. на добровільні внески закладено Галицький фонд військових інвалідів без різниці визнання. Подібні інституції існували не тільки у Львові, а й у Бережанах, Чорткові, Дрогобичі, Коломиї, Нижанковичах, Прилбичах, Золочеві та Станіславові.

На жаль, постійним супутником суспільного життя в усі часи було таке явище, як сирітство. Турбота про дітей, позбавлених батьківського піклування, може і не була пріоритетом державної політики у середні віки, і, насамперед, покладалась на приватних осіб та церкву, та була невід'ємною частиною суспільних відносин, своєрідним лакмусовим папірцем на людяність. У Східній Галичині було створено та функціонувало понад 20 закладів для сиріт: у Львові, Яворові, Болахові, Червонограді, Бродах, Станіславові.

Можна стверджувати, що і в минулі століття харитативна діяльність не обмежувалась тільки будівництвом притулків для знедолених членів суспільства: вже й тоді існували більш вузько функціональні соціальні заклади. З бурхливим розвитком промисловості у 19 ст. соціальне забезпечення переходить поступово до рук держави, яка заходами соціального законодавства втручається в економічні відносини й вимагає соціальної охорони робітників та службовців на випадок хвороби, інвалідності, на старість тощо.

У всьому світі посилилась потреба у страховому захисті, сутність якого полягає в нагромадженні й використанні грошових та інших ресурсів для здійснення заходів із попередження, подолання або знищення негативного впливу ризиків і відшкодування завданих ними матеріальних чи інших збитків. За умов значного дефіциту державного бюджету можливості забезпечення страхового захисту за рахунок централізованого способу організації страхового фонду чи самострахування були дуже обмеженими, що вимагало переорієнтації у системі страхового захисту [18].

Вважається, що вітчизняне медичне страхування зародилося в Одесі в кінці 80-х – на початку 90-х років 19 ст. [12]. У 1927р. медичне страхування (в СРСР) втратило самостійність, а у 1933р. соціальне страхування загалом було передано профспілкам, де поступово позбулося складової медичного страхування [17]. Проте, у 1810р. на внески працівників та урядників тютюнової фабрики (sic!) у Винниках під Львовом було створено заклад для підтримки та лікування хворих працівників фабрики, членів спілки, осіб, котрі втратили свою працездатність та змушені просити милостиню, та з метою виплати коштів на поховання у випадку смерті когось із членів спілки. Установа мала у своєму штаті лікарський персонал [7].

На підставі патенту цісаря з 1852 р. подібні типи страхових товариств (акційні спілки, товариства взаємних забезпечень) створювалися на українських землях під Австрією. Зокрема, у 1892 р. постало українське Товариство «Дністер» з метою страхування від вогню, крадіжок і злому, а у 1911 р. – «Карпатія» з метою страхування життя. Обидва діяли до 1939 р., хоча з деякими обмеженнями: страхування від вогню перебрало від 1935 р. польське монопольне товариство.

З 1889р. у Львові функціонувала Каса хворих міста Львова, у якій у 1894р. було створено відділ забезпечення на випадок хвороби. Забезпечених було поділено на категорії, відповідно до заробітку, під час хвороби забезпечені користувалися безкоштовною лікарською опікою, отримували необхідні ліки. У випадку непрацездатності член Каси хворих отримував денну допомогу, що відповідала місячному вкладу (60% від заробітку). У випадку ж смерті забезпеченого Каса виплачувала на поховання суму, що дорівнювала його 20-кратному денному заробітку.

Товариство «Народна лікарня» створено у Львові у 1902р. за фінансової підтримки митрополита Андрея Шептицького як заклад культурно-гуманістичного спрямування для надання безкоштовної медичної допомоги найбільшій мешканцям Львова та Галичини, незалежно від віросповідання та національності. Крім того, незаможні хворі отримували безкоштовні ліки. Шпиталь утримувався членськими внесками, добровільністю та субсидіями Крайового Сейму та Міської Ради Львова.

За радянської України соціальний захист втратив своє первинне значення, а медичне страхування взагалі було ліквідоване.

Сучасний стан розвитку економіки та ризиковий характер функціонування будь-якого підприємства та життєдіяльності кожної людини зумовлює виникнення системи суспільних відносин з метою попередження, подолання та зменшення руйнівних наслідків стихійного лиха чи інших негативних надзвичайних подій, які у своїй сукупності формують зміст економічної категорії страхового захисту.

Недостатність фінансування за умов гострого дефіциту бюджетних коштів системи соціального забезпечення, загострення демографічної ситуації у державі зумовлюють реформування національної системи охорони здоров'я та системи пенсійного забезпечення, а саме перехід від виключно бюджетного забезпечення до нової бюджетно-страхової моделі, що фінансується за рахунок цільових страхових внесків працівників, підприємств, а також за рахунок бюджетних коштів.

Організація системи охорони здоров'я, яка б гарантувала рівне право кожного громадянина на отримання якісної медичної допомоги, може бути забезпечена за допомогою страхової медицини, важливим елементом якої є медичне страхування.

Запровадження страхової медицини – це не тільки і не стільки зміна кількості джерел фінансування (державний бюджет + відрахування підприємств/організацій + оплата медичних послуг приватним особам у формі додаткових послуг чи страхування здоров'я), скільки перехід на нові форми організації та управління в системі охорони здоров'я та в оплаті праці (відповідно до стандартів надання медичної допомоги та оцінки якості проведеного лікувально-діагностичного процесу за обсягом виконаної роботи), зміна пріоритетів у наданні медичної допомоги (зі стаціонарної на амбулаторно-поліклінічну) і висока якість медичних послуг та їх відповідність соціальним гарантіям страхового полісу, вільний вибір лікаря і лікувально-профілактичного закладу пацієнтом, тощо.

Основними джерелами компенсації фінансових витрат на медичне забезпечення населення країн світу є страхування здоров'я, форми якого дуже різноманітні. Вони різняться за джерелами і умовами фінансування, переліком медичних послуг, організаційними формами їх надання. Як правило, у кожній країні функціонує декілька джерел фінансування страхування здоров'я. На даний час, за даними ВООЗ різноманітні системи страхової медицини поширені у більш ніж 30 країнах, ними охоплено понад 800 млн. осіб із компенсацією з громадських фондів близько 70% витрат на лікування хворих.

З початку 90-х років 20 століття в Україні знову почали виникати певні форми добровільного медичного страхування. Усі загально-страхові компанії почали займатися медичним страхуванням у різних обсягах. В останні роки почало стихійно виникати добровільне страхування в некомерційній формі – так звані лікарняні каси. Але при відносно незначному поширенні добровільного медичного страхування комерційна форма і тут преважує [19,20].

Розробка ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я можлива лише за умов врахування інтересів населення в охороні здоров'я. Такий підхід співпадає з принципами реформування систем охорони здоров'я в розвинутих країнах, проголошених ВООЗ для сучасного етапу [13].

Чи готові українці до медичного страхування? Через невисокий рівень доходів у більшості українських громадян немає можливості одержувати адекватну лікарську терапію. У свою чергу, держава, поки-що, не може в повному об'ємі забезпечити їх страховою медициною. Залишається сподіватись, що обіцянки про впровадження страхової медицини в Україні в 2015-2016рр. будуть виконані.

На жаль, сьогодні українці приділяють дуже мало уваги і часу своєму здоров'ю – медичні обстеження проходять нерегулярно, а до лікарів на прийом йдуть лише у разі крайньої необхідності. Причина нечастих звернень до лікарів пов'язана з банальною недовірою до них та небажанням витрачати гроші на ліки, які вони призначають.

Залежно від фінансового стану українці можуть добровільно купити медичну страхівку і хоч якось гарантувати собі захищеність в питаннях власного здоров'я і здоров'я своїх близьких. Вартість медичної страхівки варіює залежно від терміну дії, порядку оплати, спеціальності та ін.

На даний час в Україні медичну страхівку з мінімальним набором послуг можна придбати за 400 грн., а поліс з оптимальним співвідношенням ціна/покриття ризиків обійдеться українцю в 3-6 тис. грн./рік, повідомляють в страховій групі «PZU Україна». За програмами добровільного медичного страхування в Україні застраховано не більше 2% українців, і переважна їх більшість придбали поліс в рамках корпоративного страхування [21].

Сьогодні мінімальна вартість медичної страхівки, яка покриває тільки оплату лікарських засобів в лікувально-профілактичних установах в амбулаторії і стаціонарі, складає 30 грн./міс. Вартість страхівки з оптимальним набором медичних послуг буде значно вища. Наприклад, для української сім'ї з 2 осіб у віці 17-35 років медична страхівка з покриттям у розмірі 50 тис. грн. обійдеться для кожного майже в 6 тис. грн. на рік.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні розвивається в основному за рахунок корпоративного напрямку, коли платником виступає працедавець.

Ідеальна та ефективна система охорони здоров'я повинна характеризуватися наявністю як конкуренції між закладами охорони здоров'я, так і конкуренції між медичними страховими компаніями. Для підвищення ефективності та покращення функціонування системи охорони здоров'я, уряд повинен запровадити такі заходи як оплата наданих медичних послуг, фінансування відповідно до структури наданих послуг. Більш того, управління закладів охорони здоров'я має бути незалежним та повинне отримати фінансові стимули. Бар'єри до конкуренції між приватними та державними закладами охорони здоров'я мають бути усунуті [15]. У той же час, уряд повинен забезпечити отримання певного рівня медичної допомоги всіма громадянами.

В Україні немає спеціального регулювання приватного медичного страхування. Щоб забезпечити сталу та справедливу систему охорони здоров'я, потрібно регулювати приватне медичне страхування у його взаємодії із системою державного покриття. Таке регулювання визначатиме покриття послуг приватним медичним страхуванням та охоплення закладів охорони здоров'я. Однак через специфіку приватного медичного страхування та потенційного поширеного впливу необхідно ухвалити більш чітке регулювання.

Страхова медицина і українці. На замовлення холдингу «STADA CIS» компанія «GfK Ukraine» провела дослідження споживчих переваг на ринку лікарських засобів, метою якого було встановити, чи знайомі українці з поняттям «страхова медицина», наскільки доцільним для них було б часткове або повне відшкодування вартості ліків по страховому полісу і скільки вони і/або їх сім'ї сьогодні витрачають на ліки. Вибірка склала 1000 українців зі всіх регіонів України. Близько 80% наших співвітчизників знають про термін «страхова медицина», і чим вищий рівень життя респондента, тим більша вірогідність розуміння ним цього терміну.

Актуальність цієї теми зростатиме з кожним роком, оскільки МОЗ України планує прийняти закон про соціальне медичне страхування до кінця 2016р. Це підвищить ефективність національної системи охорони здоров'я і забезпечить якісну і доступну медичну допомогу населенню. Наступним кроком повинно стати введення лікарського страхування, сенс якого полягає в отриманні адекватного і своєчасного лікування за рахунок участі держави у фінансуванні витрат громадян на ліки [11].

Згідно з даними дослідження 64% українців вважають доречним повне або часткове відшкодування вартості ліків по страховому полісу. Тобто, українці готові платити за умови, що частково їм відшкодуватимуть кошти або страхова компанія, або держава. У цей же час близько 20% відповіли на це питання «ні» і більше 15% не змогли дати відповідь.

Як вже зазначалось вище, усереднені дані в цілому по Україні свідчать, що 64% українців вважають за доцільне часткове або повне відшкодування вартості ліків по страховому полісу. Цікаво, що найбільша частка охочих одержати цей вид послуг відмічена в Західному регіоні – понад 72%. У Києві в порівнянні з іншими регіонами відмічена максимальна питома вага респондентів, для яких, навпаки, недоцільно часткове або повне відшкодування вартості ліків по страховому полісу (близько 28%). Схожа ситуація відмічена також в Північному і Східному регіоні. Тобто, у великих промислових регіо-

нах на тлі того, що населення переважно (52-62%) вітає відшкодування лікарських засобів за допомогою страхового поліса, близько чверті (21-23%) складають ті, кому це не потрібно. Найнижчий спротив такі страхові поліси викликають у Центральному та Південному регіонах (13-14%).

Який з цього може бути висновок? Якщо щомісячні витрати на ліки складають понад 100 грн., очевидно, що це ліки, які необхідно приймати регулярно. Таким чином, сьогодні більше всього грошей на ліки щомісячно витрачають люди літнього віку, що проживають в невеликих містах з низьким або нижчим за середній рівнем життя сім'ї. При цьому така категорія населення розуміє доцільність часткового або повного відшкодування вартості ліків по страховому полісу, але серед них найчастіше відзначають негативну відповідь на це питання.

Скільки українці готові витратити на поліс лікарського страхування? Якщо з'явиться можливість купити річний поліс лікарського страхування, що повністю або частково покриває вартість покупки ліків в аптеці, то 77% респондентів готові витратити на нього до 1 тис. грн. € і такі, які можуть витратити більше коштів – 11,5% респондентів зможуть сплатити поліс, якщо його вартість складатиме до 2 тис. грн., і 6% – до 3 тис. грн. Причому, на відміну від Києва (6%), в Північному і Західному регіонах відзначають найбільшу частку відповідей респондентів (9-10%) про те, що вони зможуть дозволити собі найдорожчий поліс лікарського страхування (3 тис. грн.). Це українці, що проживають в невеликих містах з населенням до 100 тис., у віці від 20 до 49 років з високим і середнім рівнем життя сім'ї.

Обізнаність українських споживачів про страхову медицину, її структуру і моделі підвищується і, зрозуміло, вони бажають бачити подібні нововведення у країні, переживати почуття захищеності в питаннях власного здоров'я і сімей. Сьогодні українці готові до часткового відшкодування вартості ліків по страховому полісу.

Підсумки

Гуманітарна традиція Східної Галичини в цілому, та у Львові, зокрема, має багатівікову історію. Добродійні організації та установи – заклади і товариства доброчинності для догляду, підтримки та виховання сиріт та інших потребуючих – створювались та утримувались на кошти приватних осіб. Ще до офіційного переходу соціального забезпечення до рук держави створювались страхові організації за принципом самострахування: за рахунок внесків працівників реалізовувалась можливість соціального захисту певного рівня. Першою організацією такого ґатунку в Україні був заклад для підтримки та лікування хворих працівників фабрики, членів спілки, осіб, котрі втратили свою працездатність, створений у 1810р. на внески працівників та урядників тютюнової фабрики у Винниках під Львовом.

Перехід у новітні часи від адміністративно-командної до соціально-орієнтованої ринкової економіки вимагає відродження підтверджених вітчизняним історичним досвідом і досвідом розвинутих країн медичного страхування і похідної від нього – страхової медицини.

Література

1. Badecka-Malkowa J. «Fundacje Lwowskie». Lwów, 1939, S. 141-142.
2. Miasto Lwów w okresie samorządu. 1870-1895. Lwów, 1896. S. 173.
4. Polska gazeta lekarska. -1931. - №48. -940 s.
5. Przegląd lekarski. 1868. №20, s.111-112.
6. Przegląd lekarski. 1875. s.407.
7. Słowo Polskie. 1908. №178. -3 s.
8. Szematyzm krolestwa Galicyi i Lodomeryi z wielkiem księstwem krakowskiem na rok 1886 // Lwów, 1886. - 577-585 s.
9. Szematyzm krolestwa Galicyi i Lodomeryi z wielkiem księstwem krakowskiem na rok 1912 // Lwów, 1912. - 1044-1059 s.
10. Wiczowski J. Lwów, jego rozwój i stan kulturalny oraz przewodnik po mieście. Lwów, 1907. - 284-307 s.
11. Ziembicki W. Założenie klasztoru i szpitala OO.Bonifratrów we Lwowie, - Lwów 1932.
12. О.Б. Блавацька, Л.Б. Лотоцька, М.В. Слабий. Медичне страхування (досвід, проблеми і перспективи): Монографія. – Львів: ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2012. – 300с.

13. Ермілов В.С. Історичні паралелі медичного страхування минулого та сьогодення нашої країни // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 2. – С.48-50.
14. Загородній В.В., Коваленко О.С. Прикладні та теоретичні аспекти державного управління реформуванням у системі охорони здоров'я // Охорона здоров'я України. – 2001. – №1. – С.13-16.
15. Качор Ю. // Львів через віки, - Львів, «Центр Європи», 2006. -168-169 с.
16. Консультаційна робота U8 // Перші кроки реформи сектора охорони здоров'я: підвищити ефективність та залучити приватний сектор – Режим доступу: http://www.ier.kiev.ua/Ukraine/papers/u8_ur.pdf
17. Крип'якевич І. // Історичні проходи по Львову. Каменяр. Львів. – 1991.
18. Ляхоцький В.П. та співавт. Страхова медицина в Україні: історія і сучасність // Наук. вид. – Київ, Університетське видавництво «Пульсари», 2003. – 79с.
19. Новосельська Л.І. Шляхи запровадження медичного соціального страхування в Україні // Науковий вісник НЛУ. – 2008. – № 18. – С.82-85.
20. Парій В.Д. Лікарняні каси як фундамент запровадження медичного страхування в Україні // Ваше здоров'я. – 2008. – № 37. – <http://www.vz.kiev.ua/med/37-08/2.shtml>
21. Парій В.Д. Вітчизняний досвід: лікарняні каси як прообраз добровільного медичного страхування // Здоров'я України. – 2008. – № 5. – С.18-19.
22. Страхова група ТАС. Страхові програми. – Режим доступу: <http://www.tas-insurance.com.ua/ua/insurance-programs/private/medical/voluntary.html>

Actual questions of improvement of education quality of medical nurses (to the problem “Ways of development of the healthcare system in Ukraine”)

Pavlo Kuzminskyi

*Postgraduate, National Academy of Public Administration under the President of Ukraine,
Medical College of Danylo Halytsky Lviv National Medical University*

Анотація: У статті висвітлюється позиція автора щодо до оптимізації системи державного управління підготовкою медичних сестер в Україні, зокрема зміни в правовій освіті середнього медичного персоналу.

Ключові слова: державне управління, система охорони здоров'я, медичні сестри, система підготовки

Summary: The article reveals the author's position on the optimization of state administration system of medical nurses training in Ukraine, including changes in the legal education of middle medical personnel.

Keywords: state (public) administration, health care system, medical nurses, training system

Deep changes in the social life of Ukraine and the European vector of integration of our country put new demands on training in the field of nursing. All about mentioned is determined by the fact that this category of health workers plays a vital role in improving quality of health care, which, in its turn, is one of the ways of the development of healthcare system in Ukraine.

Innovations in the training of medical nurses are closely related to the implementation of modern branch standards of medical education, establishing the system of licensing and certification of professionals. It stimulates to review the essence of medical nurses education and the development of new state approaches to the middle medical personnel training.

The main material

The administration and academic staff of the Medical College of Danylo Halytsky Lviv National Medical University in order to improve the process of preparing middle medical personnel concentrate their efforts on solving the following organizational and pedagogical issues of improving the professional competence of the medical nurse:

- ensuring by the educational institution active step-by-step improvement of the professional competence of nurses by implementing theoretical, practical and self-creative stages of training;
- organization of the educational process as a subject-subject, which means that the active work of students is directed into the way of professional development : modern changes of scientific and methodical study of professional education are predetermined by the pedagogical paradigm based on personal approach and education focused on subject-subject priorities;
- modernization of all types of education, which is a priority and is achieved by the implementation of innovative teaching methods (testing, using computer and interactive technologies, etc.).

In order to further improve the quality of teaching the junior medical specialists we are planning:

- continue work to improve the professional orientation of young people, their conscious choice of profession and professional quality selection process;
- raise intensively the level of training and professional development of junior medical specialists according to international standards through training of teachers and students in the relevant Ukrainian educational establishments and abroad;
- participate in the development of modern industry standards of medical education with implementation in the educational process principles of evidence-based medicine;

- coordinate the timing of medical nurses training to requirements of international experience and taking into account national characteristics, etc.

Legal education of students has an important role in formation of the future health care specialist for Ukraine.

The current program of junior professionals preparation in the medical field for Ukraine includes the study of the course "Fundamentals of Law" (54 hours) [3]. But a detailed analysis of the thematic plan of this course and our own practical experience give reason to conclude its imperfections.

First of all, recommended thematic plan of lectures and practical classes of the course "Fundamentals of Law" does not include study of this important, from our point of view, topic as "doctor's confidentiality". Moreover there is not even a question what the doctor's confidentiality is in the recommended list of items for differentiated credit of above mentioned discipline. Although there are questions about the marriage conditions and procedures, understanding marriage contract and legal status of children born by means of artificial insemination...

Well-known specialist in field of medical law professor S.H.Stetsenko under the term of doctor's confidentiality understands "protected by the current legislation information about facts of asking for medical care, the health of the citizen, the diagnosis of his disease, and other results of examination and treatment, persons who perform professional, official and other duties in the field of medical activity are responsible for keeping this information secure"[1, 5].

Secondly, the term "doctor's confidentiality" not quite exactly describes the duty of maintaining the information about the patient in confidence. Already quoted above prof. S.H.Stetsenko says, and we fully agree with him, that more accurate concept can be considered as "medical confidentiality". As we are talking about the whole field of medicine, there is a necessity not only for doctors to keep information secure. The development of scientific and technological progress, the comprehensive integration of knowledge (and medicine is not an exception) leads to the fact that the information which is the object of medical confidentiality, often become available not only for doctors but also for other workers of health care institutions: medical nurses , doctor's assistants, midwives and others.

And finally, thirdly, especially junior specialists in the health care system often disclose the information about the health status of the patient, which must be kept in the secret.

Based on above, we make **conclusions** about what is expedient:

- a) review existing program on the fundamentals of law for students of higher educational institutions for junior specialists training in healthcare including the issue of "Doctor's (medical) confidentiality ";
- b) involve doctors and qualified representatives among the number of young specialists in the health care field in the development of programs and thematic plans on the basics of medical law".

Literature

1. Voronenko Yu.V., Radysh Ya.Ph. Medical law in the system of law in Ukraine: state and perspectives for development// International Medical Journal, 2006. - № 5 (55). – P. 5 – 10.
2. Kopetchuk V.A. Formation of scientific and educational elite of nursing in medical educational institutions// Higher Education in Nursing: Problems and Prospects. - Zhytomyr: Polissya, - 2011. - P. 64 - 67.
3. Fundamentals of Law// Program for the higher medical (pharmaceutical) educational institutions of I-III levels of accreditation by specialty 5.12010102 "Nursing" - Kyiv: Ministry of Healthcare of Ukraine. - 2011. - 23 p.

4. *Senyuta I.Y.* Medical Law: Human Right for Health Protection: Monograph – Lviv: Astrolabe, 2007. – 224 p.
5. *Stetsenko S.G.* Medical Law: Textbook. - St. Petersburg: Publishing House "Press Law Center," 2004. - 572 p.

Роль медичної сестри у роботі лікаря-оториноларинголога

Любінець Ю. В.

ДЗ «Клінічна лікарня Державного територіально-галузевого об'єднання «Львівська залізниця»

Анотація

Проведений аналіз показав, що місце медичної сестри при дотриманні стандартів надання медичної допомоги поступово переростає у роль помічника лікаря, з більш ширшими функціональними обов'язками. Враховуючи постійні зміни у штатних розкладах, переважно у бік зменшення, постійний брак приміщень для прийому лікаря-оториноларинголога, які б відповідали стандартам і потребам належної медичної практики у медичної сестри виникає необхідність часто суміщати обов'язки медсестер різного профілю.

Роль медичної сестри переходить від простого виконавця розпоряджень лікаря, до становища помічника лікаря з чітко окресленими обов'язками та відповідальністю.

Ключові слова: медична сестра, функціональні обов'язки, оториноларинголог

Streszczenie

Analiza wykazała, że miejsce pielęgniarki z poszanowaniem standardów opieki stopniowo rośnie w roli asystenta lekarza z szerszych kompetencji funkcjonalnych. Ze względu na ciągłe zmiany kadrowe, głównie w dół, udogodnień dla lekarza laryngologa odbioru, które spełniają normy i wymaga odpowiedniej opieki pielęgniarki często konieczne staje się łączyć obowiązki pielęgniarek różnych dziedzin.

Rola pielęgniarki przesuwa od zwykłego wykonawcy lekarza zamówień do pozycji asystenta lekarza z jasno określonymi obowiązkami i zadaniami.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, obowiązki funkcjonalny, laryngolog

Summary

The analysis showed that the place of a nurse while respecting standards of care gradually grows into the role of assistant physician with a broader functional responsibilities. Due to constant changes in staffing, mostly downward, ongoing lack of facilities for the reception ENT doctor that meet the standards and needs proper medical practice nurse often becomes necessary to combine the duties of nurses various fields.

The role of the nurse moves from a mere executor of orders doctor to doctor's assistant position with clearly defined duties and responsibilities.

Keywords: nurse, responsibilities, otolaryngologist

Вступ. Роль медичної сестри в процесі лікування хворого як в стаціонарі, так і в поліклініці важко переоцінити [1]. Погляд на роль медичної сестри у час надшвидкої еволюції високотехнологічних технологій, повсякденність комп'ютерних інновацій, постійно змінюється. Сама постать медичної сестри, як звичайного виконавця своїх функціональних обов'язків, прямих розпоряджень лікаря, непрямих розпоряджень адміністрації лікувальної установи відходить у минуле. Все більше медичних сестер зі свого звичайного стану переходить на рівень самостійного виконання, як прямих обов'язків, так і попередньо діагностичних обстежень, самостійного провадження лікування хворих згідно призначень лікаря. Все це торкається всіх медичних сестер у цілому. Метою дослідження було оцінити роль і місце медичної сестри ЛОР кабінетів поліклінік, діагностично-консультативних кабінетів медичних центрів, так і медичних сестер отоларингологічних відділень стаціонарів.

Матеріал і методи. Матеріалом дослідження слугували функціональні обов'язки медичних сестер ЛОР підрозділів поліклініки і стаціонару Державного закладу «Клінічна лікарня Державного територіально-галузевого об'єднання «Львівська залізниця» та аналіз власного 30-річного періоду роботи отоларингологом та керівником такого підрозділу. Використано метод системного аналізу.

Результати і обговорення. Проведений аналіз показав, що місце медичної сестри при дотриманні стандартів надання медичної допомоги поступово переростає у роль помічника лікаря, з більш ширшими функціональними обов'язками [2]. Враховуючи постійні зміни у штатних розкладах, переважно у бік зменшення, по інакшому - «оптимізації штатів», постійний брак приміщень, для прийому лікаря-оториноларинголога, які б відповідали стандартам і потребам належної медичної практики у медичної сестри виникає необхідність часто суміщати обов'язки медсестер різного профілю. Так у ЛОР-лікаря поліклініки, де проводиться амбулаторний прийом пацієнтів, часто помічнику лікаря (інакше кажучи - медсестрі) приходиться виконувати різні функції, а саме вести документацію, яка включає у себе облік талонів на прийом, ведення медичної статистики, журналів амбулаторних оперативних втручань, обліку взяття мазків на ВЛ, реєстрації аудіограм, тимпанограм, відпущених фізіотерапевтичних процедур, роботи стерилізатора тощо. Тільки ведення письмової роботи забирає більш як 1/3 робочого часу. Також помічник лікаря, після проходження відповідних курсів спеціалізації, в ЛОР кабінеті поліклініки, чи оглядовому і фізіотерапевтичному кабінеті ЛОР стаціонару відпускає фізіотерапевтичні процедури, проводить запис аудіограм і тимпанограм, а також виконує безпосередньо медсестринські маніпуляції хворим, такі як промивання вух, продування слухових труб по Політцеру та інші. Враховуючи все сказане, вільного часу у помічника лікаря немає, але все це добре при звичайному прийомі ЛОР-лікаря амбулаторних хворих у кількості 15-20 чоловік. Як правило такої кількості пацієнтів у більшості вузьких спеціалістів не буває. Середній прийом досвідченого оториноларинголога сягає 40-60 хворих за амбулаторний прийом і до 20 консультацій стаціонарних хворих.

Враховуючи вимоги нормативних документів, стандартів лікування, і головне – якісного надання медичної допомоги, як у поліклініці, так і у стаціонарі є потреба кількісних змін у штатному розкладі ведучих медичних закладів. Все написане виходить з реалій ЛОР кабінету консультативно-діагностичного центру і стаціонарного відділення Державного закладу «Клінічна лікарня Державного територіально-галузевого об'єднання «Львівська залізниця».

Висновки. Наше бачення ролі медичної сестри як помічника лікаря-оториноларинголога у збільшенні штатних одиниць, з більш конкретизованими функціональними обов'язками, які б включали у себе детальні інструкції і чітку внутрішню спеціалізацію помічника лікаря. У перспективі для спеціалізованого ЛОР кабінету, де проводиться, як і прийом, так і консультації є необхідними наступні приміщення і відповідні посади, а саме: кабінет безпосереднього прийому для медсестри-організатора, яка виконує організаційну і письмову роботу; кабінет відпуску фізіотерапевтичних процедур (пневмомасаж барабаних перетинок, ультразвукова терапія, лазерна чи комбінована лазерна терапія з медсестрою фізіотерапевтичного профілю; оглядовий кабінет, де працює маніпуляційна медсестра, яка виконує прості маніпуляції, перев'язки і т.д. і сурдологічний кабінет, де проводиться запис аудіограм, тимпанограм, акуметрія медичною сестрою - аудіометристом. У загальному з лікарем-оториноларингологом повинно працювати чотири помічники лікаря. При збільшенні кількості застрахованих хворих (які самостійно застрахованих, чи роботодавцем укладені договори з медичного страхування) потреба у вищенаведеній кількості медперсоналу і відповідних кабінетів значно прискорить і поліпшить надання медичної допомоги пацієнтам у одному місці, без скерування їх по інших необхідних кабінетах, часто розташованих у віддалених приміщеннях, чи навіть за іншими адресами. У такому разі роль медичної сестри переходить від простого виконавця розпоряджень лікаря, до становища помічника лікаря з чітко окресленими обов'язками та відповідальністю.

Література

1. Медсестринство в оториноларингології / Яшан І.А., Заболотний Д.І., Яшан О.І. [та ін.] Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 236 с.
2. Стандарти медичної допомоги: Отоларингологія. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medstandart.net/byspec/59>.

Zawód pielęgniarstwa w opinii wybranych grup społecznych Podkarpacia

Elżbieta Cipora¹, Ewa Smoleń¹, Krzysztof Jakubowski¹, Marta Kłak², Joanna Zacharska¹

¹ Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

² Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu

Streszczenie

Wstęp. Na jakość usług medycznych składa się m.in. poziom świadczeń opieki zdrowotnej. W grupie świadczeniodawców ważne miejsce zajmuje pielęgniarstwo – dawca profesjonalnego pielęgnowania. Biorcy pielęgnowania poprzez wyrażane opinie o pielęgniarstwie i ich pracy oceniają jakość opieki pielęgniarstwa. Na opinię społeczną wpływają m.in. doświadczenia własne odbiorców usług, wizerunek przedstawiany w środkach masowego przekazu oraz zachowania samych pielęgniarów.

Cel pracy. Celem badań było poznanie opinii wybranych grup społecznych Podkarpacia na temat zawodu pielęgniarstwa i oczekiwań w zakresie pielęgnowania.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród studentów Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Sanoku i Jarosławiu oraz pacjentów Samodzielnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku i Szpitala Psychiatrycznego w Jarosławiu. Objęto nimi 273 osoby. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Do oceny istotności różnic zastosowano test Chi2. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki i wnioski. Współczesne pielęgniarstwo w opinii badanych najczęściej kojarzone było z udzielaniem pomocy, rzadko z dobrocią i poświęceniem. Ich poziom umiejętności zawodowych oceniony był jako dobry lub bardzo dobry. Pielęgniarki w większości przestrzegają w swojej pracy zasad etycznych, a prestiż społeczny zawodu jest wysoki. Społeczeństwo oczekuje od pielęgniarów zapewnienia opieki, edukacji zdrowotnej i wsparcia, a także cierpliwości, opiekuńczości i odpowiedzialności. Pielęgniarstwo to zawód przyszłościowy, co drugi badany poleciłby wybór tego zawodu bliskiej osobie.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, opinia, społeczeństwo, jakość

Nurse profession in the opinion of some social groups in Podkarpacki region

Summary

Introduction. On the quality of medical services affect among others level of health care services. In the group of health care providers place important has nurse - professional care giver. In public opinion affect the nurses: the experience of patients, the image of nurses in the media and the behavior of the nurses.

Aim. The aim of this study was know the opinion social groups in Podkarpacki region about the nursing profession and the expectations of care.

Material and methods. The study was conducted among the students of Universities of the Third Age in Sanok, and Jarosław and patients in Sanok Hospital and the Psychiatric Hospital in Jarosław. The study involved 273 people. The method of diagnostic survey. To assess the significance of differences Chi2 test was used. The level of significance was $p < 0.05$.

Results and conclusions. Nurses in opinion respondents were most often associated with the assistance, rarely with kindness and dedication. Their level of skills was assessed as good or very good. Nurses respects ethical principles and social prestige this profession is high. Society expects from nurses provide care, health education and support, as well as patience, nurturance and responsibility. Nursing is a profession forward-looking, as the second respondent would recommend choosing this profession family.

Keywords: nurse, opinion, society, the quality of

Wstęp

Pielęgniarstwo jest młodą dyscypliną naukową, sztuką, a przede wszystkim zawodem mającym na celu pielęgnowanie człowieka w zdrowiu i/lub chorobie [8]. Zawód pielęgniarstwa w Polsce może wykonywać osoba legitymująca się dyplomem ukończenia szkoły pielęgniarstwa i posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa wydane przez okręgową radę pielęgniarów i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania pracy [2, 8]. Podmiotem opieki pielęgniarstwa jest człowiek, który ma określone potrzeby i możliwości, a także oczekiwania w zakresie pielęgnowania. Pacjent jest biorcą opieki pielęgniarstwa i ocze-

kuje od świadczeniodawców profesjonalizmu w działaniu, tj. odpowiedzialnego i rzetelnego wykonywania obowiązków zawodowych [3]. Od pielęgniarki wymaga się wysokich kompetencji zawodowych na które składają się: wiedza, umiejętności i postawa. Profesjonalizm pielęgniarek jest jednym z elementów jakości usług zdrowotnych świadczonych przez tę grupę zawodową [4].

Odbiorcy usług poprzez wyrażanie opinii o pielęgniarkach i ich pracy pośrednio oceniają jakość opieki pielęgniarskiej. Ich spostrzeżenia o zawodzie pielęgniarki kształtowane są m.in. przez: doświadczenia własne z pełnienia roli pacjenta, wizerunek pielęgniarki przedstawiany w mediach, a także zachowania pielęgniarek w czasie świadczenia pracy i poza jej godzinami.

Powszechnie widoczny jest wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne wynikający ze zmian ekonomicznych, społecznych, demograficznych i organizacji ochrony zdrowia oraz wzrost wymagań dotyczący jakości tych świadczeń [5, 10]. Jakość opieki zdrowotnej jest to stopień w jakim udzielane świadczenia powodują zwiększenie możliwości osiągnięcia oczekiwanych efektów w stanie zdrowia pojedynczych osób i całego społeczeństwa, a także są zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Wysokiej jakości opieka medyczna powinna spełniać oczekiwania społeczeństwa, czego wyrazem może być zadowolenie pacjentów artykułowane opiniami o grupach zawodowych świadczących usługi zdrowotne. Na jakość opieki medycznej składa się m.in. poziom świadczeń pielęgniarskich, relacje interpersonalne w grupie zawodowej pielęgniarek i w innych grupach tworzących zespół terapeutyczny, a także organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia [10].

Cel pracy

Głównym celem badań było poznanie opinii wybranych grup społecznych Podkarpacia na temat zawodu pielęgniarki i oczekiwań w zakresie pielęgnowania.

Cele szczegółowe obejmowały opinie na temat: poziomu umiejętności zawodowych pielęgniarek, cech najbardziej pożądanych w zawodzie pielęgniarki, przestrzegania zasad etycznych przez tę grupę zawodową, wizerunku zawodu pielęgniarki w mediach i prestiżu społecznego, zapotrzebowania na rodzaj świadczeń pielęgniarskich i perspektyw dla pielęgniarstwa.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW) w Sanoku i Jarosławiu oraz pacjentów Szpitala Specjalistycznego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku i Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu. Objęto nimi 273 osoby w tym 142 słuchaczy UTW (70 z Sanoka, 72 z Jarosławia) i 131 pacjentów szpitali specjalistycznych (40 z Sanoka, 91 z Jarosławia). Najmłodszy badany miał 18 lat, najstarszy 88 lat.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań. Do oceny istotności różnic zastosowano test Chi², za istotne statystycznie przyjęto różnice dla których $p < 0,05$.

Wyniki

Zawód pielęgniarki w społeczeństwie wywołuje pewne skojarzenia. Blisko połowie badanych (47,4%) zawód ten kojarzył się z niesieniem pomocy, natomiast niewiele mniejszej grupie (38,5%) z powołaniem. Znacznie mniejszym odsetkiem respondentów zawód pielęgniarki kojarzył się z poświęceniem (15,0%) i dobrocią (11,4%). We wszystkich badanych grupach dominowało skojarzenie pielęgniarki z udzielaniem pomocy. Powołanie najczęściej wskazywali pacjenci szpitala w Sanoku, natomiast poświęcenie, podobnie jak dobroć słuchacze UTW w Jarosławiu. Nie były to jednak zależności istotne statystycznie (tab. 1).

Tab. 1. Skojarzenia z zawodem pielęgniarki

Określenie / cecha			Grupa				Ogółem
			UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław	
Powołanie	tak	N	26	30	18	31	105
		%	37,1%	41,7%	45,0%	34,1%	38,5%
$p=0,61$							
Poświęcenie	tak	N	5	15	6	15	41
		%	7,1%	20,8%	15,0%	16,5%	15,0%

Określenie / cecha			Grupa				Ogółem
			UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław	
p=0,14							
Dobroć	tak	N	8	12	5	6	31
		%	11,4%	16,7%	12,5%	6,6%	11,4%
p=0,25							
Pomoc	tak	N	34	40	19	36	129
		%	48,6%	55,6%	47,5%	40,0%	47,4%
p=0,27							

Cechy charakteru najbardziej zauważalne i pożądane dla współczesnej pielęgniarki to cierpliwość (70,5%), opiekuńczość (59,0%), odpowiedzialność (51,3%). W dalszej kolejności: obowiązkowość (22,3%), łatwość nawiązywania kontaktów (25,6%), takt (19,8%), spostrzegawczość (15,0%). Natomiast najmniej oczekiwana cecha to: asertywność (4,0%). Łatwość nawiązywania kontaktów częściej deklarowali pacjenci szpitala w Sanoku, natomiast asertywność pacjenci szpitala w Jarosławiu. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawiono w tabeli 2.

Tab. 2. Cechy charakteru współczesnej pielęgniarki

Cechy charakteru			Grupa				Ogółem
			UTW Sa-nok	UTW Jaro-sław	Szpital Sa-nok	Szpital Jaro-sław	
Cierpliwość	tak	N	47	44	29	72	192
		%	67,1%	61,1%	72,5%	79,1%	70,3%
p=0,08							
Takt	tak	N	22	10	5	17	54
		%	31,4%	13,9%	12,5%	18,7%	19,8%
Opiekuńczość	tak	N	36	42	26	57	161
		%	51,4%	58,3%	65,0%	62,6%	59,0%
p=0,43							
Odpowiedzialność	tak	N	34	42	18	46	140
		%	48,6%	58,3%	45,0%	50,5%	51,3%
p=0,51							
Obowiązkowość	tak	N	20	20	8	13	61
		%	28,6%	27,8%	20,0%	14,3%	22,3%
p=0,10							
Spostrzegawczość	tak	N	7	11	6	17	41
		%	10,0%	15,3%	15,0%	18,7%	15,0%
p=0,51							
Bezstronność	tak	N	5	1	3	8	17
		%	7,1%	1,4%	7,5%	8,8%	6,2%
p=0,25							
łatwość nawiązywania kontak-tów	tak	N	10	15	18	27	70
		%	14,3%	20,8%	45,0%	29,7%	25,6%
p=0,003, V Kramera=0,23							
Konkretność	tak	N	7	5	3	8	23
		%	10,0%	6,9%	7,5%	8,8%	8,4%
p=0,92							
Asertywność	tak	N	1	1	1	8	11
		%	1,4%	1,4%	2,5%	8,8%	4,0%
p=0,04, V Kramera=0,17							

Zbliżone odsetki badanych uznały kwalifikacje zawodowe (49,8%) oraz dojrzałość i ukierunkowaną osobowość za cechy najbardziej pożądane w zawodzie pielęgniarki (48,4%). Zdecydowanie częściej kwalifikacje zawodowe jako najważniejszą cechę w zawodzie wymieniali słuchacze UTW w Sanoku (62,9%) i w Jarosławiu (48,6%). Natomiast dojrzałość i społecznie ukierunkowana osobowość były ważniejsze w opinii pacjentów szpitali w Sanoku (60,0%) i Jarosławiu (53,8%) – tab. 3.

Tab. 3. Cechy w zawodzie pielęgniarki

			Grupa				Ogółem
			UTW Sa-nok	UTW Jaro-sław	Szpital Sa-nok	Szpital Jaro-sław	
Cecha	Brak odpowiedzi	N	0	4	1	0	5
		%	0%	5,6%	2,5%	0%	1,8%
	Umiejętności zawodowe	N	44	35	15	42	136
		%	62,9%	48,6%	37,5%	46,2%	49,8%
	Dojrzałość i ukierunkowana osobowość	N	26	33	24	49	132
		%	37,1%	45,8%	60,0%	53,8%	48,4%
Ogółem		N	70	72	40	91	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p=0,02, V Kramera=0,17							

Poziom umiejętności zawodowych pielęgniarek został oceniany przez ponad połowę badanych (54,6%) jako dobry. Grupa 38,5% respondentów określiła go na poziomie bardzo dobrym. Znacznie mniejsza grupa osób – 6,2% uznała umiejętności zawodowe pielęgniarek za dostateczne. Za ledwie jedną osobą wystawiła pielęgniarkom ocenę niedostateczną. Najczęściej oceny bardzo dobre wystawiali pielęgniarkom pacjenci szpitala w Sanoku (65,0%) oraz szpitala w Jarosławiu (51,6%). Najwięcej ocen dobrych było wystawionych przez słuchaczy sanockiego UTW (71,4%) i przez słuchaczy UTW w Jarosławiu (63,9%). Była to zależność istotna statystycznie – $p < 0,001$ (tab. 4).

Tab. 4. Poziom umiejętności zawodowych pielęgniarek

			Grupa				Ogółem	
			UTW Sanok	UTW Jaro-sław	Szpital Sanok	Szpital Jaro-sław		
Poziom umiejętności zawodowych pielęgniarek	Brak odpowiedzi	N	0	1	0	0	1	
		%	0%	1,4%	0%	0%	0,4%	
	Bardzo dobry	N	14	18	26	47	105	
		%	20,0%	25,0%	65,0%	51,6%	38,5%	
	Dobry	N	50	46	13	40	149	
		%	71,4%	63,9%	32,5%	44,0%	54,6%	
	Dostateczny	N	6	7	1	3	17	
		%	8,6%	9,7%	2,5%	3,3%	6,2%	
	Niedostateczny	N	0	0	0	1	1	
		%	0%	0%	0%	1,1%	4%	
	Ogółem		N	70	72	40	91	273
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p<0,001, V Kramera=0,22								

Ponad połowa badanych (58,6%) uznała zawód pielęgniarki za samodzielny. Odmiennego zdania był niemal co czwarty respondent – 24,9% – (tab. 5).

Tab. 5. Samodzielność w zawodzie pielęgniarki

			Grupa				Ogółem
			UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław	
Samodzielność	Brak odpowiedzi	N	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,4%
	Zdecydowanie tak	N	17	15	9	16	57

		Grupa				Ogółem
		UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław	
	%	24,3%	20,8%	22,5%	17,6%	20,9%
	N	35	23	13	32	103
Tak	%	50,0%	31,9%	32,5%	35,2%	37,7%
	N	3	14	6	21	44
Nie wiem	%	4,3%	19,4%	15,0%	23,1%	16,1%
	N	13	13	10	18	54
Nie	%	18,6%	18,1%	25,0%	19,8%	19,8%
	N	2	7	1	4	14
Zdecydowanie nie	%	2,9%	9,7%	2,5%	4,4%	5,1%
	N	70	72	40	91	273
Ogółem		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		p=0,05, V Kramera=0,18				

Jednocześnie 60,1% ankietowanych uznało zawód pielęgniarki za podporządkowany lekarzowi. Częściej takiej odpowiedzi udzielali pacjenci szpitala w Jarosławiu – 62,6% – oraz słuchacze UTW w Jarosławiu – 61,1% – (tab. 6).

Tab. 6. Podporządkowanie pielęgniarki lekarzowi

			Grupa				Ogółem	
			UTW Sa-nok	UTW Jaro-sław	Szpital Sanok	Szpital Jaro-sław		
Podporządkowanie leka-rzowi	Zdecydowanie tak	N	17	15	10	24	66	
		%	24,3%	20,8%	25,0%	26,4%	24,2%	
	Tak	N	40	44	23	57	164	
		%	57,1%	61,1%	57,5%	62,6%	60,1%	
	Nie wiem	N	8	7	5	6	26	
		%	11,4%	9,7%	12,5%	6,6%	9,5%	
	Nie	N	5	6	2	3	16	
		%	7,1%	8,3%	5,0%	3,3%	5,9%	
	Zdecydowanie nie	N	0	0	0	1	1	
		%	0%	0%	0%	1,1%	0,4%	
Ogółem			N	70	72	40	91	273
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			p=0,90					

Respondenci w zdecydowanej większości – 67,4% – byli zdania, że pielęgniarki w swojej pracy zawodowej przestrzegają zasad etycznych. Największy odsetek osób udzielających takiej odpowiedzi stanowili pacjenci szpitala w Sanoku (82,5%), w następnej kolejności szpitala w Jarosławiu (75,8%). Jednak 9,5% badanych było odmiennego zdania, a 22,7% osób nie wiedziało czy pielęgniarki kierują się w pracy etyką (tab. 7).

Tab. 7. Przestrzeganie zasad etycznych przez pielęgniarki

			Grupa				Ogółem
			UTW Sa-nok	UTW Jaro-sław	Szpital Sa-nok	Szpital Jaro-sław	
Przestrzeganie zasad etycz-nych	Brak odpowie-dzi	N	0	0	0	1	1
		%	0%	0%	0%	1,1%	,4%
	Tak	N	38	44	33	69	184
		%	54,3%	61,1%	82,5%	75,8%	67,4%
	Nie	N	7	9	2	8	26
		%	10,0%	12,5%	5,0%	8,8%	9,5%
	Nie wiem	N	25	19	5	13	62
		%					

		Grupa				Ogółem	
		UTW Sa- nok	UTW Jaro- sław	Szpital Sa- nok	Szpital Jaro- sław		
	%	35,7%	26,4%	12,5%	14,3%	22,7%	
Ogółem		N	70	72	40	91	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p=0,03, V Kramera=0,15							

Blisko połowa badanych (49,8%) uznała, że wynagrodzenie pielęgniarek za pracę jest zbyt niskie. Najczęściej takie zdanie wyrażali pacjenci szpitala w Sanoku (62,5%) i szpitala w Jarosławiu (57,1%). Co trzecia ankietowana osoba (30,4%) nie miała zdania w tej sprawie (tab. 8).

Tab. 8. Wynagrodzenie pielęgniarek

			Grupa				Ogółem
			UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław	
Wynagrodzenie za pracę	Brak odpowiedzi	N	1	0	2	0	3
		%	1,4%	0%	5,0%	0%	1,1%
	Zbyt niskie	N	28	31	25	52	136
		%	40,0%	43,1%	62,5%	57,1%	49,8%
	Wystarczające	N	11	18	3	17	49
		%	15,7%	25,0%	7,5%	18,7%	17,9%
	Zbyt duże	N	1	0	0	0	1
		%	1,4%	0%	,0%	0%	0,4%
	Nie mam zdania	N	29	23	10	21	83
		%	41,4%	31,9%	25,0%	23,1%	30,4%
	Inne	N	0	0	0	1	1
		%	0%	0%	0%	1,1%	0,4%
Ogółem		N	70	72	40	91	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p = 0,04, V Kramera = 0,18							

Największa grupa badanych (47,3%) uważała, że prestiż społeczny zawodu pielęgniarki jest wysoki. Natomiast 24,9% respondentów było odmiennego zdania. Niski prestiż był częściej wskazywany przez słuchaczy UTW w Sanoku – 30,0% – (tab. 9).

Tab. 9. Prestiż społeczny zawodu pielęgniarki

			Grupa				Ogółem
			UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław	
Prestiż społeczny	Bardzo wysoki	N	4	2	7	14	27
		%	5,7%	2,8%	17,5%	15,4%	9,9%
	Wysoki	N	35	34	16	44	129
		%	50,0%	47,2%	40,0%	48,4%	47,3%
	Niski	N	21	19	11	17	68
		%	30,0%	26,4%	27,5%	18,7%	24,9%
	Bardzo niski	N	1	3	0	3	7
		%	1,4%	4,2%	,0%	3,3%	2,6%
	Nie mam zdania	N	9	14	6	13	42
		%	12,9%	19,4%	15,0%	14,3%	15,4%
Ogółem		N	70	72	40	91	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p=0,18							

Analizowano zależność między oceną respondentów dotyczącą prestiżu społecznego i poziomu umiejętności zawodowych pielęgniarki. Stwierdzono, że osoby, które uważały, że prestiż społeczny zawodu jest

wysoki, najczęściej dobrze oceniały poziom umiejętności pielęgniarek (51,0%). Podobnie osoby, które bardzo dobrze oceniały poziom umiejętności zawodowych, uważały że prestiż społeczny pielęgniarek jest wysoki – $p < 0,001$ (tab. 10).

Tab. 10. Prestiż społeczny pielęgniarki a poziom umiejętności zawodowych

			Poziom umiejętności zawodowych pielęgniarek					Ogółem
			Brak odpowiedzi	Bardzo dobre	Dobre	Dostateczne	Niedostateczne	
Prestiż społeczny	Bardzo wysoki	N	0	19	7	1	0	27
		%	0%	18,1%	4,7%	5,9%	0%	9,9%
	Wysoki	N	0	47	76	6	0	129
		%	0%	44,8%	51,0%	35,3%	0%	47,3%
	Niski	N	0	24	36	8	0	68
		%	0%	22,9%	24,2%	47,1%	0%	24,9%
	Bardzo niski	N	1	3	2	0	1	7
		%	100,0%	2,9%	1,3%	0%	100,0%	2,6%
	Nie mam zdania	N	0	12	28	2	0	42
		%	0%	11,4%	18,8%	11,8%	0%	15,4%
Ogółem		N	1	105	149	17	1	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$p < 0,001$, V Kramera=0,30

Badani, którzy uważali, że praca pielęgniarki wiąże się z prestiżem społecznym częściej byli zdania, iż pielęgniarki zarabiają zbyt mało. Jest to zależność słaba, ponieważ nie został spełniony warunek liczebności oczekiwanej Chi2, można więc mówić jedynie o pewnej tendencji w tym zakresie. Należy zwrócić uwagę, że tylko jedna osoba stwierdziła, iż grupa społeczna pielęgniarek zarabia zbyt dużo (tab. 11).

Tab. 11. Prestiż społeczny zawodu a wynagrodzenie za pracę

			Prestiż społeczny					Ogółem	
			Bardzo wysoki	Wysoki	Niski	Bardzo niski	Nie ma zdania		
Wynagrodzenie za pracę	Brak odpowiedzi	N	2	0	1	0	0	3	
		%	7,4%	0%	1,5%	0%	0%	1,1%	
	Zbyt niskie	N	22	61	36	4	13	136	
		%	81,5%	47,3%	52,9%	57,1%	31,0%	49,8%	
	Wystarczające	N	2	32	8	2	5	49	
		%	7,4%	24,8%	11,8%	28,6%	11,9%	17,9%	
	Zbyt duże	N	0	1	0	0	0	1	
		%	0%	0,8%	0%	0%	0%	0,4%	
	Nie ma zdania	N	1	35	22	1	24	83	
		%	3,7%	27,1%	32,4%	14,3%	57,1%	30,4%	
	Inne	N	0	0	1	0	0	1	
		%	0%	0%	1,5%	0%	0%	0,4%	
	Ogółem		N	27	129	68	7	42	273
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$p < 0,001$, V Kramera=0,21

Respondenci, którzy nie udzielili odpowiedzi na temat przestrzegania wartości etycznych, również częściej nie mieli zdania na temat prestiżu społecznego pielęgniarek. W pozostałych przypadkach większość badanych była zdania, że prestiż społeczny bez względu na przestrzeganie wartości etycznych jest wysoki (tab. 12).

Tab. 12. Przestrzeganie zasad etycznych a prestiż społeczny

	Przestrzeganie zasad etycznych	Ogółem
--	--------------------------------	--------

			Brak odpowiedzi	Tak	Nie	Nie wiem	
Prestiż społeczny	Bardzo wysoki	N	0	26	0	1	27
		%	0%	14,1%	0%	1,6%	9,9%
	Wysoki	N	0	92	12	25	129
		%	0%	50,0%	46,2%	40,3%	47,3%
	Niski	N	0	36	9	23	68
		%	0%	19,6%	34,6%	37,1%	24,9%
	Bardzo niski	N	0	5	1	1	7
		%	0%	2,7%	3,8%	1,6%	2,6%
	Nie mam zdania	N	1	25	4	12	42
		%	100,0%	13,6%	15,4%	19,4%	15,4%
Ogółem		N	1	184	26	62	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p=0,02, V Kramera=0,17							

Zdaniem 53,5% respondentów wizerunek pielęgniarki przedstawiany w mediach był zgodny ze stanem faktycznym. Jedna trzecia badanych (34,4%) uważała, że pielęgniarki są przedstawiane w mediach w złym świetle. Największą grupę osób twierdzących, że wizerunek pielęgniarki w mediach jest zgodny ze stanem faktycznym stanowili słuchacze UTW w Jarosławiu (59,7%), a następnie szpitala psychiatrycznego (53,8%). Natomiast 42,5% pacjentów szpitala w Sanoku było zdania, że wizerunek pielęgniarki w mediach jest przedstawiany w złym świetle (tab. 13).

Tab.13. Wizerunek pielęgniarki w mediach

			Grupa				Ogółem
			UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław	
Wizerunek w mediach	Brak odpowiedzi	N	3	3	2	2	10
		%	4,3%	4,2%	5,0%	2,2%	3,7%
	Zgodny ze stanem faktycznym	N	36	43	18	49	146
		%	51,4%	59,7%	45,0%	53,8%	53,5%
	Przedstawiony w złym świetle	N	27	21	17	29	94
		%	38,6%	29,2%	42,5%	31,9%	34,4%
	Wyidealizowany	N	4	5	3	11	23
		%	5,7%	6,9%	7,5%	12,1%	8,4%
Ogółem		N	70	72	40	91	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p=0,73							

Poddano analizie związek pomiędzy oceną przestrzegania przez pielęgniarki zasad etycznych a oceną wizerunku pielęgniarki przedstawianą w mediach. Największy odsetek respondentów (72,6%) to osoby, które uważały, że pielęgniarki w swojej pracy przestrzegają zasad etycznych i twierdziły, że wizerunek pielęgniarki w mediach jest zgodny z rzeczywistością. Druga co do wielkości grupa respondentów (67,0%) to osoby, które uważały, że pielęgniarki w swojej pracy przestrzegają w pracy zasad etycznych, a ich wizerunek w mediach przedstawiany jest w złym świetle. Należy podkreślić, że występuje tu zależność istotna statystycznie – p=0,007 (tab. 14).

Tab. 14. Wizerunek w mediach a przestrzeganie zasad etycznych przez pielęgniarki

			Wizerunek pielęgniarki w mediach				Ogółem
			Brak odpowiedzi	Zgodny ze stanem faktycznym	Przedstawiony w złym świetle	Wyidealizowany	
Przestrzeganie zasad etycznych	Brak odpowiedzi	N	0	0	0	1	1
		%	0%	0%	0%	4,3%	0,4%
	Tak	N	6	106	63	9	184
		%	60,0%	72,6%	67,0%	39,1%	67,4%

		Wizerunek pielęgniarki w mediach				Ogółem	
		Brak odpowiedzi	Zgodny z talem faktycznym	Przedstawiony w złym świetle	Wyidealizowany		
Nie	N	0	14	8	4	26	
	%	0%	9,6%	8,5%	17,4%	9,5%	
Nie wiem	N	4	26	23	9	62	
	%	40,0%	17,8%	24,5%	39,1%	22,7%	
Ogółem		N	10	146	94	23	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p=0,007, V Kramera=0,17							

Respondenci najczęściej oczekiwali od pielęgniarki zapewnienia opieki (70,0%), w następnej kolejności edukacji zdrowotnej (34,4%) i wsparcia (34,1%). Pacjenci szpitali w Sanoku (50,0%) i Jarosławiu (42,9%) częściej oczekiwali wsparcia aniżeli słuchacze UTW w Sanoku (27,1%) i Jarosławiu (20,8%), a słuchacze UTW częściej oczekiwali edukacji zdrowotnej niż pacjenci szpitali. Poziom istotności $p = 0,002$ (tab. 15).

Tab. 15. Zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie

Rodzaj świadczeń		Grupa				Ogółem	
		UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław		
Wsparcie	tak	N	19	15	20	39	93
		%	27,1%	20,8%	50,0%	42,9%	34,1%
p=0,002, V Kramera=0,23, Chi-kwadrat=14,76 (df=3)							
Opieka	tak	N	53	49	32	57	191
		%	75,7%	68,1%	80,0%	62,6%	70,0%
p=0,14							
Rehabilitacja	tak	N	8	14	2	14	38
		%	11,4%	19,4%	5,0%	15,4%	13,9%
p=0,17							
Wykonywanie zleceń lekarskich	tak	N	15	19	7	32	73
		%	21,4%	26,4%	17,5%	35,2%	26,7%
p=0,11							
Edukacja zdrowotna	tak	N	24	35	9	26	94
		%	34,3%	48,6%	22,5%	28,6%	34,4%
p=0,02, V Kramera=0,19							
Opieka duchowa	tak	N	6	2	2	6	16
		%	8,6%	2,8%	5,0%	6,6%	5,9%
p=0,51							

Ponad połowa badanych (68,5%) wskazała, że zwraca się o poradę do pielęgniarki w czasie choroby. Zdecydowanie częściej z takiej możliwości korzystali pacjenci szpitala w Sanoku (82,5%) oraz w Jarosławiu (76,9%). Zależność ta okazała się istotna statystycznie – $p=0,001$. Po poradę w zdrowiu do pielęgniarki udałaby się blisko połowa badanych (49,8%). Najczęściej z takiej porady skorzystaliby pacjenci szpitala w Jarosławiu (60,4%) i szpitala w Sanoku (55,0%) – $p=0,02$.

Zdecydowana większość badanych (81,3%) uznała pielęgniarstwo za zawód przyszłości. Za ledwie 2,9% respondentów (8 osób) było przeciwnego zdania. Najczęściej byli to pacjenci ze szpitala w Jarosławiu (4 osoby) i słuchacze UTW w Jarosławiu – 3 osoby – (tab. 16)

Tab. 16. Pielęgniarstwo jako zawód przyszłości

		Grupa				Ogółem	
		UTW Sanok	UTW Jarosław	Szpital Sanok	Szpital Jarosław		
Zawód przyszłości	Tak	N	61	59	31	70	221
		%	87,1%	81,9%	77,5%	77,8%	81,3%
	Nie	N	0	3	1	4	8

		%	0%	4,2%	2,5%	4,4%	2,9%	
	Nie zastanawiałem / am się	N	9	10	8	16	43	
		%	12,9%	13,9%	20,0%	17,8%	15,8%	
	Ogółem	N	70	72	40	90	272	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
			p=0,56					

Ponad połowa badanych (57,4%) deklarowała, że poleciłaby wybór zawodu pielęgniarki osobie ze swojej bliskiej rodziny. Najczęściej taką opinię wyrażali pacjenci szpitala w Jarosławiu (64,8%) oraz szpitala w Sanoku (62,5%), a nieznacznie rzadziej słuchacze UTW w Jarosławiu (56,3%) i w Sanoku (45,7%). Wyboru zawodu pielęgniarki nie poleciłoby osobie z najbliższej rodziny ponad połowa (54,3%) słuchaczy sanockiego UTW i 42,3% słuchaczy jarosławskiego UTW ($p < 0,001$).

Dyskusja

Zawodem określa się zespół wyuczonych czynności wykonywanych stale lub względnie stale, za które pracownik otrzymuje wynagrodzenie stanowiące źródło utrzymania [8]. Pielęgniarka wykonuje swój zawód udzielając świadczeń zdrowotnych w zakresie: diagnozy potrzeb i problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowania i świadczenia profesjonalnej opieki pielęgnarskiej, samodzielnego udzielania świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, wykonywania zleceń lekarskich, a także edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia [9]. Respondenci najczęściej kojarzyli zawód pielęgniarki z udzielaniem pomocy, która mogła być przez nich rozumiana bardzo szeroko i obejmowała niektóre ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę zgodnie z zapisami Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W opinii ponad połowy badanych zawód pielęgniarki został uznany za samodzielny. Jedna czwarta respondentów uważała, że zawód ten nie jest samodzielny. Niezrozumiałą jest fakt, uznania przez 60% osób zawodu pielęgniarki za podporządkowany lekarzowi. Może wynikać to z obserwacji własnych respondentów w czasie pobytów w szpitalach oraz niedoboru obsad pielęgnarskich i konieczności wykonywania przez pielęgniarki w praktyce, działań uznawanych za najważniejsze w procesie leczenia (wykonywanie zleceń lekarskich).

Odbiorcy usług oczekiwali od pielęgniarek szeroko pojętej opieki. Opieka ta wynika z istoty pielęgniarstwa i jest realizowana we wszystkich działaniach zawodowych pielęgniarki [8]. W następnej kolejności oczekiwanym świadczeniem była edukacja zdrowotna. Rosnące zapotrzebowanie na edukację zdrowotną jest przejawem zmian w polskim pielęgniarstwie i przejawem odpowiedzialności odbiorców usług za własne zdrowie [1]. Pielęgniarki uważają, że podejmują działania edukacyjne najczęściej wobec osób chorych, a czas realizacji tych działań u jednego pacjenta wynosi ok. 15 – 20 minut. Metody stosowane przez pielęgniarki w edukacji to głównie rozmowa wspomagana broszurami [7].

Wiedza i umiejętności pielęgniarek według Kózki gwarantują bezpieczeństwo odbiorcy usług i zapewniają jakość opieki zdrowotnej [5]. Współczesna pielęgniarka powinna być osobą wrażliwą, a jednocześnie posiadać mocną kondycję psychofizyczną. Powinna być szczególnie odporna na stres, mieć dużą sprawność intelektualną i manualną. Za cechy istotne w zawodzie pielęgniarki uważa się odpowiedzialność, spostrzegawczość, zdolność logicznego myślenia i szybkiego reagowania, umiejętność komunikowania się, podzielność uwagi i umiejętność współpracy w zespole [5]. Respondenci za jednakowo ważne w zawodzie pielęgniarki uznali kwalifikacje zawodowe i cechy osobowości. Według nich najbardziej zauważalne i oczekiwane cechy charakteru współczesnej pielęgniarki to cierpliwość, opiekuńczość, odpowiedzialność, a w mniejszym stopniu obowiązkowość, umiejętność nawiązywania kontaktów, taktowne zachowanie w sytuacjach pracy oraz spostrzegawczość.

Pielęgniarstwo jest profesją, a pielęgniarki profesjonalistami. Profesjonaliści to osoby posiadające wysoki poziom sprawności, głównie intelektualnych oraz specjalistyczną wiedzę, a także doświadczenie i chroniące wartości społeczne uznane za najważniejsze. W tym przypadku zdrowie i życie ludzkie [1]. Ankietowani wysoko ocenili poziom umiejętności zawodowych pielęgniarek i dostrzegli samodzielność w zawodzie, chociaż pielęgniarstwo dopiero w ostatnich latach zostało uznane za zawód autonomiczny. O profe-

sjonalizmie pielęgniarek świadczy również opinia badanych na temat przestrzegania przez pielęgniarki zasad etycznych, a także ocena przez większość respondentów (57,2%) prestiżu społecznego zawodu pielęgniarki jako wysokiego i bardzo wysokiego.

Współczesne społeczeństwo oczekuje od pielęgniarek wysokiej jakości usług, zgodnie z postępowaniem w naukach medycznych i społecznych oraz wysokich kwalifikacji zawodowych [5,6]. Obecnie wykształceniem podstawowym dla pielęgniarki jest ukończenie studiów wyższych na poziomie pierwszego stopnia. W zawodzie pielęgniarki pracują również osoby, które ukończyły liceum medyczne lub medyczne studium zawodowe. Respondenci oczekując od pielęgniarek opieki, edukacji zdrowotnej i wsparcia, a także zwracając się do nich o poradę w czasie choroby i w zdrowiu, pośrednio wyrażają swoje zaufanie do tej grupy zawodowej. Deklaracja ponad połowy badanych dotycząca polecenia wyboru zawodu pielęgniarki osobom z najbliższej rodziny może oznaczać, że zawód ten jest dobrze postrzegany przez środowisko i cieszy się wysoką oceną odbiorców usług.

Wnioski

1. Współczesne pielęgniarki najczęściej kojarzone są z niesieniem pomocy, rzadko z dobrocią i poświęceniem. Odbiorcy usług w zakresie pielęgnowania na równi pod względem ważności stawiają u pielęgniarek umiejętności zawodowe i cechy osobowości.
2. Poziom umiejętności zawodowych pielęgniarek oceniany jest jako dobry lub bardzo dobry.
3. Pielęgniarki w większości przestrzegają w swojej pracy zasad etycznych, a prestiż społeczny zawodu jest wysoki.
4. Społeczeństwo oczekuje od pielęgniarek zapewnienia opieki, edukacji zdrowotnej i wsparcia, a także cierpliwości, opiekuńczości i odpowiedzialności.
5. Pielęgniarstwo to zawód przyszłościowy i co drugi badany poleciłby wybór tego zawodu osobie bliskiej.

Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgnowania. W: B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek (red.). Podstawy Pielęgniarstwa. Tom 1. Założenia teoretyczne. Wyd. Czelej, Lublin 2004.
2. Cipora E.: Polskie pielęgniarstwo zawodowe – przeszłość i teraźniejszość. W: Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie. W 40. rocznicę akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce, red. N. Gozdek. Wyd. Werset, Lublin 2009, 42-51.
3. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. Problemy pielęgniarstwa 2009, tom 17, zeszyt nr 1, 8-12.
4. Kieczka K.: Opieka profesjonalna i zakres kompetencji pielęgniarek w Polsce w świetle prawa w ostatnim stuleciu. Pielęgniarstwo XXI wieku 2010, 1-2 (30-31), 81-86.
5. Kózka M.: Efektywność kształcenia zawodowego na studiach pielęgniarskich pierwszego stopnia w okresie transformacji systemu edukacji. Wyd. Fundacja Zdrowia Publicznego Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2008.
6. Lenartowicz H.: Nowy model kształcenia pielęgniarek. Zdrowie i Zarządzanie, 2001, 5, 12-18.
7. Pabiś M., Ślusarska B., Jarosz M.J., Zarzycka D., Dobrowolska B., Brzozowska A.: Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej. Pielęgniarstwo XXI wieku 2010, 3-4 (32-33), 75-85.
8. Poznańska S.: Pielęgniarstwo i jego istota. W: B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek (red.). Podstawy Pielęgniarstwa. Tom 1. Założenia teoretyczne. Wyd. Czelej, Lublin 2004.
9. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o Zawodach Pielęgniarki i Położnej (Dz.U.2011.174.1039).
10. Widomska-Czekajka T., Górajek-Jóźwik J. (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wyd. PZWL, Warszawa 1996.

Zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjne i finansowe w subpopulacji osób starszych w środowisku wielkomijskim

Irena Maniecka-Bryła, Monika Burzyńska

Zakład Epidemiologii i Biostatystyki Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Streszczenie

Wstęp. Starzenie się społeczeństw jest cechą charakterystyczną procesów demograficznych w Polsce i Europie. Wnosi ono w dziedzinę polityki społecznej poważne problemy społeczne. Należy zwrócić uwagę na specyfikę potrzeb tej grupy ludności, zwłaszcza w odniesieniu do usług zdrowotnych i opiekuńczych. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zapotrzebowania na usługi finansowe i pielęgnacyjne znajdujące się w zakresie usług pomocy społecznej w subpopulacji osób starszych w środowisku wielkomijskim.

Materiał i metody. Badaniem objęto osoby w wieku 65 lat i więcej korzystające z usług pomocy społecznej losowo dobranego do badania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Łódź-Polesie (MOPS). Badanie przeprowadzono w okresie od września 2011 roku do lutego 2012 roku, wykorzystując opracowany w tym celu kwestionariusz wywiadu.

Wyniki. Beneficjentami MOPS częściej były kobiety (77,9%). Średni wiek podopiecznych wynosił 79 lat. Mężczyźni uzyskujący świadczenia socjalne najczęściej byli wdowcami (łącznie 43,7%), kobiety również najczęściej były owdowiałe (73,9%). Osoby starsze w głównej mierze korzystały z usług opiekuńczych (81,8%). 18,2% wszystkich badanych korzystało z pomocy finansowej w postaci zasiłków. Pozostałe osoby otrzymały pomoc w zakresie dożywiania i pokrycie składki zdrowotnej. Dochody 61,2% badanych osób nie pozwalały na zaspokojenie bieżących potrzeb. Pomoc finansową i usługi opiekuńcze badani najczęściej otrzymywali ze strony instytucji pomocy społecznej (odpowiednio 56,1%; 100%).

Wnioski. Znaczący wpływ na częstość korzystania z usług pomocy społecznej ma głównie postępujący proces starzenia populacji i zły stan zdrowia osób starszych, który istotnie determinuje wzrost zapotrzebowania na świadczenia pomocy społecznej, zwłaszcza w aspekcie usług opiekuńczych.

Słowa kluczowe: starzejące społeczeństwo, pomoc społeczna, Polska

Abstract

Introduction. Demographic processes in Poland and Europe are characterized by population ageing. It brings serious problems into the field of social policy. It is important to pay attention to the specific needs of this subpopulation, particularly regarding health and care services. The purpose of this paper is to present the demand for financial and nursing services that are within the scope of social welfare services in the subpopulation of the elderly living in urban environment.

Material and methods. The study included people aged 65 years and over using the services of social assistance provided by the Municipal Social Welfare Centre – Lodz-Polesie (MOPS), which was randomly selected for this study. The study was conducted from September 2011 to February 2012, using a specially developed interview questionnaire for this purpose.

Results. Most of MOPS beneficiaries were women (77.9%). The beneficiaries were 79 years old on average. Men receiving social benefits were usually widowers (43.7%), and most women were widowed too (73.9%). Elderly people were using nursing services mostly (81.8%). 18.2% of all beneficiaries received financial assistance in the form of benefits. Other people received assistance in nutrition and coverage of health insurance. Income of 61.2% of the respondents did not allow to meet current needs. Our respondents received financial and nursing services mainly from social care institutions (respectively 56.1% and 100%).

Conclusion. Significant impact on the frequency of use of the social care services is attributed to progressive ageing of the population and the poor health of the elderly, which essentially determines the increase in demand for social assistance benefits, especially in terms of care services.

Key words: population ageing, social care, Poland

Wstęp

Starzenie się społeczeństw jest cechą zmienną postępu cywilizacyjnego (3, 5, 16). Z problemami starzejącej się populacji boryka się Polska, jak również inne kraje Unii Europejskiej, co ugruntowało współpracę i wymianę doświadczeń w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi krajami. Zwiększenie udziału osób starszych w ogólnej populacji niewątpliwie wpłynie na kształt sytuacji zdrowotnej i potrzeb zdrowotnych całego społeczeństwa (2, 17, 21). W obliczu postępującego procesu starzenia się ludności Polski istnieje zatem potrzeba dokonania odpowiednich modyfikacji w systemie polityki zdrowotnej i społecznej, które sprostają nowym wyzwaniom natury zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej (12, 20).

Starzenie się populacji od wielu już lat znajduje się w obszarze zainteresowania demografów, polityków społecznych, epidemiologów i socjologów (4, 9). Zmiany, które zachodzą w tym obszarze życia społecznego wynikają zarówno z wielkości odsetka osób starszych w społeczeństwie, jak i z tempa wzrostu udziału osób starszych w populacji. Skutkiem tej sytuacji jest szereg wyzwań o charakterze społecznym i ekonomicznym, którym rodzina coraz częściej nie jest w stanie sprostać. We współczesnym świecie rodzina często nie jest w stanie spełnić pokładanych w niej oczekiwań (6). Jest to spowodowane tym, iż ze strony społeczeństwa istnieje presja nakierowana na sukces, karierę i zaspokajanie potrzeb materialnych, tym samym zaburzeniu ulega tradycyjny model rodziny, która byłaby w stanie zaspokoić potrzeby społeczne starszych generacji (1). Z uwagi na ogromną skalę problemu jakim jest starzejące się społeczeństwo, starość niewątpliwie stała się kwestią społeczną (26).

Zadaniem polityki społecznej w obliczu starzejącego się społeczeństwa jest hierarchizacja jej celów w taki sposób, aby potrzeby osób starszych były traktowane dokładnie tak samo jak potrzeby innych grup ludności. Niewątpliwie nie sprzyja temu rozpowszechniony w społeczeństwach zwyczaj opisywania starości przy pomocy negatywnych określeń takich jak: niepełnosprawność, osamotnienie, izolacja, marginalizacja. Jest to niezwykle istotne ponieważ zakres potrzeb osób starszych zdeterminowany jest wieloma procesami i stanami – nie tylko tymi negatywnymi (7, 10, 11, 18).

Celem niniejszej pracy była ocena zapotrzebowania na usługi finansowe i pielęgnacyjne znajdujące się w zakresie usług pomocy społecznej wśród osób w wieku 65 lat i więcej. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, iż niniejsze badanie zostało zrealizowane w Łodzi, której populacja charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem procesu starzenia w naszym kraju oraz niekorzystnym poziomem wielu mierników epidemiologicznych stanu zdrowia.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie od września 2011 roku do lutego 2012 roku wśród podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Łódź-Polesie (MOPS), który wylosowano spośród 5 filii Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi. Badani byli w wieku 65 lat i więcej. Narzędziem badania był opracowany na podstawie literatury przedmiotu kwestionariusz wywiadu, który zawierał dane dotyczące sytuacji społeczno-ekonomicznej respondentów i dane dotyczące samooceny stanu zdrowia i jakości życia. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Uzyskane dane wprowadzone zostały do przygotowanej bazy w programie Microsoft Excel i poddane analizie statystycznej. Wykorzystano miary z zakresu statystyki opisowej i analitycznej, były to między innymi: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, modalna, wskaźniki struktury – odsetki i frakcje w zależności od liczebności analizowanych grup według zmiennych. W celu stwierdzenia zależności między cechami wykonano test niezależności χ^2 . Dla określenia siły zależności obliczono współczynnik współzależności C-Pearsona.

Wyniki

Ludność dzielnicy Łódź-Polesie wynosiła na koniec 2010 roku 139 112 osób, natomiast osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 18,5% ogółu populacji. Współczynnik feminizacji w analizowanej subpopulacji wynosił 121,6. W 2010 roku 5 336 osób uzyskało prawo do otrzymywania świadczeń pomocy społecznej w badanym ośrodku. Osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 23,7% ogółu osób uprawnionych do uzyskania pomocy społecznej (704 osoby – 574 kobiety i 130 mężczyzn). W okresie objętym badaniem zmarło 101 osób. 34 podopiecznych nie wyraziło zgody na przeprowadzenie badania. 54 osoby nie zostały zakwalifikowane do udziału w badaniu ze względu na zły stan zdrowia – były to osoby dotknięte chorobą Alzheimera, ze znacznym stopniem otępienia, uniemożliwiającym kontakt. 49 osób w trakcie realizacji badania utraciło prawo do uzyskiwania świadczeń. Ostatecznie próba objęta analizą statystyczną liczyła 466 osób w wieku 65 lat i więcej. W badaniu uczestniczyły 363 kobiety (77,9%) i 103 mężczyzn (22,1%). Współczynnik feminizacji w badanej próbie wyniósł 352,0. Osoby badane były w wieku od 65 do 100 lat, przy czym średnia wieku wynosiła 79+/-9,87 lat. Mediana wieku badanych wyniosła 80 lat, zaś najczęściej spotykanym wiekiem w badanej próbie był wiek 83 lat. Ogółem wśród badanych dominowały osoby w wieku 80-84 lata, stanowiąc 24,2% wszystkich badanych osób i osoby w wieku 85 lat i więcej – 21,8% ogółu. Najmniej liczną grupę stanowili badani w wieku 70-74 lata (13,3%). Minimalny wiek badanych osób starszych pobierających świadczenia z MOPS wyniósł 65 lat (39 osób – 12 mężczyzn i 27 kobiet), co stanowiło 11,7% wszystkich badanych podopiecznych MOPS, zaś maksymalny 100 lat (zaledwie 1 osoba – kobieta). Wśród podopiecznych MOPS najwięcej było owdowiałych kobiet (268 osób), które stanowiły 85,0% wszystkich świadczeniobiorców, zaś najmniejszy odsetek stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim (4,1%). Wśród badanych 16,3% stanowiły osoby rozwiedzione, zaś 12,4% to kawalerowie i panny. Większość badanych legitymowała się wykształceniem podstawowym (242 osoby – 51,9%). W grupie badanej najmniej było osób z wykształceniem wyższym (7,3%). Większość badanych w przeszłości pracowała fizycznie – 81,6% mężczyzn i 65,8% kobiet. Wśród świadczeniobiorców MOPS nie było osób aktywnych zawodowo w chwili badania. Zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn głównym źródłem utrzymania była emerytura (368 – 79,2%). Charakterystykę badanej grupy według cech demograficznych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej próby według cech demograficznych

Zmienna	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem		
	N	%	N	%	N	%	
Płeć	103	100	363	100	466	100,00	
Wiek	65-69	41	40,2	50	14,0	91	19,8
	70-74	15	14,7	46	12,9	61	13,3
	75-79	22	21,6	74	20,7	96	20,9
	80-84	15	14,7	96	26,9	111	24,2
	85 i więcej	9	8,8	91	25,5	100	21,8
Stan cywilny	Kawaler/panna	15	14,6	43	11,8	58	12,4
	Żonaty/mężatka	10	9,7	9	2,5	19	4,1
	Wdowiec/wdowa	45	43,7	268	73,9	313	67,2
	Rozwiedziony/a	33	32,0	43	11,8	76	16,3
Wykształcenie	Podstawowe	42	40,8	200	55,1	242	51,9
	Zawodowe	18	17,5	19	5,2	37	7,9
	Średnie	34	33,0	119	32,8	153	32,9
	Wyższe	9	8,7	25	6,9	34	7,3
Charakter pracy w przeszłości	Pracownik fizyczny	84	81,6	239	65,8	323	69,3
	Pracownik umysłowy	19	18,4	124	34,2	143	30,7

Źródło: obliczenia własne

Spośród różnorodnych przyczyn wystąpienia z wnioskiem o pomoc społeczną w dzielnicy Łódź-Polesie najczęściej zanotowano długotrwałą chorobę, która dotknęła 342 osoby, czyli 73,4% wszystkich badanych (65,0% mężczyzn; 75,8% kobiet). 200 wniosków umotywowanych było niepełnosprawnością badanych, co stanowiło 42,9% ogółu. Mimo, iż 36 osób badanych nie uzyskiwało formalnie regularnych i

udokumentowanych dochodów, jedynie 19 wniosków o pomoc społeczną motywowano ubóstwem (4,1% ogółu). 4 osoby uzyskały pomoc z racji na zaistniałe zdarzenie losowe – 0,8% badanych. W wielu przypadkach przyczyn wystąpienia z wnioskiem o pomoc społeczną było więcej niż jedna, najczęściej dwie. Długotrwała choroba często współistniała z niepełnosprawnością. Strukturę przyczyn wystąpienia z wnioskiem o pomoc społeczną wśród badanych zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. Struktura badanych według płci i przyczyn wystąpienia z wnioskiem o pomoc społeczną

Przyczyna	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Długotrwała choroba	67	65,0	275	75,8	342	73,4
Niepełnosprawność	52	50,5	148	40,8	200	42,9
Ubóstwo	4	3,9	15	4,1	19	4,1
Zdarzenie losowe	0	0,0	4	1,0	4	0,8

Źródło: obliczenia własne

Podopieczni Ośrodków Pomocy Społecznej uzyskują świadczenia w postaci zasiłków (zasiłku stałego, zasiłku okresowego lub celowego) lub w formie usług opiekuńczych. Zasiłek stały jest przyznawany osobom samotnie gospodarującym lub pozostającym w rodzinie, jeśli ich dochód nie przekracza kryterium dochodowego, które dla osób samotnych wynosi 477 zł na miesiąc, zaś dla osób wspólnie gospodarujących 351 zł miesięcznie. W szczególnych przypadkach mimo przekroczenia kryterium dochodowego może być przyznany specjalny zasiłek celowy, zasiłek okresowy lub pomoc rzeczowa. Zasiłek stały ustala się w kwocie równej różnicy między kryterium dochodowym na osobę a dochodem na osobę, ale nie może on przekraczać 477 zł miesięcznie i nie może być niższy niż 30 złotych na miesiąc. Zasiłek okresowy nie może być niższy niż 50% różnicy między kryterium dochodowym a dochodem na osobę. Jego kwota nie może być też niższa niż 20 złotych miesięcznie. Czas na jaki przyznawany jest zasiłek ustala się w zależności od okoliczności. Zasiłki specjalne to zasiłki przyznawane w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej. Może być przyznawany na zakup konkretnych dóbr, a także na rzecz przeprowadzanych remontów, napraw czy też na pokrycie kosztów pogrzebu lub innego nieprzewidzianego zdarzenia losowego.

Większość badanych osób uzyskała pomoc społeczną w postaci usług opiekuńczych 81,8% (48,5% mężczyzn i 90,4% kobiet). 85 osób (18,2%) otrzymało pomoc finansową (67 osób zasiłek stały, 17 osób zasiłek celowy i 1 osoba zasiłek okresowy). Badani równocześnie mogli otrzymywać więcej niż jedną formę pomocy społecznej jeśli spełniali odpowiednie kryteria. I tak 43 osoby niezależnie od podstawowej formy pomocy otrzymali również pomoc w zakresie dożywiania, zaś 4 osoby miały regularnie opłacaną przez MOPS składkę zdrowotną. Strukturę form pomocy otrzymanej przez badanych zestawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Struktura badanych według płci i form pomocy otrzymywanej z MOPS

Forma pomocy	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Usługi opiekuńcze	50	48,5	331	91,2	381	81,8
Zasiłek stały	45	43,7	22	6,1	67	14,4
Zasiłek celowy	8	7,8	9	2,5	17	3,6
Zasiłek okresowy	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Dożywianie	32	31,1	11	3,0	43	9,2
Składka zdrowotna	2	1,9	2	0,4	4	0,9

Źródło: obliczenia własne

Spośród 466 świadczeniobiorców Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej 36 osób – 7,73% (25 mężczyzn i 11 kobiet) nie posiadało żadnego dochodu. Przyznano im świadczenie stałe w wysokości 444 zł. 67 świadczeniobiorców (14,4%) spełniało warunki kryterium dochodowego. Zostały im przyznane zasiłki w kwotach stanowiących różnicę między miesięcznym dochodem a kryterium dochodowym. 17 osobom (3,6%) przekraczającym kryterium dochodowe przyznano zasiłki celowe w zależności od dochodu i zgłoszonej potrzeby. Osobom o najwyższym dochodzie zgodnie z potrzebami wynikającymi z długotrwałej, ciężkiej choroby przyznano usługi opiekuńcze. Z pomocy w formie usług opiekuńczych korzystało 48,5% mężczyzn i 90,4% kobiet. Zarówno mężczyźni jak i kobiety otrzymujący świadczenia z MOPS najczęściej

uzyskiwali dochód z przedziału 901-1 200 zł (47,0%). 17 kobiet i 1 mężczyzna uzyskali dochód powyżej 1800 zł. Średni miesięczny dochód mężczyzn wyniósł 1 194,82 zł i był o 37,17 zł niższy w porównaniu do kobiet, dla których wyniósł 1 231,99 zł. Przy użyciu testu χ^2 stwierdzono, że istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy uzyskiwanym miesięcznym dochodem a płcią. Na uwagę zasługuje fakt, iż kobiety uzyskiwały nieznacznie wyższy miesięczny dochód w porównaniu z mężczyznami. Współczynnik C-Pearsona wynoszący 0,2 wskazuje na niezbyt silną zależność między tymi zmiennymi.

66,3% badanych stwierdziło, że problemy finansowe przysparzają im zmartwień i utrudniają życie. Aż 88,0% gospodarstw domowych nie posiadało żadnych oszczędności. Co czwarty badany posiadał do spłacenia dług finansowy. Mężczyźni częściej zaciągali długi o wyższej wartości. Dane zawarto w tabeli 4.

Tabela 4. Struktura badanych według płci i rodzajów problemów finansowych

Wyszczególnienie	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Gospodarstwo domowe deklaruje problemy finansowe utrudniające życie	65	63,1	244	67,2	309	66,3
Gospodarstwo domowe nie posiada żadnych oszczędności	87	84,5	323	88,9	410	88,0
Gospodarstwo domowe posiada długi do 500 zł	5	4,9	29	7,9	34	7,3
Gospodarstwo domowe posiada długi 501-1000 zł	7	6,8	29	7,9	36	7,7
Gospodarstwo domowe posiada długi powyżej 1000 zł	17	16,5	25	6,8	42	9,0

Źródło: obliczenia własne

Należy zaznaczyć, że badani na pytanie „czy wiąże Pani/Pan koniec z końcem” 46,6% odpowiedziało, że „z wielką trudnością”, a kolejne 42,9%, że „z pewną trudnością”. Jedyne co dziesiąty badany odpowiedział, że „łatwo wiąże koniec z końcem”. Ponad połowa respondentów (61,2%) odpowiedziała, że ich dochody nie pozwalają na zaspokojenie bieżących potrzeb. Pomoc finansową badani najczęściej otrzymywali ze strony instytucji pomocy społecznej (56,1%). 32,2% ogółu badanych otrzymywało taką pomoc od znajomych i przyjaciół, zaś co dziesiąty badany (11,7%) otrzymywał taką pomoc od rodziny. Pomoc w zakresie usług opiekuńczych wszyscy badani otrzymywali ze strony instytucji pomocy społecznej. 3,9% z nich otrzymywało taką pomoc równocześnie od współmałżonka.

Przy użyciu testu niezależności χ^2 stwierdzono, że mężczyźni częściej w porównaniu do kobiet uzyskiwali pomoc finansową ($\chi^2=97,822$; $C=0,97$). Im młodszy wiek osób badanych, tym częściej uzyskiwali oni pomoc finansową. I tak: w porównaniu z osobami z najstarszej grupy wieku (85 lat i więcej), podopieczni będący w wieku do 70 lat częściej uzyskali tę formę pomocy ($\chi^2=38,549$, $C=0,87$). Na uzyskiwanie pomocy finansowej w sposób istotny statystycznie wpływał również stan cywilny. Osoby stanu wolnego korzystały z pomocy finansowej częściej niż osoby będące w innych stanach cywilnych ($\chi^2=0,211$; $C=0,03$). Miesięczny dochód uzyskiwany na osobę w gospodarstwie domowym również w sposób istotny wpływał na uzyskiwanie pomocy finansowej – okazał się najsilniejszą determinantą dla tej zmiennej. Badani z dochodem miesięcznym na osobę nieprzekraczającym 500 zł istotnie częściej korzystali z tej formy pomocy niż osoby z największym dochodem ($\chi^2=121,344$; $C=0,98$).

Najistotniejszą determinantą korzystania z pomocy w postaci usług opiekuńczych było występowanie długotrwałej choroby. Osoby takie częściej otrzymywały pomoc opiekuńczą niż badani występujący o pomoc z innych przyczyn ($\chi^2=83,318$; $C=0,98$). Kobiety częściej w porównaniu do mężczyzn uzyskiwały tę formę pomocy ($\chi^2=27,822$; $C=0,78$). Wiek także okazał się istotną zmienną wpływającą na szansę uzyskiwania pomocy opiekuńczej ($\chi^2=103,564$; $C=0,97$). Starsi badani mieli większą szansę uzyskania tej formy pomocy. Osoby najstarsze – w wieku 85. roku życia korzystały z takiej pomocy częściej w porównaniu do najmłodszych badanych (do 70. roku życia). Stan cywilny także w sposób istotny statystycznie wpływał na uzyskiwanie pomocy opiekuńczej. Najczęściej z tej formy pomocy korzystały osoby owdowiałe ($\chi^2=16,234$, $C=0,61$).

Dyskusja

Starzenie się populacji zarówno w Polsce, jak i w Europie, wnosi w dziedzinę polityki społecznej bardzo poważne problemy społeczne (13, 23, 29). Sytuacja ludzi starszych w Polsce jest bardzo trudna. Ich sytuację materialną określa się dokonując analizy posiadanych przez nich dochodów i zasobów. Należy

zwrócić uwagę również na specyfikę potrzeb tej grupy ludności, szczególnie w odniesieniu do usług zdrowotnych i opiekuńczych (22, 27, 28). Problem korzystania z usług opieki społecznej przez osoby starsze jest niezwykle istotny z uwagi na wzrastający odsetek osób starszych w społeczeństwie. Zmiany w kierunku mniej licznych gospodarstw domowych oraz ciągle zbyt niski stopień świadomości na temat zabezpieczenia socjalnego i uwarunkowań starzenia pomyślnego wśród osób starszych stanowią wyzwanie dla polityki społecznej i ochrony zdrowia, zarówno w Polsce, jak i w Europie. Wyniki badania dotyczącego zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne i finansowe ze strony starszych mieszkańców dzielnicy Łódź-Polesie pokazały, iż znaczący wpływ na częstość korzystania z usług pomocy społecznej ma przede wszystkim postępujący proces starzenia populacji i zły stan zdrowia osób starszych, który istotnie determinuje wzrost zapotrzebowania na świadczenia pomocy społecznej, szczególnie w odniesieniu do usług opiekuńczych. Warunki życia osób starszych są bardzo zróżnicowane, co związane jest z wieloma czynnikami, takimi jak: poziom wykształcenia, wysokość dochodu, przynależność do grupy społeczno-ekonomicznej i wielkość gospodarstwa domowego (25, 31). Analizując problematykę zapotrzebowania na usługi pomocy społecznej w subpopulacji osób starszych należy odnieść się do wyników badań przeprowadzanych w tym obszarze.

W badaniu przeprowadzonym w ramach projektu Diagnoza Społeczna 2009 wskazano, że w okresie ostatnich pięciu lat sytuacja dochodowa osób starszych nie uległa znacznym zmianom. Ludność w wieku starszym należy do grupy, która zgodnie z ich własnymi opiniami ledwie „wiąże koniec z końcem”, co potwierdzono w niniejszym badaniu. W 2009 roku przeciętny rozporządzalny dochód na osobę w gospodarstwie domowym osób starszych wyniósł 869,61 złotych, czyli był on zdecydowanie niższy niż wśród osób objętych niniejszym badaniem. 41,0% ogółu gospodarstw deklaroowało, że ich stałe dochody nie pozwalają na zaspokojenie bieżących potrzeb. W badaniu własnym odsetek ten był o 20% wyższy (61,2%). W roku 2009 w Polsce ponad 14,0% ogółu gospodarstw osób starszych korzystało z pomocy społecznej w różnej formie. Z pomocy finansowej korzystało 77,0% ludności, z rzeczowej 35,0%, zaś z pomocy usługowej 24,0% (8). Struktura świadczeń uzyskiwanych przez osoby starsze w ośrodku wylosowanym do niniejszego badania wyglądała nieco inaczej, bowiem w zakresie świadczonych usług dominowały usługi opiekuńcze.

Badanie gospodarstw domowych przeprowadzone w 2003 roku pokazuje, że osoby starsze (emeryci i renciści) są grupą, która swoją przyszłą sytuację materialną ocenia najgorzej spośród wszystkich typów gospodarstw domowych. Za najczęstsze przyczyny niekorzystnej sytuacji materialnej badani uznali: niskie dochody, wysokie koszty utrzymania mieszkania, brak możliwości dodatkowych zarobków, brak pracy, długotrwałą chorobę lub inwalidztwo (30).

W 2003 i 2004 roku przeprowadzono badanie będące fragmentem projektu badawczego Podaż pracy w usługach opiekuńczych. Problematyka badań, przeprowadzonych łącznie w 13 krajach Unii Europejskiej, objęła między innymi analizę struktury sektora opieki społecznej, roli władz w świadczeniu usług opiekuńczych, cech demograficznych i pracy opiekunów społecznych. Wyniki badań pokazały, iż w całej Unii Europejskiej istnieje wiele przeszkód w rozwoju sektora opieki. Mają one podłoże kulturowe, gospodarcze, polityczne i społeczne (19). Przeprowadzono także badania oceniające rolę rodziny w systemie opieki nad osobą starszą. Pierwsze próby takich analiz podjęto w latach osiemdziesiątych XX wieku. Wykazały one ogromną rolę rodziny, ze strony której 87,0% osób starszych otrzymywało opiekę i pielęgnację. Po 1989 roku – w okresie transformacji systemowej – sytuacja ta uległa zmianie, na co wskazują również wyniki niniejszego badania, które pokazują, że pomoc pielęgnacyjną osoby starsze uzyskują w 100% ze strony instytucji pomocy społecznej z niewielkim wsparciem rodziny (3,9%), natomiast pomoc finansową jedynie co dziesiąty badany uzyskiwał od rodziny. Modyfikacji uległ model rodziny, zmniejszył się odsetek zawieranych małżeństw, wzrosła liczba rozwodów, a pracownicy socjalni zaczęli zgłaszać wzrastający problem zaniedbań opiekuńczych nad osobami starszymi. Badania przeprowadzone wśród pracowników opieki społecznej we wschodnich regionach Polski wykazały zdecydowany brak zainteresowania osobami starszymi ze strony rodziny (24).

Ludność w starszym wieku, podobnie jak zdecydowana większość społeczeństwa, z reguły skupiona jest w gospodarstwach domowych, pełniąc w nim rolę „głowy” lub pozostając w strukturze gospodarstwa prowadzonego przez inne osoby. Badania wskazują, że wśród ogółu ludności w starszym wieku 23,8% stanowią jednoosobowe gospodarstwa domowe. Należy zaznaczyć, że podopieczni objęci badaniem w 91,2% stanowili takie właśnie gospodarstwa. Prognoza gospodarstw domowych opracowana przez Główny Urząd Statystyczny dotycząca uwarunkowań demograficznych i rodzinnych do roku 2030 wskazuje, że liczba ludności w gospodarstwach domowych będzie się systematycznie maleć. Zwiększy się również liczba osób zamieszkujących obiekty zbiorowego zakwaterowania (zwłaszcza w odniesieniu do osób powyżej 74. roku życia) (16). Opisane powyżej zmiany w strukturze gospodarstw domowych mogą przyczynić się do wzrostu popytu na świadczenia socjalne, zwłaszcza ze strony ludzi starszych samotnie gospodarujących, na co wskazuje również badanie własne. Szczególne znaczenie ma tutaj pomoc społeczna, która w swojej działalności realizuje postanowienia w zakresie udzielania opieki instytucjonalnej. Jej przyczyną w głównej mierze jest brak zapewnienia opieki przez członków rodziny. Są to takie formy opieki jak praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne, poradnictwo psychologiczne, realizowane między innymi poprzez umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej. Starzejące społeczeństwo stwarza również wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie dofinansowywania zaopatrzenia w środki ortopedyczne, środki lecznicze i środki rehabilitacyjne przyznawane osobom starszym dotkniętym niepełnosprawnością (14, 15).

Wnioski

Analiza zapotrzebowania na usługi finansowe i pielęgnacyjne dała podstawę do wysunięcia następujących wniosków:

1. Starzenie się społeczeństw i zły stan zdrowia osób starszych przyczyniają się do wzrostu zapotrzebowania na pomoc finansową i usługową ze strony instytucji pomocy społecznej – przede wszystkim o charakterze usług pielęgnacyjnych, których rola staje się coraz bardziej istotna.
2. Poznanie uwarunkowań korzystania z pomocy społecznej przez osoby starsze może stanowić podstawę wdrożenia stosownych rozwiązań w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej.

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki nr 507/6-029-07/507-60-005, przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS5/01193

Bibliografia

1. Attkosson C.C., Hargreaves W.A., Horowitz M.J. et al.: Evaluation of human service programs. Academic Press, New York San Francisco London 1978, s. 137-205.
2. Baker R., Bateman I., Donaldson C.: Weighting and valuing quality-adjusted life-years using stated preference methods: preliminary results from the Social Value of a QUALY Project. Health Technology Assessment 2010, 14(7): 7-18.
3. Benyamini Y., Blumstein T., Lusky A., Modan B.: Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated that predicts survival? The Gerontologist 2003; 43 (3): 396-405.
4. Bullinger M.: Assessing over concepts, methods and applications in international research. Restorative Neurology and Neuroscience 2002, 20: 93-101.
5. Chipperfield J.G.: Everyday physical activity as a predictor of late-life mortality. The Gerontologist 2008; 48 (3): 349-357.
6. Coudin G., Alexopoulos T.: Help me! I'm old! How negative aging stereotypes create dependency among older adults. Aging and Mental Health 2010, 14(5): 516-523.
7. Crimmins E.M., Hayward M.D., Hagedorn A. et al.: Change in disability-free life expectancy for Americans 70-years old and older. Demography 2009, 46(3): 627-646.
8. Czapiński J., Panek T.: Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009, s. 44-63.
9. Daszykowska J.: Jakość życia w perspektywie pedagogicznej. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2010, s. 41-65.

10. Drobnik J., Trnka J., Susło R.: Przegląd instrumentów opieki społecznej służących zabezpieczeniu potrzeb osób w podeszłym wieku. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Pr. Zb. Pod red. J.T. Kowaleskiego, P. Szukalskiego, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 244-247.
11. Dubas E.: Subiektywny wymiar życia w starości. [w:] *Społeczne aspekty starzenia się i starości*. Pr. Zb. Pod red., J. Staręga-Piasek, B. Synak, Warszawa 1990, 31-46.
12. Fortuniak M.: Problemy zdrowotne osób chorych w wieku podeszłym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2003; 1 (15): 54-58.
13. Fry P.S.: Predictors of health-related quality of life perspectives, self-esteem, and life satisfactions of older adults following spousal loss: an 18-month follow-up study of widows and widowers. *The Gerontologist* 2001; 41 (6): 787-798.
14. Graniewska D.: Podsumowanie. Oceny. [w:] *Warunki życia emerytów i rencistów w Polsce i krajach zachodnich. Uwarunkowania. Problemy. Tendencje*. Pr. zb. pod red. D. Graniewskiej. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 1999, s. 73-82.
15. Gunten A., Ebbing K., Imhof A. et al.: Brain aging in the oldest-old. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2010, 10: 1-10.
16. Halicka M.: Człowiek stary w instytucji opiekuńczej. Na przykładzie badań w domach pomocy społecznej na Podlasiu. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, red. J.T. Kowaleski, P. Szukalski. Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 272-276.
17. Jeste D.V.: Feeling fine at a hundred and three. *Secrets of successful aging*. *American Journal of Preventive Medicine* 2005, 28(3): 323-324.
18. Jung M., Muntaner C., Choi M.: Factors related to perceived life satisfaction among the elderly in South Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2010, 43(4): 292-300.
19. Krzyszkowski J.: Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w Polsce i w innych krajach UE. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, red. J.T. Kowaleski, P. Szukalski. Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 150-155.
20. Łobożewicz T.: Samopoczucie psychospołeczne ludzi starszych a ich aktywność ruchowa. *Gerontologia Polska* 1995; 3 (1-2): 25-35.
21. Maniecka-Bryła I., Drygas W., Bryła M. et al.: Determinants of Self-Rated Health among the Elderly Living in a Big City Environment. *Polish Journal of Environmental Studies* 2011, 20(3): 691-699.
22. McCann Mortimer P., Ward L., Winefield H.: Successful ageing by whose definition? Views of older, spiritually affiliated women. *Australasian Journal on Ageing* 2008, 27(4): 200-204.
23. Murray C.J.L., Lopez A.D.: *Global Health Statistics*. World Health Organization and Harvard School of Public Health, USA 1996: 13-60.
24. Podolec B., Ulman P., Wałęga A.: *Aktywność ekonomiczna a sytuacja materialna gospodarstw domowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2008, s. 76-78.
25. Reijula J., Rosendahl T., Reijula K. et al.: A new method to assess perceived well-being among elderly people – a feasibility study. *BioMed Central Geriatrics* 2009, 9: 55-62.
26. Szatur-Jaworska B.: *Społeczna kwestia ludzi starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*. Dostęp w Internecie (<http://www.rpo.gov.pl/pliki/12228594450.pdf>). Pobrano 26.02.2013.
27. Turner S.: Primary healthcare in homeless shelters in Łódź, Poland. *Public Case Studies no. 1*. WHO 2003: 93-105.
28. Van Solinge H., Henkens K.: Living longer, working longer? The impact of subjective life expectancy on retirement intentions and behavior. *European Journal of Public Health* 2009, 20(1): 47-51.
29. Włodarczyk C.: Międzynarodowe standardy a polska reforma zdrowotna, *Polityka Społeczna* 10, 2001: 2-6.

30. Zarzeczna-Baran M., Bakierska M., Trzeciak B. i in.: Jakość życia starszych mieszkańców miasta i gminy Sztum korzystających z pielęgniarstwa środowiskowego. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008, 89(4): 511-517.
31. Ziglio E.: Poverty and health: an overview of selected case studies in WHO European Member States. [in:] Pr. zb. pod red. E. Ziglio, R. Barbosa, Y. Charpak, S. Turner. *Health systems confront poverty. Public Health Case Studies no. 1. WHO 2003: 1-11.*

Психологія духовного становлення медичного працівника в контексті перспектив розвитку системи охорони здоров'я

Наталія Жигайло

Львівський національний університет імені Івана Франка

Анотація: Нами представлено психологію духовного становлення медичного працівника в контексті перспектив розвитку системи охорони здоров'я; запропоновано авторську модель духовного становлення особистості медичного працівника; психологічний тренінг формування духовності особистості медичного працівника; програму розвитку духовності особистості медичного працівника тощо.

Ключові слова: психологія, формування, становлення, духовне становлення, медичний працівник, психологічний тренінг, релігійні цінності

Streszczenie: Zaprezentowaliśmy psychologii rozwoju duchowego w kontekście zdrowia perspektyw zawodowych w systemie ochrony zdrowia, upoważnia modelu rozwoju duchowego indywidualnego pracownika opieki zdrowotnej, psychologicznej duchowości formacja szkolenie pracowników służby zdrowia indywidualnego programu duchowej osobowości pracowników medycznych i innych.

Słowa kluczowe: psychologia, formacja, formacja, formacja duchowa, medycznego, trening psychologiczny, wartości religijnych

We presented the psychology of spiritual development in the context of health professional perspectives of the health system, the authorized model of spiritual development of the individual health worker, psychological training formation spirituality of the individual health worker program of spiritual personality of medical workers and others.

Keywords: psychology, formation, formation, spiritual formation, medical professional, psychological training, religious values

Проблема духовного становлення медичного працівника є вельми актуальною. Адже завдяки духовності лікаря від Бога, мудрого, висококваліфікованого фахівця-медика, який всі свої зусилля спрямовує на збереження фізичного, психічного та духовного здоров'я пацієнта, можливо забезпечити високий рівень соціального та економічного добробуту суспільства, здорову націю, сильну державу.

Проблемі духовності присвячено чимало досліджень і коло їх все збільшується. Так, ще філософи Платон, Аристотель, Панфіл Юркевич, Григорій Сковорода надавали великого значення духовності, вони вважали, що поняття «духовність» є похідним від слова «дух, що означає рухливе повітря, повівання дихання, носія життя. Значний внесок у розробку проблеми духовності належить зарубіжним психологам Ф. Лершу, К. Г. Юнгу, К. Роджерсу, Р. Мейю, Дж. Коннорсу. За визначенням цих науковців, духовність – це загальнокультурний феномен, який вміщує в собі не тільки абстрактно-теоретичні цінності й ідеали, а й вчинки по совісті, істини й краси. В сучасній українській психології (Г. С. Костюк, С. Д. Максименко, М. Й. Бори-шевський, М. В. Савчин, В. П. Москалець, Г. О. Балл, Н. І. Жигайло) дослідження духовності відбувається за такими основними напрямками: філософсько-релігієзнавчим, культурологічним та соціально-психологічним, в яких духовність розглядається як багатомірний соціально-історичний феномен, специфічність виявів якого зумовлена своєрідністю всесвітньої історії як поліцентричного утворення. На нашу думку, духовність – це складний психічний феномен; вияв внутрішнього світу особистості; інформаційно-енергетична структура особистості, насичена символами, якими вона володіє. Духовність – це індивідуальна особливість особистості двох фундаментальних потреб: ідеальної потреби пізнання і соціальної потреби жити й діяти для інших.

Під духовним становленням медичного працівника ми розуміли надбання духовних цінностей, релігійної свідомості та самосвідомості особистості лікаря; розвиток його духовних пріоритетів; обґрунтування системи цінностей, що мають лягти в основу його життя, виступати на передній план усього процесу діяльності. Акумулятором духовності слугують наука, культура, релігія, мистецтво тощо.

Нами запропоновано авторську модель духовного становлення особистості медичного працівника (рис. 1). У запропонованій моделі нами виокремлено інструментальна, потребово-мотиваційна та інтеграційна складові.

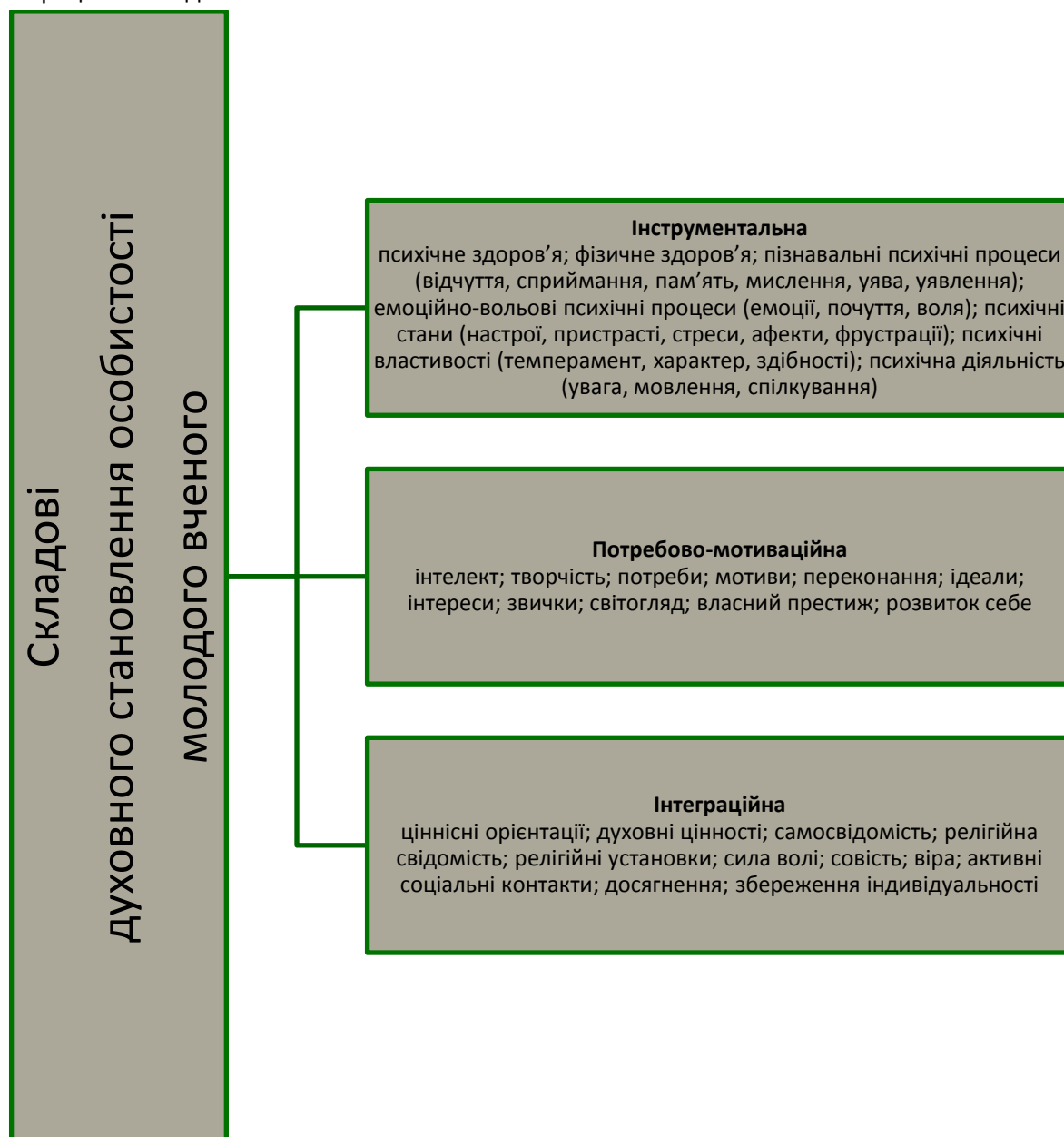


Рис. 1. Авторська модель духовного становлення особистості медичного працівника

На подальшому етапі дослідження нами запропоновано «Програму тренінгу духовного становлення особистості медичного працівника». До кожного з 37 тем-блоків програми були розроблені оригінальні вправи та модифіковано ті тренінгові вправи (інших дослідників), що можна було використати у відповідності до поставленої мети. Використовували: рольові та ділові ігри, міні-дискусії, вправи із тренінгу особистісного зростання, вправи із тілесно-зорієнтованого тренінгу.

Ми порівняли (рис. 2) розподіл рівнів духовного становлення особистості медичного працівника «до» і «після» впровадження «Програми тренінгу». Зокрема, бачимо, що частка високого рівня духовності у медичних працівників внаслідок впровадження програми духовного становлення особистості зросла на 20%.

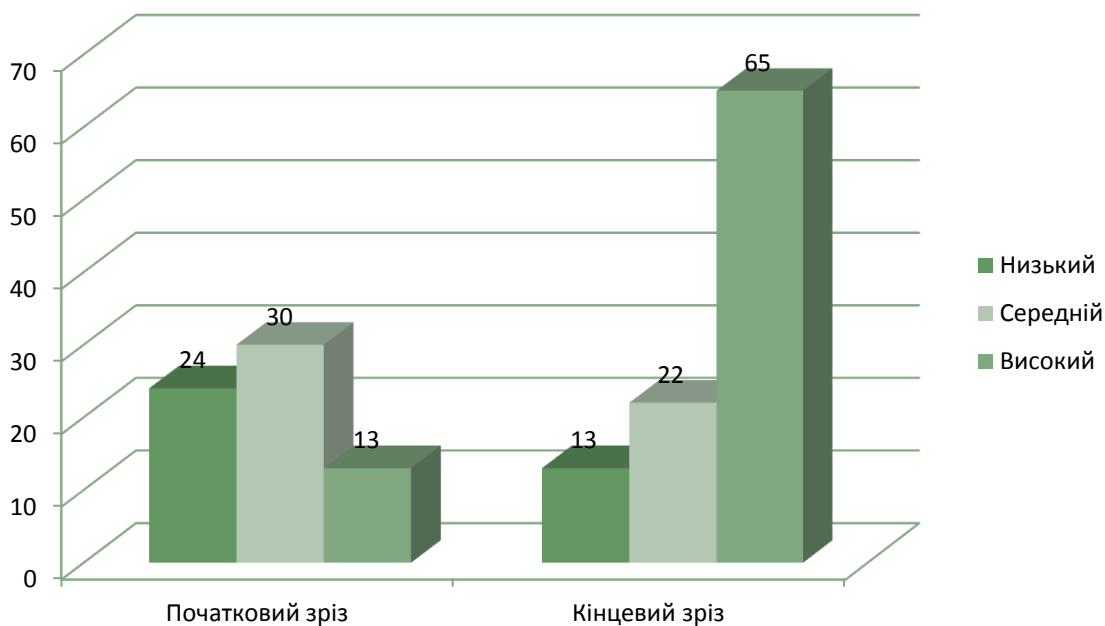


Рис. 2. Рівні духовного становлення особистості медичного працівника (до і після впровадження «Програми»)

Також нами представлено критерії, яким повинен відповідати медичний працівник: моральні: медичний працівник мусить бути людиною релігійною; бути практикуючим християнином; мати об'єктивний та суб'єктивний авторитет; любити свою працю і поважати особистість пацієнта; бути справедливим; мати етично-деонтологічний такт і радість від спілкування; інтелектуальні: високий рівень фахової підготовки; точність пам'яті, гнучкість мислення, творчість уяви; темперамент, лабільна нервова система (вроджені чинники); сила волі і віра (набуті чинники); мовленнєва культура, риторика; інтуїція; спостережливість; фізичні та канонічні: одяг, постава, поведінка; шляхетність, одухотворення.

Джерелами християнської моралі для медичного працівника мають стати: книга книг – Святе Письмо; Богослов'є (як наука про Бога); Свята Літургія – вчителька життя (А.Шептицький); Молитва – розвиток душі; церковне мистецтво; християнська філософія (пізнання Бога).

Утвердження і розквіт нашої держави можливий лише за умови професійного та духовного становлення і здійснення кожного громадянина, фахівця, професіонала, який має стати вирішальною силою, що забезпечить незворотність поступу України до своєї волі, слави, економічного та соціального добробуту, здорової нації, сильної держави.

Література

1. Балл Г. О. Психологія і духовність / Упоряд.: Г. Балл, Р.Трач // Гуманістична психологія. – 2005. – 279 с.
2. Боришевський М.Й. Національна самосвідомість у громадянському становленні особистості. – К., 2000. – 76 с.
3. Жигайло Н. І. Психологія духовного становлення особистості майбутнього фахівця : Монографія. - Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2008 – 336 с.
4. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості : наук. монографія. – К. : КММ, 2006. – 255 с.
5. Максименко С. Д. Психологія особистості : Підручник. – К. : КММ, 2007. – 296 с.
6. Москалець В.П. Психологія релігії: Посібник. – К.: Академвидав, 2004. – 240 с.
7. Психологія.Зв'язком основ психологіїрелігії / Під ред. о. Ю. Макселона.– Львів: Свічадо, 1998.– 320 с.
8. Савчин М. В.Віра в Бога як духовний стан людини / Психологія і суспільство. – 2009. – № 2 (36). – С. 54-59.
9. Хоронжий А. Г. Соціологія релігії: Курс лекцій. - Львів, 2005.– 188 с.

Процес управління формуванням попиту та стимулюванням збуту медичних препаратів на первинному рівні медичного забезпечення

Дячишин В. І.¹, Дячишин Б. І.²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я

² Львівська обласна клінічна лікарня

Вагоме місце в опрацюванні багатоканальної системи управління медичною допомогою країни належить лікарському забезпеченню населення на первинному рівні медичного забезпечення як надто складному, великому за обсягом та наукоємкому процесу сучасного етапу реформування охорони здоров'я.

Сучасні підходи до запровадження ринкових відносин в діючу систему медичного забезпечення та систему забезпечення лікарськими середниками населення на первинному рівні засвідчують, що маркетинг на вітчизняному фармацевтичному ринкові є основною складовою менеджменту - як складової системи управління галузі.

Ринок лікарських засобів для повноцінного лікування кардіологічних хворих сімейним лікарем в Україні не є належно досліджений та проаналізований. Це не дає змоги якісно забезпечити хворих з даною патологією в амбулаторних умовах на первинному рівні необхідними лікарськими препаратами для профілактики та лікування хворих.

Відповідно до загальної схеми описового моделювання, нами, на підставі теорії Графів опрацювана вербальна модель системи управління формуванням попиту та стимулюванням збуту антигіпертензивних лікарських засобів (рис. 1).

Така модель бачиться, як: Об \Rightarrow М \Rightarrow Оп тобто, від об'єкта «Об» (у нашому випадку, від існуючої системи фармацевтичного забезпечення хворих гіпер-тонічною хворобою в практичній охороні здоров'я) до моделі «М» (через блок наукової, директивної та власної інформації) і до нового оптимального варіанту об'єкта «Оп» (системи формування попиту та стимулювання збуту антигіпертензивних препаратів на первинному рівні медико-санітарного забезпечення).

Як система, запропонована модель побудована за принципом: вхід \Rightarrow набір дій \Rightarrow вихід \Rightarrow зворотний зв'язок з двома взаємозв'язаними функціонально-структурними компонентами, а саме: підсистемою формування попиту та підсистемою стимулювання збуту.

Перший етап процесу передбачає отримання інформації сімейним лікарем від хворого про стан захворювання (скарги, анамнез захворювання та життя, його об'єктивний статус) та через дані клініко-діагностичних досліджень, а також з даних «Медичних карт амбулаторного хворого» встановлює клінічний діагноз.

Наступним етапом у процесі управління: при доборі медичних препаратів сімейний лікар враховує стадію захворювання, можливості ускладнення, індивідуальну пристосовуваність до окремих лікарських засобів, їх ефективність, безпечність, перевагу перед аналогами, наявність у хворого супутніх хвороб, факторів ризику, вартість курсу лікування, тощо.

Зваживши всі чинники, сімейний лікар приймає управлінське рішення щодо призначення відповідного лікарського (их) засобу (ів), що може бути пов'язане як з ризиком побічних ефектів і ускладнень, так і з ризиком попиту серед хворих та колег по роботі.

Виконані наукові дослідження дозволили нам опрацювати, відповідно до емпіричної психології людини, що ґрунтується на психографічному аналізі поведінки споживачів (інтереси, консерватив-

ність, прогресивність щодо нововведень, уявлення про життєві цінності), класифікацію соціологічних типів сімейних лікарів за реакцією на фактор «ризик призначення лікарських засобів».



Рис. 2. Класифікація соціологічних типів сімейних лікарів за реакцією на фактор «ризик призначення лікарських засобів»

Заключним етапом є виписування рецепту та консультування хворого щодо конкретного призначеного лікарського препарату, оскільки його прийом має особливо важливе значення в лікувальному процесі та покращанні стану здоров'я пацієнта.

Чинниками стимулювання збуту лікарських препаратів є засоби прямої (інструкції про застосування, рекламні проспекти, листівки, плакати, реклама у фахових періодичних виданнях, виставки) і непрямой (науково-популярні передачі на радіо і телебаченні) рекламної дії, що сьогодні є значно доступнішими для лікарів, ніж 10 років тому.

Все це разом та застосування пропонованої нами моделі управління в практичній охороні здоров'я на рівні первинної медико-санітарної допомоги дозволяє на якісному рівні сімейному лікареві забезпечити пацієнтів з артеріальною гіпертензією в різних її стадіях перебігу лікарськими засобами, що позитивно вплине на стан їх здоров'я.

Провідні чинники ризику формування глобального тягаря хвороб та сучасні стратегії боротьби

Т. С. Грузєва

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: хронічні неінфекційні захворювання, чинники ризику, національна програми, епідеміологія, профілактика, медична допомога

Успішна реалізація завдань з охорони і поліпшення громадського здоров'я, які стоять перед усіма країнами світу і їх національними системами охорони здоров'я, передбачає здійснення оцінки стану здоров'я населення, встановлення масштабу проблем, аналіз особливостей, тенденцій та закономірностей формування здоров'я, виявлення причин та чинників ризику нездоров'я і глобального тягаря хвороб, проведення моніторингу визначення прогностичних тенденцій, обґрунтування розробки та впровадження відповідних стратегій і планів дій.

Відомо, що найбільшим складником захворюваності, смертності та інвалідності у світовому масштабі є хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ). Сьогодні хронічні хвороби, насамперед, хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні респіраторні хвороби і діабет, викликають 63% усіх випадків смерті. За даними ВООЗ, з 36 млн. осіб, які померли від ХНІЗ у 2008 р., 29% були у віці до 60 років. Провідними причинами більшості ХНІЗ є чотири поведінкові чинники ризику, а саме вживання тютюну, нездоровий режим харчування, недостатня фізична активність та зловживання алкоголем. Швидке їх поширення у популяціях обумовлено демографічними зрушеннями та негативними наслідками, які супроводжують соціально-економічні перетворення, інтенсифікацію виробництва, глобалізацію, урбанізацію, некеровану мобільність тощо.

На думку спеціалістів, майже 6 млн людей вмирають щорічно в результаті безпосереднього вживання тютюну і пасивного куріння. До 2030 р. це число може зрости до 7,5 млн, що складе 10% всіх випадків смерті. Іншим вагомим чинником ризику нездоров'я є гіподинамія. З цієї причини у світі щорічно помирають близько 3,2 млн осіб. Близько 2,3 млн людей щороку помирають від зловживання алкоголем, що становить приблизно 3,8% усіх випадків смертності в світі. Причиною більше половини цих випадків є ХНІЗ. Значний рівень споживання надмірної кількості солі та насичених жирів є важливим чинником ризику підвищеного кров'яного тиску і серцево-судинних захворювань.

Згідно з оцінками експертів, підвищений кров'яний тиск є одним з основних чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань і причиною 7,5 млн випадків смерті, що складає 12,8% від загальної кількості. Понад 2,8 млн людей щороку вмирають через надлишкову масу тіла та ожиріння. Підвищений рівень холестерину щорічно призводить до 2,6 млн випадків смерті, атакою підвищує ризик захворювань серця і інсульту.

Епідемія ХНІЗ обумовлює серйозні медико-соціальні втрати та економічні збитки. Економічний аналіз свідчить, що 10% зростання поширеності ХНІЗ призводить до зниження річного економічного зростання на 0,5%. Соціально-економічні наслідки ХНІЗ негативно впливають на реалізацію Цілей тисячоліття у сфері розвитку.

Аналіз статистичних матеріалів та наукових даних свідчить, що проблема епідемії ХНІЗ є надзвичайно актуальною для країн Європейського регіону ВООЗ, у т. ч. для України.

Майже 60% загального тягаря хвороб у даному регіоні ВООЗ припадає на 7 провідних чинників ризику, а саме на високий кров'яний тиск (12,8%), тютюн (12,3%), алкоголь (10,1%), підвищений рівень холестерину у крові (8,7%), надмірну масу тіла (7,8%), недостатнє споживання фруктів і овочів (4,4%), малорухомий спосіб життя (3,5%)

Смертність від серцево-судинних захворювань становить майже 50% усіх випадків смерті в Європі., у т. ч. 35% – в країнах Європейського Союзу, 65% – в країнах СНД. Онкологічні захворювання обумовлюють 20% усіх смертей, травматизм і насилля – 8%.

В Україні ХНІЗ обумовлюють 86% глобального тягаря хвороб. Серцево-судинні та злоякісні хвороби є провідною причиною смерті населення. Смертність населення у працездатному віці в 2,5 рази більша, ніж в країнах ЄС, смертність від хвороб системи кровообігу – в 3,3 рази, від травм і отруєнь – в 2,4 рази. Протягом року у заклади охорони здоров'я здійснюється понад 85,0 млн звернень, з яких понад 32,0 млн – з приводу вперше виявлених хвороб. На хронічну патологію страждають до 60% дорослого та майже 20% дитячого населення. Значними є масштаби поширеності чинників ризику. За даними глобального опитування дорослого населення щодо куріння цю шкідливу звичку мають 50% чоловіків та 11,2% жінок. Наявність підвищеного кров'яного тиску виявляється у 44,2% жителів, мало-рухомий спосіб життя – у 30% чоловіків і 50% жінок. Частими є зловживання алкоголем, інші прояви нездорового способу життя.

Разом із зростанням масштабів епідемії ХНІЗ за останні роки також зросли відповідний обсяг знань та розуміння шляхів боротьби і профілактики цих захворювань. Наявні фактичні дані свідчать про те, що ХНІЗ у великій мірі можливо попередити. Загальновідомо, що їх профілактика у 2,7 рази менш затратна, ніж лікування хворих, а здоровий спосіб життя населення у 5 разів ефективніший, ніж лікувально-діагностична діяльність.

Зупинити наступ ХНІЗ можливо за умови виконання трьох компонентів національних програм: епіднадзора, профілактики і надання медичної допомоги. Ці дії включають комплексний підхід, участь багатьох сторін, епіднадгляд і моніторинг, вигідні капіталовкладення, зміцнення систем охорони здоров'я, забезпечення сталого розвитку, посилення ролі громадянського суспільства і приватного сектору.

ВООЗ та ЄРК ВООЗ розроблено низку стратегічних документів, спрямованих на скорочення поширеності чинників ризику серед населення, профілактику та лікування ХНІЗ. Насамперед, це стосується Основ нової Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020» (2012 р.), Талліннської хартії: Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту (2008 р.), Московської декларації і глобальної міністерської конференції зі здорового способу життя та боротьби з неінфекційними захворюваннями (2011 р.), Рамкової конвенції ВООЗ по боротьбі з тютюном (2003 р.), Плану дій для Глобальної стратегії з профілактики неінфекційних хвороб і боротьби з ними на 2008-2013 роки (2008 р.), Глобальної стратегії у сфері раціону харчування, фізичної активності і здоров'я (2004 р.), Глобальної стратегії скорочення шкідливого вживання алкоголю (2008 р.) тощо.

Новим Планом дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012-2016 рр. визначено керівні принципи роботи, які включають увагу до питань соціальної справедливості, зміцнення систем охорони здоров'я, врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях, підхід з урахуванням всіх етапів життя, розширення прав і можливостей громадян, збалансованість популяційного та індивідуального підходів, впровадження інтегрованих програм та принцип участі всього суспільства.

З використанням принципів та підходів, викладених у вказаних документах в Україні затверджено Концепцію та розроблено проект Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір». В її основу покладено пріоритетні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я, комплексний підхід, заснований на наукових доказах, інтегруванні досягнень соціальних і поведінкових наук, та стратегічний соціальний маркетинг. Важливу роль відведено використанню технологій стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, розвитку державно-приватного партнерства, спільним міжсекторальним діям, інвестуванню в здоров'я, боротьбу з основними складовими тягаря неінфекційних хвороб. Документ має чітку профілактичну спрямованість, передбачає утвердження здорового способу життя, забезпечення здорових умов життя, поліпшення детермінант здоров'я, підвищення доступності та якості медичного обслуговування.

Прийняття та реалізація Програми дозволить скоротити поширеність чинників ризику виникнення хронічних неінфекційних хвороб серед населення; впровадити засади здорового способу життя; знизити передчасну смертність та інвалідність, які зумовлені хронічними неінфекційними захворюваннями; поліпшити детермінанти здоров'я, подовжити середню тривалість життя та підвищити рівень благополуччя населення.

Проблеми та шляхи відновлення профілактичного спрямування діяльності держсанепідслужби України в умовах її реформування

Б. А. Пластунов

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ключові слова: первинна профілактика, соціально-гігієнічний моніторинг, Державна санітарно-епідеміологічна служба.

Здоров'я, як зазначено у проекті Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», – непересічна цінність, яка має важливе значення в житті кожної людини, становить ключовий аспект національної безпеки, визначає можливості досягнення індивідуального і суспільного добробуту та благополуччя, перспективи стійкого розвитку. У резолюціях Генеральної Асамблеї ООН неодноразово наголошувалося, що здоров'я повинно бути основним критерієм доцільності та ефективності усіх сфер діяльності людини.

Єдиною в Україні структурою, здатною оцінити загрози здоров'ю населення і захистити його впровадженням заходів первинної профілактики, залишається Державна санітарно-епідеміологічна служба, яка не вперше за свою 90-річну історію переживає скрутні часи: істотно скорочені її штати, фактично майже рік не здійснюється санітарний нагляд за об'єктами, зокрема, підвищеного ризику, встановлені певні обмеження кратності обстеження об'єктів. Разом з тим за новим «Положенням про Державну санітарно-епідеміологічну службу», затвердженим Указом Президента України від 06.04.2011 р. № 400, і наказом МОЗ України «Про затвердження Положення про територіальні органи Держсанепідслужби» від 19.01.2012 р. № 34 провідними напрямками її діяльності повинні стати державний соціально-гігієнічний моніторинг, аналіз та оцінка ризику для здоров'я і життя людини об'єктів нагляду, обґрунтування заходів з управління ризиком. Державний соціально-гігієнічний моніторинг, проведення якого санепідслужбою передбачає також Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.2006 р. № 182, – це система спостереження, аналізу, оцінки, прогнозу стану здоров'я та середовища життєдіяльності населення, виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності на основі їх системного аналізу й оцінки ризиків для здоров'я. Проведення моніторингу у цьому форматі дозволило би підняти на якісно новий рівень первинну профілактику неінфекційних, екологічно та виробничо зумовлених і професійних захворювань, а також ефективність діяльності санепідслужби, нарешті повернути її до лона медицини через гігієнічну донозологічну діагностику, кінцевою метою якої є визначення фахівцями профілактичного профілю рівня здоров'я практично здорової людини, виявлення чинників ризику його порушень, що відповідає сучасній концепції сприяння здоров'ю.

Проте вищезгадані положення передбачають проведення санепідслужбою моніторингу атмосферного повітря, води різних джерел водопостачання, ґрунту, нагляд за факторами середовища життєдіяльності людини, виробничого середовища й усіма етапами виробництва та реалізації будь-якої, окрім харчової, продукції. Проблема не в тому, що санепідслужба позбавлена колишніх повноважень у ділянці харчового нагляду, які за взірцем більшості країн ЄС передаються Державній ветеринарній і фітосанітарній службі, а в тому, що проведення соціально-гігієнічного моніторингу у форматі, передбаченому Постановою Кабінету Міністрів, видається некоректним без системного нагляду за якістю продуктів тваринного та рослинного походження й оцінки харчування широких верств населення, його різних вікових і професійних груп як важливих чинників формування здоров'я.

Упровадження соціально-гігієнічного моніторингу, який довгий час застосовується у США, а від 1994 р. – і санепідслужбою Російській Федерації, неможливе без офіційного затвердження методики

його проведення; підвищення обізнаності лікарів-гігієністів з питань аналізу показників, причин і динаміки захворюваності населення, яким служба у попередній діяльності не приділяла належної уваги; істотного покращання матеріально-технічної бази лабораторної ланки і підвищення якості досліджень стану довкілля; забезпечення новостворених відділів соціально-гігієнічного моніторингу територіальних управлінь Держсанепідслужби комп'ютерними системами і штатом програмістів для збирання й аналізу результатів досліджень стану довкілля та здоров'я населення; посилення наукової підтримки впровадження новітніх технологій у діяльність служби і зацікавленості її працівників у цих технологіях.

Передбачене статутом новостворених лабораторних центрів Держсанепідслужби проведення, окрім досліджень чинників довкілля, діагностичних досліджень, зокрема, біоматеріалу, повинно стати, на наш погляд, передумовою визначення біологічних, передусім, неінвазивних маркерів впливу чинників на здоров'я організованих виробничих і дитячих колективів при проведенні соціально-гігієнічного моніторингу (наприклад, визначення вмісту йоду, свинцю, інших важких металів, пестицидів або їх метаболітів у сечі, фізичного розвитку дітей і підлітків тощо), а в перспективі, можливо, і на здоров'я конкретної людини при проведенні індивідуального моніторингу.

Світ не повинен поділитися на два суспільства: одне – із контрольованим і забезпеченим здоров'ям, друге – із всеосяжною та хаотичною хворобливістю, – підкреслив Президент НАМН України, Голова Асоціації лікарів профілактичної медицини, академік А. М. Сердюк на XV з'їзді гігієністів України і висловив впевненість у тому, що в Україні можна і абсолютно необхідно створити засади медицини нового рівня, піднести вагомість гігієнічної науки та практики, опрацювати нові технології, які дозволять радикально підвищити рівень профілактики.

Sytuacja zdrowotno-demograficzna populacji dziecięcej Ukrainy: stan współczesny oraz determinanty i dynamika rozwoju

Wiktoria Pantylej

Zakład Geografii Społeczno-Ekonomicznej Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Streszczenie: W nowych warunkach rozwoju społeczno-gospodarczego Ukrainy, zdrowie populacji dziecięcej uważane jest za najpewniejszy wskaźnik sytuacji społeczno-gospodarczej kraju. Wiodący cel pracy polegał na analizie wpływu współczesnych przemian społeczno-gospodarczych, ich zakresu oraz siły oddziaływania na sytuację demograficzną oraz zdrowotną dzieci w różnych regionach Ukrainy. Przeanalizowano podstawowe wskaźniki sytuacji demograficznej i zdrowotnej populacji dziecięcej, a także czynniki natury społeczno-ekonomicznej wpływające na ten stan.

Słowa kluczowe: stan zdrowia populacji dziecięcej, Ukraina, kryzys demograficzny

Summary: In new conditions of socio-economic development in the Ukraine, the health of the population of children is considered as the most reliable indicator of socio-economic development of the country. The primary goal of the study was analysis of the effect of contemporary socio-economic transformations, their scope, and strength of effect on the demographic and social situation of children in various regions of the Ukraine. Basic indices of the demographic and health situation of the population of children were analyzed, as well as factors of a socio-economic nature which affect this situation.

Keywords: state of health of population of children, Ukraine, demographic crisis

Wprowadzenie

Reformy społeczno-ekonomiczne, trwające na Ukrainie od początku lat 90. XX wieku, przyczyniły się do wielu istotnych przeobrażeń, widocznych szczególnie w gospodarce i w sferze stosunków społecznych (Gukalova 2009, Pantylej 2008). Kierunki, skala oraz pewnego rodzaju niekonsekwentność reformowania różnych sfer życia społecznego spowodowały znaczne pogorszenie jakości i poziomu życia ludności Ukrainy, widoczne zwłaszcza na płaszczyźnie zdrowia publicznego. Reformowanie gospodarki, mające kluczowe znaczenie dla osiągnięcia równowagi ekonomicznej niestety nie przyniosło wymiernych korzyści w postaci polepszenia dobrobytu ludności i osiągnięcia wyższej jakości życia, a także jednego z jej elementów – stanu zdrowia społecznego. Ujawniają się przy tym dość duże różnice przestrzenne pomiędzy regionem stołecznym, odnoszącym spore korzyści gospodarcze z dokonanych zmian, a – w szczególności – peryferyjnymi obszarami rolniczymi. W okresie współczesnej destabilizacji gospodarczej najbardziej podatna na zmiany otoczenia społeczno-ekonomicznego jest populacja dziecięca, zdrowie której jest uważane za najpewniejszy indyktor sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, jego makro- oraz mikroregionów.

Cel pracy

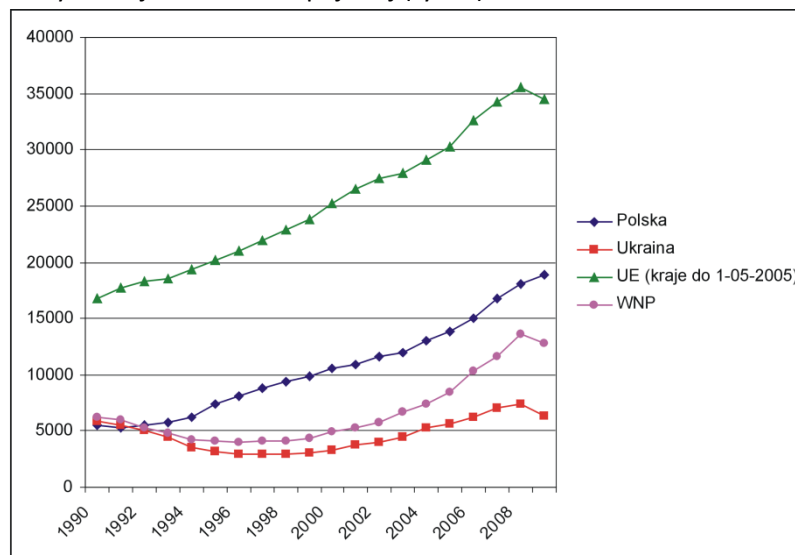
Wiodący cel pracy polegał na analizie sytuacji demograficznej oraz zdrowotnej dzieci w różnych regionach Ukrainy, a także oddzielnych czynników, warunkujących ten stan.

Materiały i metody

W opracowaniu wykorzystano opublikowane i niepublikowane dane statystyczne Państwowej Służby Statystyki Ukrainy, Centrum Statystyki Medycznej w Kijowie, Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy, a także Ministerstwa Ukrainy ds. Nauki i Edukacji, Młodzieży i Sportu. Praca bazowała na następujących metodach badawczych: analizie źródeł literaturowych i internetowych, selekcji i analizie materiałów statystycznych, metodzie kartograficznej i statystycznej.

Wyniki i dyskusja
Wybrane determinanty sytuacji zdrowotno-demograficznej populacji dziecięcej
Ukrainy

Jedną z ważniejszych determinant sytuacji zdrowotnej i społeczno-gospodarczej państw jest wysokość dochodu narodowego, w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Współcześnie wskaźnik PKB według parytetu siły nabywczej kształtuje się w poszczególnych państwach na poziomie od 670 do 81 000 USD. WHO za granicę ubóstwa przyjmuje dochód w wysokości 5 120 USD. W tym kontekście można stwierdzić, że Ukraina, od czasu uzyskania niepodległości, znajduje się w wyjątkowo niekorzystnej sytuacji. W roku 1990 jej PKB w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniósł blisko 5,5 tys. USD. Już jednak w następnych latach zaczął spadać, aż do poziomu poniżej 2 200 USD w roku 1997, przy czym najsilniej w latach 1992-1994. Dopiero po roku 1997 sytuacja zaczęła się stopniowo poprawiać. Skutki tych zmian w kształtowaniu warunków życia mieszkańców Ukrainy wynikają zarówno z bardzo dużych spadków PKB, jak również z długiego okresu ich występowania. Obniżenie się wskaźnika PKB w latach 1990-1997 o prawie 60% oznaczało w praktyce wyraźne zmniejszenie dochodów osobistych ludności i duże ograniczenie możliwości państwa w zakresie finansowania wydatków publicznych, a więc przede wszystkim zdrowia różnych kategorii wiekowych obywateli, oświaty, bezpieczeństwa i innych. W 2009 roku omawiany wskaźnik osiągnął wartość 6318 USD per capita. Dla porównania, w Polsce w roku 2009 PKB wynosił około 18905 USD, co było wartością prawie czterokrotnie wyższą od przyjętej przez WHO granicy ubóstwa, jest to jednak wyraźnie mniej niż w innych krajach Unii Europejskiej (ryc. 1).



Ryc. 1. Dynamika PKB na 1 mieszkańca w USD wg parytetu siły nabywczej w wybranych jednostkach terytorialnych w latach 1990-2009

Źródło: opracowanie własne na podstawie: WHO/Europe HFA Database, July 2011.

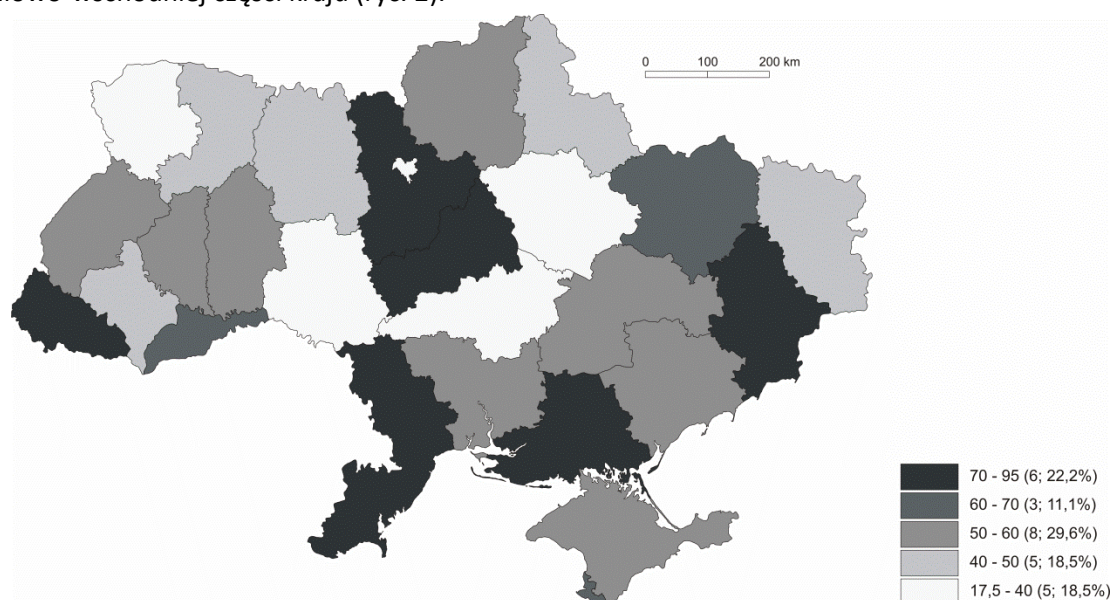
Dla oceny przestrzennego zróżnicowania poziomu życia ludności Ukrainy istotnym elementem jest zróżnicowanie przestrzenne wartości PKB. W najlepszej sytuacji pod tym względem znajdował się region stołeczny, natomiast zdecydowanie gorsza sytuacja obserwowana jest na obszarze przygranicznym z Polską. Różnica w wartościach PKB na jednego mieszkańca pomiędzy stolicą Ukrainy a najbiedniejszym obwodem Ukrainy – zakarpackim – sięga nawet około 9,2 razy.

Innym ważnym wskaźnikiem sytuacji społeczno-gospodarczej państwa jest skala ubóstwa. Do jej oceny posłużono się wskaźnikiem miesięcznego minimum socjalnego. W IV kwartale 2011 r. wynosi ono na Ukrainie 953 UAN (czyli około 3,8 USD dziennie). W świetle tego kryterium aż 40% obywateli ukraińskich ma dochody poniżej minimum socjalnego. W szczególnie niekorzystnej sytuacji znajdują się gospodarstwa domowe z dziećmi: udział biednych gospodarstw domowych z 2 i więcej dzieci sięga aż 44%, podczas gdy wśród bezdzietnych gospodarstw domowych odpowiedni wskaźnik sięga 34% (Vytraty i rebusy...2009).

Wśród innych kryteriów oceny sytuacji materialnej ludności należy wyróżnić wysokość wydatków gospodarstw domowych, z uwzględnieniem ich struktury, a w szczególności wydatków na żywność. Wg ONZ

do biednych zalicza się kraje, w których na żywność przeznaczają się ponad 50% dochodów ludności. W roku 2009 wskaźnik ten na Ukrainie wynosił prawie 53,4% (Statystyczny rocznik Ukrainy 2010). Na początku okresu przemian był dużo niższy i wynosił niecałe 33%, z późniejszym drastycznym wzrostem, aż do poziomu 65% w roku 2000. Współcześnie około 65% wszystkich wydatków przeciętnej ukraińskiej rodziny – to są wydatki na żywność oraz opłatę i bieżące utrzymanie mieszkania. Trudno zatem oczekiwać od przeważnej większości rodzin ukraińskich inwestycji w dzieci, ich edukację, a także rekreację i kulturę.

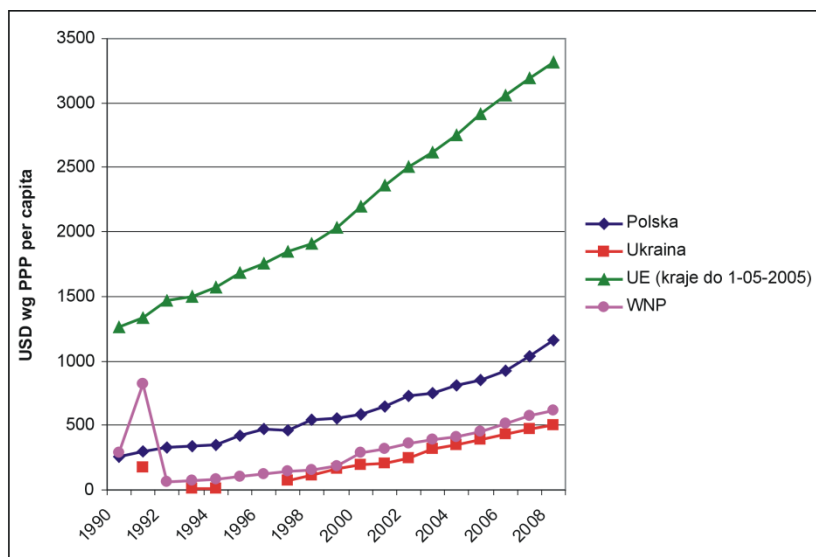
Ważnym kryterium jest też samoocena ludności Ukrainy według poziomu posiadanych dochodów. W ujęciu przestrzennym największy udział gospodarstw domowych, których członkowie uważają się za biednych według kryterium majątkowego, skupia się w centralnej (z wyjątkiem miasta Kijowa) oraz południowo-wschodniej części kraju (ryc. 2).



Ryc. 2. Udział gospodarstw domowych, których członkowie uważają się za biednych według kryterium materialnego, w ogólnej liczbie gospodarstw domowych, 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Samoocinka domogospodarstwamy...2010.

Ważnym czynnikiem zachowania dobrego stanu zdrowia populacji dziecięcej jest sprawnie funkcjonujący system opieki medycznej. Jednym z miarodajnych mierników efektywności funkcjonowania opieki zdrowotnej jest udział wydatków na ochronę zdrowia, ponoszonych przez państwo, w ogólnej wartości PKB. Obecnie wskaźnik ten szacuje się na Ukrainie na poziomie 3-3,5%, co jest wartością zbliżoną do WNP, ale znacznie odbiegającą od krajów UE. Według pozycji WHO, jeśli udział wydatków na zdrowie wynosi poniżej 6,5% PKB, świadczy to o niezdatności systemu do funkcjonowania. Innym wskaźnikiem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest też wskaźnik ogólnych wydatków na zdrowie, wyrażonych np. w USD wg PPP per capita. Obecnie wskaźnik ten kształtuje się na poziomie około 500 USD, co jest wartością ponad dwukrotnie niższą niż w Polsce i prawie 7 razy niższą, niż średnia dla krajów starej UE (ryc. 3).



Ryc. 3. Ogólne wydatki na ochronę zdrowia, USD wg PPP per capita w latach 1990-2008 w wybranych jednostkach terytorialnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: WHO/Europe HFA Database, July 2011.

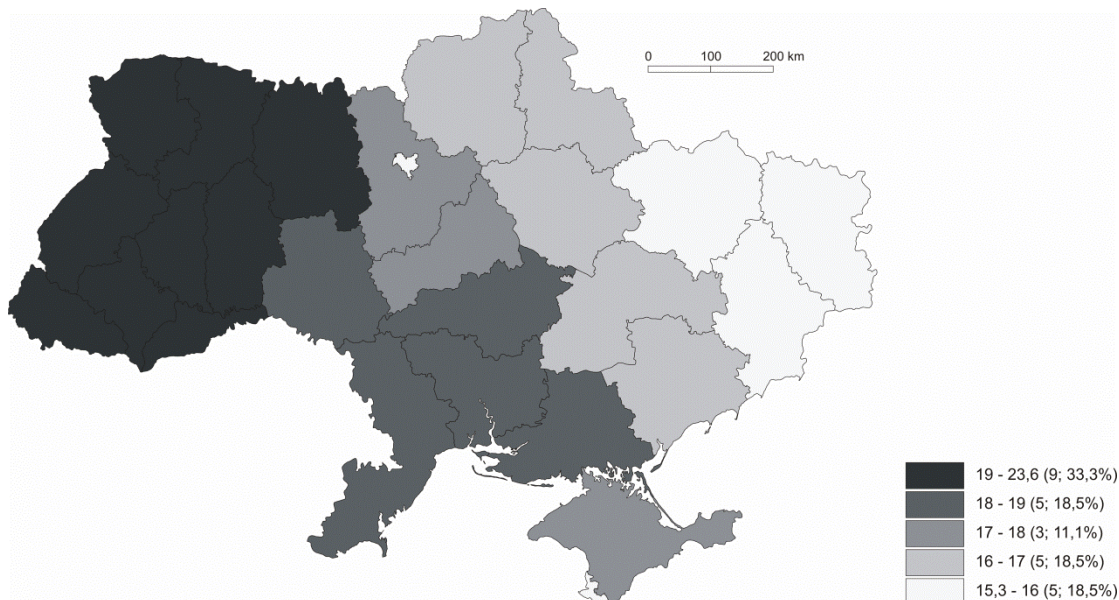
Obecnie państwo ukraińskie wydaje mniej na ochronę zdrowia niż Białoruś czy Rosja, zaś porównywalnie do Kazachstanu i Gruzji. Taka sytuacja prowadzi do utajonego wzrostu medycyny niepublicznej. Wydatki z własnego portfela obywateli na zdrowie to: oficjalne opłaty za niektóre usługi medyczne, dobrowolne wpłaty i wsparcie finansowe organizacji medycznych, co jest utajoną formą opłaty za usługi medyczne, kupowanie we własnym zakresie leków przy leczeniu ambulatoryjnym oraz półoficjalne wpłaty za przebywanie w szpitalu, badania lekarskie i laboratoryjne oraz nieoficjalne łapówki bądź podziękowania dla osób świadczących usługi medyczne. Dla wielu obywateli Ukrainy finansowanie leczenia przekracza ich możliwości.

Podstawowymi barierami w dostępności pomocy medycznej na Ukrainie są zbyt wysokie ceny leków, artykułów i usług medycznych (Samoocinka domogospodarstwamy...2010). Wśród wszystkich badanych przez Państwowy Komitet Statystyki Ukrainy (w roku 2009) pod tym kątem gospodarstw domowych wyraźnie dominowały gospodarstwa, w których co najmniej jeden członek potrzebował pomocy medycznej, ale nie mógł jej otrzymać.

Ważnym czynnikiem kształtowania się obecnej sytuacji zdrowotnej populacji dziecięcej są następstwa awarii elektrowni w Czarnobylu w roku 1986. Mocno skażonych cezem-137 zostało prawie 25% powierzchni Ukrainy (12 obwodów, 78 rejonów i ponad 2000 ośrodków miejskich), szczególnie na terenie obwodów kijowskiego, żytomierskiego i czernichowskiego, a w mniejszym stopniu winnickiego, czerkaskiego, rówieńskiego, tarnopolskiego i iwanofrankowskiego (Pantylej 2008). Obszary zanieczyszczone są obecnie zamieszkiwane przez prawie 3 mln osób.

Sytuacja demograficzna i zdrowotna populacji dziecięcej Ukrainy

Przy analizie sytuacji demograficznej populacji dziecięcej, należy przede wszystkim odnieść się do dynamiki liczebności tej populacji. W latach 1989-2010 liczebność populacji w wieku 0-17 lat spadła o 40%. Jeśli chodzi o przestrzenne zróżnicowanie liczebności dzieci, to obecnie najbardziej młodym demograficznie regionem Ukrainy jest jej zachodnia, granicząca z Polską, część. Najmniejszy udział osób w wieku 0-17 lat cechuje wschodnią, wysoko zurbanizowaną i ekologicznie zdegradowaną część Ukrainy oraz stolicę Ukrainy – miasto Kijów (ryc. 4).



Ryc. 4. Udział dzieci w wieku 0-17 lat w ogólnej liczbie ludności Ukrainy, 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Dity, žinky ta sim'ja v Ukraini...2010*.

Na zaistniałą sytuację w zakresie przestrzennego zróżnicowania liczby populacji dziecięcej ogromny wpływ miał czynnik historyczny, zwłaszcza straty demograficzne spowodowane II wojną światową oraz wielkim głodem w latach 1932-33. W wyniku wielkiego głodu straty demograficzne ludności Ukrainy wyniosły około 9,1 mln osób (Zastavnyj 2003). Najbardziej ucierpiała wskutek tego wydarzenia centralna i południowa część Ukrainy: obwody kijowski, charkowski, połtawski, czerkaski, kirowogradzki, dniepropietrowski, doniecki, ługański, a także niektóre obwody południowe (chersoński, mikołajewski, zaporoski). Wysokie wówczas współczynniki zgonów przy bardzo małych współczynnikach urodzeń przyczyniły się do deformacji wieku i płci ludności, widoczne zwłaszcza na tych obszarach. Obecnie z tego powodu odnotowuje się niższą liczebność roczników w wieku 65-69 i 70-74 lata. Inną charakterystyczną cechą piramidy wieku ludności Ukrainy jest duża dysproporcja płci, szczególnie widoczna w przedziałach powyżej 34 roku życia na niekorzyść mężczyzn, spowodowana nadumieralnością mężczyzn w wieku produkcyjnym.

Trwający od lat 70. na Ukrainie systematyczny, a zarazem głęboki spadek liczby urodzeń jest czynnikiem decydującym o bardzo powolnym tempie rozwoju demograficznego kraju. Ogólny współczynnik urodzeń wśród ludności Ukrainy zmalał z 12,6‰ w roku 1990 do 11,1‰ w roku 2009. Dziś jest on najniższy w całej powojennej historii Ukrainy. Ma to związek z wieloma różnymi czynnikami, takimi jak drastyczne pogorszenie poziomu życia ludności wiejskiej, wysoka liczba rozwodów, zły stan zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym, napięcia psychospołeczne, wzrost wtórnej bezpłodności kobiet w wyniku aborcji i inne. Wydaje się, że przemiany społeczno-gospodarcze przyczyniają się na Ukrainie do głębokich destrukcyjnych zmian w jej sytuacji demograficznej w wyniku tworzenia nowego systemu wartości społecznych oraz upodabniania się modelu rodziny do wzorców europejskich, w tym także na terenach wiejskich.

Współczynnik dzietności kobiet na Ukrainie wynosił w roku 2009 1,460, a średni wiek kobiety w momencie urodzenia dziecka – 24,8 lat. Jest to w sumie dość młody wiek w stosunku do innych krajów Europejskich, np. Niemiec (29 lat) lub Danii (30 lat), ale ma tendencję wzrostową. Przemiany społeczno-gospodarcze pogłębiły proces transformacji tradycyjnej rodziny wiejskiej z modelu 2+3, 2+2 do modelu 2+1, lub nawet 2+0, przyczyniły się także do wzrostu liczby niepełnych rodzin, samotnych matek wychowujących dzieci, urodzeń pozamałżeńskich (z 12,4% wszystkich urodzeń w roku 1989 do 21,2% w roku 2009) (ryc. 5).



Ryc. 5. Dzielnosc kobiet i udzial urodzen pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzen na Ukrainie, 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Dity, žinky ta sim'ja...2010.

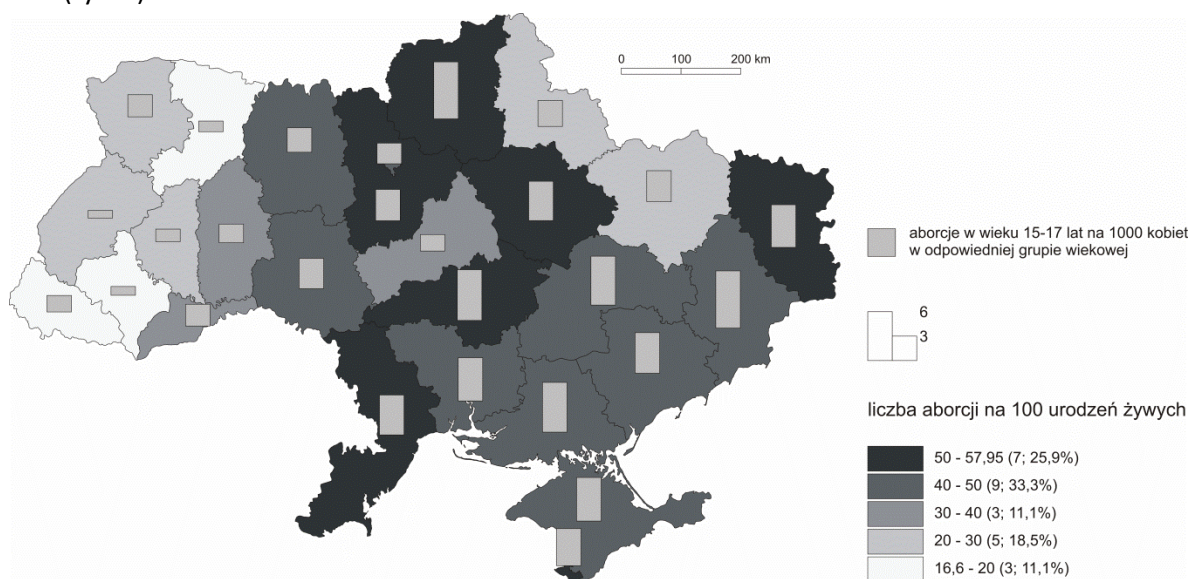
Szczególnie złożonym problemem pozostaje na Ukrainie od dawna duża liczba wykonanych aborcji, przeprowadzanych legalnie w publicznych zakładach służby zdrowia. Największe ich nasilenie wystąpiło w roku 1990, później zaczęło dość wyraźnie spadać (tab. 1). Jednak pomimo ogromnego spadku liczby aborcji według stanu na rok 2009 problem ten do tej pory stanowi poważne zagrożenie dla kształtowania się potencjału ludnościowego Ukrainy.

Tab. 1. Dynamika liczby aborcji wykonanych na Ukrainie w latach 1985-2009

Wyszczególnienie	1985	1990	1995	2000	2004	2006	2009
Liczba aborcji, w tys.	1179	1019	740	434	346	230	195
Liczba aborcji na 1000 kobiet w wieku 15-49 lat	88,6	82,6	58,2	34,1	17,6	18,7	16,4
Liczba aborcji na 100 urodzeń żywych lub martwych	154,0	155,0	150,0	113,0	89,0	51,0	38,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystycznyj ščoričnyk Ukrajin...2010.

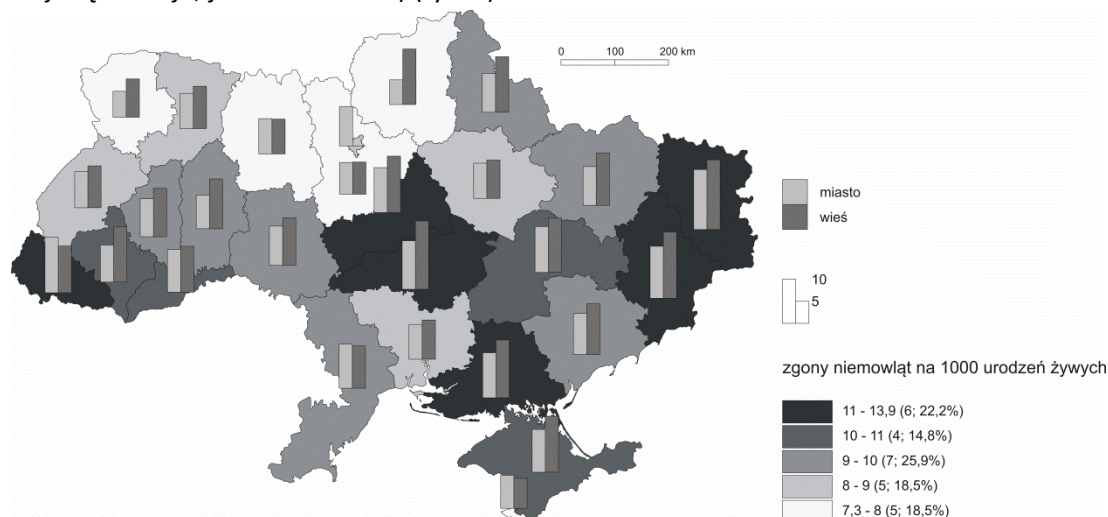
Szczególnie złożonym problemem jest wzrost niechcianych cięż wśródmłodych dziewczyn w wieku 15-17 lat. W ujęciu przestrzennym najwięcej aborcji na 100 urodzeń żywych odnotowuje się w centralnej części Ukrainy, a także południowych i wschodnich obwodach – przemysłowych, wysoko zurbanizowanych obszarach o niskim stopniu kultury zdrowotnej oraz o mniejszym wpływie instytucji religijnych na życie ludności (ryc. 6).



Ryc. 6. Aborcje na Ukrainie wg miejsca zamieszkania i wieku kobiet, 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Akušers'ko-ginekologična dopomoga...2009.

Już od dawna umieralność niemowląt uważana jest za najbardziej wyrazisty wskaźnik sytuacji społeczno-gospodarczej oraz zdrowotnej krajów i regionów. Jest ona zależna od wielu różnych czynników środowiskowych, medycznych, ekonomicznych i innych. Czynniki te mają bezpośredni wpływ (dostęp kobiet w ciąży do odpowiednich zakładów opieki medycznej, warunki, w których odbywa się przyjmowanie porodu) lub oddziałują na zjawisko umieralności niemowląt w ciągu dłuższego okresu czasu (zdrowie prokreacyjne kobiet, tryb życia, zanieczyszczenie środowiska, uwarunkowania genetyczne, ogólna sytuacja społeczno-gospodarcza krajów). W analizowanym okresie najwyższą wartość współczynnik zgonów niemowląt osiągnął w roku 1996, a więc w roku największego załamania gospodarczego. Później sytuacja wyraźnie się poprawiała. W początkowym okresie intensywnych przemian społeczno-gospodarczych (rok 1990) umieralność niemowląt była wyraźnie wyższa w zachodniej części Ukrainy (a nie w południowo-wschodniej części kraju, jak w roku 2010) (ryc. 7).



Ryc. 7. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych wg miejsca zamieszkania, 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Pokaznyky zdorov'ja naselelnja...2011.

Najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt są stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i pierwszych 6 dni życia noworodka. Należą do nich przede wszystkim zaburzenia związane ze skróceniem trwania ciąży i niskim ciężarem urodzeniowym. Na kolejnych miejscach znajdują się zaburzenia oddychania i sercowo-naczyniowe, również charakterystyczne dla okresu okołoporodowego. Te dwie grupy powodują około 65% zgonów noworodków. Dalsze 25% przypada na wady rozwojowe wrodzone, takie jak: wady układu krążenia, bezmózgowość, rozszczep kręgosłupa oraz wady układu nerwowego. Szczególny niepokój w analizowanym okresie wzbudza wzrost udziału zgonów niemowląt z powodu przyczyn zewnętrznych (tab. 2).

Tab. 2. Dynamika śmiertelności niemowląt w latach 1990-2010 na Ukrainie

Wyszczególnienie	Wskaźniki na 10 tys. urodzeń żywych		Udział	
	1990	2010	1990	2010
Ogółem	128,4	91,3	100,0	100,0
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	48,8	48,1	38,1	52,7
Wrodzone wady rozwojowe	37,4	21,7	29,0	23,8
Choroby układu oddechowego	14,8	2,8	11,5	3,1
Przyczyny zewnętrzne	6,3	5,3	4,9	5,8
Choroby zakaźne i pasożytnicze	7,3	2,6	5,7	2,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie Pokaznyky zdorov'ja naselelnja...2011.

Ważnym problemem powiązany ze zgonami niemowląt pozostaje wysoka umieralność matek. W roku 2009 była ona prawie trzykrotnie wyższa niż w Polsce i krajach UE, ale niższa o połowę w stosunku do WNP (WHO / Europe HFA Database, July 2011). Wśród przyczyn zgonów matek dominują: komplikacje ciąży i porodu, umieralność w wyniku przeprowadzenia zabiegu aborcyjnego poza szpitalem, a także toksykozy ciążowe.

Analiza dynamiki podstawowych współczynników zachorowalności populacji dziecięcej (w wieku 0-14 lat) świadczą o potężnym kryzysie zdrowotnym tej grupy wiekowej. W analizowanym okresie gwałtownie wzrosła zapadalność dzieci na choroby cywilizacyjne – nowotwory, choroby układu nerwowego, oddechowego, układu krążenia, choroby skóry i tkanki podskórnej, a także wrodzone wady rozwojowe oraz traumy, urazy i zatrucia. Spadła natomiast o 6% zapadalność na choroby zakaźne i pasożytnicze (tab. 3).

Tab. 3. Dynamika zachorowalności populacji dziecięcej na Ukrainie według wybranych przyczyn na 100 tys. dzieci w wieku 0-14 lat w latach 2000-2009

Lata	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Wszystkie choroby	122 775	137 817	137 384	143 051	142 200	146 415
Choroby zakaźne i pasożytnicze	6 231	6 256	6 036	6 137	6 277	5 861
Nowotwory	218	269	281	281	279	284
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	1 912	2 080	2 089	2 080	2 011	1 899
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	2 707	2 355	2 301	2 192	2 103	2 116
Zaburzenia psychiczne i zachowania	640	627	627	597	605	585
Choroby układu nerwowego	1 477	1 896	1 962	1 948	1 970	1 970
Choroby układu krążenia	769	796	802	784	822	872
Choroby układu oddechowego	77 149	89 746	89 646	94 847	94 266	98 953
Choroby układu trawiennego	5 096	5 444	5 377	5 419	5 355	5 438
Choroby skóry i tkanki podskórnej	6 916	7476	7 376	7 609	7 472	7 349
Choroby układu kostno-stawowego, mięśni i tkanki łącznej	2 505	2 619	2 590	2 450	2 475	2 521
Choroby układu moczowo-płciowego	2 042	2 412	2 398	2 405	2 400	2 398
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	33 188	23 094	22 072	19 900	18 182	16 161
Wady rozwojowe wrodzone	584	623	644	630	650	681
Następstwa przyczyn zewnętrznych	4 614	4 759	4 841	4 972	5 014	5 026

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dity, žinky ta sim'ja...2010.

Wnioski końcowe

Analiza podstawowych współczynników demograficznych i zdrowotnych populacji dziecięcej daje podstawę do stwierdzenia istnienia potężnego kryzysu zdrowotno-demograficznego wśród dzieci na Ukrainie. Stwierdzono znaczne dysproporcje przestrzenne pomiędzy stanem zdrowia dzieci różnych regionów Ukrainy. Najgorszy stan cechuje centralne jednostki administracyjne - najbardziej dotknięte katastrofą w Czarnobylu, a także południowe – wysoko zurbanizowane i zdegradowane ekologicznie. Stwierdzono, że nowe warunki rozwoju społeczno-gospodarczego Ukrainy, objawiające się załamaniem poziomu życia ludności, wzrostem bezrobocia, zwłaszcza utajonego i wśród młodzieży, spadkiem bezpieczeństwa społecznego, rosnącym napięciem psychospołecznym, spowodowanym brakiem wiary i nadziei na przyszłość, - skutkują znacznym pogorszeniem jakości potencjału zdrowotno-demograficznego populacji dziecięcej.

Bibliografia

1. Pantylej W., 2008, Przemiany społeczno-gospodarcze a stan zdrowia ludności Ukrainy i Polski w latach 1990-2002. Wydawnictwo UMCS, Lublin.
2. WHO/Europe HFA Database, July 2011. www.data.euro.who.int (access 2012-11-28).
3. Акушерсько-гінекологічна допомога в Україні за 2006-2008 роки., 2009. Міністерство Охорони Здоров'я України, Центр Медичної Статистики МОЗ України, Київ.
4. Витрати і ресурси домогосподарств України у 2008 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України), 2009. Частина I. Держкомстат України, Київ.
5. Гукалова І.В., 2009, Якість життя населення України: суспільно-географічна концептуалізація. Інститут географії НАН України, Київ.
6. Діти, жінки та сім'я в Україні. Статистичний збірник, 2010. Держкомстат України, Київ.

7. Заставний Ф.Д., 2003, Демографічні втрати України. Голодомори, війни, еміграції. Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, Львів.
9. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2009-2010 роки, 2011. Міністерство Охорони Здоров'я України, Центр Медичної Статистики МОЗ України, Київ.
10. Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів (за даними вибіркового опитування домогосподарств України у січні 2010 року), 2010. Держкомстат України, Київ.
11. Статистичний щорічник України за 2009 рік, 2010. Державний комітет статистики України, Київ.

Samobójstwa wśród lekarzy

Marzena Binczycka-Anholcer

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny

Streszczenie: Samobójstwa wśród pracowników służby zdrowia (w tym lekarzy) są przedmiotem zainteresowań i badań naukowych. Problemem tym zajmują się sami lekarze, szczególnie psychiatrzy, medycy sądowi, lekarze medycyny społecznej oraz psychologowie, socjolodzy, prawnicy. Okazuje się, że wśród lekarzy istnieje większe prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa, niż w innych grupach zawodowych. W wyniku badań przeprowadzonych w różnych państwach stwierdzono, iż kobiety lekarze popełniają samobójstwo dwukrotnie częściej, niż lekarze mężczyźni. Najczęstszą przyczyną zachowań suicydalnych wśród lekarzy jest stres wynikający z bardzo odpowiedzialnej pracy oraz depresja, szczególnie wśród kobiet, wynikająca z niemożności pogodzenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym.

Suicide among physicians

Summary: Suicides among health professionals (including doctors) are the subject of interest and research. It is a problem dealt with by doctors themselves, particularly psychiatrists, forensic medicals, social doctors as well as psychologists, sociologists and lawyers. It turns out that physicians are more likely to commit suicide than other occupational groups. As a result of studies conducted in different countries it seems that women doctors are twice as likely to commit suicide than male physicians. The most common cause of suicidal behaviour among doctors is the stress of a very responsible job and depression, especially among women, resulting from the impossibility of reconciling work and family life.

W etiologii zachowań suicydalnych czynniki socjo-demograficzne mają zasadnicze znaczenie. Do czynników tych zaliczamy:

- płeć,
- wiek,
- stan cywilny
- miejsce zamieszkania,
- wykształcenie,
- dzietność rodzin,
- zatrudnienie.

Wykształcenie, jak też wykonywany zawód często decydują o statusie rodziny, o pozycji ekonomicznej oraz o roli w społeczeństwie. Status materialny umożliwia rozwiązywanie problemów mieszkaniowych, ekonomicznych i rodzinno-społecznych. Samobójstwo jest zjawiskiem „demokratycznym” - występuje w każdej grupie wiekowej, wśród osób płci żeńskiej i męskiej oraz w różnych grupach społeczno-zawodowych. Istnieje udowodniona zależność między wykształceniem a zachowaniami suicydalnymi. S. Fuldo twierdzi, że liczba samobójstw rośnie wraz ze wzrostem dobrobytu.¹ Natomiast W. A. Lunden uważa, iż bezrobocie, zaburzenia porządku społecznego sprzyjają samobójstwu, a ustabilizowane warunki społeczne oddziałują na nie hamująco.² Potwierdzeniem tego poglądu może być fakt, że współczynnik

¹ „Prawo i Życie” 1964, nr 5

² Cyt. za H. Przybylakową, *Przegląd piśmiennictwa poświęconego zagadnieniu samobójstwa*, „Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska”, 1958, nr 6, str. 781

samobójstw w Stanach Zjednoczonych, obliczony na sto tysięcy mieszkańców w okresie depresji ekonomicznej w 1932 roku, wynosił 17,4, podczas, gdy w roku 1926 (rozkwit ekonomiczny) wynosił 12,8.¹²

M. Jarosz zwraca uwagę, iż nasilenie samobójstw wśród poszczególnych kategorii społeczno-zawodowych, mierzone wskaźnikiem zgonów samobójczych jest zasadniczo zróżnicowane. W zależności od wysokości tego wskaźnika wyróżnia trzy grupy społeczno-zawodowe:

1. grupa centralna – w grupie tej znajdują się pracownicy administracji państwowej, przedstawiciele wolnych zawodów (w tym lekarze), pracownicy biurowi, handlu i usług oraz przedstawiciele organizacji politycznych i społecznych; współczynnik samobójstw stanowi w tej grupie 3,4 – 4,4,
2. grupa o najwyższym współczynniku samobójstw (8,4 – 9,4) to pracownicy transportu, łączności, budownictwa, robotnicy przemysłowi, górnicy, robotnicy rolni i leśni,
3. grupa o najniższym wskaźniku samobójstw (1,3) to rolnicy indywidualni.³

Najnowsze badania opublikowane w *MedischKontakt* podają, iż wśród lekarzy istnieje większe prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa niż w innych grupach zawodowych. Blachly i inni w 1963 roku ustalili wysokie współczynniki samobójstw wśród lekarzy i adwokatów. Już w 1964 roku *British MedicalJournal* opublikował informacje o wysokich współczynnikach samobójstw wśród lekarzy w Danii, Włoszech i USA.⁴

Lekarze wykonują bardzo odpowiedzialny i stresujący zawód. Od decyzji lekarza zależy ludzkie zdrowie i życie. Przykładowo lekarz ginekolog – położnik często w jednej sekundzie decyduje o życiu dwojga ludzi – na przykład w sytuacji cięcia cesarskiego, gdzie podejmuje decyzję o losie dziecka i jego matki. Błędna decyzja w takiej sytuacji może stanowić wyrok śmierci.

Intrygującym jest fakt, iż kobiety wykonujące zawód lekarza dwukrotnie częściej popełniają samobójstwo, niż ich koledzy po fachu – mężczyźni. Jest to tym bardziej zaskakujące zjawisko, gdyż statystyki światowe podają, że stosunek zgonów samobójczych kobiet do mężczyzn wynosi 1 do 3. Dla porównania w krajach azjatyckich 1 do 2, w krajach zachodnioeuropejskich 1 do 3, w krajach słowiańskich 1 do 4, a w Polsce 1 do 6. Jedynie w Chinach kobiety częściej popełniają samobójstwo niż mężczyźni.⁵

Płeć jest czynnikiem determinującym liczbę zachowań samobójczych. Zróżnicowanie samobójstw według płci ma charakter statyczny i relatywnie stały od wielu pokoleń. Dowodzą tego badania przeprowadzone przez:

- E. Durkheima na przełomie XIX i XX wieku w Austrii
- Grzywo – Dąbrowskiego w Polsce w latach 1925-1935
- M. Jarosz i B. Hołysta w latach 1960-2004
- M. Binczyką – Anholcer na populacji wielkopolskiej w latach 1975-2005.

Mężczyźni częściej niż kobiety popełniają samobójstwa, wybierając pewniejsze sposoby dokonania samobójstw, oraz kierują się silniejszą intencją śmierci. Największe nasilenie śmierci samobójczych obu płci notuje się w wieku średnim (35-55 r. ż.).

Stosunek liczby samobójstw mężczyzn do kobiet wynosi 5 do 1 (w przedziale wiekowym 30-35 lat). Wraz z wiekiem stosunek liczby samobójstw mężczyzn do kobiet ulega zmianie:

- powyżej 65 r. ż. stosunek ten wynosi 3 do 1
- powyżej 75 - 1,5 do 1 (w Polsce).

Stosunkowo mała liczba samobójstw wśród kobiet jest efektem więzi emocjonalnych z dziećmi i dietności polskich rodzin.

¹H. Hentig, *Das Verbrechen*, Hamburg 1954, str. 201

²B. Hołyst, *Suicydologia*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002

³M. Jarosz, *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997

⁴Por. raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), *Prevention of suicide*, str. 19, 45

⁵ibidem, str. 42

Śmierć samobójcza dla idei, religii nie jest zjawiskiem nowym. Jednak nigdy wcześniej nie było tak wielu samobójstw intencjonalnych jak w czasach współczesnych (japońscy kamikadze, buddyjscy mnisi, sekty religijne).

Śmierć samobójcza służy również terroryzmowi i to kobiety są najbardziej bezwzględnyymi wykonawczyniami samobójczych ataków terrorystycznych, których ofiarą najczęściej padają ludzie nie uwikłani w gry polityczne i religijną ortodoksję. Ataku terrorystycznego na teatr na Dubrowce w Moskwie dokonały 44 osoby. W tej liczbie było 20 kobiet. Czecheńskie terrorystki nazywane „czarnymi wdowami”, „szahidkami” lub „smiertnicami” (z ros.: skazane na śmierć) były bardziej zdeterminowane niż towarzyszący im mężczyźni.

W motywacji kobiet - terrorystek palestyńskich, ważną rolę odgrywają motywy religijne. Najwyższe współczynniki samobójstw występują wśród wdowców i rozwiedzionych we wszystkich przedziałach wiekowych, zarówno wśród mężczyzn i kobiet. Starsi mężczyźni popełniają samobójstwo w okresie 1 do 6 miesięcy po śmierci żony.¹

Kobiety lekarze niekoniecznie odbiegają od stereotypu „matki Polki”, odpowiedzialność zawodowa, stres, perfekcjonizm – który z reguły charakteryzuje kobiety, zderzenie na co dzień z decyzją o ludzkim zdrowiu i życiu, powodują nieodwracalny stres i wypalenie zawodowe. Kobiety lekarze nie chcą przyznać się do swej porażki rodzinnej, partnerskiej. Ciągły stres, zmęczenie psychiczne i fizyczne powodują konflikty rodzinne oraz w miejscu pracy. Często w sytuacji wyboru „praca czy dom?”, wybierają pracę. Godząc się na świadomą bezdzielność, bądź utratę kontaktu z dziećmi i rozpad rodziny. Chcą realizować się w pracy zawodowej i dążą do tego celu za wszelką cenę. Nieubłagalnie mijający czas zbliża je do okresu menopauzy, zaburzeń hormonalnych, co nakłada się na już często występujące symptomy depresji. Zespół „pustego gniazda” (opuszczenie domu rodzinnego przez dzieci), utrata zdrowia fizycznego, samotność często z przymusu – śmierć partnera życiowego, lub samotność z wyboru, nasilają występowanie problemów psychicznych.

Sposobem radzenia sobie ze stresem może stać się sięganie po środki farmakologiczne lub alkohol. Ocenia się, że około 40% lekarzy obojga płci jest uzależnionych od alkoholu.² Sposób popełnienia samobójstwa w tej grupie zawodowej, to najczęściej zażycie środków farmakologicznych pod wpływem alkoholu lub powieszenie.

W piśmiennictwie psychiatrycznym przedstawiano, w porównaniu z ogółem ludności, dwukrotną do czterokrotnej częstotliwość samobójstw lekarzy oraz szczególne zagrożenie lekarek. W kazuistyce opartej o dane pochodzące z obszaru Niemiec wymienione są typowe dla lekarzy sposoby popełnienia samobójstwa:

- infuzja tiopentalu,
- otwarcie naczyń krwionośnych po wstrzyknięciu lidokainy,
- wstrzyknięcie dużej dawki insuliny.³

Jeśli chodzi o wyniki porównania z grupą kontrolną, to uderzający był większy udział kobiet i niższa przeciętna wieku (41% wobec 30% i 41 lat do 52 lat) w grupie badanej. Wśród metod popełnienia samobójstwa w grupie badanej dominowały:

- doustne środki farmakologiczne,
- infuzje i iniekcje,
- powieszenie,

¹ M. Binczycka Anholcer, *Medyczne i kryminologiczne aspekty przemocy wobec ludzi starych*, w: B. Hołyst (red.), *Przemoc w życiu codziennym*, Warszawa 1997. str. 144

² Medical Tribune, nr 12/2012, str. 3

³ Źródło: W. Grellner i inni, *Zur Suizidmethode von Aerzten, medizinischen Personal und verwandten Berufsgruppen*, „Archiv fuer Kriminologie”, 1998, T. 201, z. 3/4, str. 65-72 za: B. Hołyst, op. cit.

- zatrucie cyjankami,
- skok z wysokości
- utonięcie,
- natomiast w grupie porównawczej:
- powieszenie,
- przyjęcie tabletek,
- skok z wysokości,
- użycie broni palnej,
- utonięcie,
- rzucenie się pod pociąg.¹

Wśród motywów popełniania samobójstw w badanej grupie najczęściej występowały problemy psychiczne i interpersonalne. Większość badań dowodzi, iż lekarze, zarówno w porównaniu z ogółem ludności, jak i w stosunku do innych osób z wyższym wykształceniem – stanowią grupę szczególnie podatną na samobójstwa. Odnosi się to także do personelu medycznego i laboratoryjnego. Typowe dla tych zawodów otrucie tabletkami bądź iniekcyjne, prawie niewystępujące w grupie kontrolnej, stanowiły tu aż 25% przypadków.²

Grupę lekarską, charakteryzującą się wyższym stopniem specjalizacji, cechowało pierwszeństwo „delikatnych metod”, w postaci wykonanego, bardzo profesjonalnego, śmiertelnego zastrzyku (33%). Jednakże wyraźnie częściej, niż w grupie porównawczej, korzystano też z „gwałtownych” metod, jak powieszenie i zastrzelenie się.³

W grupie zawodowej lekarzy odnotowuje się nadużywanie narkotyków, alkoholu, oraz częstsze zachorowania na choroby psychiczne, w tym depresję, która zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa. Lekarze mając wręcz nieograniczony dostęp do środków farmakologicznych, będąc w stanach depresyjnych, łatwo mogą targnąć się na swoje życie. Około 20% wszystkich samobójstw mężczyzn i kobiet na świecie popełnianych jest pod wpływem alkoholu.

W Polsce alkohol we krwi stwierdza się u 40% mężczyzn i 20% kobiet - samobójców. Poziom wykrytego alkoholu najczęściej zawiera się w przedziale od 1‰ do 4‰. Choroby psychiczne występowały u 40% polskich samobójców – kobiet i mężczyzn. Najczęściej stwierdza się depresję i schizofrenię. W etiologii samobójstw istotną rolę pełnią czynniki biologiczne; np. hormony pozwalające zniwelować dolegliwości okresu przejściowego, przypadającego u kobiet na lata szczytowej aktywności społecznej i zawodowej, zwiększają odporność psychiczną i dzięki temu obniżają tendencje do zachowań suicydalnych.⁴

Lata 90-te ubiegłego stulecia stworzyły dla kobiet nowe możliwości awansu zawodowego i społecznego. Z modelu „matki - Polki” kobiety stają się profesjonalistkami z wyższych klas społecznych, na kierowniczych stanowiskach, z wysokim statusem materialnym i nieobciążone obowiązkami rodzinnymi. Niezależne kobiety sukcesu wybierają model życia „singla” i samotności z wyboru. Pojawiają się napięcie, stres, depresje, lęki. Walka o utrzymanie pozycji zawodowej i społecznej często w tej sytuacji prowadzi do sięgania po leki, narkotyki lub alkohol. Powstaje ryzyko picia „problemowego”. Pracownicy zawodów medycznych charakteryzujących się pracą zmianową i dyżurami (nocnymi i całodobowymi) są szczególnie narażeni na wystąpienie stresu.⁵

¹ ibidem

² ibidem

³ ibidem

⁴ M. Binczycka – Anholcer, *Alkohol jako ważny czynnik zachowań suicydalnych wśród kobiet*, w *Suicydologia* tom 2 nr 1, Warszawa 2006

⁵ ibidem

Alkohol i samobójstwo - obydwie te zjawiska mają ten sam *genusproximum* - zwany patologią społeczną, do której zaliczamy również przestępczość, zachowania prowadzące do dezintegracji rodziny, przemoc, agresję, narkomanię. 26% ogólnej liczby przestępstw, w tym o charakterze kryminalnym, powstaje w związku z używaniem alkoholu. Pijący i alkoholicy popełniają przestępstwa wielokrotnie częściej niż ludzie tej samej płci w tym samym wieku nie należący do intensywnie pijących.¹

Stres, problemy w pracy, konflikty rodzinne lub brak rodziny, bezdzietność z wyboru, zdrada małżeńska doprowadzają do emocjonalnej pustki i izolacji. Sięganie po alkohol staje się wyjściem alternatywnym dla wszelkiego zła. Co druga bezdzietna kobieta po 50 roku życia popada w depresję, alkoholizm, lekomanie, dokonuje próby samobójczej.

Bardzo istotnym czynnikiem wpływającym negatywnie na stabilizację emocjonalną kobiet lekarzy jest problem migracji. Migracja pozioma – wahałkowa tj. codzienne dojazdy do pracy, migracja okresowa czyli wyjazdy w delegację, lub migracja stała wiążąca się ze zmianą miejsca zamieszkania, często związana ze zmianą kraju. Migracje są charakterystyczne dla XX i XXI wieku. Łączą się z uprzemysłowieniem i urbanizacją, są jednocześnie zmienną pośredniczącą w narastaniu zachowań dewiacyjnych. Odpowiadają one za powstanie stanu niepewności i tymczasowości. Brak stałego miejsca zamieszkania i pracy to brak tradycji, upadek autorytetów, wzorców do naśladowania.

Brak stabilizacji jest jednym z ważniejszych czynników powodujących izolację społeczną i rodzinną. Rozdrażnienie i samotność powodują poszukiwanie nowych alternatywnych wyjść czy zachowań. W wyniku niepowodzeń osobistych, często wśród osamotnionych kobiet wyjściem alternatywnym jest „picie alkoholu w samotności”. Celem takiego postępowania jest rozładowanie napięcia emocjonalnego oraz rozładowanie wzrastającej wobec siebie i otoczenia agresji.

Coraz więcej kobiet poszukuje rozwiązania swoich problemów przy pomocy środków uzależniających, a w tym alkoholu. Gospodynie domowe – niedostosowane, pozbawione wsparcia w swej roli społecznej, czy kobiety sukcesu obciążone codzienną walką o pozycję zawodową, społeczną – w sytuacjach kryzysu psychicznego sięgają po środek najbardziej dostępny – po alkohol, który uspokaja, odpręża, likwiduje bariery psychiczne, pozwala „wyłączyć się” z problemów dnia codziennego oddziałując na ośrodek mózgu odpowiedzialny za emocje, alkohol pozwala na wyrażenie tłumionych impulsów ze zmniejszonym poczuciem winy. Alkohol zmniejsza również zdolność do racjonalnej oceny sytuacji. Szczególnie w stanie wzburzonych emocji, stresie i depresji.²

Przyczyny stresu wśród lekarzy:

1. bardzo duża odpowiedzialność zawodowa,
2. wypalenie zawodowe,
3. kumulujący się stres,
4. nieumiejętność radzenia sobie ze stresem,
5. niemożność pogodzenia pracy zmianowej – dyżury nocne – z obowiązkami rodzinnymi,
6. późne macierzyństwo lub brak dzieci,
7. konieczność stałego kształcenia – zdobywanie specjalizacji i stopni naukowych,
8. strach przed utratą pracy z powodu stanu zdrowia,
9. strach przed utratą pracy z powodu reorganizacji służby zdrowia.

Czynniki społeczno-środowiskowe powodujące stres:

1. status społeczny lekarza,
2. status lekarza – posiadane specjalizacje i tytuły naukowe,
3. status gabinetu:

¹ ibidem

² ibidem

- a. lokalizacja i architektura gabinetu,
 - b. wyposażenie gabinetu – sprzęt specjalistyczny,
 - c. zatrudnienie pracowników – lekarzy, personelu średniego,
 - d. reklama w mass mediach,
4. status ekonomiczny lekarza.
5. status lekarza w środowisku medycznym:
- a. posiadane specjalizacje i ich stopnie,
 - b. posiadanie tytułów naukowych,
 - c. uczestnictwo w szkoleniach zawodowych,
 - d. uczestnictwo w konferencjach naukowych o zasięgu krajowym i międzynarodowym,
 - e. popularność lekarza,
 - f. wywiady w mass mediach.

W ostatnich latach wzrosła liczba samobójstw popełnianych przez lekarzy stomatologów. Najczęstszą przyczyną zachowań autodestrukcyjnych jest depresja. Lekarz dentysta średnio przyjmując dziesięciu pacjentów dziennie przeżywa dziesięć razy stres ze swoim pacjentem, a nawet załamanie nerwowe. Każdy pacjent wchodzący do gabinetu patrząc głęboko w oczy lekarzowi mówi o swoim cierpieniu i przeżywanym strachu. Jednocześnie wyzwalając salwy swoich problemów zdrowotnych, stanu psychicznego: „Boję się czy to będzie bolało?” itd. Stomatolog zdając sobie sprawę, iż pacjent jest do niego negatywnie ustosunkowany cierpiący, niecierpliw i zły na cały świat, nie może nauczyć się cierpliwości, jedynie empatii. Poza tym praca stomatologa wymaga wbrew pozorom ogromnej siły fizycznej; jest to wielogodzinna praca stojąca przy fotelu o różnym nachyleniu ciała, obciążająca kręgosłup, stawy biodrowe, kolanowe, skokowe, barkowe. Stojąca praca stomatologa obciąża układ krążenia (żyłki podudzi). Praca stomatologa jest odpowiedzialna i bardzo trudna, a przy tym nieustannie monotonna. Rutyna wykańcza psychikę. Codziennie ten sam gabinet, ten sam fotel, ta sama asystentka, ten sam laser i ta sama próchnica w zębach. Analogicznie ginekolodzy - położnicy przeżywają ten sam problem. Ta sama okolica ciała, ten sam gabinet, ten sam fotel, ta sama rutyna i ta sama odpowiedzialność. Brak możliwości perspektyw awansu zawodowego w odróżnieniu od innych grup zawodowych.

Stomatolodzy w stosunku do innych grup zawodów medycznych są bardzo podatni na nadużywanie alkoholu, narkotyków i środków farmakologicznych. Wśród stomatologów notuje się najwyższy wskaźnik rozwodów. Praca stomatologa powoduje niestabilną i niesprzyjającą sytuację rodzinną, problemy małżeńskie, separacje, rozwody, brak kontaktu z dziećmi - dezintegrację życia rodzinnego i społecznego. Wśród stomatologów często występuje schizofrenia z omamami słuchowymi oraz zaburzenia osobowości.

Bardzo istotnym czynnikiem w powstawaniu stresu wśród lekarzy jest patologiczna relacja w układzie pacjent – lekarz, która może przebiegać według poniższego schematu:

1. Roszczeniowy pacjent
2. Destrukcyjne zachowanie pacjenta
3. Obniżenie osobistego zaangażowania lekarza
4. Wyczerpanie emocjonalne
5. Wypalenie zawodowe

Najczęściej występującymi negatywnymi konsekwencjami problemów zdrowotnych wśród lekarzy są:

1. Samoleczenia z powodów:
 - a. nieprzyznawanie się do problemów zdrowotnych ze względu na stosunek środowiska medycznego do chorego pracownika; jak też negatywne opinie na temat lekarza w oczach pacjenta,
 - b. niekorzystanie w swoim środowisku z usług - porad medycznych ze względu na przekazywanie informacji o stanie zdrowia innym osobom, a nawet pacjentom, wbrew prawu,
 - c. fałszowanie własnych wyników badań laboratoryjnych celem uniknięcia opinii chorej osoby,
 - d. niekorzystanie z porad i pracy lekarzy psychiatrów w sytuacji depresji i stresu - celem uniknięcia konsekwencji - eliminacji z zawodu

2. Samoleczenie w każdej sytuacji problemów zdrowotnych
3. Samoleczenie w sytuacji wystąpienia stresu i depresji
4. Łatwy dostęp do środków farmakologicznych

Literatura:

1. M. Binczycka – Anholcer, *Alkohol jako ważny czynnik zachowań suicydalnych wśród kobiet*, w *Suicydologia*, tom 2 nr 1, Warszawa 2006
2. M. Binczycka – Anholcer, *Medyczne i kryminologiczne aspekty przemocy wobec ludzi starych*, w: B. Hołyst (red.), *Przemoc w życiu codziennym*, Warszawa 1997
3. M. Binczycka – Anholcer, *Samobójstwo w aspekcie kulturowym i religijnym*, w: B. Hołyst, M. Staniaszek (red.) *Samobójstwo*, Zakład wydawniczo – produkcyjny Foliał, Warszawa – Łódź 1995
4. M. Binczycka – Anholcer (red.) *Przemoc i agresja jako problem zdrowia publicznego*, Zakład wydawniczo – produkcyjny Foliał, Warszawa 2005
5. M. Binczycka – Anholcer, B. Hołyst, M. Staniaszek (red.) *Samobójstwo*, Zakład wydawniczo – produkcyjny Foliał, Warszawa 2002
6. W. Grellneriinni, *Zur Suizidmethode von Aerzten, medizinischen Personal und verwandten Berufsgruppen*, „Archiv fuer Kriminologie”, 1998
7. H. Hentig, *Das Verbrechen*, Hamburg 1954
8. J. Hillman, *Samobójstwo a przemiana psychiczna* w przekładzie D. Rogalskiego, Wydawnictwo KR, Warszawa 1996
9. B. Hołyst, *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność.*, PWN, Warszawa 1983
10. B. Hołyst, *Suicydologia*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002
11. B. Hołyst (red.) *Przemoc w życiu codziennym*, Agencja Wydawnicza CB, Warszawa 1997
12. M. Jarosz, *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997
13. H. Przybylakowa, *Przegląd piśmiennictwa poświęconego zagadnieniu samobójstwa*, w *Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska*, 1958, nr 6
14. *Medical Tribune*, nr 12/2012
15. *Prawo i Życie*, 1964, nr 5
16. Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) *Prevention of suicide*
17. World report on violence and health, World Health Organization (WHO), Geneva 2002

Про рівні неінфекційної захворюваності студентів ЛНМУ імені Данила Галицького за даними самооцінки власного здоров'я

Н. І. Заремба, І. В. Гупало, Т. Г. Гупор

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Задовільний стан здоров'я практикуючих лікарів є необхідною умовою для належного виконання ними своїх професійних обов'язків [3,5]. Проте реалії сьогодення переконливо доводять, що стан здоров'я ескулапів знаходиться на неналежному рівні, систематично піддається впливу низки негативно діючих факторів ризику [2] та потребує нагальної корекції [1,4]. Відтак вважаємо, що ціленаправлені профілактичні дії слід проводити ще на етапі додипломного навчання майбутніх лікарів шляхом виявлення та попередження основних найпоширеніших захворювань та їх чинників ризику.

Мета роботи – наукове обґрунтування стану захворюваності та факторів ризику порушення здоров'я студентів-медиків у розробці профілактичних програм для збереження стану здоров'я лікарів.

Матеріал та методи. Наукова робота виконана за результатами соціологічного дослідження самооцінки власного здоров'я 243 студентів ($p < 0,05$) IV курсу Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, середній вік яких становив $20,44 \pm 0,10$ років, за спеціально опрацьованою програмою "Анкета вивчення сутності розуміння негативного впливу факторів ризику на здоров'я людини у повсякденному її житті". Отриманий шляхом анкетування первинний науковий матеріал був проаналізований з використанням статистичного, математичного та структурно-логічного методів з врахуванням принципів системності.

Результати дослідження. За результатами опитування студентів IV курсу ЛНМУ імені Данила Галицького з'ясовано, що $33,74 \pm 3,03\%$ анкетованих за результатами самооцінки характеризують власний стан здоров'я, як «добрий»; водночас $55,97 \pm 3,18\%$ респондентів оцінили свій стан здоров'я, як «задовільний». При цьому майже кожен десятий майбутній лікар вказав про вже наявні проблеми зі станом власного здоров'я: $9,47 \pm 1,88\%$ опитаних 20-річних студентів-медиків вказали на поганий стан, а $0,82 \pm 0,58\%$ інтерв'ююваних – на край поганий стан свого здоров'я.

Встановлено, що лише $19,75 \pm 2,55\%$ опитаних студентів жодного разу не хворіли протягом останнього року, тоді як $80,25 \pm 2,55\%$ анкетованих мали від одного до семи етіологічно не пов'язаних захворювань за аналізований період.

За даними опитування студенти IV курсу ЛНМУ імені Данила Галицького вказали, що за останній аналізований рік найбільший рівень захворюваності у них відмічався на хвороби органів дихання, що відповідає показникам по Україні. Зокрема, захворюваність на гострий бронхіт (J20) знаходилась на рівні $21,81 \pm 2,65$ випадки на 100 опитаних, а на фарингіт (J02) – $19,34 \pm 2,53$ випадки на 100 анкетованих. При цьому пневмонія (J13-J18) зустрічалася з частотою $1,65 \pm 0,82$ випадки на 100 опитаних студентів.

Нераціональне харчування та шкідливі звички у студентів-медиків можуть обумовлювати той факт, що найбільша кількість розмаїтих діагнозів (дев'ять) відмічається у класі хвороб органів травлення. Відтак, гастрит (K29) констатовано у $19,34 \pm 2,53$ випадках на 100 опитаних студентів; при цьому виразкова хвороба шлунка (K25) була вказана у $2,88 \pm 1,07$, а 12-палої кишки (K26) – у $2,06 \pm 0,91$ випадках на 100 опитаних студентів-медиків. Водночас ентерити (K50) зустрічалися з частотою $2,88 \pm 1,07$ випадків на 100 опитаних, коліти (K51-K52) – у $1,23 \pm 0,71$ випадках на 100 анкетованих, а закрепи (K59) – у $14,81 \pm 2,28$ випадках на 100 респондентів. У майбутніх лікарів вже є наявні такі захворювання

гепато-біліарної системи як холецистит (K81), дискінезія жовчовивідних шляхів (K82.8) та жовчекам'яна хвороба (K82.0), які зустрічаються відповідно з частотою $2,06 \pm 0,91$; $7,82 \pm 1,72$ та $0,41 \pm 0,41$ випадки на 100 опитаних студентів.

У ході виконання наукової роботи з'ясовано, що у 20-річних студентів-медиків наявні такі захворювання серцево-судинної системи як гіпотензія (I95), яка траплялась з показником поширеності $7,00 \pm 1,64$ випадків на 100 опитаних та гіпертензивна хвороба (I10-I15), яка зустрічалась у $1,23 \pm 0,71$ випадках на 100 опитаних студентів.

Доцільно звернути увагу на той виявлений факт, що у $24,28 \pm 2,75$ випадках на 100 анкетованих майбутніх ескулапів відмічаються різноманітні захворювання ока та його додаткового апарату (H00-H59), з приводу яких вони зверталися як мінімум 1 раз протягом року за медичною допомогою. Дана проблема, на наш погляд, є набутою та потребує розв'язання ще на довузівському етапі навчання шляхом мінімізації негативно діючих факторів ризику на орган зору.

Висновок. Результати проведеного дослідження переконливо доводять про:

1. Наявність високого рівня захворюваності з-поміж студентів-медиків на хвороби органів травлення та органу зору, що обумовлено великою кількістю факторів ризику даних захворювань у повсякденному житті студентів.
2. Потребу в дослідженнях психологічного сприйняття факторів ризику неінфекційних захворювань та мотиваційних підходів до ціннісного відношення студентами медичних знань щодо здорового способу життя.
3. Необхідність в опрацюванні та запровадженні організаційно-функціональної моделі попередження впливу негативно діючих факторів ризику на стан здоров'я студентів-медиків – як основи управління станом здоров'я майбутніх лікарів

Література

1. Артамонова Г. В. Проблемы оценки состояния здоровья медицинских работников / Г. В. Артамонова, Д. И. Перепелица // Социология медицины. – 2007. – № 1. – С. 49-50;
2. Бахе М. Я. Факторы риска здоровья медицинских работников / М. Я. Бахе, И. Ю. Лусе, Д. Р. Спруджа и др. // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 3. – С. 28-33.
3. Горачук В. В. Про оптимізацію системи охорони здоров'я працівників медичної галузі / В. В. Горачук // Український медичний часопис. – 2008. – № 6. – С. 41-45.
4. Измеров Н. Ф. Труд и здоровье медиков / Н. Ф. Измеров // Реальное время. – 2005. – 40 с.
5. Life S. The national plan for Britain's National Health Service // International journal of health service. – 2002. – Vol. 31. – № 1. – P. 105-110.

Порівняльний аналіз роботи регіонального медичного центру клінічної імунології та алергології за 2012 рік

Чоп'як В. В.¹, Потьомкіна Г. О.¹, Білянська Л. М.², Ліщук-Якимович Х. О.¹, Пукаляк Р. М.², Мазурак М. В.², Кріль І. Й.¹

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра клінічної імунології та алергології.

² Регіональний медичний центр клінічної імунології та алергології, м. Львів

Анотація: Проведений порівняльний аналіз роботи Регіонального Центру клінічної імунології за останні роки. Встановлено збільшення числа хворих на вторинні/набуті імунодефіцити інфекційного генезу, злоякісні пухлини та алергічні хвороби.

Ключові слова: порівняльний аналіз, центр клінічної імунології та алергології, імунозалежні захворювання, вторинні/набуті імунодефіцити

Analiza porównawcza pracy Regionalnego Centrum Medycyny Klinicznej Immunologii i alergologii w 2012 roku

Czopak W. W.¹, Potomkina H. O.¹, Biliańska L. M.², Liszczuk-Jakimowicz Kh. O.¹, Pukaliak R. M.², Mazurak M. V.², Kril I. Y.¹

¹ Narodowy Lwowski Uniwersytet Medyczny im. Danyła Halickiego, Katedra klinicznej immunologii i alergologii

² Lwowskie Regionalne Centrum Kliniczno Diagnostyczne, Lwów

Streszczenie: Analiza porównawcza Regionalnego Centrum Klinicznej Immunologii na przestrzeni minionych lat. Odnotowano wzrost liczby pacjentów z wtórnym/nabytym niedoborem odporności pochodzenia wirusowego, nowotworowego i chorób alergicznych

Słowa kluczowe: analiza porównawcza, Centrum Klinicznej Immunologii i Alergologii, choroby immunozależne, wtórny/nabyty niedobór odporności

Comparative analysis of the work of Regional Medical Center of Clinical Immunology and Allergology during 2012

Chopyak V. V.¹, Potomkina H. O.¹, Bilyanska L. M.², Lishchuk-Yakymovych Kh. O.¹, *Pukalyak R. M.¹, Mazurak M. V.², Kril I. Y.¹

¹ Danylo Halytsky Lviv national medical university, department of clinical immunology and allergology

² Lviv Regional Clinical Diagnostic Center, Lviv

Summary: The comparative analysis of the Regional Centre of Clinical Immunology during the recent years. It was fixed an increased number of patients with secondary / acquired immunodeficiency of viral origin, malignancy and allergic diseases.

Keywords: comparative analysis, Center of Clinical Immunology and Allergology, immunodependent diseases, secondary / acquired immunodeficiency

За останні роки серед населення України зросло число хронічних хвороб, причини формування яких не підлягають жодним логічним поясненням. Якщо в минулому столітті співвідношення між хронічними та гострими хворобами становило 1:9, то на початку нинішнього століття це співвідношення становить – 9:1. Збільшення числа хронічних хвороб знаходиться в прямій залежності від факторів, які викликають порушення імунної системи. На формування імунопатології серед населення вказує те, що кожна четверта людина скаржиться на загальну слабкість, підвищену втомлюваність, біль та першіння в горлі, серцебиття, дискомфорт в животі, нудоту тощо. Навіть сучасні методи діагностики не виявляють причину хвороби. Після проведення високо вартісних обстежень, пацієнту виставляють

діагноз – практично здоровий. У таких випадках, в першу чергу, необхідно подумати про формування імунodefіциту і скерувати хворого до лікаря клінічного імунолога.

Спеціалізовану імунологічну допомогу населенню Львівської області надає Регіональний медичний центр клінічної імунології та алергології (РМЦКІА), який входить до складу Львівського обласного клінічного діагностичного центру (ЛОКДЦ). Первинна імунологічна допомога в більшості лікувальних закладів області надається штатними та позаштатними імунологами. Обсяг обстеження, які проводять на рівні первинної ланки складають: оцінка клінічних ознак імунозалежних хвороб, загальний аналіз крові, протеїнограма та визначення С-реактивного протеїну.

Всього у 2012 р. у Львівській області проведено 16 664 консультацій, що більше на 43% порівняно з 2006 роком. Серед проконсультованих хворих на імунopatологію сільські мешканці складають – 38%. Консультативна імунологічна допомога надається хворим з первинними і вторинними імунodefіцитами, аутоімунними, алергічними, імунopроліферативними захворюваннями тощо. Лікарями позаштатними імунологами проконсультовано в поліклініках 67% хворих, в стаціонарах – 20% хворих. За медичною допомогою до лікаря клінічного імунолога частіше зверталися пацієнти молодого та середнього віку. Розподіл поставлених діагнозів в абсолютних цифрах та з розрахунку на 100 тис. населення в 2012 році виявився наступним: вроджені первинні імунodefіцити (D80-D83) – 10/0,6; вторинні/набуті імунodefіцити (D84) – 7507/369,8; інші уточнені імунodefіцитні порушення (D84.8) – 4676/230,3; інші імунodefіцити не уточнені (D84.9) – 2831/139,4; інші уточнені порушення із залученням імунного механізму (D89.8) – 9499/467,9; алергічні хвороби (T78.4) – 4386/216; аутоімунні хвороби (M35.9) – 2483/122,3; пухлинні хвороби (C00-C96) – 225/11,0; імуноконфліктні синдроми – 43/2,1; порушення із залученням імунного механізму не уточненні (D89.9) – 3314/163,2.

Порівнянно з 2006 р. зросла кількість хворих на алергічні хвороби, з первинними імунodefіцитами, аутоімунними та онкологічними хворобами, дещо зменшилась кількість хворих з іншими уточненими імунodefіцитними порушеннями. У структурі набутих/вторинних імунodefіцитів переважають імунodefіцити інфекційного генезу – 60,2%. Серед інших порушень із залученням імунного механізму переважають: синдром стійкої гіпертермії 16,4%, синдром хронічної втоми 11,1% та лімфаденопатії 9,7%. У 2006 році в 2,5 рази більше діагностувалися синдром тривалої лімфаденопатії на синдрому тривалої гарячки неясного генезу. У 2012 році охоплено загально-лабораторними обстеженнями – 98% хворих, спеціальними імунологічними обстеженнями – 30% хворих, специфічними обстеженнями – 20,1% хворих, що дещо менше, ніж у 2006 році. Обстеження, діагностика та лікування хворих на імунopatологію здійснюється згідно протоколів затверджених наказом МОЗ України від 08.10.2007 р. № 626 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим з імунними захворюваннями». Дані протоколи впроваджені в роботу лікарів клінічних імунологів, терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів. Лікарями РМЦКІА спільно з кафедрою клінічної імунології та алергології ЛНМУ імені Данила Галицького було організовано і проведено 8 семінарів та науково-практичних конференцій для лікарів клінічних імунологів, алергологів, лікарів інших спеціальностей.

Таким чином, до лікарів клінічних імунологів найчастіше звертаються хворі з вторинними/набутими імунodefіцитами інфекційного генезу; зменшилась кількість хворих, яким встановлюється діагноз не уточнені імунodefіцитні порушення; збільшилась кількість хворих на аутоімунні хвороби та злоякісні пухлини.

Питання релігійної віри як чинника оздоровчої профілактики громадян

Іван Луць, Роксолана Карпінська

Львівський медичний коледж післядипломної освіти

Анотація: Нами представлено питання релігійної віри в діяльності викладача біоетики, медичного психолога, лікаря; виокремлено необхідність співучасті релігійної віри і медицини; доведено, що гармонія між ними сприятиме забезпеченню задоволення матеріальних і духовних потреб людей, слугуватиме чинником оздоровчої профілактики громадян в контексті перспектив розвитку системи охорони здоров'я, що виходить на перший план і є фундаментальним питанням суспільства в цілому.

Ключові слова: професіоналізм лікаря, релігійна віра, християнські цінності, лікар-християнин, медичний психолог, викладач біоетики, оздоровча профілактика

Streszczenie: Zaprezentowaliśmy kwestię religijności nauczyciela bioetyki, medyczny psycholog, lekarz, wyróżnił potrzebę udziału wiary i medycyny udowodnił, że harmonia między nimi, będzie promować na materialne i duchowe potrzeby ludzi, będzie służyć jako profilaktyki zdrowia obywateli w kontekście perspektyw zdrowia "idę na znaczenie i staje się podstawowe kwestie społeczeństwa jako całości.

Słowa kluczowe: profesjonalizm medyczny, wiara religijna, chrześcijańskie wartości, Christian lekarz, psycholog medyczny, profesor bioetyki, poprawa profilaktyki

Summary: We presented the question of religious belief of the teacher of bioethics, medical psychologist, doctor, single doubt the need for participation of religious faith and medicine proved that harmony between them will promote the material and spiritual needs of the people, will serve as preventive health of citizens in the context of prospects of the health I'm coming to the forefront and becomes the fundamental issues of society as a whole.

Keywords: medical professionalism, religious faith, Christian values, Christian physician, a medical psychologist, professor of bioethics, improving prevention

Значення та роль віри людини як чинник оздоровчої профілактики громадян в контексті перспектив розвитку системи охорони здоров'я виходить на перший план і є фундаментальним питанням суспільства в цілому. Медицина, як і будь-яка інша наука, повинна містити в собі соціальні, етичні аспекти, які є підґрунтям для об'єктивної оцінки ситуації і морального вибору, що зумовлюють до загального добра всіх людей. Зрештою, окрім загально-етичного і нормативного аспектів, у медицині повинна бути присутня внутрішня настанова лікаря, який має творити добро й триматися правди. Жодні деонтологічні кодекси чи правові норми не будуть успішними, якщо діяльність лікаря не буде базуватиметься на об'єктивних вартостях правди й добра, що мають трансцендентний характер і духовну природу.

Людина – це єдність душі й тіла. І фізичні аспекти, і пов'язані з ними проблеми є тільки частиною таємничої реальності людського буття. Окрім цього виміру існує ще й духовний аспект, який пізнається не тільки розумом, але й вірою, що сягає поза межі розуму. Якщо ми відкинемо цей духовний вимір як непотрібний чи застарілий, то чим ми заповнимо простір духовної пустки, що утвориться? Сьогодні багато медиків розуміє цю істину і щораз більше голосів лунає на підтримку автентичних вартостей, що розглядають людину в повноті її буття, тобто єдності душі й тіла. Лікарі повертаються до давно відомих ідей, які голосять, що не тільки саме технічне виконання обов'язків оздоровлює хворого, але й людське ставлення до особи, доброта, милосердя, співчуття, віра і пацієнта, і лікаря допомагають в процесі одужання. Тоді Бог діє та оздоровлює, використовуючи інколи лікаря як ін-

струмент своїх діянь. Якщо в цьому процесі є гармонія між природними і надприродними чинниками, то таке лікування буде успішнішим від звичайного – зматеріалізованого підходу до справи. Коли вмотивування лікаря опирається тільки на матеріалістичний світогляд, що більше – на матеріальний зиск, то чи входитимуть вищезгадані вартості у гру при оцінці ситуації загалом? Напевно, що ні, або в дуже малій мірі. Головним критерієм розрізнення стане економічний чинник і поняття якості життя. Годі сподіватися, що за такого підходу людське життя буде захищене й пошановане в усіх його проявах. Практика щоденного життя доводить правдивість наших сумнівів у подібних ситуаціях.

Століттями перевірені методи формування християнської моралі, виховання дітей у дусі пошани до батька й матері, дотримання фундаментальних Божих заповідей: не вбивай, не чини перелюбу, не кради, не свідчи неправдиво, не затримуй оплати найманої праці, не пожадай жени й добра ближнього твого, люби його як себе самого; найсвятіші людські моральні правила: голодного нагодувати, спраглого напоїти, грішника навернути, неука навчити, сумного потішити, за хворим доглянути, ув'язненого відвідати; плоди Святого Духа такі як любов, радість, доброта, милосердя, лагідність були, є і завжди будуть актуальними. Тестом щодо їхнього дотримання є сповідь, їх повсякчасне оцінювання християнською громадою, суспільством тощо.

Релігійна віра як конструктивний елемент діяльності лікаря-професіонала є доволі вагомим чинником, який допоможе виконувати сумлінно свій лікарський обов'язок. Незалежно від віросповідання, опираючись на духовну базу, лікар може глибше входити в проблеми людини, які не завжди носять фізичний характер. Такий підхід до справи практикували і в античні часи, його актуальність є незаперечною і сьогодні. Доведеною є правдивість тези про те, що тільки завдяки об'єднаним зусиллям лікарів з одухотвореним сумлінням можна покращити загальну ситуацію на всі сфери людського життя.

У цьому процесі лікарі-християни повинні бути в авангарді боротьби за гідність людської особи, за автентичне добро кожної людини. Для цього у Львівському медичному коледжі післядипломної освіти розроблена і опрацьована цілісна система формування релігійної віри медичного працівника на основі християнських цінностей. Дана система відображена в організації навчально-виховного процесу, навчальних планах і програмах, підручниках і методичних посібникахтощо. Значне місце у формуванні релігійної віри майбутніх фахівців належить лекційним та практичним заняттям з курсу «Основи біоетики». Вивчення даної дисципліни формує у медичного працівника етичні аспекти людського життя і здоров'я, основи психологічних знань для самопізнання і духовного розвитку особистості, водночас, висвітлює важливі проблеми психології святості, милосердя, самозречення, розкриває аспекти релігійної віри та свідомості, приділяє увагу міжособовому спілкуванню.

Божий закон, природне право і людські норми не повинні взаємозаперечуватись, а навпаки – творити досконалу гармонію, яку неможливо досягнути без духовного виміру. Саме розумне співіснування релігійної віри і медицини, гармонія між ними - сприятиме забезпеченню задоволення матеріальних і духовних потреб людей, слугуватиме чинником оздоровчої профілактики громадян в контексті перспектив розвитку системи охорони здоров'я,яке є принциповим, першим і фундаментальним питанням суспільства в цілому.

Література

1. Белорусов С. А. Психологиядуховности, веры и религии // Психологиярелигиозности и мистицизма: Хрестоматия. – Мн.: Харвест; М: АСТ, 2001. – С. 92-147.
2. Ващенко Г. Виховний ідеал // Полтава: 1994.– С.41.
3. Жигайло Н. І. Психологія духовного становлення особистості майбутнього фахівця : Монографія. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2008 – 336 с.
4. Максименко С.Д.Генеза здійснення особистості : наук. монографія. – К. : КММ, 2006. – 255 с.
5. Максименко С. Д. Психологія особистості : Підручник. – К. : КММ, 2007. – 296 с.
6. Москалець В.П. Психологія релігії: Посібник.– К.: Академвидав, 2004. – 240 с.

7. Психологія. З викладом основ психології релігії / Під ред. о. Ю.Макселона.– Львів: Свічадо, 1998. – 320 с.
8. Савчин М. В. Віра в Бога як духовний стан людини / Психологія і суспільство. – 2009. – № 2 (36). – С. 54-59.
9. Хоронжий А. Г. Соціологія релігії: Курс лекцій. – Львів, 2005.

Перспективи запровадження медичного страхування в Україні

М. В. Шевченко

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Анотація: Результатами цих досліджень доведено, що соціальне страхування покращує використання послуг охорони здоров'я та захист його членів у фінансовому плані шляхом скорочення власних коштів населення. Однак, існує недостатньо доказів щодо переконливості сприятливого впливу соціального страхування на якість медичного обслуговування та соціальну інтеграцію.

Ключові слова: медичні стандарти та клінічні протоколи, оптимізації мережі закладів вторинної медичної допомоги, організаційне та фінансове розмежування первинної, вторинної та третинної допомоги, розмежування функцій платника та надавачів медичних послуг

Streszczenie: Wyniki tych badań wykazały, że stosowanie ubezpieczeń społecznych poprawia zdrowie i ochronę swoich członków finansowo ograniczając własne środki publiczne. Nie ma jednak wystarczających dowodów dotyczących wiarygodności dobroczynnych skutków zabezpieczenia społecznego na jakość opieki zdrowotnej i integracji społecznej.

Słowa kluczowe: wyroby medyczne oraz protokolów klinicznych, optymalizacja sieci specjalistycznej opieki zdrowotnej, organizacyjne i finansowe rozdzielenie opieki podstawowej, średnim i wyższym, oddzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawców opieki zdrowotnej

Summary: The results of these studies demonstrated that the use of social insurance improves health and protection of its members financially by reducing their own public funds. However, there is insufficient evidence regarding the credibility of the beneficial effects of social security on the quality of health care and social integration.

Keywords: medical standards and clinical protocols, optimization of the network of secondary health care, organizational and financial separation of primary, secondary and tertiary care, separation functions payer and health care providers

Згідно із сучасними стратегіями ВООЗ система фінансування охорони здоров'я повинна розвиватися таким чином, щоб забезпечити універсальний доступ населення до медичних послуг і нівелювати фінансові ризики при їх оплаті.

На сьогодні жодна із систем охорони здоров'я будь-якої країни світу не в змозі повністю покрити видатки, сформовані за рахунок податків або страхових внесків на надання медичних послуг. Тому населення залучається до співоплати наданих послуг для забезпечення їх універсального покриття, стримування витрат і формування попиту. При цьому особливо важливо, щоб величина співплатежів за рахунок власних коштів населення не спричинила обмеження доступу до системи допомоги і сприяла забезпеченню захисту від фінансового ризику, пов'язаного з високими індивідуальними видатками на медичну допомогу.

Згідно з даними «Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2010 года», який присвячено питанню фінансування систем охорони здоров'я, у світі одним із справедливих шляхів фінансування є схеми передоплати з об'єднанням коштів у пули і розподілом ризиків. Це схеми солідарності, коли багаті субсидують бідних, а здорові – хворих. При цьому відзначається, що такі схеми працюють найкраще у випадку, коли вони охоплюють велику чисельність учасників. Паралельно наголошується, що це не є аргументом на користь медичного страхування і проти фінансування на основі податків. Це лише аргумент на користь солідарності.

Можна констатувати, що в Україні процес запровадження загальнообов'язкового медичного страхування занадто затягнувся. Однією з причин цього є різне бачення представників депутатського

корпусу, чиновників, управлінців, страховиків та медичних працівників моделі на основі, якої діятиме обов'язкове державне медичне страхування, шляхів фінансування та його співіснування із обов'язковим та добровільним медичним страхуванням. Із-за цілого ряду об'єктивних та суб'єктивних причин не вдалося до сьогодні прийняти законопроекти про медичне страхування, хоча відповідні законопроекти було підготовлено не в одній редакції. Наприклад, тільки у Верховній Раді України шостого скликання було зареєстровано низку законопроектів, які стосувалися цього питання, але жодний з них не було прийнято.

Основна частина цих законопроектів була орієнтована на модель обов'язкового цивільного медичного страхування і передбачала регресивний характер фінансування, в умовах якого особи з меншими доходами змушені були б платити в систему медичного страхування відносно більшу частину своїх доходів, ніж високозабезпечені особи; створення конкурентних страхових ринків, за яких страховики неминуче використовували б феномен селекції страхових ризиків або «збирання вершків», результатом якого могло стати зниження доступності системи насамперед для хронічно хворих та літніх людей; надзвичайно складний з точки зору реалізації механізм управління системою страхування.

Важливо враховувати також і можливі ризики при запровадженні медичного страхування. Існують переконливі докази щодо оцінки впливу медичного страхування на мобілізацію ресурсів, фінансовий захист, використання медичних послуг, якість медичного обслуговування, соціальну інтеграцію в країнах з низькими та нижче середнього рівнів доходів, які опубліковані дослідниками E. Spaan, J. Mathijssen, N. Tromp, F. McBain and et. Результатами цих досліджень доведено, що соціальне страхування покращує використання послуг охорони здоров'я та захист його членів у фінансовому плані шляхом скорочення власних коштів населення. Однак, існує недостатньо доказів щодо переконливості сприятливого впливу соціального страхування на якість медичного обслуговування та соціальну інтеграцію. При цьому вплив на забезпечення можливостей для розвитку суспільства є недоказаним.

В цілому, запровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є можливим не раніше 2015 року, оскільки потребує серйозної підготовчої роботи щодо реорганізації системи охорони здоров'я для переходу від утримання закладів охорони здоров'я до принципів оплати наданих медичних послуг, а також затвердження медичних стандартів та клінічних протоколів, оптимізації мережі закладів вторинної медичної допомоги, організаційного та фінансового розмежування первинної, вторинної та третинної допомоги, розмежування функцій платника та надавачів медичних послуг тощо.

Крім того, необхідно оцінити результати реформування охорони здоров'я у пілотних проектах (Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві), на базі яких відпрацьовуються та впроваджуються нові організаційно-правові та фінансово-економічні механізми, які спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення України, і прийняти рішення щодо доцільності його запровадження.

Напрямки удосконалення санаторно-курортної та реабілітаційної медичної допомоги хворим з патологією шкіри та підшкірної клітковини в Україні

Комар В. С.¹, Любінець О. В.²

¹Санаторій «Немирів» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: Підвищення якості і ефективності відновного лікування хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини можливе при структурній перебудові відбору хворих, моніторингу якості життя та ефективності проведеного відновного лікування, а також удосконаленні кадрового та матеріально-технічного оснащення закладів в яких надається реабілітаційна та санаторно-курортна допомога. Запропонована функціонально-структурна схема удосконалення допомоги хворим із захворюваннями шкіри та підшкірної клітковини на етапі реабілітації та санаторно-курортного лікування.

Ключові слова: шкіра та підшкірна клітковина, реабілітація, санаторно-курортне лікування

Kierunki udoskonalenia sanatorno-kurortnej i rehabilitacyjnej pomocy leczniczej chorym z patologią skóry i podskórnego błonnika w Ukrainie

Komar V. S., Lyubinets O. V.

Streszczenie: Podwyższenia jakości i efektywności wznawianego leczenia chorych z patologią skóry i podskórnego błonnika możliwe przy strukturalnej przebudowie doboru chorych, monitoringu jakości życia i efektywności przeprowadzonego wznawianego leczenia, a także udoskonaleniu kadrowego i materialno-technicznego oprzyrządowania zakładów w których nadaje się rehabilitacyjna i sanatorno-kurortna pomoc. Zaproponowany funkcjonalnie-strukturalny schemat udoskonalenia pomocy chorym z chorobami skóry i podskórnego błonnika na etapie rehabilitacji i sanatorno-kurortnego leczenia.

Kluczowe słowa: skóra i podskórny błonnik, rehabilitacja, sanatorno-kurortna pomoc

Areas of improvement Sanatorium and rehabilitative care for patients with disorders of skin and subcutaneous tissue in Ukraine

Komar V., Lyubinets O.

Summary: Improving the quality and effectiveness of rehabilitation of patients with disorders of skin and subcutaneous tissue is possible with the structural transformation of the selection of patients for monitoring quality of life and the effectiveness of the rehabilitation and improvement of human, material and technical equipment of the institutions which provide rehabilitation and sanatorium care. The proposed functional block diagram of improving care for patients with diseases of the skin and subcutaneous tissue at the stage of rehabilitation and sanatorium treatment.

Keywords: skin and subcutaneous tissue, rehabilitation, spa treatment

Вступ. Динаміка захворюваності хворобами шкіри та підшкірної клітковини в Україні має тенденцію до зростання [2, 3]. Важливе місце у наданні медичної допомоги пацієнтам з цією патологією повинен займати реабілітаційний та санаторно-курортний етап лікування. В основу санаторно-курортної допомоги покладені найбільш гуманні, соціально та науково обгрунтовані, прогресивні принципи: профілактична і реабілітаційна спрямованість; послідовність, наступність між амбулаторно-діагностичними, стаціонарними та санаторно-курортними закладами; висококваліфікована спеціалізована допомога.

Метою дослідження було розробити критерії удосконалення реабілітаційного та санаторно-курортного лікування хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини в Україні.

Матеріал і методи. Матеріалом дослідження слугували дані наукової літератури та аналіз власного 27-річного періоду роботи головним лікарем санаторію одного з авторів, де надається реабілітаційна та санаторно-курортна допомога пацієнтам з захворюваннями шкіри та підшкірної клітковини. Використано методи: системного аналізу, бібліосемантичний та концептуального моделювання.

Результати і обговорення. З врахуванням особливостей поширеності захворювань шкіри та підшкірної клітковини (постійно 4-5 рейтингове місце за величиною рівня захворюваності серед всієї патології) та прискоренням ритму життя населення за останні роки важливе місце в побудові лікувального алгоритму при цій патології відіграє оздоровлення хворого в санаторних умовах [1, 4].

Досягти підвищення якості та ефективності лікування хворих в санаторіях можливо за чотирма основними напрямками. Перший – необхідно здійснити структурну перебудову відбору хворих. З цією метою в обласних управліннях охорони здоров'я обласним дерматологом створюється база даних хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини. З ним же укладається угода щодо скерування хворих на обласні контрольні-експертні комісії з відбору хворих для подальшого скерування на реабілітацію або санаторно-курортне лікування. Важливе значення при цьому повинно відігравати визначення психофізіологічного статусу хворого для досягнення найвищої ефективності відновного лікування [5].

Наступний напрямок – це моніторинг якості життя та ефективності проведеного в санаторно-курортних закладах лікування, що включає: розробку індикаторів якості санаторно-курортного лікування та реабілітації, впровадження системи контролю якості санаторно-курортного лікування та реабілітації, сертифікацію та ліцензування санаторно-курортних закладів та реабілітаційних відділень, щодо можливості надання допомоги хворим при цій патології. Якість життя хворого повинна оцінюватися згідно розроблених критеріїв та результатів проведеного анкетування хворих згідно цих критеріїв якості життя при скеруванні на реабілітацію або в санаторій.

Наступні два напрямки стосуються саме закладів, в яких надається реабілітаційна та санаторно-курортна допомога. По-перше, це – удосконалення кадрового забезпечення, а саме здійснення безперервної підготовки лікарів-дерматологів з питань санаторно-курортного лікування та реабілітації, проведення навчально-тренінгових семінарів, тематичне удосконалення на базах санаторіїв, стажування в провідних санаторіях та реабілітаційних центрах світу. Важливим є використання потенціалу спеціалістів-реабілітологів з немедичною освітою, які пройшли навчання у вищих навчальних закладах фізичної культури. По-друге, важливе місце займає покращення та постійне осучаснення матеріально-технічного обладнання санаторно-курортних закладів та відділень реабілітації, в т.ч. кабінетів апаратної фізіотерапії, забезпечення сучасною комп'ютерною технікою, облаштування сучасних умов перебування хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини. Необхідним є запровадження нових методик відновного лікування при дерматологічній патології та організація бальнеогрязелікування. Враховуючи наявність даних про психофізіологічний стан хворого при скеруванні, для моніторингу його змін в процесі реабілітації чи лікування в санаторії рекомендується створення лабораторій оцінки психофізіологічного статусу пацієнта.

Всі перелічені напрямки підвищення якості та ефективності лікування хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини об'єднані у функціонально-структурну схему удосконалення санаторно-курортної та реабілітаційної допомоги хворим із захворюваннями шкіри та підшкірної клітковини (рис. 1).

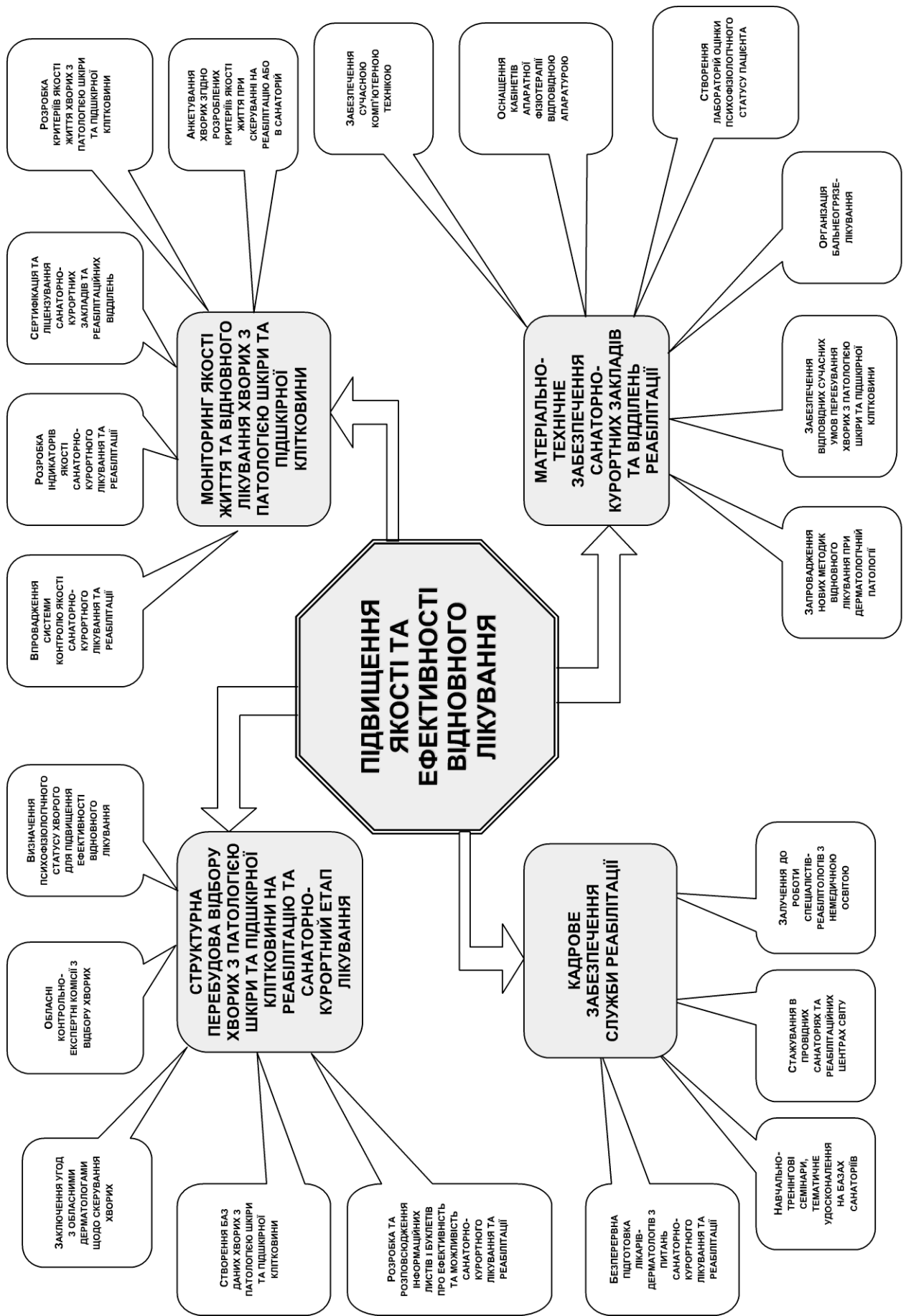


Рис. 1. Функціонально-структурна схема удосконалення санаторно-курортної та реабілітаційної допомоги хворим із захворюваннями шкіри та підшкірної клітковини

Висновки. Одним з основних шляхів підвищення якості і ефективності відновного лікування хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини є реалізація запропонованої схеми удосконален-

ня санаторно-курортної та реабілітаційної допомоги хворим з цією патологією, яка базується на структурній перебудові відбору хворих, моніторингу якості життя та ефективності проведеного відновного лікування, а також удосконаленні кадрового та матеріально-технічного оснащення закладів в яких надається реабілітаційна та санаторно-курортна допомога.

Література

1. Князевич В.М. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / В.М.Князевич [та ін.] // К., 2009. – 438 с.
2. Комар В.С. Патологія шкіри та підшкірної клітковини: динаміка захворюваності, поширеності і смертності в Україні / В.С.Комар, О.В.Любінець // Практична медицина. – 2012. – №3. – С.131-137.
3. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні // Відповідальний за випуск Голубчиков М.В. – Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 2010. – 110 с.
4. Степаненко В.І. Перспективи реформування системи охорони здоров'я в Україні, а також модернізація спеціалізованої медичної допомоги / В.І.Степаненко, П.П.Рижко // Збірник наукових праць «Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я», випуск 7, додаток до Вісника Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна, Серія «Медицина», Харків, 2010. – С.3-19.
5. Федоренко О.Є. Психоемоційний статус хворих екземою та лікування у кабінеті штучного мікроклімату «Соляна печера» / О.Є.Федоренко, Л.О.Федоренко // Дерматологія та венерологія. – 2011. – №2(52). – С.157-158

Напрями діяльності провізора у формуванні здорового стилю життя жінок у постменопаузі

К. І. Дорикевич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: Зміст інформаційно-просвітницької роботи провізорів з жінками у постменопаузі, щодо формування здорового способу життя.

Ключові слова: жінки, постменопауза, фармацевтична допомога, інформаційно –просвітня робота провізорів

Вступ. Постменопауза складає значну частину життя жінки і супроводжується значним зниженням його якості у зв'язку з клімактеричними розладами. На даний час біля 25% жінок в Україні перебувають у постменопаузі і потребують фармацевтичної допомоги в т.ч. щодо формування здорового стилю життя.

Мета. Визначити роль провізора у формуванні здорового стилю життя жінок у постменопаузі.

Завдання та результати дослідження. Відповідно до рекомендації Міжнародного товариства менопаузи (2011) особливо важливими аспектами збереження здоров'я жінок у постменопаузі є фізична активність та здоровий стиль життя. Помірна фізична активність забезпечує кращий стан обміну речовин, координації, тону м'язів, когнітивних функцій, якості життя, а також знижує рівень кардіоваскулярної та загальної смертності. Здоровий стиль життя передбачає приведення до норми маси тіла, оскільки ожиріння асоціюється із синдромом інсулінорезистентності та, відповідно, ризиком цукрового діабету, підвищенням артеріального тиску. Основними принципами здорового харчування повинне бути вживання декількох порцій у день продуктів, що містять клітковину (фруктів і овочів), риби (двічі на тиждень); обмеження вживання жирів і солі. Добова доза алкоголю для жінок не повинна перевищувати 20г. Слід відмовитися від куріння. Також важливим аспектом життя жінки у постменопаузі повинна бути розумова активність.

Напрями діяльності провізора щодо формування здорового стилю життя повинні включати інформаційно-просвітню роботу з реалізації цього аспекту, а також питання діагностики важкості клімактеричних розладів та можливості відповідального самолікування / необхідності звернення до лікаря.

Висновки. Напрямами діяльності провізора щодо збереження і покращення стану здоров'я та якості життя жінок у постменопаузі повинна бути не лише фармацевтична опіка при відпуску лікарських засобів, а й інформаційно-просвітня робота щодо формування здорового стилю життя, діагностика складності перебігу клімаксу з вказанням можливості самолікування / лікування. Здоровий стиль життя включає помірну фізичну активність, раціональне харчування, обмеження впливу шкідливих звичок, а також фактор соціалізації та розумової активності жінок у цей період життя.

Мультидисциплінарний підхід – ключ до успішного надання хоспісної допомоги невиліковним хворим

Громовик Б. П., Прокіп С. Є.

Кафедра організації та економіки фармації Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: Аналіз даних вітчизняних і зарубіжних джерел літератури стосовно сучасного стану і перспектив надання мультидисциплінарної допомоги невиліковним хворим показав, що мультидисциплінарний підхід до комплексного забезпечення потреб хворих при наданні ПХД має актуальне значення, при цьому участь провізорів у ПХД є невід'ємною та важливою її частиною, а результати зарубіжних наукових досліджень свідчать про необхідність їх включення до складу мультидисциплінарної команди.

Ключові слова: мультидисциплінарної допомоги невиліковним хворим, паліативно-хоспісна допомога, надання фармацевтичних послуг провізором

Streszczenie: Analiza danych z krajowych i zagranicznych źródeł literatury na temat aktualnego stanu i perspektyw multidyscyplinarnych pacjentów opieki, którzy wykazali, że interdyscyplinarne podejście do złożonych potrzeb pacjentów poprzez dostarczanie PCB ma znaczenie, z udziałem farmaceutów w PCB jest integralną i istotną częścią, a zagraniczne wyniki badań wskazują na konieczność ich uwzględnienia w multidyscyplinarnym zespole.

Słowa kluczowe: opieka multidyscyplinarna nieuleczalnych pacjentów, paliatywna, opieka hospicyjna, świadczenia usługi farmaceutycznej farmaceutę

Summary: Data analysis of domestic and foreign sources of literature on the current state and prospects of multidisciplinary care patients who showed that a multidisciplinary approach to the complex needs of patients by providing PCB has relevance, with the participation of pharmacists in PCBs is an integral and important part of it, and foreign research results suggest the need for their inclusion in the multidisciplinary team.

Keywords: multidisciplinary care incurable patients, palliative, hospice care, providing pharmaceutical services pharmacist

У 1978 р. ВООЗ констатувала про необхідність мультидисциплінарної співпраці для успішного надання медичної допомоги хворим, яка має особливо важливе значення у сфері паліативно-хоспісної допомоги (ПХД), оскільки невиліковні хворі та члени їх родин потребують комплексної підтримки, яка би максимально враховувала їхні потреби.

Метою роботи було узагальнити та критично проаналізувати дані вітчизняних і зарубіжних джерел літератури стосовно сучасного стану і перспектив надання мультидисциплінарної допомоги невиліковним хворим.

Згідно з трактуванням Національної організації хоспісної та паліативної допомоги США (The National Hospice and Palliative Care Organization – NHPCO, 2000 р.) хоспіс забезпечує підтримку та допомогу хворим на останніх стадіях невиліковних захворювань, тим самим створюючи умови для максимально комфортного їх життя. NHPCO визнає смерть як частину нормального життєвого циклу та фокусує свою діяльність на покращенні якості останнього періоду життя. Фундаментальними у хоспісі є надія та віра в те, що належний догляд і соціальна опіка є невід'ємними складовими у процесі психічної та духовної підготовки до смерті пацієнтів та членів їх родин.

Хоспісна допомога включає в себе паліативну допомогу, яку ВООЗ визначає як догляд за невиліковними пацієнтами, метою якого є покращення якості життя хворих та їх рідних шляхом попередження й полегшення болю та інших розладів життєдіяльності, психологічної і духовної підтримки.

Згідно з рекомендаціями міжнародних організацій (Міжнародної асоціації паліативної та хоспісної допомоги (IANPC), Американського товариства фармацевтів у системі охорони здоров'я (ASHP), Європейської асоціації паліативної допомоги (EAPC)) мультидисциплінарна команда у сфері ПХД повинна включати чотири групи працівників: 1) спеціалісти із паліативної допомоги (лікарі, медичні сестри); 2) допоміжні спеціалісти (провізор, психотерапевт, фізіотерапевт, дієтолог, психолог, духівники різних конфесій, юристи, соціальні працівники); 3) фахівці з додаткової терапії (арт-терапевт, музичний терапевт, масажист); 4) інші працівники (адміністративно-господарський персонал, волонтери тощо).

Дані вітчизняних анкетних опитувань медичного персоналу закладів паліативної медицини свідчать про необхідність консолідації зусиль в сфері ПХД різних фахівців. Проте слід відмітити, що в Україні такий комплексний підхід до організації хоспісної команди реалізований в недостатній мірі, а надання паліативної допомоги обмежується, як правило, лише медичним персоналом. Результати дослідження показали, що участь у наданні хоспісної допомоги таких фахівців, як провізори, духівники різних конфесій, соціальні працівники, волонтери тощо, є на сьогодні низькою. Внаслідок цього родичі пацієнтів змушені виконувати чимало обов'язків, що лежать в межах компетенції членів мультидисциплінарної команди.

Однією із важливих складових паліативно-хоспісної медицини є фармацевтична допомога хворим та членам їх родин, що включає фармацевтичну опіку та належне забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ) і виробами медичного призначення (ВМП). Надання фармацевтичних послуг провізором може здійснюватись як у аптеці, що співпрацює чи розташована безпосередньо в хоспісі, так і в аптеці відкритого типу, коли об'єктами фармацевтичної опіки є переважно члени родини невиліковних хворих.

Дані пілотних досліджень, що проводились в Австралії, Великій Британії, Польщі, США свідчать про необхідність включення провізора до складу мультидисциплінарної команди. Результати опитувань медичних фахівців свідчать, що дії провізора як члена команди оптимізують ефективність фармакотерапії пацієнтів завдяки: моніторингу споживання ЛЗ хворими; використанню альтернативних ЛЗ і лікарських форм, а також нових ЛЗ; мінімізації ризику виникнення лікарської взаємодії та побічних ефектів; зниженню витрат на закупівлю ЛЗ; контролі правильності зберігання та видачі ЛЗ; інформаційній роботі з медичним персоналом, хворими та їх рідними. Значимим аспектом діяльності провізора є екстемпоральне виготовлення ЛЗ для окремих хворих, що особливо актуальне у випадках: потреби зменшення дозування при відсутності спеціальної готової ЛФ (у дітей, геріатричних хворих тощо); відсутності готової ЛФ на ринку; нестабільності лікарської субстанції; непереносимості допоміжних речовин у готовій ЛФ; утрудненим ковтанням, патологічними змінами шлунково-кишкового тракту, що унеможлиблює прийом твердих ЛФ та вимагає використання суспензій, пероральних розчинів чи ректальних ЛФ.

Таким чином, мультидисциплінарний підхід до комплексного забезпечення потреб хворих при наданні ПХД має актуальне значення. При цьому участь провізорів у ПХД є невід'ємною та важливою її частиною, а результати зарубіжних наукових досліджень свідчать про необхідність їх включення до складу мультидисциплінарної команди.

Моніторинг задоволеності пацієнтів як індикатор якості медичної допомоги

Децик О. З., Яворський А. М., Яворський М. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

Анотація: Інформаційно-деонтологічні чинники невдоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням - наукове підґрунтя розробки оптимізованої системи управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, в основі якої – моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та запровадження навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями.

Ключові слова: чинники невдоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням, управління якістю медичної допомоги, конфліктними ситуаціями, навчання медичного персоналу навичок комунікації

Steszczanie: Informacje deontologiczna czynniki pacjent niezadowolenie medyczna - naukową podstawę optymalnej konstrukcji zarządzania jakością opieki zdrowotnej, na podstawie - monitorowanie satysfakcji pacjentów z usług i wprowadzenie szkoleń medycznych umiejętności komunikacyjnych pracowników, prawne aspekty stosunków między personelu medycznego i pacjentów, zarządzanie sytuacje konfliktowe

Słowa kluczowe: czynniki niezadowolenia pacjenta opieka medyczna, zarządzanie jakością opieki zdrowotnej, sytuacje konfliktowe, szkoleń medycznych umiejętności komunikacyjnych pracowników

Summary: Information deontological factors dissatisfaction patient medical care – the scientific basis of the optimized design of healthcare quality management health, based on – monitoring of patient satisfaction with services provided and introduce training of medical staff communication skills, legal aspects of relations between medical staff and patients, management conflict situations

Keywords: factors dissatisfaction patient medical care, healthcare quality management, conflict situations, training of medical staff communication skills

Питання забезпечення якості медичної допомоги – одне із ключових завдань систем охорони здоров'я. Відповідно до розробленої у США концепції «Загального управління якістю» (Total Quality Management, TQM) якість послуги – це здатність задовольняти потреби і очікування конкретного споживача. Однак, опитуванню пацієнтів у системі контролю якості медичної допомоги в Україні, порівняно з розвиненими країнами світу, приділяється недостатня увага, що не відповідає сучасній дефініції якості і принципам пацієнтоорієнтованої медицини.

Мета: розробити удосконалену схему управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я на підставі моніторингу задоволеності пацієнтів.

Матеріали та методи. На базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих 6 міських і районних, 15 центральних районних та обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області провели медико-соціальне дослідження. Опитано 530 пацієнтів, які завершували в них лікування на момент проведення дослідження. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи: основну склали пацієнти, не задоволені наданими послугами (158 осіб), контрольну – задоволені (372 особи).

Результати дослідження. За допомогою розрахунку та оцінки показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) визначили понад 50 різних чинників ризику незадоволеності медичною допомогою. Кластерний аналіз дозволив виділити чотири основні групи цих чинників: інформаційно-деонтологічні, медико-організаційні, доступності медичної допомоги та соціально-психологічної адаптації. Встановлено, що основні чинники невдоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням не

стільки впливають із високої вартості послуг, скільки належать до інформаційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів).

Виходячи з основної мети сучасної концепції Загального управління якістю - задоволення очікувань споживачів, та на підставі отриманих результатів власного дослідження нами розроблена удосконалена схема управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, в основі якої - моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та запровадження навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями.

Пусковим моментом (1 етап) запропонованої схеми управління якістю медичної допомоги стало опитування вибірки пацієнтів за програмою, що охоплює всі сторони діяльності закладу (вивчення думки споживачів щодо дотримання їх прав, ресурсного забезпечення закладу, організації надання допомоги і послуг, ставлення медперсоналу до пацієнтів тощо). Для об'єктивізації отриманих результатів опитування повинно бути анонімним і проводитись на момент завершення випадку медичного обслуговування. Орієнтовний обсяг вибірки – 30-50 пацієнтів. Це дозволяє провести таке дослідження у короткі терміни, забезпечити достовірність даних, які стають для керівництва закладу охорони здоров'я науковим підґрунтям виявлення пріоритетних проблем установи (2 етап) та розробки цілеспрямованих заходів їх усунення (3 етап).

В ході реалізації цих заходів (4 етап) для забезпечення зворотного зв'язку, оперативності моніторингу змін, необхідно запровадити суцільне опитування пацієнтів у момент завершення їх медичного обслуговування (5 етап). На цьому етапі процесу управління анкети повинні бути стислими, включати питання щодо найболючіших на даний момент часу проблем закладу, встановлених за скаргами пацієнтів під час попереднього вибіркового опитування. Анкети повинні роздаватись пацієнтам при поступленні у стаціонар (зверненні за допомогою) з роз'ясненням, коли їх заповнювати (при завершенні лікування), де знаходяться місця для викидання опитувальників (на виході із закладу, в «куточках споживача» тощо) і які гарантії їх анонімності.

На наш погляд, на звороті анкет варто надрукувати інформацію щодо прав та обов'язків пацієнтів. Це не тільки озброїть пацієнта важливою для нього інформацією, а й дисциплінує лікарів та інший медичний персонал, зменшить можливості формального підписання поінформованої згоди без партнерського обговорення із лікарем призначених методів медичних втручань даного захворювання та його наслідків.

Дані моніторингу задоволеності пацієнтів отриманими медичними послугами на підставі їх анкетування слугують індикаторами досягнення запланованих змін (6 етап). При негативному результаті – це підґрунтя внесення коректив у шляхи поліпшення якості медичного обслуговування (повернення до 3 етапу). Досягнення позитивного результату (завершення запланованих змін) – пусковий момент наступного процесу управління: виявлення нових проблем, пошук шляхів їх корекції і т. д.

Для забезпечення системності підходу, враховуючи, що в навчальні програми вітчизняних медичних закладів освіти на до- і післядипломному рівнях не входить навчання та формування навичок спілкування з людьми, слід на рівні медичних установ запровадити спеціальні навчальні модулі (тренінги) для лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу.

Програма такого навчального тренінгу повинна включати як мінімум три модулі: правові аспекти взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, навчання навичок комунікації, управління конфліктними ситуаціями. В залежності від пріоритетності проблем у закладі охорони здоров'я на даний момент часу навчальні модулі можна коригувати, поповнювати іншими необхідними темами.

До проведення модулів можна залучати професіоналів з медичних університетів (спеціалістів з медичного правознавства, науковців) або психологів закладів охорони здоров'я (де вони введені в штат) чи навчених тренерів з числа лікарів установи.

Висновки. Встановлено, що основні чинники невдоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням – інформаційно-деонтологічні. Це стало науковим підґрунтям розробки оптимізованої системи управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, в основі якої – моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та запровадження навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями.

Zasady i tryb dochodzenia odszkodowania od szpitala w przypadku zdarzeń medycznych

Lubomira Wengler¹, Piotr Popowski², Ewa Adamska-Pietrzak¹, Marlena Robakowska², Marzena Zarzechna-Baran²

¹ Zakład Prawa Medycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

² Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Streszczenie: Praca przedstawia wprowadzoną od 1 stycznia 2012 roku przez polskiego ustawodawcę roku instytucję dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych wobec szpitali w ramach postępowania pozasądowego przed specjalnymi komisjami odszkodowawczymi. Podobne instytucje umożliwiające pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów funkcjonują już w wielu innych krajach, w tym we Francji czy krajach skandynawskich. To pozasądowe rozwiązanie powoduje wątpliwości, które zostały przedstawione w niniejszym artykule.

Słowa kluczowe: zdarzenie medyczne, szpital, komisja odszkodowawcza

The principles and procedures claim compensation from the hospital in case of medical events

Abstract: This paper presents introduced from 1 January 2012 by the Polish legislator year, the institution claims for medical events to the hospitals in the proceedings before the special extra-judicial compensation committees. Similar non-judicial institutions for investigation of claims by patients already in place in many other countries, including France and the Nordic countries. This out-of-solution causes doubts that have been presented in this article.

Keywords: medical event, hospital, claim, for compensation committee

1. Wprowadzenie

Z dniem 1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zwana dalej także „Nowelą” [4,8]. Przepisy Noweli stosuje się do zdarzeń, których skutkiem jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, mających miejsce po dniu jej wejścia w życie (tj. po 1 stycznia 2012 r.).

Ustawa ta wprowadziła do polskiego systemu prawnego nowe rozwiązanie prawne pozwalające na dochodzenie roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych wobec szpitali w ramach postępowania pozasądowego przed specjalnymi komisjami odszkodowawczymi. Do czasu wejścia w życie Noweli roszczenia z tytułu błędów medycznych rozumianych jako działania sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej oraz innych zdarzeń wynikłych z realizacji świadczeń zdrowotnych jako sprawy cywilne w rozumieniu art.1 KPC mogły być dochodzone tylko w ramach postępowania cywilnego przed właściwymi sądami powszechnymi. Nowela wprowadziła natomiast w stosunku do tej kategorii szkód doznanych w związku z realizacją wyżej wzmiankowanych świadczeń, które wypełniają znamiona zdarzeń medycznych, możliwość wyboru przez pacjenta albo jego spadkobierców alternatywnej drogi postępowania pozasądowego o charakterze ugodowo-mediacyjnym [6].

Jak wynika z treści uzasadnienia projektu Noweli „Wszelkie systemy pozasądowego dochodzenia odszkodowań z tytułu błędów medycznych były wprowadzane w innych państwach europejskich oraz w Japonii i Nowej Zelandii stopniowo i nawet obecnie nie dotyczą wszelkich możliwych błędów medycznych i szkód”. Także dość powszechnie postrzegany w literaturze za najbardziej przyjazny pacjentowi system

nordycki (który poza Szwecją wprowadziły: Finlandia - 1987 r., Norwegia - 1988 r. oraz Dania - 1992 r.) był wdrażany sukcesywnie [1].

2. Pojęcie „zdarzenia medycznego”

Nowela nie posłużyła się znanym od dawna doktrynie prawa medycznego, a i praktyce, pojęciem „błędu medycznego”, ale zastąpiła je terminem „zdarzenia medycznego”. Wprowadzenie do UPP tego nowego terminu, dotychczas niestosowanego przez ustawodawcę, stanowiło zabieg celowy. Autorzy Noweli podjęli go, wobec polemiki, którą wywołało w trakcie postępowania legislacyjnego pojęcie błędu medycznego, i jego zdecydowanie węższy zakres, w stosunku do intencji ustawodawcy towarzyszących Noweli (ratio legis Noweli) [3].

I tak, stosownie do art. 67 a ust. 1 UPP, pod pojęciem zdarzenia medycznego należy rozumieć zakażenie pacjenta, czyli osoby zwracającej się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającej ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust. 1 pkt 4 UPP), biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie jego ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia albo śmierci będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Ustawodawca uzależnił przy tym możliwość zastosowania pozasądowego trybu dochodzenia roszczeń wprowadzonego Nowelą od charakteru świadczeniodawcy. Przyjął bowiem, że UPP ma w tym zakresie zastosowanie wyłącznie do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej [5]. W świetle art. 2 ust. 1 pkt 9 UDL szpital jest przedsiębiorstwem w rozumieniu art. 551 Kodeksu cywilnego podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, czyli realizowanych całą dobę kompleksowych świadczeń zdrowotnych (tj. działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania) polegających na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Zauważyć należy, że świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin [7].

Powyższe zawężenie podmiotowe budzi kontrowersje co do jego zgodności z Konstytucją RP, a zwłaszcza zasadą równości wobec prawa, która jest w ustawie zasadniczej wyraźnie wyartykułowana. Tylko bowiem tym pacjentom, którzy stanowią obiekt zdarzenia medycznego w szpitalu, przysługiwać będzie wprowadzona Nowelą szybka (przynajmniej z założenia) droga realizacji roszczeń, podczas gdy inni pacjenci, doznający analogicznych szkód w podmiocie leczniczym nieposiadającym cech szpitala, np. w gabinecie lekarskim, taki tryb nie będzie przysługiwał.

Analizując pojęcie zdarzenia medycznego należy podkreślić, że ustawodawca nie uzależnił odpowiedzialności cywilnej z tytułu jego zaistnienia od przesłanki winy. Nieistotne zatem jest z tej perspektywy, czy szpital ponosi winę czy też w sposób niezawiniony doszło do zdarzenia; pozbawiony waloru prawnego jest także rodzaj winy (umyślna lub nieumyślna). Mamy tu zatem do czynienia z tzw. obiektywizacją odpowiedzialności szpitala z tytułu zdarzeń medycznych [3].

3. Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Nowela przewiduje ukonstytuowanie się nowej, pozasądowej instytucji, właściwej do orzekania w sprawach zdarzeń medycznych, w postaci wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (po jednej dla każdego województwa), zwanej dalej także „województwą komisją”. Wprawdzie przy tym ustawodawca stanowi, że realizacja zadań wojewódzkiej komisji nie stanowi wykonywania władzy

publicznej, niemniej jednak, wobec waloru prawnego jej orzeczeń, o czym dalej, wydaje się to zbędna i niezgodna z jej rzeczywistym charakterem klasyfikacja [8].

W skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym:

- 1) 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych,
- 2) 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, którzy przez okres co najmniej 5 lat byli zatrudnieni na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych

◦ którzy posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych.

Członkiem wojewódzkiej komisji nie może być osoba:

- 1) prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 2) prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej;
- 3) wobec której prawomocnie orzeczono środek karny określony w art. 39 pkt 2 lub 2a Kodeksu karnego.

Spośród członków wojewódzkiej komisji:

- 1) 14 członków powołuje wojewoda, przy czym:
 - a) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa,
 - b) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy adwokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa,
 - c) 6 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta;
- 2) po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta.

Kadencja wojewódzkiej komisji wynosi 6 lat. Jej pracami kieruje przewodniczący wybrany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu większością głosów przy obecności co najmniej 3/4 jej członków, w głosowaniu tajnym. Wojewódzka komisja działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, przy czym:

- 1) jej uchwały są podejmowane zwykłą większością głosów, chyba że UPP stanowi inaczej;
- 2) w przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego;
- 3) członek wojewódzkiej komisji nie może wstrzymać się od głosu;
- 4) wojewódzka komisja działa na posiedzeniach, które są protokołowane.

Wojewódzkie komisje orzekają w składzie 4-osobowym. Skład ten jest wyznaczany przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków wojewódzkiej komisji. Pracami składu orzekającego kieruje przewodniczący i to on wyznacza termin jej pierwszego posiedzenia. Członkom składu orzekającego przysługuje:

- 1) wynagrodzenie w wysokości nieprzekraczającej 430 zł za udział w posiedzeniu (kwota ta podlega waloryzacji);
- 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 Kodeksu pracy;
- 3) zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia komisji, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

Działalność wojewódzkiej komisji jest finansowana z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody.

4. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się do wojewódzkiej komisji właściwej ze względu na siedzibę szpitala. Wniosek taki wnosi pacjent (tudzież działający za niego przedstawiciel ustawowy, to

jest, w zależności od statusu prawnego pacjenta, jego rodzic lub opiekun prawny), który doznał uszczerbku w związku ze zdarzeniem medycznym, a w przypadku jego śmierci - spadkobiercy pacjenta. To ostatnie rozwiązanie budzi wątpliwości co do intencji ustawodawcy. Jeżeli bowiem, rzeczywiście postępowanie pozasądowe wprowadzone Nowelą ma stanowić alternatywę do postępowania sądowego, a w konsekwencji ułatwić i skrócić w czasie podmiotom uprawnionym drogę dochodzenia ich roszczeń, nadto zaś odciążać sądy, to nie służy temu wprowadzenie spadkobierców w miejscu podmiotów pośrednio poszkodowanych, którym, w niektórych sytuacjach przysługują roszczenia w świetle K.c. Problem zatem w tym, że nie zawsze w razie śmierci pacjenta, w świetle K.c., to spadkobierca będzie miał roszczenia stąd wypływające dla niego. Jak zauważa M. Śliwka, „w razie śmierci bezpośrednio poszkodowanego pacjenta roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie mogą przysługiwać całemu szeregowi podmiotów. Niektóre z tych osób rzeczywiście mogą być spadkobiercami, natomiast w żadnym wypadku nie jest to regułą. Katalog osób pośrednio poszkodowanych, które mogą wystąpić z roszczeniami w związku ze śmiercią pacjenta, wynika z przepisów Kodeksu cywilnego” [2]. Autor ten wskazuje zwłaszcza przepisu art. 446 K.c. I tak, w świetle jego treści, jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody może zostać zobowiązany do pewnych świadczeń, w określonych tamże okolicznościach wobec osób:

- które poniosły koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł,
 - osób względem których ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny,
 - innych osób bliskich, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania,
- a także
- najbliższym członkom rodziny zmarłego.

Ta kategoria osób może, lecz nie musi pokrywać się z grupą obejmującą spadkobierców, to zaś zdaje się oznaczać, że dalej, mimo wypłaty odszkodowania spadkobiercom, możliwe będzie dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, w okolicznościach opisanych w art. 446 K.c., wobec szpitala przez wyżej wymienione podmioty, w sytuacji, gdy nie mają one statusu spadkobierców.

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta. Co istotne, złożenie wniosku, w wyniku którego wojewódzka komisja wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń określony w przepisach Kodeksu cywilnego wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem. W przypadku śmierci pacjenta powyższy termin nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego. Wniosek ten jest środkiem względnie sformalizowanym i powinien zawierać

- 1) dane pacjenta:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) datę urodzenia,
 - c) numer PESEL albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli posiada;
- 2) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, jeżeli dotyczy;
- 3) imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców, jeżeli dotyczy;
- 4) wskazanie, który ze spadkobierców reprezentuje pozostałych w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, jeżeli dotyczy;
- 5) adres do doręczeń;
- 6) dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:
 - a) firmę,
 - b) adres siedziby oraz adres szpitala, jeżeli dotyczy;

7) uzasadnienie wniosku zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej;

8) wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta,

9) propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, nie wyższą niż określona w przepisach, o czym dalej.

Do tak sformułowanego wniosku dołącza się:

1) dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku;

2) potwierdzenie uiszczenia opłaty;

3) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku śmierci pacjenta oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich.

Złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 200 zł. Opłata podlega zaliczeniu na poczet kosztów postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Wniosek niekompletny lub nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia. Prawidłowe pismo z kolei wojewódzka komisja przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczycielowi, z którym podmiot ten zawarł umowę obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek zdarzenia medycznego. Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na jego poparcie. Ustawodawca wprowadza przy tym dość radykalny instrument dyscyplinowania ww. uczestników postępowania. Nieprzedstawienie stanowiska jest bowiem równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

5. Postępowanie przed wojewódzką komisją

Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. W posiedzeniach wojewódzkiej komisji, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel:

1) kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego;

2) ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia określoną w przepisach o działalności leczniczej.

O terminie posiedzenia zawiadamia się podmiot składający wniosek oraz kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, oraz ubezpieczyciela. Zawiadomienie doręcza się co najmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia.

W celu wydania orzeczenia wojewódzka komisja może wzywać do złożenia wyjaśnień:

podmiot składający wniosek;

2) kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek;

3) osoby, które wykonywały zawód medyczny w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób z nim związane, w okresie, w którym zgodnie z wnioskiem miało miejsce zdarzenie medyczne albo zostały wskazane we wniosku jako osoby, które mogą posiadać informacje istotne dla prowadzonego przed wojewódzką komisją postępowania;

4) ubezpieczyciela.

Wezwanie doręcza się co najmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia.

Wojewódzka komisja rozpatruje dowody przedstawione przez podmiot składający wniosek oraz kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczyciela. Wojewódzka komisja może także w zakresie prowadzonego postępowania:

- 1) żądać dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, w tym dokumentacji medycznej;
- 2) przeprowadzać postępowanie wyjaśniające w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital;
- 3) dokonywać wizytacji pomieszczeń i urządzeń szpitala.

Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga jednak wiadomości specjalnych, wojewódzka komisja zasięga opinii konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia albo lekarza w danej dziedzinie medycyny, który został wpisany na listę lekarzy, o której mowa w art. 32 ust. 2 UPP. Jest to lista, która opracowywana jest przez konsultantów krajowych w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi i w której treści wskazuje się lekarzy mogących być członkami Komisji Lekarskiej, rozpatrującej sprzeciw wobec opinii albo orzeczeń lekarskich do której pacjent, zgodnie z art. 31 UPP, może wnieść sprzeciw wobec orzeczenia innego lekarza.

Wojewódzka komisja po naradzie wydaje, w formie pisemnej, orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku, wraz z uzasadnieniem. Orzeczenie to wydaje nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Termin ten zdaje się jednak mieć charakter instrukcyjny, a zatem jego przekroczenie nie spowoduje skutków prawnych. Orzeczenie wojewódzkiej komisji zapada większością co najmniej 3/4 głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego.

Przewodniczący składu orzekającego na posiedzeniu wojewódzkiej komisji, na którym wydano orzeczenie, ogłasza jego treść, przytaczając główne motywy rozstrzygnięcia. W terminie 7 dni od dnia wydania orzeczenia sporządza się jego uzasadnienie. W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem, podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy wojewódzka komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W rozpatrywaniu tego wniosku nie może uczestniczyć członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. W zakresie uregulowanym UPP ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji.

Ubezpieczyciel, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, w terminie 30 dni od dnia:

- 1) otrzymania zawiadomienia o bezskutecznym upływie terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy,
 - 2) doręczenia orzeczenia wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy
- przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja nie może być wyższa niż maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia określona w UPP.

W przypadku gdy ubezpieczyciel nie przedstawi w powyższym terminie propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, jest on obowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, z tym, że nie wyższej niż wynikająca z UPP. Wówczas wojewódzka komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji przez ubezpieczyciela. Zaświadczenie to stanowi tytuł wykonawczy, który zgodnie z art. 776 KPC jest tytułem egzekucyjnym zaopatrzonym w klauzulę wykonalności i umożliwia osobie uprawnionej dochodzenie zapłaty kwoty w wysokości oznaczonej w treści tego zaświadczenia.

Podmiot składający wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą, w terminie 30 dni od dnia:

- 1) bezskutecznego upływu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy albo
 - 2) otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy,
- wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Skargę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją.

W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w składzie 6-osobowym. i 67h

Podmiot składający wniosek może wycofać wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego do dnia wydania orzeczenia w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie.

6. Wysokość odszkodowania

Maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, wynosi 1.200.000 zł, z tym że w przypadku:

- 1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta - wynosi 100.000 zł,
 - 2) śmierci pacjenta - wynosi 300.000 zł
- w odniesieniu do jednego pacjenta.

Co istotne, przedstawienie przez ubezpieczyciela propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia lub wypłata przez niego odszkodowania lub zadośćuczynienia, nie oznacza uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu.

7. Wnioski

Od chwili uchwalenia Nowela wzbudzała i nadal wzbudza kontrowersje. Padają twierdzenia, iż narusza ona prawo do sądu, gwarantowane przecież w Konstytucji RP z 1997 r. Trudno odnieść się do tego rodzaju zarzutu, bez pogłębionej analizy wzorców konstytucyjnych, zwłaszcza, że tryb przewidziany przez UPP nie jest obligatoryjny. Uprawniony (pacjent lub jego spadkobiercy) może dokonać wyboru, a ustawa w żadnym zakresie nie determinuje go. W literaturze wskazuje się nadto na słabości nowego rozwiązania, które mogą spowodować, iż pacjenci i tak będą korzystać z dotychczasowej drogi sądowej. I tak w szczególności krótkie terminy składania wniosków do komisji o ustalenie zdarzenia medycznego, limity odszkodowań, przyjęty system, w którym wysokość proponowanego odszkodowania należy do uznania ubezpieczyciela mogą, zdaniem M. Śliwki, doprowadzić właśnie do takiego rezultatu, niwecząc tym samym zamysł ustawodawczy [3]. Pierwsze doświadczenia związane z wejściem w życie Noweli wskazują także na finansowe problemy szpitali wynikające z wysokich stawek składki ubezpieczeniowej, oferowanej przez jedyne ubezpieczyciela, który zdecydował się zaoferować taki produkt ubezpieczeniowy. Wydaje się, że Nowela jest przykładem „złej legislacji”.

Pismiennictwo

1. Druk sejmowy - Nr druku sejmowego 3488, Sejm RP VI kadencji, (<http://www.senat.gov.pl>)
2. Śliwka M. Tryb przyznawania odszkodowań za błędy medyczne w ustawie nowelizującej ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, „Serwis Prawo i Zdrowie online wersja Platinum”, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa, grudzień 2011
3. Śliwka M., Zasady przyznawania odszkodowań za błędy medyczne w ustawie nowelizującej ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, „Serwis Prawo i Zdrowie online wersja Platinum”, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa, grudzień 2011
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm. Ustawa ta jest dalej określana jako „UPP”.
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), zwana dalej „UDL”.
6. Ustawa z dnia 17 listopada 1974 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 64, poz. 43 ze zm.), zwana dalej „KPC”.
7. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.). Ustawa ta jest zwana dalej „Kodeksem cywilnym” lub „K.c”
8. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych Dz. U. z 2011 Nr 113, poz. 660

Медичне страхування як механізм реалізації державної політики

Гржибовський Ю. Л.¹, Гржибовський Я. Л.²

¹ Львівський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України

² Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: Проведено аналіз стану впровадження медичного страхування в Україні як механізму реалізації державної політики. Одним із механізмів переходу охорони здоров'я до нових економічних відносин, а також її додатковим видом фінансування є запровадження в Україні медичного страхування. Саме обов'язкове медичне страхування є не додатковим джерелом коштів, а лише одним із можливих механізмів збору та розподілу наявних фінансових ресурсів.

Ключові слова: медичне страхування, державна політика, Україна

Medyczne Ubezpieczenie Jak Mechanizm Realizacji Państwowej Polityki

Hrzhybovskyy Yu., Hrzhybovskyy Ya.

Streszczenie: Przeprowadzono analizę stanu wprowadzenia medycznego ubezpieczenia w Ukrainie jak mechanizmowi realizacji państwowej polityki. Jednym z mechanizmów przejścia ochrony zdrowia do nowych stosunków ekonomicznych, a także jej dodatkowym rodzajem finansowania jest zaprowadzanie w Ukrainie medycznego ubezpieczenia. Właśnie obowiązkowe medyczne ubezpieczenie jest nie dodatkowym źródłem kosztów, a tylko jednym z możliwych mechanizmów zbioru i podziału istniejących finansów.

Kluczowe słowa: medyczne ubezpieczenie, państwowa polityka, Ukraina

Insurance as a mechanism of state policy

Hrzhybovskyy Yu., Hrzhybovskyy Ya.

Summary: The analysis of the implementation of health insurance in Ukraine as a mechanism for the implementation of public policy. One form of health transition to new economic relations, as well as its additional type of financing is the introduction in Ukraine of health insurance. It is mandatory health insurance is not an additional source of funds, and only one of the possible mechanisms for the collection and allocation of available financial resources.

Keywords: health insurance, state policy, Ukraine

Вступ. Перехід до ринкових відносин у сфері охорони здоров'я обумовлює потребу поступового заміщення жорстких централізованих методів управління більш демократичними та ринковими механізмами регулювання відносин між суб'єктом та об'єктом управління. Державне регулювання охорони здоров'я населення означає здійснення державою комплексних заходів (організаційних, правових, економічних тощо) щодо контролю за наданням високоякісних медичних послуг, стимулювання та активізації необхідних суспільству видів медичної діяльності та обмеження чи заборони нелегітимних її форм, гарантування рівних умов господарської діяльності медичних підприємств і організацій тощо.

Останнім часом з'явилася значна кількість публікацій, у яких аналізують проблеми та механізми запровадження важливих для функціонування системи охорони здоров'я України інституційно нових форм, зокрема добровільного та обов'язкового медичного страхування.

Метою дослідження було проведення аналізу стану впровадження медичного страхування в Україні як механізму реалізації державної політики.

Матеріал і методи. Матеріалом дослідження слугували дані наукової літератури та аналіз організаційно-правового регулювання в системі медичного страхування як механізму реалізації державної політики. Використано методи: системного аналізу та бібліосемантичний.

Результати і обговорення. Медичне страхування в широкому розумінні – «це нові економічні відносини в охороні здоров'я в умовах ринку, тобто елемент системи охорони здоров'я і соціального забезпечення, що реально гарантує населенню доступну, кваліфіковану медичну допомогу незалежно від соціального стану та рівня доходів» [3]. Як і будь-який страховий процес, медичне страхування має свою мету гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги за рахунок нагромаджених засобів та фінансувати заходи із профілактики захворювань.

Медичне страхування здійснюється у двох видах: обов'язкове та добровільне. Обов'язкове медичне страхування – державне соціальне страхування, яке забезпечує усім громадянам рівні можливості отримання медичної та лікарняної допомоги, що надається за рахунок ресурсів обов'язкового медичного страхування в об'ємі та на умовах, які відповідають визначеним державним програмам. Обов'язковий характер страхування виражається, по-перше, в обов'язковості страхових платежів; по-друге, у державному контролі за правильністю і своєчасністю надходження платежів; по-третє, у забезпеченні населення визначеними видами послуг на умовах і за нормами, установленими законодавством [7]. Така форма страхування дозволила б перейти від бюджетного до страхового принципу фінансування медичної галузі та створити нові механізми управління коштами на основі паритетності представників від застрахованих осіб, роботодавців та держави.

Добровільне медичне страхування забезпечує громадянам отримання додаткових медичних чи інших послуг понад ті, що визначені державними програмами [6]. Потреба добровільної форми медичного страхування зумовлена обмеженим обсягом послуг, умовами надання медичної допомоги, рівнем страхового забезпечення в обов'язковому страхуванні. Однак добровільне медичне страхування гарантує страховий захист лише тим громадянам, на користь яких укладено договір страхування.

Наявність добровільного та обов'язкового медичного страхування повинно гарантувати населенню конституційне право на отримання медичної допомоги та фінансування профілактичних заходів, оскільки цілями медичного страхування є підвищення якості та розширення обсягу медичних послуг за допомогою радикального збільшення асигнувань на охорону здоров'я, децентралізація системи керування фондами охорони здоров'я, матеріальна зацікавленість медичних працівників у кінцевих результатах, економічна зацікавленість підприємств у збереженні здоров'я їхніх працівників.

Наразі ж практично єдиним джерелом коштів для системи охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування. Таку організацію охорони здоров'я визнано неефективною, адже фінансування базується саме на можливостях держбюджету, а не на реальних витратах галузі [4]. А поступове та плановане впровадження страхової медицини в Україні можна розглядати як можливість «впустити» ринковий елемент в охорону здоров'я, а відтак зробити поведінку як постачальників, так і споживачів медичних послуг раціональнішою та ефективнішою. Таким чином, медичне страхування є одним із механізмів переходу охорони здоров'я до нових економічних відносин, а також її додатковим видом фінансування. При цьому варто усвідомлювати, що саме обов'язкове медичне страхування є не додатковим джерелом коштів, а лише одним із можливих механізмів збору та розподілу наявних фінансових ресурсів.

Об'єктом медичного страхування є страховий ризик, який пов'язаний із витратами на надання медичної допомоги при виникненні у громадян страхового випадку (хвороба, травма, отруєння тощо). В якості суб'єктів страхування виступають: громадянин, роботодавець, страховик, страхувальник, лікувально-профілактична установа.

Страхувальники – фізичні особи, що укладають договори страхування на свою користь або для страхування інших застрахованих осіб, або юридичні особи, що укладають договори страхування працівників або членів родини працівників страхувальника-роботодавця і здійснюють відповідні страхові платежі за рахунок власного прибутку. У будь-якому випадку страховик зобов'язується організувати і фінансувати надання застрахованим особам медичних послуг певного переліку та відповідної якості в обсязі страхових медичних програм (лікувальних, діагностичних, профілактичних тощо),

обраних застрахованими особами і страхувальником. Право на отримання медичних послуг мають тільки ті особи, на користь яких укладено договір страхування [2].

Специфічним суб'єктом страхових правовідносин при добровільному медичному страхуванні, крім страховика, страхувальника і застрахованих осіб, є лікувально-профілактична установа, що має ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг та пройшла акредитацію на відповідність її діяльності чинним стандартам із надання медичних послуг. Страховики укладають із лікувально-профілактичними установами угоди щодо надання медичних послуг і лікування застрахованих осіб в обсязі, що гарантується укладеними із страховиком договорами страхування.

Варто зазначити, що відповідальність страхової компанії настає у разі страхового випадку. При цьому настання страхового випадку має підтверджуватися документом медичної установи, який укладено за формою, встановленою чинним законодавством і передбачає виплату у вигляді компенсації вартості необхідного лікування або медичних послуг.

Порядок та умови включення витрат зі страхування до складу валових витрат страхувальника передбачено пп. 5.4.6 п. 5.4 ст. 5 Закону України „Про оподаткування прибутку підприємств”. Відповідно до його норм до валових витрат належать усі витрати підприємства зі страхування будь-кого з працівників за умови, що він перебуває у трудових відносинах із цим підприємством і обов'язковість страхування передбачена нормативно-правовими актами України [1].

Оскільки добровільне медичне страхування на сьогодні є обов'язковим видом страхування (ст. 6 Закону України "Про страхування"), витрати підприємства, пов'язані саме з цим видом страхування, не включаються до валових витрат з метою оподаткування. Враховуючи зазначене, необхідно звернути увагу на існуючу систему обкладання прибутковим податком страхових внесків та страхових виплат, одержаних фізичними особами за добровільним медичним страхуванням. При індивідуальній формі добровільного медичного страхування джерелом сплати страхових платежів є доходи окремих громадян, і такі суми не обкладаються прибутковим податком [5].

Важливою ланкою між принципами захисту громадян у наданні їм медичної допомоги і принципами статистичного обліку медичних показників і бухгалтерського обліку є поліс медичного страхування (МС). Завдяки йому здійснюється важливий принцип звітності за надані рівень і якість медичної допомоги громадянину перед платником податків. Механізм застосування медичного поліса викладено у затвердженій урядом країни «Інструкції про введення страхового медичного поліса».

Як гарантія соціального захисту громадян, поліс МС є носієм трьох основних функцій медичного страхування:

- представляє державну базову програму на територіях у системі обов'язкового медичного страхування;
- відтворює нормативну й економічну структуру системи медичного страхування та принципи взаєморозрахунків;
- є державною гарантією, в тому числі органів місцевої влади, надання передбаченого рівня медичної допомоги на різних рівнях країни за базовою і конкретною територіальною програмами медичного страхування.

Однією із важливих функцій, що покладається на страховий поліс МС, є функція взаєморозрахунків. Необхідно відзначити, що тут усе дуже важливе: хто здійснює оплату страхового внеску за кожного конкретного громадянина; його величина; яка страхова медична організація здійснює оплату кількісних та якісних показників медичної допомоги; який страховий фонд буде здійснювати взаєморозрахунки за надану медичну допомогу громадянину та ін.

Поліс МС також гарантує встановлені рівень і якість медичної допомоги, забезпечує пред'явлення позову страхувальнику, страховій медичній організації, лікувально-профілактичному закладу, органам охорони здоров'я тощо.

Видача полісів обов'язкового медичного страхування повинна здійснюватися в межах державної програми й організовуватися виконавчою дирекцією територіальних фондів. При цьому видача

може бути організована безпосередньо через страхові медичні організації, лікувально-профілактичні заклади при взаємодії зі страхувальниками та адміністративними органами управління охороною здоров'я чи іншим раціональним шляхом.

Медичне страхування може здійснюватися за принципом солідарності і за накопичувальним принципом.

Принцип солідарності передбачає відповідальність і витрати всього суспільства за охорону здоров'я кожної людини. При його реалізації страхові внески акумулюються в спеціальних державних фондах. За збір і витрачання ресурсів цих фондів несе відповідальність держава, забезпечуючи при цьому територіальне вирівнювання як можливостей використання фінансових ресурсів страхування, так і обсягів і якості медичної допомоги, що надається. Страхові внески в цьому випадку є безповоротними.

Накопичувальний принцип медичного страхування передбачає відповідальність кожного громадянина за кількість страхових внесків, які нагромаджуються на його персоніфікованому рахунку (персоніфіковане страхування). Цей принцип передбачає персональний облік страхових нагромаджень та їх виплату.

Враховуючи дефіцит бюджетних коштів і прогнозований недостатній обсяг обов'язкового медичного страхування, з одного боку, а також значні суми власних витрат населення на медичну допомогу, з іншого боку, ми об'єктивно стикаємося з необхідністю і можливістю формування і розвитку суспільно-солідарного сектора охорони здоров'я (сектора додаткових можливостей) як потенційного інвестора медичної допомоги, додаткового до бюджетного, загальнообов'язково-страхового і приватного, який (приватний) за потребою у медичній допомозі, що ним обслуговується і задовольняється, не є визначальним.

Висновки. Аналіз теоретико-методологічних засад державної політики охорони здоров'я дозволяє показати, що одним із механізмів переходу охорони здоров'я до нових економічних відносин, а також її додатковим видом фінансування є запровадження в Україні медичного страхування. При цьому слід враховувати, що саме обов'язкове медичне страхування є не додатковим джерелом коштів, а лише одним із можливих механізмів збору та розподілу наявних фінансових ресурсів. Враховуючи дефіцит бюджетних коштів і прогнозований недостатній обсяг обов'язкового медичного страхування, з одного боку, а також значні суми власних витрат населення на медичну допомогу, з іншого боку, ми об'єктивно стикаємося з необхідністю і можливістю формування і розвитку суспільно-солідарного сектора охорони здоров'я.

Література

1. Закон України «Про оподаткування прибутку підприємств» від 28 грудня 1994 р. №334/94-ВР (у редакції Закону України від 22 травня 1997 р. №283/97-ВР зі змінами та доповненнями) // Законодавство України. Бібліотека «Інфодиск».9
2. Закон України «Про страхування» від 7 березня 1996 р. №85/96-ВР (у редакції Закону України від 4 жовтня 2001 р. №2745-III з подальшими змінами та доповненнями) // Законодавство України. Бібліотека «Інфодиск».10
3. Мурашко О.В. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи розвитку / О.В.мурашко, І.В.Лазня // Медицина транспорту України. – 2007. – №2. – С.67-69.118
4. Педченко Т. Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я / Т.Педченко // Вісник УФДУ. – 2003. - №1. – С.215-219. 128
5. Рудий В.М. Законодавче забезпечення державної політики охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та напрямки розвитку / В.М.Рудий // Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України на засадах медичного страхування: зб.наук.пр. за матер. Всеукр. наук. практ. конф. 25-26 грудня 2001 р.. – Ірпінь, 2001. – С.198-201.142
5. Социальная политика: учебник / под общ.ред. Н.А.Волгина. – 2-е изд.. – М.: Экзамен, 2004. – 736 с.155

6. Соціальна держава: український вибір / за ред. В.А.Гошовської, Л.І.Ільчука. – К.: ЦПСД, 2007. – 337 с.157

Конституційно-правове регулювання права на медичну допомогу – основний вимір системи охорони здоров'я України в умовах реформування

Олійник А. М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Право на медичну допомогу є одним із життєво важливих, базових прав людини, що не лише забезпечує її фізичний розвиток, але також виступає індикатором рівня соціалізації держави та оцінки її пріоритетів.

В статті 3 Конституції України визначено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини визначають зміст і спрямованість діяльності держави, а їх утвердження та забезпечення є її головним обов'язком.

Відтак проголошення України соціальною державою безумовно вплинуло і на конституційно-правове регулювання права на медичну допомогу.

Зокрема, відповідно до статті 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Слід зазначити, що конституційні гарантії на медичну допомогу забезпечені доволі конкретними механізмами їх реалізації шляхом деталізації в інших законах, а також, що головне, встановленням відповідальності за порушення цих приписів. Інша річ - наскільки вони виконуються?

Так, відповідно до статті 8 Основ законодавства України про охорону здоров'я (надалі – Основи) кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога, а також паліативна допомога, що надаються за медичними показаннями у встановленому порядку. Держава гарантує також безоплатне надання медичної допомоги за епідемічними показаннями та проведення медико-соціальної експертизи.

Причому кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо останній має можливість забезпечити відповідне лікування (стаття 38 Основ). Звичайно, що така «можливість», рівно ж як і «стан особи», за відсутності чітких прописаних правил визначаються з врахуванням конкретної ситуації. Проте в будь-якому випадку вони не можуть обумовлюватися і залежати від стану фінансового забезпечення установи, реєстрації місця проживання хворого і т. д.

Крім того, дія частини 3 статті 49 Конституції України поширюється на всі заклади, які перебувають у державній (незалежно від відомчого підпорядкування) або комунальній власності і фінансуються з бюджетів будь-якого рівня.

Право на безоплатну медичну допомогу, як і інші права в сфері охорони здоров'я, в повній мірі поширюється також на іноземців (громадян інших держав) та осіб без громадянства, які постійно проживають в Україні, а також біженців та осіб, які потребують додаткового захисту. Щодо інших осіб, то їм медична допомога надається за плату, якщо інше не встановлено міжнародними договорами України відповідно до постанови КМУ № 667 від 22 червня 2011 року «Про затвердження Порядку

надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України».

Зокрема, статтею 2 Угоди про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав від 27.03.1997р. (ратифіковано із застереженнями Законом № 1764-III від 01.06.2000 р.) передбачено безоплатність для громадян цих країн швидкої та невідкладної медичної допомоги.

З метою реалізації права на медичну допомогу держава взяла на себе обов'язок щодо створення відповідної мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я. Основними критеріями її формування, як зазначено в частині 3 статті 16 Основ, виступають потреби населення у медичному обслуговуванні, необхідність забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасність, доступність для громадян, ефективне використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

Важливою гарантією є заборона скорочення існуючої мережі таких закладів. В цей же час щодо виконання саме цієї вимоги виникає найбільше ризиків під час проведення реформи, якою передбачено появу кардинально іншої структури та нових типів лікувально-профілактичних установ. Нагадаємо, що за правовим статусом закладом охорони здоров'я визнається або юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників; а мережа закладів охорони здоров'я - сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території (стаття 3 Основ). Тому, наприклад, реорганізація сільської амбулаторії шляхом злиття чи приєднання до новоствореного центру первинної медико-санітарної допомоги (який згідно реформи має бути єдиним закладом на первинному рівні) на правах звичайного структурного підрозділу буде вважатися скороченням існуючої мережі, а отже і порушенням Конституції України.

Основами визначено також конкретні вимоги щодо фінансування медицини, які, на жаль, через двадцять років так і залишилися декларативними. Зокрема, державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу. Ця норма, яка чітко приписана в статті 12 Основ ще з моменту прийняття даного Закону, так і не була жодного разу виконана, хоча її дія двічі призупинялася при прийнятті Державних бюджетів на 2003 та 2004 роки. Згідно офіційних даних цей показник в останні роки не становить навіть чотирьох відсотків ВВП.

Стаття 18 Основ передбачає, що фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя.

Якщо сьогодні лікувально-профілактичні установи, як правило, є бюджетними закладами і фінансуються за принципом кошторисного забезпечення видатків, то починаючи з 1 січня 2015 року медична допомога буде надаватися безоплатно за рахунок бюджетних коштів у тих закладах охорони здоров'я (і не лише державних чи комунальних), з якими головні розпорядники бюджетних коштів укладуть договори про медичне обслуговування населення. Відтак, аби відповідати правовій природі такого фінансування державні та комунальні заклади охорони здоров'я повинні змінити свій статус на некомерційні підприємства. За таких умов може з'явитися ризик, що домінантне значення будуть відігравати саме обсяги замовлень на медичні послуги, що в першу чергу залежить від бюджетних можливостей, а не відповідні потреби населення в цьому.

Важливим механізмом забезпечення права на безоплатну медичну допомогу виступає наявність юридичної відповідальності за його порушення. Зокрема, стаття 184 Кримінального кодексу України містить одразу два склади злочинів, пов'язаних із статтею 49 Конституції України: незаконна

вимога оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я (частина 1) та незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я (частина 2).

Крім того, працівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я в контексті обговорюваної конституційної норми можуть нести кримінальну відповідальність за одержання незаконної винагороди (стаття 354 КК України), а у випадку, якщо це пов'язано із використанням службового становища, – за одержання хабара (стаття 368 КК України) чи незаконне збагачення (стаття 368-2 КК України).

Важливе місце для практичного забезпечення права на медичну допомогу відіграє рішення Конституційного суду України № 10-рп/2002 від 29.05.2002 р. (справа про безоплатну медичну допомогу), в якому дано тлумачення частини третьої статті 49 Основного закону. Враховуючи, що вказане рішення є обов'язковим для виконання всіма суб'єктами, його висновки потрібно враховувати не лише у законодавчій чи іншій нормотворчій діяльності органів влади, судовій практиці, але й у повсякденній діяльності закладів охорони здоров'я.

Зокрема, ним встановлено, що положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у цих закладах медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Окремо вказано, що поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом.

Слід звернути увагу, що дане рішення, представляючи неабияку науково-практичну цінність, є цікавим та корисним з точки зору аналізу окремих положень законодавства, висновків і рекомендацій, які через десять років так і залишились не врахованими.

Наприклад, суд виходив з того, що зміст безоплатної медичної у системному зв'язку з іншими аналогічними поняттями, що застосовуються в Конституції України, законах України, міжнародних договорах, полягає у відсутності для всіх громадян обов'язку сплачувати за надану їм у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу як у момент, так і до чи після її отримання, а відтак і неможливості стягування з громадян плати за таку допомогу у будь-яких варіантах розрахунків (готівкою або безготівкових): чи у вигляді «добровільних внесків» до різноманітних медичних фондів, чи у формі обов'язкових страхових платежів (внесків) тощо.

Важливі висновки зроблені щодо медичного страхування. Так, частина перша статті 49 Конституції України закріплює право кожного на медичне страхування, тобто не обов'язкове, а добровільне. Стосовно державного медичного страхування, то його запровадження не суперечитиме конституційному припису щодо безоплатної медичної допомоги лише у тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть організації, установи, підприємства, інші господарюючі суб'єкти, які займаються підприємницькою діяльністю, державні фонди тощо. Стягнення таких платежів (внесків) з громадян у системі державного медичного страхування не відповідатиме конституційному положенню, оскільки буде однією з форм оплати за надання їм допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Не забороняє Основний закон і можливості надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я – «медичних послуг другорядного значення», «парамедичних послуг»), у державних чи комунальних закладах за окрему плату. Проте, перелік таких платних послуг не може втручатися у межі безоплатної медичної допомоги і відповідно до вимог пункту б частини першої статті 92 Конституції України має встановлюватися законом.

Незважаючи на це, на практиці і надалі застосовується постанова КМУ № 1138 від 17.09.1996 р., якою затверджений Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах. Хоча при цьому необхідно розуміти, що врегульовані нею питання повинні визначатися виключно законом, а не рішенням Уряду. Тим більш, що початкову редакцію зазначеного Переліку, а також положення щодо можливості лікувально-профілактичним установам приймати від хворих плату за надані їм інші медичні послуги, як внесення добровільної компенсації, були визнані неконституційними згідно рішення КСУ № 15-рп/98 від 25 листопада 1998 року.

Окрему увагу необхідно звернути на те, що неприйнятним є встановлення якихось меж безоплатної медичної допомоги у вигляді її гарантованого рівня, надання такої допомоги лише неспроможним верствам населення чи «у рамках, визначених законом» тощо. Це суперечить положенням статті 3, частини третьої статті 22 та низки інших статей Конституції України. Безоплатна медична допомога повинна надаватися всім громадянам у повному обсязі, тобто задовольняти потреби людини у збереженні або відновленні здоров'я.

Слід зауважити, що даний висновок не був врахований при прийнятті Закону України № 3611-VI від 7 липня 2001 року, яким були внесені концептуальні зміни до Основ щодо реформування медичного обслуговування. Зокрема, без змін були залишені норми статей 7 та 18 Основ, в яких мова йде про забезпечення громадянам саме гарантованого рівня медичної допомоги.

Стаття 49 Конституції України поряд з закріпленням гарантії на надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я містить й інші норми, зокрема про право кожного на охорону здоров'я, медичне страхування, обов'язок держави створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, сприяти розвитку лікувальних закладів усіх форм власності тощо. Розглядаючи у світлі таких положень питання щодо можливості солідарної участі населення у додатковому фінансуванні галузі, варто зазначити, що конституційні норми не виключають такої можливості, проте лише за рахунок розвитку позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у тому числі і шляхом створення лікарняних кас (спілок, фондів), діяльність яких має бути врегульована законом.

Джерелами таких додаткових надходжень на фінансування охорони здоров'я в цілому можуть бути і встановлені законом офіційні прямі платежі населення за медичні послуги другорядного значення, і відомчі асигнування на утримання медичних закладів, і надходження від проведення благодійних акцій і заходів, і кошти міжнародних програм гуманітарної допомоги, і пожертвування громадських, релігійних благодійних організацій та меценатів, і страхові внески роботодавців у системі обов'язкового державного медичного страхування, і фінансування компаній-організаторів добровільного медичного страхування, і ресурси нагромаджувальних програм територіальних громад, і державні медичні позики тощо.

Таким чином, прописане в Основному законі право на медичну допомогу та його гарантії визначили наявність в Україні бюджетної системи (моделі) охорони здоров'я.

І хоча дане право на практиці суттєво знівельоване недостатнім рівнем фінансування галузі, вказана конституційна норма залишається не лише основою для функціонування існуючої моделі охорони здоров'я, але і водночас виступає виміром (напрямом) для її реформування, що сьогодні є надзвичайно актуальним з точки зору дискусій про страхову медицину. Адже якими б теоретичними не були норми Основного закону, прийняття інших актів законодавства безперечно повинно ґрунтуватися на його положеннях і не суперечити їм.

Виходячи з цього, медичне страхування, в тому числі загальнообов'язкове державне, за умов збереження чинної норми статті 49 Конституції України, повинно розглядатися лише як одне із додаткових джерел фінансування системи охорони здоров'я, і не більше. Адже навряд чи покладення ще одного податкового навантаження на роботодавців спроможне повністю забезпечити видатки галузі і покращити медичне обслуговування населення. В цей же час введення тотального загальноо-

бов'язкового соціального медичного страхування, навіть якщо основним чи єдиним страхувальником буде держава, за необхідності визначення таких категорій як «застрахована особа», «страховий випадок» тощо, може призвести до звуження змісту конституційного права на безоплатну медичну допомогу, а відтак і визнання законів про обов'язкову страхову медицину неконституційними. Звичайно ж, якщо на це буде політична воля держави.

Перелік використаних джерел:

1. Конституція України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України № 2801-XII від 19.11.1992 р. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, N 4, ст.19.
3. Кримінальний кодекс України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2001, № 25-26, ст.131.
4. Бюджетний кодекс України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, № 50-51, ст.572.
5. Рішення Конституційного суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) № 10-рп/2002 від 29 травня 2002 року, справа № 1-13/2002.
6. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги) № 15-рп/98 від 25.11.1998 р., справа № 1-29/98.
7. Угода про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав від 27.03.1997р. Ратифіковано із застереженнями Законом №1764-III від 01.06.2000, (ВВР), 2000, № 35, ст.286 .
8. Порядок надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України. Затв. Постановою КМУ від 22 червня 2011 р. № 667.
9. Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах. Затв. Постановою КМУ від 17 вересня 1996 р. №1138 (в редакції Постанови КМ № 989 від 11.07.2002).
10. Опалько В. В. Реформування системи охорони здоров'я в Україні. Вісник Черкаського університету Науковий журнал. – № 207, 2011.

Stacja pogotowia ratunkowego w Sanoku jako organizacyjna jednostka systemu państwowego ratownictwa medycznego

Jarosław Sawka

Zakład Ratownictwa Medycznego, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku. Szpital Specjalistyczny w Sanoku

Wstęp. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej wymagało dostosowania pracy Pogotowia ratunkowego do wymogów europejskich i światowych. Powstał System Państwowego ratownictwa medycznego, który opiera się merytorycznie i organizacyjnie na Ustawie o PRM z 2006r. Głównymi składowymi Systemu PRM są: centrum powiadamiania ratunkowego (CPR), zespół ratownictwa medycznego (ZRM) oraz szpitalny oddział ratunkowy (SOR). ZRM zakontraktowane przy stacjach pogotowia ratunkowego (PR), które funkcjonują jako samodzielne jednostki organizacyjne lub włączone do ZOZ, do szpitali wojewódzkich, do szpitali powiatowych. Do Systemu PRM przyłączone Lotnicze pogotowie ratunkowe z 17 regionalnymi bazami śmigłowców, które współpracują z CPR i SOR.

Cel pracy. Przedstawienie zmian w Systemie Państwowego ratownictwa medycznego w Polsce w latach 2005-2011 na przykładzie Stacji pogotowia ratunkowego w powiecie sanockim z uwzględnieniem organizacyjnych czynników zewnętrznych [wymogi ustawowe] oraz wewnętrznych.

Metody. W pracy przeanalizowano dokumentację Stacji pogotowia ratunkowego przy Szpitalu specjalistycznym Samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Sanoku pod kątem przyczyn wezwań i częstotliwości wyjazdów ZRM wykorzystując opracowany protokół oraz podstawowe metody statystyki. Dynamikę parametrów oceniano w przekroju miesięcznym, rocznymi wieloletnim.

Wyniki i wnioski. W badanym okresie w powiecie sanockim przeprowadzono 45526 wyjazdów ZRM do zachorowań oraz 7790 wyjazdów do wypadków. Analiza statystyczna w przekroju rocznym wykazuje wzrost liczby wyjazdów ZRM do zachorowań w trzecim kwartale oraz wzrost liczby wyjazdów do wypadków w sezonie letnim. W retrospektywnej analizie w przekroju wieloletnim ustalono charakterystyczną zmienność liczby rocznych wyjazdów ZRM do zachorowań. Wykazano zależność między aktywnością ZRM, a wprowadzeniem zmian organizacyjnych w Pogotowiu Ratunkowym w Sanoku, wymaganych przez Systemu PRM: wzrost liczby wyjazdów po otwarciu podstacji PR na „długim ramieniu” powiatu sanockiego. Spadek aktywności ZRM w następnych latach przy zmianie składu osobowego w ZRM: zamianie lekarzy na ratowników medycznych. Kolejny wzrost liczby wyjazdów ZRM w ostatnich latach można powiązać z otwarciem SOR oraz Podkarpackiego centrum interwencji sercowo-naczyniowych przy Szpitalu specjalistycznym w Sanoku. Otrzymane wyniki mogą być pomocne w planowaniu pracy Stacji pogotowia ratunkowego w Sanoku oraz w wojewódzkim planie PRM.

Słowa kluczowe: system Państwowe ratownictwo medyczne, wyjazdy, zespół ratownictwa medycznego, Stacja pogotowia ratunkowego.

Станція швидкої допомоги в Санокі як організаційна одиниця системи державної рятувальної медичної служби

Ярослав Савка

Відділення рятувальної медичної служби. Медичний інститут Державної вищої професійної школи ім. Яна Гродка в Санокі. Спеціалістична лікарня в Санокі

Вступ. Вступ Польщі до Європейського Союзу вимагав пристосування роботи Швидкої допомоги до європейських і світових стандартів. Організовано Систему Державної рятувальної медичної служби (ДРМС), в основі якої є Державний Закон про ДРМС з 2006 р. Головними частинами Системи являються: центр повідомлення швидкої допомоги, рятувальна медична група (РМГ), а також лікарняний відділ рятувальної служби. РМГ законтрактовані при станціях швидкої допомоги, які функціону-

ють як самостійні організації або приєднані до Публічних організацій охорони здоров'я, а також до воєводських і повітових лікарень. До Системи ДРМС приєднано Авіаційну швидку допомогу з 17 регіональними базами вертольотів, які співпрацюють з центрами повідомлення і лікарняними відділеннями рятувальної служби.

Мета роботи. Показати зміни в Системі рятувальної медичної служби в Польщі в 2005-2011 роках на прикладі змін в Станції швидкої допомоги в Санок з врахуванням організаційних зовнішніх причин (вимоги Державного Закону про СДРМС) і внутрішніх причин.

Методи. В роботі проаналізовано документацію Станції швидкої допомоги при Спеціалістичній лікарні Самостійної публічної організації охорони здоров'я в Санок в напрямку причин викликів і частоти виїздів РМГ, використовуючи розпрацьований протокол, а також основні методи статистики. Динаміку параметрів оцінювано в місячному, річному і багаторічному розрізі.

Результати і Пропозиції. В досліджуваному періоді в Санокському повіті проведено 45526 виїздів РМГ до захворювань, а також 7790 виїздів до різних випадків. Статистичний аналіз в річному розрізі виявив збільшення виїздів РМГ до захворювань в третьому кварталі, а також збільшення виїздів РМГ до випадків в літньому сезоні. В ретроспективному багаторічному аналізі встановлено характерну змінність річних виїздів РМГ до захворювань. Виявлено залежність між активністю РМГ, а введенням організаційних змін на Станції швидкої допомоги в Санок, які були необхідні підчас впровадження Системи ДРМС: збільшення кількості виїздів РМГ після відкриття підстанції швидкої допомоги на "довгому напрямку" Санокського повіту. Зменшення активності РМГ в наступних роках при заміні в РМГ лікарів на медичних рятувальників. В останніх роках кількість виїздів РМГ збільшилася, що можна пов'язати з відкриттям лікарняного відділення рятувальної служби, а також Підкарпатського центру серцево-судинних інтервенцій при Спеціалістичній лікарні в Санок. Отримані результати можуть бути корисні в плануванні праці Станції швидкої допомоги в Санок, а також у Воєводському Плані ДРМС.

Ключові слова: Система Державної рятувальної медичної служби, виїзди, рятувальна медична група, Станція швидкої допомоги

Ambulanceems station in Sanok as a unit of nationalems system

Jaroslav Sawka

The Department of Emergency Medical Service, Medical Institute, Jan Grodek Higher Vocational School in Sanok. Specialist Hospital in Sanok

Introduction. The accession of Poland to the European Union required adaptation of emergency medical services to European and wider international standards. A system of national EMS was created based on the EMS system Act from 2006, which defines organizational and substantial aspects of EMS service. The National EMS system comprises of three major elements: the center of emergency notification (CEN), ambulance teams (AT), and hospital emergency departments (HED). Ambulance teams work as independent organisational units at EMS stations or are registered either within outpatient health care clinics or voivodeship and district hospitals. The National EMS system also includes Air ambulance service with 17 regional helicopter bases cooperating with the centre of emergency notification and hospital emergency departments.

Purpose. Presentation of changes in the National Emergency Service System in Poland between 2005 and 2011 on the example of the Ambulance EMS Station in Sanok district with respect to internal and external organisational factors i.e. legal requirements.

Methods. Medical records from the Ambulance/EMS Station at the Specialist Hospital in Sanok were reviewed and analysed in relation to the frequency and reasons of ambulance team departures. The analysis was based on a protocol developed by the author and included statistical methods. The dynamics of parameters was assessed monthly, annually and over several years (long-term analysis).

Results and Conclusions. In the investigated period of time 45526 interventions of ambulance teams due to diseases and 7790 interventions due to accidents were recorded in Sanok. Statistical analysis of data

divided annually showed an increased number of interventions caused by diseases in the third quarter of the year and an greater number of interventions due to accidents during summer. A retrospective long-term analysis revealed a characteristic variability in the number of ambulance team interventions due to diseases while summed over a year. A correlation was found between ambulance team activity and organisational changes implemented in the Ambulance EMS Station in Sanok as required by the new EMS System. An increased number of interventions was observed after an ambulance substation on the "long shoulder" of Sanok district had been opened. As the profile of medical professionals comprising the ambulance team was changing, physicians were replaced by paramedics, the number of AT interventions decreased. Subsequent greater number of ambulance departures was related to the opening of a new emergency department and the Podkarpacki Centre of Cardiovascular Interventions in Sanok Specialist Hospital. Presented results may be helpful while planning the tasks and activity of the Ambulance EMS Station in Sanok as well as voivodeship policy for the National EMS System.

Keywords: national EMS system, interventions, ambulance team, ambulance station

Ключові моменти організації та підготовки Львівського обласного центру медицини катастроф до проведення у м. Львові фінальної частини ЄВРО-2012

О. В. Любінець¹, Л. П. Гера², Я. Д. Пилипець¹²

¹ Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького

² Комунальний заклад «Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Вступ

Значною подією для м. Львова, як і в цілому для України, було проведення у червні 2012 року фінальної частини чемпіонату Європи з футболу. З метою належного медичного забезпечення учасників, вболівальників, у тому числі, іноземців, під час цього заходу видано ряд нормативно-законодавчих актів щодо організації, підготовки та проведення футбольного чемпіонату [1, 2, 3, 4].

Головним управлінням охорони здоров'я Львівської області та управлінням охорони здоров'я Львівської міської ради, на основі виданих державних актів, було сформовано план медичного забезпечення приймаючого міста та медичну концепцію приймаючого міста, яка була затверджена міським головою м. Львова та погоджена у МОЗ України.

Медична концепція передбачала надання усіх видів медичної допомоги цілодобово на всій території міста та забезпечення максимальної доступності, своєчасності, якості та ефективності медичної допомоги потребуючим під час проведення Чемпіонату. Значна роль у медичному забезпеченні заходу відводилась Львівському обласному центру медицини катастроф.

Мета дослідження

Метою даного дослідження було розглянути та узагальнити досвід роботи закладу з медичного забезпечення в умовах підготовки та проведення такого масштабного дійства. Вивчена концепцію приймаючого міста, у розробці якої брали участь працівники нашого закладу.

Результати

У результаті роботи було проаналізовано діяльність комунального закладу Львівської обласної ради «Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» у період підготовки та проведення Чемпіонату. Для досягнення мети медичного забезпечення ЄВРО-2012 перед Львівським центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф були визначені певні завдання. А саме.

1 Участь в організації системи управління медичними ресурсами дошпитального етапу в період підготовки та проведення Чемпіонату.

З часу проголошення Львова приймаючим містом футбольного чемпіонату, Львівський центр медицини катастроф почав активно готуватись до забезпечення медичного обслуговування цього заходу. Була створена робоча група з числа працівників установи, яка входила у склад штабу з організації медичного забезпечення Чемпіонату. Штаб розміщувався на базі Львівського центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

До завдань робочої групи центру медицини катастроф входила розробка плану заходів з підготовки системи надання медичної допомоги на дошпитальному етапі на території міста Львова та у Львівській області та організація роботи, системи управління та функціонування медичних ресурсів у повсякденних умовах та на випадок виникнення надзвичайної ситуації під час проведення футбольного Чемпіонату.

У рамках виконання цього завдання було:

- розроблено та сформовано на основі вимог Медичної Концепції Приймаючого міста, карти медичної інфраструктури м. Львова, що використовувалася під час проведення Чемпіонату;
- вибрано основні автомагістралі міжнародного значення, маршрути руху медичного транспорту, зібрано інформацію про відстані між відповідним найближчим медичним об'єктом та офіційними місцями Євро-2012,
- налагоджено координацію роботи медичних сил та ресурсів, що забезпечують надання медичної допомоги на дошпитальному етапі у місцях масового перебування людей (стадіон, фан - зони, інші), офіційних делегацій (команд, суддів, VIP-персон), транспортних воріт міста (аеропорт, вокзал, автовокзали), буферних зон і т.д.;
- визначення переліку лікувально-профілактичних закладів Львівської області, закріплених за автомобільними дорогами міжнародного, регіонального та територіального сполучення, котрі проходять через територію Львівської області;
- налагоджено співпрацю та взаємообмін інформацією між службами швидкої медичної допомоги Львівської області, особливо центральних районних лікарень, які розташовані на основних шляхах пересування учасників і гостей чемпіонату Європи 2012 року з футболу та офіційних місць перебування представників УЕФА;
- налагоджено координацію дій з аварійно-рятувальними службами та відомствами щодо забезпеченню безпеки проведення Чемпіонату.

II Організація інформаційного забезпечення заходів Чемпіонату:

На час проведення Чемпіонату була удосконалена та розширена комп'ютерна мережа лікувальних закладів м. Львова та Львівської області та забезпечено безперебійну подачу інформації у Львівський центр медицини катастроф.

На базі центру медицини катастроф було створено цілодобову систему збору, обробки, обміну, аналітичної оцінки інформації, пов'язаної з проведенням Чемпіонату, медичної інформації про пацієнтів, які звертались за медичною допомогою на всіх етапах надання медичної допомоги (первинне місце звернення - бригада швидкої медичної допомоги – стаціонар).

Ця інформація щоденно передавалась у Львівський регіональний Міжвідомчий координаційний штабу з питань безпеки та правопорядку. У склад інформаційно-аналітичної групи цього штабу входили також працівники Львівського центру медицини катастроф, які відповідали за медичний напрямок роботи під час проведення чемпіонату у м. Львові. Медична інформація, що надходила з Львівського центру медицини катастроф, узагальнювалась та передавалась двічі на добу в управлінські структури регіонального та державного рівнів.

III. Участь в організації медичної допомоги на міжнародних автошляхах Львівської області.

Однією із складових медичної концепції Приймаючого міста була організація дошпитального медичного забезпечення міжнародних автошляхів.

Проведення Єврочемпіонату з футболу у м. Львові передбачало великий наплив туристів, вболівальників, учасників змагання, масове пересування автомобільними шляхами країни, що в свою чергу створювало підвищений ризик імовірності виникнення екстрених подій, спричинених людським фактором, техногенними чинниками. Все це викликало необхідність налагодження системи надання екстреної медичної допомоги на основних автомагістралях.

На території Львівської області разом з польськими колегами успішно реалізований міжнародний медичний проект, в рамках виконання якого було відкрито чотири притрасові пункти екстреної медичної допомоги. Завдяки функціонуванню цих пунктів вдалося покрити екстреною медичною допомогою основні міжнародні автомагістралі, підвищити рівень безпеки на них завдяки швидшому реагуванню на екстремальні ситуації в регіоні. Дислокація пунктів забезпечує доїзд до місця виклику в межах 10-15 хв. та транспортування постраждалих до найближчого лікувального закладу у найкоротший час.

Пункт екстреної медичної допомоги «Жовква» створений в м. Жовква, розташованому на автотрасі міжнародного значення Київ-Варшава-Росток на відстані 30 км. Від м. Львова і 32 км. Від польсько-української межі, митного переходу Рава-Руська-Гребенне.

Пункт екстреної медичної допомоги «Яворів» створений в м. Новояворівськ на автотрасі міжнародного значення Київ-Краків-Берлін на відстані 35 км. Від м. Львова і 26 км. Від польсько-української межі, митного переходу Краковець-Корчова.

Пункт екстреної медичної допомоги «Миколаїв» створений в м. Миколаїв на автотрасі міжнародного значення Київ – Лісабон на відстані 35 км. Від м. Львова .

Пункт екстреної медичної допомоги «Буськ» створений в м. Буськ на автотрасі міжнародного значення Київ – Львів на відстані 50 км. Від м. Львова.

Один з пунктів створено на базі Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у м. Львові. Він відіграє роль інформаційно-координаційного центру. У центрі розміщений центральний сервер, який за допомогою мережі Інтернет підтримує зв'язок з чотирма іншими пунктами.

Для інтенсифікації надання екстреної медичної допомоги на основних шляхах пересування по території області під час проведення футбольного чемпіонату розміщено додаткові бригади швидкої медичної допомоги з числа ЦРЛ.

Таке розташування забезпечило 15-ти хвилинну транспортну доступність, з визначеними зонами впливу та з можливістю реагування на будь-яке звернення з автомобільних трас.

За допомогою засобів радіозв'язку, комп'ютерної мережі проводилась реєстрація та передача в реальному часі всіх звернень за медичною допомогою на цих ділянках на Центральний сервер Центру медицини катастроф. Відповідно, Львівським центром медицини катастроф, здійснювалась координація роботи бригад швидкої допомоги у районах.

Забезпечення роботи притрасових пунктів екстреної медичної допомоги відповідає європейським стандартам.

IV. Участь у щоденному медичному забезпеченні гостей Чемпіонату.

У напрямок роботи Львівського центру медицини катастроф під час проведення Чемпіонату включалась також щоденне забезпечення гостей належною медичною допомогою. Для максимально ефективної роботи у Львівському центрі медицини катастроф були створені бригади з числа працівників, які володіли іноземними мовами. У диспетчерській службі – для прийому викликів від іноземних громадян, у складі бригади – для спілкування під час надання медичної допомоги.

Щоденно бригада центру медицини катастроф чергувала в аеропорту та у місцях масового перебування уболівальників та гостей міста. Основним завданням було надання спеціалізованої дошпитальної медичної допомоги та транспортування у профільний медичний заклад.

З метою дотримання етапності та спадкоємності, послідовності та безперервності у наданні екстреної медичної допомоги пацієнтам, Львівським центром медицини катастроф була налагоджена співпраця та взаємообмін інформацією зі всіма стаціонарними медичними установами Львівської області, визначеними базовими лікувальними закладами м. Львова та медичними службами відомчого підпорядкування.

Медичне обслуговування учасників та гостей Євро-2012 службою Львівського центру медицини катастроф здійснювалось у відповідності до алгоритмів надання медичної допомоги у позашпитальних умовах, використовуючи при цьому стандарти, прийняті у країнах Європейської спільноти.

V. Медичне забезпечення у місцях проведення масових заходів у дні проведення матчу.

Серед медичних сил та засобів, які здійснювали медичне забезпечення місць масового перебування людей (стадіон, аеропорт), офіційних делегацій, інших масових заходів була і служба Львівського центру медицини катастроф.

Медичне забезпечення на стадіоні у день проведення матчу проводилось згідно "Плану дій медичних працівників на стадіоні "Арена-Львів» та "Концепції медичного забезпечення стадіону "Арена-Львів".

Перед Львівським центром екстреної медичної допомоги ставились наступні завдання:

- координація медичних сил та засобів при забезпеченні футбольних матчів;
- чергування реанімобілів для надання екстреної медичної допомоги на місці виклику чи події та евакуація їх при потребі до профільних стаціонарів.
- забезпечення в дні матчів чергування пішохідних медичних патрулів на стадіоні із числа медичного персоналу Львівського центру медицини катастроф. Кількість медичних патрулів на стадіоні була узгоджена з експертами УЄФА та складала 18 патрулів. Оснащення піших медичних патрулів відповідало наказу МОЗ України N 357 [5].
- виявлення осіб, що потребують медичної допомоги, співпраця з медичними волонтерами з числа студентів медичного університету, що володіють іноземною мовою та стюартами;
- у разі необхідності – надання невідкладної медичної допомоги на місці випадку;
- доставка пацієнта до медичного пункту на стадіоні;
- надання екстреної медичної допомоги у чотирьох медичних пунктах стадіону разом з медиками районних лікарень;
- евакуація постраждалих, які потребують реанімаційного супроводу.

VI. Організація медичної допомоги у випадку виникнення надзвичайних ситуацій.

Враховуючи основні завдання нашої служби як територіального центру медицини катастроф, до обов'язків установи під час проведення футбольних матчів, входило організація медичної допомоги у випадку виникнення надзвичайних ситуацій.

Для забезпечення виконання цього завдання були розроблені наступні напрямки.

1. Організація роботи всіх служб, задіяних у ліквідації НС згідно погодженого та затвердженого плану з медичного забезпечення та реагування під час проведення у м. Львові фінальної частини чемпіонату Євро-2012.
2. Визначення можливих надзвичайних ситуацій та їх прогнозовані медичні наслідки.
3. Організація роботи служб під час виникнення екстреної події на стадіоні згідно алгоритму дій медичних сил при НС.
4. Проведення медичного сортування, розгортання сортувального майданчика та мобільного госпіталю із залученням спеціального транспорту МНС України.
5. Розробка та затвердження плану розташування спеціалізованого санітарного транспорту, резервного транспорту та їх кількість, напрямку руху автомобілів.
6. Евакуація потерпілих при потребі.

VII. Підготовка медичного персоналу та навчання волонтерів, стюартів.

Основною умовою якісного забезпечення медичною допомогою під час проведення футбольних матчів у м. Львові була наявність добре підготовленого персоналу. Починаючи з 2008 року, навчання та підготовка медичного персоналу Львівського центру медицини катастроф проводилась постійно. Основні шляхи підготовки:

- навчання-тренінги медичних працівників Львівського центру медицини катастроф у Республіці Польща в рамках виконання міжнародного медичного проекту;
- Організація, підготовка та проведення Львівським центром медицини катастроф заходів з питань екстреної медичної допомоги на дошпитальному етапі (конференції, навчання-тренінги, семінари).
- Участь працівників Львівського центру медицини катастроф у медзабезпечення футбольних матчів впродовж 2008-2011 років.

Маючи вагомий вантаж знань та досвіду, в руслі підготовки до проведення Чемпіонату, на базі навчально-тренувального відділу Львівського центру медицини катастроф проводились цикли семінарів з питань екстреної медичної допомоги дошпитального етапу.

Враховуючи, що першою медичною службою, яка буде надавати допомогу, особливо при пересуванні автотранспортними шляхами Львівщини, при виникненні надзвичайних ситуацій є швидка допомога, навчання-тренування було вирішено розпочати для медичних працівників швидкої допомоги Львівської області. В подальшому, при визначенні складу бригад для роботи у 6-ти медичних пунктах стадіону з числа медичних працівників ЦРЛ (основних та резервних) інтенсивно та регулярно проводилась підготовка та навчання даних груп медичних працівників.

Враховуючи, що під час роботи щодо медичного забезпечення футбольних матчів на стадіоні буде велика кількість людей, в тому числі іноземців, а також великий потік туристів, візитерів, гостей транспортними шляхами Львівщини, акцентами та наголосами під час навчань - тренінгів були:

- особиста безпека під час роботи в осередках екстрених подій;
- основні аспекти надання медичної допомоги іноземним громадянам, європейські стандарти надання екстреної медичної допомоги;
- правила медичного сортування;
- вміння чітко та лаконічно передавати інформацію щодо медичного обслуговування пацієнта (діагноз, об'єм наданої меддопомоги, у який медзаклад шпиталізовано)
- правильне заповнення відповідно затвердженої медичної документації;
- вміння працювати у команді;
- відпрацювання практичних навичок при зупинці дихання та серцевої діяльності, надання допомоги при травмах, кровотечах, опіках, іммобілізація.

Під час проведення семінарів використовувалось манекени, муляжі, імітатори навчально - тренувального відділу а також табельне оснащення та обладнання реанімобіля. Під час проведення тренінгів розроблялись ситуаційні завдання, взяті з практичної діяльності, демонструвалась роль кожного працівника при наданні екстреної медичної допомоги та злагодженість у роботі бригади. Для проведення семінарів були залучені працівники виїзних бригад Львівського центру медицини катастроф, що мало великий позитивний ефект у підготовці медиків.

VIII. Налагодження взаємодії з усіма аварійно-рятувальними службами, що беруть участь у забезпеченні безпеки під час футбольних матчів на стадіоні.

Вагому роль у підготовці та забезпеченні безпеки належного проведення футбольних матчів Євро-2012 у м. Львові було відведено налагодженій та скоординованій роботі всіх задіяних служб. Починаючи з 2009 року, під час проведення спільних навчань, бригади Львівського центру медицини катастроф відпрацьовували сумісні дії з усіма рятувальними службами.

Були проведені спільні навчання – тренування з медичними службами Львівської станції швидкої медичної допомоги, з медичною службою внутрішніх військ, медичною службою госпіталю Державної прикордонної служби, клінічної лікарні Львівської залізниці. Проведено навчання з підрозділами пожежників, міліцією, службою безпеки України. Відпрацьовувалась спільні дії при ДТП на автостраді міжнародного значення, з великою кількістю потерпілих, при виникненні пожежі у готельно-відпочинковому комплексі, при загрозі терористичного акту, при падінні літака, при аварії на залізниці і т. д.

Першим тестом служби Львівського центру медицини катастроф щодо медичного забезпечення на стадіоні була церемонія урочистого відкриття стадіону «Арена –Львів» 29 жовтня 2011р. У подальшому наш заклад обслуговував усі тестові футбольні матчі. Зі своїм завданням Львівський центр медицини катастроф справився на відмінно.

Висновки

Основним вагомим результатом роботи Львівського центру медицини катастроф під час проведення футбольних матчів Євро-2012 є набуття безцінного, ґрунтового досвіду щодо роботи медич-

ної служби дошпитального етапу в організації, підготовці та забезпеченні заходів з великою кількістю людей.

Неабияким позитивом під час підготовки до проведення футбольного чемпіонату є підвищення кваліфікаційного рівня медичного персоналу, що брали участь в медичному забезпеченні заходу, ознайомлення їх з стандартами надання медичної допомоги у позашпитальних умовах, підвищення престижу роботи у службі швидкої та екстреної медичної допомоги.

Важливим фактором є також поглиблення співпраці з суміжними службами, налагодження векторів передачі та взаємообміну інформацією, вміння спільно працювати в єдиному медичному просторі та надавати медичну допомогу за визначеними стандартами.

За висновками керівництва УЄФА під час проведення Євро 2012 у м. Львові медичне забезпечення цього заходу було на належному та фаховому рівні.

Місто Львів є одним з міст, які включені у заявку України для проведення у 2015 році ще одного спортивного заходу міжнародного рівня – Євробаскет-2015. Підготовчі роботи до цього заходу уже почались. Досвід, отриманий Львівським центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф при організації та забезпеченні медичного обслуговування футбольного чемпіонату Євро-2012, буде використаний і при проведенні Євробаскету та медичне забезпечення на дошпитальному етапі буде проведено на належному фаховому рівні.

Література

1. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 травня 2009 р. № 563-р «Про схвалення Концепції медичного забезпечення під час підготовки та проведення в Україні фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу»;
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2010 р. № 357 «Про затвердження Державної цільової програми підготовки та проведення в Україні фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу»;
3. Лист МОЗ України від 23 січня 2009 року «Про розвиток концепції приймаючих міст та практичного втілення заходів щодо медичного забезпечення офіційних місць, підготовку плану медичного забезпечення офіційних місць Євро 2012»;
4. Лист МОЗ України від 21 червня 2010 року «Про визначення переліку лікарень, які будуть закріплені за офіційними місцями Чемпіонату та окремими групами для медичного обслуговування стадіонів, фан-зони, обслуговування УЄФА (офіційні гості, працівники ЄФА, спонсори, корпоративні гості, судді та футбольні команди)».
5. Наказ МОЗ України від 16.06.2011 № 357 «Про затвердження рекомендованих табелів оснащення медичних пунктів стадіону, фан-зони та працівників медичних груп на стадіоні та у фан-зоні під час проведення заходів фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу».

Bezrobocie jako zagrożenie środowiskowe

Halina Worach-Kardas, Dr Szymon Kostrzewski

Oddział Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Badania były realizowane w ramach grantu Prezydenta Miasta Łodzi – Zarządzenie nr 2957/V/09 z dn. 30.03.2009 r., temat nr 1 „Biologiczne, kulturowe i społeczne przejawy stresu środowiskowego i jego wpływ na zdrowie współczesnych Łodzian” – projekt Ed-VII-4346/G-1,4,9/09 oraz współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Działania 2.6 Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego, w związku z realizacją projektu p.n. „Stypendia wspierające innowacyjne badania naukowe doktorantów”.

Wprowadzenie: Na początku 2013 r. zarejestrowanych było w Polsce blisko 2,3 mln osób bezrobotnych. Ważnym aspektem długotrwałego braku pracy są- obok ekonomicznych i społecznych- także konsekwencje zdrowotne. Obserwowane znaczne bezrobocie w populacji osób w wieku 45 lat i powyżej skutkuje brakiem możliwości wykorzystania ich potencjału zawodowego i kompetencji życiowych. Przedwczesna dezaktywacja tak dużej licznie grupy osób, niesie szereg zagrożeń dla zdrowia zarówno w aspekcie indywidualnym, jak też w szerszym wymiarze zdrowia publicznego.

Cel pracy: Ocena postrzeganej jakości życia i sytuacji zdrowotnej bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej z uwzględnieniem czasu trwania bezrobocia oraz cech społeczno – demograficznych, takich jak wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 454 osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej zarejestrowanych w urzędach pracy w Łodzi. Badanie przeprowadzone zostało za pomocą metody sondażu diagnostycznego i techniki wywiadu kwestionariuszowego. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz WHOQOL-BREF oraz kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia (GHQ-12).

Wyniki i wnioski: Analiza ukazała negatywny wpływ przedłużającego się czasu trwania bezrobocia na sytuację zdrowotną bezrobotnych. Zastosowana metoda regresji logistycznej wskazała wszakże na czynniki, które mogą mieć wpływ na polepszenie jakości życia, samooceny stanu zdrowia oraz kondycji psychicznej osób bezrobotnych. Do istotnych czynników należały: zadowolenie z kontaktów społecznych, wiara w zdolność do podjęcia pracy, dobra sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, brak innej osoby bezrobotnej w gospodarstwie domowym, a także regularna aktywność fizyczna. Czynniki te powinny być wzmacniane poprzez działania instytucji zajmujących się szkoleniem i aktywizacją bezrobotnych, tak aby przeciwdziałając negatywnym zdrowotnym skutkom bezrobocia zwiększać szanse na ponowne podjęcie zatrudnienia.

Unemployment as a environmental hazard

Summary

Introduction: At the beginning of 2013 there was almost 2.3 million unemployed. Besides it's economical and social consequences long-term unemployment may cause important health effects. Large unemployment rate observed in the population of people in age above 45 years makes their professional potential and skills unused. Premature deactivation of such large number of people may pose a threat not only to individual health but also to general health potential of population.

Aim: The aim the study was to evaluate health situation and quality of life in a group of unemployed persons in age above 45 years, considering the time of unemployment and such socio – demographic factors as: sex, age, education, marital status.

Material and methods: The survey was conducted on 454 unemployed in age 45 years and more registered in labor offices in Łódź. The research tool was a questionnaire survey and research method was a diagnostic sounding. WHOQOL-BREF questionnaire and GHQ – 12 questionnaire were used.

Results: The analysis revealed that the long term unemployment is linked with many negative effects in health state of unemployed. The multi-factor logistic regression analysis revealed factors that may cause improvement in quality of life, health status self-esteem and mental condition of unemployed. Significant

factors were: satisfaction with personal relationships, confidence in the ability to work, good economical status of household, lack of other unemployed in the household and physical activity. These factors should be strengthened by institutions providing training and activation of unemployed – in order to achieve a joint goal – to counteract negative health effects of unemployment and improve chance for re-employment.

Wstęp

Brak zatrudnienia, dotyczący niemal wszystkie grupy społeczne bez względu na wiek czy wykształcenie, był i nadal jest w Polsce istotnym problemem. W końcu 2012 r. zarejestrowanych w urzędach pracy w Polsce było ponad 2 136 tys. osób, o 182 tys. więcej niż w 2010 r. Stopa bezrobocia wynosiła 13,4% ludności aktywnej zawodowo [1,2]. Największą grupę wśród bezrobotnych stanowili bezrobotni długotrwale, czyli pozostający w rejestrach urzędów pracy przez okres ponad 12 miesięcy, którzy stanowili połowę zarejestrowanych [3].

Niska jest zwłaszcza aktywność zawodowa osób w starszym wieku produkcyjnym tj. w wieku powyżej 45 lat. Polska należy do krajów posiadających jeden z najniższych wskaźników zatrudnienia osób w tej grupie wieku w Unii Europejskiej. W Polsce w 2011 r. zatrudnionych było tylko 37% osób w wieku powyżej 55 lat; niższy wskaźnik zatrudnienia dla tej grupy wiekowej występował tylko na Węgrzech, Malcie i Słowenii (odpowiednio 35,8%, 31,7% i 31,2%). Z kolei najwyższy wskaźnik występował w Niemczech i Danii, gdzie w zatrudnieniu pozostawało blisko 60% osób w tym wieku, a Szwecji ponad 72% [4]. Niski poziom zatrudnienia osób z tej grupy wiekowej tylko po części może być tłumaczony przechodzeniem na rentę z tytułu niezdolności do pracy lub przedwczesną emeryturę. Wczesna dezaktywacja zawodowa jest bowiem także konsekwencją znacznego bezrobocia osób w tym wieku. W 2012 r. w Polsce co trzeci bezrobotny zarejestrowany w urzędzie pracy był w wieku 45–64 lata, zaś w przypadku długotrwale bezrobotnych odsetek ten wyniósł blisko 40% [5]. Miasto Łódź, na terenie którego przeprowadzono niniejsze badanie, charakteryzuje się szczególnie dużym udziałem osób w wieku powyżej 45 lat wśród długotrwale bezrobotnych. Podczas, gdy średnia dla kraju wynosiła w 2012 r. 36,6%, to w Łodzi blisko połowa (49,4%) długotrwale bezrobotnych to osoby w wieku powyżej 45 lat

Badania dowodzą, iż bezrobocie wywiera niekorzystny wpływ na wiele aspektów życia jednostki, w tym na jej zdrowie, a w szerszym ujęciu także na zdrowie i potencjał zdrowotny całej populacji. Stres społeczny wywołany bezrobociem nie jest związany bowiem wyłącznie z problemami ekonomicznymi gospodarstw domowych osób bezrobotnych. Praca zawodowa jest sposobem osiągnięcia takich wartości jak ceniona pozycja społeczna, możliwość kontaktów interpersonalnych czy możliwość wykorzystywania i rozwijania umiejętności. Zubożone o te cechy środowisko, w jakim żyje bezrobotny, może stanowić potencjalne zagrożenie dla jego zdrowia psychicznego i somatycznego. Wyniki badań wskazują, że sytuacja bezrobocia może być odpowiedzialna za większą, niż wśród pracujących, umieralność oraz częstsze użycie leków i korzystanie z usług medycznych przez bezrobotnych [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. Zdrowie jest jednym z najważniejszych zasobów w radzeniu sobie ze stresem, w tym także ze stresem wywołanym sytuacją bezrobocia. Ubytek także i tego zasobu może doprowadzić więc do sytuacji, kiedy to wyrwanie się z stanu bezrobocia będzie niezwykle trudne, a czasem wręcz niemożliwe.

Pojęcie „jakość życia” jest konstruktem wielowymiarowym, który kształtowany jest przez wiele, zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych czynników. Postrzegana jakość życia odzwierciedlać może poziom zadowolenia z życia w jego zdrowotnym, materialnym i duchowym wymiarze. Zgodnie z WHO jakość życia określana jest jako postrzegana przez jednostkę pozycja w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości w której żyje, i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami, i obawami [15]. Jest to ocena dynamiczna, zmieniająca się w czasie, na którą wpływają doświadczenia całego życia, zarówno przeszłe, jak i aktualne [16]. Jakość życia staje się obecnie przedmiotem wielu badań, różnych dyscyplin naukowych. W jednej z największych na świecie baz bibliograficznych, bazie Medline gromadzącej od ponad 40 lat piśmiennictwo naukowe, w roku 1973 dostępnych było tylko 5 publikacji, które ukazywały się pod hasłem

jakość życia („quality of life”) [17]. Obecnie takich publikacji jest blisko 150 000. Pomimo tak dużego zainteresowania problematyką, niewiele jest badań nad jakością życia osób bezrobotnych, w szczególności w niemobilnym wieku produkcyjnym, tj. w wieku 45 lat i więcej.

Dotychczasowe badania nie dały jednoznacznej odpowiedzi na kluczowe pytanie o przyczynowy związek między bezrobociem i zdrowiem oraz uwarunkowania modyfikujące efekty bezrobocia. Zdrowotne i społeczne skutki braku zatrudnienia uzależnione są od wielu cech i postaw samego bezrobotnego, siła tych efektów może być więc różna. Nie zmienia to jednak przekonania o niezwykle rozległym wpływie bezrobocia, szczególnie długotrwałego, na niemal wszystkie aspekty egzystencji człowieka, w tym na jego zdrowie i postrzeganą jakość życia.

Cele

Celem badania była ocena wpływu czasu trwania bezrobocia na sytuację zdrowotną oraz postrzeganą jakość życia osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej zamieszkałych na terenie miasta Łodzi, a także ocena wpływu wyodrębnionych cech społeczno – demograficznych na sytuację zdrowotną i jakość życia bezrobotnych.

W wyniku przeprowadzonego badania osiągnięte zostały następujące cele szczegółowe:

- ocena wpływu czasu trwania bezrobocia oraz czynników społeczno – ekonomicznych na samoocenę stanu zdrowia, występowanie zaburzeń zdrowia o charakterze przewlekłym oraz zachowania zdrowotne bezrobotnych,
- ocena ogólnego stanu zdrowia psychicznego osób bezrobotnych,
- ocena wpływu czasu trwania bezrobocia oraz współistniejących czynników społeczno – ekonomicznych na stan zdrowia psychicznego bezrobotnych,
- ocena jakości życia osób bezrobotnych w zależności od czasu trwania bezrobocia i występujących czynników społeczno - ekonomicznych,
- analiza uwarunkowań jakości życia osób bezrobotnych.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 454 osób bezrobotnych w okresie wrzesień 2009 r. – lipiec 2010 r. Grupę badaną stanowiły osoby długotrwale bezrobotne w wieku 45 lat i więcej, zarejestrowane w Powiatowych Urzędach Pracy Nr 1 i 2 w Łodzi. Badaniu poddany został co trzeci bezrobotny zgłaszający się do Powiatowego Urzędu Pracy we wszystkie dni tygodnia w okresie przeprowadzania badania. Dla celów analizy porównawczej wyłoniono grupę osób krótkotrwale bezrobotnych, tj. do 6 miesięcy, dobranych pod względem płci i wieku do grupy badanej.

Badanie przeprowadzone zostało za pomocą metody sondażu diagnostycznego wśród osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej z wykorzystaniem techniki wywiadu kwestionariuszowego.

Na potrzeby przeprowadzenia niniejszego badania dobrano trzy narzędzia badawcze:

1. Samodzielnie opracowany kwestionariusz, za pomocą którego zebrano dane dotyczące cech socjodemograficznych (stan cywilny, wykształcenie, posiadanie dzieci na utrzymaniu) oraz informacje dotyczące m.in. czasu trwania bezrobocia, sytuacji materialnej gospodarstwa domowego, podejmowanych prób aktywizacji zawodowej, czy zachowań zdrowotnych.
2. Kwestionariusz WHOQOL-BREF, który pozwolił zbadać subiektywną ocenę jakości życia, w obrębie 4 dziedzin: zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego, relacji społecznych i środowiska. Kwestionariusz ten umożliwia zbadanie zarówno ogólnej oceny jakości życia i zdrowia (poprzez dwa oddzielnie analizowane pytania dotyczące zadowolenia z życia i zdrowia), jak i bardzo szczegółową ocenę czynników kształtujących poziom jakości życia badanych. Dziedziny składają się z poddziedzin, którymi są pytania odnoszące się do poszczególnych aspektów jakości życia. Punktację dla dziedzin uzyskuje się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin i pomnożenie ich przez 4. Dzięki temu wyniki dla poszczególnych dziedzin jakości życia zawierają się w zakresie od 4 do 20. Im wyższy wynik, tym lepsza postrzegana jakość życia dla danej dziedziny.

3. Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia (GHQ-12), który posłużył do zbadania samopoczucia psychicznego badanych. Kwestionariusz pozwala na wyłonienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego. Dla GHQ-12 maksymalny wynik wynosi 12 punktów. Na podstawie przeprowadzonych badań przyjęto, iż dla kwestionariusza GHQ-12 jako potencjalny przypadek zaburzenia zdrowia psychicznego można uznać osoby, które uzyskały więcej niż 2 punkty [18]. Taki wynik kwestionariusza określono w prezentowanym badaniu, jako negatywny. Natomiast wynik mniejszy niż 2, jako pozytywny.

W prezentowanym badaniu jako zmienne zależne traktowane są takie zmienne jak samoocena stanu zdrowia, występowanie zaburzeń zdrowia w okresie bezrobocia, zachowania zdrowotne badanych, ogólna ocena stanu zdrowia psychicznego, ogólna ocena postrzeganej jakości życia, wybrane dziedziny i poddziedziny jakości życia. Do zmiennych niezależnych zaliczono czas trwania bezrobocia, wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, wielkość gospodarstwa domowego, posiadanie dzieci na utrzymaniu, występowanie bezrobocia w gospodarstwie domowym, sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, aktywność i aktywizacja zawodowa.

W celu opracowania zebranych danych zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Dla porównania częstości występowania poszczególnych odmian cech w analizowanych grupach oraz podgrupach badanych skorzystano z testu niezależności χ^2 . Siłę zależności oceniano przy pomocy współczynnika współzależności C- Pearsona. Przed dokonaniem analizy wyników cech mierzalnych sprawdzano zgodność ich rozkładów z rozkładem normalnym przy pomocy testu λ - Kołmogorowa. W przypadku gdy rozkłady istotnie odbiegały od rozkładu normalnego dla porównania wyników w przypadku dwóch grup stosowano nieparametryczny test Manna-Whitney'a, a dla porównania wielu grup test Kruskala-Wallisa. Wpływ wielu cech na pozytywną ocenę jakości życia, na negatywną samoocenę zdrowia i ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego badano stosując jedno i wieloczynnikową analizę logistyczną. Za istotne statystycznie uznano te różnice pomiędzy średnimi (pomiędzy częstościami, czy te zależności pomiędzy cechami), dla których obliczona wartość odpowiedniego testu była równa lub większa od wartości krytycznej odczytanej z tablic odpowiedniego rozkładu przy właściwej liczbie stopni swobody i prawdopodobieństwie błędu $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono przy pomocy pakietu STATISTICA 8.

Wyniki

Opis grupy poddanej badaniu

Badaniem objęto 230 osób długotrwale bezrobotnych (grupa podstawowa) oraz 224 osoby krótkotrwale bezrobotne (grupa porównawcza). Grupę badaną stanowiły losowo wybrane osoby zgłaszające się do urzędów pracy we wszystkie dni tygodnia w okresie przeprowadzania badania. Kryterium, jakie zastosowano wobec osób stanowiących grupę podstawową był wiek 45 lat i więcej oraz bezrobocie trwające dłużej niż 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat. Następnie w sposób celowy dobrano grupę porównawczą. Były to osoby bezrobotne 6 miesięcy i krócej zbliżone pod względem płci i wieku do osób z grupy podstawowej. W wyniku zastosowanej metodologii badawczej uzyskano znaczną homogeniczność badanych grup pod względem płci i wieku. W obydwóch grupach nieco więcej było kobiet niż mężczyzn (50,4% vs. 49,6%). Dominującym przedziałem wieku była grupa osób w wieku 45 – 54 lata (67,8% wśród długotrwale i 67,9% wśród krótkotrwale bezrobotnych). Blisko co czwarty badany był w wieku 54 - 59 lat (23,5% i 23,2% odpowiednio dla długotrwale i krótkotrwale bezrobotnych). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 60 – 64 lata – tylko co jedenasta osoba znajdowała się w tym przedziale wieku (odpowiednio 8,7% i 8,9%).

Pod względem stanu cywilnego dominującą grupę zarówno wśród długotrwale, jak i krótkotrwale bezrobotnych stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim. W grupie badanej jednak udział takich osób był znacznie mniejszy niż w grupie porównawczej (50,9% vs. 66,9%). Podobny udział w obydwóch grupach stanowiły osoby przebywające w związku nieformalnym (odpowiednio 3,9% i 3,6%) oraz w separacji (16,5% i 16,1%). Natomiast w grupie długotrwale bezrobotnych znacznie częściej występowały osoby owdowiałe (17% w porównaniu do 4,9%).

Pod względem posiadanego wykształcenia zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej najliczniejszą grupę stanowiły osoby wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym. W grupie długotrwale bezrobotnych częściej występowały osoby z wykształceniem podstawowym (blisko 24% w porównaniu do ponad 11%), jak i zasadniczym zawodowym (39,1% w porównaniu do 33,5%). Blisko co trzeci długotrwale bezrobotny (30,9%) posiadał wykształcenie średnie, jednak w grupie krótkotrwale bezrobotnych osób o takim wykształceniu było więcej – 42%. Osób posiadających wykształcenie wyższe było ponad dwa razy więcej w grupie krótkotrwale bezrobotnych niż wśród długotrwale bezrobotnych – odpowiednio 12,9% i 6,1%. Warto zatem zauważyć, iż bezrobotni długotrwale posiadali relatywnie niższe wykształcenie niż bezrobotni krótkotrwale. (Tabela I).

Tabela I. Charakterystyka socjo-demograficzna badanych grup

Cecha	Grupa			
	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni	
	N=230	%	N=224	%
Płeć:				
Mężczyźni	114	49,6	111	49,6
Kobiety	116	50,4	113	50,4
Wiek:				
45-54	156	67,8	152	67,9
55-59	54	23,5	52	23,2
60-64	20	8,7	20	8,9
Stan cywilny:				
Kawaler/Panna	27	11,7	19	8,5
Żonaty/Zamężna	117	50,9	150	66,9
Przebywam w związku nieformalnym	9	3,9	8	3,6
Rozwiedziony/a / w separacji	38	16,5	36	16,1
Wdowiec/Wdowa	39	17,0	11	4,9
Wykształcenie:				
Podstawowe	55	23,9	26	11,6
Zasadnicze zawodowe	90	39,1	75	33,5
Średnie ogólnokształcące	35	15,2	39	17,4
Średnie zawodowe	36	15,7	55	24,6
Wyższe nieukończone i/lub policealne	4	1,7	11	4,9
Wyższe	10	4,4	18	8,0

Postrzegana jakość życia badanych

Tabela II. Postrzegana jakość życia a czas trwania bezrobocia badanych

Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Bardzo niezadowolony	10	4,4	4	1,8	14	3,1
Niezadowolony	64	27,7	49	21,9	113	24,9
Ani zadowolony Ani niezadowolony	102	44,4	76	33,9	178	39,1
Zadowolony	51	22,2	90	40,2	141	31,1
Bardzo zadowolony	3	1,3	5	2,2	8	1,8
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2=19,572$; $p<0,001$; $C=0,20$

Stwierdzono istotną statystycznie, niezbyt silną zależność pomiędzy czasem trwania bezrobocia a zadowoleniem z jakości życia ($p<0,001$; $C=0,20$). Ponad jedna trzecia długotrwale bezrobotnych oceniła negatywnie swoją jakość życia, podczas gdy w grupie porównawczej udział ocen negatywnych był mniejszy i dotyczył jednej czwartej badanych. Jednocześnie odsetek pozytywnych ocen jakości życia był wśród długotrwale bezrobotnych znacząco niższy niż wśród krótkotrwale bezrobotnych (23,5% vs. 42,4%). Dodatkowo osoby długotrwale bezrobotne częściej niż bezrobotni przez krótki okres czasu nie byli w stanie jednoznacznie negatywnie bądź pozytywnie ocenić poziomu swojej jakości życia (44,4% w porównaniu do 33,9%) (Tabela II). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w ocenie jakości życia przez kobiety i mężczyzn będących długotrwale bezrobotnymi ($p>0,05$), choć warto zauważyć, że nieco częściej zadowoleni byli mężczyźni

(30% w porównaniu do 20,7%). Także wśród osób krótkotrwale bezrobotnych nie stwierdzono istotnej różnicy w ocenie jakości życia w zależności od płci, chociaż w tym przypadku częściej zadowolone okazały się kobiety (51% vs. 34,2%).

Tabela III. Dziedziny jakości życia a czas trwania bezrobocia

Obliczone parametry	Długotrwale bezrobotni	Krótkotrwale bezrobotni
Dziedzina fizyczna		
ŚREDNIA	14,46	15,27
Me	14,29	15,14
SD	2,12	2,39
Porównanie	z=3,799; p<0,001	
Dziedzina psychiczna		
ŚREDNIA	12,46	13,15
Me	12,00	13,00
SD	2,39	2,49
Porównanie	z=3,580; p<0,001	
Dziedzina społeczna		
ŚREDNIA	13,51	14,32
Me	14,00	14,67
SD	2,41	2,37
Porównanie	z=3,340; p<0,001	
Dziedzina środowiskowa		
ŚREDNIA	11,54	12,38
Me	11,50	12,50
SD	1,78	2,03
Porównanie	z=4,654; p<0,001	

Analiza postrzeganej jakości życia bezrobotnych w zakresie 4 dziedzin: zdrowia fizycznego, psychicznego, relacji społecznych i środowiska (Tabela III) wykazała, że zarówno osoby długotrwale, jak i krótkotrwale bezrobotne najgorzej postrzegały swoją jakość życia w obszarze otaczającego ich środowiska (fizycznego, domowego, materialnego a także uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku). Z kolei najlepiej wypadła ocena jakości życia w aspekcie zdrowia fizycznego (odczuwanego bólu i dyskomfortu, zależności od leków i leczenia, witalności) Stwierdzono istotną statystycznie różnicę oceny jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego u długotrwale i krótkotrwale bezrobotnych ($p < 0,001$), okazało się bowiem, że średnia ocena była istotnie wyższa w grupie krótkotrwale bezrobotnych ($15,27 \pm 2,39$ vs. $14,46 \pm 2,12$). Kobiety i mężczyźni nie różnią się w sposób istotny statystycznie pod względem oceny zdrowia fizycznego, co dotyczy obydwu badanych grup ($p > 0,05$). Dokonano także porównania mężczyzn długotrwale bezrobotnych z mężczyznami krótkotrwale bezrobotnymi i także w tym przypadku oceny zdrowia fizycznego okazały się podobne ($14,75 \pm 2,23$ vs. $15,24 \pm 2,25$; $p > 0,05$). Natomiast porównanie kobiet długotrwale bezrobotnych z krótkotrwale bezrobotnymi wykazało istotną statystycznie różnicę ($p < 0,001$). W tym przypadku okazało się, że średnia dla krótkotrwale bezrobotnych kobiet jest istotnie wyższa ($15,30 \pm 2,53$) niż dla kobiet długotrwale bezrobotnych ($14,18 \pm 1,98$). Badani istotnie różnie oceniają swoją jakość życia w dziedzinie zdrowia psychicznego ($p < 0,001$). Istotnie wyższa średnia dotyczy grupy krótkotrwale bezrobotnych ($13,15 \pm 2,49$) niż długotrwale bezrobotnych ($12,46 \pm 2,39$). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w tym zakresie pomiędzy kobietami i mężczyznami z obydwu badanych grup ($p > 0,05$). W obu grupach średnie były bardzo zbliżone (długotrwale bezrobotni odpowiednio 12,35 i 12,57 oraz krótkotrwale bezrobotni 13,07 i 13,24). Porównanie wyników dla kobiet pozostających długo i krótko bezrobotnymi wykazało istotną statystycznie różnicę ($p < 0,05$), niższa średnia była w grupie długotrwale bezrobotnych kobiet ($13,07 \pm 2,63$ vs. $12,35 \pm 2,53$). Analogiczne porównanie dziedziny psychicznej u mężczyzn z obu grup także wykazało istotnie wyższą średnią w przypadku mężczyzn krótkotrwale bezrobotnych ($13,24 \pm 2,36$ vs. $12,57 \pm 2,25$ przy $p < 0,05$). Zaobserwowano także istotną statystycznie różnicę pomiędzy długotrwale i krótkotrwale bezrobotnymi w zakresie oceny dziedziny społecznej jakości życia ($p < 0,001$). W grupie krótkotrwale bezrobotnych średnia ocena okazała się istotnie wyższa ($14,32 \pm 2,37$) niż dla długotrwale bezrobotnych ($13,51 \pm 2,41$). Porównanie mężczyzn i kobiet w obrębie każdej z analizowanych grup bezrobotnych nie wykazało istotnej statystycznie różnicy ocen dzie-

dziny społecznej (dla długotrwale bezrobotnych odpowiednio $13,66 \pm 2,35$ vs. $13,37 \pm 2,47$ oraz dla krótkotrwale bezrobotnych $14,27 \pm 2,26$ vs. $14,37 \pm 2,49$; $p > 0,05$). W następnej kolejności dokonano porównania oddzielnie mężczyzn w obu grupach i wykryto, iż mężczyźni krótkotrwale bezrobotni osiągnęli istotnie wyższe wyniki niż mężczyźni długotrwale bezrobotni ($14,27 \pm 2,26$ vs. $13,66 \pm 2,35$ przy $p < 0,05$). Podobnie grupy kobiet długo i krótkotrwale bezrobotnych istotnie różnią się oceną dziedziny społecznej (odpowiednio $13,27 \pm 2,24$ vs. $14,37 \pm 2,49$ przy $p < 0,01$). W tym przypadku różnica okazała się jeszcze większa niż dla mężczyzn. Stwierdzono także istotną statystycznie różnicę oceny ostatniej z badanych dziedzin jakości życia – dziedziny środowiskowej. Podobnie jak dla pozostałych dziedzin jakości życia istotnie wyższą średnią uzyskano dla osób krótkotrwale bezrobotnych - odpowiednio $12,38 \pm 2,03$ i $11,54 \pm 1,78$ ($p < 0,001$). Mężczyźni długotrwale bezrobotni uzyskali istotnie wyższą średnią ocenę dziedziny środowiskowej niż kobiety ($11,79 \pm 2,01$ w porównaniu do $11,29 \pm 1,50$ przy $p < 0,05$). W grupie porównawczej nie stwierdzono natomiast istotnej różnicy w tym zakresie pomiędzy kobietami i mężczyznami. Obydwie grupy mężczyzn nie różnią się między sobą istotnie w ocenie dziedziny środowiskowej ($11,79 \pm 2,01$ vs. $12,25 \pm 1,85$ przy $p > 0,05$). Jednocześnie porównanie kobiet wykazało, iż kobiety będące krótko na bezrobociu uzyskały istotnie wyższą średnią ($12,51 \pm 2,19$) niż bezrobotne długotrwale ($11,29 \pm 1,50$ przy $p < 0,001$).

Dokonując analizy postrzeganej jakości życia w obrębie 24 poddziedzin wykryto 14 obszarów, w obrębie których istnieją istotne różnice pomiędzy długotrwale i krótkotrwale bezrobotnymi. Stwierdzono, iż wraz z czasem trwania bezrobocia:

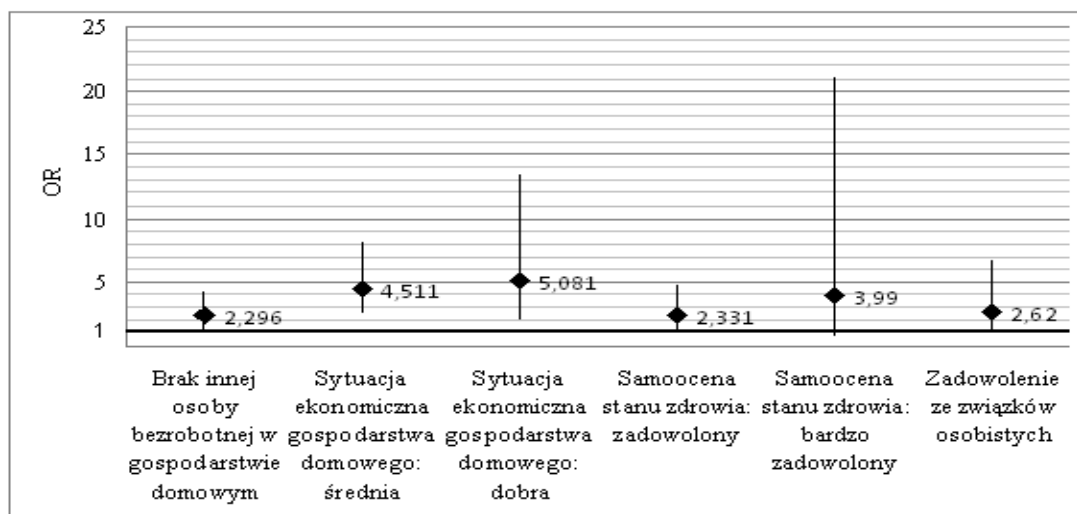
- zmniejsza się wiara w zdolność do jakiegokolwiek pracy (zarobkowej bądź niezarobkowej),
- spada zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia,
- wzrasta poczucie, iż ból fizyczny stanowi ograniczenie w aktywności życiowej
- zmniejsza się poczucie sensu i znaczenia własnego życia,
- osłabia się akceptacja własnego wyglądu zewnętrznego,
- zmniejsza się odczuwana radość z życia,
- wzrasta nasilenie takich negatywnych uczuć jak smutek, przygnębienie czy lęk,
- wzrasta niezadowolenie ze związków osobistych,
- zmniejsza się zadowolenie z życia seksualnego,
- pogorszeniu ulega poziom zadowolenia ze środowiska i warunków mieszkaniowych,
- zmniejsza się zadowolenie z zasobów finansowych,
- pogarsza się możliwość przemieszczania,
- zmniejsza się dostępność do informacji i umiejętności potrzebnych w codziennym życiu.

Natomiast dla pozostałych 10 poddziedzin jakości życia kwestionariusza WHOQOL-Bref nie wykryto różnic pomiędzy badanymi grupami. Nie obserwowano więc zależności pomiędzy czasem trwania bezrobocia a:

- poziomem sił witalnych,
- możliwością poruszania się,
- zadowoleniem ze snu,
- uzależnieniem możliwości prowadzenia codziennego życia od leczenia i użycia leków,
- umiejętnością koncentracji,
- poziomem samooceny własnej osoby,
- poziomem zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego,
- poczuciem fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa,
- możliwością i uczestnictwem w rekreacji oraz wypoczynku,
- zadowoleniem z dostępności do opieki medycznej.

W analizie logistycznej wieloczynnikowej dowiedziono, iż cztery czynniki wpływają na pozytywną ocenę jakości życia. Najważniejszym z nich okazała się sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, która jeśli była średnia zwiększała szansę pozytywnej oceny jakości życia 4,5 razy ($OR=4,511$), a jeśli była bardzo dobra to nieco ponad pięciokrotnie ($OR=5,081$). Także zadowolenie z własnego zdrowia zwiększało

tę szansę dwukrotnie (OR=2,331), a przy dużym zadowoleniu nawet niemal czterokrotnie (OR=3,990). Ważną rolę odgrywał także czynnik społeczny, jakim jest zadowolenie ze związków osobistych, które zwiększało pozytywną ocenę ponad 2,5-krotnie (OR=2,620). Natomiast brak innej osoby bezrobotnej w gospodarstwie domowym powodował, iż szansa pozytywnej oceny wzrasta ponad dwukrotnie (OR=2,296) (Rycina I).



Ryc. I. Ilorazy szans - szansa pozytywnej oceny jakości życia z 95% przedziałami ufności
Sytuacja zdrowotna i zachowania zdrowotne badanych

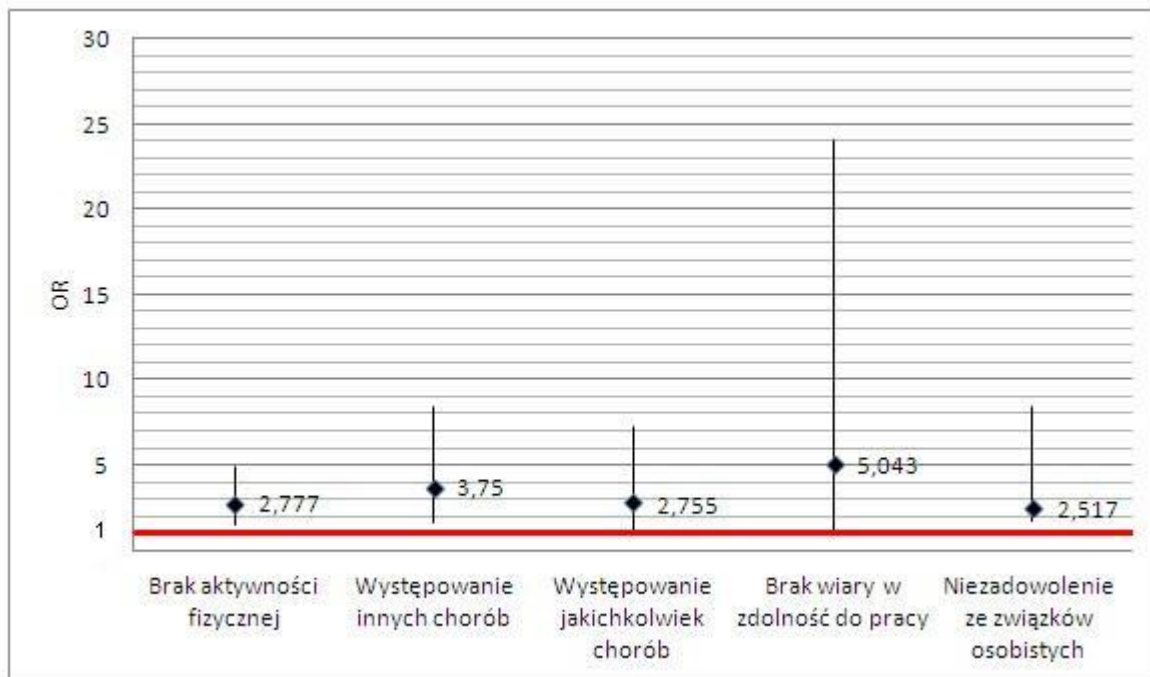
Tabela IV Samoocena stanu zdrowia a czas trwania bezrobocia

Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Bardzo niezadowolony	6	2,6	3	1,3	9	2,0
Niezadowolony	43	18,7	36	16,1	79	17,4
Ani zadowolony Ani niezadowolony	77	33,5	62	27,7	139	30,6
Zadowolony	97	42,2	112	50,0	209	46,0
Bardzo zadowolony	7	3,0	11	4,9	18	4,0
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2=5,126$; $p>0,05$

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy osobami krótko i długotrwale bezrobotnymi w zakresie zadowolenia ze swojego zdrowia ($p>0,05$). Okazało się, że połowa badanych jest zadowolona (46%) lub bardzo zadowolona (4%) ze swojego zdrowia, a dalszych 30,6% ani zadowolona, ani niezadowolona. Osoby długotrwale bezrobotne tylko nieco rzadziej wyrażały swoje niezadowolenie ze stanu zdrowia (21,3% wobec 17,4%) (Tabela IV). W grupie badanej nie stwierdzono istotnej różnicy w ocenie zadowolenia ze stanu zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p>0,05$), choć kobiety były częściej niezadowolone i bardzo niezadowolone (26,7% wobec 15,8% wśród mężczyzn). Także w grupie porównawczej kobiety i mężczyźni podobnie oceniali zadowolenie ze swojego zdrowia ($p>0,05$), aczkolwiek kobiety nieco częściej pozytywnie oceniały swoje zdrowie niż mężczyźni (56,6% vs. 53,1%). W tej grupie badanych odsetek zadowolonych okazał się wyższy zarówno wśród kobiet (56,6%) jak i wśród mężczyzn (53,1%) od analogicznych wartości w grupie długotrwale bezrobotnych (odpowiednio 43,1% i 47,4%).

W analizie logistycznej wieloczynnikowej najważniejszą cechą wpływającą na negatywną samoocenę stanu zdrowia okazał się brak wiary w zdolności do pracy, które zwiększało ryzyko negatywnej oceny pięciokrotnie (OR=5,043). Zdiagnozowanie choroby przewlekłej (bądź zaostrzenie jej objawów w okresie bezrobocia) zwiększało ryzyko niemal trzykrotnie (OR=2,755), a występowanie innych chorób, takich jak choroby układu kostno-stawowego, cukrzyca, czy choroby wzroku, słuchu, niemal czterokrotnie (OR=3,750). Także istotnym czynnikiem był brak aktywności fizycznej oraz niezadowolenie ze związków osobistych, które zwiększały ryzyko negatywnej samooceny stanu zdrowia odpowiednio 2,7 i 2,5-krotnie (OR=2,777 i OR=2,517) (Rycina II).



Ryc. II. Ilorazy szans - ryzyko negatywnej samooceny stanu zdrowia z 95% przedziałami ufności.

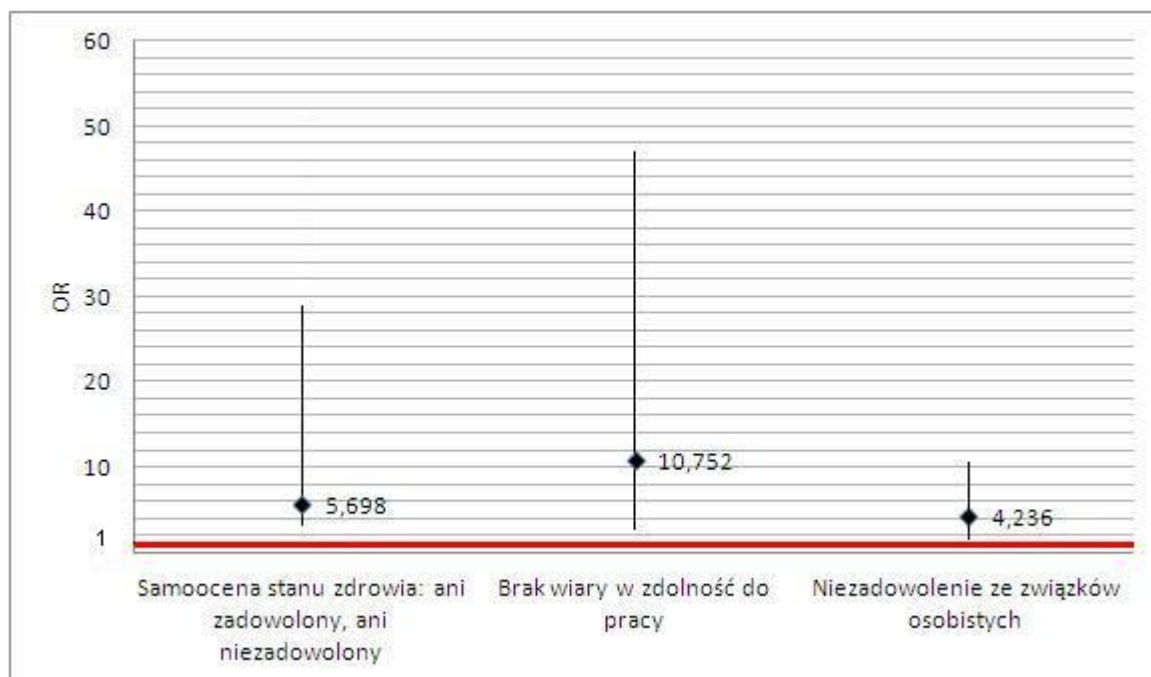
Tabela V. Ogólny stan zdrowia psychicznego a czas trwania bezrobocia

Wynik kwestionariusza GHQ 12	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Pozytywny	103	44,8	132	58,9	235	51,8
Negatywny	127	55,2	92	41,1	219	48,2
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2 = 9,095$; $p < 0,01$; $C = 0,140$

W niniejszym badaniu dokonano także analizy wpływu czasu trwania bezrobocia na stan zdrowia psychicznego badanych, która przeprowadzono za pomocą kwestionariusza GHQ-12. W grupie badanych bezrobotnych aż u 48,2% istniało ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy czasem trwania bezrobocia a wynikiem GHQ 12 (większe niż 2 istotnie częściej obserwowano u długotrwale bezrobotnych (55,2% wobec 41,1% u krótkotrwale bezrobotnych). A więc u tak dużej części badanych doszło do pogorszenia stanu psychicznego i wystąpienia takich objawów jak lęk czy depresja (Tabela V). W grupie długotrwale bezrobotnych nie zaobserwowano istotnej różnicy wyników GHQ 12 u kobiet i mężczyzn ($p > 0,05$). Warto jednak zauważyć, że wyniki świadczące o czasowym zaburzeniu zdrowia psychicznego nieco częściej występowały u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednie odsetki wynoszą: 58,6% i 51,8%).

Analiza logistyczna wieloczynnikowa wykazała, cechy istotnie zwiększające wpływające na ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego, cechami tymi są: brak wiary w zdolność do pracy, zwiększające to ryzyko ponad dziesięciokrotnie ($OR = 10,752$), brak zdolności do jednoznacznej oceny stanu zdrowia wywołujące wzrost ryzyka ponad 5-krotnie ($OR = 5,698$) i niezadowolenie ze związków osobistych, ponad czterokrotnie zwiększające ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego i wystąpienia stanów depresyjnych ($OR = 4,236$) (Rycina III).



Ryc. III. Ilorazy szans - ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego (GHQ-12>2) z 95% przedziałami ufności

Tabela VI. Występowanie chorób przewlekłych a czas trwania bezrobocia

Dolegliwość	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Choroby układu krążenia	73	31,7	55	24,6	128	28,2
Choroby układu pokarmowego	23	10,0	12	5,4	35	7,7
Choroby układu oddechowego	18	7,8	4	1,8	22	4,8
Zaburzenia psychiczne (w tym nerwice)	17	7,4	23	10,3	40	8,8
Inne przewlekłe choroby	42	18,3	45	20,1	87	19,2
Nie wystąpiły ani nie zaostrzyły się żadne schorzenia	110	47,8	123	54,9	223	49,1

* Procenty nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi

Ponad połowa długotrwale bezrobotnych poddanych badaniu (52,2%) przyznała, iż w okresie bezrobocia została u nich zdiagnozowana lub uległa zaostrzeniu choroba o charakterze przewlekłym. W grupie krótkotrwale bezrobotnych odsetek takich odpowiedzi był nieco niższy i wyniósł 45%. Najczęściej występującymi dolegliwościami były choroby układu krążenia, na wystąpienie których wskazywał co trzeci długotrwale bezrobotny i co czwarty krótkotrwale bezrobotny. Częstość występowania chorób w grupie badanej i porównawczej nie różniła się w sposób istotny statystycznie ($p>0,05$), z wyjątkiem chorób układu oddechowego, które istotnie częściej występowały u osób długotrwale bezrobotnych ($p<0,01$) – 7,8% i 1,8% (Tabela VI).

Tabela VII. Występowanie chorób przewlekłych a płeć w grupie długotrwale bezrobotnych

Dolegliwość	Długotrwale bezrobotni				Porównanie częstości	
	Mężczyźni		Kobiety		Chi2	p
	n	%	n	%		
Choroby układu krążenia	33	28,9	40	34,5	0,813	$p>0,05$
Choroby układu pokarmowego	10	8,8	13	11,2	0,379	$p>0,05$
Choroby układu oddechowego	11	9,6	7	6,0	1,041	$p>0,05$
Zaburzenia psychiczne (w tym nerwice)	4	3,5	13	11,2	4,978	$p<0,05$
Inne przewlekłe choroby	18	15,8	24	20,7	0,925	$p>0,05$
Nie wystąpiły ani nie zaostrzyły się żadne schorzenia	59	51,8	51	44	1,398	$p>0,05$

* Procenty nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi

Tabela VIII. Występowanie chorób przewlekłych a płeć w grupie krótkotrwale bezrobotnych

Dolegliwość	Krótkotrwale bezrobotni				Porównanie częstości	
	Mężczyźni		Kobiety		Chi2	p
	n	%	n	%		
Choroby układu krążenia	30	27,0	25	22,1	0,726	p>0,05
Choroby układu pokarmowego	6	5,4	6	5,3	0,201	p>0,05
Choroby układu oddechowego	1	0,9	3	2,7	0,237	p>0,05
Zaburzenia psychiczne (w tym nerwice)	6	5,4	17	15,0	5,647	p<0,05
Inne przewlekłe choroby	17	15,3	28	24,8	3,124	p>0,05
Nie wystąpiły ani nie zaostrzyły się żadne schorzenia	64	57,7	59	52,2	0,671	p>0,05

* Procenty nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi

Nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy występowaniem chorób przewlekłych w okresie bezrobocia a płcią badanych (p>0,05). Odnotować jednak należy, iż kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały na występowanie takich zaburzeń (56% w porównaniu do 48,2%). Podobne zjawisko występowało w grupie porównawczej, z tym że różnica była mniejsza (47,8% versus 42,3%). W grupie długotrwale bezrobotnych, tak jak w grupie porównawczej, zaburzenia psychiczne występowały istotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn (p<0,05). Pozostałe choroby występowały ze zbliżoną częstością. Jedynie choroby układu oddechowego w grupie badanej i choroby układu krążenia w grupie porównawczej występowały częściej wśród bezrobotnych mężczyzn (Tabela VII i VIII).

Tabela IX. Palenie tytoniu a czas trwania bezrobocia

Czy pali Pan/i papierosy?	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
TAK	117	50,9	127	56,7	244	53,7
NIE	113	49,1	97	43,3	210	46,3
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

chi²= 1,550; p>0,05

Analizie zostały także poddane zachowania zdrowotne badanych. Nie stwierdzono istotnej różnicy w częstości palenia papierosów w grupie badanej i porównawczej (p>0,05). Palącymi okazała się ponad połowa respondentów (53,7%), nieco częściej wśród krótkotrwale bezrobotnych (56,7%) niż wśród długotrwale (50,9%) (Tabela IX). Wśród długotrwale bezrobotnych nie stwierdzono istotnej różnicy w częstości palenia papierosów przez mężczyzn i kobiety (p>0,05). Mężczyźni palili papierosy nieco częściej niż kobiety (odpowiednie odsetki wyniosły: 54,4% i 47,4%). Podobne wyniki dotyczyły grupy porównawczej. Natomiast porównanie odpowiadających sobie grup mężczyzn i kobiet przebywających długookresowo i krótko na bezrobociu wykazało, że spadek rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów w większej mierze dotyczył mężczyzn niż kobiet.

Tabela X. Aktywność fizyczna a czas trwania bezrobocia

Regularna aktywność fizyczna	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
TAK	153	66,5	146	65,2	299	65,9
NIE	77	33,5	78	34,8	155	34,1
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

chi²= 0,091; p>0,05

Ponad jedna trzecia badanych przyznała, iż nie uprawia jakiegokolwiek formy aktywności fizycznej, w tym gimnastyki czy pracy na działce. Nie wykazano istotnej różnicy w poziomie aktywności fizycznej pomiędzy długotrwale i krótkotrwale bezrobotnymi, niezależnie od czasu trwania bezrobocia aktywność fizyczna badanych pozostawała na podobnym poziomie. (Tabela X). Wśród długotrwale bezrobotnych nie stwierdzono istotnej różnicy w częstości uprawiania aktywności fizycznej pomiędzy mężczyznami i kobietami (p>0,05), choć kobiety częściej przyznawały, że są aktywne (72,4%) niż mężczyźni (60,5%). Także i w grupie krótkotrwale bezrobotnych mężczyźni i kobiety nie różnili się istotnie pod względem aktywności fizycznej (p>0,05). W tej grupie różnice między płciami były jeszcze mniejsze niż w grupie porównawczej (64% mężczyźni i 66,4% kobiety). Porównując wyniki osobno dla mężczyzn i kobiet pomiędzy grupami badaną i po-

równawczą można stwierdzić, iż rozpowszechnienie aktywności fizycznej wśród długotrwale bezrobotnych mężczyzn jest mniejsze, natomiast kobiet większe w porównaniu do grup krótkotrwale bezrobotnych.

Dyskusja

Badania populacyjne zarówno retro- jak i prospektywne wskazują, iż w okresie bezrobocia wzrasta zachorowalność na choroby somatyczne, która nasila się wraz z czasem trwania bezrobocia [10,19,20]. W przeprowadzonym badaniu tylko częściowo udało się potwierdzić tę obserwację. Bezrobotni długotrwale częściej niż krótkotrwale bezrobotni wskazywali na wystąpienie chorób przewlekłych w okresie gdy nie posiadają stałego zatrudnienia, jednak nie był to związek istotny statystycznie. Większość badań wskazuje na większą zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia wśród osób bezrobotnych [9,10,21,22]. W niniejszym badaniu chorobami, które najsilniej związane były z czasem trwania bezrobocia okazały się choroby układu oddechowego. Podobne obserwacje świadczące o nasilonym występowaniu chorób układu oddechowego wśród bezrobotnych ukazały fińskie badania rynku pracy oraz badania L. Fagin, S.V. Kasl [10,23,24]. Obecność takich zaburzeń miała także istotny wpływ na postrzeganą jakość życia badanych. Może to być spowodowane znacznym rozpowszechnieniem nałogu palenia papierosów w grupie badanej.

Wyniki przeprowadzonego badania świadczą, iż stres wywołany bezrobociem skutkuje nieznacznym pogorszeniem samooceny stanu zdrowia wraz z długością trwania bezrobocia, co jest zgodne z wynikami innych badań [9,10,25,26]. Zaobserwowane różnice pomiędzy długotrwale i krótkotrwale bezrobotnymi w badanej grupie wieku okazały się stosunkowo niewielkie i nieistotne statystycznie. Nie wykazano także istotnych różnic w samoocenie stanu zdrowia pomiędzy mężczyznami i kobietami. W porównaniu do populacji generalnej bezrobotni długotrwale znacznie gorzej oceniali stan swojego zdrowia. Tylko 45% bezrobotnych długotrwale oceniało pozytywnie swoje zdrowie, podczas gdy średni wynik dla populacji Polski to blisko 72% [27]. Różnica w pozytywnej ocenie stanu zdrowia mężczyzn i kobiet okazała się mniejsza, wyniosła bowiem tylko 4,3%, podczas gdy w badaniu dotyczącym ludności Polski różnica ta wynosiła 7% na korzyść mężczyzn. W porównaniu do mieszkańców Łodzi w tej samej grupie wieku, tj. 45 – 64 lata badani bezrobotni wykazują znacznie gorszą ocenę stanu zdrowia i rzadziej oceniają ją pozytywnie (45,2% w porównaniu do 73,1%) [28].

Wyniki badania ukazały silny związek między przewlekłym narażeniem na stres bezrobocia a pogorszeniem nastroju, przygnębieniem i smutkiem. Obserwacje przedstawione przez Latalskiego i współpracowników oraz Bjarnason i Sigurdardottir wykazały podobne zależności [26,29]. W niniejszym badaniu zauważalny był także związek pomiędzy pogorszeniem nastroju a obniżeniem samooceny stanu zdrowia wśród bezrobotnych.

Długotrwale narażenie na stresor psychospołeczny jakim jest brak zatrudnienia doprowadziło w grupie badanych bezrobotnych do zaburzeń zdrowia psychicznego i wystąpienia stanów depresyjnych. Jednocześnie wśród osób bezrobotnych relatywnie krótko (do 6 miesięcy) nieco częściej niż wśród długotrwale bezrobotnych występowały choroby psychiczne. Zdaniem niektórych badaczy skutki utraty pracy - prowadzące do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego a nawet poważnych zaburzeń psychicznych - mogą wystąpić zwłaszcza w okresie do 6 miesięcy po utracie pracy. Bezrobotni dłużej niż 6 miesięcy doświadczają natomiast stabilizacji poziomu zdrowia psychicznego, które utrzymuje się jednak na niskim poziomie prowadząc często do niepokojów, lęków i depresji [8,30,31]. Porównując rozpowszechnienie takich stanów w badanej grupie z częstością występowania podobnych zaburzeń wśród dorosłych mieszkańców Łodzi należy stwierdzić, iż zaburzenia o charakterze depresyjnym występują dwukrotnie częściej wśród bezrobotnych. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w ramach polskiego programu WHO-CINDI, częstość występowania depresji dotyczy blisko co czwartego dorosłego mieszkańca Łodzi [32]. W niniejszym badaniu u ponad połowy badanych stan psychiczny uległ krótkotrwałemu lub długookresowemu załamaniu wskutek doświadczanych trudności skutkując u tych osób zaburzeniami depresyjnymi.

Badani bezrobotni najczęściej (39,1%) oceniali swoją jakość życia na średnim poziomie, a dokładnie nie byli w stanie ocenić czy są z niej zadowoleni czy nie. Pozytywnie jakość życia oceniał co trzeci bezrobotny, negatywnie zaś ponad jedna czwarta badanych. Postrzegana jakość życia ulegała pogorszeniu wraz z

trwaniem okresu bezrobocia na co wskazuje fakt, iż odsetek ocen pozytywnych w grupie długotrwale bezrobotnych wyniósł tylko 23,5%, podczas gdy wśród krótkotrwale bezrobotnych odsetek ten wyniósł 42,4%. Wyniki te są gorsze od oceny jakości życia dokonanej przez młodych bezrobotnych (w wieku 20 – 25 lat), gdzie 67% badanych oceniło swoją jakość życia pozytywnie [33]. W porównaniu do oceny zadowolenia z życia wyrażanej w badaniach na reprezentatywnej grupie mieszkańców Polski oraz województwa łódzkiego ocena jakości życia osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej jest znacznie gorsza. Odsetek ocen pozytywnych wynosi w takich badaniach ok. 70% respondentów [27,34]. Pośrednio potwierdza to wyniki innych badań [35,36,37,38], które wskazują, iż bezrobotni charakteryzują się gorszą oceną jakości życia niż pracujący. Z przeprowadzonych przez nas badań wynika również, iż ważnym czynnikiem wpływającym na ogólną ocenę jakości życia osób bezrobotnych była ocena sytuacji ekonomicznej gospodarstwa domowego. Innymi słowy dobra ocena sytuacji ekonomicznej zwiększała szansę pozytywnej oceny jakości życia. Podobne wyniki uzyskano w badaniach osób w wieku 45 – 64 lata z niskim dochodem przeprowadzonych przez amerykańskie centrum zwalczania i zapobiegania chorobom [39].

Istotnym czynnikiem mogącym mieć wpływ na poziom zdrowia osób bezrobotnych jest znaczne rozpowszechnienie nałogu palenia papierosów, jakie występuje w tej zbiorowości. W niniejszym badaniu blisko 54% ankietowanych przyznało, iż pali papierosy. Wraz z czasem trwania bezrobocia odsetek osób palących malał, lecz wciąż wynosił ponad 50% badanych. Jest to wynik znacznie wyższy niż w badaniach ogólnopolskich, dotyczących reprezentatywnej grupy całej ludności Polski, gdzie do palenia tytoniu przyznawał się co czwarty, a w grupie wiekowej 45 i więcej lat co trzeci respondent [27]. Ponadto zaobserwowana w badaniu częstość występowania osób palących papierosy była wyższa od rozpowszechnienia tego zjawiska wśród mieszkańców Łodzi w tej samej grupie wiekowej, gdzie wyniosła 48,5% [28]. Wyniki niniejszego badania są więc zbieżne z wynikami przywołanego poprzednio badania ogólnopolskiego oraz innych badań wśród bezrobotnych, w których zaobserwowano większy odsetek osób palących papierosy wśród osób pozostających bez pracy niż wśród zatrudnionych [27,40,41,42].

Wnioski

Bezrobocie będące źródłem stresu i może być postrzegane jako szkodliwy bodziec środowiska, w jakim żyje dzisiejszy człowiek. W opracowanej przez amerykańskiego psychologa T. H. Holmes'a skali określającej wpływ wydarzeń życiowych na stres utrata pracy znajduje się w pierwszej dziesiątce najsilniejszych zdarzeń wywołujących stres. Bezrobocie posiada tylko nieco mniejszy potencjał stresu niż choroba, uszkodzenie ciała, czy śmierć bliskiego członka rodziny, a jednocześnie jest bardziej stresujące niż zmiana stanu zdrowia członka rodziny, odejście na emeryturę lub problemy seksualne [43].

Efekty utraty pracy nie są jednakowe dla wszystkich i zależą od wieku oraz etapu życia zawodowego. Dla osób w średnim bądź zaawansowanym wieku produkcyjnym bezrobocie może oznaczać zakończenie życia zawodowego i zmniejszenie świadczeń emerytalnych oraz dodatkowe ubytki w zdrowiu, które i tak pogarsza się z wiekiem.

Przedłużający się brak pracy, bezrobocie długotrwale wpływa także na postrzeganą jakość życia we wszystkich jej aspektach – zdrowotnym, fizycznym, społecznym i środowiskowym. Przeprowadzona analiza wieloczynnikowa przy pomocy modelu regresji logistycznej wykazała, iż siła efektów bezrobocia zależy od wielu współistniejących czynników, takich jak sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, wiara w swoją zdolność do pracy, zadowolenie ze związków osobistych, obecność innej osoby bezrobotnej w gospodarstwie domowym poziom aktywności fizycznej. Do nasilenia zdrowotnych efektów bezrobocia przyczyniać się mogą również takie czynniki jak płeć żeńska, wiek 55 – 59 lat, pozostawanie w stałym związku, wykształcenie. Czynniki te powinny być uwzględnione w strategii służb zatrudnienia i programach aktywizacji osób bezrobotnych oraz działaniach prewencyjnych i interwencyjnych z zakresu zdrowia publicznego.

Znaczne bezrobocie występujące wśród osób w starszej grupie wieku produkcyjnego oraz negatywne skutki zdrowotne z jakimi wiąże się stres bezrobocia mogą utrudniać ich powrót na rynek pracy. Pomoc i wsparcie jaką otrzymują bezrobotni powinny obejmować również działania, których celem jest zapobieganie pozaekonomicznym skutkom bezrobocia. Działalność urzędów pracy, jak również innych organizacji

powinna być zatem nakierowana także na zwalczanie społeczno – zdrowotnych konsekwencji stresu bezrobocia. Programy edukacyjne, profilaktyczne i interwencyjne, skupione na promocji zdrowia oraz prewencji chorób powinny stanowić integralną część programów walki ze skutkami bezrobocia w środowisku miejskim. Proces demograficzny określany mianem starzenia się społeczeństwa, prowadzi do wzrostu liczebnego starszej populacji. Zmniejszanie się zasobów pracy powinno zatem sprzyjać aktywizacji zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym i zapobieganiu ich przedwczesnemu wychodzeniu z rynku pracy.

Piśmiennictwo / references

1. http://www.stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks [dostęp 16.03.2013]
2. Miesięczna informacja o bezrobociu w Polsce w grudniu 2012 roku, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS, Warszawa 2013.
3. Statystyki Rynku Pracy, Statystyki strukturalne 2012, TABELA T31, <http://www.psz.praca.gov.pl/main.php?do=ShowPage&nPID=867997&pT=details&sP=CONTENC,objectID,867970> [dostęp 16.03.2013]
4. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database; Population and social conditions/Labour market (labour), (dostęp 16.03.2013).
5. Statystyki Rynku Pracy, Statystyki strukturalne 2012, TABELA kT6, <http://www.psz.praca.gov.pl/main.php?do=ShowPage&nPID=867997&pT=details&sP=CONTENC,objectID,867970> (dostęp 16.03.2013).
6. Statystyki Rynku Pracy, Statystyki strukturalne 2012, TABELA T39k, <http://www.psz.praca.gov.pl/main.php?do=ShowPage&nPID=867997&pT=details&sP=CONTENC,objectID,867970> (dostęp 16.03.2013);.
7. http://www.pup-lodz.pl/images/stories/statystyka/2012/MPiPS-01/Zalaczniki/2012_MPiPS-01_Zalaczniki%201_IV_kwartal.pdf (dostęp 16.03.2013).
8. Kalbarczyk A., Psychologiczne konsekwencje utraty pracy i bezrobocia, [w:] Kranas G. (red.), Organizacja, Praca, Bezrobocie, W.U.W., Warszawa 1999: 7-44.
9. Leder S., Bezrobocie a zdrowie, *Psychiatria Polska* 1994, 27, 6: 652 – 666.
10. Przewoźniak L., Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia, [w:] A. Czupryna i in. (red.), *Zdrowie publiczne*, T. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000: 71-98.
11. Mathers C.D., Schofield D.J., The health consequences of unemployment: the evidence, *MJA* 1998, 168: 178-182.
12. Nylén L., Voss M., Floderus B., Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry, *Occup. Environ. Med.* 2001, 58: 52-57.
13. Claussen B., Bjørndal A., Hjort P.F., Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed, *J. Epidemiol. Community Health* 1993, 47: 14-18.
14. Novo M., Hammarström A., Janlert U., Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession, *Soc. Sci. Med.* 2001, 53: 293-303.
15. The WHOQOL group, The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, *Soc. Sci. Med.* 1995, 41: 1403 – 1409.
16. Wdowiak L., Stanisławek D., Stanisławek A., Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej, *Medycyna Rodzinna* 2009, 4: 49 – 63.
17. Kulczycka L., Sysa – Jędrzejowska A., Robak E., Jakość życia chorych na układowy toczeń rumieniowaty ze szczególnym uwzględnieniem metodyki badań, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2007, 61: 473 – 477.
18. Makowska Z., Merecz D., Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Golberga, *Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2001.
19. Martikainen P.T., Valkonen T., Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment, *The Lancet* 1996, 348: 909 – 913.

20. Leeflang R. L. I., Klein – Hesselink D. J., Spruit I. P., Health effect of unemployment – I. Long – term unemployed men in a rural and an urban setting, *Soc. Sci. Med.* 1992, 34: 341 – 350.
21. Geyer S., Peter, R., Hospital admissions after transition into unemployment, *Sozial und Präventivmedizin* 2003, 48: 105 – 114.
22. Eliason M., Storrie D., Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause - specific hospitalization following involuntary job loss, *Soc. Sci. Med.* 2009, 68: 1396 – 1406.
23. Linkola P., Nowa polityka wiekowa Finlandii od 1995 roku, *Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce*, Warszawa 2007.
24. Bańka A., Jak definiuje się bezrobocie z perspektywy psychologicznej?, [w:]Bańka. A., *Podręcznik pomocy psychologicznej*, Wydawnictwo PRINT – B, Poznań 1992: 35-38.
25. Kostrzewski Sz., Worach–Kardas H., Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim, *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89, 4: 500–506.
26. Latański M. i in., Problemy zdrowotne bezrobotnych w makroregionie lubelskim, *Zdrowie Publiczne* 2004, 114, 4: 271 – 273.
27. Czapiński J., Panek T., *Diagnoza Społeczna 2009, Warunki i jakość życia Polaków, załącznik 2, Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2009.*
28. Pyżalski J., Iwanowicz E., Wojtaszczyk P., Raport z badania w ramach projektu „Orientacja na zdrowie i dobrostan społeczny w regionie Morza Bałtyckiego/HEPRO”, Łódź 2007.
29. Bjarnason T., Sigurdardottir T. J., Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries, *Soc. Sci. Med.* 2003, 56: 973 – 985.
30. Warr P., Psychologiczne skutki długotrwałego bezrobocia, [w:] Chirkowska – Smolak T., Chudzicka A. (red.), *Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2004.
31. Lipka A., Indywidualne koszty bezrobocia. Próba klasyfikacji, *Polityka Społeczna* 1992, 3: 4 - 8.
32. Drygas W. i in., Stan zdrowia, postawy i zachowania zdrowotne dorosłych mieszkańców Łodzi, *Uniwersytet Medyczny w Łodzi*, Łódź 2007.
33. Axselsson L. i in., Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population – based questionnaire study, *International Journal for Equity in Health* 2007, 6: 1 – 9.
34. Wciórka B., Poziom satysfakcji życiowej Polaków w latach 1994 – 2006, *Komunikat z badań, CBOS*, Warszawa 2007.
35. Zagożdżon P., Ejsmond J., Jakość życia związana ze zdrowiem u bezrobotnych, *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89, 4: 498 – 503.
36. Brenklev T. i in., Relationship Between Sick Leave, Unemployment, Disability, and Health-Related Quality of Life in Patients With Inflammatory Bowel Disease, *Inflammatory Bowel Diseases* 2006, 12: 402-412.
37. Jiang Y., Hesser J. E., Associations between health – related quality of live and demographics and health risks. Results from Rhode Islands 2002 behavioral risk factor survey, *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4: 1 – 9.
38. Martella D., Maass A., Unemployment and Life Satisfaction: The Moderating Role of Structure and Collectivism, *Journal of Applied Social Psychology* 2000, 30: 1095 – 1108.
39. Zahran HS, i in., Public Health and Aging: Health-Related Quality of Life Among Low-Income Persons Aged 45-64 Years United States, 1995-2001, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003, 52: 1120-1124.
40. Wadsworth M. E. J., Montgomery S. M., Bartley M. J., The persisting effect of unemployment on health and social well – being in working life, *Soc. Sci. Med.* 1999, 48: 1491 – 1499.
41. Latański M. i in., Wpływ bezrobocia na stan zdrowia i kształtowanie zachowań zdrowotnych wśród osób pozostających bez pracy, *Zdrowie Publiczne* 2003, 113,1-2: 174 – 177.

42. Worach-Kardas H., Kostrzewski Sz., Zdrowotne konsekwencje bezrobocia długotrwałego, I Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Nierówności w zdrowiu w miastach i na terenach wiejskich, Łódź 2008.
43. Oniszczenko W., Stres to brzmi groźnie, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 1998.

Їжа – як основний фактор здоров'я студента

Яхно Г. Г., Яхно Є. Г.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: За даними ВООЗ найголовнішим фактором впливу на збереження і зміцнення здоров'я є якісне раціональне харчування. На основі власних і літературних даних проведено аналіз впливу харчування на стан здоров'я студентської молоді.

Ключові слова: їжа, обмін речовин, біохімічні процеси, здоров'я студента.

Актуальність. Раціональне харчування (ratio – розумний) – достатнє в кількісному й повноцінне в якісному відношенні харчування. Воно сприяє збереженню здоров'я, опірності шкідливим факторам навколишнього середовища, високій фізичній й розумовій працездатності, а також активному довголіттю. На жаль, не кожен може з впевненістю сказати, що його раціон є достатнім та повноцінним. Досить часто, ми відкидаємо на задній план, важливість таких речей як те, що ми їмо, як часто, коли саме і як це впливає на нас. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на першому місці стоїть проблема харчування. Саме нераціональне харчування становить 11,7% в глобальному тягарі смертей, серед 40% відомих усіх факторів ризику. Отож, найголовнішим напрямком зусиль по збереженню та зміцненню здоров'я людей є покращення в першу чергу їх харчування.

Мета. Мета даної роботи наголосити на небезпеку, яку можуть нести для нас продукти харчування. А також за допомогою анкетування, проаналізувати вплив харчування, на стан здоров'я студентів.

Матеріали та методи. В ході наукового дослідження, шляхом вивчення, використанні матеріали наукового та публіцистичного характеру, сучасні наукові дослідження, електронні джерела інформації, результати соціологічного опитування.

Результати. Про шкідливий вплив більшості харчових продуктів написано чимало статей і знято не один телесюжет, але на превеликий жаль, факти про шкідливість подібного харчування вже нікого не лякають. Та в людській свідомості різноманітні продукти скоріше асоціюються з надмірною вагою, але не їх руйнівною силою. Не варто недооцінювати вплив харчування на стан нашого здоров'я, адже якщо молодий організм ще може компенсувати різноманітні шкідливі впливи, то його резерви постійно вичерпуються, організм втрачає тонус, життєву силу, що проявляється у вигляді апатії, неврозів, втрати інтересу до життя, численних хвороб які обсідають людину вже до 30 років.

Харчування – невід'ємна складова біохімічних процесів, тому до нього потрібно ставитися з неабиякою відповідальністю. У нашому житті на нас діють і так безліч руйнівних факторів, на які ми не маємо суттєвого впливу, тому контролювати наше харчування нам під силу і це повною мірою є нашим обов'язком. Адже щасливе, впевнене майбутнє в руках здорової, повної сил та енергії молоді. Хімічно синтезовані речовини, консерванти, штучні барвники, гормони, антибіотики, ароматизатори, стабілізатори, підсилювачі смаку – усе це ми вживаємо з продуктами харчування. Використання багатьох добавок дозволено, якщо їх кількість в продуктах не перевищує допустимої норми. Проте говорити про їх нешкідливість можна за умови, що вони споживаються рідко. При постійному вживанні вони накопичуються, викликаючи розлади кишково-шлункового тракту, ендокринної системи, головного мозку, ЦНС, погіршення зору. Так постійне споживання гамбургерів є причиною змін хімічних процесів в мозку людини, що спостерігається й при кокаїновій або героїновій залежності. Кава - ворог розумової праці, до такого висновку прийшли канадські вчені університету Британської Колумбії. Кофеїн і амфетамін зовсім не спонукають до розумової дії, а навпаки гальмують мотивацію.

Кока кола – наявність фосфорної кислоти, сприяє розвитку остеопорозу. Кофеїн, який входить до складу коли, є сильним сечогінним засобом, викликає спрагу.

Пиво – викликає психологічну залежність більш сильну ніж міцні напої. Шкідливість пива для людського організму дуже обширна: вимирання клітин головного мозку, порушення функцій спинного мозку, міокардіодистрофія, цироз печінки, гепатит, гастрит, невропатія, ураження зорового та слухового аналізаторів.

Пиво вміщує ряд токсичних речовин, в тому числі, солі важких металоїдів, що викликають зміни в ендокринній системі. Так, в організмі чоловіків при систематичному вживанні пива виділяється така речовина, що пригнічує синтез статевих гормонів тестостерона. Одночасно починають вироблятися жіночі статеві гормони, що викликають зміни зовнішнього вигляду чоловіка. У чоловіків, які часто вживають пиво, розростаються грудні залози, стає ширшим таз. У жінок, які вживають пиво, зростає імовірність захворювання на рак, а якщо це годуючі матери, то у дитини можливі епілептичні судоми. Також, у жінок стає грубим голос і з'являються так звані «пивні вуса».

Висновки. Проведене анкетування серед студентів дозволяє зробити наступні висновки, що тільки 13,0% студентів вважають свій раціон харчування повноцінним та збалансованим, 48,0% споживають їжу швидкого приготування кожного дня, 55,0% турбують розлади шлунково-кишкового тракту, які вони пов'язують з своїм харчуванням, у 93,0% студентів харчування суттєво погіршилося за час навчання. Ще одним важливим аспектом є те, що 52,0% студентів малоінформовані про шкідливий вплив популярних напоїв та їжі швидкого приготування тільки з інтернету, тому дуже важливим є проведення просвітницької роботи серед студентів під час занять, розробляти інформаційні стенди та брошури.

Зміна вектору розвитку медичної галузі в напрямку профілактики та якості медпослуг

Крекотень О. М.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Анотація: Чи призведе зміна вектору розвитку медичної галузі до якості надання медпослуг, доступності до них різних верств населення, і який термін необхідний для появи свідомості національної культури збереження та зміцнення здоров'я індивіда? Інтеграція між ЗОЗ всіх форм власності в напрямку отримання інформації про споживача медпослуг надала б можливість економії часу послуг лікаря, уникнення необхідності дублювання процедур та вчасного призначення фармакотерапії.

Ключові слова: якість і доступність медпослуг, дублювання процедур та вчасне призначення фармакотерапії

Streszczenie: Czy zmiana kierunku w medycynie w celu zapewnienia jakości medusługi, dostępu do tych grup i jak długo trwa do świadomości narodowej kultury zachowania i wzmacniania zdrowia danej osoby? Integracja między ZOZ wszystkie formy własności wobec uzyskania informacji o konsumentów medusługi zapewni możliwość zaoszczędzenia czasu lekarza, unikając konieczności powielania procedur oraz terminowego powołanie farmakoterapii.

Słowa kluczowe: jakość i przystępność medusługi, powielanie procedur i terminowe wyznaczenie farmakoterapii

Summary: Will the change in direction of the medical industry to provide quality medusługi, access to these different groups, and how long takes to consciousness of national culture preservation and strengthening of health of the individual? Integration between ZOZ all forms of ownership towards obtaining information about consumer medusługi would provide the opportunity to save time doctor, avoiding the necessity of duplication of procedures and timely appointment of pharmacotherapy.

Keywords: quality and affordability medusługi, duplication of procedures and timely appointment of pharmacotherapy

Відомо, що кожна існуюча на сьогоднішній день система охорони здоров'я (державна, приватна, страхова) має свої переваги та недоліки. Поява в Україні за останнє десятиріччя, поряд з державною, приватної системи охорони здоров'я (ЗОЗ) свідчить про нераціональне використання державних коштів галуззю охорони здоров'я на утримання лікувально-профілактичних закладів та появу когорти населення, яка готова сплачувати кошти за рахунками приватних клінік та діагностичних центрів.

Прикро, що в ЗМІ, у виступах керуючої ланки та пересічних громадян акцентується увага на погіршення якості надання медичної допомоги населенню лікувально-профілактичними закладами за системою Семашко, при цьому найкращі спеціалісти-професіонали, все ж таки, залишаються в закладах державного підпорядкування. Інформування населення проводиться в такому напрямку, що підсвідомо їх змушують звертатись до приватних кабінетів та клінік, які за рахунок нового медичного обладнання дають лише більш достовірні результати діагностичних послуг.

Слід віддиференційовувати якість діагностичних та лікувально-консультативних послуг як державних, так і приватних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що чітко прослідковується за показником результативності – виліковування споживача медпослуг. Зрозуміло, що якість діагностичних послуг на порядок вища у приватних закладах, тоді як лікувально-консультативних – у державних, де знаходяться трудові ресурси з тривалим досвідом практичної охорони здоров'я.

Ми говоримо про ринкову економіку, конкурентоспроможність ЗОЗ, але забуваємо, що третьою важливою складовою маркетингової діяльності є сервіс, тобто обслуговування споживача, що вправно використовують приватні клініки та кабінети. Ми не стоїмо в чергах, можна записатись на

прийом до лікаря в зручний для нас день та години, вам посміхаються, супроводжують до необхідного кабінету і т. д., що є відсутнім у закладах державної форми власності. Але існує інший негативний чинник, коли спрацьовує механізм економіки, тобто підрахунку власних коштів приватного лікаря – чим більше або частіше прийдуть до нас клієнтів, тим більшу зарплатню отримаємо в кінці місяця, що є потужним поштовхом до різних варіантів залучення громадян для частого відвідування даних закладів, іноді забуваючи про мораль, совість та етику.

Тоді виникають наступні запитання – чому за період появи приватних клінік стан здоров'я українців щорічно погіршується, турбує високий показник смертності та надсмертності чоловіків, негативна демографічна ситуація і т. д.? Чому всі негаразди даної ситуації взяла на себе лише державна СОЗ? Чому ніхто не піднімає питання про відповідальність приватних лікарів щодо результатів своєї діяльності, особливо негативних наслідків? Чому пацієнти залишивши всі кошти у приватних клініках приходять за медичною допомогою до державних закладів у вкрай важких станах, де вимагають безкоштовної медицини та ввічливого ставлення з максимальним сервісним обслуговуванням? Причина криється в тому, що законодавчо не створено контролюючого незалежного органу щодо перевірки професійної діяльності даної категорії спеціалістів і навіть територіальні управління охорони здоров'я не мають таких повноважень. Ніхто не аналізує результати їх роботи, правильність та необхідність призначень діагностичних та лікувальних процедур в об'ємі, у якому це здійснюється тощо.

Інтеграція між СОЗ всіх форм власності в напрямку отримання інформації про споживача медпослуг надала б можливість економії часу послуг лікаря, уникнення необхідності дублювання процедур та вчасного призначення фармакотерапії.

Чи вирішить проблему профілактики та якості медпослуг упровадження страхової СОЗ? Частково, через неплатоспроможність значної частки населення; неспроможності СОЗ забезпечити якісні медпослуги в обсягах передбачених страховим полюсом, особливо щодо сервісного обслуговування (проблеми кадрового та матеріально-технічного забезпечення); вибір страхової компанії (довіра до неї). Аналізуючи найбільш розвинену страхову СОЗ Німеччини, виникає запитання – чи готовий український роботодавець сплачувати за свого працівника ½ страховки? Через який механізм? Можна йти шляхом вирахування із його зарплати, з якої він повинен заплатити другу частину, тоді що залишиться на існування? Інший – через скорочення працівників, що породжує ще більше безробіття, так як роботодавець не готовий взяти додаткові витрати на себе. Ключовим моментом страхової СОЗ є те, що медичне страхування передбачає, перш за все, профілактику виникнення патологічних станів, за виконання заходів якої несе відповідальність сам індивід. Населення України не є достатньо проінформованим у напрямку зміцнення та збереження свого здоров'я, компетентні структури немотивовані до виконання своїх завдань у повному об'ємі, а діяльність держави направлена на покращення економічної ситуації країни.

Питання залишається відкритим – чи призведе зміна вектору розвитку медичної галузі до якості надання медпослуг, доступності до них різних верств населення, і який термін необхідний для появи свідомості національної культури збереження та зміцнення здоров'я індивіда?

Етичні та деонтологічні принципи в діяльності медичного психолога

Роксолана Карпінська

Львівський медичний коледж післядипломної освіти

Анотація: В статті представлено етичні та деонтологічні принципи в діяльності медичного психолога. Дослідженням доведено, що визначальними чинниками діяльності медичного психолога в процесі становлення позитивних змін емоційної сфери молоді є позитивна спрямованість взаємовідносин «молода людина – медичний психолог», яка передбачає навички професійної етики та деонтології медичного психолога; використання психокорекційних вправ, спрямованих на прискорення процесу позитивних змін емоційної сфери молоді; підбір технік психотренінгової роботи з молоддю; створення системи етично-деонтологічних психокорекційних заходів з вирішення проблем молоді.

Ключові слова: етика, деонтологія, медичний психолог, етично-деонтологічні психокорекційні заходи, психотренінгова робота

Streszczenie: Przedstawiono zasady etyczne i deontologiczne psychologii medycznej. Badania dowiodły, że czynnikami decydującymi o psychologii zdrowia w tworzeniu pozytywnych zmian w sferze emocjonalnej młodzieży dodatnia orientacja związek "młody człowiek – medycznych psycholog", który polega na umiejętności etyki i deontologii zawodowej lekarza psychologa, stosowanie psycho ćwiczenia mające na celu przyspieszenie procesu pozytywnych zmian emocjonalnych w dziedzinie młodzieży, techniki selekcji psychotreninhovoyi pracy z młodymi ludźmi, stworzenie systemu etycznego i deontologiczne psycho działania w celu rozwiązania problemów młodzieży.

Słowa kluczowe: etyka, deontologia medyczna psycholog, etyczne i środki pracy deontologiczne psycho psychotreninhova

Summary: The paper presents the ethical and deontological principles of medical psychology. The study proved that the determining factors of health psychology in the making positive changes in the emotional sphere of youth is a positive relationship orientation "young man – medical psychologist", which involves skills of professional ethics and deontology medical psychologist, use of psycho exercises aimed at accelerating the process of positive change emotional field of youth; selection techniques psychotreninhovoyi work with young people, creating a system of ethical and deontological psycho action to address youth issues.

Keywords: ethics, deontology, medical psychologist, ethical and deontological psycho measures psychotreninhova work

Діяльність національної системи соціальних і психологічних служб у цілому і кожного спеціаліста зокрема регулюється не тільки законодавче, тобто певними інструкціями та методичними вказівками, а й конкретними етичними нормами. При цьому існують специфічні нормативні документи – етичні або деонтологічні кодекси, в яких зведено основні моральні вимоги до професійної діяльності медичних психологів.

Багаторічний досвід роботи зарубіжних соціальних служб показує, що етичні закони у цій галузі є чи не найважливішими для надання ефективної допомоги особистості у захисті її психічного здоров'я. Століттями відпрацьоване законодавство розвинутих країн, що будується на європейській культурно-правовій традиції, узгоджується із перевіреними роками практики етичними вимогами до професії медичного психолога. Усе це практично унеможлиблює завдання свідомої шкоди пацієнтові без серйозного покарання. У даному випадку певні інститути державної влади стають на захист прав громадянина навіть тоді, коли йому завдано так званої моральної шкоди.

У нашій країні законодавче регулювання діяльності у сфері соціального і психологічного захисту громадян та надання їм психологічних послуг ще практично не розроблене. На національному рівні відсутні професійні асоціації у галузі медичної психології. Поки що не існує жодної служби соціальної або психологічної допомоги, у складі якої була б комісія з етики. До того ж в Україні практично немає наукових досліджень у галузі психологічної деонтології. Усі ці обставини призводять до непрофесійного застосування психологічних методів, до того, що психологічну допомогу населенню намагаються надавати непрофесіонали. Тому нині особливої ваги набуває неухильне дотримання норм професійної етики усіма медичними психологами, педагогами, соціальними працівниками тощо.

Цілеспрямований аналіз літературних джерел засвідчив, що до теперішнього часу не стала предметом глибокого вивчення проблема етично-деонтологічних принципів в діяльності медичного психолога. Зважаючи на соціальну значущість цієї проблеми та її недостатню розробку в психолого-педагогічній науці, нами була обрана тема статті «Етичні та деонтологічні принципи в діяльності медичного психолога».

Мета дослідження полягає у виявленні психологічних факторів, що впливають на ефективність позитивних змін емоційної сфери молоді у діяльності медичного психолога з вирішення проблем молоді.

Для досягнення мети дослідження необхідно поставити наступні завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми у сучасних дослідженнях.
2. Дослідити емоційний стан молоді.
3. Виявити особистісні характеристики молоді та їх зв'язок з існуючими в них проблемами.
4. Розробити етично-деонтологічну програму для молоді з метою позитивних змін емоційної сфери молоді у процесі діяльності медичного психолога.

Моральне обличчя медичного працівника, основні його принципи формувалися і удосконалювалися впродовж багатьох століть залежно від політичного ладу, рівня культури, національних та релігійних традицій, а також соціально-економічних і класових відношень у країні. Величезну роль у визначенні основних проблем медицини і як науки, і як моральної діяльності належить основоположнику наукової медицини Гіппократу. Його численним учням та послідовникам наступних поколінь, зокрема таким видатним діячам вітчизняної медицини як І. П. Павлов та М. І. Пирогов. Свій вклад у розвиток деонтології та етики внесли визначні вчені сучасності Н. П. Сокольський, О. Т. Михайленко, Г. К. Степанівська та інші.

Деонтологія – наука про професійну поведінку людини. Медична деонтологія – це вчення про належну поведінку лікаря в процесі виконання ним професійних обов'язків; це кодекс норм поведінки медичних працівників, заснований на принципах моралі, на знаннях психологічних особливостей здорової і хворої людини, на додержанні норм права, кодексу, що сприяє видужанню і реабілітації хворих.

Основними завданнями медичної деонтології є:

- вивчення принципів поведінки медичного персоналу, спрямованих на досягнення максимальної ефективності лікування;
- аналіз взаємин між лікарем і хворим;
- усунення шкідливих наслідків неякісної медичної роботи і виключення несприятливих факторів у медичній діяльності.

Медична деонтологія спирається на етику – вчення про мораль, про взаємини між людьми і обов'язки, що впливають з цих взаємин. Вона передбачає вивчення правил поведінки лікарів на своїх робочих місцях. Якщо норми медичної етики спільні для всіх медиків, то деонтологічні правила мають свої специфічні відмінності. Так, деонтологічні правила поведінки лікаря стаціонару мають свої особливості, вони відрізняються від правил поведінки лікаря дитячої лікарні або психіатричної клініки. Знання правил медичної деонтології дає змогу уникнути помилок, які іноді можуть бути причиною конфліктів і непорозумінь між лікарем і хворим.

Порушення правил деонтології може призвести до виникнення такої патології як ятрогенія – психогенний розлад внаслідок неправильних, необережних висловлювань або дій медичного працівника. Тому важливим принципом є дотримання основного деонтологічного правила – не зашкодили при діагностиці або лікуванні. Найдорогоцінніше у професії медичного психолога – це довір'я. Без нього більшість методик і методів психокорекційної роботи втратили б свій сенс. Зі встановлення довір'я між клієнтом і медичним психологом починається будь-який вид роботи у практичній психології.

Конфіденційність у роботі медичного психолога – чи не найпоширеніший з моральних принципів. Разом із тим він не може бути абсолютним. Крайні тлумачення цього принципу видаються однаково непрофесійними. Але у практичній роботі довкола цього виникає багато проблем. З одного боку, психолог має прагнути максимальної відкритості у своїй роботі, з іншого – повинен забезпечити нерозповсюдження інформації, яка може зашкодити клієнтові або його найближчому оточенню. Найважливіше – не завдати шкоди клієнтові. Якщо виникають спірні етичні питання, вони, як правило, вирішуються на користь клієнта. Винятки з цього Правила складають випадки, коли існує реальна загроза іншим людям або самому клієнтові.

Пошук і розробка активних методів навчання є характерними для сучасної психології. Одним із таких групових методів, мета якого полягає у навчанні спілкування та формування професійних якостей, є соціально-психологічний тренінг, спрямований на розвиток етично-деонтологічних принципів в діяльності медичного психолога. Застосування соціально-психологічного тренінгу визначається необхідністю підготовки майбутнього фахівця до оволодіння спеціальністю, розвитку його професійно значущих якостей, етично-деонтологічних принципів тощо.

Термін «тренінг» має низку значень: «виховання», «навчання», «підготовка», «тренування» тощо. Тренінг – це група методів, спрямованих на розвиток здібності до навчання та оволодіння будь-яким складним видом діяльності. Тренінгова програма формування етично-деонтологічних принципів в діяльності медичного психолога складається з таких взаємопов'язаних тематичних блоків:

- формування етично-деонтологічних принципів;
- формування комунікативних якостей;
- зменшення агресивності та вміння конструктивно вирішувати конфліктні ситуації;
- розвиток емпатії та емоційно-вольової сфери.

У тренінгу використовуються психогімнастичні, психотехнічні вправи, групова дискусія, аутогенне тренування, ігри релаксації тощо.

З метою розвитку чутливості в сприйнятті навколишнього світу, інших людей і самого себе в процесі тренінгу використовувались вправи, спрямовані на розвиток сензитивності. Сензитивність можна розглядати як здатність до відображення і розуміння; б) запам'ятовування і структурування соціальних психологічних характеристик людини і групи та прогнозування їх поведінки і діяльності. Завданнями тренінгу сензитивності є підвищення саморозуміння інших, чуттєве розуміння групових процесів розвитку навичок поведінки.

Надзвичайно важливими для медичного психолога є наявність психологічної спостережливості як здатності фіксувати і запам'ятовувати всю сукупність сигналів, що поступають від інших. Тому в процесі тренінгу використовуються психогімнастичні вправи двох типів: 1) спрямовані на розвиток спостережливості; 2) спрямовані на розвиток здатності розуміння станів якостей і стосунків людей та груп.

У процесі тренінгу використовувались також різноманітні психотехнічні вправи на формування етично-деонтологічних принципів, основна мета яких – формування навичок ефективного спілкування та комунікативних якостей. Для того, щоб бути здатним до ефективного спілкування, людина повинна усвідомити свої сильні та слабкі сторони. Вправи були спрямовані на створення атмосфери довіри й отримання нового досвіду спілкування, формування навичок продуктивної взаємодії. Як відомо одним із засобів спілкування є невербальне спілкування. Невербальна поведінка може пере-

давати прохання, виражати задоволення, незадоволення, ставлення до того, що відбувається. Спостерігаючи за жестами, позою, мімікою пацієнта лікар-психолог може дізнатися про його внутрішній стан, ставлення до захворювання тощо. Медичному психологу важливо вміти відслідковувати свої жести, узгодження їх з тим, про що говориться. Саме на це й спрямовані вправи формування навичок невербального спілкування. Не менш значущим для медичного психолога є вміння вислухати пацієнта. Активно слухати – значить повністю віддавати увагу іншим у процесі спілкування, а це більше, ніж прислуховування до слів того, хто говорить. Це не тільки "слухання", але і "бачення" жестів, міміки, змін інтонації голосу, виразу обличчя; це вловлювання психологічного (і семантичного) підтексту, інтуїтивне відчуття того, що людина не може або не хоче вимовити.

Також у тренінгу використовувались вправи, спрямовані на зменшення рівня агресивності та формування вміння конструктивно вирішувати конфліктні ситуації, що є досить значущим у професійній діяльності медичного психолога.

Не менш важливою професійною якістю медичного психолога є емпатійність. К. Роджерс, представник гуманістичної психології, визначає емпатію як уміння сприймати внутрішній світ іншого зі збереженням емоційних і змістовних відтінків. У тренінгу використовувались вправи на розвиток емпатійності.

Вправи, спрямовані на розвиток емоційно-вольової регуляції не вирішують проблему підкорення почуттів волі, але сприяють розвитку позитивних емоцій, невербальних засобів спілкування, створюють передумови формування здібності стримувати свої емоції тощо.

Загалом можна зробити висновок про те, що етично-деонтологічні принципи в діяльності медичного психолога підлягають успішному формуванню за допомогою застосування цілеспрямованих методів. Тому в процесі професійної підготовки фахівців недостатньо проведення тренінгів, спрямованих на розвиток лише професійно значущих якостей. Слід використовувати цілісні програми тренінгу, які повинні містити в собі сукупність адаптованих до вимог конкретної спеціальності елементів функціонального, перцептивного, інтелектуального тренінгу і тренінгу спеціальних умінь.

З метою дослідження результативності використання етично-деонтологічних принципів у діяльності медичного психолога нами проведений експеримент, спрямований на дослідження ефективності позитивних змін емоційної сфери молоді. Даний експеримент, будучи важливим соціальним і науковим завданням, дає можливість адекватно вирішити питання соціальної і психологічної профілактики депресивних станів, психосоматичних розладів молоді, в умовах постійного психоемоційного перенапруження і інформаційного стресу.

Внаслідок використання психокорекційних вправ із застосуванням етично-деонтологічних принципів, спрямованих на прискорення процесу позитивних змін емоційної сфери молоді, одержали такі дані:

Таблиця 1. Показники психоемоційного напруження і тривоги

Назва рівнів	Види рівнів	До психокорекційних вправ	Після психокорекційних вправ
Рівень психосоціального стресу	низький	5	28
	середній	18	15
	високий	33	13
Рівень задоволеності життям загалом	низький	8	3
	середній	35	22
	високий	13	31
Рівень соматичної тривоги	низький	1	20
	середній	16	21
	високий	36	15
	дуже високий	3	0
Рівень соціальної тривоги	низький	1	18
	середній	15	32

	високий	38	6
	дуже високий	2	0

Визначальними чинниками діяльності медичного психолога в процесі становлення позитивних змін емоційної сфери молоді є позитивна спрямованість взаємовідносин «молода людина – медичний психолог», що передбачає таку форму роботи останнього: навички професійної етики та деонтології медичного психолога; використання психокорекційних вправ, спрямованих на прискорення процесу позитивних змін емоційної сфери молоді; підбір технік психотренінгової роботи з молоддю; створення системи етично-деонтологічних психокорекційних заходів з вирішення проблем молоді.

Практичне значення дослідження визначається розробкою методичних рекомендацій з питань організацій та впровадження в практику етично-деонтологічних психокорекційних заходів медичного психолога з проблем молоді; в розробці технік психокорекційної роботи медичного психолога з проблем молоді. Результати дослідження можуть безпосередньо використовуватися медичними психологами для організації індивідуального підходу і прогнозування успішності позитивних змін емоційної сфери молоді у процесі діяльності медичного психолога тощо.

Список літератури

1. Анастаси А. Психологическое тестирование: В 2 т. — М., 1982.
2. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии (на основе метода Роршаха). — К.: Вища шк., 1979.
3. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. — К.: Вища школа, 1988. — 188 с.
4. Громов А. П. Деонтология в медицине. — В 2 т. — М.: Медицина, 1988. — Т. 1. — 348 с.; Т. 2. — 324 с.
5. Лещинский Л. А. Медицинская этика и деонтология : Учебное пособие. — Ижевск: Экспертиза, 2002. — 116 с.
6. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості: Наук. моногр. — К.: КММ, 2006. — 255с.
7. Максименко С. Д. Основи генетичної психології. — К.: НПУ Перспектива, 1998. — 320с.
8. Медицинская этика и деонтология / Под ред. Г.В.Морозова и Г.И.Царегородцева. — М.: Медицина, 1083. — 272 с.
9. Приходько Ю. О. Практична психологія: Введення у професію. Навч. посібник. — [2-е вид.] — К.: Каравела, 2010. — 232 с.

Дослідження споживчих уподобань відвідувачів аптек одного з мікрорайонів м. Одеса

Л. М. Унгурян

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Анотація: У роботі вивчалися споживчі уподобання відвідувачів аптек в мікрорайоні мегаполісу для вирішення певних соціальних проблем (рівень фармацевтичного обслуговування). Використано кількісний метод: опитано 439 респондентів за допомогою спеціально розробленої анкети.

Ключові слова: фармацевтичний сектор галузі охорони здоров'я, споживачі лікарських засобів, споживчі уподобання відвідувачів аптек

Вступ. Фармацевтичний сектор галузі охорони здоров'я відіграє значну соціальну і стратегічну роль у житті людини, задовольняючи потреби населення в лікарських засобах виробач медичного призначення та інших товарах аптечного асортименту (далі – ЛЗ).

Рівень задоволення потреб споживачів у цьому секторі визначається як діяльністю медичних і фармацевтичних організацій, зокрема аптек, так іншими індивідуальними, природними і соціально-економічними чинниками.

Споживачі ЛЗ – складна підсистема суб'єктів фармацевтичного сектору, що відрізняється за мотивами споживання ЛЗ і має різні ціннісні орієнтири в їх придбанні.

До важливих соціально-економічних чинників задоволення потреб споживачів в ЛЗ виділяють місцеутворюючі фактори, серед яких розрізняють: розмір регіону, щільність населення, тип адміністративно-територіального місцерозташування (сільська місцевість, місто, мегаполіс – центр, околиця, передмістя), тип функціонального місцерозташування – імпульсивний (заклади охорони здоров'я, готелі, вокзали), перериваючий (на шляху від дому до поліклініки, магазину чи роботи), стимулюючий (великі торговельні центри, промислові чи продуктові ринки), функціональне зонування території (промислова, комунальна, зелена тощо), тенденції розвитку інфраструктури.

Поліфункціональність структури великого міста (мегаполісу) визначає важливість аналізу споживчих переваг в межах окремого мікрорайону. Тому вивчення конкретного соціуму (мікрорайону), конкретних об'єктів (відвідувачів аптек) для вирішення певних соціальних проблем (рівень фармацевтичного обслуговування) є актуальним.

Мета роботи. Дослідити споживчі уподобання відвідувачів аптек в межах одного з мікрорайонів мегаполісу.

Результати досліджень. У ході дослідження були використаний кількісний метод – опитування відвідувачів аптек. Розмір вибірки при опитуванні склав 439 респондентів, інструментом дослідження виступила анкета.

Місцем опитування обраний мікрорайон м. Одеса, який включає 15 вулиць і два провулки, на яких знаходиться 10 вищих навчальних закладів, 12 закладів охорони здоров'я і 45 аптек та їх структурних підрозділів.

Було опитано 0,2% осіб віком 18-25 років, 59,5% респондентів віком 15-25 років, 23,9% осіб віком 26-40 років, 10,7% відвідувачів віком 41-55 років, 4,3% осіб віком понад 56 років. За соціальним статусом опитані розподілились таким чином: 50,1% – працюючі особи, 40,8% – студенти, 5,2% – домогосподарки, 3,2% – пенсіонери, 0,7% – безробітні.

Середню освіту мали 5,4 % відвідувачів, середню спеціальну – 21,7%, незакінчену вищу – 46,7%, вищу – 26,2%.

Серед опитаних було 81,8% жінок. В шлюбі перебували 45,6% респондентів.

Під час анкетування було виявлено, що опитані мали різний рівень середньомісячного сімейного доходу – від 550 до 35 000 грн., при середньому значенні – 3 867 грн. При цьому щомісячно на купівлю ЛЗ респонденти витрачали від 10 до 3 000 грн. (в середньому – 232 грн.).

Встановлено, що 35,5% опитаних купують ЛЗ у найближчій аптеці до місця проживання, а 26,9% – в одній і тій же аптеці. 39,2% респондентів звертаються в аптеку в міру необхідності. Понад половину опитаних пріоритетними чинниками вибору аптек вважали місце її розташування (56,5%), доступність цін (54,4%) та широкий асортимент ЛЗ (51,5%).

Рішення про купівлю конкретного ЛЗ 47,6% пацієнтів приймала попередньо до відвідування аптеки, а 44,9% – залежно від обставин. Лише 2,3% зазначили, що не стикалися з відсутністю необхідних ЛЗ в аптеці. При пропозиції провізором декількох варіантів необхідного безрецептурного ЛЗ 64,9% опитаних оберуть відомий ЛЗ, перевірений ними або їх рідними чи знайомими. Проблема фальсифікації ЛЗ турбує 85,4% відвідувачів аптек. 64,0% опитаних вказали та те, що ціни на ЛЗ значно зросли.

Рівень фармацевтичного обслуговування в аптеці, на думку 65,4% респондентів, залежить від професіоналізму конкретного провізора. При цьому у 22,3% випадків консультації завжди фахові, проте в 11,6% – заангажовані на вартості ЛЗ. 68,4% опитаних вважали культуру обслуговування основою особистісною якістю провізорів. Варто зазначити, що вік, стать і стаж роботи не визначає їх особистісні якості.

Причинами відмови від повторного відвідування деяких аптек майже половина респондентів назвали високі ціни (47,2%) і некваліфікований персонал (46,7%).

Середня оцінка рівня обслуговування в аптеках склала 3,9. Для покращення роботи аптек відвідувачі запропонували 7 пропозицій та 6 додаткових послуг, серед яких: підвищення доброзичливості провізорів, наявність консультацій лікаря, розрахунок банківськими картками, доставка ЛЗ додому і замовлення їх телефоном.

Висновок. За результатами анкетного опитування 439 відвідувачів аптек одного з мікрорайонів м. Одеси встановлені особливості їх споживчих уподобань щодо фармацевтичного обслуговування.

Analiza farmakoekonomiczna działań prewencyjno – terapeutycznych ran odleżynowych u pacjentów zakładów opieki długoterminowej

Marzena Zarzeczna–Baran, Ewa Bandurska, Bożena Tyda, Jolanta Pęgiel–Kamrat

Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie: Praca ma na celu odpowiedzieć na pytanie, czy bardziej efektywne z punktu widzenia kosztów ekonomicznych jest leczenie odleżyn, czy ich zapobieganie przy użyciu metod zalecanych w ramach standardów światowych. Analizę przeprowadzono w odniesieniu do pacjentów zakładów opieki długoterminowej. W tym celu przeprowadzono trzy analizy farmakoekonomiczne: analizę CEA (analizę porównującą koszty i efekty procedur wyrażone w jednostkach naturalnych – w tym wypadku była to uniknięta liczba przypadków powstających ran odleży nowych), analizę CBA (analizę porównującą koszty i efekty procedur wyrażone w jednostkach monetarnych – w tym wypadku koszty związane z leczeniem odleżyn przy braku prewencji i koszty wprowadzenia działań prewencyjnych) oraz analizę CUA (analizę porównującą koszty i efekty procedur wyrażone przy użyciu wskaźnika opisującego jakość życia pacjentów). Po przeanalizowaniu dostępnych danych uzyskano wyniki jednoznacznie wskazujące na większą efektywność kosztową działań prewencyjnych w stosunku do ich braku – zarówno w przypadku prostej analizy kosztów bezpośrednich (różnica na poziomie 1.665609,24 PLN na korzyść prewencji), jak i poszczególnych analiz CEA (ICER = -192,6), CBA (CBR= 1,07; NPV = - 6.601 195,2 PLN; ROI = 6,7%) oraz CUA (1 QALY = 4756 PLN).

Summary: The aim of this work is to answer the question whether more efficient in terms of economic costs is to treat bedsores, or to prevent them with use of the methods recommended by the world's associations dealing with bedsores. The analysis included patients staying in long-term care facilities. For this purpose three pharmacoeconomic analysis were performed: CEA analysis (an analysis that compares the costs and effects of procedures expressed in natural units – in this case number of patients that avoided bedsores thanks to prevention); CBA analysis (an analysis that compares the costs and effects of procedures expressed in monetary units – in this case costs of bedsores treatment and costs of applying prevention); CUA analysis (an analysis that compares the costs and effects of procedures with use of indicator describing quality of patient's life). After analyzing the available data, obtained results clearly indicated a greater cost-effectiveness of prevention in relation to their lack - both in the case of a simple analysis of direct costs (the difference at the level of PLN 1.665609,24 in favor of the prevention) and mentioned analysis: CEA (ICER = -192,6), CBA (CBR= 1,07; NPV = - 6.601 195,2 PLN; ROI = 6,7%) and CUA (1 QALY = 4756 PLN).

Wstęp

W języku greckim „pharmakon” oznacza lek, a „oikonomia” – oszczędność lub gospodarność. Po złożeniu tych dwóch członów otrzymujemy słowo farmakoekonomika, która jest nauką z pogranicza medycyny i ekonomii, pozwalającą na ocenę skuteczności leczenia w odniesieniu do zainwestowanych środków finansowych, przy założeniu ograniczoności zasobów finansowanych zgromadzonych w budżecie systemu ochrony zdrowia.

Analizy farmakoekonomiczne wykorzystują dane odnoszące się do kosztów leczenia poszczególnych chorób, kosztów związanych z absencją zawodową osób chorujących, dane demograficzne i jakościowe, odnoszące się między innymi do kwestii jakości życia pacjentów. Problemem przedstawianym przez polskich specjalistów z tej dziedziny okazuje się na dzień dzisiejszy brak rzetelnych baz danych, zawierających

pełne koszty leczenia. Istotną zaletą analiz farmakoekonomicznych jest to, że służą one nie tylko do ograniczenia kosztów leczenia a mogą pomagać w dokonywaniu optymalnej, z punktu widzenia medycznego, terapii czy działania profilaktycznego¹.

Aktualnie standardowo wykonywanymi analizami farmakoekonomicznymi są analizy: CEA, CBA, CUA. Analiza CEA (z ang. Cost Effectiveness Analysis), czyli analiza zależności między kosztami a efektywnością jest pełną i często stosowaną analizą farmakoekonomiczną, w której identyfikuje się, mierzy, ocenia i porównuje koszty oraz wyniki alternatywnych technologii medycznych. W analizie CEA wyniki przedstawiane są w jednostkach naturalnych, czyli w takich, w jakich je zmierzono. Mogą to być np.: odsetek wyleczeń, zyskane lata życia, czas wolny od objawów choroby, mmHg, kg, mmol/l. Istotne znaczenie pełnią tu dwa wskaźniki – CER oraz ICER. Wskaźnik CER (Cost Effectiveness Ratio) jest wskaźnikiem wskazującym na relację kosztów do efektów danej interwencji. Wskaźnik ICER stosuje się, gdy wskazane jest porównanie dwóch procedur i wybór lepszej z nich (z punktu widzenia efektywności ekonomicznej). Analiza CBA (z ang. Cost Benefit Analysis), czyli analiza kosztów - korzyści jest analizą, w której porównuje się wysokość nakładów poniesionych na daną interwencję z szacowanym strumieniem potencjalnych korzyści, wynikających z zastosowania danej technologii medycznej. Obie wartości wyraża się w jednostkach monetarnych. Wykorzystywane wskaźniki to CBR (Cost Benefit Ratio), wskaźnik kosztów - korzyści, w którym analizuje się stosunek kosztów poniesionych na realizację danego przedsięwzięcia do uzyskanych korzyści (wyrażonych, jako uniknięte koszty leczenia pacjentów, u których nie wystąpiło negatywne zdarzenie medyczne), NPV (Net Benefit Ratio), wskaźnik korzyści netto, który opisuje różnicę korzyści i kosztów oraz ROI (Return On Investment), stopę zwrotu kapitału, która wskazuje, jaka część zainwestowanych środków finansowych zwróci się.

Analiza CUA (z ang. Cost Utility Analysis), czyli analiza zależności między kosztami a użytecznością pozwala na porównanie kosztów interwencji (jednostki monetarne) z efektami interwencji (lata życia skorygowane o jakość, powiązane ze stopniem niepełnosprawności). Jednostka QALY (Quality Adjusted Life Years) określa skuteczność danej procedury².

Analizy farmakoekonomiczne wykonuje się w celu racjonalizacji wydatków w ramach systemu ochrony zdrowia. Znajdują one szczególnie istotne miejsce w ocenie efektywności wprowadzania interwencji w ramach chorób społecznych i cechujących się wysokim ryzykiem wystąpienia niepełnosprawności i zależności. Dwa ostatnie czynniki w znaczący sposób przyczyniają się do dramatycznego wzrostu tzw. pośrednich kosztów choroby związanych z utratą produktywności zawodowej, pobieraniem zasiłków a przede wszystkim długoterminową zależnością od innych osób. Z tego względu analizie farmakoekonomicznej poddano działania prewencyjno – terapeutyczne w zakresie ran odleżynowych.

Odleżyna (z łac. decubitus) od łacińskiego słowa decumbere – czyli leżeć w łóżku, po raz pierwszy została opisana w 1420 roku³. Odleżyny powstają na skutek uszkodzenia tkanek, wynikającego z przedłużającego się niedokrwienia spowodowanego uciskiem. Stan ten może dotyczyć zarówno naskórka, jak i całej grubości skóry, tkanki podskórnej, mięśni oraz kości. W otoczeniu odleżyny dochodzi zazwyczaj do procesu zapalnego, z tworzeniem zachyłków wypełnionych wydzieliną ropną, rozchodzących się w różnych kierunkach, często na znaczną odległość od rany⁴.

1 Czech M., *Rola i znaczenie farmakoekonomiki*, Czasopismo Aptekarskie 2008, 12 (180), s. 46-49

2 Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G.L., Torrance G.W., *Methods for the economic evaluation of health care programs*, Oxford Medical Publications, 1999, s. 96

3 Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K (red.) *Podstawy pielęgniarstwa*, Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 363.

4 Rauer K., Rauer J.: *Etiologia, patogenezę i profilaktyka odleżyn*. Pielęgniarstwo Polskie. 2007; 1, s. 41-47

Obecnie stosuje się równolegle kilka rodzajów klasyfikacji zaawansowania odleżyn, które szeregują odleżyny pod względem ich wyglądu, głębokości oraz powierzchni. Jedną z częściej stosowanych jest skala Enisa i Sarmiento oraz skala Thorrance’a. Klasyfikuje ona odleżyny za pomocą czterech stopni, które dzielą rany pod względem penetracji zmian w głąb tkanek.

Tab. 1. Klasyfikacja odleżyn wg Enisa i Sarmineto

Stopień rany odleżynowej	Zakres obserwowanych zmian
Stopień I	Zmiany ograniczone do naskórka
Stopień II	Zmiany obejmują naskórek i skórę właściwą
Stopień III	Zmiany penetrują do tkanki podskórnej oraz mięśni
Stopień IV	Zmiany obejmują kości i stawy, dochodzi do całkowitego zniszczenia tkanek miękkich

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kruk – Kupiec (red.) *Odleżyny. Poradnik dla Pielęgniarek i Położnych*, wyd. Piekary Śląskie 1999, s. 11

Nieco innym podejściem charakteryzuje się klasyfikacja wg Thorrance’a, w której pod uwagę wzięto wygląd skóry i jej reakcję na czynniki zewnętrzne.

Tab. 2. Klasyfikacja odleżyn wg Thorrance’a

Stopień rany odleżynowej	Zakres obserwowanych zmian
Stopień I	Na skórze występuje zaczerwienienie blednące pod wpływem ucisku. Stan ten wskazuje, że mikrokrążenie nie jest jeszcze uszkodzone. Stan ten może się pojawić się już nawet po kilku godzinach spędzonych w bezruchu
Stopień II	Zmiany są ograniczone do naskórka, zaczerwienienie nie blednie pod wpływem nacisku, pojawia się obrzęk tkanek oraz pęcherze, tkanki stają się twarde. Jeśli pacjent nie ma zaburzeń czucia, zmianom tym towarzyszy silny ból
Stopień III	Na tym etapie rozwoju odleżyny dochodzi już do uszkodzenia skóry właściwej. Rana jest wyraźnie odgraniczona od tkanek zdrowych, jej brzegi są obrzęknięte i zaczerwienione, a na dnie rany znajduje się ziarnina lub masy tkanek martwiczych. W tym stopniu często dochodzi do zakażenia rany
Stopień IV	Zmiany obejmują także podskórną tkankę tłuszczową z rozwijającą się martwicą przyjmującą postać czarnej tkanki umiejscowionej zwykle w dnie rany.
Stopień V	Zmiany obejmują tkankę mięśniową i sięgają aż do kości i stawów. Rana wypełniona jest masami martwiczymi tkanek i przyjmuje postać jam, które łączą się ze sobą. Stan przebiega zazwyczaj z ogólnym zakażeniem organizmu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Odleżyny – przyczyny i występowanie. Leczenie ran*. Sopata M., Głowacka A., Tomaszewska E., EWMA, 2005, 1(t.2), s. 22

Częstość występowania odleżyn u pacjentów jest różna, warunkowana między innymi typem budowy ciała pacjenta, wiekiem, stopniem mobilności oraz sprawnością zwieraczy odbytu i cewki moczowej. W celu oznaczenia ryzyka narażenia pacjenta na wystąpienie odleżyn, stosuje się obecnie kilka różnych skal, jedną z częściej stosowanych jest skala Waterlow.

Tab. 3. Ocena ryzyka narażenia na odleżyny wg skali Waterlow

	Czynnik ryzyka	Punktacja
Budowa ciała	Średnia	0
	powyżej średniej	1
	Otyłość	2
	Wychudzenie	3
Stan skóry	Zdrowa	0
	Bibułkowata	1
	Sucha	1
	Obrzęknięta	1
	lepka (temperatura)	1
	Przebarwiona	2
	Pęknięta	3
Płeć / wiek	Mężczyzna	1

	Czynnik ryzyka	Punktacja
	Kobieta	2
	14 – 49	1
	50 – 64	2
	65 -74	3
	75 -80	4
	81 i powyżej	5
Wypróżnienie	pełne/cewnikowanie	0
	okresowe nietrzymanie moczu	1
	cewnikowanie/nietrzymanie kału	2
	nietrzymanie moczu i kału	3
Operacje	ortopedyczne poniżej pasa, kręgosłupowe	5
	trwające powyżej 2 godzin	5
Zdolność ruchowa	Pełna	0
	niepokój ruchowy	1
	Apatia	2
	Ograniczona	3
	wyciąg chirurgiczny	4
	wózek inwalidzki	5
Apetyt	Przeciętny	0
	Słaby	1
	cewnik nosowo-żołądkowy	2
	tylko płyny	2

Źródło: M. Michalak, *Odleżyny i profilaktyka przeciwodleżynowa. Farmakoterapia. 2008; s. 28-31,*

Punktacja:

Mniej niż 10 punktów - brak ryzyka

10-14 punktów – niskie ryzyko

15-19 punktów - wysokie ryzyko

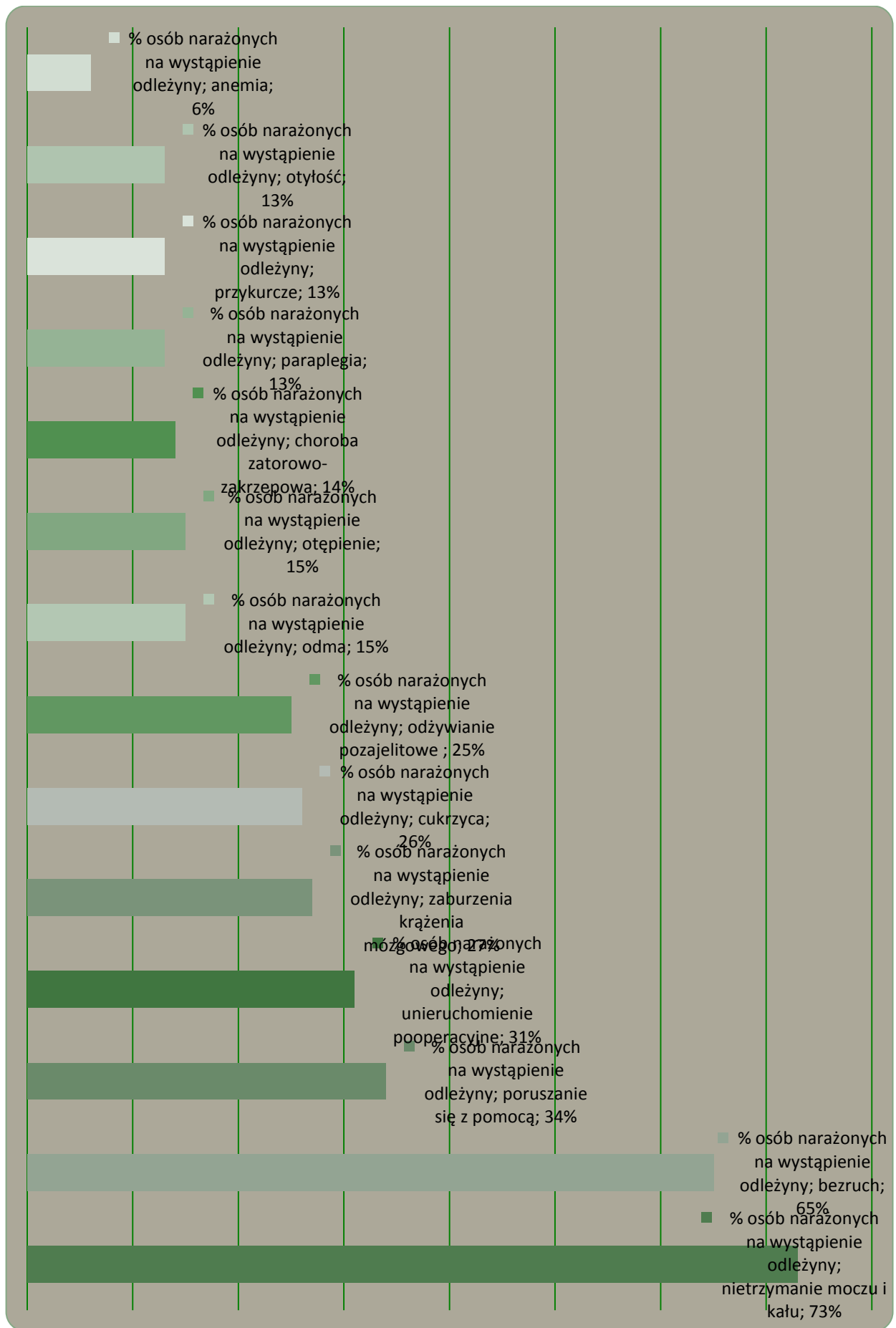
20 punktów i powyżej – bardzo wysokie ryzyko

Odleżyny stanowią poważny problem zarówno medyczny, jak i ekonomiczny z punktu widzenia wydatkowania środków finansowych w ramach systemu ochrony zdrowia. Brakuje jednoznacznych informacji na temat częstości występowania odleżyn u pacjentów jednostek świadczących usługi medyczne, bądź pielęgnacyjno-opiekuńcze. Dane te różnią się w zależności od ośrodka, rodzaju schorzenia i wieku pacjentów. Zgodnie z danymi referowanymi przez Sopotą i Łuczaka, odleżyny obserwuje się u 17-35% pacjentów przyjmowanych do domów opieki w Polsce i u 7-23% pensjonariuszy w Stanach Zjednoczonych¹. Rocznie problem odleżyn pojawia się u około 1 miliona osób². W Wielkiej Brytanii częstość występowania odleżyn szacuje się na około 18,7% hospitalizowanych³. W Polsce brakuje spójnego systemu, który gromadziłby dane na ten temat. Dostępne informacje są publikowane na podstawie badań przeprowadzanych w poszczególnych jednostkach świadczących usługi medyczne i pielęgnacyjno – opiekuńcze. W 2011 roku opublikowano dane na temat częstości występowania ran odleżynowych w jednostce specjalistycznej o profilu zachowawczym. Najwyższy odsetek pacjentów, u których odleżyna powstała w trakcie hospitalizacji występował na oddziale geriatrycznym (26%) a najniższy na oddziale alergologii (tylko 4%).

¹ Sopotą M., Łuczak J. *Odleżyny — profilaktyka i leczenie*. Przew. Lek. 2001; 7: 120–126.

² Erwin-Toth P. *Cost effectiveness of pressure ulcer care in United States*. Adv. J. Wound Care 1995; 8: 59–61.

³ O’Dea K. *Prevalence of pressure damage in hospital patients in the UK*. Wound Care 1993; 2: 221–225.



Ryc. 1. Wskaźniki prawdopodobieństwa występowania odleżyn w zależności od problemu zdrowotnego
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Krutul R.: *Odleżyna- Profilaktyka i terapia. Monografia* 12. Revita 2010.
<http://www.revita.com.pl/pliki/2004odleżyna.pdf>

Osobami szczególnie narażonymi na występowanie odleżyn są pacjenci z ograniczeniami ruchowymi, z niskim stanem świadomości, problemami z funkcjonowaniem zwieraczy, złym stanem skóry i w podeszłym wieku. Z tego względu na ryzyko powstawania odleżyn są narażeni pacjenci zakładów opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo – lecznicze, zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze, hospicja). Częstość występowania odleżyn wśród rezydentów domów opieki szacuje się według niektórych nawet na około 45%¹².

Cel pracy

Celem pracy jest przeanalizowanie pod względem efektywności ekonomicznej działań zapobiegających powstawaniu odleżyn. Każdego roku miliony złotych wydawane są, zarówno w polskim systemie ochrony zdrowia jak i na całym świecie, na leczenie samych ran oraz ich powikłań (takich jak ból, depresja, miejscowe infekcje, anemia). Leczenie tych problemów jest bardzo kosztowne i długotrwałe. Szacuje się, że czas trwania leczenia zaawansowanych form ran odleżynowych (stopień IV i więcej w skali Thorrance'a) trwa nie krócej, niż 8 tygodni³, przy czym w sytuacji wystąpienia poważnych zaburzeń krążenia jest to zazwyczaj nie mniej, niż 16 tygodni, ze znacznym odsetkiem ran, które nie goją się w ogóle⁴.

Celem pracy jest zatem udzielenie odpowiedzi na pytanie – czy bardziej opłacalne z punktu widzenia ekonomicznego jest prowadzenie na szeroką skalę i przy wykorzystaniu różnorodnych procedur działań profilaktycznych (co wiąże się z ponoszeniem kosztów pracy dodatkowych pracowników, zakupem odpowiedniego sprzętu itp.), czy też późniejsze leczenie powstających ran przy pomocy aktualnie zalecanych środków.

Metoda

Na podstawie danych pochodzących z publikacji Głównego Urzędu Statystycznego oraz publikacji naukowych na temat rezydentów zakładów opieki długoterminowej w Polsce oraz na temat ran odleżynowych, kosztów terapii odleżyn i kosztów związanych z ich zapobieganiem, przeprowadzone zostały analizy farmakoekonomiczne metodą CEA, CBA, CUA, poprzedzone analizą kosztów medycznych bezpośrednich występowania wskazanego problemu zdrowotnego w Polsce.

Analiza kosztów

Zgodnie z danymi opublikowanymi przez GUS w roku 2009 w zakładach opiekuńczo – leczniczych, zakładach pielęgnacyjno – leczniczych i hospicjach przebywało łącznie 58129 osób, przy czym liczba zakładów wynosiła odpowiednio dla ZOL – 284 (w tym 124 publiczne i 160 niepublicznych), dla ZPL – 121 (w tym 54 publiczne i 67 niepublicznych) i dla hospicjów 59 (w tym publicznych 16 i 43 niepubliczne)⁵. Częstość występowania odleżyn wśród rezydentów domów opieki w Polsce nie została jednoznacznie określona. W największym opublikowanym w ostatnim czasie badaniu dotyczącym problemu powstania odleżyn, które zostało przeprowadzone w Wielkiej Brytanii na grupie ponad 3000 pacjentów, określono, że odleżyny występują u 18,6% rezydentów. Najczęściej obserwowanym stadium odleżyny jest typ I wg skali Thorrance'a (52% przypadków). Częstość występowania odleżyn w zależności od ich typu zaprezentowano na wykresie 2.

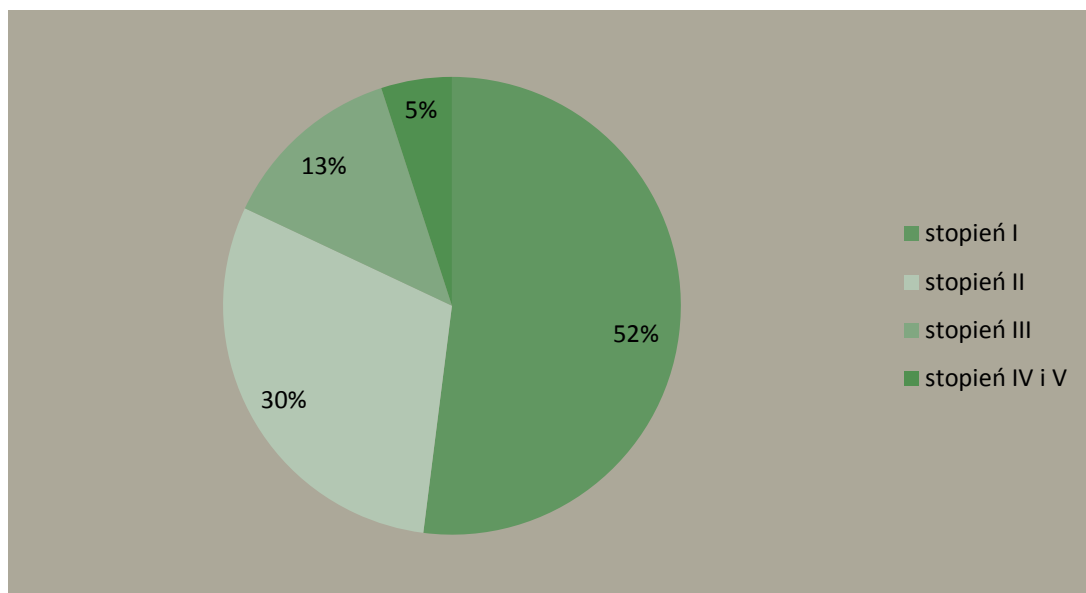
1 Krutul R.: *Odleżyna - Profilaktyka i terapia*. Monografia'12, Revita 2010, http://www.revita.com.pl/pliki/2004_odleżyna.pdf

2 Tannen A, Dassen T, Halfens R. *Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany--associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes*. J Clin Nurs; 2008 17(9), s. 1237–1244.

3 Bergstrom N, Horn SD, Smout RJ, et al. *The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: outcomes of pressure ulcer treatments in long-term care*. J Am Geriatr Soc 2005 53(10), s. 1721– 1729

4 Krutul R.: *Odleżyna ...* ibidem, s. 12.

5 www.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm



Ryc. 2. Częstość występowania odleżyn w zależności od stopnia zaawansowania choroby wg skali Thorrance'a1
Analiza kosztów leczenia odleżyn (nazywana dalej „Wariantem A”)

Koszty leczenia zmian odleżynowych zostały omówione w raporcie na temat problemu nietrzymania moczu, gdzie odleżyny potraktowano jako koszty pośrednie. Koszty zostały oszacowane na podstawie danych pochodzących z jednego z toruńskich zakładów opiekuńczo – leczniczych. Wyniki szacunkowego określenia kosztów leczenia odleżyn podano w tabeli III.

Tab. III. Koszty leczenia odleżyn w zależności od stopnia zaawansowania choroby

Stopień odleżyn	Koszt materiałów (na 1 pacjenta w miesiącu)	Koszty pracownicze (na 1 pacjenta w miesiącu)	Koszty kuracji antybiotyko- wej, chirurgicznego usunię- cia zmian martwiczych	Łączne koszty leczenia na 1 pacjenta w mie- siącu)
odleżyna Io	83,40 zł	14,00 zł	brak	97,40 zł
odleżyna Io niebledną- ce zaczerwienienie i obrzęk	122,40 zł	96,00 zł	brak	218,40 zł
odleżyna Ilo z powi- kłaniami	135,10 zł	16,00 zł	brak	151,10 zł
odleżyna Ilo w fazie gojenia	127,50 zł	24,00 zł	brak	151,50 zł
odleżyna IIIo w fazie gojenia	351,15 zł	24,00 zł	brak	375,15 zł
odleżyna IIIo powikła- nia	234,10 zł	18,00 zł	220 zł	472,10 zł
odleżyna IVo gojenie	635,85 zł	30,00 zł	brak	665,85 zł
odleżyna IVo powikła- nia	681,30 zł	33,00 zł	brak	714,30 zł

Źródło: Wpływ NTM na koszty społeczno – ekonomiczne w Polsce, Raport 2012
http://ntm.pl/upload/file/Raport_NTM%20w%20Polsce.pdf

Koszty leczenia odleżyn wśród rezydentów ZPL, ZLO i hospicjów w Polsce można oszacować, przyjmując za koszt leczenia jednostkowego przypadku średnią arytmetyczną z kosztów ponoszonych przy poszczególnych podtypach odleżyn, omówionych w tabeli 3.

I Dane na temat częstości występowania problemu

- 18,6% z 58129 rezydentów = 10812 osób z odleżynami
 - I stopień odleżyn ma 52% chorujących = 5622 osób
 - II stopień odleżyn ma 30% chorujących = 3244 osób
 - III stopień odleżyn ma 13% chorujących = 1406 osób
 - IV lub V stopień odleżyn ma 5% chorujących = 540 osób

II Dane na temat czasu trwania leczenia

- Odleżyna bez zaburzeń ukrwienia (stopień I) – 6 tygodni
- Odleżyna z zaburzeniami ukrwienia (stopień II i III) – 16 tygodni
- Odleżyna tzw. terminalna (stopień IV i V) – nie ulega wygojeniu, za czas trwania leczenia przyjęto maksymalny czas pobytu w zakładach opieki długoterminowej, czyli 6 miesięcy
 - Koszty leczenia odleżyn I stopnia = 5622 osób * 157,9 PLN/m-c * 1,5 miesiąca = 1.331 570,7 PLN
 - Koszty leczenia odleżyn II stopnia = 3244 osób * 151,3 PLN/m-c * 4 miesiące = 1.963 268,8 PLN
 - Koszt leczenia odleżyn III stopnia = 1406 osób * 423,6 PLN/m-c * 4 miesiące = 2.382326,4 PLN
 - Koszt leczenia odleżyn IV i V stopnia = 540 osób * 690 PLN * 6 miesięcy = 2.235 600 PLN

Sumaryczny koszt leczenia odleżyn wynosi więc 1.331 570,7 PLN + 1.963 268,8 PLN + 2.382326,4 PLN + 2.235 600 PLN = 6.601 195,2 PLN

Analiza kosztów działań prewencyjnych (nazwana dalej „Wariantem B”)

Zgodnie z aktualnie dostępną literaturą, jako optymalne działania w profilaktyce odleżyn przyjęto wieloaspektowy model opieki, opierający się na wykorzystywaniu zarówno specjalistycznego sprzętu, jak i zwiększeniu zaangażowania pracowników ośrodków oferujących opiekę długoterminową w profilaktykę tego problemu.

W ramach konferencji Canadian Association of Wound Care Conference w Toronto opracowano zalecenia, które uznano za najbardziej efektywne w przeciwdziałaniu i leczeniu odleżyn¹.

1. Ocena czynników ryzyka rozwoju odleżyn, analiza historii choroby pacjenta;
2. Ocena i modyfikacja czynników zwiększających ucisk (rodzaj podłoża i rozmieszczenie ucisku);
3. Maksymalne zwiększenie aktywności fizycznej i mobilności. Zniesienie działania sił tnących i tarcia;
4. Ocena i kontrola bólu oraz percepcji bodźców;
5. Zapewnienie optymalnego stanu odżywienia;
6. Kontrola wilgotności skóry oraz czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej.
7. Zapewnienie opieki psychospołecznej;
8. Ocena rany i jej miejscowe leczenie (zapewnienie wilgotnego środowiska w łóżysku rany);
9. Stosowanie środków pomocniczych w leczeniu rany (ultradźwięki, laseroterapia, elektroterapia);
10. Podejmowanie interwencji chirurgicznej w uzasadnionych sytuacjach;
11. Powoływanie interdyscyplinarnych zespołów sprawujących opiekę nad chorym z odleżynami bądź zagrożonym ich powstawaniem;

Określono również, że sprawnie przeprowadzone i ukierunkowane bezpośrednio na czynniki etiologiczne działania medyczne pozwalają obniżyć częstość występowania odleżyn o połowę². Według innych

¹ MacLeod FE, Harrison MB, Graham ID. The process of developing best practice guidelines for nurses in Ontario: risk assessment and prevention of pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage* 2002; 48(10): 30–38

² Frantz RA, Tang JH, Titler MG. Evidence-based protocol: prevention of pressure ulcers. *J Gerontol Nurs* 2004; 30(2): 4–11.

doniesień skuteczność takich działań określa się na poziomie około 30%¹². Niektóre publikacje wskazują jednak, że prawidłowo prowadzona profilaktyka jest skuteczna w 80% przypadków³.

Założono, że modelowe podejście do profilaktyki odleżyn, z punktu widzenia ponoszonych kosztów, powinno składać się z:

- wyposażenia placówek świadczących usługi związane z opieką długoterminową w materace przeciwoodleżynowe – zmiennociśnieniowe (w wersji podstawowej – 6 cm grubości, komorowy z pompą powietrzną) dla każdego pacjenta leżącego. Zgodnie z danymi GUS w roku 2009 w zakładach opieki długoterminowej było 9332 takich osób⁴. Analiza rynku firm oferujących sprzęt rehabilitacyjny wykazała, że koszt takiego materaca to 150 PLN.
- stworzenia specjalnego zespołu antyodleżynowego (zadania to – wstępna analiza ryzyka narażenia na odleżyny, – obchód 1x w tygodniu w celu sprawdzania stanu skóry pacjentów, co przekłada się na spędzone 3-4 godziny czasu na każde 30 pacjentów, – współpraca ze specjalistami innych dziedzin w razie konieczności koordynacji opieki, – prowadzenie dokumentacji, – edukacja reszty personelu) składającego się z lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta i opiekuna pacjenta (zadania opiekuna to dbałość o higienę pacjenta, wietrzenie skóry, zmiana pozycji pacjenta co 90 minut, karmienie, i inne czynności pielęgnacyjno – opiekuńcze), na każdym oddziale świadczących usługi w ramach opieki długoterminowej. Z analizy liczby łóżek i liczby zakładów opieki długoterminowej wynika, że średnio na jeden zakład przypadają 34 łóżka⁵.

Suma kosztów Wariantu B

- materace przeciwoodleżynowe = liczba osób leżących w ośrodkach świadczących usługi opiekuńcze długoterminowe * cena 9332 * 150 PLN = 1.399 800 PLN
- stworzenie zespołu antyodleżynowego = dodatki dla personelu (dodatkowe godziny pracy lekarza + dodatkowe godziny pracy pielęgniarki + dodatkowe godziny pracy lekarza rehabilitanta) + zatrudnienie opiekuna pacjenta

1) *wynagrodzenie dla lekarzy*

4 obchody/miesiąc * liczba miesięcy * 3h * stawka godzinowa (zgodnie z danymi OZZL stawka godzinowa pracy lekarza to 10,47 PLN⁶) * liczba zakładów = 4 obchody * 6 miesięcy * 3h * 10,47 * 464 = 349 781,76 PLN

2) *wynagrodzenie dla pielęgniarek (stawka godzinowa ustalona na poziomie 10,3 PLN)⁷*

4 obchody / miesiąc * liczba miesięcy * 3h * stawka godzinowa * liczba zakładów = 4 obchody * 6 miesięcy * 3h * 10,3 PLN * 464 = 344.102,4 PLN

3) *wynagrodzenie dla rehabilitantów (z powodu braku wiarygodnych danych o wysokości stawki godzinowej przyjęto stawkę godzinową taką, jak dla pielęgniarek).*

4 obchody/miesiąc * liczba miesięcy * 3h * stawka godzinowa * liczba zakładów = 4 obchody * 6 miesięcy * 3h * 10,3 PLN * 464 = 344.102,4 PLN

1 Berlowitz DR, Bezerra HQ, Brandeis GH, Kader B, Anderson JJ. Are we improving the quality of nursing home care: the case of pressure ulcers. J Am Geriatr Soc 2000; 48:59–62.

2 Hopkins B, Hanlon M, Yauk S, Sykes S, Rose T, Cleary A. Reducing nosocomial pressure ulcers in an acute care facility. J Nurs Care Qual 2000; 14:28–36.

3 <http://www.revita.com.pl/pliki/2004odlezyzna.pdf>

4 Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia, 2009 rok. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zos_podst_dane_z_zakr_ochr_zdr_w_2009.pdf

5 http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zos_podst_dane_z_zakr_ochr_zdr_w_2009.pdf

6 <http://ozzl.org.pl/archiwum/publicystyka/16052006.html>

7 http://www.case-research.eu/sites/default/files/ruzik%20%5BTylko%20do%20odczytu%5D_0.pdf

4) wynagrodzenie dla asystenta pacjenta (zgodnie z portalem www.moja-pensja.pl asystent osoby niepełnosprawnej zarabia 1400 PLN brutto/miesiąc). Stawka miesięczna wynagrodzenia * liczba pracowników (1 osoba na zakład) * maksymalny czas pobytu na oddziale (w m-cach) = 1400 * 464 * 6 = 3.897 600 PLN
Sumaryczne koszty prewencji („Wariant B”) = 349 781,76 PLN + 344.102,4 PLN + 344.102,4 PLN = 3.897 600 PLN = 4.935 585,96 PLN

Analiza kosztów efektywności – CEA

Celem analizy CEA jest porównanie kosztów procedur medycznych (jednostki monetarne) z korzyściami (jednostki naturalne). Otrzymany wynik jest kosztem jednostki efektu terapeutycznego. Procedurę uznajemy za efektywną, gdy jest mniej kosztowna, niż inne.

W celu sprawdzenia efektywności metody prewencyjnej w ramach analizy CEA zastosowano współczynniki CER oraz ICER.

CER (Cost Effectiveness Ratio), współczynnik kosztów/efektywności opisuje, jak wspomniano wcześniej stosunek kosztów do uzyskanych efektów.

Współczynnik CER był możliwy do policzenia jedynie dla „Wariantu B” (w przypadku „Wariantu A” nie obserwuje się żadnego efektu). Jako koszty założono całkowity koszt wprowadzenia modelu prewencji odleżyn, jako efekty liczbę osób, u których nie powstały odleżyny (80% spośród 10812 pacjentów u których obserwuje się odleżyny w zakładach opieki długoterminowej).

$$CER = CI / EI = 4.935\ 585,96\ \text{PLN} / 8650\ \text{osób} = 570,6$$

Inkrementalny współczynnik efektywności kosztowej ICER określa się jako iloraz różnicy w kosztach pomiędzy dwoma interwencjami oraz różnicy w efektach zdrowotnych zaobserwowanymi pomiędzy nimi. Jako efekt zdrowotny założono liczbę pacjentów, u których nie wystąpiły odleżyny. W zakładach opieki długoterminowej przebywa średnio 58129 rezydentów, z czego u 18,6% powstają odleżyny. 80% przypadków można uniknąć stosując odpowiednią prewencję, co przekłada się na 8650 przypadków.

$$ICER = \frac{C_{IB} - C_{IA}}{E_{IB} - E_{IA}} = \frac{4935585,96\ \text{PLN} - 6601195,2\ \text{PLN}}{8650\ \text{pacjentów} - 0\ \text{pacjentów}} = -192,6\ \text{PLN/pacjenta}$$

gdzie:

C_{IA} – koszty „Wariantu A” – braku profilaktyki (koszty związane z leczeniem ran)

C_{IB} – koszty „Wariantu B” – wprowadzenie profilaktyki (koszty związane z założonymi działaniami)

E_{IA} – efekty „Wariantu A” – brak efektu pod postacią osób, które uniknęły ran odleżynowych

E_{IB} – efekty „Wariantu B” – 8650 osób, u których nie powstały odleżyny

Interpretacja

Wartość współczynnika ICER = -192,6 PLN / pacjenta oznacza, że uzyskanie dodatkowej jednostki efektu (wyrażonego pod postacią nie wystąpienia u chorego rany odleżynowej) jest tańsze w przypadku działań prewencyjnych o 192,6 PLN. W przypadku „Wariantu A” nie występuje żaden efekt – brak skoordynowanych działań prewencyjnych przyczynia się do powstania 8650 przypadków ran odleżynowych.

Analiza kosztów korzyści – CBA

Dzięki analizie CBA można porównać koszty i korzyści procedur medycznych (jednostki monetarne). Wynikiem analizy jest wartość CBR (koszty/korzyści) lub korzyści netto (korzyści- koszty danej procedury). Na podstawie analizy CBA można dokonać wyboru procedury przynoszącej największe korzyści lub takiej, która posiada najniższy wskaźnik stosunku kosztów do korzyści.¹

Z uwagi na marginalne znaczenie wysokości kosztów pośrednich w przypadku pacjentów wymagających opieki długoterminowej (koszty pośrednie wyrażone metodą kapitału ludzkiego i rozumiane, jako

¹ Niżankowski R., Bała M., Dubiel B., Hetnał M., Kawalec P., Łanda K., Plisko R., Wilk N., *Analiza opłacalności*, s.12, Kraków 2002

zmniejszenie się produktywności zawodowej osób chorujących), pod uwagę wzięto jedynie koszty bezpośrednie medyczne.

I Analiza leczenia odleżyn („Wariant A”)

a) Współczynnik CBR (Cost Benefit Ratio) $t = 1^n = \frac{B}{1+r} : n = 1^n [C / (1+r)] t$

Gdzie:

B – korzyści całkowite (uniknięte koszty leczenia odleżyn)

C – koszty całkowite

r – stopa dyskontowa

n – liczba przedziałów czasowych

Przy założeniu krótkiego okresu czasu i jednokrotnej obserwacji, współczynnik CBR wynosi w przypadku leczenia ran odleżynowych:

$$CBR = B/C = 0/6.601\ 195,2\ \text{PLN} = 0\ \text{PLN}$$

b) Współczynnik **korzyści netto** NPV- (Net Productivity Value) $t = 1^n = \frac{B-C}{(1+r)^t}$

Przy założeniu krótkiego okresu czasu i jednokrotnej obserwacji, współczynnik CBR wynosi w przypadku leczenia ran odleżynowych:

$$NPV = B - C = 0 - 6.601\ 195,2\ \text{PLN} = -6.601\ 195,2\ \text{PLN}$$

c) Wewnętrzna stopa zysku ROI – (Return On Investment)

$$ROI = 100 * NPV / \text{koszt całkowity (TC)}$$

$$ROI (\%) = 100 * -6.601\ 195,2\ \text{PLN} / 6.601\ 195,2\ \text{PLN} = -100\%$$

I Analiza zapobiegania odleżynom („Wariant B”)

a) Współczynnik CBR

$$CBR = B/C = 0,8 * 6.601\ 195,2\ \text{PLN} / 4.935\ 585,96\ \text{PLN} = 1,07$$

b) Współczynnik korzyści netto NPV

$$NPV = B - C = 0,8 * 6.601\ 195,2\ \text{PLN} - 4.935\ 585,96\ \text{PLN} = 345\ 370,2\ \text{PLN}$$

c) Wewnętrzna stopa zysku ROI

$$ROI (\%) = 100 * 345\ 370,2\ \text{PLN} / 4.935\ 585,96\ \text{PLN} = 6,7\%$$

Zgodnie z definicją, współczynnik korzyści/koszty CBR większy od 1 oznacza, że korzyści przewyższają poniesione koszty; jeśli jest równy 1 – korzyści równoważą poniesione koszty, jeśli natomiast jest mniejszy od 1, korzyści są mniejsze od poniesionych kosztów. W porównaniu dwóch interwencji – braku profilaktyki i jej zastosowania widać przewagę zastosowania profilaktyki odleżyn („Wariant B”). Takie same wnioski można wyciągnąć, analizując wyniki obliczeń dotyczące NPV i ROI.

Ocena korzyści netto również wypada na korzyść „Wariantu B” (profilaktyki). NPV przyjmuje wartości dodatnie, czyli obserwowany jest zysk kapitału, wynikający z przewyższania kosztów (nakładów) uzyskanymi korzyściami (uniknięte koszty leczenia odleżyn). Stopa zwrotu ROI wynosi w przypadku „Wariantu B” 6,7%, co oznacza, że taka część kapitału zainwestowanego w interwencję zwróci się.

Analiza powyższych danych wskazuje na przewagę „Wariantu B” (profilaktyka odleżyn) nad „Wariantem A” (brak profilaktyki).

Analiza kosztów użyteczności – CUA

Podczas przeprowadzania analizy CUA porównujemy koszty interwencji (jednostki monetarne) z efektami interwencji (lata życia skorygowane o jakość, powiązane ze stopniem niepełnosprawności). Jednostka QALY określa skuteczność danej procedury¹.

¹ Niżankowski R., Bała M., Dubiel B., Hetnał M., Kawalec P., Łanda K., Plisko R., Wilk N., Analiza opłacalności, s. 12, Kraków 2002

QALY (Quality Adjusted Life Years), czyli lata życia skorygowane jakością. Wypadkową oczekiwaną długości życia i jego jakości ocenionej jako subiektywne poczucie podawane przez pacjentów. 1 QALY odpowiada 1 rokowi życia spędzonemu w doskonałym zdrowiu.

Ponieważ nie udało się odszukać wiarygodnych danych określających, czy i w jakim stopniu występowanie ran odleżynowych wpływa na długość przeżycia pacjentów, w analizie skoncentrowano się na jakości życia pacjentów. Jedną z metod wyznaczania wartości QALY w poszczególnych typach schorzeń jest metoda tabel użyteczności. Polega ona na odejmowaniu od wartości 1 (rok życia spędzony w pełnym zdrowiu) poszczególnych wartości przypisanych określonym stanom / niepełnosprawnościom¹.

- Ze względu na ograniczenia w poruszaniu się -0,09
- Ze względu na obniżoną aktywność fizyczną (tzn. chory obłożny, który nie opuszcza łóżka) -0,077
- Ze względu na dolegliwości (kaszel, duszność lub ból) -0,257
- Ze względu na upośledzenie aktywności społecznej (np. funkcji zawodowej) -0,061

Odleżyny najczęściej występują u osób z ograniczoną ruchomością, wobec tego założony poziom QALY oszacowano przy pomocy tabel użyteczności na poziomie

$$QALY_1 = 1 - 0,09 - 0,077 - 0,061 = 0,772$$

Pojawienie się odleżyny wywołuje pojawienie się kolejnego czynnika, sklasyfikowanego jako dolegliwości (ból, duszność, kaszel).

$$QALY_2 = 1 - 0,09 - 0,077 - 0,061 - 0,257 = 0,772 - 0,257 = 0,515$$

Zastosowanie prewencji odleżyn pozwala na uniknięcie obniżenia wartości QALY o 0,257 na każdy rok życia pacjenta (czyli o 25,7%). Z pozyskanych danych wynika, że średni wiek podopiecznych zakładów opieki długoterminowej wynosi od 72,4 do 79,2 lat². Średnia arytmetyczna wynosi 75,8 lat. Zgodnie z danymi GUS przewidywane dalsze trwanie życia dla kobiet w wieku 76 lat wynosi 11,45, a dla mężczyzn 9,19 (średnia arytmetyczna 10,32). Wobec tego sumaryczna wartość QALY uzyskana poprzez wprowadzenie działań prewencyjnych wynosi:

$$QALY = 10,32 * 0,257 * 8650 = 22\,942$$

Koszty wprowadzenia prewencji odleżyn oszacowano we wcześniejszej części pracy na poziomie 4.935 585,96 PLN. Oznacza to, że uzyskanie 1 QALY kosztowało 215,13 PLN/ QALY (4.935 585,96 PLN / 22 942 QALY).

Zgodnie z regułą decyzyjną stosowaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, procedura jest uznawana za opłacalną, jeśli koszt uzyskania 1 QALY wynosi mniej, niż 3 * PKB per capita. Większość danych odnosi się do lat 2008-2009 wobec tego wartość progowa wynosi 3 * 17,900 * 3,1150 = 167275,5 PLN.

Tab. 4. Wartość PKB per capita (PPP) (US\$)

	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Polska	7,200	8,500	9,500	11,100	12,000	13,100	14,300	16,200	17,300	17,900	18,800	20,600

Źródło: <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=pl&v=67>

Metoda tabel użyteczności charakteryzuje tym, że jest szacunkowa a dane liczbowe pozyskiwane są w ramach oceny subiektywnych odczuć pacjentów na temat ich samopoczucia. Metodę bardziej zobiektywizowaną zaprezentował w obszernym opracowaniu m.in. F. Sacci. Zaproponowana metoda zakłada wykorzystanie do obliczeń współczynników wagowych chorób, które są publikowane przez WHO w ramach Global Burden of Disease: Disability Weights for Diseases and Conditions. W przebiegu analizy CUA oblicza się

¹ Niżankowski R., Bała M., Dubiel B., Hetnał M., Kawalec P., Łanda K., Plisko R., Wilk N., *Analiza opłacalności*, op. cit. S. 15

² Wdowiak L., Stanisławek D., Stanisławek A., Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej, *Medycyna Rodzinna* 2009,4, s. 49-63

wartość QALE (Quality Adjusted Life Expectancy) dla opcji z interwencją i bez niej. Różnica obu wartości wskazuje na zysk QALY po wprowadzeniu interwencji¹. Ponieważ WHO nie dostarcza danych na temat współczynnika wagowego przypisanego wprost dla odleżyn, do obliczeń zastosowano wartości związane z uszkodzeniem zakończeń nerwowych, co stanowi jeden ze skutków występowania zaawansowanych ran odleżynowych (stopień III i więcej w skali wg Thorrance'a, Zgodnie z Global Burden of Disease współczynnik wagowy w przypadku leczenia uszkodzenia wynosi 0,064, a przy jego braku (wyleczeniu) 0,078.

$$QALE = (1-Dw) * (1-e^{-r*t})/r$$

Gdzie:

Dw – współczynnik wagowy

r – stała 0,03

t – przewidywana długość życia w wieku 47 lat.

a) Wartość QALE „Wariant A”

$$QALE1 = (1-Dw) * (1-e^{-r*t})/r = 1 - 0,078 * \frac{1-e^{-0,03*10,32}}{0,03} = 0,922 * 8,86 = 8,17$$

b) Wartość QALE „Wariant B”

$$QALE2 = (1-Dw) * (1-e^{-r*t})/r = (1-0,064) * \frac{1-e^{-0,03*10,32}}{0,03} = 0,936 * 8,86 = 8,29$$

$$QALY = QALE2 - QALE1 = 8,29 - 8,17 = 0,12$$

Wartość sumaryczna QALY dla całej populacji docelowej 8650 osób * 0,12 = 1038

Koszt interwencji 4.935 585,96 PLN / 1038 QALY = 4756 PLN/QALY

Uzyskana wartość jest niższa od wartości progowej, ustalonej na poziomie 3 * PKB per capita, tak więc interwencję należy uznać za opłacalną. Różnice pomiędzy wartościami kosztu/QALY wynikają z subiektywności i wysokiego stopnia szacowania wyników w przypadku metody tabeli użyteczności.

Wnioski

Po dokonaniu analiz farmakoekonomicznych CEA, CBA oraz CUA, biorąc pod uwagę dane płynące z analizy kosztów, jasno wynika, że wprowadzanie „Wariantu B” w zakładach świadczących usługi opieki długoterminowej spełnia kryteria opłacalności. Przemawiają za tym wartości wskaźników CER, ICER, CBR, NPV, ROI oraz wartości QALY. Zestawienie otrzymanych wyników zaprezentowano w tabeli 5.

Tab. 5. Zestawienie wyników przeprowadzonych analiz

Rodzaj analizy	Wynik	Decyzja	Uwagi
CEA	ICER = -192,6	Efektywny	ICER < 0
CBA	CBR = 1,07	Efektywny	1,07 > 1
CBA	ROI = 6,7%	Efektywny	ROI > 0
CUA	Tabele użyteczności - 1 QALY wart 215,13 PLN Współczynniki wagowe - 1 QALY wart 4756 PLN	Efektywny	215,13 < 167275,5 PLN. 4756 < 167275,5 PLN. (3 * PKB per capita)

Źródło: Opracowanie własne

Wprowadzenie działań, mających na celu przeciwdziałanie powstawaniu odleżyn u pacjentów zakładów opieki długoterminowej (obejmujących zakup materacy przeciwodleżynowych zmiennociśnieniowych, stworzenie na każdym oddziale zespołu prewencyjnego składającego się z lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta i asystenta pacjenta) oraz stworzenie odrębnego stanowiska pracy właśnie dla asystenta pacjenta, którego głównym zadaniem będzie dbałość o należyte sprawowanie profilaktyki (min. częste obracanie chorych leżących, dbałość o stan skóry, racjonalne odżywienie, kontrola skóry), okazało się być mniej kosztowne, niż leczenie odleżyn u chorych, którzy nie będą otoczeni tego typu opieką. Wobec powyższych danych zapro-

¹ Sassi F., How to do (or not to do) Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations, <http://heapol.oxfordjournals.org>

ponowaną interwencję należy uznać za efektywną ekonomicznie, a ponieważ w osobnych badaniach dowiedziono skuteczności klinicznej wskazanych działań, zasadnym wydaje się zrealizowanie wskazanego projektu.

Bibliografia

1. Bergstrom N., Horn S.D., Smout R.J., et al., The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: outcomes of pressure ulcer treatments in long-term care. *J Am Geriatr Soc* 2005 53(10),
3. Berlowitz D.R., Bezerra H.Q., Brandeis G.H., Kader B., Anderson J.J., Are we improving the quality of nursing home care: the case of pressure ulcers. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:59–62.
4. Czech M., Rola i znaczenie farmakoekonomiki, *Czasopismo Aptekarskie* 2008, 12 (180),
5. Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G.L., Torrance G.W., *Methods for the economic evaluation of health care programs*, Oxford Medical Publications, 1999, s. 96
6. Erwin-Toth P., Cost effectiveness of pressure ulcer care in United States. *Adv. J. Wound Care* 1995; 8: 59–61.
7. Frantz R.A., Tang J.H., Titler M.G., Evidence-based protocol: prevention of pressure ulcers. *J Gerontol Nurs* 2004; 30(2): 4–11.
8. Hopkins B., Hanlon M., Yauk S., Sykes S., Rose T., Cleary A., Reducing nosocomial pressure ulcers in an acute care facility. *J Nurs Care Qual* 2000; 14:28–36.
9. Kruk-Kupiec (red.), *Odleżyny. Poradnik dla Pielęgniarek i Położnych*, wyd. Piekary Śląskie 1999
10. Krutul R., *Odleżyna- Profilaktyka i terapia. Monografia'12. Revita* 2010. <http://www.revita.com.pl/pliki/2004odleżyna.pdf>
11. MacLeod F.E., Harrison M.B., Graham I.D., The process of developing best practice guidelines for nurses in Ontario: risk assessment and prevention of pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage* 2002; 48(10): 30–38
12. Michalak M., *Odleżyny i profilaktyka przeciwoodleżynowa. Farmakoterapia.* 2008;
13. Niżankowski R., Bała M., Dubiel B., Hetnał M., Kawalec P., Łanda K., Plisko R., Wilk N., *Analiza opłacalności*, s. 12, Kraków 2002
14. Rauer K., Rauer J., *Etiologia, patogenez a i profilaktyka odleżyn. Pielęgniarstwo Polskie.* 2007; 1,
15. Sassi F., How to do (or not to do) Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations, <http://heapol.oxfordjournals.org>
16. Sopata M., Głowacka A., Tomaszewska E., *Odleżyny – przyczyny i występowanie. Leczenie ran. EWMA*, 2005, 1 (t.2),
17. Sopata M., Łuczak J., *Odleżyny – profilaktyka i leczenie. Przew. Lek.* 2001; 7: O'Dea K., Prevalence of pressure damage in hospital patients in the UK. *Wound Care* 1993; 2: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., (red.) *Podstawy pielęgniarstwa*, Wyd. Czelej, Lublin 2004,
18. Tannen A, Dassen T, Halfens R., Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany – associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *J Clin Nurs*; 2008 17(9),
19. www.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm
20. <http://ozzl.org.pl/archiwum/publicystyka/16052006.html>
21. http://www.case-research.eu/sites/default/files/ruzik%20%5BTylko%20do%20odczytu%5D_0.pdf

Дослідження впливу фізичної активності студентів на формування рівнів здоров'я

Зубченко С. О.

Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівський медичний коледж ім. Андрея Крупинського»

Анотація: Проведено дослідження рівнів фізичного здоров'я серед 603 студентів Львівського медичного коледжу імені Андрея Крупинського і анкетне опитування щодо активного способу життя. Виявлено, що в 6,8% студентів рівень фізичного здоров'я був «безпечний», відповідно, у 93,2% - за межею «безпечного» («середній» – 46,0% осіб, «нижче середнього» – у 28,5%, «низький» – у 18,7%). Частка старшокурсників з «низьким» рівнем фізичного здоров'я була вірогідно ($p < 0,05$) в 2,5 рази (дівчата) і в 3,3 рази (юнаки) більшою порівняно з аналогічною часткою першокурсників. Встановлено, що 60,7% надавали перевагу пасивному способу життя та відпочинку. У 52% студентів з пасивним способом життя були «нижче середнього» та «низький» рівні фізичного здоров'я, у 8,5% цих осіб виявлена надлишкова маса тіла, в т.ч. – ожиріння.

Ключові слова: студентська молодь, фізичне здоров'я, активний спосіб життя, надлишкова маса тіла

Badania nad wpływem aktywności fizycznej studentów a ukształtowaniem poziomów zdrowia

Zubczenko S. O.

Abstrakt: Badania nad poziomem zdrowia fizycznego i kwestią aktywnego trybu życia były prowadzone wśród 603 studentów Lwowskiego Liceum Medycznego im. Andrzeja Krupińskiego. Odnotowano, że poziom zdrowia fizycznego jest “bezpieczny” u 6.8% studentów, porównywalnie z 93,2%- poniżej “bezpiecznego” poziomu (“średni”- u 46,0% studentów, “poniżej średniej”- u 28,5%, “niski”- u 18,7%). Proporcja absolwentów(?) z “niskim” poziomem zdrowia fizycznego było znacząco ($p < 0,05$) 2,5 raza (dziewczeta) i 3,3 raza (chłopcy) wyższy w porównaniu z takimi samymi wartościami u uczniów klas pierwszych. Uznano, że 60,7% studentów preferuje pasywny i wygodny styl życia. Poziom zdrowia fizycznego 52% studentów prowadzących pasywny tryb życia jest “poniżej średniej” i “niski”, 8,5% tych osób jest otyłych.

Słowa kluczowe: studenci, zdrowie fizyczne, aktywny tryb życia, otyłość

Study of the influence of students' physical activity on the formation of health levels

Zubchenko S. O.

Abstract: The research of the level of physical health and the questionnaire about active lifestyle were conducted among 603 students of Lviv Medical College named after Andrey Krupynsky. It is found that the level of physical health is “safe” in 6,8% of students, accordingly, in 93,2% - below the “safe” level (“average” – in 46,0% of students, “lower than average” – in 28,5%, “low” – in 18,7%). The proportion of undergraduates with a “low” level of physical health was significantly ($p < 0,05$), in 2,5 times (girls) and in 3,3 times (boys) higher compared with the same proportion of freshmen. It is determined that 60,7% of students prefer a passive lifestyle and leisure time. The level of physical health of 52% of students with passive lifestyle is “below average” and “low”, 8.5% of these people are overweight, including obesity.

Keywords: students, physical health, active lifestyle, overweight

Актуальною проблемою сьогодення є суттєве погіршення стану здоров'я учнівської та студентської молоді, яка є стратегічним резервом розвитку нації. Критичний стан здоров'я студентів значною мірою є наслідком нездорового способу життя: зниження фізичної активності, популярності малорух-

ливого способу життя, збільшення емоційного й інформаційного навантажень, незадовільних соціально-економічних умов, поширення шкідливих звичок, «урбаністичного харчування» тощо.

Метою нашого дослідження було вивчення рівнів фізичного здоров'я студентів і формування надлишкової маси тіла (НМТ) залежно від особливостей фізичної активності.

Матеріали і методи

Для досягнення мети використали соціологічний метод. Була розроблена оригінальна анкета, яка вміщувала понад 250 детальних питань щодо анамнестичних даних студентів, в т. ч. стосовно фізичної активності. Визначення рівнів фізичного здоров'я проводили методом експрес оцінки за Г. Л. Апанасенком (2000 р.). НМТ розраховували за індексом маси тіла. Статистичний аналіз виконували за допомогою програм Microsoft Excel, Statistica.

Результати і обговорення

У дослідженні брали участь 603 студентів Львівського медичного коледжу ім. Андрея Крупинського, віком 17-20 років здебільшого жіночої статі (95%). Встановлено, що з 603 студентів лише в 41 (6,8%) особи рівень здоров'я був оцінений як «безпечний» (0,3% студентів мали «високий», 6,5% – «вище середнього» рівні фізичного здоров'я). У решти 562 (93,2%) студентів рівень здоров'я знаходився за межею «безпечного» («середній» – 46,0% осіб, «нижче середнього» – у 28,5%, «низький» – у 18,7%). Відомо, що саме в осіб, рівень здоров'я яких характеризується як «безпечний», відсутні ендогенні фактори ризику, що можуть спричинити маніфестацію патологічних порушень. Частка дівчат-старшокурсників з «низьким» рівнем фізичного здоров'я була вірогідно ($p < 0,05$) в 2,5 рази ($r = -0,94$), юнаків – у 3,3 рази ($r = -0,91$) більшою порівняно з аналогічною часткою першокурсників.

На підставі анкетних даних щодо фізичної активності встановлено, що ранкову гімнастику регулярно робили – 8,3% осіб, відвідували спортивно-оздоровчі секції – 5,8%, займалися на заняттях фізкультурою – 27,2% осіб. Більше половини студентів (58,7%) – спортом взагалі не займалися. Упродовж робочого дня студенти надавали перевагу різним видам пасивного відпочинку, а саме: перегляду телепередач (73,3%), роботі за комп'ютером (43,6%), підготовці до навчання (49,4%), денному сну (23,1%). Окрім цього, виявлено, що 59,4% студентів впродовж дня проводили за робочим столом п'ять і більше годин, з них понад три години в день за комп'ютером; у 48,5% осіб тривалість пішої ходьби (прогулянки і дорогою на заняття) складав менше десяти годин на тиждень. Під час канікул періодично займалися сільськогосподарськими роботами 58,0% студентів, захоплювалися туризмом – 21,9%. Пасивне проведення канікул домінувало у 62,9% молоді.

Таким чином, серед всіх опитаних студентів – 366 (60,7%) надавали перевагу пасивному способу життя та відпочинку.

Виявлено, що у більше половини (52%) студентів з пасивним способом життя були «нижче середнього» та «низький» рівні фізичного здоров'я. Встановлено, що між групами студентів, які ведуть активний і пасивний спосіб життя існує вірогідна ($p < 0,05$) відмінність щодо розподілу рівнів здоров'я. Порівняльна оцінка залежності фізичної активності студентів від НМТ і рівнів фізичного здоров'я показала, що у 31 (8,5%) осіб, які вели пасивний спосіб життя виявлена НМТ, у трьох – ожиріння I та II ступеня. Причому, 87,6% студентів з НМТ мали «низький» і «нижче середнього» рівні здоров'я, а особи з ожирінням лише «низький».

Висновки

Результати дослідження вказують, що незважаючи на виховну роботу та пропаганду фізичної культури і спорту, планування достатньо великої кількості годин з фізичного виховання у навчальних планах (від 108 до 160 годин на навчальний рік залежно від спеціальності), серед студентської молоді виникають значущі диспропорції між розумовою і фізичною працею, що приводить до явного домінування малорухливого способу життя. Отримані дані свідчать, що серед студентів з гіподинамією визначені «низькі» рівні фізичного здоров'я, в т. ч. на 33,7% підвищується ризик появи НМТ, що, в свою чергу, може бути причиною формування низки патологічних станів.

Державне управління безперервним професійним розвитком фахівців сімейної медицини у центрі первинної медичної допомоги

Гричко Р.Ю., Фуртак І. І.

Львівський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України

Анотація: Дослідженням встановлено, що нові методи й технології охорони здоров'я вимагають від медичних працівників брати на себе нові обов'язки, що потребують для їх виконання нових компетентностей. Реалізація такого важливого напрямку управління якістю медичної допомоги, яким є безперервний професійний розвиток, можлива лише за умови створення державою системи методичного забезпечення і організації цього складного і багатогранного способу навчання фахівців ЗП-СМ.

Ключові слова: державне управління, безперервний професійний розвиток, сімейна медицина

Становлення сімейної медицини (СМ) як основи первинної медичної допомоги (ПМД), що спрямована на комплексну організацію заходів з пропаганди принципів здорового способу життя, профілактики захворювань і надання медичної допомоги на догоспітальному етапі сприяло запровадженню концепції превентивної медицини – концепції чинників ризику – у повсякденне професійне життя фахівців (СМ). Успіх профілактичної спрямованості у сфері ПМД та системи охорони здоров'я (СОЗ) загалом значною мірою залежить від територіальної дільничної служби, яка перейшла на засади (СМ), що стала основою ПМД у всіх економічно розвинених країнах.

Головним помічником сімейного лікаря (СЛ) та його партнером щодо вирішення проблем превентивної медицини на сімейно-територіальній дільниці стала медична сестра (МС) загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ). Вона активно проводить санітарно-освітню роботу серед населення на дільниці щодо профілактики найпоширеніших хвороб і травм, режиму праці й відпочинку, раціонального та лікувально-профілактичного харчування, шкідливості наркотиків, куріння, зловживання алкогольними напоями; пропагує і запроваджує принципи здорового способу життя, який називають «універсальною вакциною проти хвороб». Працюючи під безпосереднім керівництвом СЛ, МС активно займається формуванням, збереженням і зміцненням здоров'я здорових та відновленням здоров'я під час хвороби не лише кожного окремого мешканця сімейно-територіальної дільниці, а й громадського здоров'я територіальної громади. СЛ разом із МС на сімейно-територіальній дільниці активно залучають до формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я мешканців дільниці, органи державної влади та місцевого самоврядування, громадські організації, що безпосередньо не займаються охороною здоров'я. Шляхом такої співпраці територіальна громада через свої органи місцевого самоврядування та громадські організації бере участь не лише в оздоровленні своїх членів і формуванні громадського здоров'я, але й через СМ створює засади громадянського суспільства.

Безперервний професійний розвиток у повсякденній роботі СЛ розглядається у сучасній ПМД України як громадянський обов'язок, що продовжується протягом всього періоду його фахової діяльності. Він виступає запорукою постійного удосконалення якості медичної допомоги громадянам країни. Якщо СЛ не здатний до систематичного поповнення своїх професійних знань, удосконалення фахових умінь і навичок протягом всього свого трудового життя, то він швидко втрачає рівень своєї компетентності, тому що фундаментальні знання у галузі СМ, яка охоплює багато напрямків СМ, швидко змінюються. А це призводить до заміни старих методів лікувально-профілактичної роботи новими, прогресивнішими [3, с. 68-74; 4, с. 16].

Нові методи й технології охорони здоров'я вимагають медичних працівників брати на себе нові обов'язки, що потребують для їх виконання нових компетентностей. Однією з найважливіших проблем діяльності сучасних фахівців ЗП-СМ є переорієнтація їх фундаментальних поглядів і практичних дій із застарілої доктрини охорони здоров'я, яка базується на суто медичних засадах діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих, на принципи профілактичної медицини. Остання включає в себе медичну валеологію і первинну профілактику найпоширеніших захворювань. Медична валеологія своїм об'єктом впливу має здорову людину і людину в «третьому» стані, тобто практично здорову особу, яка має незначні зміни в організмі або чинники ризику виникнення певного захворювання. Питання здоров'я і хвороби людини завжди знаходились у компетенції медичних працівників закладів ПМД, до яких відносяться фахівці СМ. Вони мають знати і виконувати в конкретних ситуаціях як заходи з медичної валеології та превентивної медицини, так і методи сучасної лікувально-реабілітаційної допомоги, які ґрунтуються на нових технологіях доказової медицини. Найефективніше профілактичну роботу в сучасному суспільстві можуть виконувати фахівці СМ (СЛ та МС ЗП – СМ). Знаючи стан здоров'я не лише кожної окремої людини, яка мешкає на сімейно-територіальній ділянці та знаходиться під опікою цих фахівців, але й її родини, СЛ і МС, які працюють на ділянці як професійні партнери, можуть компетентно, якісно і ефективно впливати на здоров'я не лише окремої людини, але й цілої родини, а через це і на громадське здоров'я. Індивідуальне здоров'я кожної окремої людини, передовсім, формується в сім'ї як найближчому біосоціальному оточенні, де зароджується і народжується індивід, а також твориться його особистість. Тому найуспішніше реалізуються комплекси валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів в умовах родинного оточення і за активної участі всієї сім'ї у цьому процесі. Отже, розвиток СМ як науки та практичних дій її фахівців, спрямованих на формування, збереження і зміцнення здоров'я окремої людини та її родини, а також профілактика захворювань, мають виняткове значення.

За визначенням Всесвітньої Федерації Медичної Освіти (ВФМО), безперервний професійний розвиток (БПР) означає період освіти та підготовки лікарів, що починається після завершення базової медичної освіти та післядипломної підготовки в університеті та триває протягом усього професійного життя [1, с. 104].

Базова медична підготовка лікарів згідно директиви 2005/36/ЄС Європейського парламенту загалом складається щонайменше з 6 років або 5500 годин теоретичної та практичної підготовки, що здійснюється університетом або під університетським наглядом.

Отже, додипломна медична підготовка як базова має гарантувати:

- 1) адекватні знання наук, на яких базується медицина, та добре розуміння наукових методів включно з вимірюванням біологічних функцій, оцінювання виявлених наукою фактів і аналіз даних;
- 2) розуміння структури, функції та поведінки здорових і хворих людей, а також взаємозв'язку між станом здоров'я, фізичним і соціальним оточенням людини;
- 3) адекватні знання клінічних дисциплін і практики, що створюють у студента цілісну картину психічних і фізичних захворювань, медицини з точки зору профілактики та лікування, а також репродукції людини та її імунології;
- 4) клінічний досвід роботи в лікарнях і амбулаторно-поліклінічних закладах під належним наглядом.

Механізм державного управління системою безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини (СМ) в Україні започатковано наказом МОЗ України «Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» від 07.07.2009 р. № 484 [2].

Цим наказом визначено основні види діяльності лікарів і провізорів у період між передатестаційними циклами (ПАЦ), які проводяться 1 раз на 5 років. І хоч до таких видів діяльності віднесені й ті, що проводяться у вищих медичних навчальних закладах під керівництвом викладачів, основна частина (19 з 22) видів навчальної діяльності сімейних лікарів (СЛ) віднесені до БПР, відповідальність за який, згідно рекомендацій ВФМО, покладається на самого лікаря та професійні асоціації. Названим вище наказом МОЗ України виділено постійну і варіативну частини оцінки у балах. За навчання на

передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації. Визначено 40 балів. Варіантна частина бальної (кредитної) оцінки навчальної діяльності СЛ стосується переважно неформалізованої вищими навчальними закладами, а за власним вибором на основі самостійного рішення лікаря, як це і передбачається БПР.

Однак до варіантної частини БПР чомусь віднесено цикли тематичного удосконалення, навчання на курсах інформації та стажування, у закладах (на факультетах) післядипломної освіти. Це спонукає кафедри факультетів післядипломної освіти реструктурувати БПР на користь навчання на кафедрах, що дозволяє їм збільшувати кількість академічних годин, хоч це не передбачається рекомендаціями ВФМО. Основна ідея нового підходу до БПР фахівців СМ в комунальній 5-й міській клінічній поліклініці м. Львова, полягає в тому, що БПР став основоположним принципом їх освітньої системи та участі в ній протягом усього професійного життя на благо громадського здоров'я територіальної громади, яку вони опікують. Ця всеосяжна за повнотою, індивідуальна за часом, темпом і спрямованістю система надає кожному фахівцеві СМ право і можливість реалізації власної програми самовдосконалення. Вона передбачає розподіл періодів навчання і трудової діяльності спеціалістів. БПР є ефективним тоді, коли він наповнений конкретним змістом і орієнтований на пацієнта: стимулює активність лікаря; сприяє отриманню важливих практичних результатів, які запроваджуються у конкретному закладі охорони здоров'я; є складовою частиною плану заходів, що стосуються якості медичної допомоги в цілому; сфокусовані на розвиток колективних форм організації праці; ґрунтується на набутих раніше знаннях, навичках і досвіді. Організація і управління БПР значно відрізняються між собою і є недостатньо жорсткими. Після створення у 2004 році центру ПМСД у складі комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова, основними завданнями цього підрозділу, що нараховував у своєму складі 66 сертифікованих СЛ і 82 медичних сестри загальної практики-сімейної медицини, стали:

- переорієнтація ПМСД на профілактику захворювань, формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп шляхом формування здорового способу життя у широких верств населення;
- упровадження сучасних діагностичних, лікувальних і реабілітаційних технологій при різних захворюваннях, травмах і патологічних станах на базі керованості з боку СЛ, стандартизації та доказової медицини [120, с. 64].

За своєю сутністю безперервний професійний розвиток (БПР) надає широкі можливості для постійного удосконалення професійної майстерності фахівцям сімейної медицини (СМ) та може переходити у коучинг, як школу підготовки лідерів колективів центрів первинної медичної допомоги (ПМД). Сімейний лікар (СЛ) у процесі БПР залучається не лише до інноваційної роботи з розвитку охорони здоров'я своїх пацієнтів, але й до організаційної, управлінської, менеджерської, маркетингової діяльності, викладацької та дослідницької роботи. Усі ці сфери діяльності фахівців загальної практики-сімейної медицини (ЗП-СМ) сприяють постійному зростанню їх компетентності щодо розв'язання складних медико-соціальних проблем, з якими до них звертаються пацієнти.

Система БПР замінює інформальний (спонтанний) вид навчання фахівців СМ на неформальний (самостійний, однак плановий) вид освітньої діяльності протягом усього професійного життя без відриву від своєї роботи. Центральне місце у цьому надзвичайно складному, однак і настільки ж продуктивному процесі посідають його планування, організування і мотивування. При цьому особливе значення щодо постійного самовдосконалення набувають не лише зовнішні спонукальні мотиви та професійні інтереси, але й внутрішні — бажання самовдосконалення та самоствердження не лише як професіонала, але й як людини та громадянина.

Мотиваційний механізм державного управління БПР фахівців СМ ґрунтується на таких внутрішніх спонукальних чинниках, як:

- професійне бажання надати оптимальну допомогу кожному окремо взятому пацієнтові, незалежно від його віку, статі та соціального статусу;
- зобов'язання шанувати вимоги роботодавця, пацієнтів, їх родин, громади та суспільства в цілому;

- потреба зберігати задоволення своєю працею і запобігати «професійному вигоранню».

Реалізація такого важливого напрямку управління якістю медичної допомоги, яким є безперервний професійний розвиток, можлива лише за умови створення системи методичного забезпечення і організації цього складного і багатогранного способу навчання фахівців ЗП-СМ.

БПР фахівців СМ мають забезпечити обласні та регіональні навчально-практичні або тренінгові центри СМ. Вони, окрім організації БПР кожного СЛ, зможуть взяти на себе такі питання, як опрацювання науково-інноваційних підходів до нормативно-правових актів щодо механізмів державного управління постійним підвищенням якості ПМСД. Такі центри зможуть організувати науково-практичні дослідження та інноваційні розробки з різних аспектів лікувально-профілактичної роботи в закладах СМ, видавати необхідну наукову, навчальну та нормативно-правову літературу, проводити науково-практичні конференції, навчально-методичні семінари, тренінги, круглі столи та тематичні виставки, обмін досвідом з розвитку сімейної медицини тощо. Через обласні навчально-практичні центри до вирішення багатьох проблем БПР та управління навчанням фахівців СМ можна залучити професорів і викладачів вищих навчальних медичних закладів регіону, організувати міжнародні форуми з проблем СМ. І хоч в Україні опрацьоване типове положення про обласний навчально-практичний центр СМ, у багатьох областях, у тому числі й у Львівській, такий центр не організовано у зв'язку з недостатньою увагою головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації до механізмів державного управління БПР.

Отже, одним із соціальних наслідків глобалізації та інформатизації є формування нового відношення до медичної освіти. Вона сьогодні не може обмежуватися роками базового навчання, здебільшого на початку життя людини, позаяк неперервне оновлення інформації щодо доказовості медичних знань вимагає постійного навчання і самовдосконалення для досягнення професійного успіху та високої компетентності у сфері охорони здоров'я.

Особливого значення вдосконалення своїх знань і вмінь, а разом з тим, їх оновлення настільки, щоб уможливити швидке і кардинальне адаптування своєї діяльності до непередбачуваних змін соціального середовища та вимог пацієнтів, набуває у практиці СЛ, які виконують у системі ПМСД не лише поліпрофільні функції з медичної допомоги, але й задовольняють багато соціальних вимог пацієнтів.

Література

1. Медична освіта в світі та в Україні: до дипломна освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець (та ін.) – Київ: Книга плюс, 2005. – 385 с.
2. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах / Наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484.
3. Лемішко Б. Б. Механізми державного управління розвитком сімейної медицини Львівщини / Б. Б. Лемішко – Львів: Сполом, 2011. – 308 с.
4. Шаповал С. Д. Впровадження нових організаційних форм безперервного навчання лікарів загальної практики / С.Д. Шаповал, С.М. Дмитрієва, Т. О. Ралько // Сімейна медицина - 2007. - №3 - с. 16.
5. Лемішко Б.Б. Державне управління безперервним професійним розвитком / Б.Б. Лемішко, Я.-Р. М. Федорів, Р. Ю. Грицко // Ефективність державного управління: зб. наук. праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. –Вип.30/ за ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. В. А. Ліпенцева. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2012. – С. 184-189.

Гендерні особливості захворюваності та поширеності провідних класів хвороб серед дорослого населення України в 2007-2011 рр.

А. А. Крапівіна

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Ключові слова: гендерні особливості основних показників здоров'я

Здоров'я населення є одним із ключових показників розвитку держави, що віддзеркалює рівень соціально-економічного стану суспільства. Це провідний фактор, який сприяє формуванню демографічного, економічного та ресурсного потенціалів країни. Тому пріоритетним завданням будь-якої системи охорони здоров'я є створення та подальше забезпечення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення країни. Для повноцінної реалізації цієї задачі Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує вивчати показники стану здоров'я населення з обов'язковим врахуванням гендерного аспекту, який включає в себе сукупність біологічних та соціальних факторів.

На сьогодні низкою досліджень вітчизняних та зарубіжних науковців продемонстровано, що стан здоров'я жінок та чоловіків є різним (К. Hunt, 2000; S. Payne, 2009; Н.С Григорьева, 2001; Н. М. Римашевская, 2007). Відмінними для обох статей можуть бути і фактори, які впливають на розвиток та перебіг окремих захворювань (О. М. Барна, 2008; В.Й. Целуйко, 2009; В.П. Маленький, 2009 та ін.).

Значна частина захворювань, які впливають на здоров'я жінок, пов'язані з репродуктивною функцією, водночас деякі хвороби загострюються внаслідок вагітності. В той же час у чоловіків, які в силу визначених для них суспільством ролей більш схильні до «ризикованої поведінки» (куріння, зловживання алкоголю, наркоманії, нещасних випадків), роботи на шкідливому чи небезпечному виробництві можуть посилюватись ризики виникнення різних захворювань.

Сучасний стан здоров'я чоловічого та жіночого дорослого населення можна охарактеризувати як незадовільний, протягом останніх років спостерігається стійка тенденція до погіршення їх рівня здоров'я.

В 2011р. загальноукраїнський показник захворюваності всіма хворобами становив 48770,7 на 100 тис. дорослого населення серед чоловіків та 60 961,4 серед жінок, що в 1,3 рази було вище у осіб жіночої статі ($p \leq 0,05$).

Протягом останніх 5 років (2007-2011 рр.) виявлено зменшення рівнів захворюваності у представників обох статей одночасно. Наразі в 2011 р., порівняно з 2007 р., зареєстровано їх зниження у чоловіків на 4,3% ($p \leq 0,05$), а у жінок лише на 0,5% ($p \leq 0,05$). Водночас в 2009р. зафіксовано незначний підйом захворюваності у жіночій статі (62493,1 на 100 тис. відповідного населення в 2009р проти 61294,2 в 2007р.), що було максимальним протягом зазначеного періоду. В той же час у чоловіків найвищі її рівні зареєстровано в 2007 році.

У структурі захворюваності чоловічого населення в 2011р. домінували хвороби органів дихання (33,7%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (12,1%) і хвороби системи кровообігу (11,3%). Сумарна частка цих класів хвороб становила 57,1%. Така структура є традиційно незмінною для чоловічого населення протягом останніх 5 років. Водночас, оцінюючи рівні захворюваності в динаміці, виявлено позитивну тенденцію до їх зменшення як в цілому, так і за представленими класами. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників значно зменшились (-11,35%), а хвороби органів дихання та системи кровообігу лише на 3,7%.

Серед жіноцтва провідними класами структури захворюваності, як і в попередні роки (2007-2010рр.), були хвороби органів дихання (29,8%), сечостатевої системи (12,6%) та системи кровообігу (10,5%). Разом вони склали 52,9% всіх випадків захворювань. Водночас в динаміці, порівняно із

2007р., виявлено незначне зменшення захворюваності хворобами системи кровообігу (-3,20%) та органів дихання (-0,22%). Проте у класі хвороб сечостатевої системи відбулося незначне підвищення (+0,49%).

Щодо поширеності хвороб в 2011р. загальноукраїнський показник серед чоловіків становив 159741,7 на 100 тис. відповідного населення, а серед жінок – 205229,9; що, як і захворюваності, в 1,3 рази був вищим у осіб жіночої статі ($p \leq 0,05$). Протягом вищезазначеного періоду її рівні мали виразну тенденцію до зростання у представників обох статей одночасно. Серед чоловічого населення цей приріст склав 2,76% ($p \leq 0,05$), а серед жіночого – вдвічі більше (5,75% ($p \leq 0,05$)).

У 2011р., як і протягом аналізованих років, структура загальної захворюваності залишалась незмінною серед чоловіків та серед жінок також. Провідними класами, що її формували у представників обох статей, були хвороби системи кровообігу, органів дихання та сечостатевої системи. Їх питома вага відповідно склала серед чоловіків 37,5%, 14,5% та 10,9% і 37,7%, 12,1% та 9,8% серед жінок. Сумарна частка зазначених класів становила 62,9% для чоловіків і 59,6% для жінок.

За досліджуваний період виявлено стійку щорічну прогресуючу тенденцію до зростання рівнів поширеності хвороб серед чоловічого та жіночого населення як в цілому, так і за провідними класами. Наразі хвороби системи кровообігу зросли на 7,2% серед чоловіків та 7,6% серед жінок, органів травлення на 4,3% і 6,6% відповідно. В той же час, що є позитивним, рівень хвороб органів травлення серед чоловічого населення зменшився на (-2,51%). Проте серед жіночої статі зареєстроване їх незначне зростання (+1,3%).

Отже, протягом 2007-2011рр. зареєстровано переважання показників захворюваності та поширеності хвороб серед жінок. На першому та третьому місцях в структурі первинної захворюваності для обох статей одночасно, були хвороби органів дихання та системи кровообігу відповідно. В той же час на другому – у чоловіків розташувались травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх чинників, а у жінок – хвороби сечостатевої системи. Негативним явищем є стійка тенденція до зростання поширеності хвороб як у жінок, так і у чоловіків, проте переважання її рівнів зареєстроване, знову ж таки як і захворюваності, серед жіноцтва. Провідні класи, що сформували структуру загальної захворюваності, були аналогічними для обох статей.

Виявлені в межах даного дослідження гендерні особливості основних показників здоров'я дорослого населення вказують на важливість аналізу стану здоров'я з урахуванням гендерного підходу. Це дозволить більш детально ідентифікувати потреби та проблеми жінок та чоловіків в галузі охорони здоров'я та врахувати їх при розробці державних та цільових програм.

Ocena zasobów osobistych i funkcjonowania psychologicznego kandydatów na kierowców oraz po odebraniu prawa jazdy

Lech Grodzki^{1,2}, Beata Łangowska-Grodzka¹, Paulina Zielińska¹

¹ Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu

Streszczenie

Posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami jest w dzisiejszych czasach koniecznością, a nawet normą społeczną. Główną przyczyną upatruje się w rozwoju technologii motoryzacyjnej, ale przede wszystkim w tempie życia oraz wymaganiach, jakie stawia nam życie w aspekcie czasu oraz mobilności.

Problem badawczy tej pracy stanowi pytanie: czym i w jakim zakresie różnią się zasoby osobiste kandydatów na kierowców oraz kierowców, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami?

Zauważalną tendencją wśród badanych należących do obu grup jest pomijanie przy wyborze istotnych wartości osobistych, takich jak: inteligencja, wiedza, stanowczość. Kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy trzykrotnie rzadziej wybierali inteligencję, jako wartość osobistą niż kandydaci na kierowców. Istotne różnice w częstości wyboru wartości osobistych można zaobserwować również w odniesieniu do dobroci, którą osoby, którym zatrzymano prawo jazdy zaznaczały dwukrotnie częściej. Badani kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy mniej cenią sukcesy w nauce czy pracy, jako zasób osobisty aniżeli kandydaci na kierowców.

Ponadto, osoby, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami, uzyskały wyniki świadczące o bardzo pozytywnej ocenie dobrego samopoczucia.

Osoby, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami na tle kandydatów na kierowców cechują się znacznie niższą odczuwaną satysfakcją z życia. Analiza wykazała, że 83% osób, które oceniło swoją satysfakcję na niską uzyskało wysokie wyniki w odniesieniu do subiektywnej oceny dobrego samopoczucia.

W badaniu wykazano, że osoby, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami cechują się większym tłumieniem negatywnych emocji.

Słowa kluczowe: funkcjonowanie psychologiczne, kierowcy, zasoby osobiste, zatrzymanie prawa jazdy

Assessment of personal resources and psychological functioning of candidates for drivers and drivers whose driving license has been revoked

Lech Grodzki^{1,2}, Beata Łangowska Grodzka¹, Paulina Zielińska¹

¹ Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Torun

² Provincial Dependence and Co-dependence Clinic in Torun

Abstract

Having the right to drive is a necessity nowadays or even a social norm. The main cause is believed to be the development of automotive technology but also the pace of life and the requirements posed by our lives in terms of time and mobility.

The research question of this work is: are there any differences in personal resources of candidates for the drivers and the drivers whose rights to drive have been revoked, and, if so, what are they?

A noticeable tendency among respondents from both groups is the skipping of important personal values such as intelligence, knowledge, and decisiveness. The drivers whose license has been retained chose intelligence as a personal value three times less often than candidates for drivers. Significant differences in the frequency of choosing personal values can also be observed in relation to goodness. The drivers whose license has been retained chose goodness twice as often. They also valued the personal resource of success in school or at work less than candidates for drivers.

Moreover, people who lost their right to drive achieved results showing a very positive assessment of well-being.

People who have lost their right to drive have significantly lower perceived satisfaction with life than candidates for drivers. The analysis showed that 83% of those who rated their satisfaction as low received high scores for the subjective assessment of well-being.

The study showed that people who have lost the right to drive are characterized by a greater suppression of negative emotions.

Keywords: psychological functioning, drivers, personal resources, driving license revocation

Wstęp

Współczesne realia wymuszają na nas konieczność wykazywania się mobilnością oraz co za tym idzie, posiadania uprawnień do kierowania pojazdami. Spowodowane jest to również bardzo dynamicznymi zmianami w motoryzacji. Powstają nowe, szybsze, bardziej ekonomiczne auta, a człowiek chce jak najefektywniej zagospodarować swój czas, zarówno związany z życiem zawodowym, jak i prywatnym, co nowoczesne technologie znacznie ułatwiają. Staje się to częstokroć przyczyną wielu poważnych wypadków drogowych i kolizji, ponieważ bez względu na bezpieczeństwo nasze, a także innych użytkowników ruchu drogowego, chcemy pokonać dzielące nas odległości w jak najkrótszym czasie.

Wypadki i urazy są obecnie trzecią, co do częstości przyczyną zgonów w Polsce. Psycholodzy transportu zwracają uwagę, że winy tej sytuacji należy upatrywać w braku badań psychologicznych w grupie kandydatów na kierowców oraz zbyt pobieżnych badaniach psychologicznych wśród przyszłych kierowców zawodowych. To właśnie zasoby osobiste, które posiadają przyszli kierowcy determinują to, w jaki sposób będą zachowywać się na drodze. Rola psychologa transportu, to nie tylko wykrywanie przeciwwskazań do nabycia uprawnień do kierowania pojazdami, to również funkcja edukacyjna, która powinna być realizowana poprzez uświadamianie przyszłym kierowcom sfer funkcjonowania, nad którymi powinni popracować.

Najbardziej niepokojącym w polskiej wypadkowości jest fakt wzrastającej liczby osób prowadzących pojazdy pod wpływem alkoholu. Społeczne przyzwolenie na prowadzenie pojazdu po wypiciu nawet niewielkich ilości alkoholu, stanowi kolejny istotny problem. Stąd też pomysł, aby w tej pracy skupić się na zasobach osobistych kandydatów na kierowców oraz na tym, czy osoby, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami z powodu prowadzenia po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości cechują się innymi zasobami lub też z punktu widzenia psychologii transportu nie powinny w ogóle takich uprawnień uzyskać.

Biorąc pod uwagę, iż praca dotyczy osób, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami z powodu prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości, należy przedstawić skutki, jakie niesie za sobą spożycie alkoholu w czasie prowadzenia pojazdu. Zaburzenia pojawiające się w stanie, który kodeks karny nie definiuje jeszcze jako „stan nietrzeźwości” (do 0,5‰) i stanowią już o istotnym zagrożeniu, jakie dla bezpieczeństwa ruchu drogowego może stwarzać taki kierowca. Dochodzi do rozproszenia uwagi, obniżeniu ulegają zdolności percepcyjne, poznawcze i ruchowe, pojawiają się drobne zaburzenia równowagi i koordynacji – kierowca, zatem nie jest już w stanie odpowiednio postrzegać warunków na drodze i się do nich przystosowywać. Spostrzeżenia te nasuwają kolejny ważny wniosek – lekceważenia przez kierowców wpływu spożycia małych ilości alkoholu na ich organizm. W literaturze spotkać można również termin „krótkowzroczności poalkoholowej”. Jest to „stan obniżonej zdolności do przetwarzania informacji i zwiększoną wrażliwość na obecność elementów rozpraszających, występującą po spożyciu alkoholu”. Dla kierowcy jest to równoznaczne z tzw. widzeniem tunelowym (ograniczone pole widzenia), nieprawidłową oceną przestrzenną innych użytkowników ruchu drogowego, wydłużonym czasem reakcji, senności, słabszą zdolnością do koncentracji, tendencją do agresji, drażliwości a także sennością.

W 2008 roku nietrzeźwi uczestniczyli w 6 375 wypadkach drogowych, stanowiąc 13% ogółu wypadków, w których zginęło 748 osób (13,8% ogółu zabitych), a 8 025 osób odniosło obrażenia (12,9% ogółu rannych).

Cel badania

Przedmiotem badań była analiza zasobów osobistych, jakimi dysponują kandydaci na kierowców oraz osoby, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami. Celem badania jest ocena zasobów osobistych oraz funkcjonowania psychologicznego kandydatów na kierowców oraz kierowców, którym odebrano

uprawnienia do kierowania pojazdami z powodu kierowania pojazdem po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości. Celem badania było również wykrycie ewentualnych nieprawidłowości w funkcjonowaniu, czy też deficytów w posiadanych zasobach w grupie badanych, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami. Kolejnym celem jest wykazanie, czy osoby, które przeszły badania lekarskie w ośrodkach nauki jazdy charakteryzują się określoną grupą zasobów osobistych, niezbędnych do bezpiecznego użytkowania pojazdów oraz uczestnictwa w ruchu drogowym oraz grupą zasobów osobistych czy też deficytów charakterystycznych dla grupy badanych, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami.

Materiał i metodyka

Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o zgodę Komisji Bioetycznej nr KB /577/2006. Badanie zorientowane jest na wykazanie czy istnieją różnice w zasobach osobistych oraz funkcjonowanie psychologicznym osób, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami (grupa B) oraz osób, które ubiegają się o uzyskanie tychże uprawnień (grupa A). Ankietowani z grupy A tj. kandydaci na kierowców badani byli w bydgoskich szkołach nauki jazdy, natomiast badanych należących do grupy B (kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy) pozyskano w Przychodni Medycyny Pracy nr 2 Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Toruniu oraz w Zakładzie Karnym Bydgoszcz-Fordon. Badanie przeprowadzono za pomocą następujących skal psychologicznych: kwestionariusz subiektywnej oceny dobrego samopoczucia SUBI, skala kontroli emocji CECS, skala satysfakcja z życia SWLS, lista wartości osobistych LWS.

Charakterystyka grupy badawczej

Dobór badanych miał charakter celowy. Grupę A stanowiły osoby, które ubiegają się o uprawnienia do kierowania pojazdami, natomiast grupę B kierowcy, którym odebrano te uprawnienia. Przebadano ogółem 87 osób (liczebność grupy A – 50 osób, liczebność grupy B- 37 osób). W skład grupy A wchodziło 33 kobiety (66% badanych) oraz 17 mężczyzn (34% badanych). Grupę B stanowili wyłącznie mężczyźni.

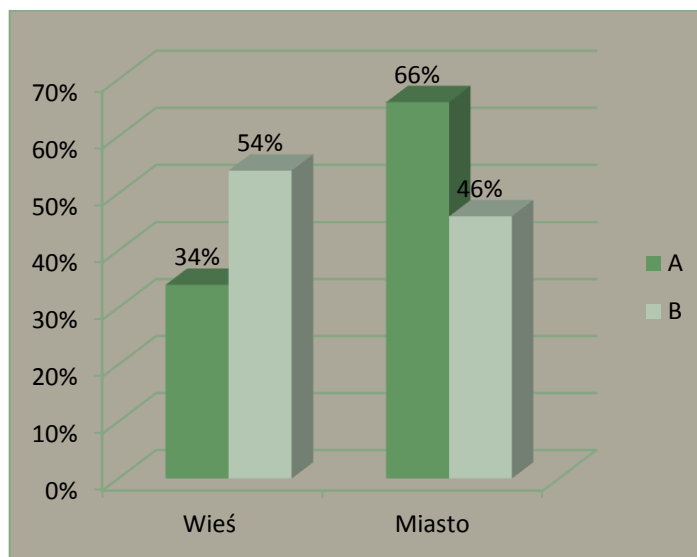
Średnia wieku w grupie kandydatów na kierowców wynosiła 22 lata. Najmłodszy badany miał 17 lat, najstarszy natomiast – 44; rozpiętość wieku wynosiła 27 lat. Największy odsetek badanych stanowiły osoby do 20 roku życia (50% badanych). Duży odsetek stanowiły również osoby w grupie wiekowej 20-30 r. ż (40% badanych grupy A). Średnia wieku wśród osób, którym zatrzymano prawo jazdy wynosi 41 lat. Najmłodszy badany miał 19 lat, najstarszy natomiast – 62. Największy odsetek respondentów tej grupy stanowiły osoby od 30-40 roku życia (32 % badanych).

Grupy badawcze zdecydowanie różnią się wykształceniem. Największy odsetek badanych kandydatów posiadał wykształcenie średnie (38% badanych). Osoby z wyższym wykształceniem stanowiły 26%. Warto również zwrócić uwagę na to, że osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły aż 32% respondentów, natomiast osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły tylko 4%.

Największy odsetek badanych w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy, posiadał wykształcenie zawodowe (54% badanych). Osoby z wyższym wykształceniem stanowiły zaledwie 6%. Duży odsetek stanowiły również osoby z wykształceniem podstawowym (30% badanych).

Z jednej z najmniej licznych pod względem wykształcenia podgrupy kandydatów na kierowców, posiadających wykształcenie zawodowe, prawo jazdy było odbierane w największym stopniu. Statystycznie więcej osób z wykształceniem podstawowym oraz zawodowym traciło uprawnienia do kierowania pojazdami.

Grupy badawcze różnią się ze względu na miejsce zamieszkania. W grupie kandydatów na kierowców przeważały osoby, których stałym miejscem zamieszkania było miasto (66% badanych), natomiast w grupie badawczej kierowców, którym odebrano prawo jazdy odsetek osób zamieszkałych w mieście wynosił 45, 9% respondentów było o blisko 9% niższy od zamieszkałych na wsi (54, 1% respondentów). Częściej odbierano prawo jazdy osobom zamieszkałym na wsi.



Porównanie grupy badawczej kandydatów na kierowców (grupa A) oraz kierowców którym zatrzymano prawo jazdy (grupa B) ze względu na stałe miejsce zamieszkania (w %)

W grupie badawczej kandydatów na kierowców 82% badanych zadeklarowało, że nie pali papierosów a 18% przyznało się do palenia papierosów. W grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy palenie papierosów zadeklarowało aż 73% badanych.

Największy odsetek badanych w grupie badawczej kandydatów na kierowców po raz pierwszy spożył alkohol w wieku 16 lat, natomiast w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy w wieku 18 lat. Z grupy kandydatów na kierowców 40% badanych spożyło alkohol po raz pierwszy do 16 roku życia, natomiast w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy było to jedynie 8,1%. Wynik ten jest niezwykle interesujący ze względu na specyfikę badanych grup. Zaskakuje fakt, że największą grupę kierowców, którzy utracili uprawnienia do kierowania pojazdami stanowią osoby, które deklarowały późną inicjację alkoholową – prawie 56,7% kierowców.

Największy odsetek kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy stanowiły osoby, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami w okresie do 10 lat od ich otrzymania. Wśród nich znajdowały się m. in. 4 osoby, którym dobrano uprawnienia w tym samym roku, w którym je otrzymali oraz 2 osoby, którym odebrano uprawnienia po roku, co oznacza, że 50% tej grupy kierowców utraciło prawo jazdy w okresie do roku od uzyskania uprawnień do kierowania pojazdami.

Okres od otrzymania do utracenia uprawnień do kierowania pojazdami										Min	Max	M	SD
do 10 lat		10-20 lat		20-30 lat		30-40 lat		40-50 lat					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
12	32,4	11	29,7	8	21,6	4	10,8	2	5,4	0	44	16,7	12,3

Źródło: badania własne

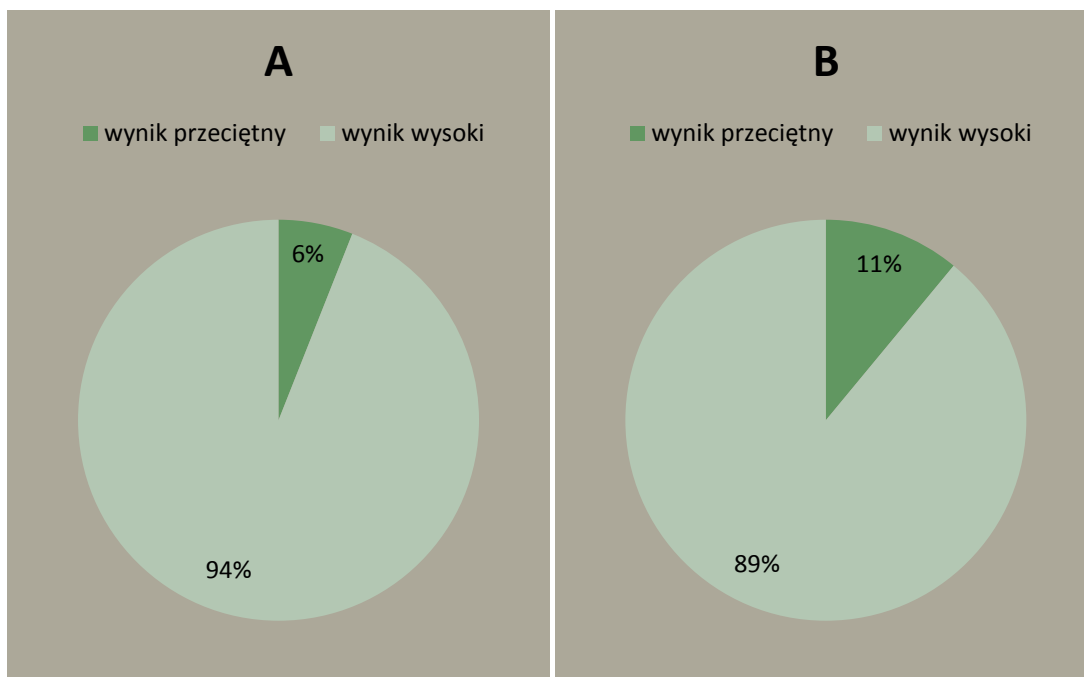
Zauważalna jest tendencja, zmniejszania odsetka kierowców, którym odebrano prawo jazdy wraz z czasem ich posiadania.

Wśród ankietowanych znajdowały się 4 osoby, którym już wcześniej odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami.

Omówienie wyników

Ankietowani w kwestionariuszu Subiektywnej Oceny Dobrego Samopoczucia mogli maksymalnie otrzymać 120 punktów, minimalny możliwy wynik natomiast to 40 punktów. Wynik całkowity można interpretować w trzech zakresach:

- wynik niski – przedział 40-60 punktów,
- wynik przeciętny – przedział 61-80 punktów,
- wynik wysoki – przedział 81-120 punktów.



Wykres 1. Rozkład wyników dla skali Subiektywnej Oceny Dobrego Samopoczucia SUBI ze względu na % uzyskanych wyników w grupie kandydatów na kierowców oraz kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy
 A. Rozkład wyników dla skali Subiektywnej Oceny Dobrego Samopoczucia ze względu na % uzyskanych wyników w grupie kandydatów na kierowców
 B. Rozkład wyników dla skali Subiektywnej Oceny Dobrego Samopoczucia ze względu na % uzyskanych wyników w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy

Źródło: badania własne

Charakterystyczny dla obu grup jest brak wyników niskich wśród badanych oraz bardzo wysoki udział procentowy wyników wysokich. O ile zrozumiałe to jest wśród kandydatów na kierowców to zastanawia u osób, którym zatrzymano prawo jazdy. Na subiektywne dobre samopoczucie składa się: poziom satysfakcji z życia, pozytywne odczucia i brak uczuć negatywnych (Diener, 1984; Pavot i Diener, 1993), zatem otrzymane wyniki wskazują na nieadekwatnie wysokie dobre samopoczucie u osób, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami. Może to oznaczać, że badani należący do tej grupy mają trudności w samoocenie oraz postrzeganiu w sposób prawidłowy ich otoczenia, różnicowaniu wartości dobra i zła. Mimo tego, że zostali pozbawieni uprawnień do kierowania pojazdami, prowadzili pod wpływem alkoholu, niejednokrotnie też z tego powodu przyczynili się do wypadku komunikacyjnego oceniają swoje samopoczucie jako bardzo dobre lub dobre. Ze względu na płeć, mężczyźni będący kandydatami na kierowców uzyskiwali średnio lepsze wyniki aniżeli kobiety starające się o prawo jazdy. Minimalny wynik wśród mężczyzn wynosił 82 punkty (wynik wysoki), wśród kobiet natomiast – 68 punktów (wynik przeciętny).

Skala Kontroli Emocji CECS Ogólny wskaźnik kontroli emocji dla Skali Kontroli Emocji powinien mieścić się w przedziale 21 do 84 punktów. W świetle badań naukowych tłumienie ekspresji emocji zwykle przyczynia się do ich nasilenia bądź skutkuje ich przewlekłym utrzymywaniem się w postaci napięcia emocjonalnego.

Skala Kontroli Emocji – porównanie średnich wyników w poszczególnych grupach badawczych

Badana grupa	Średnia wieku	Kontrola							
		Wskaźnik ogólny		Gniewu		Depresji		Lęku	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Kandydaci na kierowców	22	50,6	11,4	16,1	4,8	16,5	4,1	18,0	5,2
Kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy	41	58,5	12,1	18,5	5,1	19,4	4,3	20,7	4,9

Źródło: badania własne

M – średnia arytmetyczna, SD- odchylenie standardowe

$N_A = 50$; $N_B = 37$

Kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy cechowało uzyskiwanie wyższych ogólnych wskaźników kontroli emocji – średni wynik dla badanych tej grupy wynosił 58,5 punktów, natomiast dla grupy kandydatów na kierowców – 50,6 punktów. Również wyniki Skali Kontroli Emocji odnoszące się kolejno do: gniewu, depresji lęku były statystycznie wyższe dla grupy kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy.

W badaniu widać, że osoby, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami cechują się większym tłumieniem negatywnych emocji (54 punkty). Należy jednakże zwrócić uwagę, że w obu grupach badawczych badani uzyskiwali statystycznie wysokie średnie wskaźniki kontroli emocji, co jest zjawiskiem negatywnym, szczególnie ze względu na fakt, że grupę A stanowili kandydaci na kierowców (58,5 punktów). W obu grupach badawczych najwyższe wskaźniki kontroli emocji badani uzyskiwali w kontroli lęku.

Wskaźniki kontroli emocji rosną w grupie kandydatów na kierowców wraz wiekiem, zarówno wskaźnik ogólny, jak i dla gniewu, depresji czy lęku.

W grupie wiekowej 20-30 lat wyższy ogólny wskaźnik kontroli emocji oraz kontroli gniewu i lęku uzyskali kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy. Średni ogólny wskaźnik kontroli emocji oraz kontroli gniewu w grupie wiekowej 30-40 lat był wyższy u kandydatów na kierowców.

Kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy, stanowiący najliczniejszą grupę wiekową (wiek od 30-40 lat) cechowali się wyższymi wskaźnikami kontroli emocji w zakresie depresji i lęku aniżeli kandydaci na kierowców.

Tendencja do wzmożonej kontroli emocji wraz z wiekiem uwidacznia się zarówno u kandydatów na kierowców, jak i kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy. Należy jednak zwrócić uwagę, że średni wskaźnik kontroli emocji (ogólny) jest bardzo wysoki we wszystkich grupach wiekowych.

Mężczyźni będący kandydatami na kierowców cechowali się wyższymi wskaźnikami kontroli emocji niż kobiety. Największe różnice w średnich wynikach wskaźnika kontroli emocji z uwzględnieniem płci oraz miejsca zamieszkania wystąpiły w grupie kandydatów na kierowców. Także w zakresie kontroli lęku - mężczyźni oraz mieszkańcy wsi uzyskiwali średnio wyższe wyniki.

	Udział %	Wskaźnik kontroli emocji							
		Ogólny		Gniew		Depresja		Lęk	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
PŁEĆ									
Kobiety	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Mężczyźni	100	58,5	12,1	18,5	5,1	19,4	4,3	20,7	4,9
MIEJSCE ZAMIESZKANIA									
Wieś	54	59,6	12,2	18,6	5,3	20,5	3,4	20,6	4,8
Miasto	46	57,3	12,2	18,4	5,0	18,1	4,9	20,8	5,1
Ogółem	100	58,5	12,1	18,5	5,1	19,4	4,3	20,7	4,9

Źródło: badania własne

Zarówno w grupie kandydatów na kierowców, jak i kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy mieszkańców wsi cechuje uzyskiwanie wyższych średnich wskaźników kontroli emocji (ogólny) oraz kontroli gniewu, depresji i lęku aniżeli mieszkańców miast.

Dla Skali Satysfakcji z Życia badani mogli uzyskać od 5 do 35 punktów. Uzyskane wyniki surowe przekształca się na wyniki STEN, które rozpatrywać należy w trzech grupach: wynik niski – przedział 1-4 STEN, wynik przeciętny – przedział 5-6 STEN, wyniki wysoki - przedział 7-10sten. Im wyższy wynik tym wyższe poczucie satysfakcji z życia.

Tab.1. Rozkład wyników dla Skali Satysfakcji z Życia ogółem oraz dla poszczególnych grup badawczych

Grupa badawcza	M	SD	% wyników niskich (1-4 STEN)	% wyników przeciętnych (5-6 STEN)	% wyników wysokich (7-10 STEN)
Kandydaci na kierowców	20,4	4,9	26%	38%	36%
Kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy	18,1	5,4	48,6%	37,9%	13,5%

Ogółem	19,4	5,2	35,6%	37,9%	26,5%
--------	------	-----	-------	-------	-------

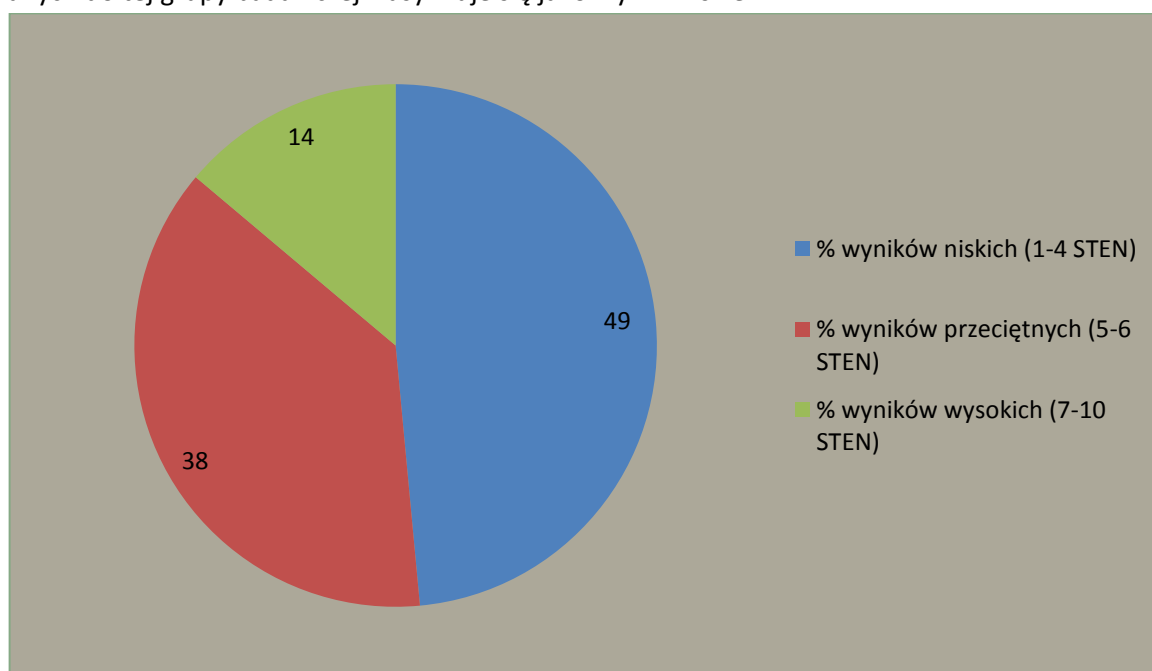
Źródło: badania własne

Legenda: M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Średni wynik satysfakcji z życia był statystycznie wyższy wśród kandydatów na kierowców, wynosił on 20,4 punktów.

W grupach badawczych zaobserwować można również wyraźne różnice w rozkładzie wyników niskich i wysokich. Odsetek wyników przeciętnych w obu grupach był zbliżony.

Odsetki wyników przeciętnych oraz wysokich wśród kandydatów na kierowców są zbliżone – 36% stanowiły wyniki wysokie, natomiast 38% wyniki przeciętne. 26% wyników uzyskanych przez badanych zaliczanych do tej grupy badawczej klasyfikuje się jako wyniki niskie.



Wykres2. Rozkład wyników dla Skali Satysfakcji z Życia ze względu na % uzyskanych wyników wśród kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy
Rozkład wyników dla Skali Satysfakcji z Życia ze względu na % uzyskanych wyników w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy

Źródło: badania własne

Prawie połowa wyników (48,6%), które uzyskali kierowcy którym zatrzymano prawo jazdy, stanowiły wyniki zaliczane do niskich. Odsetek wyników przeciętnych był dla obu grup badawczych zbliżony.

Bardzo charakterystyczną różnicą pomiędzy obiema grupami są proporcje w uzyskiwanych wynikach. Grupę kandydatów na kierowców cechuje prawie trzykrotnie wyższy odsetek uzyskanych wysokich wyników aniżeli kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy. Jest to bardzo istotna różnica. Grupy różnią się również odsetkiem wyników niskich. Kandydaci na kierowców uzyskali dwukrotnie mniej wyników niskich niż kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy.

Rozkład wyników wśród kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy nasuwa potrzebę skonfrontowania wyników uzyskanych dla skali Satysfakcji z Życia ze Skalą Subiektywnej Oceny Dobrego Samopoczucia, w której odnotowano wysoki odsetek wyników świadczących o bardzo dobrym samopoczuciu w tej grupie badawczej.

Tab. 1. Rozkład procentowy wyników Skali Satysfakcji z Życia z uwzględnieniem wyników uzyskanych w Skali Subiektywnej oceny dobrego samopoczucia w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy (w %)

	Wyniki	Skala Satysfakcji z Życia (w %)		
		Wyniki niskie	Wyniki przeciętne	Wyniki wysokie
		Odsetek uzyskanych wyników	48,6%	37,9%

	Wyniki	Odsetek uzyskanych wyników	Skala Satysfakcji z Życia (w %)		
			Wyniki niskie	Wyniki przeciętne	Wyniki wysokie
			48,6%	37,9%	13,5%
Skala Subiektywnej Oceny Dobrego Samopoczucia (w %)	niskie	0%	-	-	-
	przeciętne	10,8%	17%	7%	-
	wysokie	89,2%	83%	93%	100%

Źródło: badania własne

Tabela uwidacznia bardzo ciekawe tendencje w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy. Wszystkie osoby, które uzyskały wysokie wyniki w ocenie satysfakcji z życia uzyskały również wysokie wyniki w zakresie oceny dobrego samopoczucia. Niskie wyniki uzyskane w skali Satysfakcji z Życia nie korelują jednak z wynikami uzyskanymi w skali Subiektywnej Oceny Dobrego Samopoczucia. Osoby, które cechowały się niską satysfakcją z życia, oceniły swoje samopoczucie, jako bardzo dobre (83% badanych uzyskało wyniki wysokie) i jako dobre – 17% badanych, którzy uzyskali wyniki przeciętne. Wśród osób, które oceniły satysfakcję z życia jako przeciętną - 93% oceniło wcześniej swoje samopoczucie jako bardzo dobre, jedynie 7% jako dobre (wynik przeciętny dla SUBI).

Wyniki te są w świetle przeprowadzonych badań zaskakujące. Zastanawia fakt dlaczego grupa kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy nisko ocenia satysfakcję z życia, przy równoczesnej wysokiej subiektywnej ocenie dobrego samopoczucia.

Stwierdzono statystycznie istotne różnice pomiędzy średnimi wynikami w grupie kandydatów na kierowców z uwzględnieniem płci. Kobiety cechowało uzyskiwanie wyższych wskaźników satysfakcji z życia aniżeli mężczyzn (średni wynik dla kobiet – 21,1 punktów, średni wynik dla mężczyzn 18,9 punktów).

Średnie wyniki dla mężczyzn z obu grup były zbliżone. W grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy odsetek wyników niskich był wyższy niż wśród mężczyzn należących do grupy kandydatów na kierowców i wynosił 48,6%. Charakterystyczny jest również mały odsetek wyników wysokich w grupie mężczyzn, którym zatrzymano uprawnienia. Grupę mężczyzn będących kandydatami na kierowców cechuje równomierny rozkład wyników niskich, przeciętnych i wysokich.

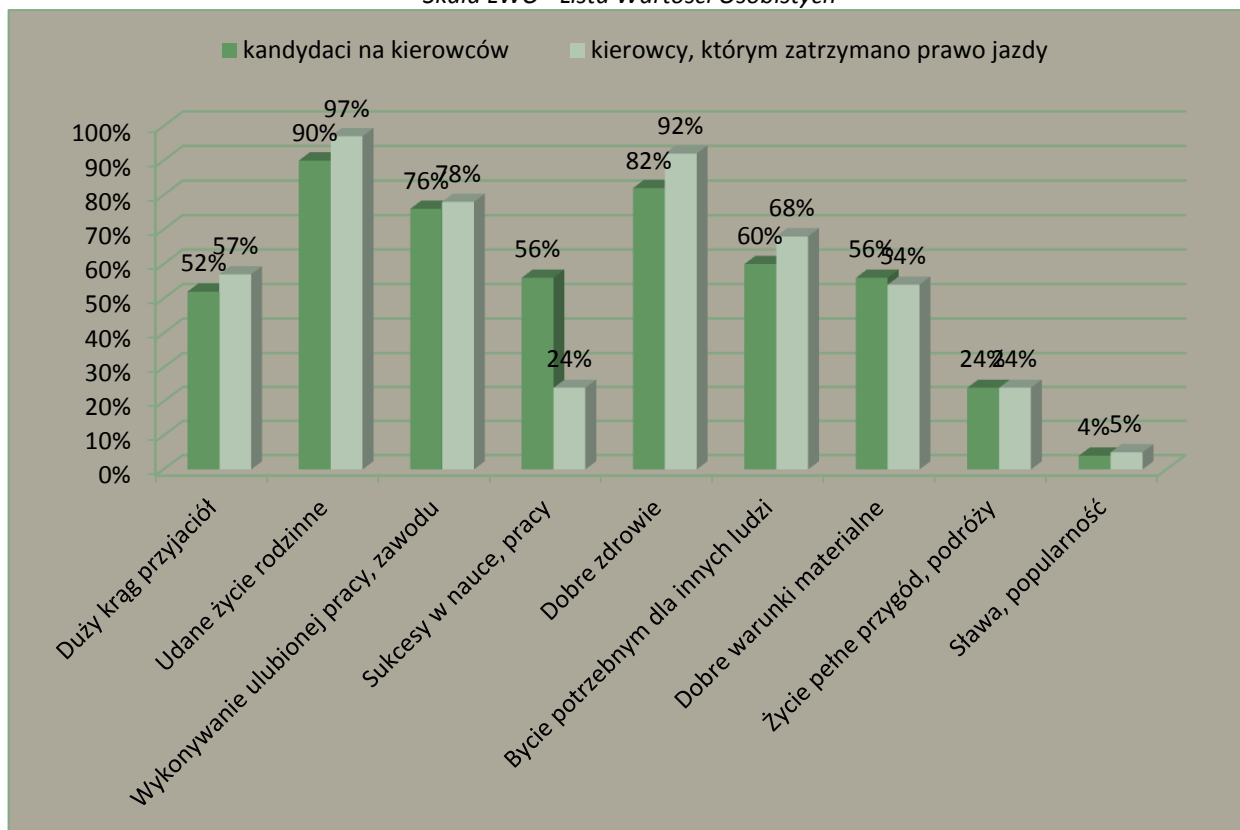
Średni wynik uzyskany przez badanych w obu grupach badawczych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania, był w przypadku mieszkańców wsi identyczny, wynosił 18,6 punktów. Grupy badawcze różniły się jednak średnimi wynikami dla mieszkańców miast – w grupie kandydatów na kierowców średni wynik był wyższy i wynosił 21,3 punktów natomiast w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy – 17,6 punktów. Różnice pomiędzy mieszkańcami miast i wsi w odniesieniu do średnich wyników były mniejsze wśród kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy.

Charakterystyczne jest istotne zróżnicowanie odsetków wyników niskich wśród badanych mieszkających w mieście oraz na wsi. W obu grupach odsetek osób mieszkających na wsi, które uzyskały wyniki niskie był zbliżony. Odsetek wyników wysokich wśród badanych mieszkających na wsi był prawie dwukrotnie wyższy w grupie kandydatów na kierowców.

Wśród kandydatów na kierowców –15,2% będących mieszkańcami miasta uzyskało wyniki niskie, natomiast kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy mieszkający w mieście uzyskali aż 52,9% wyników niskich. Kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy mieszkający w mieście uzyskali niemal trzykrotnie mniej wyników wysokich aniżeli kandydaci na kierowców, mieszkający na wsi - dwukrotnie mniej.

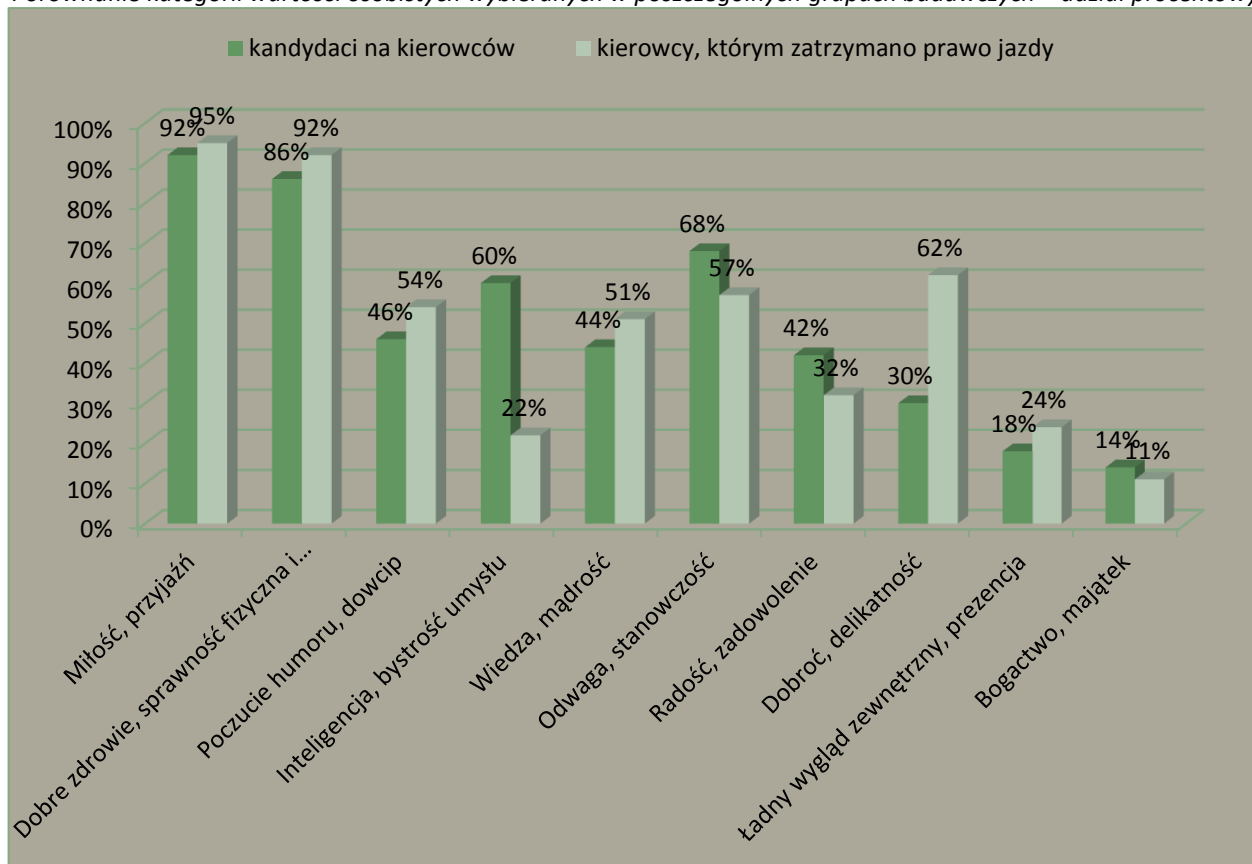
Dysproporcje zaobserwować można również w wynikach uzyskiwanych przez mieszkańców wsi – prawie połowa badanych mieszkających na wsi, którym zatrzymano prawo jazdy oceniła nisko swoją satysfakcję z życia, tylko 15% kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy uzyskało wynik wysoki.

Skala LWO - Lista Wartości Osobistych



Do najczęściej wybieranych symboli szczęścia osobistego zarówno w grupie kandydatów na kierowców jak i kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy należały: udane życie rodzinne, dobre zdrowie oraz wykonywanie ulubionej pracy. Bardzo charakterystycznym jest fakt wyboru przez prawie wszystkich badanych w obu grupach właśnie udanego życia rodzinnego – ten symbol szczęścia uzyskał również najwyższe średnie wagi w obu grupach. W obu grupach badani z podobną częstością wybierali takie symbole szczęścia jak: bycie potrzebnym dla innych, dobre warunki materialne, duży krąg przyjaciół czy w bardzo niskim stopniu – sławę i popularność. Odsetek osób, które wybrało życie pełne przygód jako symbol szczęścia był w obu grupach badawczych identyczny.

Grupy badawcze różni częstość wyboru symbolu szczęścia „sukcesy w nauce” – kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy dwukrotnie rzadziej zaznaczali ten symbol szczęścia aniżeli kandydaci na kierowców.



Sława i popularność była najrzadziej wybieranych symbolem szczęścia osobistego w obu grupach.

Zadaniem badanych było również dokonanie wyboru cennych dla nich wartości osobistych. W obu grupach badawczych najczęściej wybierano miłość i przyjaźń – wybrało je ponad 90% badanych. Ta wartość osobista uzyskała również najwyższe średnie wagi w obu grupach. Na drugim miejscu w obu grupach znalazło się dobre zdrowie, zaznaczane nieznacznie częściej przez kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy. Trzecią najczęściej wybieraną wartością osobistą była w grupie kandydatów na kierowców odwaga, stanowczość natomiast w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy - dobroć, delikatność.

Grupy badawcze różniło wybieranie takich wartości osobistych jak inteligencja i bystrość umysłu oraz dobroć i delikatność. Kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy trzykrotnie rzadziej wybierali inteligencję, jako wartość osobistą niż kandydaci na kierowców. Istotne różnice w częstości wyboru wartości osobistych można zaobserwować również w odniesieniu do dobroci i delikatności, którą kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy zaznaczali dwukrotnie częściej niż kandydaci na kierowców.

Spośród istotnych różnic w rozkładzie procentowym rang dla poszczególnych symboli szczęścia w obu grupach należy zwrócić uwagę na to, że kandydaci na kierowców niemal dwukrotnie częściej nadawali zdrowiu najwyższą rangę niż kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy, mimo, że średnia waga dla dobrego zdrowia w obu grupach jest podobna (oscyluje wokół 3). Kandydaci na kierowców dużo rzadziej pomijali w wyborze symbol szczęścia – sukcesy w nauce. Kolejną różnicą jest częstsze nadawanie najwyższej rangi udanemu życiu rodzinnemu w grupie kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy aniżeli kandydatów na kierowców. Ponadto trzy razy częściej kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy nadawali wysoką – 4 rangę wykonywaniu ulubionej pracy.

Grupy istotnie różnią się wagą, jaką nadają wykonywaniu ulubionej pracy – wśród kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy średnia waga wynosiła 2,38, wśród kandydatów na kierowców - 1,7. Warto również zwrócić uwagę na to, że kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy o wiele niżej cenią sukcesy w nauce, pracy aniżeli kandydaci na kierowców.

Kolejną istotną zależnością, która pojawiła się w wynikach jest bardzo mała waga, jaką przypisują dobroci osoby należące do tej grupy badawczej. 70% badanych w ogóle nie uwzględniło tej wartości

osobistej w swoim wyborze. 54% badanych nie zaznaczyło również poczucia humoru jako cennej wartości osobistej.

Wnioski końcowe

W zakresie głównych zasobów osobistych, którymi dysponują kandydaci na kierowców oraz osoby, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami nie stwierdzono istotnych różnic. W obu grupach najczęściej wybierano miłość i przyjaźń, na drugim miejscu znalazło się dobre zdrowie. Zauważalną tendencją wśród badanych należących do obu grup jest pomijanie przy wyborze istotnych wartości osobistych, takich jak: inteligencja, wiedza, stanowczość.

Kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy trzykrotnie rzadziej wybierali inteligencję jako wartość osobistą niż kandydaci na kierowców. Istotne różnice w częstości wyboru wartości osobistych można zaobserwować również w odniesieniu do dobroci, którą osoby, którym zatrzymano prawo jazdy zaznaczały dwukrotnie częściej niż kandydaci na kierowców. Warto również zwrócić uwagę na to, że badani kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy mniej cenili sukcesy w nauce czy pracy, jako zasób osobisty aniżeli kandydaci na kierowców.

W badaniu wykazano, że kandydaci na kierowców uzyskali tylko nieznacznie więcej wyników wysokich, świadczących o bardzo pozytywnej ocenie dobrego samopoczucia w stosunku do osób, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami. W obu grupach nie zanotowano wyników niskich, świadczących o niskiej ocenie dobrego samopoczucia. Bardzo wysoki odsetek wyników wysokich wśród badanych, którym odebrano uprawnienia do prowadzenia pojazdami pozwala wnioskować o niskiej samokrytyce oraz świadomości społecznej tej grupy badanych. W obu grupach badawczych istotnie wyższe wyniki uzyskują badani, których miejscem zamieszkania jest miasto.

Kandydatów na kierowców cechuje uzyskiwanie wyższych średnich wyników w Skali Satysfakcji z Życia aniżeli kierowców, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami. Osoby, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami na tle kandydatów na kierowców cechują się znacznie niższą odczuwaną satysfakcją z życia. Grupę kandydatów na kierowców cechuje prawie trzykrotnie wyższy odsetek uzyskanych wysokich wyników aniżeli wśród osób, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami. Grupy różnią się również odsetkiem wyników niskich. Kandydaci na kierowców uzyskali dwukrotnie mniej wyników niskich niż kierowcy, którym zatrzymano prawo jazdy. Wyniki skali satysfakcji z życia wśród osób, którym odebrano uprawnienia skorelowano z wynikami subiektywnej skali dobrego samopoczucia. Analiza wykazała, że 83% osób, które oceniło swoją satysfakcję na niską uzyskało wysokie wyniki w odniesieniu do subiektywnej oceny dobrego samopoczucia.

Stwierdzono wyższy wskaźnik kontroli emocji wśród kierowców, którym odebrano uprawnienia do kierowania pojazdami w porównaniu do grupy kandydatów na kierowców. Również wyniki Skali Kontroli Emocji odnoszące się kolejno do: gniewu, depresji i lęku były statystycznie wyższe dla grupy kierowców, którym zatrzymano prawo jazdy. W badaniu wykazano, że osoby, które utraciły uprawnienia do kierowania pojazdami cechują się większym tłumieniem negatywnych emocji. Należy jednakże zwrócić uwagę, że w obu grupach badawczych badani uzyskiwali statystycznie wysokie średnie wskaźniki kontroli emocji, co jest zjawiskiem negatywnym.

Piśmiennictwo

1. Chodkiewicz J., Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu, *Alkoholizm i Narkomania*, 2001, Tom 14, Nr 14, s.277-289.
2. Juczyński Z. [red.], *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
3. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. [red.], *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003.
4. Pełna statystyka zdarzeń drogowych za okres styczeń-grudzień 2009, *Biuletyn Informacji Publicznej Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy*, [dostęp: 01.02.2009 r.] Dostępny w World Web Wide:

http://bip.bydgoszcz.kwp.policja.gov.pl/portal/KWB/1128/5892/Statystyka_zdarzen_drogowych_za_2009_rok.html

5. Rocznik demograficzny, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009 r., [dostęp: 23.02.2010r.] Dostępny w World Web Wide: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_rocznik_demograficzny_2009.pdf.
6. Sprawozdanie z Konferencji CIECA, Warszawa 27.05.2004r. [dostęp:1.03.2010r.] Dostępny w World Web Wide: <http://www.pfssk.pl/cieca.htm>
7. Sygut T., Drogowi szaleńcy, Przegląd, 2003, nr 42 (199) [dostęp: 17.03.2010r.] Dostępny w World Web Wide: <http://www.przegląd-tygodnik.pl/index.php?site=artykul&id=5371>
8. Wypadki drogowe w Polsce w 2008 r., Wydział Profilaktyki i Analiz Biura Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji [dostęp: 20.12.2009r.] Dostępny w World Web Wide: http://dlakiero.wcow.policja.pl/portal/dk/807/47493/Wypadki_drogowe_raporty_roczne.html
9. Zielińska A., Pijani na drogach Analiza danych statystycznych o wypadkach drogowych, CBRD - Instytut Transportu Samochodowego Kwartalnik BRD, 2006, nr 2 [dostęp: 17.03.2010r.], Dostępny w World Web Wide: <http://www.cbr.home.pl/pijani.htm>

Medyczny sens pojęcia osoby ludzkiej

Jerzy Kopania

Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Białymstoku. Zakład Filozofii i Socjologii

Streszczenie: Artykuł wprowadza następujące ustalenia. (1) Człowiek w sensie przyrodniczym to rozumny byt ożywiony. (2) Człowiek w sensie metafizycznym to byt świadomy samego siebie. (3) Osoba ludzka to człowiek w sensie metafizycznym w jedność z swoim ciałem, które staje się wówczas jego cielesnością. Takie rozumienie osoby ludzkiej ma zasadnicze znaczenie w praktyce lekarskiej, wskazuje bowiem, że przedmiotem działań lekarza nie jest ciało, lecz cielesność pacjenta. Tym samym lekarz wprawdzie oddziałuje na ciało pacjenta, ale leczy osobę ludzką.

Medical sense of the notion of human person

Abstract: The article introduces the following definitions. (1) The human being in the sense of natural sciences is a rational animated being. (2) The human being in the sense of metaphysics is a being conscious of him/herself. (3) The human person is the human being in the sense of metaphysics united with his/her body which becomes at this juncture his/her corporality. Such an understanding of the human person is of fundamental importance for medical practice, as it points out that the object of medical treatment is not the patient's body but the patient's corporality. Thus the doctor performs various acts on a human body, but he/she treats a human person.

Wyjaśnienia wstępne

Kiedy lekarz leczy pacjenta, powinien widzieć go nie tylko jako ten oto konkretny przypadek choroby, czyli jako organizm wymagający naprawy, lecz powinien dostrzegać w nim osobę ludzką. Czym jednak jest osoba ludzka? Zazwyczaj nie podaje się definicji tego pojęcia, uznając je za tak oczywiste, że nie potrzebuje ono wyjaśnienia. A jednak nie jest to ani takie proste, ani też nie jest obojętne dla właściwego stosunku lekarza do pacjenta, jak pojmuje się w medycynie osobę ludzką. Trzeba jednak powiedzieć wprost, że w przestrzeni działań medycznych wprawdzie przyjmuje się jako oczywistość, że człowiek jest osobą, ale przyjmuje się to bezrefleksyjnie, czyli bez próby odpowiedzi na pytanie, co to znaczy, że człowiek jest osobą. Można powiedzieć, że lekarz wie, iż jego pacjent będąc człowiekiem jest osobą, ale wie, co to znaczy, że jest osobą. Zapytany, zazwyczaj odpowiada, że pacjenta nie powinno traktować się jak przedmiot wymagającą określonych czynności naprawczych, lecz jako podmiot, czyli jako osobę właśnie. I jest to prawdą, lecz nie stanowi odpowiedzi na pytanie, czym jest osoba ludzka. Aby tę odpowiedź uzyskać, należy bowiem wpiery odpowiedzieć na pytanie, kim jest człowiek.

Klasyczna odpowiedź na tak postawione pytanie brzmi, że człowiek jest zwierzęciem rozumnym. Wskazuje się w ten sposób na dwa aspekty bytu ludzkiego. Pierwszy to aspekt przyrodniczy – człowiek jest zwierzęciem i jako taki istnieje w rzeczywistości natury. Drugi to aspekt metafizyczny – człowiek jako byt rozumny wykracza poza świat przyrody, istniejąc w tworzony przez siebie rzeczywistości kultury. Te dwa aspekty bytowości człowieka dopełnia się często aspektem osobowym – człowiek jest osobą i dlatego posiada niezbywalną godność, nie przysługującą żadnemu innemu bytowi przyrodniczemu. Zatem próba zrozumienia, kim jest człowiek i co to znaczy, że jest on osobą, sprowadza się do ustalenia, jak rozumieć należy byt ludzki w tych trzech aspektach. Poniższe rozważania temu właśnie są poświęcone¹. A prowadzić

¹ Niniejszy tekst stanowi dopełnienie i odniesienie do sfery działań medycznych ustaleń zawartych trzech moich artykułach: (1) Człowiek jako *res cogitans*, w: A. Maryniarczyk, K. Stępień (red.), *Umysł – Dusza – Ciało. Spór o jedność*

mają do odpowiedzi na bardzo praktyczne pytanie: na czym polega właściwe traktowanie przez lekarza pacjenta jako osoby.

1. Człowiek jako byt przyrodniczy

Człowiek jako byt przyrodniczy jest przedmiotem poznania naukowego, czyli przyrodniczego. Klasyfikacja biologiczna sytuuje współczesnego człowieka w typie strunowce, podtypie kręgowce, w gromadzie ssaki, podgromadzie łożyskowce, w rządzie naczelne, w rodzinie człowiekowate (*hominidae*), w rodzaju człowiek (*homo*) i w gatunku człowiek rozumny (*homo sapiens*). Do rodzaju *homo* zalicza się oprócz nas także dwa wymarłe gatunki: człowieka zdolnego (*homo habilis*) i człowieka wyprostowanego (*homo erectus*). Tak pojmowany człowiek opisywany jest w kategoriach nauk przyrodniczych, a więc wskazuje się na cechy typowe dla jego rodzaju, takie jak pojemność mózgowcaszki, zróżnicowanie grubości kości pokrywowych czaszki, zróżnicowanie wałów nadczołowych, budowę żuchwy, pionową postawę ciała itp. Tym, co wyróżnia z rodzaju człowiek gatunek człowieka rozumnego, to właśnie rozumność, która na gruncie nauk przyrodniczych opisywana jest w kategoriach odnoszących się do materii, nie zaś do sfery duchowej.

Przyrodnicze podejście do człowieka ma jednak znaczenie dla filozoficznego opisu bytu ludzkiego, albowiem ukazuje, że człowiek nie tylko należy do natury, tzn. podlega tym samym prawom i uwarunkowaniom, którym podlegają wszystkie byty przyrodnicze, lecz doskonaląc się w procesie naturalnej ewolucji, zachowuje w sobie wszystkie uzyskane korzyści, łącznie z rozwojem zmysłowych form psychizmu. Inaczej mówiąc, moment przekroczenia przez człowieka ewolucji biologicznej nie jest i być nie może momentem zerwania z uwarunkowaniami biologicznymi, lecz momentem rozpoczęcia ewolucji kulturowej bez zerwania więzów z naturą. W perspektywie przyrodniczej człowiek jawi się jako element natury, zachowujący biologiczną łączność ze swymi zwierzęcymi krewnymi, ale zarazem jako wyposażony w cechy o charakterze duchowym, które jeśli nawet są rezultatem jego zwierzęcego rozwoju ewolucyjnego, to obecnie stały się czynnikiem umożliwiającym wykroczenie poza dziedzictwo biologiczne¹.

Uznając cielesno-duchową naturę człowieka, nauki przyrodnicze mogą badać duchowy aspekt człowieka jedynie w kontekście procesów fizjologicznych organizmu ludzkiego. W istocie jest to wykrywanie zależności między zjawiskami cielesnymi a zjawiskami duchowymi, bez przesądzania, które z nich są przyczynami, które zaś skutkami, albowiem nauki przyrodnicze nie mają narzędzi i możliwości bezpośredniego docierania do sfery psychicznej człowieka. Dlatego na ich gruncie można jedynie ustalać, że zaistnieniu określonej sytuacji emocjonalnej towarzyszy określone działanie układu hormonalnego, bądź że określonym procesom myślowym towarzyszą określone procesy neuronalne w mózgu. Ustalenie to nie może jednak prowadzić drogą logicznego wnioskowania do uzyskania tezy o kierunku zachodzenia działania przyczynowo-skutkowego. Na gruncie nauk przyrodniczych istnieje niejako naturalna skłonność, aby pojmować sferę duchową jako skutek działania sfery cielesnej. Jest tak z dwu powodów. Po pierwsze, sfera cielesna jest poznawalna za pomocą metod i narzędzi właściwych naukom biologicznym, nie ma natomiast możliwości analogicznego badania sfery duchowej; stąd wygodnie jest przyjąć, że duchowość jest jedynie swoistym epifenomenem cielesności. Po drugie, oddziaływanie środkami materialnymi na określone obszary i miejsca cielesności powoduje określone zmiany w obszarze duchowości; stąd nasuwające się przypuszczenie o zachodzeniu związku przyczynowego w przestrzeni jednorodności materialnej człowieka.

Z przyrodniczego punktu widzenia człowiek jest więc bytem cielesno-duchowym wyodrębnianym z ogółu bytów przyrodniczych z uwagi na charakterystyczne cechy taksonomiczne i poddawany badaniu z

bytów człowieka, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2007, s. 331-350, przedruk w: J. Kopania, *Szkice kartezjańskie*, Wydawnictwo Aureus, Kraków 2009, s. 100-113; (2) *Cielesność jako składnik konstytutywny osoby*. Ujęcie Kartezjańskie, w: A. Kiepas, E. Struzik (red.), *Terytorium i peryferia cielesności. Ciało w dyskursie filozoficznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2010, s. 80-89; (3) *Człowiek jako byt a człowiek jako osoba*, w: przygotowywanej do druku *Księżce Jubileuszowej Profesora Romana A. Tokarczyka*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.

¹ Zob. T. St. Wojciechowski, *Wybrane zagadnienia z filozoficznej antropologii*, PTT, Kraków 1985, s. 7-47.

uwagi na materialne procesy zachodzące w jego organizmie. Człowiek jako byt przyrodniczy to byt materialny, ożywiany autonomiczną siłą biologiczną i dysponujący aktualnym lub potencjalnym przystosowaniem do pozostawania w świadomych relacjach z otoczeniem i samym sobą. Biologia wprawdzie nie może przesądzić, czy ta autonomiczna siła ożywiająca oraz stanowiąca podłoże świadomości jest jednorodna i ma naturę materialną, ale zdaje się to przyjmować jako rodzaj oczywistości.

Z tak rozumianym człowiekiem ma do czynienia lekarz, gdy dokonuje czynności terapeutycznych. W swym podstawowym znaczeniu leczenie polega przecież na oddziaływaniu przez lekarza środkami materialnymi na materialne elementy ludzkiego organizmu¹. Nawet leczenie psychiatryczne jest stosowaniem materialnych substancji działających na materialne struktury mózgowie w celu zlikwidowania lub przynajmniej zmniejszenia zakłóceń procesów mózgowych, co prowadzić ma do zlikwidowania lub przynajmniej zmniejszenia zaburzeń psychiki. Medycyna jest nauką przyrodniczą, a więc działa wyłącznie w sferze materialnej, osiągając przy pomocy środków materialnych określone skutki w sferze materialnej, jaką jest organizm pacjenta.

Problem lekarza polega jednak na tym, że nie może on pomijać faktu, iż ma do czynienia nie z przedmiotem czysto materialnym (jak fizyk czy chemik) i nie tylko czującym (jak zoolog czy weterynarz), lecz z jestestwem rozumnym, czyli posiadającym świadomość samego siebie. Świadomość pacjenta nie jest sferą działań medycznych, gdyż nawet psychiatra nie modyfikuje świadomość, a jedynie wpływa na zmianę zachowań świadomych. Jednak z tą samoświadomością lekarz musi się liczyć, gdyż ostatecznie to pacjent jako świadomy podmiot odpowiedzialny za samego siebie decyduje o podjęciu leczenia, o zaprzestaniu terapii bądź o rezygnacji z pewnych metod. Nawet jeśli lekarz dobrze wie, że dany człowiek powinien się leczyć, nie może go do tego zmusić; nawet jeśli lekarz jest całkowicie przekonany, że ta właśnie metoda leczenia jest najskuteczniejsza, nie może jej narzucić pacjentowi. Lekarz ma więc do czynienia z człowiekiem jako bytem nie będącym jedynie bytem przyrodniczym.

2. Człowiek jako byt w sensie metafizycznym

To, że człowiek jest bytem cielesno-duchowym, nie ma wpływu na metodologię nauk przyrodniczych. Nauki biologiczne nie muszą bowiem przesądzać, czy siła witalna jest jednorodna materialnie, choć faktycznie za taką ją uważają biolodzy. Dla myślenia filozoficznego natomiast zawsze stanowiło to problem do rozwiązania. Uświadomienie sobie własnego istnienia i odrębności od otaczającego świata musiało prowadzić do pytania, co sprawia, że istnieję jako byt ożywiony. Odpowiedzią było założenie, iż musi istnieć szczególny czynnik sprawczy życia. Nazwano go duszą i pierwotnie przypisywano jej posiadanie wszystkim bytom ożywionym, a więc także zwierzętom i roślinom. Dopiero z czasem, gdy człowiek coraz wyraźniej uświadamiał sobie swą zdolność myślenia, uznał, że dusza jest nie tylko przyczyną życia, lecz także myślenia. Takie pojmowanie duszy ludzkiej znajdujemy u Platona, dla którego dusza nie jest już tylko biologicznie pojmowaną zasadą życia, lecz także podmiotem myślenia.

W odczuciu Platona świadomość bycia istotą myślącą staje się silniejsza, a tym samym ważniejsza, niż świadomość bycia istotą żyjącą. Świadczy o tym silne doznanie opozycji między ciałem a duszą: dusza ożywia ciało, ale zarazem temu ciału jakby przeciwstawia się, ponieważ uwarunkowania cielesne zaczynają być odczuwane jako przeszkoda w myśleniu. Prowadzi to do konstatacji, że skoro ciało ogranicza duszę, zatem nie jest dla niej miejscem właściwym, nie tworzy z nią naturalnej jedności, lecz niejako więzi ją, stanowi dla niej więzienie, z którego wcześniej czy później zostanie wyzwolona. Idealna ze swej natury dusza staje się przeciwieństwem realnego, a zatem zmiennego i nietrwałego, ciała, co z czasem doprowadzi do wniosku, że naturą duszy jest myślenie, rozumiane zresztą bardzo szeroko, obejmujące także wszelkie

¹ Por. M. Nowacka, Medyczny sens tezy o jedności psychofizycznej człowieka, „Archeus. Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej”, „Archeus. Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej” 11, 2010, s. 43-50.

odczucia i emocje. Wprawdzie ten wniosek zostanie wyprowadzony dopiero w XVII wieku przez Descartes'a, ale taka sugestia kryje się już w rozważaniach Platona.

Platońskie rozumienie człowieka należałoby raczej nazwać odczuwaniem człowieka, albowiem jego podstawą jest sposób przeżywania własnej cielesności i relacji, w jakiej pozostaje ona do sfery duchowej. Trudno oceniać, jak wielu ludzi ma takie właśnie odczuwanie swego człowieczeństwa, zapewne jednak większości jest ono obce. To prawda, że bardzo często odczuwamy własne ciało jako obce, zewnętrznie względem czującego podmiotu, nieraz nawet przeciwstawiające mu się i wrogie (jak np. w sytuacji choroby), ale przecież zarazem człowiek odczuwa własne ciało jako „swoje”, jako sferę współtworzącą jego ludzką bytowość. Człowiek przecież nie tylko doświadcza, że posiada ciało, lecz także odczuwa swoistą jedność z własnym ciałem. Takie poczucie (pojmowanie) samego siebie leży u podstaw arystotelesowskiej koncepcji człowieka.

Odrzucając platońską rzeczywistość idealną, ujmowaną jedynie umysłem, wobec której rzeczywistość ujmowana zmysłami jest wtórna ontycznie i poznawczo, Arystoteles daje świadectwo swego zdroworozsądkowego, naturalnego odczuwania świata. Zarazem jednak Arystoteles zachowuje z teorii Platona to, co zdało mu się jej racjonalnym rdzeniem, mianowicie owo istnienie ogólnych zasad czy elementów bytu – tylko przy tym założeniu bowiem można wyjaśnić kwestię ogólności i jednostkowości, zjawisko powstawania i ginięcia oraz proces dochodzenia do wiedzy ogólnej. Dlatego Arystoteles uznał, że platońskie idee nie mogą bytować poza realnymi, jednostkowymi bytami ujmowanymi zmysłowo, lecz muszą być ogólnymi składnikami realnego bytu. Platońska idea staje się formą substancjalną aktualizującą bierną materię, a więc wyjaśniany w kategoriach aktu i możliwości byt staje się konkretną jednostkową rzeczą będącą złożeniem biernej materii i aktualizującej ją formy. Analogicznie człowiek to jednostkowy konkretny byt będący złożeniem z formy i materii: formą jest dusza, materią zaś cielesność.

Osobliwością arystotelesowskiego rozumienia bytu realnego, czyli uchwytnego zmysłami, jest traktowanie jego składników, czyli materii i formy, jako nieuchwytnych zmysłami i niewyobrażalnych. Materia pierwsza i forma rozumiane są analogicznie do pojęć tworzywa i kształtu, a więc nie istniejących odrębnie. Znaczy to jednak, że gdy ginie dany jednostkowy konkretny byt, czyli rozpada się konstytuujące go złożenie z materii i formy, to nieodwracalnie ginie forma substancjalna, materia pierwsza zaś trwa nadal, łącząc się z inną formą substancjalną. Logicznie wynika z tego, że śmierć człowieka, będąca rozpadem formy substancjalnej (duszy) i materii pierwszej (cielesności), jest kresem istnienia człowieka: nie istnieje już ani jego cielesność – niejako „powstają” zwłoki, czyli nowy byt będący złożeniem z materii i formy – ani jego dusza. Wprawdzie sam Arystoteles wzbierał się przed uznaniem tej konsekwencji i wyrażał nadzieję, że zdolność myślenia jest jedyną odmianą czy rodzajem duszy nadal trwającą po śmierci człowieka, ale na gruncie jego systemu jest to rodzaj nieracjonalnej wiary generowanej ludzką obawą przed nieistnieniem. W ujęciu Arystotelesa człowiek jest – tak jak każdy byt – jednością swych składników, czyli jednością duszy i cielesności (jednością psychofizyczną), a więc odrzucone zostaje platońskie zredukowanie człowieka do wyłącznie wymiaru duchowego. Dokonuje się to jednak kosztem racjonalnej rezygnacji z nadziei na istnienie po śmierci.

Przy arystotelesowskim doznawaniu świata wprawdzie dana jest podmiotowi rzeczywistość ciała, potem dopiero odczucie rzeczywistości duszy; pierwotne jest doświadczenie własnego ciała, odczucie przedmiotowej oczywistości jego istnienia, wtórne zaś jest pojawienie się potrzeby wyjaśnienia metafizycznych podstaw jego istnienia i działania. Nie każdemu człowiekowi jest jednak właściwe doświadczenie własnego ciała jako przeżycie pierwotne względem przeżywania własnej duchowości. Dla wielu pierwotnym doświadczeniem, determinującym wszelkie dalsze doznania, jest poczucie samego siebie, poczucie własnego istnienia. Przy tym sposobie przeżywania rzeczywistości cały świat i „moje” ciało jawią się jako zewnętrzne wobec podmiotu, przy czym ciało, mimo że jest „moim” ciałem, odczuwane jest jako czynnik zakłócający lub utrudniający poznanie. Takie mocne przeżywanie samego siebie jako duchowości, jako samoświadomości odrębnej od całej reszty bytów, w tym także od własnego ciała, znalazło najpełniejszy wyraz w filozofii Descartes'a. Pierwotny charakter odczuwania przez podmiot samego siebie

sprawia, że nie tylko rzeczywistość świata przyrody, ale również rzeczywistość ciała jawi się z tą samą oczywistością jako zewnętrzna względem samoświadomego umysłu. I analogicznie jak świat rządzi się własnymi prawami, na które podmiot poznający nie ma wpływu, tak też własne ciało jawi się podmiotowi jako w pełni autonomiczne względem niego, rządzące się własnymi prawami, niezależnymi w swym działaniu od działania umysłu. Kartezjańska samoświadomość jest więc zarazem doświadczeniem siebie jako bytu tożsamego z własną świadomością i doświadczeniem własnego ciała jako zewnętrznego wobec podmiotu myślącego samego siebie, a więc jako elementu, który nie tworzy substancjalnej jedności z myślącym umysłem. Człowiek może oczywiście wpływać na działania własnego ciała, może je ukierunkowywać, ale aktywność biologiczna ciała jest jego własną aktywnością, dusza nie ożywia ciała, a jest odpowiedzialna wyłącznie za akty świadomościowe. Myślący, świadomy samego siebie umysł jest związany z ciałem związkiem przypadłościowym, który to związek nie współtworzy istoty człowieka¹.

Na gruncie każdej z dwu postaw człowieka wobec świata i samego siebie pojawia się pytanie o związek ontyczny sfery cielesnej i sfery duchowej. Arystotelesowskie poczucie rzeczywistości prowadzi do poczucia jedności obu sfer w człowieku, którą przyjęto się określać jako jedność psychofizyczną. To bardzo mocne poczucie wyjaśniane jest w ramach arystotelesowskiej spekulacji filozoficznej przy pomocy kategorii aktu i możliwości oraz formy i materii; jedność psychofizyczna to jedność bytu ludzkiego jako biernej cielesności aktualizowanej przez aktywną duchowość. Tak silne poczucie jedności psychofizycznej musi jednak prowadzić do przeświadczenia, że jest ona nierozdzielna, tzn. nie może istnieć oddzielnie ani cielesność, ani duchowość; logika rozumowania przy użyciu tych kategorii prowadzi do wniosku, że istnieć może człowiek jako jedność psychofizyczna, a istnienie duchowości i cielesności nie ma i mieć nie może charakteru substancjalnego. To zaś z kolei zderza się brutalnie z ludzką nadzieją na trwanie po rozpadzie ciała. Można uznać natomiast, że po arystotelesowsku pojmowana jedność psychofizyczna człowieka jest do przyjęcia na gruncie nauk biologicznych, daje się bowiem interpretować jako jedność jednorodna materialnie, której swoistymi emanacjami są zarówno procesy fizjologiczne, jak i procesy psychiczne. Jeżeli zatem z biologicznego punktu widzenia można określić człowieka jako byt materialny, ożywiany autonomiczną siłą biologiczną i dysponujący aktualnym lub potencjalnym przystosowaniem do pozostawania w świadomych relacjach z otoczeniem i samym sobą, to filozoficzne określenie, że człowiek jest zwierzęciem rozumnym, można uznać za tożsame z owym określeniem przyrodniczym. W swej istocie definicja „człowiek to zwierzę rozumne” jest definicją przyrodniczą, nie zaś metafizyczną.

Platońskie i kartezjańskie poczucie rzeczywistości nie prowadzi do wniosków wykluczających możliwość trwania duszy po rozpadzie ciała. Jednak oba stanowiska rodzą poważne trudności. Platonizm nie potrafi uzasadnić filozoficznie, dlaczego i w jaki sposób będąca rzeczywistym bytem dusza musi ożywiać przez jakiś czas nierzeczywiste w istocie, fenomenalne w swym charakterze, ciało. Kartezjanizm z kolei nie potrafi wyjaśnić, na jakiej zasadzie dwie odrębne, niesprowadzalne do siebie substancje (cielesna i duchowa) tworzą jedność i wzajemnie na siebie oddziałują. Zarazem jednak i przez platonizm, i przez kartezjanizm człowiek sprowadzany jest do swego umysłu (świadomości), czyli określany jest wyłącznie z uwagi na swoją sferę duchową (szeroko pojętą świadomość), bez uwzględniania w członie definiującym aspektu materialnego (cielesnego). W szczególności na gruncie kartezjanizmu człowiek pojmowany jest jako dusza (umysł). Taka definicja człowieka nie jest definicją przyrodniczą, lecz metafizyczną.

Na kartezjańskim pojmowaniu człowieka zaciążyła substancjalizacja ciała i umysłu. To wyjątkowo mocne doświadczenie samego siebie jako myślącego podmiotu doprowadziło Descartes'a do konstatacji, że umysł i ciało są dwiema odrębnymi, niesprowadzalnymi do siebie substancjami. Standardowa interpretacja

¹ Szersze omówienie antropologicznego dualizmu Descartes'a znaleźć można np. w: G. Rodis-Lewis, *L'oeuvre de Descartes*, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris 1971, s. 329-376. Zob. także J. Kopania, *Szkice kartezjańskie*, Aureus, Kraków 2009, ss. 11-26 i 114-124.

antropologii kartezjańskiej dokonywana jest przez pryzmat dualizmu substancjalnego. Nie w tym jednak leży ponadczasowy walor metafizyki i antropologii kartezjańskiej. Zarówno teza, że procesy psychiczne generowane są przez jednolicie materialny organizm człowieka, a więc człowiek nie posiada niematerialnej duszy, jak i teza, że ich podłożem i źródłem jest niematerialna dusza, ani nie mogą być zweryfikowane na gruncie przyrodznawstwa, ani nie mogą być udowodnione na gruncie filozofii¹. Obie pozostają swoistym wyznaniem wiary przyrodnika czy filozofa. Tymczasem dla filozoficznego pojmowania człowieka nie jest ważna „substancja” myślenia, lecz fenomen myślenia. Niezależnie od tego, czy duszę uznamy za epifenomen cielesności, czy uznamy ją za odrębną substancję, na gruncie filozofii powinniśmy określać człowieka poprzez jego zdolność do myślenia, nie zaś poprzez jego uwarunkowania cielesne. Z metafizycznego punktu widzenia człowiek to samoświadomość, myśl świadoma samej siebie. Tylko taka definicja człowieka jest definicją filozoficzną; wszelkie inne będą jedynie jakąś interpretacją czy aspektowaniem przyrodniczego pojmowania bytu ludzkiego.

Charakteryzując dany byt staramy się dociec, jaka jest jego natura i co stanowi jego istotę. Przez naturę rozumiemy ogół cech i własności danej rzeczy, dzięki którym rzecz ta jest taka, jaka jest, i działa w sobie właściwy sposób; przez istotę danej rzeczy rozumiemy to, bez czego nie byłaby ona tą właśnie rzeczą. W aspekcie metafizycznym naturą człowieka jest jego rozumność, czyli zdolność do myślenia w trzech kierunkach poznawczych: w odniesieniu do świata, do samego siebie i do własnego myślenia. Jakieś formy myślowego odniesienia do świata i samego siebie są także właściwe niektórym gatunkom zwierzęcym, jednak świadomość samego siebie jako podmiotu poznającego, a więc także świadomość myślenia podmiotowego, przysługuje jedynie człowiekowi. Tylko człowiek zarówno myśli, jak i jest świadomy tego, że myśli, a więc może czynić refleksję nad swoim myśleniem. Tę właściwość nazywamy samoświadomością i uznajemy, że stanowi ona istotę człowieka. W tym kontekście rozumieć należy metafizyczną definicję człowieka jako bytu samoświadomego.

Skoro na gruncie filozofii określamy człowieka poprzez jego zdolność do myślenia, a nie poprzez jego uwarunkowania cielesne, to tym samym filozoficzna definicja człowieka jest nieprzydatna na gruncie medycyny. Pacjent jako byt świadomy samego siebie jest dla lekarza ważny tylko w aspekcie kontaktów międzyludzkich oraz wymogów prawnych. Te pierwsze dotyczą sposobu, w jaki lekarz jako istota świadoma powinien odnosić się do pacjenta jako istoty świadomej, te drugie zaś ustalają cały szereg przepisów normatywnych zabezpieczających realizację zasady autonomii pacjenta. Tak więc lekarz jako lekarz, czyli w trakcie spełniania swoich zawodowych obowiązków, dokonuje czynności medycznych na człowieku w sensie przyrodniczym, nie zaś na człowieku w sensie metafizycznym. Nie znaczy to jednak, że metafizyczne pojmowanie człowieka nie ma żadnego wpływu na sposób leczenia.

3. Człowiek jako osoba

Arystotelesowski sprzeciw wobec platońskiego pojmowania człowieka jest w pełni uzasadniony, jeśli rozumieć go będziemy jako zarzut, iż platonizm nie określa człowieka rzeczywistego. Rzeczywisty w sensie arystotelesowskim, czyli jednostkowy, konkretny człowiek, jednostka istniejąca i działająca w świecie realnym (przyrodniczym) nie może być redukowana do duszy, umysłu czy świadomości. Sformułowane powyżej określenie człowieka jako bytu samoświadomego (jako myśli świadomej samej siebie) nie jest definicją człowieka rzeczywistego, a jedynie uwyrażnieniem jego natury i istoty. Definicja człowieka w sensie metafizycznym nie jest definicją bytu realnego. Bytem realnym jest niewątpliwie człowiek w sensie

¹ Dopowiedzmy: teza, która może być zweryfikowana empirycznie, należy do którejś z nauk przyrodniczych, a teza, która może być udowodniona w sensie logicznym, jest tezą należącą do nauk formalnych. Tezami filozoficznymi są tylko takie tezy, co do których nie jest możliwa ani weryfikacja empiryczna, ani dowód formalny. Dlatego zarówno teza o istnieniu niematerialnej (i nieśmiertelnej) duszy, jak i teza o nieistnieniu takowego bytu, są obie tezami filozoficznymi.

przyrodniczym, tyle że takie określenie człowieka nie jest oczywiście charakterystyką filozoficzną. Czy znaczy to, że na gruncie filozofii nie można sformułować innego określenia człowieka niż arystotelesowskie, czyli jako bytu będącego jednością psychofizyczną, z uznaniem wszelkich niejasności i wątpliwych konsekwencji takiego rozumienia? Twierdzimy, że jest to możliwe, a mianowicie poprzez określenie człowieka jako osoby, jednak w sensie nie arystotelesowskim, ani nawet nie platońskim, lecz w sensie kartezjańskim.

Kategoria osoby odnoszona jest obecnie przede wszystkim do człowieka, jednak ma źródła teologiczne, nie zaś filozoficzne, i pierwotnie odnoszona była do Bytu Boskiego, pojmowanego zgodnie z dogmatem o Trójcy Świętej, czyli tezą, że Bóg jest jeden, ale w trzech Osobach. Teologiczną kategorię osoby odnosić zaczęto do bytu ludzkiego z uwagi na biblijny przekaz o stworzeniu człowieka na obraz Boga – skoro Bóg jest Osobą, a człowiek jest obrazem Boga, to także człowiek jest osobą. Bycie osobą oznaczać musi zatem jakąś szczególną godność człowieka, wypływającą z tej jego właściwości, ze względu na którą można uznać, że człowiek jest obrazem Boga. Za taką właściwość wyróżniającą człowieka spośród wszystkich stworzeń uznawano jego rozumność – bycie osobą kojarzono więc z byciem istotą rozumną. Dlatego na gruncie filozoficznym zaczęto definiować osobę jako substancję rozumną. Taką definicję podał w VI wieku Boecjusz, wedle którego człowiek „jest prosopon czy osobą, ponieważ jest rozumnym indywiduum”¹, co dookreślał on wskazując, że „osoba jest (...) niepodzielną substancją rozumnej natury”². To właśnie określenie osoby wyrażane jest w postaci kanonicznej w łacińskiej formule: *rationalis naturae individua substantia*. Definicję Boecjusza przejął św. Tomasz z Akwinu, kładąc nacisk właśnie na ową godność biorącą się z rozumności człowieka – właściwość bycia osobą ludzką ma być tym, co zarazem nadaje człowiekowi godność i czyni z niego tożsamą z sobą jednostkę. Faktycznie więc osoba utożsamiona zostaje po prostu z człowiekiem; powiedzenie, że człowiek jest osobą, znaczy tyle, co powiedzenie, że człowiek jest jednostkowym bytem rozumnym niesprowadzalnym do innych bytów. Tak pojęta kategoria osoby nie wnosi więc nic do filozoficznej charakterystyki człowieka, jako że terminy „człowiek” i „osoba” są w tym kontekście po prostu synonimami. Zauważmy też, że takie rozumienie osoby ludzkiej również nie wnosi niczego nowego do medycznego aspektu problemu – powiedzenie, że lekarz powinien uważać pacjenta za osobę, jest równoznaczne z powiedzeniem, że powinien uważać pacjenta za człowieka, co jest zwyczajną tautologią.

Dopiero w czasach nowożytnych pojawiła się próba określenia osoby ludzkiej bez kontekstu teologicznego, z wyakcentowaniem relacyjnego charakteru bycia osobą. John Locke zdefiniował osobę określając, że słowo „osoba” oznacza „istotę myślącą i inteligentną, obdarzoną rozumem i zdolnością refleksji, istotę, która może ujmować siebie myślą jako samą siebie, to znaczy: jako tę samą w różnych czasach i miejscach myślącą rzecz. Może to zaś uczynić jedynie dzięki świadomości swojego «ja»”³. Osobą jest więc byt, który pozostaje w swoistej relacji do samego siebie – relacji bycia świadomym tożsamości z sobą samym. Tym samym osoba staje się tożsama z aktualnie świadomym samym siebie człowiekiem. Inaczej mówiąc, nie zawsze, nie w każdym odcinku czasowym swego istnienia, człowiek jest osobą, np. przestaje nią być w stanie czasowej utraty świadomości. W ujęciu Locke’a osoba to człowiek świadomy samego siebie w swej tożsamości.

Locke’a koncepcja osoby ludzkiej inspirowana jest kartezjańskim rozumieniem człowieka jako bytu samoświadomego – i to jest niewątpliwie jej zaletą. Jednak zasadniczą wadą tej koncepcji jest ograniczenie osoby do stanu aktualnego doświadczania samego siebie; przyjęcie, że człowiek nie jest osobą, gdy pozostaje nieświadomy samego siebie, z łatwością może prowadzić do działań co najmniej

¹ Zob. Boecjusz, *Traktaty teologiczne*, tłum. R. Bielak, A. Kijewska, Wydawnictwo Antyk, Kęty 2001, s. 72.

² Tam że, s. 73.

³ J. Locke, *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, tłum. B. J. Gawęcki, PWN, Warszawa 1955, t. I, s. 471.

kontrowersyjnych z moralnego punktu widzenia. Powstaje pytanie, jak zdefiniować osobę ludzką, aby nie ograniczać jej do ram wyznaczanych stanem aktualnej świadomości człowieka. Jest to szczególnie ważne w kontekście medycznym, gdzie bardzo często lekarz ma do czynienia z pacjentem pozbawionym świadomości. Twierdzimy, że rozwiązania należy szukać w antropologii kartezyjskiej.

W rozważaniach Descartes'a o człowieku nie pojawia się pojęcie osoby ludzkiej. Filozof definiuje człowieka jako rzecz myślącą, czyli świadome „ja”, umysł myślący samego siebie. Świat materialny, w tym rzeczywistość własnego ciała, jawi się człowiekowi jako zewnętrzna względem niego – czyli względem samoświadomego umysłu – a co więcej: jako w pełni autonomiczna, rządząca się własnymi prawami, niezależnymi w swym działaniu od działania umysłu. Ciało człowieka nie tworzy substancjalnej jedności z myślącym umysłem, jest z nim związane związkiem przypadłościowym, czyli nie współtworzy istoty człowieka. Jedność psychofizyczna człowieka nie jest jednością substancjalną, nie przynależy w ogóle do porządku substancjalnego; pojawia się jedynie w praktycznym aspekcie reakcji człowieka na oddziaływania zewnętrzne i ten aspekt praktyczny świadczy o jej istnieniu. Inaczej mówiąc, wzajemne oddziaływania duszy i ciała odbieramy wyłącznie w sferze naszego doświadczenia. Własne ciało jawi się duszy (umysłowi) jako zewnętrzne, tak samo jak zewnętrzne są względem niej wszelkie inne ciała materialne. Ale to zewnętrzne względem duszy ciało jest ciałem tej właśnie duszy, a więc posiadanie swego ciała jest dla duszy czymś innym niż posiadanie jakiegokolwiek innego przedmiotu materialnego; jest odczuwane przez człowieka jako „moje”, własne, należące do mnie w jakiś szczególny sposób. Faktycznie więc pojawia się potrzeba dokonania rozróżnienia między ciałem jako przedmiotem fizycznym, czyli należącym do sfery przyrodniczej, a ciałem jako pewnym bytem w sensie metafizycznym, czyli cielesnością.

Słowo „cielesność” nie pojawia się w rozważaniach Descartes'a; zawsze mówi on o ciele, a kontekst wypowiedzi jednoznacznie precyzuje, czy chodzi o ciało jako dowolny materialny obiekt, o ciało ludzkie, czy o ludzką cielesność. Gdy opisuje dowolne ciało jako obiekt materialny, a więc także ciało ludzkie, czyni to za pomocą kategorii fizykalnych. Ale właśnie to silne poczucie zewnętrzności ciała względem umysłu rodzi potrzebę wyjaśnienia, dlaczego ten zewnętrzny materialny przedmiot może być w określonych sytuacjach odczuwany jako złączony w szczególny sposób z niematerialną duszą, z samoświadomością podmiotu; właściwość bycia moim ciałem – moją cielesnością – nie może zostać uznana za cechę immanentną materialnego organizmu biologicznego. W kontekście kartezyjskiego rozumienia człowieka ludzka cielesność nie ma charakteru substancjalnego, tzn. nie jest substancją, a jest jedynie sposobem, w jaki człowiek odczuwa własne ciało¹. Z racji uwarunkowań swojego czasu i swojego charakteru Descartes uznał, że istnieją dwie, niesprowadzalne do siebie substancje – rozciągła (materialna) i myśląca (duchowa). Jednak nie musimy, a nawet nie powinniśmy przesądzać, czy tak jest rzeczywiście, czy nie, gdyż obie możliwe odpowiedzi będą jedynie hipotezą nie poddającą się weryfikacji empirycznej; uznać musimy jedynie fakt, że człowiek ujmuje swą świadomością własne ciało, odczuwając je jako swoją cielesność. Tak pojęta cielesność nie jest oczywiście substancją duchową, ale nie jest też substancją materialną, jako że pozostaje tą samą cielesnością tego oto człowieka, mimo że w upływie czasu w jego ciele zmieniają się wszystkie cząstki, a także wtedy, gdy to ciało zostaje fizycznie pomniejszone czy powiększone. Ciało tego oto człowieka jest jego cielesnością tak długo, jak długo pozostaje w relacji z jego myśleniem, czyli jak długo pozostaje ujmowane w świadomości podmiotu. W ciągłym procesie kreowania własnej cielesności człowiek (myślący umysł) tworzy w sobie quasi-substancjalną jedność duszy i ciała. Jedność duszy i ciała w człowieku to ten sposób ujmowania ciała przez umysł, dzięki któremu ciało staje się cielesnością. Kartezyjskie rozumienie jedności psychofizycznej człowieka prowadzi z kolei do zasadniczo nowego rozumienia osoby ludzkiej.

W kontekście rozróżnienia między człowiekiem w sensie przyrodniczym a człowiekiem w sensie metafizycznym widoczny staje się sens kategorii osoby ludzkiej. Człowiek w sensie przyrodniczym – będący

¹ Por. J. Kopania, *Etyczny wymiar cielesności*, Wydawnictwo Aureus, Kraków 2002, s. 13-46.

przedmiotem poznania zarówno potocznego, jak i naukowego, czyli przyrodniczego – to autonomiczny organizm posiadający swoiste przystosowanie do aktualnego lub potencjalnego pozostawania w relacjach ze świadomością. Inaczej mówiąc, człowiek w sensie przyrodniczym to kartezjańska res extensa, byt materialny ożywiany własną siłą biologiczną. Tak rozumiany człowiek opisywalny jest w kategoriach nauk przyrodniczych, w szczególności (w czasach nam współczesnych) w kategoriach genetyki. Z metafizycznego punktu widzenia natomiast człowiek to samoświadomość, myśl świadoma samej siebie; mówiąc inaczej, człowiek w sensie metafizycznym, czyli człowiek jako byt, to kartezjańska res cogitans. Metafizyczne rozumienie człowieka prowadzi do kategorii osoby, mianowicie osoba to pojmowany w sensie metafizycznym człowiek w jedności ze swoim ciałem. Inaczej mówiąc, osoba w sensie kartezjańskim to res cogitans w jedności z res extensa, która staje się wówczas jego cielesnością.

Pojmowanie osoby w sensie kartezjańskim ma poważne i zasadnicze konsekwencje dla naszego pojmowania człowieka. Przede wszystkim oczywiste się staje, że i rozwój, i regres człowieka jako osoby dokonuje się zarówno w relacji do sfery duchowej, jak i w relacji do sfery cielesnej. Nasze człowieczeństwo, czyli osoba kreowana w czynach, nie jest współtworzone przez nasze ciało, lecz jest tworzone między innymi przez nasz stosunek do własnej cielesności. Jedność psychofizyczna człowieka ujawnia się w czynie osoby ludzkiej. Osoba nie jest więc, jak w tomizmie, jakąś abstrakcyjną zasadą ludzkiej godności, nieodróżnialną faktycznie od godności człowieka jako bytu rozumnego, czyli człowieka jako takiego. Na gruncie tomistycznego rozumienia osoby ludzkiej nie ma praktycznie możliwości odróżnienia kategorii osoby ludzkiej od kategorii bytu ludzkiego; wydaje się, że kategoria osoby ludzkiej wyraża tu po prostu pewien szczególny aspekt, w jakim ujmować można byt ludzki. Osoba nie jest również, jak głosił Locke, po prostu człowiekiem świadomym tożsamości z sobą samym. Na gruncie Locke'a rozumienia osoby ludzkiej kategoria osoby ludzkiej i kategoria bytu ludzkiego są wprawdzie odrębnymi kategoriami, ale zmuszeni jesteśmy uznać, że nie zawsze i nie każdy człowiek jest osobą; wydaje się, że takie rozumienie osoby ludzkiej prowadzić może do konsekwencji, które trudno zaakceptować z moralnego punktu widzenia. Kartezjańskie rozumienie osoby ludzkiej nie jest obciążone ani jedną, ani drugą wadą. Osoba rozumiana jest tu w sposób dynamiczny, a nie statycznie; osoba to proces bytowy, a nie byt statycznie ujęty¹. Osoba to proces, ponieważ człowiek ciągle tworzy samego siebie poprzez swoje świadome działania. Dlatego dla naszego człowieczeństwa nie jest obojętne zarówno to, co czynimy względem naszej duszy, jak i to, co czynimy względem naszego ciała. Człowiek tworzy swoją osobę – powiększa ją lub pomniejsza – zarówno poprzez swoje świadome czyny odnoszące się do jego sfery duchowej, jak i poprzez swoje świadome czyny odnoszące się do jego sfery cielesnej.

Osoba ludzka w sensie kartezjańskim, czyli ludzki umysł (dusza) w jedności ze swoją cielesnością, nie utożsamia się ani z człowiekiem w sensie biologicznym, ani z człowiekiem w sensie metafizycznym. Człowiek w sensie biologicznym nie jest osobą, lecz organizmem; człowiek w sensie metafizycznym również nie jest osobą, ponieważ wymaga dopełnienia przez cielesność. Ale realny, konkretny człowiek zawsze, w każdym momencie swego istnienia, jest osobą. Jest osobą jeszcze przed urodzeniem, albowiem już ludzka zygota jest jednością umysłu i cielesności²; dalszy rozwój jest rozwojem zarówno w sferze duchowej, jak i w relacji

¹ W różnych nurtach filozofii chrześcijańskiej coraz wyraźniej artykułuje się konieczność odejścia od statycznego, właściwego tomizmowi, ujęcia osoby ludzkiej. Dobrym przykładem są usiłowania Karola Wojtyły, m.in. w dziele *Osoba i czyn, aby ująć osobę ludzką dynamicznie, jako realizującą się w czynie*.

² Należy uznać, że człowiek powstaje w chwili poczęcia. Zwięźle wyraża to Bogusław Wolniewicz: „...nowa istota ludzka powstaje w chwili jej poczęcia. (...) Wszystko, co dla nowej istoty ludzkiej istotne – od rysów twarzy i uśmiechu aż po stopień inteligencji i cechy charakteru – rozstrzyga się już w chwili, gdy dwie ludzkie gamety, spotkawszy się, połączą się w ludzką zygotę. Można by rzec, (...) zgodnie z nauką katolicką, że w owej chwili niezwyklej pojawia się na Ziemi nowa dusza: już gotowa, choć jeszcze uśpiona”; B. Wolniewicz: *Filozofia i wartości*, Warszawa 1998, s. 272.

do ciała, a od jakości rozwoju na obu tych płaszczyznach zależy, jaką osobą staje się konkretna jednostka ludzka. Człowiek jest osobą w różnym stopniu, na różnych poziomach, może siebie jako osobę powiększać i pogłębiać albo pomniejszać i degenerować, ale człowiek jest osobą zawsze; także wtedy, gdy jest aktualnie pozbawiony świadomości, nie przestaje być osobą, jeśli świadomość ta jest zachowana potencjalnie i może powrócić.

Natura człowieka przejawia się w działaniu konkretnej jednostki ludzkiej, czyli bytu psychofizycznego, a więc i w działaniach czysto intelektualnych, i czysto fizycznych, i tych wymagających współpracy duszy i ciała; jest to możliwe dlatego, że człowiek (w sensie metafizycznym) może ująć swoje ciało, uczynić je swoją cielesnością. Inaczej mówiąc, natura człowieka jest ontyczną konsekwencją faktu, że człowiek jest osobą. Powtórzmy jednak raz jeszcze, że człowiek w sensie metafizycznym nie jest bytem realnym, a jedynie wskazaniem w kontekście metafizycznym na to, co stanowi naturę i istotę bytu ludzkiego. Bytem realnym jest natomiast zarówno człowiek w sensie przyrodniczym, jak i człowiek jako osoba. Jedność psychofizyczna w osobie ludzkiej nie jest więc treścią filozoficznej spekulacji, lecz jest przeżywana w świadomości samego siebie.

Takie rozumienie osoby ludzkiej ma istotne znaczenie dla sposobu, w jaki realizowana jest praktyka medyczna. Ujawniają się trzy relacje, w jakich lekarz pozostawać może wobec pacjenta. Pierwsza z tych relacji zachodzi między lekarzem a człowiekiem w sensie przyrodniczym. Ma to miejsce wtedy, gdy lekarz podchodzi do pacjenta w celu usunięcia nieprawidłowości działania danego organu czy układu fizjologicznego bądź wyleczenia z konkretnej choroby. W swej istocie jest to relacja między lekarzem a ciałem drugiego człowieka. Druga relacja zachodzi między lekarzem a człowiekiem w sensie metafizycznym. Polega ona na tym, że lekarz musi liczyć się z faktem, że dokonywał będzie czynności medycznych na ciele istoty rozumnej, świadomej samej siebie, a zatem musi liczyć się z jej wolą i motywacjami, czyli szanować jej autonomię. Trzecia relacja zachodzi między lekarzem a osobą ludzką. Ma ona miejsce wtedy, gdy lekarz wie, że ciało poddawane czynnościom medycznym oraz człowiek będący bytem świadomym samego siebie tworzą swoistą jedność, która sprawia, że ciało ludzkie staje się cielesnością tego oto konkretnego człowieka. Inaczej mówiąc, jest to relacja między lekarzem a osobą ludzką. Ma ona zasadnicze znaczenie dla właściwego pojmowania, jak kształtować się powinny stosunki międzyludzkie w przestrzeni działań medycznych. Lekarz powinien podchodzić do pacjenta z przeświadczeniem, że wprowadzie człowieka boli dany narząd, ale cierpi człowiek, jak też oddziaływał będzie na ciało człowieka, ale leczył będzie człowieka. W takim stosunku lekarza do pacjenta ujawnia się medyczny sens tezy o jedności psychofizycznej człowieka¹. Zrozumienie, że lekarz ma do czynienia z osobą ludzką, jest też uzasadnieniem wymogu, aby lekarz łączył kompetencje zawodowe z właściwym stosunkiem do pacjenta.

Wynika z tego logicznie, że aborcja jest zabiciem człowieka; nie wynika natomiast uznanie aborcji za niedopuszczalną w każdej sytuacji.

¹ Por. M. Nowacka, Medyczny sens tezy o jedności psychofizycznej człowieka, wyd. cyt.

Badania zachowań zdrowotnych podstawą do opracowania programów edukacji zdrowotnej w środowisku wiejskim

Katarzyna Sygit, Marian Sygit

Uniwersytet Szczeciński, Wydział Kultury Fizycznej i Promocji Zdrowia, Zakład Wychowania Zdrowotnego

Streszczenie

Niezbyt korzystne warunki życia ludności, w tym w szczególności na wsi i stosunkowo niski poziom kultury zdrowotnej, wyrażający się nieracjonalnym odżywianiem, niedostateczną aktywnością fizyczną, nadużywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, nie sprzyjają zachowaniu zdrowia ludności. Stan zdrowia ludności kraju, w tym także dzieci i młodzieży oceniany jest jako wysoce niezadowolający.

Celem niniejszej pracy była ocena badań zachowań zdrowotnych służących jako podstawa do opracowania programów edukacji zdrowotnej w środowisku wiejskim.

Doniesienia literatury fachowej zdają się wskazywać, iż ta sfera życia i edukacja jest nieco zaniedbana, zapewne mocno zróżnicowana, uwarunkowana wpływem różnych czynników zarówno środowiskowych, jak i osobniczych.

Stąd też identyfikacja zagrożeń, poznanie ich uwarunkowań, diagnozowanie sytuacji, zwłaszcza w grupie młodzieży szkolnej, jest szczególnie potrzebne i oczekiwane. Tworzenie programów promocji zdrowia i profilaktyki w grupie młodzieży szkolnej musi być oparte na w pełni wiarygodnej diagnozie społecznej sytuacji, udokumentowanej i monitorowanej.

Obiegowe informacje pochodzące ze środowisk szkolnych, jak i doniesienia prasy codziennej wskazują na konieczność podejmowania konkretnych działań w zakresie szkolnego wychowania zdrowotnego prowadzonego przez przygotowaną, autorytatywną kadrę pedagogów. Takie są oczekiwania i potrzeby młodzieży i tych, którym sprawy zdrowia młodzieży nie są obojętne.

Problemem niezmierniej wagi jest sprawa badania zachowań zdrowotnych młodzieży, także ze środowisk wiejskich, jak i opracowania kompatybilnego narzędzia badawczego. Brak takiego narzędzia powoduje, że istnieją kłopoty w zakresie porównań wyników badań uzyskanych przez różnych autorów.

Zdobyta wiedza teoretyczna i realizacja niektórych programów zdrowotnych niejednokrotnie nie przynosiły efektów praktycznych.

Niezbędne są konkretne działania zmierzające do promocji zdrowia w szkole i w rodzinie oraz umiejętności wykorzystania dotychczasowej wiedzy do analizy i poszukiwania czynników warunkujących zachowania zdrowotne młodzieży. Umiejętne pogodzenie myślenia, działania i znajomości czynników warunkujących zachowanie zdrowotne pozwoli przeciwdziałać jednostronnym tendencjom w nauczaniu, a skoncentruje się bardziej na umiejętnościach i wszechstronności w harmonijnym rozwoju młodzieży.

Dla strategii podejmowania działań w zakresie edukacji zdrowotnej, skierowanej do grupy dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w środowisku wiejskim, istotne jest poznanie rozumienia zdrowia w tym środowisku.

Słowa kluczowe: dziecko, środowisko wiejskie, sytuacja zdrowotna, sytuacja społeczna.

The study of health behavior as the basis for formulation of health education programs in rural areas

Summary

Not too favorable living conditions of the population, in particular in rural areas and the relatively low level of health culture, expressed by not rational nutrition, insufficient physical activity, alcohol abuse, smoking, are not conducive to maintaining the health of the population. The health status of the population, including children and young people is assessed as highly unsatisfactory.

The aim of this study was to evaluate research on health behavior serving as a basis for formulation of health education programs in rural areas.

Literature reports seem to indicate that this sphere of life and education is a bit neglected, probably highly diverse and determined by the influence of various factors, both environmental, and individual.

Therefore, identification of hazards, understanding their conditions, diagnosing the situation, especially in a group of school children, is particularly desirable and expected. Creation of health promotion and prevention programs among adolescents must be based on a fully reliable diagnosis of social situation, documented and monitored.

Circulating information from the school environment, as well as newspaper reports suggest the need to take specific actions in the field of school health education conducted by prepared, authoritative staff of educators. Such are the expectations and needs of young people and those to whom health issues of young people are not insignificant.

The problem of great importance is the issue of research on health behavior of youth, also from rural areas and the development of compatible research tools. The lack of such tools makes comparison of results obtained by different authors difficult.

The acquired theoretical knowledge and implementation of some of health programs often failed to produce practical results.

There are needed actual steps to promote health in the school and in the family and the skills to use existing knowledge for making analysis and searching for the determinants of health behavior of young people. Skillful linking of thinking, action and knowledge of the determinants of health behavior will prevent one-sided trends in education, and focus more on the skills and versatility in the harmonious development of young people.

For developing the strategy to take action on health education, addressed to a group of children and young people of school age in rural areas, it is important to know the perception of health in this environment.

Keywords: child, rural environment, health situation, social situation.

Introduction

Every man has the right to live, dwell, eat and be respected. This should apply to all people in the same way.

The last decade has shown that in our country the situation is slightly different. This applies particularly to the rural environment of the former State Farms. The changes that have occurred over the years have changed the environment for the worse. People lost their jobs, day by day; they were impoverished and left without any support. Children coming from families of that social status, from birth come into contact with the specific conditions of life. Their living conditions are far worse than those of children living in the city. They have a limited access to culture, education and health care. Their lives are also influenced by the family and local environment deprived of life goals and aspirations [1].

In many families, in spite of such a difficult situation, especially the financial one, the child is still the most important value and is regarded as the greatest happiness and focus of parents' life.

In these families, caregivers be moan the fact that they cannot give children what they are deserving, and which would allow for their development according with their needs and interests [2, 3].

Aim

The aim of this study was to develop, on the basis of the results of research on health behavior of children and young people living in rural areas, the guidelines for formulation of educational programs.

When determining the sample size and random selection, the desired precision of evaluation and representativeness of the data for the investigated Zachodniopomorskie voivodship was provided.

From the total number of poviats (20), seven were selected for the study.

In the selected poviats – the study covered all schools from rural areas to which attended children aged less than 14years of age and adolescents aged 15-19years (information obtained from the Board of Education).

In the primary schools the research included children up to 14years of age-all of them from 5th classes.

In the middle and high schools, the research comprised adolescents aged 15-19 years- all of them from 2nd and 3rd classes.

Thus, the selection of the research sample had targeted-random character (targeted as it referred only to middle school classes, and random – it did not apply to individuals but a group of people-students of the given class, inhabiting rural areas).

The necessary sample size was 5,321 subjects (children up to 14 years, and 15-19 years in this study had a common name: the rural child).

Information on the behavior and health needs as well as living conditions consisted of information obtained from the three surveys, i.e. From 6,971 children and 6,971 mothers and 6,971 fathers.

Of the total number of 27,193 questionnaires – 20,193 were returned (return rate 73.2%), but after the rejection of incomplete (680) and blank (27), there were classified 20,196 questionnaires-surveys for further analysis, containing 63,610 different information describing the research problem.

Representativeness of the study was maintained.

In developing the data collected during the study, electronic computing technology was used. Appropriate design of questionnaires and the developed coding allowed entering data into a computer directly from the questionnaires-with full control of the formal and logical information. Analysis of the data took into account mainly the calculation of intensity ratios describing the socio-medical situation and health-related behavior of the studied subjects and analysis based on universal variables.

For the purpose of statistic analysis, depending on the needs, the following statistical tests based on STATISTICA 6.0 were used, assuming the level of $p = 0.05$, which means that the probability of error of some kind, i.e. rejection of hypothesis when it is true, does not exceed 5%.

- Test of independence χ^2 and χ^2 test with Yates' correction. Strength of the relationship was examined by calculating the coefficient of Yul that was a measure of correlation between the quality variables in the table 2x2 or, in case of a larger number of features, Cramer's V coefficient and Pearson's C contingency coefficient were calculated.
- Tests for two independent samples i.e. nonparametric, the equivalents of Student's – test for unrelated variables: Mann-Whitney U Test
- Test for n-samples, i.e. the nonparametric equivalents of analysis of variance: Kruskal- Wallis rank sum test and χ^2 median test.
- Nonparametric correlations: Spearman's rank correlation coefficient is used to describe the strength of correlation of quality characteristics that can be ordered. Like the Pearson correlation coefficient, it takes on a value of $-1 \leq r_s \leq 1$.
- To analyze the reliability of the questions used to describe the health-related behaviors of rural children, the Cronbach's α coefficient was used.

Health situation of children from rural areas.

Children and young people make up more than 30% of the Polish population. Analysis of the age structure of children and young people with regard to place of living shows that there is an increase in the size of the youngest age group in rural areas, while a decrease in the size of these groups in urban areas (Table 1, 2).

Table 1. The number of age groups of children and young people, by place of residence (in thousands and percentages)

Age group	Total		City		Village	
	in thousands	in %	in thousands	in %	in thousands	in %
0-4	2387.2	100.0	1331.4	55.8	1055.8	44.2
5-9	2936.6	100.0	1672.6	57.0	1264.0	43.0
10-14	3337.3	100.0	2017.9	60.5	1319.4	39.5
15-19	3253.9	1000.0	2054.8	56.2	1199.0	36.8

Source: condition of the health of the population of Poland in 1999; Central Statistical Office 2006 [11]

According with the data of Ministry of Education in the school year 1997/8 the number of students was 8,198,898, including 4,891,578 attending primary school, 756,552 students of secondary schools and 1,512,078 of vocational schools.

In the school year 1998/9 in the Zachodniopomorskie Region there were 348,275 students.

Not too favorable living conditions of the population, in particular in rural areas and the relatively low level of health culture, expressed in not rational nutrition, inadequate physical activity, alcohol abuse, smoking, are not conducive to maintaining the health of the population. The health status of the population, including children and young people is assessed as highly unsatisfactory [4].

In the population of children this is reflected in the still too high infant mortality, high rates of births with all kinds of defects, while in older children and adolescents with high morbidity (Table 2), a high degree of disability and mortality [5.6].

Table 2. Data on the health status of children and youth in the Zachodniopomorskie province

Total number of children and youth	School year 1998/9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
348,275	Zachodniopomorskie province	14,161	28,847	5,008	40,557	10,745	4,548	3,407	2,123	82,726	77,375	7,848	272
	% of the total number of children	40.7	8.3	1.4	11.6	3.1	1.3	1.0	0.6	23.8	22.2	2.3	0.1

Source: compiled on the basis of materials sent from the medical facilities from the Zachodniopomorskie province.

Key: 1 – children with disparities in health status overall, 2 – somatic disorders, 3 – mental disorders, 4 – defects and diseases of the eyes, 5 – chronic ear diseases, 6 - chronic respiratory diseases; 7 – cardio vascular diseases; 8 – chronic urinary tract diseases 9 -permanent damage to the musculoskeletal system, 10 – including disorder of the bodystatic, 11 - other diseases requiring active care, 12 – including diabetes.

The trends in morbidity and mortality in the population of Polish children and young people are quite long-lasting.

The summarized structure of hospitalizations by age and major causes of morbidity indicates that respiratory diseases are the cause in 23.4% of all hospitalized cases.

- Injuries and disorders- 16.2%.
- Diseases of the digestive system-14.7%
- Infectious diseases-7.6%
- Diseases of the urinary tract- 7.0%
- Diseases of the nervous system-6.9% [1].

Six major causes of hospitalization - are 75% of hospitalizations of people aged 1-19 years. With age, the incidence of hospitalization is decreasing due to:

- respiratory tract diseases (from 37.2% in the group of 14 years to 8.5% at age 15-19 years),
- congenital defects (from 6.1% to 1.7%) while increasing the incidence of hospitalization due to injury (from 12.3% to 22.4%).

An important cause of hospitalization at the age of 15-19 years in Poland and abroad in girls are obstetric causes: complications of pregnancy, labor, childbirth [7, 8, 9].

Comparison of hospitalization rates in terms of the place of residence of hospitalized persons indicates that for the major causes of morbidity, except for complications of pregnancy and childbirth- significantly higher hospitalization rate is in the city than in rural areas [1].

Mortality of children and adolescents, despite the fall- still in Poland is higher than in European countries- especially in the population of boys. In 1996, in children and young people there were registered 4,127 deaths resulting in coefficient of 36.3% - 100,000, lower by 1.1% than in 1995. There were 2,267 deaths of children and young people from the cities and 1,960 deaths from the vilages, respectively, the coefficients 32.4% and 42% /100,000 population. As much as 65% of deaths in this age group are the deaths of the boys.

The most common cause of death in children and young people are accidents, poisoning and injuries (51.9% of all deaths), cancer (14.4%), nervous system diseases (8.6%), congenital malformations (7.5%) and circulatory system disease [10]. A disturbing rising trend is suicide deaths of children and young people.

According to CSO data, the health condition of almost 85% of children aged 0-4 years in the opinion of parents is very good or good. The study also shows that ¼ of children are suffering at least one chronic disease. The highest percentage of chronically ill is in the age group 10-4years, the lowest in the group of 0-4years [11].

According to the parents children often suffer from chronic allergic diseases(9.9%), postural problems(7%), lung disease (including bronchitis, asthma) 4.7%, neuroses (2.4%) (especially at the age of 10-14 years).

Boys suffer more often than girls. As many as11.2% of children have problems with hearing, vision, speech-much more in the city (13%) than in rural areas (8.8%).

According to A. Szymanowska young people living in cities more often show deficits of body weight than in rural areas (13%; 7%). The health status of children and young people from the cities was rated as worse than the children and young people from rural areas – regardless of the wealth of the family. For example, bad and very bad health characterized 3.6% of boys (aged 0-14 years) from the city, and 2.5% of this group from the country and 2.0% of boys (15-19years old) from the city and 1.0% of boys of the same age from the village. Children living in rural areas more often have short stature than in urban areas (15%; 11%). Vitamins and minerals are1.5 times less likely to be used by children and young people living in rural areas [1].

Health-related behaviors of children from the rural environment

The deteriorating health situation of society, as well as a number of health risks and health problems, makes people seek ways for improving the situation. The care must be taken of health at every stage of life: in childhood and in old age. One should think about one's own health, its preservation and improving already in the school. When practicing habits, one cannot forget about the protection of one's own health, a healthy lifestyle, as well as about health education [12, 13].

Literature reports seem to indicate that this sphere of life and education is a bit neglected, probably highly varied, determined by the influence of various factors, both environmental, and individual [14, 15, 16].

Therefore, identification of hazards, understanding their determinants, diagnosing the situation, especially in a group of school children, is particularly desirable and expected. Creation of programs of health promotion and prevention among adolescents must be based on a fully reliable diagnosis of social situation, documented and monitored.

Circulating information from the school backgrounds, as well as newspaper reports suggest the need to take concrete actions in the field of school health education conducted by prepared, authoritative staff of educators. Such are the expectations and needs of young people and those to whom health issues of young people are not indifferent [17].

According to B. Woynarowska health-related behavior can be defined as a conduct, actions (or their negligence) that directly or indirectly affect the health and well being of man [18].

There are health behaviors:

- Favoring health (health education, positive)
 - Physical activity
 - Rational nutrition
 - Keeping the body and the environment clean
 - Keeping safety
 - Maintaining the proper relationship between people
 - Coping with stress
 - Undergoing preventive examinations
- Threatening to health (anti-healthy, negative)
 - Smoking
 - Alcohol abuse

- The use of other psychoactive substances
- Risky sexual behavior [19].

Healthy behaviors of young people especially in recent years have become a subject of interest of many studies [14].

This issue is very current and important in terms of searching for the causes of the unsatisfactory state of health of children and young people. Research on healthy behaviors of school children has been launched in Europe in 1982, in three countries: Finland, Norway and England. The research program was approved by the WHO as a program of comparative research in Europe, repeated every 4 years. The first series of investigations was carried out in the years 1983-1984 in 4 countries, the second – in the years 1985-1986 in 11 countries, the third -in 1989-1990 in 14 countries and the fourth -in 1993-1994 in 22 countries and Canada.

Poland joined as a full member of the international group in 1989 and participated in the third and fourth series of studies [9].

In Poland, the healthy behavior is a problem with a particular focus, and resolving it or taking important decisions in this regard seems to be a matter of extreme urgency. It is proved by the data on the situation of morbidity and, consequently, the numbers illustrating disability and deaths, as the reason for 75% of all deaths are diseases of the cardiovascular system, cancer, and traumas [18]. The report of the National Health Program states that when linear growth of mortality continues, the death rate per 100 thousand people in the year 2011 will be 800.

Increased expenditure on medical care is notable to control this phenomenon. It is important to use the fact that the restorative medicine influences health to a small percentage. Therefore, opportunities arising from the sphere of primary prevention, implemented by appropriate modification of human behavior, improving the awareness and health culture of the society look better [4].

In the current reality in Poland many negative behaviors related to health are observed in school children in both urban and rural areas, and it becomes increasingly difficult to observe healthy behaviors conducive to health. Health and education of children and youth population means yet a healthy and prosperous future [19].

In Poland, the number of children and young people reaches 12.2 million, which represents 32% of the total population of the country, whose physical and mental condition is not the best, because the average 15-year-old person has a chance to live 6-7 years less than his peer in developed countries. Polish youth assess their health worse and worse; as many as 13% of students aged 11-15 years believe that they are “not very healthy”, while for example in Hungary the figure is only 1%. Health of individual and population depends on four groups of factors, of which the most important for human is lifestyle and healthy behavior (they determine the potential health to 50-60%), followed by physical and social environment (20-25%), genetic factors (about 20%), health care (10%). Health education introduced to rural schools in particular, may help to solve the problem [1].

The school provides an excellent opportunity for the transferring of knowledge to the child about health and education skills and values that are important to healthy living in future. Education prepares children for independence and the role of a healthy and productive person. Health education should, therefore, be the most important example not only in terms of health, but also the education itself [9, 20].

Satisfying most important needs targeted to health promotion will ensure the health of society. The deteriorating health of the Poles suggests such a practice [4].

Healthy behavior of students, as is apparent from numerous studies, is not fully formed. It is characterized by many incorrect behaviors and in order to eliminate or reduce the extent of the impact of them, one needs to teach student how to implement actively such rules of conduct, which will give self-esteem, responsibility for own health and health of others. To make it happen, a young person should know that to protect and strengthen health, one needs to know and respect the Ten Commandments on Healthy Lifestyle by Cendrowski, which is not easy because most of our society is accustomed to unhealthy lifestyle and

ignores the warnings of doctors – which causes deterioration of the health of children and adolescents [9, 18].

The problem of great importance is the issue of research on youth health behavior, also from rural areas and the development of compatible research tools. The lack of such tools results in problems in comparing results obtained by different authors.

The theoretical knowledge and implementation of some of health programs often failed to produce practical results.

Concrete steps are needed to promote health in the school and in the family and the ability to use existing knowledge to analyze and search for the determinants of healthy behavior of young people. Skillful linking of thought, action and knowledge of the determinants of health behavior will prevent one-sided trends in education, and focus more on the skills and versatility in the harmonious development of young people. This is necessary, since the present school does not fully prepare its students for life. “Polish school acts as if the child's brain attended it, and not all of it” – Marcin Kacprzak’s statement is still valid [4].

To achieve this, education of the child should be started from an early age, and on the basis of proper health education program, the health-promoting behaviors should be developed. “Education is the foundation of freedom” (J. Tischner), because only a free man can work creatively and solve current tasks, including those related to their own health. Health education clearly supports this process and is involved in everything pertaining to child, making the child more independent in action, experiencing the truth, and choosing the way of conduct to maintain and even strengthen their health and improve the health status of rural youth [9].

A. The practical significance of research and analysis to enable understanding of health behaviors-for the purpose of health education in rural areas.

For the strategy of taking action on health education, addressed to a group of children and young people of school age in rural areas, it is important to know the perception of health in this environment. Studies on the so-called health awareness of students can be divided into groups: self-image of health, confronting the classic definitions, taking into account age, gender, etc.

By providing children with knowledge about health, educating the skills, beliefs and attitudes, we can facilitate healthy lifestyles and improve health and quality of life. Because it is believed that health education in school is the most cost-effective, long-term investment in the health of the society.

When developing educational programs, it is assumed that health education is to acquire knowledge, formation of skills, beliefs, and attitudes necessary to maintain and improve an individual and other people.

Therefore, the aim of school health education must be to assist students in:

- making responsible decisions, enabling them to harmonious development and health;
- education of a healthy lifestyle,
- identification of own health problems and take action to resolve them.
- The concept of a comprehensive health education in schools (recommended by WHO, UNESCO and UNICEF) assumes:
 - taking into account a holistic approach to health care (all aspects) and health determinants related to people, the environment and living conditions,
 - the use of all the circumstances for health education,
 - aiming to harmonize health information that a student receives from a variety of sources-family, school, peers, media, advertising,
 - encouraging students to a healthy lifestyle and creating in school conditions and health promoting behaviors [9, 10, 22].

B. The role of parents in health education.

The parents are an important element in the health education of children and youth, according with the WHO slogan "Health begins at home". Parents are the first educators of their children's health and continue to play this role during the child's learning at school [16].

The effectiveness of this parental education depends on their education, social status, perception of health issues, attitudes towards health issues, economic situation, beliefs, etc. Thus, definitive effectiveness of health education depends on the extent to which the school will initiate and develop cooperation with parents, which should consist of:

1. consulting with the parents the most important issues and joint analysis of feasibility to implement the and education the parents themselves,
2. creating opportunities for parents to be informed about what the child learns at school, what are the effects of school education;
3. encouraging parents who have appropriate knowledge and skills to join carrying out of certain classes at school;
4. common organization of health events at school [4, 17, 21].

Last few years have been marked by the development of educational programs offered to schools on various health topics. The leading program is "The environmental health education program in primary and secondary schools" (edited by M. Charzyńska-Gula), which implies that the knowledge transmitted in the classroom is reinforced by the school and non-school environment (mainly parents) [9].

According to M. Demel, each school should "work out their own health protection program for children." Because of the procedure to develop specific educational programs – health education should allow the children, but also other members of the school community, the teachers and parents of students, to:

- acquire or verify knowledge about ways of staying healthy,
- develop or modify so-called life skills (in the context of health regeneration),
- develop or change beliefs,
- formerly verify attitudes necessary to preserve and restore own health and the health of other people [13, 23, 24].

In the life of a young person, there are situations directly related to health behavior (e. g., vaccinations or decision to visit a doctor), and others (many more) indirectly referring to health (various elements of lifestyle: rest, nutrition, physical activity).

These situations are accompanied by certain behaviors - either directly or indirectly affecting health. The program of health education of students should therefore apply to these situations and behaviors.

The education system provides a great opportunity of influencing the health of children and young people. Naturally one cannot forget that in the process of socialization the dominant importance to a child is the family, and such patterns of the transfer may enhance but also be in conflict with the standards of healthy lifestyle.

References

1. Szymanowska A.: Zagrożenia zdrowotne stylu życia młodzieży polskiej. Probl. Porad. Psych. Pedagog. 1996, 2, 33-52.
2. Radaj., Ratima M., Howolen-Chapman P.: Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. Health Promotion International 14, 1999, 2, 177.
3. Currie C., Gabhainn S., Godeau E. et. al: Inequalities in young people health. HSC international report from 2005/2006 survey, Copenhagen, World Health Organization 2008 (www.euro.who.int/pub).
4. Korczak C.W.: Profilaktyka i edukacja prozdrowotna młodzieży w XXI wieku. Probl. Hig. 2000, 68, 19-25.
5. Carlton R.J., Newman B. (red.): Issues and Trends in health. The C.V. Mosby Company St Louis 1987.
6. Opatz J.P.: A Primer of health promotion. Creating healthy organizational cultures. Oryon Publication Inc. Washington D.C. 1985.
7. Barnekow R., Rasmussen V., Rivett D.: The European Network of Health Promoting Schools – an alliance of health, education and democracy. Health Education and Democracy. Health Education, 2000, 2, 61.

8. Sindall C.: Health promotion and the family –resource reviews. *Health Promotion Internat.* T.12, 1997, 3, 259.
9. Sygit M., Sygit K.: *Wychowanie zdrowotne.* Wyd. Nauk. Uniw. Szczecińskiego, Szczecin 2008.
10. Woynarowska B.: *Zachowania zdrowotne.* [W]: Woynarowska B. (red.): *Zdrowie i szkoła.* PZWL, W-wa 2000, s.68-72.
11. GUS Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, Warszawa 2006.
12. Boutilier M., Mason R., Rootman J.: Community action and reflective practice in health. *Health Promotion International* t. 12, 1997, 69.
13. Demel M.: O własne drogi w wychowaniu zdrowotnym. *Kult.Fiz.*1990, 44, 22-25
14. Barlak M.: *Wychowanie zdrowotne w perspektywie choroby, cierpienia, sensu życia.* *Wychow. Zdr.* 2000, 47, 28-32.
15. Ostrowska A.: Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady. *Prom. Zdr. Nauki Społ. Med.* 2000,7, 46-65.
16. Parson C., Stears D., Thomas C., Thomas L.: Szkoła promująca zdrowie w różnych krajach. *Wnioski i rekomendacje.* *Lider* 1997, 12, 29-32.
17. Pułtorak M., Jackowska H., Rygiel G.: Z doświadczeń szkół promujących zdrowie – w środowisku wiejskim. *Lider, Nowa Wieś. Wyd. Spec.* 1995, 58-62.
18. Woynarowska B., Mazur J.: Nieprawidłowość zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w Polsce 1998 roku. *Lider* 2000, 2, 18-21.
19. Panasiuk L., Mierzecki A., Wdowiak L., Paprzycki P., Lukas W., Godycki-Cwirko M. Prevalence of cigarette smoking among adult population in eastern Poland. *Ann Agric Environ Med* 2010, 3, 133-138
20. Curry S.J., Kristal A.R., Bowen D.J.: An application of the stage of change model of behaviour change to dietary fat reduction. *Health Education Reserch* 1992,7,97.
21. American Academy of pediatrics Policy statement – recommended childhood and adolescent immunization Schedule – United States, 2010, „*Pediatrics*”, 1, 195-198.
22. Mühlendahl K.E. von, Otto M. Environmental medicine, forgotten by pediatricians?, “*Medycyna Środowiskowa*”, 2008, 1, 7-11.
23. Onis M. de, Onyango A. W., Borghi E., Siyam A., Nishda Ch., Siekmann J. Development of WHO growth reference for school-aged children and adolescents, “*Bulletin of the World health Organization*”, 2007, 9, 660-667.
24. Rowland T.W. *Children’s exercise physiology.* USA, Human Kinetics, 2005.

Вплив навчального процесу на психічне здоров'я студентської молоді

Лотоцька-Дудик Уляна Богданівна, Лотоцька Леся Богданівна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Оптимізація освітнього процесу в навчальних закладах - важливий фактор психологічної адаптації студентів до процесу навчання. Критеріями формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя молоді на рівні психічного здоров'я (психологічного комфорту) є розвиненість довільних психічних процесів, наявність саморегуляції, адекватна самооцінка, відсутність акцентуацій характеру та шкідливих поведінкових звичок;

На тлі соціально-економічної нестабільності, незадовільної екологічної ситуації, розбалансованого і нераціонального харчування, порушення засад здорового способу життя молоді вирізняється тими чи іншими порушеннями психічного здоров'я. Зокрема у молодих людей спостерігаються створення системи соціальних та індивідуальних цінностей, ціннісних орієнтацій, що визначають побудову життєвого і професійного шляху, процесів професійної та особистісної самоактуалізації та самореалізації [6].

Актуальність дослідження й оцінки психічного здоров'я студентів зумовлена наявністю стресогенних факторів у студентському середовищі, таких як періоди соціальної адаптації, сесії, необхідність особистісного самовизначення у майбутньому професійному середовищі, тощо. Відхилення психічного здоров'я є більш поширеними серед студентської молоді, ніж серед інших категорій населення загалом. Більшість опитаних молодих людей (57%) (за даними UC Davis) [7] визнають перші роки навчання у вузі як найбільш стресові. American College Health Association провела опитування серед першокурсників (2011р.), за результатами якого 20% студентів визнають наявність депресії впродовж перших місяців навчання [8].

Основні ознаки зрушень психічного здоров'я характеризуються замкнутістю або розмовами в незвичній манері, зміною маси тіла (зменшенням або збільшенням), порушенням сну. При тривалих стресових навантаженнях можливими є патологічні зміни у різних функціональних системах, порушення адекватності психічних реакцій [1]. При цьому перенапруження нервової системи може мати застійний характер, провокуючи виникнення неврозів, депресії та стану фрустрації.

Найбільш поширеними проблемами серед студентської молоді в навчальних закладах цілого світу є депресія і тривога. За прогнозами ВООЗ до 2020-го року депресія може зайняти друге місце за поширеністю захворювань. Загальна поширеність депресійних станів у молодому віці становить від 15 до 40% [3]. Перехід молоді людини до студентського життя характеризується безліччю нововведень, зокрема нового способу життя, впливу нових культур і альтернативних способів мислення. Студенти, які не відчувають себе адекватними чи готовими влитися в навчальне середовище вузу, легко можуть стати сприятливими до депресії і тривоги. Відчуття неповноцінності може виникнути під впливом академічного стресу, вимог батьків чи однокурсників досягнути значного успіху. Інші симптоми депресії можуть варіювати, проте зазвичай люди відчувають себе спустошеними від безнадійності і провини, апатичними та виснаженими.

Впродовж останніх років у житті студентів навчальних закладів України відбулися серйозні зміни. Більшість вузів перейшли на Болонську систему навчання. Як результат - терміни навчання стали коротшими, а обсяг навчального матеріалу суттєво збільшився. У 16% студентів спостерігаються початкові ознаки депресії, причинами якої стали страх перед іспитами, стрес та нестача часу для якісного навчання [4]. До цього додається ще й страх не знайти відповідну роботу. Крім цього, багато вузів перейшли на контрактну форму навчання, тому студентам та їх батькам крім навчання доводиться вирішувати ще й фінансові проблеми. Додатковим чинником розвитку стресу є пошуки підробітку для

фінансової незалежності. Непросто доводиться і цілеспрямованим студентам, які часто перекладають на себе непосильний обсяг роботи. Як результат - нервові розлади і безсоння [5].

Одним із превентивних заходів розвитку даних станів є регламентація і управління навчальною діяльністю як основних організаційних коригуючих засобів у системі психологічного забезпечення психічного здоров'я. У цьому аспекті вони є основою продуктивної навчально-пізнавальної діяльності та засобів адекватної адаптації молоді до умов життєдіяльності в несприятливі періоди навчання (перший та останні два курси), що забезпечує оптимальну організацію навчання через суворий ритм і послідовність виконання навчального навантаження і сприяє розвитку динамічного стереотипу діяльності.

Література

1. Кузнецова Л.М., Кузнецов В.Д., Тимошенко К.Т. Показатели психического здоровья современных студентов вуза.//Гигиена и санитария.- 2008. №3. С. 59-63.
2. Лякішева А.В. Соціальна стійкість як регулятор психічного здоров'я студентів.// Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2012. - №1 (19). – С.115-123.
3. Макшанова, Е.И. Разработка поучительной междисциплинарной программы повышения стрессоустойчивости и укрепление психического здоровья студентов-медиков / Е.И.Макшанова, Т.И.Зиматкина М.А.Ассанович, В.А.Карпюк // Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний: Материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию медико-психологического факультета ГРГМУ. Сборник статей и тезисов. Гродно, 30 мая в 2008 г. / Мин-во здр-я РБ, УО "ГРГМУ"; отв. редакторша М.А.Ассанович. - Гродно, 2008. - С.54-56.
4. Маруненко І.М.. Збереження психічного здоров'я студентів як показник їхньої безпеки життєдіяльності. // Гуманітарний вісник. – 2006. - №23. – С.327-330.
5. Панченко С. М. , П. І. Сахно. Соціально-психологічна детермінація здоров'я молоді. // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2010. - №1(3). - С.116-123.
6. Шавровська Н. В., Будяк Л. В. До проблеми збереження психологічного здоров'я студентів.// Вісник Черкаського університету. Серія «Педагогічні науки». - Випуск 189. Частина 2.- 2010. – С.86-90.
7. Angst J. and A. Dobler-Mikola (1984). «The Zurich study».EUROPEAN ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE 234 (1): 30-37. DOI : 10.1007/BF00432880
8. <http://www.ucdmc.ucdavis.edu/chpr/projects/>

Вплив законодавчої бази на розширення і закріплення прав громадян України на отримання безкоштовної медичної допомоги амбулаторних умовах

Слабкий Г. О., Шишацька Н. Ф., Русняк В. А.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Анотація: Наведено аналіз законодавства України з питання забезпечення права громадян на отримання безоплатної медичної амбулаторної допомоги.

Ключові слова: законодавство, медична допомога, отримання, безкоштовно

Streszczenie: Analiza przepisów prawa Ukrainy w sprawie prawa obywateli do otrzymania bezpłatnej opieki ambulatoryjnej opieki.

Słowa kluczowe: Legislacja, pomoc medytsynskaya, odbieranie, bezpłatnie

Summary: The analysis of the legislation of Ukraine on the right of citizens to receive free medical ambulatory care.

Keywords: Legislation, medytsynskaya aid, receiving, free of charge.

На сучасному етапі розвитку національної системи охорони здоров'я проводиться її реформування [1]. Нова модель національної системи охорони здоров'я відпрацьовується в пілотних регіонах [2]. Пріоритетним, в ході проведення реформи, є запровадження первинної медико-санітарної допомоги та забезпечення якості медичної допомоги при використанні механізмів захисту населення від фінансових ризиків на випадок захворювання [3,4].

Мета роботи: проаналізувати законодавство України з питань забезпечення прав громадян України на отримання безкоштовної медичної допомоги.

Матеріали та методи. В ході дослідження за допомогою методу контент-аналізу проаналізовано законодавчу базу з питань забезпечення прав громадян України на отримання безкоштовної медичної допомоги.

Результати та їх обговорення

Конституція України (у ст. 49) передбачає надання безоплатної медичної допомоги виключно державними і комунальними медичними закладами, що сприяє нерівності закладів охорони здоров'я різних форм власності і неефективному використанню державних коштів [5].

У зв'язку з цим доцільно створити систему охорони здоров'я з визначенням рівних прав для діяльності медичних закладів усіх форм власності, навчальних закладів, інститутів, центрів, лабораторій галузі, впровадити ринкові механізми регулювання та функціонування галузі на засадах здорової конкуренції між закладами охорони здоров'я всіх форм власності.

З цією метою необхідно визначати на конкурентних засадах медичні заклади, уповноважені надавати медичну допомогу за державні кошти шляхом визнання медичних послуг предметом публічних торгів і допуску до участі в торгах з надання медичних послуг за державні кошти як державних та комунальних, так і приватних закладів охорони здоров'я.

Безоплатне, або пільгове надання ліків передбачено низкою законів України та Постановою Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» [6].

Перелік захворювань, у разі амбулаторного лікування яких лікарські засоби відпускаються безоплатно, визначено додатком № 2 до Постанови Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303.

Лікарські засоби за наявності в особи відповідного захворювання відпускаються безоплатно лише у разі амбулаторного лікування основного захворювання, за яким надано пільги.

Законодавством також передбачено пільговий (з оплатою 50% їхньої вартості) продаж лікарських засобів.

Зокрема при амбулаторному лікуванні на умовах пільгового продажу відпускаються лікарські засоби за рецептами лікарів: 1) інвалідам I та II груп внаслідок трудового каліцтва, професійного або загального захворювання; 2) інвалідам з дитинства I та II груп; 3) дітям віком від трьох до шести років; 4) особам, реабілітованим відповідно до Закону України «Про реабілітацію жертв політичних репресій на Україні», які стали інвалідами внаслідок репресій або є пенсіонерами. Відповідно до цього закону реабілітованими вважаються особи, які з політичних мотивів були необґрунтовано засуджені судами або піддані репресіям позасудовими органами, у тому числі «двійками», «трійками», особливими нарадами і в будь-якому іншому позасудовому порядку, за вчинення на території України діянь, кваліфікованих як контрреволюційні злочини за кримінальним законодавством України до набрання чинності Законом СРСР «Про кримінальну відповідальність за державні злочини» від 25 грудня 1958 року; 5) особам, нагородженим знаком «Почесний донор України» та «Почесний донор СРСР» відповідно до Закону України «Про донорство крові та її компонентів» від 23 червня 1995 р.

Безкоштовно або на пільгових умовах хворим відпускаються лікарські засоби вітчизняного та іноземного виробництва згідно з Переліком, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 05 вересня 1996 року № 1071 [7].

Дітям-інвалідам віком до 18 років лікарські засоби відпускають за рецептами лікарів незалежно від місця проживання цих дітей, але в межах Автономної Республіки Крим, області, міст Києва та Севастополя.

Витрати, пов'язані з оплатою вартості лікарських засобів, покладено на органи охорони здоров'я за місцем, де ці ліки фактично відпускаються. Однак, через украї незадовільне фінансування медичної галузі (наприклад, галузь охорони здоров'я Полтавської області фінансується на 62 % згідно з потребою) дані норми законів України і постанов Уряду не виконуються.

До нас надходить інформація про те, що місцеві органи виконавчої влади дали усну вказівку керівництву лікарняних закладів не виписувати рецептів на ліки інвалідам, які мають на це право відповідно до законів України. Окрім того, на особистих прийомах громадян окремі керівники органів виконавчої влади начебто заявляють, що «не виписували і виписувати не будемо, бо немає коштів, а для того, щоб купити ліки, ідіть жебракуйте».

Такі дії представників органів виконавчої влади є, безумовно, незаконними.

За таких умов можна припустити теоретичну можливість в судовому порядку примусити компетентні державні органи забезпечення громадян ліками в амбулаторних умовах безоплатно або на пільгових умовах.

Однак правозастосовна практика свідчить про низьку ефективність такого способу захисту прав громадян на безкоштовне забезпечення ліками в умовах неповного фінансування потреб відповідних обласних управлінь охорони здоров'я та хронічної недостатності бюджетних коштів на ці цілі.

Висновки. Отже, чинна законодавча база дозволяє збільшити безкоштовне забезпечення громадян ліками в амбулаторних умовах за умови належного фінансування цих витрат з державного бюджету.

Використана література

1. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президентіві України,

2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва с екрану.
2. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 року N 3612-VI.
 3. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
 4. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина; за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
 5. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
 6. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-п>
 7. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 вересня 1996 р. N 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1071-96-п>

Płacimy za „przekroczenia” tylko w przypadku świadczeń ratujących życie. Sposób rozliczania świadczeń przez nfz na przykładzie szpitali powiatowych i poziomu referencyjnego

Waldemar Wierzba¹, Piotr Miadziołko², Adam Wierzba³, Piotr Ruciński⁴, Jarosław Pinkas⁵

¹ Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi Wydział Zamiejscowy w Warszawie

² Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

³ Fundacja Instytut Ochrony Zdrowia w Warszawie

⁴ Arion Szpitale Sp. z o. o. Lublin

⁵ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Streszczenie: W publikacji został omówiony sposób rozliczania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz problem płacenia za procedury planowe wykonane ponad limit określony w kontrakcie. Zostały przytoczone cytaty ustaw i rozporządzeń, które nakładają na świadczeniodawcę obowiązek przyjmowania pacjentów, jak również metodę rozliczania usług i zmian w umowach z NFZ. Na dzień dzisiejszy NFZ respektuje inny sposób rozliczania usług niż ten który wynika z umowy.

Summary: The essay elaborates on the method used for a settlement of medical services by Polish National Health Fund (in Polish: “NarodowyFunduszZdrowia”) and the issue of payments for planned medical procedures performed above the limit indicated in a contract. The author quotes the legal acts and regulations that impose the obligation of admitting patients on the services provider as well as the method of the settlement of services performed and changes to the contracts concluded with the National Health Fund.

Wstęp

Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) płatności za świadczenia medyczne wykonane ponad limit określony w kontrakcie będą w pierwszej kolejności dotyczyły świadczeń ratujących życie. Płacenie za tzw. nadlimity jest problemem ogólnopolskim i niestety coraz częściej dotyczy również świadczeń nielimitowanych, za które świadczeniodawcy mogą wnioskować o zapłatę po zakończeniu każdego kwartału, zgodnie z zapisami w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzeniem NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Zgodnie z Art. 15 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o Działalności Leczniczej Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.¹

Komunikaty NFZ są sprzeczne z art. 15 ustawy o działalności leczniczej cytowanym powyżej artykułem ustawy o działalności leczniczej. Wszystkie szpitale muszą działać zgodnie z zapisami we wspomnianej ustawie. Szpital nie jest jednostką, która ma tylko i wyłącznie realizować świadczenia ratujące życie, ale wg ustawy o działalności leczniczej art 2, ust. 1 pkt. 11, cyt: świadczenie szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych”

¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Na początku 2010 r. Resort Zdrowia zapowiedział projekt ustawy definiującej procedury ratujące życie, ze względu na to, iż Resort nie widzi uzasadnienia dla płacenia szpitalom za wszystkie zabiegi w ramach tzw. nadwykonań. Resort twierdzi również, iż płacenia za świadczenia wykonane ponad limit określony w kontrakcie jest nielegalne zgodnie z obowiązującym prawem¹. Na dzień dzisiejszy nie ma jednak jednoznacznej definicji i kryteriów określających „świadczeń ratujących życie” lub „procedury ratującej życie” w leczeniu szpitalnym.

Art. 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w punkcie 8 opisuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, cyt: „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia”²

Komunikat Narodowego Funduszu Zdrowia

Oddziały Wojewódzkie NFZ w 2009 r. ogłosiły na swoich stronach internetowych komunikat dla świadczeniodawców, w którym czytamy:

(Przykład komunikatu WOW NFZ).

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu informuje, iż uruchomiona została elektroniczna walidacja świadczeń medycznych pod kątem pilności ich udzielania (zgodnie ze statusem zaznaczonym przez Świadczeniodawcę).

Procedura weryfikacji dokonuje oznaczenia pozycji do rozliczenia w następującej kolejności:

- A. W pierwszej kolejności świadczenia ratujące życie dla tytułów ubezpieczenia innych niż ubezpieczeni,
- B. Następnie świadczenia nieratujące życie dla tytułów ubezpieczenia innych niż ubezpieczeni,
- C. Następnie świadczenia ratujące życie dla ubezpieczonych,
- D. Następnie świadczenia nieratujące życie dla ubezpieczonych.

Dodatkowo system wykona następujące weryfikacje:

1. Przed uznaniem pierwszego ze świadczeń z pkt B system sprawdzi czy w danym okresie rozliczeniowym pozostało jakiegokolwiek świadczenie z pkt A, a nie wskazana przez świadczeniodawcę do zapłaty. W przypadku gdy nie wszystkie świadczenia z pkt A wykonane przez niego w danym okresie rozliczeniowym zostały wskazane do zapłaty, system uniemożliwi mu rozliczenie innych świadczeń do czasu wskazania przez niego do zapłaty wszystkich świadczeń z pkt A.
2. Przed uznaniem pierwszego ze świadczeń z pkt C system sprawdzi czy w danym okresie rozliczeniowym pozostało jakiegokolwiek świadczenie z pkt B lub A, a nie wskazane przez świadczeniodawcę do zapłaty. W przypadku gdy nie wszystkie świadczenia z pkt B lub A wykonane przez niego w danym okresie rozliczeniowym zostały wskazane do zapłaty, system uniemożliwi mu rozliczenie innych świadczeń do czasu wskazania przez niego do zapłaty wszystkich świadczeń z pkt B lub A.
3. Przed uznaniem pierwszego ze świadczeń z pkt D system sprawdzi czy w danym okresie rozliczeniowym pozostało jakiegokolwiek świadczenie z pkt C, B lub A, a nie wskazane przez świadczeniodawcę do zapłaty. W przypadku gdy nie wszystkie świadczenia z pkt C, B lub A wykonane przez niego w danym okresie rozliczeniowym zostały wskazane do zapłaty, system uniemożliwi mu rozliczenie innych świadczeń do czasu wskazania przez niego do zapłaty wszystkich świadczeń z pkt C, B lub A.³

Takie same komunikaty pojawiły się na stronach internetowych pozostałych oddziałów wojewódzkich NFZ.

¹ <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie>

² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r.)

³ <http://www.nfz-poznan.pl/1/page.php/1/0/show/6264>

Powyższy komunikat stanowi podstawę rozliczania usług nadwykonań w komputerowym systemie rozliczeń usług medycznych NFZ. Komunikat może budzić wątpliwości co do zgodności z ustawą.

Ustawy i rozporządzenia

Artykuł 20 ust 1. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mówi, że: cyt. „1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Czytając logicznie w/w zapis w ustawie należy rozumieć, iż rozliczenia usług należy dokonać wg kolejności zgłoszenia się pacjentów do szpitala i przede wszystkim wg wykonania i zakończenia udzielonych świadczeń medycznych.

Czytając dalej artykuł 20 ustawy... dowiemy się na temat obowiązku świadczeniodawcy i ustalania kolejności świadczeń:, cyt.” Obowiązki świadczeniodawcy związane z ustaleniem kolejności udzielania świadczeń na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy oraz informowania pacjentów są wymienione w ust. 2. Należy podkreślić, że dokonanie określonych w ust. 2 pkt 2 i 3 czynności jest równoznaczne z zobowiązaniem się zakładu opieki zdrowotnej do udzielenia danego świadczenia. Ponadto świadczeniodawca ma obowiązek poinformować pacjenta (w każdy dostępny sposób) o niemożności zachowania terminu wynikającego z listy oraz o jej przyczynie. Taka sytuacja jest dopuszczalna wyłącznie w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu wykonania świadczenia”.¹

Podstawą rozliczenia świadczeń medycznych wykonanych przez Świadczeniodawcę jest przede wszystkim umowa z NFZ oraz zapisy w ogólnych warunkach umów. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mówi m.in. o warunkach udzielania świadczeń i sposobie finansowania świadczeń. Paragraf 20 w/w Rozporządzenia mówi o możliwości zmiany umowy na wniosek świadczeniodawcy i warunków finansowania, cyt: strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy, składany po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy” (w tym przypadku ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Komunikaty NFZ dotyczące sposobu kolejności rozliczania świadczeń medycznych w tym przypadku nie mają żadnej podstawy prawnej i są niezgodne z zapisem w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, oraz we wspomnianych wyżej zapisach w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również w ogólnych warunkach umów.

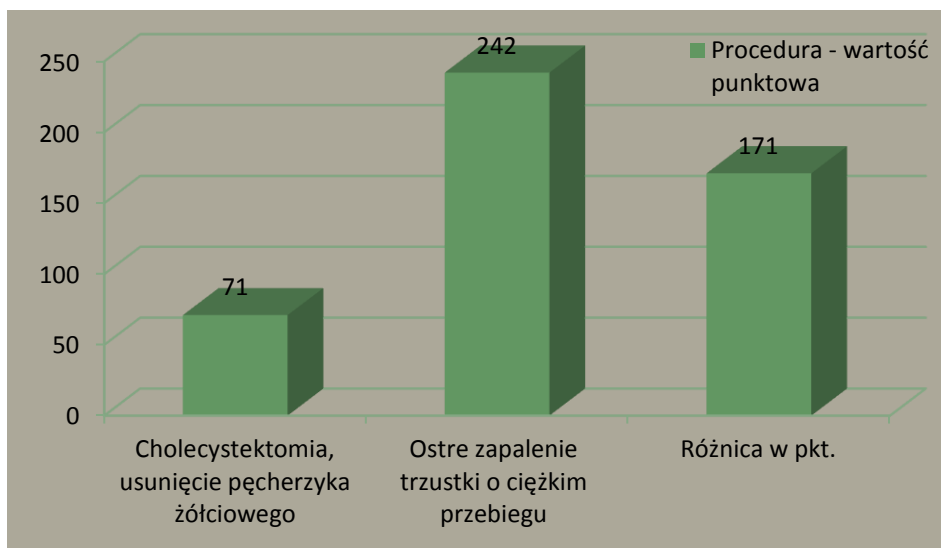
Nie można zmieniać sposobu rozliczania świadczeń medycznych na podstawie komunikatu, który nie jest Rozporządzeniem, ani nawet Zarządzeniem Prezesa NFZ który nie został w tym przypadku wcześniej przedstawiony do opinii publicznej. Podstawą zmiany sposobu rozliczeń pomiędzy Świadczeniodawcą, a Świadczeniobiorcą są przede wszystkim zmiany w umowie, która musi zostać podpisana i zaakceptowana przez obie strony. Żadne komunikaty dotyczące pierwszeństwa rozliczania świadczeń medycznych nie mogą być podstawą do zapłaty za wykonane usługi medyczne i to w takiej kolejności, jaką ustalili sobie jedna strona umowy bez zaakceptowania jej przez drugą.

Świadczenia ratujące życie, a zapobieganie

W przypadku nadwykonań płaci się tylko za świadczenia ratujące życie zrealizowane ponad limit określony w kontrakcie. Natomiast odmowa wykonania zabiegu planowego, jak również odległe terminy

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

mogą doprowadzić w przyszłości do stanu zagrażającego bezpośrednio życiu pacjenta, za których leczenie NFZ będzie musiał zapłacić znacznie więcej niż w przypadku planowego zabiegu zapobiegającego pogłębieniu się danej choroby. Konsekwencją takiej sytuacji może być brak środków finansowych w budżecie NFZ.



Wykres 1. Porównanie procedur medycznych (zabieg planowy oraz świadczenie nagłe)

Wykres 1 przedstawia różnicę pomiędzy procedurą wykonaną laparoskopowo (w tym przypadku Cholecystektomia – usunięcie pęcherzyka żółciowego), jako zabieg planowy, a procedurą wykonaną z powodu nieliczenia kamicy żółciowej, np. ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu.

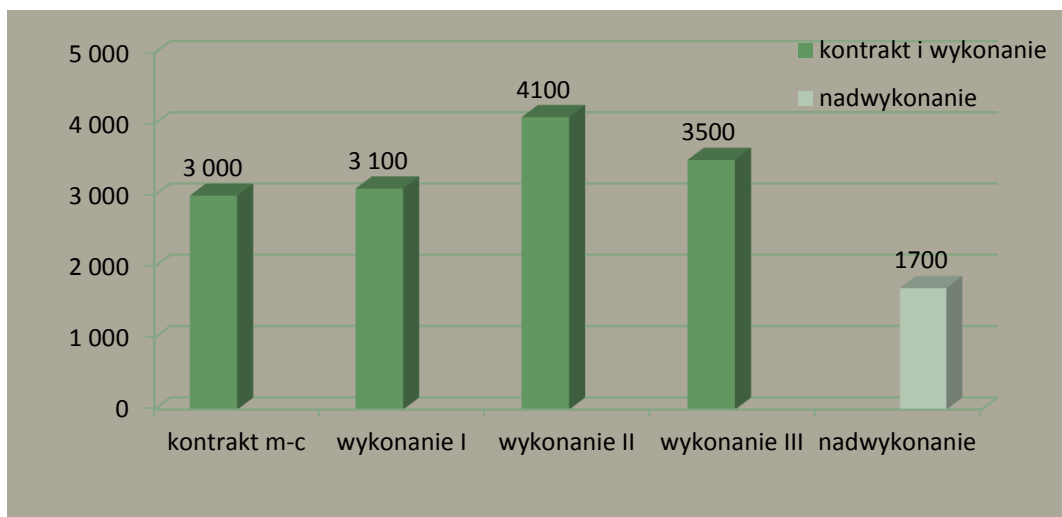
Przykład na podstawie wykresu 1: odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala z powodu limitów i niepłacenia za zabiegi planowe (w tym przypadku cholecystektomii), a w efekcie przyjęcie do szpitala w trybie nagłym (ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu) z ciężkimi objawami z powodu nieleczenia schorzenia, w tym przypadku procedura droższa będzie zakwalifikowana jako świadczenie nagłe ratujące życie pacjenta za które NFZ powinien zapłacić w 100%.

W efekcie nieleczenie powyższego przykładowego schorzenia, może prowadzić do poważnych powikłań, przewlekłego i ostrego zapalenia pęcherzyka lub trzustki (o ciężkim przebiegu), wodniaka lub ropniaka pęcherzyka, przedziurawienia pęcherzyka, ostrej kamicy w przewodach żółciowych, a nawet nowotworu pęcherzyka żółciowego.¹

Ponad limit określony w kontrakcie

Niepłacenie za nadwykonania szpitalom powoduje utratę ciągłości finansowej szpitali i hamuje ich rozwój.

¹ http://www.medigo.pl/a,i,16639,kamica_zolciowa - Konsultacja: prof. dr hab. Grażyna Rydzewska



Wykres2. Realizacja świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – przykład I kwartał
Komentarz do wykresu 2.

Po kwartale okazało się iż wszystkie Oddziały przekroczyły kontrakt, dlatego nie ma możliwości przesunięcia środków finansowych. Można przyjąć, że wszystkie świadczenia wykonane w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii są świadczeniami ratującymi życie. Z braku środków finansowych i odmowy zapłaty przez NFZ, szpital kredytuje te usługi w wysokości 1700 pkt, czyli na kwotę 88 400 zł (wartość p-ktu 52 zł). A może warto zastanowić się i przesunąć środki finansowe ze szpitali, które nie wykonują kontraktu w 100%?

Innym przykładem przekroczeń świadczeń jest Ambulatoryjna Opieki Specjalistyczna i kolejki do lekarzy specjalistów sięgające odległych terminów w zależności od specjalizacji. W jaki sposób zapobiegać skoro lista oczekujących pęka w szwach? Niebezpieczeństwo pogorszenia stanu zdrowia pacjenta jest kwestią czasu, w efekcie pacjent trafia do szpitala, w którym znowu powstają nadlimity i tak w kółko.

Chociaż NFZ nie zgadza się ze szpitalami w sprawie sfinansowania wszystkich nadwykonań, to te nie rezygnują i coraz skuteczniej dochodzą swoich roszczeń w sądach. W 2010 roku zakończyły się 282 tego typu sprawy, przy czym łączna kwota, jaką NFZ musiał zapłacić świadczeniodawcom, to 175 mln zł. W 2009 roku było ich 151. Szpitale odzyskały z NFZ 65 mln zł za świadczenia wykonane po wyczerpaniu limitu określonego w kontrakcie. Zdaniem NFZ często pacjenci mogli poczekać na przyjęcie do szpitala bez uszczerbku na zdrowiu. Z raportu NFZ wynika, że placówki bez wskazania zagrożenia życia wykonywały np. zabiegi chirurgiczne (np. usunięcie żyłaków) czy wycięcia migdałków, mimo że wiedziały, iż przekraczają limit. Najwięcej zakwestionowanych przyjęć z tego zakresu zostało odnotowanych w województwie świętokrzyskim.¹

Planowanie świadczeń, a problem nadwykonań

Idea planowania i wykonania świadczeń medycznych jest gwarancją zrealizowania określonej ilości punktów zakontraktowanych z NFZ. Z pewnością łatwiej jest zrealizować i rozliczyć świadczenia tzw. planowe, niż oczekiwać na pacjentów, którym zostaną wykonane świadczenia ratujące życie (trudno jest przewidzieć w danym miesiącu w Oddziałach zabiegowych ilości nagłych urazów, np. ortopedycznych, chirurgicznych).

Każdy oddział wykonując świadczenia planowe dokonuje szacunku ilości zrealizowanych punktów w danym miesiącu. Mogą zdarzyć się miesiące, w których wykonane zostaną tylko i wyłącznie w/w świadczenia, natomiast problem pojawia się w momencie, w którym ilość świadczeń nagłych (np. wykonanych po 20 dniu danego miesiąca), tzw. ratujących życie, nagle przekroczy wartość połowy miesięcznego kontraktu, wtedy wg komunikatu NFZ (walidacja świadczeń medycznych) kolejność rozliczania

¹ http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/553829,nfz_nie_chce_zwracac_szpitalom_za_nadwykonania.html

świadczeń do zapłaty spowoduje tendencję narastających nadwykonań z miesiąca na miesiąc i w efekcie pozostaną nierozliczone świadczenia tzw. planowe, za które NFZ nie zapłaci Świadczeniodawcy i których zapłaty szpitale będą domagać się na drodze postępowania sądowego w najlepszym wypadku ugody przed sądem.

Zakończenie

Problem nadwykonań nie dotyczy wyłącznie szpitali pierwszego poziomu referencyjnego, jest to problem powszechnie znany wszystkim zarządzającym z branży opieki zdrowotnej (SP ZOZ-ów, Szpitale Klinicznych, NZOZ-ów, Poradni Specjalistycznych) i z pewnością taka tendencja utrzyma się jeszcze długo, bo jak na razie nic nie zapowiada radykalnych zmian w tym zakresie.

Zmiany planów finansowych nie raz wstępnie zakładały wzrosty środków finansowych na leczenie szpitalne, między innymi także na tzw. nadwykonania z lat ubiegłych, natomiast rzeczywistość i realny ich podział dla Świadczeniodawców to osobny temat i z pewnością długo jeszcze będziemy mówić tylko o płatności ponad limit określony w kontrakcie, za świadczenia ratujące życie pacjentów¹.

Można zrozumieć brak środków finansowych w budżecie NFZ i wiadomo, że każdy z Oddziałów Wojewódzkich dysponuje takimi środkami jakie zakłada plan finansowy, ale problem wynika z kilku innych kwestii, a mianowicie kontraktowania nowych podmiotów medycznych lub nowych zakresów świadczeń. Wiadomo, że w przypadku braku środków finansowych stosuje się zasadę „komuś trzeba zabrać lub ograniczyć, aby komuś dać...”. Przykładem może być tutaj pozyskiwanie środków z funduszy unijnych na zakup specjalistycznego sprzętu medycznego (np. TK, RM, USG). Sam projekt i sposób pozyskiwania środków jest oczywiście bardzo pomocny bo bez nich większość inwestycji nie została by zrealizowana (głównie remonty, przebudowy, modernizacje). Głównym problemem staje się uzyskanie kontraktu z NFZ na realizację usług przy wykorzystaniu zakupionego sprzętu medycznego, z braku środków finansowych wiele kosztownych inwestycji nie jest wykorzystywana nawet w 50%, ponosząc koszty amortyzacji sprzętu, który wpływa na wynik finansowy jednostki toczy się tzw. błędne koło, z którego ciężko wyrwać. Zakupiony sprzęt medyczny nie spełnia oczekiwań jednostki między innymi z powodu braku kontraktu z NFZ (być może instytucja finansująca projekt i główny płatnik jakim jest NFZ powinny razem weryfikować niektóre z projektów, opinia głównego płatnika dotycząca ilości zakontraktowanych świadczeń uchroni potencjalnych beneficjentów do ponoszenia kosztów wynikających z braku wykorzystania danego sprzętu). Innym przykładem jest fakt, iż wszystkie szpitale publiczne, które zakupiły sprzęt z funduszy unijnych nie mogą wykorzystywać go w celach komercyjnych przez okres obowiązywania danego projektu (np. odpłatnych badań dla zakładów pracy). Kolejna kwestia to brak ciągłości projektu, czyli np. niepodpisania z NFZ kontraktu na dane świadczenia nie z winy Beneficjenta, co stanowi zagrożenia zwrotu częściowego dofinansowania².

Bardzo dużo mówi się dzisiaj na temat przekształceń publicznych szpitali, jako jedynej drogi do uporządkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zresztą art. 59 ustawy o działalności leczniczej dokładnie reguluje tę kwestię. Czy przy dzisiejszym sposobie finansowania jest to jedyna droga do uporządkowania systemu opieki zdrowotnej? Czy na dzień dzisiejszy nie widać już zagrożenia ograniczenia lub całkowitej rezygnacji przyjęć planowych (stałe wydłużającej się listy oczekujących pacjentów), między innymi wynikającego właśnie ze sposobu płatności za wykonane świadczenia medyczne i ich wyceny? Takich pytań i wątpliwości nasuwa się wiele natomiast odpowiedzi na nie w dalszym ciągu nie są kluczowymi w procesie podjęcia decyzji przekształcenia szpitali, którą czeka każdą publiczną jednostkę

1M. Kachniarz, Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu, Wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2008

2A. Koziarkiewicz. Koło ratunkowe dla szpitali. wyd. Termedia, Poznań 2008

opieki zdrowotnej zgodnie z zapisami w nowej ustawie o działalności leczniczej, chyba że wynik finansowy będzie poniżej wskaźnika określonego w ustawie.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
2. <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie>
3. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r.)
4. <http://www.nfz-poznan.pl/1/page.php/1/0/show/6264>
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
6. http://www.medigo.pl/a,i,16639,kamica_zolciowa - Konsultacja: prof. dr hab. Grażyna Rydzewska
7. http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/553829,nfz_nie_chce_zwracac_szpitalom_za_nadwykonania.html
8. M. Kachniarz. Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu. wyd. WoltersKluwer Polska, Warszawa 2008
9. A. Kozierkiewicz. Koło ratunkowe dla szpitali. wyd. Termedia, Poznań 2008

Ocena dostępności do świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na terenach wiejskich i miejskich

Agata Stefanowicz, Teresa B. Kulik, Ilona Klimek, Jolanta Pacian, Dorota Żołnierczuk-Kieliszek, Anna Pacian, Hanna Skórzyńska

Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Kluczowym elementem polskiego systemu opieki zdrowotnej, który ulegał na przestrzeni lat wielu przekształceniom, jest podstawowa opieka zdrowotna, a rolę przewodnika po tym systemie i koordynatora opieki dla każdego pacjenta pełni lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Dlatego też niezwykle istotne jest, aby świadczenia udzielane przez lekarzy pierwszego kontaktu były dostępne dla pacjentów w jak największym stopniu.

Celem pracy było poznanie opinii pacjentów – mieszkańców wsi i miast, na temat dostępności do świadczeń udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

W badaniu ankietowym przeprowadzonym w 2012 roku uczestniczyło 156 pacjentów przychodni POZ zlokalizowanych na terenie miasta i wsi. Dane zostały zebrane przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety i poddane analizie opisowej i statystycznej.

Uzyskane wyniki badań potwierdzają, że mieszkańcy wsi lepiej oceniają ogólną dostępność do świadczeń lekarza POZ niż mieszkańcy miasta, przy jednakowej częstotliwości korzystania z tych świadczeń bez względu na miejsce zamieszkania. Na wsi krótszy jest czas oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego i większa możliwość uzyskania wizyty domowej. Pacjenci wiejskich placówek POZ są w większym stopniu zadowoleni z opieki swojego lekarza rodzinnego niż pacjenci z miasta i rzadziej dokonują zmiany lekarza pierwszego kontaktu.

Słowa kluczowe: lekarz rodzinny, podstawowa opieka zdrowotna, jakość opieki, dostępność

The assessment of accessibility to the services of general practitioners in rural and urban areas

Summary

The key element of the Polish health care system, which has been transformed throughout the years, is basic health care, in which the role of a guide and coordinator for each patient is performed by general practitioners. Therefore it is of vital importance that the services offered by general practitioners be accessible for patients to the greatest possible extent.

The aim of the study was to discover the opinion of patients, residents of both urban and rural areas, concerning the accessibility to the services offered by general practitioners.

The survey was carried out in 2012 among 156 patients of Basic Health Care clinics in urban and rural areas. The statistical data were collected by means of a self-made survey questionnaire and underwent descriptive and statistical analysis.

The results obtained in the survey confirm that the residents of rural areas have better opinions about the accessibility to the services offered by general practitioners as compared with town residents, with the identical frequency of using these services regardless of residence. In rural areas the waiting time for a GP consultation is shorter and home visits are more easily arranged. The patients of rural Basic Health Care centres are more satisfied with the care offered by their family doctors than city residents and the changes of their general practitioners are less frequent as a result.

Keywords: general practitioner, basic health care, quality of care, accessibility to the services

Wprowadzenie

Polski system opieki zdrowotnej ulegający na przestrzeni lat nieustannym modyfikacjom, choć można zarzucić mu wiele niedoskonałości natury organizacyjno-prawnej, jest tworzony po to, aby zapewnić pacjentom możliwie najlepszą jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych. Opieka nad zdrowiem społeczeństwa sprawowana jest na poziomie: podstawowym (podstawowa opieka zdrowotna), specjalistycznym

(szpitalna i ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna) i wysokospecjalistycznym (instytuty i szpitale kliniczne).

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi kluczowy element systemu ochrony zdrowia, a zarazem pierwsze ogniwo łączące z nim pacjenta. Lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej zwanym też lekarzem rodzinnym lub lekarzem pierwszego kontaktu jest najczęściej specjalista medycyny rodzinnej, internista lub pediatra. Jego zadaniem jest sprawowanie ciągłej holistycznej opieki zdrowotnej nad pacjentem i członkami jego rodziny w zdrowiu i w chorobie, a w razie potrzeby kierowanie i współpraca ze specjalistami poszczególnych dziedzin medycyny [5]. Ze względu na fakt, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest najczęściej pierwszą osobą profesjonalnie zajmującą się sprawami dotyczącymi zdrowia, z którą pacjent może i powinien skontaktować się w razie jakichkolwiek problemów, bardzo istotne jest, aby opieka ta była dostępna dla pacjenta w jak największym stopniu. Wysoki poziom dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli mają z założenia gwarantować regulacje prawne, jednak, jak powszechnie wiadomo, bezpłatna dostępność do świadczeń udzielanych przez lekarzy specjalistów pozostaje na bardzo niskim poziomie. Limitowanie świadczeń finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, wydłużające się kolejki do poradni specjalistycznych, zła sytuacja finansowa i zadłużenie szpitali publicznych [4], powodują w konsekwencji coraz większą zgłaszalność pacjentów z różnymi problemami zdrowotnymi do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – profesjonalistów, którzy są dla nich łatwo dostępni i są w stanie zaspokoić większość ich potrzeb zdrowotnych.

Wykaz świadczeń i warunki ich udzielania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej są uregulowane prawnie. Określają je: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz aktualne Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Świadczenia udzielane przez lekarzy rodzinnych powinny być powszechnie dostępne i udzielane osobom, które dokonały wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Najczęściej realizowane są one w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni, przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie także w domu pacjenta. Pacjent ma prawo swobodnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w czasie roku kalendarzowego. Opieka lekarska w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia realizację potrzeb zdrowotnych pacjentów (dzieci, młodzieży i osób dorosłych) poprzez promowanie zdrowia, działania profilaktyczne, szczepienia ochronne, porady lekarskie i badania podstawowe, prowadzenie procesu diagnostyki i leczenia, w razie konieczności kierowanie na leczenie specjalistyczne, szpitalne, rehabilitacyjne i uzdrowiskowe [9, 10, 11].

Praktyka lekarza rodzinnego powinna działać w określonych godzinach i dniach. Pacjenci mają zapewnioną dostępność do świadczeń lekarza w przychodni od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 18.00, oprócz dni ustawowo wolnych od pracy. Obowiązkiem lekarza rodzinnego jest zapewnienie również w tym czasie funkcjonowania gabinetu zabiegowego oraz punktu szczepień. Świadczenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej powinny być udzielane w miarę możliwości w dniu zgłoszenia, zwłaszcza w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia, w przypadkach nagłych zagrażających życiu i zdrowiu – niezwłocznie, w innych przypadkach – w terminie uzgodnionym z pacjentem. Limitowanie przyjęć pacjentów przez lekarza jest zabronione. W dni powszednie od godziny 18.00 do 8.00 oraz całodobowo w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy pacjentom zapewniane są świadczenia lekarza POZ w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Świadczenia te są bezpłatne dla osób ubezpieczonych, udzielane bez skierowania w wyznaczonych punktach nocnej opieki i nie są związane z lekarzem rodzinnym, do którego zapisany jest dany pacjent [9, 10, 11].

Cel pracy

Celem głównym pracy było poznanie opinii pacjentów na temat dostępności do świadczeń udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Zainteresowano się również, czy istnieją istotne różnice w ocenie poziomu dostępności do świadczeń z zakresu POZ wyrażanej przez mieszkańców wsi i miast.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego wiosną 2012 r. wśród pacjentów wiejskich przychodni podstawowej opieki zdrowotnej na terenie gmin Gościeradów i Annapol oraz wśród pacjentów przychodni miejskich na terenie miasta Lublin. W badaniu uczestniczyło łącznie 156 dorosłych pacjentów POZ. Dobór osób był przypadkowy. Przed przystąpieniem do badania ankietowani zostali poinformowani o celu badania, dobrowolnym i anonimowym w nim udziale oraz o sposobie wypełnienia kwestionariusza.

Dane zostały zebrane przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety. Zastosowany kwestionariusz składał się z 30 pytań zamkniętych, w większości jednokrotnego wyboru. Pytania zawarte w ankiecie miały na celu zebranie informacji dotyczących danych osobowych respondentów oraz przedmiotu badania. Pytano m.in. o czas oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego, dogodność położenia przychodni, opinie na temat czasu pracy lekarzy POZ i dostępności do poszczególnych świadczeń, możliwość uzyskania wizyty domowej oraz porady w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a także o częstość korzystania i zadowolenie z opieki lekarskiej w zakresie POZ.

Uzyskany materiał poddany został analizie opisowej i statystycznej przy pomocy programu IBM SPSS Statistics 20. Do zbadania istnienia różnic i zależności między badanymi cechami użyto tabel krzyżowych oraz testu jednorodności χ^2 , a także statystyki V-Cramera. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności.

Wyniki badań

W badaniu wzięło udział 156 losowo wybranych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w wieku od 18 do 88 lat (średnia wieku 46 lat). Wśród nich 83 osoby (53,2%) pochodziły z miasta, a 73 osoby (46,8%) – ze wsi. W badanej populacji większość stanowiły kobiety (66,7%), dwukrotnie mniej było mężczyzn (33,3%).

Wyniki dotyczące częstości korzystania przez respondentów ze świadczeń udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Częstość korzystania ze świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Częstość korzystania z porad w POZ	Miasto		Wieś		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Raz w miesiącu lub częściej	24	28,9	18	24,7	42	26,9
Raz na 2-6 miesięcy	40	48,2	38	52,0	78	50,0
Rzadziej niż raz na 6 miesięcy	19	22,9	17	23,3	36	23,1
Ogółem	83	100,0	73	100,0	156	100,0
$\chi^2 = 0,38$ $p > 0,05$						

Największa grupa badanych osób (50%) korzysta ze świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej raz na 2-6 miesięcy. Co czwarty ankietowany przychodzi do lekarza rodzinnego częściej niż raz w miesiącu, pozostali – rzadziej niż raz na pół roku. Analiza statystyczna nie wykazała zależności pomiędzy częstością korzystania przez pacjentów z opieki lekarza POZ, a ich miejscem zamieszkania. Wśród najczęstszych przyczyn wizyt u lekarza rodzinnego zdecydowana większość ankietowanych (61%) wskazała choroby ostre i sezonowe, 35% - choroby przewlekłe, a 4% badanych zgłasza się do POZ z innych powodów.

Analizując wyniki dotyczące długości oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu stwierdzono, że miejsce zamieszkania istotnie wpływa na czas, po jakim respondenci tę wizytę uzyskują (tabela 2).

Tabela 2. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Czas oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego	Miasto		Wieś		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%

Wizyta w dniu rejestracji	48	57,8	66	90,4	114	73,0
Oczekuję 1 dzień	15	18,1	5	6,8	20	12,8
Oczekuję 2 dni	11	13,3	0	0,0	11	7,1
Oczekuję dłużej niż 2 dni	9	10,8	2	2,8	11	7,1
Ogółem	83	100,0	73	100,0	156	100,0
$\chi^2 = 22,74$ p < 0,001						

Większość respondentów (73% ogółu badanych) odpowiedziało, że wizyta u lekarza rodzinnego odbywa się tego samego dnia co rejestracja, 12,8% badanych oczekuje na wizytę jeden dzień, a 14,2% pacjentów musi czekać dwa dni lub dłużej. Niemal wszyscy pacjenci mieszkający na wsi nie czekają na wizytę u swojego lekarza rodzinnego dłużej niż jeden dzień, a ponad 90% z nich ma zapewniony dostęp do świadczeń tego samego dnia, w którym się rejestrują. Osoby zapisane do miejskich przychodni częściej zmuszone są do czekania na wizytę jeden dzień (18,1%), dwa dni (13,3%) lub nawet dłużej (10,8%). Jedynie nieco ponad połowa ankietowanych mieszkańców miasta uzyskuje wizytę tego samego dnia. Zatem uzyskanie wizyty w dniu rejestracji jest dostępne w dużo większym stopniu dla pacjentów wiejskich niż miejskich przychodni POZ (90,4% vs 57,8%).

Średni czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarza od momentu przyścia do przychodni dla prawie połowy ogólnej liczby przebadanych pacjentów (43,6%) jest krótki i wynosi do 30 minut, co trzeci pacjent (35,9%) czeka na wizytę do godziny, a co piąty (20,5%) – ponad godzinę. Z analizy statystycznej wynika, że pomiędzy miejscem zamieszkania a czasem oczekiwania na przyjęcie przez lekarza brak jest istotnej zależności (p>0,05).

Przeważająca część badanych (prawie 80%) jest zadowolona z czasu trwania wizyty w gabinecie lekarskim i uważa, że jest on wystarczający. Wizyta trwa zbyt krótko zdaniem 18,1% ankietowanych, przy czym mieszkańcy miasta udzielali takiej odpowiedzi nieco częściej niż mieszkańcy wsi, a różnice nie były istotne statystycznie. Opinie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na ten temat prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Opinie na temat czasu trwania wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Czas trwania wizyty u lekarza	Miasto		Wieś		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Wystarczający	63	75,9	60	83,3	123	79,3
Zbyt krótki	17	20,5	11	15,3	28	18,1
Zbyt długi	3	3,6	1	1,4	4	2,6
Ogółem	83	100,0	73	100,0	156	100,0
$\chi^2 = 1,59$ p > 0,05 V=0,5						

Zdecydowana większość pacjentów, zarówno miast jak i wsi (odpowiednio 92,8% i 87,7%) nie ma problemu z dotarciem do placówki POZ, do której są zapisani, ponieważ jest ona zlokalizowana w dogodnym dla nich miejscu. Dogodna lokalizacja przychodni jest dla ponad połowy pacjentów (55,1%) głównym kryterium, jakim kierują się oni dokonując wyboru lekarza rodzinnego, ważniejszym niż opinie zasłyszane na temat lekarza, jego staż pracy czy doświadczenie. Jedynie niecałe 10% ankietowanych wyraża niezadowolenie z położenia przychodni POZ, ale z różnych względów nie decyduje się na przepisanie do innej placówki.

Podobnie liczna grupa respondentów (90,4%) jest usatysfakcjonowana poziomem opieki sprawowanej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a tylko 9,6% nie jest zadowolonych z opieki swojego lekarza rodzinnego. Analiza statystyczna nie wykazała zależności pomiędzy miejscem zamieszkania pacjentów a poziomem zadowolenia z opieki lekarza POZ.

Wysoka ocena jakości sprawowanej opieki przekłada się na duże przywiązanie do swojego lekarza rodzinnego. 30,8% badanych przyznało, że nigdy nie zmieniło lekarza rodzinnego. Spośród tych, którzy kiedykolwiek dokonywali wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przewagę stanowili pacjenci, którzy takiej zmiany dokonali co najmniej 5 lat temu. 5,8% ankietowanych przepisywało się do innego lekarza w ciągu ostatniego roku, 25,6% - w czasie od 1 do 4 lat wstecz (tabela 4)

Tabela 4. Czas, jaki upłynął od ostatniej zmiany lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Zmiana lekarza rodzinnego	Miasto		Wieś		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
W ostatnim roku	7	8,5	2	2,7	9	5,8
1-4 lata temu	27	32,5	13	17,8	40	25,6
5 lat temu lub więcej	26	31,3	33	45,2	59	37,8
Nigdy nie zmieniałem/am	23	27,7	25	34,3	48	30,8
Ogółem	83	100,0	73	100,0	156	100,0
$\chi^2 = 7,27$ p < 0,05						

Z analizy statystycznej wynika, że miejsce zamieszkania znacząco wpływa na częstotliwość zmian lekarza rodzinnego. Zmian takich statystycznie częściej dokonują pacjenci przychodni zlokalizowanych na terenie miasta, podczas gdy mieszkańcy wsi istotnie dłużej przynależą do jednego lekarza rodzinnego albo nawet w ogóle nie dokonują takich zmian (p<0,05).

Ankietowanych pacjentów zapytano także o fakt korzystania z wizyt domowych oraz porad udzielanych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a także o ocenę dostępności do tego typu świadczeń. 88,5% badanych przyznało, że kiedykolwiek korzystało z wizyty domowej lekarza rodzinnego, nieznacznie częściej byli to pacjenci lekarzy pracujących w wiejskich ośrodkach zdrowia. Wykazano natomiast, że ocena dostępności do wizyt domowych istotnie zależy od miejsca zamieszkania respondentów. Mieszkańcy miasta bardziej krytycznie oceniają możliwość uzyskania wizyty domowej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej niż mieszkańcy wsi (tabela 5).

Tabela 5. Ocena możliwości uzyskania wizyty domowej

Dostępność do wizyt domowych	Miasto		Wieś		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Dobra	61	73,5	68	93,2	129	82,7
Zła	22	26,5	5	6,8	27	17,3
Ogółem	83	100,0	73	100,0	156	100,0
$\chi^2 = 18,43$ p < 0,001						

Pomiędzy miejscem zamieszkania a częstością korzystania z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie występuje istotna zależność. Największa grupa respondentów zarówno z miast jak i wsi (48,1%) korzysta z niej sporadycznie tj, rzadziej niż raz na pół roku, a 42,3 % badanych nie miało dotychczas w ogóle potrzeby korzystania z takich świadczeń. Najczęściej wymieniane przez pacjentów niedogodności związane z korzystaniem z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej to duża odległość od punktu nocnej opieki (32,4%) oraz długi czas oczekiwania na przyjęcie (30,6%). Niespełna 2% badanych spotkało się z odmową przyjęcia przez lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a 18% - nie widzi żadnych barier w dostępności do tego typu świadczeń.

Zapytano również pacjentów, jak oceniają możliwość uzyskania skierowania na konsultacje specjalistyczne oraz badania dodatkowe, jeśli zachodzi taka potrzeba. 60% badanych uważa, że częstotliwość kierowania na nie jest wystarczająca i adekwatna do ich potrzeb. 40% ankietowanych jest zdania, że lekarz rodzinny zbyt rzadko wystawia takie skierowania. Podobne opinie wyrazili zarówno mieszkańcy miasta, jak i wsi, nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

Omówienie wyników badań i dyskusja

Z analizy danych wynika, że najczęściej pacjentów korzysta ze świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej raz na 2-6 miesięcy. Badanie oceniające satysfakcję pacjentów z usług poradni POZ przeprowadzone przez M. Derkacz i wsp. [2] również wykazało, że najczęściej osób korzysta z porady lekarza rodzinnego co najmniej raz na pół roku (27,6%), raz w roku korzysta 23,3%, a przynajmniej raz w miesiącu – 18,4%. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania badanych a częstością, z jaką korzystają oni z opieki lekarskiej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Odmienne sformułowanie zawarte jest w publikacji W. Piotrowskiego i M. Polakowskiej [7]. Autorzy stwierdzają, że wraz ze wzrostem

wielkości ośrodka opieki zdrowotnej wzrasta częstość korzystania ze świadczeń. Podobny wniosek wynika z badań A. Łukomskiej [6].

Biorąc pod uwagę długość oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego stwierdzono, że miejsce zamieszkania ma wpływ na czas, po jakim pacjenci ją uzyskują. Zdecydowana większość mieszkańców wsi (90,4%) i nieco ponad połowa pacjentów przychodni zlokalizowanych w mieście (57,8%) ma zapewniony dostęp do świadczeń lekarza rodzinnego w dniu rejestracji. W publikacji A. Gruszczak i wsp. [3] dotyczącej dostępności usług medycznych wykazano podobną zależność – 84,6% pacjentów uzyskuje wizytę tego samego dnia, zaś 11,6% czeka od 2 do 7 dni. W niniejszym badaniu 14,2% osób przyznało, że czeka 2 lub więcej dni. Także według badań I. Bojar i wsp. z 2004 r. [1] większość ankietowanych (61,4%) nie miało problemu z uzyskaniem wizyty w krótkim czasie. Osoby mieszkające w mieście częściej są zmuszone do czekania na wizytę jeden dzień i dłużej.

Czas oczekiwania w przychodni na przyjęcie przez lekarza rodzinnego nie zależy od miejsca zamieszkania. Dla większości badanych wynosi do 30 minut (43,6%) albo do godziny (35,9%). Podobne wyniki uzyskano w cytowanej wcześniej pracy innych autorów [2], gdzie stwierdzono, że mniej niż pół godziny spędza w przychodni 40,4% badanych, zaś czas oczekiwania na poradę lekarską 25,7% pacjentów wynosi 30-60 minut.

Większość pacjentów wyraża pozytywne opinie na temat opieki lekarza rodzinnego. Ponad 68% wszystkich uczestniczących w niniejszym badaniu deklaruje przynależność do tego samego lekarza rodzinnego od ponad 5 lat. Pacjenci wiejskich poradni podstawowej opieki zdrowotnej są w większym stopniu zadowoleni z opieki swojego lekarza rodzinnego niż mieszkańcy z miasta, są do niego bardziej przywiązani i rzadziej dokonują zmiany lekarza pierwszego kontaktu. Natomiast istotnie częściej przepisują się do innych lekarzy pacjenci przychodni zlokalizowanych w mieście. Spowodowane jest to z pewnością większą ilością placówek POZ działających na terenie miasta, w związku z czym możliwość wyboru dogodnej placówki jest tam większa. Według badania K. Zywar i wsp. przynależność do jednego lekarza POZ od ponad 5 lat deklaruje jeszcze większa grupa pacjentów (80%) mimo wiedzy o możliwości zmiany lekarza [8].

Jak pokazują uzyskane wyniki badań, jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych, jako istotne cechy funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, są oceniane przez badanych wysoko.

Wyniki niniejszych badań nie upoważniają do wyciągania szczegółowych wniosków dotyczących różnych aspektów funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, gdyż liczebność badanej grupy była zbyt mała, jednak zachęcają do podejmowania w tym zakresie dalszych badań.

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Ogólna dostępność do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest na dobrym poziomie.
2. Mieszkańcy miasta i wsi jednakowo często korzystają z opieki lekarzy pierwszego kontaktu, przy czym to mieszkańcy wsi lepiej oceniają dostęp do tego typu świadczeń.
3. Na wsi krótszy jest czas oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego i większa możliwość uzyskania wizyty domowej.
4. Miejsce zamieszkania nie różnicuje dostępności do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
5. Pacjenci wiejskich placówek POZ są bardziej zadowoleni z opieki swojego lekarza rodzinnego i rzadziej przepisują się do innego lekarza lub przychodni.

Piśmiennictwo

1. Bojar I., Wdowiak L., Ostrowski T., Chrzanowska D.: Dostępność poradni POZ w Lublinie w opinii pacjentów. *Zdrowie Publiczne* 2004, 114 (3), 304-306.
2. Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Kowal A., Grywalska E., Michałojć-Derkacz M., Pawłowska B.: Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez zakłady podstawowej opieki zdrowotnej małych miast oraz wsi Polski południowo-wschodniej. *Medycyna Ogólna* 2010, 16 (4), 463-473.
3. Gruszczak A., Dudzińska W., Piątkowski W., Siwiec J.: Dostępność usług medycznych w opinii pacjentów. *Zdrowie Publiczne* 2007, 117 (4), 440-443.

4. Kamiński M.: Niedostępny specjalista. W: Menedżer Zdrowia 2011, 2.
5. Kulik T.B., Latałski M. (red.): Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2002.
6. Łukomska A.: Dostępność świadczeń lekarza rodzinnego w ocenie pacjentów. *Family Medicine and Primary Care Review* 2008, 10 (2), 162-166.
7. Piotrowski W., Polakowska M.: Dostępność usług medycznych na wsi i w mieście. Badanie WOBASZ. *Medycyna Ogólna* 2010, 16 (4), 485-495.
8. Zywar K., Danecka M., Muszyńska A., Mastalerz-Migas A., Pokorna-Kałwak D., Steciwko A.: Satysfakcja czy przyzwyczajenie? Jak jakość świadczonych usług i zadowolenie z opieki lekarza rodzinnego wpływają na przynależność do lekarza POZ? *Family Medicine and Primary Care Review* 2009, 11 (3), 539-542.
9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r, o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2010, nr 208, poz. 1376).
11. Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

W czym interesie działa lekarz?

Maria Nowacka

Uniwersytet w Białymstoku. Katedra Bioetyki i Antropologii Filozoficznej

Streszczenie

Pytanie postawione w tytule można rozumieć dwojako: w sensie pragmatycznym i w sensie aksjologicznym. Przy rozumieniu pragmatycznym chodzi o to, w czym interesie lekarz ma obowiązek działać – konkretnego pacjenta czy społeczeństwa. Lekarz ma bezpośredni kontakt z jednostkowym chorym człowiekiem. Dlatego najstarsze zasady deontologii lekarskiej dotyczą relacji między lekarzem a pojedynczym pacjentem i problem społecznego odniesienia w ogóle się nie pojawia. Jednak od XIX w., miarę rozwoju medycyny i podnoszenia się poziomu materialnego społeczności oczywista staje się potrzeba uwzględniania także społecznego wymiaru działań medycznych. Tak więc z pragmatycznego punktu widzenia lekarz ma działać bezpośrednio w interesie pacjenta, pośrednio zaś w interesie społeczeństwa.

W sensie aksjologicznym chodzi o ustalenie, czy dla lekarza wartością nadrzędną powinien być człowiek, czy społeczność. W tradycji europejskiej osobie ludzkiej przyznaje się wartość wyższą niż społeczności czy instytucji, a zatem dla lekarza wartością nadrzędną powinna być wartość osoby ludzkiej. Jednak w wielu sytuacjach lekarz musi działać kierując się rodzajem utylitarystycznego rachunku użyteczności. A z drugiej strony można argumentować, że na przykład dokonując eksperymentu klinicznego lekarz działa w interesie jednostki, natomiast dokonując eksperymentu badawczego, działa w interesie społeczeństwa.

Tak więc nie można dać na tytułowe pytanie jednej ostatecznej odpowiedzi, bo zbyt dużo zależy od okoliczności, w jakich działa lekarz. Najbardziej ogólnie można powiedzieć, że lekarz zawsze działa bezpośrednio w interesie jednostki, często pośrednio działa w interesie społeczeństwa, a w każdej sytuacji powinien działać tak, aby nie naruszyć wartości osoby ludzkiej.

In whose interest does the doctor act?

Summary

The question posed in the title of this paper may be understood in two ways: pragmatic and axiological. In its pragmatic sense, it asks whether the doctor should act in the interest of the individual patients or the society. Doctors are in direct contact with individual patients, which is why the oldest rules of medical ontology concern the relations between the doctor and his individual patients. The social dimension of the problem does not appear in them at all. However, since the 19th century, with the advances in medical sciences, and the improvement of the living standards

of many societies, the need to consider the social dimension of medical activities has become obvious. Thus, from the pragmatic perspective it is clear that the doctor is supposed to act in the interests of his patients and, indirectly, also in the interests of the society.

The axiological perspective aims at establishing whether the superior value for the doctor should be the human being or the society. In the European tradition, the role assigned to the human person is higher than the role assigned to societies or institutions, which is why it should also have the superior value for the doctor. However, there are situations when the doctor has to act with a kind of utilitarian calculus in mind. On the other hand, it can be argued that while performing a clinical experiment the doctor acts in the interest of an individual, whereas while performing a scientific experiment the doctor acts in the interest of the society.

It thus appears that the question posed in the title cannot be answered unequivocally because too much depends on the circumstances in which the doctor acts. Generally speaking, it seems that the doctor acts primarily in the interests of individual patients, and indirectly, also in the interests of the society. In all circumstances, the doctor should act in a way which does not undermine the value of the human being.

O. Działalność zawodowa lekarza – jak każda działalność zawodowa – nakierowana jest na osobę, na rzecz której wykonywane jest świadczenie. Wydaje się więc, że lekarz działa na rzecz pacjenta, podobnie jak na przykład adwokat działa na rzecz swego klienta. Jednak niewątpliwie w odczuciu społecznym lekarz nie jest jedynie reprezentantem interesu konkretnego jednostkowego pacjenta, lecz pełni ważną funkcję społeczną – już choćby jako ten, który ma obowiązek w szczególnych sytuacjach podejmować działanie bez zlecenia ze strony pacjenta, a nawet wbrew jego woli. Działania takie, jak ratowanie życia w sytuacji zagrożenia czy w sytuacji nałożenia administracyjnego przymusu leczenia, zdają się więc wskazywać, że lekarz jest co najmniej w tej samej mierze reprezentantem interesu społeczeństwa, jak reprezentantem interesu jednostki. Z kolei zarówno w jednym, jak i w drugim wypadku lekarz zdaje się działać nie tyle na rzecz jednostki lub społeczeństwa, co raczej na rzecz realizacji określonych wartości, takich jak wartość osoby ludzkiej, i dopiero poprzez realizację tych wartości staje się reprezentantem interesu jednostkowego bądź społecznego; chodzi o to, że w powszechnym odczuciu lekarz nie powinien działać na rzecz interesu jednostkowego czy społecznego, jeśli jego działanie miałyby naruszać owe wartości. Pytanie, czyjego interesu reprezentantem jest lekarz, nie jest więc pytaniem prostym.

Wydaje się, że tak postawione pytanie można rozumieć dwojako. Przede wszystkim narzucającym się rozumieniem jest rozumienie pragmatyczne¹. Przy rozumieniu pragmatycznym chodzić będzie o to, w czym interesie lekarz ma obowiązek działać: konkretnego pacjenta czy społeczeństwa. Ale to pytanie można także rozumieć w sensie aksjologicznym. Tutaj chodziłoby o ustalenie, czy dla lekarza wartością nadrzędną powinien być człowiek, czy społeczność.

1. Lekarz z natury rzeczy ma bezpośredni kontakt z konkretnym chorym człowiekiem. Dlatego najstarsze zbiory zasad deontologii lekarskiej, ze słynną przysięgą Hipokratesa na czele, dotyczą relacji między lekarzem a pojedynczym pacjentem i problem społecznego odniesienia w ogóle się nie pojawia². „Będę stosował zabiegi lecznicze wedle moich możliwości i rozeznania ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. (...) Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodenia (...)”³. Ten fragment przysięgi Hipokratesa wyraźnie wskazuje, że celem działań lekarza ma być dobro chorego. I od czasów najdawniejszych przyjmowano z pełną oczywistością, że

¹ Terminy „pragmatyczny” i „pragmatyka” używane są w poniższych rozważaniach w ich znaczeniu słownikowym, jako odnoszące się do sfery ludzkich działań praktycznych.

² Co prawda nie pojawia się też w najmniejszym choćby stopniu kwestia, w jakim stopniu lekarz zobowiązany jest uwzględniać życzenia pacjenta i działać zgodnie z jego wolą; przyjmowanie przez lekarza postawy paternalistycznej było traktowane jako oczywiste i naturalne. Zob. R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 79.

³ Cyt. za: „Gazeta Lekarska” 141, 10, 2002, s. 28.

lekarz ma pacjentowi czynić dobro, a przynajmniej nie szkodzić, co wyrażała późniejsza maksyma łacińska *primum non nocere*.

To przekonanie, że lekarz działa w interesie swego pacjenta, zdaje się być tak naturalne i oczywiste, że przyjmowano je bezdyskusyjnie i do dziś zasada czynienia dobra jest uznawana za obowiązującą w relacjach między lekarzem a pacjentem. W tekście „Przyrzeczenia lekarskiego” składanego w Polsce od 1918 roku, kandydat do grona członków zawodu lekarskiego uroczyście przyrzeka: „według najlepszej wiedzy będę pomagał cierpiącym, zwracającym się do mnie o pomoc, mając na celu wyłącznie ich dobro”¹. Zasada czynienia dobra względem pacjenta zdaje się być tak mocno zakorzeniona w powszechnej świadomości, że zazwyczaj stawia się ją nawet przed zasadą poszanowania autonomii pacjenta². Wskazuje się, że „nawet ci, którzy twierdzą, iż informacja jest podstawą kontraktu między lekarzem a pacjentem, jednocześnie podkreślają, iż pierwszym celem takiego kontraktu nie jest informacja, lecz dobro pacjenta”³. Wszystkie inne zasady, którymi powinien kierować się lekarz w swych działaniach zawodowych, muszą zatem w pewnym sensie być konsekwencjami zasady działania dla dobra pacjenta, a w każdym razie nie mogą pozostawać z nią w sprzeczności.

Jednak to przekonanie o prymacie zasady czynienia dobra nad wszystkimi innymi zasadami deontologii lekarskiej, wyrażane łacińską maksymą *salus aegroti suprema lex*, jest wprawdzie nadal obowiązujące, ale nie wydaje się, aby rozumiane było w takim samym sensie, jak rozumiane było dawniej. Rozwój medycyny dokonywał się w kontekście rozwoju nie tylko naukowego, ale także gospodarczego i społecznego, skutkiem czego był z jednej strony zwiększający się dostęp coraz szerszych warstw społecznych do usług medycznych, z drugiej strony zaś dostrzeżenie, że stan zdrowotny społeczeństwa nie jest tylko prostą konsekwencją stanu zdrowia poszczególnych jednostek, lecz także warunki sanitarne, w jakich żyją poszczególne społeczności, mają istotne znaczenie dla stanu zdrowia jednostek. Zmiana ta staje się coraz wyraźniejsza już od XIX wieku.

Właśnie w XIX wieku pojawia się w zbiorach deontologii lekarskiej oprócz odniesienia do chorej jednostki także odniesienie do społeczeństwa. Na przykład w polskich XIX-wiecznych kodeksach deontologicznych, tworzonych w poszczególnych zaborach, umieszczano odrębny dział poświęcony społecznym obowiązkom lekarzy. Chodziło przede wszystkim o współpracę z lokalnymi władzami w celu zapewnienia opieki lekarskiej ludziom ubogim, o propagowanie higieny, o zapobieganie epidemiom, ale także wymagano od lekarza wyraźnego nastawienia na polepszanie stanu zdrowotnego społeczności⁴. Na przykład Warszawskie Towarzystwo Lekarskie przyjęło na posiedzeniu w dniu 29 kwietnia 1884 roku uchwałę pod nazwą „Zasady Obowiązków i Praw Lekarzy”, zawierającą dział zatytułowany „Społeczne obowiązki lekarzy”. Znajdujemy tam, w art. 60, bardzo znamienne sformułowanie nakazujące lekarzowi podejmowanie odpowiednich starań w zakresie zdrowia publicznego. „Lekarz powinien zawsze starać się, za pomocą wszelkich sposobów i środków, jakie obok drogi prawem wskazanej, w danym miejscu i czasie za właściwe uznaje, wpływać z całych sił swoich na zapobieganie rozwojowi chorób, zachowanie zdrowia i przedłużenie życia ludności gminy i kraju, w którym mieszka”⁵. Zauważmy, że wymaga się tu od lekarza, aby nie poprzestawał na wypełnianiu obowiązków społecznych nałożonych na niego przepisami prawa, lecz aby nadto wykazywał własną inicja-

¹ Cyt. za: A. Tulczyński (red.), *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów*, Akademia Medyczna, Warszawa 1993, s. 7.

² Na ten temat zob. M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005, s. 154-254.

³ A. Surbone, *Truth Telling to the Patient*, „*Journal of American Medical Association*” 268, 13, 1992, s. 1661-1662.

⁴ Szerzej na ten temat zob. A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1975, s. 9-45.

⁵ Cyt. za: A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, wyd. cyt., s. 92.

tywę i inwencję w działaniach zmierzających do stałego polepszania warunków zdrowotnych. W dalszych artykułach w szczególności wymaga się od lekarza, by swym autorytetem wpływał na miejscowe władze, skłaniając je do większej dbałości o warunki zdrowotne ludności, przede wszystkim zaś do zapewniania pomocy lekarskiej osobom ubogim. Można to niewątpliwie interpretować jako oznakę świadomości, że stan zdrowia jednostki zależy jest nie tylko od jej indywidualnych predyspozycji do zapadania na określone choroby, lecz także od poziomu zdrowotnego społeczności, w której jednostka żyje.

Jest też bardzo charakterystyczne, że w XIX-wiecznych kodeksach deontologii lekarskiej znajdują się sformułowania, że interes publiczny musi mieć pierwszeństwo nad interesem jednostkowym. W cytowanych „Zasadach” wyrażone to zostało w odniesieniu do obowiązków urzędowych lekarza. „Lekarz wzywany przez instytucję lub władzę w sprawach opiniowania, dotyczących zdrowia publicznego, występować winien z całą stanowczością i bezstronnością, pamiętając, że interes publiczny nad prywatnym przeważać powinien”¹. Zapis ten należy zapewne rozumieć jako uznanie, że władze publiczne mogą podejmować w interesie społecznym działania prozdrowotne kolidujące z interesem poszczególnych jednostek, lekarz zaś musi w takich sytuacjach przedkładać interes publiczny nad interesem prywatnym. Nie jest jednak jasne, czy przeciwstawione sobie zostały publiczny interes zdrowotny i materialny interes jednostkowy, czy też chodzi o możliwość konfliktu między interesem zdrowotnym społeczności a interesem zdrowotnym jednostki. Nic jednak nie wskazuje na to, aby dopuszczano możliwość działań dla dobra zdrowia publicznego kosztem zdrowia poszczególnych jednostek.

Nie podlega wątpliwości, że to w miarę rozwoju medycyny i zarazem podnoszenia się poziomu materialnego społeczności zwiększała się potrzeba uwzględniania także społecznego wymiaru działań medycznych. Od początków XX wieku staje się to już oczywiste. Jako przykład mogą posłużyć „Zasady deontologii lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej”, pochodzące z lat dwudziestych XX wieku. Już na samym początku czytamy w nich: „Każdy lekarz powinien sumiennie wykonywać obowiązki swego zawodu, mając przede wszystkim na względzie dobro chorego i zdrowie publiczne oraz pomnąc o swym powołaniu do pracy humanitarnej”². Dobro chorego i zdrowie publiczne postawione zostały na tym samym poziomie jako wartości, którym lekarz w równej mierze powinien służyć. Nic nie wskazuje, aby dopuszczano możliwość kolizji między realizacją obu tych wartości. Ponieważ coraz większa część społeczeństwa obejmowana była różnymi formami ubezpieczeń zdrowotnych, zwracano uwagę raczej na to, aby lekarz równie starannie leczył pacjentów ubezpieczonych i pacjentów ze swej praktyki prywatnej³.

Bardzo znamieny pod względem zrównania troski o pacjenta z troską o zdrowie publiczne jest „Zbiór zasad deontologii lekarskiej przyjęty na Walnym Zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 16 czerwca 1935 roku”. Jako pierwszą zasadę deontologii lekarskiej formułuje on nakaz następujący: „Najwyższym nakazem moralnym dla lekarza w wykonywaniu praktyki lekarskiej jest dobro chorego i zdrowie publiczne”⁴. Można to niewątpliwie interpretować jako swego rodzaju utożsamienie interesu jednostki z interesem społeczeństwa w sferze ochrony zdrowia. Inaczej mówiąc, do połowy XX wieku pragmatyka działań lekarskich stawia na równi interes pacjenta z interesem społeczeństwa.

¹ Tamże, s. 93.

² Tamże, s. 122.

³ W cytowanych powyżej „Zasadach” znalazł się wyraźny zapis stanowiący, że „chorzy ci winni być badani i leczeni z całą troskliwością i sumiennnością wszelkimi dostępnymi sposobami”. W słowach, które również dobrze mogłyby odnosić się do obecnie obowiązującego w Polsce systemu finansowania służby zdrowia i związanych z tym problemów, przestrzega się przed oszczędnościami dokonywanymi kosztem jakości leczenia: „Stosując się w miarę możliwości do systemu oszczędnościowego, zalecanego przez Zarządy Kas Chorych, lekarze winni ze swej strony dążyć, aby stosowanie tego systemu w żadnym przypadku nie odbiło się ujemnie na kuracji i zdrowiu chorych”; tamże, s. 133.

⁴ Tamże, s. 146.

2. Po Drugiej Wojnie Światowej, w nowej sytuacji politycznej i społecznej w Polsce, tego rodzaju utożsamianie interesu jednostkowego z interesem społecznym zostało jeszcze wzmocnione. Jest to oczywiście zrozumiałe w kontekście poddania całego życia społecznego polityce jednej partii, posiadającej wyłączność na sprawowanie władzy, a głoszącej hasła jedności społecznej w oparciu o ideologię marksistowsko-leninowską. Nawet po złagodzeniu reżimu stalinowskiego, w okresie tzw. odwilży, podkreślanie społecznych obowiązków lekarza i stawianie ich na równi z obowiązkami wobec jednostkowych pacjentów było składnikiem przepisów deontologicznych. Charakterystyczne pod tym względem są „Zasady Etyczno-Deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego” zatwierdzone przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 3 czerwca 1967 roku. Ich pierwszy punkt sformułowany został w sposób charakterystyczny: „Rozpoczynając wykonywanie swego zawodu lekarz świadomie podejmuje obowiązek służenia chorym, dbania o zdrowie społeczeństwa, przestrzegania zasad etycznych obowiązujących lekarza”¹. Stylistyka sformułowania wskazuje, że troska o chorych i dbanie o zdrowie społeczeństwa są równorzędnymi wartościami, którym lekarz ma służyć. Wprawdzie w następnym punkcie mówi się wprost, że najwyższą wartością lekarską jest dobro chorego, ale natychmiast zrównoważone to zostaje wskazaniem na obowiązek troski o zdrowie społeczeństwa jako całości: „Dobro chorego jest najwyższym prawem dla lekarza. W działalności swej musi on stawiać na pierwszym miejscu troskę o powierzonych jego opiece chorych; obowiązkiem lekarza jest także troska o zachowanie i podnoszenie zdrowotności całego społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania chorobom”². Należy domniemywać, że nie widziano możliwości pojawienia się jakichkolwiek konfliktów między dbaniem o interes człowieka chorego a zabezpieczaniem interesów zdrowotnych społeczeństwa jako całości.

Powyższe „Zasady” zostały znacznie rozszerzone i zmodyfikowane w 1977 roku, otrzymując jeszcze bardziej wyrazisty kontekst ideologiczny. Dwa pierwsze, cytowane powyżej, punkty otrzymały nowe brzmienie. Punkt pierwszy stanowił: „Rozpoczynając wykonywanie swojego zawodu, lekarz świadomie i dobrowolnie podejmuje obowiązek służenia chorym, dbania o zdrowie społeczeństwa oraz przestrzegania zasad etyczno-deontologicznych obowiązujących w społeczeństwie socjalistycznym”³. Podkreślono więc tutaj, że społeczeństwo, któremu lekarz ma służyć na równi ze służeniem chorej jednostce, to społeczeństwo socjalistyczne. Punkt drugi nie wprowadza wprawdzie określenia „społeczeństwo socjalistyczne”, ale przynosi za to dość znamiennej modyfikację: „Zdrowie chorego i zdrowie społeczeństwa są dla lekarza najwyższym prawem. Obowiązkiem lekarza jest troska o powierzonych jego opiece chorych, zapobieganie chorobom i troska o podnoszenie zdrowotności społeczeństwa”⁴. Chodzi o to, że nie mówi się już o dobru chorego, lecz o zdrowiu chorego; można przypuszczać, że pojęcie dobra pacjenta jako najwyższej wartości deontologii lekarskiej sugerowało jej wyższość nad dobrem społecznym, a więc sugerowało, że interes jednostki jest wyższy niż interes społeczny, co oczywiście było nie do przyjęcia dla oficjalnej ideologii. Istotne jednak jest to, że zarówno w wersji pierwotnej „Zasad”, jak i w wersji zmodyfikowanej lekarz ma obowiązek służenia chorym, dbania o zdrowie społeczeństwa oraz przestrzegania zasad etycznych obowiązujących w społeczeństwie socjalistycznym.

Jednak ten nacisk położony na powinności lekarza względem społeczeństwa pozostał w okresie po Drugiej Wojnie Światowej ograniczony do krajów tzw. realnego socjalizmu. W państwach nie poddanych wpływom ideologii socjalistycznej nie powrócono do wcześniejszego akcentowania tezy, że lekarz powinien działać nie tylko dla dobra pacjenta, ale także w interesie społeczeństwa jako całości. W tekście międzynarodowej przysięgi lekarskiej uchwalonej w 1948 roku w Genewie przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy

¹ Tamże, s. 171.

² Tamże.

³ A. Tulczyński (red.), *Deontologia lekarska*, wyd. cyt., Warszawa 1993, s. 9.

⁴ Tamże.

(*World Medical Association*), znanej jako „Deklaracja Genewska”, brak wyraźnego wskazania na społeczne obowiązki lekarzy. Od lekarza żąda się złożenia jedynie przyrzeczenia: „Ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości”¹. Pojęcie służby ludzkości nie ma jednoznacznych konotacji społecznych i należy je niewątpliwie rozumieć w sensie personalistycznym – jako służbę każdemu człowiekowi. Jest to ważne sformułowanie, ponieważ tekst ten miał być wzorem dla konstruowania narodowych przysięg obowiązujących w krajach należących do *World Medical Association*. W zatwierdzonym w następnym roku „Międzynarodowym Kodeksie Etycznym” brak jest w ogóle jakichkolwiek odniesień do sfery społecznej. Znajdujemy w nim za to bardzo jednoznaczne sformułowanie: „Lekarz będzie działał wyłącznie w interesie pacjenta”. Kodeks ten miał istotne znaczenie, ponieważ na zawartych w nim zasadach wzorowało się wiele państw będących członkami *World Medical Association*.

Nie znaczy to jednak, że odniesienie do powinności społecznych lekarza zostało zmarginalizowane. Jest wręcz przeciwnie – coraz bardziej rozszerzająca się sfera społecznych oddziaływań medycyny doprowadziła do ukształtowania się odrębnego działu medycyny poświęconego tym zagadnieniom, mianowicie tzw. zdrowia publicznego². Ale właśnie dlatego zaczęto odrębnie kodyfikować powinności moralne lekarza odnoszone do pacjenta, a odrębnie powinności moralne lekarza względem społeczeństwa jako całości. Współcześnie raczej nie tworzy się zbiorów zasad deontologicznych, tylko kodeksy etyki lekarskiej. Kodeksy te są nastawione na normowanie stosunków między lekarzem i pacjentem oraz między lekarzami³. Jako przykład można podać polski Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony po przemianach ustrojowych w 1991 roku⁴, zmodyfikowany w 1993 roku⁵, a następnie raz jeszcze zmieniony w 2003 roku⁶. Co prawda zawiera on dział poświęcony relacjom między lekarzem a społeczeństwem, jednak w interesującym nas aspekcie ogranicza się on do nałożenia na lekarza obowiązku propagowania w społeczeństwie postaw prozdrowotnych. Tego rodzaju kodeksy etyki lekarskiej wydawane są we wszystkich krajach demokratycznych i nie różnią się istotnie w kwestiach podstawowych ustaleń etycznych⁷.

Społeczne obowiązki lekarza normowane są obecnie w różnego rodzaju deklaracjach organizacji międzynarodowych, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia oraz różne międzynarodowe stowarzyszenia lekarskie. Są one niejako wymuszane przez rozwój sytuacji społecznej, w szczególności przez coraz bardziej globalny charakter usług medycznych, co prowadzi do powstawania różnego rodzaju zagrożeń dla interesu pacjenta ze strony korporacji medycznych czy koncernów farmaceutycznych. Wzrastająca świadomość tego rodzaju zagrożeń, odczuwanych oczywiście w toku codziennej praktyki lekarskiej, doprowadziła do opracowania pewnego szczególnego dokumentu zatytułowanego „Karta lekarza – Zasady wykonywania zawodu lekarza w nowym tysiącleciu”. Karta opublikowana została na początku 2002 roku⁸. Inicjatorzy zobowiązali

¹ Tamże, s. 8.

² Zob. np. T. B. Kulik, M. Latałski (red.), *Zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.

³ Zob. L. Niebrój, M. Olejniczak, A. Kruźlak, *Przemiany w polskich zasadach deontologii lekarskiej po II wojnie światowej. Ku poszanowaniu autonomii pacjenta?*, „*Archeus. Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej*” 6, 2005.

⁴ Zob. Kodeks etyki lekarskiej. Bielsko-Biała, dnia 14 XII 1991 r., w: A. Tulczyński (red.), *Deontologia lekarska*, wyd. cyt., s. 22-39.

⁵ Zob. Kodeks Etyki Lekarskiej, Tekst ujednoczony ze zmianami uchwalonymi przez III Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 12–14 grudnia 1993 r., Oficyna Wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 1994.

⁶ Zob. Kodeks Etyki Lekarskiej, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004.

⁷ Zob. np. tekst i obszernie omówienie kodeksu francuskiego, w: *Code de déontologie médicale, introduit et commenté par L. René, préface de P. Ricoeur*, Éditions du Seuil, 1996.

⁸ Oryginał angielski opublikowany w: „*Annals of Internal Medicine*” (No. 136, 5 February, 2002, s. 243-246) oraz „*The Lancet*” (No. 359, 9 February, 2002, s. 520-522). Przekład polski zamieszczono w: „*Medycyna Praktyczna*”, wydanie specjalne, 4, 2002.

się do jej rozpowszechniania w krajach Europy i w USA; w Polsce została przyjęta przez Naczelną Radę Lekarską oraz przez większość naukowych towarzystw lekarskich. Karta nie jest poświęcona powinnościom społecznym lekarza, lecz wskazuje na społeczne zagrożenia zasady działania dla dobra pacjenta¹.

Rozwój odrębnej dyscypliny medycznej, jaką jest zdrowie publiczne, jest generowany przez coraz większą złożoność stosunków społecznych we współczesnym świecie, w tym także coraz bardziej skomplikowanych relacji w dziedzinie ochrony zdrowia nie tylko jednostki, ale także całych społeczności². Jest rzeczą zrozumiałą, że ta złożoność i jej dynamika rozwojowa wymaga ciągle pogłębianych i nowelizowanych regulacji prawnych. Lekarskie kodeksy etyczne nie mają mocy prawnej, są jedynie swoistymi drogowskazami, mającymi pomóc lekarzom w sytuacjach niepewności moralnej. Moc prawną mają jedynie akty ustawowe, więc nic dziwnego, że to ustawodawstwo regulujące zasady wykonywania zawodu lekarskiego kształtuje relacje lekarza ze społeczeństwem. Wszystko wskazuje na to, że w XXI wiek wkraczamy ze swoistym podziałem funkcji: kodeksy etyczne i ich prawne odpowiedniki, jakimi są ustawy regulujące zasady wykonywania zawodu lekarskiego³, odnoszą się do stosunków między lekarzem a pacjentem, podczas gdy obowiązki prawne lekarza wobec społeczeństwa regulują ustawy szczegółowe, w szczególności takie jak ustawa o zakładach opieki zdrowotnej⁴, ustawa o służbie medycyny pracy⁵, ustawa o chorobach zakaźnych⁶, ustawa o zwalczaniu alkoholizmu⁷, ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii⁸ czy ustawa o ochronie płodu ludzkiego⁹. Do tego dodać należy szereg rozporządzeń szczegółowych¹⁰.

W tego rodzaju aktach prawnych regulujących stosunki między lekarzem a społeczeństwem sprawą najistotniejszą z etycznego punktu widzenia jest problem dopuszczalności stosowania przymusu wobec jednostki dla dobra całej społeczności¹¹. Przymus leczenia dotyczy przede wszystkim chorób zakaźnych i schorzeń o charakterze społecznym. Jest rzeczą oczywistą, że w państwie praworządnym obowiązek poddania się leczeniu może być nałożony na jednostkę jedynie z mocy ustawowej – gdyby dopuszczano w tym względzie regulacje prawne także aktami niższej rangi, mogłoby to prowadzić do nadużywania stosowania

¹ Zob. omówienie w: M. Nowacka, Karta lekarza – etyczne kwestie otwarte, w: L. Niebrój, M. Kosińska (red.), Rodzina: opieka nad chorym, „Eukrasia”, v. 1, Katowice 2003, 19-29.

² Rozwój zdrowia publicznego jako dyscypliny medycznej nie jest neutralny etycznie i generuje szereg problemów i wątpliwości moralnych; zob. na ten temat: M. Nowacka, Etyczne konsekwencje działań w dziedzinie zdrowia publicznego, „Archeus. Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej” 6, 2005.

³ Zob. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, tekst jednolity w: „Dziennik Ustaw” nr 21 z 2001 r., poz. 204.

⁴ Zob. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, „Dziennik Ustaw” nr 91 z 1991 r., poz. 408 z późniejszymi zmianami.

⁵ Zob. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, „Dziennik Ustaw” nr 96 z 1996 r., poz. 593 z późniejszymi zmianami.

⁶ Zob. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, „Dziennik Ustaw” nr 126 z 2001 r., poz. 1384.

⁷ Zob. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tekst jednolity w: „Dziennik Ustaw” nr 147 z 2002 r., poz. 1231.

⁸ Zob. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, „Dziennik Ustaw” nr 75 z 1997 r., poz. 468.

⁹ Zob. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, tekst jednolity w: „Dziennik Ustaw” nr 139 z 1996 r., poz. 646.

¹⁰ Zbiór najważniejszych ustaw i rozporządzeń dotyczących materii medycznej zawarty jest w: M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2001.

¹¹ Szersze omówienie zagadnienia w aspekcie etycznym znaleźć można w: M. Nowacka, Autonomia pacjenta jako problem moralny, wyd. cyt., s. 241-254; szersze omówienie w aspekcie prawnym zob. J. Ignaczewski, Zgoda pacjenta na leczenie, Twoje Zdrowie – Agencja Reklamowo-Wydawnicza, Warszawa 2003.

przymusu bez koniecznej potrzeby. Jednak akceptacja moralna i w konsekwencji regulacja prawna stosowania przymusu medycznego jest w społeczeństwach powszechna, o czym niewątpliwie może świadczyć ustalenie, które poczyniła Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, przyjęta na posiedzeniu Komitetu Ministrów Rady Europy w Rzymie 4 listopada 1950 roku. Szczególne znaczenie tej Konwencji polega na tym, że jest ona nie tylko traktatem międzynarodowym regulującym stosunki między państwami-sygnatariuszami, ale po raz pierwszy w historii kształtuje stosunki między państwem a jego obywatelami, czyniąc jednostkę podmiotem prawa międzynarodowego. Otóż artykuł 5 Konwencji stanowi, że każdy człowiek ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Zarazem jednak wymienia sześć przypadków, gdy z mocy prawa jednostka może być pozbawiona wolności. Jest wśród tych przypadków sytuacja „zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby w celu zapobieżenia szerzeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umyślowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi”¹. Wzgląd na ochronę zdrowia w wymiarze społecznym uzasadnia więc stosowanie przymusu prawnego. Oczywiście sposób i formy stosowania takiego przymusu regulowane być muszą ustawowo na gruncie prawa krajowego.

Nieliczne i ściśle regulowane ustawodawstwem przypadki dopuszczalności stosowania przymusu leczniczego wobec jednostki w celu ochrony zdrowotnej społeczeństwa właśnie przez swoją wyjątkowość i podporządkowanie rygorom prawnym wskazują, że od drugiej połowy XX wieku powróciło przeświadczenie, że podstawową powinnością lekarza jest działanie w interesie pacjenta. Działanie w interesie społeczeństwa jest rozumiane jako zadanie państwa czy służby zdrowia jako całości, jednak lekarz jako jednostka realizująca zadania swego zawodu jest reprezentantem interesu swego pacjenta. Ideologicznie motywowane nastawienie na zadania społeczne, których realizowanie miało być powinnością każdego lekarza, pozostało osobliwością reżimów komunistycznych i przeminęło razem z tymi reżimami. Powinnością lekarza jest troska o zdrowie jednostkowego pacjenta; zadaniem odrębnej dziedziny medycznej, mianowicie zdrowia publicznego, jest troska o stan zdrowotny społeczeństwa. W odczuciu społecznym natomiast, wyrażanym także przez ustawodawstwo, lekarz ma działać bezpośrednio w interesie pacjenta, pośrednio zaś w interesie społeczeństwa.

3. Jednak, jak wskazano na wstępie niniejszych rozważań, pytanie, w czym interesie działa lekarz, można także rozumieć w sensie aksjologicznym. Przy tym rozumieniu pytania chodziłoby o ustalenie, jaka wartość jest nadrzędna w sferze działań zawodowych lekarza. Wydawać by się mogło, że z punktu widzenia pacjenta taką wartością nadrzędną jest jego zdrowie. Należy wszakże zauważyć, że wartość ta może jawić się pacjentowi w pewnych sytuacjach jako wartość względna, której ratowania można i należy zaniechać w imię ocalenia innych wartości, takich jak np. życie drugiego człowieka czy własna godna śmierć. Otóż z punktu widzenia lekarza sytuacja przedstawia się analogicznie: zdrowie pacjenta jest wartością najwyższą w sferze działań zmierzających do jego poprawy, ale przestaje być taką, jeśli zderza się z innymi wartościami uznanymi w danej sytuacji za wyższe przez lekarza lub przez samego pacjenta; lekarz nie może np. ratować zdrowia swego pacjenta kosztem zdrowia czy życia innego człowieka, nie może też podejmować działań leczniczych wbrew woli pacjenta. Tak więc zdrowie pacjenta jest z punktu widzenia lekarza nie tyle wartością, ile raczej celem, do którego zmierza on w trakcie wykonywania swoich czynności zawodowych.

W różnych teoriach aksjologicznych zdrowie jako wartość jest różnie oceniane. Na przykład Władysław Tatarkiewicz w swym ujęciu hierarchii wartości zalicza zdrowie do wartości samych w sobie (w odróżnieniu od wartości pochodnych), czyli do takich, które są cenne same w sobie, niezależnie od tego, jakie

¹ Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, „Dziennik Ustaw” nr 61 z 1993 r., poz. 284; cyt. za: Europejska Konwencja Praw Człowieka, wprowadzenie P. Hofmański, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2000, s. 55.

płyną z tego skutki¹. Jest czymś dobrym samo w sobie to, że dany człowiek jest zdrowy, nawet jeżeli dobre zdrowie umożliwia mu skuteczniejsze realizowanie zamierzeń niemoralnych. Wartości własne dzielą się z kolei na wartości ludzkie, tzn. przysługujące tylko ludziom, oraz wartości rzeczy, tzn. przysługujące tylko rzeczom. Zdrowie sytuuje Tatarkiewicz na pograniczu wartości ludzkich i rzeczowych, jako że zdrowy może być nie tylko człowiek, ale także zwierzę i roślina. W kontekście Tatarkiewicza teorii wartości nie można uznać zdrowia za wartość nadrzędną w sferze działań lekarskich. Uznanie takie oznaczałoby, że lekarz realizuje wartość nie będącą wartością wyłącznie ludzką, a takie ujęcie pozostaje w sprzeczności z mocno zakorzenionym przekonaniem, iż powołanie lekarza zasadza się na służeniu człowiekowi, czyli na realizowaniu wartości swoiście ludzkich. Wedle Tatarkiewicza na wartości ludzkie składają się wartości poznawcze (intelektualne), takie jak twórczość, prawdziwość, rzetelność intelektualna, wartości moralne, takie jak szlachetność, sprawiedliwość, oraz wartości hedonistyczne polegające na doznawaniu przyjemności. Oczywiście zdrowie stanowi konieczny warunek fizyczny realizacji tych wartości przez jednostkę ludzką. Można więc w kontekście Tatarkiewicza teorii wartości uznać, że lekarz dążąc w trakcie swych czynności zawodowych do celu, jakim jest przywracanie zdrowia pacjentowi, działa na rzecz wartości konstytuujących człowieka jako osobę.

Odminną koncepcję hierarchii wartości przedstawił w swej aksjologii Max Scheler². W ustalonej przez niego hierarchii wartościami najniższymi są wartości hedonistyczne, wyższymi są wartości utylitarne, jeszcze wyższymi wartości witalne (wśród nich zdrowie), następnie wartości duchowe, a najwyższymi są wartości religijne. Szczególne znaczenie dla niniejszych rozważań ma wyróżnienie przez Schelera odrębnej kategorii tzw. wartości podstawowych. Są to takie wartości, które umożliwiają realizację innych wartości; taką wartością podstawową jest m.in. zdrowie, ponieważ umożliwia ono realizację na przykład wartości duchowych. Wartości podstawowe mogą pozornie wydać się wartościami najbardziej doniosłymi, jednak chodzi tylko o to, że ich realizacja jest warunkiem koniecznym realizowania innych wartości. Tak więc w kontekście Schelera teorii wartości można uznać, że lekarz realizując cel, jakim jest przywracanie zdrowia pacjenta, tworzy przez to warunki realizowania przez pacjenta wartości wyższych; faktycznie więc lekarz działa na rzecz owych wartości wyższych.

Powyższe przykłady wpisania działalności terapeutycznej w kontekst jakiejś teorii wartości zdają się potwierdzać tezę, że wartością nadrzędną dla lekarza jest człowiek jako osoba ludzka, czyli nośnik wartości. Rozgraniczenie sfery medycznych działań nakierowanych na jednostkę od sfery medycznych działań nakierowanych na społeczeństwo tezę tę wzmacnia w tym sensie, że potwierdza, iż to człowiek, jednostka ludzka, a nie społeczeństwo, jest dla lekarza wartością nadrzędną. Jest to zresztą zrozumiałe, ponieważ w cywilizacji europejskiej – określanej jako cywilizacja personalistyczna – osobie ludzkiej przyznaje się wartość wyższą niż społeczności czy instytucji. Należy zatem konsekwentnie uznać, że dla lekarza wartością nadrzędną powinna być wartość osoby ludzkiej. Tym samym etyka lekarska powinna być etyką deontologiczną.

Jednak sprawa nie przedstawia się tak prosto w każdej okoliczności. W wielu sytuacjach lekarz musi działać kierując się rodzajem utylitarystycznego rachunku użyteczności. Na przykład na miejscu wypadku najprawdopodobniej najpierw udzieli pomocy rannemu młodemu człowiekowi, a w drugiej kolejności zajmie się rannym staruszkiem. Również we wszystkich przypadkach prawnego stosowania przymusu medycznego motywacja jest utylitarystyczna – poddaje się przymusowi jednostkę dla dobra społeczeństwa. Ale nie znaczy to, że utylitarystyczna zasada większego dobra jest rozstrzygająca. Nie do pomyślenia jest przecież propozycja, aby pozbawić życia jednego człowieka (na przykład ciężko rannego w wypadku), pobrać od niego serce, dwie nerki, trzustkę i wątrobę i dzięki temu uratować życie pięciu pacjentom. Z tego punktu wi-

¹ W. Tatarkiewicz przedstawił swoje poglądy na kwestię wartości w szkicu Pojęcie wartości wchodzącym w skład zbioru Parerga, PWN, Warszawa 1978.

² Podstawową pracą Schelera z tego zakresu jest dzieło Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik.

dzenia patrząc, powinniśmy uznać, że etyka lekarska jest ostatecznie etyką deontologiczną, w której pewnością najwyższą jest wartość osoby ludzkiej. Ale z drugiej strony można by argumentować, że na przykład dokonując eksperymentu klinicznego lekarz działa w interesie jednostki, natomiast dokonując eksperymentu badawczego, działa w interesie społeczeństwa.

Konkludując należy stwierdzić, że nie można dać jednej ostatecznej odpowiedzi na pytanie, w czym interesie działa lekarz, ponieważ zbyt wiele zależy od okoliczności, w jakich działa. Najbardziej ogólnie można jednak powiedzieć, że lekarz zawsze działa bezpośrednio w interesie jednostki, często pośrednio działa w interesie społeczeństwa, a w każdej sytuacji powinien działać tak, aby nie naruszyć wartości osoby ludzkiej.

Substantiation of bi-level Health Technologies Assessment System based on value/cost proportion at the out-of-pocket health market

Slabkiy G., Gorbenko O.

Donetsk National Medical University

GlaxoSmithKline Pharmaceuticals Ukraine, Kyiv, Ukraine

Development and further implementation of Health Technologies Assessment System (HTAS) at the National scope are the most challengeable issues for governments in many countries around the world. In conditions of out-of pocket health market, like Ukrainian, the consolidated HTAS isn't implemented thus state system of tenders and separate lists, if such present, doesn't provide compensations to patients in transparent, equal, evidence based and regular manner. The State Reimbursement System (SRS) should be in close relationships with HTAS.

The method of conceptual modeling has been used for develop and substantiation of new HTAS.

Our vision on HTAS' role and place in the National healthcare system is based on the already introduced hierarchy of medical standardization and established concept of the National Formulary. Newly developed HTAS should bridge the wide procedural gap between evidential papers on HT and correspondent formulary articles as a real tool of decision making.

Two principal levels within the frameworks of proposed HTAS have been identified: scientific and policy level which define correspondent stages of HTA. Scientific level integrates 6 compounds to analyze in close relationship and provides joint "value" output for next policy area. Those compounds are the following: effectiveness compound; safety compound; compliance and convenience compound; economic compound; social compound; ethics compound. The scientific sources and methodology approaches have been reviewed for each compound. The consolidated Index of Health Technology Value (CIHTV) was proposed as a sole output of the scientific stage of HTA which must be conducted in robust, transparent and independent manner as well as in compliance with the 15 rules of good HTA practice.

The policy level of the HTAS integrates the five sequent procedures across the "costs" compound aimed to elaboration of balanced decision on reimbursement rationale (decision-making within the newly introduced SRS at the initial conditions of out-of-pocket health market. Share analysis (%) of annual/course/"on demand" costs for the dedicated HT's provision from Gross National Income (GNI) at purchasing power parity (PPP) per capita by 5 quintiles – has been considered as an universal measurement for analysis of financial availability of several products and services for 5 population categories by quintiles: from poorest (I) to richest (V). Collation of two outputs from "value" and "costs" compounds' assessment: CIHTV (high or low) and HT's amount of costs (high or low) allows to determinate four proportion / relationship models with different reimbursement potential.

Stopień informatyzacji społeczeństwa polskiego z uwzględnieniem sektora przedsiębiorstw oraz sektora publicznego

Tomasz Bandurski¹, Marzena Zarzeczna-Baran², Ewa Bandurska²

¹ Zakład Informatyki Radiologicznej i Statystyki Gdański Uniwersytet Medyczny

² Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie: Celem pracy jest zanalizowanie stopnia rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce, z uwzględnieniem sektora przedsiębiorstw oraz sektora publicznego. Dzięki dokonanej analizie dostępnych danych (publikowanych między innymi przez Główny Urząd Statystyczny) możliwe stanie się określenie słabych punktów procesu informatyzacji i wskazanie obszarów, na które powinien być w najbliższych latach położony szczególnie silny nacisk. Po przeanalizowaniu danych można zauważyć, że stopień informatyzacji gospodarstw domowych jest zróżnicowany i zależy od stopnia urbanizacji regionu kraju. Odsetek komputerów podłączonych do sieci internetowej zwiększa się systematycznie, przy czym zauważalne jest, że do sieci częściej podłączone są gospodarstwa domowe, w których wychowują się dzieci. Jeśli chodzi o obserwacje dotyczące sektora biznesowego, to widoczne jest, że doszło do jego wysycenia technologiami informacyjnymi. Aktualnie aż 97% firm w Polsce korzysta z komputera, niemalże tyle samo korzysta z Internetu. Nieco mniej, bo 67% firm ma swoją stronę internetową. W najgorszej sytuacji, jeśli chodzi o stopień informatyzacji jest sektor publiczny, którego stan można określić jako średni lub słaby. Działania, jakie powinny być podjęte w pierwszej kolejności to zapewnienie obywatelom łatwiejszego dostępu do merytorycznie poprawnych informacji z zakresu ochrony zdrowia, poprawienie efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji, wdrożenie ogólnopolskiego Systemu Informacji Medycznej, jak również włączenie Polski w system Elektronicznej Dokumentacji Medycznej EHR.

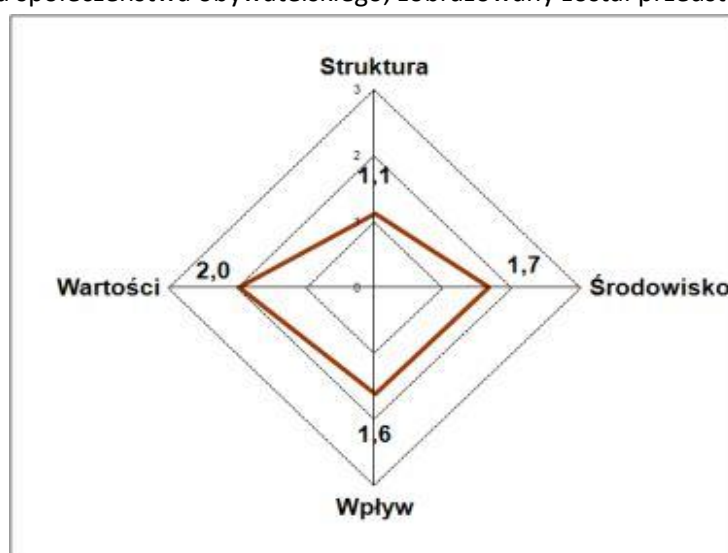
Summary: The aim of the study is to analyze the level of development of information society in Poland, including business sector and public sector. After analyzing available data (published among others by the Central Statistical Office), it will be possible to describe weak points of the informatization process and pointing areas where actions should be focused in coming years. After analyzing data it can be noticed that the level of informatization of households in Poland is varied and depends on the degree of urbanization of the region. The percentage of computers that are connected to the Internet is getting higher each year (the highest percentage is observed among households with children). When it comes to observations of the business sector, it is evident that there is no place for further increase of number of computers and connecting them to the Internet. At a present time, 97% of firms in Poland uses computers and the same number uses Internet. A bit less – 67% of firms has own web side. The lowest level of informatization is observed within public sector, which can be described as medium or poor. Actions that should be taken in the first place is to give citizens easier access to good quality information about health, improve efficiency of dealing with electronic medical documentation, implement a nationwide System of Medical Information and integrate Poland with Electronic Health Record.

Wstęp

Wykorzystujemy je niemal w każdej czynności dnia codziennego – towarzyszą nam podczas wykonywania przelewów bankowych, nauki, spędzania wolnego czasu, na lotniskach, w urzędach, szpitalach, uczelniach... Komputery. Technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT), wykorzystujące komputery zostały określone w ramach Strategii Lizbońskiej, jako naczelną dla innowacyjności i rozwoju gospodarki na poziomie europejskim. W marcu 2000 r. kraje Unii Europejskiej zdecydowały, że konieczna jest realizacja strategicznego planu „eEurope”, którego naczelnym celem stała się intensyfikacja prac zmierzających w kierunku zapewniającym rozwój społeczeństwa informacyjnego poprzez wzmożone inwestycje min. w ICT oraz wspieranie współpracy pomiędzy nauką i gospodarką. Na kanwie tego europejskiego dokumentu w Polsce

wprowadzono najpierw „Strategię Informatyzacji Rzeczypospolitej Polskiej – ePolska”, a następnie dokument zatytułowany „Strategia kierunkowa rozwoju informatyzacji Polski w latach 2007 – 2013 oraz perspektywiczna prognoza transformacji społeczeństwa informacyjnego do roku 2020”. W omawianych opracowaniach ogromny nacisk kładziony jest na kształtowanie społeczeństwa informacyjnego w Polsce. Definicja społeczeństwa informacyjnego została zaprezentowana po raz pierwszy w latach siedemdziesiątych XX wieku w pracach japońskich i amerykańskich i był efektem istnienia tzw. gospodarki informacyjnej w tych krajach. Jednocześnie wspomniana definicja wiązała się z zaangażowaniem technologii informacyjnych w gospodarkę (szczególnie handel). Społeczeństwo informacyjne rozumiemy, jako strukturę, w której: „...przetwarzanie informacji z wykorzystaniem technologii informacyjnych i komunikacyjnych stanowi znaczącą wartość ekonomiczną, społeczną i kulturową”¹. Definicja społeczeństwa informacyjnego wyewoluowała bezpośrednio z definicji społeczeństwa obywatelskiego, w którym jedną z głównych osi stanowi właśnie przekazywanie informacji i systemy komunikacji, których owa wymiana wymaga². Przekazywanie informacji, pozostawanie w kontakcie, wymiana informacji i doświadczeń związane są przede wszystkim związane z osią prezentującą środowisko (analizowane części składowe to: kontekst polityczny, kontekst ekonomiczno – polityczny, relacja biznesu i społeczeństwa obywatelskiego, relacja między państwem a społeczeństwem obywatelskim, środowisko prawne, kontekst społeczno – kulturowy).

Kształt diamentu społeczeństwa obywatelskiego, zobrazowany został przedstawiony na rycinie 1.



Ryc. 1. Diament społeczeństwa obywatelskiego w Polsce

Źródło: http://civicpedia.ngo.pl/files/civicpedia.pl/public/raporty/INDEKS_SPOLECZENSTWA_OBYWATELSKIEGO_2007_LAST2.pdf

Kształt Indeksu w Polsce jest podobny do kształtu Indeksów w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, w których realizowano projekt (Czechy, Rumunia, Bułgaria, Białoruś, Chorwacja, Estonia, Ukraina). We wszystkich najsilniejszy jest wymiar wartości. Środowisko opisywane jest wartością 1,7 co jest wielkością średnią.

¹ MSWiA, Strategia rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce do roku 2013; <http://szs.mac.gov.pl/download/56/6107/Streszczenie.pdf>

² http://www.mswia.gov.pl/portal/pl/196/5552/Wspolpraca_z_organizacjami_pozarzadowymi.html

Aby wzmacniać zarówno społeczeństwo obywatelskie, jak i społeczeństwo informacyjne, konieczne jest budowanie nowoczesnego systemu wymiany informacji. W znacznym uproszczeniu proces budowy społeczeństwa informacyjnego można podzielić na trzy główne części:¹

1. rozwój infrastruktury, jako podstawowego narzędzia transmisji informacji,
2. rozwój treści i usług udostępnianych poprzez tę infrastrukturę,
3. wiedza i umiejętności pozwalające na tworzenie, udostępnianie oraz wykorzystywanie informacji i usług elektronicznych.

Inwestowanie zasobów finansowych, osobowych i materiałowych w wyżej wymienione części, przyczynia się do obserwowanego od lat w Polsce wzrostu stopnia informatyzacji społeczeństwa Polskiego, wyrażającego się min. poprzez stopień informatyzacji gospodarstw domowych, odsetek Polaków korzystających z komputerów/Internetu oraz wykorzystywania technologii informacyjnych w życiu publicznym i w sektorze biznesowym.

Cele pracy

Celem pracy jest zarysowanie obrazu stopnia rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce. Analiza ta pozwoli na określenie słabych punktów procesu informatyzacji i wskazanie obszarów, na które powinien być w najbliższych latach położony szczególnie silny nacisk. Określono bowiem, że ok. 25% ogólnego wzrostu produktywności w minionych czterdziestu latach można przypisać rozwojowi telekomunikacji, a według ocen OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) zastosowanie technik handlu elektronicznego w handlu detalicznym przyczynia się do obniżenia kosztów produkcji w USA i Japonii – o 0,7%, w Niemczech i Wielkiej Brytanii – o 0,6%, a we Francji – o 0,5%²³. Analizie poddano stopień informatyzacji gospodarstw domowych, przedsiębiorstw oraz sektora publicznego.

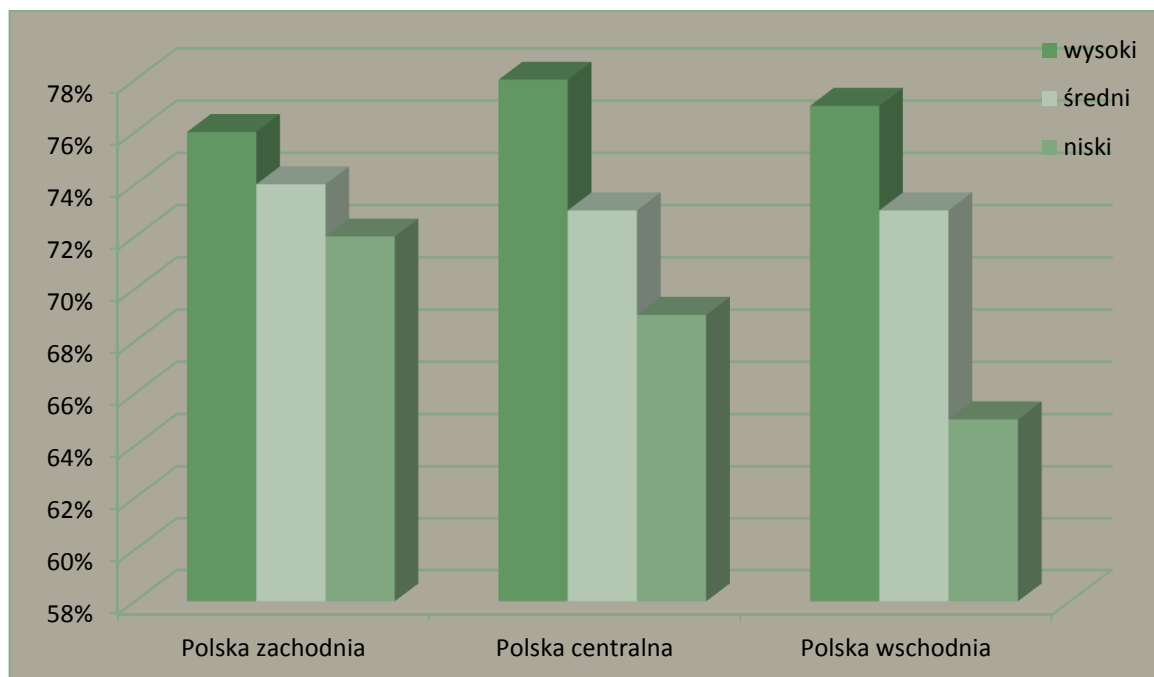
Wykorzystanie technologii informacyjnych przez gospodarstwa domowe

Zgodnie z danymi prezentowanymi przez Główny Urząd Statystyczny w roku 2012 ponad 70% gospodarstw domowych miało w swoim posiadaniu przynajmniej jeden komputer, co na przestrzeni lat 2008-2012 dało wzrost na poziomie 14,5%. Mimo ogólnej tendencji wzrostowej w wysokości omawianego wskaźnika, zauważalny jest niepokojący wysoki stopień zróżnicowania w ramach kraju (silnie uzależniony od stopnia urbanizacji) – zwłaszcza między Polską centralną i wschodnią. Na rycinie 1 zaprezentowano odsetek gospodarstw domowych, które są wyposażone w komputery w poszczególnych regionach Polski, w zależności od stopnia zurbanizowania. Szczególnie silnie zarysowana jest różnica między stopniem skomputeryzowania w zależności od stopnia arabizacji w Polsce wschodniej. Znaczące jest również to, że wśród innych regionów o niskim stopniu urbanizacji, w Polsce wschodniej odsetek gospodarstw domowych bez komputera jest niższy średnio o ponad 5p.proc.

1 Strategia informatyzacji i rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Zawadach na lata 2007-2013, Opracowanie wykonane przez InfoStrategia Sp.J. w ramach projektu eVita-II, www.ugzawady.bip.podlaskie.pl/.../9041_20060829_132913.doc

2 Dumort A., Dryden J. (red.), *The Economics of the Information Society*, Office for Official Publications of the European Communities, Luksemburg 1997

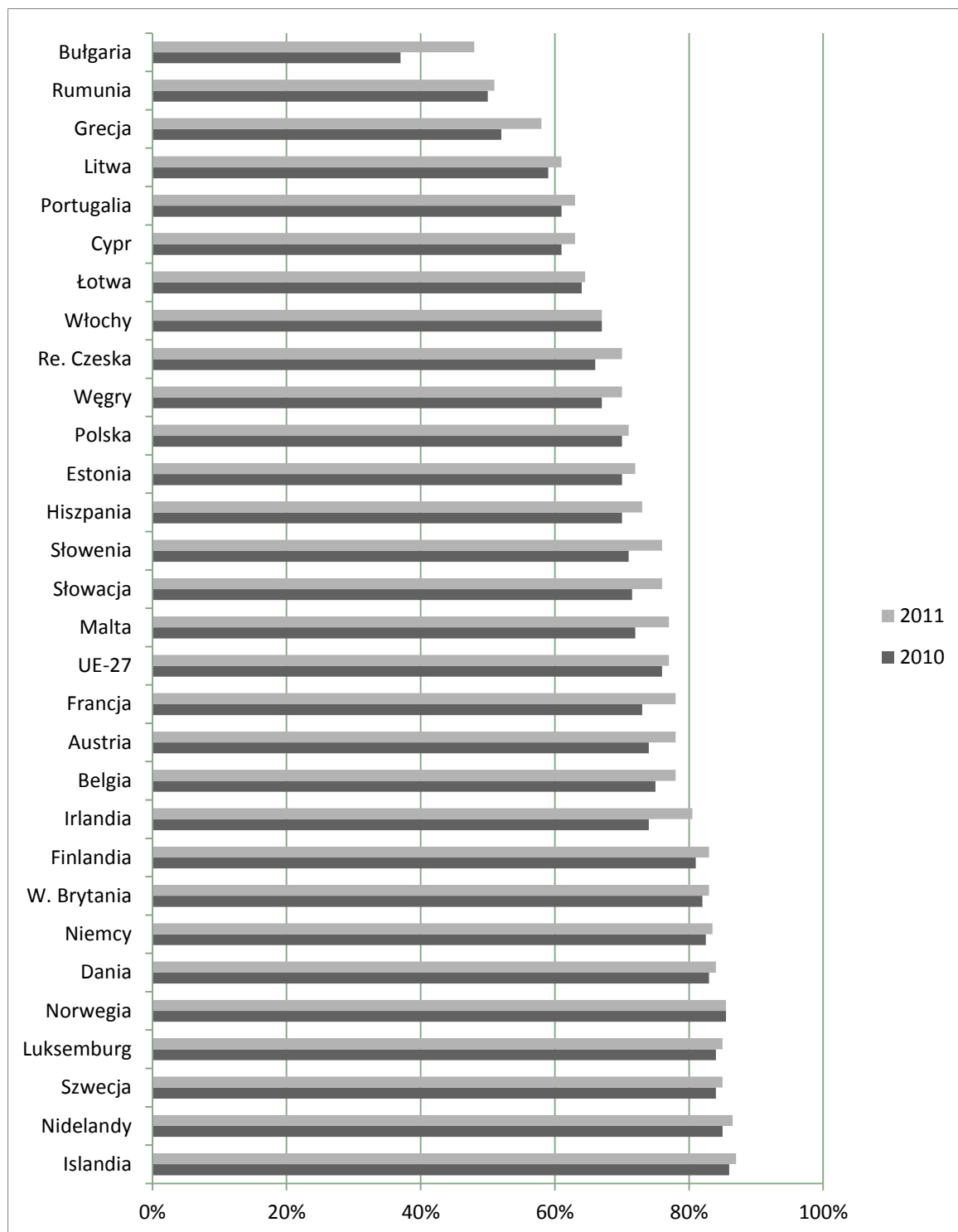
3 *The Economic and Social Impact of Electronic Commerce: Preliminary Findings and Research Agenda*, OECD, Paryż 1999



Rycina 2. Odsetek gospodarstw domowych skomputeryzowanych w zależności od stopnia urbanizacji

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2008-2012

Znacząca jest również różnica, którą można zaobserwować, porównując liczbę gospodarstw domowych wyposażonych w komputery w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej. Różnica ta wyniosła w roku 2011 ponad 6p. proc., co było wartością wyższą, niż wskazania z roku poprzedzającego o 1 p. proc.



Ryc. 3. Odsetek gospodarstw domowych skomputeryzowanych w wybranych krajach europejskich w latach 2010-2011
 Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2008-2012

Sam fakt posiadania komputera przez gospodarstwa domowe jest jednak mało znaczącą daną, jeśli nie jest wiadome, jaka ich część jest podłączona do sieci internetowej oraz jaka liczba osób z nich korzysta.

Odsetek komputerów podłączonych do sieci internetowej zwiększa się systematycznie (w roku 2008 wynosił 47,6%, w roku 2009 58,6%, w roku 2010 63,4%, w roku 2011 66,6%, a w roku 2012 70,5%), przy

czym najczęściej jest to łącze dostarczone przez operatora telefonii stacjonarnej o transferze 512 kB/s lub 1Mb/s.¹²

Tab. 1. Odsetek gospodarstw domowych z dostępem do Internetu w latach 2008-2012

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011	2012
Ogółem	47,6	58,6	63,4	66,6	70,5
Obecność dzieci w gospodarstwie domowym					
Gospodarstwa domowe z dziećmi	61,4	75,3	82,9	88,3	91,5
Gospodarstwa domowe bez dzieci	40,9	50,7	53,7	56,0	60,0
Typ miejsca zamieszkania					
Duże miasta	56,0	65,1	68,8	71,6	75,8
Mniejsze miasta..	50,3	59,8	65,1	67,0	69,5
Obszary wiejskie	36,1	50,5	56,2	61,2	66,1
Stopień urbanizacji					
Wysoki	54,8	64,5	68,1	71,0	74,8
Średni	44,5	58,3	61,9	68,0	70,6
Niski	40,7	52,2	58,8	61,6	65,5

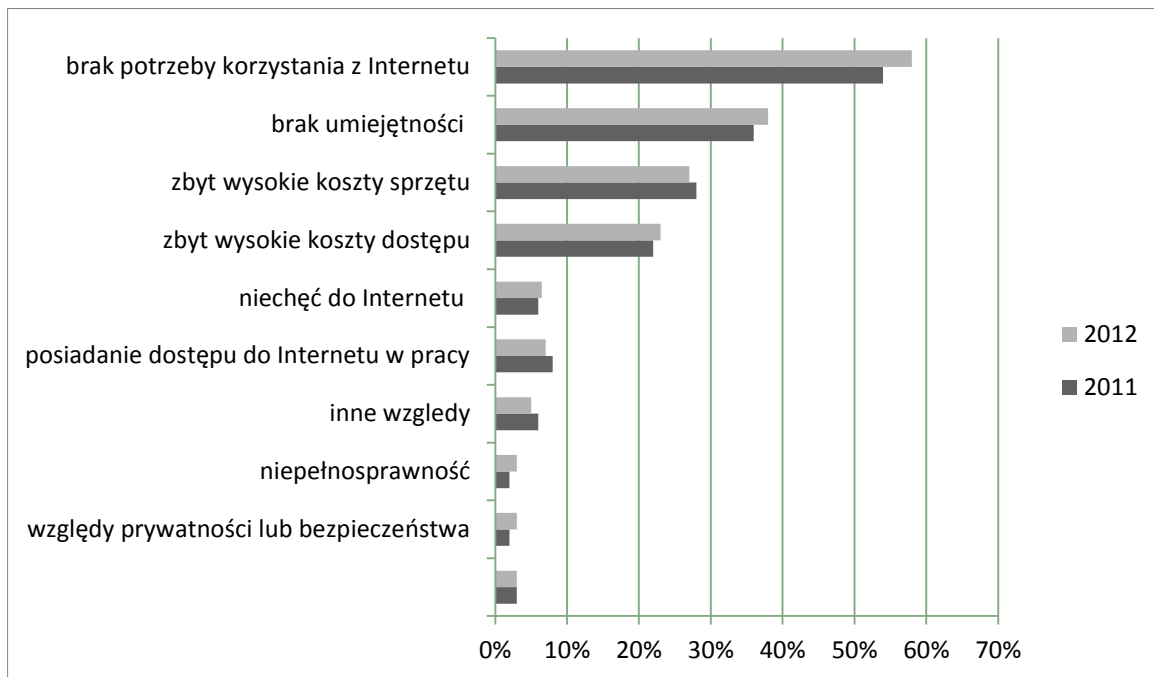
Źródło: *Spoleczeństwo informacyjne w Polsce*, Opracowania sygnałne Ośrodek Nauki, Techniki, Innowacji i Społeczeństwa Informacyjnego, Szczecin 2012

Mimo zaobserwowanego wzrostu liczby komputerów z aktywnym łączem internetowym, odsetek gospodarstw bez takiego łącza na poziomie niemalże 30% jest stosunkowo wysoki. Wobec powyższego zasadne wydaje się zanalizowanie powodów, dla których w Polsce obserwowana jest taka sytuacja.

W 2012 r. najczęściej podawaną przyczyną braku łącza internetowego był brak potrzeby jego posiadania (57,2% respondentów). Drugim w kolejności najczęściej podawanym powodem był brak umiejętności potrzebnych do korzystania z Internetu (37,9% respondentów). Trzeci z kolei najczęściej podawany powód to wysokie koszty (jednak odsetek osób wskazujących tę barierę zmniejsza się systematycznie od kilku lat). Całość wyników zaprezentowano na rycinie 3.

¹ *Diagnoza społeczna 2009: Warunki życia Polaków, Raport*, red. Czapiński J., Panek T., Rada Monitoringu Społecznego 2009

² *Spoleczeństwo informacyjne w Polsce*, Opracowania sygnałne Ośrodek Nauki, Techniki, Innowacji i Społeczeństwa Informacyjnego, Szczecin 2012

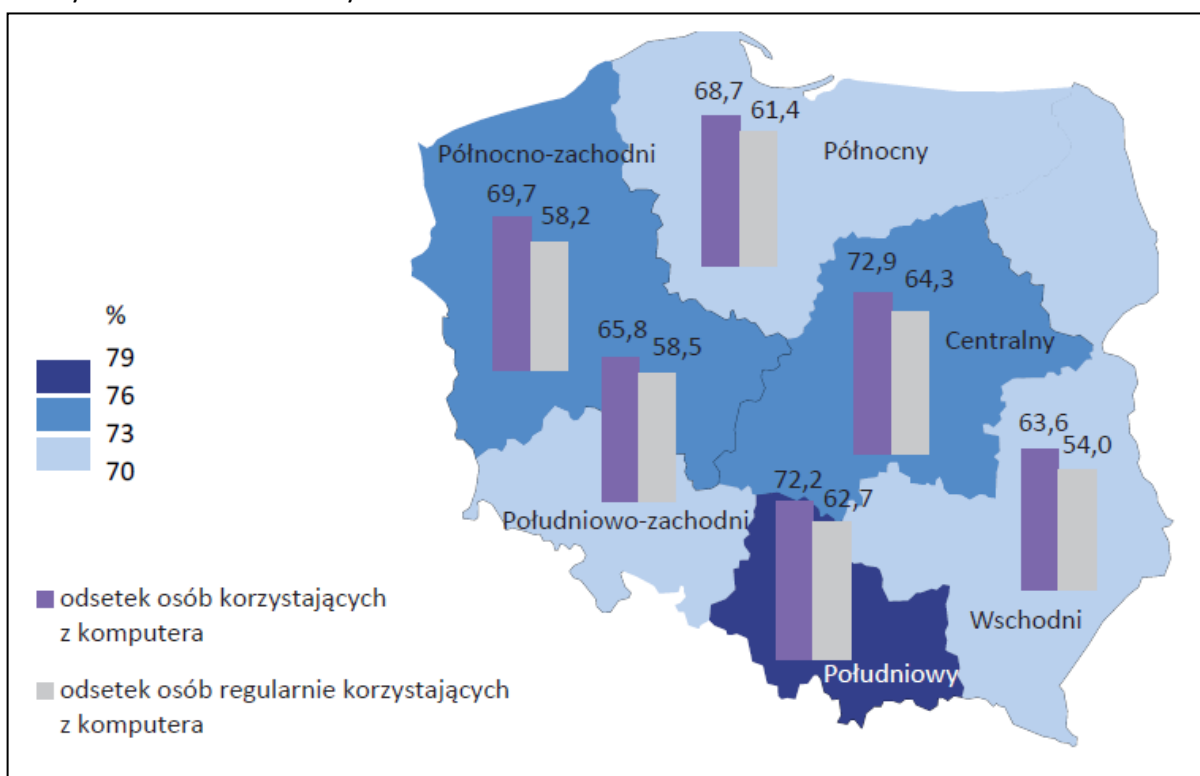


Ryc. 4. Powody braku podłączenia domowego komputera do Internetu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce, Opracowania sygnałne Ośrodek Nauki, Techniki, Innowacji i Społeczeństwa Informacyjnego, Szczecin 2012*

Kolejny czynnik, który doprecyzowuje faktyczne wykorzystywanie technologii informacyjnych przez gospodarstwa domowe, to odsetek osób korzystających z komputera. Pod tym względem dominujący okazał się region centralny Polski (72,9% populacji), a najniższą wartość wskaźnika zaobserwowano w części południowo – wschodniej.

Wyniki zobrazowano na rycinie 5.



Ryc. 5. Wyposażenie gospodarstw domowych w komputery i liczba osób korzystających

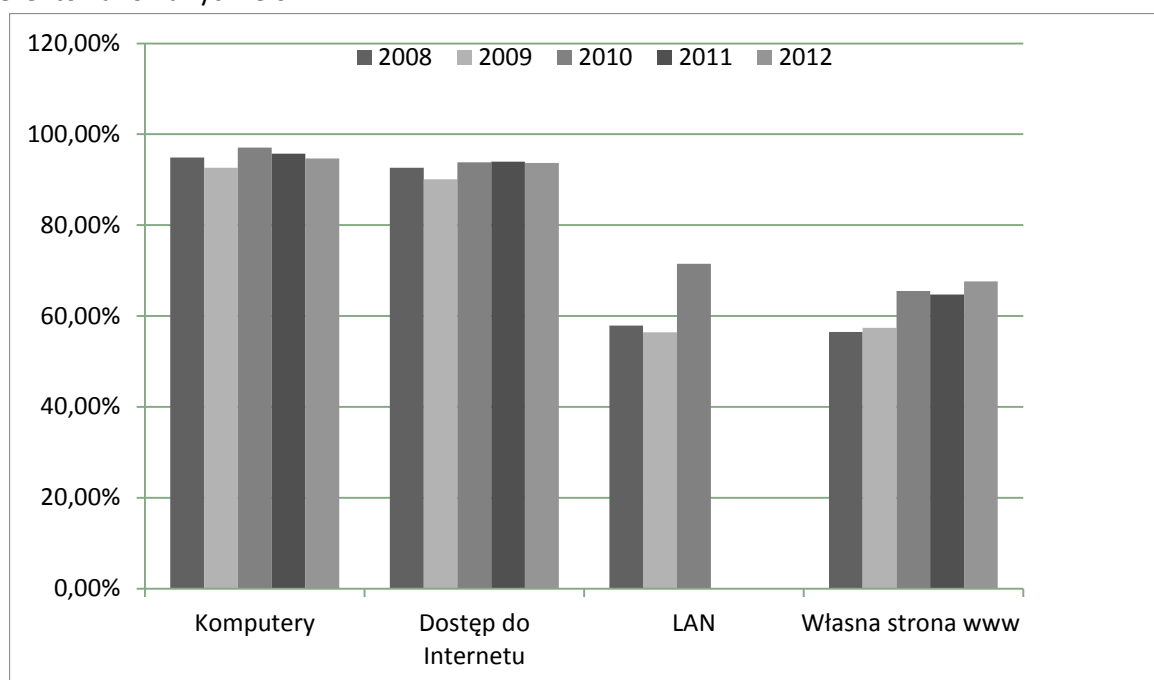
Źródło: GUS, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2008-2012*

1. Wykorzystanie technologii informacyjnych przez sektor biznesowy

ICT mogą być wykorzystywane przez sektor biznesowy w różnych etapach prowadzenia działalności komercyjnej. Są to przede wszystkim:

- ICT w zarządzaniu firmą oraz przygotowaniu produkcji (modułowe systemy zarządzania zasobami ludzkimi, zasobami produkcyjnymi ERP - *Enterprise Resource Planning*) i inne).
- ICT w działalności wytwórczej (kontrolowanie wykorzystania zasobów produkcyjnych **SCM** - *Supply Chain Management*)
- ICT w sprzedaży (e-handel oraz kontakt z klientem CRM (*Customer Relationship Management*))
- ICT w marketingu, reklamie i promocji (strony internetowe, SEM – reklama w wyszukiwarkach).

Z analizy podstawowych wskaźników, które prezentują częstość wykorzystywania infrastruktury IT przez MSP (Małe i Średnie Przedsiębiorstwa), wynika, że od kilku lat nie są już obserwowane istotne zmiany, ponieważ wysycenie technologiami zbliża się do maksymalnego i reprezentuje aktualne potrzeby i możliwości firm w wykorzystaniu rozwiązań IT. Odsetek firm, które w swojej codziennej działalności kilka lat temu zbliżył się do maksymalnego i wynosi około 97%. Wobec tego, iż większość firm typu MSP wykorzystuje komputery, zasadne jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, odnoszące się do wykorzystywania przez nie bardziej zaawansowanych narzędzi – min. Posiadanie własnej strony www oraz sieci LAN. Zbiorcze wyniki zaprezentowano na rycinie 6.



Ryc. 6. Wykorzystywanie technologii informacyjnych przez MSP

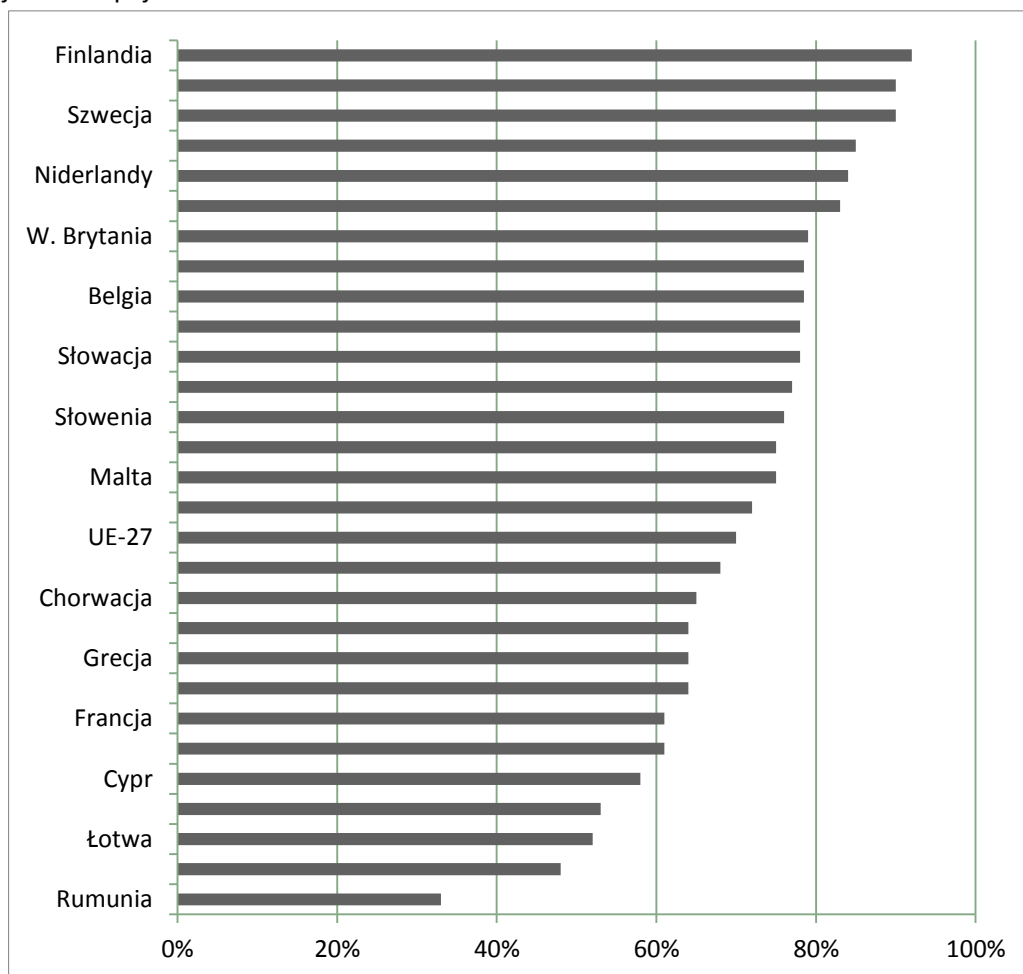
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kulisiewicz T., Średniawa M., *Kierunki rozwoju technologii informacyjnych oraz ich zastosowań w sektorze MSP, Opracowanie Trendy Rozwojowe i Zmiany Gospodarcze w Regionie, Warszawa 2012*

Z powyższego wykresu wynika, że o ile przedstawiciele MSP chętnie wykorzystują Internet do codziennej pracy, rzadziej wykorzystują go do promocji i zaprezentowania swojej oferty poprzez sieć. W roku 2012 swoją stronę internetową posiadało 67% firm, w większości były to firmy duże, o szerokim profilu działalności. Firmy małe rzadko decydowały się na posiadanie strony www.² Spośród firm nieposiadających strony www, aż 66% deklaruje, że w najbliższej przyszłości nie zamierza jej zakładać, ponieważ działalność firmy tego nie wymaga. Jednocześnie przedstawiciele MSP wykazują stosunkowo niskie zainteresowanie

1 Kulisiewicz T., średniawa M., *Kierunki rozwoju technologii informacyjnych oraz ich zastosowań w sektorze MSP, Opracowanie Trendy Rozwojowe i Zmiany Gospodarcze w Regionie, Warszawa 2012*

2 http://www.wsz-pou.edu.pl/magazyn/index.php?strona=mag_radom57&p=

reklamą w Internecie. Mimo wzrastającego poziomu wydatków na reklamę on-line, są one niższe, niż w innych krajach europejskich.



Ryc. 7. Przedsiębiorstwa posiadające własną stronę www w wybranych krajach europejskich (rok 2011)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, Społeczeństwo informacyjne w Polsce.

Wyniki badań statystycznych z lat 2008-2012

Jeśli firma posiada stronę www najczęściej prezentuje na niej dane na temat firmy, w tym dane kontaktowe i teleadresowe (97% firm), informacje o ofercie (84% firm), bezpośredni formularz kontaktowy (55% firm), możliwość składania bezpośrednich rezerwacji (45% firm) informacje o wolnych stanowiskach pracy (15,4%) lub prowadzi sklep internetowy (18% firm)¹². Jako główną przyczynę nieposiadania strony www, przedstawiciele MSP wymieniają przede wszystkim brak takiej konieczności dla firmy, mały zakres działalności i wysokie koszty związane z uruchomieniem i utrzymaniem strony internetowej. W roku 2009 w ramach badania przeprowadzonego przez MillwardBrown SMG/KRC na zlecenie Google Polska zapytano przedstawicieli MSP o powody braku zainteresowania tą formą promocji swojej działalności. Wyniki zaprezentowano na rycinie 83

1 <http://www.egospodarka.pl/45512,Korzystanie-z-Internetu-a-sektor-MSP,1,39,1.html>

2 *Społeczeństwo informacyjne w Polsce*, Opracowania sygnałne Ośrodek Nauki, Techniki, Innowacji i Społeczeństwa Informacyjnego, Szczecin 2012

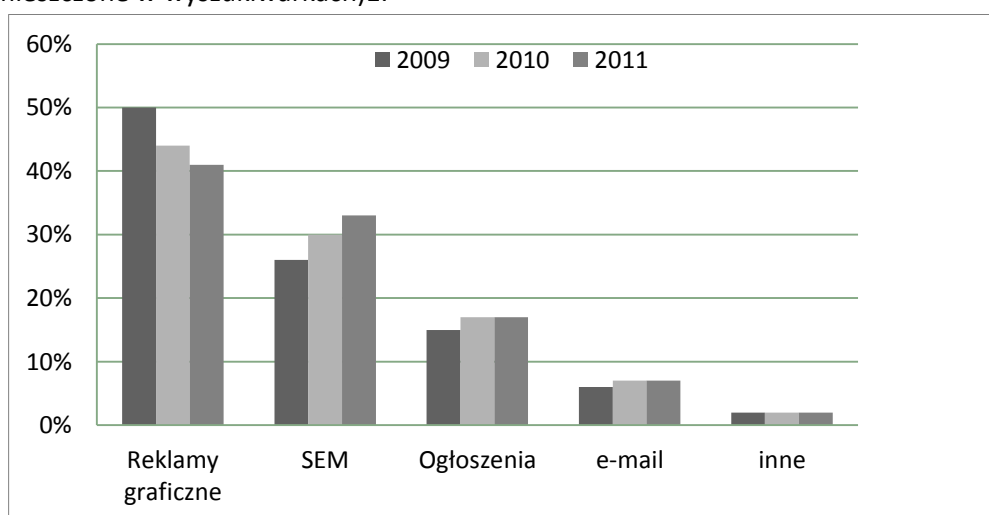
3 <http://www.egospodarka.pl/45512,Korzystanie-z-Internetu-a-sektor-MSP,1,39,1.html>



Ryc. 8. Przyczyny nieposiadania strony www przez MSP w Polsce w roku 2009

Źródło: <http://www.egospodarka.pl/45512,Korzystanie-z-Internetu-a-sektor-MSP,1,39,1.html>

Innymi metodami stosowanymi w celu zaprezentowania swoich produktów lub usług, wykorzystywanymi przez MSP są reklamy graficzne oraz coraz popularniejsza SEM (z ang. Search Engine Marketing, czyli reklama zamieszczona w wyszukiwarkach)¹.



Ryc. 9. Kanały reklamowe wykorzystywane przez MSP w roku 2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: www.iabpolska.pl/index.php?mnu=33&id=326

Kolejnym ważnym elementem działalności MSP związanym z wykorzystywaniem technologii informacyjnych jest prowadzenie handlu elektronicznego.

Zgodnie z definicją, handel elektroniczny jest to sprzedaż lub zakup różnego rodzaju produktów (wrobów lub usług), dokonywany z wykorzystaniem Internetu. Do transakcji e-handlu nie zalicza się zamówień składanych przez e-mail, faxem, jak również przez telefon. 2

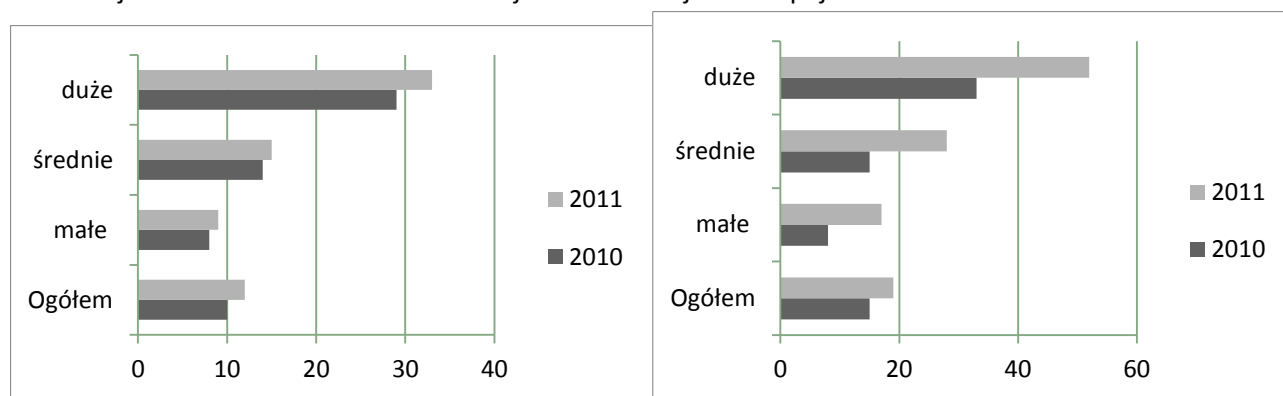
Dzięki zniesieniu bariery odległości i nieograniczonemu zasięgowi, handel elektroniczny staje się dla przedsiębiorstw coraz bardziej znaczącym kanałem zakupów i sprzedaży. Kontakt bezpośredni z klientem wciąż jest bardzo wysoko ceniony zarówno przez stronę popytową, jak i podaźową, ale coraz częściej uzu-

1 www.iabpolska.pl/index.php?mnu=33&id=326

2 <http://www.cisco.com/web/PL/assets/docs/ecomsem.pdf>

pełnia się go formą elektroniczną niosącą ze sobą różne dogodności takie jak: oszczędność czasu, pieniędzy, dostępność w każdej chwili. Zgodnie z danymi dostarczonymi przez GUS niecałe 20% przedsiębiorstw składa zamówienia online. Są to przede wszystkim większe firmy, profilem działalności związane z IT (min. firmy zajmujące się sprzedażą i naprawą sprzętu komputerowego), firmy zajmujące się komunikacją i energetyką. Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc wśród krajów europejskich pod względem odsetka firm składających zamówienia drogą elektroniczną, wyprzedzając jedynie Rumunię, Estonię, Bułgarię i Grecję. Do składania zamówień polskie firmy najczęściej wykorzystują strony www oraz wiadomości typu EDI – system umożliwiający przesyłanie i transformację informacji biznesowych w ustalonych formatach tj. EDIFACT, UBL, XML.¹

Sprzedaż w przedsiębiorstwach przez sieci komputerowe jest mniej popularna. Ogółem 10,9% przedsiębiorstw otrzymywało zamówienia przez sieci komputerowe.² W roku 2011 prawie dwukrotnie więcej firm składało zamówienia przez Internet, niż je otrzymywało tą samą drogą. Zaangażowanie polskich firm w prowadzenie handlu elektronicznego sytuuje się na poziomie niższym, niż w innych krajach europejskich, nie są to jednak różnice znaczące. Polskie MSP wykorzystują Internet do handlu z częstotliwością zbliżoną min. do Włochów, i Hiszpanów. W roku 2009 wartość zakupów dokonanych przez Internet sięgnęła 1 mld PLN³. Daje to Polsce siódme od końca miejsce wśród krajów europejskich.



Ryc.10. Odbieranie (cz.1) i składanie (cz.2.) zamówień drogą internetową przez polskich przedsiębiorców w latach 2010-2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce, Opracowania sygnałne Ośrodek Nauki, Techniki, Innowacji i Spółeczeństwa Informacyjnego, Szczecin 2012*

W związku z powszechnym wykorzystywaniem IT przez firmy polskie, wzrosło zainteresowanie bardziej zaawansowanymi narzędziami z rynku IT. Coraz większą popularnością cieszą się usługi związane z dostarczaniem oprogramowania wraz z usługą ich koordynacji i serwisowania, czyli SaaS (z ang. Software as a Service), czyli tzw. oprogramowanie, jako usługa. Usługa ta sprowadza się do zdalnego udostępniania użytkownikom (pracownikom MSP) przez sieć oprogramowania, przy czym oprogramowanie jest przechowywane w serwerach zewnętrznych, które stanowią własność firmy dostarczającej zamówioną usługę. Tego typu usługi pozwalają firmom na korzystanie z najbardziej zaawansowanych programów, bez konieczności ich kupowania, a później serwisowania i uaktualniania, ponieważ odpowiedzialna za to jest firma zewnętrzna. Pozwala to MSP obniżyć koszty związane np. z naprawami, dbaniem o bezpieczeństwo przechowywania danych. Dane są zbierane, przetwarzane i archiwizowane w centrach przetwarzania nazywanych tzw. chmurą obliczeniową (z ang. Cloud computing). Szacuje się, że w najbliższych latach zainteresowanie Cloud computing i SaaS będzie wrosło. Jako czynnik pośrednio świadczący o tej tendencji można wymienić wzrost

1 GUS, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2008-2012*

2 http://www.wsz-pou.edu.pl/magazyn/index.php?strona=mag_radom57&p=

3 Cimochoowski G., Hutten-Czapski F., Rał M., Sass W., *Polska Internetowa: Jak internet dokonuje transformacji polskiej gospodarki*, The Boston Consulting Group, Warszawa 2011, s. 27

liczby firm typu datacenter. W roku 2011 rynek ten wyceniono na około 800 mln PLN, z przewidywanym wzrostem o około 20% w ciągu 5 lat. Jest to jednak wciąż narzędzie nowe, mało znane i niecieszące się wobec tego jeszcze zaufaniem przedsiębiorców, którzy technologie ICT wolą wykorzystywać w bardziej „klasyczny” sposób, między innymi do promocji, działań marketingowych i e-handlu¹.

Wykorzystanie technologii informacyjnych przez administrację publiczną

Powstawanie interaktywnej administracji publicznej, czyli wygodnego dla społeczeństwa modelu administracji, zakładającego możliwość załatwiania spraw urzędowych bez konieczności udawania się do siedziby urzędu, wpływa w znaczący sposób na jakość życia społeczeństwa. Aktualnie w większości krajów UE obywatele kontaktują się z urzędami drogą internetową. Tymczasem w Polsce jedynie niektóre usługi są realizowane przy pomocy Internetu, ich zakres jest mocno ograniczony².

Zgodnie z definicją administrację publiczną możemy rozumieć, jako zespół organów administracji wraz z przyporządkowanymi jej urzędami, których aktywność obejmuje niemalże wszystkie dziedziny życia, np. szkolnictwo, handel, kultura, budownictwo, transport, ochrona środowiska, publiczna ochrona zdrowia itp³.

Z kolei definicja interaktywnej administracji publicznej (e-Government) Komisji Europejskiej podaje, że jest to „[...] wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT) w administracji publicznej w ścisłym połączeniu z niezbędną zmianą organizacyjną i nowymi umiejętnościami służb publicznych w tym celu, aby poprawić jakość świadczonych przez administrację usług oraz uczynić bardziej efektywnym proces demokratycznej legitymizacji sprawowania polityki”⁴

Za podstawowe usługi, które powinny być dostępne społeczeństwu w ramach e-Government uznaje się usługi zebrane w tabeli II.

Tab. II. Podstawowe usługi administracyjne

Podstawowe usługi administracyjne	
Osoby prywatne	Przedsiębiorstwa
Służba zdrowia	Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne
Świadczenia społeczne	Podatek od przedsiębiorstw
Pozwolenie na budowę	Podatek VAT
Policja - obsługa zgłoszeń	Rejestracja firmy
Rejestracja samochodów	Zgłoszenie do GUS
Dokumenty tożsamości	Deklaracja celna
Pośrednictwo pracy	Zamówienia publiczne
Informacje o zmianie miejsca pobytu	Zezwolenie ochrony środowiska
Biblioteki publiczne	
Akty stanu cywilnego	
Podatek od osób fizycznych	
Rejestracja na wyższe uczelnie	

Źródło: Knosala R., *Komputerowo Zintegrowane Zarządzanie, e-Government i jego perspektywy rozwoju w Polsce*. Polskie Towarzystwo Zarządzania Produkcją, Opole 2008.

Stan e- Government w Polsce można określić jako średni lub słaby. Zgodnie z wynikami Raportu ONZ "E-Government Survey 2012" z marca 2012 r. Polska spadła o dwa miejsca - tj. z 45 na 47 pozycję. Wynika to przede wszystkim z faktu, że w Polsce jedynie część spraw urzędowych można załatwić drogą on-line, co więcej jedynie ich ograniczona liczba może być załatwiona przez Internet całkowicie. Na dzień dzisiejszy,

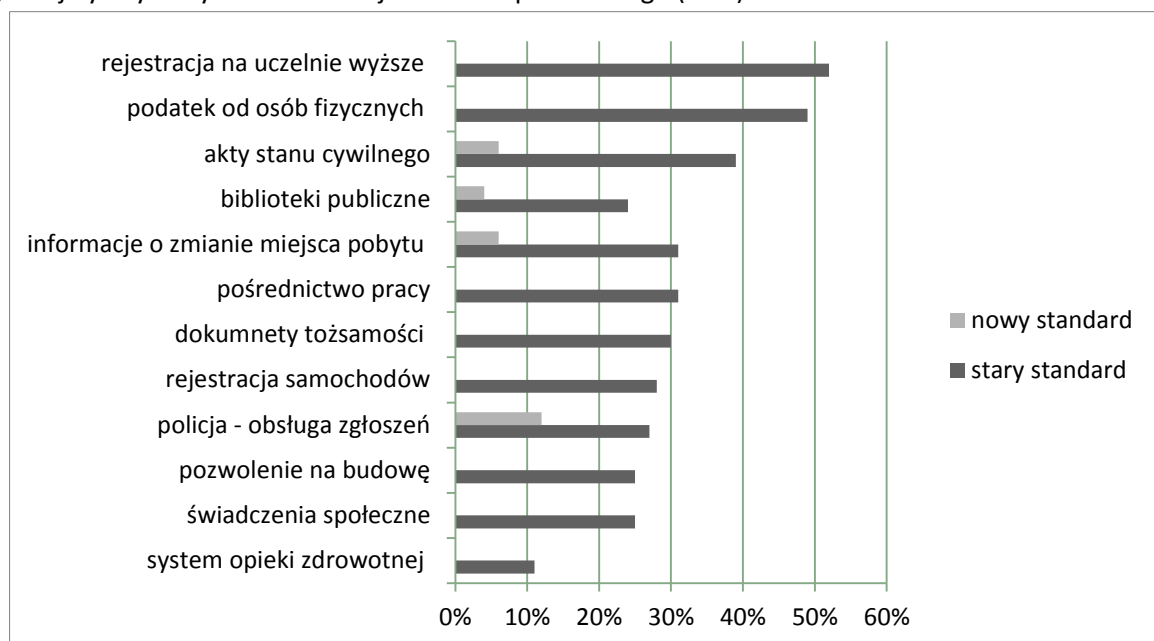
1 <http://www.log24.pl/artykuly/msp-poznaja-saas>, 3000

2 Żygulski W.: *e-Government – rozwiązanie przyszłości*, WV Marketing Sp. z o.o. nr 10, marzec 2004.

3 Smutek Z., Maleska Z., Surmacz B.: *Wiedza o społeczeństwie*, Operon, Gdynia 2006.

4 http://www.swo.ae.katowice.pl/_pdf/407.pdf

stan usług publicznych dla obywateli (jeżeli brać pod uwagę tzw. nowy standard, czyli kryterium zakładające, że sprawa może być w całości załatwiona przez Internet) mierzalny jest tylko w przypadku czterech usług, a mianowicie: bibliotek publicznych (4%), aktów stanu cywilnego (6%), informacji o zmianie miejsca pobytu (6%) oraz policji – obsługa zgłoszeń (12%). Dla reszty usług wynosi 0%¹. Przy zastosowaniu mniej rygorystycznych kryteriów (tzw. stary standard), efektywność e-Government kształtuje się na poziomie 30%, z najwyższym wynikiem dla województwa pomorskiego (44%).

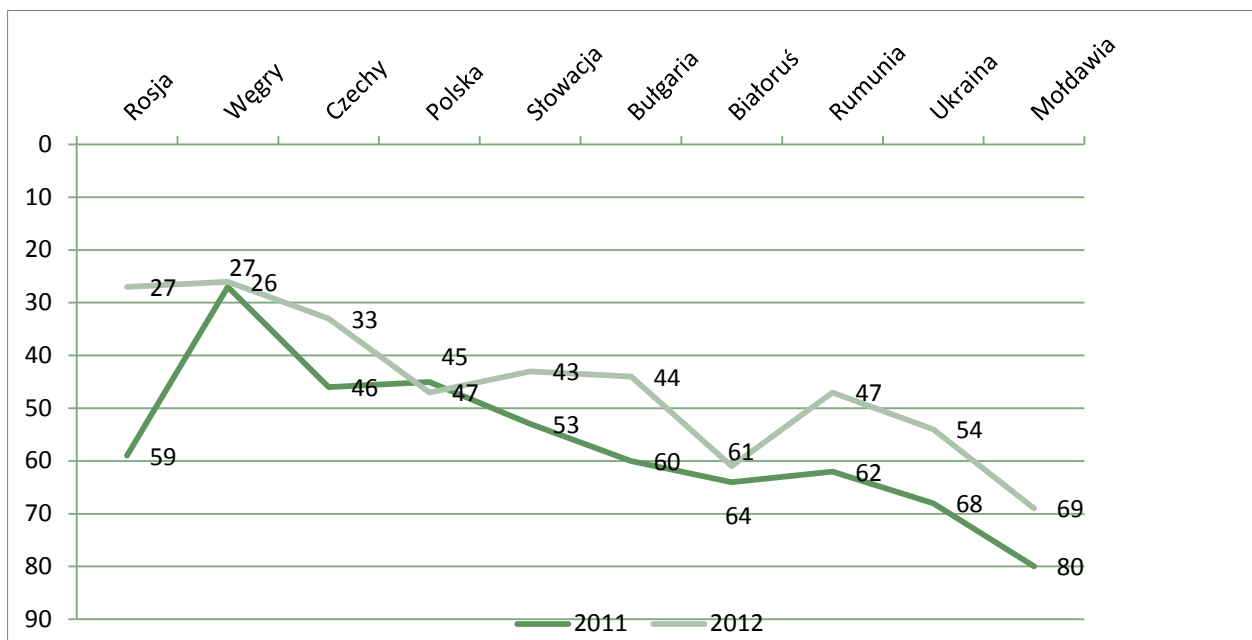


Ryc. 11. Stopień rozwoju poszczególnych e-usług dla obywateli w Polsce

Źródło: Online Availability of Public Services: How is Europe Progressing. Web Based Survey on Electronic Public Services. Report of the 6th Measurement, June 2006, www.capgemini.com

W związku z niskim stopniem informatyzacji usług publicznych, przede wszystkim małą liczbą usług, które mogą być zrealizowane w całości poprzez Internet, Polska w rankingu innych krajów Europy Wschodniej zajmuje odległą lokatę. Dane na ten temat przedstawiono na rycinie 11.

¹ Capgemini: Online Availability of Public Services: How is Europe Progressing. Web Based Survey on Electronic Public Services. Report of the 6th Measurement, June 2006; www.capgemini.com;



Ryc. 12. Ranking krajów w zakresie rozwoju e-Government w Europie Wschodniej
 Źródło: Raport ONZ "E-Government Survey 2012" z marca 2012 r.

Taki stan e-Government nie spełnia oczekiwań obywateli i nie jest spójny z potrzebami społecznymi. Polacy szczególnie oczekują na wprowadzenie rozwiązań dotyczących informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2011, był to najczęściej wymieniany obszar administracji publicznej, który zdaniem respondentów wymaga informatyzacji¹. Wyniki przedstawiono w tabeli III.

Tab. III. Oczekiwania obywateli odnośnie e-usług w roku 2007, 2009 i 2011

E-usługa	Rok 2007	Rok 2009	Rok 2011
Deklaracje podatkowe	22,5	24,9	24,8
Usługi dotyczące ofert pracy	16,8	19,4	17,8
Sprawy związane z zasiłkiem i świadczeniami	15	18,1	17,1
Sprawy dotyczące dokumentów osobistych	21,9	23	24,7
Rejestracja pojazdu	22,1	23,3	24,4
Pozwolenie na budowę	11,9	14,5	13,5
Policja, straż miejska, prokuratura – zgłaszanie skarg i przestępstw	19,7	19,5	18,5
Dostęp do bibliotek publicznych	25,6	26,5	25
Zamawianie i otrzymywanie zaświadczeń, odpisów aktów stanu cywilnego	25,7	25,8	27,4
Zapis do żłobków, przedszkoli, szkół, szkół wyższych	18,5	21,4	22,3
Zmiana adresu zameldowania	19,3	20,8	20,1
Załatwienie spraw urzędowych związanych z działalnością gospodarczą	15,9	18,5	17,3
Usługi związane ze zdrowiem	28,1	28,1	29,1
Załatwianie spraw związanych z wiarą religijną i działalnością kościelną	6,9	9,5	9,5

¹ Batorski D., Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych. Diagnoza Społeczna 2011, (Special issue) Contemporary Economics, nr. 5(3), Warszawa, s. 299-327.

Inne sprawy urzędowe	21,4	22,9	22,7
----------------------	------	------	------

Źródło: Batorski D., *Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych. Diagnoza Społeczna 2011, (Special issue) Contemporary Economics, nr. 5(3), Warszawa, s. 299-327.*

W kontekście strategii na rzecz inteligentnego zrównoważonego rozwoju sprzyjającego integracji społecznej Europa 2020, opracowane zostało modelowe podejście do problemu informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Podstawowe jego punkty to: zapewnienie obywatelom łatwiejszego dostępu do merytorycznie poprawnych informacji z zakresu ochrony zdrowia, poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji, wdrożenie ogólnopolskiego Systemu Informacji Medycznej, włączenie Polski w system Elektronicznej Dokumentacji Medycznej EHR (z ang. Electronic Health Record). Systemu Informacji Medycznej stworzy możliwość zyskania pełnego zbioru obiektywnych i porównywalnych w skali całego kraju danych oświadczonych usługach medycznych. Pozwoli również na ocenę zakresu dostępności doświadczeń. Umożliwi dostęp do wiarygodnych, kompletnych informacji, a także pozwoli na racjonalne planowanie kierunkowych działań w ochronie zdrowia. System ten umożliwi nadzór nad wykorzystaniem środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. System Informacji Medycznej ma pełnić rolę nowoczesnego, kompleksowego systemu rejestrowania wszystkich procesów zachodzących w systemie ochrony zdrowia, zapewniającego wielokierunkowe i wielopoziomowe zarządzanie danymi. Optymalnym rozwiązaniem byłoby również wprowadzenie centralnego portalu informacyjnego ochrony zdrowia, dzięki któremu byłoby możliwe min. Rejestrowanie się na wizyty on-line, elektroniczna obsługa recept, zwolnień lekarskich, udostępnianie personelowi informacji o stanie zdrowia pacjenta, analiza danych o zjawiskach medycznych i wiele innych użytecznych (z punktu widzenia pacjenta i pracownika systemu ochrony zdrowia) aplikacji¹. Pierwszym krokiem na drodze do pełnego wdrożenia założeń jest wprowadzenie systemu eWUŚ.

eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców) to system umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych². System został oddany do użytkowania przez pracowników systemu ochrony zdrowia dnia 1 stycznia 2013 roku. Zgodnie z założeniami pacjenci nie muszą posiadać przy sobie aktualnego dowodu ubezpieczenia zdrowotnego, a jedynie dokument ze zdjęciem i numer ewidencyjnym PESEL. Po pierwszych miesiącach użytkowania systemu można zauważyć, że system działa sprawnie, obsługując w ciągu doby nawet do około 3 mln zapytań o status ubezpieczenia obywatela, ze szczytowym obciążeniem ponad 300 tys. zapytań w danej chwili³.

Wnioski

1. W roku 2012 ponad 70% gospodarstw domowych miało w swoim posiadaniu przynajmniej jeden komputer. Najczęściej są to gospodarstwa domowe z Polski Centralnej, z regionów o wysokim stopniu urbanizacji.
2. Odsetek komputerów podłączonych do sieci internetowej zwiększa się systematycznie (w roku 2008 wynosił 47,6% , w 2009 58,6%, w 2010 63,4%, w 2011 66,6%, a w roku 2012 70,5%). Najwyższy odsetek gospodarstw domowych podłączonych do sieci Internet obserwuje się wśród gospodarstw domowych z dziećmi, w większych miastach,
3. Najwyższy odsetek osób, korzystających z komputera obserwuje się w regionie centralnym Polski (72, 9% populacji), a najniższy w części południowo – wschodniej.

1 Strategia e- zdrowie Polska na lata 2009-2015; www.csioz.gov.pl/file.php?s=cD8yOA==

2 <http://ewus.csioz.gov.pl/pytania/1/1#q1>

3 http://www.mp.pl/kurier/index.php?aid=79628&_tc=AEFBCD457C31FCF1A262583B68628B9D

4. Doszło do wysycenia sektora biznesowego technologiami informacyjnymi. Aż 97% firm w Polsce korzysta z komputera, niemalże tyle samo korzysta z Internetu. Jednak w tym samym czasie zaledwie 67% firm ma swoją stronę internetową
5. Firmy stosunkowo często wykorzystują Internet do działań marketingowych. Najczęściej wybieranym kanałem jest reklama graficzna. Rośnie popularność SEM (reklam wyświetlających się w przeglądarkach internetowych).
6. Zaangażowanie polskich firm w prowadzenie handlu elektronicznego sytuuje się na poziomie niższym, niż w innych krajach europejskich. W roku 2009 wartość zakupów dokonanych przez Internet sięgnęła 1 mld PLN. Daje to Polsce siódme od końca miejsce wśród krajów europejskich.
7. Coraz większą popularnością cieszą się usługi związane z dostarczaniem oprogramowania wraz z usługą ich koordynacja i serwisowania, czyli SaaS (z ang. Software as a Service). Jako czynnik pośrednio świadczący o tej tendencji można wymienić wzrost liczby firm typu datacenter. W roku 2011 rynek ten wyceniono na około 800 mln PLN, z przewidywanym wzrostem o około 20% w ciągu 5 lat.
8. Stan e- Government w Polsce można określić jako średni lub słaby. Zgodnie z wynikami Raportu ONZ "E-Government Survey 2012" z marca 2012 r. Polska spadła o dwa miejsca - tj. z 45 na 47 pozycję.
9. Polski system e-Government wymaga min. zapewnienia obywatelom łatwiejszego dostępu do merytorycznie poprawnych informacji z zakresu ochrony zdrowia, poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji, wdrożenie ogólnopolskiego Systemu Informacji Medycznej, włączenie Polski w system Elektronicznej Dokumentacji Medycznej EHR (z ang. Electronic Health Record). Pierwszym krokiem na drodze do pełnego wdrożenia założeń jest wprowadzenie systemu eWUŚ.
10. Konieczne są dalsze prace nad wdrażaniem modeli poprawiających stopień informatyzacji Polski, zwłaszcza w aspekcie administracji publicznej. Zmian wymaga również stopień informatyzacji systemu ochrony zdrowia, który obecnie jest szczątkowy i w pierwszej fazie budowy.

Bibliografia

1. Batorski D., Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych. Diagnoza Społeczna 2011, (Special issue) Contemporary Economics, nr. 5(3), Warszawa,
2. Dumort A., Dryden J. (red.), The Economics of the Information Society, Office for Official Publications of the European Communities, Luksemburg 1997
3. Cimochoowski G., Hutten-Czapski F., Rał M., Sass W., Polska Internetowa: Jak internet dokonuje transformacji polskiej gospodarki, The Boston Consulting Group, Warszawa 2011,
4. Diagnoza społeczna 2009: Warunki życia Polaków, Raport, red. Czapiński J., Panek T., Rada Monitoringu Społecznego 2009 GUS, Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2008-2012
5. Kulisiewicz T., średniawa M., Kierunki rozwoju technologii informacyjnych oraz ich zastosowań w sektorze MSP, Opracowanie Trendy Rozwojowe i Zmiany Gospodarcze w Regionie, Warszawa 2012
6. Społeczeństwo informacyjne w Polsce, Opracowania sygnałne Ośrodek Nauki, Techniki, Innowacji i Społeczeństwa Informacyjnego, Szczecin 2012
7. Strategia informatyzacji i rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Zawadach na lata 2007-2013, Opracowanie wykonane przez InfoStrategia Sp.J. w ramach projektu eVita-II,
8. The Economic and Social Impact of Electronic Commerce: Preliminary Findings and Research Agenda, OECD, Paryż 1999
9. Knosala R. Komputerowo Zintegrowane Zarządzanie, e-Government i jego perspektywy rozwoju w Polsce. Polskie Towarzystwo Zarządzania Produkcją, Opole 2008. Online Availability of Public Services: How is Europe Progressing. Web Based Survey on Electronic Public Services. Report of the 6th Measurement, June 2006,
10. Raport ONZ "E-Government Survey 2012" z marca 2012 r.
11. Smutek Z., Maleska Z., Surmacz B.: Wiedza o społeczeństwie, Operon, Gdynia 2006.

12. Żygulski W.: e-Government– rozwiązanie przyszłości, WV Marketing Sp. z o.o. nr 10, marzec 2004.
13. www.iabpolska.pl/index.php?mnu=33&id=326
14. <http://www.egospodarka.pl/45512,Korzystanie-z-Internetu-a-sektor-MSP,1,39,1.html>
15. <http://www.log24.pl/artykuly/msp-poznaja-saas,3000>
16. <http://www.cisco.com/web/PL/assets/docs/ecomsem.pdf>
17. http://www.swo.ae.katowice.pl/_pdf/407.pdf
18. www.csioz.gov.pl/file.php?s=cD8yOA==
19. http://www.wsz-pou.edu.pl/magazyn/index.php?strona=mag_radom57&p=
20. <http://ewus.csioz.gov.pl/pytania/1/1#q1>
21. http://www.mp.pl/kurier/index.php?aid=79628&_tc=AEFBCD457C31FCF1A262583B68628B9D
22. <http://szs.mac.gov.pl/download/56/6107/Streszczenie.pdf>
23. http://www.mswia.gov.pl/portal/pl/196/5552/Wspolpraca_z_organizacjami_pozarzadowymi.html
24. http://civicpedia.ngo.pl/files/civicpedia.pl/public/raporty/INDEKS_SPOLECZENSTWA_OBYWATELSKIEGO_2007_LAST2.pdf

Multimedialne kampanie społeczne jako narzędzie budowania świadomości prozdrowotnej

Joanna Burzyńska, Sylwia Wierzbińska-Karakuła, Beata Penar-Zadarko

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

Streszczenie

Jedną z odmian marketingu społecznego są działania marketingowe nastawione na zmianę społecznie szkodliwych zachowań. Odbyna się to za pomocą programów i kampanii ukierunkowanych m.in. na zachęcanie do zmian zachowań w społeczeństwie w celu promocji zdrowia, zapobieganie zachowaniom patologicznym i promocję akcji charytatywnych.

Artykuł prezentuje zestawienie 30 polskich multimedialnych kampanii społecznych realizowanych w latach 2010-2013, na podstawie których autorzy próbują wykazać, iż kampanie te mogą stanowić skuteczne narzędzie do realizacji celów, jakie stawia przed sobą promocja zdrowia. Jeśli wykorzystują one potencjał, jakim jest komunikacyjna wartość internetu, jego prawie nieograniczony zasięg, liczbę użytkowników – szanse na zmianę szkodliwych nawyków, podjęcie zdrowego stylu życia czy wykonywanie badań profilaktycznych, znacznie rosną.

Słowa kluczowe: marketing społeczny, promocja zdrowia, multimedialne kampanie społeczne, zachowania zdrowotne, internet

Social media campaigns as a tool of building awareness of preventive treatment

Summary

One of the varieties of social marketing is marketing activity aimed at changing socially harmful conduct. This is done through programs and campaigns targeting, among others to encourage behavioral change in the society for the promotion of health, prevention of pathological behavior and promoting the charity.

This article presents a summary of 30 Polish social media campaigns carried out in 2010-2013, on the basis of which the authors attempt to show that these campaigns can be an effective tool to achieve the objectives posed in front of health promotion. If they are using their potential, which is the value of Internet communication, the nearly unlimited range, the number of users – a chance to change harmful habits, make healthy lifestyle and preventive tests perform significantly grow.

Keywords: social marketing, health promotion, social media campaigns, health behavior, internet

Wprowadzenie

Marketing społeczny jest dyscypliną zblizoną w swoich celach i zadaniach do promocji zdrowia. Obydwa te kierunki nastawione są na wywołanie określonych zmian w ludzkim zachowaniu. Różną się jednak źródłami, z których czerpią. Marketing społeczny wyrósł na bazie marketingu komercyjnego. Promocja zdrowia zaś czerpie z medycyny i nauk społecznych. W związku z tym podstawowe koncepcje i metody, którymi posługują się wyżej wymienione dyscypliny, muszą się różnić. W praktyce marketing społeczny funkcjonuje za pomocą kampanii społecznych nastawionych na zmianę społecznie szkodliwych zachowań¹.

Ostatni raport PBI – organizacji zajmującej się badaniem polskiego internetu, wskazuje, iż Polacy coraz częściej wykorzystują sieć WWW do wyszukiwania informacji o zdrowiu². Rodzi się więc pytanie czy multimedialne kampanie społeczne mogą służyć celom promocji zdrowia nastawionym na upowszechnianie zdrowego stylu życia i zapobieganie chorobom? Celem niniejszego artykułu jest wykazanie, iż multimedial-

¹ B. Jacennik, Koncepcje i metody marketingu społecznego a promocja zdrowia, „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, VII, nr 19, 2000, s. 88-100.

² <http://www.slideshare.net/mirpo/a-garapich-pbi-internet-a-decyzje-zakupowe>.

ne kampanie społeczne mogą skutecznie wpływać na budowanie świadomości prozdrowotnej społeczeństwa. Opracowanie przedstawia zestawienie wskazujące, które z analizowanych 30 polskich kampanii wykorzystują do tego celu internet i jego narzędzia komunikowania.

Miejsce marketingu społecznego i kampanii społecznych w promocji zdrowia

Zgodnie z definicją Alana Andreasena, wybitego teoretyka marketingu społecznego: „marketing społeczny polega na zastosowaniu technik marketingu komercyjnego do analizy, planowania, realizacji i oceny programów oddziałujących na intencjonalne zachowania wybranych grup odbiorców, w celu poprawy dobrostanu jednostek oraz kondycji społeczeństwa”¹.

W profesjonalnej i naukowej literaturze możemy się doszukać dwóch znaczeń terminu marketing społeczny. Pierwszą jego odmianą są działania marketingowe nastawione na zmianę społecznie szkodliwych zachowań. Odbywa się to za pomocą programów i kampanii ukierunkowanych m.in. na stymulowanie zmian zachowań w społeczeństwie w celu promocji zdrowia, zapobieganiu patologicznym zachowaniom oraz promocji akcji charytatywnych. Drugą formą jest „marketing społecznie odpowiedzialny”, którego głównym zadaniem jest wspieranie celów społecznych w ramach marketingu komercyjnego².

Dziedzina marketingu społecznego rozwija się w krajach Ameryki Północnej i Europy Zachodniej od ponad trzydziestu lat. W ostatnich latach ten rodzaj działalności zawitał także do Polski i wspólnie z promocją zdrowia realizuje cele nastawione na upowszechnianie zdrowego stylu życia. Funkcjonuje głównie jako kampanie medialne inicjowane przez osobowości z życia publicznego, a także organizacje rządowe i pozarządowe wspierane przez agencje reklamowe³.

Zachowania, na które marketing społeczny próbuje wpływać to głównie nawyki ludzi kosztowne zarówno dla nich samych jak i dla całego społeczeństwa. Przykładem takich nieprawidłowych przyzwyczajeń mogą być: nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta czy prowadzenie samochodu z nadmierną prędkością⁴.

W praktyce, urzeczywistnieniem idei marketingu społecznego jest kampania społeczna. Dotyczy ona konkretnego działania i ma zwykle określony czas realizacji. Celem kampanii może być udzielenie informacji, dostarczenie wiedzy na dany temat, uświadomienie ludziom pewnych spraw (np. jak zapobiegać chorobom) lub przekonanie jak największej liczby osób, do których kampania jest kierowana, aby podjęły jakieś konkretne działania⁵. Przykładami aktualnych działań tego typu mogą być kampanie: Rak. To się leczy!, Nie wiąż się z papierosem, Zaproszenie do znajomych.

Douglas Evans w dokumencie „Social Marketing Campaigns and Children’s Media Use” rozważa dowody potwierdzające, że marketing społeczny działa. Podkreśla, że marketing w mediach nie zawsze ogranicza się do sprzedaży produktów. Doświadczeni marketingowcy społeczni coraz częściej wykorzystują te same techniki i strategie stosowane w marketingu komercyjnym, by promować zdrowe zachowania i przeciwdziałać negatywnym wpływom tradycyjnego marketingu na dzieci i młodzież.

Jak wskazują wyniki badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych społeczne kampanie marketingowe były skuteczne w zapobieganiu i kontroli używania tytoniu, zwiększenia aktywności fizycznej, poprawie odżywiania, promocji prezerwatyw i innych pozytywnych zachowań zdrowotnych⁶.

¹ A.R. Andreasen, *Marketing social change Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers 1995., s.7.

² B. Jacennik, *Perspektywy marketingu społecznego w Polsce*, „Nowiny Psychologiczne”, 4/2000, s.25-42.

³ Ibidem, s.25-42.

⁴ Ibidem, s.25-42.

⁵ B. Wojnarowska., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s.212.

⁶ Por.: D. Evans, *Social Marketing Campaigns and Children’s Media Use*, “Future of Children Journal”, Volume 18, Number 1, Princeton Spring 2008.

W 2006 roku Ministerstwo Zdrowia Anglii zorganizowało pierwszy w historii ogólnonarodowy przegląd marketingu społecznego i kampanii związanych ze zdrowiem. Program It's Our Health (To Nasze Zdrowie) podkreślił potrzebę zastosowania marketingu społecznego celem promowania pozytywnych zmian w zachowaniach. Przyjęto, iż podejście to można stosować, aby osiągnąć konkretne cele behawioralne, poprawić stan zdrowia oraz ograniczyć nierówności w zakresie ochrony zdrowia.

Wyniki prowadzonych w Anglii badań wskazujące, iż marketing społeczny może być skuteczny w promowaniu trwałych zmian w zachowaniach zdrowotnych, zainicjowały opracowanie narodowej strategii, ukierunkowanej na podniesienie wpływu i skuteczności programów zdrowotnych i kampanii społecznych¹.

Aby skutecznie stosować marketing społeczny, wpływać na ludzkie zachowania w celu poprawy zdrowia jednostek i społeczeństw należy przestrzegać kilku podstawowych zasad marketingowych:

- poznać swoich odbiorców i umieścić ich na pierwszym miejscu, ponieważ marketing społeczny koncentruje się na grupie docelowej. Największe sukcesy odnoszą marketerzy, którzy planując kampanię starają się przyjąć perspektywę konsumenta. Punktem wyjścia dla nich są potrzeby i pragnienia odbiorców. Aby zrozumieć dlaczego odbiorcy nie robią tego czego się od nich oczekuje, trzeba zrozumieć jakie bariery stoją na ich drodze.
- marketing społeczny opiera się na działaniu. Proces zwiększania świadomości zmiana postaw czy zwiększenie wiedzy ma znaczenie tylko wtedy gdy prowadzi do konkretnego działania.
- konieczna jest „wymiana”. Jeżeli chcemy, aby odbiorcy zmodyfikowali zachowanie lub podjęli nowe – trzeba zaoferować im coś atrakcyjnego w zamian. Ważne jest poznanie odbiorców na tyle dobrze, by zrozumieć, co będzie ich motywować do wprowadzenia zmian w życiu².

Marketing społeczny jest szczególnie przydatny w usuwaniu barier, które uniemożliwiają zmiany zachowań. Trzeba wziąć pod uwagę, iż w danym momencie tylko odsetek grupy docelowej będzie gotowy do działania. W związku z tym, trzeba realistycznie oszacować, co możemy osiągnąć dzięki wprowadzeniu kampanii³.

Przy budowie kampanii społecznej należy wziąć również pod uwagę tzw. zasadę „Four P”- product (produkt), price (cena), place (miejsce), promotion (promocja). Produkt stanowi pożądane zachowanie. Zmiana zachowania przez odbiorę programu wiąże się z pewnymi osobistymi korzyściami i kosztami. Promowane zachowania muszą być łatwe do podjęcia, co wiąże się z ich dostępnością. Ponadto promowane zachowanie musi być odpowiednio rozreklamowane, tak aby dotrzeć do odbiorców⁴.

Marketing społeczny jest niewątpliwie szansą dla działań z zakresu promocji zdrowia, ale ma też swoje ograniczenia. Jest strategią zmiany zachowań, która skutecznie aktywuje ludzi do działania na rzecz swojego zdrowia. Jest głównie ukierunkowany na osoby, które są gotowe na zmiany w zachowaniu i wymaga efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów. Marketing społeczny to nie tylko reklama, sprytny slogan, intensywna akcja medialna czy kampania wizerunkowa. Jest to trwający w czasie proces skierowany do ludzi dotkniętych problemem zdrowotnym⁵.

¹ Zastosowanie marketingu społecznego do przekazywania informacji o antynikotynowych aktach prawnych w Polsce. Raport przygotowany na zlecenie Biura WHO w Polsce, 2009.

² Wskazówki zaczerpnięto z raportu: The Basics of Social Marketing dostępnego pod adresem: http://dspace.lib.uoguelph.ca/xmlui/bitstream/handle/10214/3138/Turning_Point_The_Basics_of_Social_Marketing_-_How_to_Use_Marketing_to_Change_Behaviour_complete.pdf?sequence=10.

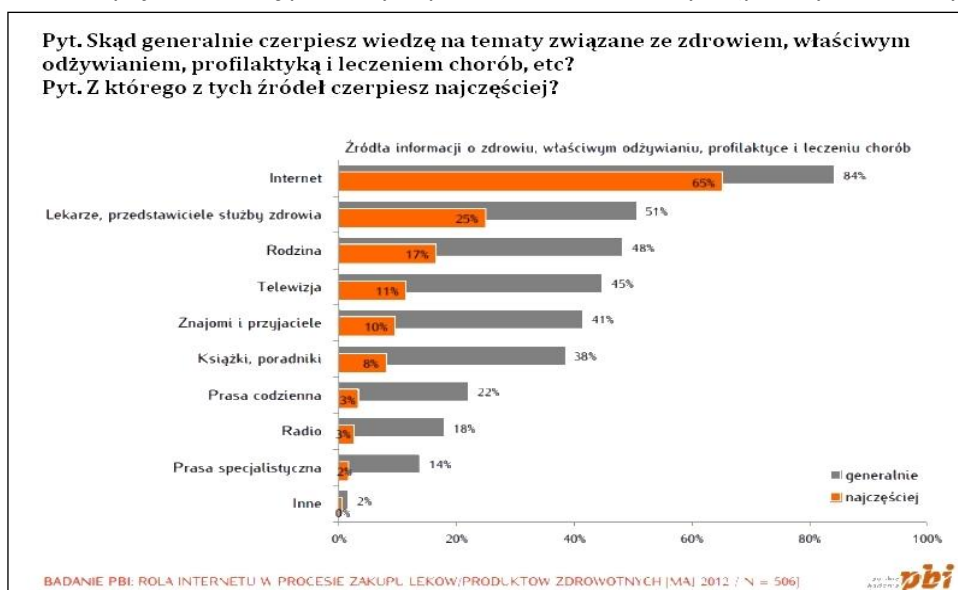
³ Por. Ibidem.

⁴ Por. B. Jacennik, op.cit. s.25-42.

⁵ Por. Raport: The Basics of Social Marketing.

Internet jako źródło wiedzy o zdrowiu

Z opublikowanego przez firmę badawczą PBI¹ w listopadzie 2012 r. raportu nt. Internet a decyzje zakupowe – rola internetu w procesie zakupu leków i produktów zdrowotnych² wynika, że Polacy coraz częściej wykorzystują sieć www do wyszukiwania informacji o zdrowiu. Wiąże się to z opublikowanymi pod koniec 2012 r. danymi³ potwierdzającymi, że internet sukcesywnie staje się jednym z najważniejszych mediów w Polsce, a liczba jego użytkowników stale rośnie (64% Polaków jest aktywnymi internautami). Polacy polubili nowe medium i za jego pomocą aktywnie poszukują informacji, również tych dotyczących swojego samopoczucia i stanu zdrowia. Co warto podkreślić, polscy użytkownicy stawiają go wyżej niż inne media tradycyjne, a nawet wizytę u lekarza czy konsultacje z rodziną i przyjaciółmi – wg badania PBI nawet 65% badanych przyznało, że zanim zwróci się o pomoc do lekarza POZ, szuka informacji w internecie, a 43% wybiera go w momencie pojawienia się pierwszych problemów zdrowotnych (por. Rys. 1 oraz Rys. 2).

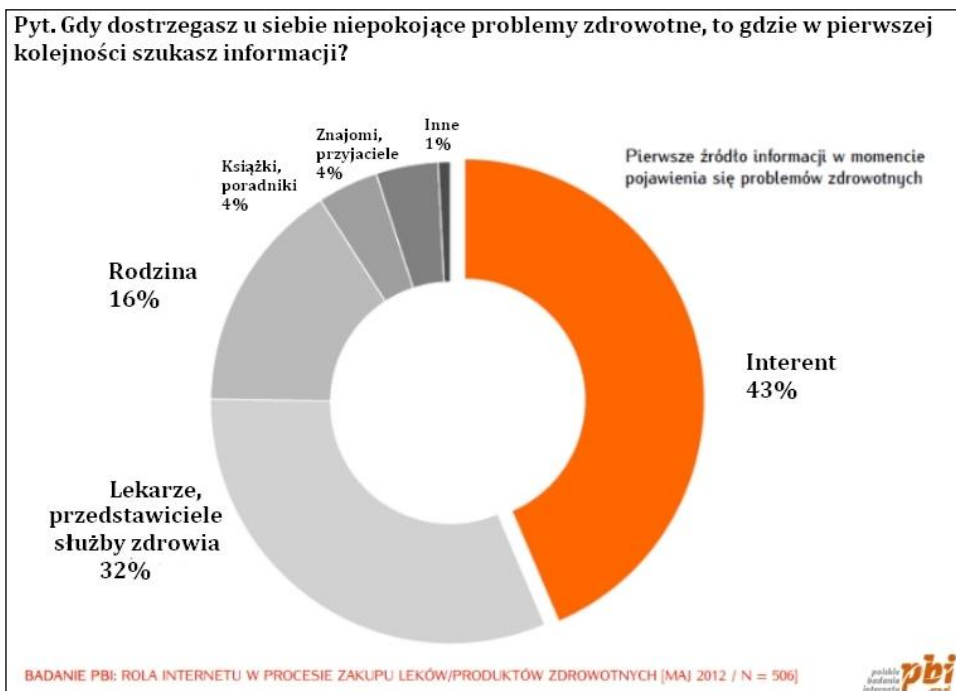


Rys. 1. Źródła informacji o zdrowiu [6]

¹ PBI to organizacja zajmująca się badaniem polskiego internetu, której sztandarowym produktem jest Megapanel PBI/Gemius, czyli pomiar oglądalności witryn i aplikacji internetowych. Więcej informacji: <http://www.pbi.org.pl>.

² Badanie zrealizowano w dniach 28 marca - 9 kwietnia 2012 r. na próbie 506 internautów w wieku 15+ lata. Raport w całości dostępny pod adresem: <http://www.slideshare.net/mirpo/a-garapich-pbi-internet-a-decyzje-zakupowe>.

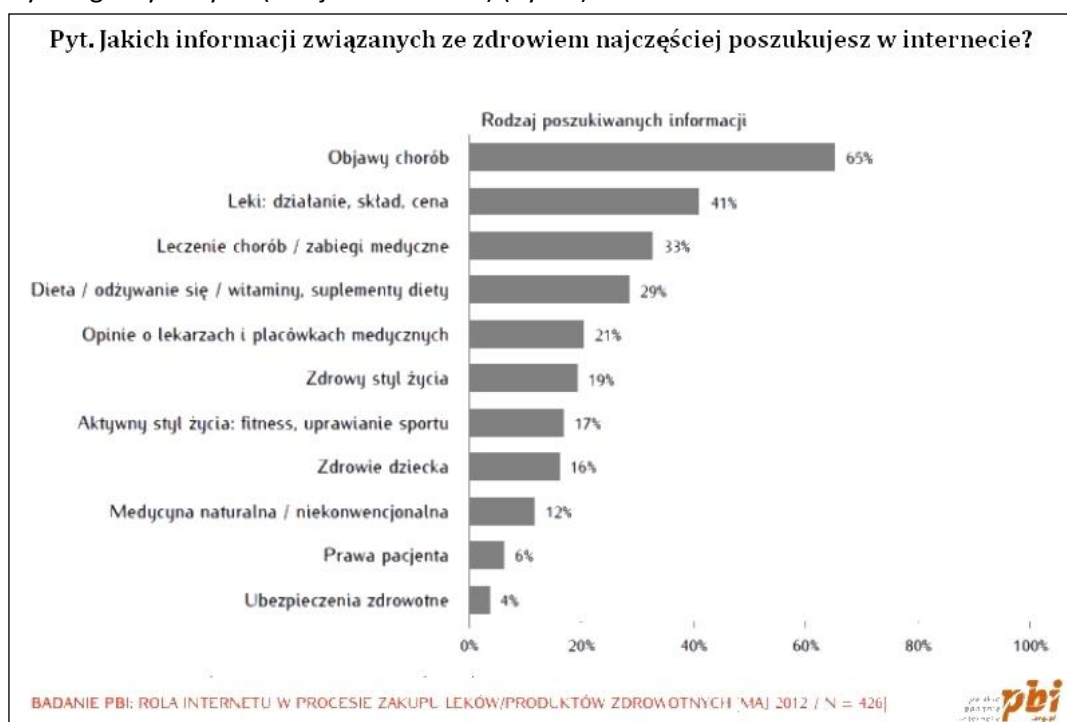
³ Badanie Word Internet Project Poland 2012 to międzynarodowy projekt analizujący wpływ internetu i nowych technologii na zjawiska społeczne, ekonomiczne i polityczne; dostępny pod adresem: www.worldinternetproject.net.



Rys.2. Źródła informacji w momencie pojawienia się problemów zdrowotnych [6]

Raport odpowiada też na pytanie o powody takiego wyboru. To oszczędność czasu (70%) i łatwy dostęp do informacji (65%) powodują, że Polacy sięgają do internetu poszukując informacji nt. zdrowia. Nie bez znaczenia pozostają również: wygoda (48%) oraz możliwość uzyskania opinii innej osoby (33%). 21% sięga do internetu, ponieważ chce być lepiej przygotowanym do wizyty u lekarza. Co ciekawe, w wykorzystaniu sieci www jako źródła wiedzy o swoim zdrowiu dominują mężczyźni (69%).

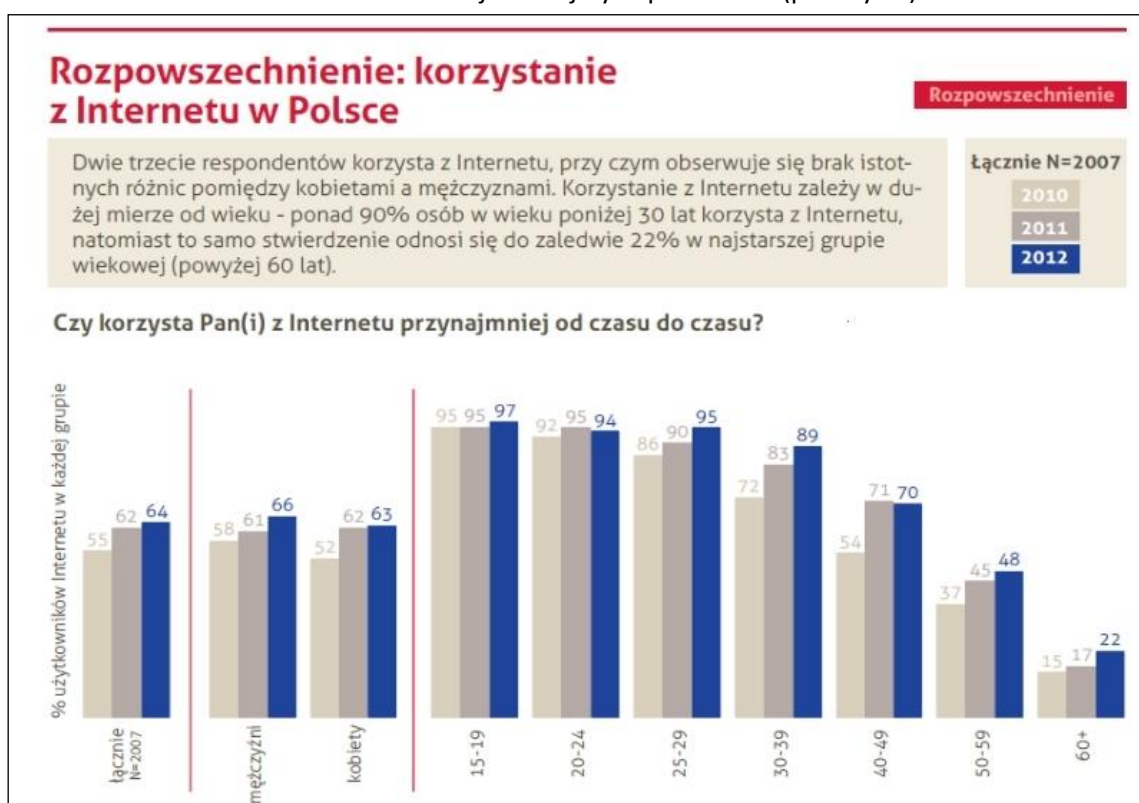
Inne wnioski, które zawiera raport PBI dotyczą narzędzi, za pomocą których internauci wyszukują interesujących ich informacji nt. zdrowia. Korzystają m.in. z wyszukiwarek przychodni/lekarzy/leków, poszukują diagnoz online, wykonują testy i quizy, korzystając przy tym z portali i serwisów specjalistycznych oraz mediów społecznościowych (korzystanie z opinii znajomych, zapytania na blogach, forach internetowych, oficjalnych fan page na portalu Facebook etc.). Najczęściej poszukiwane informacje dotyczą: objawów chorób (65%), leków (41%), leczenia chorób i zabiegów medycznych (33%), diet i odżywiania (29%), a też zdrowego i aktywnego trybu życia (kolejno 19% i 17%) (Rys. 3).



Rys.3. Rodzaj wyszukiwanych w internecie informacji o zdrowiu [6]

Ciekawe wnioski nt. informacji zdrowotnych wyszukiwanych w internecie formułują również autorzy badania ARC Rynek i Opinia¹. Wg nich, to właśnie dane o objawach i metodach leczenia, stanie zdrowia, lekach i lekarzach specjalistach są tymi, których w pierwszej kolejności poszukują internauci. Dziedzina „zdrowie” wyprzedza w tym badaniu takie kategorie jak: „rozrywka” (w tym informacje o celebrytach), „imprezy lokalne” oraz „oferty promocyjne”. Wśród usług internetowych, których poszukiwano znalazły się również bezpośredni kontakt z lekarzem lub szybka porada, którą można uzyskać za pomocą sieci www (ponad 90% badanych skorzystałoby z takich usług). Jak wskazują badania ARC Rynek i Opinia internauci chcą dowiedzieć się, jakie badania powinni wykonać, jakie przyjąć leki lub kiedy zgłosić się do lekarza specjalisty. Chcieliby też wiedzieć, gdzie go znaleźć i przeczytać o nim opinie innych internautów. Słowem – oczekują internetowej komunikacji, która może być uzupełnieniem tej tradycyjnej, która ma miejsce w gabinecie lekarskim.

Jeśli zwrócimy uwagę na fakt, że ⅓ Polaków w wieku 15+ posiada dostęp do internetu i ogólnie korzysta z niego 15,5 godziny tygodniowo, co daje średnio 2 godziny dziennie², trudno się dziwić, że dla większości analizowanych w niniejszym opracowaniu kampanii społecznych sieć internetowa stanowi dominujące medium do komunikowania treści i najważniejszych przekazów (por. Rys.4).



Rys.4. Ko-

rzystający z internetu w Polsce [7]

Pytanie, na które należałoby odpowiedzieć brzmi: czy kampanie społeczne mogą służyć celom promocji zdrowia oraz które z analizowanych multimedialnych kampanii społecznych wykorzystują internet i jego narzędzia do komunikowania głównych celów i treści.

¹ Badanie przeprowadzono w dniach 19-22.10.2012 metodą CAWI (badania on-line) na reprezentatywnej pod względem wieku, płci i miejsca zamieszkania (województwa) próbie internautów N=500. Więcej informacji nt. badania znajduje się pod adresem: http://www.arc.com.pl/internet_leczy_skutecznie41999450-pl.html

² Raport Word Internet Project Poland 2012 wskazuje, że najdłużej „zalogowani” są użytkownicy w wieku 15-19 l.

Multimedialne kampanie społeczne

W niniejszym opracowaniu zestawiono 30 polskich multimedialnych kampanii społecznych, realizowanych w Polsce w latach 2010-2013. Sugerowano się takim przedziałem czasowym ze względu na różnorodność nośników i narzędzi wykorzystywanych przez twórców i autorów kampanii do komunikacji z odbiorcami. Analizowane kampanie podzielono tematycznie na dwie główne dziedziny: profilaktyka zdrowotna i edukacja zdrowotna, oraz – znajdujące się w ramach powyższych – działania szczegółowe (por. Tab. 1).

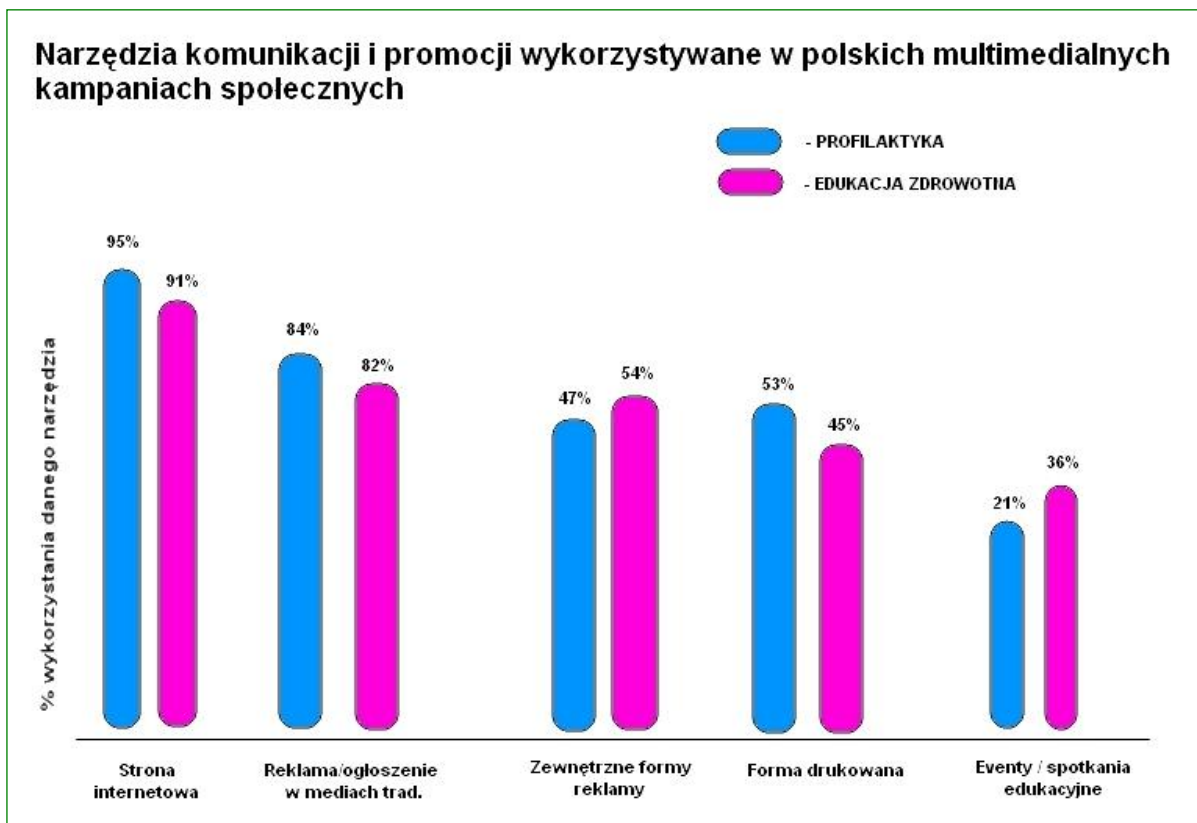
Zastosowany podział jest wybiórczy, jednak z punktu widzenia promocji zdrowia, zdaje się realizować podstawowe zagadnienia tej dziedziny naukowej.

Tab. 1. Zestawienie polskich kampanii społecznych ze względu na dziedzinę

<i>Dziedzina główna</i>	<i>Dziedziny szczegółowe</i>	<i>Liczba kampanii</i>
Profilaktyka	Profilaktyka HIV/AIDS	9
	Profilaktyka nowotworów	8
	Profilaktyka chorób serca i krążenia	2
Edukacja zdrowotna	Krwiodawstwo	3
	Zdrowe odżywianie	5
	Kampanie antynikotynowe	3

Dane wykorzystane w niniejszym opracowaniu w większości pochodzą ze strony internetowej: www.kampaniespoleczne.pl lub bezpośrednio ze stron internetowych poszczególnych kampanii.

Kampanie społeczne, wykorzystując odpowiednie narzędzia i nośniki, realizują z góry ustalony plan i strategię działania komunikacyjnego, za cel stawiając sobie zwrócenie uwagi ogółu lub ściśle określonej grupy społeczeństwa na prezentowany problem. Podczas analizy przykładów polskich multimedialnych kampanii społecznych zauważono, że wszystkie realizowały działania komunikacyjne w internecie, dwie z nich całość działań komunikacyjnych oparło o to medium. Były to: kampania Polskiego Czerwonego Krzyża Zaproszenie do znajomych, w całości zrealizowana w mediach społecznościowych, oraz kampania dystrybutora marki kuchennej GreenPan Zdrowo Jesz, wykorzystująca elementy e-medycyny, poprzez prowadzenie m.in. profesjonalnych konsultacji dietetycznych online za pomocą strony internetowej. W pozostałych przypadkach, obok internetu, wykorzystano tradycyjne formy komunikacji w postaci ogłoszeń i reklamy prasowej, radiowej i telewizyjnej. Wykorzystywano również zewnętrzne formy reklamy (outdoor) w postaci billboardów, citylightów, reklam w środkach publicznego transportu (67% analizowanych kampanii oparło działania komunikacyjne o ten sposób przekazu). Nie rezygnowano również z najbardziej tradycyjnej formy drukowanej w postaci: plakatów, ulotek, kalendarzy okolicznościowych oraz innych materiałów (47%). W 20% kampanii jako formę wspierającą wybrano eventy i spotkania edukacyjne (Rys. 5).

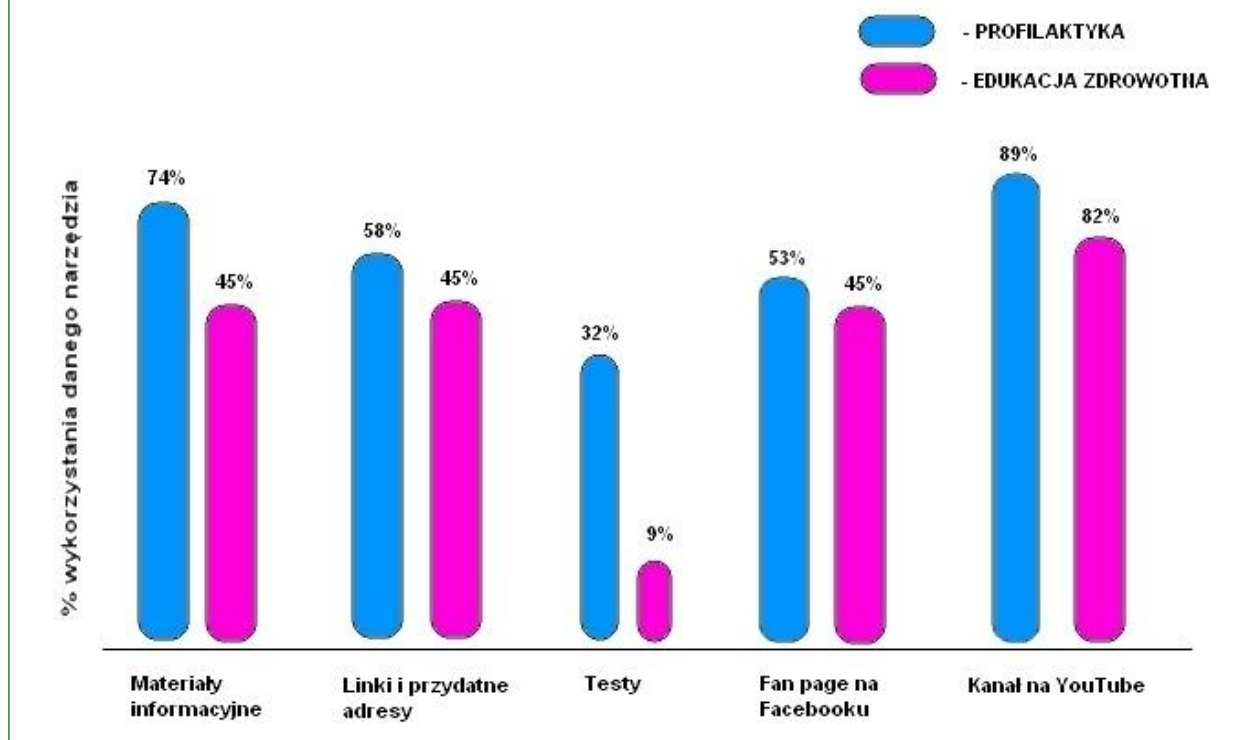


Rys. 5. Narzędzia komunikacji i promocji wykorzystywane w polskich kampaniach społecznych

Najbardziej rozpowszechnionym narzędziem komunikacji internetowej jest niezmiennie strona internetowa. 97% przeanalizowanych kampanii posiada własne miejsce w sieci www, stanowiące swoiste centrum informacyjne, w którym można dowiedzieć się o celach, jakie dana kampania realizuje i narzędziach w niej wykorzystanych. Na 76% przeanalizowanych stron użytkownik znajdzie porady i materiały informacyjne dotyczące tematu kampanii. Twórcy 13% kampanii przygotowali dla użytkowników internetu FAQ – listę najczęściej zadawanych pytań, 50% posiada listę przydatnych adresów (odpowiednio: placówek, w których można wykonać badania profilaktyczne lub testy, przychodni współpracujących z twórcami kampanii, jej patronów lub zestawienie linków odsyłających do tematycznych stron internetowych). Na 30% stron internetowych analizowanych kampanii można wykonać testy, 47% stron daje możliwość bezpośredniego kontaktu za pomocą formularza kontaktowego lub dedykowanej aplikacji (por. Rys. 6).

90% kampanii wybrało komunikację w mediach społecznościowych. 50% kampanii posiada fan page w portalu społecznościowym Facebook, 3% wykorzystuje do komunikacji blogi, 7% korzysta z Twittera, 87% posiada kanał w serwisie YouTube.

Zawartość stron internetowych polskich multimedialnych kampaniach społecznych



Rys. 6. Zawartość stron internetowych kampanii społecznych

Wybrane do niniejszego opracowania kampanie społeczne poświęcone HIV/AIDS skupiają się przede wszystkim na profilaktyce. Są to realizowane w roku 2010: Daj szansę swojemu dziecku, nie daj szansy AIDS, Wiedza ratuje życie. Zrób test na HIV; w 2011 r.: Nie dostaniesz mnie!, przeTESTuj się, Zaproszenie do znajomych; w roku 2012 r.: Zrób test na HIV!, FAIR PLAY. Gram fair, używam prezerwatyw, Odkryci; w 2013 r.: Kończ bez strachu. Ich założeniem jest zwiększenie świadomości zagrożeń wynikających z ryzykownych zachowań seksualnych. Drugim – nie mniej ważnym – celem, na który zwracano uwagę była edukacja. Wszystkie z wyżej przedstawionych kampanii posiadały swoją stronę internetową, na której znalazły się odpowiednio: materiały informacyjne o wirusie HIV, sposobach zakażenia, testy na obecność wirusa, adresy punktów bezpłatnego i anonimowego testowania oraz FAQ. Kampania Daj szansę swojemu dziecku, nie daj szansy AIDS miała na celu zachęcenie kobiet w ciąży i planujących macierzyństwo do wykonania testu na obecność wirusa HIV. W kampanię zaangażowała się siatkarka Małgorzata Glinka, której zdjęcie widniało na materiałach promocyjnych oraz w telewizyjnym spocie. Wykorzystanie wizerunku znanych i rozpoznawalnych osób jest znanym zabiegiem stosowanym w reklamie i służy przede wszystkim zwiększeniu skuteczności samego przekazu jak też powoduje jego lepsze zapamiętywanie. Kampanie, w których wykorzystano wizerunek znanej osoby to także: Nie dostaniesz mnie! (w której Mateusz Damięcki, Aleksandra Kwaśniewska, Małgorzata Socha i Jakub Wesołowski wykonują słynny gest Kozakiewicza, jednocześnie przypominający ułożenie ręki po pobraniu krwi); Odkryci (m.in. Rafał Mohr, Maria Sadowska, Maria Seweryn, Marta Wiśniewska).

7 na 9 omawianych kampanii wykorzystano w swoich działaniach promocyjnych spot telewizyjny (reklama TV), który co ciekawe, został również opublikowany w serwisie YouTube, co daje większe możliwości dotarcia do grupy odbiorców – będących jednocześnie użytkownikami sieci www. Okres wyświetlania reklamy w medium jakim jest telewizja jest ograniczony budżetem oraz czasem trwania kampanii – umieszczenie go w serwisie YouTube daje w zasadzie nieograniczone możliwości wyświetlania i coraz więcej kampanii społecznych (zwłaszcza te mające przebieg cykliczny) decyduje się na założenie w/w serwisie specjalnego kanału.

6 z 9 analizowanych kampanii dotyczących profilaktyki HIV/AIDS przeprowadziło promocyjną kampanię bannerową w polskim internecie. Dzięki temu działaniu hasła kampanii miały szansę dotrzeć do szerszej grupy odbiorców, np. użytkowników odwiedzających portale i serwisy adresowane do tożsamy dla poszczególnych kampanii grup docelowych – kobiet, młodzieży etc.

3 na 9 badanych kampanii społecznych dotyczących profilaktyki HIV/AIDS posiada oficjalny fan page na portalu Facebook. Warto zauważyć, informacja o nim znajduje się jednocześnie na stronie internetowej, z poziomu której można się do niego łatwo przenieść (za pomocą buttona/widgeta). Z tego punktu widzenia ciekawą kampanią społeczną była kampania pod nazwą: Zaproszenie do znajomych, wykorzystującej rosnącą w Polsce popularność portalu Facebook. Założeniem kampanii, budującej świadomość na temat zagrożeń związanych z wirusem HIV, było dotarcie do młodych ludzi, posiadających profil w portalu. Na potrzeby kampanii stworzono postać - Alę Skoczowską. Atrakcyjna dziewczyna zapraszała do grona znajomych losowo wybranych użytkowników Facebooka. Każdy z odbiorców, którzy zaakceptowali zaproszenie, otrzymał dostęp do tzw. „walla” Ali, na którym znajdował się jedynie materiał wideo pt. „Pamiętasz, jak się poznaliśmy?”. Nagranie z udziałem dziewczyny, przedstawiało przebieg imprezowego wieczoru. Finałowa scena, sugerująca wcześniejsze zbliżenie seksualne, kończyła się komunikatem – „Ala ma HIV. Teraz masz i ty. Życie to nie Facebook! Nie przyjmuj zaproszenia od nieznajomych.” Po 2 tygodniach trwania kampanii film miał 2 mln wyświetleń i wywołał dyskusję o profilaktyce HIV w 150 krajach. Jak przyznają twórcy kampanii, „w czasie jej trwania liczba testów pod kątem nosicielstwa HIV wzrosła o 43 proc. w porównaniu do analogicznego okresu w roku poprzednim”¹.

Kampanie społeczne poświęcone profilaktyce nowotworów wykorzystujące do komunikacji z odbiorcami internet, prezentują bardzo podobny wachlarz narzędzi. Spośród 8 przeanalizowanych przykładów kampanii – wszystkie posiadały stronę internetową, na której publikowały najważniejsze informacje dotyczące odpowiednio: raka szyjki macicy, raka prostaty, raka jelita grubego. Pomysły na zainteresowanie odbiorców tematami kampanii i zachęcenia ich do wykonania badań profilaktycznych (co stanowiło główny cel wszystkich omawianych przykładów), były bardzo różnorodne. W kampanii Fundacji „Rak’n’Roll. Wygraj życie pt.: Gadaj-badaj, skierowanej do mężczyzn z grupy ryzyka zachorowania na raka prostaty zastosowano kreatywne layouty z szokującymi komunikatami, np.: „Kto nie wypina tego wina”, „Aby żyć, czasem wystarczy się schylić”, „Rozmawiasz z kumplami o dupach? Pogadaj o swojej” (Rys. 7).

**ROZMAWIASZ
Z KUMPLAMI
O DUPACH?**

**KTO NIE WYPINA,
TEGO WINA**

**ABY ŻYĆ,
CZASEM WYSTARCZY
SIĘ SCHYLIĆ**

POGADAJ O SWOJEJ - Chcesz temat, który warto omówić? Na przykład: ten, o którym nie rozmawia się zbyt często? Jeśli tak, to powiedz nam o tym. Wyślij nam wiadomość i dowiedz się, czy ktoś inny też o tym myśli. [gadaj-badaj.pl](http://www.gadaj-badaj.pl)



Cóż, może być kiepsko z tym, kto unika profilaktycznego badania na raka prostaty. Ta choroba początkowo nie daje żadnych objawów. Tylko badanie pozwala we wczesnej fazie wykryć ją i wyliczyć. Wystarczy kilka sekund, żeby dowiedzieć się czy wogóle w porządku. Badanie jest wykonywane przez oddychanie bezboleśnie. Chcesz to przegadać? Otwieramy temat: [gadaj-badaj.pl](http://www.gadaj-badaj.pl)



Treba kilku sekund, aby lekarz sprawdził czy wszystko w porządku z Twoją prostatą. Takie badanie wykonywane jest przez oddychanie, całkowicie bezboleśnie. Za to pozwala we wczesnej fazie wykryć raka prostaty i go wyliczyć. Alternatywą jest znacznie mniej optymistyczna. Chcesz to przegadać? Otwieramy temat: [gadaj-badaj.pl](http://www.gadaj-badaj.pl)



Rys.7. Kreatywne layouty kampanii społecznej Gadaj-badaj, Fundacja „Rak’n’Roll. Wygraj życie”[10] Przekazy te miały swoją tradycyjną, papierową wersję w postaci plakatów i naklejek, istniały też jako wersja elektroniczna, nietypowym komunikatem prowokująca internautów.

¹ <http://www.pck.pl/aids/>

Kampania Polskiej Unii Onkologii zachęcająca do przeciwdziałania rakowi jelita grubego, również odwołuje się do kontrowersji – hasło: Zabezpiecz tyły! i dzięki nietypowemu komunikatowi próbuje zmierzyć się z wciąż niepopularnym wśród Polaków badaniem jakim jest kolonoskopia.

W kampaniach, których głównym zadaniem jest profilaktyka, dobrze sprawdza się udział popularnych, rozpoznawalnych osób, które zachęcają do podjęcia aktywności w danej dziedzinie. Przykładem takiej kampanii społecznej jest organizowana od 2011 r. kampania Ogólnopolskiej Organizacji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy „Kwiat Kobięcości” Piękna bo zdrowa. Dotychczas udział w niej wzięły m.in. Anna Dereszowska, Aleksandra Mikołajczyk, Natalia Lesz, Maja Hirsch, Ada Fijał, Kasia Pakosińska, a honorowy patronat nad przedsięwzięciem objęły: Anna Komorowska i Hanna Gronkiewicz-Waltz.

Kampania na rzecz profilaktyki raka szyjki macicy i raka jajnika opiera się na działaniach eventowych – spotkaniach edukacyjnych i tzw. miasteczkach kobiet, kampanii promocyjnej w mediach tradycyjnych (prasa, radio, telewizja), ale także w internecie – fanpage na Facebooku, kampania bannerowa, strona www, spot w serwisie YouTube.

Ciekawym przykładem wykorzystującym potencjał internetu jest trwająca od 2010 r. kampania społeczna Policzmy się z rakiem. Wykorzystująca do komunikacji media społecznościowe (Facebook, Twitter, YouTube, blogi, forum internetowe) walczy ze stereotypem nowotworu jako wyroku oraz poczuciem bezradności, które często dotyczą chorych i ich rodziny. Twórcy kampanii stworzyli stronę internetową, na której wszyscy, którzy pokonali raka lub z nim walczą, mogą dodać odwagi innym chorym. Dodatkowo na stronie serwisu Allegro powstał wirtualny licznik, dedykowany dla każdego, kto choć raz zetknął się w swoim życiu z nowotworem. W I edycji Policzmy się z rakiem „policzyło się” ponad 10 000 osób, w II blisko 20 000.

Kampanie edukacyjne ujęte w niniejszym zestawieniu wykorzystują internet do zmiany nawyków żywieniowych (kampanie społeczne dotyczące zdrowego odżywiania), zachęcenie do honorowego krwiodawstwa oraz kampanie unaoczniające negatywne skutki palenia tytoniu (kampanie antynikotynowe)¹.

Na potrzeby wszystkich znajdujących się w niniejszym zestawieniu multimedialnych kampanii społecznych, stworzono strony internetowe, nakłaniające do odpowiednich dla danego tematu zachowań, zawierające materiały edukacyjne i informacje na temat: zalet wynikających z honorowego oddawania krwi, zmiany nawyków żywieniowych oraz skutków palenia papierosów.

Kampanie społeczne dotyczące krwiodawstwa w pierwszej kolejności usiłują przełamać negatywne nastawienie do honorowego krwiodawstwa wykazując, że oddawanie krwi ratuje życie. Udaje im się to poprzez działania edukacyjne w postaci spotkań z młodzieżą, pokazów, eventów promocyjnych. Nie rezygnują jednak z działań online, które skupione są przede wszystkim wokół serwisów video oraz działaniach w mediach społecznościowych. Ciekawą formę dotarcia z informacją do potencjalnych krwiodawców przedstawia kampania Twoja krew, moje życie, swoim spotem TV nawiązująca do serialu animowanego „Było sobie życie”. Jest to wyraźny komunikat, że krwi nie sposób wyprodukować i tylko większa liczba dawców to szansa na zdrowie dla osób jej potrzebujących.

W ostatnich trzech latach powstało kilkanaście ciekawych kampanii służących promocji zdrowego odżywiania. W niniejszym opracowaniu uwzględniono 5 z nich: Ja Ty Jemy, To śmieci tuczą dzieci, Pij mleko! będziesz Wielki!, Zdrowo Jesz, Zdrowy przedszkolak. Wszystkie posiadają strony internetowe, dodatkowo 3 z nich posiadają fan page w portalu społecznościowym Facebook.

Wchodzące w skład niniejszego opracowania kampanie antynikotynowe wykorzystują mroczne, niejednokrotnie drastyczne komunikaty – layouty przedstawiające trumny, spoty promocyjne zawierające ujęcia zniszczonych narządów wewnętrznych – nawiązują bezpośrednio do skutków, które może wywołać palenie papierosów, czyli: zwiększenia ryzyka zawału serca, raka płuc, raka trzustki i – ostatecznie – przed-

¹ Zestawienie dostępne w tabeli stanowiącej aneks do niniejszego opracowania.

wczesnej śmierci. Kampanie billboardowe w miastach oraz ich wirtualne odpowiedniki w kampaniach banerowych w internecie, non-profitowe spoty telewizyjne i radiowe, dostępne również w serwisie YouTube, to podstawowe kanały komunikacyjne wykorzystywane przez tą grupę kampanii.

Ciekawe wydają się wyniki badania sondażowego przeprowadzonego po zakończeniu antynikotynowej kampanii Ministerstwa Zdrowia pt. Papierosy pożerają Cię żywcem. Okazuje się, że podczas jej trwania 29 proc. palących respondentów podjęło próbę zaprzestania palenia bądź ograniczenia go, z czego 5 proc. (ok. 450 tys. osób) udało się rzucić palenie¹. Niniejsze badanie może być motywacją dla twórców innych multimedialnych kampanii społecznych. Niestety, w przypadku większości kampanii, wciąż brakuje badań fokusowych, które zostałyby przeprowadzone przed i po danej realizacji, co pozwoliłoby zmierzyć jej efektywność. Niewielu twórców uwzględniła w projekcie przeprowadzenie pomiarów oddziaływania kampanii, ponieważ wiąże się to z koniecznością zwiększenia budżetu. Pozostaje inne pytanie: czy skuteczność kampanii w ogóle jest mierzalna i daje się zbadać? Przeanalizowany materiał dowodzi, że kampanie społeczne opierają się na emocjach, odwołują do wrażliwości odbiorcy, a czy ta sfera w ogóle podlega ocenie, wydaje się co najmniej dyskusyjne.

Podsumowanie

Niniejsze opracowanie podejmuje próbę wykazania, że multimedialne kampanie społeczne mogą stanowić narzędzie do realizacji celów, jakie stawia przed sobą profilaktyka i edukacja zdrowotna. Jeśli wykorzystują potencjał, jakim jest komunikacyjna wartość internetu, jego - właściwie nieograniczony - zasięg oraz liczbę użytkowników, do których może dotrzeć odpowiednio zredagowany i przedstawiony komunikat – szanse na zmianę nawyków, propagowanie zdrowego stylu życia lub wykonywanie badań profilaktycznych znacząco rosną.

Aneks: Zestawienie polskich multimedialnych kampanii społecznych

Kategoria ogólna	Nazwa kampanii // hasło kampanii	Nadawca	Zastosowane narzędzia komunikacji / promocji	Użyteczności dla internauty	Adresaci	Rok realiz.
PROFILAKTYKA HIV/AIDS	1. Daj szansę swojemu dziecku, nie daj szansy AIDS	Krajowe Centrum ds. AIDS	Strona internetowa Informacja prasowa Banner internetowy Spot TV (YouTube) Plakaty Ulotki	Informacja, gdzie można wykonać test na obecność wir. HIV FAQ	Kobiety w ciąży, kobiety planujące macierzyństwo	2009 / 2010
	2. Wiedza ratuje życie. Zrób test na HIV	Krajowe Centrum ds. AIDS	Strona internetowa Spot TV (YouTube) Spot radiowy Reklama ATL i BTL Bannery internetowe Informacja prasowa	Informacja, gdzie można wykonać test na obecność wir. HIV	Osoby dorosłe (18-39 l. i starsze), aktywne seksualnie, odpowiedzialne za zdrowie własne i partnera	2010
	3. Nie dostaniesz mnie! // Nie dostaniesz mnie!	Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy”	Strona internetowa Outdoor - Citylighty, Reklama prasowa Bannery internetowe	Test na stronie Informacja, gdzie można wykonać test na obecność wir. HIV	Mieszkańcy Warszawy	2011
	4. przeTESTuj się // Życie to nie gra, zrób bezpłatny test na HIV	Stowarzyszenie MANKO	Strona internetowa Fan Page kampanii na Facebooku Spot TV (YouTube) Banner internetowy Eventy Cykl spotkań edukacyjnych Reklama prasowa Kalendarz promocyjny	Aktualności Test na stronie Informacje o wirusie Multimedia Gra komp. do pobrania Buton Facebook	Osoby młode i dorosłe (18-29 l.) aktywne seksualnie	2011
	5. Zaproszenie do	Polski Czerwony	Fan Page kampanii na	Informacje o wiru-	Młode osoby korzy-	2011

¹ Materiały prasowe kampanii *Papierosy pożerają Cię żywcem*, dostępne pod adresem: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/kampania_tyton_04032010.pdf

Kategoria ogólna	Nazwa kampanii // hasło kampanii	Nadawca	Zastosowane narzędzia komunikacji / promocji	Użyteczności dla internauty	Adresaci	Rok realiz.
	znajomych // Życie to nie Facebook	Krzyż	Facebooku Strona internetowa Spot promocyjny (kanał na YouTube) Marketing wirusowy	sie i sposobach zakażenia Informacja jak i gdzie się zbadać Buton Facebook	stające z internetu	
	6. Zrób test na HIV!	Krajowe Centrum ds. AIDS	Strona internetowa Spot TV (YouTube) Spot radiowy Banner internetowy Reklama prasowa Outdoor - billboard Teczka tekturowa i płyta CD Pakiet edukacyjny z prezerwatywą Kalendarz promocyjny na 2012 rok Koszulka bawełniana typu T-shirt Torba bawełniana Ulotka	Test na stronie FAQ Ankieta Poradnia internetowa	Aktywne seksualnie osoby dorosłe (18-39 lat i starsze) odpowiedzialne za zdrowie własne i partnera	2011 / 2012
	7. FAIR PLAY. Gram fair, używam prezerwatyw.	Krajowe Centrum ds. AIDS	Strona internetowa Spot TV (YouTube) Spot radiowy Outdoor - billboard Banner internetowy Ogłoszenie prasowe Roll up Pakiet edukacyjny z prezerwatywami Chorągiewka Teczka Z-card	Test na stronie FAQ Poradnia internetowa	Kibice piłkarscy w wieku 18-39 l., podejmujący ryzykowne zachowania seksualne	2012
	8. Odkryci // Nie mam nic do ukrycia - zrobiłem/am test na HIV!	Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy”	Strona internetowa Outdoor - citylighty Reklama prasowa	Materiały informacyjne Lista placówek wykonujących badania na obecność wirusa	Osoby aktywne seksualnie	2012
	9. Kończ bez strachu	Społeczny Komitet ds. AIDS	Strona internetowa Fan Page kampanii na Facebooku Spot TV (kanał na YouTube) Szkolne warsztaty z profilaktyki HIV/AIDS.	FAQ Interaktywne aplikacje i gry Buton Facebook Buton YouTube	Ludzie młodzi, aktywni seksualnie	2013
PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW	1. Nie pakuj się do trumny! Zrób cytologię	Polska Unia Onkologii, GlaxoSmithKline	Strona internetowa Spot TV (kanał YouTube) Plakat Reklama radiowa	Informacje o raku szyjki macicy	Kobiety w wieku 25-59 l.	2010
	2. Wystarczy tak niewiele...	Polska Unia Onkologii, GlaxoSmithKline	Strona internetowa Spot TV (kanał YouTube) Plakat Reklama radiowa	Informacje o raku piersi Poradnik, jak badać piersi	Kobiety w wieku 25+	2010
	3. Nie krępuj się, zerwij z milczeniem	Polska Unia Onkologii, GlaxoSmithKline	Strona internetowa Spot TV – YouTube Plakat Reklama radiowa	Informacje o raku prostaty Porady Słownik pojęć Ważne linki	Mężczyźni znajdujący się w grupie ryzyka zachorowania na raka prostaty	2010r.
	4. Policzmy się z rakiem	Grupa Allegro i Fundacja „Ludzie dla ludzi”	Strona internetowa Fan Page na Facebooku Spot TV (kanał na YouTube) Mikroblog na Twitterze Informacja na serwisach internetowych i portalach	Aplikacja internetowa Poradniki Artykuły Forum int. Blogi tematyczne	Osoby chore na nowotwór i ich rodziny	2010 2011 2012

Kategoria ogólna	Nazwa kampanii // hasło kampanii	Nadawca	Zastosowane narzędzia komunikacji / promocji	Użyteczności dla internauty	Adresaci	Rok realiz.
			Newsletter Charytatywne aukcje Allegro Outdoor - citylighty, reklama na nośnikach w warszawskim Metrze	Buton Facebook Newsletter		
	5. Piękna bo zdrowa // Zostań superbohaterką, zrób cytologię	Ogólnopolska Organizacja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy „Kwiat Kobiecości”	Strona internetowa Fan Page na Facebooku Spot TV (kanał na YouTube) Działania promocyjne w prasie i kinach (ekrany plazmowe) Bannery internetowe Outdoor – billboardy Plakaty Eventy Gala finałowa połączona z premierą sztuki teatralnej "Honeymoon" Koszulki okolicznościowe	Kupon na bezpłatne badania cytologiczne Materiały informacyjne Buton Facebook	Kobiety	2011 2012 2013
PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW	6. Zabezpiecz tyty. Zrób kolonoskopię!	Polska Unia Onkologii, GlaxoSmithKline	Strona internetowa Spot TV (kanał YouTube) Fan Page na Facebooku Spot radiowy	Materiały informacyjne Buton Facebook	Mężczyźni w wieku 50 l., lub u których w rodzinie były przypadki zachorowań na nowotwór	2012
	7. Gadaj-badaj	Fundacja „Rak’n’Roll. Wygraj życie”	Strona internetowa Spot TV (kanał YouTube) Fan Page na Facebooku Spot reklamowy Kreatywne layouty kampanii, w różnych wersjach: „Kto nie wypina tego wina”, „Aby żyć, czasem wystarczy się schylić”, „Rozmawiasz z kupkami o dupach? Pogadaj o swojej” Reklama prasowa Reklama w przestrzeni miejskiej – naklejki, plakaty	Materiały informacyjne Lista specjalistów Buton Facebook Buton Twitter	Mężczyźni z grupy ryzyka zachorowania na raka prostaty	2012
	8. Rak. To się leczy!	Fundacja Rosa	Strona internetowa Fan Page na Facebooku Spot TV (kanał YouTube) Event - gala wyemitowana w TVP	Pytanie do eksperta Porady Materiały informacyjne Formularz kontaktowy Aplikacja: Kalkulator zdrowia Lista przydatnych adresów Aktualności Buton Facebook Buton YouTube	Mieszkańcy Polski	2013r.
KAMPANIE DOT. CHOROÓB SERCA I KRAŻENIA	1. Zwalcz o swoje serce // Zwalcz o swoje serce. Silny ból, ucisk lub rozpieranie w klatce piersiowej – to może być zawał serca. Nie czekaj, wezwij karetkę!	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Asocjacja Interwencji Sercowo-Naczyniowych	Strona internetowa Fan Page na Facebooku 5 spotów TV (kanał YouTube) Outdoor – billboardy Reklama prasowa Reklama radiowa	Materiały informacyjne Porady Lista przydatnych adresów	Mężczyźni w wieku 38+, kobiety w wieku 45+	2010
	2. I love♥ Kochaj swoje serce // Kochaj swoje serce. Dla	Ministerstwo Zdrowia	Strona internetowa Fan Page na Facebooku Spot TV (kanał YouTube)	Materiały informacyjne Porady	Ogół polskiego społeczeństwa ze szczególnym	2010

Kategoria ogólna	Nazwa kampanii // hasło kampanii	Nadawca	Zastosowane narzędzia komunikacji / promocji	Użyteczności dla internauty	Adresaci	Rok realiz.
	zdrowia!		Portale: Onet.pl, Wp.pl, Gazeta.pl, sieć Arbo Outdoor – reklama w komunikacji miejskiej na uchwytach Handy Media Reklama prasowa Reklama radiowa		uwzględnieniem dzieci i osób po 40 r.ż.	
KRWIODAWSTWO	1. Twoja krew, moje życie // Podziel się, bo krwi nie da się wyprodukować.	Ministerstwo Zdrowia i Narodowe Centrum Krwi	Strona internetowa Fan Page na Facebooku Forum internetowe Spot TV (YouTube) Reklama radiowa Broszura informacyjna Plakat	Informacje o poborze krwi Lista placówek, w których można oddać krew Materiały informacyjne Forum	Potencjalni dawcy krwi, polska opinia publiczna	2010
	2. Podaruj Kroplę Miłości // Znajdź czas! Twoja krew uratuje mi życie!	Caritas Polska	Strona internetowa Spot TV (kanał YouTube) Outdoor - billboardy Broszura informacyjna Plakat	Informacje o miejscach planowanych akcji poboru krwi	Osoby w wieku 18 - 65 l., które chcą ofiarować swoją krew chorym	2012
	3. Zbieramy krew dla Polski	Grupa Muszkieterów PCK	Strona internetowa Spot radiowy (kanał YouTube) Eventy Plakat Ulotki	Informacje o akcjach poboru krwi Konkurs i losowanie apteczek samochodowych	Osoby w wieku 18 - 65 l., klienci hipermarketów Inter-marché i Bricomarché	2008-2012
ZDROWE ODŻYWIENIE	1. Pij mleko! będziesz Wielki!	Międzynarodowe Stowarzyszenie Reklamy IAA w Polsce	Strona internetowa Fan Page na Facebooku Outdoor - billboardy Spot radiowy Spot TV (kanał na YouTube)		Promowanie zdrowych nawyków żywieniowych wśród dzieci i młodzieży	2003-2011
	2. Ja Ty Jemy // Jakie matki, takie dzieci	Fundacji Banku Ochrony Środowiska.	Strona internetowa Fan Page na Facebooku Kanał YouTube Outdoor – billboardy Kampania AdWords	Porady pracowników naukowych zajmujących się tematyką żywienia i aktywności fizycznej Przepisy zdrowej kuchni Porady dietetyczne Piramidy zdrowego żywienia Pomysły na zabawy na świeżym powietrzu	Matki	2012r.
	3. To śmieci tuczą dzieci	Fundacji Banku Ochrony Środowiska.	Strona internetowa Fan Page na Facebooku Kanał YouTube Outdoor - billboardy Eventy i spotkania w szkołach	Porady ekspertów dot. zasad żywienia i aktywności fizycznej	Uczniowie klas 1–3 i ich rodzice	2012
	4. Zdrowo Jesz	Dystrybutor marki kuchennej Green-Pan	Strona internetowa	Informacje i porady dotyczące zdrowego odżywiania Możliwość skonfigurowania diety Możliwość wyliczenia wskaźnika BMI E-porada od eksperta		2011
	5. Zdrowy przedszkolak	Fundacja Instytutu Medycyny Integra-	Strona internetowa Fan Page na Facebooku	Wirtualna petycja w sprawie zmiany		2012

Kategoria ogólna	Nazwa kampanii // hasło kampanii	Nadawca	Zastosowane narzędzia komunikacji / promocji	Użyteczności dla internauty	Adresaci	Rok realiz.
		cyjnej	Konto na Twitterze Ulotki Eventy i spotkania w przedszkolach Udział ambasadorów kampanii	sposobu żywienia dzieci w przedszkolu Publikacje dot. zdrowego odżywiania dzieci Przepisy		
ANTYNIKOTYNOWE	1. Papierosy pożerają Cię żywcem // Papierosy pożerają Cię żywcem, Papierosy pożerają żywcem ciebie i twoje dziecko, Rzuć palenie już dziś	Ministerstwo Zdrowia	2 spoty TV (YouTube) Eventy lokalne Plakaty	Promowanie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym	Osoby dorosłe (20-59l.) uzależnione od palenia papierosów	2009 / 2010
	2. Rzuć to!	QST Marketing Group	Strona internetowa Outdoor - billboardy Spoty radiowe i TV (YouTube), Kampania internetowa na stronach: Radio Zet, Men's Health, Zdrowie, Gadu-Gadu, We-Dwoje.pl, PoradnikZdrowie.pl, Nauka.pl, Openmedica.pl, Idolo.pl i Fit.pl. Event – marsz	Plan dostosowany do indywidualnych potrzeb	Ogół społeczeństwa, osoby palące papierosy	2010
	3. Nie wiąż się z papierosem // Nie każdy związek przetrwa próbę czasu. Nie wiąż się z papierosem	Polska Unia Onkologii, GlaxoSmithKline	Strona internetowa Spot TV (kanał na YouTube) Spot radiowy Kampania bannerowa w internecie Outdoor	Pakiet informacji o układzie oddechowym Informacje nt. raka płuc Słownik Ważne linki	Młodzież, ogół społeczeństwa, osoby palące papierosy	2011

Literatura i źródła:

1. Andreasen, A.R., Marketing social change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment, San Francisco: Jossey-Bass Publishers 1995.
2. Evans D., Social Marketing Campaigns and Children's Media Use, "Future of Children Journal", Volume 18, Number 1, Princeton Spring 2008.
3. Jacennik B., Perspektywy marketingu społecznego w Polsce, „Nowiny Psychologiczne”, 4/2000.
4. Jacennik B., Koncepcje i metody marketingu społecznego a promocja zdrowia, „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, VII, nr 19, 2000, s. 88-100.
5. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s.212.
6. Badanie PBL: Rola internetu w procesie zakupu leków/produktów zdrowotnych, maj 2012, <http://www.slideshare.net/mirpo/a-garapich-pbi-internet-a-decyzje-zakupowe> (dostęp 04.03.2013 r.).
7. Raport Word Internet Project Poland 2012, http://www.arc.com.pl/internet_leczy_skutecznie-4199945-0-pl.html, (dostęp 04.03.2013r.).
8. Report: The Basics of Social Marketing: How to Use Marketing to Change Behaviour, Turning Point 2006.
9. Zastosowanie marketingu społecznego do przekazywania informacji o antynikotynowych aktach prawnych w Polsce. Raport przygotowany na zlecenie Biura WHO w Polsce, 2009.
10. <http://gadajbadaj.pl/>
11. Głogowska J., Efektywność kampanii społecznych dotyczących profilaktyki HIV/AIDS, Opole 2012.
12. Maison D., Wasilewski P. (red.), Propaganda dobrych serc czyli rzecz o reklamie społecznej, Kraków 2002.
13. Pabian A., Promocja. Nowoczesne środki i formy, Warszawa 2008.

14. Tapscott D., Cyfrowa dorosłość. Jak pokolenie sieci zmienia nasz świat, Warszawa 2010.
15. Pucek Z., Bierówka J. (red.), Media a opinie i postawy społeczne, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2011.
16. Kotler P., Roberto N., Lee N., Social Marketing: Improving the Quality of Life, Thousand Oaks, CA: Sage Publications 2002.
17. Siegel M., M. D., Doner L., Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change, Aspen Publishers, Inc 1998

Zestawienie stron internetowych kampanii ujętych w opracowaniu:

1. www.kampaniespoleczne.pl
2. www.aids.gov.pl/
3. www.pozytywniwteczy.pl/
4. www.ryzykochania.pl/
5. odkryci.pl/
6. konczbezstrachu.pl/
7. www.zrobcytologie.pl
8. www.wystarczytakniewiele.pl
9. www.zbadajprostate.pl/
10. www.policzmysie.pl
11. www.kwiatkobiecosci.pl/
12. www.zrobkolonoskopie.pl
13. www.raktosieleczy.pl/
14. www.ptkardio.pl
15. www.kochajserce.pl
16. www.twojakrew.pl
17. caritas.pl
18. www.muszkietierowie.pl/
19. www.aktywniepozdrawie.pl/ja-ty-jemy
20. www.fundacjabos.pl/
21. www.zdrowojesz.org.
22. www.zdrowyprzedszkolak.org/
23. www.niezpapierosem.pl/

Розділ III

Громадське здоров'я:

оздоровча профілактика;

стилі життя;

епідеміологія найчастіших медичних проблем;

трансплантологія

Хвороби системи кровообігу: масштаби поширення, причини, наслідки, стратегії подолання

Т. С. Грузєва

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Анотація: Гіпертонія – серйозне захворювання серцево-судинної системи, яке може стати фактором ризику виникнення тяжких недуг і ускладнень, що приводять до значних соціальних та економічних втрат індивідуума, сім'ї, суспільства. Розвиток хворіб системи кровообігу в працездатному віці зв'язаний з інтенсифікацією як способу життя, так і сфери виробництва, складним психоемоційним станом суспільства.

Ключові слова: гіпертонія, хвороби системи кровообігу, фактори ризику, національні програми

Темою Всесвітнього дня здоров'я 2013 р. обрано питання боротьби з гіпертонією. Це пов'язано з тим, що хвороби системи кровообігу (ХСК) є основною причиною смерті у світі. За оцінками, в 2008 р. від ХСК померло 17,3 млн осіб, що склало 30% всіх випадків смерті. З цього числа 7,3 млн осіб померло від ішемічної хвороби серця і 6,2 млн – в результаті інсульту. Більше 80% випадків смерті від ХСК відбувається країнах з низьким і середнім рівнем доходу. За прогнозними даними до 2030 р. близько 25 млн людей помре від ХСК, головним чином, від хвороб серця та інсульту.

Більшість ХСК можна попередити шляхом скорочення чинників ризику: куріння, нездорового харчування, ожиріння, недостатньої фізичної активності, підвищеного кров'яного тиску та рівня ліпідів. Понад 7,5 млн щорічних випадків смерті, або 13% всіх випадків смерті, може бути обумовлено підвищеним кров'яним тиском.

Епідеміологічні дані свідчать, що понад 80% випадків смерті від ХСК у світі відбувається в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Населення цих країн в більшій мірі зазнає впливу чинників ризику. У той же час, воно має менші можливості у порівнянні з жителями країн з високим рівнем доходу, користуватися перевагами програм з профілактики, доступною якісною медичною допомогою. У результаті, багато людей в цих країнах вмирають від серцево-судинних захворювань в більш молодому, частонайпродуктивнішому віці. Особливо страждають найбільш вразливі прошарки населення.

ХСК сприяють подальшому зuboжінню сімей через катастрофічні витрати на медичну допомогу та високу частку витрат з власних коштів. На макроекономічному рівні ХСК накладають важкий тягар на економіку країн. За оцінками, вони можуть зменшувати ВВП на 6,77% у зв'язку з численними випадками передчасної смерті.

Для Європейського регіону ВООЗ проблема боротьби з хворобами системи кровообігу є найбільш пріоритетною. Показники смертності від вказаної патології є причиною майже 50% смертей в Регіоні, коливаючись від 35% до 65% в різних групах країн. Загальний коефіцієнт смертності для цих хвороб становить 384,3 випадку на 100 тис. населення. Аналіз стандартизованих показників смертності (СКС) від хвороб системи кровообігу в країнах Європейського регіону ВООЗ свідчить, що протягом 1991-2010 рр. в цілому відбулося зменшення рівня смертності на 20,4%, у т. ч. в країнах Європейського Союзу (ЄС) – на 43,7%. Водночас в більшості країн східної частини Регіону відбувалося його зростання. В Україні СКС від ХСК збільшився за вказаний термін на 19,8% і досягнув 732,7 випадку на 100 тис, що в 3,3 разу перевищує показник в країнах ЄС.

Особливу занепокоєність викликає зростання рівня смертності від ХСК у працездатному віці. В Україні протягом 1991-2010 рр. вказаний показник збільшився на 5,9%, при зменшенні його в країнах Регіону в цілому на 14,5% і країнах ЄС – на 48,1%.

За даними Доповіді про стан здоров'я в країнах ЄР ВООЗ за 2009 р. представленість хвороб системи кровообігу серед причин смерті, значно різниться за віком, статтю та іншими чинниками. Наприклад, ризик смерті від ішемічної хвороби серця підвищується з віком майже в 25 разів вище у людей 65 років і старше, ніж у молодих людей (стандартизований коефіцієнт смертності (СКС) – 1270,1 в порівнянні з 55,8 на 100 тис. населення). Цей ризик на 90% вище у чоловіків, ніж у жінок (СКС – 274,0 проти 152,2 на 100 тис.). Українах Південно-Західної Європи спостерігаються найнижчі коефіцієнти смертності від ішемічної хвороби серця (СКС – від 21 до 71 на 100 000 населення) (21), а в самих східних частинах Регіону ризик 5-7 разів вище. Тенденції для цереброваскулярних хвороб схожі щодо віку із ростання градієнта і з заходу на схід, але ризику людей 65 років і старше 31 разів вище, ніж у молодих людей (СКС – 803,3 в порівнянні з 25,8 на 100 тис.). Смертність серед чоловіків лишена 30% вище, ніж серед жінок (СКС – 134,5 проти 106,0 на 100 тис.). Відмінності між західною і східною частинами Регіону, ймовірно, є результатом взаємодії ключових чинників, пов'язаних зі способом життя, включаючи раціон харчування, куріння і фізичну активність, а також і психо-соціальних чинників, у т. ч. стресу. Важливу роль відіграють доступність і якість медичної допомоги.

Для профілактики ХСК і боротьби з ними ВООЗ визначила ряд високоефективних заходів, практично здійснених навіть в умовах обмежених ресурсів. При цьому необхідні всебічні й комплексні дії, поєднання підходів, спрямованих на зниження ризиків на рівні всього населення, зі стратегіями, націленими на окремих осіб з груп підвищеного ризику або з виявленими захворюваннями.

Дії на рівні всього населення включають всебічну політику щодо боротьби проти тютюну, оподаткування з метою зниження споживання продуктів з високим вмістом жирів, цукру і солі, будівництво пішохідних і велосипедних доріжок для підвищення рівня фізичної активності, забезпечення правильного харчування дітей у школах. На індивідуальному рівні дієвими профілактичними заходами є правильне здорове харчування, регулярна фізична активність, відмова від споживання тютюну і вживання алкоголем.

Важливу роль відіграє діяльність медико-санітарних закладів, що дозволяє виявляти осіб з високим ризиком на ранніх стадіях за допомогою простих методик. При ранньому виявленні ефективним є використання недорогого лікування. Для людей, які пережили інфаркт або інсульт, існує підвищений ризик повторного захворювання і летального результату, який може бути значно знижений за допомогою комбінованої терапії статинами, гіпотензивними препаратами, аспірином. В складних випадках потрібні хірургічні операції, включаючи аортокоронарне шунтування, балонну ангіопластику, пластику і заміну клапана, пересадку серця і імплантацію штучного серця. Для цього розроблено ефективні медичні пристрої та технології.

На переконання фахівців, необхідно розширювати державні інвестиції в профілактику та раннє виявлення ХСК шляхом проведення національних програм, спрямованих на профілактику неінфекційних захворювань і боротьбу з ними.

Україна у відповідь на епідемію хронічних неінфекційних захворювань, провідними з яких є ХСК, розробила стратегію профілактики та боротьби, яку планує реалізувати в рамках Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір». Проект Програми включає комплекс профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я, попередження, раннє виявлення, своєчасне та якісне лікування ХСК відповідно до медичних стандартів та клінічних настанов, реабілітаційне обслуговування тощо. При цьому, профілактичні втручання передбачається здійснювати на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях. Програмні заходи включають удосконалення нормативно-правових засад надання допомоги пацієнтам з чинниками ризику та хворим на ХСК; запровадження дієвої системи диспансеризації; моніторинг захворюваності населення на артеріальну гіпертензію, інфаркт міокарду, мозковий інсульт та інші хвороби; структурну реорганізацію закладів охорони здоров'я відповідно до існуючих потреб, їх оптимізацію; пріоритетний розвиток ПМСД; удосконалення надання спеціалізованої, екстреної та реабілітаційної допомоги; управління якістю медичної допомоги, розвиток стандартизації, розробку та впро-

вадження якісно-нових технолічних документів, створення системи індикаторів моніторингу їх дотримання; вдосконалення формулярної системи, поліпшення кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, підтримки наукових досліджень та сприяння впровадженню їх результатів у практик, поліпшення забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення закладів охорони здоров'я та населення.

Реалізація запланованих заходів дозволить скоротити поширеність чинників ризику ХСК серед населення, знизити передчасну смертність від серцево-судинних захворювань на 10%, збільшити тривалість життя та поліпшити його якість.

Епідеміологія хвороб системи кровообігу в Україні

Закревська С. О.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Анотація: Представлено аналіз динаміки показників захворюваності та смертності населення України в наслідок хвороб системи кровообігу за 1990-2011 роки.

Ключові слова: система кровообігу, захворювання, смертність, населення

Streszczenie: Analiza dynamiki zachorowalności i umieralności ludności Ukrainy w wyniku chorób układu krążenia przez 1990-2011.

Słowa kluczowe: system krążenia, chorób, śmiertelność, ludność

Summary: The analysis of the dynamics of the morbidity and mortality of the population of Ukraine as a result of diseases of the circulatory system by 1990-2011.

Keywords: circulatory system, diseases, mortality, population

Актуальною медико-соціальною проблемою і стратегічним напрямом національної політики у сфері охорони здоров'я у більшості країн світу є скорочення поширеності хронічних неінфекційних захворювань, серед яких найбільшу проблему становлять хвороби системи кровообігу [1-4].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати показники захворюваності та смертності населення України на хвороби системи кровообігу.

Матеріали та методи: статистичний, дані галузевої статистики щодо захворюваності та смертності населення України в наслідок хвороб системи кровообігу за період 1990-2011 рр.; бібліосемантичний. Статистична обробка отриманих даних проводилася за загальноприйнятими методами.

Результати та обговорення

Внаслідок хвороб системи кровообігу Україна щорічно втрачає 500 тис. населення. Протягом 1991–2011 рр. показник смертності від цих хвороб в Україні зріс з 488,0 до 965,9 на 100 тис., тобто вдвічі. Хвороби системи кровообігу обумовлюють майже 7% випадків тимчасової непрацездатності населення, що складає 4,3 випадку та 72,1 календарних дня непрацездатності на 100 працюючих. Серцево-судинна патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26%. Щорічно в Україні стають інвалідами внаслідок хвороб системи кровообігу близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих.

Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні перевищує середньоєвропейський показник в 2, а окремих країн – в 3,5 разу. У структурі смертності від хвороб системи кровообігу провідними є ішемічна хвороба серця (66,6%) та цереброваскулярна патологія (21,5%).

Порівняно з 90-ми роками захворюваність населення на серцево-судинні захворювання та смертність від хвороб системи кровообігу в Україні збільшилася в декілька разів (табл. 1).

Таблиця 1 Динаміка захворюваності, поширеності та смертності населення в наслідок хвороб органів кровообігу в Україні

Роки	Захворюваність (на 100 тис.)	Поширеність (на 100 тис.)	Смертність (на 100 тис.)
1990	2 863,4	19 874,8	641,5
2000	4 727,2	36 321,7	937,1
2007	244,3	53 412,4	1 034,4
2008	5 363,6	55 315,5	1 039,4
Зміни у 2008 р. до 1990 р.	+ 87,3%	+ 178,3%	+ 62,0%

Роки	Захворюваність (на 100 тис.)	Поширеність (на 100 тис.)	Смертність (на 100 тис.)
2009	5 271,8	56 274,0	1 002,1
2010	5 219,6	57 211,9	1 015,9
2011	5 145,2	57 967,2	965,7
Зміни у 2011 р. до 1990 р.	+ 79,7%	+ 191,7%	+ 50,5%

Найбільші рівні захворюваності та смертності спостерігалися у 2008 р., які перевищували відповідні показники 1990 року більш ніж у 1,5 рази. Починаючи з 2009 р. простежується тенденція до зниження рівнів захворюваності та смертності населення від хвороб системи кровообігу, проте накопичення хвороб системи кровообігу серед населення зростає (табл. 2).

Таблиця 2: Динаміка індексу накопичення хвороб системи кровообігу в регіональному аспекті

Регіон	2007	2008	2009	2010	2011
Південно-східний	11,8±1,9	11,8±1,9	12,4±2,1	2,6±2,0	12,8±1,9
Центральний	12,5±1,2	12,5±0,9	12,6±0,9	12,8±0,8	12,97±0,7
Західний	8,8±0,8	9,6±0,9	9,6±0,8	9,9±0,7	10,4±0,7
Південний	10,5±0,7	9,6±0,2	9,98±0,2	10,5±0,6	10,9±0,8
Північно-східний	11,9±0,7	12,1±0,6	12,8±0,8	13,3±0,9	13,3±0,9
Україна	10,18	10,31	10,67	10,96	11,27

У 2011 р. найвищі рівні накопичення хвороб системи кровообігу (ХСК) в Запорізькій (17,3) та Луганській (17,2) областях, найнижчі – в Харківській (7,2) та в Івано-Франківській (8,0). Найвища захворюваність на ХСК у Харківській (8495,5 на 100 тис населення) та Івано-Франківській (6545 на 100 тис населення) областях, найнижча – у Запорізькій (3086 на 100 тис населення) та Житомирській областях (3453 на 100 тис населення). Показник поширеності ХСК серед населення найвищий у Полтавській (66906,4 на 100 тис населення), Дніпропетровській (63466,6 на 100 тис населення) та Вінницькій (63288 на 100 тис населення) областях, найнижчий – у Львівській (44151 на 100 тис населення), Сумській (51400,4 на 100 тис населення) та Житомирській (51519,1 на 100 тис населення) областях.

Отримані дані свідчать про диференціацію між регіонами в показниках захворюваності, поширеності та смертності внаслідок ХСК (рис. 3).

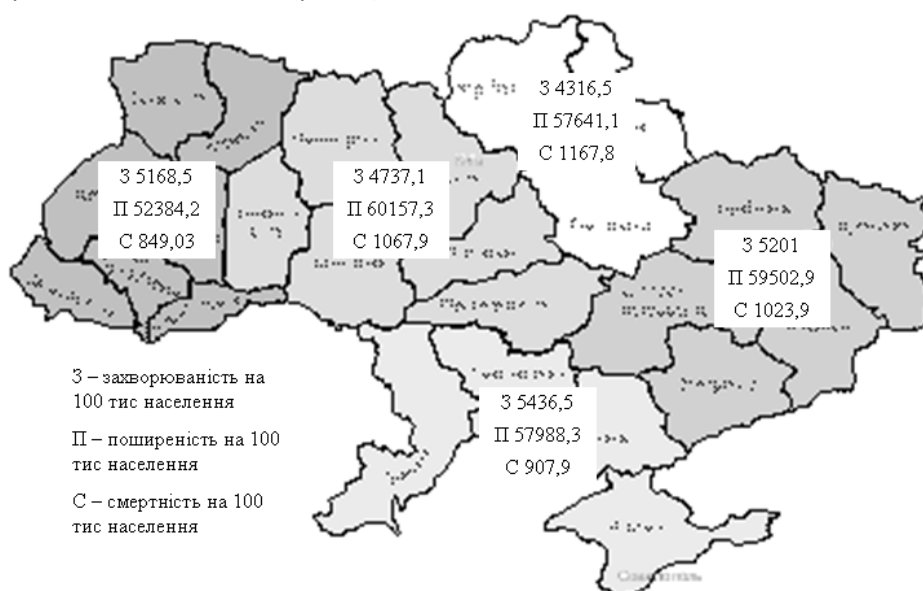


Рис. 3. Показники захворюваності, поширеності та смертності населення (на 100 тис населення) регіонів, 2011 рік

Достовірних зв'язків між показниками захворюваності на ХСК та поширеності хвороб даного класу серед населення не встановлено. У накопиченні ХСК формуючою ознакою виступає захворюваність. Кореляційний зв'язок між показниками захворюваності на ХСК та накопиченням ХСК серед на-

селення становить $(-0,86, p < 0,0001)$. Зв'язки між показниками поширеності ХСК серед населення та накопиченням ХСК виявилися не достовірними.

Кореляційним аналізом встановлені зв'язки середньої сили, проте високої достовірності ($r = 0,49; p < 0,02$), між накопиченням ХСК та віковим складом населення (відсоток населення віком старше 65 років), серед якого найбільш високий рівень смертності внаслідок нозологічних форм даного класу хвороб. Значимість цієї вікової групи у формуванні рівня смертності від ХСК підтверджується показниками кореляції між рівнем смертності від ХСК та питомою вагою населення вікової групи старше 65 років ($r = 0,85; p < 0,0001$). Найбільш висока частка населення вікової групи 65 років і старше є у Чернівецькій (18,8%), Черкаській (17,5%) та Вінницькій областях (17,25%), найменша – у Закарпатській (10,96%), Рівненській (12,3%), Волинській (13,09%) областях.

Середнього значення кореляційні зв'язки встановлено також між рівнем смертності внаслідок серцево-судинних захворювань та індексом накопичення ХСК ($r = 0,49; p < 0,02$). Зв'язок середньої сили та гранично допустимої достовірності відмічається між загальною летальністю від хвороб системи кровообігу та їх поширеністю серед населення у 2008 та 2009 роках ($r = (-)0,40; p = 0,045$). Від'ємний кореляційний зв'язок між даними показниками є наслідком тенденції зменшення летальності від ХСК та підвищення поширеності серцево-судинних захворювань серед населення упродовж останніх років, що свідчить про покращення спостереження за пацієнтами, що хворіють на серцево-судинні захворювання, що певною мірою попереджує смертність.

Отримані результати свідчать про відсутність прямих зв'язків між рівнем смертності населення від ХСК та безпосередньо поширеністю серед населення серцево-судинної патології, а також рівнем захворюваності на ХСК. Зв'язки середньої сили мають місце між рівнем смертності від ХСК та часткою серед населення осіб вікової групи старше 65 років, а також із накопиченням ХСК серед населення.

В регіональному аспекті спостерігається значна диференціація між рівнями смертності, показниками загальної летальності від ХСК, а також питомою вагою населення вікової групи старше 65 років. Низький рівень смертності у Закарпатській області (670 на 100 тис нас.) можна пояснити низькою часткою населення вікової групи старше 65 років (10,96% від усього населення регіону). В даному регіоні також відмічається низька летальність від ХСК (0,012). Високі рівні смертності у Черкаській (1126,8 на 100 тис нас.) та Луганській (1061,9 на 100 тис нас.) областях певною мірою можна пояснити високою часткою населення старше 65 років (17,5%, 16,24% відповідно). У Житомирській та Сумській областях ситуація подібна (рівень смертності 1100,9 на 100 тис нас. та 1044,5 на 100 тис нас. відповідно, відсоток населення старше 65 років – 16,3% та 16,56% відповідно), проте показник летальності у цих областях перевищує середній по Україні (0,021 та 0,02 відповідно).

Найбільш сприятливою можна вважати ситуацію у Чернівецькій, та Хмельницькій областях, де на тлі високої частки населення вікової групи старше 65 років (18,84%, 16,53%) рівні смертності від ХСК та показник летальності нижчі ніж по Україні (877,6 на 100 тис нас. та 892,4 на 100 тис нас.; 0,016 та 0,015 відповідно). Протилежна ситуація прослідковується в Рівненській та Чернігівській областях, де на тлі нижчої ніж по Україні частки населення вікової групи старше 65 років (12,34% та 13,84% відповідно) показник летальності перевищує середньо національний (0,019 та 0,025 відповідно). Слід також зазначити, що в Чернігівській області рівень смертності від ХСК та показник летальності від ХСК найвищі по Україні (1374,4 на 100 тис нас. та 0,025 відповідно).

Висновки

Незважаючи на те, що в Україні виконуються програми запобігання та лікування хвороб системи кровообігу показники поширеності, захворюваності та смертності внаслідок захворювань даного класу хвороб залишаються на високому рівні. Індекс накопичення хвороб системи кровообігу порівняно з 1990 роком збільшився у 1,6 рази (1990 рік – 7,0, 2011 рік – 11,27), що певною мірою пов'язано із збільшенням населення вікової групи старше 65 років. Так, якщо у 1990 році частка осіб вікової групи старше 65 років від загальної кількості населення становила $12,3 \pm 0,5\%$, то у 2011 році вона стано-

вила $14,1 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Найбільш високий рівень смертності від ХСК за період 1990-2011 рр. спостерігався у 2008, у якому питома вага населення віком старше 65 років була найбільшою ($16,3 \pm 0,4\%$).

Для України характерною є значна диференціація у рівнях смертності від хвороб системи кровообігу та у показниках захворюваності й поширеності у розрізі регіонів, що пов'язано з проблемами раннього виявлення, лікування та попередження смертності від ХСК серед населення. Так, показник загальної летальності внаслідок ХСК в Україні становить 0,017. Найнижчий даний показник у Закарпатській області (0,012), а найвищий – у Чернігівській (0,025). Різниця у рівнях смертності населення від ХСК між регіонами є достовірною і складає 2 рази ($p \leq 0,05$).

Література

1. Лебедь Є. І. Гендерні особливості клінічного перебігу та діагностики ІХС: стенокардії напруги / Є. І. Лебедь // Кримський терапевт. журн. – 2009. – № 2. – С. 69–71.
2. Рингач Н. О. Передчасна смертність населення України : вікові особливості / Н. О. Рингач // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – №3–4. – С. 16–19.
3. Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні / Л. А. Чепелевська, О. М. Орда, О. П. Рудницький, О. В. Любінець // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік. – К., 2011. – С. 10–33.
4. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людей // Світовий банк. – 2010. – 16 с.

Analiza zachorowalności i umieralności na gruźlicę w Polsce

Skórzyńska Hanna¹, Rapa Aleksandra², Pacian Anna¹, Stefanowicz Agata¹, Pacian Jolanta¹,

¹ Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Powiatowa stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Janowie Lubelskim

Streszczenie

Wstęp: Gruźlica jest znaną od dawna chorobą zakaźną, zaliczaną do chorób społecznych. Pomimo dużych możliwości eliminacji gruźlicy nie udaje się jej do końca opanować. Według WHO obserwuje się w skali światowej tendencję wzrostową zachorowalności na gruźlicę.

Cel pracy: Celem pracy było poznanie struktury zachorowań i zgonów oraz tendencje zmian w zakresie zachorowań i umieralności z powodu gruźlicy w Polsce po 2000 roku.

Metoda badawcza: Analizie poddano dane statystyczne zawarte w Biuletynach z lat: 2004 do 2011 wydawanych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Warszawie.

Wyniki badań: Analiza wykazała, że zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci od kilku lat ma tendencję spadkową w Polsce. Dynamika zmian jest mniejsza niż w minionych dekadach. Dwukrotnie większa jest zachorowalność, a czterokrotnie większa umieralność na gruźlicę wśród mężczyzn w porównaniu do kobiet. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wzrasta wraz z wiekiem. Częściej chorują i umierają na gruźlicę mieszkańcy miast. W województwie lubelskim różnice według miejsca zamieszkania są odwrotne. Zapobieganie gruźlicy poprzez szczepienia ochronne BCG w całej Polsce realizowane od 2004 roku wskazują na ponad 90% zaszczepionych noworodków.

Słowa kluczowe: gruźlica, zachorowalność, umieralność

Analysis of tuberculosis incidence and mortality rate

Summary

Introduction: Tuberculosis has long been a well-known contagious disease, classified as a social disease. Despite considerable opportunities to eliminate tuberculosis, the attempts to eradicate it have not been fully successful so far. According to WHO, there is an increasing tendency in the incidence of tuberculosis worldwide.

Aim of the study: The aim of the study was to examine the structure of tuberculosis incidence and death rates as well as the tendencies concerning TB incidence and mortality rates in Poland after 2000.

Research method: The data under analysis included the statistics of the bulletins published between 2004 and 2011 by the Institute of Tuberculosis and Lung Diseases – the Department of Epidemiology and Prevention of Tuberculosis in Warsaw.

Research results: The analysis has shown the decrease in the incidence of all types of tuberculosis in Poland in the period of several recent years. The dynamics of the changes is lower than in the previous decades. The incidence rate is twice as high and the mortality – four times as high in male population as compared with female population. The residents of urban areas more frequently suffer from and die of tuberculosis. In the voivodship of Lublin the proportions according to residence are reversed. The prevention of tuberculosis by means of BCG vaccination conducted in Poland since 2004 has involved more than 90% new-born children.

Keywords: tuberculosis, incidence rate, mortality rate

Wstęp

Gruźlica jest chorobą uznaną za największego zabójcę w historii ludzkości. Choroba pojawiła się wśród ludzi co najmniej kilka tysięcy lat temu. Analizując dwa ostatnie stulecia na gruźlicę zmarło około 1 miliarda ludzi. Gruźlica pozostaje nadal dużym problemem epidemiologicznym w skali globalnej. Obecne szacowania wskazują na to, że prawie trzecia część ludności zakażona jest prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*). Rocznie z powodu gruźlicy rejestrowanych jest od 8 do 9 milionów nowych zachorowań,

a przypadków śmiertelnych z powodu tej choroby około 2 miliony, po tych danych możemy twierdzić, że gruźlica jest jedną z głównych przyczyn chorobowości jak i umieralności w stosunku do wszystkich chorób zakaźnych. [1]

Negatywnie czynniki, które wpływają na sytuację epidemiologiczną gruźlicy to: niska wykrywalność choroby, choroby współistniejące, występowanie lekoopornych szczepów, nędza, niedożywienie, złe warunki sanitarne, złe warunki mieszkaniowe, napływ imigrantów z krajów, gdzie występuje wysoka zapadalność na gruźlicę, jak również brak zaangażowania przy wdrażaniu programów dotyczących zwalczania gruźlicy. [2]

Występowanie choroby dotyczy przede wszystkim krajów rozwijających się, odsetek nowych zachorowań wynosi 95% oraz 98% zgonów z powodu gruźlicy wszystkich postaci, jest ona jednak ciągle obecna także w krajach wysoko rozwiniętych. [3]

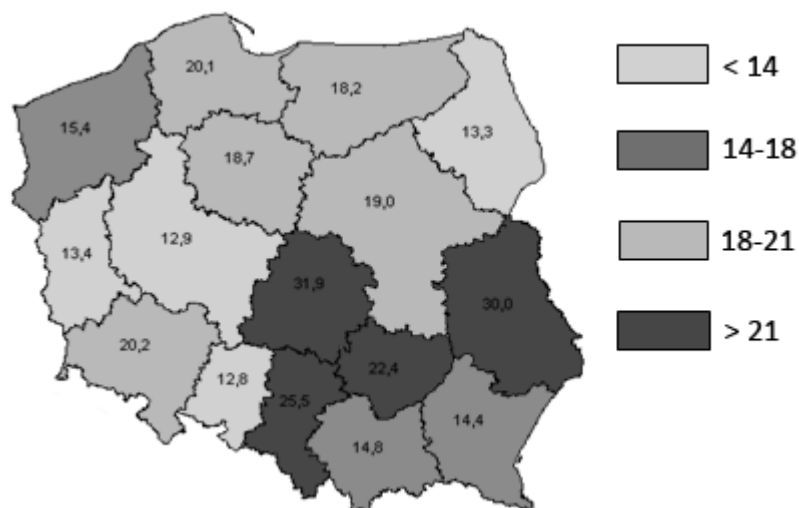
Największe zagrożenie rozwoju choroby istnieje w przypadku osób starszych, których odporność jest osłabiona. Zachorowaniu często towarzyszą, jak również sprzyjają inne choroby: najbardziej sprzyjającą chorobą jest AIDS, cukrzyca, nowotwory, alkoholizm.

Stresy psychiczne wywołane nędzą, bezrobociem, często są przyczyną nałogów takich jak alkoholizm, narkomania, niktynizm, a także prostytucji. Wszystkie te czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na gruźlicę, ze względu na szkodliwy wpływ na układ odpornościowy człowieka. [4]

Ściśle z nędzą związany jest brak edukacji społeczeństwa. Niski poziom wykształcenia często łączy się z niską kulturą zdrowotną i brakiem przestrzegania zasad profilaktyki zdrowotnej. Utrudniony dostęp do opieki lekarskiej

Innym czynnikiem ryzyka zachorowania na gruźlicę jest przewlekły uraz psychiczny zwany stresem, którego przyczyną mogą być konflikty, problemy w pracy czy w rodzinie, choroby przewlekłe osłabiające organizm takie jak: cukrzyca, nerwice, niewydolność serca, choroby krwi, choroby nowotworowe, stany po przeszczepach i szereg innych stanów osłabiających odporność organizmu mogą się przyczynić do zachorowania na gruźlicę. [5]

Obecnie najbardziej sprzyjającą jest choroba HIV/AIDS. Zakażenie wirusem HIV kilkudziesięciokrotnie zwiększa ryzyko rozwoju gruźlicy u osoby z „uśpionymi prątkami”. Przykładem tego może być 2-3 krotny wzrost zachorowań na gruźlicę w krajach Afryki Subsaharyjskiej, gdzie zapadalność na HIV jest bardzo wysoka. [6]



Rycina 1. Zapadalność na gruźlicę w polsce w 2010 roku wg województw współczynniki na 100 000 ludności. [7]

Polska – współczynnik zapadalności – 19,7.

W Polsce sytuacja epidemiologiczna jest monitorowana przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, gdzie prowadzony jest Krajowy Rejestr Gruźlicy. Najbardziej aktualne dane o zachorowaniach na gruźlicę zgłoszone do Krajowego Rejestru Gruźlicy ukazują się każdego roku w biuletynie wydawanym przez IGiChP w Warszawie.

Liczba zachorowań od roku 1995 na gruźlicę systematycznie się zmniejsza. W roku 1995 zarejestrowano 15 959 zachorowań na gruźlicę wszystkich postaci, natomiast w roku 2010 było 7 509 zachorowań. W roku 2010 było o 8 450 mniej zachorowań niż w roku 1995. Tendencja spadkowa kontynuowana jest także w roku 2010. Wskaźnik zapadalności w 1995 roku wynosił 41,4 / 100 000, a w 2010 roku wynosił 19,7 / 100 000. Najwyższa zapadalność na gruźlicę w Polsce dotyczyła województw: łódzkiego (31,9 / 100 000), lubelskiego (30,0 / 100 000), śląskiego (25,5 / 100 000), i świętokrzyskiego (22,4 / 100 000). Najniższa zapadalność została zarejestrowana w województwach: lubuskim (13,4/100 000), podlaskim (13,3/ 100 000), wielkopolskim (12,9 / 100 000), opolskim (12,8 / 100 000). [7] Zmienność zapadalności obserwowana w ostatnich latach wskazuje na brak stabilności w wykrywaniu i rejestracji zachorowań.

Nowych zachorowania na gruźlicę w 2010 roku było 6 610 przypadków, gdzie w poprzednim roku było 7 261 przypadków.

W roku 2010 jak i w latach ubiegłych dominowała gruźlica płuc, było 6 992 a w 2009 roku było 7 654 i tu też obserwujemy spadek zapadalności.

Porównując lata poprzednie np. zapadalność na gruźlicę płuc w roku 1995 wynosiła 15 311 zachorowań, a w 2010 roku 6 992 zachorowań i jest to o 10 726 zachorowań mniej niż w roku 1995. Wskaźnik zapadalności na gruźlicę płuc wynosił w 1995 roku 39,7 / 100 000 ludności, a w 2010 roku 12,0 / 100 000 ludności.

W 2010 roku najwyższą zapadalność na gruźlicę płuc rejestrowano w województwach: kujawsko-pomorskim, małopolskim, wielkopolskim i podlaskim. Najniższa zapadalność na gruźlicę płuc dotyczyła województw: łódzkiego, warmińsko-mazurskiego, świętokrzyskiego. [8]

W Europie sytuację epidemiologiczną gruźlicy przedstawiają dane z corocznych raportów prowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia WHO dla Regionu Europejskiego Surveillance of Tuberculosis in Europe – EuroTB. Wszystkie wskaźniki epidemiologiczne to przypadki gruźlicy rejestrowane w odpowiednim roku sprawozdawczym. W roku 2006 zarejestrowano 422 830 zachorowań na gruźlicę, średnia zapadalności wyniosła 48/ 100 000 w skali światowej, stanowiło to 7% wszystkich rejestrowanych zachorowań.

W krajach Unii Europejskiej i Europie Zachodniej zarejestrowano łącznie 89 032 chorych, co stanowiło 21% ogólnej liczby chorych.

W Rumunii, Bułgarii, Portugalii oraz w krajach bałtyckich: Litwie, Łotwie i Estonii zapadalność wynosiła powyżej 25 / 100 000. W krajach przyjętych od 2004 roku do Unii Europejskiej rejestrowano zapadalność na gruźlicę 4-krotnie wyższą niż w „starych” państwach członkowskich. W Szwecji, Wielkiej Brytanii Norwegii, w podobnym okresie odnotowano, wzrost liczby zachorowań, odsetek wynosił powyżej 70% ogólnej liczby zachorowań wśród cudzoziemców. [9]

Najwyższy wskaźnik zapadalności odnotowano w Bośni i Hercegowinie 46 / 100 000, gdzie średnia zapadalność wynosiła 28 /100 000. Najniższy wskaźnik odnotowano w Albanii wynosił 16 / 100 000. [10]

Jak w Polsce tak też w krajach europejskich zapadalność na gruźlicę wśród mężczyzn występowała dwukrotnie częściej niż wśród kobiety, ale dysproporcje w krajach o niższej zapadalności były mniejsze. [11]

Średnia umieralności na gruźlicę w Europie wyniosła 0,8 / 100 000 obliczona z danych pochodzących z lat od 2002 do 2006. Najniższy wskaźnik umieralności w krajach Unii i Europy Zachodniej wynosił 0,7 / 100 000. Jedynie w Bułgarii, na Węgrzech, w Polsce i Portugalii współczynnik umieralności wynosił 2-3 / 100 000, natomiast w Rumunii 4-10 / 100 000. Najwyższą umieralność z powodu gruźlicy zarejestrowano w Kazachstanie, Rosji i na Ukrainie współczynnik umieralności przekraczał 20 / 100 000. [12]

Jak wynika z danych raportowanych przez Światową Organizację Zdrowia WHO, na świecie każdego roku gruźlicę wykrywa u 1,9 mld osób jest to 1/3 ogółu ludności.

Zdecydowanie najwięcej zachorowań rejestrowanych jest w Południowej Azji – 2,9 mln oraz na Zachodnim Pacyfiku 2 mln, natomiast w Afryce 1,5 mln. [13]

Liczba chorych prątkujących wynosiła 4,1 mln co stanowi 44% nowych zachorowań na gruźlicę, wskaźnik wynosił 62 / 100 000. W Azji Południowo-Wschodniej zarejestrowano najwięcej zachorowań 3,1 mln, w Afryce 2,8 mln i na Zachodnim Pacyfiku 1,9 mln.

Największy wskaźnik zapadalności na gruźlicę dochodzący do 1 000 / 100 000 ludności zarejestrowano w krajach afrykańskich: Botswana, Suazi, Dżibuti, Namibii, Lesoto, Zimbabwe, Zambii wskaźnik ten wynosił około 700 / 100 000. [14]

Największą ilość nowych zachorowań notuje się w Azji. W 2006 roku najwięcej przypadków zarejestrowano w Indiach 1,9 mln, Chinach 1,3 mln oraz Indonezji 0,5 mln, jest to ponad 40% ogółu nowych zachorowań na gruźlicę.

Najniższą zapadalność zanotowano w krajach bogatych Ameryki Północnej: Stanach Zjednoczonych, Kanadzie wskaźnik zapadalności wynosił 4 / 100 000, oraz na wyspach: Bermudy, Grenada i Kajmany współczynnik zapadalności 4-5 / 100 000, był jednym z najniższych współczynników na całym świecie. [15]

Rocznie z powodu gruźlicy umiera około 1,5- 2 mln chorych. Zgony stanowią około 2,5% wszystkich zgonów. Najwyższe wskaźniki umieralności występują w krajach Azji południowo-wschodniej oraz Afryki. Na kraje rozwijające się przypada 98% wszystkich zgonów z powodu tej choroby.

Liczba zgonów z powodu gruźlicy w 2006 roku oszacowano na 1,7 mln co stanowi 25 / 100 000, na region Afryki i Azji Południowo-Wschodniej przypadało 70%. Najwyższą umieralność stwierdzono w krajach: w Suazi 278 / 100 000 oraz Republice Południowej Afryki 218 / 100 000. Umieralność powyżej 100 / 100 000 występowała w krajach: Dżibuti, Mozambiku, Rwandzie, Zimbabwe oraz na Wybrzeżach Kości Słoniowej.

W 2006 roku najwyższą liczbę zgonów z powodu gruźlicy, stanowiącą 1/3 wszystkich zgonów zarejestrowano w Chinach i Indiach są to kraje, gdzie współczynnik umieralności jest stosunkowo niski, wynosi 28 i 15 / 100 000. Krajami o najniższym wskaźniku umieralności w 2006 roku były Stany Zjednoczone, Kanada, Australia, Nowa Zelandia oraz większość krajów Europy Zachodniej. [15]

Pomimo coraz to nowszych programów i większego zaangażowania państw na rzecz walki z gruźlicą nie udaje się jej pokonać nie tylko w skali świata, ale także w poszczególnych krajach. [16]

Cel pracy

Celem pracy było poznanie struktury zachorowań i zgonów uwzględniających zmienne demograficzne oraz tendencje zmian w zakresie zachorowań i umieralności z powodu gruźlicy w Polsce w okresie po 2000 roku.

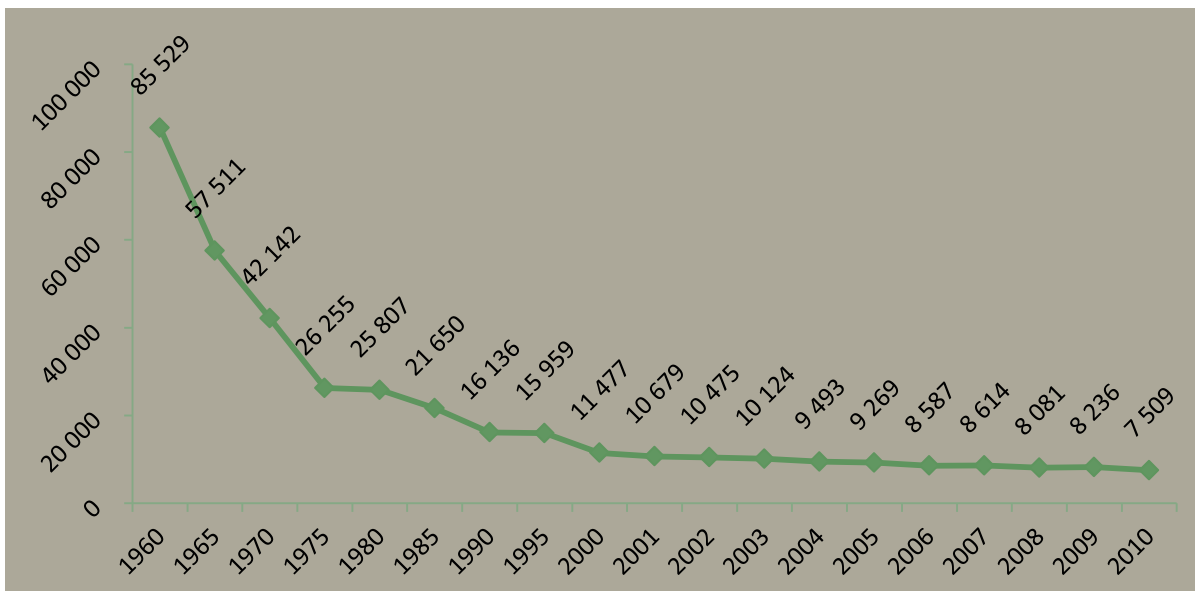
Materiał i metoda badawcza

W niniejszej pracy zastosowano metodę analizy dokumentów. Analizie poddano dane statystyczne zawarte w Biuletynach z lat: 2004 do 2011 wydawanych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Warszawie.

Wyniki badań

Zapadalność na gruźlicę zgodnie z definicją jest najczęściej stosowanym miernikiem oceny sytuacji epidemiologicznej, która polega na rejestracji chorych. Rejestrowanie zapadalności zależy przede wszystkim od sprawności i sumienności służby zdrowia. Zapadalność i umieralność z powodu gruźlicy w Polsce oceniono na podstawie zachorowań i zgonów z powodu tej choroby zgłoszonych do Krajowego Rejestru Gruźlicy prowadzonego przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie w latach 1995-2010. Współczynniki zapadalności i umieralności zostały obliczone w stosunku do 100 000 ludności.

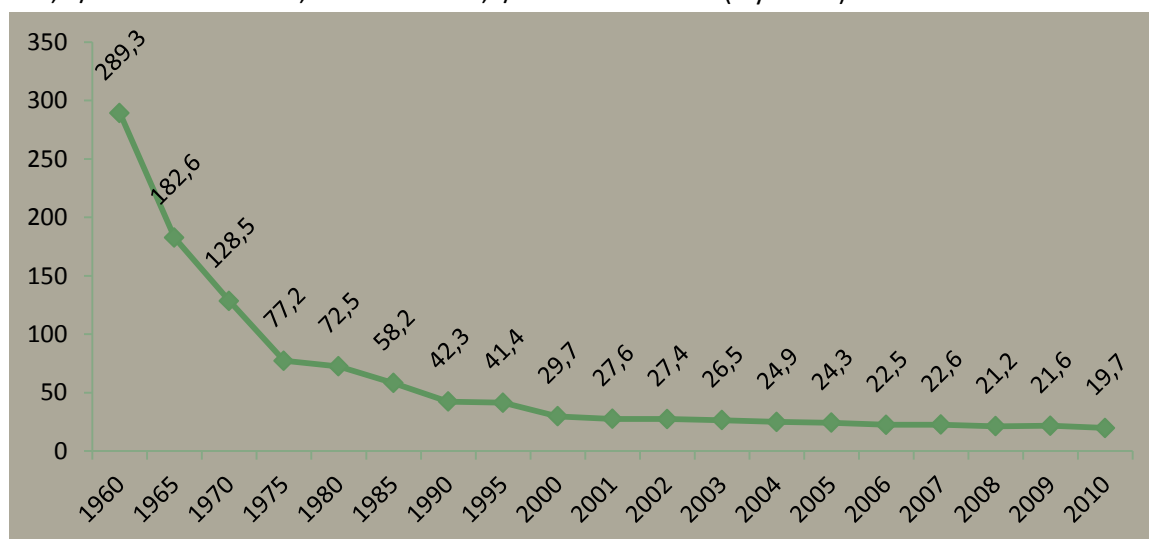
Analizowany okres obejmował lata od 1960 do 2010 roku. Od 1960 r. do 1985 obserwuje się gwałtowny spadek zapadalności na gruźlicę w Polsce z 85 529 przypadków do 21 650 przypadków, w ciągu 25 lat zapadalność zmniejszyła się czterokrotnie. W kolejnych latach tendencja spadkowa utrzymuje się, ale dynamika zjawisk jest już mniejsza.



Wykres. 1. Liczba zachorowań na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 1960-2010 opr. własne wg [17]

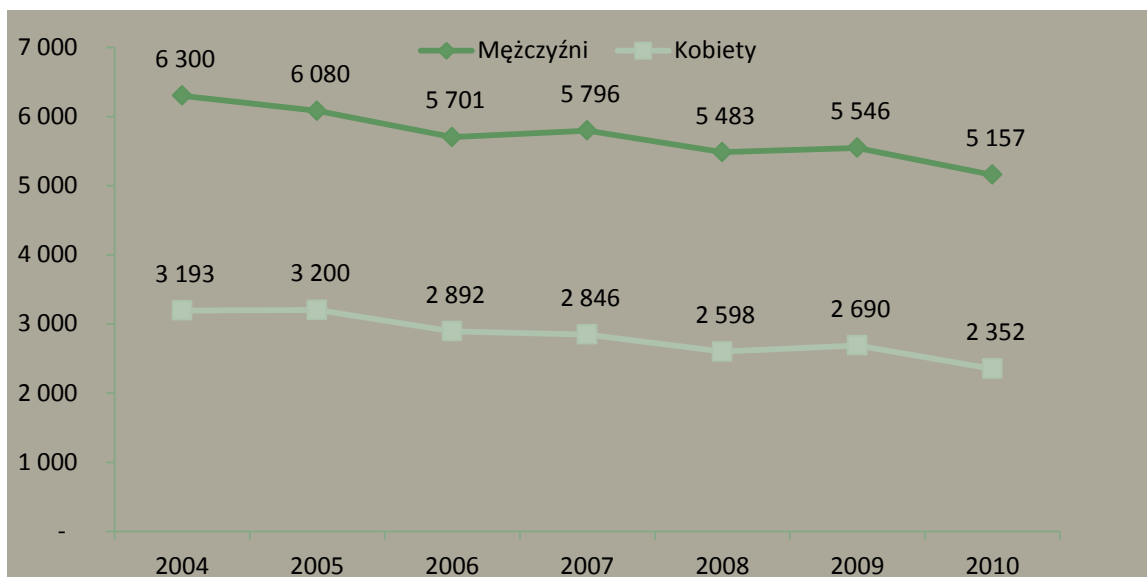
W latach 1995-2010 obserwuje się coroczny spadek zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci. Liczba zarejestrowanych osób chorych na gruźlicę w 2010 roku wynosiła 7 509. Było to o 727 mniej zachorowań niż w poprzednim roku, i o 8 450 mniej zachorowań niż w roku 1995 (15 959), a także 3 163 mniej przypadków zachorowań niż dziesięć lat wcześniej (wykres nr 1)

Współczynnik zachorowań na gruźlicę obniżył się w analizowanym czasie znacznie. W 1960 roku wynosił 289,3 / 100 000 ludności, a w 2010 r. 19,7/100 000 ludności (wykres 2).



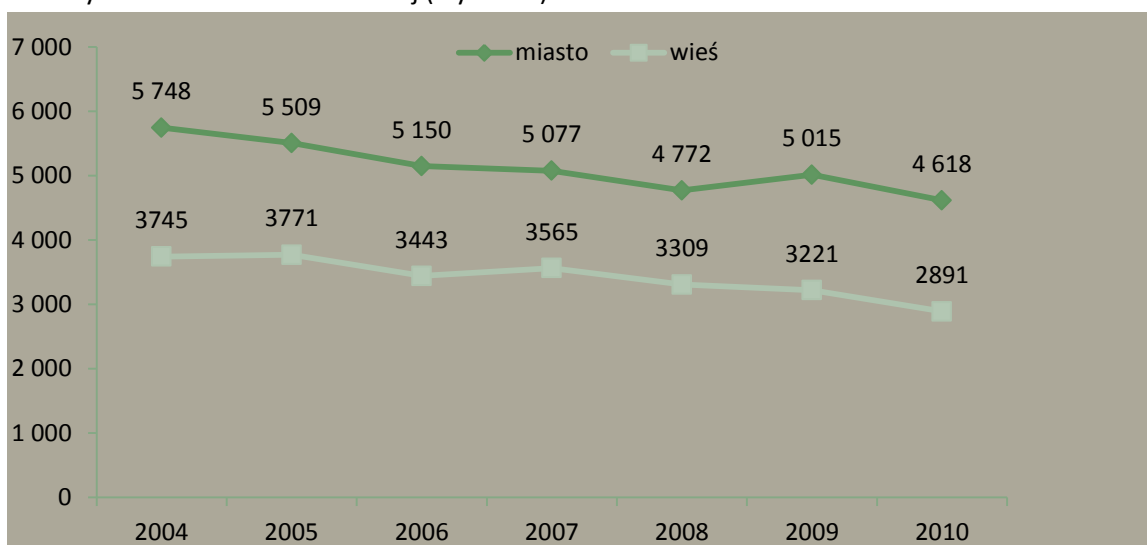
Wykres. 2. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 1960-2010. Współczynniki na 100 000 ludności. oprac. własne wg [17]

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w latach 2004-2010 w Polsce przeanalizowano według płci. Na przestrzeni lat tendencje zachorowań według płci są podobne. Mężczyźni chorują na gruźlicę dwukrotnie częściej niż kobiety. W 2010 roku zachorowania wśród mężczyzn wynosiła 5157 przypadków, natomiast zachorowania wśród kobiet wynosiła 2352 przypadki. Tempo spadku zachorowań w obu tych grupach przez badany okres tj. 7 lat było podobne. Najwyższa liczba zachorowań wśród mężczyzn wystąpiła w roku 2004- 6 300 przypadki, natomiast wśród kobiet 3 193. Różnica w zapadalności pomiędzy latami 2004 a 2010 wynosi 1 143 chorych w grupie mężczyzn i 841 chorych w grupie kobiet (wykres 3).



Wykres 3. Liczba chorych na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg płci w latach 2004-2010 oprac. własne wg [17]

Tendencja spadkowa utrzymywała się w zakresie zapadalności na gruźlicę wśród mieszkańców miast i wsi. W roku 2004 zarejestrowano 5 748 zachorowań wśród mieszkańców miast i 3 745 zachorowań wśród mieszkańców wsi. Różnica w zapadalności pomiędzy mieszkańcami miast i wsi wynosiła 2 003 przypadków zachorowań. W 2010 roku zarejestrowano 4 618 osób chorych na gruźlicę pochodzących z miasta, a 2 891 mieszkańców wsi. Zachorowania mieszkańców miast była wyższa o 1 727 niż wśród mieszkańców wsi. Tylko w roku 2009 odnotowano wzrost zapadalności wśród mieszkańców miast było 5 015 zachorowań, gdzie w roku 2008 było o 243 zachorowań mniej (wykres 4).

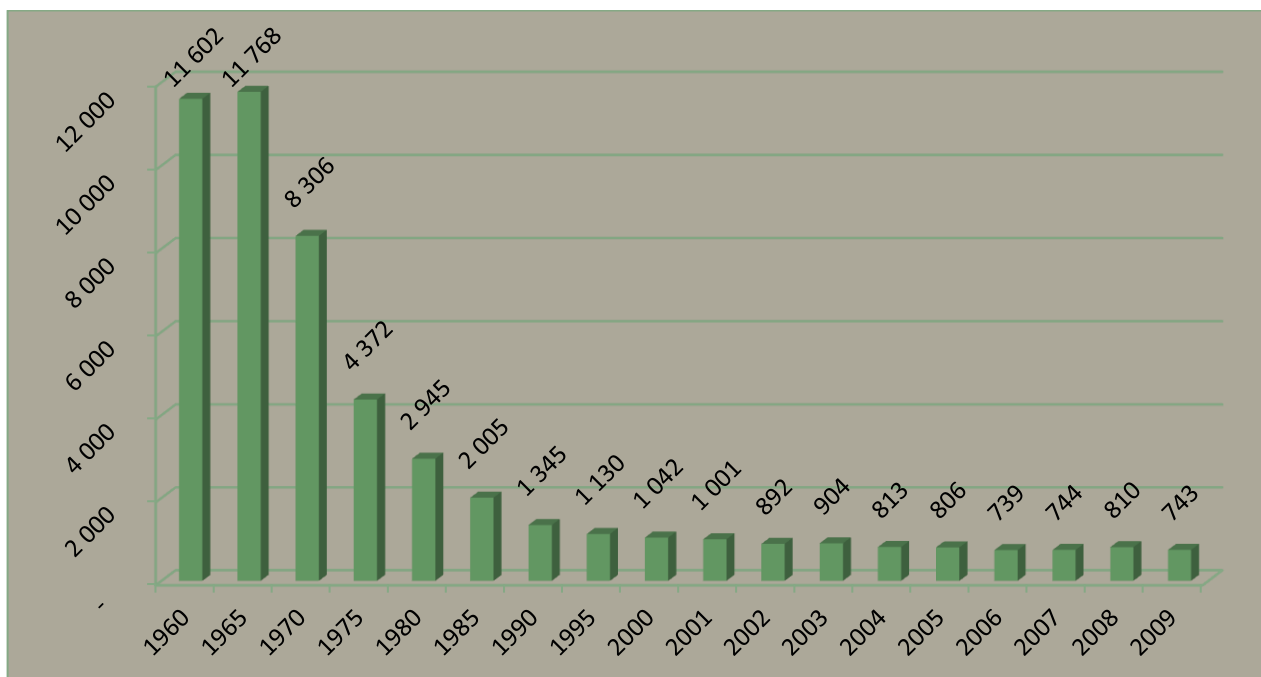


Wykres 4. Liczba chorych na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg miejsca zamieszkania. oprac. własne wg [17]

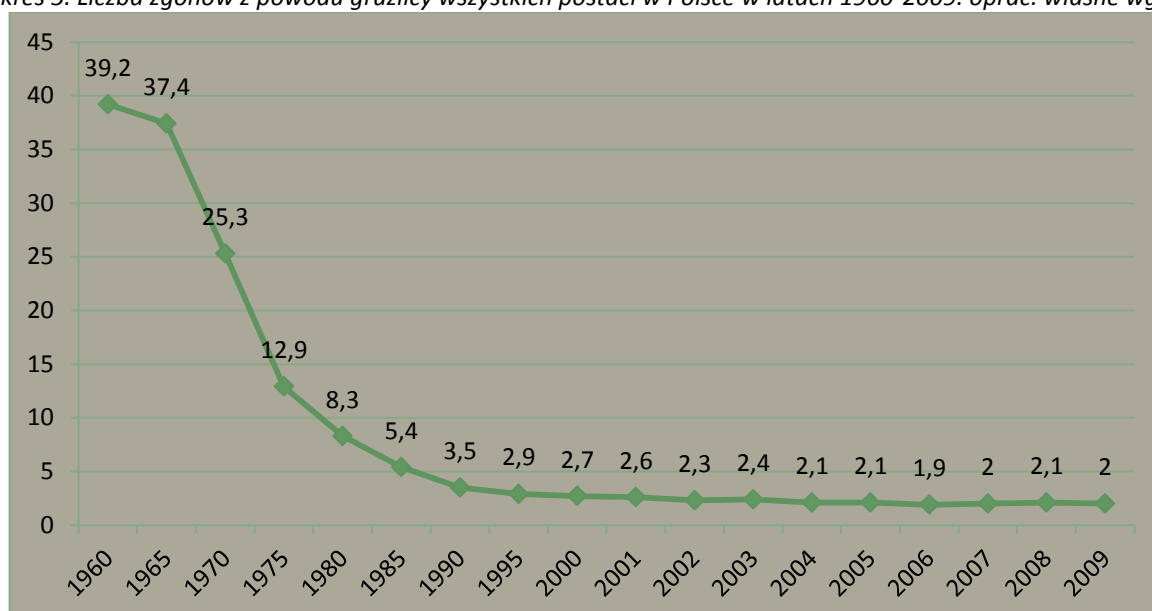
Podczas oceny sytuacji epidemiologicznej ma ogromne znaczenie obok monitorowania zapadalności mają także wskaźniki umieralności na daną chorobę.

Główną przyczyną umieralności na gruźlicę jest nieodpowiednio leczona gruźlica, która prowadzi do stopniowego wyniszczenia organizmu i w efekcie końcowym do niewydolności narządu, w którym toczy się proces chorobowy, do niewydolności oddechowej. Umieralność z powodu gruźlicy w Polsce od wielu lat wykazuje tendencję spadkową. W 1960 gruźlica była przyczyną śmierci 11602 osób. W 1995 roku gruźlica była przyczyną dziesięciokrotnie mniejszej liczby zgonów, bo 1130 przypadków, co stanowiło 2,9/ 100 000 ludności. W 2009 roku było 743 zgony (współczynnik na 100 000 ludności wynosił 2,0) i było to o 387 zgonów mniej niż w roku 1995, i o 299 zgonów mniej niż dziesięć lat wstecz (wykres nr 5).

Najwięcej zgonów z powodu gruźlicy zgłoszono w województwach: śląskim (od roku 2003-2009 współczynnik powyżej 3,5 / 100 000) i mazowieckim (od roku 2003-2009 współczynnik powyżej 2,0 / 100 000). Wysoka ilość zgonów mogła być związana z wysoką zapadalnością w tych województwach.



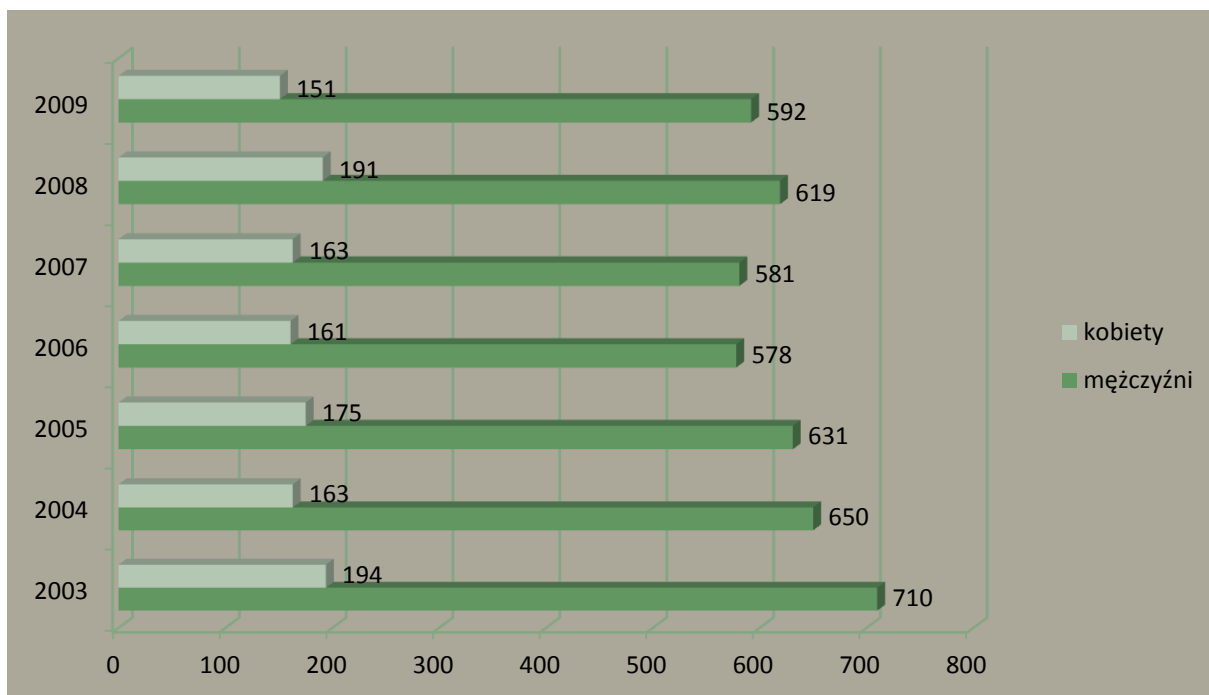
Wykres 5. Liczba zgonów z powodu gruźlicy wszystkich postaci w Polsce w latach 1960-2009. oprac. własne wg [17]



Wykres 6. Umieralność z powodu gruźlicy wszystkich postaci w Polsce w latach 1960-2009. Współczynnik na 100 000 ludności. oprac. własne wg [17]

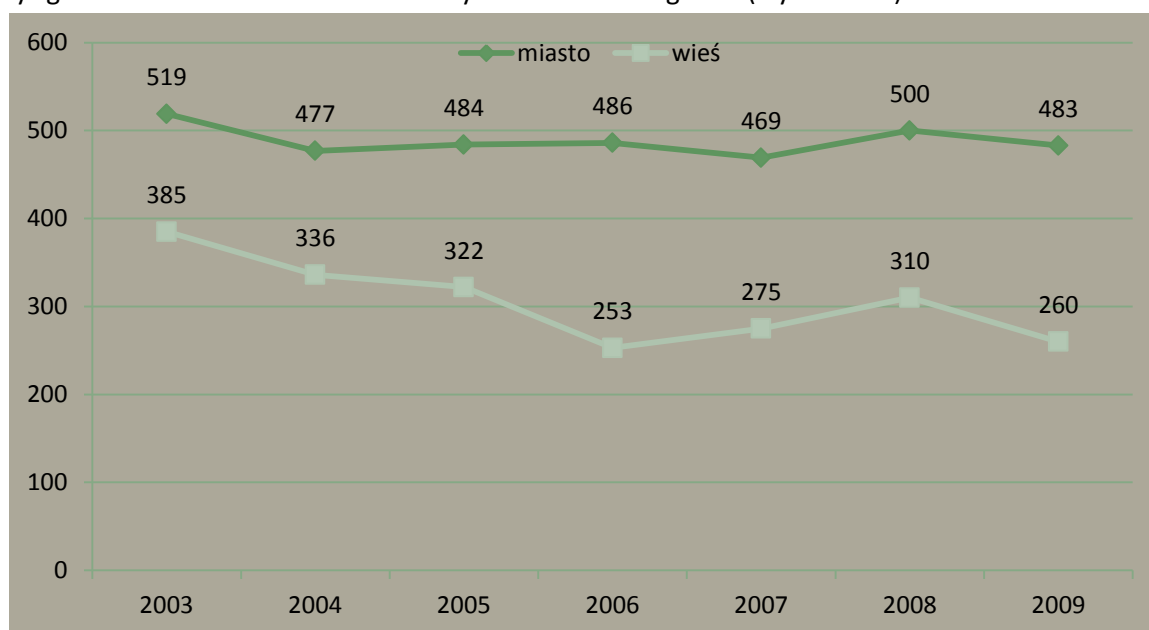
Współczynnik umieralności na gruźlicę w 1960 roku wynosił 39 / 100 000, w 2009 roku był osiemnastokrotnie mniejszy i wynosił 2,0 / 100 000 ludności (wykres nr 6).

Umieralność wśród mężczyzn z powodu gruźlicy występuje czterokrotnie częściej niż wśród kobiet. W 2009 roku zgłoszono 592 zgony mężczyzn, a wśród kobiet 151. W ciągu pięciu lat najwyższą liczbę zgonów zarejestrowano w 2005 roku 631 zgonów wśród mężczyzn, a wśród kobiet w roku 2008 zarejestrowano 191 zgonów (wykres nr 7).



Wykres 7. Liczba zgonów z powodu gruźlicy wg płci w latach 2003-2009. oprac. własne wg [17]

Umieralność z powodu gruźlicy wśród mieszkańców miast jest wyższa niż mieszkańców wsi. W roku 2009 z powodu gruźlicy zmarło 483 mieszkańców miast i 260 mieszkańców wsi. Od czterech lat różnica pomiędzy zgonami mieszkańców miast i wsi wynosi około 200 zgonów (wykres nr 8).



Wykres 8. Liczba zgonów z powodu gruźlicy w Polsce wg miejsca zamieszkania w latach 2003-2009 oprac. własne wg [17]

W Polsce szczepienia BCG są nadal ważnym elementem programów na rzecz walki z gruźlicą. Stopień wyszczepialności wśród noworodków od roku 2004-2010 utrzymuje się powyżej 90 %, jedynie w województwie świętokrzyskim w 2010 roku odsetek zaszczepionych noworodków wynosił poniżej 90 % (tabela 1).

Tabela 1. Stopień objęcia szczepieniami BCG noworodków w Polsce od 2004 do 2010 roku wg województw w procentach . oprac. własne wg [17]

Województwa	lata						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polska	94,1	94,4	93,7	93,3	93,3	93,7	93,4
Dolnośląskie	93,1	93,7	93,4	91,3	92,3	93,2	92,7
Kujawsko-pomorskie	94,6	95,1	94,3	94,0	94,2	95,9	96,5
Lubelskie	92,4	90,3	92,1	90,8	90,8	92,0	91,3

Województwa	lata						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lubuskie	94,4	95,9	94,6	94,6	93,9	94,3	95,1
Łódzkie	92,6	93,4	92,0	93,3	93,3	93,1	93,0
Małopolskie	94,6	94,8	93,8	93,9	94,0	94,0	94,2
Mazowieckie	96,0	96,3	94,3	91,7	93,7	93,5	92,7
Opolskie	96,3	95,2	94,5	93,6	93,3	94,1	93,5
Podkarpackie	93,2	93,7	93,5	92,6	92,4	92,5	92,2
Podlaskie	93,7	93,8	94,2	95,1	94,1	94,2	93,8
Pomorskie	95,3	95,3	94,7	94,6	93,4	94,8	94,8
Śląskie	93,7	94,4	93,6	93,4	93,4	93,4	93,7
Świętokrzyskie	90,7	91,2	90,3	91,4	90,4	91,9	89,8
Warmińsko-mazurskie	93,5	94,4	92,6	93,0	93,5	92,9	91,4
Wielkopolskie	95,5	95,6	94,5	95,0	94,6	94,8	94,9
Zachodnio-pomorskie	92,0	93,3	93,9	96,2	93,0	92,9	92,9

Dyskusja

Obserwuje się w skali światowej tendencję wzrostową zachorowań na gruźlicę. W Polsce począwszy od XIX wieku zapadalność i śmiertelność na gruźlicę w Polsce zaczęła spadać a przyczyniły się do tego niewątpliwie poprawa warunków życia, stosowanie szczepień ochronnych, leczenie sanatoryjne, podejmowanie działań na rzecz walki z gruźlicą, propagowanie powszechnej edukacji o chorobie i sposobie zakażenia, wdrożenie systemu nadzoru nad gruźlicą u ludzi i u bydła domowego. Od kilkudziesięciu lat pozostają w dyspozycji skuteczne i bezpieczne leki przeciwprątkowe. Leczenie jest długie i wymaga dużej systematyczności w celu pokonania choroby.

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci od kilku lat ma tendencję spadkową w Polsce, aczkolwiek dynamika zmian jest mniejsza niż w minionych dekadach. Taka sytuacja jest między innymi spowodowana szczepieniami ochronnymi populacji, poprawą stanu sanitarno-higienicznego kraju i warunków życia społeczeństwa. Istnieje zróżnicowanie zapadalności na gruźlicę w zależności od zmiennych demograficznych. Dwukrotnie większa jest zachorowalność na gruźlicę wśród mężczyzn w porównaniu do kobiet. Częściej chorują na gruźlicę mieszkańcy miast ze względu na duże zagęszczenie ludności w aglomeracjach miejskich. Statystyki pokazują, że zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wzrasta wraz z wiekiem. Województwo lubelskie, świętokrzyskie, łódzkie, śląskie należy też do rejonów o dużej zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci. Obserwuje się także obniżanie wskaźników umieralności na gruźlicę w Polsce, ale wyniki nie są zadowalające. Zwraca uwagę czterokrotnie większa umieralność mężczyzn niż kobiet, co można tłumaczyć większym brakiem dyscypliny leczenia. Większe współczynniki umieralności dotyczą mieszkańców miast. Istnieje terytorialne zróżnicowanie zapadalności na gruźlicę w Polsce. Największą notuje się w województwach śląskim, mazowieckim, łódzkim. Zapobieganie gruźlicy dzięki szczepieniom ochronnym BCG w całej Polsce realizowane od 2004 roku wynosi ponad 90% zaszczepionych noworodków. Pomimo tak dużych możliwości eliminacji gruźlicy nie tylko nie udaje się do końca opanować problemu zachorowań. Pogarszająca się sytuacja epidemiologiczna wynika z różnych przyczyn, w zależności od regionu geograficznego. Główny powodem są złe programy zwalczania gruźlicy lub ich zła realizacja, lekceważenie problemu tej choroby w krajach rozwiniętych, brak dostatecznych środków na profilaktykę i leczenie w krajach rozwijających się. W celu poprawy sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce istnieje konieczność rzetelnego monitoringu i zgłaszalności choroby, wzmoczenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, zwłaszcza w populacjach bardziej narażonych na tę chorobę.

Ważną kwestią pozostaje w związku z tym likwidacja biedy, wszelkich patologii społecznych, a szczególnie obniżenie bezrobocia, bezdomności oraz walka z alkoholizmem i profilaktyka zakażeń HIV. Koniecznością według Światowej Organizacji Zdrowia przy zwalczaniu tej choroby jest wdrożenie we wszystkich krajach programu DOTS (directly observed treatment short-course) – bezpośrednio nadzorowane leczenie

krótkoterminowe. Główny cel przyjętego programu to monitorowanie badań, rejestrowanie, oraz leczenie chorych, które jest najistotniejsze we wszystkich programach zwalczania gruźlicy [18].

Wnioski

1. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci od kilku lat ma tendencję spadkową w Polsce, aczkolwiek dynamika zmian jest niezadowolająca, mniejsza niż w minionych dekadach.
2. Istnieje duże terytorialne i populacyjne zróżnicowanie zapadalności i umieralności na gruźlicę oraz w zależności od zmiennych demograficznych.
3. W celu poprawy sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce istnieje konieczność rzetelnego monitoringu i zgłaszalności choroby, wzmożenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, zwłaszcza w regionach i populacjach bardziej narażonych na tę chorobę.

Piśmiennictwo

1. Bates J. H., Stead W., The history of tuberculosis as a global epidemic. *Med Clin North Am.* 1993; 77: 1205-1217.
2. Davies P.D., The world-wide increase in tuberculosis, how demographic changes, HIV infection and increasing numbers in poverty are increasing tuberculosis. *Ann Med* 2003; 35: 235-243.
3. Parry C., Davies P.D., The resurgence of tuberculosis. *J Appl Bacteriol* 1996; Symp Suppl 81; 23-26.
4. Jankowska R., Gruźlica z perspektywy lekarza rodzinnego. *Pol Med Rodz* 2004; 6 (3): 919–922.
5. Szenkowa I., Walka z gruźlicą trwa nadal. *Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc. GUS* 1987; 3 (191): 3-12.
6. Zielonka T.M., Tuberculosis in Poland, Europe, and world. Part II, mortality, drug resistance and HIV infection. *Pol. Merk. Lek.* 2006; 21: 253-261
7. <http://www.igichp.edu.pl/> (data dostępu 6.06.2012)
8. Korzeniewska-Koseła M., Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2010, Instytut Gruźlicy i Chorób płuc, Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warszawa 2010.
9. EuroTB – Institut de Veille Sanitaire. Surveillance of tuberculosis in Europe – EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2006, EuroTB-InVS, Saint-Maurice, France, 2008.
10. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2008, Geneva, Switzerland, WHO 2008, WHO/HTM/TB/2008;393.
11. Falzon D., van Cauteren D., Demographic features and trend in tuberculosis cases in the European Region, 1995-2005, *Euro Surveill* 2008, 13; 8075.
12. EuroTB – Institut de Veille Sanitaire. Surveillance of tuberculosis in Europe – EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2006, EuroTB-InVS, Saint-Maurice, France, 2008.
13. Dye C., Global epidemiology of tuberculosis. *Lancet* 2006; 367, 938-940.
14. Szczuka I., Gruźlica w świecie na przełomie wieków. *Pneumonol Alergol Pol* 2002; 70, 223-234.
15. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2008. Geneva, Switzerland: WHO, 2008. WHO/HTM/TB/2008; 393.
16. Dye C., Maher D., Weil D., i inni, Targets for global tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10: 460-462.
17. Szczuka I., Korzeniewska-Koseła M., Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 i 2010 roku, Instytut Gruźlicy i Chorób płuc. Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warszawa 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010.
18. Szczuka I. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w 2010, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warszawa, 2010

Соматична захворюваність серед жінок і рак молочної залози (C50)

Рудень В. В.¹, Москвяк-Лесняк Д. Є.²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Клінічно-комунальний пологовий будинок № 1 м. Львова

Актуальність. Беззаперечною вже є та істина, коли рак молочної залози (PM3) (C50) – як злаякісна пухлина, найчастіше зустрічається середжінок України, тоді як гарантованих методів профілактики цієї грізної патології ще немає, а причини і механізми виникнення/розвитку онкопатології молочної залози остаточно не з'ясовані. Все це вимагає приділення все більшої та пристальної уваги у вивченні агентів ризику – як рушійної сили щодо запідозрення/раннього виявлення захворювань молочної залози, як єдиного можливого шляху поліпшення віддалених результатів лікування. Все це разом і робить дане дослідження актуальним і вкрай потрібним у власному змісті.

Мета дослідження передбачає спроектувати можливий нездоровий вплив наявної соматичної патології на виникнення та розвиток серед жінок PM3 (C50).

Матеріали та методи. Наукова робота виконана на вибіркових статистичних сукупностях у кожному конкретному поставленому запитанні ($p < 0,001$) згідно опрацьованої нами програми “Соціально-гігієнічний стан та фактори ризику у виникненні раку молочної залози у жінок” серед двох груп респондентів із числа осіб жіночої статі.

Перша/досліджувана група складалася із 400 пацієнток ($p < 0,05$) з діагнозом PM3 (C50), котрі лікувалися ($n=624$) на базі Львівського державного онкологічного регіонарного лікувально-діагностичного центру, тоді як друга/контрольна група була сформована із загальної чисельності ($n=1335004$) жінок Львівщини, яким ніколи не діагностувався PM3 (C50) в кількості 400 осіб ($p < 0,001$). Обидві групи були співставимі та репрезентативні з вірогідністю безпомилкового прогнозу $t=95\%$.

У процесі виконання наукової роботи використані такі методи дослідження як кваліметричний, ретроспективний, соціологічний, статистичний, математичний, абстрактний, а також методи дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу з врахуванням принципів системності. Отримані соціологічні дані статистичного опитування зведені та опрацьовані автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм „Microsoft Office Excel 2003” та „SPSS”.

Результати дослідження та їх обговорення. Априорі є відомий вже на сьогодні той науковий факт, що виникнення і розвиток новоутворів, в тому числі, і PM3 (C50) є доволі складним та динамічним і не до кінця з'ясованим процесом, який у власному змісті залежить від безлічі різномірних і різнодіючих факторів. Власне, у процесі реалізації мети дослідження, нами акцентована увага на вивченні можливого несприятливого впливу соматичної патології у жінок, хворих на PM3 (C50) як можливого фактору ризику в контексті виникнення/розвитку онкопатології молочної залози.

Дослідженням встановлені рівні соматичних захворювань, якими хворіли пацієнтки з PM3 (C50), про що засвідчують дані табл. 1.

Табл. 1. Рівні соматичної захворюваності серед жінок досліджуваних груп (випадки на 100 опитаних)

№ з/п	Клас та група хвороби	Жінки із досліджуваних груп		Вірогідність різниці, p
		хворих на PM3 (C50)	Контрольної групи	
1.	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин [E00 E90]			
1.1.	Гіпотериоз (E01)	3,50±0,92	3,75±0,95	> 0,05
1.2.	Вузловий зоб (E01.1)	5,00±1,09	6,00±1,19	> 0,05
1.3.	Гіпертиреоз (E05)	8,25±1,38	7,75±1,34	> 0,05
1.4.	Інсулінозалежний цукровий діабет, першого типу (E10)	2,25±0,74	0,50±0,35	< 0,05

№ з/п	Клас та група хвороби	Жінки із досліджуваних груп		Вірогідність різниці, p
		хворих на РМЗ (С50)	Контрольної групи	
1.5.	Інсулінонезалежний цукровий діабет, другого типу (E11)	5,00±1,09	0,75±0,43	< 0,01
1.6.	Ожиріння (E65-E66)	20,25±2,01	10,50±1,53	< 0,01
2.	Хвороби системи кровообігу[I00 I99]			
2.1.	Ревматизм (I00-I09)	7,75±1,34	9,25±1,45	> 0,05
2.2.	Артеріальна гіпертонія (I10-I15)	18,25±1,93	19,25±1,97	> 0,05
2.3.	Стенокардія (I20)	6,00±1,19	5,25±1,12	> 0,05
2.4.	Інфаркт (I21-I24.9)	2,50±0,78	1,00±0,50	> 0,05
2.5.	Аритмія (I47-I49.9)	8,25±1,38	9,75±1,48	> 0,05
3.	Хвороби органів дихання[J00 J99]			
3.1.	Пневмонія (J13)	1,75±0,66	2,00±0,70	> 0,05
3.2.	Бронхіт (J20)	9,75±1,48	16,25±1,84	< 0,05
4.	Хвороби органів травлення[K00 K93]			
4.1.	Виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки (K25-K26)	11,50±1,60	9,75±1,48	> 0,05
4.2.	Гастрит (K29)	21,75±2,06	25,75±2,19	> 0,05
4.3.	Коліт (K51)	2,25±0,74	3,75±0,95	> 0,05
4.4.	Жовчекам'яна хвороба (K80)	6,00±1,19	4,25±1,01	> 0,05
4.5.	Холецистит (K81)	6,25±1,21	8,25±1,38	> 0,05
4.6.	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини[M00 M99]			
4.7.	Ревматоїдний артрит (M05-M06.9)	3,25±0,89	6,75±1,25	< 0,05
4.8.	Зміщення міжхребцевого диску(M51.2)	1,00±0,50	1,25±0,56	> 0,05
5.	Хвороби сечостатевої системи[N00 N99]			
5.1.	Гломерулонефрит (N08)	1,75±0,66	1,25±0,56	> 0,05
5.2.	Пієлонефрит (N10-N11)	1,75±0,66	2,50±0,78	> 0,05
5.3.	Цистит (N30)	5,25±1,12	8,75±1,41	> 0,05
6.	Алергічні реакції[T.78, T.80]			
6.1.	Алергічні реакції на медикаменти та речовини тваринного чи рослинного походження (T78.4; T80)	14,00±1,73	19,75±1,99	< 0,05

Аналіз наведених статистичних даних (табл.1), засвідчує, що у жінок із першої досліджуваної групи/хворих на РМЗ (С50) спостерігається достовірно вищий, згідно показника темпу приросту на "+" 4,5 рази, рівень захворюваності на інсулінозалежний цукровий діабет (E.10), тобто 2,25±0,74 випадків на 100 оглянутих проти 0,50±0,35 на 10 оглянутих серед жінок контрольної групи (p < 0,05).

Тенденція щодо збільшення рівня захворюваності інсулінонезалежним цукровим діабетом (E.11) (5,00±1,09 випадків на 100 оглянутих) за показником темпу приросту "+" 6,7 рази значиться серед жінок, хворих на РМЗ (С50), тоді як рівень захворюваності даною патологією (E.11) у жінок контрольної групи становив 0,75±0,43 випадків на 100 оглянутих, при p<0,01.

Стан ожиріння (E65-E68) у жінок першої досліджуваної групи також варто розглядати як фактор ризику провокативної дії у виникненні РМЗ (С50), що пояснюється тим, коли рівень даної патології(E65-E68) серед жінок, хворих на РМЗ (С50) був майже у два рази, згідно показника темпу приросту, більшим чим серед жінок контрольної групи (відповідно 20,25±2,01 випадків проти 10,50±1,53 випадків на 100 оглянутих, при p<0.01).

Вся інша соматична патологія, що мала місце у жінок, хворих на РМЗ (С50), згідно отриманих епідеміологічних даних не мала суттєвої та достовірної значимості в порівнянні з отриманими статистичними даними у жінок із числа контрольної групи і тому не відноситься до чинників неблагоприємного впливу щодо виникнення та розвитку РМЗ (С50).

Висновки. Отримані та проаналізовані результати дослідження переконливо доводять, що цукровий діабет I-типу (E.10) у 2,25±0,74 випадках (p < 0,05), цукровий діабет II-типу (E.11) у 5,00±1,09 випадках (p<0,01), а також ожиріння (E65-E68) у 20,25±2,01 випадках (p<0,01) у жінок варто розцінювати як можливі фактори ризику у виникненні і розвитку РМЗ (С50), що вимагає від лікарів первинного рівня медичного забезпечення епідеміологічного настороженості в окресленому питанні в процесі щоденної роботи з пацієнтками на лікарських територіальних дільницях.

Регіональні особливості захворюваності та поширеності хвороб органу зору серед дорослого населення України

Риков С. О., Медведовська Н. В., Збітнєва С. В.

Київський центр мікрохірургії ока, Національна академія медичних наук України

Анотація: Проведено науковий аналіз статистичних даних динаміки захворюваності та поширеності за класом хвороб ока та додаткового апарату серед дорослого населення в регіонах України.

Ключові слова: орган зору, захворюваність, поширеність хвороб, регіони

Streszczenie: Naukowa analiza statystycznych dynamiki zachorowalności i chorobowości w klasie chorób oka i przydatków wśród dorosłej populacji w regionach Ukrainy.

Słowa kluczowe: wzrok, zachorowalność, obszarów występowania choroby.

Summary: The scientific analysis of statistical dynamics of incidence and prevalence in the class of diseases of the eye and adnexa among the adult population in the regions of Ukraine.

Keywords: eyesight, incidence, prevalence of disease areas

В сучасних умовах стан здоров'я населення України на думку багатьох науковців можна охарактеризувати як незадовільний [1-4]. Особливого значення набуває вивчення сучасних регіональних особливостей стану здоров'я дорослого населення, оскільки збереження трудової активності є необхідною умовою для успішного виконання першочергових завдань економічного та соціального розвитку країни, збереження її трудового потенціалу. Збереження здорового функціонування органів зору є невід'ємною складовою працездатності кожної людини, основою соціальної адаптації в суспільстві. Зважаючи на зростання рівнів поширеності хвороб ока серед дорослого населення України, актуальним залишається вивчення статево-вікових та регіональних особливостей цього явища.

Мета: проведення ретроспективного та проспективного аналізу показників захворюваності дорослого населення України за класом хвороб ока та додаткового апарату, їх регіональних та статево-вікових особливостей.

Методи дослідження: статистичний, епідеміологічний аналіз, графічний аналіз динамічних рядів показників, стандартизація, прогнозування.

Результати дослідження та їх обговорення

Хвороби ока та додаткового апарату в загальній структурі захворюваності населення України в 2011 році зумовили 4,97 % первинних звернень в лікувально-профілактичні заклади (абс. 1655747 звернень або 3 631,2 на 100 тис. населення). Їх поширеність в загальній структурі поширеності хвороб серед населення України в 2011 році склала 5,08% (абс. 4 216 159 звернень або 9 246,3 на 100 тис. населення). Протягом останніх років їх питома вага в загальній структурі захворюваності населення України залишається незмінною при поступовому зростанні відносних показників захворюваності та поширеності хвороб ока та додаткового апарату серед населення України (рис. 1).

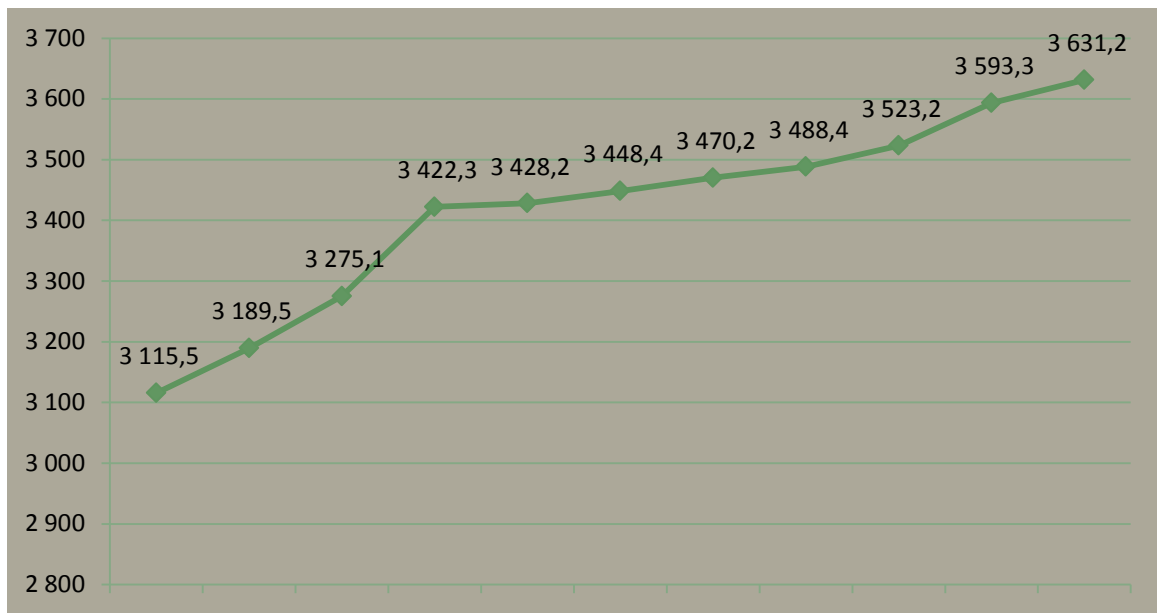


Рис. 1. Динаміка захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату серед населення України за період 2000-2011 рр. (на 100 тис. населення).

Так, в порівнянні з 2000 р. (3115,5 на 100 тис. населення) в 2011 р. (3631,2 на 100 тис. населення) первинна захворюваність на хвороби ока та придаткового апарату зросла на 16,56%, а поширеність цього класу хвороб серед населення України за цей же період зросла на 18,09% (з 7829,8 на 100 тис. населення в 2000 р. до 9246,3 на 100 тис. населення в 2011 р.) (рис. 2).

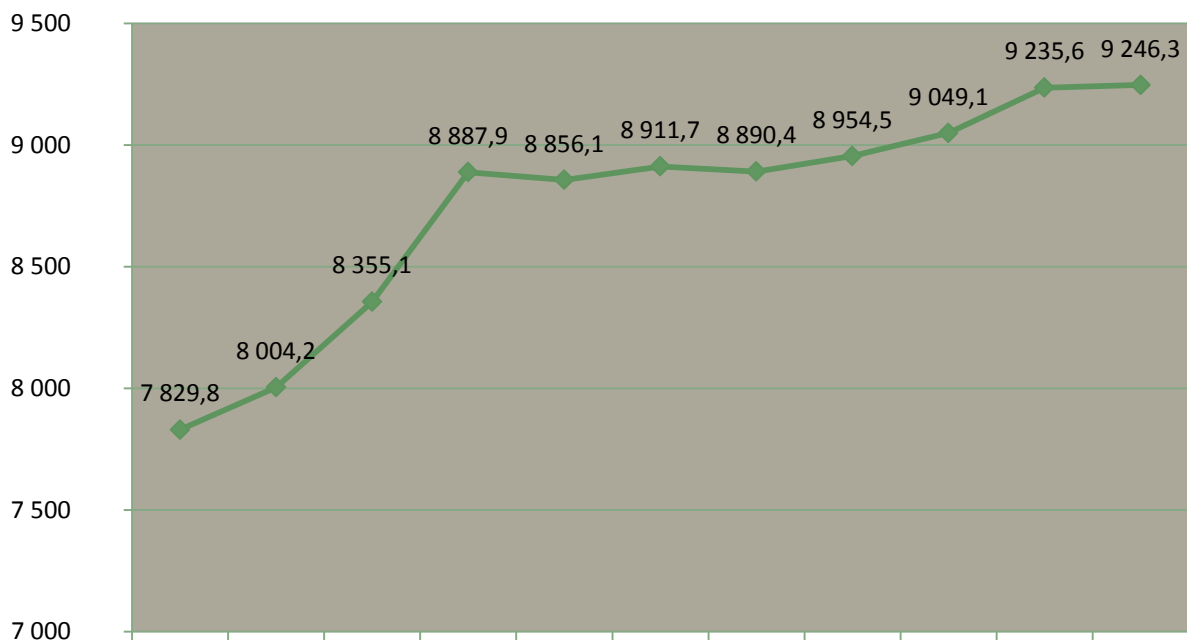


Рис. 2. Динаміка поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед населення України за період 2000-2011 рр. (на 100 тис. населення).

За результатами моніторингу поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед вікової групи дорослого населення за період 2000-2011 рр. за статистикою усіх відомств можна зробити висновки про сформовані тенденції зростання означеної патології. Так, показник поширеності хвороб ока серед дорослого населення України у 2000 р. становив 7829,81 з щорічним зростанням до 2005 р. (8856,1) та коливаннями в 2006 (8911,7) та 2007 (8890,4) роках з послідуєчим щорічним зростанням з 2008 (8954,5) до 2011 (9246,3) років (рис. 3). За нашими підрахунками поширеність офтальмологічної патології серед дорослого населення за період 2000-2011 рр. зросла на 15,32% (з 7829,81 у 2000 р. до 9246,3 на 100 тис. дорослого населення у 2011 р.).

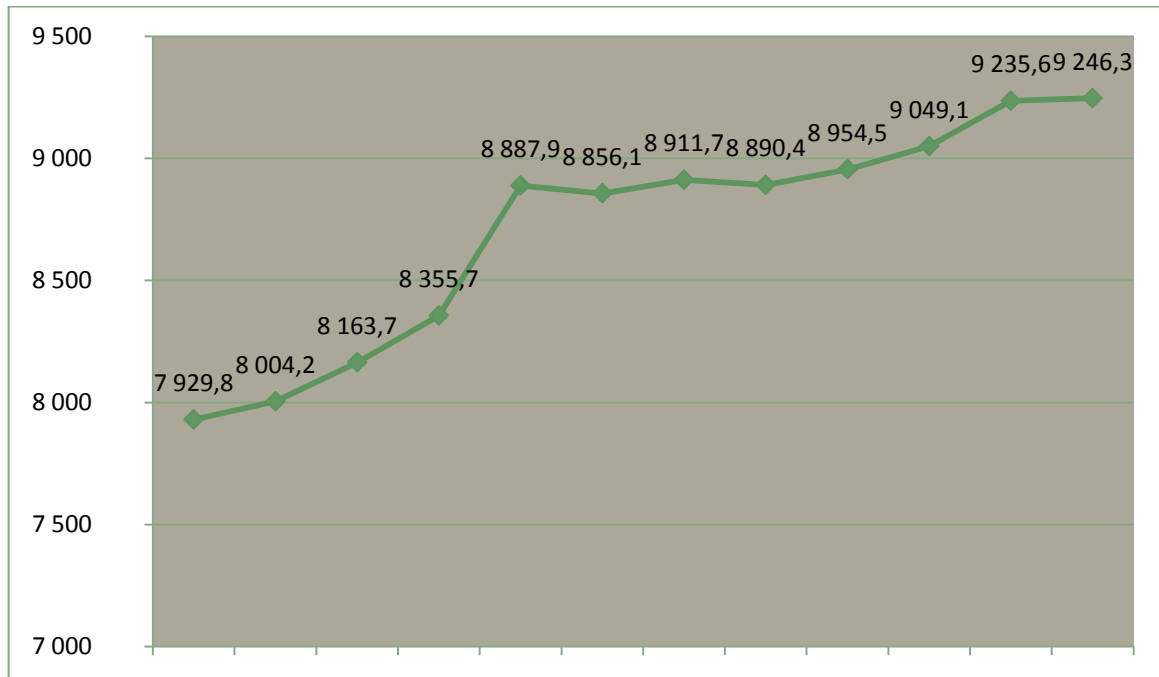


Рис. 3. Динаміка поширеності хвороб ока та придаткового апарату (на 100 тис. дорослого населення) за даними всіх відомств.

В окремих регіонах України в 2011 р. поширеність офтальмологічної патології значно перевищувала середні по Україні значення (9246,3 на 100 тис. дорослого населення). Серед них: Харківська (11910,9), Дніпропетровська (10995), Чернігівська (10744,1) області та місто Київ (13771,5 на 100 тис дорослого населення).

Найнижчі значення поширеності офтальмологічної патології в 2011 році були виявлені серед дорослого населення в Закарпатській (6440,8), Київській (6952,5) областях та АР Крим (6674,2 на 100 тис. дорослого населення).

За період з 2000 по 2011 роки в регіонах України зростання поширеності офтальмологічної патології у віковій групі дорослого населення відбувалося по-різному. Так, найбільші значення приросту поширеності очної патології за період 2000-2011 рр. (перевищення 20% значення) спостерігалися в Вінницькій (+22,1%), Житомирській (+21,1%), Закарпатській (+31,3%), Івано-Франківській (+25,6%), Миколаївській (+33,1%), Рівненській (+28,8%), Тернопільській (+31,0%), Харківській (34,4%), Херсонській (+32,3%), Чернігівській (+22,2%) областях та місті Києві (+25,9%), що може свідчити про сформовані тенденції накопичення очної патології серед дорослого населення означених територій.

В Донецькій області та місті Севастополі за період 2000-2011 рр. відбулося зменшення поширеності хвороб ока та придаткового апарату (-9,9% та -1,7% відповідно). На окремих територіях, таких як Волинська (+1,2%), Запорізька (+2,1%), та Сумська (+1,56%) області значення приросту поширеності очної патології свідчать скоріше про її стабілізацію зростання поширеності офтальмологічної патології серед дорослого населення означених регіонів.

За підсумками 2011 року з приводу офтальмологічної патології жінки зробили майже вдвічі більше звернень до медичних закладів, ніж чоловіки (жінки – 2 007 048 звернень; чоловіки – 1 362 735 звернень), відносний показник поширеності офтальмологічної патології свідчить про переважання в 1,2 разу поширеності хвороб ока серед дорослого жіночого населення (жінки – 9 708,7; чоловіки – 8 053,0 на 100 тис. відповідного населення), в порівнянні з чоловіками. Первинна захворюваність за класом хвороб ока та придаткового апарату у віковій групі дорослого населення за підсумками 2011 року також в 1,2 рази переважає серед жінок (жінки – 3 632,0; чоловіки – 3 058,4 на 100 тис. відповідного населення).

Найбільше переважання поширеності хвороб ока серед дорослого жіночого населення, порівняно з чоловіками в 2011 році виявлено в місті Севастополі (жінки – 10 122,7; чоловіки – 5 579,1 на 100 тис. відповідного населення, або у 1,81 рази), місті Києві (жінки – 16 071,1; чоловіки – 10 580,1 на

100 тис. відповідного населення, або у 1,52 рази), Одеській (жінки – 11 228,4; чоловіки – 8 217,7 на 100 тис. відповідного населення, або у 1,4 разу) та Запорізькій (жінки – 8 500,7; чоловіки – 6 188,6 на 100 тис. відповідного населення, або у 1,4 разу) областях. В решті регіонів переважання поширеності очної патології серед дорослих жінок в порівнянні з чоловіками було менш значним, а в Тернопільській (жінки – 8 261,3; чоловіки – 8 496,3 на 100 тис. відповідного населення, або у 0,97 разу) та Хмельницькій (жінки – 8 208,4; чоловіки – 8 290,7 на 100 тис. відповідного населення, або у 0,99 разу) областях взагалі офтальмологічна патологія за поширеністю була більшою серед чоловіків.

За результатами дослідження в 2011 році були виявлені значні регіональні розбіжності рівнів первинної захворюваності жінок за класом хвороб ока та додаткового апарату. Так, найвищою первинна захворюваність на означену патологію була серед дорослих жінок міста Києва (5 506,0) та Дніпропетровської (5 188,7), Чернівецькій (4 643,5) та Харківській (4 550,0) областях при середньому по Україні значенні – 3 632,0 на 100 тис. відповідного населення. Серед чоловіків в 2011 році найвищою первинна захворюваність за класом хвороб ока та додаткового апарату виявлена в Дніпропетровській (4 417,9), Львівській (4 212,6), Чернівецькій (4 080,3) та Рівненській (4 000,9) областях при середньому по Україні значенні 3058,4 на 100 тис. відповідного населення.

Найнижчі значення первинної захворюваності за класом хвороб ока були виявлені серед дорослих жінок та чоловіків АР Крим (1 984,0 та 1 687,6 відповідно), Полтавської (2 021,6 та 1 990,4) області та серед дорослих чоловіків міста Севастополя (1 797,4 на 100 тис. відповідного населення).

Висновки

Таким чином, проведений аналіз поширеності офтальмологічної патології серед дорослого населення України із вивченням її статево-вікових та регіональних особливостей дав змогу виявити численні розбіжності, що свідчить про доцільність ведення подальшого моніторингу, із поглибленим вивченням в подальшому можливих причин її зростання на визначених адміністративних територіях.

Оскільки формування сучасної моделі запобігання захворюваності та передчасної смертності має здійснюватися на основі оцінки стану і тенденцій здоров'я населення через скоординовані міжгалузеві заходи щодо зниження захворюваності, інвалідності та передчасної смертності, покращення якості та тривалості активного життя населення України відповідно до світових стандартів за рахунок об'єднання ресурсів держави, місцевих громад, громадських організацій та приватних структур, результати нашого дослідження можуть стати достовірним інформаційним підґрунтям для розробки комплексних регіональних програм або заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення регіону, зокрема щодо попередження невпинного зростання поширення очної патології серед дорослого населення України за останнє десятиліття.

Література:

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2007 р. – К., 2008. – 282 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2008 р. – К., 2009. – 360 с.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2009 р. – К., 2010. – 446 с.
4. Демографічна криза в Україні : Проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії / за ред. В. Стешенко. – К. : Ін-т економіки НАН України, 2001. – 560 с.

Analiza zachowań zdrowotnych kobiet leczonych z powodu niepłodności z uwzględnieniem stosowania używek oraz sposobu odżywiania się

Artur Wdowiak**, Marta Makara-Studzińska*, Małgorzata Gogacz*

*Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie;

** Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wprowadzenie. Problem niemożności posiadania potomstwa dotyczy coraz większej liczby par. Droga do posiadania potomstwa w przypadku małżeństw niepłodnych bywa długa i trudna. Nierzadko mimo zabiegów kobieta nie zachodzi w ciążę [1].

Światowi specjaliści zajmujący się zagadnieniem niepłodności coraz częściej zwracają uwagę na czynniki negatywnie wpływające na płodność i możliwości ich usunięcia lub zminimalizowania dzięki zaangażowaniu człowieka.

Zachowania zdrowotne, od których uzależnione jest utrzymanie zdrowia na odpowiednim poziomie, są dzisiaj coraz bardziej cenione w medycynie. Zdrowie w obecnych czasach jest, bowiem sprawą wyboru, świadomego podejmowania decyzji, zarówno na, co dzień, jak i w skali całego życia. Obserwując człowieka jesteśmy w stanie stwierdzić, jak traktuje on zdrowie i chorobę (jej przyczyny i leczenie) [2].

Cel. Celem niniejszej pracy była próba dokonania analizy wybranych zachowań zdrowotnych kobiet leczonych z powodu niepłodności.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca 2007 do grudnia 2008 roku w prywatnym gabinecie leczenia niepłodności oraz w NZOZ OVUM Rozrodczość i Andrologia w Lublinie.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który opracowano dla celów niniejszej pracy. Pytania zawarte w ankiecie miały na celu zebranie informacji na temat danych osobowych respondentek i przedmiotu badań.

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że 75,00% (n=78) respondentek przyznało, iż styl życia ma wpływ na występowanie niepłodności u kobiet.

W trakcie leczenia niepłodności ankietowane zmniejszyły spożycie używek tj. alkoholu, narkotyków, kawy i mocnej herbaty.

Przeprowadzone badania wykazały, że w trakcie leczenia niepłodności większość ankietowanych nie zmieniała sposobu odżywiania. Jednak zachowanie właściwej masy ciała przez badane kobiety wpływa na ich stan emocjonalny.

Wnioski W trakcie leczenia niepłodności kobiety ograniczają stosowanie używek (alkoholu, mocnej herbaty, kawy).

Badane respondentki cechuje niska świadomość dietetyczna, co rodzi potrzebę propagowania zasad racjonalnego żywienia i eliminowania błędów żywieniowych.

Słowa kluczowe: niepłodność, używki, zachowania zdrowotne

The analysis of health behaviors of women treated for infertility with regard to the use of substances and diet.

Summary

Introduction. There is a growing number of couples facing the problem of inability to have children. In case of infertile couples having a child is a long way and sometimes full of failures. Frequently, despite the efforts, a woman doesn't get pregnant [1].

World specialists dealing with the problem of infertility more and more frequently draw attention to the factors negatively influencing fertility and the possibilities of their elimination or minimization due to individual engagement.

Health behaviors which ensure maintaining proper health level are at present more and more valued in medicine. Nowadays health is a matter of choice, taking a conscious decision, both daily and during the whole life. While observing a man we are able to state his attitude towards health and disease (its sources and treatment) [2].

Aim of the study. The aim of the following study was an attempt to analyze selected health behaviors of women treated for infertility.

Material and method. The study was conducted in the period of time between June 2007 and December 2008 in a private surgery of infertility treatment as well as in NZOZ OVUM Reproductiveness and Andrology in Lublin.

Survey questionnaire was the scientific tool elaborated for the purpose of the above study. Questions included in the questionnaire aimed at collecting information on personal data of the respondents and the subject of the study.

Results. On the basis of the conducted studies it was stated that 75,00% (n=78) respondents admitted that life-style had influence on infertility in women.

In the course of infertility treatment the surveyed limited the use of substances i.e. alcohol, narcotics, coffee and strong tea.

The conducted studies revealed that in the course of infertility treatment the majority of the surveyed did not change their diet. However, maintaining proper body weight by the investigated women influences their emotional state.

Conclusions

In the course of infertility treatment women limit the use of substances (alcohol, strong tea, coffee).

The investigated respondents are characterized by poor dietary awareness which poses a need to propagate the rules of a well-balanced diet and to eliminate dietary errors.

Key words: infertility, substances, health behaviors.

Zachowania zdrowotne są najważniejszym czynnikiem warunkującym utrzymanie i umacnianie zdrowia na odpowiednim poziomie u poszczególnych osób, jak i całej populacji. [2, 3, 4].

Termin zachowania zdrowotne to wg E. Mazurkiewicz „wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznawane wartości przez jednostki ludzkie i przez grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia (...) to, jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym wyraża się w jego zachowaniu zdrowotnym: jak pojmuje zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych” [2].

Ze względu na znaczenie dla organizmu zachowania zdrowotne dzielą się na:

- biopozytywne, prozdrowotne – podejmowanie ich służy zdrowiu, umacnia je lub pomaga. Należą do nich: aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymanie właściwych relacji między ludźmi, radzenie sobie ze stresem;
- bionegatywne, antyzdrowotne - niekorzystnie wpływają na zdrowie, wywołują jego zagrożenie, chorobę lub utratę sprawności. Zaliczamy do nich: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających, agresja [2, 3, 4].

Sposób odżywiania się jest jednym z podstawowych czynników warunkujących zdrowie. Na sposób odżywiania wpływa rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju, istniejące tradycje (nawyki żywieniowe narodowe, religijne, rodzinne), stopień zamożności i poziom wykształcenia ludzi, lokalna dostępność i aktualne ceny produktów spożywczych, obowiązujące mody na style odżywiania oraz reklamy w środkach masowego przekazu [4].

Z pojęciem prawidłowego żywienia związana jest liczba posiłków i regularność ich spożywania, jakość oraz wartość odżywcza, jak również struktura posiłków, tj. właściwe zestawienie produktów w posiłkach. Bardzo ważne jest codzienne spożywanie śniadania i co najmniej trzech posiłków w ciągu dnia oraz spożywanie owoców [4,5].

Zdrowe żywienie powinno dostarczyć organizmowi odpowiednią dawkę energii potrzebną do zapewnienia prawidłowego wzrostu dzieci, potrzeb ciąży i karmienia, pracy i aktywności fizycznej. Średni wskaźnik masy ciała (BMI) dorosłej osoby powinien utrzymać się na poziomie 18,5 – 24,9 [4].

Wśród zasad zdrowego stylu życia wymienia się umiarkowane picie alkoholu. Niewielkie dawki alkoholu mogą być korzystne dla zdrowia, np. picie czerwonego wina. Wyniki opracowane przez innych autorów wskazują że spożycie alkoholu bardzo często przekracza dopuszczalne normy i stanowi poważny problem społeczny [2,5]. Częste spożywanie napojów alkoholowych ma negatywny wpływ na zdrowie. Obciążanie organizmu pewną dawką alkoholu przez dłuższy okres czasu prowadzi do rozwoju choroby

alkoholowej, inaczej alkoholizmu. Alkohol jest ponadto substancją toksyczną dla większości narządów i układów organizmu ludzkiego. Nadmierne spożywanie alkoholu jest przyczyną chorób układu krążenia, układu pokarmowego i nerwowego, powstawania nowotworów, zaburzeń hematologicznych i innych [4].

Narkomania jest zachowaniem zdrowotnym mającym negatywny wpływ na zdrowie jednostki. Polega na przyjmowaniu bez wskazań medycznych środków odurzających lub psychotropowych albo środków zastępczych, powodujących powstanie uzależnienia. Zjawisko narkomanii posiada również szereg skutków społecznych, np. wzrost przestępczości, prostytucji, szerzenie się chorób przenoszonych drogą płciową [2].

Celem pracy było dokonanie analizy wybranych zachowań zdrowotnych kobiet leczonych z powodu niepłodności. W niniejszej pracy postawiono następujące pytania problemowe:

- Czy w trakcie leczenia niepłodności kobiety ograniczają stosowanie używek?
- Czy respondentki posiadają wystarczającą wiedzę dietetyczną?

Szukając odpowiedzi na postawione problemy sformułowano następujące hipotezy:

- Kobiety leczone z powodu niepłodności ograniczają stosowanie używek.
- Badane respondentki stosują zasady racjonalnego żywienia i eliminują błędy żywieniowe.

Materiał

Badania przeprowadzono w okresie od czerwca 2007 do grudnia 2008 roku w prywatnym gabinecie leczenia niepłodności oraz w NZOZ OVUM Rozrodczość i Andrologia w Lublinie. Badaniami objęto 104 kobiety.

Metoda

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który opracowano dla celów tej pracy. Zawierał on 83 pytań, w tym 35 pytań zamkniętych i 48 otwartych. Pytania zamknięte mają ustalone z góry możliwe odpowiedzi, zaś pytania otwarte pozostawiają całkowitą swobodę wypowiedzi [6, 7]. Pytania zawarte w ankiecie miały na celu zebranie informacji na temat danych osobowych respondentek i przedmiotu badań.

Udział kobiet w badaniach był anonimowy i dobrowolny, a dobór losowy. Zgodę na przeprowadzenie badań wyrazili współwłaściciele gabinetu oraz prezes NZOZ OVUM Rozrodczość i Andrologia.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W. Shapiro-Wilka.

Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U. Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania istnienia zależności między dwiema cechami ilościowymi zastosowano test istotności współczynnika korelacji R. Spearmana.

Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie różnic statystycznie istotnych bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 8.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Badaniami objęto 104 kobiety leczone z powodu niepłodności z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Respondentki w większości pochodziły z miasta wojewódzkiego, 42,3% (n=44), natomiast 35,6% (n=37) kobiet pochodziło z innego miasta i 22,1% (n=23) ze wsi.

Ankietowane w większości pracowały w firmach państwowych, 44,2% (n=46) oraz prywatnych 26% (n=27), natomiast 16,3% (n=17) prowadziło własną działalność gospodarczą, 2,9% (n=3) stanowiły kobiety posiadające gospodarstwo rolne, 2,9% (n=3) przebywało na zasiłku dla bezrobotnych, 1,99% (n=2) kobiet było na rencie i 6,7% (n=7) miało inne źródło utrzymania niż wymienione w tabeli I.

Respondentki w większości swoje dochody oceniają jako podobne w porównaniu z innymi osobami z ich otoczenia 61,5% (n=64), natomiast tylko 15,4% (n=16) ocenia swoje dochody jako niższe, zaś 23,1% (n=24) jako wyższe.

Respondentki w większości stwierdziły, że dochód w ich rodzinie jest stały 72,1% (n=75), natomiast 27,9% (n=29) stwierdziło, że zmienny.

Najczęściej dochód w rodzinie respondentek dostarcza mąż 35,6% (n=37), małżonkowie w podobnym stopniu 31,7% (n=33), natomiast 24,0% (n=25) kobiet przyznało, że one same, a 8,6% (n=9), że inne osoby.

Otrzymywany dochód w rodzinie respondentek w ich ocenie wystarcza najczęściej na zabezpieczenie podstawowych potrzeb (na życie) 66,3% (n=69), natomiast 26% (n=25) kobiet przyznało, że wystarcza na dostatnie życie, a tylko 7,7% (n=8), że nie wystarcza na życie.

Analiza spożywanych używek przez kobiety w okresie leczenia z powodu niepłodności

Badania wykazały, że wśród respondentek 65,4% (n=68) chętnie piło kawę i 51,9% (n=54) mocną herbatę. Prawie połowa kobiet 49,0% (n=51) przyznała, że piła alkohol. Zdecydowana większość badanych 97,1% (n=101) stwierdziła, że nie zażywała narkotyków.

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że w trakcie leczenia niepłodności mniej respondentek sięga po używki. W czasie leczenia niepłodności kawę pije 55,8% (n=58), mocną herbatę 38,5% (n=40), a alkohol spożywa tylko 21,1% (n=22) kobiet. W trakcie leczenia niepłodności narkotyków nie zażywa 98,1% (n=102) respondentek. Otrzymane wyniki.

Stwierdzono wysoce istotnie statystyczną zależność pomiędzy częstością spożywanych używek przed i w trakcie leczenia niepłodności.

Badania wykazały, że w okresie leczenia niepłodności znacznie mniejsza liczba respondentek spożywa alkohol ($Z=4,87$; $p=0,000001$), pije mocną herbatę ($Z=2,77$; $p=0,006$) oraz kawę ($Z=2,12$; $p=0,03$).

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że wśród kobiet leczonych z powodu niepłodności duża grupa respondentek 30,8% (n=32) zaprzestała spożywania alkoholu, ograniczyła spożycie kawy 28,8% (n=30) i mocnej herbaty 23,1% (n=24).

Badania wykazały, że leczenie niepłodności wpływa na zmniejszenie spożycia alkoholu, mocnej herbaty i kawy. Oznacza to, że kobiety mają wystarczającą wiedzę na temat negatywnego wpływu używek na stan zdrowia jednostki. Otrzymane wyniki przedstawia.

Analiza sposobu żywienia się kobiet leczonych z powodu niepłodności

Ankietowane najczęściej spożywały 3 posiłki dziennie, (średnia $3,85 \pm 1,07$) najmniej 2 posiłki, zaś najwięcej 6.

Respondentki w większości przyznały, że nie jadają regularnie 57,7% (n=60), natomiast 42,3% badanych spożywało posiłki regularnie.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w ilości spożywanych posiłków w ciągu dnia pomiędzy ankietowanymi, które jadły regularnie a tymi, które spożywały posiłki nieregularnie, ($Z=-2,62$; $p=0,009$). Respondentki, które jadły regularnie najczęściej spożywały 4 posiłki w ciągu dnia, ($4,14 \pm 0,80$), zaś spożywające posiłki nieregularnie 3 ($3,63 \pm 1,19$) posiłki.

Badania wykazały, że dla 59,6% (n=62) ankietowanych głównym posiłkiem był obiad natomiast dla 19,2% (n=20) śniadanie, dla 12,5% (n=13) kolacja, dla 5,8% (n=6) II śniadanie, zaś dla 2,9% podwieczorek.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że dla najliczniejszej grupy badanych głównym posiłkiem był obiad.

Ponad połowa ankietowanych przyznała, że jada pomiędzy posiłkami 54,8% (n=57), natomiast 45,2% (n=47) przyznało, że nie pojada pomiędzy posiłkami.

Z badań wynika, że przed rozpoczęciem leczenia niepłodności 13,5% (n=14) ankietowanych prawie nigdy nie jadło ryb, natomiast w ciągu tygodnia 62,5% (n=65) kobiet czasami spożywało potrawy mączne, 73,0% (n=76) często jadło pieczywo. Badane kobiety trzy razy dziennie spożywały owoce 68,3% (n=71), warzywa 64,4% (n=67), mięso 60,6% (n=63) i nabiał 53,8% (n=56).

Przeprowadzone badania wykazały, że przed leczeniem niepłodności kobiety najczęściej spożywały pieczywo, owoce i warzywa, mięso i nabiał, czasami jadły potrawy mączne i prawie nigdy nie jadły ryb.

Większość ankietowanych kobiet przyznało, że leczenie niepłodności nie wpłynęło na sposób odżywiania się, 68,3% (n=71), natomiast 31,7% (n=33) stwierdziło, że miało wpływ. Przeprowadzone badania wykazały, że większość ankietowanych nie zmieniła sposobu odżywiania się w trakcie leczenia niepłodności.

Wśród badanych, u których nastąpiła zmiana w sposobie odżywiania się, stwierdzono istotne różnice w spożywaniu poszczególnych produktów spożywczych w trakcie leczenia niepłodności, z wyjątkiem potraw mącznych. Ankietowane, które zmieniły swoje odżywianie na skutek leczenia miały niższą średnią częstość spożywania poszczególnych produktów, w porównaniu z ankietowanymi, które nie zmieniły swojego sposobu odżywiania. Otrzymane wyniki przedstawia.

Stwierdzono wysoce istotnie statystyczną zależność w spożywaniu poszczególnych produktów spożywczych w trakcie leczenia niepłodności. Kobiety znacznie zwiększyły spożycie ryb ($p=0,00008$), warzyw ($p=0,00004$), nabiału ($p=0,0006$), owoców ($p=0,0003$) oraz pieczywa ($p=0,02$) i mięsa ($p=0,02$).

Badania wykazały, że ankietowane, które zmieniły swoje odżywianie w trakcie leczenia odżywiały się właściwiej w porównaniu z ankietowanymi, które nie zmieniły swojego odżywiania.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że 75,00% (n=78) respondentek przyznało, iż styl życia ma wpływ na występowanie niepłodności u kobiet, natomiast 11,5% (n=12) uważało, że nie i 13,5% (n=14) nie wiedziało.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że zdecydowana większość kobiet uważa, iż prowadzony styl życia wpływa na częstość występowania niepłodności.

Dyskusja

Światowa Organizacja zdrowia (WHO) uznała niepłodność za chorobę społeczną ze względu na jej rozpowszechnienie i następstwa[8, 9].

Najlepszym sposobem ograniczenia występowania chorób nie jest ich leczenie, ale zapobieganie. Powinno to być zapobieganie aktywne, a nie pasywne. W nowoczesnej filozofii ochrony zdrowia znajduje się postulat zwiększenia roli promocji zdrowia[3].

Zmiana podejścia do ochrony zdrowia, czyli przechodzenie od „ery medycznej do „postmedycznej”, postawiła w centrum zainteresowań badaczy kategorię zachowań zdrowotnych.

Celem badania była analiza wybranych zachowań zdrowotnych kobiet leczonych z powodu niepłodności. Analiza dotyczyła: spożywania alkoholu i innych używek oraz sposobu odżywiania się z uwzględnieniem liczby posiłków i spożywanych produktów.

M. Banaszkieiwcz i A. Andruszkiewicz podają, że człowiek samodzielnie dokonuje świadomych wyborów zachowań spośród wielu alternatywnych, które mają korzystny lub negatywny wpływ na jego zdrowie. Każdy człowiek ma, więc swoje własne doświadczenia dotyczące zdrowia i choroby, każdy posiada jakąś wiedzę o zdrowiu [10]. Jest oczywiste, że wiedza na temat zdrowia i jego uwarunkowań jest wstępnym, ale niezbędnym warunkiem podejmowania przez ludzi zachowań zdrowotnych i rezygnowania z działań szkodliwych dla zdrowia [11].

Szkodliwość alkoholu i innych używek stanowi poważny problem zdrowotny. Picie alkoholu jest zachowaniem akceptowanym społecznie i zgodnym ze społecznymi normami. Polska należy do krajów o wysokim spożyciu alkoholu. Dominującym wzorem picia jest spożywanie napojów alkoholowych wysokoprocentowych, w dużych dawkach jednorazowych. Taranowicz I. opisuje, że ostatnie analizy i badania wskazują na zmianę wzorców spożycia alkoholu w Polsce. Pije się więcej piwa, a jednorazowe dawki alkoholu są mniejsze [5].

W artykule przeglądowym I. Wrońska, A. Filipczuk podają, że alkohol pije aż 64% kobiet badanych [3].

Badania własne wykazały, że przed rozpoczęciem leczenia połowa kobiet piła alkohol 49,0% (n=51), natomiast w trakcie leczenia liczba ta zmalała do 21,1% (n=22).

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że 30,8% kobiet zrezygnowało z picia alkoholu w trakcie leczenia niepłodności. Zmniejszyła się również ilość wypijanego alkoholu, co koresponduje z wynikami I. Taranowicz.

Nadużywanie środków odurzających jest problemem o mniejszym zasięgu niż alkoholizm czy nikotynizm, ale ma duże skutki zdrowotne i społeczne oraz ma tendencje wzrostowe, jak podaje A. Pacian. Do narastania tego zjawiska przyczynia się także łatwa dostępność substancji o działaniu uzależniającym, a także niekorzystny wpływ grupy środowiskowej [12].

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań stwierdzono, że niewielka grupa kobiet zażywała narkotyki 2,9% (n=3), a w trakcie leczenia niepłodności liczba ta zmniejszyła się do 1,9% (n=2).

Badania własne wykazały również, że spożycie kawy i herbaty zmalało w związku z rozpoczęciem leczenia niepłodności.

Jedną z metod podnoszenia świadomości zdrowotnej jest informowanie o szkodliwych następstwach stosowania używek. Opiera się to na założeniu, że człowiek jest istotą racjonalną i gdy dowie się o niebezpiecznych skutkach, to obroni się przed nałogami [12].

Stan zdrowia ludności podlega licznym uwarunkowaniom. Sposób odżywiania stał się jednym z podstawowych czynników warunkujących zdrowie. Medycyna zna wiele chorób związanych z wadliwym żywieniem. Nieprawidłowości w żywieniu wyrażają się zarówno nadmiarem pewnych składników odżywczych, jak i niedoborami. Zagrożeniem dla zdrowia są również zanieczyszczenia mikrobiologiczne i chemiczne żywności. Niewłaściwe jest również spożywanie posiłków w pośpiechu i w stanach dyskomfortu emocjonalnego [3, 4].

W prawidłowym żywieniu ważna jest liczba posiłków i regularność ich spożywania oraz wartość odżywcza. Najważniejsze jest codzienne spożycie śniadania i co najmniej trzech posiłków w ciągu dnia [5].

Z badań CBOS wynika, że 80% Polaków jada codziennie śniadania, 79% zjada co najmniej trzy posiłki, 19% przynajmniej do podjadania między posiłkami szkodliwych chipsów, a 45% Polaków deklaruje spożywanie owoców. Spożycie mięsa jest dość duże, co nie jest optymistyczne, zaś spożycie ryb jest niewystarczające, nabiał spożywa 74,3% Polaków [5].

Elementy charakterystyczne dla polskiej diety opisuje również S. Rywik. Autor uważa, że w diecie zwyczajowej jest niedostateczna liczba spożywanych posiłków, jak i niewłaściwy rozkład w ciągu dnia. Aż 10% dorosłej populacji spożywa tylko 2 posiłki dziennie i około 55% tylko 3 posiłki, co powoduje, że przerwy między posiłkami są nadmierne [13].

Badania własne wykazały, że ankietowane najczęściej spożywały 3 posiłki, większość kobiet jadła posiłki nieregularnie 57,7% (n=60), głównym posiłkiem był obiad 59,6% (n=62) i większość kobiet pojadała między posiłkami 54,8% (n=57).

Racjonalne odżywianie dostarcza do ustroju pożywienia zawierającego wszelkie niezbędne składniki w ilościach i proporcjach zgodnych z zaleceniami nauki o żywieniu [3].

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że przed leczeniem niepłodności kobiety najczęściej spożywały pieczywo, owoce i warzywa, mięso i nabiał, czasami jadły potrawy mączne i najmniej jadły ryb. Większość ankietowanych nie zmieniła sposobu odżywiania się w trakcie leczenia 68,7% (n=71). Respondentki, które podjęły próbę zmiany sposobu żywienia, zwiększyły spożycie ryb, warzyw i owoców, nabiału oraz mięsa. Pokrywa się to z zaleceniami L. Szponar i W. Respondek [14].

Od czasu raportu Lalonda, w którym wśród czynników determinujących zdrowie pierwsze miejsce zajęły indywidualne zachowania człowieka realizowane w obrębie stylu życia, zmienił się radykalnie sposób myślenia o zdrowiu i odpowiedzialności za nie. Przeniesiona ona została z instytucji medycznych na jednostkę i otaczające je środowisko [15].

Badania polskie wskazują, że zdrowie jest cenioną wartością, jednak deklaracje te nie zawsze pociągają za sobą zachowania mające na celu utrzymanie zdrowia. Uzależnione jest to od miejsca, jakie zajmuje zdrowie w hierarchii wartości. Wyniki badań potwierdzają fakt, że zdrowie często przegrywa z innymi wartościami [5, 16].

Problematyka zachowań w zdrowiu i chorobie staje się obecnie szczególnie ważna. Ma to związek z uznaniem stylu życia za podstawowy czynnik kształtujący zdrowie [5].

Wnioski

W trakcie leczenia niepłodności kobiety ograniczają stosowanie używek (alkoholu, mocnej herbaty, kawy).

Badane respondentki cechuje niska świadomość dietetyczna, co rodzi potrzebę propagowania zasad racjonalnego żywienia i eliminowania błędów żywieniowych.

Piśmiennictwo

1. Grochowski D., Szamatowicz J., Szamatowicz M.: Diagnostyka niepłodności kobiecej. (w:) Pisarski T., Szamatowicz M. (red.): Niepłodność. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, 180-185.
2. Majchrowska A.: Społeczny wymiar zdrowia. (w:) Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 50-69.
3. Wrońska I., Filipczuk A.: Zachowania zdrowotne pacjentów. Pielęgniarka i Położna 2003, 6, 4-7.
4. Żołnierczuk-Kieliszek D.: Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. (w:) Kulik T., Latański M. (red.): Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 75-114.
5. Taranowicz I.: Zachowania w zdrowiu i chorobie. (w:) Barański J., Piątkowski W. (red.): Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Oficyna wydawnicza ATUT. Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002, 63-74.
6. Łobocki M.: Metody i techniki badań pedagogicznych. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000.
7. Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998.
8. Bączkowski T., Ciepela P., Głąbowski W., Kurzawa R.: Rola lekarza rodzinnego w diagnostyce i leczeniu niepłodności. Family Medicine & Primary Care Review 2006, 8, 2: 357-361.
9. Pawłowska B., Olajossy-Hilkesberger L., Tkaczuk-Włach J., Studzińska-Niedoborek A., Jakiel G.: Poziom samoakceptacji a obraz siebie u kobiet z bezpłodnością. Annales Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. Akademia Medyczna 2004. Vol. LIX, SUPPL. XIV, 339-342.
10. Banaszekiewicz M., Andruszkiewicz A.: Zachowania zdrowotne. (w:) Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 70-81.
11. Basińska M.: Wybrane zagadnienia z psychologii zdrowia. (w:) Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 15-44.
12. Pacian A.: Opieka medyczna w szkole w ramach zdrowia publicznego. (w:) Kulik T., Latański M. (red.): Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 221-268.
13. Rywik S.: Promocja zdrowia w zagrożeniach zdrowotnych układu krążenia. (w:) Karski J. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999, 94-107.
14. Szponar L., Respondek W.: Zmniejszenie ryzyka chorób na tle wadliwego żywienia w promocji zdrowia. (w:) Karski J. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999, 217-237.
15. Majchrowska A.: Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne. (w:) Taranowicz I., Majchrowska A., Krawczyńska-Butrym Z.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, 181-214.
16. Sokalska A., Pawelczyk L.: Ocena płodności kobiety. (w:) Radwan J. (red.): Niepłodność i rozród wspomagany. Wydawnictwo Medyczne terMedia, Poznań 2003, 27-33.

Проблема підліткової наркоманії та шляхи її вирішення

Чемерис Н. М.

ОКЗ ЛОР «Львівський обласний державний клінічний наркологічний диспансер»

Анотація: Дана характеристика ситуації, яка склалась в Україні у зв'язку з проблемою підліткової наркоманії. Наведені дані про кількість хворих наркоманією у дитячому та підлітковому віці, поширення спектру вживання наркотичних та психотропних речовин, відсутність знань з наркологічної проблеми. Вказано, що тільки комплексний державний підхід зможе призупинити поширення наркоманії.

Ключові слова: наркоманія, підлітки, профілактика.

Problem nastolatkowej narkomanii i drogi jej rozwiązania

Streszczenie: Dana charakterystyka sytuacji, która złożyła się w Ukrainie w związku z problemem nastolatkowej narkomanii. Naprowadzane są dane o ilości chorych narkomanią w dziecięcym i nastolatkowym wieku, rozszerzenie spektrum użytku narkotycznych i psychotropowych substancji, nieobecność wiedzy z toksykologii problemu. Wskazano, że tylko kompleksowe państwowe podejście potrafi wstrzymać rozpowszechnienie narkomanii.

Kluczowe słowa: narkomania, nastolatkowie, profilaktyka

Problem of teenager drug-addiction

Summary: The recent situation on drug-abuse prevalence among teenagers in Ukraine has been presented. Some date of its increasing trend were outlined. There could be seen increasing of number of drug –addicts among children and teenagers, expansion in their misus of narcotics and psychotropic drugs spectrum. A complex medical-and-social conception for resolving the exsisting addiction problem has been proposed, wich could stop drug-addiction spread and be the main link in its primary prevention.

Keywords: addiction, adolescents, prevention

Вступ

Однією з найважливіших медико – соціальних проблем не лише в Україні, але і в інших країнах є алкогольна і наркотична залежність. Рівень зловживання алкоголю в Україні традиційно високий. Однак за останні роки, у зв'язку з появою великої кількості хімічних речовин, які викликають формування синдрому залежності, значно збільшився різновид наркоманії. Всі ці препарати об'єднані під назвою психоактивні речовини (ПАР). Масове зловживання ПАР приводить до збільшення кількості отруень, травматизму, насильства, різного роду злочинності. Звертає на себе увагу той факт, що споживання наркотиків і зловживання алкоголем найбільш поширені серед молоді, у тому числі підлітків та дітей.

Невпинне зростання в Україні кількості осіб, що зловживають психотропними і наркотичними речовинами, набуло характеру епідемії, що зумовило низку нових соціальних, економічних, медичних та юридичних проблем.

Метою дослідження було довести важливість комплексного підходу у профілактиці залежності від наркотичних речовин і інших ПАР.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували дані наукової літератури та комплексної програми профілактики і запобігання поширенню пияцтва та алкоголізму серед населення Львівської області на 2011-2014 роки.

Результати і обговорення

За даними офіційної статистики сьогодні в Україні нараховується 552 хворих на наркоманію віком 15-17 років, а зловживають наркотичними засобами 2,5 тис підлітків. Це вже досить високі цифри, хоч дійсна картина підліткової наркоманії значно гірша, що не може не насторожувати [6]. На від-

міну від значної кількості країн світу, в Україні немає спеціального державного органу, що відповідає за розробку державної політики щодо алкоголю та наркотиків, а також відсутній механізм реалізації державної політики в галузі контролю та обігу алкоголю та наркотичних засобів. Чинне в Україні законодавство направлене тільки на регулювання відносно невеликої частини питань, переважно щодо обігу наркотичних речовин і прекурсорів та діяльності правоохоронних органів. Як результат, Україна не має на сьогодні програм протиалкогольних та проти наркотичних дій і в умовах відчутного дефіциту коштів продовжує робити акцент на найбільш витратних та часто застарілих формах протиалкогольної та проти наркотичної роботи, ігноруючи сучасні профілактичні підходи, які довели свою результативність та високу економічність у багатьох країнах світу [2]. У першу чергу це стосується проблеми медико-соціальної профілактики вживання ПАР у дітей та підлітків, яка фіксується багатьма сучасними дослідниками.[1] Вченими констатується, що на теперішній час вирішення зазначеної проблеми з точки зору інформації та просвіти сприяє підвищенню ступеня розуміння населенням шкоди, що завдається вживанням алкоголю та наркотиків, і його наслідків для здоров'я і добробуту окремих осіб, родин та суспільства в цілому [3].

Сучасні дослідження приділяють особливу увагу розробкам нових підходів профілактики, яка направлена або на зниження факторів ризику захворювання наркоманії, токсикоманії чи алкоголізмом, або на поширення численних факторів, зниження захворюваності. Відповідні умови і життєві обставини можуть або сприяти, або перешкоджати початку вживання ПАР.

Проведене дослідження «Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти», у 2010 році, показало, що 9% респондентів віком 15-34 роки мали досвід вживання якихось наркотичних речовин упродовж життя [8]. Найбільш поширеною речовиною є марихуана або гашиш – її вживали 8% респондентів. Екстазі вживали 2% респондентів. Перше вживання наркотичних речовин у 32% респондентів відбулося у віці 12-16 років, ще у 32% - від 17 до 18 років, а у віці 19-28 років - у 30% молодих людей. Серед чоловіків найбільший відсоток - 34,4% спробували вперше наркотичні речовини у віці від 12 до 16 років, а серед жінок – 44% у віці 19-28 років. Тенденція показує, молоді люди чоловічої статі раніше, ніж жінки, пробують вживати наркотики, 49% респондентів вважають, що наркотики придбати легко, якщо цього захотіти. Серед тих респондентів, які мали досвід вживання наркотиків, відповіді розподілились таким чином: 50% респондентів вважають, що будь-які наркотики придбати легко, при цьому марихуану або гашиш – 77%, героїн та кокаїн – по 25%, екстазі - 38%. Легким вважають придбати декількох наркотичних речовин одночасно 30% респондентів, які мають досвід вживання наркотиків [5]. Перший досвід вживання пива 16% респондентів мали у віці 9 років. У цьому ж віці 12% учнів перший раз спробували вино або шампанське та 4% учнів спробували міцні алкогольні напої. Алкогольні коктейлі з вмістом алкоголю до 5% (наприклад «Ром-кола», «Джин-тонік», «Longer», «Shake») 14% учнів почали вживати, ще не досягнувши 14 років [4].

Щодо ймовірності наслідків вживання алкоголю виявилось, що 27% хлопців та 28% дівчат оцінюють «шкоду для здоров'я» як абсолютно неможливу у разі вживання ними алкоголю. Ймовірність «позитивних наслідків» від вживання алкоголю, а саме почуття «розслабленості», відзначають 57% хлопців та 50% дівчат, можливість «забути про свої проблеми» як дуже ймовірну – 37% хлопців та 39% дівчат. З усіх наркотичних речовин, які вживає молодь, найбільш поширеними виявились марихуана та гашиш. 7,9% учнівської молоді вживали марихуану 1-2 рази впродовж життя, а 0,8% - 40 і більше разів [7].

Істотно зросла в останні роки частка тих, хто долучився до першого вживання марихуани або гашишу у юному віці. Навіть у віці до 9 років марихуану або гашиш вперше спробували 1,3% хлопців та 0,4% дівчат [8].

Найпоширенішим механізмом отримання першого наркотика молоддю є пропозиція спробувати його у референтній групі (компанії друзів і знайомих). Основним визначальним мотивом спробувати наркотичну речовину виявилась цікавість – як для хлопців (7%), так і для дівчат (4%). Досить поши-

реним мотивом початку вживання наркотиків є також надлишок вільного часу. З цієї причини вживали наркотичні речовини 2% хлопців та 1% дівчат [7].

За даними Національної ради з питань охорони здоров'я, щороку через алкоголізм в Україні помирає понад 40 тис. людей. Щодня алкоголь вбиває 40 українців. Майже 40% українських підлітків 14-18 років регулярно вживають спиртні напої. Алкоголь є причиною передчасної смерті майже 30% українських чоловіків [6].

Згідно із статистичними даними у Львівській області під диспансерним та профілактичним спостереженням в ОКЗ ЛОР «Львівський обласний державний клінічний наркологічний диспансер» перебуває близько 40 тис. осіб, захворюваність на алкоголізм в Львівській області становить 102,0 на 100 тис. населення. Загрозливим явищем стає жіночий алкоголізм, оскільки щороку збільшується контингент жіноцтва, залежного від оковитої. Відповідно зростає кількість розумово чи фізично неповносправних дітей. За даними Управління МВС України в області перебуває 4827 осіб, котрі зловживають спиртними напоями. Віковий ценз контингенту зареєстрованих осіб, хворих на алкоголізм, свідчить, що майже всі вони – особи активного віку.

Упродовж 2013 року на території області скоєно 186 злочинів у стані алкогольного сп'яніння. Разом з тим, незважаючи на вжиті заходи, проблема пияцтва та алкоголізму в області станом на сьогодні не лише не втрачає своєї актуальності, але щороку загострюється та набуває все більш небезпечних для суспільства форм і проявів.

Для вирішення згаданої проблеми Львівською обласною радою прийнята комплексна програма профілактики і запобігання поширенню пияцтва та алкоголізму серед населення області на 2011-2014 роки [6].

Висновки. Тільки комплексний підхід до проблеми наркоманії з урахуванням медико-соціальних, біологічних, психологічних, юридичних аспектів, тісна співпраця медичних та освітніх закладів, кваліфікована наркологічна підготовка педагогів дасть змогу розробити і здійснювати єдину медико-педагогічно-правову концепцію антинаркотичної діяльності, що сприятиме гальмуванню поширення наркоепідемії в нашій державі.

Література

1. А. М. Нагорна, Т.С. Грузева, О.О. Дудіна та ін.. Стан та перспективи здоров'я підлітків України // Матеріали наук. -практ. конф. – 2000. – С. 55-57.
2. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомания у подростков. – К.: Здоров'я, 1989 – 216 с.
3. Валежин А. Секреты нарколога. – Красноярск.: Бонус, 1998. – 112 с.
4. Вієвський А. М. Загальні положення структура та зміст комплексної багаторівневої системи профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I - III ступенів навчання / А.М. Вієвський // Медична психологія – 2011. - том 6. № 3. С. 56-63.
5. Вієвський А. М. Наукове обґрунтування, змістовне наповнення та специфічні особливості складової комплексної багаторівневої системи профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на учнів 1-11 класів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання /А. М. Вієвський. // Медична психологія. – 2011. - том 6, №4 - С. 67-75.
6. Комплексна програма профілактики і запобігання поширенню пияцтва та алкоголізму серед населення Львівської області на 2011-2014 роки. Затверджено рішенням Львівської обласної ради від 11.07. 2011 р. № 191
7. Молодь за здоровий спосіб життя: щорічна доповідь президента України, Верховній Раді України, Кабінету міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2009р.)/ Міністерство України у справах сім'ї, молоді і спорту, Державний інститут розвитку сім'ї та молоді. – К.: ТОВ «Основа», 2010. -10с.

8. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти/ За ред. Е. М. Лібанової. – К.: Інститут демографічних та соціальних досліджень ім. М. В. Птахи НАН України. -2010. - 129 с.

Основні напрямки розвитку сімейної медицини на сучасному етапі

Любінець О. В.¹, Гринаш В. М.¹, Фуртак І. І.¹, Паробецька І. М.¹, Гнатюк Г. Т.²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Жовківська центральна районна лікарня

Анотація: У роботі проведений аналіз концепції сучасної реформи, яка передбачає розвиток державно-страхової моделі національної системи охорони здоров'я (НСОЗ) в Україні на зразок канадської. Вона найбільш клієнтоорієнтована і відповідає сучасним світовим тенденціям розвитку охорони здоров'я. На сьогодні розроблено чимало концепцій і програм реформування НСОЗ - принципово відмінних і непринципово. Але всі вони пропонують зміни в інтересах людей. Для цього, виходячи з пропонованої концепції, необхідно змінювати системні умови надання медичної допомоги.

Ключові слова: сімейна медицина, первинна медико-санітарна допомога, кафедра організації і управління охороною здоров'я, керована медична допомога

Розробка кафедрою стратегій і тактики переходу до ПМСД на засадах СМ не обмежується питаннями медико-технологічного характеру (навчанням лікарів, оснащенням структур СМ тощо). Як показали дослідження кафедри, лікар загальної практики-сімейної медицини має стати організатором медичної допомоги та заходів з охорони здоров'я для населення його сімейно-територіальної ділянки.

Основна вимога до сучасної системи управління у сфері охорони здоров'я - це організація раціональної медичної допомоги населенню, заснованої на принципах медичної та економічної доцільності. Тобто, необхідна система управління, що дозволяла б надати кожному мешканцю найбільш раціональний (з медичної точки зору) та найменш затратний (з економічної точки зору) обсяг медичної допомоги на будь-якому рівні її надання.

На пропозицію вчених і організаторів охорони здоров'я Львова МОЗ України своїм наказом від 15.09.1988р. дозволило розпочати перший на теренах СРСР медико-соціальний експеримент щодо реформування на засадах сімейної медицини в Україні на базі поліклініки №2 м.Львова.

Ініціаторами проведення експерименту виступили завідувач кафедри організації та управління охороною здоров'я Львівського державного медичного інституту (ЛДМІ) - доцент Я.П.Базилевич, головний лікар поліклініки № 2 м.Львова Є.М. Полатайко, професор М.П. Павловський – ректор ЛДМІ, доцент І.О. Мартинюк й інші вчені та працівники системи охорони здоров'я Львівщини, зокрема начальники управління охорони здоров'я Львівської міськради – м.д.у. Борисевич М.Д. та згодом - м.д.у. Гузар З.Т.

Комплекс таких робіт виконується і нині у співпраці з міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України на реалізацію доручення Адміністрації Президента України, постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) 20.06.2000 №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я», а також на реалізацію Концепції удосконалення ПМСД МОЗ України і Концепції удосконалення охорони здоров'я населення України та інших доручень Президента України. Організація такої співпраці науковців з керівниками закладів практичної охорони здоров'я була усвідомленим кроком, оскільки найбільш складним напрямком в удосконаленні (ПМСД) є наукове обґрунтування моделей, вирішення фінансово-економічних проблем управління та мотивації до підвищення ефективності функціонування всієї діючої системи в цілому і первинної ланки зокрема.

У попередні десятиліття в ході проведення експерименту «Сімейний лікар» у лікувально-профілактичних закладах Львівської та інших областей України, за участю передусім спеціалістів управління охорони здоров'я виконкомом Львівської міської ради було розроблено кілька моделей

для економічного стимулювання спеціалістів СМ, зокрема, фондотримання, однак фінансово-контрольні органи не дали їх реалізувати на протязі перших років через відсутність нормативно-правової бази.

На сьогодні у різних областях України проводяться експерименти фінансово-економічного стимулювання впровадження та функціонування СМ. Разом з тим поспішні та недостатньо обгрунтовані кроки без доорганізації чинної системи управління небезпечні дезінтеграцією системи в цілому, відривом первинної ланки від наступних рівнів надання медичної допомоги, втратою наступності в наданні медичної допомоги. Перехід до СМ та розвиток економічних методів управління насамперед вимагає впровадження сучасних методик управлінського обліку та аналізу і відповідних механізмів розподілу фондів та обсягів медичної допомоги за рівнями її надання з врахуванням пріоритету первинної ланки як базової, найменше затратного рівня, що реалізується зараз в провідних країнах світу.

Власне для впровадження таких заходів з доорганізації та регулювання системи нині створюються демонстраційні моделі, а саме у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та двох районах м.Києва проводиться експеримент. Логічна послідовність елементів управління повною мірою стосується управління НСОЗ. Від діяльності сімейного лікаря як організатора значною мірою залежить рівень надання медичної допомоги населенню сімейно-територіальної дільниці. Це стосується як безпосередньо його роботи з пацієнтами, зокрема, планування, облік, організація динамічного спостереження, так і співпраці (роботи) з медичними закладами. Так, наприклад, можна навести його роботу по плануванню, формуванню потоків пацієнтів в районні та обласні медичні заклади, організацію контролю за поверненням виписок і консультативних заключень тощо. Сімейний лікар виступає тут як базовий менеджер.

Практичне значення розробок полягає у напрацюванні пропозицій, які базуються на багаторічному практичному досвіді у Львівській та інших областях щодо реалій існування об'єкта – насамперед охорони здоров'я сільського населення, його потреб і ресурсного забезпечення та напрямків організації і управління у цій сфері. Власне організація і управління покращенням охорони здоров'я сільського населення шляхом реорганізації ПМСД є предметом останніх досліджень кафедри.

Основу сучасних систем ПМСД в Україні складають лікарі загальної практики - сімейної медицини (СЛ), що надають первинну медичну допомогу населенню на довгостроковій основі. Однак в країні не існує строгого поділу на служби первинної і вторинної допомоги. Ключовими фігурами в наданні ПМСД у багатьох областях і районах залишаються дільничний терапевт і дільничний педіатр. Пацієнти мають можливість звертатися до лікарів вузьких фахівців самостійно без скерувань дільничного лікаря, чим вони широко користуються і що здорожчує вартість медичних послуг. Розробка кафедрою стратегій і тактики переходу до ПМСД на засадах СМ не обмежується питаннями медико-технологічного характеру (навчанням лікарів, оснащенням структур СМ тощо).

Варто враховувати й те, що навіть добре навчений і ресурсно-забезпечений лікар не виконає покладених на нього завдань, якщо не буде мати визначену автономію в прийнятті рішень, економічну мотивацію оплати праці. Як показали дослідження кафедри, лікар загальної практики-сімейної медицини має стати організатором медичної допомоги та заходів з охорони здоров'я для прикріпленого населення його сімейно-територіальної дільниці. Формування контингенту населення сімейно-територіальної дільниці СЛ повинне здійснюватись на основі вільного вибору лікаря пацієнтом не частіше 1 разу в півроку. Найважливішою складовою частиною реформування системи ПМСД на засадах СМ є перехід від постатейного фінансування в залежності від обсягу і якості наданих медичних послуг.

Головною вимогою до системи фінансування структур сімейної медицини є створення системи стимулів для оптимізації надання ефективної і високоякісної медичної допомоги за умов підвищення ефективності використання наявних ресурсів та стримування росту витрат. При фінансуванні структур СМ з розрахунку на одного мешканця за схемами фондотримання фінансовий норматив може забезпечувати покриття витрат як на очікуваний обсяг діяльності первинної ланки, так і на заплановані об-

сяги амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги та частину стаціонарної допомоги. Структури СМ можуть оплачувати тільки ті медичні послуги, що надані населенню за їх скеруваннями.

Узагальненим завданням удосконалення управління первинною ланкою охорони здоров'я є насамперед комплексна перебудова фінансування і організації ПМСД. Очікуваним станом системи в умовах переходу до ринкових відносин повинна стати регульована конкуренція між виробниками медичних послуг, наділеними широкою господарською самостійністю і фінансовими стимулами. Досягненню такого стану будуть сприяти розвиток і підтримка незалежних лікарських практик (передусім загальнолікарських практик на засадах СМ), конкурсний розподіл ресурсів, оплата медичних закладів (особливо первинної ланки і зазначених загальнолікарських практик) по кінцевому результату їх діяльності, вільне прикріплення громадян до джерела первинної допомоги.

Не останню роль відіграє і залучення на потреби охорони здоров'я додаткових ресурсів, зокрема, каналами медичного страхування.

Так само несправедливо безоплатна медицина обходиться і з самими медиками, притісняючи їх інтереси у порівнянні з більшою частиною суспільства і суттєво знижуючи їх соціальний статус. Фактично шляхом використання дешевої праці медиків держава намагається забезпечити гарантії безоплатної медичної допомоги для населення. Відповідно до Конституції України медична допомога має бути доступною для всіх без винятку, а принцип безоплатності має діяти в реально можливому обсязі. На розвиток цих постулатів ми пропонуємо змінити систему фінансування медицини, підвищити ефективність витрат і зробити контроль за ними більш відповідальним через організацію служби управління медичними послугами. Для більш раціонального розподілу коштів, оптимального використання матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я, підвищення ефективності медичного обслуговування в межах концептуальної моделі в експериментальних регіонах на сучасному етапі будуть розмежовані первинний, вторинний і третинний рівні надання медичної допомоги. На первинному рівні - профілактичні заходи, амбулаторне лікування та стаціонарозамінна допомога за основними спеціальностями; на вторинному - спеціалізована, технологічно складніша; на третинному - високотехнологічна допомога та лікування найбільш складних і рідкісних захворювань. Основна частина медичних послуг населенню повинна надаватися на первинному рівні. Треба відзначити, що це розмежування не повинно би бути жорстким, ультимативним, бо в реальному житті "чистий варіант" буде рідко, скоріше будуть "міксти". Особливо це стосується потужних міських багатопрофільних та обласних лікарень. Занадто однозначне тлумачення рівнів буде стримувати розвиток лікувальних закладів. Сьогодні формування бюджету хоч і базується на поособовому нормативі, але використання асигнувань й подалі здійснюється із розрахунку на ліжко (відвідування).

В діючій системі залишаються структурні диспропорції між первинним, вторинним та третинним рівнями надання медичної допомоги. Названі причини в основному і визначають нераціональні витрати в системі.

Дослідження кафедри показують, що фінансування ЛПЗ необхідно поставити в залежність від обсягів роботи та кінцевих результатів їх діяльності. Обов'язково враховувати при цьому й рівень акредитації ЛПЗ. Результативність вторинного і третинного рівнів має визначатись – обсягами і якістю медичної допомоги, а первинної допомоги - й кількістю прикріплених пацієнтів.

Таким чином, концепція сучасної реформи передбачає розвиток державно-страхової моделі НСОЗ в Україні на зразок канадської. Вона найбільш клієнтоорієнтована і відповідає сучасним світовим тенденціям розвитку охорони здоров'я. На сьогодні розроблено чимало концепцій і програм реформування НСОЗ в Україні - принципово відмінних і непринципово. Але всі вони пропонують зміни в інтересах людей.

Для цього, виходячи з пропонованої концепції, необхідно:

1. Змінювати системні умови надання керованої медичної допомоги:

- затвердити законодавчо рівень гарантованої державою безоплатної медичної допомоги і систему стандартів медичного обслуговування щодо надання якісних медичних послуг;

- прийняти Постанову Кабінету Міністрів (або тимчасово на регіональному рівні) по гарантіях щодо оплати комунальних виплат ЛПЗ;
 - зняти законодавчо для основних суб'єктів всі обмеження по реалізації державно-страхової моделі.
2. Формувати нові фінансові джерела і механізми управління потоками послуг, пацієнтів і ресурсів в системі керованої медичної допомоги.
 3. Проводити масштабну реорганізацію системи керованої медичної допомоги на макро й мікрорівнях (зокрема щодо організації служби управління медичними послугами в ЛПЗ та інших структурних підрозділах системи).

Література

1. Базилевич Я.П., Фуртак І.І. Економічні аспекти експерименту "Сімейний лікар". Матеріали до колегії МОЗ України 3-4 березня 1994 року.- Київ, 1994.- 4 с.
2. Фуртак І.І., Базилевич Я.П. Концепція економіки впровадження сімейної медицини в умовах переходу до ринкових відносин.- Львів, 1994.- 8 с.
3. Фуртак І.І., Базилевич Я.П. Концепція економіки сімейної медицини.- Львів, 1993.- 4 с.
4. Юрченко В.Д., Федоренко В.Д., Базилевич Я.П., Фуртак І.І. Економіка впровадження і функціонування сімейної медицини. Випуск 10. Економіка і фінансування // Матеріали міжнародного семінару "Сімейна медицина", 29-30 березня 1995 р.- Львів, 1995.- 4 с.
5. Фуртак І.І. Удосконалення управління системи охорони здоров'я України // Мат . Міжнародної конференції "Актуальні проблеми адміністративної реформи України". 31 жовтня 1997 р. М.Київ.- Київ, 1997.- С.21-25.
6. Фуртак І.І. Напрями управління реструктуризацією первинної медико-санітарної допомоги в Україні // Матеріали до міжнародного семінару, схвалені методичною радою Української академії державного управління при Президентові України.- Київ, 1998.- 12с.
7. Зіменковський Б., Гжегоцький М., Базилевич Я., Фуртак І. Політика і стратегія реформування ПМСД на засадах сімейної медицини.// Матеріали науково-практичної конференції "Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі", 7-8 жовтня 1999 р., м.Житомир.- Житомир, 1999.- 27с.
8. Науково-педагогічне забезпечення реформування системи охорони здоров'я / Б.Зіменковський, М.Гжегоцький, М.Слабий, Я.Базилевич, І.Фуртак, О.Любінець // VIII Конгрес СФУЛТ.- Львів-Трускавець, 2000.- С.9-10
9. Формування Концепції удосконалення державного управління в сфері охорони, збереження та зміцнення здоров'я населення/Фуртак І.І.//Зб.наук.праць за заг.ред.к.е.н. доц. А.О.Чемериса. Актуальні проблеми державного управління. Випуск 3: Адміністративна реформа в Україні: проблеми та перспективи. – Львів, ЛФ УАДУ, 2000. – С.344-348.
10. Фуртак І.І. Адміністративна реформа в Україні та управління системою охорони здоров'я регіону. // Актуальні проблеми державного управління: Збірник наукових праць ЛФ УАДУ.-2001.-Вип.5.- С.334-342.
11. Фуртак І.І., Базилевич А.Я., Голунов А.І., Латишев Є.Є., Собін О.І., Любінець О.В., Кошеля І.І., Сможаниця М.М., Гнатюк Г.Г., Гринаш В.М. Автоматизована система управління охороною здоров'я.// Ефективність державного управління в контексті європейської інтеграції: Матеріали щорічної науково-практичної конференції 23 січня 2004 р./ За заг. Ред. А.О.Чемериса.- Львів, ЛРІДУ ПАДУ, 2004.- 4.1.- С.269-271
12. Фуртак І.І., Гринаш В.М., Фуртак М.О., Гавчак І.Ю., Фуртак Н.І., Пастухов В.І. Моделі сучасних методів управління первинною медико-санітарною допомогою в країнах Європейської спільноти (ЄС), нових незалежних державах та перспективи для сімейної медицини в Україні. // Наукове видання. Державне управління в умовах інтеграції України в Європейський Союз. Матеріали Науково-

практичної конференції з міжнародною участю (29 травня 2002., Київ) / За заг.ред. В.І.Лугового, В.М.Князева. - Київ, Видавництво УАДУ, 2002.-Т.2.-С.209-211.

13. Фуртак І.І., Гринаш В.М., Гринаш Ю.І. Формування основних напрямків розвитку первинної ланки відомчої служби охорони здоров'я МВС України на засадах загальнолікарської сімейної медичної практики.// Актуальні проблем державного управління: Збірн.наук.праць ЛФ УАДУ.- 2007.- Вип.3.- С 309-315.
14. Фуртак І.І., Голунов А.І., Луць І.М., Гринаш В.М., Любінець О.В., Базилевич А.Я. Інформаційне забезпечення розвитку сімейної медицини. // Сучасний стан та перспективи розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров'я (до 80-тиріччя кафедри соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я): Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. 18-19 вересня М.Одеса, 2003 р. / За заг.ред. акад.. В.М. Запорожана та проф.. В.І. Журавля.- О.: Одес. держ. Ун-т, 2003.- С.133-137.

Організація скерування дітей на госпіталізацію з приводу інфекцій нирок

О. Б. Олексюк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: Реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає чіткий розподіл на служби первинної та вторинної медичної допомоги, посилення ролі лікарів первинного рівня у формуванні маршрутів пацієнтів та їх скеруванні на стаціонарне лікування [1-4].

Ключові слова: госпіталізація, первинна медична допомога, діти, інфекції нирок

Organization of referrals For hospitalization of children with renal tubulo-interstitial diseases

O. B. Oleksiuk

Lviv National Medical University after Danylo Halysky

Summary

Background. Health care system reforming in Ukraine envisages a clear division on primary and secondary health care services, strengthening the gate keeping role of primary care physicians (PCP) in the formation of patients' routes and their referrals for hospitalization.

Objectives. To investigate the organization of referrals for hospitalization of children suffering from renal tubulo-interstitial diseases.

Materials and methods. Personificated analysis of statistical forms filled in during a calendar year at a city children hospital for discharged children, aged 0-17, with final diagnoses "Renal tubulo-interstitial diseases" (ICD-10 codes N10-N12).

Results. The study found that only 25.4% of children suffering from renal tubulo-interstitial diseases were referred for hospitalization by their PCP, which was significantly ($p < 0.001$) lower than proportion of referrals made by physicians of consultative out-patient department of the city children hospital (CD) (44.4%). Proportion of children referred by PHC didn't significantly differ from proportion of children admitted to the hospital on request of their parents (20.2%) and was higher than the proportion of those delivered by city ambulance service (10.0%). Proportion of hospitalized by CD physicians was significantly lower in children up to one year in comparison with children aged 1-17 (28.1% versus 46.9%; $p < 0,01$), while proportions of referrals made by PCP didn't differ between two these age groups of children (20.3% versus 26.3%; $p < 0,05$).

Conclusions. PCP don't play a decisive role in the hospitalization of children suffering from renal tubulo-interstitial diseases to city children hospital. The flow of hospitalized children is greatly influenced by physicians of the hospital CDs, as well as by hospital admissions on parents' request without physicians' referrals.

Keywords: primary health care, children, hospitalization, renal tubulo-interstitial diseases

Метою дослідження було вивчення ролі лікарів первинного рівня у скеруванні дітей, хворих на інфекції нирок, на стаціонарне лікування.

Матеріали та методи. Проведений персоніфікований аналіз даних статистичних форм № 0066/о, заповнених на дітей (0-17 років), які лікувались протягом року з приводу інфекцій нирок у стаціонарі міської дитячої лікарні (МДЛ).

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом року у стаціонарі МДЛ було зареєстровано 490 випадків госпіталізації дітей з приводу хвороб нирок (код МКХ-10 N10-N12). Середня тривалість одного випадку лікування становила $12,5 \pm 0,2$ календарних днів. У 99,2% випадків діти перебували у стаціонарі лікарні у зв'язку із лікуванням, у 0,8% випадків – з приводу обстеження. Летальних

випадків не було зареєстровано. На повторні випадки госпіталізації припадало 12,9% усіх випадків госпіталізації дітей протягом року.

Аналіз розподілу випадків госпіталізації залежно від шляхів скерування дітей у стаціонар (рис. 1) показав, що у 44,4% випадків скерування на госпіталізацію були виписані лікарями консультативної поліклініки (КП) МДЛ, у 25,4% випадків дітей скерували лікарі первинного рівня за місцем проживання дитини, у 20,2% випадків батьки самі звернулись з проханням госпіталізувати їхніх дітей, а у 10,0% випадків хворі діти були доставлені каретою швидкої допомоги.



Рис. 1. Розподіл дітей, хворих на інфекції нирок, за шляхами їх скерування на госпіталізацію в міську дитячу лікарню

Частота скерування лікарями КП МДЛ дітей з даною патологією на госпіталізацію значуще ($p < 0,001$) перевищувала частоту скерування дітей іншими шляхами. Лікарі первинного рівня значуще ($p < 0,001$) рідше скеровували дітей з інфекціями нирок, ніж лікарі КП МДЛ та частіше, ніж лікарі швидкої допомоги. Значущих різниць у частоті скерування дітей лікарями первинного рівня та на прохання батьків виявлено не було.

Серед усіх випадків госпіталізації протягом року 13,1% припадало на випадки госпіталізації дітей першого року життя, які перебувають під особливою увагою лікарів. Враховуючи це, ми порівняли частоту скерування різними шляхами дітей першого року життя та дітей у віці один рік і старше (табл. 1). Встановлено, що розподіли частот скерувань відрізнялись у цих двох вікових групах за рахунок значущих різниць у частотах скерувань лікарями швидкої допомоги, лікарями КП та госпіталізації на прохання батьків. Лікарі швидкої допомоги значуще частіше госпіталізували дітей першого року життя, у порівнянні з дітьми інших вікових груп (відповідно 21,9% та 8,2%; $p < 0,001$), а лікарі КП, навпаки, частіше скеровували на стаціонарне лікування пацієнтів у віці 1 рік і старше (відповідно 46,9% та 28,1%; $p < 0,01$). Частота госпіталізації на прохання батьків була значуще вищою у групі дітей першого року життя (відповідно 29,7% та 18,8%; $p < 0,05$). Частота скерувань на госпіталізацію лікарями первинного рівня дітей обох вікових груп, значуще не відрізнялась (20,3% серед дітей першого року життя та 26,3% серед дітей у віці 1 рік і старші; $p > 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1. Частота госпіталізації дітей різних вікових груп з приводу інфекцій нирок залежно від шляхів їх скерування на стаціонарне лікування

Скерування	Вікові групи				Значущість різниці p
	до 1 року		1 рік і старше		
	абс.	%	абс.	%	
На прохання батьків	19	29,7	80	18,8	0,04
Швидка допомога	14	21,9	34	8,0	<0,001
Лікарі первинного рівня	13	20,3	112	26,3	0,32
Лікарі КП МДЛ	18	28,1	200	46,9	<0,01
Всього	64	100,0	426	100,0	

Значущих різниць між частотою скерування дітей першого року життя різними шляхами не було виявлено. Зате, дітей у віці 1 рік і старших, значуще найчастіше ($p < 0,01$) скеровували лікарі КП (46,9%).

Висновки

1. Виявлено, що лікарі первинного рівня надання медичної допомоги за місцем проживання дітей не відіграють вирішальної ролі у їх скеруванні на госпіталізацію з приводу інфекцій нирок. Проведене дослідження показало, що протягом року вони видали дітям скерування на госпіталізацію у міську дитячу лікарню лише у 25,4% випадків. Частота скерувань на стаціонарне лікування дітей лікарями первинного рівня значуще не відрізнялась у дітей першого року життя та дітей у віці 1 рік та старші (відповідно 20,3% та 26,3%; $p > 0,05$).

2. Велику роль у формуванні контингентів дітей госпіталізованих у стаціонар міської дитячої лікарні з приводу інфекцій нирок відіграють лікарі її консультативної поліклініки. Протягом року 44,4% випадків госпіталізації усіх дітей відбувалось за їх скеруваннями. Частота скерувань лікарями консультативної поліклініки була значуще вищою серед дітей у віці 1 рік і старше, у порівнянні з дітьми першого року життя (відповідно 46,9% та 28,1%; $p < 0,01$).

3. Кожен п'ятий випадок госпіталізації дитини з приводу інфекцій нирок відбувся без скерувань лікарів, за проханням батьків дітей.

Список літератури.

1. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.

2. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України: метод. рекомендації / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полікова ; ДУ «Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України», Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2010. – 25 с.

3. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К., 2005. – 168 с.

4. Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги: метод. рекомендації / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України». – К., 2010. – 25 с.

Організація профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ у Львівській області

М. Б. Служинська, Л. Р. Остап'юк, І. В. Чайка

Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом

Анотація: У даній роботі описано особливості організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, зокрема у Львівській області. Детально обговорено накази, які існували з 2003 по 2013 рік та алгоритми щодо ведення ВІЛ-інфікованих вагітних. Завдяки здійсненню комплексу заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини частота передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні знизилася з 27,8% у 2001 році до 4,7% у 2009 році.

Ключові слова: ВІЛ, вагітність, вертикальна трансмісія

Organisation of prevention of mother-to-child transmission in Lviv region

M. B. Sluzhynska, L. R. Ostapyuk, I. V. Chajka (Lviv regional AIDS Center)

Abstract: This paper describes the features of HIV transmission from mother to child in Ukraine, in Lviv region. Discussed in detail orders, which existed from 2003 to 2013, and algorithms for conducting HIV-infected pregnant women. With the implementation of measures for prevention of transmission of HIV from mother to child in Ukraine HIV transmission rate from mother to child fell from 27,8% in 2001 to 4,7% in 2009.

Keywords: HIV, pregnancy, vertical transmission.

Вступ. Розповсюдження ВІЛ в Україні розпочалося з середовища споживачів ін'єкційних наркотиків. Тому наявність ВІЛ у пацієнта автоматично дозволяє запідозрити його приналежність до представників уразливих груп. В зв'язку з цим ВІЛ дискримінується у суспільстві. Але протягом останніх років спостерігається поступове зниження частоти парентерального, а зростання рівня статевого шляху передачі ВІЛ (зокрема, у Львівській області від 22,0% у 2005 році до 43,5% у 2012 році).

Крім парентерального і статевого, існує також шлях передачі ВІЛ від матері до дитини (вертикальний шлях), який є найбільш дієвим для здійснення профілактичних заходів. За останні роки в Україні сформувалася чітка тенденція до зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ.

Показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) розраховується з кількості живонароджених дітей одного календарного року, яким виповнилося 18 місяців, оскільки до цього часу материнські антитіла до ВІЛ циркулюють в крові дитини.

Для здійснення ефективного впливу на зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні є розроблена нормативно-правова документація, клінічні протоколи та накази міністерства охорони здоров'я України, що регламентують проведення комплексу заходів щодо зниження передачі ВІЛ від матері до дитини.

Матеріали і методи. Всі вагітні жінки, які перебувають на обліку в жіночих консультаціях лікувально-профілактичних закладів України, двічі проходять обстеження на ВІЛ після проведення дотестового консультування та заповнення інформованої згоди [2]. Основним методом лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції є метод імуноферментного аналізу (ІФА), який виявляє сумарний спектр антитіл проти антигенів ВІЛ.

Період часу, протягом якого ВІЛ знаходиться в організмі, але антитіла до нього ще не виробилися, називається періодом серологічного вікна. Цей період небезпечний тим, що при обстеженні на ВІЛ антитіл ще немає, тому людина вважає себе здоровою, але може інфікувати інших і до того, як в крові з'явилися антитіла до ВІЛ. Для того, щоби виключити можливість перебування вагітної жінки в періоді серологічного вікна, обстеження на ВІЛ проводиться двічі під час вагітності.

Якщо результат тесту позитивний до вагітності – повторне обстеження під час вагітності не призначається. У разі отримання негативного результату при обстеженні на ВІЛ методом ІФА при взятті на облік до 12 тижнів вагітності повторне тестування проводиться в терміні вагітності 22-23 тижні. У разі першого звернення вагітної у терміні після 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності.

У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах [6].

Результати Передача ВІЛ від матері до дитини може відбутися під час вагітності, пологів та грудного вигодовування. Щоби цього не допустити, ВІЛ-інфікованим вагітним і новонародженим дітям потрібно приймати спеціальний профілактичний курс антиретровірусними препаратами, індивідуально підходити до тактики розродження жінок залежно від імунологічних показників та повністю виключити грудне вигодовування. Антиретровірусні препарати – це лікарські засоби, які порушують репродукцію (розмноження) ВІЛ і здатні попередити пошкодження імунної системи, таким чином сповільнюючи розвиток ВІЛ-інфекції. Лікування може надовго попередити стадію СНІДу та забезпечити людині повноцінне життя.

Здійснення цього комплексу заходів дозволяє значно знизити рівень передачі ВІЛ від матері до дитини. З 2003 по 2007 рік в Україні відповідно до наказу МОЗ України № 582 від 15.12.2003 року «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини проводилася з 28 тижнів вагітності тільки одним антиретровірусним препаратом з групи нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази – зидовудином. З 2007 року профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини проводиться трьома антиретровірусними препаратами з 24 тижнів вагітності, а при значному зниженні імунітету у матері (рівень CD4 клітин нижче 200 ммоль/мл – відразу після отримання результатів обстеження) [3]. CD4 клітини (Т-хелпери) -це білі кров'яні тільця, які виконують імунну відповідь організму на бактеріальні, грибові та вірусні інфекції. Ці клітини вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) використовує для своєї життєдіяльності і тим самим їх знищує, створюючи дефіцит імунного захисту.

Практичний досвід показує, що чим швидше розпочато проведення антиретровірусної терапії (АРТ) у вагітної жінки, тим краще вдається знизити рівень вірусного навантаження до терміну пологів. При проведенні АРТ найкращим критерієм оцінки ефективності чи неефективності лікування є вірусне навантаження (ВН) – показник кількості копій вірусу в 1 мл крові ВІЛ-інфікованої людини. Цей показник у ВІЛ-інфікованої вагітної жінки має суттєвий вплив на визначення методу розродження.

З 2007 по 2010 рік при визначенні тактики розродження ВІЛ (+) вагітних жінок акушер-гінекологи керувалися Наказом №716 і проводили елективний кесарів розтин в 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності і до моменту відходження навколоплідних вод при рівні вірусного навантаження менше 1000 копій. Але на даний час відповідно до Наказу МОЗ України №551 від 12.07.2010 р. «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» п. 12.3.1. особливості медичного спостереження ВІЛ-інфікованих жінок під час вагітності плановий елективний кесарів розтин на 38-39 тижні показаний всім ВІЛ (+) вагітним, за винятком випадків, коли вірусне навантаження ВІЛ менше 50 копій/мл на 34-36 тижнях вагітності [5]. Тому в майбутньому можна прогнозувати зростання питомої ваги елективних кесаревих розтинів, що вже характерно в 2012 році.

Обговорення. Для ВІЛ-інфікованих хворих, в тому числі вагітних жінок, в Україні антиретровірусна терапія є безкоштовною і доступною для всіх пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку в республіканському чи обласних регіональних Центрах СНІДу і її потребують. Також замітники грудного молока для дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, закуповується за кошти місцевого бюджету і є для них безкоштовними, оскільки існує ризик інфікування новонароджених дітей через

грудне молоко. До питання планування вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок треба підходити відповідально. Лікар повинен провести консультування та надати вичерпну інформацію відносно можливих ризиків інфікування дитини під час вагітності, пологів та грудного вигодовування та здійснення заходів, щоби їм запобігти (прийом схеми антиретровірусних препаратів з 24 тижня вагітності, вибір оптимального методу розродження відповідно до показників вірусного навантаження, штучне вигодовування та схема профілактики новонародженій дитині тривалістю 7 або 28 днів залежно від часу початку прийому профілактичної схеми антиретровірусних препаратів матер'ю дитини під час вагітності).

Якщо раніше ВІЛ-позитивні жінки часто не планували вагітність в зв'язку з підвищеним ризиком інфікування дитини, то тепер вони можуть безпечно реалізувати свою репродуктивну функцію в зв'язку з великими успіхами щодо попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. В зв'язку з цим з кожним роком зростає кількість пологів у ВІЛ-інфікованих жінок.

Для того, щоб ВІЛ-інфікована жінка змогла оперативно справитися зі стресовою ситуацією, прийняти свій ВІЛ-позитивний статус, вчасно розпочати прийом антиретровірусних препаратів, виконувати всі рекомендації лікаря, необхідні для народження здорової дитини, потрібний мультидисциплінарний підхід із залученням лікаря акушер-гінеколога, інфекціоніста, педіатра, психологів та соціальних працівників. Тільки такий підхід допоможе відчувати жінці впевненість і допоможе їй позитивно налаштуватися і прийняти свій ВІЛ-позитивний статус, пройти додаткові обстеження і розпочати профілактичний прийом антиретровірусних препаратів з метою попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. Тому на сьогодні наявність ВІЛ-інфекції у вагітної жінки не є перешкодою для народження здорової дитини, а вертикальний шлях передачі ВІЛ є найбільш доступний для проведення ефективних профілактичних заходів.

Висновки. Завдяки здійсненню комплексу ефективних заходів за останні роки в Україні сформувалася чітка тенденція до зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ з 27,8% у 2001 році до 4,7% у 2009 році [1]. А у Львівській області в 2009 році рівень передачі ВІЛ від матері до дитини становив 1,45%.

Література

1. «ВІЛ-інфекція в Україні», інформаційний бюлетень № 37, Київ – 2011.
2. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
3. Наказ МОЗ України № 716 від 14.11.2007 року «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».
4. Наказ № 740 від 23.11.2007 року «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
5. Наказ МОЗ України № 551 від 12.07.2010 р. «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».
6. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
7. Наказ МОЗ України № 612 від 03.08.2012 р. «Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань моніторингу заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, інструкцій щодо їх заповнення».
8. Наказ ГУОЗ ЛОДА № 749 від 24.10.2012р. «Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань моніторингу заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, інструкцій щодо їх заповнення».

Обґрунтування медико-профілактичних заходів зниження поширеності аутоімунного тиреоїдиту у ендемічному щодо зоба регіоні

С. Т. Зуб, О. П. Касіян

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: У роботі розглянута актуальна проблема – розвиток аутоімунного тиреоїдиту в Україні. Дискутується питання про зв'язок між концентрацією споживанням йоду і рівнем даного захворювання у населення, зокрема на прикладі Львівської області. Необхідно спільними зусиллями ендокринологів і гігієністів розробити та на державному рівні втілити обґрунтовані медико-профілактичні заходи для мінімізації впливу тригерних факторів розвитку аутоімунного тиреоїдиту на організм.

Ключові слова: ендокринна патологія, тиреоїдит, йод, медико-профілактичні заходи боротьби з тиреопатологіями, Львівська область.

В Україні згідно офіційних статистичних даних основне місце серед ендокринної патології належить захворюванням щитоподібної залози, зокрема станом на початок 2011 р. вони становили 46,7% у структурі захворювань ендокринної системи (Кравченко В. І., Постол С. В., 2011). Серед тиреопатологій найбільша поширеність характерна для вузлового колоїдного зоба, злякисних новоутворень й аутоімунного тиреоїдиту, який складає 20-30% тиреоїдної патології. Розповсюдженість тиреоїдиту в Україні за період з 2000 до 2010 рр. зросла на 68 %, у перерахунку на 100 тис. населення – на 82%.

Розвиток аутоімунного тиреоїдиту пов'язаний з впливом трьох основних груп факторів: базисних, ініціюючих та сприяючих. Серед базисних, що створюють передумови для виникнення захворювання, – генетичні особливості, стать, гормональний фон, патологія тимуса, первинні імунodefіцити. Ініціюючі, – це антигени, що реагують перехресно, модифіковані та комплексні антигени, суперантигени, дисбаланс субпопуляцій Т-лімфоцитів тощо. Фактори, що сприяють розвитку аутоімунних процесів – дисфункція імунної системи з ослабленням супресорних механізмів, порушення аутоідентифікації. Численні дослідження останніх років довели, що виникнення тиреоїдиту є, перш за все, результатом поєднання генетичної схильності та несприятливих факторів довкілля (останні здатні запустити аутоімунний процес у генетично схильних осіб).

У літературі широко дискутується питання про зв'язок між рівнем споживання йоду і рівнем тиреоїдиту у населення. Експериментальними й клінічними дослідженнями доведено, що тривале вживання надмірної кількості йоду (десятки й сотні міліграм) може призвести до збільшення частоти випадків аутоімунного тиреоїдиту на тлі генетичної схильності до нього, натомість забезпечення нормальної потреби в йоді (призначення йоду в добовій дозі 100-200 мкг) не може збільшувати частоту аутоімунної патології щитоподібної залози у здорових осіб.

Проте, на наш погляд, не кожна пересічна людина може самотужки для забезпечення нормальної потреби в йоді скласти добовий раціон харчування, адекватно доповнивши його йодовмісними харчовими продуктами або препаратами, а тим більше дати відповідь на запитання стосовно її генетичної схильності до тиреоїдиту. Істотно, що за середнього добового споживання людиною 5-10 г йодованої кухонної солі (з розрахунку внесення $40,0 \pm 15$ мг йоду/кг солі) в організм лише з сіллю може надійти до 550 мкг йоду без урахування того, що даний мікроелемент додатково ще надходить в організм із харчовими продуктами, питною водою, повітрям, не говорячи про одночасний прийом йодовмісних препаратів. Водночас загальна доза надходження йоду в організм, насамперед, буде залежати від регіонального ступеня йодного дефіциту в довкіллі.

Звикло Львівська область вважається однією з йододефіцитних, ендемічних щодо зоба, територій. Власними дослідженнями встановлено, що область неоднорідна за вмістом йоду у питній воді: регіони з високим ступенем йодної ендемії (середній рівень йоду становить менше 2 мкг/дм³) складають 21,4%, з помірним (2-3 мкг/дм³) – 28,6%, зі слабким (3-4 мкг/дм³) – 22,6%, з достатнім вмістом йоду (понад 4 мкг/дм³) – 27,4%. При цьому в межах одного району або міста області також спостерігаються коливання концентрації йоду у питній воді. Виявлено також вищий відносний ризик розвитку аутоімунного тиреоїдиту у населення, яке проживає у йододефіцитних регіонах (концентрація йоду у воді нижче 4 мкг/дм³) порівняно з йодозабезпеченими, а також в більш техногенно забрудненому довкіллі, що, ймовірно, вказує на більшу дезадаптованість щитоподібної залози до цих умов.

Таким чином, для мінімізації впливу тригерних факторів розвитку аутоімунного тиреоїдиту на організм (у першу чергу генетично схильного до цієї тиреопатології) вкрай важливо спільними зусиллями ендокринологів і гігієністів розробити і на державному рівні втілити обґрунтовані медико-профілактичні заходи. З гігієнічних позицій до цих заходів слід включити: контроль за вмістом йоду в збагачених ним харчових продуктах, зокрема кухонній солі; визначення рівня йоду у воді кожного населеного пункту з подальшим проведенням виваженої йодопрофілактики (у випадку йододефіцитного регіону профілактику слід розпочинати з малих доз йоду, віддаючи перевагу препаратам органічного походження, оскільки за умов проживання упродовж тривалого часу в умовах йодної ендемії у населення формується генетична адаптація до низького рівня обміну йоду, зміни якого можуть спричинити порушення в тиреоїдному гомеостазі і функціонуванні імунної системи; у йодозабезпечених районах слід враховувати добове надходження йоду в організм як з профілактичними препаратами, так і продуктами харчування, збагачених йодом); визначення рівня надходження йоду в організм за показником медіани йодурії (принаймні один раз у рік); моніторинг стану довкілля щодо ступеня його хімічного забруднення з оцінкою ризику розвитку аутоімунного тиреоїдиту; формування групи ризику щодо розвитку аутоімунного тиреоїдиту за віко-статевим розподілом з наступним скринінговим обстеженням осіб з цих груп (однократно в межах року) ендокринологом з застосуванням адекватних і показових методів дослідження.

Необхідність розвитку відновного лікування, медичної реабілітації в системі охорони здоров'я Львівщини

М. І. Колачинський, С. М. Тимофєєва, О. М. Сидляр, І. І. Грисьо

Комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівська обласна лікарня відновного лікування», м. Львів-Винники

Ключові слова: відновне лікування, медична реабілітація, стан здоров'я населення

A necessity of development of restoration treatment, medical rehabilitation is for system of health protection Lviv region

M. I. Kolachynskyy, S. M. Timofeeva, O. M. Sidlyar, I. I. Hrrisio (Communal establishment of the Lviv regional soviet «Lviv regional hospital of restoration treatment», Lviv-Vynnyky)

Keywords: restoration treatment, medical rehabilitation, state of health of population

Вступ. Коли вирішене завдання збереження життя й функцій уражених органів та тканин, у послідовному процесі «діагностика – лікування – реабілітація» на перший план виступає реабілітація хворого. За визначенням ВООЗ, реабілітація (re – знову, *habilitas* – здатність, спроможність) – це комплексне та скоординоване використання медичних, соціальних, освітніх та професійних заходів для тренування або перепідготовки неповноспроможної особи до якнайвищого рівня функціональних можливостей [1].

Мета системи реабілітації полягає в досягненні у відповідний термін стійкого, оптимального са-ногенетичним можливостям відновлення порушених функцій індивідуума, пристосування його до навколишнього середовища й участі в соціальному житті зі зміненими у зв'язку із хворобою соціальними функціями [1.1].

Медична реабілітація – комплекс заходів, що включає способи прискорення реституції, стимуляції реперативно-регенеративних процесів, виявлення та зміцнення компенсаторних механізмів, корекції загальної резистентності організму та імунітету [1.2]. Головними засоби медичної реабілітації є фізіотерапія, як природними чинниками так і преформованими, дієтотерапія, комплементарні методи (водо-, грязе-, тепловікування, спелео-, аеро-, клімато-, радоно-, механо-, рефлексо-, акупунктурна і мануальна терапія, масаж, лікувальна фізкультура, фітотерапія), гомеопатія, еферентна терапія, психотерапія [2].

Традиційна концепція медичної реабілітації, як відновлювального лікування, формується з етапності лікувально-діагностичного процесу на стадіях:

- інтенсивного лікування;
- долікування;
- відновлювального лікування;
- медико-соціальної допомоги.

При цьому відновлювальне лікування полягає в наданні медичної допомоги для ліквідації наслідків та залишкових явищ після перенесення техногенних катастроф, гострих та хронічних захворювань, відновлення порушень функцій організму та відновлення працездатності.

Сучасна концепція розвитку медичної реабілітації виходить з теоретичної бази охорони здоров'я практично здорової людини. Згідно з даною концепцією, медична реабілітація, як відновлювальна медицина, орієнтується не тільки на профілактику та лікування захворювання, а й на відновлення знижених компенсаторних функцій та імуніфізіологічних резервів практично здорового організму до потрібного рівня працездатності.

Іншими словами, медична реабілітація не є етапом долікування хворого, а розглядається як невід'ємна частина лікувального процесу [3].

Вона повинна бути повноцінно задіяною на госпітальному, амбулаторному, санаторно-курортному етапах.

Функціонування та розвиток повноцінної системи медичної реабілітації протягом останніх 20 років, як в державі так і в області, випадало з поля зору керівництва та згадувались в програмах соціальної, трудової та професійної реабілітації інвалідів, в контексті забезпечення їх виробами медичного призначення. Важкі хворі (т. з. «лежачі»), внаслідок перенесених інсультів, травм, захворювань, оперативних втручань – після виписки зі стаціонарів залишені без повноцінної реабілітації. Це призводить до збільшення днів перебування на листку непрацездатності, виходу на інвалідність, підвищує групу інвалідності, перехід захворювань в хронічні. Хворі змушені проходити курс реабілітації в домашніх умовах, наймаючи спеціалістів приватно (в багатьох випадках їх фаховість сумнівна, приводить до погіршення стану), або залишаються взагалі без допомоги, покладаючись на себе та на Бога.

Ріст захворювань, які призводять до зменшення тривалості життя, смертності, інвалідності, травматизм, а також погіршення умов праці, проживання в екологічно неблагополучних зонах є об'єктивними факторами, що потребують рішучих неординарних кроків, спрямованих на збереження здоров'я населення. В цьому переліку проведення комплексу заходів з медичної реабілітації для підтримки на необхідному рівні якості життя пацієнтів з хронічним перебігом захворювань, після перенесених хвороб, інвалідів, дітей-інвалідів, осіб похилого і старечого віку також набуває пріоритетного значення. Неефективно проведений (або відсутній) реабілітаційний період призводить до зростання інвалідизації населення країни, його смертності.

Центри реабілітації інвалідів при Мінпраці і соціальної політики надають реабілітаційну допомогу тільки інвалідам працездатного віку, більше соціально, професійно орієнтовані, в них відсутні стаціонари. Виникає парадоксальна ситуація – для того щоб одержати курс відновного лікування, треба стати інвалідом, перебувати в працездатному віці. Система запрограмована на ріст кількості інвалідів, не попередженню, не запобіганню їх збільшення, а сприяння цій тенденції.

Тенденції розвитку терапевтичних медикаментозних технологій сучасної медицини з врахуванням зростання алергізації населення, зниження чутливості до антибіотиків, збільшення кількості побічних реакцій, подорожчання медикаментів, співвідношення гострих процесів до хронічних (в середньому 1:8) – вимагають використання медикаментозно-фізіотерапевтичних комплексів, що дасть змогу потенціювати ефективність використання багатьох медикаментів, знизити їх терапевтичні дози, а отже, зменшити ризик побічних дій, та скоротити термін лікування. Важливим медичним і соціальним завданням – є підвищення ефективності реабілітаційних заходів за рахунок синергізму потенціювання ефектів при використанні преформованих та традиційних природних методів фізіотерапії з нетрадиційними та народними засобами, як для корекції і лікування, так профілактики захворювань.

Крім цього впровадження надання медичної допомоги на засадах загальної практики, сімейної медицини для сільських амбулаторій та лікарів спеціалістів центрів ЗПСМ вимагає широкого втілення в загальну клінічну медицину фізіотерапевтичних методів і чинників, а також методів нетрадиційної та народної медицини в лікуванні та реабілітації хворих, (медичної реабілітації потребують 90% пацієнтів, а ургентної, невідкладної приблизно 10%) [1.2].

В Україні щороку реєструється близько 107 тисяч інсультів, 50 тисяч випадків інфаркту міокарда, 4 тисячі набутих вад серця та народжується більш як 3,5 тисяч дітей із вродженими вадами серця.

Частота інсультів в Україні перевищує показники у розвинених країнах Європи в 13 разів. Інсультами і гіпертонією страждають близько 14 млн. українців.

Рівень інвалідності після перенесеного інсульту складає 32 особи на 100 тис. населення, займаючи перше місце серед всіх причин первинної інвалідності. При цьому третину тих, що перенесли інсульт, складають пацієнти працездатного віку, до праці ж повертається лише кожен п'ятий.

За останні 5 років кількість інвалідів в Україні зросла на 5,5% і становить майже 3 млн. чоловік.

Серцево-судинні і судинно-мозкові захворювання зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. Показник смертності при судинних захворюваннях головного мозку за останні 15 років підвищився на 18,2 % і складає в теперішній час 223,1 осіб на 100 тисяч населення [1.3].

Найбільше українці страждають від хвороб системи кровообігу. З цієї причини в минулому році пішло з життя більше 440 тис. чоловік. У розрахунку на 100 тис. чоловік від цього помирає близько тисячі наших співвітчизників і це прямий наслідок відсутності дієвої системи відновного лікування.

На другому місці причин смертності стоять захворювання, пов'язані з появою пухлин в організмі. У першу чергу це онкологічні захворювання. Пухлини забрали в 2011 році з життя близько 88,9 тис. українців.

Через проблеми з органами травлення у 2011 році померло понад 25 тис. українців, через захворювання органів дихання – 17,8 тис. осіб. Ускладнення після грипу та пневмонії в 2011 році призвели до смерті 4,8 тис. українців.

На сьогодні Україна щорічно втрачає майже 700 тисяч своїх громадян, причому третину з них становлять люди працездатного віку. Смертність населення в Україні становить 15,2 людини на 1000 населення, у той час як в країнах-членах ЄС – 6,7 людини. За останні 15 років населення України скоротилося майже на 6,5 млн. осіб – з 52,2 млн. до 45,6 млн., що можна порівняти з населенням таких країн, як Данія, Грузія, Фінляндія, Швеція.

Якщо ці тенденції збережуться, то через 10 років в Україні буде проживати 36-38 мільйонів, а через 50 років українців буде від сили 8-12 мільйонів.

Низька очікувана тривалість життя, в результаті чого розрив із середньо європейськими показниками становить понад 6 років, а з показниками країн Європейського Союзу – понад 10 років. Україна потрапила в дев'ятку держав, де очікувана тривалість життя нижча від показників 1970-х років. Про це йдеться в оприлюдненій ювілейній 20-й доповіді Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) «Реальне багатство народів: шляхи розвитку людини».

Лише в дев'яти країнах світу очікувана тривалість життя впала нижче показників 1970-х. Шість із них – групи країн Африки на південь від Сахари. Ще три – Білорусь, Україна та Росія.

У доповіді зазначається, що скорочення очікуваної тривалості життя в Україні, Росії та Білорусі торкнулося, в першу чергу, чоловіків. При цьому відзначають зростання масштабів алкоголізму та стресу, низького рівня профілактичної медицини та після госпітальної реабілітації [4].

Стан здоров'я населення області є вкрай негативним, спостерігається чітка тенденція до його погіршення.

- захворювання нервової системи: зареєстровано 101 014 хворих, (в т. ч. транзиторні церебральні ішемічні напади 2 860), стали інвалідами 576 чол., померло 142;
- хвороби системи органів кровообігу складають 1 105 820, вперше захворіли 132 285 осіб, стали інвалідами 2 502, померло – 19 978;
- перенесли інсульт 4 135, померло – 1918 (46,4%), 1 015 (24,5%) стали інвалідами;
- хвороби кістково-м'язевої та сполучної тканини складають 180 184, вперше 83 784, стали інвалідами 1 218;
- отримали травми 66 432 чоловік, вперше 61 951, померло – 1 591 [5];
- різке вираження феномена чоловічої «надсмертності», коли смертність чоловіків у середній віковій категорії (25-44 роки) майже в чотири рази перевищує смертність жінок аналогічного віку;
- кількість інвалідів становить 169 899 осіб, область на 2-му місці в Україні після Донецької – 259 281, Дніпропетровська – 164 002, Харківська – 145 518 осіб, станом на 01.01.2010 року [6].
- частка пенсіонерів та хворих із хронічним перебігом в області становить 689,9 тис. осіб (27,2%), при 2 540,9 тис. осіб населення, в Україні ця частка складає приблизно 14 млн. від загальної кількості [7]. Ця категорія населення також потребує відновлення здоров'я.

В області щороку потребує відновного лікування, медичної реабілітації приблизно 150 тис. хворих.

Провідне місце в структурі оздоровчо-рекреаційного потенціалу області повинні займати лікувальні мінеральні води, грязі, озокерит. 13% запасів мінеральних вод України знаходяться у Львівській області. З восьми типів мінеральних вод, що застосовуються в бальнеології, на Львівщині наявні і використовуються сім (понад 200 джерел), на базі яких функціонують всесвітньо відомі курорти – Трускавець, Моршин та бальнеологічні курорти Східниця, Шкло, Любінь Великий, Немирів.

Унікальним ресурсом є лікувальні торфові грязі Немирівського, Велико-Любінського, Моршинського родовищ, родовище Шкло та Бориславський озокерит, які доцільно впроваджувати в роботу закладів охорони здоров'я.

Сучасна мережа закладів відновного лікування, медичної реабілітації, не виконує покладених на неї функцій, не відповідає сучасним вимогам. Неefективно використовуються природні чинники, рекреаційні можливості регіону для надання повноцінної реабілітаційної допомоги. На превеликий жаль, це зумовлено не розумінням керівництва важливості, ролі відновного лікування, медичної реабілітації в комплексному лікуванні, покращенні якості життя пацієнтів.

В Львівській області відсутня повноцінна система реабілітації, існують суттєві недоліки в організації та функціонуванні послідовної трьохрівневої реабілітаційної допомоги, фактично відсутній II-й етап активної реабілітації, пацієнти після госпітального етапу скеровуються на санаторно-курортне лікування (оздоровлення), на МСЕК уже з стійкими порушеннями здоров'я. В лікувальних установах області при наявності кадрового потенціалу, відсутні сучасні спеціалізовані підрозділи для проведення якісної медичної реабілітації.

Без повноцінного закладу відновного лікування, неможливо досягти належного результату в лікуванні захворювань, травм нервової та інших систем, забезпечити належну якість життя пацієнта. Це призводить до збільшення днів перебування на листку непрацездатності, збільшення частоти виходу на інвалідність, підвищення групи інвалідності, перехід захворювань в хронічні, що є важким непосильним тягарем для економіки держави.

Висновки

Можливості медичної реабілітації, відновного лікування в області використовується недостатньо. Область єдина в Україні в якій відсутня повноцінна сучасна лікарня (центр, комплекс) відновного лікування, медичної реабілітації.

Серед багатьох недоліків важливо виділити такі:

1. відсутність єдиного координаційного центру з реабілітації;
2. відсутність єдиного організаційно-методичного центру медичної реабілітації;
3. відсутність системного підходу в питаннях реабілітації;
4. відсутність бази даних про хворих, що потребують відновного лікування;
5. недостатня кількість кваліфікованих кадрів для комплексного, повноцінного надання медичної допомоги з відновного лікування;
6. невпорядкованість в питаннях відбору та скерування пацієнтів на відновне лікування;
7. у районах не проводиться відбір хворих на II-й етап реабілітації;
8. не дотримується етапність стаціонар – рання реабілітація II-й етап відновного лікування МСЕК (зниження інвалідності, виздоровлення, покращення стану), при необхідності III-й санаторно-курортний;
9. розрив між I-II-III етапами реабілітації (впливає на якість реабілітації, виздоровлення хворих, профілактику ускладнень, подовженню лікування, частішими рецидивами, що веде до зайвого витрачання державних коштів);
10. не завжди хворі скеровуються на МСЕК після реабілітації (можливість зниження групи інвалідності, скорочення л/н);
11. взагалі не задіяні лікарі загальної практики, сімейна медицина;
12. не в повному обсязі використовуються фізіотерапевтичні методи лікування на I-му етапі лікування;

13. відділення відновного лікування в районах не відповідають потребам районів, не можуть повноцінно функціонувати із-за відсутності достатньої кількості профільних хворих, кваліфікованого персоналу;
14. відділення використовуються в осінньо-зимовий період як соціальні ліжка для одиноких людей похилого віку (госпіталізуються непрофільні хворі, що веде до неефективного використання коштів, втрати кваліфікації персоналом, виконанням ними функцій соматичних відділів);
15. відсутність повноцінного центру відновного лікування для хворих з неврологічною, цереброваскулярною, після травматичною патологією (при наявності кваліфікованого персоналу, але відсутні приміщення для постійного розміщення лікарні);
16. відсутність повноцінного реабілітаційного відділення (центру) для спинальних хворих;
17. всі обласні лікарні відновного лікування знаходяться в орендованих приміщеннях, що може привести до їх втрати;

Необхідно:

1. вирішити питання створення Регіонального мультифункційного комплексу медичної реабілітації;
2. в районах області на базі ЦРЛ, ЦМЛ, обласних лікарень створити реабілітаційні відділення для ранньої пацієнтів за місцем проживання;
3. вирішити питання щодо розширення циклів удосконалення з фізіотерапії, народної та нетрадиційної медицини;
4. вивчення поглибленого курсу відновного лікування, медичної реабілітації на кафедрі реабілітації та нетрадиційної медицини для лікарів різних клінічних спеціальностей;
5. сімейних лікарів;
6. ввести курс відновного лікування, медичної реабілітації для організаторів охорони здоров'я;
7. лікарям – інтернам цикли по відновному лікуванню та фізіотерапії зробити не факультативом, а обов'язковими з проходженням практики;
8. наближення реабілітаційної допомоги до хворого, шляхом розвитку існуючих, створення нових відділень при обласних районних, центральних міських лікарнях;
9. вирішити питання введення посад спеціалістів реабілітологів з вищою немедичною освітою, які будуть працювати під керівництвом лікарів.

Список літератури

1. Лисенюк В. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ; Самосюк І. З., Самосюк Н. І., Ткаліна А. В. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ – реабілітаційна медицина: основні поняття та дефініції: міжнародний неврологічний журнал. Оригінальные исследования.
2. Концепція Державної цільової програми: Медична реабілітація на 2011 – 2015 роки» - МОЗ України, громадське обговорення.
3. Каневський О. С., Котик Ю .А. – Перспективи розвитку медичної реабілітації в залізничній медицині в сучасних соціально-економічних умовах. Безпека руху. Медицина катастроф № 1 березень 2002 р.
4. Ільчук К. Л. Моніторинг розвитку соціальної сфери. Центр перспективних соціальних досліджень міністерства праці та соціальної політики. Діяльність центру. Моніторинг за 2010 р. 12.04.2011 р.
5. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів Львівської області за 2011 рік. Львівський обласний медичний інформаційний центр. Львів-2012.
6. Кількість інвалідів за регіонами на 01.01.2010 року. Міністерство соціальної політики України 11.03.2012 року.
7. Корисько Г. М. Кількість пенсіонерів у Львівській області збільшилась на 0,9%. Прес-реліз. Головне Управління статистики у Львівській області. 10.03.2012 № 3.

Моніторинг поширеності ВІЛ-інфекції/СНІД серед населення Львівської області за 2008-2012 роки

Потьомкіна Г. О.¹, Пушкарьова О. В.², Паробецька І. М.¹

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Головне Управління Держсанепідслужби у Львівській області

Анотація: Досліджена динаміка поширення ВІЛ-інфекції за останні три роки серед населення Львівської області показала зниження захворюваності на 20,3%. Серед шляхів інфікування домінував статевий та парентеральний через введення наркотиків. ВІЛ-інфекція найбільш поширена у віковій групі 25-49 років. Найбільш поширена СНІД-індикаторна хвороба – туберкульоз і токсоплазмоз нервової системи. Доведена доцільність превентивних заходів щодо зміни поведінки і способу життя осіб, які складають групи ризику.

Ключові слова: моніторинг, епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу, шляхи інфікування, профілактика

Monitoring AIDS wśród populacji Lwowa w czasach 2008- 2012

Potomkina H. O.¹, Puskariowa O. V.², Parobeczka I. M.¹

¹ Narodowy Lwowski Uniwersytet Medyczny im. Danyła Halickiego

² Generalna Dyrekcja Narodowej Epidemiologii we Lwowie, Lwów

Streszczenie: Ostatnie trzy lata dynamicznej ekspansji wirusa HIV we Lwowie wykazały obniżoną zachorowalność u 20.3% populacji. Najpopularniejszą drogę infekcji wirusem HIV stanowią stosunki seksualne i narkomania. Wirus HIV przeważa w grupie wiekowej pomiędzy 25 a 49 rokiem życia. Najbardziej powszechnymi chorobami towarzyszącymi chorobie AIDS są gruźlica i toksoplazmoza układu nerwowego. Profilaktyka wirusa HIV odnosi się do praktyki stosowanej zapobiegawczo przeciw rozprzestrzenianiu się HIV/AIDS wśród osób stanowiących największą grupę ryzyka.

Słowa kluczowe: monitoring, epidemia HIV/AIDS, drogi infekcji, zapobieganie

Monitoring of the AIDS prevalence among the population of Lviv region during 2008-2012

Potomkina H. O.¹, Puskaryova O. V.², Parobetska I. M.¹

¹ Danylo Halytsky Lviv national medical university

² General Directorate of the State Epidemiology in Lviv region, Lviv

Summary: In the past three years the dynamic of HIV infection in Lviv region showed the decrease of morbidity by 20.3% in the population. The most common ways that people become infected with HIV were through sexual intercourse and through injecting drugs. HIV is most prevalent in the age group between 25-49 years. The most common AIDS-indicating disease are tuberculosis and toxoplasmosis of the nervous system. HIV prevention refers to practices done to prevent the spread of HIV/AIDS between people most at risk.

Keywords: monitoring, epidemic of HIV/AIDS, ways of infection, prevention

Епідемію ВІЛ-інфекції та СНІДу за кількістю жертв і за збитками, які вона завдає суспільству, можна поставити поряд з двома світовими війнами. За офіційною статистикою, в Україні зареєстровано більше 220 тис. випадків ВІЛ-інфекції. Хоча вперше в 2012 році темпи приросту інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) в Україні сповільнилися, про стабілізацію ситуації говорити поки що рано. За останні 5 років удвічі зменшилася кількість нових випадків ВІЛ-інфікованих саме завдяки тому, що в Україні впроваджуються різні профілактичні програми, такі як терапія, ресоціалізація наркозалежних, обмін шприців, а також проводиться активна інформаційна робота з групами ризику.

Метою нашої роботи було встановлення динаміки поширення ВІЛ-інфекції за останні три роки серед населення Львівської області. Для дослідження були використані статистично оформлені результати сероепідеміологічного моніторингу.

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області мала такі ж закономірності, як в цілому в Україні. За 2012 рік вперше в житті діагноз ВІЛ-інфекція був встановлений 393 особам (проти 493 осіб за 2011 рік; 479 осіб у 2010 році і 462 осіб за 2009 рік), в тому числі в стадії СНІДу – 165 (проти 193 осіб за 2011 рік; 153 осіб за 2010 рік і 118 за 2009 рік). Захворюваність на ВІЛ-інфекцію знизилася на 20,3% (в попередні роки, навпаки, зростала: у 2011/2010 роках на + 2,8%; 2010/2009 роках на +3,7%). Серед шляхів інфікування ВІЛ домінував статевий, в більшості випадків гетеросексуальний – 171 випадок або 43,5% (у 2011 році – 35,3%; 2010 році – 31,1%; 2009 році – 30,1%; 2008 році – 28,6%). Парентеральний шлях через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом спостерігався в 138 випадків або 35,1% проти 43,8% за 2011 рік, 43,4% за 2010 рік, 55,0% за 2009 рік і 49,2% за 2008 рік. У 2012 році інфікованість серед осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом порівняно з минулими роками значно знизилася і становила 10,0% (проти 18,5% у 2010 р., 12,3% у 2011 р.). Причиною цього може бути збільшення частки наркоманів, які споживають наркотичні речовини в таблетованому вигляді. Однак, незважаючи на зменшення частки інфікування через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, у 2012 році вперше в житті був встановлений діагноз ВІЛ/СНІДу 61,2% осіб (при 49,7% у 2011 році; 59,5% у 2010 році; 69,5% у 2009 році). Це вказує на те, що наркомани, знаючи про свої ризиковані форми поведінки, звертаються в заклади охорони здоров'я і проходять тестування лише тоді, коли з'являються клінічні ознаки захворювання.

У 2012 році взято на облік 84 дитини, які народилися від ВІЛ-інфікованих матерів або 21,4% від усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (у 2011 році – 20,5%; в 2010р. 21,3%, у 2009р. – 12,5% і у 2008 р. – 20,3% від числа всіх випадків).

Загалом зростає частка статевого шляху передачі: з 28,6% у 2008 році, 30,1% у 2009 році, 31,1% за 2010 рік, 35,3% за 2011 рік до 43,5% за 2012 рік. Стабільним (в межах 30-35%) протягом періоду моніторингу залишалось число ВІЛ-інфікованих жінок, в т.ч. у віці 15 років.

Віковий аналіз ВІЛ-інфікованих осіб вказує на те, що ця інфекція вражає найбільш працездатні та репродуктивно активні вікові групи населення (25-49 років), частка яких складає 79% (у 2011 році – 86,2%; у 2010 році – 79,0%). Якщо у віковій групі 15-24 роки в 2012 році переважав статевий шлях передачі – 72%, що в 2,6 рази був більшим, ніж парентеральний, то у віковій групі 25-39 років частка статевого шляху передачі інфекції вірогідно не відрізнялася від частки парентерального, в т.ч. серед осіб, які вживають наркотики парентеральним шляхом (відповідно 47% і 53%). Натомість, у 2010 році відповідно частка статевого шляху інфікування була в 2 рази більшою, ніж парентерального. У 2012 році зареєстрований один нових випадок ВІЛ-інфекції у вагітної дівчини-підлітка 16-ти років (в 2011 році жодного; у 2010 році – 3 випадки).

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу на теренах Львівщини поширена нерівномірно. Загалом, показник поширеності ВІЛ-інфекції становить 87,9 на 100 тис. населення, а в м. Бориславі, м. Червонограді, м. Львові цей показник перевищує середній по області приблизно в 2 рази, завдяки лідерству цих міст щодо ін'єкційного вживання наркотиків. Найбільш поширеною СНІД-індикаторною інфекцією в хворих на СНІД залишається СНІД-асоційований туберкульоз, який був діагностований у 165 осіб (легеневий – 36%, позалегеневий – 64%) та найчастіше ставав причиною смерті (58%). На другому місці за причиною смерті хворих був токсоплазмоз центральної нервової системи (21%) і пневмоцистна пневмонія (6% випадків).

Таким чином, епідемія ВІЛ-інфекції у Львівській області до цього часу сконцентрована в групах найбільш високого ризику інфікування ВІЛ. Використання зараженого ін'єкційного інструментарію залишається одним з основних факторів ризику інфікування ВІЛ. Практикою доведені доцільність, корисність і виправданість саме превентивних заходів та дій на попередження поширення ВІЛ, які скеровані на зміну поведінки і способу життя людей.

До питання оптимізації медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в умовах реформування системи охорони здоров'я

Слабкий Г. О., Крисько М. О., Левенець Н. Г.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Анотація: Представлено пропозиції до інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД на первинний рівень надання медичної допомоги.

Ключові слова: епідемія ВІЛ-інфекції, медична допомога, сімейна медицина, інтеграція

Streszczenie: Przedstawiła propozycje do integracji opieki medycznej z HIV / AIDS na poziomie podstawowym opieki.

Słowa kluczowe: zakażenie HIV, opieka medyczna, medycyna rodzinna, integracja

Summary: Presented proposals to integrate medical care with HIV / AIDS at the primary level of care.

Keywords: HIV infection, medical care, family medicine, integration

ВІЛ-інфекція продовжує займати провідне місце серед проблем охорони здоров'я більшості країн світу. Принципові відмінності цієї інфекції обумовлені надзвичайною складністю структури епідемічного процесу і багатофакторністю його розвитку. На сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) характеризують ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу в світі як пандемію, що має катастрофічні демографічні наслідки для всіх країн [1].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності Незалежних Держав [2]. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в країні характеризується широким поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення, у першу чергу серед осіб, які відносяться до груп з високим ризиком інфікування; нерівномірним поширенням ВІЛ-інфекції за різними територіями України; зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ; переважним ураженням осіб працездатного віку [3-6].

Мета роботи: вивчити рівень розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та запропонувати механізми оптимізації медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в умовах пріоритетного розвитку сімейної медицини.

Методи дослідження: системного підходу, бібліосемантичний, статистичний (дані галузевої статистичної звітності за 1987-2011 рр.), структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання.

Результати та обговорення

Було вивчено та проаналізовано розвиток епідеміологічного процесу з ВІЛ-інфекції в Україні з початку епідемії даної інфекції та реєстрації перших випадків інфікування людей в країні.

В ході дослідження встановлено, що за період дослідження (1987-2011 рр.) в Україні офіційно зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 46 300 випадків захворювання на СНІД та 24 626 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Отримані дані вказують на те, що масштаби епідемії ВІЛ-інфекції починаючи з перших зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування в країні поступово зростають. Так, починаючи з 1999 р., кількість нових випадків ВІЛ-інфекції щороку постійно збільшується. У 2011 р. в країні офіційно зареєстровано 21 177 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення), що є найвищим показником за весь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні починаючи з 1987 р. (рис. 1).

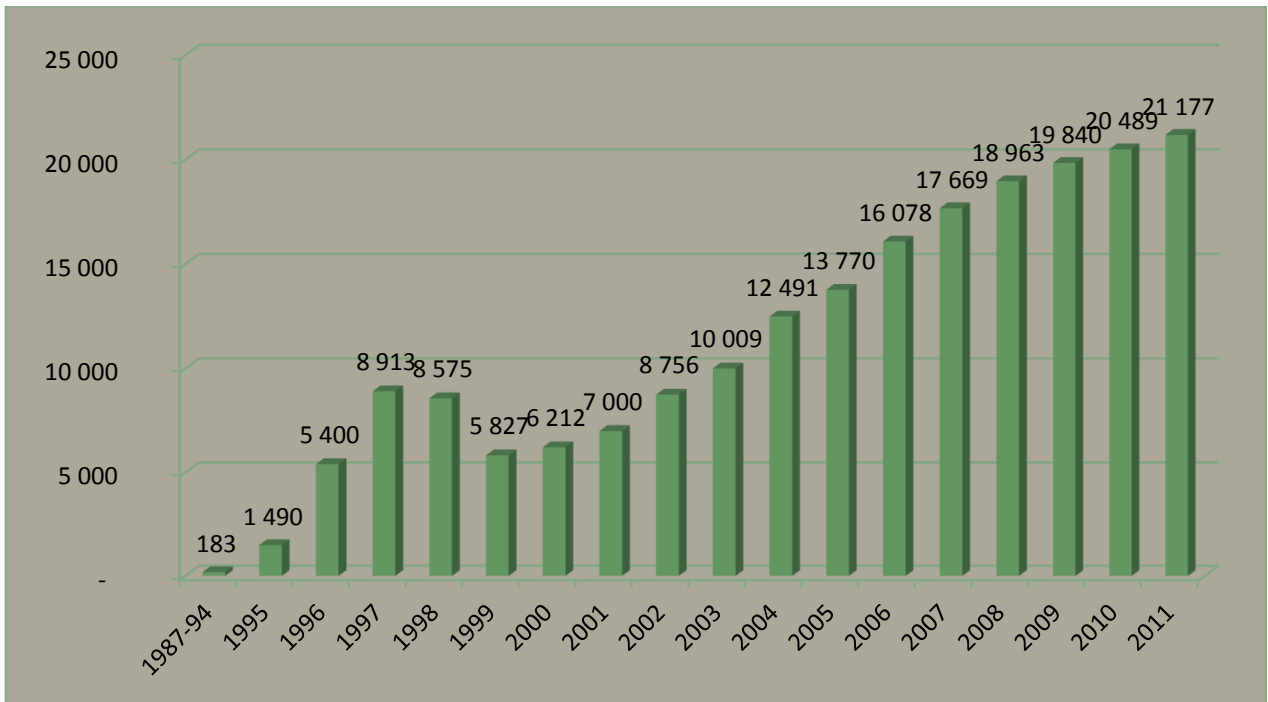


Рис. 1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України (1987-2011 рр.)

Результати дослідження показали, що епідемія концентрується у містах. Так, в 2011 р. 77,1% нових випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано саме серед міського населення. Частка нових випадків ВІЛ-інфекції серед сільського населення з 2007 р. по 2011р зростає на 1,1% і склала 22,9%.

У статеві-віковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції переважають особи віком 25-49 років, частка яких зростає з 2007 р. по 2011 р. на 1,0% і склала 66,3% та чоловіки, питома вага, яких має тенденцію до зменшення з 2007 р. по 2011р. на 1,8% з рівнем 54,5%.

В цих умовах в Україні проводиться реформування системи охорони здоров'я України з пріоритетним впровадженням первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. Задачі лікарів загальної практики-сімейних лікарів будуються на основі їх компетенцій. В першу чергу на первинному рівні надання медичної допомоги має проводитися комплексна профілактична робота, надаватися медична допомога пацієнтам, які не потребують стаціонарного лікування та спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Вказане стало підставою для подальшого дослідження та обґрунтування оптимізації системи медичної допомоги населенню з ВІЛ/СНІД.

Теоретичною основою розробки моделі стали дані світової та вітчизняної літератури, бази фактичних даних щодо захворюваності населення на ВІЛ/СНІД, темпів поширення інфекції серед населення, організації медичної допомоги і в першу чергу профілактичної діяльності з використанням яких було обґрунтовано і запропоновано оптимізовані підходи до надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в тому числі з її інтеграцією на первинний рівень.

Ключовою ідеєю є послідовне вирішення пріоритетної проблеми підвищення ефективності профілактичної діяльності щодо зменшення темпів розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІД в Україні та підвищення доступності та якості медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, особливо в термінальній стадії та медико-психологічної підтримки сімей в яких живуть ВІЛ-інфіковані і на кінець формування у населення толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Методологія створення задач, сутність кожного з яких спрямована на досягнення кінцевої мети підвищення ефективності протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в Україні здійснювалася шляхом:

визначення основних факторів, які впливають на рівень та темпи розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІД в Україні;

аналіз складових визначених аспектів, з інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД на первинний рівень.

Виходячи із названих аспектів, ми виділили наступну групу задач:

- 1) законодавче вирішення питань інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД на первинний рівень надання медичної допомоги,
- 2) професійна підготовка лікарів та медичних сестер первинного рівня надання медичної допомоги до комплексної роботи з проблеми ВІЛ/СНІД,
- 3) матеріально-технічне забезпечення базовим діагностичним обладнанням для експрес діагностики ВІЛ-інфікування та комп'ютерною технікою,
- 4) розробка та впровадження системи комунікацій на рівні громади з проблеми ВІЛ/СНІД.

Таким чином, до існуючої системи надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД запропоновано на першому рівні ввести:

- сім'ю та сімейних лікарів з визначенням їх функцій;
- НДО з визначенням їх функцій і обсягів роботи.

До функцій сімейного лікаря з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД запропоновано включити (рис.):

- 1) проведення інформаційно-освітньої роботи на рівні сім'ї з проблеми ВІЛ/СНІД з формуванням у її членів навичок безпечної поведінки з пріоритетом організації профілактичної роботи серед молоді;
- 2) проведення інформаційно-освітньої роботи на рівні громади з формуванням у населення толерантного відношення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД з подоланням стигми та дискримінації по відношенню до вказаних членів суспільства;
- 3) проведення предтестового та післятестового консультування;
- 4) медичне консультування та психологічна підтримка сім'ї на випадок ВІЛ-інфікування членів сім'ї;
- 5) проведення призначеного спеціалістами з ВІЛ/СНІД лікування в домашньому стаціонарі;
- 6) навчання членів сім'ї догляду за хворим на СНІД;
- 7) забезпечення медичної допомоги на дому хворому на СНІД у термінальній стадії.

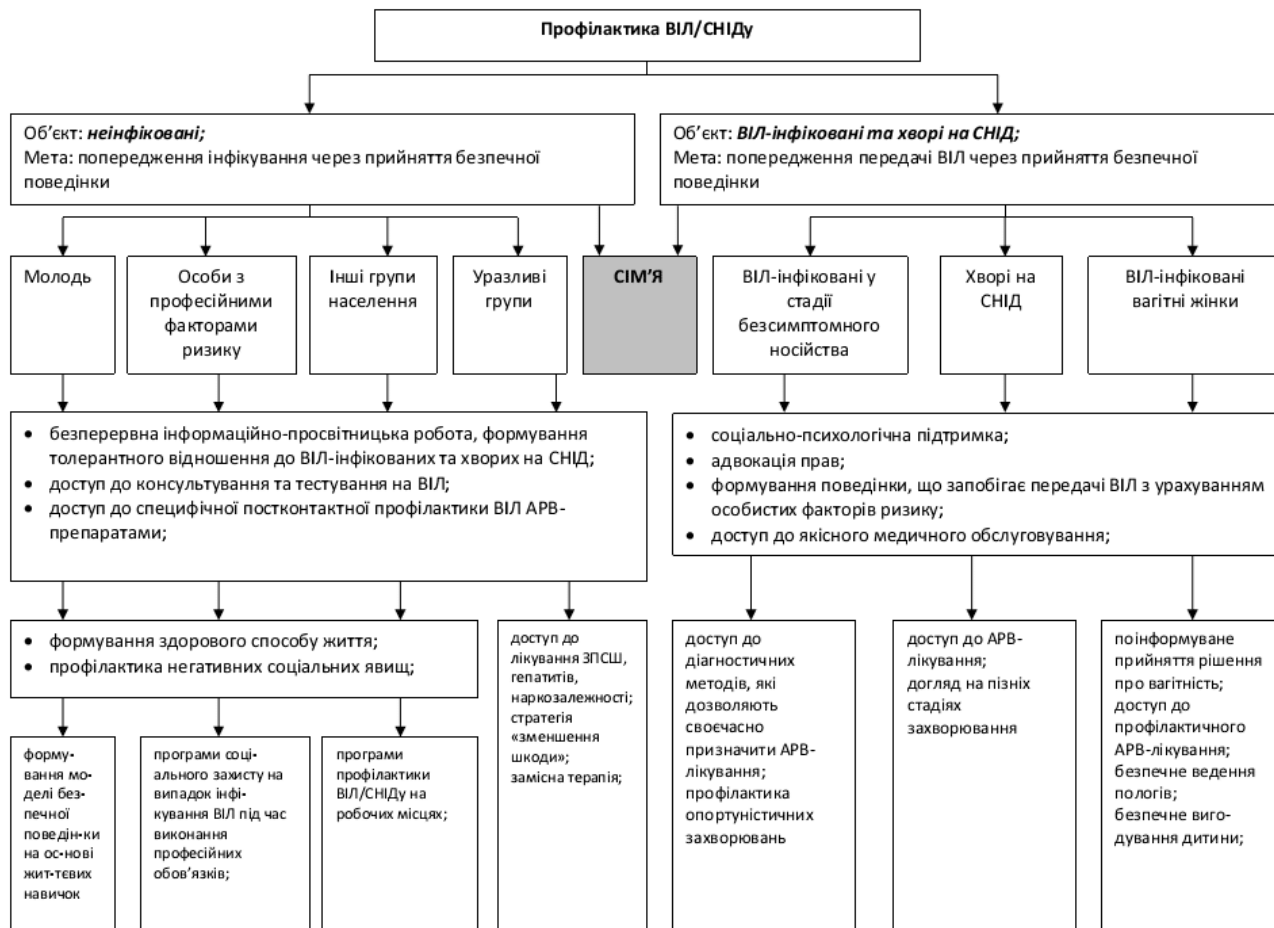


Рис. 2. Схема профілактики ВІЛ/СНІД на первинному рівні надання медичної допомоги

Враховуючи відповідність запропонованої моделі підходам ВООЗ та стратегії оптимізації системи медичної допомоги населенню України можна рекомендувати для всебічного обговорення, детального наукового обґрунтування і впровадження в систему охорони здоров'я України.

Висновки

В Україні на фоні розвитку епідемії ВІЛ/СНІД та в умовах реформування системи охорони здоров'я з пріоритетним розвитком сімейної медицини можливо інтегрувати медичну допомогу за вказаною проблемою на первинний рівень надання медичної допомоги з відповідною підготовкою до цього як системи первинної медико-санітарної допомоги так і населення.

Використана література

1. Динаміка захворюваності населення на соціально небезпечні хвороби. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – С.74-96.
2. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні та організація протидії її розвитку. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік [монографія]. / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С.118-128.
3. Інформаційна стратегія щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІД / Г. О. Слабкий, О. В. Юрченко, І. А. Плотніков, М. О. Крисько // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали наук.-практ. Конф., м. Херсон, 26–27 травня 2011 р. : тези доп. – Херсон, 2011. – С. 125–127.
4. Крисько М. О. Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні / М. О. Крисько // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4(20). – С. 36-40.

5. Розум О. В., Ципко М. І., Ященко Ю. Б., Крисько М. О. Захворюваність населення України на ВІЛ / СНІД // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 10-11 листопада 2011р. м. Житомир. Житомир, 2011. – С. 352-353.
6. Ципко М. І. Захворюваність населення України на соціально небезпечні хвороби (туберкульоз, ВІЛ/СНІД) / М. І. Ципко, О. В. Розум, М. О. Крисько // «Резистентність до протимікробних препаратів та її глобальне поширення» в рамках святкування 170-річчя Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця : Міжнар. Наук.-практ. Конф., присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2011 р., м. Київ, 7–8 квітня 2011 р. – К., 2011. – С. 257-259.

Dolegliwości bólowe i zaburzenia funkcjonowania u osób z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa i stawów

Iwona Bojar¹, Irena Woźnica¹, Sławomir Ćwikła¹, Alfred Owoc²

¹ Zakład Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

² Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Streszczenie

Starzenie się społeczeństwa charakteryzuje wzrost częstości występowania wielu chorób typowych dla wieku geriatrycznego, które utrudniają funkcjonowanie osób w wieku podeszłym. Należą do nich choroby zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego. Przewlekłe choroby tego układu połączone z występującym przez cały czas bólem oraz towarzyszące im zaburzenia mobilności, poczucie osamotnienia, nieprzydatności, bezradności i lęku, w znacznym stopniu wpływają na funkcjonowanie tych osób.

Celem pracy była ocena umiejscowienia i natężenia bólu u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów oraz ich wpływ na niektóre aspekty ich funkcjonowania w życiu codziennym, zawodowym i społecznym.

Badania były prowadzone w grupie 303 pacjentów po 50 r. życia z województwa lubelskiego, którzy zgłaszali się do Instytutu Medycyny Wsi z dolegliwościami bólowymi ze strony kręgosłupa i stawów. Badanie przeprowadzono metodą pogłębionego wywiadu, przy pomocy kwestionariusza ankiety.

Wśród pacjentów przeważały kobiety. Dominującym objawem był ból występujący u 94,4% pacjentów, a także zaburzenia mobilności. Ból dotyczył najczęściej kręgosłupa w odcinku lędźwiowo krzyżowym i szyjnym oraz stawów ramiennych, kolanowych i biodrowych. Towarzystwo im problemy natury biobehawioralnej: apatia, poczucie bezsilności wobec bólu, lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia. Dolegliwości znacznie ograniczały 64% pacjentów w funkcjonowaniu pacjentów szczególnie w codziennych czynnościach, wykonywaniu zawodu oraz życiu społecznym. Samoocena stanu zdrowia większości badanych była negatywna, zwłaszcza wśród mieszkańców wsi.

Pain ailments and mobility disorders among people with degenerative changes of joints and backbone

Summary

Ageing of society is characterised by the increase of many geriatric diseases which handicap elderly people's daily functioning. Among the diseases there appear osteoarticular system diseases. Chronic diseases of osteoarticular system together with pain, mobility disorders, the feeling of solitude and helplessness, as well as fear of being useless, greatly affect the elderly lives.

The aim of the work was to assess the location and intensity of pain among patients with degenerative changes of joints and backbone, as well as the pain impact on people's functioning (social and career).

The study covered 303 patients (aged above 50) coming from Lublin voivodship, who reported backbone and joints pains to Institute of Rural Health. The study was conducted with in-depth interview method, using appropriate questionnaire.

Among the patients women prevailed. Apart from mobility disorders, pain was the dominant factor appearing among 94.4% of the patients. Pain was mostly located in backbone, its lumbar and cervical segment, and in joints (arm, knee, and hip segments). Pain was accompanied by bio-behavioural problems such as apathy, feeling of pain incapability, and fear of health condition worsening. Ailments affected 64% of the patients in their daily routines as well as career and social lives. Patients' self-opinion of their health, especially among village inhabitants, was negative.

Wprowadzenie

Starzenie się to naturalny i nieunikniony proces, który stał się zjawiskiem na skalę światową występującym w społeczeństwach zarówno krajów rozwiniętych jak i rozwijających się. Za najstarszy region świata z szybko rosnącą populacją osób powyżej 65 roku życia, uważana jest Europa. Według prognoz ONZ odsetek takich osób w Europie w 2030 roku wyniesie 23,8% i w porównaniu z 1990 rokiem zwiększy się dwukrotnie

[1]. Podobne tendencje widoczne są także w Polsce, wskazują na to dane publikowane przez GUS [2]. To ogromne wyzwanie dla systemów zabezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia, a także problem finansowy. Proces ten charakteryzuje się wzrostem częstości występowania wielu problemów zdrowotnych typowych dla wieku geriatrycznego. Należą do nich między innymi: upadki i urazy, zaburzenia mobilności, upośledzenie wzroku lub słuchu, otępienie, starcze depresje. Częstość ich występowania nasila się znacznie w przebiegu przewlekłych chorób somatycznych, takich jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory, choroby naczyń mózgowych oraz choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej [3, 5, 6].

Z wielośrodkowych badań prowadzonych w populacji ludzi w starszych grupach wiekowych oraz danych GUS wynika, że choroby układu kostno-stawowego dotyczą w Polsce dość znacznego odsetka osób, a wiele z nich ma orzeczony stopień niepełnosprawności [7,10]. W populacji powyżej 50 roku życia z dolegliwościami tymi boryka się ponad 30% kobiet i 8% mężczyzn. [1]. Najczęściej występują zmiany zwyrodnieniowe w obrębie poszczególnych odcinków kręgosłupa, oraz stawów, zwłaszcza biodrowych, kolanowych i osteoporoza. Stanowią one grupę chorób z którymi pacjenci często zgłaszają się zarówno do poradni lekarzy rodzinnych jak i specjalistycznych, są one też jedną z najczęstszych przyczyn orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

Przewlekłe choroby tego układu i związane z nimi dolegliwości bólowe oraz towarzyszące im zaburzenia mobilności, poczucie osamotnienia, bezradności i lęk o przebieg choroby w znacznym stopniu ograniczają pacjentów w codziennych czynnościach, a także w życiu zawodowym i społecznym. [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Cel, materiał i metoda badania

Jednym z podstawowych celów badania, była subiektywna ocena umiejscowienia i natężenia dolegliwości bólowych u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów oraz ich wpływ na funkcjonowanie tych osób w życiu codziennym, zawodowym i społecznym. Badania były prowadzone w latach 2011-2012 wśród pacjentów po 50 roku życia z terenu województwa lubelskiego, którzy zgłaszali się do Kliniki lub Oddziału Rehabilitacji Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie ze zmianami zwyrodnieniowymi i dolegliwościami bólowymi ze strony układu kostno-stawowego. W badaniu zastosowano metodę pogłębianego wywiadu, przy pomocy kwestionariusza zawierającego 45 pytań autorskich opracowanych na potrzeby tego badania. Zebrano od pacjentów obydwu płci 329 ankiet. Po weryfikacji materiału, do analizy zakwalifikowano dane z 303 kwestionariuszy. Informacje analizowano przy użyciu pakietu Exel oraz Statistica. Dla porównania zmiennych powiązanych zastosowano test X². Wyniki testów uznawano za istotne statystycznie, przy poziomie istotności p nie większym niż 0,05.

Wyniki badania

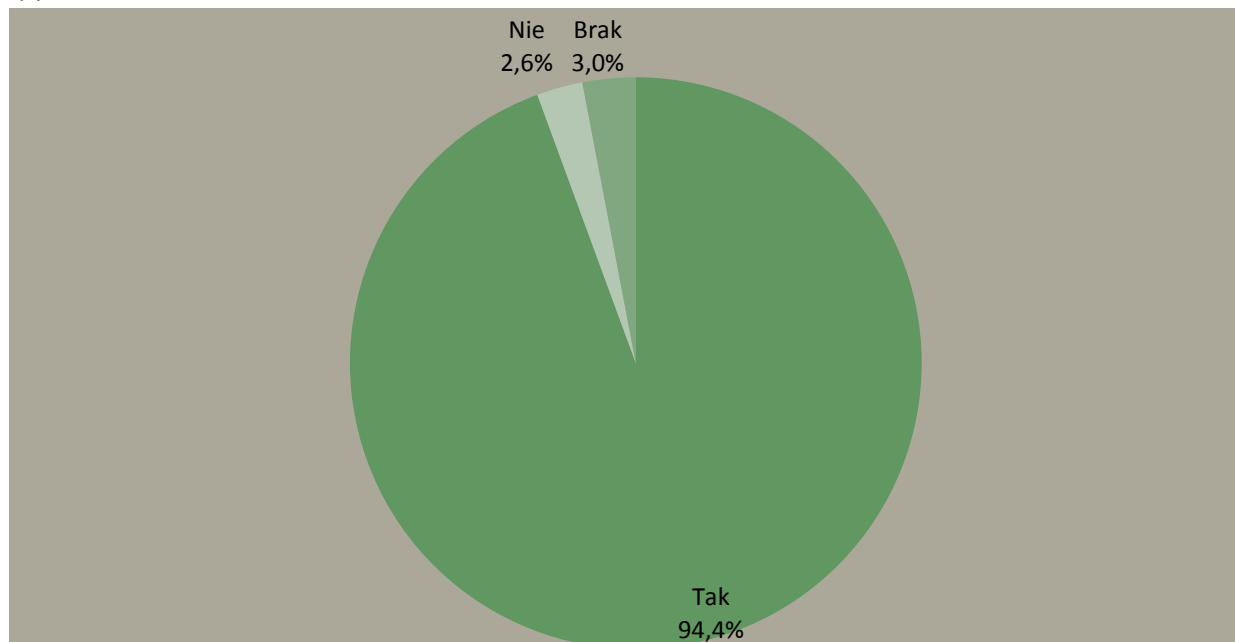
Wśród osób zgłaszających się z dolegliwościami bólowymi ze strony układu kostno-stawowego, zdecydowaną większość – 69,2% stanowiły kobiety. Średnia wieku badanych wynosiła 65,2 lat. Biorąc pod uwagę stan cywilny 60 % pacjentów pozostawało w związku małżeńskim, ale dość wysoki odsetek, bo prawie 40% stanowili: wdowy lub wdowcy, osoby samotne z wyboru, rozwiedzione lub w separacji. Pacjenci z dużych miast stanowili 48,2%, badanych ze środowiska małych miast i typowo wiejskiego 51,8%.

Ankietowani reprezentowali zróżnicowany poziom wykształcenia, chociaż dominowały wśród nich osoby ze średnim oraz podstawowym wykształceniem. Stanowiły one 55,6% badanych. Osoby z wyższym wykształceniem to 18,0% pacjentów i byli to w większości mieszkańcy miast. Wykształceniem zawodowym legitymowało się 22,3% pacjentów, niewielki odsetek stanowiły osoby bez wykształcenia(4,1%).

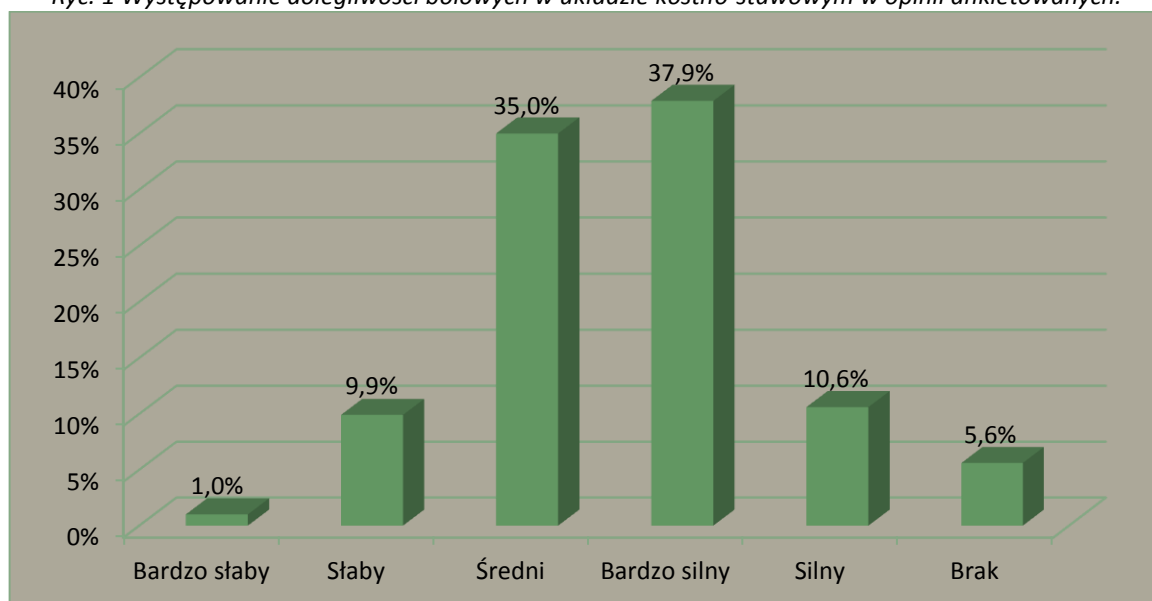
Z danych uzyskanych z wywiadu na temat wykonywanego aktualnie lub w przeszłości zawodu wynika, że pacjenci określający się jako pracownicy fizyczni stanowili 42,6% badanych. Porównywalny odsetek ankietowanych (40,3%) wykonywał w przeszłości, bądź nadal wykonuje siedzącą pracę umysłową. Do kategorii pracowników fizyczno- umysłowych zaliczono 14,5% osób.

Jedno z bardziej istotnych pytań ankiety dotyczyło faktu występowania dolegliwości bólowych u pacjentów, ich lokalizacji, subiektywnej oceny natężenia bólu i czasu jego trwania. W opinii 94,4% pacjentów dolegliwości bólowe ze strony układu kostno-stawowego, towarzyszą im prawie codziennie (Ryc. 1). Oce-

niając natężenie tego bólu w pięciopunktowej skali, gdzie 1 oznaczała bardzo słaby ból, a 5 ból bardzo silny, tylko 10,9% badanych, określiło go jako bardzo słaby lub słaby. W opinii prawie połowy pacjentów (48,5%), dolegliwości bólowe mają najczęściej charakter silny i bardzo silny, a 35 % badanych oceniła natężenie tego bólu jako średnie (Ryc.2). Z wypowiedzi w ankietach wynika, że ból układu kostno stawowego w przypadku 77,2% badanych towarzyszy im od dawna, co najmniej od roku do kilku lat. Tylko 12,6 % respondentów stwierdziło, że pojawił się on u nich dopiero od paru miesięcy. Pozostałe osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.



Ryc. 1 Występowanie dolegliwości bólowych w układzie kostno-stawowym w opinii ankietowanych.



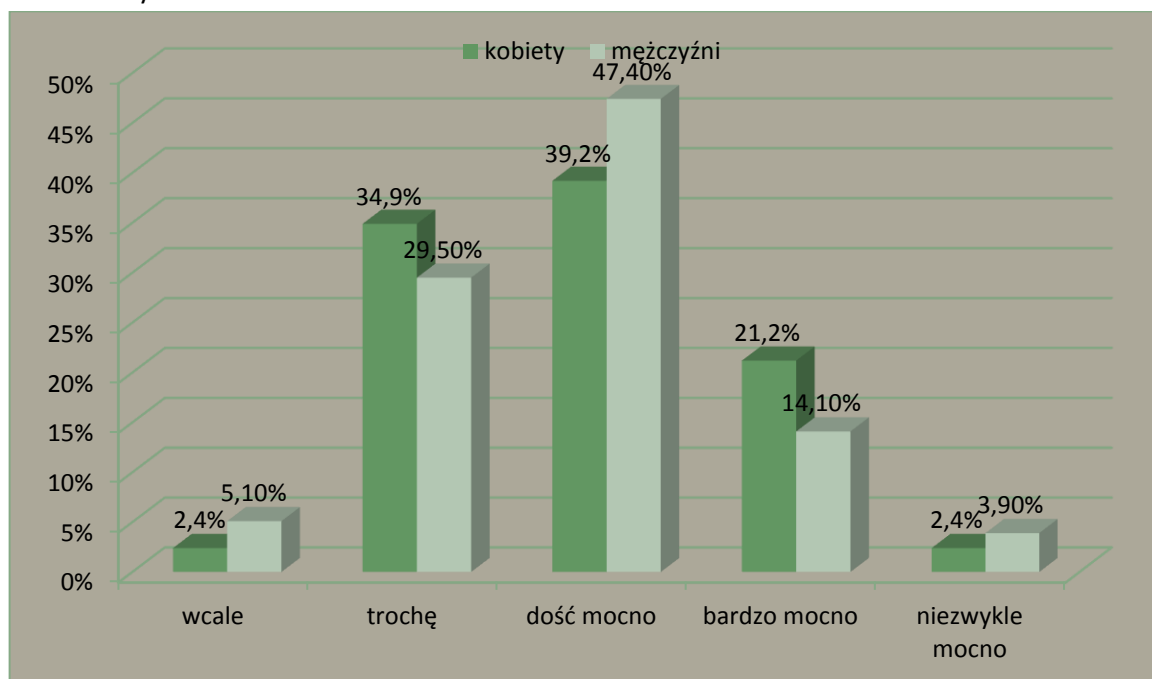
Ryc. 2 Poziom natężenia bólu w układzie kostno-stawowym w ocenie pacjentów

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło lokalizacji bólu. Było to pytanie wielokrotnego wyboru i większość respondentów wskazywała na więcej niż jedną jego lokalizację. W obrębie kręgosłupa, dolegliwości bólowe dotyczyły najczęściej odcinka lędźwiowo- krzyżowego - 63,3% odpowiedzi oraz kręgosłupa w odcinku szyjnym – 47,2% odpowiedzi. Analiza danych dotycząca występowania bólu w obrębie innych stawów wykazała, że problem ten obejmuje praktycznie wszystkie stawy. Najczęstszą lokalizacją są przede wszystkim stawy kolanowe – 43,7% odpowiedzi oraz w porównywalnym stopniu stawy: ramienny – 42,2% odpowiedzi i biodrowy – 33,3% odpowiedzi. W mniejszym stopniu dotyczą one stawów palców dłoni i nadgarstka, czy stawów skokowego i łokciowego – odpowiednio 25,1% i 22,1% oraz 14,0 % i 13,7% odpowiedzi (Tab. 1).

Tabela 1. Najczęściej wskazywane przez ankietowanych dolegliwości bólowe w kręgosłupie i poszczególnych stawach

Lp.	Umiejscowienie bólu	% odpowiedzi		Razem średnio
1	Kręgosłup – odcinek szyjny	47,2%		
2	Kręgosłup – odcinek lędźwiowo-krzyżowy	63,4%		
Stawy		Lewy	Prawy	
3	Staw biodrowy	32,7%	34,0%	33,3
4	Staw kolanowy	46,5%	40,9%	43,7
5	Staw skokowy	13,5%	14,5%	14,0
6	Staw ramienny	37,9%	46,5%	42,2
7	Staw łokciowy	12,2%	15,2%	13,7
8	Nadgarstek	23,4%	20,8%	22,1
9	Palce dłoni	25,1%	25,1%	25,1
10	Stopy	4,9%		4,9

Z wypowiedzi respondentów wynika, że dolegliwości bólowe ograniczają ich funkcjonowanie nie tylko w życiu zawodowym, ale także w wykonywaniu codziennych czynności, realizacji zainteresowań, czy sposobie spędzania wolnego czasu. Stopień tych ograniczeń był zróżnicowany. Dane z ryciny 3 wskazują, że na kategorię znacznych ograniczeń, zwłaszcza w codziennym funkcjonowaniu, wskazywało prawie 64% badanych i byli to nieco częściej mężczyźni niż kobiety, ale nie były to różnice istotne. Kategorię „trochę ograniczają” wskazało 34,9% kobiet i 29,5% mężczyzn (Ryc. 3). Ponad połowa respondentów (56,3%) zgłaszała, że dolegliwościom bólowym i różnego stopnia ograniczeniom w codziennych czynnościach i w wykonywaniu pracy towarzyszą często, a nawet zawsze takie nastroje jak: nieustanne zmęczenie i apatia, bezsilność wobec bólu – 66,9 % odpowiedzi, czy lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia – 58,7% odpowiedzi. Pacjenci twierdzili również, że z powodu swojej choroby mają poczucie, że są „gorsi od innych” – 29% odpowiedzi. Tego rodzaju uwagi zgłaszały częściej kobiety niż mężczyźni, ci ostatni podawali, że takie odczucia mają niezbyt często, ale zależności te nie były istotne. Niewielki odsetek stanowiły odpowiedzi, w których badani wskazywali na poczucie braku akceptacji swojej osoby nie tylko ze strony innych ludzi, ale nawet ze strony członków rodziny.



Ryc. 3 Stopień ograniczeń w wykonywaniu zawodowych i codziennych czynności według płci.

Zapytano respondentów, jakiego rodzaju inne problemy związane z ich chorobą, obok dolegliwości bólowych, są dla nich najbardziej uciążliwe i utrudniają im codzienne funkcjonowanie. Było to pytanie wielorakiego wyboru i ankietowani mogli wybierać kilka odpowiedzi. W ocenie badanych, największym pro-

blemem oprócz bólu, który uzyskał najwięcej odpowiedzi (78,6%), były przede wszystkim trudności lokomocyjne, związane z przemieszczaniem się, zarówno w obrębie mieszkania, jak i poza domem, a także wykonywanie codziennych czynności higienicznych, przygotowywanie posiłków, czy zakupy – 44% odpowiedzi (Tab. 2). Problem mobilności dotyczył najczęściej pacjentów w starszych grupach wiekowych. Był on też częstą przyczyną utrudnionego dostępu pacjentów do zakładów opieki zdrowotnej w tym świadczeń rehabilitacyjnych, a także istotnych ograniczeń w kontaktach towarzyskich i innych.

Tabela 2. Najczęstsze przyczyny utrudnień w funkcjonowaniu osób z chorobą zwyrodnieniową.

Lp.	Główne przyczyny utrudnień w funkcjonowaniu osób z chorobą zwyrodnieniową	% odpowiedzi
1	Dolegliwości bólowe	78,6
2	Trudności w poruszaniu się	44
3	Trudności w wykonywaniu codziennych czynności	36,6
4	Brak właściwych form rehabilitacji i utrudniony dostęp do niej	30
5	Brak opieki, samotność	8,2
6	Niewłaściwy stosunek ludzi do takich osób jak ja	7,3
7	Nieżyłciowe przepisy utrudniające dostęp do miejsc publicznych	5,6
8	Bariery architektoniczne	5,6
9	Brak wiary we własne możliwości	5,6

Nieco ponad połowa respondentów (54,1%) pytana o fakt uczestnictwa w ciągu ostatniego półrocza w różnych, wymienionych w ankiecie formach spędzania wolnego czasu, stwierdziła, że ograniczało się to przede wszystkim do udziału w spotkaniach rodzinnych, sąsiedzkich, małych przyjęciach okolicznościowych. Tylko 8,2 % badanych było w omawianym okresie w kinie, teatrze lub na koncercie czy imprezie plenerowej. Prawie jedna trzecia ankietowanych (30,5%) stwierdziła, że nie bywa nigdzie, ponieważ nie dysponuje ani wolnym czasem, ani środkami finansowymi na ten cel. Pozostali pacjenci nie odpowiedzieli na to pytanie. Zdecydowana większość respondentów (80,3%) nie udziela się też w pracach żadnych organizacji społecznych, politycznych, grupach wsparcia, czy Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Potwierdziło ten fakt tylko 19,7% badanych i tego rodzaju aktywność dotyczyła głównie organizacji o charakterze religijnym.

W wypowiedziach respondentów na pytanie w ankiecie dotyczące sytuacji osób niepełnosprawnych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa i stawów, istotną pozycję zajmowała kategoria „brak właściwych form rehabilitacji dla tych osób i utrudniony dostęp do niej” – 30% odpowiedzi. Pacjenci często wskazywali też na takie problemy jak: samotność, brak opieki i wiary we własne możliwości, a także niewłaściwy w ich odczuciu stosunek innych ludzi do osób niepełnosprawnych – 21,1% odpowiedzi. Bariery architektoniczne i związane z tym nieżyłciowe przepisy, które utrudniają im dostęp do miejsc publicznych stanowiły 11,2% odpowiedzi. Najważniejsze bariery architektoniczne, to w przypadku ankietowanych z miast: brak windy w budynkach mieszkalnych i użyteczności publicznej, trudności w korzystaniu ze środków komunikacji, natomiast w przypadku wsi i małych miast: wysokie, strome schody, brak poręczy i uchwytów, oraz podjazdów do budynków mieszkalnych i innych.

W ankiecie zwrócono się do respondentów, aby przedstawili swoją opinię na temat sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych w Polsce, dotyczącą ich funkcjonowania w życiu codziennym w tym także publicznym. Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Najwyższe odsetki dotyczyły odpowiedzi: osoby niepełnosprawne powinny pracować zarobkowo, jeśli tylko mogą (92,2%) i powinny starać się żyć możliwie jak najbardziej samodzielnie (92%). Ale w ocenie badanych, osoby takie powinny też otrzymywać wszechstronną pomoc od państwa (89,7%). Dość wysoki odsetek – 85,3% stanowiły odpowiedzi w których ankietowani twierdzili, że poza niepełnosprawnością osoby te nie różnią się od innych. Wśród innych kategorii wymieniane były też: osoby niepełnosprawne powinny mieć specjalne przywileje w pracy – 77,6% odpowiedzi, pierwszeństwo przy zatrudnianiu -74% odpowiedzi oraz że są one uzależnione od innych do końca życia-63,9% odpowiedzi. Najniższy odsetek odpowiedzi (11,9%) dotyczył kategorii: „osoby niepełnosprawne powinny pozostać w domu i utrzymywać się z renty”. Zdaniem ankietowanych problemy osób niepełnosprawnych, nie są w wystarczającym zakresie poruszane w środkach masowego przekazu (Tab. 3).

Tabela III *Opinia respondentów dotycząca osób niepełnosprawnych*

Lp.	Czy Pani(i) zdaniem osoby niepełnosprawne?	TAK (% odp.)	NIE (% odp.)
1	Są uzależnione od innych ludzi do końca życia	63,9	36,1
2	Poza niepełnosprawnością nie różnią się niczym od innych	85,3	14,7
3	Powinny starać się żyć możliwie jak najbardziej samodzielnie	92	8
4	Powinny pracować zarobkowo, jeśli tylko mogą	92,2	7,8
5	Powinny mieć pierwszeństwo przy zatrudnianiu do pracy	74	26
6	Powinny mieć specjalne przywileje w pracy	77,6	22,4
7	Powinny pozostać w domu i utrzymywać się z renty	11,9	88,1
8	Powinny otrzymać wszechstronną pomoc od państwa	89,7	10,3

Omówienie wyników

Populacja w starszych grupach wiekowych cechuje się dużym odsetkiem niepełnosprawności, zwłaszcza ze strony narządu ruchu. Według Raportu GUS z 2009 roku, niesprawność fizyczna z powodu uszkodzeń i chorób tego układu występuje częściej u osób powyżej 60 roku życia, zwłaszcza wśród ludności wiejskiej i w populacji kobiet [10, 12, 13, 14, 15, 16]. Jedną z istotnych jej przyczyn jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów. Częstość jej występowania to przede wszystkim konsekwencja zmian destrukcyjnych w układzie kostno-stawowym związana z podeszłym wiekiem, chociaż coraz częściej z problem ten dotyczy osób coraz młodszych.

Do czynników predysponujących, obok czynników genetycznych, należą: wady budowy, urazy i mikrourazy, przewlekłe stany zapalne, ale także płeć żeńska, wykonywany zawód, aktywność fizyczna, otyłość [4, 11, 12, 17]. Badania przeprowadzone wśród pacjentów, którzy zgłaszali się do Instytutu Medycyny Wsi, potwierdziły fakt dominacji kobiet z tymi objawami i dolegliwościami. Stanowiły one bowiem prawie 70% ankietowanych w porównywalnym stopniu zarówno ze środowiska miejskiego jak i wiejskiego. [4, 6, 9, 14, 15].

Charakterystyczne i najbardziej uciążliwe objawy u osób dotkniętych chorobą zwyrodnieniową, to przede wszystkim dolegliwości bólowe i sztywność stawów, która prowadzi stopniowo do ograniczenia ich ruchomości. Zespoły bólowe narządu ruchu są najczęściej występującym rodzajem bólu przewlekłego. Szczególnie narażone na występowanie tych zmian i dolegliwości są stawy kręgosłupa, staw biodrowy i kolanowy oraz stawy stóp i rąk. Kręgosłup jest najczęstszą lokalizacją zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających.[4, 9, 11, 12, 14, 17]. Potwierdzają to także odpowiedzi badanych pacjentów. Dolegliwości bólowe o różnym stopniu nasilenia, określane w przypadku prawie połowy pacjentów jako silne lub bardzo silne, a przez jedną trzecią badanych jako średnie, dotyczyły najczęściej kręgosłupa, zwłaszcza w odcinku lędźwiowo-krzyżowym i szyjnym. Pacjenci z przewlekłymi bólami w obrębie poszczególnych odcinków kręgosłupa i z dużego stopnia jego dysfunkcją w tym także w obrębie innych stawów, są ściśle uzależnieni od stałego, systematycznego leczenia i wymagają szczególnej troski.

Choroba zwyrodnieniowa narządu ruchu jest główną przyczyną zmniejszenia, a nawet ograniczenia w dużym stopniu funkcjonalności osób tych osób, a jej powszechność powoduje, coraz większą zgłaszalność tych pacjentów do poradni lekarzy rodzinnych [4,8,9,12,15,]. Dolegliwości bólowe które im towarzyszą, ograniczają ich nie tylko w wykonywaniu codziennych czynności, czy w obowiązkach zawodowych, ale są też częstą przyczyną występowania u nich problemów natury biobehawioralnej. Jak wskazują badania, problem ten dotyczy szczególnie osób starszych z niskim poziomem samooceny, zwłaszcza ze środowiska wiejskiego, i pozbawionych wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny [8, 13, 17]. Taka sytuacja dotyczyła 40% badanych.

Wśród wielu istotnych czynników występowania choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów, wymieniane są także te, związane z rodzajem wykonywanej pracy, czy z anty zdrowotnymi zachowaniami zdrowotnymi populacji. Należą do nich między innymi: zbyt intensywny wysiłek fizyczny i długotrwałe przeciążenia w przypadku niektórych zawodów takich jak rolnicy, czy lekceważone wady postawy. Istotnymi czynnikami ryzyka, są również: brak aktywności ruchowej, nadwaga i siedzący tryb życia, który łączy się

często z uprawianym zawodem urzędniczym [4, 8, 9, 12, 14, 16]. W badanej populacji znaczący odsetek, aż 40,3% stanowiły osoby wykonujące aktualnie lub w przeszłości siedzącą pracę umysłową, która sprzyja niewielkiej aktywności fizycznej i utrzymywaniu przez dłuższy czas wymuszonej pozycji ciała.

Ból spowodowany zmianami zwyrodnieniowymi w narządzie ruchu, zwłaszcza w kręgosłupie i stawach kończyn, jest także istotną przyczyną zwiększonego zapotrzebowania na porady specjalistyczne, hospitalizacje i usługi rehabilitacyjne. Dotyczy to szczególnie osób z obszarów wiejskich, wykonujących ciężką pracę fizyczną. Potwierdzają to wieloletnie badania prowadzone w Instytucie Medycyny Wsi w Lublinie i innych ośrodkach [4, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 17]. W naszym badaniu pacjenci tacy stanowili 42,6% badanych, a deklarowane przez nich miejsce zamieszkania i praca fizyczna związana z długotrwałymi przeciążeniami, mogła sprzyjać występowaniu u nich zmian i dolegliwości ze strony narządu ruchu. Z badań własnych wynika, że w przypadku większości osób z niepełnosprawnością w obrębie narządu ruchu, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych, występują różne ograniczenia, czy bariery w funkcjonowaniu, które niekorzystnie wpływają na ich codzienną aktywność życiową. Większość z nich ma ograniczone pole do samorealizacji na wielu płaszczyznach życia. Wskazują na to wyniki z badania, które potwierdzają też dane innych autorów na ten temat [8, 17, 18, 19, 20, 21,]. Obok problemów leczniczych, czy opiekuńczych, dotyczących zwłaszcza codziennego funkcjonowania, ważne są też formy aktywności ruchowej osób z chorobą zwyrodnieniową. Dane badania potwierdzają dane innych autorów, że osoby takie bardzo rzadko korzystają z rekreacji ruchowej, czy z wyjazdów turystycznych, wolny czas spędzają najczęściej w sposób bierny: słuchanie radia, TV, rozmowy z sąsiadami, spotkania rodzinne. Niewielka jest też ich aktywność społeczna w formie udziału w klubach seniora, czy w grupach zainteresowań lub wsparcia, w nieco większym stopniu akcentowana była tylko aktywność religijna.[5, 17, 19, 20, 21]. Pewnym usprawiedliwieniem dla w dużym stopniu biernego stylu życia, może być podeszły wiek pacjentów, ale także intensywność ich dolegliwości bólowych, problemy z mobilnością, sytuacja materialna, czy odległości do placówek kulturalnych zwłaszcza w środowisku wiejskim. Ograniczenia funkcjonalne w przypadku pacjentów z chorobą zwyrodnieniową znacznie silniej determinują ich aktywność życiową, aniżeli dolegliwości somatyczne.

Przystosowanie do codziennego życia osób z niepełnosprawnością w starszych grupach wiekowych jest procesem długim i trudnym. Obok potrzeby korzystania z systematycznej pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, do najczęstszych problemów należą także bariery architektoniczne zmuszające ich do pozostawania w domu, oraz utrudnione kontakty z zakładami opieki zdrowotnej. [22, 23]. Dane z literatury wskazują, że wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na zabiegi rehabilitacyjne, nie tylko w zakresie działań naprawczych, ale i profilaktycznych w odniesieniu do narządu ruchu, a pacjenci chorobami tego układu stanowią największą grupę osób zgłaszających się ze skierowaniem na rehabilitację. [8, 23, 24]. Potwierdzają to wypowiedzi ankietowanych, wskazujące na to, że oczekiwanie na zabiegi rehabilitacyjne jest utrudnione i coraz dłuższe. Samodzielność w funkcjonowaniu tych osób ograniczona jest też z uwagi na problemy związane z uzyskaniem sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego w tym środków lokomocji.

Mimo obiektywnych trudności w codziennym funkcjonowaniu i niezbyt korzystnej samooceny stanu zdrowia, pacjenci z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa i stawów, nie chcą być zupełnie wykluczani z życia w tym także publicznego i być uzależnieni od pomocy innych. Dyskryminacja osób niepełnosprawnych, chociażby przez bariery architektoniczne, która uwidoczniła się nie tylko w naszym badaniu, ale także w badaniach ogólnopolskich [7] nie wpłynęła jednak negatywnie na ich ocenę dotyczącą funkcjonowania w społeczeństwie. W opinii respondentów, osoby niepełnosprawne nie różnią się od innych, powinny więc w miarę możliwości pracować zarobkowo i starać się żyć samodzielnie. Ale jednocześnie, należy im się też wszechstronna pomoc od państwa, specjalne przywileje w pracy i pierwszeństwo przy zatrudnianiu. Ankietowani uznali też, że przedstawianie problemów osób niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu jest niewystarczające.

Wnioski

1. Zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa i stawów oraz związane z nimi dolegliwości bólowe należą do częstych problemów zdrowotnych wieku podeszłego. Badania przeprowadzone w grupie 303

- osób powyżej 50 roku życia, reprezentujących środowisko miejskie i wiejskie z terenu woj. lubelskiego wykazały, że problem ten dotyczy zdecydowanie częściej kobiet niż mężczyzn niezależnie od rodzaju pracy wykonywanej aktualnie lub w przeszłości miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia.
2. Dominującym objawem zgłaszanym przez pacjentów jest ból o średnim lub silnym natężeniu, a jego najczęstsza lokalizacja to kręgosłup w odcinku lędźwiowo-krzyżowym I szyjnym oraz staw kolanowy, ramienny i biodrowy. Głównym problemem obok bólu są zaburzenia mobilności.
 3. Dolegliwości bólowe i zaburzenia mobilności ograniczają pacjentów w znacznym stopniu zwłaszcza w codziennych czynnościach i pracy zawodowej, oraz utrudniają ich funkcjonowanie w życiu społecznym i realizacji zainteresowań.
 4. Objawami towarzyszącymi zmianom zwyrodnieniowym w układzie kostno-stawowym są problemy natury biobehawioralnej u pacjentów takie jak: apatia, poczucie bezsilności wobec bólu, oraz lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia i brak akceptacji swojej niepełnosprawności. W opinii pacjentów do usług rehabilitacyjnych oraz zaopatrzenie w środki lokomocji i sprzęt ortopedyczny jest niedostateczne.

Pismienictwo

1. Raport :Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek. Internet: http://amcham.pl/file/pdf/raport_starzejace_sie_spoleczenstwo_jako_wyzwanie_ekonomiczne_dla_europejskich_gospodarek.pdf?PHPSESSID=fa061811dd1fda75f0e9d2867232185f (dostęp: 2012.08.28).
2. Główny Urząd Statystyczny. Prognoza ludności na lata 2008-2035, Warszawa, 2009.
3. Rudnicka-Drożak E. Zagrożenia zdrowia ludzi starych – wielkie problemy geriatryczne. W: Rudnicka – Drożak E. Zjawisko przemocy wobec osób starszych jako forma zagrożenia zdrowia. Konstrukcja narzędzia badawczego dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej. Rozprawa habilitacyjna. Lublin; 2006: 29-38.
4. Głodzik J. Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa a aktywność zawodowa rolników. *Med Ogólna*, 2010, 16, (4): 507-515.
5. Kulik T.B, Janiszewska M., Piróg, E., Pacian A., Stefanowicz A., Żołnierczuk-Kieliszek D., Pacian J. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011; 2, 17 (46): 90-95.
6. Pabis M, Bobik A. Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy zespołów geriatrycznych. *Medycyna Rodzinna*, 2007; 10, (3): 62-65.
7. Czapiński J., Panek T. Diagnoza społeczna 2009. http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf (dostęp: 20.08.2012 r)
8. Karwat I. D., Jabłoński L. Medyczne i społeczne problemy osób niepełnosprawnych. W: Jabłoński L, Karwat I.D. Podstawy epidemiologii ogólnej. Epidemiologia chorób zakaźnych. Wyd. Czelej, Lublin, 2001.
9. Krawczyk W, Krawczyk-Walasek M. Najczęstsze choroby reumatyczne u rolników. W: Zagórski J. (red.) Choroby zawodowe i para zawodowe w rolnictwie. Lublin, Wyd. IMW, 2000: 223-232.
10. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2009 r.
11. Szczepańska L. Bóle krzyża – częsty problem w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu. *Medycyna Rodzinna* 1999; 7, 3-9.
12. Dziak A. Bolesny krzyż. Kraków, Wydawnictwo Medicina Sportiva, 2003.
13. Skrętowicz B. Ludzie starzy w społeczeństwie polskim ze szczególnym uwzględnieniem niepełnosprawnych – stan obecny i prognozy. W: Solecki L. (red.) Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin, Wyd. IMW, 2004, 11-25.
14. Kasprzyk-Kościk B. Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza). *Medycyna Ogólna*, 2008, 2, 14: 138-144.
15. Tomiak E, Putz J. Najczęstsze problemy zdrowotne populacji pacjentów po 65 roku życia z terenu wiejskiego w praktyce lekarza rodzinnego. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 2003; 3, 5(1) 9-13.
16. Wiktor Degi Ortopedia I Rehabilitacja. Tom1. Red. Marciniak W, Szulc A. Wyd. PZWL, Warszawa, 2008.

17. Żak M, Karwat I.D, Żak A. Główne rodzaje ograniczeń życiowych osób starszych niepełnosprawnych zamieszkałych na wsi , zależnie od rodzaju niepełnosprawności. (w): Solecki L. (red.) Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin, Wyd. IMW, 2004, 165-173.
18. Kubińska Z., Bergier B., Bergier J. Uczestnictwo w turystyce i rekreacji ruchowej osób niepełnosprawnych zamieszkałych w miastach i wsiach województwa lubelskiego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011; 4, 17 (46): 189-193.
19. Orzechowska G. Samoocena aktywności seniorów mieszkających środowisku wiejskim. W: Solecki L. (red.) Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin: Wyd. IMW, 2004: 46-52.
20. Karwat I. D, Karski A. Poziom komfortu życia osób niepełnosprawnych zależnie od środowiska rodzinnego i społecznego. W: Solecki L. (red.) Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin, Wyd. IMW, 2004, 174-185.
21. Pędich W. Zróżnicowanie warunków życia i sytuacji socjalnej ludzi starszych na wsi. W: Solecki L. (red.) Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin: Wyd. IMW; 2004: 26-36.
22. Kaniewski A, Marcinkowski J.T. Hołoga N. Bariery architektoniczne utrudniające poruszanie się osobom z chorobami narządu ruchu. *Medycyna Ogólna*, 2009; 15(3): 368-374.
23. Bartyzel-Lechforowicz H., Idzikowski M., Martowicz B. Zapotrzebowanie na zabiegirehabilitacyjne w wybranych gabinetach na terenie Rzeszowa. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011,1, 17,(4), 185-188.
24. Makara-Studzińska M., Moryłowska-Topolska J, Rudnicka-Drożak E. Zapotrzebowanie na usługi świadczone osobom niepełnosprawnym zamieszkujących obszary wiejskie województwa lubelskiego. *Medycyna Ogólna*, 2010, 16 (4): 454-462.

Drug Addiction, Prevention and The Risk Factors Leading to Relaps

Jozef Novotný¹, Jaroslav Stančiak¹, Eva Ďurišová²

¹ College of Polytechnics, Department of Health Care Studies, Jihlava, Czech Republic,

² Gym Studio Albert, Trnava, Slovak Republic.

Abstract

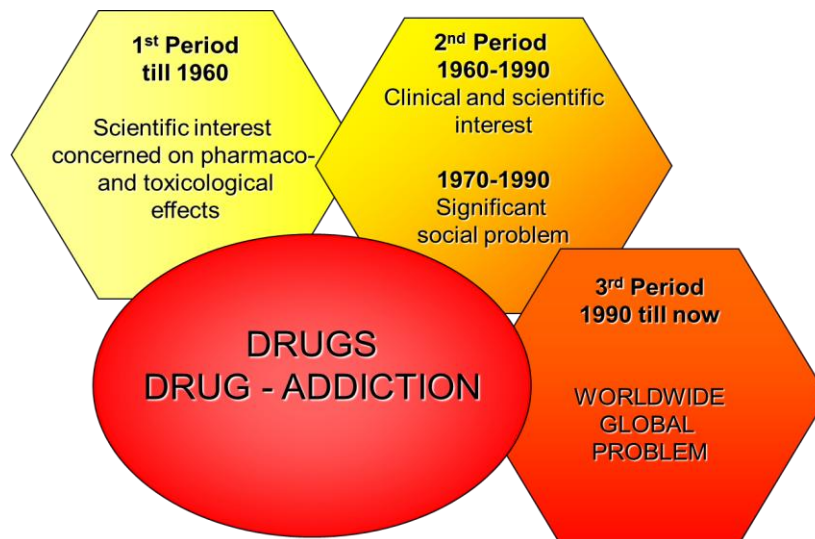
Civilisation burden of the population is huge what about mortality and morbidity. The quick life style and changing life conditions, for which we are not adapted, carry new risks and traps for every human. High working expectations need high concentration, which is usually too hard for a sensitive human and the drugs that can help to impare the stress are sometimes the way how to cover human's "imperfection". Of course, this is not the truth, this kind of "perfection" is not real and the vicious circle starts with this. This vicious circle could be fatal, if there is no help, no friends and family background, no cooperation. Drugs are the reason for personality degradation and health damage and especially the low age group of population is vulnerable to this pandemia. Last but not least there are the marginal groups, too. The "velvet revolution" did not prepare our society for this phenomenon. Our country is a part in the chain of drug transportation and of course, there is a part of society that is using this fact for their own purpose. We don't talk only about alcohol, because the combination of it and other drugs is more frequent. The society is passive about this phenomenon, there is criticism, but no action at all. We often talk about prevention, but we don't realise it. Drug abuse prevention may be in law prevention, but is not working in real life. Nursing care and social workers play an important role in prevention, therapy and education are important concerned to drug addiction. The essential part of prevention is helping the patient to survive without drug for the rest of the life. The patients have to learn about selfcontrol and how to overcome previous social conditions. They have to become a part of a new social group and to enjoy other activities without drug. They have to find different ways how to react to stress and pain - they simply have to find a new life style. Life style changes and stress situations have to be identified and solved without the help of the drug. Life without drugs is sometimes frustrating and this can be the reason for relaps. That is why new social contacts have to be created - the old ones could be dangerous.

Key words: drugs – drug addiction – risk factors – relaps – prevention

Introduction

There are three periods in the history (from 19th to 21st century) of distributing and abusing drugs:

- Up to the 1960 drugs and complications connected with it were a specific problem for a group of high qualified specialists - criminal experts in this area and medical specialists for drug addiction.
- Between 1960-1990 especially in developed countries drug abuse became a social problem in many social groups and communities. Drug abuse is growing in USA and western countries with all the consequences - health care and social problems. These were the reason for changes in drug abuse control.
- Since 1990 United Nations (in UN Global action plan from 1991) define drug abuse as a **global problem**.



Picture 1 Drug addiction as a worldwide global problem.

Global problem is defined by these factors:

- it has an influence in all the countries of the world;
- every country plays its role - we know producer countries, transit countries and user countries (since 1990 Czech republic as well as Slovak republic became user country. However, transit of the drugs is still active and production of the drugs too);
- everybody is at risk - every person and every family is in contact with the drug problem;
- as a global problem it can not be solved in one place with one method, but what we need is a cooperation between many organisations, sections and nations.

Globalisation of this problem is connected to global drug market, which is on the first place what about its proportion and on the second place what about financial income (7).

Drugs as a global social problem

Epidemiology of the drug abuse

Epidemiology of drug abuse is describing various types of drug abuse in the population, is looking for reasons and consequences of drug abuse, relationship between drug abuse and health changes and is also monitoring the effectiveness of treatment and other interventions.

"Drug abuse situation" is a dynamic status, drug intake, drug availability and drug consistence are changing in time. New abusers re-explore old types of drugs and explore new ways of drugs intake, etc. If antidrug politics have to be effective, it have to act according to the current situation. The success of anti-drug politic would not be able to work without epidemiology of the drug situation.

Drug, drug addiction

Since 1969 WHO has this definition of the drug: "Drug is every substance, which can after income to the living organism change one or more functions" (7).

Biochemical and pharmacological effect of the drug is realised on the molecular level. In fact it is the reaction with specific molecules in the organism. Through this reactions drugs are able to change biological and psychological functions. Enzyme systems could be affected too (26, 27).

Habit

Habit is the most dangerous aspect of drug intake. **Habit is a accomplished reaction of the organism to known signal, excitement or situation.** We can talk about habit in case of previous experience. Habit appears after repeated experience. It is easy to build the habit, but difficult to abort it. Habit can be rebuild, even if it is repeated after a long period again. **Habit is the first step to addiction (22, 23).**

Addiction

In general, addiction means a relationship between two things, phenomenons, etc. Drug addiction is a lost of independency in the relationship with the drug (26). **It is a disease - chronic and long-lasting.** It is a disability to exist without the drug. It is the situation, that **could not be controlled by own will.** It is the lost of making own decisions.

In 1969 WHO set this definition of addiction: **"Addiction is psychological and sometimes physical status, that is the result of the reaction between organism and drug. It is defined by behavioural changes and other reactions, that include necessity to take the drug regularly because of it's psychological effect and sometimes to prevent uncomfortable feeling - abstinence syndrom, that is caused by missing the drug in the organism (28, 29)."**

Addiction syndrom consist of many physiological, behavioural and cognitive phenomena, where the intake of some drug is more important then any other thing, that was important for the patient in the past. Basic characteristics is the strong necessity to take the drug. Addiction is developing slowly. Psychological addiction is the first and physical is the second one. **Psychological addiction** is a specific psychological status with typical necessity to take the drug continuously. **Physical addiction** is adaptation of the organism to the drug. Physical changes appear immediately after stopping the drug intake, psychological changes appear in the abstinence period.

After a long period of drug intake, **psychological addiction** appears. However, the organism needs to use the drug and higher doses are necessary to achieve the effect of the drug. This is called tolerance. Eventually, the organism is able to accept extremely high doses of the drug (19).

Pecinovská (5) published, that a human is under addiction when three of the next signs are present in a period of one year: a) necessity to take the drug; b) uncontrolled intake of the drug what about starting or ending of intake or what about the amount of the drug; c) negative physical status, when the drug is taken to improve it's negative signs; d) tolerance; e) avoiding previous interests; f) continuous intake of the drug, although the negative effects are well known.

Abstinence syndrom

Various signs could appear from **physical** point of view (yawning, sweating, pain, vomitting, diarrhoea, constipation, etc.) and from **psychological** point of view (restlessness, anxiety, irritation, agresivity, exhaustion, ...). The damage of inner balance is reason for that.

Abstinence syndrom signs are strictly individual, so these have to be treated strictly individually. Abstinence syndrom is a real fact that could not be ignored in the process of drug addiction treatment (19, 20, 22).

Main groups of drugs

Stimulating drugs

Because there are new types of drugs created every day and there are also many mixtures of known drugs, a complete list of all the drugs is not easy to establish. Basic drug groups and main representatives are well known (**Table 1**).

Table 1 Ten types of drugs and drug addictions.

<i>Type of addiction</i>	<i>Type of drug</i>
1. morphin type	Opium, morphium, codein, heroin
2. barbiturates-alcohol type	Beer, wine, alcohol, barbiturates, hypnotics, sedatives, analgetics, antipyretics with barbiturates
3. cocain type	Cocaine
4. canabis type	Canabis, hashish
5. amphetamin type	Phenmetrasin, psychoton
6. catha type	Catha
7. hallucinogen type	LSD, mescaline, psilocybin
8. tobacco type	Nicotin

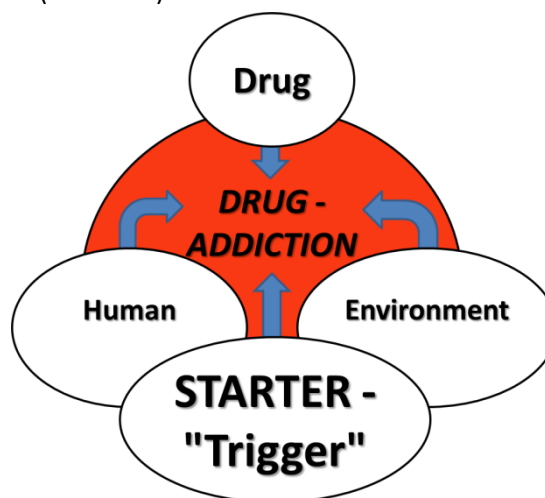
Type of addiction	Type of drug
9. coffee type	coffee, tea, cocoa, coke, mate, guarana
10. analgesics and antipyretic type	Analgesics, antipyretics

Vicious circle

"Drug abuse is a method for running away from our own disability to manage the real life," a man, that knows drug addiction, wrote. Life is bringing different situations with it, success and unpleasant situations, too. Sometimes we know how to deal with it, sometimes we run away into the world of our own dreams, some of us with the help of a drug. In the world changed by drug everything is easy to solve. The price for that is too high, drug is changing the person from physical and psychological point of view. Mental changes could be seen as irritability and lability. This person is sad, apathetic, sometimes extremely happy. The concentration, attention and coordination are changed. Patient can become tired very quickly, insomnia appears. The speech of such a person is not continuous, patient has hallucinations and could have some self-destruction activity. From physical point of view there are these visible changes: patient has sunken face, miotic pupils (morphine) or mydriatic pupils (hallucinogens), sometimes signs of intravenous application of the drug. The colour of the skin is ashy, patient has dry mouth, wounds around nose and mouth could be seen, anorexia is present. Patient could be extremely sensitive to some external impulses. In addition to somatic changes, changes in the behaviour appear very soon. Patient starts to avoid previous interests, school results are worsening, family relationships too, the whole previous life style is changed.

Main reasons for drug abuse

There is always the same structure of the situation what about starting with drug abuse. It is not only about the person itself. Many factors are playing the role in this problem, especially three of them are very common. These are: **person itself, drug and the background** (11, 25, 26). "A trigger" is needed - in background as well as in person itself (**Picture 2**).



Picture 2 Factors leading to drug addiction.

The personality

The human is of biologic origin first of all. Humanity comes with the influence of social background where the person is growing up. Personality is changing through the years according to changes in social background. What about drug addiction, we can not say that one personality is at risk and another one not. Everyone could develop drug addiction. WHO in its 18th technical report describes following triggers for drug addiction (26, 27):

- breaking-up with emotionally close person,
- starting a new role with higher responsibility in family or at work,
- severe unfavourable situation or severe disease.

However, specialists are united that none of the factors would lead to drug abuse without the presence of the drug. And, of course, the presence of the person that gives the first dose to the vulnerable human is needed, too (26, 27, 28). Adolescents and drugs

As it was written before, nowadays a very young people use to start with drug abuse. Especially pubescents and adolescents between 12 and 18 year of age are at a high risk. It is the period of life that is full of changes and decisions. Usually this period is considered to be the most problematic part of human life with many changes in physical, psychological and social period. A young person have to accept these changes and usually leaves the home and parents at that time very often, start new life style, new job, etc. It is very difficult for pubescents and adolescents to create a new life style.

Socialisation

The human is of biologic origin first of all. Humanity comes with the influence of social background where the person is growing up. Becoming a human person from biological person by the influence of the social background is called socialisation. Human learns how to react and think about new and specific situations. Socialisation is not only a simple adaptation proces. The other side - action - is important, too. Socialisation is a long-lasting process.

Prevention of drug abuse

Prevention is a complex of precautions, which should stop the disease development and it helps to keep the optimal status of health in the population. It means also to identify risk factors and to remove them from the background. Precautions are important especially for the health of the humans. Drug prevention is based on informing the people about the drugs, application of drugs, effects of drugs and about the risks of drug abuse. Drug prevention should be realised not only by health workers, but also by government, parliament, regional politicians, media, cultural organisations, church, police, social workers, army, etc. **Drug prevention is a high specific part of prevention concentrated on the problem of drug abuse** with the aim to reduce the damage caused by drugs. There are three levels of preventions (5).

Primary prevention has to prevent the first contact with the drug or at least to delay it. It is concentrated on the support of health conditions in the population. It's main role is to impare the needs of drugs and to impare the consumptions of drugs. The aim is to prevent the drug abuse especially in the risk communities. Primary prevention could be focused on the whole population (e.g. with the help of media), on the communities, on the risk groups (homeless, children and young adults, children of drug abusers, etc.). In fact, primary prevention informs about the drug and about the risks associated with drug abuse.

Secondary prevention is about active searching for the existing problem and about finding the solutions. It is concentrated on the existing addiction. It helps to create a system of help centres for drug abusers according to the stage of addiction with the help of some indicators - e.g. the phase of addiction, motivation for stopping drug abuse, cooperation of the patient, social status of the patient, psychological damage, etc. Because the treatment of drug addiction means a great somatic and psychological exertion for the patient, it has to be systematic and well organised. However, the problem was developing for a long period so the treatment have to be long and, of course, more expensive, too.

Tertiary prevention is about preventing the relaps, helping to continue the therapy and removing the consequences of drug abuse. In fact, in this stage of prevention is important to improve the damage caused by the drug abuse. The patient needs to create a new system of life. Many of the abusers are not the people from the streets, but people living together with us, sometimes children, pubescents and adolescents. A very important programme for them is the activity called "**harm reduction**" where e.g. used injections and syringes are changed for new ones. That is because especially the group of intravenous drugs abusers is very dangerous. The new needles and syringes are distributed, but very often not used and the abusers have to be educated and instructed to use them. There are teams of social workers in big cities, called **street workers**, who not only exchange the needles and syringes, but also make a personal relationship to the abusers and try to push them to come to the help centers. In many cases this is the first step for the abuser to the treatment.

Substitution programme is a part of this prevention, too. It is based on the intake of clean, legal drug in the center under control instead of taking illegal, dirty drug from the street.

Substitution could be realised only for opiates abusers. Most common substitutional drug is synthetic metadon. However, it is not appropriate by combination of the drugs (e.g. heroin and alcohol abuse) (8).

Kalina (7) defined and characterised the target groups for the prevention as follows:

- **the whole population in general** - is important for primary prevention activities;
- **risk groups** - according to age (young people between 13 and 18 years of age are at high risk), profession, social or ethnic group.
- Specific primary prevention is focused on risk groups:
- **individuals at risk** - individual risk is increased by psychological problems and disorders, learning and behavioural abnormalities, genetic abnormalities, dysfunctional family background and parents, children of abusers;
- **experimentators** - people who take drugs irregularly or try to take it only sometimes;
- **occasional abusers** - by this people drug abuse belongs to their life style only occasionally. It is typical for Cannabis, LSD or extase;
- **regular abusers** - they take drug more than once a week, addiction could be observed;
- **problematic abusers** - regular intake of the drug is present, drug is taken intravenously very often, most common drugs are opiates, cocaine, amphetamines. Cannabis and extase don't belong here;
- **addicted individuals** - abusers defined according to diagnostic criteria, sometimes, but not regularly these are problematic abusers;
- **family members and friends of addicted people** - also at high risk, need secondary and tertiary prevention, too.

Drug abuse, relaps and prevention

Skála (1987) wrote, that a real abstinent have to be strong, have to change the life style and he has to understand that drug is something negative, that will never bring anything good in his life. Reasons for relaps are various. "The easiest way how to describe relaps is repeated drug intake after a period of abstinence" (17). This could be based on combination of genetic predisposition and background with the help of many biological and psychological factors.

Factors, that may lead to relaps could be based on:

1) personality: bad psychological status (anger, sadness, pain, frustration, depression, stress...); bad physical status (somatic pain, long-lasting sickness); good psychological status (happiness, success...); searching for risk situations; disability to solve problems; not enough selfcontrol, impulsivity; not enough interests or work, boredom; guilt, shame; missing the sense of life; breaking off the treatment too early.

2) background: conflicts with others; pressure of the community, where drug abuse is common; close relationship to the people who are still abusing drugs; missing other relationship to family or friends outside the group of abusers; partner or family member abusing drugs; crime history, etc. (7, 17, 26, 27, 28).

"A human is a social creature. We can not only read about this fact in all the psychological or pedagogical books, but we can observe it in everyday life. Without social background, communication, relationships and love the life is empty, incomplete and sad. The quality of relationships is one of the signs of the quality of human life. Good background plays an important role in our life, it helps us to keep our balance and well-being on one side, on the other side it helps us to survive stress situations (7, 17, 26, 27, 28). Many studies showed, people without good relationships have more depressions, they miss their well-being, have more somatic diseases and the convalescence is much longer. Diseases relaps many times." These people are at a high risk what about the relaps of any drug addiction, too.

Prevention of drug addiction

This kind of prevention is based on helping the patient to accept the life without drug. However, the patient is the one who have to live without it. Patients have to learn about self-control, that helps them to fight against the need of drug. Okruhlica (17, 26) pointed out, that new social background is important. Patients are then able to build new reactions in various situations full of stress and discomfort. This could help them not to look for the drug in risk situations.

Okruhlica (17) also wrote, that even in this conditions risk of relaps is high because of many frustrations without the drugs.

Patient in the healing process have to create new social contacts because the old ones are dangerous. This could be more difficult than it seems to be, because the patient was known as drug abuser. Also the presence at activities without drugs is not easy because it needs to create new relationship to these activities and it needs a lot of concentration.

Okruhlica (17) gives this recommendations for preventing the relaps: the decision totaly to stop drug intake; the respect for potential relaps; to recognize risk situations, to know potential solutions and to prevent these situations; to recognize somatic, emotional and other signals of potential relaps; to accept the fact we are able to control our behaviour; to recognize reactions leading to relaps and to stop them as soon as possible.

Methods for relaps prevention:

1. *Social support techniques* – emotional support, help by interpersonal conflicts, help in risk situations.

2. *Life-style change techniques* – help by new social identity, help by breaking-up with old contacts in drug abusers groups, help by creating new interests, help by dealing with negative emotions.

3. *Cognitive and behavioral techniques* – help by searching for the associations with drug and relaps, application of various behavioral and cognitive strategies in prevention of relaps.

4. *Pharmacological techniques* – application of drugs that helps to overcome liking for the drug in crisis.

5. *Combination of various techniques.*

Recommended approach in relaps prevention

American school use two methods (26):

- **Therapeutical training and self-help (TTS)**, which helps clients after detoxication and helps clients to continue in this behaviour with the help of therapeutical training. Clients concentrate themselves on special points during the training, they also get support during therapy. TTS consist of four components:

1. therapeutical training courses;
2. self-helping group;
3. group of resort activities;
3. a network of abstinentes.

Therapeutical training courses are the most important part of all. These courses have 6-30 members, that give themselves support. They share together their experiences in abstinency. Educational and training techniques, group discussions, brainstorming, and playing roles are used here.

Every course deals with some specific risk situation. 24 potential situations are discussed. Clients talk about unreal and real situations, that could possibly happen. Relatives and friends are invited, too. Courses are supervised by the therapist. Therapeutical training courses are combined with self-helping group with 8-10 members. They help each other by provocations and risk situations, by resort activities with clients, friends, relatives and staff; in the network of abstinentes people with a long-lasting abstinence help the others.

Trainig of various techniques how to avoid the need of the drug:

- deep relaxation;
- postpone techniques – clients try to do some activity instead of taking the drug. They try to postpone the intake of drug from the moment of first idea about it with the help of other activity;
- negative/positive results – identification of negative effect by positive response to the drug and positive effect to negative response to the drug;
- imagination – clients imagine themselves as a strong personalities;
- negative/positive imaginations – clients imagine "falling down" by relaps, after that they imagine whatever they could be without drugs;

- cognitive interactions, e.g. direct thinking.

Also the justice and law order belong to prevention. Not only what about the access to drugs, but also the reprisals. By our law, the person producing, holding and distributing drugs could be punished, also the person that convinced other person under 18 years of age to take the drug could be punished, too.

One of the discussed part of prevention is the question of legalisation of some drugs.

Of course, what about the legal consumption of so called soft drugs, it is out of the question. Only a small group of soft drugs consumers do agree with it. In Slovak republic more than 53% of young people agree with legalisation of the soft drugs. In Bratislava it is more than 55 % of young people (26).

To find the best way how to help patients is the most important part of prevention. It is also very important to innovate and moderate it according to patient needs. Professor Vondraček, a famous psychiatrist wrote, that **many people live in a bad community, they become psychologically infected - they try alcohol, because to get it is easy, but they will not become alcoholics**. Here plays the family the main role. A child that can see alcohol abuse in the family every day could take this consumption to be something usual. So the family has negative influence in this case. Young people or children from disharmonic families can easier become alcoholics. Drugs were guiding the humanity from the ancient times up to these days (26, 27).

Conclusion

The problem of drug abuse is a part of human history from the very first start. Even Hippocrates in his Canon medicorum suggested some solutions for this. Opium e.g. was already known at that time. Paracelsus was also interested in drug problem. He claimed that every drug is poison, but it depends on the dosage when the drug is medicine or when it's poison. In the past drugs were usually used for treatment – ethics was very important at that time. The most important thing is not to do any harm to the patient. Health is the most precious thing in our life. But it is important how we deal with it. Healthy human is strong and active. This condition, *conditio sine qua non*, is very important especially nowadays – in the time full of risks, civilisation burden and civilisation diseases. That is why World Health Organisation completed a document HEALTH 21 – Health for everyone in 21st century. Definition of health due to time is slowly changing depending on the conditions. Civilisation is growing old. However, there are people who are destroying their health. This is the result of our life style nowadays, it is hard and some people don't know, how to deal with it so they try to find another solutions e.g. they try to help themselves with drugs. Nursing and medicine care both play an important role in education of the population how to solve the problems without the help of drugs.

National programme against drugs was created in march 1995. It represents the will to destroy the danger of drug abuse. The aim of the programme is to postulate basic principles and solutions in the drug abuse problem and other complications connected with it. The programme is concentrated on these facts: situation on the drug field; basic rules in antidrug politics; national aims for reduction of drug abuse (prevention, therapy, reconvalescence); national programme against the crimes under the drugs influence and legislative precautions. National programme against drug abuse is concentrated on improving the situation what about prevention, therapy and reconvalescence in patients.

In 1989 drug "explosion" occurred in our region and the society was not prepared for it. Slovakia is developing from a transit country to the country with its own drug market and becomes a part of international network of illegal drug market. A movement from alcohol based drugs to non-alcohol based drugs is observed, especially number of heroin abusers is growing. In general, the number of all drug abusers is growing rapidly.

Nursing care, medicine and the education

"The aim of nursing, medicine and social work is to help a person, family, group and community, in health or disease, and help to realise that activities, which improve health or help to recover or die with dignity, and which would be realised by the person or community if there was a will, strength or knowledge there (26)."

Nursing care is a type of care given by a nurse with a specialisation in this area in nursing care process during nursing care praxis. Nursing care praxis includes activities by: giving nursing care, managing and giving ambulant health care and hospital nursing care.

Nursing care is given in governmental and non-governmental health care institutions, at home or in communities. It is described as a special care concentrated on keeping, developing and improving the health of a personality and community. It is realised by nurses alone or according to the doctor's recommendation or together with the doctor as: complex nursing care, specialised nursing care or basic nursing care.

Eventually we would like to present the idea of Nobel prize winner and the father of the Theory of relativity Albert Einstein:

"Civilisation of our century is creating the resources of external slavery and internal damage."

We think, this idea is the real truth even nowadays, in times full of civilisation burden, risks and it gives us the opportunity to think about ourselves.

Drug addiction is a global, worldwide problem. This "pandemia" is typically especially for young people children and adolescents under the 15 years of age. However, this is the effect of "velvet revolution" and our country was not prepared for it.

The consequences of drug abuse are destroying, they destroy human lives and relationships, marriages and families and the worst thing of all is they don't improve the conditions of addicted who take drugs because of this reason. The percentage of drug abusers is still not known and nobody is able to make any prognosis. Social, law and economic characteristics only copy the reality and the trend on this area.

The word *addiction* means a phenomenon that has its basis in humanity itself. Many of drug abusers could not be recognized by the community. The definition of addiction varies from one period to another. Drugs as a global problem developed in three periods: *1st period* till 1960 when drugs were problem of a specialised group of high qualified criminalists and medical staff specialists for addiction. *2nd period* between years 1960 and 1990. In this period drugs became a serious problem in developed countries connected with many social groups or professions in the society. *3rd period* – from the year 1990 when United Nations (in Global action plan from 1991) describes drug problem like global one with its influence on all the countries in the world. Addiction is chronic and longlasting psychological disease and inability to exist without drug. Addiction develops very slowly. It consist of psychological and physical elements. By a longlasting intake of drugs psychological addiction develops. Drug addiction is a very serious problem of the whole society not only from medical point of view, but it also has its economic and social aspects. We are still looking for the reasons of the destroying effects of the drugs on human body, but also for the ways how to stop the need for the drugs. Punishment is not the solution, prevention is much more important, the knowledges about the problem are the way how to resist negative influence.

Psychotropic drugs are as old as the humanity, although we can not exactly say, when people started to use them. Opium, cocaine and alcohol were consumed in stone age. Hippocrates wrote about them in his works (*Canon medicorum*), Odysseus survived effects of drugs given to him by the witch Kirke, Pythia in in the temple of Apolon in Delphi worked under their influence etc.

Drug prevention is a very specific area that is concentrated on prevention of drug abuse and its aim is to reduce the damage caused by drug abuse. Prevention consist of three parts: primary, secondary and tertiary prevention. All of them, as well as prevention of relaps are the key parts of this activity. Prevention have to be concentrated on: familiar background (parents-children); educational background (teacher-student); working background (employer-employee); community (city, village, vicary); relationship and free-time activities. Aim groups are especially important. Privacy in health centers is important too. And last, but not least the resocialisation of the patient is basic.

Not only National programme plays the role in the drug abuse prevention, international cooperation is needed. National programme against drug abuse accepted in March 1995 represents the will to destroy the danger caused by drug abuse. Basic characteristics against drug addiction politics are: anti-drug activity

focused on risk groups, accessibility of the drug and drug marketing. According to these facts, international cooperation seems to be essential. The most important factor is the prevention – one of the basic factors in anti-drug activity.

Once again we want to point out the importance of this problem, the importance of the strength in the long-lasting activities against drug abuse. But, as it was written before, this activity will stay a long-lasting problem even in the future...

Acknowledgement

We express our gratitude to Mr. Mgr. et Bc. Matúš Albert Ms. Jaroslava Kráľová, M.D., for their technical assistance due to preparing manuscript.

References

1. Bergert, J.: Toxikomanie a osobnost. Praha : Victoria publishing, 1995
2. Čerňan, M.: Primárna, sekundárna terciárna prevencia v rámci protidrogovej politiky. Bratislava 1996
3. Drobná, H., Velemínsky, M.: Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov. Jihočeská univerzita, České Budějovice : Zdravotné sociální fakulta JCU, 2000, 128 s.
4. Hajný, M.: O rodičích, dětech a drogách. Praha : Grada 2001
5. Heller J., Pecinová O. a kol.: Závislost, známa neznáma. Praha : Grada, 1996
6. Janoušek, J. a kol.: Sociální psychologie. Praha : SPN 1998
7. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Praha : Úrad vlády České republiky 2003
8. Komárik E., PODHRADSKÝ J.: Drogová závislost. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990
9. Masár, O., DROBNÁ, H.: Niektoré medicínske problémy spojené s toxikomániou v spoločnosti. Bratislava : Charis, 2001, 122 s.
10. Milovský, M.: LSD a jiné halucinogeny. Brno, 1996
11. Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. Praha : Portál, 2000
12. Nociar, A.: Alkohol, drogy a osobnost. Bratislava : ASKLEPIOS, 2001. 364 s.
13. Novomeský F.: Drogy. Advent. Orion, 1995
14. Novotný, J.: Klinická toxikológia. In: Štandardné diagnostické postupy, Martin : Osveta, 1998, s. 293-307.
15. Novotný, I: Program Škola bez alkoholu, drog cigariet. Bratislava, 1996
16. Novotný, J.: Etické problémy diagnostiky a farmakoterapie v ochrane života. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s. 25-26.
17. Okruhlica Ľ.: Medicínske aspekty drogovej závislosti. Bratislava, 1995
18. Ondruš, D.: Toxikománia strašiak či hrozba? Martin : Osveta 1994
19. Podhradský, J., Komárik, E.: Drogová nezávislosť alebo ako sa nestať toxikomanom. Bratislava, 1990
20. Presl, J.: Drogová závislosť, môže byť ohrozeno i Vaše dieťa? 1. vydání, Praha : Maxdorf, 1994.
21. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Praha : Grada, 1999
22. Skála, J.: Alkohol a jiné / psychotropní/ drogy: abuzus závislost. Praha, 1986
23. Skála, J.: Závislost na alkoholu jiných drogách. Praha, 1987

24. Staněková, D. et al.: Štúdia prevalencie infekcie HIV a iných sexuálne s krvou prenosných infekcií u gravidných žien. In: *Derma*, 2005, 5(1):10-14
25. Stančiak, J., Novotný, J., Ševcová, H.: Intoxikácie a návykové látky u jedincov vo vyššom veku. In: *Folia Universitatis Tyrnaviensis*, Trnava, Vol. 9, 2002, s.126-139
26. Stančiak, J., Novotný, J.: Problematika závislostí na návykových látkach a ich prevencia. Bratislava : EXPOL PEDAGOGIKA, s.r.o., 2010, 103 s.
27. Stančiak, J., Novotný, J., Kopáčiková, M.: Problematika drogových závislostí a ich prevencia. Monografia, Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, 2009, 221 s.
28. Urban, E.: *Toxikománie*. Praha : Avicenum 1993
29. Vicáňová, M., Rovná, S.: Ošetrovateľstvo a alkoholická závislosť. In: *Integrující přístupy v prevenci a péči o zdraví*. Zlín, 2008, s. 202-206
30. Višňovský, P., Valentík, M.: *Človek v bludnom kruhu*. Martin : Osveta, 1989

Zastosowanie szczepionek skojarzonych w realizacji programu szczepień ochronnych u dzieci zdrowych i z astmą oskrzelową

Anna Bednarek

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Ważną rolę w indukowaniu odporności na zakażenie odgrywają szczepienia ochronne, które wynikają z interwencji medycznej o charakterze profilaktycznym. Immunoprofilaktyka chorób zakaźnych w stanach zaburzonej odporności wynikającej z choroby alergicznej, w tym astmy oskrzelowej stanowi istotny problem prewencji zakażeń w tej grupie ryzyka. Obecnie coraz częściej używane są szczepionki skojarzone uodparniające przeciw kilku chorobom jednocześnie.

Cel pracy: Ocena wiedzy matek na temat uwarunkowań stosowania nowoczesnych szczepionek skojarzonych u dzieci zdrowych i z astmą oskrzelową.

Materiał i metoda: Badaniami objęto 120 kobiet mających dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa, w tym 30 z nich dziecko z astmą oskrzelową, korzystających z usług medycznych jednego z NZOZ w Sandomierzu, w 2011 roku. Narzędziem badawczym zastosowanym w pracy był autorski kwestionariusz ankiety. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły poznania wiedzy matek na temat szczepionek skojarzonych nowej generacji oraz preferowanej formy informacji o szczepieniach ochronnych. Dokonano również analizy dokumentacji medycznej szczepień prowadzonej w latach 2000-2011 w tej placówce. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 7,1 (StatSoft, Polska).

Wyniki: Większość matek, w tym wszystkie mające dzieci z astmą oskrzelową przyznała, że lekarz i pielęgniarka informowali je o możliwości wyboru szczepionki dla dziecka (86,7%). Ponad połowa ankietowanych uznała, że jakość szczepionek obowiązkowych może się różnić od ponadprogramowych (59,0%) i oceniła swoją wiedzę na temat szczepionek skojarzonych jako średnią (56,7%) i wysoką (20,8%). Znaczny odsetek badanych matek wiedział jakie są korzyści stosowania szczepień skojarzonych (62,5%). Najczęstsze wymieniane to: mniej wstrzyknień (35,0%) oraz lepsze uodpornienie (30,0%). Na wybór szczepionki przez ankietowane matki w największym stopniu wpływały informacje uzyskane od pielęgniarki i lekarza (88,3%), a w mniejszym stopniu cena produktu (25,8%). Z badań wynika, że 74,2% wybrało dla swojego dziecka szczepionkę skojarzoną, w tym wszystkie matki dzieci z astmą oskrzelową.

Wnioski

1. Miejsce zamieszkania, wiek i wykształcenie matek miało istotny wpływ na ich wiedzę i ocenę jakości preparatów szczepionkowych.
2. Edukacja prowadzona przez personel medyczny na temat szczepień ochronnych w największym stopniu decyduje o wyborze szczepionki dla dziecka, szczególnie w grupie matek dzieci z astmą oskrzelową.
3. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej szczepień w wybranej placówce stwierdzono, że deklarowana wiedza matek na temat szczepionek skojarzonych ciągle wzrasta i znajduje odzwierciedlenie w faktycznym stanie realizowanych szczepień.

Application of combination vaccines in the process of implementation of preventive vaccination programme in healthy children as well as in those suffering from bronchial asthma

Anna Bednarek (Chair and Department of Paediatric Nursing and health Sciences, the Medical University of Lublin)

Summary

Introduction: Preventive vaccination plays an important role in inducing resistance to infections. However, immunoprophylaxis of infectious diseases in patients whose resistance has been disturbed by some kind

of allergy, including bronchial asthma, appears to be a significant problem in this risk group. Nowadays combination vaccines, which help develop resistance to more than one disease, are becoming more and more popular.

The aim of the study: Evaluation of mothers knowledge about determinants of combination vaccines coverage in healthy children as well as in those affected with bronchial asthma.

Material and method: The study included 120 mothers of young children, 30 of them had children affected with bronchial asthma. All the sick children were being provided medical services by one of the medical centres in Sandomierz in 2011. An original questionnaire was used as the research tool. The questions included in the questionnaire concerned the mothers` knowledge about new generation combination vaccines and preferable ways of finding information on preventive vaccination. An analysis of medical documentation of the vaccination performed in the years 2000-2011 at the Sandomierz medical facilities was performed. The data base and statistics were conducted on the basis of the STATISTICA 7,1 (StaftSoft, Poland) computer programme.

Results: The majority of the studied mothers, including those whose children were affected with bronchial asthma, admitted to having been informed about the possibility of choosing a vaccine for their child (86.7%) by the attending doctor or nurse. More than a half of the surveyed women were of the opinion that the quality of the obligatory vaccines may differ from the quality of the optional ones (59.0%) and assessed their knowledge about combination vaccines as average (56.7%) and high (20.8%). A substantial percentage of the studied mothers knew about the benefits of application of combination vaccines (62.5%). The most frequently mentioned were: fewer injections (35.0%) and better resistance (30.0%). Information provided by the doctor or nurse had the greatest influence on the surveyed mothers choice of vaccine for their children (88.3%), the vaccine`s price influenced the choice to a lesser extent (25.8%). According to the study, 74.2% of the studied women chose a combination vaccine for their child; all of the mothers of the children with bronchial asthma chose combination vaccines.

Conclusions

1. The mothers place of living as well as their age and education had a significant influence on their knowledge and evaluation of the vaccines.
2. Education about preventive vaccination provided by the medical personnel is essential for the parent to make a good choice of vaccine for their child, especially in the group of mothers with children suffering from bronchial asthma.
3. The performed analysis of medical documentation of vaccination in the selected medical facility has proved that the mothers` declared knowledge about combination vaccines is still increasing, which is reflected by the actual number of the vaccinated children.

Wstęp

Szczepienia ochronne są niewątpliwie jedną z podstawowych i skutecznych metod profilaktyki chorób zakaźnych dzieci i dorosłych. Nadrzędnym celem szczepień jest wywołanie odporności indywidualnej na zakażenie przez wzrost poziomu specyficznych przeciwciał zapewniających organizmowi szybką i skuteczną reakcję obronną. Ten mechanizm uodpornienia sztucznego jest wynikiem interwencji medycznej o charakterze profilaktycznym lub leczniczym [4,9].

W Polsce obowiązkowe szczepienia ochronne stosowane są już od ponad 70 lat, a forma czynnego zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez szczepienia jest szeroko akceptowana w społeczeństwie. W wyniku stosowania tak dużej ilości szczepionek uodporniających powstała również konieczność ustalenia założeń realizacji masowych szczepień w postaci kalendarzy szczepień, zwanych programami szczepień ochronnych (PSO). Jednocześnie opracowano szereg przepisów regulujących szczepienia w skali masowej [11].

Do realizacji programu szczepień ochronnych niezbędne jest zaangażowanie wielu grup zawodowych. Obok producentów szczepionek, obecnie niezwykle odpowiedzialną rolę pełnią pracownicy medyczni, tj. lekarze pierwszego kontaktu, pediatrzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Działania edukacyjne wymienionych osób, które skupiają się głównie na indywidualnych rozmowach z pacjentem i jego rodziną, przyczyniają się do promocji szczepień i prowadzą w efekcie do poprawy ogólnej sytuacji epidemiologicznej

społeczeństwa. Najbardziej oczekiwanym skutkiem prewencji szczepień ochronnych jest eliminacja chorób lub ich znaczące ograniczenie.

W ostatnich latach wzrasta liczba przeprowadzanych szczepień, zwłaszcza u małych dzieci podczas pierwszych dwóch lat życia. Duża ilość szczepień wiąże się ze stresem i bólem, który może negatywnie wpłynąć na późniejszy stosunek dzieci do lekarzy i pielęgniarek. Nie bez znaczenia są również obawy rodziców szczególnie dzieci z chorobami przewlekłymi, w tym alergicznymi, którzy coraz częściej zgłaszają zastrzeżenia z powodu liczby bolesnych iniekcji oraz ilość wstrzykiwanych innych składników (konserwantów, absorbentów) zawartych we wszystkich szczepionkach [8,10].

Wzrastająca liczba szczepionek uodporniających przeciwko chorobom zakaźnym stworzyła konieczność wyprodukowania szczepionek wysokoskojarzonych zawierających antygeny różnych drobnoustrojów uodporniające przeciwko kilku różnym chorobom jednocześnie. Nowoczesne szczepionki poliwalentne są coraz szerzej produkowane i stosowane jako alternatywne sposoby realizacji PSO u dzieci [5].

Celem pracy była ocena wiedzy matek na temat uwarunkowań stosowania nowoczesnych szczepionek skojarzonych u dzieci zdrowych i z astmą oskrzelową.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego i objęto nim 120 kobiet mających dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa, w tym 30 z nich dziecko z astmą oskrzelową, korzystających z usług zdrowotnych NZOZ, tj. Centrum Medycznego „Eskulap” w Sandomierzu, w 2011 roku. Narzędziem badawczym zastosowanym w pracy był autorski kwestionariusz ankiety. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły poznania wiedzy matek na temat szczepionek skojarzonych nowej generacji oraz preferowanej formy informacji o szczepieniach ochronnych. Dokonano również analizy dokumentacji medycznej szczepień prowadzonej w latach 2000-2011 w tej placówce. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę kierownika placówki i ankietowanych matek. Badania zostały przeprowadzone przy udziale Studenckiego Koła Naukowego działającego przy Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano za pomocą licznosci i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do zbadania różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 , a do ustalenia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,005$ (wg Pearsona) wskazujący na występowanie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 7,1 (StaftSoft, Polska).

Badaniami objęto kobiety w wieku 21-35 lat. Najwięcej badanych kobiet było w przedziale wieku 26-30 lat (54,2%) oraz 21-25 lat (34,2%). Najmniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 31-35 lat (11,7%). Większość ankietowanych było mężatkami (90,0%), a 10,0% osobami samotnymi. Wśród nich 61,7% miało jedno dziecko, 33,3% dwoje dzieci, a 5,0% troje lub czworo. Ponad połowa matek (50,8%) posiadała wyższe wykształcenie, 37,5% średnie, a 11,7% zawodowe. Z miasta pochodziło 71,7% matek, natomiast ze wsi 28,3%. Większość ankietowanych przyznało, że ma dobrą (75,0%) lub bardzo dobrą (18,3%) sytuację materialną, a 6,7% uznało sytuację ekonomiczną swojej rodziny za złą. Dla większości ankietowanych kobiet (61,7%) była to trzecia lub kolejna wizyta z dzieckiem w punkcie szczepień, dla 20,0% druga, a w przypadku 18,3% był to pierwszy kontakt z placówką realizującą szczepienia ochronne dla dzieci. Ponad 88,3% matek orientowała się, że istnieje możliwość wyboru szczepionki dla dziecka, a 11,7% nie miało wiedzy na ten temat.

Wyniki badań

Większość ankietowanych (86,7%) przyznała, że lekarz lub pielęgniarka informowali ich o możliwości wyboru szczepionki dla dziecka, a 13,3% nie otrzymało takiej informacji. Ponad połowa matek (56,7%) oceniła swój poziom wiedzy na temat szczepionek nowej generacji (skojarzonych, poliwalentnych) jako

średni, 20,8% jako wysoki, 17,5% uznała go za niski, a 5,0% kobiet stwierdziła, że nie ma wiedzy na ten temat.

W wyniku analizy statystycznej wykazano istotny wpływ wieku na poziom wiedzy matek o szczepieniach ponadprogramowych ($p=0,001$; $Ch^2=21,99$). We wszystkich przedziałach wieku przeważał średni poziom wiedzy, ale w grupie matek w wieku 26-30 lat wykazano najwyższy poziom wiedzy na poziomie średnim (61,5%). Natomiast ankietowani w grupie wieku 31-35 lat mieli najwyższy odsetek wiedzy o szczepieniach na poziomie wysokim (35,8%) w odniesieniu do pozostałych grup wieku.

Podobnie stan wykształcenia badanych miał istotny wpływ na poziom wiedzy ankietowanych na temat szczepień ponadprogramowych ($p=0,00001$; $Ch^2=59,73$). Ankietowani z wyższym wykształceniem najczęściej mieli średni poziom wiedzy (60,7%) oraz wysoki (37,7%). U 1,6% badanych stwierdzono niski poziom wiedzy, a braku informacji o szczepieniach nowej generacji nie stwierdzono w grupie osób z wykształceniem wyższym. Natomiast u matek z wykształceniem średnim przeważał również średni poziom wiedzy na temat szczepień (62%), niski poziom wiedzy miało 28,9% kobiet, a wysoki stwierdzono u 4,4% ankietowanych. U osób z wykształceniem zawodowym połowa matek (50,0%) miała niski poziom wiedzy na temat szczepień, brak wiedzy stwierdzono u 28,6%, a 21,4% deklarowało średni poziom wiedzy.

Na podstawie analizy statystycznej wykazano także istotny wpływ miejsca zamieszkania na poziom wiedzy ankietowanych na temat szczepień ponadprogramowych ($p=0,05$; $Ch^2=7,68$). Matki mieszkające na wsi najczęściej miały średni poziom wiedzy (61,8%), niski stwierdzono u 23,5% kobiet, wysoki u 5,9%, a brak wiedzy u 8,8% matek. W grupie ankietowanych z miasta przeważał średni (54,7%) i wysoki (26,7%) poziom wiedzy na temat szczepień. Niski poziom wiedzy miało 15,1% matek, natomiast brak wiedzy wykazano u 3,5% badanych.

Ponad połowa ankietowanych przyznała, że jakość szczepionek obowiązkowych różni się od ponadprogramowych (59,2%), dla 11,7% nie było różnicowania pomiędzy szczepionkami obowiązkowymi i ponadprogramowymi, a 29,2% nie miała zdania na ten temat.

Większość ankietowanych spotkała się z informacją o szczepieniach ponadprogramowych na podstawie ulotek oraz w mediach (750%), w tym wszystkie matki dzieci z astmą oskrzelową. Ankietowani słyszeli najczęściej o szczepionkach p/grypie (69,2%) oraz szczepionce Infanrix IPV HIB (66,7%) a także o szczepieniu p/pneumokokom (65,8%). Ponadto 29,2% słyszało o szczepionce ACT-HIB oraz MMRII (18,3%), a 3,3% spośród ankietowanych o żadnej z tych szczepionek.



Rycina 1. Opinia matek na temat korzyści dla dziecka wynikających ze stosowania szczepień ponadprogramowych

Znaczny procent ankietowanych (ryc. 1) wiedział jakie zalety wynikają ze stosowania szczepień ponadprogramowych (62,5%), a 37,5% nie znało takich korzyści. Wśród badanych, którzy zauważali pozytywne znaczenie szczepień ponadprogramowych najczęściej wymieniane były, takie jak: mniej iniekcji

(35,8%), lepsze i szersze uodpornienie (30,0%), większy profil bezpieczeństwa (23,3%) oraz mniejszy stres i ból dla dziecka (14,7%).

Ankietowane kobiety jako formę informacji na temat szczepień ponadprogramowych w większości preferowały poradę słowną (86,7%), ulotki reklamowe (35,8%) oraz Internet (29,2%). Nieco mniej osób korzystało z reklam TV (12,5%) i w czasopiśmie (18,3%). Badane matki najczęściej oczekiwały od lekarza i pielęgniarki informacji na temat działania szczepionki (82,5%), następnie jej zalet (80,0%), a w mniejszym zakresie byli zainteresowani ceną produktu (28,3%), jego składem (15,0%) oraz możliwością powstania odczynu poszczepiennego (16,7%).

Na wybór szczepionki przez ankietowane kobiety decydujący wpływ miały informacje uzyskane od pielęgniarki i lekarza pediatry (88,3%). Z badań wynika, że 74,2% wybrało dla swojego dziecka szczepionkę ponadprogramową, a 25,8% korzystało z obowiązkowego programu szczepień ochronnych.

Na podstawie analizy statystycznej wykazano istotny wpływ wieku na podjęcie decyzji o wyborze szczepionki ponadprogramowej dla swojego dziecka ($p=0,0008$; $Ch^2=14,25$). W najstarszej grupie wieku (31-35 lat) największy odsetek ankietowanych (92,9%) wybrał szczepionkę nowej generacji dla swojego dziecka. W grupie wieku 26-30 lat takiego wyboru dokonało 83,1% matek, natomiast 53,7% w najmłodszej grupie wieku 21-25 lat. Również poziom wykształcenia miał wysoce znamieny wpływ na decyzję o wyborze szczepionki ponadprogramowej ($p<0,00001$; $Ch^2=24,66$). Ankietowani z wyższym wykształceniem w 90,2% wybrali szczepionkę skojarzoną, poliwalentną. W grupie ze średnim wykształceniem 66,7% matek dokonało takiego wyboru, a z wykształceniem zawodowym 28,6% badanych. Ponadto miejsce zamieszkania miało istotny statystycznie wpływ na wybór szczepionki ponadprogramowej ($p=0,004$; $Ch^2=8,28$). Wśród ankietowanych z miasta 81,4% wybrało szczepionkę ponadprogramową, a 18,6% bezpłatne szczepienia obowiązkowe. Badane mieszkające na wsi w 55,9% deklaryowały wybór szczepionki ponadprogramowej, a 44,1% realizowała program szczepień ochronnych u swojego dziecka przy zastosowaniu szczepionek obowiązkowych.

Tabela 1. Liczba wykonanych szczepień ponadprogramowych w latach 2000-2007

Liczba dzieci zaszczepionych	405	392	404	387	360	361	342	406
Ilość podanych szczepionek	ROK 2000	ROK 2001	ROK 2002	ROK 2003	ROK 2004	ROK 2005	ROK 2006	ROK 2007
INFANRIX IPV HIB INFANRIX HEXA	3 (0,7%)	5 (1,3%)	10 (2,5%)	9 (2,3%)	16 (4,4%)	93 (25,8%)	230 (62,3%)	382 (94,1%)
HIB	34 (8,47%)	30 (7,7%)	34 (8,4%)	48 (12,4%)	85 (23,6%)	192 (53,2%)	287 (83,9%)	406 (100%)
PNEUMOKOKI	0	0	0	1 (0,3%)	2 (0,6%)	3 (0,8%)	5 (1,5%)	19 (3,9%)
VARILRIX	0	0	0	0	0	2 (0,6%)	2 (0,6%)	8 (2,0%)
MENINGOKOKI	0	0	0	0	1 (0,3%)	4 (1,1%)	16 (4,7%)	70 (17,2%)
BRODAWCZAK LUDZKI	0	0	0	0	0	0	0	2 (0,5%)
Grypa						2 (0,6%)	4 (1,1%)	8 (2,0%)

Tabela 2. Liczba wykonanych szczepień ponadprogramowych w latach 2008-2011

Ogólna liczba dzieci zaszczepionych	412	414	424	278
Ilość podanych szczepionek	ROK 2008	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011 (do 30.06.)
INFANRIX IPV HIB INFANRIX HEXA	390 (94,7%)	392 (94,8%)	412 (97,2%)	216(78,0%)
HIB	412 (100%)	414 (100%)	424 (100%)	278(100%)
PNEUMOKOKI	15 (3,6%)	21 (5,1%)	24 (5,7%)	14 (5,0%)
VARILRIX	3 (0,7%)	6 (1,4%)	8 (1,9%)	2 (0,7%)
MENINGOKOKI	8 (1,9%)	24 (5,8%)	75 (17,7%)	25 (9,1%)
BRODAWCZAK LUDZKI	6 (1,5%)	7 (1,7%)	7 (1,6%)	2 (0,7%)
Grypa	8 (1,9%)	6 (1,4%)	5 (1,2%)	2 (0,7%)

W powyższych tabelach 1 i 2 przedstawiono wyniki analizy wykonanych szczepień ochronnych przy zastosowaniu preparatów nowej generacji w badanej placówce lekarza rodzinnego na przestrzeni 10 lat. Dane zawarte w tabeli wskazują na znaczący wzrost ilości podanych preparatów ponadprogramowych, w tym u wszystkich dzieci z astmą oskrzelową, a zwłaszcza preparatów skojarzonych Infanrix IPV HIB i Infanrix Hexa oraz szczepionek przeciwko meningokokom i pneumokokom. Należy podkreślić, że wśród wszystkich szczepionek nowej generacji zawartych w powyższej tabeli zarejestrowano wzrost liczby zaszczepionych dzieci, co dowodzi rosnącej świadomości społeczeństwa w dziedzinie szczepień ponadprogramowych.

Omówienie wyników

Realizacja szczepień ochronnych w ramach obowiązkowego PSO umożliwiła osiągnięcie kontroli zachorowań dla większości chorób zakaźnych. Mimo tych osiągnięć nadal istnieje potrzeba ich kontynuowania nawet obecnie, gdy choroby przeciwko którym są prowadzone szczepienia stały się rzadkością, ponieważ ich zaniechanie może przyczynić się do powrotu zwiększonej zachorowalności i związanej z nią umieralności. Warunkiem utrzymania korzystnej sytuacji epidemiologicznej jest poddawanie szczepieniom ochronnym wysokiego odsetka dzieci, dlatego też niezwykle istotnym jest, aby szczepienia ochronne były postrzegane jako działania korzystne dla zdrowia. Podstawowe informacje o obowiązkowych i zalecanych szczepieniach ochronnych oraz istniejących szczepionkach są dostarczane przez personel medyczny zajmujący się wykonawstwem szczepień. Poszerzenie tej wiedzy powinno wynikać z osobistych motywacji rodziców, tzn. z ich aktualnej wiedzy na temat chorób zakaźnych oraz chęci zabezpieczenia swojego dziecka przed chorobą. Wraz z intensywnym wzrostem produkcji szczepionek przeciwko coraz to większej ilości chorób zakaźnych, liczba obowiązkowych i zalecanych szczepień wzrasta. Obecnie schemat szczepienia dla dzieci w pierwszych dwóch latach życia przewiduje podanie trzech szczepionek w trakcie jednej wizyty w gabinecie szczepień. Szczepionki te podawane są jednocześnie, w oddzielnych iniekcjach, w odległe miejsca ciała [6,7]. Z danych piśmiennictwa wynika, że stosowanie szczepionek skojarzonych u dzieci w 1 i 2 roku życia w realizacji szczepień obowiązkowych jest metodą akceptowaną i popieraną zarówno przez personel medyczny, jak i przez rodziców. W Polsce co trzeci rodzic kupuje dla swoich dzieci szczepionki skojarzone [13].

Analizując przeprowadzone badania można stwierdzić, że większość ankietowanych prezentuje najczęściej dość wysoki poziom wiedzy na temat szczepień ochronnych, co potwierdza również rosnąca liczba zaszczepionych dzieci preparatami nowej generacji, nieobjętymi obowiązkowym programem szczepień ochronnych. Biorąc pod uwagę takie czynniki demograficzne jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy sytuację materialną badanych kobiet należy stwierdzić, że w dużym stopniu warunkują one poziom prezentowanej wiedzy na temat szczepień.

W większości przypadków osoby z wykształceniem wyższym prezentują znacznie wyższy poziom wiedzy na temat korzyści szczepionek ponadprogramowych, niż osoby posiadające wykształcenie zawodowe. Kolejnym czynnikiem wpływającym na wyniki badań był wiek. Wykazano, że osoby starsze, bardziej doświadczone i częściej posiadające więcej niż jedno dziecko prezentują większą wiedzę niż młode matki poniżej 26 roku życia. Obok stanu wiedzy rodziców na temat szczepionek ponadprogramowych, ważnym czynnikiem warunkującym ich zastosowanie był aspekt ekonomiczny związany z zakupem tych preparatów. W grupie osób ze złą sytuacją ekonomiczną, co druga osoba nie zdecydowała się na zakup szczepionki, natomiast osoby z dobrą sytuacją materialną znacznie częściej wybierały szczepionki nowej generacji.

Badania przeprowadzone przez Bernatowską E. [3], a także własne na terenie województwa lubelskiego [2] również potwierdzają, że rodzice i opiekunowie uzyskują wiedzę na temat szczepień i szczepionek od lekarzy i pielęgniarek, natomiast takie zmienne demograficzne jak wiek (powyżej 25 lat), wyższe wykształcenie, stała praca i dobra sytuacja ekonomiczna rodziców zdecydowanie częściej motywują ich do wybierania dla swoich dzieci szczepionek wysokoskojarzonych i stosowania szczepień zalecanych.

Analizując dokumentację medyczną dotyczącą sprawozdawczości z wykonywanych szczepień w poszczególnych latach w badanej placówce lekarza rodzinnego można stwierdzić, że wzrost wiedzy

rodziców na temat szczepień ponadprogramowych znajduje odzwierciedlenie w faktycznym stanie wykonanych szczepień.

Na podstawie badań własnych wykazano, że wszystkie matki dzieci z astmą oskrzelową realizują szczepienia ochronne preparatami ponadprogramowymi oraz stosują szczepienia zalecane, szczególnie przeciw pneumokokom, meningokokom i grypie.

Za zastosowaniem immunoprofilaktyki czynnej przeciwko chorobom infekcyjnym u dzieci z astmą oskrzelową przemawia wiele przesłanek. Zmiany alergiczne w układzie oddechowym predysponują dzieci do częstszych zakażeń wirusowych i bakteryjnych, które zaostrzają przebieg astmy. Infekcje u tych dzieci mają zwykle cięższy przebieg, niż u dzieci zdrowych i częściej powodują powikłania. Nawracające schorzenia infekcyjne u dzieci z astmą utrudniają leczenie i sprzyjają utrwalaniu się objawów. Z obserwacji klinicznych wynika, że infekcje wirusowe, zwłaszcza grypa stanowią czynnik powodujący zaostrzenie astmy oskrzelowej u dzieci, dlatego szczepienia przeciwko grypie są rekomendowane u chorych na alergię jako działania profilaktyczne [1, 12, 14].

Szczepionki wysokoskojarzone w znaczny sposób ułatwiają realizację programu szczepień, są stosowane w wielu krajach na świecie i cieszą się akceptacją rodziców, dla których oprócz wykonanego szczepienia ważne jest ograniczenie przykrych doznań związanych z iniekcją. Istnieje w naszym kraju potrzeba wprowadzenia konkretnych działań polityki zdrowotnej, które umożliwią dalszy optymalny rozwój PSO zgodnie z obowiązującymi europejskimi trendami i w efekcie przyczynią się do podniesienia jakości zdrowia publicznego.

Wnioski

1. Wiedza matek na temat profilaktycznego działania szczepionek jest istotnie zróżnicowana ich miejscem zamieszkania, wiekiem i wykształceniem.
2. Matki z wyższym wykształceniem, mieszkające w mieście, w wieku powyżej 26 roku życia istotnie częściej przyznawały, że lepszą jakość mają preparaty szczepionkowe nowej generacji w porównaniu ze szczepionkami obowiązkowymi.
3. Możliwość jednoczesnego uodpornienia dziecka przeciwko wielu chorobom oraz mniejsza liczba iniekcji i większy profil bezpieczeństwa to dla matek najistotniejsze zalety nowoczesnych szczepionek wysokoskojarzonych.
4. Edukacja prowadzona przez personel medyczny na temat szczepień ochronnych w największym stopniu decyduje o wyborze szczepionki dla dziecka, szczególnie w grupie matek dzieci z astmą oskrzelową.
5. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej szczepień w wybranej placówce stwierdzono, że deklarowana wiedza matek na temat szczepionek skojarzonych ciągle wzrasta i znajduje odzwierciedlenie w faktycznym stanie realizowanych szczepień.
6. Wszystkie badane matki akceptują i uznają szczepienia ochronne za ważny element profilaktyki chorób zakaźnych.

Piśmiennictwo

1. Bartkowiak-Emeryk M., Emeryk, A.: Podstawy immunologiczne szczepień ochronnych u chorych na astmę. (Immunological aspects of vaccination in asthmatic patients). *Alergia* 2011, 3: 14-18.
2. Bednarek A., Emeryk A.: The analysis of parents' knowledge about preventive vaccination programme in the group of healthy and allergic children. *Medical and Biological Sciences*, 2011, 25, 3: 27-35.
3. Bernatowska E.: Szczepionki wysokoskojarzone - nowy plan strategiczny dla szczepień obowiązkowych w programie szczepień ochronnych. *Standardy Medyczne* 2011, 6, 8: 857-883.
4. Czajka H., Wysocki J., Mrukowicz J.: Programy szczepień ochronnych w Unii Europejskiej. *Medycyna Praktyczna „Szczepienia”*, 2012, 4: 78-84.
5. Czajka H.: Alternatywny program szczepień i szczepionki skojarzone w praktyce pediatrycznej. *Przegląd Pediatryczny PZH*, Warszawa 2004, 58:112- 114.
6. Dobrzańska A., Bernatowska E., Grzesiowski P.: Priorytetowe zmiany w programie szczepień ochronnych na lata 2011-2012. *Zakażenia*, 2010, 2: 6-10.

7. Dubiel B.: Horyzont wakcynologii. Medycyna Praktyczna (suplement „Szczepienia”), Kraków, 2006, 1: 38-39.
8. Dzierzbicka K., Kołodziejczyk A. M.: Adiuwanty – niezbędne składniki szczepionek nowej generacji. Postępy Biochemii 2006; 52, 2: 204-211.
9. Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A.: Wakcynologia, wyd II, Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2007.
10. Mrożek-Budzyn D.: Wakcynologia praktyczna, Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2009.
11. Ślusarczyk J.: Współczesne szczepionki nowym narzędziem w zapobieganiu chorobom zakaźnym. Zakażenia 5, 2005: 12-16.
12. Willak-Janc E.: Szczepienia ochronne u dzieci a choroby alergiczne. Alergia Astma Immunologia 2003 (8), 1, 107-109.
13. Wojciechowski A.: Ofensywa szczepionek. Zakażenia, Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych. Twoje Zdrowie. Warszawa, 2006, 5:4-7.
14. Zawadzka-Krajewska A., Chądzyńska J., Ziółkowski J., Kulus M.: Czynniki ryzyka związane z rozwojem chorób alergicznych u dzieci. Alergologia Info, 2009, IV, 3: 117-124.

Zakażenia *Coxiella Burnetii* (Gorączka Q) u ludzi¹

Elżbieta Monika Galińska, Wioletta Żukiewicz-Sobczak, Jolanta Chmielewska-Badora

Zakład Alergologii i Zagrożeń Środowiskowych, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

Streszczenie: Gorączka Q (febris Q, coxiellosis) jest występującą globalnie chorobą ludzi i wielu gatunków zwierząt. Wywołuje ją, namnażająca się wewnątrzkomórkowo, Gram-ujemna bakteria (o rozmiarach 0,2-0,4 × 0,4-1,0 μm) *Coxiella burnetii*, wytwarzająca spory – wyjątkowo wytrzymałe na działanie czynników fizyko-chemicznych. Wcześniej zaliczana do rzędu Rickettsiales, rodziny Rickettsiaceae, jest obecnie zaklasyfikowana, po przeprowadzonej analizie sekwencji genu, do rzędu Legionellales, rodziny Coxiellaceae, rodzaju *Coxiella*. W Polsce, jako choroba ludzi, znana jest od 1956 roku, zaś najczęstszym źródłem zakażenia dla ludzi są: zakażone bydło i owce oraz skażone środowisko bytowania tych zwierząt. Wycinkowo jedynie rozpoznana epidemiologicznie i sporadycznie diagnozowana u ludzi, występuje niewątpliwie na terenie całego kraju. Oficjalnie zgłaszane przypadki u ludzi odzwierciedlają jedynie około 1% przypadków klinicznych u ludzi w Polsce.

Słowa kluczowe: gorączka Q, *Coxiella burnetii*, przeciwciała, narażenie

Infections of Coxiella Burnetii (Q fever) in people

Summary: Q fever (febris Q, coxiellosis) occurs worldwide among humans and many animal species. It is caused by intracellularly proliferating gram-negative (0,2 to 0,4 μm wide, 0,4 to 1 μm long) bacteria *Coxiella burnetii*, producing spores – exceptionally resistant to the effect of physico-chemical factors. Historically, it was considered as Rickettsia but gene- sequence analysis classifies *Coxiella* genus in the order Legionellales, family Coxiellaceae. In Poland, as a human disease, it has been known since 1956, and the most frequent sources of infection in humans are: infected cattle and sheep and infected habitation environment of these animals. This disease, partially recognized epidemiologically and sporadically diagnosed in humans, occurs undoubtedly over the whole territory of Poland. Cases officially reported among humans reflect only approximately 1% of clinical cases in Poland.

Keywords: Q fever, *Coxiella burnetii*, antibodies, exposition

Wprowadzenie

Gorączka Q jest zakaźną i zaraźliwą chorobą zwierząt domowych i dzikich, stwierdzaną na wszystkich kontynentach, która przenosi się często na człowieka powodując masowe zachorowania [1, 2]. U ludzi jest ona epidemiczną chorobą zakaźną, zoonozą o niecharakterystycznych objawach często rzekomo grypopodobnych, dotyczących płuc, wątroby, serca i nerek. Do najczęstszych objawów gorączki Q należą: nagły jej początek, dreszcze, gorączka, bóle głowy i mięśni [3].

Chorobę tę zwaną uprzednio query fever (ang. query – zapytanie) po raz pierwszy opisał Edward Derrick w roku 1935 w stanie Queensland w Australii, po wystąpieniu zachorowań u pracowników rzeźni. Nazwa choroby pochodzi prawdopodobnie od pierwszej litery angielskiego słowa query, które oznacza zapytanie, wątpliwość, (nie znano czynnika, który ją wywołuje), a nie od nazwy stanu jak wcześniej uważano [3, 4, 5].

W Polsce pierwsze ognisko gorączki Q pojawiło się w roku 1956 w Owczarach. Rezerwuar i źródło zakażenia stanowiło stado owiec importowanych z Rumunii. Zachorowały 63 osoby, a 300 było podejrzanych o zakażenie [6, 7]. Próbkę wełny wysłane z Owczar do Instytutu Zootechniki w Krakowie były źródłem powstania następnego ogniska, które objęło 20 pracowników. Trzecie ognisko zanotowano w Warszawie, a źródłem zakażenia były świnki morskie zakażone doświadczalnie. Zachorowało 17

¹ Praca naukowa finansowana ze środków na naukę w latach 2009-2012 jako projekt badawczy nr N404 204336.

pracowników Państwowego Zakładu Higieny. Czwarte ognisko wystąpiło w 1962 r. w Gdańsku w zakładach futrzarskich. Źródłem zakażenia były prawdopodobnie skóry z importowanych baranów amerykańskich, zachorowało 26 osób [8]. Do roku 1983 nie rejestrowano rodzimych zachorowań na gorączkę Q, co można wytłumaczyć brakiem badań serologicznych w kierunku tej zoonozy. Dopiero w roku 1983, w woj. zamojskim, rozpoznano największą do dziś w Polsce epidemię – zachorowało co najmniej około 1300 osób. Epidemia objęła szereg miejscowości powiatów Hrubieszów i Tomaszów Lubelski oraz przylegające od południa gminy ówczesnego województwa rzeszowskiego.

W kilkanaście lat później Cisak i wsp. z IMW [9], wykazali obecność przeciwciał swoistych w 17,8% spośród 90 osób populacji rolniczej z 2 miejscowości centralno-wschodniej Lubelszczyzny (Liszna koło Sławatycz i Siedlisko koło Piask, powiat Krasnostaw). W roku 2010 Galińska i wsp. przebadali 135 osób z 3 ognisk epizootyczno-epidemicznych, które pojawiły się latem i wczesną jesienią 2008 roku na pograniczu województw lubelskiego i podkarpackiego (pierwotnie u krów mlecznych i wtórnie u ludzi z grup narażenia zawodowego). Spośród 135 osób zbadanych serologicznie wyniki dodatnie stwierdzono u 24 osób (18,5%) [10].

Czynnik etiologiczny choroby

Coxiella burnetii – bakteria wywołująca gorączkę Q jest bytującą wewnątrzkomórkowo Gram-ujemną, pleomorficzną, w porównaniu do innych bakterii małą pałeczką, o rozmiarach 0,2-0,4 × 0,4-1,0 μm [11, 12, 13, 14, 15].

Wcześniej zaliczana do rzędu Rickettsiales, rodziny Rickettsiaceae, jest obecnie zaklasyfikowana do rzędu Legionellales, rodziny Coxiellaceae, rodzaju *Coxiella* [16, 17].

Coxiella namnażają się tylko w żywych komórkach zwierzęcych (hodowle tkankowe, zarodki kurze) [18]. Występują one w cytoplazmie i łatwo ulegają fagocytozie, wykazując przy tym oporność na wewnątrzkomórkową inaktywację.

Izolaty *Coxiella burnetii* różnią się patogennością. Cechę tę zdołano powiązać z różnicami w określonych plazmidach. Na tej podstawie wyróżniono 6 grup genetycznych: grupę I (szczerp Hamilton), II (szczerp Vacca), III (szczerp Rasche), IV (szczerp Biotzere), V (szczerp Corazon), VI (szczerp Dod). Patogenne dla człowieka są grupy I-V. Grupy I-III zawierające plazmid QpH1 odpowiedzialne są za rozwój ostrej gorączki Q (należą tutaj najbardziej znane szczepy izolowane od chorych: Nine Mile i Henzerling). Grupa IV (szczerp Biotzere) zawiera plazmid QpRS i odpowiedzialna jest za chroniczną postać choroby u ludzi. Szczerp Corazon (grupa V) wyróżnia niską zawartość plazmidowego DNA, zaś plazmid QpRS ma sekwencję zintegrowaną z DNA chromosomalnym. Szczerp Corazon odpowiedzialny jest za rozwój u człowieka zapalenia wsierdza (endocarditis). Grupa VI (szczerp Dod) zawiera plazmid QpDG, stwierdzana jest u gryzoni i dotąd uważana za niepatogenną dla ludzi [4, 19, 20]. Badania genotypowe wykazały istnienie co najmniej 34 typów sekwencyjnych *Coxiella burnetii* [21].

C. burnetii należy do drobnoustrojów najbardziej opornych na działanie czynników fizykochemicznych: w kale kleszcza *Dermacentor andersoni* przeżywa 586 dni, w kurzu 120 dni, w wysuszonym moczu – 49 dni, w mleku – co najmniej 30 dni, w wełnie w temp. 4-6oC wykrywano żywe bakterie przez okres 12-16 miesięcy, przy temperaturze -20oC do -70oC, w temperaturze suchego lodu oraz w stanie zliofilizowanym przeżywała 2 lata. Ogrzewanie przez 60 minut w temperaturze 60oC oraz działanie 0,4% fenolu lub 0,2% formaldehydu nie inaktywują zarazka. „Dezynfekcyjnym środkiem z wyboru jest 2-procentowy gorący roztwór ługu sodowego (NaOH); ponadto 5% roztwór fenolu, 10% roztwór wapna chlorowego” [4].

Rodzaj *Coxiella* cechuje zjawisko zwane zmiennością faz, polegające na występowaniu tych drobnoustrojów w dwóch odmianach antygenowych. W warunkach naturalnych oraz po zakażeniach doświadczalnych patogen ten występuje w fazie I. Pasaż przez woreczek żółtkowy zarodka kurzego lub hodowlę tkankową prowadzi do utraty antygenów powierzchniowych i szczerp fazy I przechodzi w mniej zjadliwy szczerp fazy II. Ponowny pasaż przez zwierzęta prowadzi do zmiany szczepu fazy II w fazę I. Zjawisko to prawdopodobnie powodowane jest zmiennością powierzchniowych struktur antygenowych, a dokładniej

utrata w fazie II -O-swoistych łańcuchów wielocukrowych, będących składnikami lipopolisacharydu (LPS), odsłaniając jednocześnie antygeny ułożone głębiej. Doprowadzają do tego punktowe mutacje wybranych genów, do których dochodzi podczas pasażu [22, 23].

Początkowo po zakażeniu szczepami zjadliwymi pojawiają się przeciwciała przeciwko fazie II (ok. 7-10 dnia po infekcji). Po ok. 20 dniach zaczynają być wykrywalne przeciwciała przeciwko antygenom fazy I. Dlatego też w diagnostyce serologicznej pozwalającej na wykrycie wczesnego zakażenia szczególnie przydatne są antygeny fazy II. Wysokie miana dla fazy II wskazują na niedawny kontakt z zarazkiem (zwykle w ciągu 6-8 miesięcy), natomiast wysokie miana dla fazy I (spotykane niezwykle rzadko) sugerują infekcję przewlekłą [4, 24, 25, 26].

Źródła i drogi zakażenia

Głównym źródłem zakażenia *C. burnetii* dla człowieka są zwierzęta hodowlane: krowy, owce, kozy [27] oraz zwierzęta towarzyszące człowiekowi – psy i koty. Znaczący rezerwuuar znajduje się wśród nieudomowionych kręgowców, zwłaszcza przeżuwaczy, gryzoni i ptaków.

Głównym rezerwuarem i źródłem zakażenia, zwłaszcza w ognisku przyrodniczym, jest ok. 40 gatunków kleszczy przekazujących transowarialnie zarazki z pokolenia na pokolenie [28]. Do ich zakażenia dochodzi po spożyciu krwi zakażonego ssaka znajdującego się w okresie bakteriemii. Raz zakażony kleszcz staje się nosicielem *Coxiella burnetii* przez całe życie. Najwięcej zarazków stwierdza się u samic, najmniej zaś u larw, u których nie dochodzi do zakażenia uogólnionego, gdyż zarazki występują u nich w jelicie i roznoszone są tylko poprzez kał. Ślina zakażonego kleszcza może zawierać bardzo wysokie stężenie zarazków (10^8 - 10^{11}).

Innym źródłem *Coxiella burnetii* jest kał kleszczy i kał domowych przeżuwaczy, który po wyschnięciu jako pył lub aerozole z zarazkami wdychany jest przez zwierzęta lub człowieka.

Z analizy epidemiologicznej wynika, że *Coxiella burnetii*, oprócz zakażenia aerogennego, przekazywana jest człowiekowi drogą bezpośrednią np. w czasie udzielania zakażonym zwierzętom pomocy przy porodzie (kontakt z poronionymi płodami, łożyskiem, wodami płodowymi lub śluzem pochwowym) [28, 29], podczas dojenia, przy obróbce mięsa, podczas strzyży owiec oraz obróbki skór i wełny.

Zakażenia horyzontalne z człowieka na człowieka występują bardzo rzadko, głównie w szpitalach, gdzie chorzy zarażają się wzajemnie poprzez plwocinę uwalnianą się podczas gwałtownego kaszlu [19, 30, 31]. Istnieje również ryzyko zakażenia płodu od matki [32].

Do zakażenia człowieka może dojść drogą doustną za pośrednictwem niepasteryzowanego mleka krów, owiec, kóz oraz sporządzonych z niego serów.

Znaczącym rezerwuarem zarazka są gryzonie (szczury, myszy) przebywające w pomieszczeniach dla zwierząt, od których zakażają się koty, stanowiące następnie źródło zakażenia człowieka. W przypadku miejskich wybuchów gorączki Q u ludzi źródłem zakażenia, obok kotów, są psy, króliki i gołębie [11].

Wśród ludzi szczególnie narażone są osoby mające kontakt ze zwierzętami hodowanymi lub ich produktami. Są to rolnicy, służba weterynaryjna i zootechniczna, pracownicy rzeźni, zakładów przetwórstwa mięsnego, mleczarni, garbarni, przemysłu skórzanego i wełnianego [9, 33].

Dodatkową grupę stanowi personel laboratoryjny, który zagrożony jest w związku z kontaktami z materiałem chorobowym oraz ze zwierzętami laboratoryjnymi [34]. Do zakażenia personelu medycznego może dojść również podczas sekcji zwłok i zabiegów kardiochirurgicznych [35].

Diagnostyka gorączki Q

We współczesnej diagnostyce laboratoryjnej gorączki Q u ludzi testem z wyboru jest test immunofluorescencji pośredniej (IFT) wykrywający swoiste przeciwciała (IgM i IgG) przeciw antygenowi fazy I, dominujące w przewlekłej fazie choroby oraz przeciwciała przeciwko antygenowi fazy II, które występują w ostrym przebiegu gorączki Q. Istnieje również możliwość izolacji i hodowli *Coxiella burnetii* oraz wykonania prób biologicznych. Badania te nie należą jednak do diagnostyki rutynowej ze względu na trudności i pracochłonność. Coraz częściej w celu potwierdzenia zakażenia *Coxiella burnetii* wykonywane są badania z zakresu biologii molekularnej, m. in. reakcja łańcuchowa polimerazy – PCR [4, 36, 37, 38].

Postacie kliniczne i objawy

Podział klinicznych postaci gorączki Q u ludzi nie jest jednolity [39], jednak podkreśla się występowanie dwóch zasadniczych i diametralnie odmiennych postaci klinicznych:

- ostrej
- przewlekłej

Postać ostra przebiega pod postacią różnych form klinicznych, z których najczęściej wymieniane to:

1. uogólniona (septyczna)
3. duropodobna
4. płucna
5. grypopodobna
6. nerwowa (meningealna)

Okres inkubacji choroby zależy od skali zakażenia i może wynosić od 10 do 14 dni, a nawet 35 dni. Choroba może przebiegać w postaci asymptomatycznej serokonwersji, czasem jako samoograniczająca się ostra choroba gorączkowa lub najrzadziej w postaci przewlekłej [4, 40, 41].

Początek choroby jest często nagły, z gorączką, dreszczami, złym samopoczuciem, mialgią, nasilonym czołowym bólem głowy oraz światłowstrętem. Bóle głowy mogą uogólniać się i trwać przez cały okres choroby. Gorączka utrzymuje się zwykle przez 1-2 tygodnie. Może wystąpić i utrzymywać się utrata wagi. Osłuchiwanie płuc jest przeważnie prawidłowe, lecz RTG ujawnia u 30-50% chorych śródmiąższowe zapalenie płuc. Zmiany typowe mają charakter śródmiąższowych nacieków lub zagęszczeń tzw. obraz „mlecznej szyby” (ground-glass) zlokalizowanych u podstawy dolnego płata płuc [39, 42]. Większość chorych ma nieprawidłowe testy czynnościowe wątroby, może występować żółtaczka [43].

Objawy kliniczne w postaci o przebiegu ostrym różnią się u poszczególnych pacjentów. Często (u 91% osobników chorych) występuje podwyższenie temperatury ciała. Objawowi temu towarzyszy ból głowy (u 51% pacjentów), bóle mięśni (u 37%), bóle stawów (u 27%) i kaszel (u 34%). Zaburzenia ze strony serca występują u 2% pacjentów, którzy przechodzą gorączkę Q o ostrym przebiegu, w tym zapalenie mięśnia sercowego, które może prowadzić do zejścia śmiertelnego [42]. Mogą pojawiać się objawy neurologiczne (meningoencephalitis lub encephalitis), zwłaszcza jeżeli zakażenie ludzi pochodzi od kóz [44].

Postać przewlekła gorączki Q u człowieka rozwija się w ciągu miesięcy, a nawet lat, licząc od momentu zakażenia.

Efektom jest w 75% przypadkach zapalenie wsierdza [45]. Schorzeniu towarzyszą zmiany patologiczne w zastawkach sercowych i/lub immunosupresja [46]. Może rozwijać się zapalenie stawów i szpiku kostnego, przewlekłe zapalenie wątroby oraz inne powikłania [47].

W przypadku zakażenia ciężarnej kobiety *C. burnetii* umiejscawia się w macicy i w gruczołach sutkowych, co zagraża tak matce, jak też płodowi lub noworodkowi. Może nastąpić poronienie lub przedwczesny poród z urodzeniem dziecka o niskim ciężarze ciała i niskiego stopnia żywotności. Kobiety, które przechorowały gorączkę Q wydalają w okresie najbliższego porodu i po porodzie dużą ilość zarazków wraz z wodami płodowymi, łożyskiem i mlekiem. Najczęściej jednak dzieci rodzą się zdrowe mimo izolacji *Coxiella burnetii* z łożyska i mleka chorych matek [2, 48, 49].

W gorączce Q podkreśla się ponadto neurotropizm zarazka i toksyczny wpływ LPS *Coxiella burnetii* na układ nerwowy. Dość liczne są opisy zapalenia opon mózgowych i mózgu. Ich przebieg jest zazwyczaj ciężki z porażeniami nerwów czaszkowych i zaburzeniami przytomności [28, 50].

Podsumowanie

Mimo, że gorączka Q podlega nadzorowi epidemiologicznemu liczba rejestrowanych przypadków nie oddaje rzeczywistej liczby zachorowań. Prawdopodobnie gorączka Q występuje w naszym kraju u ludzi i zwierząt pod maską innych chorób zakaźnych, ale brak badań serologicznych oraz słabe rozeznanie tego zagadnienia wśród lekarzy weterynarii uniemożliwia rutynowe rozpoznawanie tej choroby.

Piśmiennictwo

1. Paiba A, Green E, Lloyd G, Patel D, Morgan KL. Prevalence of antibodies to *Coxiella burnetii* Q fever in bulk tank milk in England and Wales. *Vet Rec.* 1999; 144: 519-522.
2. Weber DJ, Rutala WA. Risks and prevention of nosocomial transmission of rare zoonotic diseases. *Clin Infect Dis.* 2001; 32: 446-449.
3. Prokopowicz D. Choroby przenoszone przez kleszcze. Wydawnictwo Fundacji Buchnera, Warszawa 1995; 177-184.
4. Anusz Z. Q fever in humans and animals. Wydawnictwo ART Olsztyn. 1995; 1-218.
5. Woldehiwet Z. Q fever (coxiellosis): epidemiology and pathogenesis. *Res Vet Sci.* 2004; 77: 93-100.
6. Oleś A, Kurzeja K. Zachorowania ludzi podczas epidemii gorączki Q w województwie rzeszowskim. *Przeegl Epidemiol.* 1957; 11: 81-84.
7. Oleś A, Kurzeja K, Berłowski J. Przegląd kliniczny i serologiczny ozdrowieńców po gorączce Q. *Przeegl Epidemiol.* 1958; 12: 171-176.
8. Gawronowa H, Wagner K. Ognisko gorączki Q w Gdańsku w roku 1962. *Przeegl Epidemiol.* 1967; 21: 87-89.
9. Cisak E, Chmielewska-Badora J, Mackiewicz B, Dutkiewicz J. Prevalence of antibodies to *Coxiella burnetii* among farming population in eastern Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2003; 10: 265-267.
10. Galińska E, Knap J, Chmielewska-Badora J. Wstępne wyniki badań seroepidemiologicznych i klinicznych w kierunku gorączki Q u osób zawodowo narażonych. *Med. Og Nauk Zdr.* 2011; 17(1): 1-6.
11. Truszczyński M. Gorączka Q, choroba zwierząt i zoonoza – aspekty praktyczne. *Życie Wet.* 2010; 85(7): 584-587.
12. Niemczuk K, Szymańska-Czerwińska M, Zarzecka A, Konarska H. Q Fever in a cattle herd and humans in the south-eastern Poland. Laboratory diagnosis of the disease using serological and molecular methods. *Bull Vet Inst Pulawy.* 2011; 55: 593-598.
13. Dorko E, Pilipcinec E, Riwarowa K, Kostovcikova J. Serological study of Q fever in sheep in the territory of eastern Slovakia. *Ann Agric Environ Med.* 2010; 17: 323-325.
14. Chmielewski T, Sidi-Boumedine K, Duquesne V, Podsiadły E, Thiery R, Tylewska-Wierzbanowska S. Molecular epidemiology of Q fever in Poland. *Pol J Microbiol.* 2009; 58(1): 9-13.
15. Dorko E, Rimarova K, kecerova A, Pilipcinec E, Dudrikova E, Lovayova V, Petrovicova J, Boros E. Potential association between *Coxiella burnetii* seroprevalence and selected risk factors among veterinary students in Slovakia. *Ann Agric Environ Med.* 2011; 18: 47-53.
16. Garrity GM, Bell JA, Lilburn T. *Bergey's Manual of Determinative Bacteriology*. Second Edition, volume two, the Proteobacteria, part B the Gammaproteobacteria. 2005; 237-241.
17. Raoult D. Introduction to Rickettsioses and Ehrlichioses. W: Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases (eds: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R.). 6th edition. Elsevier, Churchill, Livingstone. Philadelphia. 2005; 2(183): 2284-2287.
18. Niemczuk K. Gorączka Q jako zoonoza. Monografia. PIWET-PIB. Puławy 2005; 1-63.
19. Mikołajczyk E, Lewińska Z. Porównanie właściwości antygenowych trzech szczepów *Coxiella burnetii* na podstawie wyników serologicznych badań surowic ludzkich. *Przeegl Epidemiol.* 1980; 34: 383-387.
20. Samuel JE, Frazier ME, Mallavia LP. Correlation of plasmid type and disease caused by *Coxiella burnetii*. *Infect Immun.* 1995; 49: 775-778.
21. Glazunova O, Roux V, Freylikman O, Sekeyowa Z, Fournous G, Tyczka J, Tokarevich N, Kovacova E, Marrie TJ, Raoult D. *Coxiella burnetii* genotyping. *Emerg Infect Dis.* 2005; 11: 1211-1217.
22. Hackstadt T. The role of lipopolysaccharide in the virulence of *Coxiella burnetii*. *Ann N Y Acad Sci.* 1990; 570: 27-30.
23. Quedo DMA, Lukacova M. Immunological consequences of *Coxiella burnetii* phase variation. *Acta Virol.* 1998; 42: 181-185.

24. Baca OG, Paretsky D. Q fever and *Coxiella burnetii* : a model for host-parasite interactions. Microbiol Rev. 1983; 47: 127-149.
25. Cetinkaya B, Kalender H, Ertas HB, Muz A. Seroprevalence of coxiellosis in cattle, sheep and people in the east of Turkey. Vet Rec. 2000; 29: 131-136.
26. Dupis G, Peter O, Peacock M, Burdgofer W, Haller E. Immunoglobulin responses in acute Q fever. J Clin Mikrobiol. 1995; 22: 484-487.
27. Monno R, Fumarola L, Trerotoli P, Cavone D, Giannelli G, Rizzo C, Ciceroni L, Musti M. Seroprevalence of Q fever , brucellosis and leptospirosis in farmers and agricultural workers in Bari, southern Italy. Ann Agric Environ Med. 2009; 16: 205-209.
28. Maurin M, Raoult D. Q fever. Clin Microbiol Rev. 1999; 12: 518-553.
29. Arricau-Bouvery N, Rodolakis A. Is Q fever an emerging or reemerging zoonosis? Vet Res 2005; 36: 327-349.
30. Janigan DT, Marrie TJ. An inflammatory pseudotumor of the lung in Q fever pneumonia. N Engl J Med. 1983; 308: 86-88.
31. Piesiak Z, Anusz Z, Knap J, Ziemka J. Ognisko gorączki Q w zakładzie przemysłu skórzanego. Med Wet. 1988; 44: 339-342.
32. Raoult D. Q fever: still a query after all those years. J Med Microbiol. 1996; 44: 77-78.
33. Cisak E. Gorączka Q jako choroba zawodowa. Med Og. 2003; 9(XXXVIII): 213-217.
34. Johnson JE, Kadull PJ. Laboratory acquired Q fever. A report of fifty cases. Am J Med. 1966; 41: 391-403.
35. Fergusson RJ, Show TRD, Kitchin AH, Matthews MB, Inglis JM, Peutherer JF. Subclinical chronic Q fever. Quart. J Med. New Series. 1985; 57: 669-672.
36. Gauduchon V, Chalabreysse L, Etienne J, Celard M, Benito Y, Lepidi H, Thivolet-Bejui F, Vandenesch F. Molecular diagnosis of infective endocarditis by PCR amplification and direct sequencing of DNA from valve tissue. J Clin Microbiol. 2003; 4(2): 763-766.
40. Hamzic S, Beslagic E, Zvizdic S. Significance of Q fever serologic diagnosis in clinically suspect patients. Ann N Y Acad Sci. 2003; 990: 365-368.
41. Lepidi H, Houpijian P, Liang Z, Raoult D. Cardiac valves in patients with Q fever endocarditis: microbiological, molecular and histologic studies. J Infect Dis. 2003; 187(7): 1097-1106.
42. Knap J. Q fever in humans and animals – clinics and therapy for man. Wydawnictwo ART. Olsztyn. 1995; 85-108.
43. Anusz Z, Knap J. Gorączka Q jako choroba ludzi i zwierząt. Pol Tyg Lek. 1988; 49: 1603-1607.
44. Spicer AJ. Military significance of Q fever: a review. J Roy Soc Med. 1998; 71: 762-765.
45. Fournier PE, Etienne J, Harle, Habit G, Raoult D. Myocarditis, a rare but severe manifestation of Q fever: report of 8 cases and review of the literature. Clin Infect Dis. 2001; 32: 1440-1447.
50. Tissot-Dupont H, Raoult D. Clinical aspects, diagnosis and treatment of Q fever. Rickettsial Diseases 2007; 291-301.
51. Bernit E, Pouget J, Janbon F, Dutronc H, Martinez P, Brouqui P, Raoult D. Neurological involvement in acute Q fever. A report of 29 cases and review of the literature. Arch Intern Med. 2002; 162: 693-700.
52. Gami AS, Antonios VS, Thompson RL, Chaliki HP, Ammash NM. Q fever endocarditis in the United States. Mayo Clin Proc. 2004; 79: 253-257.
53. Fenollar F, Fourier PE, Carrieri MP, Habib G, Messina T, Raoult D. Risk factors and prevention of Q fever endocarditis. Clin Infect Dis. 2001; 33: 312-316.
54. Angelakis E, Raoult D. Q fever. Vet Microbiol. 2010; 140: 297-309
55. Lepe JA, Guerra FJ, del Castillo E. The epidemiology of Q fever in the northern area of Huelva, Spain. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1999; 17: 65-68.
56. Marmion BP, Storm PA, Ayres JG, Semandric L, Mathews L, Winslow W, Turra M, Harris RJ. Long-term persistence of *Coxiella burnetii* after acute primary Q fever. Q J Med. 2005; 98: 7-20.

57. Kofteridis DP, Mazokopakis EE, Tselentis Y, Gikas A. Neurological complications of acute Q fever infection. *Eur J Epidemiol.* 2004; 19: 1051-1054.

Wzór zachowania typu A lub typu B a wyniki skali SCL-90 u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Grodzki Lech^{1,3,4}, Łangowska-Grodzka Beata², Ziółkowski Marcin², Damian Czarnecki², Lewiński Artur⁴, Małgorzata Wiśniewska⁴

¹ Zakład Ekonomiki Zdrowia, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy;

² Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³ Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy BSW – Bydgoska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy

⁴ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu

Streszczenie

Wprowadzenie: Wzór zachowania Typu A to „zachowanie lub styl życia, który charakteryzuje się skrajnym współzawodnictwem, walką o osiągnięcia, agresywnością, pobudliwością, nadmierną czujnością, wybuchowym sposobem mówienia, napięciem mięśni twarzy, poczuciem presji czasu i nadmierną odpowiedzialnością”. Typ B charakteryzuje się natomiast mniejszą skłonnością do gniewu, agresji, słabą tendencją do rywalizacji.

Cel: Porównanie nasilenia objawów psychopatologicznych u osób uzależnionych w zależności od wzoru zachowania Typu A lub Typu B.

Materiał i metody: Zbadano 100 osób leczonych szpitalnie z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych (opiaty, amfetamina, mieszane, inne). U każdej z badanych osób w pierwszych 2 tygodniach hospitalizacji wykonano badanie psychometryczne przy użyciu skal: A-Framingham w adaptacji Z. Juczyńskiego i SCL-90.

Wyniki: Stwierdzono, że punktacja skali A-Framingham i punktacja za czynnik pierwszy skali oceniający pośpiech u osób badanych była wyższa niż w polskiej czy amerykańskiej grupie normalizacyjnej. Punktacja drugiego czynnika oceniającego rywalizację u osób badanych była niższa od wyniku grupy normalizacyjnej. Analiza wyników skali SCL-90 wykazała, iż badani tylko w dwóch jej skalach - wrogość i somatyzacja, uzyskali nieznacznie wyższe, a w pozostałych skalach nieznacznie niższe wyniki od wyników w dotychczasowych badaniach dotyczących osób uzależnionych opisywanych w literaturze. Na podstawie wyników skali A-Framingham wyodrębniono dwie grupy pacjentów: z dominacją zachowań Typu A lub B. Wykazano znaczące statystycznie różnice w nasileniu objawów psychopatologicznych - osoby wykazujące Typ zachowania A uzyskały wyższą punktację ogólną skali SCL-90 i podskal skali SCL-90: nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, psychopatyczność.

Wniosek: Z uwagi na wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych w grupie osób z dominacją zachowań Typu A w ramach terapii należy dążyć do wprowadzenia elementów terapeutycznych redukujących te objawy u tych osób.

Słowa kluczowe: uzależnienia, objawy psychopatologiczne, wzór zachowania Typu A, wzór zachowania Typu B, rywalizacja, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość

Summary

Introduction: Type A pattern is “a behavior or a style of life that is characterized by extreme competition, fighting for achievements, aggressiveness, excitability, excessive alertness, impetuous manner of speaking, facial muscles tension, sense of time pressure and excessive responsibility”. Type B, on the other hand, is characterized by a lesser tendency to anger, aggression, and a weaker tendency to competition.

Goal: Comparison of the intensity of psychopathological symptoms depending on behavior pattern.

Methods: The studied group comprised of 100 people hospitalized because of the addiction to psychoactive substances. Each person was psychometrically tested during the first 2 weeks with the A-Framingham scale (adapted by Z. Juczyński) and the SCL-90 scale.

- Outcomes:** It was concluded that scores in the A-Framingham scale and scores for the first factor (examining haste) were higher in the respondents than in Polish normative group and higher than in the American studies. In the second factorexamining competition, the average score of the respondents was lower than in the normative group. The analysis of the SCL-90 scale showed that the respondents' scores were slightly higher on two scales: hostility and somatization. In all the other scales the respondents' scores were lower than average scores described in the research literature. Based on the A-Framingham scale results the two groups of patients were extracted: those with dominant Type A behaviors and those with dominant Type B behaviors. Statistically significant difference was observed in the intensity of psychopathological symptoms. Respondents with dominant Type A behaviors scored higher on the SCL-90 scale and its subscales: interpersonal oversensitivity, depression, anxiety, hostility, psychopathic disorders.
- Conclusion:** Because of the higher intensity of psychopathological symptoms in the group with the dominant Type A behaviors it is advised to introduce therapeutic actions during treatment that could help reducing the aforementioned symptoms.
- Keywords:** addictions, psychopathological symptoms, Type A behavior pattern, Type B behavior pattern, competition, somatization, interpersonal oversensitivity, depression, anxiety, hostility, psychotic disturbance

Wstęp

Wzór zachowania Typu A określili w 1959 roku dwaj amerykańscy kardiologowie: M. Friedman i R. Rosenman, jako „zachowanie lub styl życia, który charakteryzuje się skrajnym współzawodnictwem, walką o osiągnięcia, agresywnością, pobudliwością, nadmierną czujnością, wybuchowym sposobem mówienia, napięciem mięśni twarzy, poczuciem presji czasu i nadmierną odpowiedzialnością” [1]. Dodatkowo Wrześniewski i Bętkowska-Korpała w swych badaniach wykazali, że osoby z dominacją zachowań Typu A są bardziej podatne na stres, piją więcej alkoholu, palą więcej papierosów, mają wyższy poziom trójglicerydów i cholesterolu, wyższe ciśnienie krwi oraz gorzej się odżywiają. [2, 3]. Wzór zachowania typu B charakteryzuje się natomiast mniejszą skłonnością do gniewu, agresji, słabą tendencją do rywalizacji.

Badania te zwróciły uwagę osób zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Badacze podjęli próbę określenia typu wzoru zachowania występującego u osób uzależnionych a także jego związku z występowaniem i nasileniem objawów psychopatologicznych.

Lęk i depresja są objawami często występującymi w Zespole Zależności alkoholowej, rzadziej zaś w uzależnieniach od innych substancji psychoaktywnych. [4, 5, 6].

Badania prowadzone przez Chodkiewicza wykazały wśród osób uzależnionych od alkoholu obecność lęku u 55% chorych i obecność depresji u 32,5% badanych. [7].

W większości badań poświęconych ocenie częstości występowania depresji i lęku u uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych stwierdzono uwagę na różnice częstości ich występowania w różnych rodzajach uzależnieniach, brakuje zaś doniesień na temat związku typu wzoru zachowania (A i B) z występowaniem objawów psychopatologicznych u osób uzależnionych.

U osób leczących się z powodu uzależnienia od jednej lub większej liczby substancji psychoaktywnych, innych niż alkohol, również można badać typy zachowań i ich wpływ na funkcjonowanie społeczne oraz ich ewentualny związek z uzależnieniem. Nie ma pewności, czy wzór zachowania u tych osób wynika po pierwsze z procesów biologicznych, społecznych i edukacyjno-wychowawczych, czy też jest między innymi następstwem używania substancji psychoaktywnych. Może to mieć istotne znaczenie dla podejmowania decyzji o rodzaju interwencji leczniczej u tych osób.

W sytuacji, gdy typ zachowania ma charakter pierwotny w stosunku do uzależnienia celowe wydają się działania polegające na wczesnej identyfikacji tych grup i objęcie ich odpowiednimi dla danego typu zachowań działaniami profilaktycznymi i promocyjnymi w formie edukacji i psychoedukacji. Natomiast, gdy doszło już do uzależnienia, to w procesie terapii pacjenta należałoby mocniej skoncentrować się na okresie życia przed rozpoczęciem używania substancji psychoaktywnych.

W przypadku, gdy wzór zachowań byłby skutkiem używania jednej lub kilku substancji psychoaktywnej, terapia mogłaby koncentrować się na okresie używania substancji. Wydaje się, że w obu przypadkach

można by zastosować różne metody leczenia np. terapię behawioralno-poznawczą w sytuacji drugiej a terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach w pierwszej a także metody mieszane.

Właściwe w procesie terapii osób uzależnionych byłoby ustalenie typu wzoru zachowań bez zagłębiania się w zagadnienie, – co było pierwsze? – gdyż często nie będzie, co do tego pewności. Natomiast wiedza na temat typu wzoru zachowania pacjenta może pomóc w podjęciu decyzji o objęciu go odpowiednią dla niego terapią i właściwej kontynuacji procesu rehabilitacyjnego pacjenta.

Istotne w procesie terapeutycznym jest również określenie stopnia nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta. Ocena taka dokonuje się w większości przypadków w oparciu o subiektywne odczucia terapeuty, co z różnych powodów, zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych, może prowadzić do nieadekwatnej oceny stanu faktycznego. Jest bezsprzeczne, że dla prawidłowego i wszechstronnego procesu leczenia osób uzależnionych niewystarczające są subiektywne odczucie terapeuty o występowaniu u pacjenta objawów psychopatologicznych, często nawet bez próby określenia ich rodzaju. Wydaje się, że pomocna w procesie leczenia byłaby wiedza dokładna i uzyskana za pomocą uznanych metod naukowych, wymagana we wszystkich dziedzinach współczesnej medycyny. W procesie leczenia właściwe byłoby zdiagnozowanie, czy u pacjenta występują np. somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne, psychotyczność i określenie, jaki jest stopień nasilenia tych objawów psychopatologicznych. Diagnoza taka mogłaby mieć istotne znaczenie w doborze właściwego leczenia psychoterapeutycznego oraz medycznego [8].

Cel

Celem przeprowadzonych badań było: określenie typu występującego wzoru zachowania u osób uzależnionych (A lub B), ocena nasilenia u nich objawów psychopatologicznych oraz porównanie u osób badanych nasilenia objawów psychopatologicznych w zależności od rodzaju występującego u nich wzoru zachowania.

Metody

Badania przeprowadzono w okresie od września 2006 roku do listopada 2007 roku, w Oddziale Terapii Krótkoterminowej Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu przy ul. Sz. Bydgoska 1. Na oddziale tym leczeni są pacjenci uzależnieni od opiatów, lotnych rozpuszczalników, marihuany, alkoholu, leków uspakajających, leków stymulujących oraz uzależnieni mieszanie.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medium w Bydgoszczy.

W badaniu wzięły udział wszystkie osoby wyrażające pisemną zgodę na udział w badaniu i hospitalizowane w tym czasie w Oddziale Krótkoterminowej Terapii Uzależnień. W badanej grupie nie było osób będących nosicielami wirusa HIV oraz osób wymagających leczenia z powodu zapalenia wątroby.

Wiek osób badanych mieścił się w przedziale od 19 do 42 lat, u wszystkich badanych nie występowały zaburzenia somatyczne i psychiczne uniemożliwiające osiągnięcie celu badań.

Badania przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza składającego się z dwóch części. Pierwsza część dotyczyła danych demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, status zawodowy) i klinicznych (rodzaj uzależnienia). Druga danych psychometrycznych (określenie Typu zachowania A lub B oraz oceny nasilenia objawów psychopatologicznych).

Określenia Typu zachowania A lub B dokonano przy użyciu Skali Typu A-FRAMINGHAM, autorstwa Grupy badawczej w ramach Framingham Heart Study, adaptowanej przez Zygryda Juczyńskiego [9]. Skala zawiera 10 stwierdzeń, z których 5 pierwszych dotyczy cech i właściwości typowych dla jednostki, kolejne 4 – odczuć pod koniec przeciętnego dnia, wreszcie ostatnie – presji czasu. W polskiej wersji skala obejmuje dwa czynniki charakteryzujące Typ A – pośpiech i rywalizację. Skala Typu A-FRAMINGHAM jest przeznaczona do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Natomiast ocenę nasilenia objawów psychopatologicznych przeprowadzono za pomocą skali SCL-90. Skala SCL-90 służy do diagnozy wybranych aspektów funkcjonowania psychicznego, składa się z 90 pytań, które odnoszą się do dziewięciu podstawowych zespołów objawów i tworzą 9 następujących skal: somaty-

zacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne, psychotyczność [8].

W przeprowadzonych badaniach zebrano 100 ankiet i wszystkie zostały zakwalifikowane do zbiorowego zestawienia.

Ocenę statystyczną przeprowadzono przy pomocy programu SPSS 20,0.

Wyniki:

W pierwszym etapie badań dokonano charakterystyki badanych osób ze względu na dane demograficzne i rozpoznanie. Charakterystykę badanych osób ze względu na dane demograficzne i rozpoznanie przedstawiono w tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka badanych ze względu na dane demograficzne i rozpoznanie

Zmienna	Liczba	%
Wiek		
• młodszy (do 26 roku życia)	62	62
• starszy	38	38
Płeć		
• kobiety	15	15
• mężczyźni	85	85
Miejsce zamieszkania		
• miasto	93	93
• wieś	7	7
Stan cywilny		
• żonaty/mężatka	6	6
• kawaler/panna	87	87
• wdowiec/wdowa	1	1
• rozwiedziony/rozwiedziona	6	6
Wykształcenie		
• podstawowe	27	27
• zawodowe	22	22
• średnie	45	45
• wyższe	6	6
Status zawodowy		
• pracujący/pracująca	26	26
• uczeń/uczennica (student/studentka)	17	17
• renta/emerytura	5	5
• bezrobotny/bezrobotna	52	52
Rozpoznanie		
• uzależnienie mieszane	63	63
• uzależnieni od opiatów	17	17
• uzależnieni od amfetaminy	13	13
• uzależnieni od marihuany	3	3
• uzależnieni od lotnych rozpuszczalników	2	2
• uzależnieni od leków uspakajających	1	1
• uzależnieni od alkoholu	1	1

Analiza wyników wykazała, że wśród 100 objętych badaniem osób było 15 kobiet i 85 mężczyzn. Z uwagi na miejsce zamieszkania najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy miast (93,0%). Biorąc pod uwagę sytuację zawodową najliczniejszą grupę (52,0%) stanowiły osoby bezrobotne. Pod względem wykształcenia struktura badanych przedstawiała się następująco: najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (45,0%), zaś najmniejszą osoby z wykształceniem wyższym (6,0%). Zdecydowana większość badanych to kawalerowie bądź panny (87,0%). Badani byli w przedziale wieku od 19 do 42 lat, średnia wieku

wyniosła 26 lat \pm 4,7. Następnie scharakteryzowano badanych ze względu na rozpoznanie. Jak wynika z tabeli I najczęściej osób (63%) hospitalizowanych było z powodu uzależnienie mieszane, następnie z powodu uzależnienia od opiatów (17%) i leków stymulujących (13,0%). Najmniej osób leczonych było z powodu uzależnienia od marihuany (3%), lotnych rozpuszczalników (2%), leków uspakajających (1%) i alkoholu (1%). Wszystkie badane osoby uzależnione były od nikotyny.

W drugim etapie badań analizowano wyniki badania osób badanych przy użyciu skali SCL-90 i skali A-Framingham. Wyniki uzyskane przez badanych w skali SCL-90 i podskalach skali SCL-90 przedstawiono w tabeli II.

Tabela II. Charakterystyka badanych ze względu na średnie wyniki uzyskane przez badanych w skali SCL-90 i podskalach SCL-90

Zmienna	Średni wynik uzyskany przez badanych
SCL-90	0,93
Somatyzacja	0,91
Natręctwa	1,31
Nadwrażliwość interpersonalna	1,03
Depresja	1,1
Lęk	0,97
Wrogość	1,16
Fobie	0,64
Myślenie paranoidalne	1,28
Psychotyczność	0,9

W skali SCL-90 średni ogólny wynik uzyskany przez badanych wyniósł 0,93, a średnie wyniki podskali skali SCL-90 wyniosły: somatyzacja – 0,91, natręctwa – 1,31, nadwrażliwość interpersonalna – 1,03, depresja – 1,1, lęk – 0,97, wrogość – 1,16, fobie- 0,64, myślenie paranoidalne – 1,28, i psychopatyczność - 0,9.

Charakterystykę badanych ze względu na wyniki uzyskane przez badanych w skali A-Framingham przedstawiono w tabeli III.

Tabela III. Charakterystyka badanych ze względu na średnie wyniki uzyskane przez badanych w skali Typu A-Framingham

Zmienna	liczba	%
A-Framingham: średnia - 0,53 pkt		
zachowania typu A	49	49
zachowania typu B	51	46
A-Framingham - pośpiech: średnia – 0,59 pkt		
zachowania typu A	54	54
zachowania typu B	46	46
A-Framingham - rywalizacja: średnia – 0,46 pkt		
zachowania typu A	37	37
zachowania typu B	63	63

Jak przedstawiono to w tabeli III 49% chorych uzyskało wynik przemawiający za występowaniem u nich zachowań typu A, a 51% za występowaniem u nich zachowań typu B (średnia - 0,53 pkt). Analiza wyników czynników skali A-Framingham wykazała, że za pierwszy czynnik oceniający pośpiech, 54 osoby uzyskały wynik przemawiający za występowaniem u nich zachowań Typu A, a 46 osób za występowaniem u nich zachowań Typu B (średnia - 0,59 pkt). U osób badanych wyniki drugiego czynnika, oceniającego rywalizację, ukazały, że tylko 37 ankietowanych uzyskało wynik przemawiający za występowaniem u nich zachowań typu A, a 63% za występowaniem u nich zachowań typu B (średnia – 0,46 pkt).

Następnie na podstawie wyników skali A-Framingham wyodrębniono dwie grupy badanych: z dominacją zachowań Typu A oraz grupę z dominacją zachowań Typu B i porównano obie grupy ze względu na wyniki skali SCL-90. Porównaniu wyników skali SCL-90 osób z dominacją zachowań A z osobami dominacją zachowań B przedstawiono w tabeli IV.

Tabela IV. Porównanie wyników uzyskanych w skali SCL-90 przez osoby z dominacją zachowań Typu A z wynikami osób z dominacją zachowań Typu B

Zmienna	A-Framingham	
	Zachowanie Typu A	Zachowanie typu B
SCL-90 średnia – 92,94	105,18*	81,17
SCL-90 - somatyzacja średnia - 0,91	1,01	0,82
SCL-90 – natręctwa średnia - 1,31	1,39	1,23
SCL-90 nadwrażliwość interpersonalna średnia – 1,03	1,23*	0,83
SCL-90 depresja średnia – 1,1	1,27*	0,93
SCL-90 lęk średnia – 0,97	1,12*	0,82
SCL-90 wrogość średnia – 1,16	1,42**	0,90
SCL-90 – fobie średnia - 0,64	0,74	0,55
SCL-90 - myślenie paranoidalne średnia - 1,28	1,36	1,20
SCL-90 psychopatyczność średnia – 0,9	1,06*	0,74

* porównanie średnich – jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA, poziom istotności $p < 0,05$

** porównanie średnich – jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA, poziom istotności $p < 0,005$

Osoby z zachowaniami Typu A uzyskały istotnie statystycznie wyższą punktację ogólnej skali SCL-90 oraz następujących podskal skali SCL-90: nadwrażliwość interpersonalna, somatyzacja, depresja, lęk, wrogość, psychopatyczność, niż osoby z zachowaniami Typu B.

W ostatnim etapie badań, porównano wyniki skali SCL-90 u osób badanych podzielonych na podgrupy ze względu na rodzaj występującego u nich uzależnienia (opiaty, amfetamina, mieszane, inne) oraz występujący u nich typ zachowań (A lub B). Wyniki porównania przedstawiono w tabeli V.

Tabela V. Porównanie wyników Skali SCL-90 i podskal Skali SCL-90 w grupie osób z dominacją zachowań Typu A z grupą osób z dominacją zachowań Typu B z uwzględnieniem rodzaju substancji uzależniającej

Skala	uzależnieni od							
	uzależnienie mieszane		opiatów		Amfetaminy		inne	
	Typ A	Typ B	Typ A	Typ B	Typ A	Typ B	Typ A	Typ B
SCL-90	124,42**	85,86**	60,88	86,37	62,33	43,85	126,00	94,33
somatyzacja	1,25	0,93	0,46	0,75	0,45	0,26	1,16	1,02
natręctwa	1,57	1,27	1,00	1,35	0,83	0,8	2,30	1,40
nadwrażliwość interpersonalna	1,41**	0,85**	0,83	0,83	0,70	0,50	1,88	1,07
depresja	1,49**	0,96**	0,72	0,98	0,84	0,63	1,76	1,10
Lęk	1,33*	0,89*	0,50	0,88	0,78	0,38	1,60	0,91
wrogość	1,67**	1,06**	0,94	0,99	0,86	0,28	0,83	0,72
Fobie	0,87	0,56	0,34	0,48	0,52	0,42	1,14	0,71
myślenie paranoidalne	1,56	1,24	1,05	1,33	0,66	0,80	1,50	1,30
psychopatyczność	1,28**	0,81**	0,57	0,76	0,61	0,30	1,10	0,95

* porównanie średnich – jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA, poziom istotności $p < 0,05$

** porównanie średnich – jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA, poziom istotności $p < 0,005$

Zgodnie z tym co przedstawiono w tabeli V stwierdzono występowanie znamienych statystycznie różnic pomiędzy wynikami skali SCL-90 i podskal Skali SCL-90 między osobami z zachowaniami Typu A a osobami z zachowaniami Typu B: nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość i psychopatyczność jedynie w grupie osób z uzależnieniem mieszanym. W innych rodzajach uzależnienia takich różnic nie stwierdzono.

Dyskusja

W pierwszym etapie badań dokonano ogólnej, demograficznej charakterystyki osób uczestniczących w badaniach. Z przeprowadzonych badań wynika, że większość osób hospitalizowanych w Oddziale Terapii Krótkoterminowej Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu to mężczyźni

(85%), pozostałe 15% to kobiety. Zdecydowana większość (93%) leczonych pacjentów zamieszkiwała w mieście. Kolejną badaną cechą było wykształcenie. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (45%), zaś najmniejszą osoby z wykształceniem wyższym (6%). W porównaniu ze strukturą wykształcenia społeczeństwa polskiego w 2006 roku, gdzie wykształcenie wyższe miało 15,3%, średnie 33,1%, zasadnicze 22,6%, gimnazjalne 5,5% i podstawowe 20,9% społeczeństwa [10], statystycznie większą grupę wśród badanych, stanowiły osoby z wykształceniem średnim, zaś znacząco mniejszy odsetek osoby z wykształceniem wyższym. Oceniając sytuację zawodową ankietowanych wyodrębniono dwie najliczniejsze grupy: pierwszą stanowiły osoby bezrobotne (52%), drugą osoby pracujące 26%. Zdecydowana większość badanych to kawalerowie bądź panny (87%). Średnia wieku wszystkich badanych wyniosła 26,03 lat, \pm 4,66. Odnosząc powyższe wyniki do demograficznego obrazu uzależnionego pacjenta z końca ubiegłego wieku niewątpliwie zwraca uwagę średnia wieku, która zmniejszyła się o około 20 lat, inna jest też w związku z tym sytuacja rodzinna i zawodowa badanych przez nas uzależnionych, więcej wśród nich było kawalerów bądź panien oraz osób bezrobotnych, mniej zaś osób pracujących i rencistów [11].

Kolejnym etapem badań była charakterystyka ankietowanych z uwagi na rozpoznanie. Okazało się, że najwięcej osób (64%) hospitalizowanych było z powodu uzależnienia mieszanego, następnie z powodu uzależnienia od opiatów, amfetaminy, marihuany, lotnych rozpuszczalników, leków uspakajających i alkoholu. Wszystkie badane osoby były uzależnione od nikotyny. Badania potwierdziły, więc tendencję do krzyżowych uzależnień we współczesnym modelu narkomanii [12,13].

W drugim etapie badań przeanalizowano wyniki uzyskane przez badanych w skali SCL-90 i skali Typu A-Framingham.

Wyniki uzyskane przez badanych przy użyciu skali SCL-90, mierzącej nasilenie klinicznych objawów psychopatologicznych, wykazały u ankietowanych większe nasilenie objawów psychopatologicznych we wszystkich podskalach, niż w grupie terapeutów odwykowych [8]. Analiza wyników skali SCL-90 wykazała też, iż badani tylko w dwóch skalach skali SCL-90 – wrogość i somatyzacje, uzyskali nieznacznie wyższe, a w pozostałych nieznacznie niższe, od średnich wyników w dotychczasowych badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów odwykowych i opisywanych w literaturze [8]. Powyższe wyniki wskazują z jednej strony na obecność objawów psychopatologicznych u pacjentów uzależnionych, z drugiej na utrzymujące się nasilenie tych objawów na zbliżonym poziomie, w różnych grupach pacjentów badanych w podobnych warunkach tj. na początku terapii odwykowej.

Stopień, w jakim badani przejawiali zachowania Typu A, charakteryzujące się poczuciem presji czasu, skłonnością do rywalizacji i wpływające na powstawanie między innymi chorób układu krążenia oraz zachowania typu B – charakteryzujące się mniejszą skłonnością do gniewu, agresji, słabą tendencją do rywalizacji, zidentyfikowano za pomocą skali Typu A-Framingham. Z otrzymanych wyników wynika, że zarówno w ogólnej punktacji skali jak i w punktacji za czynnik pierwszy oceniający pośpiech ankietowani uzyskali wyższy średni wynik niż polska grupa normalizacyjna i zdecydowanie wyższy niż wyniki uzyskane w badaniach amerykańskich. Natomiast za drugi czynnik oceniający rywalizację, uzyskany średni wynik przez ankietowanych był niższy od wyniku grupy normalizacyjnej, ponad to zdecydowana większość badanych uzyskała, w tej podskali wynik przemawiający za występowanie u nich zachowań typu B. Na podstawie otrzymanych wyników można sądzić, że osoby uzależnione charakteryzują się większą skłonnością do pośpiechu i mniejszą skłonnością do rywalizacji [9]. Wydaje się nam również, że wyniki te są naturalną konsekwencją uzależnienia i korelują z mechanizmami psychologicznymi występującymi w uzależnieniach. Pacjent uzależniony, koncentrujący się na zdobywaniu substancji psychoaktywnej lub na likwidowaniu niekorzystnych, często ciężkich skutków jej działania np. pod postacią kaca, wczesnych lub odległych objawów abstynencyjnych, nie ma czasu na planowanie swojego funkcjonowania teraźniejszego i przyszłego. Brak czasu i planu sprawia, że staje się niecierpliwy i zmuszony do pośpiechu. Podobnie dzieje się w przypadku czynnika oceniającego rywalizację i niskich wyników w tym zakresie. Rywalizacja wymaga wysiłku, wiedzy, ustawicznego podnoszenia wykształcenia i ciągłej aktywności zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Można powiedzieć, że w rywalizacji musimy dbać i doskonalić swój umysł i swoje ciało. Osoby uzależnione skoncentrowane na sub-

stancji, ze zniekształconym przez mechanizmy choroby (m.in. system iluzji i zaprzeczania, system rozproszenia ja) system wartości, nie są w stanie podjąć i skoncentrować się na rywalizacji. Badanie potwierdziło obserwacje terapeutów i lekarzy pracujących z osobami uzależnionymi, którzy właśnie w ten sposób wyjaśniają nieprawidłowe funkcjonowanie pacjenta i przepracowują tę kwestię w trakcie terapii. [14,15].

Przy użyciu skali A-Framingham wyodrębniono następnie dwie grupy badanych: z dominacją zachowań Typu A oraz grupę z dominacją zachowań Typu B

Osoby wykazujące zachowania Typu A uzyskały wyższą punktację w skali SCL-90 i jej podskalach, między innymi w podskalach: wrogość i lęk. Odnosząc te wyniki do doniesień z literatury, Rozanski [16] w swoim artykule powołuje się na liczne wyniki badań podkreślające rolę wrogości jako podstawowego elementu wzoru zachowania A, a Bętkowska-Korpała [17] w swoich badaniach wykazała duży poziom lęku u tych osób. Inni badacze już 1984 roku podkreślali, że wzór zachowania A w połączeniu ze wzrostem lęku sprzyja pojawianiu się różnych objawów chorobowych [18].

W ostatnim etapie badań wyodrębniono powyższe grupy badanych wśród osób z uzależnieniem mieszanym, uzależnionych od opiatów, amfetaminy oraz od innych substancji i dokonano analizy wyników skal SCL-90. Okazało się, że znamienne statystycznie różnice pomiędzy wynikami ogólnym skali SCL-90 i podskal Skali SCL-90: nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość i psychopatyczność występują tylko w grupie osób z uzależnieniem mieszanym. Wynik ten może sugerować, że u osób z typem zachowania A, uzależnionych krzyżowo od kilku substancji psychoaktywnych występuje większa destrukcja, objawiająca się nasileniem u nich objawów psychopatologicznych. Wynik jest tak znamieny, że rzutuje na całą badaną grupę. (tabela IV, V)

Wydaje się, że istotne wyniki wykazało badanie w grupie osób uzależnionych od opiatów. Stwierdzono mianowicie, że odwrotnie niż we wszystkich innych uzależnieniach, nasilenie objawów psychopatologicznych w Skali SCL-90 i we wszystkich podskalach za wyjątkiem nadwrażliwość interpersonalna (takie samo nasilenie), występuje u osób z typem wzoru zachowania B. Wynik ten wskazywać może na większą destrukcję, jakiej doświadczają osoby z typem wzoru zachowania B uzależnione od opiatów w wyniku używania substancji psychoaktywnej. Natomiast wszystkie pozostałe substancje psychoaktywne powodują większe nasilenie objawów psychopatologicznych w grupie osób z typem wzoru zachowania A. Stwierdzony przez nas wynik badań warto być może uwzględnić w wyborze metody leczenia i w indywidualnym programie terapii pacjentów uzależnionych od opiatów. Jednocześnie należałoby uwzględnić ten fakt w programach profilaktycznych w grupach osób z typami wzoru zachowania A i B.

Wnioski

1. Nasilenie objawów psychopatologicznych u osób uzależnionych różni się w zależności od Typu wzoru zachowań i rodzaju używanej substancji psychoaktywnej.
2. Z uwagi na stwierdzoną różnicę nasilenia objawów psychopatologicznych pomiędzy osobami z Typem wzoru zachowania A i B należy rozważyć czy w ramach starań o polepszenie skuteczności oddziaływań terapeutycznych nie warto dokonywać u osób poddanych leczeniu oceny występującego u nich wzoru Typu zachowań.
3. W działaniach profilaktycznych i edukacyjnych wśród młodzieży należy zwrócić uwagę na nasilony pośpiech i obniżoną wytrwałość w dążeniu do celu u osób narażonych na wystąpienie u nich w przyszłości uzależnienia (Typ zachowania A).

Piśmiennictwo

1. Elias A, Wrześniewski K.: Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a Wzór zachowania A. Ossolineum, Wrocław 1988: 27.
2. Wrześniewski K.: Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A. PAN, Warszawa 1993.
3. Bętkowska-Korpała B.: Rola wzoru zachowania A w prewencji wtórnej choroby niedokrwiennej serca. [w:] Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.): Choroba niedokrwiennej serca. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 175-197.

4. Grabt B.F. i wsp.: Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61 (8): 807-816.
5. Sher L.: Depression and alcoholism. *Int J Legal Med* 2004, 97: 237-240.
6. Scott J., Gilvarry E., Farrell M.: Managing anxiety and depression in alcohol and drug dependence. *Addict Behav* 1998, 23 (6): 919-993.
7. Chodkiewicz J: Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. *Alkoholizm i Narkomania* 2010, 23 (3): 201–216.
8. Włodawiec B.: Zastosowanie kwestionariusza SCL-90 w badaniach nad efektywnością psychoterapii. <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=298>, 29.10.2010.
9. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
10. Dmochowska H. (red): Mały rocznik statystyczny Polski. Zak. Wyd. Stat. 2008.
11. Nikodemka S.: Demograficzny portret pacjenta. *Terapia, Uzależnienia i Współuzależnienia*. 1999, 4.
12. Cekiera Cz.: Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych. Wyd KUL, Lublin 1992.
13. Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A.: Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Badania pilotażowe. Alkoholizm i Narkomania* 2001, 14 (4).
14. Maisto S.A., Galizio M., Connard G.J.: Uzależnienie. Zazywanie i nadużywanie. „Karan”, Warszawa 2000: 185-231.
15. Carson R., Butcher J., Mineka S.: *Psychologia zaburzeń*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 553-554, 574-575, 580-581.
16. Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J.: Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999, 99: 2192-2217.
17. Bętkowska-Korpała B.: Rola wzoru zachowania A w prewencji wtórnej choroby niedokrwiennej serca. (w:) Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.): *Choroba niedokrwienności serca*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 175-198.
18. Hartigan K.J., Scholom A.: Adult temperament and Health status: a preliminary report, referat na: The Symposium on temperament interaction in the educational process, ST. Louis. November 1984.

Woda wodociągowa jako rezerwuuar pałeczek Legionella Spp.

Nimfa Maria Stojek, Teresa Kłapeć, Alicja Cholewa

Instytut Medycyny Wsi

Streszczenie: Pałeczki Legionella żyją w naturalnych jak i sztucznych zbiornikach wodnych. W rozwoju przechodzą fazę proliferacyjną oraz inwazyjną. Proliferacja przebiega w żywych komórkach wodnych pierwotniaków lub alternatywnie w komórkach pęcherzyków płucnych człowieka powodując ciężkie zapalenie płuc lub gorączkę Pontiac. W fazie inwazyjnej atakują nowe komórki zapewniające im rozmnażanie. W oczekiwaniu na nowego żywiciela mogą przeżyć w wodzie nawet do roku. Legionella łatwo kolonizują sieć wodociągową zwłaszcza z wodą ciepłą. W wodzie wodociągowej długiemu przeżyciu sprzyja odporność na działanie środków dezynfekcyjnych (chloru), a także niskie ciśnienie wody, martwe odgałęzienia wodociągu, zastoiny wody w rurach, czy mały pobór wody. W obecnych w wodociągach biofilmach, stanowiących swoistą niszę ekologiczną panują dogodne warunki nie tylko do przetrwania bakterii, ale nawet do ich rozmnażania. Niektóre, obecne w biofilmach bakterie np. *Pseudomonas* spp., *Flavobacterium breve* wydzielają do środowiska substancje umożliwiające pozakomórkowy wzrost Legionella. Natomiast inne jak np. *Aeromonas* mogą hamować wzrost Legionella. Obecność i stężenie tych bakterii ulega wahaniom i wpływa na okresowe pojawianie lub zanikanie Legionella, co może powodować sporadyczne zachorowania, a nawet epidemie legionelozy. Przeprowadzone badania własne próbek wody wodociągowej z budynków użyteczności publicznej i z mieszkań, oceniające skażenie wody wodociągowej pałeczkami Legionella poza wyznaczonymi punktami kontrolnymi, wykazały skażenie wody, zwłaszcza w budynkach użyteczności publicznej.

Tap water as a reservoir of legionella spp.

Nimfa Maria Stojek, Teresa Kłapeć, Alicja Cholewa

Summary

Legionella live in natural and artificial water bodies. The proliferation of these bacteria runs in cells of protozoa or alternatively in human alveolar cells and can cause severe pneumonia or Pontiac fever.

Legionella can survive in water up to a year in anticipation of the new host. It can easily colonize the water supply especially in warm water. *Legionella* bacteria are resistant to chlorine. Low water pressure, dead branch pipeline, stagnant water in the pipes, and low consumption of water helps in long surviving in tap water. There are good conditions in biofilms present in tap water, not only for survival of bacteria but also for their propagation. Some bacteria, present in biofilms, such as *Pseudomonas* spp. and *Flavobacterium breve* are secreting substances into the environment, allowing the extracellular growth of *Legionella*. While others, such as *Aeromonas* can inhibit the growth of *Legionella*. The presence and concentration of these bacteria is volatile and can affect the periodic appearance or disappearance of *Legionella*, which in turn can cause illness, and even outbreak Legionnaires' disease.

In own studies of tap water, water samples were collected from public buildings, such as hospitals, and private homes, outside designated checkpoints. These study showed contamination of water with *Legionella* rods in public buildings, especially.

Bakterie z rodzaju *Legionella*, jak udowodniły retrospektywne badania, sygnalizowały swoje istnienie od dawna. Wywoływały zachorowania u ludzi nawet w postaci epidemii (np. w 1943 r, 1965 r, 1968 r.). Z uwagi na specyficzny cykl życiowy i wymagania wzrostowe były trudne do wykrycia w sztucznej hodowli. Impulsem do podjęcia badań, które doprowadziły do ich identyfikacji była epidemia zapalenia płuc, która wybuchła w 1976 r. wśród legionistów, gości jednego z hoteli w Filadelfii. Zmarły wówczas 34 osoby. Dalsze badania wykazały, że bakterie te są powszechne w środowisku wilgotnym na całym świecie.

Zidentyfikowano liczne gatunki i serotypy, jednak *Legionella pneumophila* serogrupa 1, która jako pierwsza została wykryta i opisana, pozostaje najbardziej zjadliwą spośród dotychczas poznanych i stanowi najczęstszą przyczynę zachorowań u ludzi.

Cykl życiowy pałeczek *Legionella* składa się z dwu faz replikacyjnej i inwazyjnej. Replikacja bakterii odbywa się zasadniczo w organizmach jednokomórkowych pierwotniaków żyjących w wodzie (np. ameb z rodzajów *Acanthamoeba*, *Echinamoena* czy orzęsków z rodzaju *Tetrahymena*). Potomne bakterie uwalniają się do środowiska wody zmieniając swoje własności biochemiczne i morfologiczne przechodząc z fazy proliferacyjnej w fazę infekcyjną. Stają się zdolne do infekcji kolejnych żywych komórek zapewniających im rozmnażanie. W wodzie, w stanie anabiozy *Legionella* mają zdolność przeżycia nawet do roku, w oczekiwaniu na nowego żywiciela. Bakterie te mogą rosnąć w środowisku poza żywymi komórkami, jednak znacznie wolniej, w wąskim zakresie temperatury i pH, w zwiększonym stężeniu CO₂ oraz w obecności niezbędnych aminokwasów i jonów metali.

W przyrodzie bakterie te żyją w naturalnych zbiornikach wodnych a rozwój cywilizacji, technicyzacja życia w tym tworzenie sztucznych zbiorników wody umożliwił im zdobycie nowych nisz ekologicznych i nowych gospodarzy. Pałeczki *Legionella* łatwo kolonizują sieć wodociągową, zasiedlając głównie sieć wody ciepłej, gdyż najlepiej rozmnażają się w temperaturze od 25 °C do 45 °C.

Woda surowa, przed wprowadzeniem do wodociągu komunalnego jest poddawana wielu procesom rewitalizacji, najczęściej jest uzdatniania jest za pomocą związków chloru. Nie wszystkie mikroorganizmy znajdujące się w wodzie są jednakowo wrażliwe na bójcze działanie tego środka. Za skuteczną dawkę chloru, uważana jest ta, która niszczy bakterie wskaźnikowe (głównie *E.coli*). Jest ona jednak mało skuteczna w eliminacji z wody niektórych innych bakterii np. pałeczek *Yersinia* czy też *Legionella*. W instalacjach wodnych zarówno metalowych, azbestowych jak i z różnych tworzyw sztucznych, na granicy fazy stałej i ciekłej tworzą się biofilmy stanowiące specyficzną niszę ekologiczną. Ich struktura i funkcjonowanie jest skomplikowane. W skład, poza cząstkami mineralnymi i organicznymi wchodzi żywe organizmy (bakterie, grzyby, pierwotniaki) w tym również bakterie *Legionella*. Między mikrokoloniami w biofilmie pozostają wolne przestrzenie zapewniające swobodną cyrkulację organicznej materii. Mikroorganizmy zlokalizowane w zewnętrznej warstwie biofilmu łatwo uwalniają się do wody, natomiast z głębszych warstw dopiero po naruszeniu jego ciągłości. Pozostające w biofilmach martwe drobnoustroje a także produkty przemiany materii jednych organizmów stanowią w tym systemie substancje odżywcze dla innych. Eksperymentalnie wykazano, że *Legionella* również może czerpać substancje niezbędne do swojego wzrostu z innych, martwych już organizmów (np. *Pseudomonas putida*, *Escherichia coli*, *Acanthamoeba castellanii* i *Saccharomyces boulardii*), jednak ich wzrost jest mniej intensywny, niż w żywych komórkach pierwotniaków. Możliwość wykorzystania substancji odżywczych przez *Legionella* do pozakomórkowego wzrostu *Legionella* zaobserwowano w odniesieniu do martwych Gram ujemnych bakterii, natomiast nie zaobserwowano tego zjawiska w odniesieniu do bakterii Gram dodatnich.

W badaniach własnych analizowano kooperację *Legionella* z innymi Gram - ujemnymi bakteriami w wodzie wodociągowej. Do najczęściej izolowanych Gram- ujemnych bakterii z próbek wody wodociągowej należały bakterie z rodzaju *Pseudomonas*, które są bakteriami powszechnie występującymi w środowisku w tym również w wodnych biofilmach. Pałeczki *Pseudomonas* spp. (bez *Ps. aeruginosa*) były izolowane nieznacznie częściej z próbek wody łącznie z *Legionella* (38,2%) niż bez tych bakterii (33,7%). Różnice te były bardziej zaznaczone przy wyodrębnieniu gatunku *Ps. aeruginosa* (15,2 - 2,9%). Eksperymentalne badania Moritza i wsp. wykazały, że *Ps. aeruginosa* oraz *Legionella pneumophila* namnażają się w biofilmach, które stanowią rezerwuary tych bakterii, w tym również form *Legionella* nie dających się hodować (*viable, but not culturable*). Wykazali, że *Legionella* zasiedla systemy wodociągowe zbudowane z różnych materiałów w tym z miedzi, która hamowała całkowicie wzrost np. *Enterobacter* a tylko częściowo *Legionella*. Badania wykazały, że niezbędne do wzrostu *Legionella* aminokwasy były dostarczane do środowiska w wyniku metabolizmu *Flavobacterium breve*. W badaniach własnych wody wodociągowej częściej izolowano te bakterie z próbek wody łącznie z *Legionella* (11,9%) niż bez (3,9%).

Tureckie badania wykazały, że zjawisko odwrotne, czyli hamowanie wzrostu *Legionella* przez inne drobnoustroje. Zdecydowana większość szczepów *Aeromonas* testowana w badaniach przez Cotuk i wsp.

wykazywała zdolność hamowania wzrostu Legionella. W badaniach własnych Aeromonas izolowano głównie z próbek wody wodociągowej w których nie wykryto Legionella .

W różnych systemach (np. wodociągach komunalnych, wodociągach zagrodowych, studniach tradycyjnych) dostarczających wodę pitną istnieją zróżnicowane warunki, bardziej lub mniej sprzyjające rozwojowi i przeżyciu w nich mikroorganizmów, w tym pałeczek Legionella.

Woda naturalna jest mieszaniną H₂O, związków organicznych i mineralnych pochodzenia naturalnego, oraz zanieczyszczeń pochodzenia antropogenicznego. Stanowi środowisko, w którym utrzymywany jest bilans energetyczny dzięki skomplikowanym procesom wzajemnego oddziaływania między różnymi organizmami na zasadzie konkurencji, antagonizmu, pasożytnictwa, ale także symbiozy i synergizmu. Chlorowanie burzy naturalne procesy zachodzące w wodzie, ma na celu eliminację mikroflory zarówno autochtonicznej, typowej dla środowiska wodnego, jak i allochtonicznej, napływowej, a zwłaszcza patogennej pochodzenia fekalnego. Chlor jest obecny w wodzie na całej długości wodociągu, jednak w końcowym odcinku jest on w znacznie mniejszym stężeniu niż w części początkowej. Mimo tych zabiegów w wodzie chlorowanej w dalszym ciągu toczy się życie.

Wśród specjalistów istnieją sugestie, że rozwój Legionella pneumophila sg 1, (najbardziej zjadliwa) może być kontrolowany przez heterotroficzne bakterie, np. z rodzaju Pseudomonas i Aeromonas, żyjące w tym samym wodnym środowisku. Obecność i stężenie tych bakterii ulega wahaniom i może wpływać na okresowe pojawianie lub zanikanie Legionella,, to z kolei może powodować sporadyczne zachorowania a nawet okresowe epidemie legionelozy przebiegające pod postacią ciężkiego zapalenia płuc lub grypopodobnej gorączki Pontiac .

Mimo, że bakterie są obecne w wodzie pitnej i stwierdzono ich obecność w ślinie chorych ludzi, dotychczas nie opisano przypadku zakażenia człowieka od człowieka ani zakażenia drogą pokarmową Do organizmu człowieka bakterie Legionella wnikają wyłącznie drogą oddechową. Z uwagi na używanie wody wodociągowej nie tylko celów spożywczych, Legionella mogą być rozpylone wraz z nią w powietrzu. Do ich rozprzestrzeniania w powietrzu przyczyniają się różnorodne urządzenia rozpryskujące wodę, czy wytwarzające mgłę. Mogą nimi być np: urządzenia do nawilżania powietrza , prysznice z systemów wodociągowych, urządzenia do hydroterapii, wanny wirowe, inhalatory, nebulizatory, stomatologiczne systemy chłodnicze, przemysłowe wieże chłodnicze, myjnie samochodowe, fontanny itp.

Bakterie wdychane z powietrzem przedostają się do komórek pęcherzyków płucnych człowieka, które również zapewniają im dogodne warunki do rozwoju. Wewnątrzkomórkowa lokalizacja drobnoustrojów utrudnia do nich dostęp antybiotyków. Pałeczki Legionella mają zdolność produkowania szeregu enzymów, w tym beta-laktamaz, które unieczynniają antybiotyki beta-laktamowe. W środowisku wewnątrzkomórkowym patogeny te pobudzają funkcjonowanie szeregu mechanizmów, które powodują ich uodpornienie na fagocytozę i działanie dopełniacza, czyli na działanie naturalnych sił obronnych organizmu. Pałeczki Legionella produkują również wiele substancji o działaniu cytotoksycznym. To wszystko wpływa na małą skuteczność typowego leczenia. Ich wewnątrzkomórkowe namnażanie powoduje rozpad komórek gospodarza i prowadzi do rozprzestrzenienia zakażenia wraz z krwią i chłonką. Bakteriemię stwierdza się w ok. 1/3 przypadków i jest ona przyczyną poza płucnych lokalizacji infekcji.

W przebiegu legionozowego zapalenia płuc oprócz objawów typowych dla każdego zapalenia płuc, u części chorych może dojść do wstrząsu septycznego oraz niewydolności nerek, mogą pojawić się również objawy ze strony innych układów jak objawy

neurologiczne (bóle głowy, mięśniowe, senność, zaburzenia świadomości,) które są prawdopodobnie reakcją organizmu na toksyczne produkty metabolizmu. Mogą pojawić się też objawy ze strony układu pokarmowego (takie jak biegunka, wymioty, bóle brzucha), zapalenie osierdza, mięśnia sercowego, opłucnej, mózgu, oraz wysypka. Legionelozowe zapalenie płuc u ok. 20% pacjentów kończy się zgonem.

Inną znaną postacią legionelozy jest gorączka Pontiac. Określa się ją jako chorobę grypopodobną, trwającą 2 do 5 dni bez względu na stosowaną antybiotykoterapię, bez przypadków śmiertelnych. Mimo, że gorączka Pontiac nie ma dramatycznego przebiegu, niesie określone straty zdrowotne, finansowe,

społeczne itp. Zdaniem specjalistów gorączka Pontiak może być również alergiczną odpowiedzią organizmu na endotoksynę pochodzącą ze ściany komórkowej nawet martwych Legionella.

Niektórzy uważają, że legioneloza w 90% przebiega jako zapalenie płuc, a inne postaci, jak gorączka Pontiak czy pozapłucne lokalizacje legionelozy stanowią pozostałe 10%. Jednak, być może legioneloza w postaci gorączki Pontiak występuje znacznie częściej niż się sądzi, tylko nie jest diagnozowana. Choroba przypominająca przeziębienie, które mija po kilku dniach nawet bez radykalnego leczenia występuje często i w tych przypadkach zazwyczaj czynnik etiologiczny nie jest ustalany a być może jedną z przyczyn takich infekcji są właśnie pałeczki z rodzaju Legionella.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13marca 2007 r. „w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi” wprowadziło w Polsce obowiązek badania wody wodociągowej, w kierunku obecności Legionella. metodą hodowlaną, zwłaszcza w budynkach użyteczności publicznej. Precyzuje m.in. częstotliwość i zakres badań oraz lokalizację i liczbę punktów kontrolnych.

Przeprowadzono badania własne oceniające skażenie wody wodociągowej pałeczkami Legionella poza wyznaczonymi punktami kontrolnymi. Próbkę wody pobierano z wodociągów komunalnych (117) z 35 punktów czerpalnych usytuowanych w budynkach użyteczności publicznej i z 82 punktów czerpalnych usytuowanych w mieszkaniach prywatnych. 80 badanych próbek to była woda ciepła, 37 próbek to woda zimna

Na ogólną liczbę 117 zbadanych próbek wody obecność pałeczek Legionella wykryto w 48 (41,0%). Potwierdzono różnicę w ilości próbek dodatnich uzależnioną od temperatury wody. W wodzie ciepłej obecność pałeczek Legionella wykryto w 44 (55%) próbkach. Natomiast w wodzie zimnej pałeczki Legionella wykryto zaledwie w 4 próbkach (10,8%). Zaobserwowano różnice w ilości dodatnich próbek wody ciepłej w zależności od pochodzenia próbek.

Badania wykazały, że najbardziej zanieczyszczone pałeczkami Legionella były próbki wody pobrane w budynkach użyteczności publicznej. Najczęściej tam stwierdzano obecność Legionella (88,5%) i to w stężeniu wyższym niż 100 komórek w 1 ml wody. W próbkach wody ciepłej pobranych z mieszkań prywatnych odsetek wyników dodatnich był niższy 28,8%, przy czym w 40 % próbek stężenie bakterii było niższe niż 100 komórek w 1 ml wody.

Według obowiązujących przepisów stężenie >100 komórek Legionella w 1 ml wody wskazuje na kolonizację sieci wodociągowej bakteriami i wymaga podjęcia działań naprawczych zmierzających do ustalenia przyczyny kolonizacji oraz likwidacji (redukcji liczby) bakterii. W oddziałach szpitalnych, gdzie przebywają osoby z obniżoną odpornością nie powinno być bakterii w 1000 ml wody. W procesie infekcji człowieka duże znaczenie ma masywność zanieczyszczenia wody pałeczkami Legionella przekładająca się na dawkę zakażającą. Jednak bardzo ważny jest również stan zdrowia osób przebywających w skażonym bakteriami środowisku. W przypadku obniżonej z różnych powodów odporności, nawet niewielka dawka bakterii może wywołać chorobę.

Literatura

1. Cotuk A., Dogrouz N., Zyebek Z., Kimiran-Erdem A., Ilhan- Sungar E.: The effect of Pseudomonas and Aeromonas strains on Legionella pneumophila growth. Ann of Microbiol. 2005, 55 (3), 219-224
2. Declerck P, Behets J, van Hoef V, Ollevier F. Replication of Legionella pneumophila in floating biofilms. Curr Microbiol 2007;55:435-440.
3. Fuji J.,Yoshida S.: Legionella infection and control in occupational and environmental health. Rev. Environ. Health, 1999, 14, 1-5.
4. Gregsen P.,Grunnet K., Andersen B.H., Madsen H.: Pontiac fever at sewage treatment plant in the food industry., Scand. J.Work. Environ Health 1999, 25, 291-195.
5. Kajfasz P.: Legionella w: Choroby zakaźne i pasożytnicze, red Dziubek. PZWL 1996.
6. Matuszewska R, Krogulska B. Detection and isolation of bacteria of genus Legionella from water environment. Roczn PZH 2000;51:183-190 (in Polish).

7. Moritz MM., Fleming H.C., Wingender J.; Integration of *Pseudomonas aeruginosa* and *Legionella* in drinking water biofilms grown on domestic plumbing materials. *J Hyg., Environ Health* 2010, 213, 3.0 190-197.
8. Moritz MM., Fleming H.C., Wingender J.; Integration of *Pseudomonas aeruginosa* and *legionella* in drinking water biofilms grown on domestic plumbing materials. *J Hyg., Environ Health* 2010, 213 (3.0 190-197.
9. Palusińska-Szys M, Cendrowska-Pinkosz M. Occurrence and pathogenicity of the family of Legionellaceae. *Postepy Hig Med. Dośw* 2008;62:337-353 (in Polish).
10. Stojek N.M.: Zakażenia wywołane przez pałeczki z rodzaju *Legionella*. *Med Ogólna* 2000; 1: 60-66.
11. Stojek NM, Dutkiewicz J. *Legionella* and other Gram-negative bacteria in potable water from various rural and urban sources. *Ann Agric Environ Med* 2006;13:323-335.
12. Stojek Nimfa Maria, Dutkiewicz Jacek "Co-existence of *Legionella* and other gram-negative bacteria in potable water from various rural and urban sources AAEM" 2011, 18, 2, 330-334
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. *Dz. U. Nr 61, poz. 417, Warszawa 2007.*

Wpływ hormonów regulujących homeostazę energetyczną na czynność układu krążenia

Jacek Piątek¹, Wioletta Żukiewicz-Sobczak¹, Małgorzata Piątek²

¹ Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

² Katedra i Zakład Fizjologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie: Układ krążenia to skomplikowana, złożona maszyna. Na jej funkcjonowanie mają wpływ między innymi czynniki genetyczne, środowiskowe oraz hormonalne. Hormony otyłości: grelina i leptyna poza ich wpływem na regulację bilansu energetycznego i pobierania pokarmów przez organizm wpływają na funkcjonowanie układu krwionośnego i serca. Grelina, leptyna i pośrednio insulina korelują z działaniem układu krążenia powodując zmiany np.: w ciśnieniu krwi. Poznanie ich mechanizmów działania jest ważne dla rozwoju metod leczenia i profilaktyki chorób układu krążenia, które obecnie stanowią jeden z najważniejszych powodów zgonów wśród ludzi.

Słowa Kluczowe: choroby układu krążenia, hormony otyłości, grelina, leptyna, insulina

Summary: Cardiovascular system is a complicated, complex machinery. On its functioning have an impact among other genetic, environmental and hormonal factors. Obesity hormones: ghrelin and leptin beyond their effects on the regulation of energy balance and food intake, they affect the functioning of the circulatory system and the heart. Ghrelin, leptin and indirectly insulin correlate with the operation of the cardiovascular system, causing changes e.g. in blood pressure. Understanding the mechanism of action is important to development of methods of treatment and prevention of cardiovascular disease, which currently is one of the most important reasons for death among people.

Keywords: cardiovascular disease, obesity hormones, ghrelin, leptin, insulin

Wstęp

Choroby układu krążenia są jedną z głównych przyczyn przedwczesnej umieralności w krajach wysoko rozwiniętych. Według World Health Organization (WHO) w 2002 roku z powodu chorób układu krążenia na świecie zmarło 16,7 mln osób, przy czym w Europie odnotowano 4 mln zgonów. W działaniu układu krążenia biorą udział różne czynniki, między innymi hormony: grelina, leptyna i pośrednio insulina - nazywane hormonami otyłości. Są one odpowiedzialne za regulację bilansu energetycznego. W regulacji tej uczestniczą czynniki zewnętrzne, takie jak uwarunkowania kulturowe, społeczne, czy sam smak, zapach i wygląd pokarmu. Do czynników wewnętrznych mających wpływ na regulację bilansu energetycznego należą: neuropeptydy, hormony przewodu pokarmowego i tkanki tłuszczowej [1].

Pobieranie pokarmu jest procesem bardzo złożonym, to on warunkuje w głównej mierze bilans energetyczny organizmu. W procesie tym uczestniczą neuroprzekaźniki zwiększające łaknienie-oreksygeniczne jak i działające w sposób przeciwny zmniejszający łaknienie-anoreksygeniczne. W przewodzie pokarmowym produkowane są hormony, również wpływające na regulację bilansu energetycznego- stymulująca apetyt grelina i hamujące apetyt: cholecystokinina, peptyd YY, glukagonopodobny peptyd 1, oksyntomodulina, polipeptyd trzustkowy, enterostatyna i amylna. Należy tu podkreślić również, że jednym z najistotniejszych czynników anoreksygenicznych jest wydzielana przez adipocyty, hamująca łaknienie leptyna [2,3].

Grelina

Grelina jest 28-aminokwasowym peptydem. Jest wytwarzana przez komórki żołądka oraz jelita cienkiego i grubego. Jej ekspresję wykazano również w przysadce mózgowej, podwzgórzu, nerkach, sercu i łożysku [2]. Mimo wielu miejsc jej ekspresji, grelina jest produkowana głównie przez komórki grelinowe w obrębie błony śluzowej żołądka [3]. To stwierdzenie popiera fakt, że w przypadku gastrektomi stężenia greliny spada o 80%, co dowodzi, że najważniejszym organem wydzielającym ten hormon jest żołądek [4]. W surowicy obecne są dwie formy greliny: acylowana i deacylowana. Forma acylowana jest formą aktywną. Na-

zwa greliny nawiązuje do jej zdolności indukowania wydzielania GH (growthhormone). Grelina jest naturalnym ligandem receptorów dla tzw. substancji pobudzających wydzielanie hormonu wzrostu (growthhormonesecretagogues – GHS). Aktywacja receptora GHS-R typu 1 przez grelinę w neuronach NPY/AgRP (neuropeptyd Y/ białko Agouti) powoduje zwiększenie łaknienia. Grelina zwiększa także ilość tkanki tłuszczowej poprzez zmniejszenie oksydacji tłuszczów. Ponadto grelina wywiera wpływ lokalny na opróżnianie żołądka i zmniejsza wydatek energetyczny. Z medycznego punktu widzenia szczególnie ważne jest utrzymanie prawidłowego bilansu energetycznego organizmu w stanach chorobowych [3].

Odżywianie jest ważnym zagadnieniem, a w ostatnim czasie obserwuje się wzrost zainteresowania tym tematem. Jednym z problemów objętych zainteresowaniem jest regulacja tego procesu, którego jednym z ważniejszych mediatorów jest grelina. Seryna 3 w cząsteczce greliny jest zmodyfikowana przez n-8 kwasy tłuszczowe. Dzięki temu może połączyć się z receptorem wywołując oreksygeniczny i przeciwzapalny efekt. Struktura greliny a szczególnie miejsce jej acylacji jest wysoce konserwatywne wśród kręgowców, co dowodzi, że jest ważnym mediatorem w uwalnianiu GH-RH oraz zachowaniu homeostazy energetycznej wśród kręgowców [5, 6].

Głównymi funkcjami greliny w organizmie jest stymulacja wydzielania GH-RH oraz pobudzanie neuronów oreksygenicznych w obrębie jądra łukowego podwzgórza. Powoduje to pobudzenie apetytu przez co reguluje przyjmowanie pokarmu, co łącznie ze zmniejszaniem utylizacji tkanki tłuszczowej przyczynia się do wzrostu masy ciała [3,7]. Grelina pobudza adipogenezę, moduluje metabolizm kwasów tłuszczowych poprzez kontrolę AMP-aktywowanej kinazy proteinowej [8]. Grelina acylowana pobudza konwersję formy acylowanej w formę zdeacylowaną [7]. Peptyd ten stymuluje wydzielanie hormonów przysadkowych, zwiększa wydzielanie adrenaliny z nadnerczy, wpływa również na ruchy perystaltyczne przewodu pokarmowego, wydzielanie kwasu solnego w żołądku, uwalnianie glukozy oraz innych hormonów, m.in. zmniejsza wydzielanie insuliny. Hormon ten wpływa także na homeostazę chrząstki i kości oraz wykazano jego wpływ na sen [8]. U pacjentów z zaburzeniami snu zaobserwowano zmniejszone stężenie greliny w nocy, zaś zwiększone w dzień. U pacjentów bez takich zaburzeń poziom greliny w nocy jest podwyższony [9].

Na wydzielanie greliny mają wpływ m.in.: wiek, GH, insulina, dieta bogato tłuszczowa- to one zmniejszają wydzielanie greliny. Dieta ubogo białkowa nie stymuluje wydzielania greliny [10]. U kobiet zaobserwowano większe wydzielanie greliny niż u mężczyzn. Brak wypełnienia żołądka pokarmem jest ważniejszym czynnikiem pobudzającym wydzielanie greliny. Wydzielanie tego hormonu jest zmniejszone przez dostarczenie substancji odżywczych, ale nie przez mechaniczne rozciąganie żołądka [11]. Poziom greliny jest obniżony w otyłości, niealkoholowym stłuszczeniu wątroby, akromegalii, hypogonadyzmie, zespole krótkiego jelita. Poziom greliny jest podwyższony u pacjentów cierpiących z powodu: anoreksji, przewlekłych chorobach wątroby, celiakii, oraz podczas głodzenia [12]. Grelina zaangażowana jest w wiele procesów metabolicznych. Wykazano, że duża strata energetyczna np.: w czasie wysiłku fizycznego nie powoduje nagłego pobudzenia kompensacji w postaci acylacji greliny [13]. Ciekawym odkryciem jest to, że nerw błędny jest potrzebny do pełnej ekspresji greliny poprzez receptor dla GH [14].

Grelina wykazuje także wpływ na układ krążenia. Bierze udział w termogenezie [15]. Grelina ma zdolność rozszerzania naczyń krwionośnych, dzięki czemu zmniejsza się obciążenie dla serca. Jest to szczególnie ważne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca [16]. Prowadzone ostatnio badania wskazują, że działanie greliny dotyczy również regulacji ciśnienia krwi i nadciśnienia [17]. Chińscy badacze dowiedli w swoich badaniach, iż stężenie greliny i stosunek greliny do obestatyny był statystycznie niższy w grupie pacjentów z podwyższonym ciśnieniem krwi. Wyniki ich badań sugerowałyby, że układ grelina- obestatyny może być jednym z czynników biorących udział w regulacji ciśnienia tętniczego [18]. Grelina podana egzogennie powoduje spadek ciśnienia krwi. W badaniach eksperymentalnych i klinicznych wykazano, że grelina poza znanym wpływem na apetyt wpływa także na regulacje układu sercowo-naczyniowego oraz bierze udział w regulacji zachowań na stres. [19]. W działaniach greliny na układ sercowo-naczyniowy podkreśla się jej wpływ na zmniejszenie oporu obwodowego przepływu krwi. Te fizjologiczne właściwości greliny mogą być w przyszłości wykorzystane w leczeniu niewydolności krążenia. W ostatnich latach stało się jasne, że zarówno

no GHS jak i grelina mają znaczący wpływ na funkcjonowanie układu krążenia. Główne działanie GHS na układ krążenia polega na wywoływaniu efektu inotropowo- dodatniego na mięsień sercowy, wazodilatacji i działaniu ochronnym w stanach niedokrwienia mięśnia sercowego. W warunkach „in vitro” GHS pobudza proliferację kardiomiocytów i działa antyapoptotycznie na te komórki [20].

Leptyna

Pobieranie pokarmu pozostaje pod kontrolą 60 różnych czynników biologicznych. Dużą grupę związków biorących udział w regulacji łaknienia stanowią czynniki anoreksygeniczne. Najlepiej poznanym przedstawicielem tej grupy czynników regulujących jest leptyna. Jest to stosunkowo niedawno odkryty związek (1994) uważany za obwodowy sygnał sytości. Nazwa leptyna pochodzi od greckiego „leptos” co oznacza cienki, chudy [21]. Hormon ten jest 167- aminokwasowym peptydem, syntetyzowana jest głównie przez adypocyty, szczególnie przez tkankę tłuszczową białą, lecz również przez brązową [22]. Dodatkowo leptyna jest wydzielana przez: przysadkę, szpik kostny, wątrobę, jajnik, mięśnie szkieletowe i łożysko [23,24]. Głównym działaniem leptyny jest hamowanie ośrodka łaknienia, hamuje neurony oreksygeniczne a pobudza neurony anoreksygeniczne, pobudza ona także przemianę materii [25]. Najważniejszą z funkcji leptyny, jest udział w regulacji równowagi energetycznej organizmu człowieka. Ponadto leptynie przypisuje się udział w procesach odpornościowych, regulacji układu endokrynnego autonomicznego układu nerwowego jak również w procesach rozrodczych. Leptyna hamuje wydzielanie insuliny, zaś pobudza wydzielanie hormonu wzrostu, katecholamin oraz hormonów tarczycy, te zaś stymulują procesy energetyczne [26]. Leptyna reguluje przyjmowanie pokarmu u dorosłych ssaków ale nie na wczesnym etapie rozwoju [27]. Wydzielanie leptyny jest proporcjonalne do ilości tkanki tłuszczowej oraz podaży pożywienia. Na zmniejszone wydzielanie leptyny wpływ mają: wiek i wysiłek fizyczny [28]. Receptory leptyny są zlokalizowane w: mózgu, wątrobie, płucach, nerce, trzustce, jelicie cienkim [29]. Poza regulacją gospodarki energetycznej leptyna wpływa na dojrzewanie płciowe, funkcjonowanie układu odpornościowego, reakcje zapalną, angiogenezę oraz metabolizm tkanki kostnej [30]. Stymuluje ona wydzielanie somatotropiny, somatoliberyny, prolaktyny, tyreotropiny, hormonu folikulotropowego i luteinizującego. Leptyna hamuje natomiast wydzielanie kortykotropiny. Wykazano także, że obniżony poziom leptyny zapobiega zwłóknieniu wątroby [31].

Leptyna charakteryzuje się działaniem przeciwzapalnym. Zmiany stężenia wykładników ostrej fazy takich jak: białka C-reaktywnego, interleukiny 6 (IL-6), TNF α -czynnika martwicy nowotworu, jak również leptyny obserwowano w przebiegu reakcji zapalnych towarzyszących oparzeniom [32]. W dostępnym piśmiennictwie istnieje niewiele doniesień na temat korelacji pomiędzy markerami stanu zapalnego a stężeniem greliny czy leptyny. Wzrost stężenia krążącej leptyny i greliny zaobserwowano w badaniach na zwierzętach w przebiegu wstrząsu endotoksycznego [33]. Zaobserwowano, że stężenie leptyny wzrasta w ostrej infekcji. Być może wzrost produkcji leptyny odpowiedzialny jest w tych stanach za zespół utraty masy ciała towarzyszący infekcjom [34].

Leptyna wpływa także na układ krążenia. Zmodyfikowana leptyna, która w pozycji 128 ma argininę zamienioną na glutaminę pełni funkcję antagonisty aldosteronu, wykazując w ten sposób korzystny wpływ na śródbłonek naczyń [21]. Leptyna wykazuje również wpływ na serce, działając bezpośrednio na kardiomiocyty uszkodzone podczas zawału. Leptyna poprzez przekaźnik sygnału i 3 aktywator transkrypcji (STAT3) i kinazę białkową aktywowaną przez AMP (AMPK) zmniejsza hipertrofię mięśniówki, ogranicza apoptozę i odczyn zapalny, ogranicza również szkodliwe zmiany strukturalne, funkcjonalne i metaboliczne kardiomiocytów [35]. Niski poziom leptyny u pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową jest związany ze zwiększoną ilością incydentów sercowo-naczyniowych i śmiertelnością, przy czym te efekty nie są związane z jakimikolwiek czynnikami wpływającymi na poziom leptyny, ani z płcią czy otyłością [36].

Insulina

Innym ważnym regulatorem gospodarki energetycznej jest insulina. Wydzielana jest przez komórki β trzustki. Jej sekrecja jest regulowana zarówno hormonalnie, jak i przez układ nerwowy i inne szlaki metaboliczne. Insulina odgrywa ważną rolę w regulacji przyjmowania pokarmów, wpływając sama bezpośrednio na ośrodki głodu i sytości oraz pośrednio poprzez wpływ na szereg hormonów zaangażowanych w ten proces

[25]. Receptory dla insuliny znajdują się również w podwzgórzu za ich pośrednictwem hormon pobudza neurony anoreksygeniczne i zmniejsza przyjmowanie pokarmu [25, 37]. Leptyna zaś hamuje wydzielanie insuliny [26]. Insulina natomiast powoduje hipoglikemie, która z kolei pobudza wydzielanie greliny, w ten sposób pośrednio wpływa na regulację gospodarki energetycznej [25]. Jednocześnie grelina hamuje wydzielanie insuliny przez komórki β wysp trzustki [38].

Wpływ hormonów otyłości na układ krążenia

Istnieje silne powiązanie epidemiologiczne pomiędzy chorobami układu krążenia, otyłością, zespołem metabolicznym i cukrzycą. Hormon wzrostu uwolniony pod wpływem greliny oddziałuje na serce bezpośrednio bądź pośrednio, zwiększając stężenie IGF-1 (insulinopodobny czynnik wzrostu 1). Na modelach zwierzęcych dowiedziono, że synteza IGF-1 oraz gęstość receptorów dla IGF-1 i GH w kardiomiocytach są związane ze zmianami ciśnienia w jamach serca. Poza tym IGF-1 i GH mają wpływ na kurczliwość mięśnia sercowego. Kurczliwość ta prawdopodobnie zależy od zmian w wewnątrzkomórkowym stężeniu wapnia w sercu [39]. U chorych z niewydolnością krążenia po dożylnym podaniu greliny pochodzenia ludzkiego, zaobserwowano obniżenie ciśnienia tętniczego, bez towarzyszącego wzrostu tętna, a efekt ten nie zależał od funkcji nerek [40]. Z drugiej strony grelina hamuje apoptozę komórek śródbłonnki kardiomiocytów [41]. Badacze wykazali, że u osób z nadciśnieniem tętniczym stężenie greliny w surowicy jest wyższe niż u osób zdrowych. Badacze ci wykazali także wpływ greliny na nadciśnienie płucne wywołane podaniem monokrotaliny. Po przeprowadzeniu badań naukowcy stwierdzili, że podanie greliny wiąże się z obniżeniem wartości ciśnienia w krążeniu płucnym. [42]. Inni badacze stwierdzili natomiast, że dożylne podanie greliny powoduje obniżenie wartości ciśnienia tętniczego, bez wpływu na częstość akcji serca i wartości ciśnienia płucnego [43]. Ostatnie doniesienia wykazują również rolę przeciwzapalną i przeciw miażdżycową greliny [44]. Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy stężeniem greliny u mężczyzn z występowaniem miażdżycy w tętnicach szyjnych [45]. Grelina nie wpływa na adhezję i agregację płytek krwi, w przeciwieństwie do leptyny [46].

Leptyna aktywuje trombocyty i uszczelnia śródbłonek. Wykazano, że leptyna (podobna w budowie do cytokin) stymuluje proliferację mysich mielocytów [47], czego w badaniach ludzkich komórek izolowanych ze szpiku nie potwierdzono. Leptyna nie stymulowała ich proliferacji, ale indukowała jednak samo różnicowanie mielocytów [48]. Leptyna bierze udział także w regulacji ciśnienia tętniczego. Jej udział polega na współdziałaniu w przebudowie naczyń krwionośnych i stymulacji współczulnego układu nerwowego [47]. Ponadto, zaobserwowano wyższe stężenia leptyny w osoczu u chorych z nadciśnieniem tętniczym i otyłością w porównaniu do osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym [49]. W szerokich badaniach West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS) przeprowadzonych na licznej grupie pacjentów wykazano, że podwyższone stężenie leptyny w osoczu jest niezależnym czynnikiem ryzyka zawału mięśnia sercowego [50]. Ponadto, jak wynika z najnowszych badań, u pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwinną serca stężenie leptyny jest dodatnio skorelowane z prawdopodobieństwem wystąpienia kolejnego zawału mięśnia sercowego [51]. Podwyższone stężenie leptyny występuje również w surowicy chorych z przewlekłą niewydolnością serca [52].

Podsumowanie

W rozwoju wielu chorób układu krążenia biorą udział mechanizmy hormonalne. Dotyczy to zarówno miażdżycy, jak i nadciśnienia tętniczego, gdzie duże znaczenie ma współistnienie nie tylko czynników środowiskowych, ale także niektórych przypadków zaburzeń rytmu lub kardiomiopatii. Wydaje się, że znaczenie kliniczne tych chorób będzie wzrastało, co wiąże się z koniecznością dalszego rozwoju diagnostyki i profilaktyki. Nie ma dotychczas skutecznej formy leczenia przyczynowego, jednak widoczne są postępy w opracowywaniu metod opartych na molekularnych mechanizmach różnicowania się komórek. Ważne jest także dokładniejsze poznanie wpływów hormonów otyłości: greliny, leptyny na funkcjonowanie układu krążenia. Poznanie mechanizmów ich działania na poziomie komórkowym i molekularnym mogłoby dać podstawę do opracowania nowych metod leczenia i zapobiegania chorobom układu sercowo-naczyniowego.

Piśmiennictwo:

1. Broda G., Rywik S. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności-projekt WOBASZ. Zdefiniowanie problemu oraz cele badania. *Kardiol. Pol.* 2005; 63 (4): 6.
2. Puztai P., Sarman B., Ruzicska E. et al.: Ghrelin: a new peptide regulating the neurohormonal system, energy homeostasis and glucose metabolism. *Diabetes Metab Res Rev.* 2008; 24(5): 343-352.
3. Kaiya H., Miyazato M., Kangawa K. et al.: Ghrelin: a multifunctional hormone in non-mammalian vertebrates. *BiochemPhysiol A MollIntegr Physiol.* 2008; 149(2): 109-128.
4. Dornonville de la Cour C., Bjorkqvist M., Sandvik AK. et al.: A-like cells in the rat stomach contain ghrelin and do not operate under gastrin control. *RegulPept.* 2001; 99(2-3): 141-150.
5. Kojima M., Kangawa K.: Structure and function of ghrelin. *Results Probl Cell Differ.* 2008; 46: 89-115.
6. Dehlin E., Liu J., Yun SH. et al.: Regulation of ghrelin structure and membrane binding by phosphorylation. *Peptides.* 2008; 29(6): 904-911.
7. Tham E., Liu J., Innis S. et al.: Acylated ghrelin concentrations are markedly decreased during pregnancy in mothers with and without gestational diabetes: relationship with cholinesterase. *Am J PhysiolEndocrinolMetab.* 2009; 296(5): E1093-1100.
8. Diéguez C., da Boit K., Novelle MG. et al.: New insights in ghrelin orexigenic effect. *Front Horm Res.* 2010; 38: 196-205.
9. Cuntz U., Fruhauf E., Wawarta R. et al.: A role for the novel weight-regulating hormone ghrelin in anorexia nervosa. *Am Clin Lab* 2002; 21(4): 22-23.
10. Greenman Y., Golani N., Gilad S. et al.: Ghrelin secretion is modulated in a nutrient- and gender-specific manner. *ClinEndocrinol (Oxf)* 2004; 60(3): 382-388.
11. Nakahara K., Okame R., Katayama T. et al.: Nutritional and environmental factors affecting plasma ghrelin and leptin levels in rats. *J Endocrinol.* 2010; 207(1): 95-103.
12. MilkeGarcíaMdel P.: Ghrelin: beyond hunger regulation. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005; 70(4): 465-474.
13. King JA., Miyashita M., Wasse LK., Stensel DJ.: Influence of prolonged treadmill running on appetite, energy intake and circulating concentrations of acylated ghrelin. *Appetite.* 2010; 54(3): 492-498.
14. Al-Massadi O., Trujillo ML., Señaris R. et al.: The vagus nerve as a regulator of growth hormone secretion. *RegulPept.* 2011; 166(1-3): 3-8.
15. Holst B., Holliday ND., Bach A. et al.: Common structural basis for constitutive activity of the ghrelin receptor family. *J Biol Chem.* 2004; 279(51): 53806-53817.
16. Leite-Moreira AF., Rocha-Sousa A., Henriques-Coelho T.: Cardiac, skeletal, and smooth muscle regulation by ghrelin. *VitamHorm.* 2008; 77: 207-238.
17. Berthold HK., Giannakidou E., Krone W. et al.: Influence of ghrelin gene polymorphisms on hypertension and atherosclerotic disease. *Hypertens Res.* 2010; 33(2): 155-160.
18. Li ZF., Guo ZF., Yang SG. et al.: Circulating ghrelin and ghrelin to obestatin ratio are low in patients with untreated mild-to-moderate hypertension. *RegulPept.* 2010; 165(2-3): 206-209.
19. Lambert E., Lambert G., Ika-Sari C. et al.: Ghrelin modulates sympathetic nervous system activity and stress response in lean and overweight men. *Hypertension* 2011; 58(1): 43-50.
20. Isgaard J., Granata R.: Ghrelin in cardiovascular disease and atherogenesis. *Mol Cell Endocrinol.* 2011; 340 (1): 59-64.
21. Sone M., Osamura RY.: Leptin and the pituitary. *Pituitary.* 2001; 4(1-2): 15-23.
22. Soukas A., Cohen P., Socci ND., Friedman JM.: Leptin-specific patterns of gene expression in white adipose tissue. *Genes Dev.* 2000; 14(8): 963-980.
23. Taouis M., Chen JW., Daviaud C. et al.: Cloning the chicken leptin gene. *Gene* 1998; 208(2): 239-242.
24. Stanley S., Wynne K., McGowan B., Bloom S.: Hormonal Regulation of Food Intake. *Physiol Rev.* 2005; 85(4): 1131-1158.

25. Somogyi V., Gyorffy A., Scalise TJ. et al.: Endocrine factors in the hypothalamic regulation of food intake in females: a review of the physiological roles and interactions of ghrelin, leptin, thyroid hormones, oestrogen and insulin. *Nutr Res Rev.* 2011; 22: 1-23.
26. Chilliard Y., Delavaud C., Bonnet M.: Leptin expression in ruminants: nutritional and physiological regulations in relation with energy metabolism. *DomestAnimEndocrinol.* 2005; 29(1): 3-22.
27. Proulx K., Richard D., Walker CD.: Leptin regulates appetite-related neuropeptides in the hypothalamus of developing rats without affecting food intake. *Endocrinology.* 2002; 143(12): 4683-4692.
28. Friedman JM., Halaas JL.: Leptin and the regulation of body weight in mammals. *Nature.* 1998; 395(6704): 763-770.
29. Chen S., Zeng ZP., Li HZ. et al.: Relationship between plasma level of leptin and the expression of leptin receptor in human adrenal tissues and tumors. *Zhonghua Yi XueZaZhi.* 2010; 90(38): 2667-2670.
30. Rhie YJ., Lee KH., Chung SC. et al.: Effects of body composition, leptin, and adiponectin on bone mineral density in prepubertal girls. *J Korean Med Sci.* 2010; 25(8): 1187-1190.
31. Feng HJ., Zhu J., Pan L. et al.: Effects of decreased leptin expression on liver fibrosis. *ZhonghuaGanZang Bing ZaZhi.* 2010; 18(5): 342-345.
32. Abdel-Hafez NM., Saleh Hassan Y., El-Metwally TH.: A study on biomarkers, cytokines, and growth factors in children with burn injuries. *Ann Burns Fire Disasters.* 2007; 20(2): 89-100.
33. Yilmaz Z., Ilcol YO., Ulus IH.: Endotoxin increases plasma leptin and ghrelin levels in dogs. *Crit Care Med.* 2008; 36(3): 828-833.
34. Bornstein SR., Preas HL., Chrousos GP., Sufredini AF.: Circulating leptin levels during acute experimental endotoxemia and antiinflammatory therapy in humans. *J Infect Dis.* 1998; 178(3): 887-890.
35. McGaffin KR., Witham WG., Yester KA. et al.: Cardiac-specific leptin receptor deletion exacerbates ischaemic heart failure in mice. *Cardiovasc Res.* 2011; 89(1): 60-71.
36. Ku IA., Farzaneh-Far R., Vittinghoff E. et al.: Association of low leptin with cardiovascular events and mortality in patients with stable coronary artery disease: The Heart and Soul Study. *Atherosclerosis.* 2011; 217(2): 503-508.
37. Pardini AW., Nguyen HT., Figlewicz DP. et al.: Distribution of insulin receptor substrate-2 in brain areas involved in energy homeostasis. *Brain Res.* 2006; 1112(1): 169-178.
38. Dezaki K., Sone H., Yada T.: Ghrelin is a physiological regulator of insulin release in pancreatic islets and glucose homeostasis. *PharmacolTher.* 2008; 118(2): 239-249.
39. Giustina A, Bonadonna S, Burattin A, et al. Growth hormone secretion in heart failure. *Minerva Endocrinol*2003; 28: 1-11.
40. Nagaya N, Miyatake K, Uematsu M, et al. Hemodynamic, renal, and hormonal effects of ghrelin infusion in patients with chronic heart failure. *J ClinEndocrinolMetab*2001; 86: 5854-9.
41. Baldanzi G, Filigheddu N, Cutrupi S, et al. Ghrelin and des-acyl ghrelin inhibit cell death in cardiomyocytes and endothelial cells through ERK1/2 and PI 3-kinase/AKT. *J Cell Biol*2002; 159: 1029-37.
42. Heuriques-Coehlo T., Correia-Pinto J., Roncon-Albuquerque R. Jr. iwsp.: Endogenous production of ghrelin and beneficial effects of its exogenous administration in monocrotaline-induced pulmonary hypertension. *Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.* 2004; 287: 2885–2890.
43. Makino Y., Hosoda H., Shibata K. iwsp.: Alteration of plasma ghrelin levels associated with the blood pressure in pregnancy. *Hypertension*2002; 39: 781–784.
44. Schulze MB, Rimm EB, Shai I, et al. Relationship between adiponectin and glycemic control, blood lipids, and inflammatory markers in men with type 2 diabetes. *Diabetes Care*2004; 27: 1680-7.
45. Pöykkö SM, Kellokoski E, Ukkola O, et al. Plasma ghrelin concentrations are positively associated with carotid artery atherosclerosis in males. *J Intern Med*2006; 260: 43-52.
46. Elbatarny HS, Netherton SJ, Ovens J. D, et al. Adiponectin, ghrelin, and leptin differentially influence human platelet and human vascular endothelial cell functions: implication in obesity-associated cardiovascular diseases. *Eur J Pharmacol*2007; 558: 7-13.

47. Umemoto Y., Tsuji K., Yang F.C., Ebihara Y., Kaneko A., Furukawa S., Nakahata T.: Leptin stimulates the proliferation of murine myoletic and primitive hematopoietic progenitor cells. *Blood*, 1997, 90, 3438-3443.
48. Gainsford T., Willson T.A., Metcalf D., Handman E., McFarlane C., Ng A., Nicola N. A., Alexander W. S., Hilton D. J.: Leptin can induce proliferation, differentiation, and functional activation of hemopoietic cells. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1996, 93, 14564-14568.
49. Schutte R., Huisman H.W., Schutte A.E., Malan N.T.: Leptin is independently associated with systolic blood pressure, pulse pressure and arterial compliance in hypertensive African women with increased adiposity: the POWIRS study. *J. Hum. Hypertens.*, 2005, 19, 535-541.
50. Wallace A. M., McMahon A. D., Packard C. J., Kelly A., Shepherd J., Gaw A., Sattar N.: Plasma leptin and the risk of cardiovascular disease in the west of Scotland coronary prevention study (WOSCOPS). *Circulation*, 2001; 104: 3052–3056.
51. Soderberg S., Colquhoun D., Keech A., Yallop J., Barnes E. H., Pollicino C., Simes J., Tonkin A. M., Nestel P.; LIPID Study Investigators: Leptin, but not adiponectin, is a predictor of recurrent cardiovascular events in men: results from the LIPID study. *Int. J. Obes.*, 2009; 33: 123–130.
52. Schulze P. C., Kratzsch J., Linke A., Schoene N., Adams V., Gielen S., Erbs S., Moebius-Winkler S., Schuler G.: Elevated serum levels of leptin and soluble leptin receptor in patients with advanced chronic heart failure. *Eur. J. Heart Fail.*, 2003; 5: 33–40.

Style of life and saving up health behaviour of patients with inflammatory diseases of generative organs

Naumov I. A., Tishchenko Y. M., Aleksandrovich A. S.

*Education establishment «Grodno State Medical University», Republic of Belarus
Biała Podlaska, Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Pawła II, Polska*

In spite of the fact that the major characteristic of self-preservation is the care of a state of health, now an assessment of degree of influence of the factors, making determining impact on process of savings of health among women with inflammatory diseases of generative organs (further – IDGO) is not lead [1, 2].

Research objective: to study features of style of life and saving up health behavior of patients with IDGO.

Materials and methods. Sociological research of patients with IDGO a questionnaire method (only 1000 questionnaires) under specially compounded program covering 100 individual medico-social characteristics is carried out. In the course of researches of the patient have been parted by age criterion on two comparable bunches: at the age of 18-22 years, and at the age of 23-27 years.

The factor analysis has been applied to definition of degree of influence of the medico-social causes on an assessment of a state of health and actions for its conservation. Statistical processing was lead with application of a package of statistical programs STATISTIKA 6.0.

Results. It is established, that disturbances in a state of somatic health were a consequence of defects of behavior of patients saving up health with IDGO. So, at carrying out of interrogation among women at the age of 18-22 years rank the place of “health” has appeared the last – 18.3%. At studying of influence of other vital priorities (a personal component) as a regulator of genesial behavior, it is established, that in bunch of the most important have entered, basically, value of private life: “presence good and loyal friends” (74.7%), “self-trust” (73.5%), “development” (71.2%), “freedom” (68.7%), “interesting work” (67.5%), “love” (66.2%).

The most important for meaning of the life of orientation at patients of more senior genesial age differed a little, however and among them “health” was not a priority – 41.1% while “active active life” was noted by 69.0% interrogated, “interesting work” – 62.3%, “love” – 60.0%, “social recognition” – 55.6%, “development” – 53.4% of patients.

Based on a factor analysis 5 types meaning of the life orientations of our patients are secured. The first phylum – indicators of a personal orientation: “family” (0.7551), “self-realization” (0.7452), “friends” (0.7338), “self-trust” (0.7094), “self-development” (0.6566), “freedom” (0.6012), “health” (0.5439). The second phylum – professional values: “active active life” (0.8417), “vital wisdom” (0.6333), “interesting work” (0.6258). The third phylum has been presented by aesthetic values: “creativity” (0.8826), “beauty of the nature and art” (0.8482). The fourth – included values of a hedonistic orientation: “material security” (0.7726), “social recognition” (0.7315), “entertainments” (0.7319). And only the fifth phylum has been presented by more significant values in a context of strengthening P3 and genesial behavior: “Love” (0.7724), “child-bearing” (0.5286). It is thus established, that at patients there is personal-focused values prevailed, and presence of the specified variables in the first phylum was defined, first of all, by age of respondents. It is remarkable, that altruistic values, which have basic value in strengthening reproductive health, have not entered into the first factor.

Comparison has shown insignificant differences in hierarchy of values: at the age of 18-22 years the larger importance “rationalism”, “erudition”, “accuracy” had “responsibility”, “efficacy in affairs”; patients

of more senior genesial age have noticed “cheerfulness”, “rationalism”, “efficacy in affairs”, “erudition”, “responsibility” that testifies that for them the concrete personal vital purposes are more important.

At factor analysis carrying out two type of values have been taped. The first phylum included variables: “responsibility” (0.8244), “sense of duty” (0.7777), “erudition” (0.7701), “rationalism” (0.7695), “self-checking” (0.7537), “efficacy in affairs” (0.7216), “accuracy” (0.6513), “width of views” (0.4086). The second phylum has been presented by such values, as: “honesty” (0.7981), “keenness” (0.6589), “irreconcilability to disadvantages of others” (0.6524), “independence” (0.6269). It is established, that especially significant vital equipments represent in aggregate is personal-focused values which are not carrying an altruistic component that is bound, first of all, with the years respondents ($r=0,6972$).

It is established, that the greatest influence on formation of style of life, communicative culture, sex and genesial behavior of patients have rendered following factors: girlfriends – 80.3%, the sexual partner – 65.3%, and also fellow workers – 63.4%. Despite active dialogue by means of Internet reports, this canal has not rendered appreciable influence on formation of their communicative culture and genesial behavior.

Besides, analysis has shown, that with IDGO the overestimated self-rating of own communicative culture is inherent in patients: 78.8% of respondents considered, that at them high level of ability to an establishment of contacts and ability to forming of effective interpersonal dialogue is developed. However real communicative practice do not allow to mark communication patients as culture of high level: frequency of the use by them of not standard lexicon has compounded 61.5%, and slang expressions – 68.0%.

At interrogation it is established, that the patients showing care of health, to realize its value have begun after the numerous acute diseases which considerably have lowered quality of life (76.7%), or an establishment of the fact of chronic disease (10.8%). On 12.2% of patients has worked negative experience of close people, and only for 0.3% of women the care of health was norm of the life inoculated since the childhood, in family.

It is besides, established, that at 30.0% interrogated at the age of 18-22 years, and 33.1% of respondents of more senior age-grade had an opinion that “about health it is necessary to care in the presence of disease signs”. 38.1% interrogated at the age of 18-22 years are assured, that “while we are young, to reflect about health it is not necessary”.

Conclusion. Thus, features of style of life and themselves safe behavior of patients with inflammatory diseases of generative organs testifies to necessity of active formation at them the conscious and responsible attitude to own health.

The literature

1. Abrosimova, M.J. Themselves safe behavior of studying youth / M.J. Abrosimova, L.V. Muhamedrahimova // Bulletin of scientific research institute of social hygiene, economy and control of public health services of N.A. Semashko. – 2003. – Rel. 7. – P. 73–76.
2. Ivanov, A.G. Feature of formation of family and the genesial attitudes of youth / A.G. Ivanov // Public health services of the Russian Federation – 2004. – № 4. – P. 36–38.

Stability of ketonuriya at alcoholreliant rats

T. I. Panova, A. K. Bortnikova, O. N. Goncharenko

M. Gorky Donetsk national medical university

Introduction. Animals with the created alcoholic reliant refuse glucose, despite the expressed hypoglycemia. By granting a free choice between ethanol with addition of quinine and the water sweetened with saccharin, animals choose ethanol with quinine. We assumed that alcoholreliant animals refuse offered glucose because don't need it, because cells of a brain passed to a food by other substratum – ketonic bodies. And as formation of ketonic bodies in a liver is initiated by ethanol, the chain is formed. So called "wrong circle" became isolated: the ethanol using-hypoglycemia-formation of ketones-a brain food by ketones-the brain needs for ketones-an organism needs of ethanol. Differently, the paradox is that alcoholic reliant on the business is a reliant not from alcohol, and from ketonic bodies directly. Experiment purpose: to track communication between level of ketones in an organism and a necessitate to alcohol.

In narcological to clinic for elimination ketosis (and related nausea, vomiting) apply anti-pillboxes (UNITOL, ZOREX), neutralized ketonic bodies.

Materials and methods. Within 16 weeks of 30 rats were exposed to compulsory alcoholization by 10% ethanol. After the end of alcoholization animals had a free choice between water and 10% ethanol. After the end of alcoholization by an animal of the first group (n = 10) for the purpose of elimination ketosis within three weeks daily 2 times a day with an interval of 8 hours of per os entered 0,5 ml of 1,4% ZOREX, 3,5 mg/kg. Animal of the second group (n = 10) for the purpose of elimination of a hypoglycemia entered 0,5 ml of 20% of glucose, 0,5 g/kg. Animal of the third group (n 10) for the purpose of elimination ketosis and a hypoglycemia entered 0,5 ml of a mix: 25 ml of 2,8% ZOREX, and 0,25 ml of 40% of glucose. Animal of the fourth, control, groups (n = 10) entered 0,5 ml of 0,9% of chloride of sodium. The content of glucose in blood was observed and ketonic bodies in urine (test strips Citolab). During processing results used the program MedStat.

Results. Before alcoholization of ketones in urine of animals isn't revealed; glucose in blood was $7,0 \pm 1,4$ mmol/l. The maximum of ethanol consumption $18,8 \pm 7,2$ of ml was reached by 7th week of alcoholization and further remained at this level. By 16th week of alcoholization level of glucose decreased to $3,0 \pm 0,7$ mmol/l, in urine there were ketones of 1,5-3,9 mmol/l. In the conditions of a free choice at the rats who were receiving ZOREX, remained a hypoglycemia ($3,6 \pm 0,8$ mmol/l), ketosis (to 0,5 mmol/l), an necessitate to ethanol ($15,0 \pm 4,5$ ml). At the animals receiving glucose, ketosis wasn't found by the end of the second week, level of glucose was normalized by the end of the first week, consumption of ethanol decreased to $8,0 \pm 2,5$ ml by the end of the third week. At the rats who were receiving ZOREX and glucose, ketosis disappeared in the second week, glucose was normalized in the first week, consumption of ethanol decreased to $10,0 \pm 2,2$ ml in the third week. At the control rats receiving physiological solution, as well as at the rats who were receiving ZOREX, by the end of the third week still remained a hypoglycemia ($3,5 \pm 0,8$ mmol/l), ketosis (to 0,5 mmol/l), an necessitate to ethanol ($13,5 \pm 3,5$ ml).

The analysis of data allows to make a number of the conclusions. Some of them cross: consumption of large amounts of ethanol is accompanied expressed ketosis (the first and fourth groups); artificial elimination ketosis the ZOREX has short-term effect; ketosis all the time while animals I consume renews and remains! large amount of alcohol (the first group); systematic introduction ZOREX (the first group) reduces manifestations ketosis in comparison with control group (the fourth group); artificial suppression ketosis the ZOREX doesn't reduce an reliant to ethanol and doesn't promote hypoglycemia reduction (the first group): elimination ketosis in a bigger measure is promoted not by introduction ZOREX (the first

group), and hypoglycemia elimination (the second and third groups); elimination of a hypoglycemia promotes not only to elimination ketosis, but also to decrease in an reliant to ethanol (the second and third groups): easing of addiction to ethanol happens not at the expense of elimination ketosis (the first group), and at the expense of hypoglycemia elimination (the second and third groups): long, for three weeks, compulsory introduction of glucose promotes normalization of level of glucose in blood (the second and third groups); at alcoholreliant rats, in the conditions of a free choice, the high consumption level of alcohol, ketosis, a hypoglycemia (the fourth group) remains.

That fact that long introduction ZOREX didn't reduce alcohol consumption, testifies that artificial elimination ketosis, depriving a brain of a nutritious substratum, only provokes an organism to consumption of alcohol which is a powerful stimulator of process of a ketoproduction. Differently, introduction ZOREX not simply can't eliminate the inclination reason to alcohol, but also is harmful. One more confirmation of the drawn conclusion is that despite long introduction ZOREX, concentration of ketonic bodies in urine didn't decrease, remaining though not on high, but stable level (to 0,5 mmol/l).

Conclusions.

1. At a stage of the created alcoholic dependence the necessitate reason to alcohol is the need of a brain for the ketonic bodies, arising as result of a hypoglycemia.
2. Artificial suppression ketosis doesn't reduce an necessitate to ethanol.
3. Long compulsory introduction of glucose promotes reduction of consumption of alcohol.

Rola i znaczenie organizacji pozarządowych w realizacji celów zdrowia publicznego w obszarze profilaktyki onkologicznej na przykładzie działalności fundacji MSD dla zdrowia kobiet

Waldemar Wierzbą¹, Maciej Gajewski², Adam Wierzbą², Piotr Ruciński³

¹ Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi Wydział Zamiejscowy w Warszawie

² Fundacja Instytut Ochrony Zdrowia

³ Arion Szpitale Sp. z o. o.

Streszczenie

W pracy przedstawiono znaczenie i rolę pozarządowych organizacji pożytku publicznego, które realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego na przykładzie Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet. Organizacja ta zaangażowała się w propagowanie profilaktyki onkologicznej i edukacji realizując program profilaktyki raka szyjki macicy.

Organizacje pozarządowe czy sektora prywatnego mogą stanowić niezwykle istotne wsparcie w realizacji takiej strategii, zapewniając nie tylko dodatkowe źródło finansowania dla tzw. „miękkich” projektów, ale przede wszystkim tworząc realne zasoby, które mogą stać się istotnym elementem większej całości.

Aby w pełni wykorzystać ten potencjał, potrzebne jest w Polsce bardziej otwarte podejście decydentów publicznych odpowiedzialnych za realizację celów zdrowotnych i profilaktycznych na współpracę z tego typu organizacjami. Wydaje się, że byłoby to niezwykle korzystne, szczególnie w warunkach w jakich funkcjonuje polski system opieki zdrowotnej, gdzie każde dodatkowe zasoby są na wagę złota.

Summary

The essay presents the meaning and role of non-profit, non-governmental organisations that realize tasks in the scope of public healthcare using Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet (foundation of MSD for the health of women) as an example. This organisation was engaged in promoting the oncologic prophylaxis and education by implementing the cervical cancer prophylaxis program.

The non-governmental or private organisations may constitute extremely important support in fulfilling such a strategy, not only by ensuring an extra source of funding for so called “soft” projects but most of all, by creating a real resources which may become an essential element of a bigger picture. The more open-minded approach of Polish public decision-makers responsible for achieving healthcare and prophylactic goals is required to utilize fully the cooperation with such a type of organisations, which is exactly what is missing at the moment.

Znaczenie profilaktyki onkologicznej wśród celów zdrowia publicznego

Choroby nowotworowe są w Polsce jedną z głównych przyczyn zgonów, pomimo stałego postępu zarówno w diagnostyce chorób nowotworowych, jak i w dostępie do nowoczesnych terapii. Od wielu lekarze, dziennikarze, publicyści także osoby publiczne i politycy podejmowali wiele inicjatyw w zakresie walki z tym niezwykle istotnym medycznie i społecznie problemem.

Ograniczenie umieralności z powodu chorób nowotworowych jest jednym z głównych priorytetów realizowanej w Polsce polityki zdrowotnej i jako taki zajmuje znaczącą pozycję wśród celów wyznaczonych w Narodowym Programie Zdrowia. W celu zwiększenia skuteczności działań prowadzonych na rzecz walki z nowotworami w Polsce, opracowano Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, który miał stać się instrumentem do realizacji szerokiej strategii przeciwnowotworowej na terenie całego kraju.

Lekarze i eksperci zdrowia publicznego na świecie są zgodni, że to właśnie działania profilaktyczne wywierają najbardziej pożądaną i jednocześnie najbardziej efektywną wpływ na stan zdrowia populacji. Przykłady wiodących państw europejskich są jednoznaczne: skuteczna implementacja strategii profilaktyki zdrowotnej prowadzi do doskonałych rezultatów, w tym do niemal całkowitego wyeliminowania pewnych zagrożeń zdrowotnych. Jest to szczególnie widoczne w odniesieniu do wybranych nowotworów, którym można skutecznie zapobiegać dzięki podejmowanym działaniom profilaktycznym, wykryć we wczesnym

stadium i dzięki temu skutecznie leczyć. Do takich nowotworów można zaliczyć raka piersi, raka szyjki macicy, raka prostaty, czy raka jelita grubego.

W każdym z wymienionych przypadków istnieją obecnie bardzo skuteczne metody dzięki którym można albo skutecznie wykrywać wczesne stadia rozwojowe nowotworu (np. cytologia, mammografia, czy kolonoskopia) i je odpowiednio eliminować np. chirurgicznie – wówczas mówimy o profilaktyce wtórnej.

Istnieją również możliwości ograniczenia lub eliminacji istotnych czynników odpowiedzialnych za rozwój określonych nowotworów w populacji, tak jak np. szczepienia przeciwko zakażeniom wirusem HPV w przypadku raka szyjki macicy, czy wyeliminowanie palenia w przypadku tytoniozależnych nowotworów złośliwych. W takich przypadkach mówimy o profilaktyce pierwotnej.

Skuteczność działań profilaktyki złośliwych chorób nowotworowych jest wprost powiązana ze zdolnością do systematycznego wykonywania określonych działań profilaktycznych w odniesieniu do wybranej populacji. Dlatego, w przypadku działań profilaktycznych mówi się o ich populacyjnym charakterze, tzn., że sensowność ich prowadzenia jest zapewniona tylko wtedy, gdy obejmują one znaczącą część określonej populacji. Oznacza to konieczność zapewnienia masowości i odpowiedniej powtarzalności takich działań. Dla przykładu, w przypadku szczepień ochronnych (czyli profilaktyki pierwotnej), można mówić o sukcesie jeśli osiągnięto poziom wszczepialności powyżej 85% populacji wskazanej do szczepienia. Podobnie, sensowność prowadzenia działań skринingowych, takich jak badania cytologiczne czy mammografia, jest wprost zależna od możliwości zrealizowania takich badań u co najmniej 70% populacji wskazanej do takiego badania. W przypadku badań cytologicznych, chodzi o docelową populację szacowaną na ok. 9 milionów kobiet w wieku 26-55 lat. Jest to zatem olbrzymie wyzwanie organizacyjne, logistyczne i oczywiście finansowe.

Aby dobrze zrozumieć ogrom i specyfikę wyzwań związanych z realizacją skutecznych działań profilaktyki onkologicznej, należy zdać sobie przede wszystkim sprawę z faktu, że działania profilaktyczne są kierowane do osób zdrowych lub uważających się za zdrowe. Tymczasem, system opieki zdrowotnej i instytucje, na których się on opiera zostały stworzone do tego, żeby zapewnić opiekę ludziom chorym. Jest to fundamentalna różnica, która sprawia, że powodzenie strategii profilaktyki zdrowotnej (w tym onkologicznej) zależy od zdolności do przekonania milionów zdrowych ludzi do podjęcia odpowiednich działań, które często związane są z jakąś niedogodnością i w efekcie których zdrowy człowiek może się dowiedzieć, że jest chory na potencjalnie śmiertelną chorobę.

Można zatem wnioskować, że profilaktyka zdrowotna, a szczególnie profilaktyka chorób nowotworowych, tylko w części dotyczyć będą kwestii czysto medycznych, a w znaczącej mierze będą bazowały na takich dyscyplinach jak psychologia, komunikacja, edukacja i marketing. Wynika to z tego, że do skutecznego wdrożenia konkretnych strategii profilaktyki onkologicznej konieczne jest dokonanie istotnej pracy w takich obszarach jak świadomość społeczna zagrożeń i możliwości jakie daje odpowiednia profilaktyka, czy aktywizacja wybranej populacji do podjęcia konkretnego działania już po uzyskaniu odpowiedniej świadomości. W obecnej chwili nie istnieje w Polsce żadna instytucja publiczna, która byłaby w pełni odpowiedzialna za realizację określonej strategii profilaktyki zdrowotnej z perspektywy komunikacyjnej i edukacyjnej, a podejmowane działania są często realizowane wyłącznie w wąskich obszarach terapeutycznych poprzez tworzone na ten cel programy.

Narzędzia i instrumenty wykorzystywane przez sektor publiczny w profilaktyce onkologicznej na przykładzie raka szyjki macicy

Jednym z nowotworów, który zbiera dramatyczne żniwo w naszym kraju, jest rak szyjki macicy. Problem ten dotyka kobiet w sile wieku, które najczęściej są żonami i matkami. Wobec tego ich choroba oraz często przedwczesna śmierć doświadcza nasze społeczeństwo w sposób szczególny.

Na tle Unii Europejskiej Polska była przez lata niechlubnym przykładem państwa, wyróżniającego się trwającą od kilkadziesiąt lat bezradnością w obszarze zapadalności i umieralności na raka szyjki macicy i inne nowotwory związane z HPV. Tymczasem, to właśnie te nowotwory, jako jedne z niewielu, mogą być

skutecznie eliminowane dzięki istniejącym metodom profilaktyki. W tych krajach, w których skutecznie zastosowano strategię profilaktyki raka szyjki macicy, nowotwór ten już praktycznie nie występuje.

W ostatnich latach, również w Polsce sytuacja ulega stopniowej poprawie, a w niektórych regionach kraju można wręcz mówić o istotnych postępach. W statystykach wykrywalności raka szyjki macicy nasz kraj przesunął się z ostatniej pozycji w UE aż o 8 pozycji do góry. Związane jest to ze stałym wzrostem wykonywanych badań cytologicznych i znaczącym wzrostem ich jakości. W samym roku 2009 pobrano w Polsce ok. 870 tysięcy badań cytologii, co stanowiło 27 procent pokrycia docelowej populacji kobiet w wieku 26-59 lat. Co prawda umieralność z powodu raka szyjki macicy wciąż pozostaje na bardzo wysokim poziomie, w perspektywie ostatnich 20-30 lat widzimy jednak wyraźnie istotną poprawę sytuacji.

Institucje zdrowia publicznego i inne organizacje aktywnie angażujące się w kształtowanie stanu zdrowia społeczeństwa mają dzisiaj do dyspozycji potężny oręż w obrębie profilaktyki raka szyjki macicy i innych nowotworów związanych z HPV. Oprócz badań cytologicznych służących diagnozie stanów przedrakowych szyjki macicy, mogą korzystać z najnowszych technologii medycznych, które w znaczący sposób zmieniły oblicze profilaktyki. Są to szczepienia przeciwko HPV oraz testy DNA na obecność wirusa HPV.

Największym wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest w tych warunkach takie zaprojektowanie strategii profilaktyki, które umożliwi najbardziej optymalne (pod względem zdrowotnym i opłacalności kosztowej) wykorzystanie istniejących sposobów i technologii. W warunkach polskich oznacza to podejmowanie różnych, wzajemnie się uzupełniających działań zarówno na poziomie centralnym jak i regionalnym i lokalnym. Tylko w ten sposób możliwe będzie znaczące obniżenie statystyk dotyczących zapadalności i umieralności na nowotwory związane przyczynowo z zakażeniem HPV, w tym szczególnie na raka szyjki macicy.

W Polsce najwięcej uwagi poświęcano do tej pory badaniom cytologicznym. Od 2005 r. realizowany jest program badań cytologicznych, który jest częścią Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. W jego ramach kobiety w wieku 26-59 lat mają prawo do bezpłatnej (finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia) cytologii raz na trzy lata. Program funkcjonuje na bazie struktury specjalnie na ten cel przygotowanej składającej się z Centralnego Ośrodka Koordynacyjnego (COK) i 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących (WOK).

Celem programu jest zwiększenie wykonywalności badań cytologicznych i tym samym doprowadzenie do znaczącego ograniczenia zapadalności i umieralności na raka szyjki macicy. Analiza trzech pierwszych lat realizacji programu pokazuje, że szybkie osiągnięcie celu jakim jest pokrycie znaczącej części populacji badaniami cytologicznymi, nie jest łatwe. Program jest kierowany do olbrzymiej populacji ok. 9,5 miliona kobiet w Polsce, z czego rocznie powinno się wykonywać ok. 3 miliony cytologii.

Jednocześnie realizowany program wyraźnie wskazuje na dokonujący się postęp: stworzono sprawną infrastrukturę na terenie całego kraju umożliwiającą realizację programu oraz doprowadzono do stałego przyrostu wykonywanych cytologii. W ujęciu nominalnym zanotowano dość znaczącą poprawę, z poziomu 260 tys. cytologii pobranych i przeanalizowanych w 2005 r., do poziomu ponad 870 tys. w 2009 r. Jednak w skali globalnej dane te wciąż są niewystarczające, gdyż oznaczają, że maksymalnie ok. 27 % populacji docelowej wykonuje w Polsce badania cytologiczne. Dane te nie uwzględniają Co prawda cytologii wykonywanych poza programem finansowanych ze środków publicznych, których liczba szacowana jest na kilkaset tysięcy rocznie.

Jak wspomniano powyżej, populacyjne badania cytologiczne oferowane bezpłatnie w ramach realizowanego programu skierowane są do pokaźnej liczby kobiet nim objętych. W Polsce jest to blisko 9 mln kobiet, z których każda raz na trzy lata powinna być przebadana. Średnio, oznacza to konieczność wykonania blisko 3 milionów cytologii rocznie. Z danych NFZ wynika, że w latach 2006-2009 przeznaczono blisko 200 mln złotych na realizację programu skryningowego. Pomimo nominalnego zwiększenia liczby cytologii wykonywanych rocznie w Polsce, odsetek wyników nieprawidłowych (czyli stanów chorobowych) w populacji nie uległ praktycznie zmianie i wynosi ok. 2.5%. Z tego można wnioskować, że populacja

najbardziej zagrożona rakiem szyjki macicy wciąż pozostaje poza zasięgiem programu wczesnego wykrywania tego nowotworu.

Działania edukacyjne pełnią kluczową rolę w każdej strategii profilaktyki zdrowotnej, a mimo to, ich realizacji poświęcono do tej pory w Polsce stosunkowo najmniej uwagi i środków. Fakt ten dotyczy wszystkich obszarów terapeutycznych i doskonale charakteryzuje również sytuację w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy, jeśli chodzi o działania instytucjonalne prowadzone przez instytucje zdrowia publicznego i edukacji.

Wynika to w dużej mierze z tego, że nie ma jednoznacznie określonej instytucji, która byłaby odpowiedzialna za realizowanie takich działań na poziomie całego kraju. W części jest to na pewno Centralny Ośrodek Koordynacyjny wraz z wojewódzkimi oddziałami. W ramach podjętych działań przeprowadzono istotne działania edukacyjne skierowane do personelu medycznego, które objęły blisko 10,000 osób w Polsce. Ponadto, powstało szereg rekomendacji, opracowań i artykułów na temat profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce.

Elementy edukacyjne prowadzone przez Centralny Ośrodek Koordynacyjny obejmują także szerokie działania informacyjne i edukacyjne skierowane do społeczeństwa i pacjentów. Powstała duża kampania medialna obejmująca radio, telewizję, Internet i prasę, stworzono spójną linię plakatów, ulotek i innych materiałów wspierających skuteczną promocję programu badań cytologicznych, a także wykorzystano nowoczesne techniki marketingu społecznego takie jak productplacement.

Działania informacyjne obejmowały także akcję wysyłania zaproszeń imiennych na badania cytologiczne do wszystkich kobiet objętych programem narodowym, jednakże efektywność tej ostatniej formy zachęcania do profilaktyki nie przyniosła imponujących rezultatów, gdyż jedynie niecałe 7 procent osób otrzymujących zaproszenia, wykorzystało je zgłaszając się na badania.

Należy stwierdzić, że do tej pory nie opracowano w Polsce kompleksowej strategii informacyjnej i edukacyjnej, która umożliwiłaby zwiększanie świadomości zagrożeń zakażeniami HPV i możliwości podejmowania działań profilaktycznych. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na działania inicjowane i podejmowane przez inne podmioty, często pozarządowe lub prywatne, które w znaczący sposób wydają się zapełniać istniejącą lukę. Przykładem takiego działania są inicjatywy podejmowane przez Fundację MSD dla Zdrowia Kobiet.

Działania Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy

Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet powstała w 2009 roku z inicjatywy firmy MSD Polska. Celem stworzenia Fundacji jest prowadzenie działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej kobiet, w takich obszarach, które nie znajdują obecnie odpowiedniego wsparcia istniejących instytucji publicznych. Tym samym, Fundacja aspiruje do wypełnienia pewnej istotnej luki i zapewnienia wsparcia w realizacji strategii profilaktyki zdrowotnej skierowanej szczególnie do kobiet.

Jednym z kluczowych obszarów działalności Fundacji od samego początku była profilaktyka raka szyjki macicy, w tym szczególnie tworzenie inicjatyw, które mogą stanowić komplementarne wsparcie dla prowadzonych dotychczas przez inne podmioty i instytucje działań. Dotyczy to szczególnie działalności w obszarze edukacji i budowania świadomości możliwości jakie daje kompleksowa profilaktyka tego nowotworu.

Głównym założeniem Fundacji jest realizacja projektów, które w sposób trwały i długookresowy mogą doprowadzić do poprawy sytuacji w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Jak wspomniano wcześniej, jednym z największych wyzwań w tym obszarze pozostaje skuteczne dotarcie do odpowiedniej populacji i przekonanie jej do podjęcia działań profilaktycznych takich jak badania cytologiczne lub szczepienia HPV. Wypełnianiem tej istotnej luki zajęła się od początku swojego istnienia Fundacja. Główne założenia prowadzonych w tym obszarze działań są następujące:

- Potrzebne jest prowadzenie działalności edukacyjnej nt. profilaktyki raka szyjki macicy do jak najszerszej populacji osób młodych w celu wczesnego budowania świadomości zdrowotnej i przygotowywania młodych kobiet do odpowiedniego postępowania w przyszłości.
- Potrzebne jest również podejmowanie działań kierunkowych, które w sposób odpowiedni zaadresują potrzeby edukacyjne specyficznych populacji, które z uwagi na niekorzystny status społeczno-ekonomiczny są „wykluczeni” z regularnej opieki zdrowotnej i profilaktycznej.
- Potrzebne jest prowadzenie projektów łączących kompetencje i możliwości różnych organizacji z sektora publicznego, prywatnego, samorządowego i pozarządowego, poprzez budowanie efektywnego partnerstwa na rzecz profilaktyki raka szyjki macicy.

Pierwszym programem, który powstał z myślą o tworzeniu trwałej platformy edukacyjnej w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy był program edukacyjny 'Wybierz Życie – Pierwszy Krok'. Jego celem jest podniesienie świadomości zagrożeń związanych z HPV i wskazanie odpowiednich zachowań profilaktycznych u młodych osób, jak również wśród ich rodziców. Program jest kierowany do uczniów szkół ponadgimnazjalnych i jest zbudowany na podstawie sprawdzonego modelu wykorzystywanego przez Główny Inspektorat Sanitarny, tj. edukacji kaskadowej. Partnerami programu są Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne, Fundacja Edukacji Społecznej oraz wojewódzkie Kuratoria Oświaty.

Ewaluacja pierwszego etapu projektu wskazuje wyraźnie jak istotne mogą być takie działania: ponad 80% ankietowanych rodziców rozmawiało ze swoimi dziećmi o HPV po tym jak wzięły one udział w programie, a 75% ankietowanych matek zadeklarowało wykonanie cytologii. W roku szkolnym 2009/2010 programem zostanie objętych blisko 200 tys. uczniów z 7 województw, a w kolejnym roku będzie to już cała populacja uczniów ponadgimnazjalnych w Polsce.

Drugi z programów Fundacji pod nazwą „Nie płac za Błędy, Zapobiegaj!” powstał z myślą o stworzeniu prototypu modelu aktywizacji populacji kobiet „wykluczonych społecznie”, który ma doprowadzić do korzystania przez te kobiety z bezpłatnych badań cytologicznych. Jest to nowatorskie podejście do profilaktyki zdrowotnej, które zakłada wykorzystanie istniejącej struktury Ośrodków Pomocy Społecznej do zbudowania skutecznego systemu dotarcia do kobiet w trudnej sytuacji społecznej i ekonomicznej w celu przekonania ich do uczestnictwa w programie badań cytologicznych. Partnerami projektu realizowanego obecnie w wersji pilotażowej w wybranych gminach na terenie Województwa Lubuskiego jest Urząd Marszałkowski, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wojewódzki Ośrodek Koordynacyjny oraz Stowarzyszenie „Damy Radę”.

Ostatnim z projektów dotyczących profilaktyki raka szyjki realizowanym przez Fundację MSD dla Zdrowia Kobiet jest kampania „Współdziałajmy”, która powstała w celu promowania idei wielosektorowego partnerstwa na rzecz skutecznej profilaktyki. W ramach kampanii, Rada Naukowa Fundacji opracowała rekomendacje skierowane do jednostek samorządu terytorialnego, które mają pomóc samorządom w realizacji kompletnych i efektywnych programów profilaktyki raka szyjki macicy. Rekomendacje przedstawiają koncepcję trzech filarów skutecznej profilaktyki, złożoną z cytologii, szczepień i edukacji, i opisują rolę samorządów oraz innych instytucji w realizowaniu tej koncepcji w praktyce. Elementem kampanii był cykl konferencji edukacyjno-szkoleniowych, w których uczestniczyło łącznie blisko 1000 przedstawicieli samorządów. Partnerami kampanii są Związek Powiatów Polskich, Główny Inspektorat Sanitarny, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Ginekologii-Onkologicznej oraz redakcje „Służby Zdrowia” i „Polska The Times”.

Potencjał organizacji pozarządowych w realizacji narodowej strategii profilaktyki raka szyjki macicy

Opisane programy realizowane przez Fundację MSD dla Zdrowia Kobiet stanowią ilustrację potencjału jaki kryje się w organizacjach pozarządowych jeśli chodzi o działalność na polu profilaktyki zdrowotnej. Jak wspomniano we wstępie, największym wyzwaniem skutecznej profilaktyki w Polsce nie jest brak umiejętności, wiedzy czy zasobów po stronie medycznej, lecz nieistniejący w praktyce system instytucjonalny przygotowany do realizacji strategii profilaktyki zdrowotnej. Taki system powinien się

opierać o wiedzę i doświadczenia daleko wykraczające poza tradycyjną domenę medycyny. Organizacje pozarządowe czy sektora prywatnego mogą stanowić niezwykle istotne wsparcie w realizacji takiej strategii, zapewniając nie tylko dodatkowe źródło finansowania dla tzw. „miękkich” projektów, ale przede wszystkim tworząc realne zasoby, które mogą stać się istotnym elementem większej całości.

Aby w pełni wykorzystać ten potencjał, potrzebne jest w Polsce bardziej otwarte podejście decydentów publicznych odpowiedzialnych za realizację celów zdrowotnych i profilaktycznych na współpracę z tego typu organizacjami. Wydaje się, że byłoby to niezwykle korzystne, szczególnie w warunkach w jakich funkcjonuje polski system opieki zdrowotnej, gdzie każde dodatkowe zasoby są na wagę złota.

Piśmiennictwo

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
2. Raport z sesji naukowej zorganizowanej przez Szkołę Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik „Służba Zdrowia”, 9 października 2007 r. w Warszawie.
3. Wronkowski Z., Zwierko M., Zasady i wyniki „Programu modelowego skryningu raka piersi i szyjki macicy w Polsce, 1999-2000”, Nowotwory. 2002; vol. 52, suplement 2.
4. Bosch F. X., de Sanjose S., Rozdział 1: Human Papillomavirus and Cervical Cancer-Burden and Assessment of Causality. J Natl Cancer Inst Monogr. 2003; 31: 3-13.
5. World Health Organisation. State of the art new vaccines research and development: Initiative for Vaccine Research. Geneva, Switzerland: WorldHealth Organization. 2003: 1-74.
6. Spaczyński M., Nowak-Markwitz E., Basta A., et al., Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepienia przeciwko zakażeniom HPV, Ginekol Pol. 2007; 78: 185-190.
7. Majewski S., Sikorski M., Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV dotyczące stosowania czterowalentnej szczepionki profilaktycznej przeciw HPV typów 6, 11, 16, 18. PrzewLek. 2007; 10:120-124.
8. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym. Warszawa GUS, 2007.
9. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, Uchwała nr 43/2010 Rady Ministrów z dnia 16 marca 2010 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego.

Rola wsparcia w chorobie nowotworowej

Anna Pacian, Teresa Bernadetta Kulik, Jolanta Pacian, Hanna Skórzyńska, Agata Stefanowicz, Joanna Kwolek

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Ból jest doświadczeniem złożonym zawierającym aspekty zarówno zmysłowe jak i emocjonalne. Psychologiczne konsekwencje choroby nowotworowej dotyczą wszystkich wymiarów życia pacjenta. Specyfika stresu wywołanego chorobą zagrażającą życiu modyfikuje zachowania związane z radzeniem sobie ze stresem. Odpowiedzi ludzi na wiadomość o chorobie bądź jej wznowieniu bywają wszelakie w zależności od przebiegu choroby, stopnia zaawansowania, a zwłaszcza osobowości pacjenta oraz jego stosunku do życia.

Warto zwrócić uwagę na istotę tematu a mianowicie wsparcie, co stanowi podstawę w życiu chorego. Wsparcie społeczne wpływa pozytywnie na szeroko pojęte zdrowie osób zmagającym się z rakiem. Zapotrzebowanie na wsparcie dotyczy wszystkich jego rodzajów: informacyjnego, instrumentalnego i emocjonalnego. Osoby chorujące liczą na pomoc nie tylko w okresie bezpośrednio po diagnozie, ale również w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. Zaangażowanie osób bliskich ma jeszcze jedną zaletę: daje możliwość wyjścia z pozycji bezradnego obserwatora i zyskania poczucia wpływu poprzez wspieranie osoby chorującej w walce z rakiem, walce o życie. Dlatego też wsparcie można określić jako łańcuszek, którego ogniwa tworzą poszczególne osoby.

Celem pracy jest określenie roli jaką odgrywa wsparcie w bólu nowotworowym. Metoda, którą wykorzystano w niniejszej pracy jest sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym użytym w badaniu był autorski kwestionariusz ankiety. Badania zostały przeprowadzone na przełomie marca i kwietnia 2012 roku wśród pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, którzy przebywali w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie. Badaniu poddano 120 osób od 20 roku życia. Kobiety stanowiły 58%, mężczyźni 42%. Na podstawie badań można zauważyć że jedynie 26% chorych akceptuje swoją chorobę. Stan cywilny wpływa na posiadanie nadziei na całkowity powrót do zdrowia. Wśród zamężnych pacjentów ponad połowa pozytywnie (51%) rokuje na przyszłość w przeciwieństwie do rozwodników i wdowców (35%). Jeśli chodzi o istniejące grupy wsparcia stanowią one istotny element życia, pomimo to jedynie 19% respondentów przynależy do grup wsparcia. Najwięcej chorych 33% należy do grup wsparcia pomiędzy 60 a 69 rokiem życia. Jak wiadomo od dawna to właśnie rozmowa jest istotnym elementem wsparcia, chorzy najczęściej rozmawiają o towarzyszącej im chorobie i bólu z rodziną. Tworząc przy tym grupę 48% badanych. Rodzina i przyjaciele stanowią największe źródło wsparcia (77,5%) dla osoby chorej. Jednak 27,5% chorych postrzega pomoc i wsparcie od najbliższych jako przejaw litości.

Summary

Pain is a complex experience that contains aspects of both sensory and emotional. The psychological consequences of cancer affects all dimensions of the patient's life. The specificity of stress caused by life-threatening disease modifies behaviour in coping with stress. Response of people to the message about the disease or its reopening kind tend to be depending on the course of the disease, the severity, and especially the patient's personality and his attitude to life.

It is note worthy that the essence of the subject namely support, which is the basis in the life of the patient. Social support has a positive effect on the health of the broader struggling with cancer. The need for support for all its types: information, instrumental and emotional. People with hope to help not only in the period immediately after the diagnosis, but also during and after its completion. The involvement of relatives has another advantage: it gives the possibility to go the help less position of the observer and gain a sense of the impact by supporting the mentally ill person in the fight against cancer, fighting for their lives. Therefore, support can be defined as a chain, whose links form a different person.

Evaluation of support in cancer pain patients. The method, which was used in this study is a diagnostic survey. The research tool used in the study was the original questionnaire. The study was conducted in March and April 2012 among 120 consecutive patients diagnosed with cancer who were in the Cancer Center of the Earth Lublin in Lublin. The study involved 120 people from 20 years of age. Women accounted for 58%, men 42%. Based on the research you will find that only 26% of patients accept their illness. Marital status affects to have hope for complete recovery. Among

married positive patients than half (51%) predicts the future unlike divorcees and widowers (35%). When it comes to existing support groups are avital part oflife, yetonly 19% of the respondents belongto a support group. Mostpatients 33% belong to a support groupbetween 60 and69 years of age. As is well knownfor a long timeit wasthe conversation isan important element ofsupport, patients oftentalk aboutthe disease andthe accompanying pain of the family. The reby creating a group of 48%. Family and friends are the greatestsource of support (77.5%) to the person. However, 27.5% of patients seen help and support from the nextas a sign of mercy.

Diagnoza choroby nowotworowej wywołuje zmianę egzystencji człowieka w każdej jego sferze. Tym bardziej gdy choroba i towarzyszące dolegliwości w znaczący sposób zmieniają dotychczasowe życie. Zmiana ta występuje zwłaszcza w czterech sferach funkcjonowania człowieka: somatycznej, społecznej, emocjonalnej i duchowej. Sprawia, że konieczne jest poszukiwanie nowych rozwiązań oraz zachowań [35]. Obecność choroby oddziałuje na osobę chorą oraz na osoby z najbliższego otoczenia. Choroba i jej konsekwencje sprawiają, że pacjent poszukuje w tym okresie szczególnego wsparcia i pomocy.

Najczęściej takiego wsparcia chorzy oczekują od najbliższych mu osób i całego otoczenia. Środowisko pacjenta ma ogromny wpływ na wsparcie emocjonalne oraz wartościujące pozwalające choremu na zachowanie poczucia własnej wartości oraz dające siły do samodzielnego i konstruktywnego radzenia sobie z chorobą. Istotnym elementem jest także wyżej wspomniana i szeroko rozumiana psychoedukacja [8]. Nie należy również zapomnieć o tym jaki wpływ ma otaczające środowisko ma wsparcie społeczne, czyli to kto go udziela, czy są to osoby bliskie jak partner, rodzina, przyjaciele, czy też pracownicy służby zdrowia lub członkowie grup wsparcia dla osób chorujących na raka (na przykład kobiety po mastektomii zrzeszone w klubach Amazonek).

Cel pracy, metoda i technika badawcza

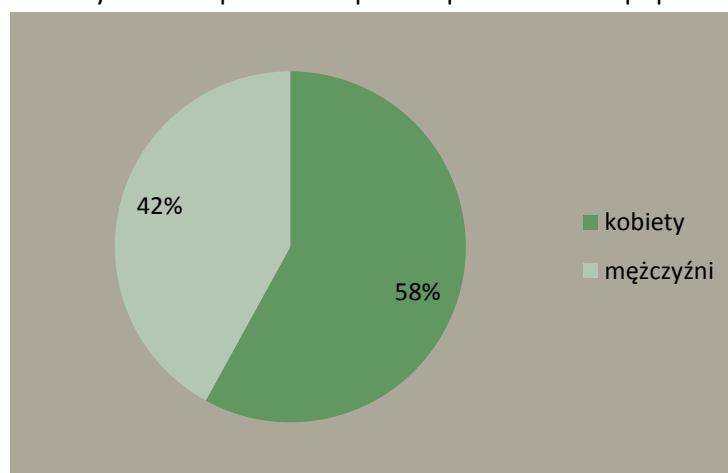
Głównym celem pracy jest określenie roli jaką odgrywa wsparcie w bólu nowotworowym.

Metoda, którą wykorzystano w niniejszej pracy jest sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym użytym w badaniu był autorski kwestionariusz ankiety.

Badania zostały przeprowadzone w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie w 2012r. wśród pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. Badaniu poddano 120 osób od 20 roku życia.

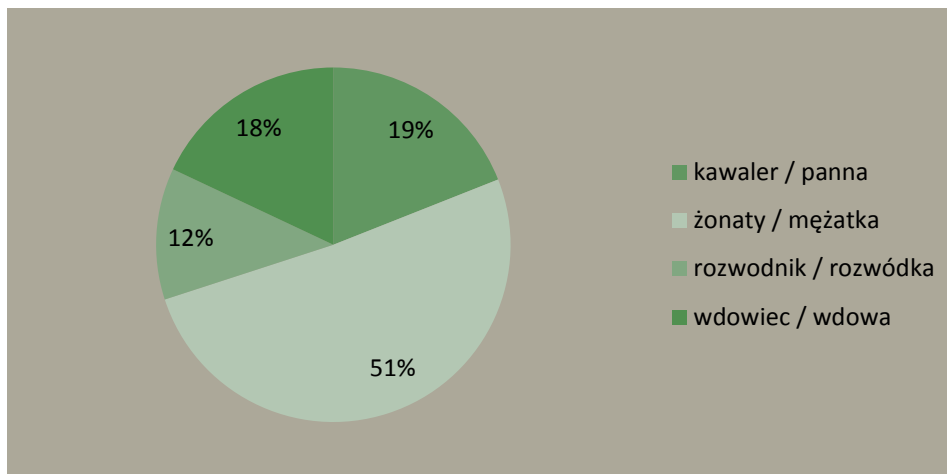
Charakterystyka badanej populacji

Wyniki badań poddane zostały analizie statystycznej przy użyciu programu SPSS. Za istotne statystycznie zależności przyjęto te, których poziom istotności wynosił $p \leq 0,05$. Dane zostały przedstawione za pomocą podstawowych statystyk opisowych: odchyleniu standardowemu i wariancji. Do analizy próby zastosowano także test zgodności Chi kwadrat (zwany testem Pearsona), który został wykorzystany do porównania występowania obserwacji z ich teoretycznym występowaniem. Dokonano także obliczeń poziomu istotności, który oznacza maksymalne dopuszczalne prawdopodobieństwo popełnienia błędu.



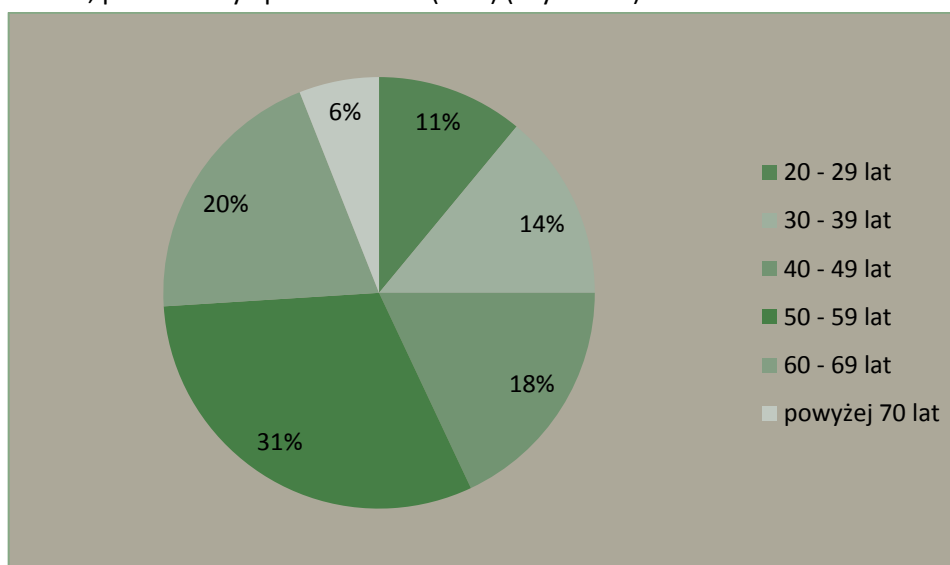
Wykres 3. Płeć respondentów

Struktura płci badanej grupy respondentów przedstawiała się następująco. Większość stanowiły kobiety (58%), pozostali to mężczyźni (42%) (Wykres 3.).



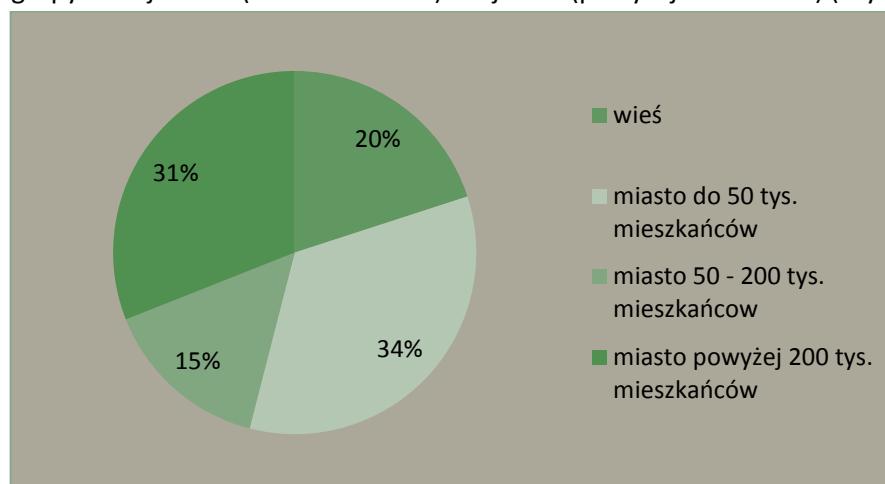
Wykres 4. Stan cywilny badanej grupy

Zdecydowana większość spośród ankietowanych pozostawała w związku małżeńskim (51%), natomiast 19% w przeciwieństwie do wymienionej grupy nie było związanych. 18% respondentów straciło swojego współmałżonka, pozostali byli po rozwodzie (12%) (Wykres 4.).



Wykres 5. Struktura wiekowa respondentów

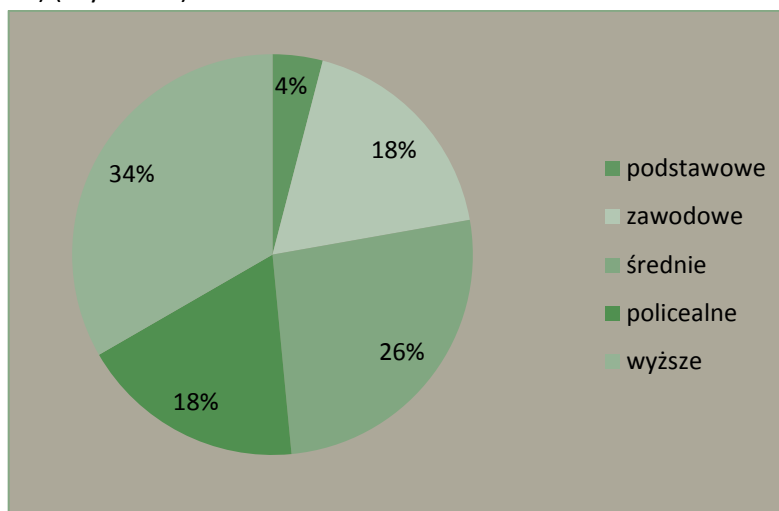
Najliczniejszą grupę respondentów pod względem wieku stanowiły osoby od 50 do 59 lat (31%). W dalszej kolejności pod względem liczebności uplasowała się grupa w przedziale 60 lat (60 – 69 lat – 20%), 18% to osoby w wieku od 40 do 49 lat, 14% stanowiły trzydziestolatki (30 – 39 lat). Dwie najmniej liczne a zarazem skrajne grupy to najmłodszy (20-29 lat – 11%) i najstarsi (powyżej 70 lat – 6%) (Wykres 5.).



Wykres 6. Miejsce zamieszkania respondentów

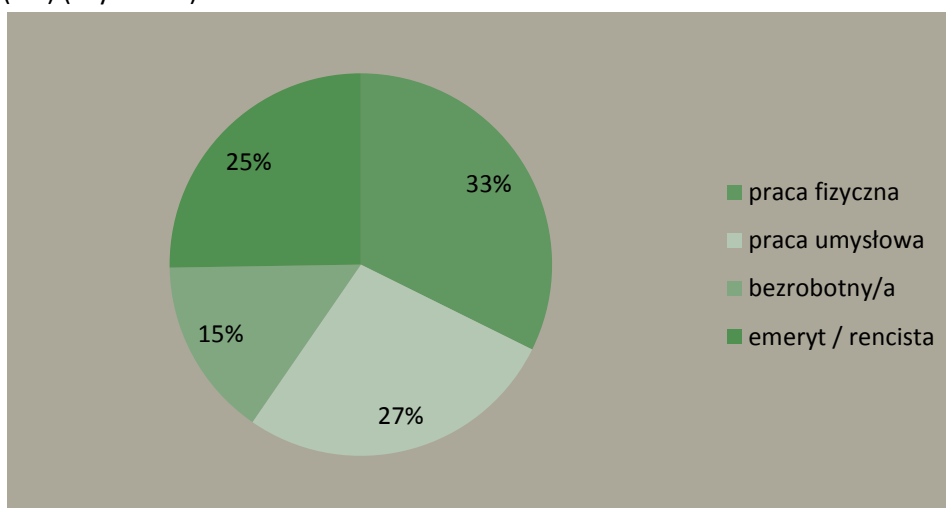
Wśród ogółu respondentów największy odsetek stanowią mieszkańcy miast do 50 tysięcy mieszkańców (34%), druga najliczniejsza grupa to ankietowani z dużych miast (miasto powyżej 200 tysięcy mieszkań-

ców – 31%). 15% badanych deklaruje miasto od 50 do 200 tysięcy jako miejsce zamieszkania, pozostali byli mieszkańcami wsi (20%) (Wykres 6.).



Wykres 7. Poziom wykształcenia respondentów

Ankietowani zostali zapytani o poziom swojego wykształcenia. 33% badanych deklarowało wykształcenie wyższe a 26% – średnie. Dwie tak samo liczne grupy stanowili respondenci z wykształceniem policealnym i zawodowym (odpowiednio po 18%), natomiast najmniejsza grupa to osoby, które ukończyły szkołę podstawową (4%) (Wykres 7.).



Wykres 8. Status zawodowy badanej grupy

Spośród badanej grupy 32% stanowiły osoby, których praca miała charakter fizyczny, 27% pracowało umysłowo. Dla 25% stałym źródłem utrzymania była renta lub emerytura, pozostali pozostawali bez pracy (15%) (Wykres 8.)

Źródła wsparcia dla pacjenta w bólu nowotworowym

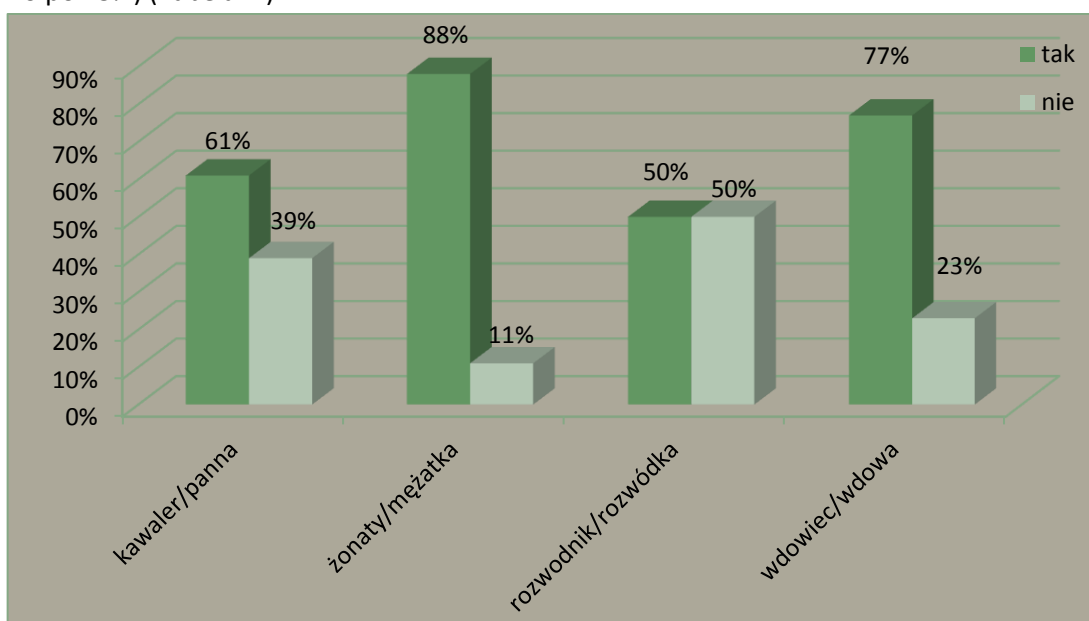
Tabela 1. Przynależność do grup wsparcia z uwzględnieniem wieku respondentów

Przynależność do grup wsparcia badanych respondentów		Wiek						Ogółem
		20-9 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	powyżej 70 lat	
Tak	Liczebność	3	5	5	1	8	1	23
	% z Przynależność do grup wsparcia badanych respondentów	13,0%	21,7%	21,7%	4,3%	34,8%	4,3%	100,0%
	% z Wiek	23,1%	29,4%	22,7%	2,7%	33,3%	14,3%	19,2%
	% z Ogółem	2,5%	4,2%	4,2%	,8%	6,7%	,8%	19,2%
Nie	Liczebność	10	12	17	36	16	6	97
	% z Przynależność do grup wsparcia badanych respondentów	10,3%	12,4%	17,5%	37,1%	16,5%	6,2%	100,0%
	% z Wiek	76,9%	70,6%	77,3%	97,3%	66,7%	85,7%	80,8%
	% z Ogółem	8,3%	10,0%	14,2%	30,0%	13,3%	5,0%	80,8%

Przynależność do grup wsparcia badanych respondentów		Wiek						Ogółem
		20-9 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	powyżej 70 lat	
ogółem	Liczebność	13	17	22	37	24	7	120
	% z Przynależność do grup wsparcia badanych respondentów	10,8%	14,2%	18,3%	30,8%	20,0%	5,8%	100,0%
	% z Wiek	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% z Ogółem	10,8%	14,2%	18,3%	30,8%	20,0%	5,8%	100,0%

Chi kwadrat = 11,150; df = 5; p = 0,048

W obliczu choroby większość osób poszukuje pomocy u innych. Przynależność do grup wsparcia jest zależna od wieku badanej grupy. Poziom istotności między wymienionymi zmiennymi jest równy $p = 0,048$ (Tabela 1.). Zdecydowana większość respondentów spośród wszystkich grup wiekowych nie poszukuje pomocy i pozostaje sama z zaistniałą sytuacją (20-29 lat – 77%; 30-39 lat – 71%; 40-49 lat – 77%; 50-59 lat – 97%; 60-69 lat 67%; powyżej 70 lat – 86%). Wśród badanych najczęściej do grup wsparcia przynależą osoby w wieku od 60 do 69 lat (67%), trzydziestolatkowie (71%) i w równym najmłodszy i czterdziestolatkowie (odpowiednio po 23%) (Tabela 1.).



Wykres 9. Obecność innych osób w momencie oznajmienia występującej choroby nowotworowej z uwzględnieniem stanu cywilnego

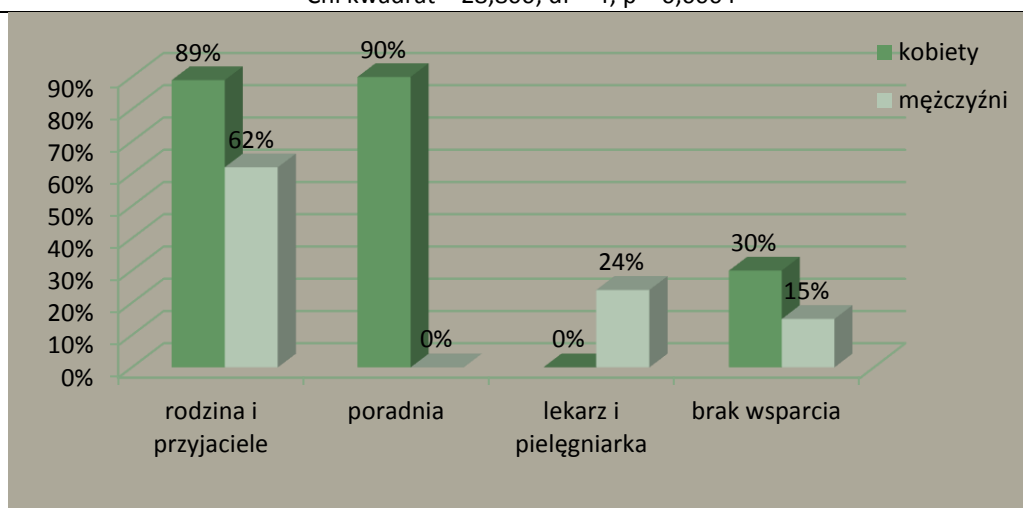
Obecność innych osób przy fakcie oznajmiania o zdiagnozowanym nowotworze jest zależna od stanu cywilnego respondentów. Wśród osób, które nie pozostawały same z problemem najczęściej były osoby zamężne (88%), wdowy i wdowcy (77%). W dalszej kolejności uplasowali się respondenci nie pozostający w żadnym związku (61%) i rozwodnicy (50%). Ankietowani, którzy najczęściej byli sami w momencie diagnozy to osoby niezamężne (39%) i rozwodnicy (50%) (Wykres 9.)

Tabela 2. Źródła wsparcia dla badanych respondentów z uwzględnieniem płci

Największe źródło wsparcia dla badanych respondentów		Płeć		Ogółem
		kobieta	mężczyzna	
rodzina i przyjaciele	Liczebność	62	31	93
	% z Największe źródło wsparcia dla badanych respondentów	66,7%	33,3%	100,0%
	% z Płeć	88,6%	62,0%	77,5%
	% z Ogółem	51,7%	25,8%	77,5%
poradnia	Liczebność	6	0	6
	% z Największe źródło wsparcia dla badanych respondentów	100,0%	,0%	100,0%
	% z Płeć	8,6%	,0%	5,0%
	% z Ogółem	5,0%	,0%	5,0%
lekarz i pielęgniarka	Liczebność	0	12	12
	% z Największe źródło wsparcia dla badanych respondentów	,0%	100,0%	100,0%
	% z Płeć	,0%	24,0%	10,0%

Największe źródło wsparcia dla badanych respondentów		Płeć		Ogółem
		kobieta	mężczyzna	
	% z Ogółem	0%	10,0%	10,0%
brak wsparcia	Liczebność	2	7	9
	% z Największe źródło wsparcia dla badanych respondentów	22,3%	77,7%	100,0%
	% z Płeć	2,9%	14,8%	7,5%
	% z Ogółem	1,7%	5,8%	7,5%
Ogółem	Liczebność	70	50	120
	% z Największe źródło wsparcia dla badanych respondentów	58,3%	41,7%	100,0%
	% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%
	% z Ogółem	58,3%	41,7%	100,0%

Chi kwadrat = 28,800; df = 4; p = 0,0004



Wykres 10. Źródła wsparcia dla badanych respondentów z uwzględnieniem płci

Wybierane źródło wsparcia przez respondentów często jest w ścisłej korelacji z płcią badanych. Poziom istotności wymienionych zmiennych jest równy $p = 0,0004$ (Tabela 2.). Kobiety częściej niż mężczyźni jako powierników swoich problemów w 89% wybierają rodzinę i przyjaciół, 9% udaje się do poradni. Płeć przeciwna częściej prowadzi rozmowy na temat choroby z personelem medycznym (24%) lub całkowicie pozostają bierni i nie szukają wsparcia w trudnych chwilach (15%) (Wykres 10.).

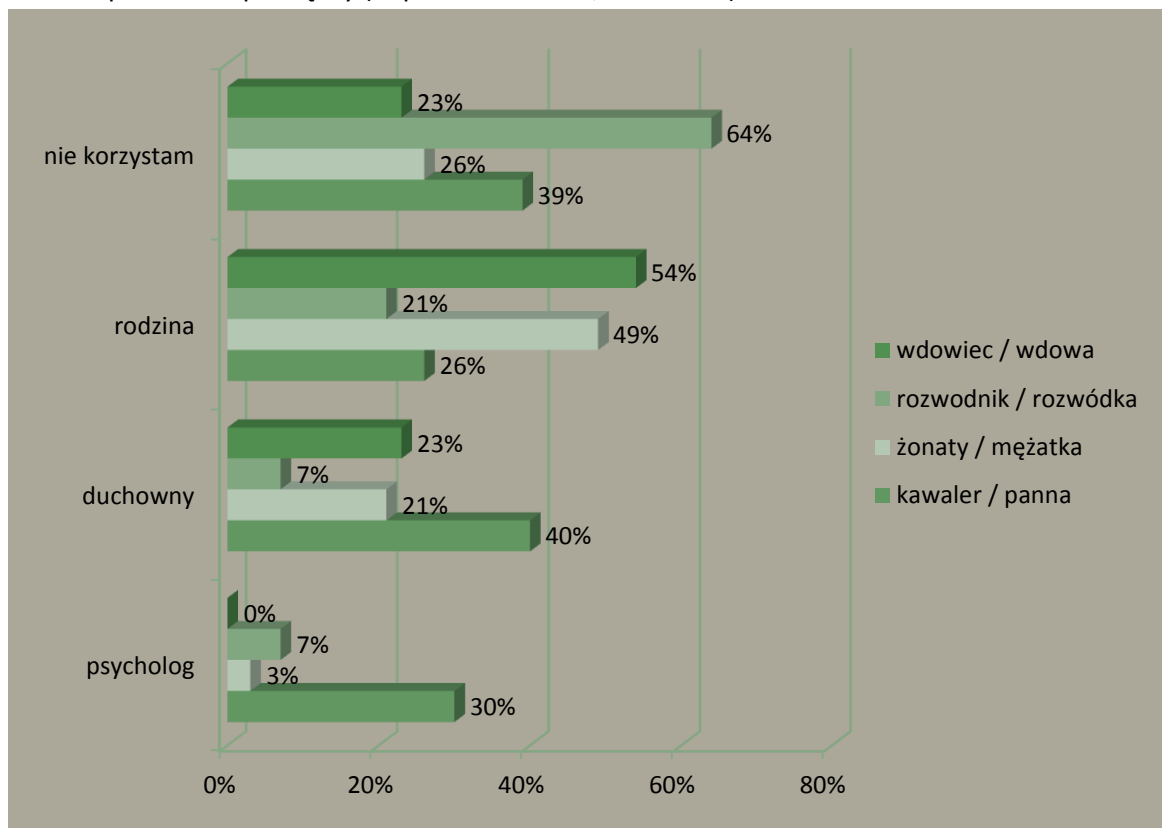
Tabela 3. Wsparcie finansowe a wiek respondentów

Otrzymywanie wsparcia finansowego		Wiek						Ogółem
		20-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	powyżej 70 lat	
Tak	Liczebność	9	13	14	25	13	4	78
	% z Otrzymywanie wsparcia finansowego	11,5%	16,7%	17,9%	32,1%	16,7%	5,1%	100,0%
	% z Wiek	69,2%	76,5%	63,6%	67,6%	54,2%	57,1%	65,0%
	% z Ogółem	7,5%	10,8%	11,7%	20,8%	10,8%	3,3%	65,0%
Raczej tak	Liczebność	0	0	3	0	0	0	3
	% z Otrzymywanie wsparcia finansowego	0%	0%	100,0%	0%	0%	0%	100,0%
	% z Wiek	0%	0%	13,6%	0%	0%	0%	2,5%
	% z Ogółem	0%	0%	2,5%	0%	0%	0%	2,5%
Raczej nie	Liczebność	1	0	3	1	1	0	6
	% z Otrzymywanie wsparcia finansowego	16,7%	0%	50,0%	16,7%	16,7%	0%	100,0%
	% z Wiek	7,7%	0%	13,6%	2,7%	4,2%	0%	5,0%
	% z Ogółem	0,8%	0%	2,5%	0,8%	0,8%	0%	5,0%
Nie	Liczebność	2	4	2	11	10	3	32
	% z Otrzymywanie wsparcia finansowego	6,3%	12,5%	6,3%	34,4%	31,3%	9,4%	100,0%
	% z Wiek	15,4%	23,5%	9,1%	29,7%	41,7%	42,9%	26,7%

Otrzymywanie wsparcia finansowego		Wiek						Ogółem
		20-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	powyżej 70 lat	
	% z Ogółem	1,7%	3,3%	1,7%	9,2%	8,3%	2,5%	26,7%
nie dotyczy	Liczebność	1	0	0	0	0	0	1
	% z Otrzymywanie wsparcia finansowego	100,0%	0%	0%	0%	0%	0%	100,0%
	% z Wiek	7,7%	0%	0%	0%	0%	0%	0,8%
	% z Ogółem	8%	0%	0%	0%	0%	0%	0,8%
Ogółem	Liczebność	13	17	22	37	24	7	120
	% z Otrzymywanie wsparcia finansowego	10,8%	14,2%	18,3%	30,8%	20,0%	5,8%	100,0%
	% z Wiek	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% z Ogółem	10,8%	14,2%	18,3%	30,8%	20,0%	5,8%	100,0%

Chi kwadrat = 33,687; df = 20; p = 0,028

Wsparcie finansowe jest uzależnione od wieku badanych. Poziom istotności korelacji zmiennych jest równy $p = 0,028$ (Tabela 3.). Spośród wszystkich grup wiekowych najczęściej respondenci deklarowali korzystanie z tego rodzaju wsparcia (20 – 29 lat – 69%; 30 – 39 lat – 76%; 40 – 49 lat – 64%; 50 – 59 lat – 68%; 60 – 69 lat – 54%; powyżej 70 lat – 57%). Najmłodszy ankietowany w równym stopniu raczej nie czerpali korzyści finansowych lub w ogóle nie dotyczyła ich ta kwestia (odpowiednio po 8%), 15% zaznaczało odpowiedź „nie”. Osoby między 40 a 49 rokiem życia w 14% raczej korzystały ze wsparcia finansowego, taki sam odsetek zaznaczał odpowiedź „raczej nie”. Spośród tej grupy 9% w ogóle nie pobierało pomocy pieniężnej. Pięćdziesięciolatki sześćdziesięciolatki i najstarsza grupa badanych tuż po deklarowanym korzystaniu z funduszy, zgłaszali brak pobierania pieniędzy (odpowiednio 30%, 42% i 43%).

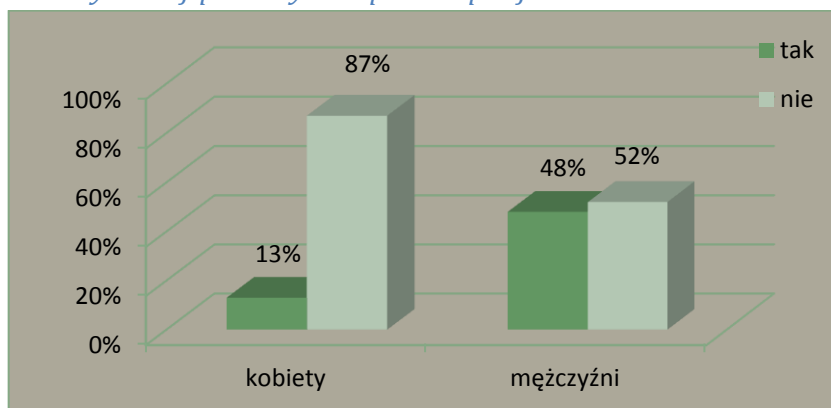


Wykres 11. Pomoc psychologiczna a stan cywilny respondentów

Korzystanie z pomocy psychologicznej jest uzależnione od stanu cywilnego badanych. Poziom istotności korelacji dwóch zmiennych jest mniejszy od $p \leq 0,05$ i wynosi $p = 0,0008$. Wśród kawalerów i panien najczęstszą formą pomocy, z której korzystają jest wizyta u psychologa (30%) i wsparcie ze strony rodziny (26%). 39% w obliczu choroby pozostaje bez pomocy innych. Osoby zamężne najczęściej oparcia szukają wśród rodziny (49%) i duchownego (21%). Respondenci po rozwodzie w jednakowym odsetku sięgają po pomoc do psychologa i duchownego (odpowiednio po 7%). Jednak najczęściej są wspierani przez członków

swojej rodziny (21%). Dla osób, które utraciły współmałżonka w największym stopniu filarem wsparcia są najbliżsi (rodzina – 54%), w dalszej kolejności deklarowali rozmowy z duchownym (23%), pozostali nie szukają pomocy i z problemem zostają sami (23%) (Wykres 11.).

Ocena okazywanej pomocy i wsparcia pacjentom



Wykres 12. Postrzeganie pomocy i wsparcia od najbliższych jako litości z uwzględnieniem płci respondentów

Pomoc niesiona przez najbliższych często odbierana jest jako gest litości wobec osoby chorej. Korelacja płci i postrzegania otrzymywanego wsparcia jest istotna statystycznie, poziom istotności jest równy $p = 0,0003$. Kobiety zdecydowanie nie odbierają negatywnie pomocy udzielanej im przez najbliższych (87%). Mężczyźni w przeciwieństwie do płci przeciwnej w niemal równym stopniu odbierają pomoc jako gest politowania i zwykłą pomoc z „dobrego serca” (odpowiednio 48% i 52%) (Wykres 12.).

Choroba nowotworowa traktowana jest jako wydarzenie, które głęboko wkracza w życie społeczne osoby chorej i jej stosunki rodzinne. W Polsce jest drugą przyczyną zgonów stanowiąc przy tym istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. To wielkie wyzwanie dla chorego, które może manifestować różnorodnością postaw stwarzając problemy z przystosowaniem się do niej. Najbardziej pożądaną jest akceptacja choroby przejawiająca się gotowością do akceptacji siebie w roli chorego, roli którą trzeba pełnić do końca życia [31].

Przeprowadzone wyniki własne badań dowodzą, że wiek osób doświadczających choroby nowotworowej i towarzyszącego im bólu ma znaczący wpływ na akceptację choroby. Najlichnieszą grupę osób akceptujących swoją chorobę stanowiły osoby najstarsze powyżej 70 roku życia 71%, natomiast osoby które nie potrafią zaakceptować obecności nowotworu w swoim organizmie to pięćdziesięciolatki stanowiąc przy tym 68% badanych. Uogólniając wyniki chorobę akceptuje blisko 26% natomiast pozostali nie mogą pogodzić się z obecnością nowotworu bądź też, nie potrafią określić jaki jest ich stosunek do choroby. Podobne wyniki aczkolwiek nieco wyższe uzyskały w swoich badaniach G. Wiraszka i B. Lelonek [31]. Osoby, które akceptowały swoją chorobę stanowiły 37%, natomiast osoby nie potrafiące pogodzić się ze swoim stanem to 63% badanych.

Wsparcie niewątpliwie wywiera znaczący wpływ na całościowe funkcjonowanie chorego, a tym samym jakość życia. Ma swój wydzźwięk zwłaszcza w sferze psychicznej. Może zmniejszyć nasilenie objawów choroby. Daje poczucie bezpieczeństwa, jakże istotne w aspekcie jakości życia pacjenta zmagającego się z chorobą nowotworową [31]. Wśród badanych najczęściej do grup wsparcia przynależą osoby w wieku od 60 do 69 lat stanowiąc przy tym 67%. Wskaźnik ten znacząco różni się od badań przeprowadzonych w artykule I. Michałowskiej – Wieczorek gdzie przynależność do grupy wsparcia wśród przebadanych osób w podobnym wieku wynosiła jedynie 42% w przeciwieństwie do trzydziestolatków, którzy stanowili największą grupę 69%.

Związek z przynależnością do grup wsparcia ma odczuwany przez chorych na nowotwór lęk. Osoby które posiadają wielodzietne rodziny najczęściej bały się śmierci w następstwie choroby stanowiąc przy tym (33%). Natomiast jeśli chodzi o bezdzietnych respondentów jako największe źródło lęku wskazywali chorobę (71%). Wynik ten w niewielkim stopniu odbiega od badań przeprowadzonych przez A. Nowickiego gdzie w przypadku chorych na nowotwór posiadających wielodzietne rodziny, chorzy którzy bali się śmierci sta-

nowili (39%), natomiast wśród bezdietnych respondentów choroba będąca największym źródłem lęku stanowiła (64%).

Wyniki dowodzą, że rodzina pełni kluczową rolę w adaptacji funkcjonalnej osób chorych na nowotwór. Badania własne pozwalają na określenie największego źródła wsparcia dla chorego. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni jako swoich powierników wybierają rodzinę i przyjaciół (89%), natomiast (9%) udaje się do poradni. Płeć przeciwna częściej zaś prowadzi rozmowy z personelem medycznym (24%), bądź też nie szukają wsparcia w trudnych chwilach stanowiąc przy tym (15%). Znaczenie rodziny jako głównego wsparcia dokumentują również praca de Walden – Gałuszko K., gdzie wybór rodziny i przyjaciół przez kobiety jako największe źródło wsparcia stanowi 85% natomiast u mężczyzn podobnie jak w badaniach własnych 62%.

Wnioski

- Grupy wsparcia stanowią istotny element życia, pomimo to jedynie 19% respondentów przynależy do grup wsparcia. Najwięcej chorych 33% należy do grup wsparcia pomiędzy 60 a 69 rokiem życia.
- Rodzina i przyjaciele stanowią największe źródło wsparcia (77,5%) dla osoby chorej. Wśród kobiet 89% jako największe źródło wsparcia wybiera rodzinę i przyjaciół, natomiast mężczyźni nieco mniej ponieważ 62%.
- Udzielaną przez najbliższych pomoc i wsparcie kobiety zdecydowanie nie odbierają negatywnie (87%). Mężczyźni natomiast w przeciwieństwie do płci przeciwnej w niemal równym stopniu odbierają pomoc jako gest politowania i zwykłą pomoc z „dobrego serca” (odpowiednio 48% i 52%).

Bibliografia

1. Bazaliński D., Kaczmarska D., Bujalski D.; Lęk i ból u osób poddanych profilaktycznej endoskopii jelita grubego. *Współczesna Onkologia* 2010, vol. 14; 5, 326–332.
2. Czerwik-Kulpa M.; Oczekiwanie chorych z bólami nowotworowymi i stopień zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej. *Psychoonkologia* 2009, 1–2: 11–16.
3. Deptała A.: *Onkologia w praktyce*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
4. De Walden-Gałuszko K., *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
5. Didkowska J., *Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce*, [w:] dr n. med. J. Meder (red.), *Podstawy onkologii klinicznej*, Warszawa 2011, s. 5 – 16
6. Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku*, wyd. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2009, s. 2 – 5.
7. Gołąb D., *Jak radzić sobie z emocjonalnymi skutkami choroby nowotworowej?*, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2011, s. 9 – 12.
8. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D., *Psychologia w praktyce medycznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 54.
9. Janecki M., Janecka J.: Behawioralna ocena bólu u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową objętych stacjonarną opieką paliatywną. *Medycyna Paliatywna* 2009, 1, 27–32.
10. Jarosz J.: *Leczenie bólów nowotworowych*. Warszawa 2009, s. 527 – 531.
11. Jarosz J., Wikłacz R., Grzejszczak M., Czerwik-Kulpa M., Smolik B., Opieka J., Markowska-Gąsiorowska A., Majewska M.; Ocena zapotrzebowania na działalność szpitalnego zespołu wsparcia w szpitalu onkologicznym. *Medycyna Paliatywna* 2010, 1, 18–24.
12. Kotlińska-Lemieszek A.: Ból u pacjenta z chorobą nowotworową – leczenie zazwyczaj skuteczne, ale nie zawsze. Z czego wynikają główne trudności? *Medycyna Paliatywna* 2009, 1, 11–21.
13. Kozaka J.; Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010, 2, 60–69.
14. Kram M., Kurylak A.: Ból w przebiegu choroby nowotworowej u dzieci i młodzieży. *Współczesna Onkologia* 2006, vol. 10; 7, 344–348.
15. Krzemieniecki K.; Problematyka leczenia bólu nowotworowego w praktyce onkologa klinicznego. *Współczesna onkologia* 2005, vol. 9; 1, 30–33.

16. Kurowska K., Kołodziejska K.; Orientacja życiowa i poziom wsparcia wyznacznikiem zapotrzebowania rodzin na domową opieką hospicyjną. *Współczesna Onkologia* 2008, vol. 12; 10, 455–460.
17. Kurowska K., Plechowska Z.; Poczucie koherencji a wsparcie społeczne otrzymywane przez rodziny pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Współczesna Onkologia* 2008, vol. 12; 8, 388–394.
18. Kurowska K., Turkowska J.; Orientacja życiowa a style radzenia sobie ze stresem w rodzinach pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Współczesna Onkologia* 2008, vol. 12; 6, 283–289.
19. Lutostańska I., Mrówczyńska E., Mazurkiewicz B., Stachowiak A.; Analiza Zintegrowanego Systemu Opieki nad osobami umierającymi na oddziale opieki paliatywnej – wszechstronna ocena potrzeb pacjentów w okresie terminalnym choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna* 2010, 2, 100–106.
20. Łobocki M.; Metody i techniki badań pedagogicznych. Oficyna Wydawnictwa „Impuls”, Kraków 2003, s. 27, 243 – 268.
21. Nowicki A., Krzysińska J., Kowalewski J.; Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca. *Współczesna Onkologia* 2006, vol. 10; 9, 468–474.
22. Nowicki A., Rządkowska B.; Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkologia* 2005, vol. 9; 9, 396–403.
23. Pilch T.; Zasady badań pedagogicznych. Wydawnictwo Żak, Warszawa 1995, s. 10 – 20.
24. Piskozub M.; Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym. *Psychoonkologia* 2010, 1, 1–13.
25. Sieńkowska-Magoń M., Grzesiak J., Leś J., Żukowski P., Brzozowski K.; Leczenie bólu u chorych z zaawansowaną postacią raka nerki. *Współczesna Onkologia* 2005, vol. 9; 3, 110–115.
26. Stańko M.; Arteterapia jako metoda profesjonalnej pomocy chorym na nowotwory. *Współczesna Onkologia* 2008, vol. 12; 3 (148–152)
27. Szczepańska-Gieracha J., Malicka I., Rymaszewska J., Woźniowski M.; Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współczesna Onkologia* 2010, vol. 14; 6, 403–410.
28. Wnuk M., Marcinkowski J. T., Hędzulek M., Świstak-Sawa S.; Religijno-duchowe korelaty siły nadziei oraz poczucia sensu życia pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 2010, 1, 14–20.
29. Woźniak W.; Anatomia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL , Warszawa 2006, 44-45.
30. Woźniak-Holecka J., Zborowska K., Holecki T.; Medycyna alternatywna jako uzupełniająca forma leczenia chorób nowotworowych w opinii pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 2010, 1, 21–28.
31. Wiraszka G., Lelonek B.; Funkcjonowanie chorego z białaczką, a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne* 2008, 10: 21 – 26.
32. Zielińska-Więczkowska H., Betlakowski J.; Pomiar i ocena wsparcia społecznego u pacjentów hospitalizowanych poddanych chemioterapii. *Współczesna Onkologia* 2010, vol. 14; 3, 229–232.
33. Rocznik demograficzny 2008, Warszawa 2008, Główny Urząd Statystyczny, s. 362-365.
34. <http://www.psychoonkologia.info.pl/pacjenci/index.php?dzial=&mid=42&parent=1>, 06.02.2012.
35. <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?1737>, 06.02.2012.
36. http://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/1,105912,9038571,Rozpoznanie_i_leczenie_bolu.html?as=3&startsz=x, 06.02.2012
38. <http://www.psychoonkologia.info.pl/pacjenci/index.php?dzial=&mid=43&parent=1>, 07.02.2012

Поширеність, клінічна гетерогенність та діагностика інфекції, викликаної вірусом герпесу людини 6 типу

Потьомкіна Г. О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Анотація: Досліджено, що вірус герпесу людини 6 типу стимулював репродукцію Епштейна-Барр вірусу і цитомегаловірусу в 60,9% хворих. Діагностика інфекції проводилася на основі виявлення специфічних антитіл та ДНК вірусу в крові, слині чи слизовій глотки. Виділені клінічні форми інфекції. У більшості випадків спостерігалися тривалий субфебрилітет, лімфаденопатія, ураження центральної нервової системи на тлі комбінованого лімфоцитарно-фагоцитарного імунодефіциту.

Ключові слова: вірус герпесу людини 6 типу, поширеність інфекції, клінічна гетерогенність, діагностика

Rozpowszechnienie, kliniczna różnorodność i diagnoza ludzkiego wirusa opryszczki typu 6, wywołującego infekcje

Potomkina H. O.

Narodowy Lwowski Uniwersytet Medyczny im. Danyła Halickiego, Katedra immunologii i alergologii, Lwów

Streszczenie: Wykazano, że wirus opryszczki ludzkiej typu 6 jest zdolny do stymulacji wirusa Epstein-Barr i cytomegalowirusa odtworzenia u 60.9% pacjentów. Diagnoza tej infekcji bazuje na wykrywaniu specyficznych przeciwciał I wirusowego DNA w krwi, ślinie lub błonie śluzowej gardła. Wyróżniono pewne kliniczne formy infekcji. W większości przypadków odnotowano obniżoną temperaturę, podgorączkowom, centralny układ nerwowy na podłożu złożonej niedoboru odporności.

Słowa kluczowe: wirus opryszczki ludzkiej typu 6, Rozpowszechnienie infekcji, kliniczna heterogenność, diagnoza

Prevalence, clinical heterogeneity and diagnostic of human herpes virus type 6 caused infection

Potomkina H. O.

Danylo Halytsky Lviv national medical university, department of clinical immunology and allergology, Lviv

Summary: It was showed that human herpes virus type 6 is able to stimulate Epstein-Barr virus and cytomegalovirus reproduction in 60.9% of patients. Diagnosis of this infection was based on the detection of specific antibodies and viral DNA in blood, saliva or pharynx mucosa. There were dedicated some clinical forms of infection. In most cases the were observed low-grade fever, lymphadenopathy, central nervous system on the background of combined lymphocyte-phagocytic immunodeficiency.

Keywords: human herpes virus type 6, the prevalence of infection, clinical diversity, diagnosis

Останні роки ознаменувалися збільшенням числа хворих, в яких діагностується інфекція, викликана вірусом герпесу людини 6 типу (ВГЛ-6). Вперше ця інфекція була описана в 1910 р. В. М. Загорський як гостра інфекція у дітей молодшого віку (4 місяці – 3 роки), для якої характерні гарячка та плямисті висипання. Незважаючи на те, що інфікованість населення цим вірусом на теперішній час досягає 100%, існує обмежена інформація щодо патогенезу, клініки, діагностики та лікування ВГЛ-6-інфекції, а через складності лабораторної діагностики спостерігається її гіподіагностика. ВГЛ-6 – імуносупресивний, нейротропний вірус з опортуністичними властивостями, який викликає лімбічний енцефаліт, епілепсію, розсіяний склероз, тривалий субфебрилітет, системну лімфаденопатію, пневмонію, гепатит, міокардит, злоякісні пухлини, синдром хронічної втоми, алергічний синдром тощо. Особливістю цього вірусу є те, що він частіше уражає центральну нервову систему, ніж периферичну, в тому числі в імунокомпетентних осіб. На сьогодні виділяють ВГЛ-6А і ВГЛ-6В. ВГЛ-6А пов'язують з розсіяним склерозом, медіанною скроневою епілепсією, СНІДом, злоякісними новоутворами. Спосіб

передачі цього вірусу невідомий. ВГЛ-6А інфікуються підлітки і дорослі. Відомий американський вірусолог Р. Галло запропонував перейменувати цей вірус у вірус герпесу людини 9 типу (HHV-9). ВГЛ-6В поширюється через слину; уражає дітей раннього віку, викликаючи раптову екзантему, гарячку, енцефаліт, судоми. У більшості випадків ВГЛ-6В переходить в стан персистенції, а в осіб з імунодефіцитом зберігається в активному стані протягом багатьох років, сприяючи формуванню патології різних органів та систем. Лікування хворих на ВГЛ-6-інфекцію є складним і дискусійним.

Тому, метою нашої роботи було вивчення поширеності, особливостей клінічного перебігу та діагностики ВГЛ-6-інфекції. Під нашим спостереженням знаходилися 46 пацієнтів, які були інфіковані ВГЛ-6. Тривалість хвороби коливалася в межах від 6 місяців до 7 років. У зв'язку з тим, що цей вірус володіє потужними трансактивуючими властивостями, він здатний стимулювати репродукцію інших вірусів (EBV, CMV, HHV-7, HHV-8, вірусів простого герпесу 1 і 2 типів тощо). У результаті інших досліджень лише у 6 (13,0%) хворих цей вірус був єдиним причинним фактором патологічних змін; у 28 (60,9%) хворих в комбінації з Епштейн-Барр вірусом (EBV); у 9 (20%) – в комбінації з EBV, цитомегаловірусом (CMV), у решти – з іншими герпесвірусами. Діагностика ВГЛ-6-інфекції проводилася на основі виявлення специфічних антитіл класу IgG та ДНК вірусу в крові, слині чи слизовій глотки. Цікавим виявився той факт, що в 7 (15,2%) на тлі реплікативної активності вірусу в крові, слизових, слині, специфічні класу IgG-ВГЛ-6 у крові не виявлялися. Поясненням такого феномену може бути те, що ВГЛ-6 може використовувати трансневральний шлях проникнення до НС. У цьому випадку ДНК вірусу не виявляється навіть у лікворі. Реплікація ВГЛ-6 в крові була виявлена в 7 (15%) хворих, перебіг інфекції в яких був важким і характеризувався вираженими симптомами нейроінфекції, приступами епілепсії, а в старших психопатичними станами. У дітей раннього дошкільного та шкільного віку цей вірус часто ставав причиною епілепсії. Встановлені наступні клінічні форми ВГЛ-6-інфекції: 1) нейроінфекція – 9 (19,6%) хворих; 2) синдром тривалого субфебрилітету чи фебрильної гарячки – 10 (21,7%); 3) алергічний синдром – 5 (10,9%); 4) вісцеральні ураження (легень, печінки) – 4 (8,7%) хворих 6) комбінація вище вказаних синдромів та системної лімфаденопатії – 35%. У всіх хворих був діагностований синдром хронічної втоми. У загальному аналізі крові найчастіше виявлявся абсолютний лімфоцитоз, рідше абсолютна лімфопенія на тлі нормального числа лейкоцитів. Аналіз імунограми частіше вказував на наявність імунодефіцитів за комбінованим лімфоцитарно-фагоцитарним типом, зниження числа НК клітин (натуральні кілери), збільшення/зниження CD8+-лімфоцитів. Кількість Т-хелперів змінювалася незначно в усіх хворих. У 63% хворих ми спостерігали зниження поглинальної (латекс-тест) та перетравлюючої (НСТ-тест) здатності фагоцитів. Дітям до 10 років була рекомендована наступна терапія: специфічні імуноглобуліни, гропрінозин (у випадку відсутності реплікації ВГЛ-6 у крові), інтерферони, інтерфероногени, гепатопротектори, ентеросорбенти, симптоматичні середники. Дорослим хворим у якості противірусного препарату були рекомендовані валацикловір, фамвір, цимевен. Хворі з нейроінфекцією скеровувалися на консультацію та лікування до неврологів та психіатрів. Після основного курсу лікування хворим проводився імуореабілітаційний курс лікування з використанням імуотропних препаратів відповідно до порушення тієї чи іншої ланки імунної системи.

Таким чином, хвороби, причиною яких стає вірус герпесу людини 6 типу володіє потужними нейротропними властивостями, особливо в асоціації з Епштейн-Барр вірусом. У більшості випадків ця вірусна асоціація стає причиною ураження центральної нервової системи. У зв'язку з тим, що ВГЛ-6, як і більшість герпесвірусів, викликає тривалий субфебрилітет та лімфаденопатію, практикуючим лікарям, а особливо сімейним лікарям, необхідно знати особливості клінічного перебігу та діагностики ВГЛ-6-інфекції з метою подальшого скерування хворого на консультацію та лікування до лікаря клінічного імунолога.

Поширеність тютюнокуріння серед студентів

Зубченко С. О.

Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівський медичний коледж ім. Андрея Крупинського»

Анотація: Проведено анкетне опитування серед 603 студентів Львівського медичного коледжу імені Андрея Крупинського щодо поширеності тютюнокуріння. Виявлено, що курили 28,4% студентів, а 5,4% – пробували тютюнову продукцію час від часу. Частка юнаків-курців складала 46,7%, частка дівчат-курців була меншою (20,9%). Визначено, що дівчата майже в 2 рази більше курили до 5 цигарок/день, тоді як хлопці – в 2-3 рази більше курили по 6-10 і більше цигарок/день. Серед дівчат виявлена тенденція до збільшення вживання тютюнової продукції з віком.

Ключові слова: студентська молодь, шкідливі звички, тютюнокуріння

Rozpowszechenie palenia wśród studentów

Zubchenko S. O.

Streszczenie: Kwestia palenia była prowadzona wśród 603 studentów Lwowskiego Liceum Medycznego im. Andrzeja Krupńskiego. Odnotowano, że 28,4% studentów pali permanentnie, a 5,4% używa wyrobów tytoniowych od czasu do czasu. Proporcja młodych mężczyzn palących wynosi 46,7%, a młodych palących kobiet jest niższa (20,9%). Odkryto, że dziewczęta palą 2 razy więcej, do 5 papierosów na dzień, podczas gdy chłopcy palą 6-10 papierosów 2-3 razy więcej.

Słowa kluczowe: studenci, złe nawyki, palenie

Prevalence of smoking among students

Zubchenko S. O.

Abstract: A questionnaire about the prevalence of smoking was held among 603 students of Lviv Medical College named after Andrey Krupynsky. It is found that 28.4% of students were smoking, and 5.4% were trying tobacco products from time to time. The proportion of young-men smokers is 46, 7%, the proportion of young women smokers is lower (20,9%). It is determined that the girls smoke almost 2 times more up to 5 cigarettes per day, while the boys smoke 6-10 or more cigarettes per day 2-3 times more. A tendency of increasing the use of tobacco products with age is found among the girls.

Keywords: students, bad habits, smoking

Останнім часом в Україні в умовах соціально-демографічної кризи питання збереження здоров'я молодого покоління, зокрема студентського віку, перетворилось на предмет гострої уваги. Особливу зацікавленість привертає поширення серед молоді шкідливих звичок, зокрема тютюнокуріння, його зв'язок із різноманітними соціальними факторами і вплив на здоров'я.

Мета роботи – ретроспективний аналіз анкетних даних щодо поширеності тютюнокуріння серед студентської молоді.

Матеріали і методи

Для досягнення мети використаний соціологічний метод. Була розроблена оригінальна анкета, яка вміщувала понад 250 детальних питань щодо анамнестичних даних студентів, в т. ч. стосовно тютюнокуріння. Статистичний аналіз проводився за допомогою програм Microsoft Excel, Statistica.

Результати і обговорення

В анкетуванні брали участь 603 студентів Львівського медичного коледжу ім. Андрея Крупинського, віком 17-20 років здебільшого жіночої статі (95%).

Опитування щодо поширення тютюнокуріння проводили, включаючи питання про інтенсивність, тривалість і вік початку вживання тютюнової продукції. Курцем вважали особу, яка викурювала хоча б

одну цигарку в день. Також виділена група студентів, які курили епізодично – це потенційні курці в майбутньому.

На підставі анкетних даних встановлено, що стаж куріння був у середньому 4-5 років. Причини тютюнокуріння: серед юнаків - бажання бути незалежним, поліпшити дружнє спілкування; серед дівчат – «допомога» у стресовій ситуації, побоювання видаватися «білою вороною» тощо. Визначено, що споживали тютюнову продукцію 171 студент (28,4±2,2%). Серед юнаків курили 46,7±0,5%; з них по 1-5 цигарок/день – 35,7±0,6%, по 6-10 цигарок/день – 42,8±0,4%, до 20 цигарок/день – 21,4±0,5%. Серед опитаних дівчат-студенток відносна частка осіб, які мали цю шкідливу звичку була меншою, а саме 20,9±0,3%; з них викурювали по 1-5 цигарок/день – 72,2±2,3%, по 6-10 цигарок/день – 21,4±1,7% і лише 6,3±0,9% дівчат викурювали до 20 цигарок/день. Пробували тютюнову продукцію час від часу 33 студента (5,4±0,43%). Таким чином, встановлено, що дівчата майже в 2 рази більше курили до 5 цигарок/день, тоді як хлопці – в 2-3 рази більше курили по 6-10 і більше цигарок/день.

Досліджено, що з віком кількість студентів-курців збільшувалась. Однак, серед юнаків не встановлена вікова тенденція щодо зростання поширеності шкідливої звички, а серед дівчат-студенток кількість курців зростала у відповідності до віку (коефіцієнт кореляції $r = + 0,82$, $p < 0,01$). Наочніше дану залежність демонструє той факт, що з-поміж студенток 17 років курили 19,6±1,2% опитаних, тоді як серед 20-річних кількість осіб зросла в 1,7 раз та становила 33,0±0,9%. Виявлена також вірогідна відмінність ($p < 0,01$) між часткою дівчат-студенток різних вікових груп, які викурювали до 5 цигарок на день. Так, у 17-річних їх кількість становила 82,7%, тоді як серед 20-річних – 45,4%. Таким чином, серед юнаків, які навчалися в медичному коледжі, частка регулярних курців була більшою ніж частка регулярних курців-дівчат. Водночас, серед дівчат спостерігалась тенденція до збільшення вживання тютюнової продукції з віком.

Висновки

Поширеність тютюнокуріння серед студентів медичного коледжу складала 28,4%.

Частка регулярних курців-юнаків (46,7±0,5%) була більшою, ніж частка регулярних курців-дівчат (20,9±0,3%).

Виявлена певна закономірність розповсюдження тютюнокуріння серед молоді: протягом дня дівчата-курці частіше викурювали до 5 цигарок / день, тоді як хлопці-курці – у 2-3 рази більше; загальне число курців збільшувалось завдяки осіб жіночої статі, які з віком збільшують споживання тютюнової продукції.

Поширеність реактивного артриту на тлі Епштейна-Барр вірусної інфекції серед студентської молоді

Чоп'як В. В., Ломіковська, М. П., Потьомкіна Г. О., Криль І. Й.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра клінічної імунології та алергології, м. Львів

Pośrednictwo reaktywnego artrytu na tle Epshteina-Bara wirusowych infekcji wśród młodzieży studenckiej

Czopiak W. W. Lomikowska M. P., Potomkina H. O., Kril I. J.

Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Dąbrowskiej, katedra klinicznej immunologii i alergologii, m. Lwów

Streszczenie: Wyniki wskazują, że na tle wysokiej podatności na infekcje młodzieży studenckiej wirusem Epshteina-Barra (ponad 99%), reaktywny артриту wirusowego pochodzenia formuje się w 7,5% wypadków. U wszystkich tych osób zostaldiagnozowane DNA wirusa Epshteina-Barra w próbkach tkanki śluzowej tylnej ścianki gardła na tle wysokiego tytrtu specyficznych przeciwciał wirusa, Epshteina-Bara chronicznego EBV infekcji z replikacyjnej aktywności.

Słowa kluczowe: młodzież, реакtywне Epshteina-Bara, wirus Epsteina-Barra, диагностика

Анотація: Результати дослідження вказують, що на тлі високої інфікованості студентської молоді вірусом Епштейна-Барр (понад 99%), реактивні артриту вірусного генезу формувалися у 7,5% випадків. У всіх цих осіб на тлі високого титру специфічних антитіл до вірусу була ідентифікована ДНК вірусу Епштейна-Барр у зішкробах слизової задньої стінки глотки, що вказувало на загострення хронічної EBV-інфекції в стадії реплікативної активності.

Ключові слова: молоді особи, реактивні артриту, вірус Епштейна-Барр, диагностика

Prevalence of reactive arthritis on the background of Epstein-Barr virus infection among students

Chopyak V. V., Lomikovska M. P., Potomkina H.O., Kril I. Y.

Danylo Halytsky Lviv national medical university, department of clinical immunology and allergology, Lviv

Summary: The results indicate that due the high Epstein-Barr virus infection (over 99%) among students there were formed reactive arthritis of viral origin in 7.5% cases. In all of these people was identified DNA to the Epstein-Barr virus in mucosal scraping of posterior pharyngeal wall on the background of high titer of specific antibodies to the virus, indicating exacerbation of chronic EBV-infection with replicative activity.

Keywords: young people, reactive arthritis, Epstein-Barr virus, diagnostic

За останні роки спостерігається значна поширеність реактивних артритів (РеА) серед людей різних вікових груп, особливо серед осіб молодого віку. Лікарі сімейної практики, навіть лікарі ревматологи часто трактують цю хворобу як ревматоїдний артрит призначаючи хворим базову терапію та глюкокортикостероїди. У даний час РеА розглядаються як мультифакторне захворювання суглобів, які розвиваються внаслідок імунних порушень після перенесеної уrogenітальної, кишкової, респіраторної інфекції. На сьогодні роль Chlamydia trachomatis у розвитку РеА не викликає сумнівів. Це пов'язано з широкою розповсюдженістю хламідійної інфекції, особливостями шляхів її передачі, циклу розвитку хламідій та реакції організму пацієнтів на терапію. Проте, в даний час особлива увага в розвитку РеА приділяється ролі вірусної інфекції, в першу чергу Епштейна-Барр вірусу (EBV), який відноситься до групи γ-герпесвірусів і асоціює з лімфопроліферативними, аутоімунними хворобами, синдромом хронічної втоми тощо. EBV відноситься до групи лімфотропних вірусів і при первинному інфікуванні викликає інфекційний мононуклеоз. На теперішній час в Україні Епштейна-Барр вірусная інфекція за сво-

єю суттю скоріше є первинно хронічною інфекцією, для якої гострий епізод захворювання виключення з правил, ніж саме правило.

Метою роботи було виявлення клініко-лабораторних симптомів РеА у студентської молоді на тлі Епштейна-Барр вірусу.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було досліджено 603 сироватки крові молодих осіб віком 17-20 років, які навчаються у медичному коледжі, методом імуноферментного аналізу на наявність антитіл класу IgG до ядерного антигену (EBNA-IgG), класів IgM та IgG до капсидного (VCA-IgM/IgG) антигену EBV та виявлення ДНК EBV у зішкробі слизової задньої стінки глотки методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Для проведення диференційної діагностики проведені дослідження специфічних маркерів ревматоїдного артриту.

Результати і обговорення. За результатами досліджень у 598 (99,2%) студентів виявлені антитіла класу IgG до ядерного антигену (EBNA-IgG), що вказує на те, що інфікованість EBV у цій популяції складала понад 99%. Лише дві особи (0,8%) виявилися неінфікованими. У 295 (48,9%) студентів виявлена латентна стадія хронічної EBV-інфекції, для якої характерна відсутність ДНК EBV («-») у зішкробах слизових задньої стінки глотки. У 306 (51,7%) студентів ідентифікована ДНК EBV («+») у зішкробах слизової задньої стінки глотки, що вказує на загострення хронічної EBV-інфекції в стадії реплікативної активності. У студентів хронічна EBV-інфекція в стадії реактивації асоціювала з наступними клінічними проявами: тривалою субфебрильною температурою – у 58 (18,9%) осіб, загальною слабкістю – у 196 (64,1%), швидкою втомлюваністю – у 220 (72%), хронічним часто рецидивуючим тонзилітом – 72 (23,5%), проявами артриту – у 90 (29,4%). Для виключення ревматоїдного артриту всім особам зі скаргами на біль та періодичне припухання суглобів були проведені додаткові лабораторні (в т.ч. ревмопроби, визначення антитіл до циклічного цитрулінового пептиду і цитрулінового віментину) та інструментальні дослідження. Діагноз РеА, причиною якого виявився EBV, був встановлений 23 (25,6%) особам зі скаргами на артралгію, що становило 7,5% від загального числа інфікованих в стадії реплікативної вірусної активності. При додатковому обстеженні в більшості цих пацієнтів виявлений підвищений рівень С-реактивний протеїн, у 7 (30,4%) – ревматоїдний фактор, у шести (26,1%) – незначно підвищена ШОЕ (16-18 мм/год). Хворі отримували протівірусну, симптоматичну терапію, специфічні імуноглобуліни.

Висновки. Результати дослідження вказують, що на тлі високої інфікованості студентської молоді EBV (понад 99%), реактивні артрити Епштейна-Барр вірусного генезу формуються у 7,5% випадків. У всіх цих осіб на тлі високого титру антитіл до капсидного та ядерного антигенів вірусу була ідентифікована ДНК EBV у зішкробах слизової задньої стінки глотки, що вказувало на загострення хронічної EBV-інфекції в стадії реплікативної активності.

Порівняльне палінологічне та імунологічне дослідження хворих на синдром Чардж-Стросса в залежності від ступеня тяжкості еозинофілії

Ліщук-Якимович Х. О., Потьомкіна Г. О., Пукаляк Р. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра клінічної імунології та алергології

Анотація: Проведений порівняльний аналіз анамнестичних, клінічних даних та рівня специфічного IgE до пилоквих алергенів у крові хворих на системний васкуліт (синдром Чардж-Стросса) з різними ступенями тяжкості еозинофілії. Проаналізовано амбулаторні карти 35 хворих на синдром Чардж-Стросса, які були скеровані в Регіональний медичний центр клінічної імунології та алергології протягом 2006-2012 років. Серед них у Львівській області проживали 16 (45,7%) хворих. Загострення синдрому Чардж-Стросса на тлі полінозу асоціювалось з легкою еозинофілією і провокувалось такими пилками як: пилок вільхи сірої, тимофіївки лугової, вівсяниці лугової, жита, грястиці збірної, а на фоні бронхіальної астми з середньо-тяжкою та тяжкою еозинофілією – пилками дуба, ліщини, польовиці білої, грястиці збірної, амброзії.

Ключові слова: синдром Чардж-Стросса, еозинофілія, поліноз, епідеміологія

Comparative palynological and immunological study on patients with Churg-Strauss syndrome depending on the eosinophilia severity

Khrystyna Lishchuk-Yakymovych, Halyna Potomkina, Roman Pukalyak

Danylo Halytsky Lviv national medical university, department of clinical immunology and allergology

Summary: There were analyzed anamnestic, clinical and specific immunological (specific IgE level to pollen allergens) dates of the patients with systemic vasculitis (Churg-Strauss syndrome) with different degrees of eosinophilia severity. During 2006-2012 there were observed 35 patients with Churg-Strauss syndrome in Regional Center of Clinical Immunology and Allergology. Among them 16 (45.7%) patients lived in Lviv region. Exacerbation of Churg-Strauss syndrome with mild eosinophilia was associated with pollinosis on the base of allergy to alder pollen, timothy grass, fescue, meadow, rye and dandelion pollen. Medium and severe eosinophilia on the base of asthma in patients with Churg-Strauss syndrome were associated with allergy to oak pollen, hazelnut, redtop, dandelion and ragweed pollen.

Keywords: Churg-Strauss syndrome, eosinophilia, pollinosis, epidemiology

Актуальність. Високий рівень і зростання аутоімунних захворювань є глобальною проблемою сучасності. У структурі аутоімунної патології значне місце займають системні васкуліти із включенням IgE-залежного алергічного компоненту. У першу чергу, звертає на себе увагу зростання поширеності одного із так званих дрібно каліберних васкулітів, а саме синдрому Чардж-Стросса (СЧС). СЧС – це рідкісна хвороба, яка від початку внесення її в класифікацію з визначенням діагностичних критеріїв, була описана в Європейській літературі лише в 400 хворих до 2000 року. Протягом останніх десяти років розповсюдженість цього системного васкуліту значно зросла. Статистична інформація щодо поширеності СЧС в Україні залишається невідомою, оскільки ця хвороба в нашій країні лише почала реєструватись. СЧС вперше був описаний у 1951 році патологоанатомами Чарджем та Строссом як системний васкуліт, асоційований з еозинофілією, бронхіальною астмою, алергічним ринітом чи поліпозом носа в анамнезі. Сучасні підходи до діагностики даної патології включають присутність наступних критеріїв: бронхіальна астма або алергія в анамнезі, еозинофілія > 0,6 Г/л, моно-чи полінейропатія, транзиторні легеневі інфільтрати на рентгенограмах, екстраваскулярні інфільтрати при цитологічному дослідженні біоптатів уражених тканин, а також наявність антинейтрофільно-цитоплазматичних антитіл до мієлопероксидази. Для встановлення діагнозу цього синдрому необ-

хідною є наявність 4 із шести діагностичних критеріїв. Визначено, що чутливість цієї класифікації становить 85,0%, а специфічність – 99,7%.

На сьогоднішній день, епідеміологічні особливості даного системного васкуліту можуть бути зумовлені багатьма факторами, а саме зростанням гіперчутливості до різноманітних екзо- та ендоеалергенів, що зумовлюють розвиток алергічних хвороб на тлі збільшення кількості тригерних факторів, що ведуть до розвитку аутоімунної патології, а також розширенням діагностичних можливостей для діагностики даного системного васкуліту.

Еозинофілія, вираженість якої зумовлює певні особливості перебігу СЧС та ймовірності розвитку його ускладнень, може бути спровокована різноманітними чинниками. В першу чергу, це стосується генетичних передумов до розвитку еозинофілії, а також причинно-значущого алергену, виявлення якого дає можливість запобігти розвитку загострень чи формування ускладнень у хворих на системні васкуліти з включеним атопічним механізмом.

Мета: порівняльний аналіз анамнестичних, клінічних даних та рівня специфічного IgE до пилок алергенів у крові хворих на системний васкуліт (СЧС) з різними ступенями тяжкості еозинофілії.

Матеріали і методи. Матеріалом слугували анамнестичні дані хворих щодо початку клінічних проявів алергічних реакцій на пилокві алергени, сироватка крові хворих, в якій визначали концентрацію специфічних антитіл класу IgE методом імуноблоту у хворих на СЧС з еозинофілією різного ступеня тяжкості.

Результати. Проведений аналіз амбулаторних карт 35 хворих на СЧС, які були скеровані в Регіональний медичний центр клінічної імунології та алергології протягом 2006-2012 років з підозрою на системний васкуліт з ускладненим алергологічним анамнезом. Серед них у Львівській області проживали 16 (45,7%) хворих. На основі комплексних обстежень діагноз полінозу був підтверджений у 9 (25,8%) хворих, бронхіальної астми – у 26 (74,2%) хворих. Легка еозинофілія (кількість еозинофілів (E) 0,6-1,5 г/л) була зафіксована у 12 (34,2%), еозинофілія середнього ступеня тяжкості (E > 1,5 до 5,0 г/л) – у 16 (45,7%) хворих, тяжка еозинофілія (E > 5,0 г/л) – у 7 (20,1%) хворих. Загострення СЧС на тлі полінозу асоціювалось з легкою еозинофілією і провокувалось такими пилками як: пилок вільхи сірої, тимофіївки лугової, вівсяниці лугової, жита, грястиці збірної, а на фоні бронхіальної астми з середньо-тяжкою та тяжкою еозинофілією – пилками дуба, ліщини, польовиці білої, грястиці збірної, амброзії. Найвища концентрація специфічних антитіл класу IgE була виявлена до пилку наступних злакових: польовиці білої – у 10 (38,5%) та амброзії – у 5 (19,2%) хворих на СЧС на тлі бронхіальної астми і тяжкої еозинофілії; пилку дерев: берези – у 5 (55,5%) і ліщини – у 4 (44,5%) хворих на СЧС на фоні полінозу і легкої еозинофілії. Третя частина хворих знаходилася у віці 24-48 років. Маніфестація клінічних ознак СЧС з ускладненим алергологічним анамнезом, співпадала з початком пилкування відповідних рослин чи дерев або з часом пікової їх концентрації в повітрі.

Висновки. Отримані дані можуть бути використані для попередження загострення полінозів, бронхіальної астми та синдрому Чардж-Стросса у сенсibilізованих осіб, що дасть можливість попередити розвиток ускладнень основної патології.

Особливості моніторингу за природно-осередковими інфекціями на сучасному етапі

Н. О. Виноград, Л. П. Козак, З. П. Василюшин

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Медико-соціальне значення інфекційних хвороб, в т.ч. з групи особливо небезпечних інфекцій (ОНИ), загроза їх заносу, ендемічність території, моніторинг захворюваності, визначення епідситуації на території, при необхідності корекція протиепідемічних заходів, прогнозування епідситуації та виділення додаткових ресурсів у разі необхідності є обставинами, що визначають необхідність організації епідеміологічного нагляду (ЕН) [1, 2].

Моніторинг різних за структурою природних осередків особливо небезпечних інфекцій (ОНИ), оцінка проявів епідемічного процесу природно-осередкових захворювань залежить від спектру циркулюючих патогенів та структури паразитарних систем. Базисом ефективного контролю за ОНИ є системи ранньої індикації із застосуванням сучасних методів лабораторної діагностики та запровадження стандартів визначення випадків хвороби [1, 3].

В Україні існує реальний природний потенціал біологічної небезпеки, зумовлений циркуляцією багатьох збудників природно осередкових інфекцій (ПОІ), в т.ч. із групи ОНИ (вірусного кліщового енцефаліту (ВКЕ), інших арбовірусних захворювань, іксодового кліщового бореліозу (ІКБ), туляремії, рикетсіозів, геморагічної гарячки з нирковим синдромом (ГГНС), лептоспірозу, бруцельозу тощо). Для цих інфекцій притаманне розмаїття клінічних проявів, наявність атипичних і стертих форм, що вимагає організації системи ЕН в розрізі вивчення різних складових, а саме: проведення синдромального госпітального нагляду за сезонними гарячковими станами, вивчення характеристики популяції циркулюючих патогенів, резервуарів та специфічних переносників (видовий склад, чисельність і зараженість патогенними біологічними агентами з групи ОНИ), популяційного імунітету сукупного населення та груп ризику, особливо на визначених ендемічних і ензоотичних територіях. Крім того, на ендемічних територіях щодо ПОІ, формуються змішані осередки зооантропонозних захворювань, що унеможлиблює постановку діагнозу тільки за клініко-епідеміологічними даними без лабораторного підтвердження кожного окремого випадку хвороби, як і в цілому неможливо оцінювати епізоото-епідеміологічну ситуацію в природних осередках [1, 2].

Важливим елементом в системі моніторингу за ОНИ на етапі госпітального нагляду є стандартне визначення випадку захворювання [2, 4, 5]. У нашій країні визначення випадку хвороби із врахуванням клінічних і епідеміологічних особливостей та лабораторних параметрів для ряду ОНИ не розроблені і не введені, тому діагностика більшості захворювань, що визначає подальшу їхню реєстрацію, залежить від кваліфікації клініцистів, їх ставлення до обліку не тільки явно виражених випадків, але й легких і атипичних форм.

З метою налагодження системи моніторингу за ОНИ відповідно до стандартів ВООЗ, нами на ендемічній території проведено госпітальний нагляд за сезонними гарячковими станами, які виникають при трансмісивних і нетрансмісивних природно-осередкових зооантропонозах. Для повноти реєстрації проявів захворюваності першим етапом роботи було формулювання синдромальних комплексів, що не виключали можливість наявності у пацієнтів природно-осередкових захворювань – ВКЕ, ІКБ, ГГНС. Визначення випадку хвороби включало клінічні, епідеміологічні та лабораторні параметри. Лабораторні дослідження виконані із застосуванням сучасних серологічних методів діагностики ПОІ – ІФА. Наступним етапом у роботі був збір даних: про виявлені сезонні гарячкові стани; дані про склад й чисельність досліджуваних популяцій; чинники ризику та обставини інфікування із врахуванням да-

них про стан навколишнього середовища, соціально-побутові умови, поведінкові характеристики тощо. У подальшому проводився аналіз отриманих даних, їх статистична обробка з метою встановлення реального рівня захворюваності на вище наведені інфекційні захворювання із розробкою методичних підходів щодо організації госпітального ЕН на ендемічних територіях відповідно до стандартів ВООЗ на сучасному етапі.

Встановлено, що у структурі хворих із гарячкою неясного генезу переважали пацієнти із ГГС (24,2±1,55) %, ВКЕ (11,6±1,2) %, ІКБ (59,4±2,9) %, гарячкою Західного Нілу (4,2±2,1) %; решта – інші. При проведенні когортних досліджень підтверджено активну циркуляцію збудників ГГС, ВКЕ, ІКБ, про що свідчили показники серопозитивності у 13,0 %, 11,7 %, 24,3 % обстежених людей відповідно.

Таким чином, оптимізація і стандартизація процедур ЕН за природно-осередковими ОНІ є актуальною потребою сьогодення, що дає можливість визначити істинну поширеність захворювань, встановити пріоритети в наданні медико-профілактичної допомоги населенню, удосконалити систему контролю щодо ОНІ.

Перелік літератури

1. Виноград Н.О. Біологічна безпека – невирішені проблеми сьогодення / Н.О. Виноград // Матеріали наради-семінару [Актуальні проблеми профілактики особливо небезпечних інфекцій та біологічної безпеки] / – Одеса, 2007. – С. 16-17.
2. Виноград Н.О. Визначення клінічного опису випадку хвороби на геморагічну гарячку з нирковим синдромом / Н.О. Виноград, Т.В. Буркало, Л.П. Козак // НПК з міжнародною участю і пленум Асоціації інфекціоністів України [Інфекційні хвороби у клінічній та епідеміологічній практиці] / – Львів, 2009. – С. 247-249.
3. Виноград Н.О. Принципи і види епіднадзора за особливо-небезпечними інфекціями із врахуванням національних пріоритетів України / Матеріали наради-семінару [Актуальні проблеми профілактики особливо небезпечних інфекцій та біологічної безпеки] / – Сімферополь, 2008. – С. 19-21.
4. Стандарты эпидемиологического надзора, рекомендуемые ВООЗ // Департамент по эпидемиологическому надзору и борьбе с инфекционными болезнями. – Женева: ВОЗ, 1999. – 166 с.
5. Michaud J.M. International Surveillance and Response to Emerging Infectious Diseases: An International Political Economy Analysis / J.M. Michaud, S. Barret // International Conference on Emerging Infectious Diseases 2006. – Atlanta (USA). – 2006. – P. 66.

Przebieg ciąży a użytkowanie telefonów komórkowych

Artur Wdowiak, Magdalena Lewicka, Magdalena Sulima

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie: Minione lata przyniosły bardzo szybki rozwój telefonii komórkowej. Całe społeczeństwo jest w mniejszym lub większym stopniu narażone na wpływ fal emitowanych przez telefony komórkowe. Nauka nie dysponuje jeszcze wynikami badań, które mogłyby jednoznacznie stwierdzić, w jakim stopniu telefony komórkowe zagrażają naszemu zdrowiu. Badanie oddziaływań telefonii komórkowej na ludzki organizm staje się nagłą potrzebą środowisk naukowych i wymaga opracowania ewentualnych działań profilaktycznych mogących doprowadzić do zminimalizowania szkodliwości płynących z użytkowania aparatów GSM. Celem niniejszej pracy było określenie wpływu, jaki wywiera stosowanie telefonów GSM na przebieg ciąży. W celu osiągnięcia tego zamierzenia wykonano badanie ankietowe wśród 114 kobiet w pierwszym tygodniu po porodzie. Kobiety podzielono na grupę kontrolną - 38 kobiet nie korzystających z telefonu komórkowego i grupę badaną-76 kobiet używających aparaty GSM przez cały czas trwania ciąży. W grupie kobiet używających aparaty GSM w ciąży 23,68%, miało prawidłowy przebieg ciąży, natomiast 36,85% wśród pacjentek nie korzystających z telefonów. Wśród 55,26% pacjentek stosujących telefony komórkowe ciąża przebiegała z powikłaniami, nie wymagającymi hospitalizacji, natomiast w grupie kontrolnej dotyczyło to 44,73%. Patologiczny przebieg ciąży, wymagający leczenia szpitalnego stwierdzono wśród 21,06% kobiet stosujących aparaty GSM, natomiast 18,42% w grupie kontrolnej. Pomimo gorszego stanu zdrowia w ciąży pacjentek stosujących telefony komórkowe, nie stwierdzono zależności pomiędzy przebiegiem ciąży a stosowaniem aparatów GSM przez ciężarne.

Słowa kluczowe: ciąża, telefon komórkowy, stan zdrowia

Summary: Past years have seen the rapid development of mobile telephony. The whole society is more or less exposed to the waves emitted by mobile phones. Science does not yet have the results of research that could unambiguously determine the extent to which mobile phones threaten our health. The study cellular interactions in the human body becomes an urgent need for scientific and requires the development of possible preventive measures that could lead to minimizing harm arising from the use of GSM devices. The purpose of this study was to determine the impact of the use of GSM phones on the course of pregnancy. In order to achieve this, a survey carried out among 114 women in the first week after birth. Women were divided into a control group - 38 women not using a mobile phone and a group of test-76 women using GSM equipment for the duration of pregnancy. In the group of women using cameras pregnant GSM 23.68% had normal pregnancy, while 36.85% of the patients do not use the phone. 55.26% of patients using mobile phones pregnancies with complications, not requiring hospitalization, whereas in the control group 44.73% related to it. Pathological pregnancy, requiring hospital treatment were 21.06% of women using cameras, GSM, and 18.42% in the control group despite poorer health of pregnant women using mobile phones, there was no relationship between pregnancy outcome and the use of GSM devices pregnant.

Praca podejmuje próbę przedstawienia wpływu użytkowania telefonów komórkowych na przebieg ciąży. W celu osiągnięcia tego zamierzenia przeprowadzono badanie ankietowe wśród kobiet w połogu, mające na celu ocenę przebiegu ciąży. Pomimo gorszego stanu zdrowia w ciąży pacjentek stosujących telefony komórkowe, nie stwierdzono zależności pomiędzy przebiegiem ciąży a stosowaniem aparatów GSM przez ciężarne.

Wstęp

Minione lata przyniosły bardzo szybki rozwój telefonii komórkowej. W Polsce sprzedano już prawie 12 milionów telefonów GSM. Całe społeczeństwo jest w mniejszym lub większym stopniu narażone na

wpływ fal emitowanych przez telefony komórkowe. Nauka nie dysponuje jeszcze wynikami badań, które mogłyby jednoznacznie stwierdzić, w jakim stopniu telefony komórkowe zagrażają naszemu zdrowiu. Nie bez znaczenia pozostaje oświadczenie amerykańskiej Administracji Zdrowia i Żywności (Food and Drug Administration) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): "Nie ma podstaw naukowych do stwierdzenia, czy technologie komunikacji bezprzewodowej są bezpieczne. Przy każdym polu elektromagnetycznym zaleca się wysoką ostrożność. Bo kiedy nie wiadomo, że coś nie szkodzi, trzeba zachowywać się tak, jakby mogło zaszkodzić. Dobrze jest wyznawać zasadę rozważnego unikania – jeśli to możliwe, wszelkie urządzenia powinno się sytuować z dala od ludzi"(4). Działaniu telefonów komórkowych towarzyszy promieniowanie elektromagnetyczne, jak i pracy wielu innych, używanych na co dzień urządzeń. Nie jest ono obojętne dla organizmów żywych, tzn. wpływa na ich funkcjonowanie. Wszystko zależy od rodzaju tego promieniowania, jego częstotliwości i natężenia. W przypadku promieniowania niejonizującego (przykładem mogą być fale radiowe) wiele zależy od częstotliwości. Wysokie - 0,3-300 GHz - mogą być szkodliwe dla organizmów żywych, ponieważ podnoszą znacznie temperaturę (2). Promieniowanie związane z aparatami GSM jest niższe - wynosi 0,1-30 MHz (różnica jest co najmniej tysiąckrotna), lecz mimo to nie należy lekceważyć jego wpływu na ludzki organizm, a w szczególności w tak ważnym okresie życia, jakim jest ciąża. Doniesienia naukowe zajmujące się problematyką wpływu telefonii komórkowej na ciążę dotyczą zwierząt (1,3,5). Nie można ich jednak bezpośrednio odnosić do ludzkiego organizmu. Wyniki tych badań świadczą o niekorzystnym wpływie aparatów GSM na ciążę i mogą budzić niepokój środowiska medycznego.

Badanie oddziaływań telefonii komórkowej na ludzki organizm staje się nagłą potrzebą środowisk naukowych i wymaga opracowania ewentualnych działań profilaktycznych mogących doprowadzić do zminimalizowania szkodliwości płynących z użytkowania aparatów GSM.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było określenie wpływu, jaki wywiera stosowanie telefonów GSM na przebieg ciąży.

Materiał i metody

W celu osiągnięcia tego zamierzenia wykonano badanie ankietowe wśród kobiet w pierwszym tygodniu po porodzie. Ankieta została przeprowadzona w czerwcu, lipcu i sierpniu 2004 r. wśród pacjentek lubelskich oddziałów ginekologiczno-położniczych. W badaniu udział wzięło 114 pacjentek. Z grupy wyłączono kobiety obciążone chorobami przewlekłymi oraz pacjentki z otyłością. Kobiety podzielono na grupę kontrolną, do której zakwalifikowano 38 kobiet nie korzystających z telefonu komórkowego oraz grupę badaną 76 kobiet używających aparaty GSM przez cały czas trwania ciąży.

Pierwsza część ankiety składała się z pytań dotyczących stosowania telefonu komórkowego i danych demograficzno-społecznych. Druga część ankiety zawierała pytania dotyczące przebiegu ciąży oraz jej rozwiązania (dolegliwości w trakcie trwania ciąży, masa urodzeniowa noworodka, czas rozwiązania ciąży).

Uzyskane wyniki porównywano za pomocą testów statystycznych

Wyniki i ich omówienie

Dokonano wstępnego porównania obu grup kontrolnej i badanej pod względem obciążenia nałogiem palenia papierosów. Pomiędzy grupami nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania nałogu palenia $\chi^2=1,46$ $p> 0,05$. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy grupą kontrolną a badaną w zakresie: wieku ankietowanych pacjentek $\chi^2=1,48$ $p>0,05$, miejsca zamieszkania $\chi^2=1,38$ $p>0,05$ oraz charakteru wykonywanej pracy $\chi^2=1,46$ $p>0,05$.

Na podstawie odpowiedzi na pytania dotyczące przebiegu ciąży, pacjentki podzielono na trzy grupy:

- pierwsza, do której zakwalifikowano kobiety których ciąża przebiegała bez żadnych objawów chorobowych
- druga, do której włączono pacjentki o nieprawidłowym przebiegu ciąży, nie wymagające hospitalizacji podczas jej przebiegu
- trzecia to kobiety hospitalizowane podczas ciąży z powodu patologicznego jej przebiegu

W grupie kobiet używających aparaty GSM w ciąży 23,68%, miało prawidłowy przebieg ciąży, natomiast 36,85% wśród pacjentek nie korzystających z telefonów. Wśród 55,26% pacjentek stosujących telefony komórkowe ciąża przebiegała z powikłaniami, nie wymagającymi hospitalizacji, natomiast w grupie kontrolnej dotyczyło to 44,73%. Patologiczny przebieg ciąży, wymagający leczenia szpitalnego stwierdzono wśród 21,06% kobiet stosujących aparaty GSM, natomiast 18,42% w grupie kontrolnej (Ryc. 1).

Ryc. 1 Procentowy rozkład przebiegu ciąż w grupie kontrolnej i badanej (gr.1- Ciąża o prawidłowym przebiegu, gr.2 Ciąża bez hospitalizacji z patologią przebiegu, gr.3- Ciąża z hospitalizacją o patolog. przebiegu)

Na podstawie częstości brzegowych dokonano oszacowania liczebności teoretycznych w badanych grupach pacjentek, co przedstawiono w tabeli 1.

Tab. 1. Oszacowane na podstawie częstości brzegowych liczebności w grupach pacjentek stosujących i nie używających telefonów komórkowych podczas ciąży

	Pacjentki stosujące aparaty GSM	Pacjentki nie stosujące aparatów GSM	Razem
Ciąża o prawidłowym przebiegu	21,34	10,66	32
Ciąża bez hospitalizacji z patologią przebiegu	39,33	19,67	59
Ciąża z hospitalizacją o patolog. przebiegu	15,33	7,67	23
Razem	76	38	114

Na podstawie danych liczebności i częstości brzegowych, określono różnice pomiędzy rozkładem teoretycznym a empirycznym w poszczególnych grupach, co przedstawiono w tabeli nr 2. Stosunek kwadratu różnic do wartości teoretycznych przedstawiono w tabeli nr 3, a dokonując sumowania, otrzymano wartość $\chi^2_{\text{obl}}=2,19$. Na podstawie liczby stopni swobody, przy poziomie istotności 99% uzyskano wartość krytyczną $\chi^2=9,21$. Ze względu na stwierdzone wartości χ^2 , nie wykazano statystycznie istotnych zależności pomiędzy stosowaniem telefonów komórkowych w ciąży a jej przebiegiem. Na podstawie mierników siły związku pomiędzy badanymi cechami (współczynnik Cramera $V=0,14$ i kontyngencji Pearsona $C=0,138$), wykazano słabą siłę związku badanych cech.

Tab. 2. Różnice pomiędzy rozkładem teoretycznym a empirycznym w poszczególnych grupach badanych pacjentek

	Pacjentki stosujące aparaty GSM	Pacjentki nie stosujące aparatów GSM
Ciąża o prawidłowym przebiegu	+3,34	-3,34
Ciąża bez hospitalizacji z patologią przebiegu	-2,67	+2,67
Ciąża z hospitalizacją o patolog. przebiegu	-0,67	+0,67

Tab. 3 Wartości obliczeniowe χ^2 w badanych grupach pacjentek

	Pacjentki stosujące aparaty GSM	Pacjentki nie stosujące aparatów GSM
Ciąża o prawidłowym przebiegu	0,52	1,04
Ciąża bez hospitalizacji z patologią przebiegu	0,18	0,36
Ciąża z hospitalizacją o patolog. przebiegu	0,03	0,06

Dyskusja

Ocena wpływu telefonii komórkowej na stan ludzkiego zdrowia jest trudnym zagadnieniem. Wynika to z faktu, iż problemem jest wyizolowanie z różnych środowiskowych czynników szkodliwych tego jednego – jaki stanowiąc mogą fale elektromagnetyczne emitowane przez telefony komórkowe. Ponadto fale o tej samej częstotliwości mogą być emitowane przez różne inne urządzenia. Następnym czynnikiem, który ogranicza tego typu badania jest etyczny aspekt doświadczeń, które potencjalnie uszkadzać mogą płód. W związku z tym w literaturze zaczęły pojawiać się doniesienia dotyczące badań prowadzonych na zwierzętach. Grigorev w swoich badaniach przeprowadzonych na kurzych embrionach wykazał wzrost

śmiertelności w grupie badanej (poddanej działaniu pola elektromagnetycznego, jakie emitują telefony komórkowe) w porównaniu z kontrolną (1). Do podobnych wniosków doszła Wierzchoś, badając zarodki królików(5). Nakamura i wsp. w wyniku przeprowadzonych na szczurach w ciąży badań, stwierdzili upośledzenie funkcji łożyska u zwierząt eksponowanych na fale o częstotliwościach telefonów komórkowych.(3). W naszych badaniach nie dokonaliśmy podziału na jednostki chorobowe występujące podczas ciąży, ze względu na małą liczebność w grupach. Wydaje się, że domniemany wpływ fal emitowanych przez telefony komórkowe na ciążę, może dotyczyć wybranych jednostek chorobowych. W naszych badaniach nie skupiliśmy się na jednej lub kilku wybranych, również ze względu na fakt, że większość jednostek chorobowych z zakresu patologii ciąży ma niejednoznacznie określoną etiopatogenezę. Należy brać pod uwagę fakt, że czynniki szkodliwe (jak fale elektromagnetyczne) mogą mieć odległe następstwa swojego działania, czego w chwili obecnej nie da się ocenić, ze względu na stosunkowo krótką obecność telefonów komórkowych na rynku. Badanie ankietowe jest nadal przez nas prowadzone i po osiągnięciu reprezentatywnej ilości odpowiedzi, wyniki zostaną opublikowane.

Wnioski

1. Pomimo gorszego stanu zdrowia w ciąży pacjentek stosujących telefony komórkowe, nie stwierdza się zależności pomiędzy przebiegiem ciąży a stosowaniem aparatów GSM przez ciężarne.
2. Wskazane jest rozszerzenie badań nad wpływem telefonii komórkowej na ciążę z uwzględnieniem podziału jednostek chorobowych i dolegliwości występujących podczas trwania ciąży.

Piśmiennictwo

1. Grigorev IuG. Biological effects of mobile phone electromagnetic field on chick embryo (risk assessment using the mortality rate). *Radiastronnaia Biologiia, radioecologiia*. 43(5):541-3,2003
2. Kicbush L. *Health Promotion-A Resources Book*. WHO-Reg. Office for Europe. Copenhagen 1990.
3. Nakamura H. Matsuzaki I. Hatta K. Nobukuni Y. Kambayashi Y. Ogino K. nonthermal effects of mobile-phone frequency microwaves on uroplacental functions in pregnant rats. *Reproductive Toxicology*. 17(3):321-6, 2003
4. Latański M. (pod red.) *Zdrowie Publiczne AM Lublin 1999*
5. Wierzchoś A. Wpływ pola elektrycznego na potencjał rozwojowy zygot króliczych. III Krajowy Zjazd Towarzystwa Biologii Rozrodu. Międzyzdroje 4-7 IX 2002

Kobiety w okresie menopauzalnym – wiedza na temat przeżywanego okresu oraz związanych z nim problemów zdrowotnych

Jolanta Pęgiel-Kamrat, Marzena Zarzeczna-Baran, Agnieszka Drążyk, Ewa Bandurska

Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie: Przekwitanie nie jest on stanem chorobowym ale ze względu na swe objawy znacznie upośledza jakość życia. Wzrasta też stale liczba kobiet, które są po menopauzie, co spowodowane jest stale wzrastającą długością życia człowieka. Głównym celem pracy jest próba oceny wiedzy kobiet będących w okresie przekwitania na temat przeżywanego stanu i zbadanie czy wykształcenie kobiet wpływa na stan ich wiedzy oraz zachowań. Badania zostały przeprowadzone na grupie 104 kobiet po menopauzie, mieszkanek miasta Rumi (woj. pomorskie). Narzędziem był kwestionariusz ankiety składającej się z 21 zróżnicowanych pytań a uzyskane wyniki zostały poddane analizie statycznej z zastosowaniem testu Chi-kwadrat obliczonego metodą Pearsona. Na podstawie zebranych danych wykazano m. in., że poziom wiedzy istotnie koreluje z wykształceniem, wiedza najczęściej pochodzi od znajomych kobiet (64,5%) lub z mediów (58,7%). Badane w różnym stopniu znały najczęściej występujące dolegliwości tego okresu, zawsze jednak ich znajomość korelowała z wykształceniem. Według badanych klimakterium negatywnie wpływa głównie na pracę zawodową (45,2%). Kolejno wskazywano na prace domowe i kontakty rodzinne jako obszary, które ulegają pogorszeniu w okresie menopauzalnym. Z przeprowadzonego badania wynika, że wykształcenie badanych ma istotny wpływ na ich wiedzę na temat okresu menopauzalnego a implikacje zdrowotne z nią związane wpływają na życie oraz samoocenę i jakość życia respondentek. Należy podjąć działania zwiększające wiedzę i świadomość kobiet na temat tego ważnego w ich życiu okresu.

Summary: Menopause cannot be qualified as a disease, but due to the annoying symptoms, it significantly impairs the quality of women's life. Because of the constant changes in length of life the increase in number of women who are in post- menopausal age can be observed. The main aim of this work is to assess the level of women's knowledge about menopause and to verify if the level of education influence on their knowledge and behavior. The study was conducted on a group of 104 postmenopausal women, citizens of Rumia (Pomeranian voivodeship). A tool used in this study was a questionnaire consisting of 21 varied questions. The results were analyzed with use of Chi-square test (the Perason method). The collected data have shown that the state of knowledge is influenced by the level of education, the knowledge is usually acquired from other women (64,5%) or from different media (58,7%). The main complaints that occur most often in this period of life were usually known to the respondents, but the adequate awareness was different as we analyzed it in correlation to education level. According to the respondents, menopause affects negatively professional work (45,2%), then housework and family relations. The study shows that education has a relevant influence on knowledge about menopause and related health implications influence on life, self-esteem and quality of life. There should be taken some actions that would help to increase women's knowledge and awareness about this important period in their lives.

Wstęp

Okres menopauzalny u kobiet stanowi duże wyzwanie dla Zdrowia Publicznego [14]. Wprawdzie nie jest on stanem chorobowym ale ze względu na swe objawy znacznie upośledza jakość życia. Wzrasta też stale liczba kobiet, które są po menopauzie, co spowodowane jest stale wzrastającą długością życia człowieka. Dane statystyczne stwierdzają, że na świecie jest ponad 470 mln kobiet po 50. roku życia a prognozuje się, że liczba ta do 2030 roku może wzrosnąć do 1200 mln [7, 10, 11]. Informacje te wskazują na wzrastający rozmiar problemu. W Polsce żyje obecnie około 7 mln kobiet w tym wieku. W Polsce wyliczono, że przeciętny wiek w jakim występuje ostatnia miesiączka to 49,3 rok życia [4,8]. Przyjmując, że średnio kobiety dożywają co najmniej 80 lat, możemy wywnioskować, że przeżywają około 30 lat, czyli 1/3 całego swego

życia w okresie menopauzalnym. W 1990 roku kobiety powyżej 50 roku życia stanowiły 8,87% całej światowej populacji a na 2030 rok przewiduje się, wzrost tego odsetka do 13,73% [7,10].

Cel

Głównym celem pracy jest próba oceny wiedzy kobiet będących w okresie przekwitania na temat przeżywanego stanu.

Cele szczegółowe to określenie, czy wykształcenie kobiet wpływa na poziom ich wiedzy dotyczącej badanego tematu, przedstawienie źródeł wiedzy kobiet na temat okresu menopauzalnego, przedstawienie najczęstszych dolegliwości wówczas występujących i ich wpływu na życie kobiet.

Materiał i metoda badań

Materiał do badań stanowiły odpowiedzi dobrowolnej i anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród pacjentek Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rumi w 2012 roku. Ankieta składała się z 21 pytań własnego autorstwa. Do budowy kwestionariusza zastosowano pytania typu otwartego, półotwartego i zamkniętego. W pytaniach półotwartych była możliwość jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Ankieta została podzielona na dwie części: 18 pytań dotyczyło szczegółowych informacji na temat okresu menopauzalnego oraz samopoczucia respondentek a 3 pytania składały się na tzw. metryczkę. W części szczegółowej badane kobiety pytano o zjawiska charakterystyczne dla okresu menopauzalnego a także o źródła pozyskanej wiedzy. Pytano też o występujące u nich dolegliwości oraz o wpływ menopauzy na ich życie. W części ogólnej respondentki zostały zapytane o wiek, miejsce zamieszkania i płeć.

Zebrano 118 ankiet, jednak po ich analizie do dalszych badań zakwalifikowano 104 prawidłowo wypełnione ankiety.

Badaną populację stanowiły kobiety w okresie menopauzalnym w wieku od 45 do 55 lat. Miejscem zamieszkania wszystkich badanych jest miasto Rumia. Ankietowane zostały podzielone na grupy ze względu na ich wykształcenie. Najliczniejszą grupę stanowiły badane z wykształceniem średnim (42,3% badanych - 44 osoby). Drugą co do liczebności grupą były kobiety o wykształceniu wyższym – 30,8% (32 osoby). Najmniej liczną grupą były respondentki z wykształceniem podstawowym - 28 osób, czyli 26,9% ogółu badanych.

Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statycznej z zastosowaniem testu Chi-kwadrat obliczonego metodą Pearsona. Poziom istotności wynosił $p < 0,05$.

Wyniki badań

Ponieważ założono, że wiedza dotycząca okresu menopauzalnego i towarzyszących mu zmian zdrowotnych istotnie wpływa na indywidualne postrzeganie tego okresu, zapytano ankietowane o znajomość terminu „menopauza”, który oznacza ostatnie miesięczne krwawienie w życiu kobiety. Taką odpowiedź zaznaczyło 55,8% ankietowanych. W tym najwięcej prawidłowych odpowiedzi przedstawiły kobiety w wykształceniu wyższym (71,8%) a najmniej kobiety z wykształceniem podstawowym (32,1%). Dwie respondentki przyznały, że nigdy nie spotkały się z terminem „menopauza”. Należały one do grupy z wykształceniem podstawowym. Pojęcie menopauzy z okresem menopauzalnym myli 1/3 kobiet (33,7%). Błędna odpowiedź wybrało najwięcej pań z wykształceniem podstawowym (42,9%). W otrzymanych wynikach istnieją różnice istotne statystycznie. Udzielona odpowiedź jest statystycznie zależna od wykształcenia.

Tab. I. Znajomość terminu „menopauza”

Czy spotkała się Pani z terminem „menopauza”?	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Tak, słyszałam ale nie wiem co oznacza.	9	8,6	2	6,3	2	4,6	5	17,9
Tak, jest to ostatnie miesięczne krwawienie w życiu kobiety.	58	55,8	23	71,8	26	59,0	9	32,1
Tak, jest to okres kilku lat poprzedzających ostatnią miesiączkę i kilka lat po niej.	35	33,7	7	21,9	16	36,4	12	42,9
Nie, nigdy nie spotkałam się z takim terminem.	2	1,9	0	0	0	0	2	7,1
Ogółem	104	100	32	100	44	100	28	100

$$\chi^2 = 0,0152$$

Badane zapytano także o znajomość bezpośredniej przyczyny wystąpienia menopauzy. Prawidłowej odpowiedzi udzieliła zdecydowana większość respondentek – 63,4%, która wie, że za menopauzę odpowiada zmieniająca się gospodarka hormonalna jajników. Jednak prawie 1/3 (29,8 %) uznała, że przyczyną menopauzy jest osiągnięcie pewnej granicy wieku charakterystycznej dla okresu menopauzalnego. Niezdrowy styl życia był pierwotną przyczyną ostatniej menstruacji dla 2,9% kobiet. Interpretując uzyskane wyniki w oparciu o kryterium poziomu wykształcenia można zauważyć, że wśród kobiet z wykształceniem wyższym odpowiedzi prawidłowe stanowiły 75%. Odsetek odpowiedzi prawidłowych malał wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia i wynosił 63,6% u kobiet z wykształceniem średnim oraz 50% u kobiet z wykształceniem podstawowym. W tej ostatniej grupie ponad 10% przyznaje się do braku znajomości bezpośredniej przyczyny menopauzy.

Tab. II. Ankietywane o bezpośredniej przyczynie menopauzy

Co według Pani jest bezpośrednią przyczyną menopauzy?	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Osiągnięcie pewnej granicy wieku	31	29,8	8	25,0	13	29,5	10	35,7
Zmniejszona ilość hormonów wydzielanych przez jajniki	66	63,4	24	75	28	63,6	14	50,0
Prowadzenie niezdrowego stylu życia	3	2,9	0	0	2	4,6	1	3,6
Nie wiem	4	3,9	0	0	1	2,3	3	10,7
Ogółem	104	100	32	100	44	100	28	100

Ankietywane kobiety miały także określić czy menopauza wystąpi w przybliżonym wieku u kobiet spokrewnionych ze sobą, ponieważ wiadomo że, czynnik genetyczny jest jedną z cech charakterystycznych dla wieku wystąpienia menopauzy [1, 3, 6, 8]. Prawie ⅔ badanych kobiet (65,4%) twierdzi, że pokrewieństwo ma wpływ na wiek, w którym wystąpi ostatnie miesięczne krwawienie. Rozpatrując wyniki ze względu na wykształcenie znów zaobserwowano pozytywną korelację. Najczęściej takich odpowiedzi udzielały kobiety z wykształceniem wyższym (81,3%), następnie z wykształceniem średnim (65,9%) a kobiety z wykształceniem podstawowym były na ostatnim miejscu (46,4%). Analiza statystyczna wykazała istotność różnicy wiedzy w zależności od wykształcenia.

Tab. III. Ankietywane o wpływie pokrewieństwa na wystąpienie ostatniego krwawienia miesięcznego

Czy menopauza wystąpi w przybliżonym wieku u kobiet spokrewnionych ze sobą?	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Tak	68	65,4	26	81,3	29	65,9	13	46,4
Nie	36	34,6	6	18,7	15	34,1	15	53,6
Ogółem	104	100	32	100	44	100	28	100

$$\chi^2 = 0,0182$$

Respondentki udzieliły również odpowiedzi na pytanie dotyczące stylu życia. Aktywność fizyczna, dieta oraz stosowanie różnego rodzaju używek wpływają na częstość oraz nasilenie objawów menopauzalnych [2,3,9,12]. Wpływają także na ryzyko zapadania na choroby współistniejące z okresem klimakterium [2,4,8,9]. Z tym, że styl życia ma udział w przebiegu okresu menopauzalnego zgadza się 77,9 % respondentek. Biorąc pod uwagę wykształcenie badanych kobiet, to podobnie jak w poprzednich odpowiedziach, tak i na to pytanie najwięcej twierdzących odpowiedzi udzieliły kobiety z wykształceniem wyższym (93,7%). Natomiast dla 42,9 % badanych kobiet o wykształceniu podstawowym styl życia nie ma wpływu na przebieg okresu przekwitania. Jest to jednocześnie najwyższa grupa odpowiedzi przeczących w tym pytaniu. Chi-kwadrat obliczony dla odpowiedzi na to pytanie wykazał istotność statystyczną.

Tab. IV. Wpływ stylu życia na objawy menopauzalne

Czy uważa Pani, że styl życia (dieta, używki, aktywność fizyczna)	N	%	Wykształcenie
---	---	---	---------------

<i>ma wpływ na objawy menopauzalne?</i>			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Tak	81	77,9	30	93,7	35	79,6	16	57,1
Nie	23	22,1	2	6,3	9	20,4	12	42,9
Ogółem	104	100	32	100	44	100	28	100

$$\chi^2 = 0,0028$$

Pierwszą zauważalną oznaką zbliżającej się menopauzy jest zaburzony rytm miesięczkowania. Im bliżej menopauzy, tym odstępy między cyklami ulegają wydłużeniu i zmniejsza się intensywność krwawienia. Zatem badanym kobietom zadano pytanie czy zaburzone miesięczkowanie sygnalizuje wystąpienie menopauzy. Znaczna część respondentek odpowiedziała twierdząco na tak zadane pytanie (70,2%). W poszczególnych poziomach wykształcenia znów najmniej kobiet o wykształceniu podstawowym odpowiedziało „tak”, a wyniki kobiet z wykształceniem wyższym i średnim są zbliżone i wynoszą kolejno 75% i 60,8%.

Tab. V. Wiedza ankietowanych na temat czy zaburzenia miesięczkowania są oznaką zbliżającej się menopauzy

<i>Czy zaburzenia miesięczkowania są oznaką zbliżającej się menopauzy?</i>	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Tak	73	70,2	24	75	32	72,7	17	60,8
Nie	31	29,8	8	25	12	27,3	11	39,2
Ogółem	104	100	32	100	44	100	28	100

Badane kobiety zapytano również jakie dolegliwości fizyczne towarzyszą okresowi menopauzalnemu. Pytanie dawało możliwość wielokrotnego wyboru. Każda kobieta wymieniła minimum trzy objawy. Najczęściej były to objawy wazomotoryczne. Wśród respondentek 92,3% kobiet wie, że fale gorąca są objawem menopauzalnym. Równie często ankietowane z tym okresem identyfikują zlewne poty (88,5%) oraz kołatanie serca (87,5%). Bóle głowy z przekwitaniem łączy 52,9% respondentek. Pozostałe, wymienione w tabeli VI objawy są znane niewielkiej grupie kobiet, których odsetek mieścił się w granicach 6-20%. Odpowiedzi ankietowanych nie były zróżnicowane względem wykształcenia. Szczegółowe wyniki dotyczące utożsamianych z okresem menopauzalnym objawów fizycznych przez badane kobiety przedstawia tabela VI.

Tabela VI. Znajomość dolegliwości okresu menopauzy według ankietowanych

<i>Które wg Pani dolegliwości fizyczne towarzyszą okresowi menopauzalnemu?</i>	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Bóle głowy	55	52,9	26	81,3	21	47,7	8	28,5
Fale gorąca na twarzy, szyi i klatce piersiowej	96	92,3	31	96,9	39	88,6	26	92,9
Przyrost masy ciała	16	15,4	4	12,5	8	18,2	4	14,3
Zmniejszenie elastyczności skóry	6	5,8	2	6,3	3	6,8	1	3,6
Suchość skóry	7	6,7	2	6,3	4	9,1	1	3,6
Bóle krzyża i stawów	14	13,5	6	18,7	6	13,6	2	7,1
Zlewne poty	92	88,5	29	90,6	37	84,1	26	92,9
Kołatanie serca	91	87,5	30	93,7	40	90,9	21	75,0
Zaparcia	7	6,7	2	6,3	5	11,4	0	0
Spadek energii	19	18,3	11	34,4	6	13,6	2	7,1
Obniżenie sprawności fizycznej	14	13,5	6	18,7	7	15,9	1	3,6
Ogólne zmęczenie	19	18,3	6	18,7	11	25,0	2	7,1

Interesująca także była wiedza ankietowanych na temat pojawiających się w tym czasie dolegliwości sfery psychicznej. W tym pytaniu również można było zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że kobiety wiedzą równie często o spadku koncentracji (71,2%) jak i o zaburzeniach snu (71,2%), które mogą towarzyszyć przekwitaniu. Niewiele mniej, bo 68,3% kobiet wie o towarzyszącej nerwowości i rozdrażnieniu. Prawie 60% respondentek jako wynik przekwitania uznaje zmienność

nastrojów i znużenie. Ponad 40% badanych uważa, że okresowi menopauzalnemu towarzyszą napady płaczu, stany depresyjne i trudności w zapamiętywaniu. Zaledwie 1/3 ankietowanych z badanym okresem identyfikuje stany lękowe a najmniej, bo 26% wie o zmniejszonym libido.

Tabela VII. Dolegliwości psychiczne towarzyszące okresowi menopauzalnemu według ankietowanych

Które wg Pani dolegliwości psychiczne towarzyszą okresowi menopauzalnemu?	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Spadek koncentracji	74	71,2	27	84,4	36	81,8	11	39,2
Zmienność nastrojów	60	57,7	19	59,3	32	72,7	9	32,1
Rozdrażnienie, nerwowość	71	68,3	18	56,3	29	65,9	24	85,7
Znużenie	57	54,9	22	68,8	26	59,1	9	32,1
Stany depresyjne, przygnębienie	46	44,2	16	50,0	22	50,0	8	28,6
Trudności w zapamiętywaniu	45	43,3	15	46,9	17	38,6	13	46,4
Zaburzenia snu	74	71,2	28	87,5	34	77,3	13	46,4
Napady płaczu	48	46,2	16	50,0	20	45,5	12	42,9
Zmniejszenie libido	27	26,0	11	34,4	9	20,5	7	25,0
Stany lękowe	35	33,7	14	43,8	13	29,5	8	28,6

Wiadomo, że okres menopauzalny zwiększa ryzyko zapadalności na niektóre choroby. Zapytane o to respondentki zdecydowanie najczęściej (76,9%) wskazywały na osteoporozę jako chorobę współistniejącą z okresem klimakterium. Następne dolegliwości wskazywane były rzadziej. Na drugim i trzecim miejscu wymieniano kolejno depresję (30,8%) oraz choroby serca i naczyń krwionośnych (26,9%). Nieco ponad 18% badanych wskazuje również na nietrzymanie moczu, jako zjawisko sprzężone z okresem menopauzalnym. Pozostałe dolegliwości są identyfikowane przez około 10% badanych. Ciekawe, że jest grupa osób uważająca, że żadne choroby nie są zależne od okresu menopauzalnego.

Tab. VIII. Choroby współistniejące z okresem menopauzalnym według ankietowanych

Jakie wg Pani choroby współistnieją z okresem menopauzalnym?	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Depresja	32	30,8	13	40,3	15	34,1	4	14,3
Otyłość	10	9,6	3	9,4	5	11,4	2	7,1
Choroby sercowo-naczyniowe	28	26,9	15	46,9	8	18,2	5	17,9
Osteoporoza	80	76,9	27	84,4	34	77,3	19	67,9
Zwyrodnienia kręgosłupa	8	7,7	3	9,4	4	9,1	1	3,6
Cukrzyca	9	8,7	5	15,6	3	6,8	1	3,6
Nietrzymanie moczu	19	18,3	7	21,9	7	15,9	5	17,9
Żadne choroby nie są związane z okresem menopauzalnym	9	8,7	1	3,1	5	11,4	3	10,7

Kobiety uczestniczące w badaniu poproszono o wskazanie dolegliwości jakie zauważyły u siebie. Nie było ograniczeń co do liczby zaznaczonych odpowiedzi, co zaowocowało wymienianiem przeciętnie czterech objawów. Najczęściej badane skarżyły się na uderzenia gorąca (80,8%), zlewne poty i kołatania serca (po 73,1%). Na zaburzenia snu wskazywało 55,8% respondentek a co druga kobieta zauważała u siebie spadek koncentracji. W dalszej kolejności wymieniane były częste bóle głowy, rozdrażnienie i nerwowość, znużenie, zmienność nastrojów, stany depresyjne i trudności w zapamiętywaniu. Pozostałe objawy wymienione były przez nieznaczny odsetek respondentek (wyniki prezentuje tabela IX).

Tab. IX. Dolegliwości zaobserwowane u siebie w okresie menopauzy przez ankietowane

Proszę zaznaczyć jakie dolegliwości zaobserwowała Pani u siebie.	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Bóle głowy	48	46,2	26	81,3	17	38,6	5	17,9

Proszę zaznaczyć jakie dolegliwości zaobserwowała Pani u siebie.	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Fale gorąca	84	80,8	28	87,5	32	72,7	24	85,7
Przyrost masy ciała	6	5,8	2	6,3	3	6,8	1	3,6
Zmniejszenie elastyczności skóry	2	1,9	0	0	1	2,3	1	3,6
Suchość skóry	1	0,9	0	0	1	2,3	0	0
Bóle krzyża i stawów	5	4,8	1	3,1	3	6,8	1	3,6
Zlewne poty	76	73,1	23	71,8	33	75,0	20	71,4
Kołatanie serca	76	73,1	26	81,3	31	70,5	19	67,9
Zaparcia	2	1,9	1	3,1	1	2,3	0	0
Spadek energii	4	3,9	1	3,1	2	4,6	1	3,6
Obniżenie sprawności fizycznej	3	2,9	1	3,1	2	4,6	0	0
Nietrzymanie moczu	11	10,6	3	9,4	6	13,6	2	7,1
Spadek koncentracji	53	51,0	18	56,3	26	59,1	9	32,1
Zmienność nastrojów	32	30,8	11	34,4	14	31,8	7	25,0
Rozdrażnienie, nerwowość	48	46,2	13	40,6	15	34,1	20	71,4
Znużenie	37	35,6	12	37,5	20	45,5	5	17,9
Stany depresyjne, przygnębienie	32	30,8	10	31,2	18	41,0	4	14,3
Trudności z zapamiętywaniem	26	25,0	7	21,9	12	27,3	7	25,0
Zaburzenia snu	58	55,8	23	71,8	29	65,9	6	21,4
Napady płaczu	18	17,3	4	12,5	6	13,6	8	28,6
Zmniejszenie libido	9	8,7	3	9,4	2	4,6	4	14,3
Stany lękowe	20	19,2	7	21,9	9	20,5	4	14,3

Powszechnie dostępnych jest coraz więcej źródeł wiedzy na temat okresu menopauzalnego, dlatego też zadano pytanie o to skąd kobiety czerpią wiedzę o tym okresie. Także i to pytanie pozwalało na zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi. Najczęstszym, wg badanych, źródłem informacji są koleżanki i przyjaciółki (64,4%), następnie prasa i telewizja (58,7%). Z kolei prawie 40% respondentek wiedzę czerpie od personelu medycznego – lekarzy, pielęgniarek i położnych. W dalszej kolejności wymieniani są członkowie rodziny, Internet i literatura fachowa. Jednak istnieje prawie 3% grupa nie poszukująca wiedzy na temat okresu przekwitania.

Analiza statystyczna wykazała, że kobiety z wyższym wykształceniem istotnie częściej czerpią wiedzę z Internetu i literatury fachowej, z wykształceniem średnim od rodziny. Do braku jakiegokolwiek wiedzy w tym zakresie najczęściej przyznawały się kobiety o najniższym wykształceniu.

Tab. X. Źródła wiedzy ankietowanych na temat menopauzy

Skąd czerpie Pani wiedzę dotyczącą menopauzy?	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Rodzina	36	34,6	9	28,1	21	47,7	6	21,4
Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna)	41	39,4	16	50,0	20	45,5	5	17,9
TV, prasa	61	58,7	18	56,3	23	52,3	20	71,4
Internet	27	26,0	17	53,1	7	15,9	3	10,7
Przyjaciółki, koleżanki	67	64,4	20	62,5	29	65,9	18	64,3
Literatura fachowa	10	9,6	6	18,7	3	6,8	1	3,6
Nie posiadam wiedzy na ten temat	3	2,9	0	0	1	2,3	2	7,1

Ankietowane zostały zapytane również o jakość życia w okresie menopauzalnym. Najczęściej badane odpowiadały, że ich jakość życia jest „średnia” (30,8%) oraz „dobra” (29,8%). Jednak przy rozkładzie wyników pod względem wykształcenia uwidaczniają się różnice w wyborze odpowiedzi. Wśród kobiet z wyższym wykształceniem jakość życia częściej jest oceniana jako dobra lub bardzo dobra (50% takich odpowiedzi), zaś wśród kobiet z wykształceniem podstawowym dominuje niska i bardzo niska ocena jakości życia.

Tabela XI. Ocena jakości życia ankietowanych

Jakim stopniem oceni Pani swoją jakość życia ze względu na dolegliwości związane z menopauzą?	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
bardzo niska	7	6,7	2	6,3	2	4,6	3	10,7
Niska	14	13,5	4	12,5	3	6,8	7	25,0
Średnia	32	30,8	10	31,2	12	27,3	10	35,7
Dobra	31	29,8	8	25,0	19	43,1	4	14,3
bardzo dobra	20	19,2	8	25,0	8	18,2	4	14,3
Ogółem	104	100	32	100	44	100	28	100

Następne pytanie miało na celu wskazanie obszarów życia kobiet, na które okres menopauzalny ma największy wpływ. Badane udzieliły odpowiedzi, które pozwalają wnioskować, że w największym stopniu utrudnione jest wykonywanie czynności zawodowych (45,2%). Jest to odpowiedź wybierana najczęściej, bez względu na poziom wykształcenia respondentek. Jednak im wyższe wykształcenie, tym odsetek takich odpowiedzi jest wyższy. Następnie do najczęściej zaburzonych obszarów zaliczono obowiązki domowe, samoocenę i jakość kontaktów z rodziną. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela XII.

Tab. XII. Wpływ objawów związanych z menopauzą na życie ankietowanych

Jak wpływają/wpłynęły na Pani życie objawy związane z menopauzą?	N	%	Wykształcenie					
			Wyższe		Średnie		Podstawowe	
			N	%	N	%	N	%
Utrudniają wykonywanie codziennych prac domowych	28	26,9	8	25,0	12	27,3	8	28,6
Utrudniają wykonywanie czynności zawodowych	47	45,2	18	56,3	19	43,1	10	35,7
Negatywnie wpływają na prowadzenie życia towarzyskiego	18	17,3	6	18,7	9	20,5	3	10,7
Czuję się mniej atrakcyjna	21	20,2	12	37,5	5	11,4	4	14,3
Czuję się mniej kobieca	11	10,6	5	15,6	3	6,8	3	10,7
Stałam się bardziej drażliwa w kontaktach z bliskimi	20	19,2	6	18,7	7	15,9	7	25,0
W ogóle na mnie nie wpływają	9	8,6	1	3,1	3	6,8	5	17,8

Dyskusja

Ponieważ okres menopauzalny dotyczy każdej kobiety i jest to naturalny proces fizjologiczny, nie może być postrzegany jako choroba. Z raportu K. Hill wynika, że kobiet w okresie klimakterium wciąż przybysza [7]. Z pokolenia na pokolenie coraz więcej mówi się o przekwitaniu i o charakterystycznych dla niego objawach. Większości kobiet kojarzy okres menopauzalny z samymi objawami fizycznymi i psychicznymi [1,3,12,13]. Wyniki pracy wskazują, że co druga kobieta (55,8%) wie, że menopauza jest ostatnim miesięcznym krwawieniem. Bardzo często jednak kobiety myślą ten termin z pojęciem okresu menopauzalnego. Udowodniono też, że wykształcenie ma statystycznie istotny wpływ na znajomość tego zagadnienia. W badaniach Wyrzykiewicza pojęcie menopauzy znane było 42% kobiet [13]. Nieco większą wiedzę miały one odnośnie przyczyny menopauzy. Ponad 60% kobiet wiedziało, że jest to wynik zmniejszonej ilości hormonów wydzielanych przez jajniki. Lepszą wiedzę miały kobiety z wyższym niż z podstawowym wykształceniem, pierwszych było o 25% więcej niż drugich (odpowiednio 75% i 50%). Zupełnie inne wyniki uzyskał Cooper, który badał grupę Angielek. Stwierdził on, że podstawowej przyczyny menopauzy nie potrafi wymienić ponad 2/3 badanych kobiet [5].

Pytanie badające ogólną wiedzę kobiet dotyczyło zaburzeń miesiączkowania jako oznaki zbliżającej się menopauzy. W naszym badaniu liczba poprawnych odpowiedzi była bardzo zbliżona do siebie i większość kobiet (70,2%) znała tę prawidłowość. Podobne wyniki otrzymała Mieczysława Wyderka w regionie łódzkim.

Większość ankietowanych przez nas kobiet znała minimum trzy objawy fizyczne pojawiające się po menopauzie. Najczęściej wymieniane były objawy wazomotoryczne: fale gorąca (92,3%), zlewne poty (88,5%), kołatanie serca (87,5) oraz bóle głowy (52,9%). Zmęczenie, zmiany skórne, bóle stawów i krzyża, przyrost masy ciała i zaparcia wymieniały niewielki odsetek respondentek (od 5% do 19%). Z badań Wyrzy-

kiewiczza wynika, że objawy menopauzalne są znane 40% kobiet będących w okresie menopauzalnym [13]. Podobne wyniki w regionie łódzkim zaobserwowała Wyderka [12].

Z naszych badań wynika, że najczęstszym źródłem informacji o okresie menopauzalnym są koleżanki i przyjaciółki (64,4%), następnie prasa i telewizja (58,7%). Niespełna 40% respondentek wiedzę czerpie od personelu medycznego. Wyniki wielu badań przeprowadzanych na świecie wskazują, że głównym źródłem wiedzy są media, natomiast w Stanach Zjednoczonych pierwszym źródłem wiedzy jest lekarz [6].

Wnioski

1. Wykształcenie badanych kobiet ma istotny wpływ na posiadaną wiedzę na temat okresu menopauzalnego.
2. Menopauza i implikacje zdrowotne z nią związane, wpływają na życie i samoocenę oraz jakość życia respondentek.
3. Należałoby podjąć działania w celu zwiększenia wiedzy kobiet na temat objawów wynikających z obniżonego poziomu hormonów jajników, chorób współistniejących oraz metod wspomagających przeżywanie badanego okresu.

Piśmiennictwo

1. Astbury J.: Menopause, Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: World Health Organization, 2009, s. 79-86.
2. Beck B., Shoemaker R.: Osteoporoza, najważniejsze czynniki ryzyka i możliwości leczenia. Medycyna po Dyplomie 2000; 9, 10: 147-161.
3. Bielawska-Batorowicz E.: Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy. Obniżony nastrój u kobiet w wieku 45-55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym. Przegl. Menopauz 2006; 5: 68-74
4. Carr C.: Menopauza. Poradnik nowoczesnej kobiety wyd. Vesper 2011
5. Cooper W.: *Menopause: refining benefits therapy*. Obstet. Gynecol. 1998; 7: 229-234.
6. Gittleman L. A.: Menopauza wyd. Mada; 2009
7. Hill K.: The demography of menopause. Maturitas 1996; 23: 113-127
8. Peryński T.: /red/ Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 2004
9. Suzin J., Szubert M., Kowalczyk-Amico K.: Osteoporoza- częsty problem kobiet po menopauzie. Przegląd Menopauzalny 2009; 6: 320-323.
10. World Health Organization: Research on Menopause in the 1990s: report of a WHO Scientific Group. Geneva: World Health Organization, 1996; WHO Technical Report Series No. 866; s. 12-14.
11. World population prospects: The 1998 revision. Economic & Social Affairs. New York: United Nations, 1999.
12. Wyderka M.: Przekwitanie w świadomości kobiet. Badania w regionie łódzkim wyd. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna; 2008
13. Wyrzykiewicz T.: Promocja zdrowia u kobiet w okresie przekwitania. Postępy w Pielęgniarstwie i Promocji Zdrowia 1998; 9: 218-222.
14. Zejda J.: Priorytety naukowe w zdrowiu publicznym w Polsce. Zdrowie Publ. 2001; 111(5-6): 291-297.

Health of high school youth in Świętokrzyskie Province, Poland

Halina Król¹, Klaudia Kula¹, Bożena Zboina^{1,2,3}, Grażyna Nowak-Starz¹, Małgorzata Biskup¹
Jan Kochanowski¹

¹ University in Kielce, Faculty of Health Sciences

² The John Paul II (The Second) Catholic University of Lublin, Poland

³ University of Business and Enterprise in Ostrowiec Świętokrzyski, Akademicka 12, Poland

Zdrowie młodzieży ponadgimnazjalnej w województwie Świętokrzyskim w Polsce

Streszczenie

Otyłość u dzieci i młodzieży stanowi jedno z głównych zagrożeń i wyzwań medycyny XXI wieku, gdyż jest przyczyną wielu groźnych skutków zdrowotnych.

Racjonalne żywienie jest jednym z 12 uwarunkowań zdrowia wskazanych przez Światową Organizację Zdrowia, a prawidłowe żywienie we wczesnym okresie życia prawidłowo kształtuje zdrowie psychofizyczne w wieku dorosłym.

Celem niniejszej pracy była próba oceny kondycji zdrowotnej młodzieży ponadgimnazjalnej zamieszkującej w Polsce w województwie świętokrzyskim, w kontekście występującego problemu otyłości.

Badania pilotażowe przeprowadzono w 2011 roku wśród 90-ciu uczniów, w tym 63 dziewcząt i 27 chłopców w wieku 15-16 lat zamieszkujących w Kazimierzy Wielkiej, w województwie świętokrzyskim w Polsce. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykonano proste obliczenia ilościowe i jakościowe.

Wśród badanych problem otyłości występuje w znaczącym stopniu. Badani nieprawidłowo się odżywiają. Dla 40% dziewcząt śniadanie jest zbędnym posiłkiem, 41% chłopców w ogóle nie spożywa II śniadania. 30% dziewcząt nie spożywa w ogóle warzyw, natomiast 33% badanych spożywa owoce tylko raz w tygodniu. 89% badanych w codziennym jadłospisie preferuje białe pieczywo, natomiast aż 83% uczniów spożywa codziennie słodczyce. Badani niechętnie podejmują aktywność fizyczną. Największy odsetek badanych (78%) uprawia sport wyłącznie na zajęciach wychowania fizycznego. Natomiast 71% dziewcząt wykazuje szczególną niechęć do ćwiczeń.

Sposób odżywiania badanej grupy znacząco różni się od zaleceń prawidłowej diety, zarówno w aspekcie jakości jak i częstości spożywanych produktów. Młodzież niechętnie podejmuje aktywność fizyczną, co zdecydowanie potęguje występowanie problemu nadmiaru masy ciała wśród tych osób. Poziom wiedzy jaki posiada młodzież gimnazjalna odnośnie zdrowego stylu życia, nie jest wystarczający do utrzymania prawidłowej masy ciała. Istnieje potrzeba edukacji młodzieży w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Słowa kluczowe: racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna, styl życia

Summary

Obesity in children and adolescents is one of the major threats and challenges of the twenty-first century medicine because it is the cause of many serious health effects. Rational nutrition is one of the 12 determinants of health identified by the World Health Organization, and the proper nutrition in early life forms correctly psychophysical health in adulthood. The aim of this study was to evaluate the health condition of high school youth living in Świętokrzyskie voivodship in Poland, in the context of the present problem of obesity. Pilot studies were carried out in 2011 among 90 students, including 63 girls and 27 boys aged 15-16 years living in Kazimierza Wielka town in Świętokrzyskie voivodship in Poland. The study used a method of diagnostic survey, simple quantitative and qualitative calculations were carried out. Among the respondents, the problem of obesity occurs at a significant degree. Respondents do not eat properly. For 40% of the girls breakfast meal is unnecessary, 41% of boys do not eat lunch. 30% of girls do not eat vegetables at all, while 33% of respondents consumed fruit only once a week. 89% of respondents in the daily diet prefer white bread, and as many as 83% of students eat sweets every day. Respondents are reluctant to take physical activity. The largest percentage of respondents (78%) play sport only during physical education classes. However, 71% of the girls has a particular aversion to exercise.

Diet of the test group differs significantly from recommendations of a healthy diet, both in terms of quality of products and frequency of consumption. Young people are reluctant to take physical activity, which significantly enhances the occurrence of the problem of weight excess among the people. The level of knowledge that high school children have about a healthy lifestyle is not sufficient to maintain a proper body mass. There is a need for education of youth in a healthy lifestyle.

Keywords: rational nutrition, physical activity, lifestyle

Introduction

Obesity is a disease of society and civilization of the XXI century. It affects people of all races and ages and the scale of the problem is still increasing [1]. Improper diet, consumption of refined, preserved and genetically modified products negatively affects human physiology. Daily menu contains too much sugar, fat and salt [2].

The emergence of the problem of obesity in all age groups is closely linked to serious health consequences. Obesity in children and adolescents may adversely affect their adult life [3]. It was found that the occurrence of obesity among young people have a special relation with increasing morbidity and mortality after the age of 50 years [4]. Studies show that often obese adult people were already overweight in adolescence [5].

One of the most important causes of obesity is the diet of teenagers. During puberty there is a high risk of developing obesity. In this age also a general aversion to physical activity is often observed [6, 7]. Nutritional factors cause the 20-40% of formation obesity among children and adolescents: calories excess in the diet, irregular eating, not eating breakfast, long intervals between meals, eating between meals high-energy snacks (sweets), which affect the irregular consumption of major meals during the day, snacking at night, frequent consumption of sodas and sweetened drinks and processed food products [1].

The level of education, cultural patterns and economic status of parents largely affect the lifestyle of teenagers. In the families of obese and overweight children there is often so-called social inheritance. Children learn from their parents a particular way of life, through the food traditions [8, 9, 10]. A form of relaxation for young people is a few hours of leisure time in front of TV or computer. A sedentary lifestyle combined with low physical activity leads to obesity [11]. Obesity can lead to premature development of diseases of the cardiovascular and endocrine system, psychosocial, neurological, renal, respiratory disorders and posture defects and others [12, 13]. Obesity is a civilization disease that occurs at any age. Preventive measures to promote healthy lifestyle among young people should bring the desired, measurable health benefits for society as a whole [14, 15].

Materials and methods

Pilot study conducted in 2011 included 90-person group of young people aged 15-16 years (63 girls and 27 boys). Respondents live in Poland in Świętokrzyskie voivodship, come from both urban and rural

environments. The research used a diagnostic survey method, simple quantitative and qualitative calculations were made.

Results

The analysis of the research shows that among the respondents there is a problem of overweight and obesity. A significant proportion of females (40%) with the height of 156-165 cm. weighs on average 61-70 kilograms, what is more, 11% reaches the weight of over 70 kilograms. Among boys, as many as 37% weighs more than 66 kg with a relatively low height of 156-165 cm. However, 26% weighs on average 73 kg.

The largest percentage of respondents (87%) eat 4-5 meals a day. Eating breakfast is in a daily habit for 46% of respondents, in favor of boys (74%). 40% of girls admit they usually do not eat breakfast. It was found that 38% consume lunch 2-3 times a week. 29% of students usually do not eat lunch. 68% of the young people usually eat a hot meal after returning home from school. None of the respondents eat dinner at school.

35% of girls eat vegetables only once a week and as many as 30% reported eating vegetables only once a month. None of the respondents confirmed the consumption of a portion of vegetables more than once a day – “at every meal.”

It was found that 33% of students consume fruit only once a week. A significant proportion of respondents (60%) eat dairy products once a week, mostly girls (76%). As many as 45% of boys admitted that they do not consume such products at all.

Whole-grain products are not welcome in the diet of the young people. A high percentage (89%) in the daily diet prefers white bread. The tested young people do not prefer eating plant oils.

Analysis of the research showed that as many as 83% of teens eat sweets every day. 52% admit to eating them before the main meal, claiming that they enjoy it and it has better impact on their well-being. The respondents generally prefer drinking sweet beverages (44%). 25% of girls also drink different types of juices. Unfortunately, 26% of boys opt for energy drinks.

The analysis showed that 41% of the respondents use the fast food bars more than once a week. 70% of boys confirm using them several times a week. Whereas 41% of girls visit them once a month. 78% practice, but reluctantly, during physical education classes.

52% of girls believe that they take care of their own health, while 44% of boys do not pay much attention to health.

Discussion

The presented research shows that obesity among the surveyed students is a major problem. Young people do not pay proper attention to food intake.

The reason for this phenomenon is the widespread availability and variety of products, which cause that besides drawing energy from food, food has become one of the major pleasures of life, an opportunity to socialize, a way to diversify time and discharge of stress [7, 16].

Breakfast after long hours of the night break provides energy and nutrients allowing to take daily activities [16]. The study shows that for 40% of the girls breakfast meal is unnecessary. A similar percentage of girls admits that they only eat lunch 2-3 times a week. 41% of boys do not eat lunch at all.

Vegetables and fruit used in the daily diet provide the body with essential minerals, vitamins and cellulose [17]. The study showed that 29% of the young people eat vegetables only once a week. However, 30% of girls and 11% of boys do not eat vegetables. A similar percentage is in the case of eating fruit.

An important reason for this low fruit and vegetable intake among young people may be TV commercials that promote other food products [18].

For proper development of adolescents the recommended level of supply of wholesome animal protein, milk and dairy products, should cover about 20% of the daily energy requirements in the diet [17, 16, 6, 19].

The study shows that dairy products in the diet of a teenager are rare. As many as 60% of the respondents consume milk and dairy products only once a week. 45% of boys do not eat them at all.

89% of the respondents state that, instead of whole grains rich in cellulose in their daily diet, they primarily eat white bread, rolls and pasta.

For proper development of every human being on the menu should not be missing essential fatty acids that are contained primarily in vegetable oils [17]. It was found that the respondents do not consume these products.

Disturbing is the fact that as many as 83% of the respondents mentioned sweets as products consumed every day. Also, the largest percentage of respondents (52%) admit that they eat sweets mainly before dinner.

To quench the thirst, youth most often reach for sugary drinks (44%). Also popular beverages among young people are juices (23%) and energy drinks (20%).

In recent years, very fashionable food in Poland has become "fast-food". High-fat snacks, often deep fried, do not have any nutritional value, but they give a feeling of fullness and are fast in preparation. The study confirmed that subjects have considerable knowledge about healthy eating, but do not apply it in everyday life. 88% of the respondents are aware that fast food products are bad for their health, but still less than 41% of them admit that visit fast food bars more than once a week. Proper nutrition and regular physical activity is an important part of maintaining a healthy body mass. It is recommended to exercise at least 3 times a week for 30 minutes with a heart rate of 130 beats / min. [20]. The study showed that as many as 78% of the respondents do sports only at school during physical education classes.

Conclusions

1. Diet of the study group differs significantly from recommendations of proper diet, both in terms of quality and frequency of consumed products.
2. Young people are reluctant to take physical activity, which significantly enhances the occurrence of the problem of excess body mass among respondents.
3. The level of knowledge of young people about a healthy lifestyle is not sufficient to maintain a proper body mass.

Literature

1. Tatoń J, Jan, Czech A, Bernas M. Otyłość zespół metaboliczny. PZWL. Warszawa 2007
2. Goryl M. Otyłość- przypadłość naszych czasów. Medycyna i Zdrowie 2010; 1: 4.
3. Obuchowicz A. Epidemiologia nadwagi i otyłości- narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży. Endokrynologia. Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, Via Medica 2005;1;3; 9-12.
4. <http://www.media.netpv.pl> - 2010
5. Uszyński M. Propedeutyka medycyny klinicznej i zdrowia publicznego. PZWL. Bydgoszcz 2001
6. Korta T, Łyszkowska M. Podstawy żywienia klinicznego. W: Dzieci i młodzież. Zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Red. Koletzko B, Skowrońska U. PZWL. Warszawa 2000
7. <http://www.termedia.pl/Czasopismo/-8/Artykul-1250> - 2011
8. Pepliński P. Epidemia otyłości. Gazeta Farmaceutyczna 2009; 8; 208: 34-35
9. Wojciechowska J, Mojs E, Stanisławska-Kubiak M. Regulacyjne właściwości programów prewencji otyłości u dzieci i młodzieży a środowiskowe czynniki ryzyka. Pielęgniarstwo Polskie 2008; 4; 30: 283-284.
10. <http://www.zdrowiedlakażdego.pl> - 2011
11. Iwańczak B. Wpływ otyłości na występowanie chorób przewodu pokarmowego. Pediatria Współczesna. Żywienie dziecka 2010; 12; 1: 46-47.
12. Woynarowska B. Zdrowie i szkoła. PZWL. Warszawa 2000
13. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku-epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przewodnik Lekarza 2006; 9: 93.
14. Latkowski Bożydar J, Lukas W.(red.) Medycyna Rodzinna. T.2. PZWL. Warszawa 2010
15. Fichna P, Skowrońska B. Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży. Polska Medycyna Rodzinna 2008; 10; 2: 273-274.

16. Boniecka I, Michota-Katulska E, Ukleja A, Kowalczyk E, Szczygłowska A. Zachowania żywieniowe wybranej grupy dzieci w wieku szkolnym w aspekcie zagrożenia otyłością. *Przeгляд Lekarski* 2009; 66; 1-2: 49-50
17. Oblacińska A, Woynarowska B. Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami. IMiD. Warszawa 2002
18. Stankiewicz M., Pieszko M., Śliwińska A. i współ. Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi- wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii. Via Medica* 2010; 2: 64-65.
19. Jarosz M, Respondek W. Rola żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce otyłości i przewlekłych chorób niezakaźnych. W: *Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne*. Red. Gawęcki J, Roszkowski W.t.3 PWN. Warszawa 2009
20. Oblacińska A, Jodkowska M. Otyłość u polskich nastolatków. *Epidemiologia, styl życia, samopoczucie*. IMiD. Warszawa 2007.

Нараженість населення України на дію навколишнього тютюнового диму

Григоренко А. А.

Міністерство охорони здоров'я України

Анотація: Представлено результати соціологічного дослідження по вивченню нараженості населення України на дію навколишнього тютюнового диму.

Ключові слова: тютюновий дим, населення, нараженість

Тютюнокуріння – надзвичайно поширена шкідлива звичка. Нині у світі налічується біля 1,3 млрд людей, що курять [7]. На регіональному рівні найбільша кількість курців спостерігається в пострадянських країнах, де вона складає біля 29% дорослого населення, та у країнах Євросоюзу – 28%. Найбільша поширеність куріння серед чоловіків спостерігається в Південній Кореї (68%), а серед жінок – у Данії (37%) [2]. За даними МОЗ України, в останні роки в нашій державі відбувається збільшення кількості курців, нині їх нараховується майже 9 млн. Третя частина «активних» курців визначила свій стаж куріння як такий, що триває понад 20 років, 19% – 6-10 років. 37% опитаних викурюють від 16 до 20 цигарок за день, іще третина – від 6 до 10. Спостерігаються небезпечні тенденції до збільшення кількості курців серед молодого населення, особливо серед дівчат, та омолодження віку першої спроби вживання тютюну: у більшості випадків – до 18 років, у чверті з них – до 10 років. Поширеність куріння серед чоловіків в Україні найвища в Європейському регіоні ВООЗ (67%). Серед жінок нашої держави останніми роками цей показник стрімко зростає, досягнувши у 2005 році рівня 20%, що становить найвищий показник у країнах СНД [1]. Вивчення рівнів та структури захворюваності курців – актуальна проблема медицини, адже, за оцінкою ВООЗ куріння посідає друге місце в списку причин, які викликають передчасну загибель людей [7]. Вважається, що щорічно куріння вбиває близько 5 млн осіб. За іншими даними, ця цифра вдвічі більша, ніж показник загиблих від алкоголю та вживання наркотичних речовин разом взятих [5]. Загалом куріння виступає фактором ризику більш ніж 20 хвороб, які становлять майже 75% у структурі причин смертності населення. За науковими даними, куріння скорочує тривалість життя на 5 років для 35річної жінки, яка палить, або 7 років для 35річного чоловіка курця [7].

Тютюнокуріння негативно впливає не лише на осіб, які курять самі, так званих «активних» курців, а й на інших людей, що вдихають тютюновий дим із навколишнього середовища. Такий тип взаємодії із цим шкідливим чинником називається пасивним курінням. Аналіз даних національного опитування 2005 р. показує, що більшість населення країни (53%) принаймні щодня відчуває на собі вплив тютюнового диму [3]. Дитяче населення потрапляє під вплив тютюнового диму від куріння своїх батьків чи інших членів родини [6]. Приблизно 43% австралійських, 33 % канадських та 41 % британських дітей щоденно зазнають впливу тютюнового диму в себе вдома.

Численні дослідження, проведені в різних країнах світу, підтвердили зв'язок пасивного куріння зі збільшенням кількості звертань по медичну допомогу та госпіталізацій на 20-30% [4].

Мета роботи: вивчити рівень нараженості населення України на дію навколишнього тютюнового диму

Матеріали та методи: За нашою ініціативою та участю було проведено соціологічне дослідження домогосподарств, здійсненим відповідно до протоколу GATS. Вибірка складала 13 833 домогосподарств. Вивчалися питання впливу навколишнього тютюнового диму. Анкета містила запитання про правила куріння вдома, нараженість на дію тютюнового диму вдома, правила куріння в приміщеннях на робочому місці та вплив тютюнового диму впродовж останніх 30-ти днів у різних місцях, включаю-

чи робоче місце, державні установи, заклади охорони здоров'я, ресторани та кафе, громадський транспорт, вищі навчальні заклади та приватні компанії.

Результати та обговорення. Як показало дослідження, близько 12,2 мільйона (30,6%) дорослого населення України живе в оселях, де дозволено курити. Тих, у кого вдома дозволяється курити, більше серед чоловіків (33,6%), ніж серед жінок (28,1%), а також серед людей молодших за 65 років (понад 30%), у містах (32,5%), у Західному (33,7%) та Східному регіонах (35,4%). Дослідження показало, що у майже 6,3 мільйона (15,7%) дорослих хтось курить удома щодня. У більше ніж 9,4 мільйона (23,5%) дорослих хтось курить удома як мінімум раз на місяць. Частка тих, хто щоденно відчуває вплив чужого тютюнового диму, більша серед людей молодших за 65 років (понад 15%) порівняно з людьми віком 65 років і старших (8,4%), а також серед міського населення (16,7%) порівняно з жителями сіл (13,5%). За статтю, регіоном та освітою відмінностей у рівні щоденної нараженості на вплив тютюнового диму немає. Частка тих, хто щомісяця відчуває вплив чужого тютюнового диму, більша серед людей молодших 65 років (понад 20%), а також серед жителів Західного та Східного регіонів (понад 25%) порівняно із Центральним та Південним регіонами (19,8% та 22,9%, відповідно). За статтю, місцем проживання та освітою відмінностей у рівні щомісячної нараженості на вплив тютюнового диму не виявлено.

Серед некурців 21,7% (6,2 мільйона) живуть в оселях, де дозволено курити; 8,6% (2,4 мільйона) повідомили, що у них вдома хтось курить кожного дня, і 14,6% (4,2 мільйона) сказали, що у них вдома хтось курить принаймні раз на місяць.

Результати дослідження показали, що 5,8 мільйона дорослих (34,0%), які працюють у приміщенні або на відкритому повітрі, але з ділянками в закритих приміщеннях, впродовж минулого місяця зазнавали впливу чужого тютюнового диму в закритих приміщеннях на роботі. Чоловіки більшою мірою (44,0%) наражаються на вплив чужого тютюнового диму, ніж жінки (22,9%).

Таким чином, близько чотирьох мільйонів чоловіків та 1,9 мільйона жінок, які працюють у приміщенні, наражались на вплив навколишнього тютюнового диму на роботі. Частка тих, хто буває змушений дихати чужим тютюновим димом на роботі, більша у Східному регіоні (44,3%), ніж в інших регіонах України, а також серед людей без вищої освіти (понад 34%) порівняно з випускниками університетів чи інших вищих навчальних закладів (26,4%). Майже 2,9 мільйона (26,6%) некурців наражаються на вплив чужого тютюнового диму на роботі. Серед некурців 1,4 мільйона чоловіків (35,2%) та 1,5 мільйона жінок (21,4%) зазнають впливу тютюнового диму на роботі.

Загалом у 44,1% дорослих, які працюють у закритих приміщеннях, курити на роботі заборонено скрізь у приміщеннях; 7,8% зазначили, що на їхній роботі курити можна будь-де, 41,6% – що курити на їхній роботі можна у спеціально відведених місцях, і 6,5% відповіли, що в них на роботі немає жодних правил щодо куріння. В основному дещо краще захищені від впливу тютюнового диму на роботі жінки (куріння заборонене у 56,8%), ніж чоловіки (32,7%), сільське населення (49,9%) порівняно із жителями міст (42,5%), а також працівники з вищою освітою (50,6%).

Для дорослих, які працюють у приміщенні, імовірність того, що вони зазнаватимуть впливу чужого тютюнового диму на роботі, залежить від прийнятих правил куріння в їхній установі/організації. Серед тих, у кого заборонено курити на роботі в усіх приміщеннях, на вплив тютюнового диму на роботі наражалася 8,9%, тоді як серед працівників підприємств та організацій, де дозволено курити у спеціально відведених місцях, тютюновим димом дихало 44,1%, а серед працівників підприємств та організацій, де дозволено курити скрізь, таких було 92%. В установах, де немає формальних правил щодо куріння, впливу тютюнового диму зазнавало 70,6%.

Якщо говорити про конкретні місця й установи, найрідше випадки впливу тютюнового диму спостерігалися в установах охорони здоров'я (6,6%); поза тим, 64,1% опитаних зазнавали впливу тютюнового диму в ресторанах чи кафе, 31,8% – у приватних компаніях, 23,5% – у вищих навчальних закладах, 17,5% – у громадському транспорті й 10,2% – у державних установах. За оцінками, впродовж минулих 30-ти днів чужим тютюновим димом дихали 7,2 мільйона дорослих відвідувачів рес-

торанів або кафе, 3,0 мільйона людей, які відвідали приватні компанії, 4,9 мільйона користувачів громадського транспорту, 1,1 мільйона відвідувачів вищих навчальних закладів і 2,1 мільйона відвідувачів державних установ. На вплив тютюнового диму в ресторанах або кафе відвідувачі частіше наражаються в містах (68,6%), аніж у сільській місцевості (48,9%), а також у східних областях (73,0%) порівняно із західними (58,7%). Куріння в державних установах і установах охорони здоров'я частіше зауважували відвідувачі цих установ у містах (11,5% і 7,6%, відповідно), ніж у сільській місцевості (6,8% і 4,2%, відповідно).

Відповідаючи на запитання, чи має куріння дозволятися у певних громадських місцях, більшість учасників опитування схилилася до повної заборони куріння в більшості місць: у школах – 99,6%, (99,4% серед курців); у громадському транспорті – 99,6%, (99,4% серед курців), у храмах, церквах та інших релігійних установах – 99,8%, (99,9% серед курців), у лікарнях – 98,4% (96,9% серед курців), у вищих навчальних закладах – 95,8%, (92,8% серед курців) і на робочому місці – 91,1% (80,9% серед курців). Хоча більшість населення підтримує заборону на куріння в ресторанах і барах, лише близько половини курців поділяє таку точку зору (53,7% підтримують заборону на куріння в ресторанах або кафе, і 44,0% – у барах).

Загалом, близько 7,9% респондентів відповіли, що їм доводиться вдихати чужий тютюновий дим кілька разів на день, 24,9% – практично кожного дня, і 19,3% – кілька разів на тиждень. Разом із тим, 47,9% відповіли, що їм практично не доводиться або взагалі не доводиться дихати чужим тютюновим димом.

Висновки. Результати проведеного соціологічного дослідження в цілому показали високий рівень нараженості населення України на дію навколишнього тютюнового диму.

При цьому більшість учасників опитування в тому чимлі і курців, схилилася до повної заборони куріння в місцях громадського користування.

Література

1. Arnaudova A. Ten health questions about the new EU neighbours / A. Arnaudova. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2006.
2. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіційний вісник України від 12.04.2006. – 2006. – № 13. – С. 128, стаття 861.
3. Doll R, Hill AB. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. British Medical Journal, 1956, 2(5001):1071–1081
4. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну(GATS). Звіт за результатами дослідження, Україна, 2010 / Тетяна Андреева, Вікторія Захожа, Наталія Король, Костянтин Красовський, Вероніка Лі, Джульєт Лі, Чарльз Уоррен, Наталя Харченко. – Київ, 2010. – 176 с.
5. Ефимов В. В., Блажко В. И., Воейкова Л. С. и др. Показатели функции эндотелия и функциональное состояние респираторной системы при различной степени тяжести вентиляционных нарушений у больных ХОЗЛ // Український терапевтичний журнал. – 2006. – № 3. – С. 66-70.
6. Петренко В. І., Пікас О. Б. Паління як фактор ризику розвитку патологічних процесів в органах дихання та його вплив на сурфактант легень // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – № 1. – С.18-20.
7. Пікас О. Б. Біомеханізм дії компонентів цигаркового диму на стан органів дихання // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2006. – № 2. – С.57-62.

Mikotoksyny – ukryty zabójca

Wioletta Żukiewicz-Sobczak¹, Jacek Piątek¹, Monika Galińska¹, Małgorzata Piątek²

¹ Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

² Katedra i Zakład Fizjologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie: Mikotoksyny są produktami wtórnego metabolizmu grzybów strzępkowych, należących przede wszystkim do rodzajów *Aspergillus*, *Penicillium* i *Fusarium*. Są to związki chemiczne, objęte szczegółową kontrolą stężeń w żywności ze względu na swoje właściwości rakotwórcze, mutagenne, teratogenne, estrogenne i toksyczne. Mikotoksyny mogą być obecne w artykułach rolnych, np. powstają w czasie przechowywania w nieodpowiednich warunkach. Do tej pory poznano i zidentyfikowano około 400 mikotoksyn. Wśród nich najlepiej poznane są: aflatoksyny, ochratoksyny, trichoteceny, fumonizyny, zearalenon oraz patulina.

Słowa kluczowe: mikotoksyny, grzyby pleśniowe, zanieczyszczenia żywności, mikotoksykozy

Summary: Mycotoxins are products of secondary metabolism of filamentous fungi belonging mainly to the genera *Aspergillus*, *Penicillium* and *Fusarium*. These are chemical compounds covered by detailed control of concentrations in food due to their properties: carcinogenic, mutagenic, teratogenic, estrogenic and toxic. Mycotoxins can be present in agricultural articles are formed during storage in unsuitable conditions. Until now approximately 400 mycotoxins have been identified. Among them, the best known are: aflatoxins, ochratoxin, trichothecenes, fumonisins, zearalenone, and patulin.

Keywords: mycotoxins, molds, food contamination, mycotoxicosis

Wstęp

Mikotoksyny – produkty wtórnego metabolizmu grzybów strzępkowych, pod względem chemicznym zaliczają się do węglowodorów aromatycznych (rzadko alifatycznych), charakteryzujących się małą masą cząsteczkową, co decyduje o ich znacznej oporności na czynniki środowiskowe oraz o braku właściwości immunogennych lub słabych właściwościach. Obok działania toksycznego, wykazują właściwości rakotwórcze, mutagenne, teratogenne i estrogenne. Szkodliwe działanie mikotoksyn stwierdza się nawet w przypadku występowania w niewielkich stężeniach [1,2]. Mikotoksyny to związki niskocząsteczkowe, słabo polarne, nie ulegają rozkładowi podczas pasteryzacji, a także w wyższej temperaturze, w wyniku czego są stabilne podczas standardowych procesów przygotowywania żywności i mogą pozostawać w produkcie długo nawet po zaniku pleśni [3], natomiast ulegają degradacji w środowisku alkalicznym oraz pod wpływem działania promieniowania UV [4, 5, 6, 7]. Do tej pory zidentyfikowano około 400 mikotoksyn, wśród których najlepiej poznane to aflatoksyny, ochratoksyny, trichoteceny, fumonizyny, zearalenon oraz patulina [8].

Występowanie mikotoksyn

W 1960 roku w Anglii masowa śmierć 100 tysięcy indyków spowodowana była karmieniem ich paszą zanieczyszczoną aflatoksyną B1. Od tego czasu rozpoczęły się bardzo intensywne badania dotyczące toksyn tworzonych przez grzyby oraz ich wpływu na organizm człowieka i zwierząt. Każdy gatunek ma specyficzny profil metabolitów wtórnych. Zanieczyszczenie mikotoksynami dotyka corocznie 25% światowych plonów w różnych regionach geograficznych [9].

Obecność i zawartość mikotoksyn w ziarnie zbóż jest ważnym wskaźnikiem jakości. Zanieczyszczenie mikotoksynami żywności w znacznym stopniu zależy od warunków środowiska, które mogą umożliwiać powstawanie i wzrost pleśni. Rozwój roślin, zbiór, obróbka, przechowywanie i transport – to poszczególne etapy produkcji w czasie których może dojść do skażenia mikotoksynami [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16]. Tworzenie tych związków powiązane jest ze „stresem roślin”, nadmiernym uwodnieniem magazynowanych

produktów zbożowych [17]. Grzyby, które produkują mikotoksyny rozwijają się w temperaturze o zakresie 10 - 40°C, pH 4-8, na suchej powierzchni [18] lub przy poziomie wilgotności wynoszącym 12-13%. Optymalne warunki dla wzrostu grzybów nie są tym samym najlepsze do syntezy mikotoksyn [19]. Stosowanie środków grzybobójczych nie wpływa hamująco na produkcję tych związków, odnotowuje się, że grzyby mogą ulegać nadmiernemu szokowi pod wpływem fungicydów, co może skutkować nawet zwiększoną produkcją mikotoksyn [20].

W rolnictwie ekologicznym nie stosuje się typowych preparatów przeciwgrzybowych oraz charakterystycznych środków ochrony roślin to jednak odpowiednio dobrane do tego typu uprawy odmiany zbóż lepiej radzą sobie z zagrożeniami w postaci np. grzybów pleśniowych. W 2010 roku wysoki stopień porażenia ziarna na terenach Lubelszczyzny związany był z warunkami atmosferycznymi panującymi podczas okresu wegetacji tzn. wysokie poziomy opadów atmosferycznych i umiarkowane temperatury w miesiącach letnich (czerwiec-sierpień) stwarzały sprzyjające warunki dla rozwoju grzybów porażających ziarno. W Zakładzie Alergologii i Zagrożeń Środowiskowych Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie w ramach projektu naukowego (Project No. 2.08/10 Statutory, led by Dr. W. Żukiewicz-Sobczak) porównano obecność grzybów pleśniowych w ziarnie pszenicy pochodzącej z gospodarstw konwencjonalnych oraz ekologicznych z okolic Lubelszczyzny. Całość wyników badań świadczyła o znacznym stopniu zagrożenia zdrowia producentów rolnych, spowodowanym obecnością toksynotwórczych grzybów pleśniowych występujących w uprawach pszenicy [21]

Wpływ mikotoksyn na zdrowie człowieka

Obecne w zbożach mikotoksyny mogą wywoływać u ludzi i zwierząt efekty toksyczności o charakterze ostrym, podoстрыm lub przewlekłym, wykazują również działanie kancerogenne i teratogenne. Ostre efekty obserwowane są wyjątkowo rzadko, jednak długotrwałe narażenie na działanie ich niskiego stężenia może powodować różne choroby przewlekłe [3, 8, 22, 23]. W przypadku zwierząt zatrucia ostre prowadzą do śmierci całego stada, co obserwowano już niejednokrotnie w wielu krajach [15]. Choroby spowodowane szkodliwym działaniem mikotoksyn - mikotoksykozy znane są od wielu lat [24, 25, 26, 27]. Najstarszą formą tych chorób był ergotyzm, charakteryzujący się masowym zatruciem ludności po spożyciu chleba zanieczyszczonego sporyszem [28]. Opisywano również przypadki mikotoksykoz z lat czterdziestych XX wieku (Syberia), powodujące masowe zatrucia (u 10 % tamtejszej ludności) oraz liczne przypadki śmiertelne u ludzi (60% osób chorujących) po spożyciu zboża, które przezimowało na polu [24,27]. Choroba została nazwana toksyczną aleukią (białaczką) żywnościową (ATA – Alimentary Toxic Aleukia), a wywoływały ją metabolity grzybów z gatunków *Fusarium sporotrichioides* i *Fusarium poae* [28].

Innym przykładem choroby wywołanej przez mikotoksyny jest choroba żółtego ryżu objawiająca się porażeniem układu nerwowego i paraliżem. Pierwszy raz tę chorobę zaobserwowano w 1894 roku w armii japońskiej. Objawy jej są podobne do objawów beri-beri, czyli awitaminozy wywołanej brakiem witaminy B1 w diecie. Badania z ostatnich lat wykazały, że choroba żółtego ryżu wywołana jest metabolitami grzybów z rodzaju *Penicillium*: citreowirydyną, luteoskiryną, islanditoksyną, cytrynianą [29].

Pod względem ekonomicznym i toksykologicznym w skali europejskiej i światowej najważniejszych jest pięć mikotoksyn: aflatoksyna B1, ochratoksyna A, deoksyniwalenol, zearalenon i fumonizyna B1. Zostały one uznane za metabolity grzybów, najczęściej zanieczyszczające płody rolne, pasze i żywność [27].

W zależności od organu, na który mikotoksyny mają szkodliwy wpływ można je podzielić na: hepatoksyny (aflatoksyna B1), nefrotoksyny (ochratoksyna A), kariatoksyny (moniliformina), dermatotoksyny (T-2), neurotoksyny (fumonizyna B1) oraz pulmotoksyny (powodujące obrzęki płuc-fumonizyna B1). Wydzielono również mikohormony (zearalenon), immunotoksyny (trichoteceny) oraz związki rakotwórcze (aflatoksyny, ochratoksyna A, fumonizyny) [16].

Oprócz działania rakotwórczego groźne dla zwierząt, jak i dla ludzi, jest działanie embriotoksyczne i teratogeniczne mikotoksyn. Spożycie produktów zanieczyszczonych mikotoksynami prowadzi uszkodzeń płodu z występowaniem potworkowości i zatrucia płodu włącznie. Działanie mutageniczne mikotoksyn

bada się w stosunku do bakterii głównie *Salmonella typhimurium*. Jego wynikiem może być np. uzjadliwienie się szczepów chorobotwórczych bakterii na skutek ich zmutowania [9].

Niebezpieczne zarówno dla zdrowia zwierząt i ludzi jest także karmienie zwierząt paszami zanieczyszczonymi pleśniami i ich metabolitami. O ile zawartość mikotoksyn w paszach dla zwierząt nie przekracza ilości, które organizm zwierzęcia może metabolizować i wydalic z moczem, toksyny nie kumulują się w tkankach. Kiedy próg ten zostanie przekroczony, następuje akumulacja toksyn w wątrobie, nerkach, mięśniach a toksyny przechodzą do mleka, a u drobiu do jaj, co stwarza ogromne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego [15].

Głównym producentem aflatoksyn są toksynotwórcze szczepy *Aspergillus flavus* zidentyfikowane w próbach pochodzących z ekologicznych upraw pszenicy z terenu Lubelszczyzny. Z literatury wynika, że największe stężenie aflatoksyn obserwuje się w artykułach rolnych w trakcie ich przechowywania w nieodpowiednich warunkach [3]. *Aspergillus flavus* oraz *Aspergillus parasiticus* wykazują zdolność do syntezy 6 metabolitów oznaczonych literami: B1, B2, G1, G2, M1 i M2. Aflatoksyny są silnie trujące, w niskich stężeniach mogą nawet powodować śmierć zwierząt, a obecne w paszy przyczyniają się do zmniejszenia przyrostów wagowych zwierząt hodowlanych. Wykazują działanie teratogeniczne (wywołują poważne wady u płodów zwierzęcych) mutageniczne, cytotoksyczne, hepatotokarcynogenne [27,30], w niewielkich stężeniach w paszy przyczyniają się do obniżenia odporności na choroby infekcyjne. Aflatoksyna B1 jest uznawana za najsilniejszy z dotychczas poznanych kancerogen chemiczny, atakujący głównie wątrobę (World Health Organization 1979) [27]. W ostatnich latach wykazano głównie w Indiach i Kenii endemiczne występowanie u ludzi i zwierząt domowych pierwotnych nowotworów wątroby wywołanych spożyciem orzechów arachidowych skażonych aflatoksyną. Naukowcy dowodzą, że dłuższe jej spożywanie nawet w dawkach znacznie mniejszych od śmiertelnych indukuje kancerogenezę wątroby [31]. Naturalne występowanie aflatoksyn stwierdza się w mleku krowim i przetworach mlecznych. Aflatoksyny mogą przechodzić do wątroby, mięśni i innych tkanek, choć wykazano to dotychczas w modelowych badaniach laboratoryjnych [9].

Synteza tej mikotoksyny wymaga wysokich temperatur otoczenia. W naszych warunkach może ona być jednak wytwarzana gniazdowo, na przykład w określonych warstwach silosów ogrzewanych przez słońce lub w zagrzany sianie [32].

Grzyby z rodzaju *Fusarium* produkują około 170 mikotoksyn w tym: trichoteceny (m.in. deoksyniwalenol i niwalenol) oraz fumonizyny, a także zearalenon i jego pochodne [33]. Trichoteceny podzielono na cztery grupy: A, B, C i D. Mikotoksyny te porażają kłosa i wiechy zbóż we wszystkich strefach klimatycznych. Trichoteceny grupy A, a mianowicie: T-2 toksyna, HT-2 toksyna i inne ich pochodne, wytwarzane są przez następujące gatunki *Fusarium*: *F. poae*, *F. sporotrichioides*, *F. acuminatum*, *F. equiseti*, *F. sambucinum* i *F. langsethiae* [27]. Trichoteceny wykazują właściwości immunomodulujące, hepatokarcynogenne, zakłócają gospodarkę hormonalną ssaków, są inhibitorami syntezy białek [30]. Trichoteceny z grupy A są najbardziej toksyczne, wywołują ostre zapalenia skóry, natomiast trichoteceny z grupy B występując w żywności wywołują silne wymioty i biegunki [28].

Wykazano też możliwość gromadzenia się deoksyniwalenolu w ziarnie pszenicy i innych zbóż drobnoziarnistych oraz kukurydzy w uprawach na wszystkich kontynentach [27]. Deoksyniwalenol jest uważany za jedną z groźniejszych mikotoksyn zanieczyszczających produkty pochodzenia zbożowego przeznaczone na cele spożywcze i paszowe [3]. Deoksyniwalenol cechuje również silna fitotoksyczność, a szczegółowe badania wykazały ich genotoksyczność, która powoduje aberracje chromosomowe i opóźnia podziały komórkowe [34].

Po spożyciu produktów zbożowych zanieczyszczonych moniliforminą mogą wystąpić objawy podobne do objawów zatrucia arsenikiem, doprowadzające do uszkodzenia mięśnia sercowego [28,35]. Zearaleon jest wytwarzany przez następujące gatunki grzybów: *Fusarium graminearum*, *F. culmorum*, *F. cerealis* i *F. equiseti*. Uznawany jest on za mikohormon, przyczyniający się do znacznych strat ekonomicznych w produkcji zwierzęcej [30]. Naukowcy dowiedli, że w wysokich stężeniach mikotoksyna ta powoduje

poważne anomalie w obrębie jajników i rogów macicy u niedojrzałych płciowo loszek. Fumonizyny to grupa mikotoksyn wytwarzanych głównie przez *Fusarium nonifforme*. Mikotoksyny te zostały wykryte w ostatnich latach. Działanie tej toksyny obserwowano głównie u świń. Wysokie stężenia tej toksyny u świń powodują jej nagłą śmierć na skutek obrzęku płuc lub nagromadzenia się w klatce piersiowej dużej ilości płynu. Przy niższych stężeniach atakowana jest wątroba, wywołując zaburzenia trawienia [32].

Jedne z badań dotyczące toksyn fuzaryjnych wskazują, że ich zawartość w ziarnie polskich zbóż nie jest duża. Szacuje się, że skażenie mikotoksynami jest znacznie większe w Europie Północnej i Ameryce Południowej [36]. Na rozwój grzybów z rodzaju *Fusarium*, ma wpływ wysoka wilgotność w czasie wegetacji, szczególnie przed zbiorem, która stymuluje rozwój grzybów. Zagrożenie to występuje również w czasie przechowywania zbóż i ich przetworów [37, 38].

Główną mikotoksyną wytwarzaną w czasie niewłaściwego przechowywania ziarna zbóż, we wszystkich strefach klimatycznych, jest zwykle ochratoksyna A (OTA) [33]. Ochratoksyna A jest metabolitem wytwarzanym w ziarnie zbóż po żniwach przez grzyby saprofityczne z rodzajów *Aspergillus* i *Penicillium* w warunkach nieprawidłowego przechowywania ziarna zbóż. W Kanadzie USA, Danii i Szwecji najczęściej spotykanym grzybem, wytwarzającym ochratoksynę A, był gatunek *Penicillium verrucosum*, natomiast w Polsce *P. verrucosum* i *Aspergillus ochraceus*. Najbardziej podatne na atak grzybów, tworzących ochratoksynę A, jest ziarno żyta, jak również pszenicy, wyraźnie mniej podatne są pozostałe zboża: jęczmień, pszenżyto, kukurydza. Istotne są różnice w podatności ziarna poszczególnych odmian. Szkodliwość ochratoksyn spowodowana jest nieodwracalnym uszkodzeniem nefronów, co w konsekwencji prowadzić może do śmierci. Nefropatia ludzka jest np. chorobą społeczną w byłej Jugosławii. W rejonie Nowego Sadu znajduje się Instytut poświęcony tylko temu schorzeniu, a szereg placówek naukowych zajmuje się zagrożeniem żywności i pasz ochratoksyną A [27].

Penicillium expansum jest gatunkiem szczególnie często spotykanym w psujących się owocach: jabłkach, gruszkach i warzywach, np. pomidorach. Bardzo wysoki procent szczepów tego grzyba wykazuje zdolność do tworzenia dużych ilości patuliny, a także cytryniny, które są neurotoksynami, a także zaburzają pracę wątroby i nerek [39]. Mikotoksyny te wraz z innymi metabolitami grzyba oddziałują na komórki roślinne np.: jabłek ułatwiając penetrację strzępek grzybni w głąb owocu. Patulina według literatury ma silne działanie toksyczne, teratogeniczne i rakotwórcze [27].

Cześć mikotoksyn wykazuje działanie antybiotyczne- hamuje rozwój mikroorganizmów. Jako przykłady można wymienić kwas penicylinowy- metabolit *Penicillium puberulum*, werukaryny tworzone przez *Myrothecium verrucaria*, Paulinę- stosowaną jako antybiotyk odkryty w kulturach *Penicillium urticae*, gryzeofulwinę-produkowaną przez *Penicillium griseofulvum*. Silna toksyczność tych związków uniemożliwiła ich zastosowanie w leczeniu. Jedynie gryzeofulwina była stosowana jako antybiotyk przeciw grzybicom. Związek ten jednak przy dłuższej kuracji uszkodza wątrobę. Mikotoksyny cechują się silniejszym działaniem toksycznym niż antybiotycznym, dlatego nie mogą być stosowane w medycynie czy weterynarii [40].

Podsumowanie

Kontrola poziomu skażenia zbóż przez mikotoksyny jest konieczna. Nadal brakuje badań dotyczących efektów współdziałania mikotoksyn np. ze środkami ochrony roślin lub badań dotyczących sumowania działania dwóch lub większej ilości toksyn, co jest istotne w przypadku określania synergistycznego oddziaływania mikotoksyn, co z kolei związane jest ze zwiększeniem toksyczności zbóż [32].

Ze względu na wszechobecność grzybów strzępkowych i odporności mikotoksyn, skażeń tymi substancjami nie można całkowicie wyeliminować. Obecność mikotoksyn w żywności i płodach rolnych zależy od wielu czynników (m.in. klimatu, kultury rolnej, technologii przetwarzania surowców), jednak intensywne badania naukowe prowadzone w celu określenia negatywnego wpływu na zdrowie człowieka grzybów i ich metabolitów, mogą przyczynić się do podjęcia odpowiednich działań i wypracowania skutecznych metod zmniejszających i/lub eliminujących działanie szkodliwych dla zdrowia człowieka czynników biologicznych [23].

Piśmiennictwo

1. Hussein HS, Brasel JM. Toxicity, metabolism and impact of mycotoxins on human and animals. *Toxicology* 2001;167: 101-134.
2. Kołaczyńska-Janicka M. Mikotoksyny – realne zagrożenie. *Przegl. Prasy Roln. Kukurydza* 2006;1: 59-62
3. Pittet A. Natural occurrence of mycotoxins in foods and feeds – an updated review. *Rev. Med. Vet.* 1998; 149(6):479-492
4. Bittencourt ABF, Oliveira CAF, Dilkin P, Corrêa B. Mycotoxin occurrence in corn meal and flour traded in São Paulo, Brazil. *Food Control*, 2005; 16: 117-120
5. Cegielska-Radziejewska R, Szablewski T, Karolczak K, Kaczmarek A, Kijowski J. Ocena zawartości mikotoksyn w zbożach paszowych i paszach metodą immunoenzymatyczną. *Nauka. Przyroda. Technologie*, 2009; 3 (4): 1-9
6. Ghali R, Hmaissia-khlifa K, Ghorbel H, Maaroufi K, Hedili A. Incidence of aflatoxins, ochratoxin A and zearalenone in tunisian foods. *Food Control*, 2008; 19:921-924
7. Łozowicka B. Zanieczyszczenia chemiczne w żywności pochodzenia roślinnego. *Progress in Plant Protection/Postępy w Ochronie Roślin*, 2009;49 (4): 2071-2080.
8. Czerwiecki L. Mikotoksyny w żywności jako czynnik zagrożenia zdrowotnego. *Żywność, Żywienie a Zdrowie*, 1997;4: 293-300
9. TASK FORCE REPORT 2003. Mycotoxins: Risks in Plant, Animal, and Human Systems. Council for Agricultural Science and Technology, Ames, Iowa, USA.
10. Chełkowski J. Mikotoksyny i grzyby toksynotwórcze w paszach. *Drobiarstwo* 1997;1: 5-9
11. Chełkowski J. Znaczenie mikotoksyn w hodowli zbóż. *Hod. Rośl. Nasienn.* 2004;3: 36-40
12. Schrödter R. Influence of harvest and storage conditions on trichothecenes levels in various cereals. *Toxicol. Lett. (Amst.)* 2004;153, 1: 47-49
13. Glenn AE. Mycotoxigenic *Fusarium* species in animals feed. *Anim. Feed Sci. Technol.* 2007;137(3-4): 213-240
14. Jouany JP. Methods for preventing, decontaminating and minimizing the toxicity of mycotoxins in feeds. *Anim. Feed Sci. Technol.* 2007;137(3-4): 342-362
15. Żukiewicz-Sobczak W, Sobczak P, Imbor K, Krasowska E, Horoch A, Wojtyła A, Piątek J. Fungal hazards in buildings and flats – impact on the human organism. *MONZ* 2012; 18(2):141-146
16. Wiśniewska H. Mikotoksyny w żywności i paszach. *Fitopatologia: zdrowe rośliny - zdrowi ludzie*, 2011: 18-22
17. Berg J, Tymoczko JL, Stryer L. *Poznanawanie genów*. [w:]. *Biochemia*, Wyd. V. Wyd. Naukowe PWN SA, Warszawa. 2005, str. 149–151
18. Lacey J. Natural occurrence of mycotoxins in growing and conserved forage crops, pp 363-397. In: Smith, JE and Henderson, RS (eds). *Mycotoxins and Animal Foods*. CRC Press, Boca Raton, 1991
19. Joffe AZ. *Fusarium species: Their biology and toxicology*. John Willey and Sons, New York 1986, s. 225-298
20. Gareis M, Ceynowa J. Effect of the fungicide matador (tebuconazole/triadimenol) on mycotoxin production by *Fusarium culmorum*. *Lebensm Unters Forsch.* 1994;198(3):244-8
21. Żukiewicz-Sobczak W, Cholewa G, Krasowska E, Zwoliński J, Sobczak P, Zawiaślak K, Chmielewska-Badora J, Piątek J, Wojtyła A. Pathogenic fungi in the work environment of organic and conventional farmers. *Postep Derm Alergol* 2012; XXIX, 4: 256-262
22. Bennet JW, Klich M. Mycotoxins. *Clin. Mikrobiol. Rev.*, 2003;16:497-516
23. Varga J, Péteri Z, Tábóri K, Téren J, Vágvölgyi C. Degradation of ochratoxin A and other mycotoxins by *Rhizopus* isolates. *Int. J. Food Microb.*, 2005; 99: 321-328
24. *Kryteria Zdrowotne Środowiska 11. Mikotoksyny. Raport Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia.* PZWL, Warszawa 1984

25. Evaluation of certain mycotoxins in food. Fifty-six Report of Joint FAO/ WHO Expert Committee on Food Additives. World Health Organization, Geneva 2002.
26. Hintikka E.L., Nikulin M. Airborne mycotoxins in agricultural and indoor environments. *Indoor Air* 1998; 4: 66–70
27. Chełkowski J. Mikotoksyny, wytwarzające je grzyby i mikotoksykozy. SGGWAR, Warszawa 1985.
28. Smith JE, Lewis CW, Anderson JG, Solomon GW. Mycotoxins in human nutrition and health. *Studies Eur. Commision Directorate Gen.* 1994; 12: 104–123.
29. Logrieco A, Visconti A. An Overview on Toxigenic Fungi and Mycotoxins in Europe. Kluwer Academic Publishers 2004, Dordrecht, Boston, London.
30. Bogacka E. Alergia na grzyby pleśniowe: diagnostyka i leczenie. *Pol. Merk. Lek.* 2008;24(1/11);11-14
31. Bennett JW, Klich M. Mycotoxins. *Clinical Microbiology Review*; 2003, 36: 497-516.
32. Jarczyk A, Bancewicz E. Mikotoksyny– aktualny problem. *Farmer* 2006; 24: 32-34
33. Horoszkiewicz-Janka J, Jajor E, Korbas M. Wpływ grzybów toksynotwórczych na wybrane cechy jakościowe plonu zbóż i rzepaku. *Progress in Plant Protection/Postępy w Ochronie Roślin* 2008; 48 (3): 1039-1047
34. Packa D. Fitotoksyczna aktywność patogenów nekrotroficznych z rodzaju *Fusarium*. Rozprawy i monografie nr 106. 2005. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko- Mazurskiego
35. Perry LP, Iwata M, Tazelaar HD, Colby TV, Yousem SA. Pulmonary mycotoxicosis: a clinicopathologic study of three cases. *Med. Pathol.* 1998; 2: 432–436
36. Perkowski J. Badania zawartości toksyn fuzaryjnych w ziarnie zbóż. *Rocz. AR Pozn. Rozpr. Nauk.* 295, 1999
38. Pérez-Torrado E, Blesa J, Moltó JC, Font G. Pressurized liquid extraction followed by liquid chromatography-mass spectrometry for determination of zearalenone in cereal flours. *Food Control* 2010; 21: 399-402
39. Stolarska A, Janda K. Zagrożenia dla zbóż – grzyby strzępkowe. *Przem. Spoż.* 2004; 11: 56-57
40. Sweeney MJ, Dobson ADW. Mycotoxin production by *Aspergillus*, *Fusarium* and *Penicillium* species. *Int. J. of Food Microb.* 1998;43: 141–158
41. Moreau C. Moulds, toxins and food. 1979, John Wiley and Sons, New York-Toronto

Azbest w środowisku komunalnym – zagrożenia dla ludności

Zdzisław Brzeski

*Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego
Z Oddziałem Chorób Zawodowych*

Streszczenie

Azbest jest minerałem powszechnie występującym w glebie i skałach w formie włóknistych krzemianów z grupy serpentyn i amfiboli, które źle przewodzą ciepło i są względnie odporne na działanie czynników fizycznych. Od setek lat znany i stosowany w wielu gałęziach przemysłu i budownictwa w następstwie poznania jego właściwości patogennych został w wielu krajach uznany za chorobotwórczy i mutageny i jest sukcesywnie usuwany z otoczenia.

Chorobotwórcze działanie azbestu jest wynikiem wchłaniania włókien zawieszonych w powietrzu. Natomiast biologiczna agresywność pyłu azbestowego związana jest ze stopniem penetracji i ilością włókien dostających się do dolnej części układu oddechowego.

W opracowaniu omówiono źródła zanieczyszczenia środowiska azbestem, skutki zdrowotne ekspozycji na pył azbestu w aspekcie ochrony zdrowia pracowników, choroby azbestopochodne związane z ekspozycją zawodową i środowiskową, działanie rakotwórcze azbestu, szerzej omawiając pylicę azbestową.

Ponadto w opracowaniu przedstawiono regulacje prane dotyczące warunków bezpiecznego użytkowania i usuwania wyrobów zawierających azbest obejmujące zarówno pracodawcę jak i pracowników usuwających ze środowiska pracy i bytowania wyroby azbestowe.

W opracowaniu podano zasady profilaktyki technicznej i medycznej obowiązujące pracodawców jak i pracowników zatrudnionych w pracach utylizacyjnych.

Asbestos in a communal environment – population health risk

Summary

Asbestos is a mineral commonly present in soil and rocks in the form of fibrous silicate belonging to the serpentine and amphibole class, with low thermal conductivity, relatively resistant to the effect of physical factors. For centuries it has been known and applied in many sectors of industry and construction, and in consequence of the recognition of its pathogenic properties, in many countries it has been considered as pathogenic and mutagenic, and is being successively removed from the environment.

The pathogenic effect of asbestos is the result of absorption of the fibres suspended in the air, while the biological aggressiveness of asbestos dust is related with the degree of penetration and the amount of fibres reaching the lower airways.

The presented report discusses the sources of contamination of the environment with asbestos, health effects of exposure to asbestos dust from the aspect of the protection of health of employees, asbestos-related diseases associated with occupational and environmental exposure, and the carcinogenic effect of asbestos with a wider presentation of asbestos-related pneumoconiosis.

In addition, legal regulations are discussed concerning the conditions of safe use and disposal of products containing asbestos, which cover both the employer and employees removing asbestos products from the environment of work and life.

The principles of technical and medical prophylaxis are presented which obligate employers and employees engaged in the utilization activities.

Wprowadzenie

Lubelszczyzna jest regionem czystym ekologicznie z obszarami cennymi przyrodniczo oraz licznymi atrakcjami turystycznymi. Wysoka jakość środowiska obliguje nas do szczególnej troski o zachowanie i poprawę jego stanu. Pomimo niewątpliwych walorów środowiska, istnieją także problemy, z którymi zmierza się województwo. Jednym z nich jest zanieczyszczenie azbestem i co się z tym wiąże konieczność usunięcia wyrobów zawierających azbest. Zadanie to dotyczy całego kraju, ale okazuje się szczególnie ważne i zara-

zem trudne dla województwa lubelskiego będącego drugim (po województwie mazowieckim) regionem o tak dużej, bo szacowanej na ok. 2,2 mln ton ilości nagromadzonych wyrobów zawierających azbest.

Od kilku lat są prowadzone intensywne działania informacyjno-edukacyjne oraz inwestycyjne w celu bezpiecznego i sprawnego ich usunięcia. Zgodnie z założeniami określonymi w „Programie usuwania azbestu i wyrobów zawierających azbest stosowanych na terytorium Polski” oraz wytycznymi Unii Europejskiej działania te zmierzają do całkowitego wyeliminowania wyrobów azbestowych do roku 2032.

Azbest jest mieszaniną uwodnionych krzemianów wapnia, magnezu, żelaza, glinu i sodu; występuje powszechnie w skorupie ziemskiej, niemniej jednak są obszary zarówno w Europie, Azji jak i obu Amerykach, gdzie występuje w złożach kopalnych.

Czynności związane z pozyskiwaniem azbestu, jego przetwarzaniem oraz usuwaniem ze środowiska pracy i bytowania związane są z narażeniem na zapylenie.

Pył jest to rozdrobnione ciało stałe, zawieszony w powietrzu (lub innej fazie gazowej). Pyły mają wielokierunkowe działanie biologiczne: drażniące (błony śluzowe, drogi oddechowe), zwłókniające (głównie tkankę płucną), alergizujące, toksyczne i rakotwórcze. Na działanie biologiczne pyłu mają wpływ: rodzaj pyłu, właściwości fizyczne (rozpuszczalność w płynach ustrojowych i struktura cząstek-krystaliczna, włókniasta, bezpostaciowa), stężenie w powietrzu, stopień rozdrobnienia oraz skład chemiczny. Odpowiedź biologiczna zależy również od: właściwości osobniczych wrodzonych i nabytych, ciężkości wykonywanej pracy oraz współistniejącego narażenia na inne czynniki środowiskowe.

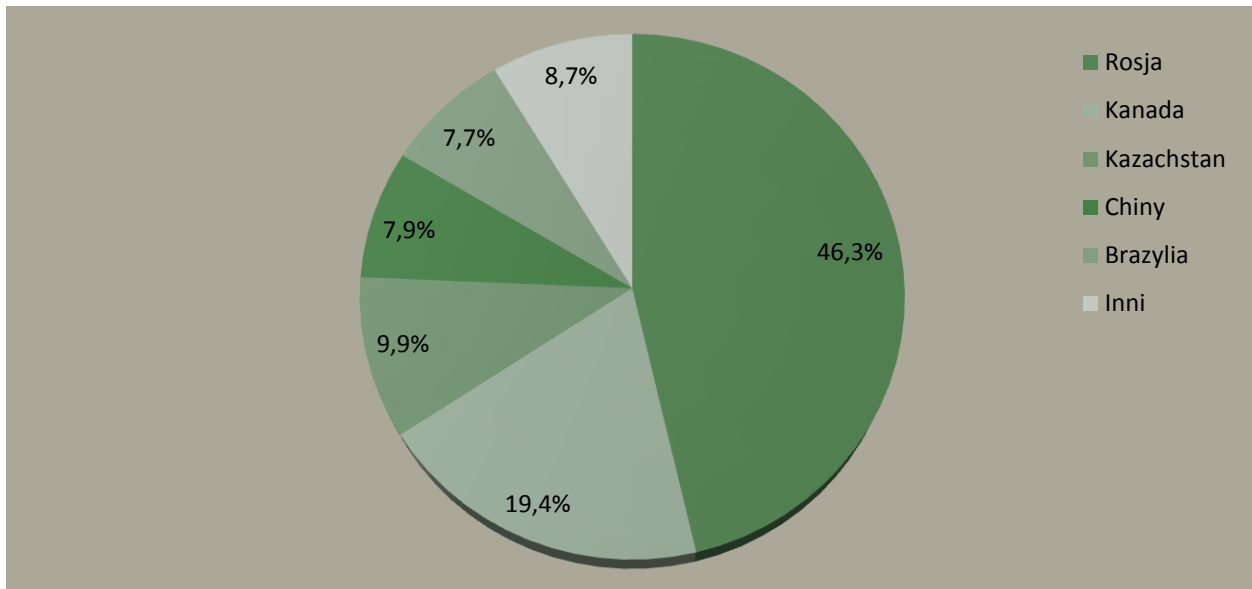
Azbest jest nazwą handlową sześciu minerałów włóknistych z grupy serpentynu i amfiboli, które źle przewodzą ciepło i są względnie odporne na działanie czynników chemicznych.

Podstawowymi odmianami azbestu, spotykanymi w handlu są:

- Minerał z grupy serpentynu: chryzotyl – krzemian magnezu („złote włosy” – azbest biały – długie włókna);
- Minerale z grupy amfiboli (krótkie włókna):
 - krokidolit – azbest niebieski – krzemian sodowo-żelazowy;
 - amosyt – azbest brązowy – krzemian żelazowo-magnezowy;
 - antofilit – krzemian magnezowy; występuje w złożach talku.

Minerałów azbestowych nie klasyfikuje się z punktu widzenia mineralogii, ale ze względu na ich unikalne własności jako produkty handlowe:

- odmiana azbestu znana w handlu jako krokidolit w literaturze mineralogicznej jest znana jako riebeckit,
- odmiana azbestu zwana amosytem jest znana w mineralogii jako gruneryt,
- inne azbesty opisane są za pomocą właściwych nazw minerałów.
- Największymi producentami azbestu na świecie są:
 - Rosja 46,3% światowej produkcji;
 - Kanada 19,4% światowej produkcji;
 - Kazachstan 9,9% światowej produkcji;
 - Chiny 7,9% światowej produkcji;
 - Brazylia 7,7% światowej produkcji;



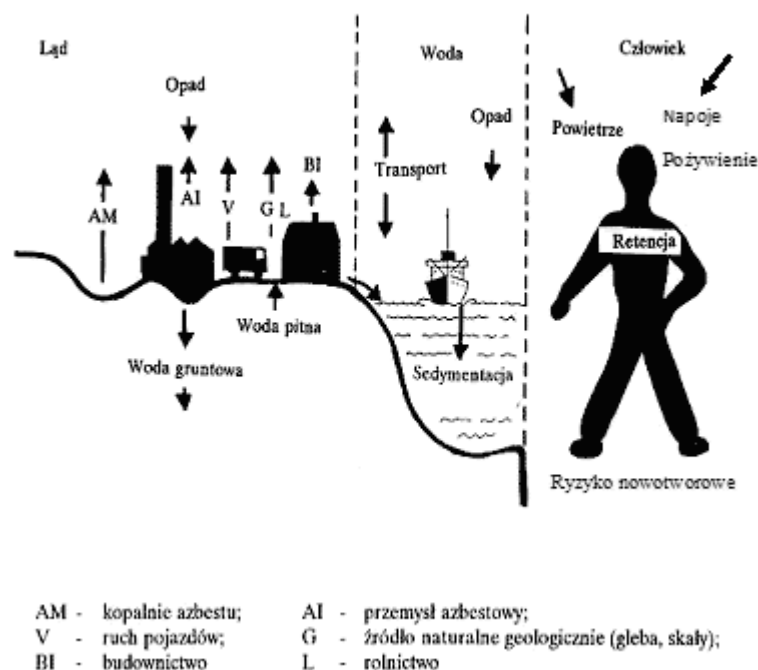
Źródła zanieczyszczenia środowiska azbestem

Azbest nie jest wprawdzie substancją lotną ani rozpuszczalną, tym niemniej małe włókna mogą pojawiać się w postaci zawiesiny zarówno w powietrzu jak i w wodzie. Włókna duże są łatwiej usuwane z powietrza i wody dzięki siłom przyciągania ziemskiego, natomiast włókna drobne mogą pozostawać bardzo długo w stanie zawieszenia i mogą być przenoszone na duże odległości.

Interakcje pomiędzy włóknami a naturalnymi organicznymi zanieczyszczeniami mogą powodować koagulację i precypitację włókien.

Istnieje kilka źródeł zanieczyszczenia środowiska azbestem. Naturalnym źródłem przedostawania się azbestu do powietrza jest erozja skał zawierających azbest. W chwili obecnej brak jest danych o ilości azbestu uwalnianego się do powietrza atmosferycznego. Przypuszcza się, że całkowita ilość chryzotyłu emitowana ze źródeł naturalnych jest prawdopodobnie większa niż ilość emitowana ze źródeł przemysłowych. Badania lodowca na Grenlandii wykazały, że azbest występował w powietrzu dużo wcześniej zanim był zastosowany jako surowiec na dużą skalę do obrotu handlowego.

Źródła azbestu i obieg azbestu w środowisku



Po wieloletnim okresie produkcji i stosowania wyrobów zawierających azbest następuje w Polsce ich sukcesywne usuwanie. Jest to wynikiem realizacji „ustawy azbestowej” z 1997 r. o zakazie stosowania azbe-

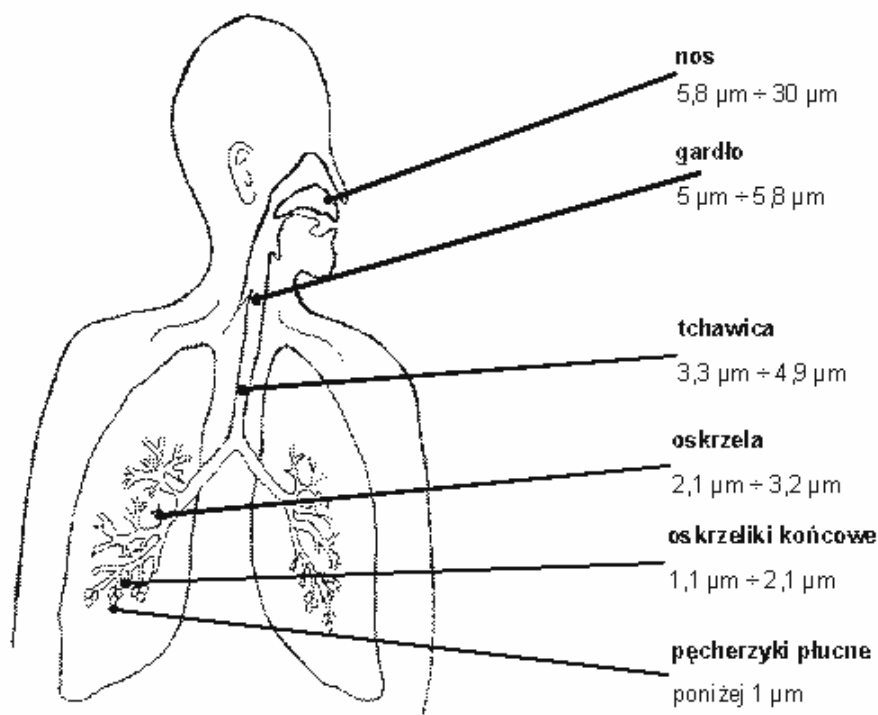
stu. Zwiększona emisja włókien azbestu do środowiska naturalnego występuje podczas prac związanych z demontażem lub zabezpieczeniem wyrobów zawierających azbest.

Jedną z dróg kontrolowania bezpiecznego użytkowania, usuwania i transportu azbestu jest monitorowanie stężeń włókien azbestu w powietrzu przed, w trakcie oraz po zakończeniu prac remontowych. Dopuszczalna wartość stężenia azbestu (wartość NDS) aktualnie wynosi $0,1 \text{ wł./cm}^3$.

Chorobotwórcze działanie azbestu jest wynikiem wdychania włókien zawieszonych w powietrzu. Biologiczna agresywność pyłu azbestowego związana jest ze stopniem penetracji i ilością włókien dostających się do dolnej części układu oddechowego.

Największe zagrożenia dla organizmu ludzkiego stanowią włókna azbestu o średnicy mniejszej od $3 \mu\text{m}$ (mikrometrów) i długości powyżej $5 \mu\text{m}$ – tak zwane włókna respirabilne, które z powietrzem dostają się do pęcherzyków płucnych, skąd mogą penetrować do tkanki płucnej.

Miejsca zatrzymywania się cząstek pyłowych w zależności od ich rozmiarów w układzie oddechowym człowieka



Narażenie zawodowe na pył azbestu może być przyczyną: pylicy azbestowej, łagodnych zmian opłucnowych, raka płuc i międzybłoniaków a także obturacyjnego zapalenia przewlekłego oskrzeli (POChP). W narażeniu środowiskowym praktycznie głównym skutkiem może być międzybłoniak oraz wzrost ryzyka raka płuc. Nie istnieje bezpieczna granica stężenia włókien we wdychanym powietrzu, przy zachowaniu której nie występuje międzybłoniak opłucnej. Masywne narażenia zawodowe oraz środowiskowe z upływem lat powodują wzrost zachorowań na tę chorobę azbestozależną.

Działanie rakotwórcze azbestu

U narażonych na azbest ryzyko rozwoju raka oskrzeli jest znacznie większe niż w populacji osób nie narażonych na wdychanie azbestu, a ponadto udowodniono, że rzadko występujące w ogólnej populacji międzybłoniaki opłucnej i otrzewnej są również związane z ekspozycją na azbest. Fakty te spowodowały, że w wielu krajach rezygnuje się z produkcji wyrobów zawierających azbest, zastępując go innymi surowcami o podobnych właściwościach użytkowych i mniejszej patogenności, najczęściej sztucznymi włóknami mineralnymi. W Polsce obowiązuje zakaz produkcji wyrobów azbestowych od 1 stycznia 1997 r. (Rozporządzenie Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 30 listopada 1994 r. – Dz.U. nr 133, poz. 690).

Związek pomiędzy zawodową ekspozycją na azbest a wystąpieniem raka płuc dostrzeżono po raz pierwszy w Anglii i USA w 1935 r., w około 50 lat po zastosowaniu azbestu na skalę przemysłową.

Azbest wnika do organizmu przez drogi oddechowe i tylko w niewielkim stopniu innymi drogami – ale depozycja, retencja, translokacja i usuwanie pyłu z organizmu są powodem, że szkodliwe działanie azbestu może się ujawnić nawet w narządach i tkankach odległych od układu oddechowego.

Badania doświadczalne wykazały, że dłuższe włókna azbestowe są bardziej niebezpieczne dla rozwoju pylicy azbestowej i nowotworów, przy czym włókna cienkie o średnicy $< 2,5 \mu\text{m}$ są szczególnie agresywne. Rozmiary włókien odgrywają więc istotną rolę w wyjaśnieniu patogenicznego, a zwłaszcza nowotworowego działania azbestu.

Włóknisty kształt cząstek pyłów azbestowych jest obecnie uznany za czynnik kancerogeny; ponadto inne czynniki również wpływają na kancerogenność tych pyłów.

Najważniejsze czynniki to:

- wymiar aerodynamiczny włókna, determinujący miejsce osadzenia się pyłu w układzie oddechowym,
- skuteczność osadzania oraz trwałość włókien w tkance.

W chwili obecnej za rakotwórcze dla ludzi uważa się następujące mineralne pyły włókniste:

- wszystkie gatunki azbestu (chryzotyl, krokidolit, amosyt, antofilit, tremolit, aktynolit);
- talk zawierający włókna azbestu.

Nowotwory wywołane azbestem Rak oskrzela

Zwłóknienie tkanki płucnej w pylicy azbestowej jest czynnikiem inicjującym kancerogenezę. Nowotwór umiejscowiony jest najczęściej w dolnych płatach płuc. Obserwuje się przypadki raka (gruczolakoraka) przewodu pokarmowego: przełyku, żołądka, trzustki, jelita grubego, odbytu, raka nerki, raka krtani i niektórych chłoniaków.

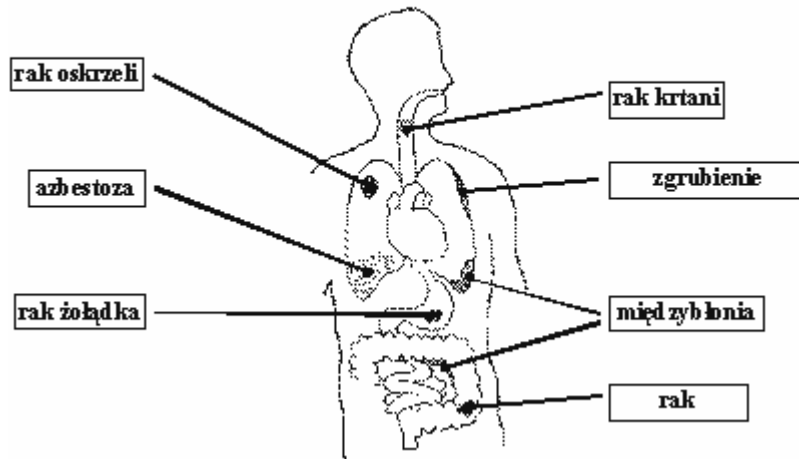
Międzybłoniak opłucnej

Międzybłoniak opłucnej, otrzewnej, osierdzia jest najbardziej swoistym nowotworem azbestozależnym. Pierwszy klinicznie udokumentowany przypadek międzybłoniaka opisał w roku 1969 Wafnej i wsp. Największe ryzyko rozwoju międzybłoniaka wiąże się z narażeniem na wdychanie amfibolowego azbestu krokidolitowego (85% przypadków), w formie długich cienkich włókien nie fagocytowanych przez makrofagi. Objawy kliniczne to: narastająca duszność, bóle w klatce piersiowej, kaszel, nocne poty, spadek masy ciała, płyn w opłucnej, niekiedy krwisty.

Azbest wywołuje następujące choroby:

- Pylica azbestowa
- Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu w tym:
 - rozległe zgrubienia opłucnej
 - rozległe blaszki opłucnej lub osierdzia
 - wysięk opłucnowy
- Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli
- Nowotwory złośliwe w tym:
 - rak płuca
 - rak oskrzela
 - międzybłoniak opłucnej albo otrzewnej

Choroby wywoływane przez azbest

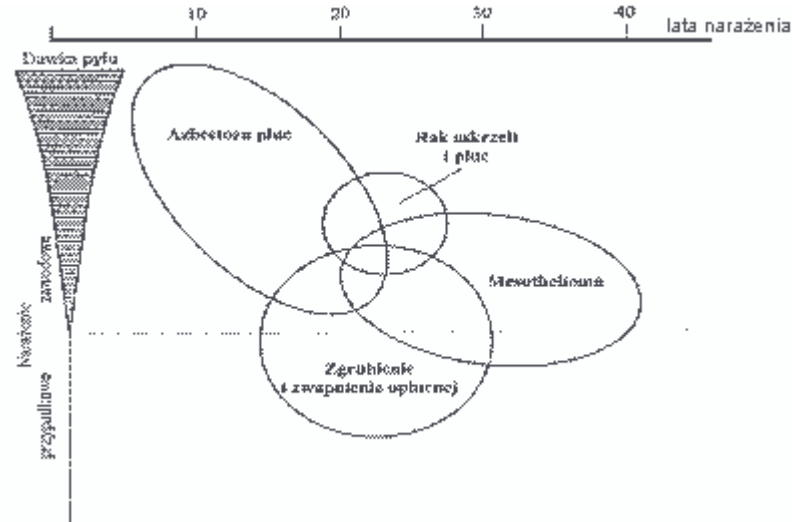


W sytuacji przypadkowego narażenia na azbest, prawdopodobnym skutkiem zdrowotnym może być zgrubienie i zwapnienie opłucnej.

W sytuacji zawodowego narażenia na azbest, prawdopodobnymi skutkami zdrowotnymi mogą być (w kolejności wzrastającego okresu narażenia):

- azbestoza (pylica) płuc;
- zgrubienie i zwapnienie opłucnej;
- rak oskrzeli i płuc;
- mesothelioma (międzybłoniak opłucnej).

Prawdopodobne skutki zdrowotne zawodowej i pozazawodowej ekspozycji na azbest

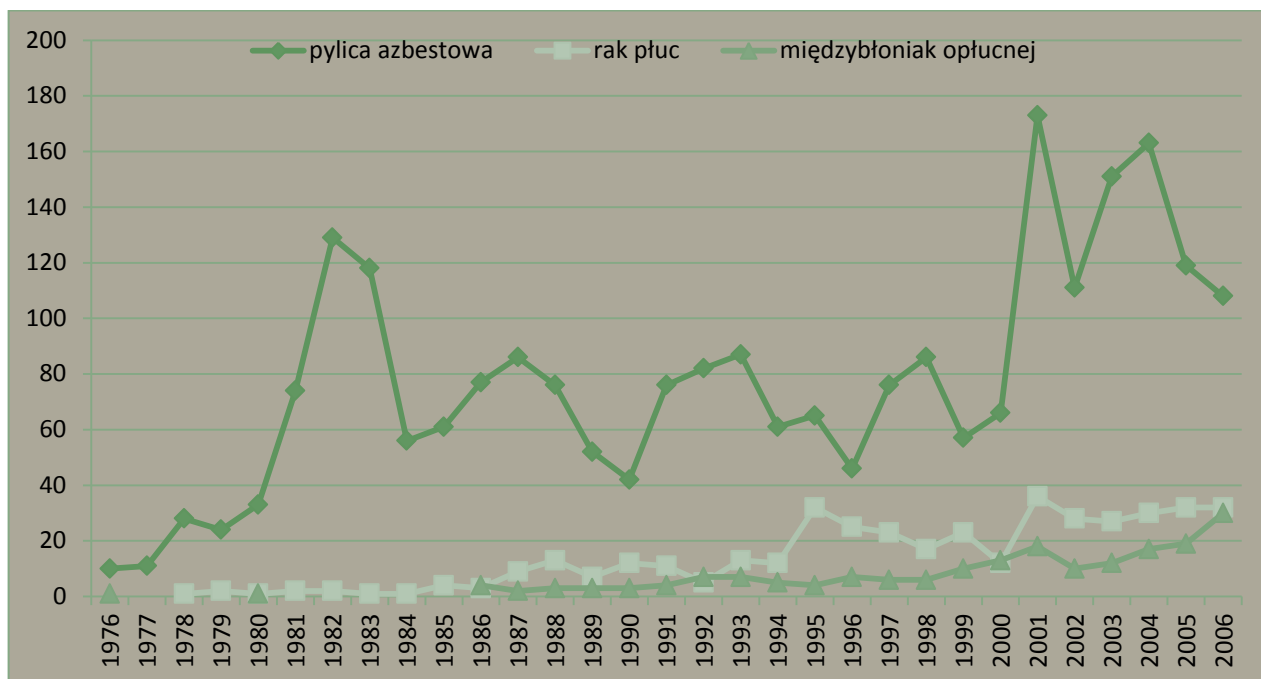


Pylica azbestowa (*Asbestosis*)

- **Etiologia.** Azbest jest minerałem zawierającym od 40 do 60% krzemionki związanej w postaci krzemianów wapniowych, magnezowych, żelaza, sodowych i aluminiumowych, nie wykazującym jednak współobecności wolnego SiO_2 . Udokumentowane doniesienia o szkodliwym wpływie azbestu na układ oddechowy pochodzą z lat dwudziestych i trzydziestych XX wieku. Pojęcie azbestozy jako choroby związanej z wdychaniem pyłu włókien azbestu wprowadził w roku 1927 angielski lekarz Cooke. Pierwszą pylicę płuc wywołaną azbestem, z wykazaniem zmian anatomopatologicznych w płucach osoby zmarłej opisał w roku 1933 Anglik Gloyne. Współcześnie pylicą azbestową określa się rozlane kolagenowe zwłóknienie śródmiąższowe tkanki płucnej, niekiedy połączone ze zmianami opłucnowymi.
- **Patogeneza.** Rozwój azbestozy – śródmiąższowego zwłóknienia tkanki płucnej – wykazuje szereg zjawisk dotychczas niewyjaśnionych. Nie wiadomo dlaczego igły azbestowe do 200 μ długości nie zatrzymane w drogach oddechowych docierają do wnętrza pęcherzyków. Przesuwanie się ścian pęcherzyków podczas

ruchów oddechowych prawdopodobnie sprzyja przenikaniu igieł azbestowych do utkania płucnego, przez które są z wolna przemieszczane w głąb dzięki ruchom oddechowym, aż do chwili natrafienia na przeszkodę w postaci przegrody międzyzrakowej, ściany naczynia lub oskrzela. Włókna osiągające poziom pęcherzyków płucnych są pochłaniane przez makrofagi, otaczane osłonką z mukopolisacharydów tworząc ciała azbestowe; są one dowodem ekspozycji na azbest. Następstwem na wchłanianie włókien azbestu do płuc jest reakcja zapalna prowadząca do makrofagowego zapalenia pęcherzyków płucnych i uwalniania fibronektyny, czynnika wzrostu neurofilów, proliferacji komórek pęcherzykowych, nabłonkowych i śródmiąższowych. Włókna azbestu które nie uległy fagocytozie mogą rozrywać błonę lizosomalną, prowadząc do śmierci komórki. Włóknienie śródmiąższowe płuc ma charakter rozlany, zajmując głównie płaty dolne i opłucną. Do rozwoju pylicy azbestowej prowadzi włóknienie okołoskrzelikowe.

- Po kilku miesiącach – do jednego roku – igła azbestowa pokrywa się osłonką białkową, przekształcając się w tzw. ciało azbestowe o kształtach hantli czy maczugi. W otoczeniu pojawiają się limfocyty, komórki plazmatyczne i makrofagi oraz komórki obrzynie, a następnie wytwarzają się beładnie ułożone włókna kolagenu. Z czasem powstaje ubogokomórkowa włóknista tkanka łączna.
- W Polsce pylica azbestowa została wyodrębniona po raz pierwszy w 1956 r. jako oddzielna pozycja w wykazie chorób zawodowych. Pierwsze 4 przypadki pylicy azbestowej uznano za chorobę zawodową w 1970 r.
- *Objawy kliniczne.* Po latach narażenia na azbest pojawia się duszność wysiłkowa, suchy kaszel i uczucie ucisku w klatce piersiowej. Klinicznie przejawia się to wystąpieniem trzeszczeń u podstawy płuc, niekiedy rzężeń wilgotnych z objawami przewlekłego zapalenia oskrzeli.
- Przebieg choroby jest powolny, a pierwsze objawy pojawiają się po kilku latach pracy. Dalszy rozwój zmian postępuje niekiedy nieco szybciej niż w krzemicy i doprowadza do przewlekłej niewydolności oddechowej i krążenia. Rozedma i nieżyt oskrzeli są nieodłącznymi składowymi obrazu klinicznego. Nie stwierdza się, by azbestoza sprzyjała powikłaniom gruźliczym, natomiast rak płuc występuje kilkakrotnie częściej niż u ogółu ludności.
- Rozpoznanie pylicy azbestowej opiera się na wywiadzie zawodowym, objawach klinicznych, ocenie rtg-gramów płuc, badaniem HRCT – tomografii komputerowej o wysokiej rozdzielczości. Początkowe zmiany pylicze w obrazie rtg pojawiają się po kilkuletnim narażeniu zawodowym na pył azbestu w postaci nieregularnych zacień typu s. t. u. umiejscowionych w dolnych częściach płuc, których gęstość wzrasta w miarę rozwoju zwłóknień.
- W badaniu tomograficznym w obrazie HRCT wyróżnia się 5 grup:
 - linijne zagęszczenie podopłucnowe jako wyraz zwłóknienia okołoskrzelikowego,
 - linijne zgrubienia przegrodowe i śródplacikowe,
 - podopłucnowe obszary zwiększonej gęstości – „matowe szkło”,
 - linijne zagęszczenia zwane pasmami miąższowymi,
 - torbielowate przestrzenie powietrzne dające obraz „plastra miodu”.
- Najbardziej swoiste dla narażenia na azbest są blaszki opłucnowe wykazujące tendencję do zwapnień w części centralnej. Najczęściej umiejscowione są na opłucnej ściennej osierdzia oraz niekiedy opłucnej trzewnej. U niektórych osób narażonych na azbest pojawia się wysięk opłucnowy. Może on być jednostronny lub obustronny. Zmiany włókniste płuc, ograniczając powierzchnię oddechową, prowadzą do zaburzeń wymiany gazowej. Pojawia się hipoksemia, nasilająca się w czasie wysiłku.
- Zaburzenia czynności płuc przejawiają się ograniczeniem do rozprężania się pęcherzyków, co powoduje zaburzenia sprawności wentylacyjnej płuc typu restrykcyjnego. Pojemność całkowita płuc (TLC) i pojemność życiowa (VC) ulegają zmniejszeniu.



Główne azbestozależne choroby zawodowe w latach 1976 ÷ 2006

W Polsce w latach 1976 ÷ 2006 stwierdzono następujące ilości przypadków głównych azbestozależnych chorób zawodowych:

- azbestoza – 2404;
- rak płuca – 416;
- międzybłoniak opłucnej – 192.

Najwięcej przypadków azbestozy stwierdzono w latach 1982 ÷ 1983 (po ok. 120 przypadków rocznie) oraz w latach 2001 ÷ 2004 (do 163 przypadków); obecnie azbestoza ma tendencję malejącą.

Ilości stwierdzonych w kolejnych latach przypadków raka płuca i międzybłoniaka opłucnej wykazują tendencję wzrostową.

Narażenie na pył przemysłowy zawierający włókna azbestu

Wykaz wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) aerozoli szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (na podstawie Dz. Ustaw nr 114 z 1991 r.)

Nazwa czynnika szkodliwego dla zdrowia	Najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) – średnia ważona w ciągu 8 godzin zmiany roboczej	
	mg / m ³	włókien w cm ³
Pyły zawierające azbest:		
a) pyły zawierające azbest i inne materiały włókniste z wyjątkiem krokidolitu i aktynolitu włóknistego:		
pył całkowity	1,0	–
włókna respirabilne ¹	–	0,5
b) pyły zawierające krokidolit:		
pył całkowity	0,5	–
włókna respirabilne ¹	–	0,2
c) pyły zawierające aktynolit włóknisty:		
pył całkowity	0,5	–
włókna respirabilne ¹	–	0,2

¹ Włókna respirabilne – włókna o długości powyżej 5 µm, o maksymalnej średnicy poniżej 3 µm i o stosunku długości do średnicy powyżej 3:1.

Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobów i warunków bezpiecznego użytkowania i usuwania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z dnia 21 kwietnia 2004 r.) określa: obowiązki wykonawcy prac polegających na bezpiecznym użytkowaniu i usuwaniu wyrobów zawierających azbest, sposoby i warunki bezpiecznego użytkowania oraz usuwania wyrobów zawierających azbest, warunki przygotowania do transportu i transportu wyrobów i odpadów zawiera-

jących azbest do miejsca ich składowania, wymagania jakim powinno odpowiadać oznakowanie wyrobów i odpadów zawierających azbest.

Bezpieczne użytkowanie wyrobów zawierających azbest o gęstości objętościowej równej lub większej niż $1\ 000\ \text{kg/m}^3$ jest możliwe po stwierdzeniu braku widocznych uszkodzeń mogących stwarzać warunki dla emisji azbestu do środowiska.

W celu zapewnienia warunków bezpiecznego usuwania wyrobów zawierających azbest z miejsca ich występowania, wykonawca prac obowiązany jest do:

- izolowania od otoczenia obszaru prac przez stosowanie osłon zabezpieczających przenikanie azbestu do środowiska,
- ogrodzenia terenu prac z zachowaniem bezpiecznej odległości od traktów komunikacyjnych dla osób pieszych,
- umieszczenia w strefie prac tablic informacyjnych: „Uwaga! Zagrożenie azbestem”,
- zastosowania w obiekcie odpowiednich zabezpieczeń przed pyleniem i narażeniem na azbest, w tym uszczelnienia otworów okiennych i drzwiowych,
- codziennego usuwania pozostałości pyłu azbestowego ze strefy prac,
- zapoznania pracowników bezpośrednio zatrudnionych przy pracach z wyrobami zawierającymi azbest z wymogami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy w czasie wykonywania prac.

Wykonawca prac polegających na zabezpieczaniu i usuwaniu wyrobów zawierających azbest, obowiązany jest do: uzyskania odpowiednio zezwolenia, przeszkolenia przez uprawnioną instytucję zatrudnianych pracowników, opracowania przed rozpoczęciem prac szczegółowego planu prac usuwania wyrobów zawierających azbest (obejmującego w szczególności identyfikację azbestu w przewidzianych do usunięcia materiałach) oraz posiadania niezbędnego wyposażenia technicznego i socjalnego zapewniającego prowadzenie określonych planem prac oraz zabezpieczeń pracowników i środowiska przed narażeniem na działanie azbestu.

Wyroby zawierające azbest zakwalifikowane zgodnie z oceną do wymiany na skutek nadmiernego zużycia lub uszkodzenia powinny być usunięte przez właściciela, użytkownika wieczystego lub zarządcę nieruchomości, urządzenia budowlanego, instalacji przemysłowej lub innego miejsca zawierającego azbest.

Prace związane z usuwaniem wyrobów zawierających azbest prowadzi się w sposób uniemożliwiający emisję azbestu do środowiska oraz powodujący zminimalizowanie pylenia poprzez:

- nawilżanie wodą wyrobów zawierających azbest przed ich usuwaniem,
- demontaż całych wyrobów (płyt, rur, kształtek) bez jakiegokolwiek uszkodzenia,
- codzienne zabezpieczanie zdemontowanych wyrobów i odpadów zawierających azbest oraz ich magazynowanie na wyznaczonym i zabezpieczonym miejscu.

Pomieszczenia w zakładzie lub warsztacie zamkniętym, w którym prowadzona jest działalność w kontakcie z wyrobami zawierającymi azbest, powinny zostać odpowiednio oznakowane a także powinna zostać umieszczona w widocznym miejscu instrukcja bezpiecznego postępowania i ochrony przed narażeniem na pył azbestowy.

Do transportu wyrobów i odpadów zawierających azbest stosuje się odpowiednio przepisy o przewozie towarów niebezpiecznych. Transportowane wyroby i odpady zawierające azbest powinny zostać odpowiednio oznakowane. Transport wyrobów i odpadów zawierających azbest, dla których przepisy o transporcie towarów niebezpiecznych nie ustalają szczególnych warunków przewozowych, należy wykonać w sposób uniemożliwiający emisję azbestu do środowiska, w szczególności przez: szczelne opakowanie w folię polietylenową o grubości nie mniejszej niż 0,2 mm oraz zestalenie przy użyciu cementu, a następnie po utwardzeniu szczelne opakowanie w folię polietylenową. Przed załadowaniem przygotowanych odpadów zawierających azbest środek transportu powinien być oczyszczony z elementów umożliwiających uszkodzenie opakowań w trakcie transportu. Ładunek odpadów zawierających azbest powinien być tak umocowany, aby w trakcie transportu nie był narażony na wstrząsy, przewracanie lub wypadnięcie z pojazdu.

Usuwane odpady zawierające azbest powinny być składowane na składowiskach odpadów niebezpiecznych lub na wydzielonych częściach składowisk odpadów innych niż niebezpieczne i obojętne.

Wszystkie wyroby zawierające azbest lub ich opakowania powinny być oznakowane w następujący sposób:

- a) oznakowanie zgodne z podanym wzorem powinno posiadać wymiary co najmniej 5 cm wysokości (H) i 2,5 cm szerokości,
- b) oznakowanie powinno składać się z dwóch części:
 - górnej ($h_1 = 40\% H$) zawierającej literę „a” w białym kolorze na czarnym tle,
 - dolnej ($h_2 = 60\% H$) zawierającej wyraźny i czytelny napis w białym lub czarnym kolorze na czerwonym tle,
- c) jeśli wyrób zawiera krokidolit, zwrot „zawiera azbest” powinien być zastąpiony zwrotem „zawiera krokidolit / azbest niebieski”.

Ochrona zdrowia pracowników narażonych na pył przemysłowy zawierający włókna azbestu, w aspekcie zapobiegania chorobom zawodowym obejmuje:

- Profilaktykę techniczną – pierwotną:
 - Projektowanie maszyn, urządzeń i technologii produkcyjnych.
 - Ograniczenie bądź eliminacja czynników szkodliwych lub uciążliwych (pył przemysłowy, hałas, drgania mechaniczne, substancje toksyczne bądź alergizujące, promieniowanie jonizujące, nadmierny wysiłek fizyczny, niekorzystne warunki mikroklimatyczne).
 - Znaczenie utrzymania stężeń i natężeń czynników szkodliwych (NDS, NDN, NDCh - granice normatywów higienicznych).
 - Znaczenie wentylacji, klimatyzacji, hermetyzacji procesów produkcyjnych w profilaktyce technicznej.
 - Stosowanie w niektórych procesach produkcyjnych osłon i ochrony osobistej (odzież ochronna, maski, okulary, ochronniki słuchu).
- Profilaktykę medyczną – wtórną, tj ochronę zdrowia pracowników w miejscu pracy przez lekarzy medycyny pracy

Delegacje prawne zawarte są w Kodeksie pracy, który nakłada na pracodawców obowiązki dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) i obejmuje przepisy wykonawcze dotyczące pracy (praca młodocianych, kobiet w okresie macierzyństwa, osób niepełnosprawnych) oraz określa wymagania dotyczące pomiarów i monitorowania czynników środowiska.

Kontrolę nad przestrzeganiem zasad bezpiecznej pracy sprawują: Społeczna i Państwowa Inspekcja Pracy, Inspekcja Sanitarna oraz Inspekcja Ochrony Środowiska.

Systemy organizacyjne i zadania służb medycyny pracy w profilaktyce chorób azbestozależnych określa Ustawa o służbie medycyny pracy - z dnia 27.06.1997 (Dz. U. nr 96, poz. 593), której zapisy realizują:

- jednostki podstawowe – lekarze medycyny pracy – w praktyce indywidualnej i grupowej;
- wojewódzkie ośrodki medycyny pracy – publiczne zakłady opieki zdrowotnej – utrzymywane przez sejmiki województwa.
- Ustawowe zadania Wojewódzkich Ośrodków Medycyny Pracy to:
- konsultacje dla jednostek podstawowej opieki zdrowotnej;
- diagnostyka i orzecznictwo w chorobach zawodowych;
- prowadzenie kształcenia podyplomowego;
- wykonywanie kontroli oraz nadzoru nad jednostkami podstawowymi służby zdrowia.

Kodeksowe i ustawowe i zadania służb medycyny pracy w zakresie profilaktyki chorób azbestozależnych dotyczą badań profilaktycznych pracowników, tj. badań wstępnych (przed rozpoczęciem pracy), badań okresowych (w trakcie trwania zatrudnienia), badań kontrolnych (po 30 dniach niezdolności do pracy), badań końcowych (po ukończeniu pracy zawodowej) i profilaktyki w ramach czynnego poradnictwa zawodowego oraz promocji zdrowia (zdrowego życia), rehabilitacji zawodowej i propagowania oświaty zdrowot-

nej wśród pracowników (organizacja wypoczynku i wolnego czasu po pracy, udzielanie pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy).

Ochrona zdrowia pracowników narażonych na azbest jest realizowana w formie niżej określonych badań:

Czynnik szkodliwy lub uciążliwy	Badania wstępne		Badania okresowe		Częstotliwość badań	Ostatnie badanie okresowe		Narządy / / układy krytyczne	Uwagi
	lekarskie	pomocnicze	lekarskie	pomocnicze		lekarskie	pomocnicze		
Pyły nieorganiczne zawierające włókna azbestu	Ogólne, ze zwróceniem uwagi na układ oddechowy. W zależności od wskazań laryngologiczne	Zdjęcie rtg klatki piersiowej	Ogólne, ze zwróceniem uwagi na układ oddechowy. W zależności od wskazań laryngologiczne	Zdjęcie rtg klatki piersiowej, spirometria. W miarę możliwości badanie gazów krwi w spoczynku i po wysiłku	Pierwsze badanie okresowe po 4 latach pracy, następne co 2 lata. Po 10 latach narażenia - co rok	Ogólne, ze zwróceniem uwagi na układ oddechowy. W zależności od wskazań laryngologiczne	Zdjęcie rtg klatki piersiowej, spirometria. W miarę możliwości badanie gazów krwi w spoczynku i po wysiłku	Układ oddechowy	Czynnik o udowodnionym działaniu rakotwórczym. Konieczność przedłużonej obserwacji poza okres pracy zawodowej

Wzór książeczki badań profilaktycznych

(okładka - oprawa kartonowa - format A6)

okładka - strona 1 zewnętrzna

pieczęć pracodawcy (zakładu pracy)
lub wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy

**KSIĄŻECZKA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH
DLA OSOBY, KTÓRA
BYŁA LUB JEST ZATRUDNIONA W WARUNKACH
NARAŻENIA ZAWODOWEGO W ZAKŁADACH STOSUJĄCYCH
AZBEST W PROCESACH TECHNOLOGICZNYCH**

okładka - strona 2 wewnętrzna

Miejsce
na zdjęcie
o wymiarach
3 × 4 cm

.....
własnoręczny podpis

Imię i nazwisko
Data urodzenia miejsce urodzenia
Numer PESEL
Adres zamieszkania

Poprzednie zatrudnienie			
nazwa i adres pracodawcy	zatrudnienie w narażeniu na pył zawierający włókna azbestu		podpis reprezentanta pracodawcy lub wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy
	od (data)	do (data)	

PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE			
data badania	treść orzeczenia lekarskiego	data następnego badania	podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne

Piśmiennictwo

1. Bujak-Pietrek S., Szadkowska-Stańczyk I.: Narażenie na działanie respirabilnych włókien azbestu podczas różnych etapów prac związanych z usuwaniem materiałów azbestowych. *Medycyna Pracy* 2012, 63/2/: 191-198.
2. Kowalska-Jackiewicz J., Marek K., Kłopotowski J., Stachura A., Lelek P.: Środowiskowe narażenie na azbest jako przyczyna pylicy azbestowej. *Medycyna Środowiskowa* 2004, 7(1)69-74.
3. Marek K. i wsp.: *Choroby zawodowe*. PZWL, Warszawa, 2001, 87, 483.
4. Obmiński A.: Odpady azbestowe – składowanie, neutralizacja, zagrożenia. *Materiały Szkoły Gospodarki Odpadami*. Ryto 18-22.09.2000 r. Sympozja i Konferencje 44, 207-217.

5. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobów i warunków bezpiecznego użytkowania i usuwania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2004, Nr 71, poz. 649)
6. Szeszenia-Dąbrowska N. i wsp.: Ryzyko zdrowotne ekspozycji zawodowej i środowiskowej. Diagnostyka chorób azbestozależnych. Wydawnictwo Naukowe Akapit, Kraków, 2004, 17, 39.
7. Szeszenia-Dąbrowska N., J. Siuty: Azbest w środowisku - skutki i profilaktyka. IMP Łódź, 1998
8. Ustawa z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest. (Dz.U. z 1997, Nr 101, poz. 628)
9. Wiącek E.: Azbest – narażenie i skutki zdrowotne. Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka 2004, 2, 2-6.

ДОСВІД, РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

МОНОГРАФІЯ

Формат А4

Наклад 250 примірників

Виготовлення: компанія «Лідер М»

www.liderm.com.ua