

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Porównanie przyjmowanej i rzeczywistej pojemności łyżek i łyżeczek oraz ocena powtarzalności odmierzanym nimi dawk płynnych postaci leków

The comparison of accepted capacity to real capacity of tablespoons and teaspoons as well as evaluation of repeatability of measured with them doses of liquid medicines

WOJCIECH JANUSZ BARANOWSKI^{A-G}

Laboratorium Analiz Śladowych Pierwiastków, Wyższa Szkoła Zawodowa
Łódzkiej Korporacji Oświatowej w Łodzi
Kierownik: dr n. chem. Janusz Bolesław Baranowski

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Najbardziej dostępnym narzędziem pomiarowym używanym w domu do dawkowania płynnych postaci leków są łyżki. Z tego powodu w praktyce lekarskiej dawki płynnych postaci leków wyraża się w łyżkach, przyjmując, że pojemność łyżki stołowej wynosi 15 ml, a łyżeczki do herbaty – 5 ml.

Cel pracy. Celem pracy było ustalenie, czy dostępne w domach łyżki stołowe i łyżeczki do herbaty są wiarygodnym narzędziem pomiarowym oraz czy mogą być stosowane do odmierzania płynnych postaci leków.

Materiał i metody. Badaniem objęto 19 łyżek stołowych i łyżeczek do herbaty uzyskanych z 16 domów. Odmierzanie wody każdą z badanych łyżek wykonywało pięć osób, a objętość każdej z nich wyznaczono metodą wagową.

Wyniki. Każda z pięciu odmierzonych tą samą łyżką dawk była inna. Obecnie pojemność łyżki stołowej waha się od około 6 do około 15 cm³, a objętość łyżeczki do herbaty od około 2 do około 6 cm³. Pojemność współczesnych łyżek sięga zaledwie 81,96% tradycyjnie przyjmowanej pojemności. Tylko jedna łyżeczka do herbaty przekracza ją o 27,24%. Z pracy wynikają dwa istotne dla praktyki lekarskiej fakty – obecność znacznych różnic między odmierzanymi tą samą łyżką dawkami oraz brak zgodności między tradycyjnie przyjmowaną a rzeczywistą pojemnością łyżek. Dawkowanie płynnych postaci leków za pomocą łyżek stołowych i łyżeczek do herbaty jest błędem, ponieważ prowadzi do przyjmowania leku w ilości niezgodnej z zaleceniem i intencją lekarza. Zwykle dawka podawanego leku jest zaniżana.

Wnioski. Dostępne w domach łyżki stołowe i łyżeczki do herbaty są niewiarygodnym narzędziem pomiarowym i nie mogą być stosowane do odmierzania płynnych postaci leków. Dawki płynnych postaci leków należy wyrażać w mililitrach i dawkować kalibrowanymi strzykawkami.

Słowa kluczowe: dawkowanie leków, podawanie doustne, błędy farmakoterapii, postaci leków, strzykawki.

Summary **Background.** The most commonly accessible measuring tool for dosing liquid medications at home is the spoon. For this reason in medical practice doses of liquid medications is being expressed in spoons assuming that the capacity of the tablespoon is 15 ml and teaspoon – 5 ml.

Objectives. The purpose of this study was to determine whether the tablespoons and teaspoons used at home are dependable measuring tools, and, whether they can be used for dosing medications in liquid form.

Material and methods. In the study 19 tablespoons and teaspoons from 16 homes were examined. Five persons measured water with each of the spoons studied, and the capacity of each was determined by weighing.

Results. Each of the five doses measured with the same spoon was different. Currently the capacity of a tablespoon varies from c. 6 to c. 15 cm³, and the capacity of a teaspoon, from c. 2 to c. 6 cm³. The capacity of contemporary spoons thus reaches only 81.96% of the traditionally assumed capacity. Only one teaspoon surpassed the capacity range by 27.24%. From the study two important facts emerge for medical practice: the significant differences in quantities measured with the same spoon, and the divergence between the traditionally assumed and actual capacities of spoons. Dosing liquid medications with tablespoons and teaspoons is therefore an error leading to the patient's receiving dosages not conforming to the treating physician's instructions and intentions. Usually the dosage of the medication will thereby be lowered.

Conclusions. Tablespoons and teaspoons that are available at homes are incredible measuring tools and must not be applied for measuring of liquid medications. It is necessary to express doses of liquid medications in milliliters and dose with calibrated syringes.

Key words: medication errors, oral administration, dosage, pharmaceutical solutions, syringe.

Wstęp

W domu najbardziej dostępnym narzędziem pomiarowym używanym do dawkowania płynnych postaci leków są łyżki [1–3]. W praktyce lekarskiej od wielu dziesięcioleci przyjmuje się, że pojemność łyżki stołowej wynosi 15 ml, a łyżeczki do herbaty – 5 ml. Z tego powodu dawkę płynnej postaci leku najczęściej wyraża się w łyżkach stołowych albo łyżeczkach do herbaty – w szczególności dotyczy to leków recepturowych, które popularnie nazywa się „lekami robionymi”. Tymczasem przemiany gospodarcze i moda spowodowały, że pojemność łyżek zmieniła się. Z przeglądu dostępnego polskiego piśmiennictwa wynika, że objętość współcześnie używanych łyżek i łyżeczek nie była oceniana.

Cel pracy

Celem tej pracy jest ustalenie, czy dostępne w polskich domach łyżki stołowe i łyżeczki do

herbaty są wiarygodnym narzędziem pomiarowym, a także, czy mogą być stosowane do odmierzenia płynnych postaci leków.

Materiał i metody

Badaniem objęto 19 łyżek stołowych i łyżeczek do herbaty uzyskanych z 16 gospodarstw domowych. Objętość każdej łyżki i łyżeczki wyznaczono metodą wagową, przyjmując, że gęstość wody destylowanej wynosi 1 kg/dm³. Do każdej łyżki nalewano „po brzegi” wody destylowanej z butelczki. Następnie odmierzoną daną łyżką wodę przelewano do naczynka wagowego o znanej masie i ważono z dokładnością do 1 mg na wadze analitycznej. Odmierzanie wody destylowanej każdą z badanych łyżek wykonywało pięć osób.

Wyniki

Wyniki pomiarów zestawiono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Pojemność łyżek stołowych (cm³)

łyżka	Pojemność wyznaczona przez osobę					ΔV cm ³	Średnia pojemność	
	1	2	3	4	5		cm ³	%
1	9,899	8,852	8,992	9,356	9,351	1,047	9,290 ± 0,363	61,92 ± 2,42
2	6,399	5,489	6,378	6,649	6,782	1,293	6,339 ± 0,452	42,26 ± 3,01
3	9,468	8,680	9,253	8,617	8,296	1,172	8,863 ± 0,432	59,09 ± 2,88
4	11,135	10,168	9,397	9,845	11,595	2,198	10,428 ± 0,816	69,52 ± 5,44
5	15,510	13,820	14,325	14,707	15,846	2,026	14,842 ± 0,746	98,95 ± 4,97
6	14,967	14,306	14,416	14,265	14,827	0,702	14,556 ± 0,286	97,04 ± 1,91
7	11,271	11,797	9,967	11,680	10,150	1,830	10,973 ± 0,769	73,15 ± 5,13

ΔV – maksymalna różnica pojemności.

Tabela 2. Pojemność łyżeczek do herbaty (cm³)

łyżka	Pojemność wyznaczona przez osobę					ΔV cm ³	Średnia pojemność	
	1	2	3	4	5		cm ³	%
8	2,554	2,190	2,259	2,575	2,552	0,385	2,426 ± 0,166	48,52 ± 3,32
9	3,176	2,506	2,606	2,753	2,626	0,670	2,733 ± 0,235	54,66 ± 4,70
10	3,626	2,912	3,812	2,578	3,336	1,234	3,253 ± 0,454	65,06 ± 9,08
11	2,328	2,490	2,468	3,274	2,995	0,946	2,711 ± 0,361	54,22 ± 7,22
12	4,207	3,714	3,971	3,588	5,009	1,421	4,098 ± 0,503	81,96 ± 1,01
13	2,396	3,232	2,118	2,987	3,237	1,119	2,794 ± 0,456	55,88 ± 9,12
14	4,292	4,255	3,857	3,347	4,339	0,992	4,018 ± 0,377	80,36 ± 7,54
15	4,204	3,692	4,001	3,867	4,134	0,337	3,980 ± 0,185	79,60 ± 3,70
16	2,003	2,242	3,166	3,019	2,947	1,163	2,675 ± 0,463	53,50 ± 9,25
17	6,264	6,645	6,756	5,894	6,252	0,862	6,362 ± 0,309	127,24 ± 6,18
18	6,111	5,274	5,942	5,451	4,880	1,231	5,532 ± 0,448	110,64 ± 8,96
19	2,312	2,901	2,486	2,360	2,579	0,589	2,528 ± 0,212	50,56 ± 4,24

ΔV – maksymalna różnica pojemności.

Dyskusja

Przedstawione w niniejszej pracy wyniki badań pozwalają zauważyć dwa bardzo istotne dla praktyki lekarskiej fakty – obecność istotnych różnic między odmierzanymi tą samą łyżką dawkami oraz brak zgodności między tradycyjnie przyjmowaną a rzeczywistą pojemnością łyżek.

Przeprowadzone badanie wykazało, że każda z pięciu odmierzonych tą samą łyżką dawek była inna, a różnice między największą i najmniejszą dawką dochodziły nawet do 2,198 cm³, przy średniej pojemności łyżki 10,4 cm³ (nr 5) w przypadku łyżek stołowych, a w przypadku łyżeczek do herbaty – do 1,421 cm³ przy średniej pojemności łyżeczki 4,098 cm³ (nr 12). Obecność tak znacznych różnic (nawet o 20–35%!) spowodowana jest konstrukcją łyżki – wynika z jej elipsoidalnego kształtu i opadającego w stronę trzonka dna. W ten sposób nawet nieznaczne pochylenie łyżki i niewielka różnica wysokości, na której znajduje się poziom cieczy w łyżce, znacząco wpływa na jej objętość.

Obecnie pojemność łyżki stołowej waha się od około 6 do około 15 cm³, a objętość łyżeczki do herbaty od około 2 do około 6 cm³, co jest zgodne z danymi dostarczanymi przez piśmiennictwo obce [1, 2, 4]. Z tego powodu można stwierdzić, że tradycyjnie przyjmowane pojemności łyżek stołowych (15 cm³) i łyżeczek do herbaty (5 cm³) są niezgodne z ich rzeczywistą pojemnością. Przeprowadzone badanie dowiodło, że zaledwie dwie (nr 5 i 6) spośród 7 łyżek stołowych i jedna (nr 18) spośród 12 łyżeczek do herbaty ma pojemność zbliżoną do pojemności

przyjętej w praktyce lekarskiej. Pojemność pozostałych łyżek stołowych i łyżeczek do herbaty sięga zaledwie 81,96% tradycyjnie przyjmowanej pojemności, a jedna łyżka (nr 17) przekracza ją o 27,24%.

Na podstawie przedstawionych wyników badań można stwierdzić, że dawkowanie płynnych postaci leków za pomocą łyżek stołowych i łyżeczek do herbaty jest błędem, bo prowadzi do przyjmowania leku w ilości niezgodnej z zaleceniem i intencją lekarza [5]. Zwykle dawka podawanego leku jest zaniżana [1, 6], co skutkuje niepowodzeniami terapeutycznymi. Jednak niektóre łyżeczki do herbaty (nr 17 i 18) mogą być przyczyną nieświadomego przedawkowania leku [6, 7], co nabiera szczególnego znaczenia przy podawaniu leków niemowlętom. Z tego powodu już w 1975 r. Komitet ds. Leków Amerykańskiej Akademii Pediatrii zalecił, aby lekarze współpracując z aptekami wyrabiali w rodzinach dzieci nawyk dawkowania płynnych postaci leków za pomocą strzykawk [8]. Zalecenie to mimo upływu ponad 30 lat nadal pozostaje aktualne i powinno być wprowadzone również w Polsce.

Wnioski

Dostępne w domach łyżki stołowe i łyżeczki do herbaty są niewiarygodnym narzędziem pomiarowym i nie mogą być stosowane do odmierzenia płynnych postaci leków. Dawki płynnych postaci leków należy wyrażać w mililitrach i dawkować kalibrowanymi strzykawkami.

Piśmiennictwo

- Hyam E, Brawer M, Herman J, Zvieli S. What's in a teaspoon? Underdosing with acetaminophen in family practice. *Fam Pract* 1989; 6: 221–223.
- Madlon-Kay DJ, Mosch FS. Liquid medication dosing errors. *J Fam Pract* 2000; 49: 741–744.
- Yin HS, Dreyer BP, Foltin G et al. Association of low caregiver health literacy with reported use of nonstandardized dosing instruments and lack of knowledge of weight-based dosing. *Ambul Pediatr* 2007; 7: 292–298.
- Dean BS, Krenzelo EP. Syrup of ipecac dosing... How much is a tablespoonful? *Vet Hum Toxicol* 1986; 28: 155–156.
- Simon HK. Caregiver knowledge and delivery of a commonly prescribed medication (Albuterol) for children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 615–618.
- McMahon SR, Rimsza ME, Bay RC. Parents can dose liquid medication accurately. *Pediatrics* 1997; 100: 330–333.
- Litovitz T. Implication of dispensing cups in dosing errors and pediatric poisonings: a report from the American Association of Poison Control Centers. *Ann Pharmacother* 1992; 26: 917–918.
- Yaffe SJ, Bierman CW, Cann HM et al. Inaccuracies in administering liquid medication. *Pediatrics* 1975; 56: 327–328.

Adres do korespondencji:

Dr n. k. f. lek. Wojciech J. Baranowski
ul. Łódzka 87
95-050 Konstancinów Łódzki
Tel.: 0502 063-567
E-mail: kosmetologia@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.01.2007 r.
Po recenzji: 21.01.2007 r.
Zaakceptowano do druku: 1.04.2008 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Zakażenia *Chlamydia trachomatis*
wśród pacjentów poradni reumatologicznej*Chlamydia trachomatis* infections in rheumatologic dispensary patients

KATARZYNA LUBOS-BASIŃSKA^{1, B-F}, ANDRZEJ STECIWKO^{1, A, D, G},
IRENA CHOROSZY-KRÓL^{2, A-F}, DOROTA TERYKS-WOŁYNIEC^{3, B},
MAGDALENA FREJ-MĄDRZAK^{2, B}, MAŁGORZATA WOJNAROWSKA^{4, A, B}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

² Zakład Nauk Podstawowych Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Irena Choroszy-Król

³ Katedra i Zakład Mikrobiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. Grażyna Gościński

⁴ NZOZ „Practimed” we Wrocławiu
Kierownik: lek. med. Halina Wołkowińska

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Reaktywne zapalenia stawów (Rezs) stanowią znaczny odsetek zakażeń wśród pacjentów z dolegliwościami w układzie kostno-stawowym.

Cel pracy. Ocena częstości występowania *Chlamydia trachomatis* jako prawdopodobnego czynnika etiologicznego reaktywnych zapaleń stawów.

Materiał i metody. W badaniu uczestniczyło 82 pacjentów. Pacjentom pobierano wymaz z cewki moczowej (u mężczyzn) lub z cewki moczowej i szyjki macicy (u kobiet). Następnie wykonywano badanie w kierunku obecności antygenu *Chlamydia trachomatis* z użyciem testu immunofluorescencji bezpośredniej (test MicroTrak *Chlamydia trachomatis* Direct Specimen Test). Wykonywano także badanie ogólne moczu oraz przeprowadzono ankietę dotyczącą objawów chorobowych, wieku, płci itd.

Wyniki. Obecność antygenu *Chlamydia trachomatis* stwierdzono u 41,4% pacjentów z objawami zapalenia stawów; częściej u mężczyzn, osób w średnim wieku, aktywnych seksualnie, z leukocyturią w badaniu ogólnym moczu. W pracy przeanalizowano również skuteczność leczenia przeciwbakteryjnego. Wykazano, że największą skuteczność wyleczeń daje spiramycyna i doksycyklina.

Dyskusja. Częstość występowania chlamydowego Rezs jest zbliżona do danych z literatury. Podobne wyniki odnotowuje się również, jeśli chodzi o zależność występowania Rezs od płci, natomiast wiek pacjentów jest wyższy niż w porównywanych pracach.

Wnioski. Zakażenia *Chlamydia trachomatis* mogą stanowić istotny czynnik etiologiczny reaktywnych zapaleń stawów. Zastosowanie dwóch chemioterapeutyków oraz wydłużenie czasu leczenia z 4 do 10 tygodni znacznie zwiększa szansę eradykacji drobnoustroju.

Słowa kluczowe: *Chlamydia trachomatis*, zapalenie stawów, odczynowe zapalenie stawów.

Summary **Background.** Reactive arthritis represents a significant percentage among arthritis.

Objectives. To assess the frequency of *Chlamydia trachomatis* occurrence as the probable etiological factor in reactive arthritis.

Material and methods. 82 patients participated in this medical research. Patients were taken a swab from urethra (men) or from urethra and cervix (women). Next, the examination to verify the presence of antigen of *Chlamydia trachomatis* was made by the use of the direct immunofluorescence test (MicroTrak *Chlamydia trachomatis* Direct Specimen Test). General urine examinations were made as well, and there was the questionnaire concerning disease symptoms, age, gender, etc.

Results. *Chlamydia trachomatis* infection occurred in 41.4% of patients with symptoms of arthritis, more frequently among men, middle-aged people, people sexually active, with leucocyturia in general urine examination. The effectiveness of anti-bacterial treatment has been also analysed in this paper. It has been proved that the highest percentage of successful treatments can be ascribed to Spiramicinum and Doxycyclinum.

Discussion. Frequency of occurrence of reactive arthritis caused by *Chlamydia trachomatis* is similar to data from literature. There are also similar results concerning the dependence of occurrence of reactive arthritis on gender; however patients' age is higher than in comparable papers.

Conclusions. *Chlamydia trachomatis* infections can be important etiological factor in reactive arthritis. Applying 2 chemotherapeutics and prolonging treatment from 4 to 10 weeks significantly increases the chance of microbe eradication.

Key words: *Chlamydia trachomatis*, arthritis, reactive arthritis.

Wstęp

Reaktywne zapalenie stawów (Rezs) jest zapalną chorobą stawów występującą w następstwie bakteryjnego zakażenia układów pokarmowego, moczowo-płciowego lub oddechowego.

Wśród przyczyn Rezs [1] na pierwszym miejscu wymienić należy zakażenia układu moczowo-płciowego wywołane przez *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*).

Cel pracy

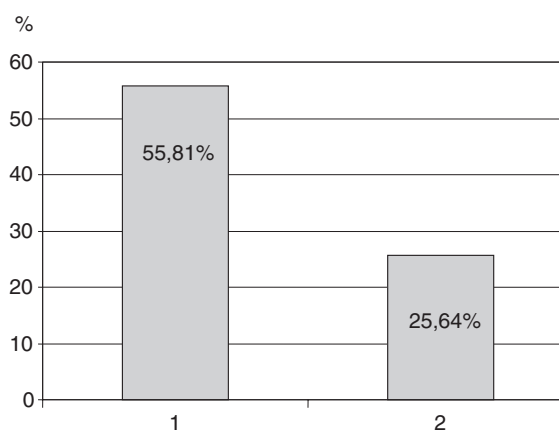
Celem pracy była ocena częstości występowania zakażeń *Chlamydia trachomatis* wśród pacjentów z objawami choroby zapalnej stawów.

Materiał i metody

Badaniem objęto 82 pacjentów (43 mężczyzn i 39 kobiet), w wieku od 18 do 65 lat (średnia wieku 47 lat), którzy zostali skierowani do poradni reumatologicznej z objawami zapalenia stawów. Grupę kontrolną stanowiły zdrowe osoby ($n = 103$).

Materiałem do badań były wymazy pobrane od mężczyzn z cewki moczowej, a od kobiet z cewki moczowej i szyjki macicy. Badanie w kierunku obecności antygenu *Chlamydia trachomatis* wykonano z użyciem testu immunofluorescencji bezpośredniej (test MicroTrak *Chlamydia trachomatis* Direct Specimen Test), firmy Trinity Biotech plc, Irland [2]. Ponadto wykonano również badanie ogólne moczu, morfologię krwi oraz białka ostrej fazy CRP i przeprowadzono ankietę dotyczącą występujących objawów, wieku, płci, aktywności seksualnej itp.

Wyniki poddano analizie statystycznej metodą χ^2 Pearsona. W przypadkach grup o mniejszej liczebności (do 5) zastosowano dodatkowo korektę Yatesa.



Ryc. 1. Częstość występowania infekcji *Chlamydia trachomatis* a płeć pacjentów (1 – mężczyźni, 2 – kobiety)

Wyniki

Obecność antygenu *Chlamydia trachomatis* wykazano u 34/82 pacjentów (41,4%), w tym u 24 mężczyzn – 55,8% i 10 kobiet – 25,6% (ryc. 1 – różnica istotna statystycznie).

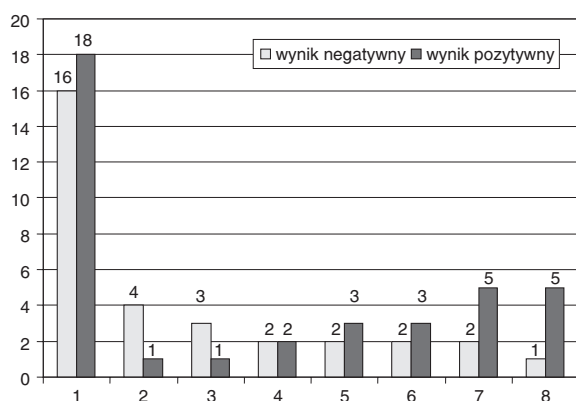
Zakażenia wystąpiły najczęściej wśród osób w wieku średnim – 28–50 lat (47,2%), rzadziej u pacjentów powyżej 55 r.ż. (34,7%), najrzadziej u osób do 27 r.ż. (u 1 osoby na 6 badanych).

Nie wykazano różnicy istotnej statystycznie w częstości występowania zakażeń chlamydio- wych wśród osób, które prezentowały tylko objawy o typie zapalenia stawów obwodowych (43,2%) oraz tych, które miały także objawy spondyloartropatii (40%). Zakażenie wystąpiło istotnie częściej wśród osób aktywnych seksualnie (52,1%) niż u osób nieaktywnych (26,4%), a także u pacjentów z leukocyturią (80%), w porównaniu z grupą osób z prawidłowym badaniem ogólnym moczu (32,8%).

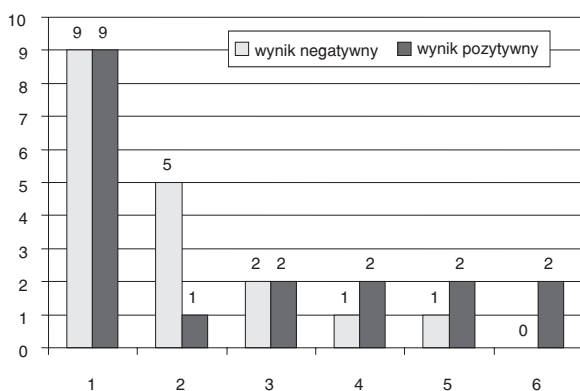
Nie zauważono różnicy w częstości zakażeń chlamydiami wśród pacjentów z podwyższoną leukocytozą i CRP w stosunku do osób z prawidłowymi wykładnikami procesu zapalnego (tab. 1).

Tabela 1. Parametry stanu zapalnego u pacjentów z dodatnim i ujemnym wynikiem w kierunku obecności antygenu *Chlamydia trachomatis*

Wyniki badań	Liczba badanych	Leukocytoza < $10 \times 10^9/l$	Leukocytoza > $10 \times 10^9/l$	CRP < 6 mg/l	CRP > 6 mg/l
Dodatni	34	30	4	27	7
Ujemny	48	42	6	37	11



Ryc. 2. Skuteczność I serii leczenia (1 – ogółem, 2 – spiramycyna, 3 – doksycyklina, 4 – ofloksacyna, 5 – roksytromycyna, 6 – ciporfloksacyna, 7 – erytromycyna, 8 – azytromycyna)



Ryc. 3. Skuteczność II serii leczenia (1 – ogółem, 2 – spiramycyna, 3 – doksycyklina, 4 – ofloksacyna, 5 – roksytromycyna, 6 – erytromycyna)

Pacjentów zakażonych poddano terapii odpowiednim chemioterapeutykami przez 4 tygodnie. Wymazy do badań kontrolnych pobierano po 14 dniach od zakończenia leczenia. Przy braku efektu przeprowadzano leczenie przez kolejne 6 tygodni przy użyciu innego antybiotyku. Częstość zakażeń *Chlamydia trachomatis* w grupie kontrolnej wyniosła 7,7%. Skuteczność terapii z użyciem poszczególnych chemioterapeutyków przedstawiają ryciny 2 i 3.

Dyskusja

Według danych literaturowych częstość wykrywania reaktywnych zakażeń stawów, których przyczyną było zakażenie *Chlamydia trachomatis*, różni się w zależności od badanej populacji (35–69%) [1, 3]. W badaniach przeprowadzonych w Zakładzie Reumatologii we Wrocławiu [4] częstość tę oceniono na 48%. W naszej pracy odsetek zakażonych wynosił 41,5%, a zatem nie odbiega on od wyników podawanych przez innych autorów.

Występowanie Rezs o etiologii chlamydiowej

częściej stwierdza się u mężczyzn – nawet 10–20-krotnie [5], co również znalazło potwierdzenie w badaniach własnych.

Według danych z piśmiennictwa chlamydio-we Rezs najczęściej stwierdza się u osób młodych, między 20 a 30 r.ż. [5]. W naszej pracy najwyższy odsetek zakażeń stwierdzono u osób w średnim wieku, między 28 a 55 r.ż.

Najbardziej charakterystyczne dla chlamydiowego Rezs jest niesymetryczne zajęcie stawów obwodowych [4, 6]. Takie obserwacje również można zauważyć w naszej pracy.

W krajach wysoko rozwiniętych *Chlamydia trachomatis* należy do najczęstszych czynników etiologicznych chorób przenoszonych drogą płciową [5]. W naszej pracy zakażenia *Chlamydia trachomatis* w tej grupie pacjentów aktywnych seksualnie wystąpiły niemal 2-krotnie częściej niż w grupie osób nieaktywnych.

W badaniach przeprowadzonych w Zakładzie Reumatologii AM we Wrocławiu [4] nie stwierdzono korelacji między występowaniem wykładników stanu zapalnego (CRP, leukocytoza) z Rezs. Podobne wyniki prezentuje nasza praca.

Według danych literaturowych leczenie chemioterapeutykami powinno trwać od 4 do 12 tygodni [4, 5, 7].

W niniejszej pracy w pierwszym etapie leczenia prowadzono przez 4 tygodnie (wyleczonych zostało 16 osób – 47,0% badanych). Kolejną serię leczenia przeprowadzono przez 6 tygodni – wyleczonych kolejnych 9 osób (sumarycznie 73,5%), Wydłużenie leczenia z 4 do 10 tygodni znacznie zwiększa więc odsetek eradykacji drobnoustroju.

Dane z piśmiennictwa wskazują, że najlepsze wyniki w leczeniu osiąga się przy zastosowaniu doksycykliny, azytromycyny, ciporfloksacyny [7]. W pracy własnej największą skuteczność wykazano w przypadku doksycykliny i spiramycyny, najgorszą w przypadku azytromycyny.

Wnioski

1. Zakażenia *Chlamydia trachomatis* mogą stanowić istotny czynnik etiologiczny reaktywnych zapaleń stawów.
2. *Chlamydia trachomatis* stwierdza się częściej u mężczyzn, osób w średnim wieku, aktywnych seksualnie, z podwyższoną leukocytynią. W związku z tym ta grupa pacjentów powinna być brana pod uwagę w diagnostyce różnicowej reaktywnego zapalenia stawów.
3. Leczenie reaktywnego zapalenia stawów wymaga znacznie dłuższego czasu niż terapia zakażeń niepowikłanych. Zastosowanie 2 chemioterapeutyków oraz dwukrotne wydłużenie czasu leczenia znacznie zwiększa szansę eradykacji drobnoustroju.

Piśmiennictwo

1. Inmam RD, Whittum-Hudson JA, Schumacher HR et al. *Chlamydia* and associated arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2000; 12(4): 254–262.
2. Ruczkowska J, Choroszy-Król I, Dolna I. *Diagnostyka laboratoryjna zakażeń przenoszonych drogą płciową*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne; 2003: 33–38.
3. Wytyczne postępowania w nabytym drogą płciową reaktywnym zapaleniu stawów. *Med Prakt* 2003; 4: 119–133.
4. Świerkot J, Choroszy-Król I, Marczyńska-Gruszecka K i wsp. Rola badań diagnostycznych w identyfikacji zakażeń *Chlamydia trachomatis* w reaktywnych zapaleniach stawów. *Pol Arch Med Wew* 2003; CX, 1(7): 711–718.
5. Świerkot J, Szechiński J. Reaktywne zapalenia stawów – problemy diagnostyczne i terapeutyczne. *Przew Lek* 2003; 6: 74–83.
6. Herold G i wsp. *Medycyna wewnętrzna. Repetytorium*. Wyd 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1994: 617–618.
7. Biernat-Kałuża E. Farmakoterapia reaktywnego zapalenia stawów. *Acta Clinica* 2002; 2, 2: 151–158.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Katarzyna Lubos-Basińska
ul. Kozia 63a/3
54-104 Wrocław
Tel.: (071) 356-82-52
E-mail: klubos@dilnet.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.03.2007 r.

Po recenzji: 3.01.2008 r.

Zaakceptowano do druku: 1.04.2008 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Źródła wsparcia opiekunów osób starszych

Sources of support for elderly persons' minders

HANNA KACHANIUK^{1, A, C}, AGNIESZKA WILUSZ^{2, A-C}, MARIUSZ WYSOKIŃSKI^{3, D-F},
WIEŚLAW FIDECKI^{3, D-F}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Kierownik: dr hab. n. med. Andrzej Stanisławek

² Indywidualna Praktyka Pielęgniarska, Korczyna

³ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Różnorodność zadań oraz problemów, z jakimi może się spotkać opiekun osób starszych, może prowadzić do zjawiska wypalenia emocjonalnego, które może odcisnąć swoje piętno na wszystkich sferach jego życia. Dlatego bardzo istotne z punktu widzenia osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi jest otrzymanie wsparcia.

Cel pracy. Próba określenia źródeł wsparcia opiekunów osób starszych.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Do rozwiązania problemów badawczych postawionych w pracy zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Analizy statystycznej zebranego materiału dokonano za pomocą testu nieparametrycznego χ^2 oraz za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona.

Wyniki. Znaczna liczba badanych, bo 67,2%, potrzebuje wsparcia podczas realizacji opieki. Analiza źródeł wsparcia wskazuje, że przede wszystkim opiekunowie oczekują wsparcia od pierwotnego systemu, jakim jest rodzina – 68,5% badanych, tylko 4,38% ankietowanych oczekuje wsparcia od innych osób, do których zalicza się pielęgniarkę, lekarza. Najliczniejszą grupę respondentów stanowili opiekunowie – 37,2%, którzy oceniali swój stan zdrowia jako dobry. Duży odsetek respondentów, tj. 35,8%, ocenia swoje życie jako dobre. Stwierdzono występowanie na poziomie istotności $\alpha = 0,01$ związku między oceną zdrowia a oceną życia. Natomiast nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między potrzebą wsparcia a oceną życia.

Wnioski. Duży odsetek badanych uważa, że potrzebuje wsparcia w realizacji pomocy od innych osób. Prawie wszyscy opiekunowie podają, że mogą liczyć na pomoc w sytuacjach trudnych, większość – od pierwotnego systemu wsparcia, jakim jest rodzina. Najwięcej opiekunów skorzystało z pomocy informacyjnej, a najmniej z pomocy rzeczowej. Najczęściej osoby badane korzystały ze wsparcia placówek ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: opiekunowie, osoby starsze.

Summary Background. A diversity of tasks and problems facing an elderly person's minder may trigger professional burnout, which may consequently leave a distinctive impression on all spheres of their life. Therefore, receiving support is crucial as far as those taking care of elderly persons are concerned.

Objectives. This research was an attempt at specifying support sources for elderly persons' minders.

Material and methods. The research involved using the diagnostic poll method. A questionnaire form drafted by the authors was used to solve research problems posed in this paper. Statistic analysis of collected material was administered by means of a non-parameter test χ^2 and Pearson's linear correlation coefficient.

Results. A considerable number of those undergoing research, i.e. 67.2% needed support while providing care. The analysis of support sources shows that minders firstly expect support form the family, i.e. their primary system – 68.5% of those undergoing research, while merely 4.38% of respondents expect support from other persons, such as a nurse or a doctor. The most numerous group of respondents, i.e. 37.2%, was made up of persons who described their state of health as good. A large proportion of respondents, i.e. 35.8% described their lives as good. A correlation at the significance level of $\alpha = 0.01$ was found between the appraisal of the state of health and the appraisal of life. However, no statistically significant correlation at the significance level of $\alpha = 0.01$ was found between the need of support and the appraisal of life.

Conclusions. A large proportion of respondents claimed they needed support form other persons. Nearly all minders reported they could count on help in difficult situations, most of them expected it from their primary support system (the family). The greatest number of minders had used the information help, while the smallest number had used material help. Persons undergoing research most often used the support of health protection institutions.

Key words: minders, elderly persons.

Wstęp

Ogrom zadań, jaki spoczywa na opiece osoby starszej, może prowadzić do wyczerpania emocjonalnego, które może objawiać się: obniżonym nastrojem, niepokojem, depresją, zniechęceniem, uczuciem bezradności i beznadziejności, stałym zmęczeniem oraz depersonalizacją, która przejawia się obojętnym, a nawet wrogim stosunkiem do podopiecznego i traktowaniem go bardziej jak rzecz niż odczuwającego człowieka [1]. Opiekun może przeżywać różnorodne, silne, ambiwalentne uczucia (obowiązku, zniechęcenia, bezradności, lęku, frustracji, wyczerpania, winy, żalu) [2]. Wymaga to umiejętności radzenia sobie z doznawanymi odczuciami w różnych sytuacjach opiekuńczych. Dlatego bardzo istotne jest otrzymanie wsparcia społecznego. Uznawane jest ono za znaczący czynnik w utrzymaniu zdrowia. Dlatego w życiu człowieka ważna jest możliwość otrzymywania wsparcia społecznego, w szczególności w sytuacjach trudnych. Czynniki wsparcia obejmują zarówno finanse na pokrycie kosztów leczenia, jak i psychologiczną odporność, dostępne wsparcie społeczne oraz pozytywnie funkcjonującą rodzinę.

Czynniki wsparcia pozwalające pokonywać stres związany ze sprawowaniem opieki nad osobą starszą to: finanse, dojrzałość i równowaga emocjonalna, wsparcie przyjaciół, dalszej rodziny, wspólnoty, poczucie tożsamości członków rodziny, umiejętność porozumiewania się z innymi, umiejętność rozwiązywania problemów [3].

Cel pracy

Celem pracy była próba określenia źródeł wsparcia opiekunów osób starszych.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Do rozwiązania problemów badawczych postawionych w pracy zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z części wstępnej, części zasadniczej, tj. 33 pytań, które miały ocenić jakość życia opiekunów, oraz metryczki zawierającej 9 pytań. Zastosowano pytania zarówno zamknięte, jak i otwarte, co dawało możliwość swobodnych wypowiedzi opiekunów. Kwestionariusz ankiety był anonimowy, co podnosiło wiarygodność wyników. Badania przeprowadzono po uprzednim uzyskaniu zgody respondentów.

Dane uzyskane z badań zostały zakodowane i wprowadzone do komputerowej bazy danych,

a następnie przeanalizowane przy użyciu programu Microsoft Excel. Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu nieparametrycznego χ^2 oraz za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona.

Grupa badawcza

Badania przeprowadzono w okresie od listopada do grudnia 2004 r. wśród opiekunów osób starszych. Ankiety rozdano pielęgniarkom środowiskowo-rodzinnym, pracującym na terenie powiatu krośnieńskiego, prowadzącym Indywidualną Praktykę Pielęgniarską. Pielęgniarki te skierowały ankiety do opiekunów osób starszych w swoich środowiskach. W badaniu właściwym ankiety rozprawdzono w grupie 145 osób, zwrotność ankiet wyniosła 94,5%, co stanowiło 137 osób badanych.

Wyniki i omówienie

Najliczniejsza grupa badanych, tj. 54,7%, określa swoje warunki materialne jako średnie. Drugą grupę (34,3%) stanowią osoby wskazujące na warunki dobre. Niewielki odsetek (7,3%) badanych ocenia swoje warunki materialne jako bardzo dobre, są to osoby z wyższym i średnim wykształceniem. Zaledwie 3,6% badanych określiła warunki materialne jako złe.

Analizie poddano aktywność zawodową opiekunów. Przez pracę człowiek uzyskuje dochody, które są źródłem utrzymania i zaspokajania potrzeb materialnych i niematerialnych. Praca i zawód stanowią główny czynnik kształtowania się osobowości człowieka, który powoduje rozwój osoby.

Ponad połowa badanych (56,2%) to osoby pracujące zawodowo. Natomiast 30,7% badanych posiada stałe źródło dochodu, którym jest renta/emerytura. Niewielki odsetek (13,1%) badanych to osoby bezrobotne. Skutki bezrobocia mogą mieć wymiar nie tylko ekonomiczny (brak pieniędzy, obniżenie poziomu życia), ale także zdrowotny w aspekcie psychospołecznym (złe samopoczucie, stres, utrata poczucia bezpieczeństwa) [4].

Znaczna liczba badanych (67,2%) potrzebuje wsparcia podczas realizacji opieki. Analiza źródeł wsparcia wskazuje, że przede wszystkim opiekunowie oczekują wsparcia od pierwotnego systemu, jakim jest rodzina – 68,5% badanych, tylko 4,38% ankietowanych oczekuje wsparcia od innych osób, a do nich zalicza pielęgniarkę, lekarza. Niewielki odsetek, tj. 17,4%, badanych oczekuje wsparcia od bliskiej osoby, a 10,9% badanych może liczyć na pomoc przyjaciół. Obec-

ność innych ludzi, ich pomoc i bliskość sprzyja dobremu samopoczuciu, zdrowiu, radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami [5].

Jednocześnie dość znaczny odsetek badanych (32,8%) uważa, że nie potrzebuje wsparcia.

Zapytano także o formy pomocy, z której chcieliby skorzystać opiekunowie osób starszych. Ponad połowa badanych (54%) oczekuje pomocy w odciążeniu w opiece. Może to świadczyć o przeciążeniu opiekunów. Natomiast 45,3% opiekunów chciałoby uzyskać poradę, a 21% respondentów oczekuje pomocy finansowej.

Prawie wszyscy badani (95,6%) podają, że mogą liczyć na pomoc w sytuacjach dla nich trudnych. Nikły odsetek (4,4%) respondentów nie może liczyć na wsparcie w sytuacji dla nich trudnych, co w konsekwencji może negatywnie wpłynąć m.in. na ich stan zdrowia. Analiza źródeł wsparcia wskazuje, że duży odsetek, bo aż 78,6%, ankietowanych może liczyć na pomoc rodziny, natomiast 10,7% badanych może liczyć na pomoc sąsiadką, a 14,5% korzysta z pomocy przyjaciół. Rodzina jest najważniejszym systemem wspierającym [6]. Wsparcie rodzinne przez specyficzne funkcje wspierające może przybierać różne formy: emocjonalne (miłość, opiekowanie się, empatia), instrumentalne (działanie na rzecz osoby potrzebującej wsparcia), informacyjne, prowadzące do znalezienia rozwiązania problemu, oceniane – informacyjne wpływające na samoocenę [7].

Zapotrzebowanie na pomoc instytucjonalną może być uzależnione od sytuacji trudnej, w jakiej opiekunowie się znaleźli, np. faktu bezrobocia. Ankietowani korzystali z pomocy rzeczowej – 24,8% badanych, pomocy emocjonalnej – 19,7% i z pomocy informacyjnej – 84% respondentów. Zakres i źródła pomocy przedstawia tabela 1.

Niewątpliwie najczęściej wskazywanym źródłem wsparcia we wszystkich zakresach pomocy emocjonalnej, rzeczowej, informacyjnej są

placówki służby zdrowia. 1,7% ankietowanych wymienia jako źródło pomocy informacyjnej pielęgniarkę środowiskową.

Ponad połowa badanych (61,3%) twierdzi, że może uzyskać pomoc od instytucji, natomiast 21,2% uważa, że nie potrzebuje pomocy, zaś nikły odsetek (2,9%) nie korzysta z pomocy, chociaż jest taka potrzeba. Istnieje także grupa opiekunów, tj. 14,6%, która nie korzysta z pomocy, bo nie wie, że może taką pomoc od instytucji uzyskać.

Sprawowanie opieki nad osobą starszą bardzo często wpływa na stan zdrowia opiekuna. Zdefiniowanie zdrowia jest dość trudne, ponieważ zmienia się wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, normami, zwyczajami określonych zbiorowości społecznych [8]. Najliczniejszą grupę respondentów (37,2%) stanowiły osoby, które oceniły swój stan zdrowia jako dobry, natomiast 30,7% osób jako dość dobry, a 22,6% badanych swoje zdrowie ocenia jako raczej złe. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby, które oceniły swój stan zdrowia jako bardzo dobry (5,1%), a 4,4% badanych oceniło swoje zdrowie jako złe.

Zdrowie przez większość ludzi spostrzegane jest jako wartość, w związku z tym ocena jego stanu wpływa na ocenę całości życia respondentów. Duży odsetek respondentów, tj. 35,8%, ocenia swoje życie jako dobre, a 3,6% jako złe. Istnieje też pewien, choć niewielki odsetek badanych, tj. 2,2%, który uważa swoje życie za wspaniałe. Natomiast 34,3% badanych jest raczej zadowolona ze swojego życia. Niewielki odsetek (5,8%) jest raczej niezadowolonych ze swojego życia. Dla 18,25% badanych dokonanie samooceny życia jest trudne. Stwierdzono występowanie na poziomie istotności $\alpha = 0,01$ związku między oceną zdrowia a oceną życia. Natomiast nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności na poziomie istotności $\alpha = 0,01$ między potrzebą wsparcia a oceną życia.

Tabela 1. Rodzaj i źródła pomocy instytucji w opinii badanych

Instytucje	Formy pomocy					
	pomoc rzeczowa		pomoc emocjonalna		pomoc informacyjna	
	N	%	N	%	N	%
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	6	17,6	3	11,1	7	6,1
PCK	5	14,7	2	7,4	4	3,5
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	7	20,6	0	0,0	2	1,7
Stacja „Caritas”	6	17,6	2	7,4	7	6,1
Placówki służby zdrowia	10	29,4	19	70,4	93	80,9
Inne	0	0,0	1	3,7	2	1,7
Razem	34	100,0%	27	100,0%	115	100,0%

Wnioski

1. Duży odsetek badanych uważa, że potrzebuje wsparcia w realizacji pomocy dla innych osób.
2. Prawie wszyscy opiekunowie podają, że mogą liczyć na pomoc w sytuacjach trudnych, większość od pierwotnego systemu wsparcia (rodziny).
3. Najwięcej opiekunów skorzystało z pomocy informacyjnej, a najmniej z pomocy rzeczowej.
4. Najczęściej osoby badane korzystały ze wsparcia placówek służby zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Karczewski JK (Red.). *Higiena*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002.
2. Witusik A, Pietras T. Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie – badanie pilotażowe. *Psychogeriatr Pol* 2007; 4(1): 1–6.
3. Stewicki A. (Red.). *Medycyna rodzinna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1998: 17.
4. *Mierniki zachowań zdrowotnych*. Materiały Krajowej Konferencji Naukowej. Warszawa: Wydawnictwo Ignis; 1999.
5. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
6. Kulik TB. *Współczesne zagrożenia zdrowia rodziny*. Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli; 2002.
7. Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2000.
8. Taranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska-Butrym Z. *Elementy socjologii dla pielęgniarek*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2000.

Adres do korespondencji
Dr n. med. Mariusz Wysokiński
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa UM
Al. Raclawickie 1
20-950 Lublin
Tel./fax: (081) 528-88-86
Tel. kom.: 502 303 556
E-mail: mariuszwysokinski@interia.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.01.2007 r.
Po recenzji: 22.01.2008 r.
Zaakceptowano do druku: 1.04.2008 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Analiza czynników wpływających na motywację w pracy pielęgniarki

Analysis of factors affecting motivation in nurse's work

DANUTA KUNECKA^{A-F}, MAGDALENA KAMIŃSKA^{D-G}

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Kierownik: dr n. med. Beata Karakiewicz

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

Streszczenie **Wstęp.** Skuteczne motywowanie nie jest sposobem manipulowania ludźmi i ich eksploataowania. Polega na umiejętności kojarzenia interesów przede wszystkim ludzi pracujących w danej organizacji.

Cel pracy. Celem pracy było dokonanie analizy czynników wpływających na motywację w pracy pielęgniarek/rzy.

Materiał i metody. Jest wiele metod motywowania pracowników, jednak inspiracją do przeprowadzenia badania była teoria potrzeb według Masłowa, w oparciu o którą skonstruowano kwestionariusz ankiety. W badaniu uczestniczyło 348 osób.

Wyniki. Uzyskane wyniki świadczą o tym, iż najsilniej motywują w pracy pielęgniarki czynniki charakteryzujące potrzeby wyższego rzędu: przynależności, uznania, samorealizacji.

Wnioski. 1. Potrzeba przynależności wpływa w największym stopniu na motywację badanych osób. 2. Na poziomie potrzeb wyższego rzędu (głównie potrzeb samorealizacji) widoczne są wśród badanych różnice indywidualnego ich odczuwania. 3. Motywacja związana jest z przyjętą przez człowieka postawą.

Słowa kluczowe: motywacja, teoria potrzeb według Masłowa, pielęgniarka.

Summary **Background.** Effective motivation is neither a manner of people manipulation nor a manner of exploiting them. It depends on ability of association of people's interest at a given organization.

Objectives. The aim of this study was to analyze some factors which influence motivation in nurses' work.

Material and methods. The method of diagnostic poll was a questionnaire, based on Maslow's Hierarchy of Needs, which was prepared and distributed among 348 respondents.

Results. The results showed that factors characterizing higher needs, such as need for membership, esteem and self-actualization, become highly motivating in nurses' work.

Conclusions. 1. Highly motivating factor among respondents is need of membership. 2. There are differences in individual feeling of needs among examined people at the level of higher needs (especially needs of self-actualization). 3. Motivation is connected with attitude which is accepted by person.

Key words: motivation, Maslow's Hierarchy of Needs, nurse.

Wstęp

Specyfika zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, ciągły kontakt z ludźmi z jednej strony i brak satysfakcji finansowej z drugiej, powodują, że problem odpowiedniego zmotywowania pracownika staje się zasadniczym elementem pracy osób kierujących zespołami pielęgniarskimi.

O tym, że najważniejszym zasobem każdej organizacji są ludzie, którzy dostarczają jej swoją pracę, uzdolnienia, twórczość i energię, wie każda osoba kierująca zespołem. Najważniejszym zaś elementem zarządzania zasobami ludz-

kimi jest umiejętność odpowiedniego zmotywowania pracownika. O to, czy jesteśmy w stanie motywować innych, możemy się spierać. Aż za dobrze wiemy, że bez specjalnego wysiłku potrafimy demotywować.

Osoby, które potrafią intuicyjnie określić, co motywuje innych, a następnie umiejętnie pokierować taką osobą, odnoszą sukcesy w kierowaniu potencjałem ludzkim. Aby działania motywujące mogły przynosić korzyści, powinny być zaplanowane i systematyczne. Pozwolą wówczas zapewnić ciągłość rozwoju pracownikowi, zaspokoić jego potrzeby indywidualne, a tym samym zreali-

zować cele placówki, w której jest zatrudniony. Motywowanie do działania ukierunkowane na pracownika. Jest to proces, który wywołuje, ukierunkowuje i podtrzymuje określone zachowania ludzi w celu osiągnięcia określonych celów. Motywować pracowników można na wiele sposobów: pozytywnie, np. przez stworzenie warunków do realizacji celów osobistych pracownika, bądź negatywnie, np. przez stworzenie warunków zagrożenia celów już osiągniętych (pozycji, stanowiska). W literaturze przytaczanych jest wiele przykładów systemów motywowania pracownika, jednak z racji, iż proces motywowania rozpoczyna się zawsze od potrzeby [1], jej odczucia (czyli braku czegoś), a następnie poszukiwania sposobów jej zaspokojenia, inspiracją do przeprowadzenia badania stała się teoria potrzeb według Masłowa [2, 3, 5]. Zgodnie z nią ludzie odczuwają różne potrzeby, dające się szeregować według hierarchii ważności [6]. Potrzeby te można sklasyfikować w pięciu kategoriach: potrzeby fizjologiczne i potrzeby bezpieczeństwa – jako potrzeby niższego rzędu oraz potrzeby przynależności, potrzeby szacunku (uznania), potrzeby samorealizacji – jako potrzeby wyższego rzędu.

Materiał i metody

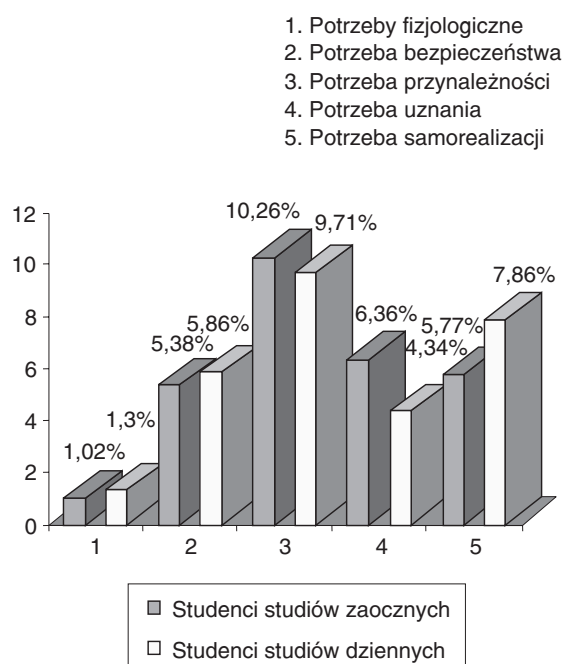
Teoria motywacji oparta na piramidzie potrzeb Masłowa [2, 3, 7] pozwala na uzyskanie w prosty sposób odpowiedzi na pytanie – jakie czynniki motywują pielęgniarki/pielęgniarzy do pracy? Dlatego też stała się podstawą do konstruowania kwestionariusza ankiety wykorzystanego w badaniu. Z racji tego, iż zarówno termin „motyw” [4, 8], jak i „potrzeba” są pojęciami o szerokim zakresie znaczeniowym, za podstawę do ułożenia pytań kwestionariusza posłużyło kilkanaście wskaźników charakteryzujących każdą z potrzeb, a jednocześnie będących czynnikiem motywującym.

W badaniu uczestniczyło 348 osób. Badane osoby podzielone zostały na 3 grupy: I grupa – 39 osób, studenci pielęgniarstwa Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie (PAM), posiadający tytuł pielęgniarki dyplomowanej (studenci studiów jednolitych magisterskich, studia niestacjonarne, V rok); aktywni zawodowo, średni staż pracy w zawodzie pielęgniarki – 15 lat. II grupa – 33 osoby, studenci pielęgniarstwa PAM, posiadający tytuł licencjata pielęgniarstwa (studenci studiów magisterskich uzupełniających, studiujący w systemie dziennym, II rok); osoby pracujące w zawodzie stanowią 38% (do 2 lat). III grupa – 276 osób, pracownicy Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie (SPWSZ); zatrudnieni na stanowi-

skach pielęgniarstwa, średni staż pracy w zawodzie pielęgniarki – 15 lat.

Wyniki badań

W opracowaniu wyników badań sumowano wskaźniki charakteryzujące daną potrzebę, wskazywaną przez badanych jako czynnik motywujący. Łączna ich liczba świadczyła o znaczeniu każdej z potrzeb w procesie motywowania wśród badanych (ryc. 1).

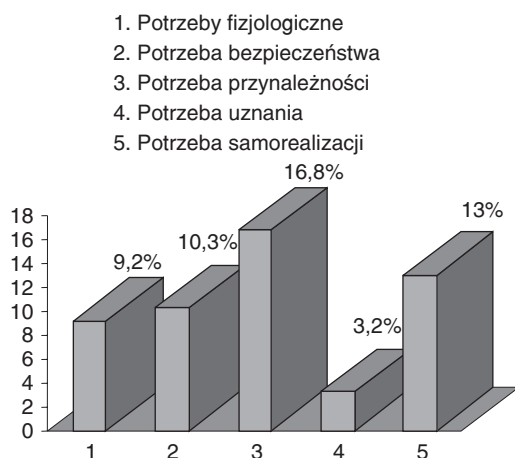


Ryc. 1. Wyniki uzyskane w grupie badanych, będących studentami PAM w Szczecinie

Nieznaczące różnice uzyskane w grupie studentów dziennych i zaocznych widoczne na rycinie 1 dotyczą potrzeby uznania i samorealizacji. Świadczą o silniej odczuwanej potrzebie uznania, jej działaniu motywującym w grupie osób badanych z dłuższym stażem pracy, co może wiązać się z zaspokajaniem potrzeby samorealizacji wynikającej między innymi z posiadanej stabilizacji zawodowej.

W grupie badanych pielęgniarzek/rzy zatrudnionych w SPWSZ nieco silniej odczuwane są potrzeby niższego rzędu, aniżeli w grupie badanych osób studiujących w PAM.

Porównując wyniki uzyskane we wszystkich badanych grupach, przebieg hierarchii odczuwania każdej z potrzeb jest zbliżony. Jednak postrzeganie każdej z nich jako czynnika motywującego w pracy zawodowej i siła ich oddziaływania są różne. Różnice te zapewne wynikają z przyjętego podziału na trzy grupy osób uczest-



Ryc. 2. Wyniki uzyskane w grupie pielęgniarek/rzy zatrudnionych w SPWSZ

niczających w badaniu. Chęć podnoszenia kwalifikacji jest zapewne odzwierciedleniem zaspokajania odczuwanych potrzeb wyższego rzędu, potrzeby samorealizacji oraz potrzeby uznania.

Dyskusja

Ponieważ człowiek jest motywowany do zaspokojenia tej potrzeby, która jest najsilniej odczuwana w danym momencie, badani wskazywali potrzeby społeczne [4, 9] (przynależności) jako najistotniejsze. Podobne wyniki uzyskano w badaniu personelu pielęgniarskiego Uniwersyteckiego Szpitala w Krakowie [10]. Dlatego też na stworzeniu warunków sprzyjających jej zaspokojeniu powinny skupiać się osoby kierujące zespołami pielęgniarskimi. Związane jest to ze społeczną naturą każdego człowieka, przejawia się w poszukiwaniu pozytywnych więzi z innymi ludźmi. Razem (w grupie) łatwiej rozwiązuje się problemy, przyjemniej się pracuje. Wszystkie te elementy tworzą „przyjazną atmosferę” w pracy, motywującą dla pielęgniarek. Istotne są zarówno stosunki panujące w miejscu pracy pomiędzy członkami zespołu, jak i w kontaktach z przełożonymi, a nade wszystko sam kontakt i praca z pacjentem. Ponadto w badanych grupach istotne w motywowaniu okazały się potrzeby samorealizacji, podobnie wskazywały badania wśród pielęgniarek krakowskich [10]. Owe potrzeby samorealizacji są najtrudniejsze do zaspokojenia. Każdy powinien je zaspokajać we własnym zakresie, a osoby kierujące zespołem mogą stać się pomocne jedynie przez stwarzanie odpowiedniego klimatu [11], w którym ta samorealizacja byłaby możliwa. O tym, jak trudne to zadanie w grupach pielęgniarskich, może świadczyć fakt, iż już w badaniach z lat 70. ubiegłego wieku [12]

pielęgniarki wskazywały sprzyjające warunki (atmosferę w pracy) jako istotne w motywowaniu do pracy. Natomiast w badaniach poznańskich z 2001 r. wskazano braki u kadry kierowniczej w systemie motywacyjnym w zakresie elementów związanych z samorealizacją podwładnych, wyrażaniem uznania oraz kontaktami interpersonalnymi [13]. Ponadto należy pamiętać, że pracownik mający możliwość samorealizowania się w pracy nie myśli o jej zmianie, nawet w chwili wystąpienia przejściowych trudności.

Różnice uzyskane w badanych grupach związane są przede wszystkim z tym, że w rzeczywistości człowiek jest „wiązką potrzeb”, a ponadto są one zmienne w czasie. W miarę rozwoju osobowości mniejszą wagę przywiązuje się do potrzeb niższego rzędu, a znaczenia nabierają potrzeby wyższego rzędu. Związane jest to z przyjętą postawą, z tym jak dalece jest ona ugruntowana i ukierunkowana. Proces motywowania każdego oparty jest na jego automotywacji. Zdarzają się przypadki zmiany kolejności w ujawnianiu się potrzeb. Niekiedy człowiek indywidualnie dokonuje swoistego odwrócenia piramidy. Świadczy to o świadomym wyborze osoby, która potrzeby podstawowe realizuje na poziomie minimum, a całą swoją energię poświęca na zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu. Charakterystyczne jest to w grupach badanych, a wynika z ogólnie przyjętych wzorców wpisanych w zawód pielęgniarki.

Należy pamiętać, że skuteczne motywowanie nie jest sposobem manipulowania ludźmi i ich eksploataowania. Chodzi w nim o umiejętność kojarzenia interesów przede wszystkim ludzi pracujących w danej organizacji oraz samej organizacji. Ponadto należy pamiętać, że w przypadku bezpośredniej konfrontacji między potrzebami wyższego i niższego rzędu silniejsze okazują się potrzeby podstawowe, dlatego też, mimo iż większość, jeśli nie wszystkie pielęgniarki, wybierają swój zawód z innych przyczyn niż tylko wynagrodzenie, to jest ono wciąż wskazywane jako główny wskaźnik demotywujący wśród pielęgniarek/rzy [14].

Wnioski

1. Potrzeba przynależności wpływa w największym stopniu na motywację badanych osób.
2. Na poziomie potrzeb wyższego rzędu (głównie potrzeb samorealizacji) widoczne są wśród badanych różnice indywidualnego ich odczuwania.
3. Motywacja związana jest z przyjętą przez człowieka postawą.

Piśmiennictwo

1. Bolesta-Kukułka K. *Mały słownik menedżera*. Wyd. 1. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne; 1993: 86–87.
2. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a Framework for Achieving Human Potential In Hospice. *J Palliat Med* 2006; 9(5): 1121–1122.
3. Benson SG, Dundis ST. Understanding and motivating health care employees: Integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *J Nurs Manag* 2003; 11: 316–317.
4. Moody RC, Pesut DJ. The motivation to care: Application and extension of motivation theory to professional nursing work. *J Health Organ Manag* 2006; 20(1): 15–46.
5. Stoner JAF, Freeman RE, Gilbert Jr. DR. *Kierowanie*. Wyd. 2. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2001: 432.
6. Griffin RW. *Podstawy zarządzania organizacjami*. Wyd. 4. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999: 460.
7. Ksykiewicz-Dorota A (Red.). *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu*. Wyd. 1. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004: 80.
8. Bolesta-Kukułka K. *Mały słownik menedżera*. Wyd. 1. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne; 1993: 70.
9. Koźmiński AK, Piotrowski W (Red.). *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, Wyd. 4. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1998: 407.
10. Gawęł G, Kowal A, Kołacz J, Rak A. *Zadowolenie z pracy pielęgniarek a jej efektywność*. Materiały Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka”; Kraków 2000: 7–8 IX: 217.
11. Ksykiewicz-Dorota A (Red.). *Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu*. Wyd. 1. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005: 230.
12. Szymańska H, Ligęza B. Preferencje personelu pielęgniarskiego w odniesieniu do czynników motywujących w środowisku pracy. *Zdr Publ* 1979; 90(1): 3.
13. Bogusz M, Olek E. Rola menedżera w zakładzie opieki zdrowotnej w procesie motywowania pracowników. *Pielęgn Pol* 2000; 1(11): 135.
14. Szumska A, Moderska A, Nowakowska I, Jachimowicz-Wołoszynek D. Stan motywacji i motywowania w polskim pielęgniarstwie. *Pielęg XXI w.* 2006; 1/2(14/15): 75.

Adres do korespondencji:

Mgr Danuta Kunecka

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego PAM

ul. Żołnierska 48

71-210 Szczecin

Tel.: (091) 48-00-972

E-mail: dankak@autograf.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.09.2007 r.

Po recenzji: 22.01.2008 r.

Zaakceptowano do druku: 1.04.2008 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Dostępność świadczeń lekarza rodzinnego
w ocenie pacjentów

Patients' views on the availability of family doctor services

AGNIESZKA ŁUKOMSKA^{A-G}

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
p.o. Kierownika: dr n. med. Justyna Szrajda

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Dostępność świadczeń stanowi podstawowy element w analizie funkcjonowania każdego systemu zdrowotnego. Głównym ogniwem systemu zdrowotnego jest podstawowa opieka zdrowotna. Pełni ona dominującą funkcję w całym systemie zdrowia, gdyż stanowi pierwsze miejsce kontaktu pacjenta z lekarzem i w większości przypadków jest miejscem inicjacji indywidualnych działań prewencyjnych i leczniczych w stosunku do pacjenta. Niezwykle ważne staje się zatem zagwarantowanie dostępności świadczeń na tym poziomie.

Cel pracy. Celem badań było poznanie opinii pacjentów o niektórych aspektach dostępności do świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w trzech praktykach lekarzy rodzinnych na terenie Bydgoszczy. Grupę badawczą stanowiło 450 pacjentów. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego.

Wyniki. W odpowiedziach respondentów przeważały oceny bardzo dobre i dobre. Najwyżej ocenili badani możliwość telefonicznego kontaktu z praktyką lekarza, najniżej – czas oczekiwania w poczekalni na wizytę. Oceny kobiet są lepsze w stosunku do ocen wystawionych przez mężczyzn.

Wnioski. Pacjenci wysoko ocenili dostępność usług lekarza rodzinnego. Mają oni zapewnioną dobrą łączność telefoniczną z lekarzem i jego praktyką. Istotne jest wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych redukujących czas oczekiwania w poczekalni na wizytę lekarską.

Słowa kluczowe: dostępność świadczeń, lekarz rodzinny, podstawowa opieka zdrowotna, opinie pacjentów.

Summary **Background.** The availability of services is a basic element in the analysis of how every health care system functions. Basic health care constitutes a crucial component of the health care system. Its major function stems from the fact that it provides the first contact between a doctor and a patient and usually facilitates individual preventive and therapeutic activity. The availability of basic health care seems therefore highly important.

Objectives. The study was aimed at seeking patients' opinions on some aspects of the availability of family doctor services.

Material and methods. The study was based on the practice of three family doctors from Bydgoszcz. The study group included 450 patients. Diagnostic poll was employed as a method.

Results. Most respondents found the availability good and very good. The possibility of telephone consultation with a doctor was most highly assessed, whereas the time of waiting in a waiting room – the least. Women gave higher grades than men.

Conclusions. Patients made a highly positive evaluation of the availability of family doctor services. Good telephone contact with family doctors and their offices is available. It is essential to reach organisational solutions to reduce the time of waiting in a waiting room.

Key words: availability of services, family doctor, primary health care, patients' views.

Wstęp

Kryterium dostępności świadczeń stanowi podstawowy element w analizie funkcjonowania każdego systemu zdrowotnego. Głównym ogniwem systemu zdrowotnego jest podstawowa opieka zdrowotna. Pełni ona dominującą funkcję

w całym systemie zdrowia, gdyż stanowi pierwsze miejsce kontaktu pacjenta z lekarzem i w większości przypadków jest miejscem inicjacji indywidualnych działań prewencyjnych i leczniczych w stosunku do pacjenta. Niezwykle ważne staje się zatem zagwarantowanie dostępności świadczeń na tym poziomie.

Przez pojęcie dostępności najczęściej rozumie się zarówno osiągalność świadczenia, jak i dogodność (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od istnienia danej usługi oraz zasad jej reglamentowania. Ocena dogodności zależy zaś od występowania trudności, jakie powstają przy korzystaniu ze świadczeń medycznych. Dogodność wyznacza jest przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek, koszty, jakie ponosi pacjent pragnący uzyskać świadczenie.

Brak dostępności opieki lekarza pierwszego kontaktu jest cechą charakterystyczną wielu krajów, nie tylko rozwijających się, ale także średnio i wysoko rozwiniętych. O wiele korzystniej przedstawia się dostępność opieki w środowiskach miejskich aniżeli wiejskich, gdzie stan zdrowia ludzi jest zasadniczo gorszy. Wiele analiz potwierdza też fakt, że w znacznie gorszej sytuacji są osoby z grup społecznych o niskich dochodach i osoby z wykształceniem podstawowym lub nieposiadające go. Paradoksalnie opieka zdrowotna jest mniej dostępna dla tych, którzy jej najbardziej potrzebują.

Cel pracy

Celem badań było poznanie opinii pacjentów, korzystających z usług lekarza rodzinnego o następujących aspektach dostępności świadczeń:

- możliwości ustalenia wizyty u lekarza w dogodnym terminie/czasie,
- możliwości telefonicznego kontaktu z praktyką lekarza (np. w celu telefonicznego zarejestrowania się na wizytę),
- możliwości porozmawiania w razie potrzeby z lekarzem rodzinnym przez telefon (możliwości uzyskania porady telefonicznej),
- czasu oczekiwania w poczekalni na wizytę,
- możliwości uzyskania szybkiej pomocy lekarskiej w nagłych problemach zdrowotnych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w trzech praktykach lekarzy rodzinnych na terenie Bydgoszczy. Grupę badawczą stanowiło 450 pacjentów korzystających z usług wybranych lekarzy pierwszego kontaktu, specjalistów medycyny rodzinnej.

Badaniami objęto 256 kobiet (56,89%) oraz 194 mężczyzn (43,11%) w wieku od 16 do 77 lat (mediana – 42, SD – 14,54). Najlicniejszą grupę stanowili pacjenci do 40. roku życia (47,22%), 40,09% – to respondenci od 41 do 60 lat, naj-

mniej liczną grupą byli pacjenci powyżej 60 r.ż. (12,69%).

Głównymi kryteriami doboru pacjentów do badań były:

- wiek powyżej 16 r.ż.,
- bycie pacjentem ocenianego lekarza przez co najmniej jeden rok,
- wyrażenie przez pacjenta chęci wzięcia udziału w badaniach.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego za pomocą standaryzowanego kwestionariusza – EUROPEP. Pacjenci wyrażali swoją opinię na temat 23 aspektów wpływających na jakość świadczeń udzielanych przez lekarza rodzinnego. W tej publikacji ograniczono się do analizy wyników badań dotyczących dostępności do świadczeń.

Ankieta była anonimowa. Losowo wybrani pacjenci otrzymywali kwestionariusz po odbyciu wizyty u lekarza i opuszczeniu jego gabinetu.

Opracowanie statystyczne przeprowadzono z użyciem procedur zawartych w pakiecie STATISTICA for Windows firmy StatSoft.

Punktem wyjścia analizy stały się tablice wielodzielcze oraz statystyka Ch^2 oceniająca wpływ danej osobowej na wybór odpowiedzi na pytania. Uznano za statystycznie istotny związek odpowiedzi na pytania z danymi osobowymi przy poziomie istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki badań

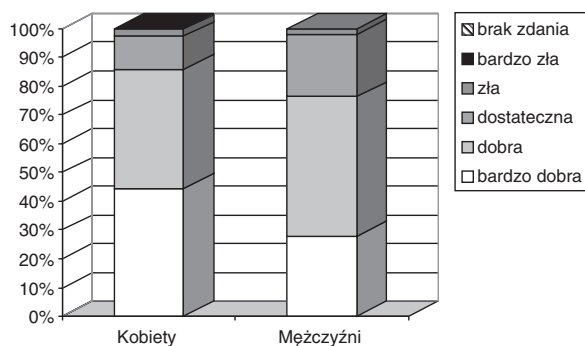
Przeprowadzona analiza uzyskanych wyników pokazuje, że w odpowiedziach respondentów na temat dostępności do usług lekarza pierwszego kontaktu, przeważają oceny pozytywne.

1. Możliwość ustalenia wizyty w dogodnym terminie/czasie

Możliwość ustalenia wizyty w dogodnym terminie lub czasie 37,33% osób oceniło bardzo dobrze, 44,44% – dobrze, a 15,78% – dostatecznie. Zaledwie 10 osób, stanowiących 2,22%, zakreśliło ocenę złą.

Analiza wyników badań z podziałem na płeć respondentów pokazuje istotne różnice w ocenach kobiet i mężczyzn ($p = 0,0014$).

W odpowiedziach kobiet dominują oceny bardzo dobre, które stanowią 44,53% odpowiedzi, ocen dobrych zakreśliły kobiety 41,41%. W grupie mężczyzn wystawiono odpowiednio – 27,84% ocen bardzo dobrych i 48,45% dobrych. Ocenę dostateczną podkreśliło 11,33% kobiet i 21,65% mężczyzn. Niewielu respondentów – 2,34% kobiet i 2,06% mężczyzn źle oceniło możliwość ustalenia terminu lub czasu wizyty, 0,39% kobiet zakreśliło ocenę bardzo złą. Zebrane wyniki przedstawia rycina 1.

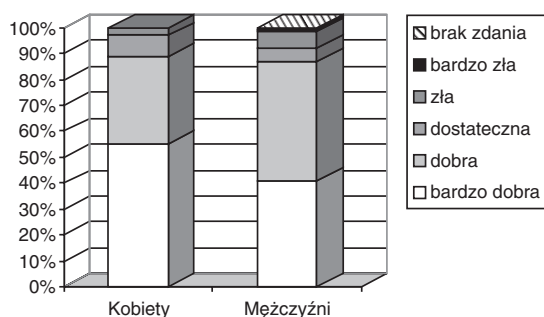


Ryc. 1. Opinia pacjentów na temat możliwości ustalenia wizyty w dogodnym terminie/czasie według płci

2. Możliwość telefonicznego kontaktu z praktyką lekarza

Analiza wyników pokazuje, że pacjenci mają możliwość telefonicznego kontaktu z praktyką lekarza, np. w celu zarejestrowania się na wizytę. Wysoko oceniono ten aspekt – 48,89% respondentów zakreśliło ocenę bardzo dobrą, a 39,11% – dobrą. Zaledwie 6,89% odpowiedzi stanowią oceny dostateczne, 4,44% – złe. Jedna osoba (0,22%) zaznaczyła ocenę bardzo złą, natomiast 2 osoby (0,44%) nie udzieliły odpowiedzi.

Na wypowiedzi respondentów istotnie wpływa płeć ($p = 0,0044$). Oceny kobiet są wyższe – zakreśliły one 55,08% odpowiedzi bardzo dobrych, znacznie mniej, bo 33,59%, dobrych. Mężczyźni zaznaczyli odpowiednio – 40,72% ocen bardzo dobrych i 46,39% dobrych. Oceny dostateczne stanowią 8,20% odpowiedzi kobiet i 5,15% mężczyzn. W ocenie tego aspektu wystąpiły także oceny złe, wystawione przez 3,13% kobiet i 6,19% mężczyzn, 0,52% mężczyzn zakreśliło ocenę bardzo złą. Szczegółową analizę danych przedstawiono na rycinie 2.



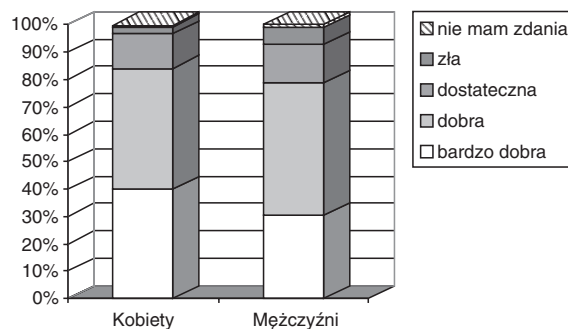
Ryc. 2. Opinia pacjentów na temat możliwości telefonicznego kontaktu z praktyką lekarza według płci

3. Możliwość telefonicznego kontaktu z lekarzem rodzinnym

Możliwość telefonicznego kontaktu z lekarzem została oceniona przez 35,78% pacjentów

bardzo dobrze, a przez 46% na ocenę dobrą. Dostatecznie oceniło ten aspekt 13,33% badanych, natomiast 4% – złe. Niewielu badanych, zaledwie 0,89%, nie wyraziło swojej opinii.

Na wypowiedzi respondentów na temat możliwości telefonicznego kontaktu z lekarzem nie wpływa istotnie płeć ($p = 0,1150$). Kobiety przyznały lekarzowi 39,84% ocen bardzo dobrych, 44,14% – dobrych i 12,89% – dostatecznych. W odpowiedziach mężczyzn przeważają oceny dobre stanowiące 48,45%. Ocen bardzo dobrych zakreśliли mężczyźni 30,41%, ocen dostatecznych – 13,92%. Ocenę złą przyznało lekarzowi 2,34% respondentek i 6,19% respondentów. Nieliczni respondenci – 0,78% kobiet i 1,03% mężczyzn – nie udzieliło odpowiedzi.

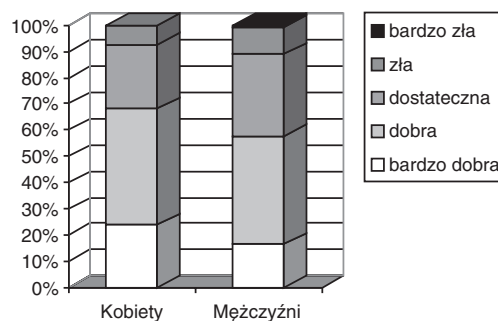


Ryc. 3. Opinia pacjentów na temat możliwości telefonicznego kontaktu z lekarzem według płci

4. Czas oczekiwania w poczekalni na wizytę

Nisko, względem pozostałych aspektów dostępności organizacyjnej, oceniony został czas oczekiwania w poczekalni na wizytę. Zaletwie 20,67% ocen stanowią oceny bardzo dobre, 42,89% to oceny dobre, a 27,56% – dostateczne. Wielu badanych, tj. 8,67%, wystawiło ocenę złą, 0,22% – bardzo złą.

Płeć nie ma statystycznie istotnego wpływu na odpowiedzi badanych ($p = 0,1190$). Zaletwie 23,83% ocen kobiet i 16,49% ocen mężczyzn stanowią oceny bardzo dobre. Ocen dobrych za-



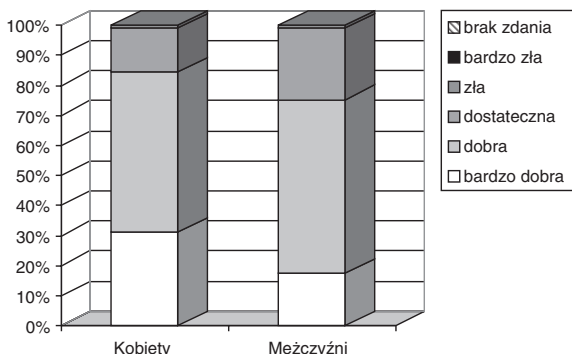
Ryc. 4. Opinia pacjentów na temat czasu oczekiwania w poczekalni na wizytę według płci

kreśliły kobiety 44,14%, ocen dostatecznych – 24,61%. W odpowiedziach mężczyzn przeważają oceny dobre, których zakresło 41,24%, oraz oceny dostateczne, stanowiące 31,44%. Stosunkowo dużo przyznano ocen złych, odpowiedź taką dało 7,42% kobiet i 10,31% mężczyzn. Wśród mężczyzn 0,52% osób zakresliło ocenę bardzo złą.

5. Możliwość uzyskania szybkiej pomocy lekarskiej w nagłych problemach zdrowotnych

Za możliwość uzyskania szybkiej pomocy w nagłych problemach zdrowotnych lekarz otrzymał 25,33% ocen bardzo dobrych, 55,11% – dobrych i 18,67% – ocen dostatecznych. Ocenę złą zakresliły 4 osoby (tj. 0,89%).

Płeć wpływa na odpowiedzi badanych ($p = 0,0039$). Oceny kobiet są istotnie lepsze. Pomoc lekarza w nagłych problemach zdrowotnych została oceniona przez 53,13% kobiet i 57,73% mężczyzn dobrze. Mniej wystawiono ocen bardzo dobrych, stanowią one 31,25% odpowiedzi kobiet i 17,53% odpowiedzi mężczyzn. 14,84% respondentek i 23,71% respondentów udzieliło odpowiedzi dostatecznej. Niewiele osób zakresliło ocenę złą, odpowiednio – 0,78% kobiet i 1,03% mężczyzn. Wyniki zilustrowano na rysunku 5.



Ryc. 5. Opinia pacjentów na temat możliwości uzyskania szybkiej pomocy w przypadku nagłych problemów zdrowotnych według płci

Omówienie wyników i dyskusja

Dostępność, czyli łatwość otrzymania świadczeń przy możliwych do akceptacji barierach, jest jednym z najważniejszych czynników warunkujących wysoką jakość usług. Przedstawia wskaźnik udostępnianych zasobów oraz usług opieki zdrowotnej w stosunku do potrzeb danej osoby czy społeczności. Opieka zdrowotna jest wtedy dostępna dla danego człowieka, kiedy może on ją uzyskać w dogodnym miejscu i czasie ze strony wykwalifikowanego personelu.

Dostępność może mieć wiele wymiarów, naj-

częściej jednak kojarzona jest przez pacjenta z aspektami organizacyjnymi opieki. Badani obecnie respondenci wysoko ocenili dostępność do świadczeń i opieki, z wyjątkiem – czasu oczekiwania w poczekalni na umówioną wizytę. Jedynie 63,56% pacjentów jest zadowolonych z tego aspektu opieki. Wynik ten, choć nie jest zadowalający, nie odbiega od wyników europejskich, przeprowadzonych za pomocą kwestionariusza EUROPEP, w których liczba pacjentów zadowolonych z tego aspektu kształtuje się w przedziale od 50% do 79% [1, 2]. Najlepiej czas oczekiwania na wizytę ocenili pacjenci ze Szwajcarii (79% ocen bardzo dobrych i dobrych), Niemiec (70%), Hiszpanii (63%), najstłabiej pacjenci z Wielkiej Brytanii (50%), Belgii (54%), Norwegii (58%). Pacjenci, którzy doświadczają krótkiego czasu oczekiwania na wizytę, są bardziej zadowoleni z uzyskanych świadczeń [2–5].

Problem zbyt długiego oczekiwania pacjenta w poczekalni na wizytę można rozwiązać, wprowadzając inne udogodnienia organizacyjne. Jednym z nich jest planowanie wizyt pacjentów w czasie lub terminie dla nich dogodnym, z uwzględnieniem, w godzinach pracy lekarza, czasu dla pacjentów z problemami nagłymi, niemożliwymi do wcześniejszego zaplanowania. Sytuacja taka wprowadzi „porządek organizacyjny” do praktyki lekarza rodzinnego, a także będzie sprzyjać lepszemu zadowoleniu pacjenta. Biorąc udział w przeprowadzonym badaniu pacjenci są zadowoleni z możliwości umówienia się na wizytę lekarską w dogodnym terminie lub czasie – liczba wystawionych ocen bardzo dobrych i dobrych wynosi 81,77%. Podobne oceny, podczas realizacji międzynarodowych badań za pomocą kwestionariusza EUROPEP, zakreslili pacjenci z Hiszpanii (81%). Najwyższe oceny wystawiono w Niemczech (94%), najniższe zaś – w Wielkiej Brytanii (62%) [2].

Zapewnienie pacjentowi dostępu do świadczeń oznacza także zagwarantowanie mu możliwości telefonicznego kontaktu z lekarzem. Warunkiem bezpieczeństwa jednak tych konsultacji jest bardzo dobra znajomość przez lekarza rodzinnego problemu pacjenta i jego sytuacji zdrowotnej [6]. System telefonicznych konsultacji staje się coraz bardziej powszechny w wielu krajach. Przeprowadzone tam badania pokazują, że pacjenci chcą mieć możliwość uzyskania porady przez telefon i są bardzo zadowoleni z takiego sposobu komunikacji [7–11]. Najczęściej są to prośby o poradę przy złym samopoczuciu lub wystąpieniu niepokojących objawów (np. biegunka, wzrost temperatury, kołatanie serca) czy też potrzeba uzyskania informacji dotyczącej dawkowania przyjmowanych leków. W Polsce informacje na temat korzystania przez pacjentów z porad telefonicznych są ograniczone i rzadko

dyskutowane w polskich czasopismach medycznych. Z nielicznych doniesień wynika, że choć jest to znana i akceptowana forma udzielania świadczeń, to pacjenci rzadko z niej korzystają. Zdecydowana większość pacjentów jest jednak zadowolona z uzyskanych porad telefonicznych [12, 13]. Badania L. Marciniowicz pokazują, że w ostatnich latach, w porównaniu z poprzednimi latami, wyraźnie wzrasta liczba osób, które postrzegają możliwość konsultacji przez telefon oraz zwiększa się odsetek osób bardzo zadowolonych z uzyskanej porady telefonicznej [13]. Potwierdzają to również wyniki badań obecnych, w których 35,78% pacjentów oceniło możliwość porozmawiania przez telefon z lekarzem bardzo dobrze, a 46% – dobrze.

Komunikacja telefoniczna może służyć szerokiemu zakresowi działań w opiece zdrowotnej

[14, 15]. Oprócz porad lekarskich pacjenci mogą korzystać z telefonu w innych celach, np. zarejestrowania się na wizytę lub uzyskania wyników badań. Badani respondenci mają zapewnioną taką możliwość, czego potwierdzeniem są ich wysokie oceny – 88% badanych jest zadowolonych, a zaledwie 4,66% ocenia ten aspekt bardzo nisko.

Wnioski

1. Pacjenci wysoko ocenili dostępność usług lekarza rodzinnego.
2. Badani mają zapewnioną dobrą łączność telefoniczną z lekarzem i jego praktyką.
3. Istotne jest wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych redukujących czas oczekiwania pacjentów w poczekalni na wizytę lekarską.

Piśmiennictwo

1. Grol R, Wensing M, Mainz J. Patients in Europe evaluate general practice: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882–887.
2. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002; 14: 111–118.
3. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 654–659.
4. Dolinsky A, Caputto R. The role of health care attributes and demographic characteristics in the determination of health care satisfaction. *J Health Care Mark* 1990; 10: 31–39.
5. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 1287–1290.
6. Mierzecki A, Januszewski A. *Zarządzanie praktyką lekarza rodzinnego*. Łódź: Aktis 1999.
7. Hallam L. Access to general practice and general practitioners by telephone: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 331–335.
8. Hallam L. Organisation of telephone services and patients' access to doctors by telephone in general practice. *BMJ* 1991; 16, 302: 629–632.
9. Marklund B, Bengtsson C. Medical advice by telephone at Swedish health centres: who calls and are the problems? *Fam Pract* 1989; 6: 42–46.
10. McCarthy M, Bollam M. Telephone advice for out of hours calls in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 19–21.
11. Payne F, Shipman C, Dale J. Patients' experience of receiving telephone advice from a GP co-operative. *Fam Pract* 2001; 18: 156–160.
12. Kotkowiak L, Hornowska I. Struktura porad telefonicznych w praktyce lekarza rodzinnego. *Probl Med Rodz* 2001; 3: 86–90.
13. Marciniowicz L, Borzuchowska A, Gugnowski Z. Dostępność do lekarza rodzinnego w zakresie konsultacji telefonicznych na podstawie 4-letniej obserwacji: opinia pacjentów. *Probl Med Rodz* 2003; 5: 11–14.
14. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ* 2003; 326: 966–969.
15. Nagle JP, McMahon K, Barbour M, Allen D. Evaluation of the use and usefulness of telephone consultation in one general practice. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 190–193.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Agnieszka Łukomska
Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego
ul. Sandomierska 16
85-802 Bydgoszcz
Tel.: (056) 582-41-52
Tel. kom.: 606 825 378
E-mail: lukomskaagnieszka@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.03.2006 r.

Po recenzji: 6.12.2007 r.

Zaakceptowano do druku: 1.04.2008 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Satisfaction of patients who are treated by a family doctor

Satysfakcja pacjentów korzystających z usług lekarza rodzinnego

AGNIESZKA ŁUKOMSKA^{1, A-G}, DANUTA ROŚĆ^{2, A, C-G}, KAMILA FALEŃCZYK^{3, E, G}

¹ Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
p.o. Kierownika: dr n. med. Justyna Szrajda

² Katedra Patofizjologii na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Kierownik: dr hab. n. med. prof. Danuta Rość

³ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
p.o. Kierownika: dr n. med. Kamila Faleńczyk

A – Study Design, B – Data Collection, C – Statistical Analysis, D – Data Interpretation,
E – Manuscript Preparation, F – Literature Search, G – Funds Collection

Summary Background. Study of patients satisfaction is an extremely important and valuable way of evaluating the quality of service. Thanks to satisfaction measurement, the doctor attains such information as to what extent his way of taking care of the patient satisfies the patients needs and expectations as well as what might be the source of patient's dissatisfaction. Information from the research may help in adjusting healthcare system to patient's needs as well as give direction to actions improving quality of family doctor practice/service.

Objectives. To attain opinions from patients of family doctor regarding various aspects of doctor's work and the functioning of his practice as well as determining the level of patients' satisfaction.

Material and methods. 450 patients from Bydgoszcz participated in the research. The research was conducted by means of diagnostic survey, using standardized questionnaire – EUROPEP consisting of 25 closed questions.

Results. Majority – 18 out of 23 aspects of care – was evaluated in over 80% as very good or good. Respondents would definitely recommend their physician to their friends and find no reasons why they should consider changing their doctor.

Conclusions. The patients evaluated their family doctor in a positive way. The level of their satisfaction coming from received service is high.

Key words: family doctor, primary health care, patient satisfaction.

Streszczenie Wstęp. Badanie satysfakcji pacjenta jest niezwykle cennym i wartościowym sposobem oceny jakości usług. Dzięki pomiarowi satysfakcji lekarz uzyskuje informacje, na ile jego sposób sprawowania opieki zaspokaja oczekiwania i potrzeby pacjenta, a co w jego usługach jest źródłem niezadowolenia pacjenta. Wykorzystanie informacji z badań pozwala dostosować system opieki do potrzeb pacjenta oraz wskazuje kierunek działań pro jakościowych w praktyce lekarza rodzinnego.

Cel pracy. Poznanie opinii pacjentów korzystających z usług lekarza rodzinnego na temat różnych aspektów pracy lekarza i funkcjonowania jego praktyki oraz określenie poziomu satysfakcji pacjentów.

Materiał i metody. Udział w badaniu wzięło 450 pacjentów lekarzy rodzinnych na terenie miasta Bydgoszczy. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą standaryzowanego kwestionariusza – EUROPEP, składającego się z 25 pytań zamkniętych.

Wyniki. Większość, bo aż 18 spośród 23 aspektów opieki, zostało w ponad 80% ocenionych jako bardzo dobre lub dobre. Respondenci zdecydowanie mogą polecić swojego lekarza przyjaciołom oraz nie mają powodów, dla których mieliby rozważać zmianę lekarza.

Wnioski. Pacjenci pozytywnie ocenili swojego lekarza rodzinnego. Poziom ich zadowolenia z otrzymanych usług jest wysoki.

Słowa kluczowe: lekarz rodzinny, podstawowa opieka zdrowotna, satysfakcja pacjenta, jakość opieki.

Introduction

Primary health care is the key element of health care system because it is not only the basic source of contact between the patient and the physician but in many cases it also initiates individual preventive and therapeutic measures.

After the II WW, clinical care in Poland was organized basing on the pattern developed in former USSR by People's Commissar Siemaszko. It included full, practically unlimited access to all forms of clinical care, each form being highly specialized. First contact care was divided between a general practitioner treating adults, a pediatrician, a gynecologist and a dentist.

Despite many advantages (e.g. easy access to local clinics, relatively good quality of care regarding healthy children and others), this system of multi-specialized, first contact care failed when confronted with reality. It was practically impossible to provide unlimited access to all medical services.

Year 1994 marks the beginning of reforms in primary health care in Poland. The old system was replaced with a solution based on a practice of a physician who is generally and widely prepared to provide patients with comprehensive medical care. Introducing institution of a family doctor was one of the key elements of the model recommended by the World Health Organization. Each patient could consciously and freely choose the doctor of first contact, who would provide him/her and their family with medical care, near their place of residence, regardless of their ailments, age or gender.

In order to evaluate to what extent the institution of a family doctor has been accepted, it is important to gather opinions from people providing services as well as from those who receive them, that is patients. Study of satisfaction is a perfect source of information about the quality of services from patients' point of view.

Patient's satisfaction has been defined in literature in many ways. Considering numerous dimensions of this term and multitude of factors conditioning reaching satisfaction, it is hard to define this phenomenon unambiguously. Many researches do not try to define this term at all [1].

It is usually assumed that satisfaction is a consumer's reaction to received service. It is both an emotional and subjective reaction and it forms on the base of experiences which are positive, that is good, pleasant and effective [2].

Patient's satisfaction may mean the extent to which he/she accepts the care, concerning his/her experiences and needs. It is formed when the subjective assessment of service at least equals the expectations. The difference between the service expected and the one actually received is subjective

and individual for every patient. One does not talk about satisfaction when there is no unanimity between what the patient expects and what he/she experiences, especially when those discrepancies are big and concern patient's values.

Measurement of satisfaction informs service providers to what extent the care they provide comes up to patients' expectations and fulfills their needs, as well as what may cause their discontent. Research information help introduce changes necessary to adjust health care system to patients' needs and suggests direction of further actions improving family doctor's practice.

Objectives

The aim of research was to:

1. obtain opinions of patients provided with the service of a family doctor, regarding different aspects of work and functioning of doctor's practice;
2. determining the level of patient's satisfaction.

Material and methods

Research was conducted in three individual family practices in Bydgoszcz, between October 2003 and April 2004. Researchers used standardized questionnaire – EUROPEP, created by the European Working Party on Quality in Family Practice. English version of the questionnaire was translated to Polish, comprised of 25 questions divided into six modules concerning respectively: relation physician-patient, provided medical care, support and information received from the physician, continuity and coordination of care, accessibility of service and general assessment of the physician.

All questions were closed-type questions. Each patient assessed every aspect in a 5-degree scale, from very good to very bad. In the last module, Likert scale was used.

The survey was anonymous, patients were chosen randomly and the questionnaires were given to them after doctor's appointment. The evaluation also concerned previous visits to the doctor.

EUROPEP questionnaire was given to 450 patients, 256 women (56.89%) and 194 men (43.11%) in the age between 16 and 77 (median – 42, SD – 14.54). The largest group consisted of patients up to 40 years old (47.22%), 40% was formed by respondents between 41 and 60 (40.09%), whereas the smallest group was represented by patients over 60 years old (12.69%); one of the respondents did not give his age. 46 people had primary education (10.22%), 142 vocational

(31.56%), 203 – high school education (45.11%) and 58 people had higher education (13.11%).

Results

The analysis of results shows that patients expressed positive opinions about their family doctors and services provided by them.

Majority, 18 from 23 of the analyzed aspects were assessed in over 80% as very good or good. The highest level of content occurs in the following aspects: support received from the practice's personnel (90.67% very good and good); way of conducting the physical examination (88.89%); possibility of contacting the practice by phone (88%); doctor's knowledge of actions he performed and information he gave during previous visits (86.89%); physician's conscientious (86.88%) and keeping patients' data confidential (86.88%).

Important factors influencing patient's content are patient–physician relations. Patients feel that the physician listens to them and appreciate that the he/she creates atmosphere which enables them to talk about their problems. Respondents assessed considerably lower physician's interest in their personal (family and professional) life (78.23% satisfied patients vs. 21.55% not satisfied), amount of time devoted to them during the visit (75.56% satisfied patients vs. 24.45% not satisfied) as well as involving them in the process of decision making concerning treatment (74.44% satisfied vs. 25.56% not satisfied).

Respondents had no reservations about physician's conscientiousness (86.88% of very good and good) and the way he conducts physical examination (88.89% of very good and good). However, it occurred that preventive and prophylactic services provided by the doctor are a major problem. This aspect of medical care was strongly criticized: only 68% were satisfied, whereas 32% were dissatisfied.

What received a positive assessment was physician's explanations regarding causes and symptoms of the disease, reasons for treatment and additional tests (respectively 81.11% and 81.33% satisfied patients). Respondents had reservations about doctor's help in dealing with emotional problems connected with the disease (only 20.22% very good opinions, 50.44% good, 23.56% satisfactory and 5.33% bad).

Among aspects of organizational accessibility, the highest assessment received the possibility of contacting doctor's practice by phone, 48.89% patients assessed this aspect very good and 39.11% good. The lowest appraisal received amount of time spent in the waiting room before the visit – only 20.67% of very good, 42.89% –

good, 27.56% – satisfactory, 8.67% – bad. This aspect received the lowest number of positive opinions among all aspects. Details of respondents' answers are presented in table 1.

Most respondents find no reasons why they should consider changing their doctor – 46.22% agrees with this statement, 24.89% definitely agrees. Only 5.11% of them found reasons why they should consider changing their physician. Table 2 presents percentages of answers.

Majority of the respondents, almost 79.55% would recommend their doctor to friends (48.44% agrees with this statement, 31.11% definitely agrees). 18.89% was not sure and did not give an explicit opinion, whereas 1.56% disagreed with this statement (0.89% did not agree 0.67% definitely disagreed). Table 3 presents patients' opinions.

Discussion

High quality service has been so far connected and measured by clinical effects or economic effectiveness but that is not enough. An extremely valuable indicator of quality of service is patient's assessment, which one obtains by studying patient's satisfaction.

Determining patient's satisfaction is not an easy task, considering numerous factors conditioning this phenomenon as well as its subjectivity. Each patient has his/her own expectations that lead to satisfaction, if the service comes up to them. The higher the expectations, the higher the risk of dissatisfaction [3]. A satisfied patient follows doctor's orders, which results in better clinical effects, whereas an unsatisfied one does not, he neglects his health and the resources necessary for recovery are wasted [4, 5].

Patients' satisfaction is influenced by many elements which can be assessed. One can distinguish several main aspects, namely: interpersonal relations and communication process, doctor's professionalism, accessibility and organization of service, organizational conveniences, continuity of care, access to additional services [6, 7]. Grol et al. conducted an international research in order to determine the priorities of a patient who uses basic health care [8]. Patients gave their opinions about 38 priorities which they considered important, basing on available literature. Study comprised 3540 patients from such countries as: Norway, Sweden, Holland, Belgium, Portugal, Israel, and Great Britain. According to the study, patients value the following aspects the most:

- sufficient length (according to patients) of doctor's consultation;
- possibility of quick help in urgent cases;
- data confidentiality;

Table 1. Percentages of patients' answers concerning assessed aspects

No	Aspects of care	Assessment					
		Very good	Good	Acceptable	Bad	Very bad	I have no opinion
1.	Time devoted to the patient during the visit	31.78%	43.78%	18.67%	5.56%	0.22%	–
2.	Interest in patient's personal life	24.67%	53.56%	18.44%	3.11%	–	0.22%
3.	Making it easier for the patient to talk about their problems	35.56%	46%	15.11%	3.11%	–	0.22%
4.	Involving the patient in decision making process concerning treatment	24.22%	50.22%	22.67%	2.89%	–	–
5.	Hearing the patient out	36%	45.56%	16.44%	1.78%	–	0.22%
6.	Keeping patient's data confidential	42.44%	44.44%	8%	0.67%	–	4.44%
7.	Quick relief regarding ailments	33.11%	50.89%	14%	0.44%	–	–
8.	Help to an extent enabling everyday activities	27.56%	56%	15.33%	0.89%	–	0.22%
9.	Doctor's conscientiousness	40.44%	46.44%	11.11%	2%	–	–
10.	Physical examination	42.89%	46%	10.67%	–	–	0.44%
11.	Providing prophylactic services	23.56%	44.22%	25.78%	6.22%	–	0.22%
12.	Explaining reasons for therapy and additional tests	29.78%	51.33%	17.11%	1.33%	–	0.44%
13.	Explaining causes and symptoms of the disease	29.11%	52.22%	17.78%	0.89%	–	–
14.	Help in dealing with emotional problems	20.22%	50.44%	23.56%	5.33%	–	0.44%
15.	Help in understanding the importance of doctor's advice	29.56%	56%	14%	0.22%	–	0.22%
16.	Doctor's knowledge of actions/ /information he performed/gave during last visit	33.78%	53.11%	12.22%	0.89%	–	–
17.	Preparing for a visit to specialist or hospital treatment	26.89%	54.67%	13.33%	1.11%	–	4%
18.	Support of the practice's personnel	50.67%	40%	7.11%	1.78%	–	0.44%
19.	Possibility of setting a convenient date of the appointment	37.33%	44.44%	15.78%	2.22%	0.22%	–
20.	Possibility of contacting the practice by phone	48.89%	39.11%	6.89%	4.44%	0.22%	0.44%
21.	Possibility of contacting the doctor by phone	35.78%	46%	13.33%	4%	–	0.89%
22.	Time spent in the waiting room	20.67%	42.89%	27.56%	8.67%	0.22%	–
23.	Receiving quick help in urgent cases	25.33%	55.11%	18.67%	0.89%	–	–

Table 2. I have no reasons why I should consider changing my doctor

Aspect	Answers	%
I have no reasons why I should consider changing my doctor	I strongly agree	24.89
	I agree	46.22
	neither agree/disagree	23.78
	I disagree	4.44
	I strongly disagree	0.67

Table 3. I would recommend my doctor to other people

Aspect	Answers	%
I would recommend my doctor to other people.	I strongly agree	31.11
	I agree	48.44
	neither agree/disagree	18.89
	I disagree	0.89
	I strongly disagree	0.67

- full information about the disease;
- making the patient feel comfortable when talking about their disease;

- little time spent in the waiting room before the visit;
- possibility of being treated by the same doctor;

- information given by the doctor about preventing diseases.
- Patients paid relatively less attention to:
 - amount of time spent waiting for the visit;
 - help given by the doctor to a patient having emotional problems;
 - comfort of the practice;
 - costs of medical care;
 - written information with contact phone numbers to the practice and its working hours.

Patients assessed the above mentioned and other aspects basing on their own research. They appraised the services provided by the family doctor positively; they were satisfied with 18 from 23 aspects. Low satisfaction was reported in the case of: time spent waiting for the visit, providing preventive services by the doctor, doctor's help in dealing with emotional problems connected with the disease, involving the patient in decision making process regarding treatment.

Present results find confirmation in many studies, in which quality of basic health care is generally assessed by patients as very good or good [9–11]. According to international studies conducted in family practices (using EUROPEP questionnaire), the following matters received very positive opinions:

- keeping patient's data confidential
- ability to hear the patient out;
- time devoted to the patient during the visit;
- quick help in urgent cases.

These aspects were evaluated as very good or good by more than 80% of respondents [9, 10]. Negative opinions were only given concerning organization of the work in family practices e.g. possibility of contacting the practice or the family doctor by phone, time spent waiting for the visit and prophylactic services provided by the doctor.

Numerous studies proved that socio-demographic variables such as age, gender or education seriously influence patient's satisfaction [12–18]. Own research confirms important influence of age and gender of patients on satisfaction with the service. This topic will be subject of discussion in subsequent publications.

Patient's satisfaction determines his loyalty towards the service provider. Doctor's therapeutic success depends mainly on his ability of consulting that is effective interpersonal communicating. Research shows that there is a significant and positive connection between physician's communication skills and patient's satisfaction and loyalty [12, 16]. It was proven that around 9 out of 10 people who consulted a physician in the last 3 months

are generally satisfied. It results mainly from positive experiences gained during interactions with the doctor and it guarantees willingness to repeat visiting the same doctor [19]. Montaglione studied relations between patients' satisfaction and two indicators of their loyalty that is probability of recommending the doctor and visiting the doctor again in the future. He proved that increase of satisfaction means increased probability of recommending the doctor to other people as well as visiting the doctor again [19].

In own research 79.55% of respondents would recommend their doctor to their friends, 71.11% has no reasons why they should consider changing their doctor. These results do not differ from results obtained by other researchers [11, 20]. It is suggested that they might be a consequence of free choice of a doctor and indicate patients' trust, which bonds their mutual relations [21, 22].

Low level of satisfaction or its lack implies change of the doctor [21, 22]. Quoted Montaglione's researches show that only 10% of unsatisfied patients visit the same doctor for the second time, whereas 90% looks for a different doctor [19].

American researchers proved that it is more profitable to concentrate on building loyalty and long term relations than on winning over new patients. Costs of winning over a new patient may be up to five times bigger than the costs of keeping the regular patients [23]. If one considers that, even the lowest percentage of patients who have reasons for changing their doctor should not be ignored because providing patients with high quality service and patients' satisfaction results in increased profitability of the practice.

Conclusions

On the base of conducted research, the following conclusions were formulated:

1. Patients assessed their family doctors positively.
2. Level of patients' satisfaction resulting from services provided by the family doctor is high.
3. Patients are not satisfied with:
 - time spent waiting for the visit;
 - prophylactic services provided by the doctor;
 - doctor's help in dealing with emotional problems connected with the disease;
 - involving the patient in the process of decision making regarding treatment.

References

1. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev* 1998; 1: 1–17.

2. Cadotte ER, Woodruff RB, Jenkins RL. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Mark Res* 1987; 24: 305–314.
3. Abramowitz S, Cote A, Berry E. Analyzing patient satisfaction. A multianalytic approach. *Qual Rev Bull* 1987; 13: 122–130.
4. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1988; 26: 383–392.
5. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction. I. Important general considerations. *BMJ* 1991; 302: 887–889.
6. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935–939.
7. Wensing M, Jung HP, Mainz J et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1573–1588.
8. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4–11.
9. Grol R, Wensing M. *Patients evaluate general/family practice*. The EUROPEP Instrument. Mediagroup KUN/UMC, 2000.
10. Grol R, Wensing M, Mainz J. Patients in Europe evaluate general practice: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882–887.
11. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 143–147.
12. Hall JA, Dornan MC. Patient socio-demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30: 811–818.
13. Williams B. Patient satisfaction. A valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38: 509–516.
14. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic and ethnic differences in patients assessments of primary health care. *Qual Health Care* 2001; 10: 90–95.
15. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994; 32: 1216–1231.
16. Hsieh MO, Kagle JD. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc Work* 1991; 16: 281–290.
17. Jung HP, Wensing A, de Wilt A et al. Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Fam Pract* 2000; 17: 236–242.
18. Steven ID, Thomas SA, Eckerman E. A patient determined general practice satisfaction questionnaire. *Aust Fam Physician* 1999; 28: 342–348.
19. Montaglione ChJ. The physician – patient relationship: cornerstone of patient trust, satisfaction and loyalty. *Manag Care Q* 1999; 7: 5–21.
20. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? *Br J Gen Pract* 1993; 43: 336–338.
21. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 601–605.
22. Calnan M, Katsoyiannopoulos V, Ovcharov VK. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994; 11: 468–478.
23. Greeneich D. The link between new and return business and quality of care. Patient satisfaction. *Adv Nurs Sci* 1993; 16: 62–72.

Address for correspondence:

Dr n. med. Agnieszka Łukomska
Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego
ul. Sandomierska 16
85-802 Bydgoszcz
Tel.: (056) 582-12-15
Tel. kom.: 0606 825-378
E-mail: lukomskaagnieszka@wp.pl

Received: 8.03.2007

Revised: 6.12.2007

Accepted: 1.04.2008

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Ocena opieki lekarza rodzinnego w świetle badań jakościowych: poszukiwanie komponentów zadowolenia i niezadowolenia pacjentów*

Evaluation of family physician care in the light of qualitative studies: search for patients' satisfaction and dissatisfaction components

LUDMIŁA MARCINOWICZ^{A-G}, RYSZARD GRĘBOWSKI^{C, D}

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: dr hab. n. med. Sławomir Chłabicz

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Badania satysfakcji pacjentów są powszechnym sposobem oceny jakości opieki zdrowotnej. W badaniach tych dominują metody ilościowe. Słabą stroną tych badań jest jednak relatywnie niski stan teorii, a przede wszystkim brak zgody co do determinantów satysfakcji i sposobów jej mierzenia.

Cel badań. Poznanie, jakie są wymiary oceny opieki lekarza rodzinnego z perspektywy pacjenta, jakie elementy składają się na tę ocenę i czy są one takie same w wypadku zadowolenia i niezadowolenia pacjentów.

Materiał i metody. Przeprowadzono badania jakościowe z wykorzystaniem techniki wywiadu. Zrealizowano 36 wywiadów pogłębionych z pacjentami lekarzy rodzinnych w różnych regionach Polski.

Wyniki. W toku analizy treści transkryptów wywiadów wyróżniono kilka głównych kategorii czynników, które wiążą się zarówno z zadowoleniem, jak i z niezadowoleniem z opieki lekarza rodzinnego. Są to: cechy lekarza (cechy charakteru, empatia, wiek, stały lekarz rodzinny, wygląd zewnętrzny lekarza), cechy pacjenta (np. emocje), skuteczność leczenia, interakcja lekarz–pacjent (np. przywitanie, komunikowanie werbalne i niewerbalne), oczekiwania pacjentów oraz czynniki kontekstowe (np. kontakt telefoniczny, oczekiwanie na wizytę). Stwierdzono, że na zadowolenie pacjenta składają się nieco inne elementy niż na niezadowolenie, stosowanie więc wspólnej skali dla ich pomiaru jest wątpliwe.

Wnioski. Badania jakościowe dają szansę wykrycia takich czynników wpływających na zadowolenie i niezadowolenie pacjenta, które nie są ujawniane w badaniach ilościowych.

Słowa kluczowe: satysfakcja pacjenta, ocena jakościowa, podstawowa opieka zdrowotna.

Summary Background. Studies of patients' satisfaction are commonly used to assess the quality of health care. Quantitative methods predominate in these studies. However, a relatively low state of theory, and above all divergent concepts for satisfaction determinants and its measurement techniques are the major disadvantages of these investigations.

Objectives. To find out the dimensions of assessment of family physician care from the patient's perspective, the components involved and whether they are the same both for satisfaction and dissatisfaction.

Material and methods. Qualitative study was performed using the interview technique. Thirty-six in-depth interviews were performed with patients of family physicians in different regions of Poland.

Results. In the analysis of the interview transcripts, a few main categories of factors were distinguished, associated with both satisfaction and dissatisfaction with family physician care. They include: doctor's features (character, empathy, age, a regular family physician, appearance), patient's features (e.g. emotions), efficacy of treatment, doctor-patient relations (e.g. greeting, verbal and non-verbal communication), patients' expectations and contextual factors (e.g. contact by phone, waiting for the visit). It has been found that patient's satisfaction involves other elements than those observed in dissatisfaction. Thus, the use of common measurement scale is doubtful.

Conclusions. Qualitative studies provide a chance to detect those factors affecting patient's satisfaction and dissatisfaction which are not revealed by quantitative investigations.

Key words: patient satisfaction, qualitative evaluation, primary health care.

* Praca finansowana ze środków na naukę w latach 2006–2009 jako projekt badawczy nr 2P05D01330.

Wstęp

W nowoczesnym systemie opieki zdrowotnej przyjęto nowy model pacjenta, którego jedną z głównych ról jest ewaluacja opieki. Uznanie tej nowej roli jest ważne dla wszystkich świadczeniodawców, szczególnie jednak dla profesjonalistów pracujących w opiece podstawowej, zorientowanej na potrzeby pacjenta [1].

Badania satysfakcji pacjentów są powszechnym sposobem oceny jakości opieki zdrowotnej w wielu krajach [2, 3]. Coraz bardziej popularne są również w Polsce [4]. Wraz z wprowadzeniem instytucji lekarza rodzinnego podejmuje się liczne próby oceny opieki z perspektywy pacjenta [4, 5]. W badaniach tych dominują metody ilościowe. Oceny opieki najczęściej dokonuje się przy użyciu różnego rodzaju kwestionariuszy mierzących poziom satysfakcji pacjentów, zadając respondentom pytania zamknięte.

Brak jest jednak zgody co do czynników, które tę satysfakcję determinują [6]. Sitzia i Wood, na podstawie przeglądu literatury, określili następujące determinanty satysfakcji: oczekiwania, takie jak charakterystyki pacjenta, jak: wiek, płeć, stan cywilny, oraz cechy psychospołeczne. Ponadto, cytowani autorzy wyróżniają następujące komponenty satysfakcji: dostępność, interpersonalne i techniczne aspekty opieki oraz edukację/informowanie pacjenta [7].

Słabą stroną tych badań jest relatywnie niski stan teorii, a przede wszystkim wspomniany już brak jasności co do determinantów satysfakcji i zgodności, jeśli chodzi o sposoby jej mierzenia. Ponadto – co jest zresztą fenomenem nie tylko polskim – uzyskiwane efekty zaskakują wysokością ocen pozytywnych, co nie tylko nie odzwierciedla rzeczywistego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ale często uniemożliwia znalezienie sposobów jego poprawy [2, 4, 8].

Te zjawiska oraz swoistość warunków polskich skłoniły nas do podjęcia badań jakościowych nad zadowoleniem i niezadowoleniem z opieki lekarza rodzinnego, które możliwie najlepiej uchwyciłyby perspektywę pacjentów, m.in. przez skoncentrowanie się na eksplorowaniu ich doświadczeń.

Badania jakościowe umożliwiają większe zaangażowanie pacjentów w definiowanie bardziej trafnych i istotnych, z punktu widzenia pacjenta, komponentów składających się na ocenę opieki. Podejście takie wydaje się bardziej odpowiednie i użyteczne, zarówno dla pacjentów, świadczeniodawców, jak i badaczy. Z jednej strony, uzyskane informacje mogą być przydatne do poprawy jakości opieki w praktyce lekarza rodzinnego, z drugiej zaś – mogą stanowić podstawę do dalszych badań ilościowych; mogą zostać wykorzystane do konstruowania narzędzi badaw-

czych służących ilościowej ocenie opieki zdrowotnej.

Cel badań

Celem badań było uzyskanie odpowiedzi na pytania: jakie są wymiary oceny opieki lekarza rodzinnego z perspektywy pacjenta, jakie elementy składają się na tę ocenę i czy są one takie same w wypadku zadowolenia i niezadowolenia pacjentów?

Materiał i metoda

Przeprowadzono badania jakościowe z wykorzystaniem techniki wywiadu pogłębionego.

1. Próba badawcza

W sposób celowy wybrano 9 placówek podstawowej opieki zdrowotnej z różnych regionów kraju, uwzględniając środowisko miejskie (duże i małe miasta) i wiejskie. W każdej placówce przeprowadzono wywiady z czterema pacjentami. Zrealizowano 36 wywiadów pogłębionych. Próba była zróżnicowana pod względem wieku, płci, wykształcenia, sytuacji zawodowej oraz miejsca zamieszkania respondentów (24 osoby mieszkały w mieście, a 12 na wsi). Wywiady były przeprowadzane przez autorkę pracy (LM) w domu pacjenta, z kilkoma wyjątkami – czterech pacjentów wybrało Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego AM w Białymstoku, dwóch pacjentów – Pracownię Medycyny Rodzinnej w Krakowie, a dwie osoby swoje miejsce pracy.

2. Wywiady pogłębione

Podczas wywiadów pytano pacjentów przede wszystkim o ich doświadczenia w korzystaniu z usług lekarza rodzinnego. Przewodnik wywiadu zawierał kilka podstawowych pytań dotyczących opieki lekarza rodzinnego, np.: Jak przebiegała ostatnia wizyta u lekarza rodzinnego? Co jest dla Pana/Pani najważniejsze podczas wizyty? Co to znaczy być zadowolonym z wizyty i/lub opieki lekarza rodzinnego? W jakich okolicznościach jest Pan/Pani niezadowolony(-a)? Najkrótszy wywiad trwał 25 minut, a najdłuższy – 2 i pół godziny.

3. Analiza wywiadów

Wszystkie wywiady, za zgodą pacjentów, były nagrywane na taśmę magnetofonową i zapisane w postaci transkryptów. Wywiady analizowa-

no, wykorzystując technikę analizy treści [9]. Dwóch badaczy (LM i RG) czytało wszystkie transkrypty pacjentów i zaznaczało fragmenty (słowa i wyrażenia), które odnosiły się do pozytywnej i negatywnej oceny opieki lekarza rodzinnego.

4. Trafność

Aby poprawić wiarygodność zebranych danych, końcową wersję raportu poddano ocenie przez osoby badane (pacjentów). Ta metoda trafności określana jest jako „respondent validation” [9]. Opinie respondentów zebrano w toku trwającego 2 i 1/2 godziny zogniskowanego wywiadu grupowego.

Wyniki

Kategorie czynników dotyczących zadowolenia i niezadowolenia pacjentów z opieki lekarza rodzinnego

W toku analizy treści transkryptów wywiadów wyróżniono kilka głównych kategorii czynników, które wiążą się zarówno z zadowoleniem, jak i z niezadowoleniem z opieki lekarza rodzinnego. Są to: cechy lekarza, cechy pacjenta, skuteczność leczenia, interakcja lekarz–pacjent, oczekiwania pacjentów oraz czynniki kontekstowe.

1. Cechy lekarza

W tej kategorii respondenci zwracali uwagę na cechy charakteru lekarza, wiek, posiadanie stałego lekarza rodzinnego oraz jego wygląd zewnętrzny (tab. 1).

Tabela 1. Kategoria – cechy lekarza (wybrane przykłady wypowiedzi pacjentów)

Komponenty zadowolenia
<p><i>Empatia</i></p> <p>1.1. „Wczuwa się w chorobę i dlatego tak miło” (wywiad 34)</p> <p><i>Stały lekarz rodzinny</i></p> <p>1.2. „Przede wszystkim, to jest zawsze ten sam lekarz” (wywiad 26)</p> <p><i>Wygląd zewnętrzny</i></p> <p>1.3. „Lekarz nie ma tego mundurka takiego typowego, tylko to jest koszula – biała czy kolorowa, jakiś tam krawat; są zachowane jakieś formy, ale to jest przyjemniejsze dla mnie” (wywiad 26)</p>
Komponenty niezadowolenia
<p><i>Stały lekarz rodzinny</i></p> <p>1.4. „Raz Pani doktor ta, raz Pani doktor inna” (wywiad 29)</p>

Przy opisie zadowolenia z opieki lekarza rodzinnego, często zgłaszano takie jego cechy charakteru, jak: miły, sympatyczny, grzeczny, delikatny. W przypadku niezadowolenia natomiast – opryskliwy, gburowaty, arogancki. Niektórzy pacjenci zwracali uwagę na zdolności empatyczne lekarza (1.1).

Wiek lekarza również był cechą, która w opinii pacjentów decydowała o lepszej opiece, przy czym zależność ta nie była jednoznaczna. Niektórzy pacjenci uznawali, że młodszy lekarz jest lepszy, inni – że starszy. Ważne też okazało się posiadanie jednego stałego lekarza rodzinnego (1.2, 1.4). Według niektórych pacjentów, ubiór lekarza rodzinnego – bez białego fartucha – wpływał na pozytywną opinię (1.3).

2. Cechy pacjenta

Skladały się na nie emocje pacjenta, zaangażowanie pacjenta w proces leczenia oraz jego reakcja na negatywne komentarze innych pacjentów w poczekalni (tab. 2).

Tabela 2. Kategoria – cechy pacjenta (wybrane przykłady wypowiedzi pacjentów)

Komponenty zadowolenia
<p><i>Emocje</i></p> <p>2.1. „Gdy wychodzę uspokojona z gabinetu, bo to też jest ważne” (wywiad 26)</p> <p><i>Zaangażowanie pacjenta</i></p> <p>2.2. „Ale to trzeba jednak i samemu trochę pomagać. Lekki brać, pilnować, żeby wszystko było na czas wzięte, po prostu trzeba się wtedy pilnować. Wszystkie zalecenia wykonywać, najwyżej, jak ma się wątpliwości, to trzeba zapytać się” (wywiad 17)</p>
Komponenty niezadowolenia
<p><i>Emocje</i></p> <p>2.3. „Przykro mi było, bo dla mnie to było jakieś takie ważne” (wywiad 18)</p> <p><i>Reakcje na negatywne komentarze innych pacjentów w poczekalni</i></p> <p>2.4. „W każdej poczekalni to się widzi. W końcu i lekarz się denerwuje na skutek tego, bo przychodzi pacjent i w poczekalni już się rozzłości (...). Opowiadają sobie najczęściej negatywne rzeczy” (wywiad 8)</p>

Mówiąc o zadowoleniu lub niezadowoleniu z wizyty, pacjenci często opisywali towarzyszące im emocje, zarówno pozytywne, takie jak – uspokojenie, podbudowanie (2.1), jak też negatywne – zdenerwowanie, przykrość (2.3). Niektórzy pacjenci, akcentowali wiarę w lekarza. Aby uzyskać pozytywny efekt wizyty, pacjenci dostrzegali też konieczność własnego zaangażowania (2.2).

Wśród elementów składających się na nieza-

dowolenie, kilku pacjentów zgłaszało problem negatywnych komentarzy innych pacjentów czekających na wizytę. Fakt, że inni pacjenci w poczekalni opowiadają sobie nawzajem o złych doświadczeniach w korzystaniu z usług zdrowotnych, negatywnie wpływa na ich psychikę, a w konsekwencji – może mieć wpływ na relacje między pacjentem a lekarzem, podczas wizyty (2.4).

3. Skuteczność leczenia

Prawie wszyscy pacjenci (30 osób) w ocenie opieki lekarza rodzinnego zwracali uwagę na jego kompetencje i skuteczność leczenia (tab. 3). W tej kategorii wypowiedzi pacjentów były bardzo konkretne i dotyczyły zarówno wiedzy lekarza, jego umiejętności (3.1, 3.3), jak też poprawy własnego zdrowia (3.2, 3.4).

Tabela 3. Kategoria – skuteczność leczenia (wybrane przykłady wypowiedzi pacjentów)

Komponenty zadowolenia
<p><i>Kompetencje lekarza</i></p> <p>3.1. „Ona jest dobrą lekarką i te jej diagnozy są trafne” (wywiad 5)</p> <p><i>Poprawa stanu zdrowia</i></p> <p>3.2. „Jeżeli dostanie się leki, które spowodują ustąpienie dolegliwości, no to jestem zadowolony z wizyty u lekarza rodzinnego” (wywiad 19)</p>
Komponenty niezadowolenia
<p><i>Brak kompetencji</i></p> <p>3.3. „Ona wie, ale nie wszystko wie, bo niejednokrotnie tak się zdarza, że...” (wywiad 15)</p> <p><i>Brak poprawy stanu zdrowia</i></p> <p>3.4. „Bo nic mnie nie ruszyło. Pięć dni przyjmowałam lek i nic, temperatura i choroba jeszcze jakby bardziej się rozwijały” (wywiad 22)</p>

4. Interakcja lekarz–pacjent

We wzajemnym oddziaływaniu na siebie, lekarza i pacjenta, wyodrębniono takie elementy, jak: przywitanie, aktywne słuchanie ze strony lekarza, informowanie pacjenta, możliwość zadawania pytań lekarzowi, możliwość porozmawiania w trakcie wizyty, komunikowanie niewerbalne, nawiązanie kontaktu z lekarzem, wzajemne zrozumienie oraz stosunek lekarza do pacjenta (tab. 4).

Wypowiedzi pacjentów wskazują na ważność tzw. rytuałów otwarcia wizyty u lekarza. Wynika z nich, że sam sposób przywitania może wpływać na zadowolenie z wizyty (4.1). Kwestie komunikowania się werbalnego między lekarzem a pacjentem pojawiały się często w wypowiedziach pacjentów. Pacjenci podkreślali konieczność aktywnego słuchania ze strony lekarza,

Tabela 4. Kategoria – interakcja lekarz–pacjent (wybrane przykłady wypowiedzi pacjentów)

Komponenty zadowolenia
<p><i>Przywitanie</i></p> <p>4.1. „Jak wchodzę, to lekarz się ze mną wita. Rączkę sobie podajemy” (wywiad 29)</p> <p><i>Możliwość zadawania pytań lekarzowi</i></p> <p>4.2. „Tak jak ja bynajmniej ze swoim lekarzem rodzinnym rozmawiam, to tak jakbym rozmawiała z bliską mi osobą, mogę na każdy temat się zapytać” (wywiad 36)</p> <p><i>Informowanie</i></p> <p>4.3. „Ja lubię dostać trochę informacji. Ja lubię wiedzieć od lekarza, który stawia jakąś diagnozę, który mi powie, że to jest na przykład zapalenie oskrzeli albo, że to jest angina, kiedy to jest nazwane w jakiś sposób” (wywiad 26)</p> <p><i>Komunikowanie niewerbalne</i></p> <p>4.4. „Z jego oczu wynika, że on przejął się, zaangażował” (wywiad 2)</p> <p><i>Wzajemne zrozumienie</i></p> <p>4.5. „Z moim rodzinnym lekarzem to chodziłam do podstawówki. Ona przychodziła do mojej mamy, jak leżała, na wizyty. My z lekarzem rodzinnym to się znamy około 40 lat. Ona знаła moje dzieci, ona moje dzieci leczyła, i teraz mamy wspólny język, wspólne problemy” (wywiad 36)</p>
Komponenty niezadowolenia
<p><i>Zadawanie pytań</i></p> <p>4.6. „Niekiedy lekarz daje do zrozumienia, żeby za bardzo nie wnikać, bo co mnie to obchodzi, ja się i tak na tym nie znam, a czasem człowiek zadaje takie pytanie, bo chciałbym wiedzieć. Nie znam się na tym, ale mogę coś zrozumieć” (wywiad 24)</p> <p><i>Informowanie</i></p> <p>4.7. „Żeby Pani doktor, jak daje nowy lek, to żeby mi powiedziała – po tym leku proszę spodziewać się poprawy dopiero po dwóch czy trzech dniach” (wywiad 1)</p> <p><i>Komunikowanie niewerbalne</i></p> <p>4.8. „Nie spojrzała na mnie, nie dotknęła mnie nawet” (wywiad 4)</p>

możliwość zadawania pytań lekarzowi podczas wizyty (4.2, 4.6) oraz ogólne możliwości porozmawiania z lekarzem.

Szczególnie ważne, z punktu widzenia pacjenta, okazało się informowanie o chorobie, leczeniu, postępowaniu. W licznych wypowiedziach pacjenci podkreślali ważność uzyskiwanych informacji od lekarza (4.3, 4.7).

Mówiąc zarówno o zadowoleniu, jak i niezadowoleniu, pacjenci zwracali również uwagę na zachowania niewerbalne lekarza podczas wizyty, takie jak: kontakt wzrokowy, dotyk, wyraz mimiczny twarzy, ton głosu (4.4, 4.8).

Niektórzy pacjenci mówili ogólnie o nawiązaniu kontaktu z lekarzem, wzajemnym rozumie-

niu (4.5). Kolejny element – stosunek lekarza do pacjenta – wyrażano w różny sposób, np. że nie jest się intruzem, ale osobą oczekiwaną; inni zwracali uwagę na indywidualne traktowanie podczas wizyty.

5. Oczekiwania pacjentów

Czterech pacjentów wskazywało na związek między oczekiwaniami a zadowoleniem (tab. 5). Trzy osoby mówiły o zadowoleniu jako spełnieniu oczekiwań (5.1), natomiast jedna osoba określała niezadowolenie jako niespełnienie oczekiwań (5.2).

Tabela 5. Kategoria – oczekiwania (wybrane przykłady wypowiedzi pacjentów)

Komponenty zadowolenia
<i>Spełnienie oczekiwań</i> 5.1. „Myślę, że o to chodzi, że spełnia jakieś moje oczekiwania, każdy ma jakieś inne oczekiwania” (wywiad 27)
Komponenty niezadowolenia
<i>Niespełnienie oczekiwań</i> 5.2. „No niezadowolony. Takich akurat sytuacji nie miałam, ale powiedzmy może, gdyby lekarz nie spełnił moich oczekiwań, ale wtedy widzę drugie rozwiązanie, które – tak jak już mówiłam wcześniej – ja po prostu pytam” (wywiad 10)

6. Czynniki kontekstowe

Kontekst sytuacji leczniczej, czyli miejsce realizacji świadczeń, i różne sytuacje, w jakich może przebiegać kontakt lekarza z pacjentem, często pojawiały się w wypowiedziach pacjentów (tab. 6). W tej kategorii znalazły się takie elementy, jak: możliwość umówienia się na wizytę, możliwość kontaktu telefonicznego, praca rejestracji (6.1), oczekiwanie na wizytę, czas trwania wizyty i jej przebieg (6.4), skierowania na badania dodatkowe i do specjalisty (6.2), badania profilaktyczne (6.5), koszt przepisywanych leków (6.3, 6.6), wyposażenie w sprzęt oraz estetyka, wystrój i czystość pomieszczeń. Ponadto, problemem zgłaszanym przez kilku pacjentów był brak możliwości korzystania z usług lekarza rodzinnego w sobotę.

Oceny ogólne

Niektórzy pacjenci w sposób bardzo ogólny wyrażali swoje oceny i mówili o zadowoleniu, np.: „Bardzo jestem zadowolona z pracy mojej przychodni rodzinnej” (wywiad 5). „To stwarza jakąś taką atmosferę, że jest bardzo pierwsza klasa” (wywiad 29). „Nie mam żadnych zarzutów, po prostu robią swoje i wszystko” (wywiad 31).

Tabela 6. Kategoria – kontekst sytuacji leczniczej (wybrane przykłady wypowiedzi pacjentów)

Komponenty zadowolenia
6.1. „Podkreślam cały czas bardzo miłą obsługę ze strony pielęgniarek, które rejestrują” (wywiad 19)
6.2. „Nie ma problemu z uzyskaniem skierowania” (wywiad 20)
6.3. „Tanie leki, żeby jak najmniejsze były koszty” (wywiad 21)
Komponenty niezadowolenia
6.4. „Jak wchodzi ktoś do gabinetu w trakcie mojej wizyty” (wywiad 1)
6.5. „Brak tych badań przesiewowych” (wywiad 16)
6.6. „Lekarze, tak określe brzydtko, wciskają drogie leki” (wywiad 5)

Różnice w komponentach zadowolenia i niezadowolenia

Zestawiając komponenty zadowolenia i niezadowolenia pacjentów w poszczególnych kategoriach, można zauważyć pewną niesymetryczność (tab. 7). Dotyczy to cech lekarza, cech pacjenta, interakcji lekarz–pacjent oraz czynników kontekstowych. Niektóre kwestie pojawiały się tylko wtedy, gdy pacjenci mówili o zadowoleniu, np. wygląd zewnętrzny lekarza, zaangażowanie pacjenta, przywitanie. Inne natomiast tylko wtedy, gdy mówili o niezadowoleniu – reakcje na negatywne komentarze innych pacjentów w przychodni, przerywanie wizyty u lekarza, brak badań profilaktycznych oraz fakt, że przychodnia jest nieczynna w sobotę.

Dyskusja

Analiza treści – nieraz bardzo obszernych wypowiedzi respondentów – pozwoliła ustalić, że na ocenę opieki lekarza rodzinnego składają się cechy lekarza, cechy pacjenta, skuteczność leczenia, interakcja lekarz–pacjent, oczekiwania pacjenta oraz czynniki kontekstowe. Ze względu na złożoność tej oceny przedstawione kategorie nie wykluczają się nawzajem, ale zachodzą na siebie.

Ocena pacjenta dotyczyła takich kwestii związanych z lekarzem rodzinnym, jak: cechy charakteru, wiek, posiadanie stałego lekarza oraz jego wygląd zewnętrzny. Inne nasze badania jakościowe dowodzą, że również płeć lekarza wpływa na ocenę opieki z perspektywy pacjenta [10].

Zarówno cechy lekarza, takie: jak wiek czy płeć, jak i socjodemograficzne charakterystyki pacjenta (wiek, płeć, wykształcenie, status materialny) są szeroko uwzględniane w badaniach ilościowych

Tabela 7. Kategorie główne i komponenty zadowolenia i niezadowolenia

Kategorie główne	Komponenty zadowolenia	Komponenty niezadowolenia
1. Cechy lekarza	cechy charakteru wiek stały lekarz rodzinny wygląd zewnętrzny	cechy charakteru wiek stały lekarz rodzinny –
2. Cechy pacjenta	emocje zaangażowanie pacjenta –	emocje – reakcje na negatywne komentarze innych pacjentów w przychodni
3. Skuteczność leczenia	kompetencje lekarza poprawa stanu zdrowia	kompetencje lekarza poprawa stanu zdrowia
4. Interakcja lekarz–pacjent	przywitanie aktywne słuchanie informowanie zadawanie pytań możliwość porozmawiania komunikowanie niewerbalne nawiązanie kontaktu wzajemne zrozumienie stosunek lekarza do pacjenta	– aktywne słuchanie informowanie zadawanie pytań możliwość porozmawiania komunikowanie niewerbalne brak kontaktu brak zrozumienia stosunek lekarza do pacjenta
5. Oczekiwania	spełnienie oczekiwań	niespełnienie oczekiwań
6. Czynniki kontekstowe	umówienie wizyty kontakt telefoniczny praca rejestracji oczekiwanie na wizytę czas trwania wizyty – – skierowania przepisywanie leków wyposażenie w sprzęt estetyka, wystrój i czystość pomieszczeń –	umówienie wizyty kontakt telefoniczny praca rejestracji oczekiwanie na wizytę czas trwania wizyty przerywanie wizyty badania profilaktyczne skierowania przepisywanie leków wyposażenie w sprzęt estetyka, wystrój i czystość pomieszczeń organizacja opieki – w soboty nieczynne

wych, najczęściej jako tzw. zmienne niezależne, mające wpływ na zadowolenie z opieki lekarskiej i jej ocenę. Duże liczebności badanych prób umożliwiają analizę statystyczną wyników [2, 3, 5, 11].

W prezentowanych badaniach jakościowych możliwa stała się natomiast m.in. identyfikacja i wyjaśnienie pewnych ukrytych czy niedostrzeganych aspektów problemu, np. reakcje na negatywne komentarze innych pacjentów w poczekalni. Jest to jeden z przykładów problemu, który miałby nikłe szanse na dostrzeżenie go w czasie badań ilościowych.

Ważną kategorią jest interakcja lekarz–pacjent. Przyjęto, że interakcja to „wzajemne oddziaływanie na siebie dwu osób lub większej ich liczby; aby określony kontakt nazwać interakcją, powinny być spełnione trzy warunki: 1) każdy z partnerów świadomie emituje pewne zachowanie i odbiera zachowania; 2) zachodzi proces komunikowania się; 3) partnerzy wzajemnie wpływają na siebie” [12].

W tej kategorii istotne okazało się komunikowanie werbalne i niewerbalne. Wskazuje na to

przede wszystkim częstość zgłaszania przez pacjentów tych kwestii przy opisie doświadczeń w korzystaniu z usług lekarza rodzinnego.

Badania innych autorów dowodzą, że satysfakcja pacjenta najsilniej jest związana z oceną komunikowania się między lekarzem a pacjentem, bezpośrednio po wizycie [11]. Z badań przeprowadzonych w ośmiu europejskich krajach wynika, że kwestie komunikowania się między lekarzem a pacjentem są najważniejszym wskaźnikiem dobrej opieki zdrowotnej [13]. Międzynarodowe porównania sugerują również, że potrzeba informacji jest w dużym stopniu niespełniona w Polsce i tylko częściowo spełniona w innych krajach [13].

Williams i wsp. dokonali przeglądu literatury, z którego wynika, że życzliwość lekarza, uprzejme zachowanie, rozmowa, empatyczne zachowanie, partnerstwo, sympatia pacjenta do lekarza jako osoby oraz wiara w lekarzy są pozytywnie związane z satysfakcją pacjenta [14]. Wyniki badań własnych potwierdzają istnienie wszystkich wymienionych aspektów w wypowiedziach pacjentów.

Chociaż badania własne sugerują istnienie związku między oczekiwaniami a zadowoleniem, to należy ostrożnie interpretować ten wynik. Przede wszystkim nie jest jasne, co pacjenci mieli na myśli, mówiąc o oczekiwaniach. Ponadto, w literaturze nie ma zgodności i wystarczających dowodów co do istnienia relacji między oczekiwaniami a satysfakcją [7, 8].

Wyniki badań własnych potwierdzają doniesienia innych badaczy o „niesymetryczności” zadowolenia i niezadowolenia [15, 16]. Coyle stwierdza, że zadowolenie i niezadowolenie są wyrażane w różnych terminach i nie można ich mierzyć za pomocą jednolitej wspólnej skali [16]. Postuluje się przy tym wykorzystywanie różnych metod badawczych [16, 17].

Jedną z cech danych jakościowych jest „bogactwo i całościowość, a także sama możliwość ujawniania złożoności” [18]. Prezentowane wyniki badań jakościowych potwierdziły złożoność oceny opieki lekarza rodzinnego z perspektywy

pacjenta oraz wielowymiarowość pojęć – zadowolenie i niezadowolenie.

Wnioski

1. Badania jakościowe dają szanse wykrycia takich czynników wpływających na zadowolenie i niezadowolenie pacjenta, które nie są ujawniane w badaniach ilościowych. Stąd też uzasadnione jest stosowanie metod jakościowych.
2. Na zadowolenie pacjenta z opieki lekarza rodzinnego składają się nieco inne elementy niż na niezadowolenie, stosowanie więc wspólnej skali dla ich pomiaru jest wątpliwe.
3. Określone w badaniach jakościowych komponenty zadowolenia i niezadowolenia można wykorzystać w praktyce lekarza rodzinnego do poprawy jakości opieki nad pacjentem, jak też do opracowania kwestionariusza ankiety do dalszych badań ilościowych.

Piśmiennictwo

1. Coulter A. The Autonomous Patient. Ending paternalism in medical care. London: *The Nuffield Trust* 2003: 106–121.
2. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999; 11(4): 319–328.
3. Kurpas D, Steciwko A. Satysfakcja pacjenta jako główny wskaźnik poziomu jakości podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegl Lek* 2005; 12: 1546–1551.
4. Marcinowicz L, Grębowski R. Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki. *Pol Merk Lek* 2005; 108: 663–666.
5. Łukomska A, Rość D, Jachimowicz-Wołoszynek D. Wpływ wieku na poziom satysfakcji pacjentów korzystających z usług lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8, 1: 88–94.
6. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993; 50(1): 49–79.
7. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45(12): 1829–1843.
8. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998; 47(9): 1351–1359.
9. Silverman D. *Interpreting Qualitative Data*. 2nd ed. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2001: 122: 235–236.
10. Marcinowicz L, Grębowski R. Ocena opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta: zastosowanie analizy jakościowej. *Prob Med Rodz* 2006; 2: 13–18.
11. Jackson J, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52: 609–620.
12. Szewczuk W (Red.). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1985: 112.
13. Coulter A, Magee H. *The European patient of the future*. Maidenhead: Open University Press; 2004: 235–260.
14. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor–patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Med* 1998; 15: 480–492.
15. Staniszewska S, Henderson L. Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. *Patient Educ Couns* 2004; 55: 185–192.
16. Coyle J. Exploring the meaning of ‘dissatisfaction’ with health care: the importance of ‘personal identity threat’. *Soc Health Illness* 1999; 21: 95–124.
17. Coyle J, Williams B. An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *J Adv Nurs* 2000; 31: 1235–1243.
18. Miles MB, Huberman AM. *Analiza danych jakościowych*. Białystok: Trans Humana; 2000: 10.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Ludmiła Marcinowicz

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego AM

ul. Mieszka I 4 B

15-054 Białystok

Tel.: (085) 732-68-20

E-mail: ludmila.marcinowicz@amb.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.01.2008 r.

Po recenzji: 21.01.2008 r.

Zaakceptowano do druku: 1.04.2008 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Wiedza studentów medycyny na temat szczepień ochronnych u osób dorosłych

Knowledge of medical students concerning vaccinations in adults

ANETA NITSCH-OSUCHA^{A-F}, EWA GYRCZUK^{A-F}, AGNIESZKA TOPCZEWSKA-CABANEK^{A-F},
KATARZYNA ŻYCIŃSKA^{A-F}, KAZIMIERZ A. WARDYN^{A-F}

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych
i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wprowadzenie.** Szczepienia osób dorosłych bywają pomijane w procedurach profilaktycznych. Znajomość szczepień zalecanych i szerokie ich stosowanie u osób dorosłych pozwoliłoby na skuteczniejsze zapobieganie chorobom zakaźnym, co stanowi jeden z celów Narodowego Programu Zdrowia.

Cel pracy. Określenie stanu wiedzy na temat szczepień ochronnych u osób dorosłych wśród studentów VI roku medycyny.

Materiał i metody. Wśród studentów przeprowadzono badanie ankietowe zawierające pytania dotyczące szczepień zalecanych i możliwych do wykonania u osób dorosłych. W badaniu wzięło udział 159 studentów.

Wyniki. Najwięcej respondentów uważało za wskazane szczepienie zdrowych osób dorosłych w wieku 20–64 lat przeciwko wzw typu B (91%), zakażeniom pneumokokowym (90%), przeciwko grypie (90%), wzv typu A (68%), różyczce (64%), śwince (45%). Mniej ankietowanych zalecałoby szczepienia przeciwko tężcowi (25%), błonicy (23%), ospie wietrznej (16%) i krztuścowi (12%). U osób młodych (< 30 r.ż.) ankietowani skoncentrowali się na szczepieniach przeciwko tzw. chorobom zakaźnym wieku dziecięcego: 77% respondentów zalecałoby kobietom szczepienie przeciwko różyczce, a 66% zalecałoby mężczyznom szczepienia przeciwko śwince. Potrzeba innych szczepień w tej grupie wiekowej była przez respondentów marginalizowana. U osób w wieku powyżej 65 lat najwięcej respondentów wskazało na potrzebę zaszczepienia przeciwko grypie (64%), przeciwko pneumokokom (43%), przeciwko wzv typu B (28%).

Wnioski. Wiedza studentów medycyny na temat szczepień ochronnych u osób dorosłych jest niewystarczająca. Konieczne jest rozszerzenie omawiania problematyki szczepień ochronnych u osób dorosłych w czasie studiów medycznych, co może następować np. podczas zajęć z medycyny rodzinnej, które zapewniają holistyczne spojrzenie na potrzeby zdrowotne wszystkich członków rodziny. Lepsze poznanie przez studentów zasad wykonywania szczepień ochronnych u osób dorosłych pozwoli w przyszłości (już w czasie wykonywania zawodu) na propagowanie szczepień wśród pacjentów i tym samym przyczyni się do polepszenia zapobiegania chorobom zakaźnym.

Słowa kluczowe: student medycyny, wiedza, szczepienia ochronne, dorośli.

Summary **Background.** Vaccinations among adults are often forgotten. A good knowledge and a wide usage of vaccinations in adults would help to prevent some of infectious diseases. It will also result in a better realization of one of goals of the National Health Programme.

Objectives. To learn the status of knowledge of medical students concerning with vaccinations in healthy adults.

Material and methods. The survey with questions about recommended vaccinations in healthy adults was performed among students of the last year of medicine. The number of participants was 159.

Results. Most of responders would recommend to healthy adults aged 20–64 years vaccinations against: hepatitis B (91%), pneumococcal disease (90%), influenza (90%), hepatitis A (68%), rubella (64%), mumps (45%). 25% of students would use vaccinations against tetanus, 23% against diphtheria, 16% against varicella and 12% against pertussis. In younger persons (< 30 years) vaccinations were rather marginalized except immunizations against rubella (77% of responders would recommend such a vaccination for young women) and mumps (66% of responders would recommend such a vaccination in young men). For the elderly (persons older than 65 years) medical students would recommend immunization against influenza (64%), pneumococcal diseases (43%), and hepatitis B (28%).

Conclusions. The general knowledge of medical students concerning with the vaccinations recommended for healthy adults is not enough. It is necessary to implement more exercises connected directly with this problem during medical education. Family medicine is a good field to introduce such exercises because it provides a holistic view on the patient as a member of a family. A more in-depth knowledge of vaccination schedule in adults will provide a better prevention of infectious diseases.

Key words: medical student, knowledge, vaccination, adults.

Wprowadzenie

Szczepienia ochronne nie są i nie powinny być wykonywane jedynie u dzieci, bowiem osoby dorosłe również ich wymagają. Lekarz rodzinny, z racji definicji swojej specjalizacji, obejmuje opieką całą rodzinę i szczepiąc dziecko, może i powinien zachęcić do szczepień jego rodziców i dziadków [1]. Wydaje się jednak, że problematyka szczepień ochronnych u osób dorosłych jest nieco zapomniana i niedoceniana. Wynikać to może m.in. z małego nacisku na promowanie uodporniania przeciwko chorobom zakaźnym u osób dorosłych – zarówno podczas kształcenia przeddyplomowego, jak i podyplomowego.

Cel pracy

Celem pracy było określenie stanu wiedzy na temat szczepień ochronnych u zdrowych osób dorosłych wśród studentów medycyny.

Materiał i metody

Wśród studentów VI roku medycyny przeprowadzono w trakcie zajęć z medycyny rodzinnej w roku akademickim 2006/2007 badanie ankietowe zawierające pytania dotyczące szczepień ochronnych u zdrowych osób dorosłych. Pytania otwarte dotyczyły szczepień w populacji osób w wieku: a) 20–64 lat (dodatkowo skonstruowano dwa pytania o szczepienia zalecane młodym mężczyznom i kobietom w wieku poniżej 30. r.ż., przede wszystkim po to, by ustalić postrzeżenie w tej grupie wiekowej szczepień przeciwko HPV, meningokokom i przeciwko chorobom zakaźnym wieku dziecięcego), b) ponad 65 lat. Przygotowano 240 ankiet, w badaniu wzięło udział 159 studentów medycyny (66% zwrotów).

Wyniki

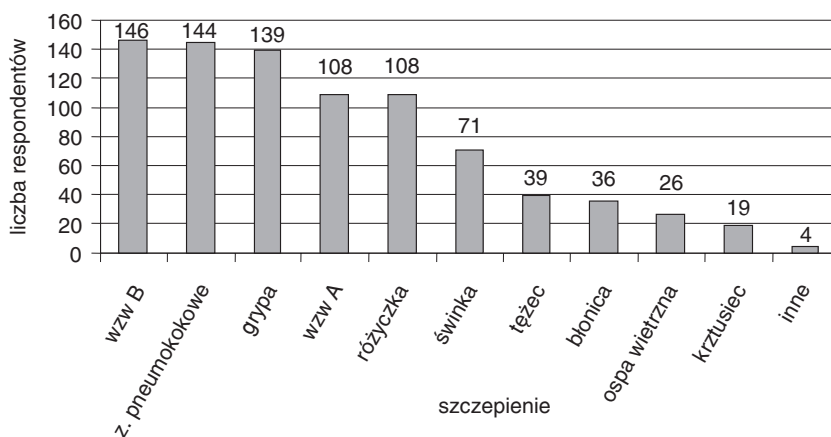
Bezwzględne liczby respondentów, którzy wskazywali na potrzebę wykonania poszczególnych szczepień ochronnych u osób w wieku 20–64 lat przedstawia rycina 1. Najwięcej respondentów uważało za wskazane szczepienie osób dorosłych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (wzw B) (91%), zakażeniom pneumokokowym – 90%, grypie – 90%, wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (wzw A) – 68%, różyczce – 64%, śwince – 45%. Mniej ankietowanych zalecałoby szczepienia przeciw tężcowi – 25%, błonicy – 23%, ospie wietrznej – 16% i krztusiacowi – 12%. Część ankietowanych widziała możliwość zastosowania u osób dorosłych szczepionki skojarzonej DTPw – 21%.

Wiedza na temat szczepień zalecanych osobom do 30. roku życia

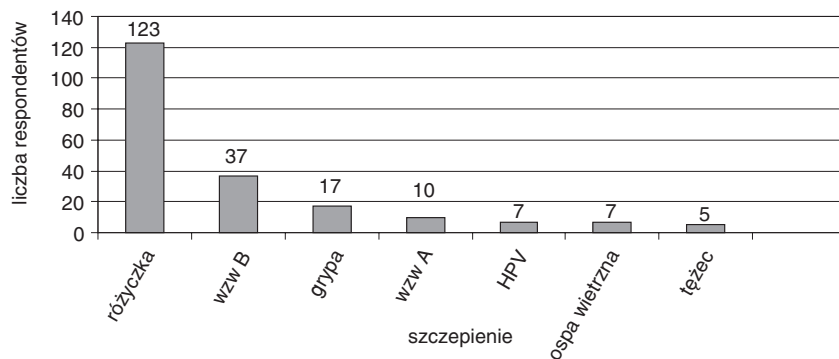
Strukturę odpowiedzi na pytanie dotyczące szczepień u kobiet do 30. roku życia przedstawia rycina 2. Najwięcej respondentów zwróciło uwagę na celowość szczepienia przeciw różyczce – 77%, 23% ankietowanych sugerowało zaszczepienie przeciw wzw B, 11% – przeciw grypie, 6% – przeciw wzw A, 4% – przeciw HPV lub ospie wietrznej, 3% – przeciw tężcowi.

Rycina 3 ilustruje strukturę odpowiedzi ankietowanych na pytanie dotyczące szczepień zalecanych u mężczyzn do 30. roku życia. Najwięcej ankietowanych wskazało na konieczność zaszczepienia przeciwko śwince (66%), 31% ankietowanych zaproponowałoby szczepienie przeciwko wzw B, 17% – przeciw grypie, 14% – przeciw tężcowi. Najmniej osób rekomendowałoby zaszczepienie przeciw wzw A – 8%, ospie wietrznej – 3%, pneumokokom – 1%, błonicy – 0,5%.

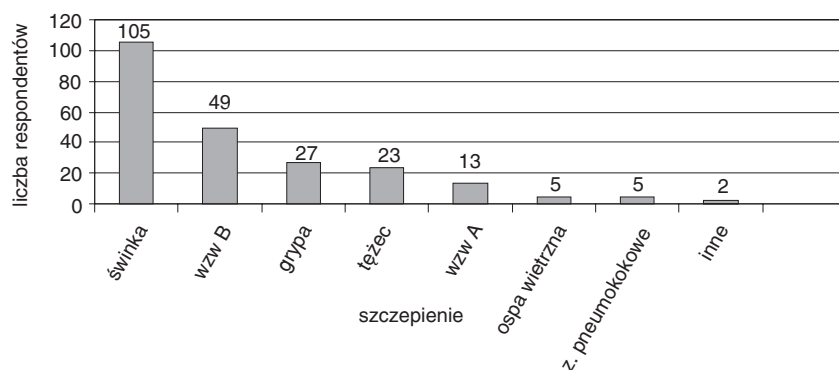
Kolejne pytanie ankiety dotyczyło rekomendowanych szczepień u osób w wieku powyżej 65 lat. Najwięcej respondentów wskazało na potrze-



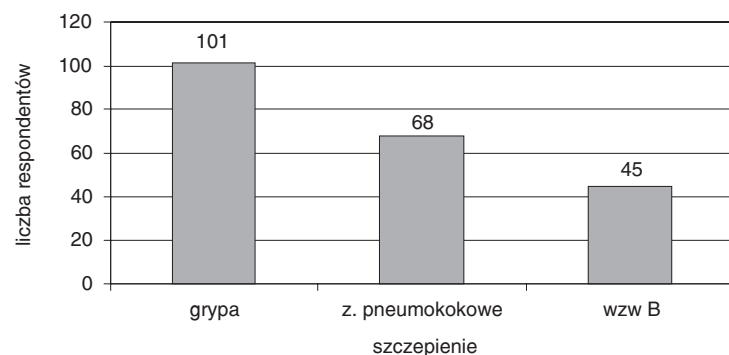
Ryc. 1. Szczepienia, które respondenci zaleciłoby osobom dorosłym (w wieku 20–64 lat)



Ryc. 2. Szczepienia, które ankietowani zaleciłoby młodym kobietom (w wieku < 30 lat)



Ryc. 3. Szczepienia, które ankietowani zaleciłoby młodym mężczyznom (< 30 lat)



Ryc. 4. Szczepienia, które ankietowani zaleciłoby osobom starszym (> 65 r.ż.)

bę zaszczepienia przeciw grypie – 64%, pneumokokom – 43%, wzw B – 28% (ryc. 4).

Omówienie i dyskusja

Celem pracy było określenie stanu wiedzy studentów ostatniego roku medycyny na temat szczepień ochronnych u osób dorosłych. Przeprowadzenie ankiety oraz jej przeanalizowanie pozwoliło na pełną realizację zamierzonego celu.

Ankietowani studenci posiadali bardzo ogólną wiedzę na temat szczepień ochronnych u zdrowych osób dorosłych, która w wielu aspektach okazała się niepełna lub nieaktualna.

Respondenci poprawnie wskazali na możliwość szczepienia osób dorosłych przeciw wzw B oraz przeciw grypie (odpowiednio – 91 i 90% respondentów). Zgodnie z zaleceniami ACIP, właśnie te szczepienia są rekomendowane do

wykonania u uprzednio nieuodpornionych osób dorosłych (tab. 1) [2].

Mało ankietowanych sugerowałoby szczepienie przeciw wzw B u osób do 30. r.ż. (23% widziałoby taką potrzebę u kobiet i 31% u mężczyzn), co być może wynikało z błędnego przeświadczenia, że osoby w tym wieku są już uodpornione (m.in. w ramach obowiązkowego kalendarza szczepień). Szczepienia przeciw wzw B zostały wprowadzone do programu szczepień w Polsce po raz pierwszy w 1989 r. (były to noworodki i niemowlęta urodzone przez matki zakażone HBV), następnie do szczepień włączano kolejne grupy pacjentów, ale dopiero w latach 1994–1996 szczepienia te wprowadzono (niejednocześnie) w kolejnych województwach jako szczepienia obowiązkowe dla dzieci [3]. Z przedstawionych danych wynika więc jednoznacznie, że w 2007 r. w populacji młodych dorosłych (do 30. r.ż.) są osoby nieuodpornione przeciwko wzw B. Szczepienie przeciw wzw

Tabela 1. Szczepienia zalecane u dorosłych (zalecenia ACIP na rok 2007/2008 wg [2])

Szczepienie	19–49 lat	50–64 lat	> 65 lat
Td/Td pa	dawka przypominająca co 10 lat		
HPV	3 dawki (0–2–6 miesięcy)		
MMR	1 lub 2 dawki*	1 dawka	
Ospa wietrzna	1 lub 2 dawki* (0, 4–8 tygodni)		
Grypa	corocznie 1 dawka		
Pneumokoki (szczepionka polisacharydowa)	1 lub 2 dawki		1 dawka
Wzw A	2 dawki (0, 6–12 miesięcy)		
Wzw B	3 dawki (0–1–6 miesięcy)		
Meningokoki	1 dawka		

* Liczba dawek zależna od zastanego stanu uodpornienia.

B powinno być szczególnie zalecane młodym kobietom (ze względu na możliwość zakażenia, np. podczas porodu), tym bardziej więc niepokojące jest stwierdzenie, że tylko 23% ankietowanych zalecałoby takie szczepienie tej grupie pacjentek [1].

90% respondentów uważało, że osobom dorosłym należy zalecać szczepienia przeciw grypie, jednak wydaje się, że szczepienie to było postrzegane jako zalecane osobom dojrzałym (starszym) – świadczy o tym niski odsetek osób, które zalecałyby szczepienie przeciw grypie kobietom lub mężczyznom poniżej 30. r.ż. (odpowiednio – 11 i 17%). Szczepienie przeciw grypie powinno być wykonywane corocznie u wszystkich osób chcących uniknąć zachorowania – niezależnie od wieku i schorzeń towarzyszących. W grupie ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych są m.in. kobiety w ciąży, dlatego szczepienie powinno być zalecane u kobiet, które w nadchodzącym sezonie epidemicznym planują ciążę – czego respondenci nie wiedzieli, skoro tylko 11% z nich zaleciłoby szczepienie przeciw grypie młodej kobiecie [2, 4].

Wysoki odsetek respondentów (90%) wskazał na konieczność szczepienia populacji osób dorosłych przeciw zakażeniom pneumokokowym. Wydaje się, że jest to przede wszystkim skutek kampanii medialnej, której obecnie jesteśmy świadkami. Szczepienie przeciw pneumokokom u osób poniżej 65. r.ż. jest bowiem rekomendowane w szczególnych sytuacjach, np. u pacjentów po splenektomii, z przewlekłymi chorobami płuc, wątroby, chorobą alkoholową, cukrzycą, w stanach immunosupresji (stan po przeszczepach narządów, leczenie nowotworów, zakażenie HIV). Szczepienie przeciw zakażeniom pneumokokowym jest rekomendowane u osób powyżej 65. r.ż., zwłaszcza będących pensjonariuszami domów opieki [2, 5].

Niepokojący jest fakt, iż szczepienie przeciw tężcowi u osób dorosłych uznano za mniej ważne niż szczepienie przeciw pneumokokom (jedynie 25% ankietowanych wskazywało na potrzebę zalecania takiego szczepienia). W zaleceniach ACIP mocno podkreśla się konieczność podawania dawek przypominających przeciw tężcowi u osób dorosłych co 10 lat. Niewielu ankietowanych widziało potrzebę takiego szczepienia u młodych osób w wieku do 30. r.ż. (podczas gdy zgodnie z kalendarzem szczepień ostatnia dawka szczepienia przeciw tężcowi podawana jest w 19. r.ż., a więc w 29.–30. r.ż. powinna zostać podana kolejna dawka przypominająca szczepienia). Więcej ankietowanych widziało taką potrzebę u mężczyzn niż u kobiet (14 vs 3%) – co być może wynika z postrzegania mężczyzn jako bardziej aktywnych i w związku z tym narażonych na zranienia. Jednak należy także pamiętać o ustaleniu stanu uodpornienia przeciwko tężcowi u kobiet – jest to szczególnie istotne u kobiet pochodzących ze środowisk zaniedbanych, imigrantek, uchodźców wojennych [6].

Stosunkowo wysoki odsetek ankietowanych (21%) błędnie uważał, że możliwe jest szczepienie osób dorosłych szczepionką DTPw – zarejestrowaną tylko dla dzieci (ze względu na dużą reaktywność u starszych). Osoby dorosłe powinny otrzymać szczepionkę T (przeciwko tężcowi) lub Td (przeciwko tężcowi i błonicy – ze zmniejszoną dawką komponenty błonicznej) [7]. Uważa się ponadto, że jeśli istnieją wskazania do podania szczepionki przeciw tężcowi, należy podać szczepionkę przeciw tężcowi i błonicy [7] – o czym nasi respondenci nie wiedzieli, sugerując osobne szczepienie.

Niewielki odsetek ankietowanych (12%) wskazywał na możliwość uodpornienia populacji dorosłych przeciw krztuścowi – i rzeczywiście obecnie nie ma w Polsce zarejestrowanych

szczepionek przeciw krztuścowi możliwych do podawania osobom dorosłym, niemniej jednak takie szczepionki (Td pa – ze zmniejszoną dawką komponenty błoniczej i acelularnej krztuścowej) są dostępne np. w USA czy Kanadzie, należy więc mieć na uwadze, że wcześniej czy później pojawią się one i w naszym kraju. Potrzeba podawania dawek przypominających szczepionki przeciw krztuścowi osobom dorosłym jednak istnieje ze względu na fakt, że mogą one być źródłem zakażenia dla nieuodpornionych dzieci. Zgodnie z zaleceniami ACIP, u osób dorosłych, o ile istnieją wskazania do podania szczepionki Td, należy podać szczepionkę Td pa [8].

Ankietowani studenci widzieli konieczność uodporniania osób dorosłych przeciw tzw. chorobom zakaźnym wieku dziecięcego, np. śwince, różyczce. Szczepienie przeciw różyczce proponowałyby 77% ankietowanych kobiecie poniżej 30. r.ż., a 66% badanych zasugerowałyby szczepienie przeciw śwince mężczyźnie w tym wieku, w starszej grupie wiekowej (pacjentów w wieku 30–64 lat) potrzebę tych szczepień stwierdzało odpowiednio 64 i 45% ankietowanych. Zgodnie z zaleceniami ACIP, szczepienia te powinny być rekomendowane wszystkim wrażliwym na zakażenie osobom dorosłym (m.in. w celu realizacji programu eliminacji różyczki wrodzonej, zapobiegania powikłaniom świnki, takim jak: niedostłuch lub zapalenie jader, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapobiegania powikłaniom ospy wietrznej) [2, 9].

Należy podkreślić, że nie ma możliwości zaszczepienia osób dorosłych przeciw śwince lub różyczce z użyciem szczepionek monowalentnych. Osoby dorosłe mogą i powinny być szczepione szczepionkami skojarzonymi zarejestrowanymi w Polsce (np. MMR lub Priorix).

Wiedza studentów medycyny na temat szczepień osób w wieku powyżej 65. r.ż. jest także niewystarczająca. Najwięcej ankietowanych widziało w tej grupie wiekowej potrzebę szczepienia przeciwko grypie (64%) – jest to jednak niezadowalający wynik, biorąc pod uwagę fakt, że właśnie u osób starszych obserwowana jest największa liczba i najcięższych powikłań pogrypowych. Podobnie odsetek respondentów, którzy wiedzieli o potrzebie szczepienia osób w podeszłym wieku przeciwko pneumokokom (43%) i przeciwko wzv B (28%), jest zbyt niski. Osoby w wieku powyżej 65. r.ż. są szczególnie narażone na ciężki przebieg zakażeń pneumokokowych i powinny być jednorazowo zaszczepione przeciw pneumokokom szczepionką polisacharydową. Senio-

rzy powinni być także zaszczepieni przeciw wzv B – ze względu na częstsze występowanie schorzeń wymagających hospitalizacji oraz zabiegów inwazyjnych [2]. Żaden z ankietowanych studentów nie wskazał na konieczność szczepienia przeciw tężcowi, zapominając o zasadzie podawania dawek przypominających co 10 lat.

Wiele szczepień zalecanych do wykonania u osób dorosłych było przez respondentów marginalizowanych. Ankietowani studenci zauważyli rolę szczepień przeciw wzv A w populacji osób dorosłych. 68% respondentów uznało, że szczepienie to może i powinno być zalecane osobom dorosłym, niemniej jednak zbyt mało adeptów medycyny zalecałoby to szczepienie osobom młodym, w wieku do 30. r.ż. (6–8%), podczas gdy szczepienie to ma największe znaczenie właśnie przed 40. r.ż.

Niestety, niewielki odsetek ankietowanych (4%) wskazywał na możliwość uodpornienia młodych kobiet przeciw zakażeniom wywołanym wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Wynikać to może z faktu, iż szczepionka ta dostępna jest w Polsce dopiero od roku i w związku z tym studenci nie mieli możliwości dokładnego zapoznania się z wskazaniami do jej podawania.

Ankietowani pominęli także w grupie osób młodych do 30. r.ż. szczepienie przeciw meningokokom, podczas gdy w przypadku tych zakażeń obserwowane są dwa szczyty zachorowań: do 5. r.ż. i między 14.–24. r.ż. (ta ostatnia grupa wiekowa odniosłaby więc ze szczepień istotne korzyści) [7].

Wnioski

1. Wiedza studentów medycyny na temat szczepień ochronnych u zdrowych osób dorosłych jest niewystarczająca.
2. Konieczne jest rozszerzenie omawiania problematyki szczepień ochronnych u osób dorosłych w czasie studiów medycznych, co może nastąpić np. podczas zajęć medycyny rodzinnej, które zapewniają holistyczne spojrzenie na potrzeby zdrowotne wszystkich członków rodziny.
3. Lepsze poznanie przez studentów zasad wykonywania szczepień ochronnych u osób dorosłych pozwoli w przyszłości (już w czasie wykonywania zawodu) na propagowanie szczepień wśród pacjentów i tym samym przyczyni się do polepszenia zapobiegania chorobom zakaźnym.

Piśmiennictwo

1. Radzikowski A. Szczepienia w rodzinie. *Essentia Med* 2005; 5(21): 71–77.
2. Recommended adult immunization schedule – United States, October 2007–september 2008. *MMWR* 2007; 56(41): 1–2.
3. Magdzik W, Czarkowski. Stan zaszczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w Polsce do końca 2004 roku. *Prz Epid* 2006; 60: 185–192.
4. Prevention and control of influenza. Recommendations of Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP), 2007. *MMWR* 2007; 56(6): 1–60.
5. Artz A, Ershler WB, Longo DL. Pneumococcal vaccination and revaccination of older adults. *Clin Microbiol Rev* 2003; 16(2): 308–318.
6. CDC guidelines for vaccinating pregnant women. Recommendations from ACIP 1998, uaktualnione w 2006.
7. Magdzik W, Naruszewicz D, Zieliński A. *Wakcynologia*. Alfa-medica Press; Bielsko-Biała, 2007.
8. Cortese MM, Baughman AL, Brown K, Srivstava P. A “new age” in pertussis prevention new opportunities through adult vaccination. *Am J Prev Med* 2007; 32(3): 177–185.
9. Shanley JD. The resurgence of mumps in young adults and adolescents. *Cleve Clin J Med* 2007; 74(1): 47–48.

Adres do korespondencji

Dr n. med. Aneta Nitsch-Osuch

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Banacha 1a, Blok F

02-097 Warszawa

Tel./faks: (022) 599-21-90

E-mail: anitsch@amwaw.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 24.12.2007 r.

Po recenzji: 10.03.2008 r.

Zaakceptowano do druku: 1.04.2008 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Knowledge of infective endocarditis prophylaxis amid children with congenital heart diseases and their parents

Ocena stanu wiedzy rodziców dzieci z wrodzonymi wadami serca na temat zasad stosowania profilaktyki infekcyjnego zapalenia wsierdza

ROBERT SABINIEWICZ^{A, D}, KARINA LAZAREWICZ^{B, C, E, F}

Department of Pediatric Cardiology and Congenital Heart Diseases
Medical University of Gdansk, Poland
Head of the Department: Prof. Dr hab. Jan Erecinski

A – Study Design, **B** – Data Collection, **C** – Statistical Analysis, **D** – Data Interpretation,
E – Manuscript Preparation, **F** – Literature Search, **G** – Funds Collection

PL ISSN 1734-3402

Summary Objectives. The aim was to analyze compliance amongst patients with CHD and assess their knowledge of IEP.

Methods. 266 questionnaires were sent to parents of the children treated in clinic. Surveys were aimed mainly at their knowledge concerning heart failure and its treatment as well as their knowledge of IEP and its compliance. The level of parent's education was also surveyed in those patients who were below the age of 18 years. The need for IEP was determined according to AHA, ESC and PTK recommendations.

Material. 73 (28%) of surveys were returned. The age of patients was between 3 and 73 years of age. 25 of the questioned patients were over 18 years old. In the surveyed group 9 children were not operated on. 21 patients had cyanotic heart disease, valvular disease was present in 19 and 28 had other CHDs.

Results. Amongst those surveyed, 68 patients needed IEP. 30 (44%) of them were aware of being prone to IE, however 25% of the patients were taking measures to prevent IE. The analysis of the patients revealed that: the greatest awareness of measures taken to prevent IE and the need to use antibiotics were among patients with complex CHD (61% and 36%) and the lowest amongst those with CHD with left to right shunt (29% and 19%). The parents of the children (between 5 and 10 years old) were aware to the greatest extent of the possibility of being in danger of IE (56%) and the necessity for IEP (28%). Surgery was performed on 18 patients (26%) that were in need for IEP – antibiotics were given only to 44% of those. Other invasive procedures (piercing, tattoos) were done on 19 (28%) of those surveyed, however, in none of these cases IEP was administered. The greatest knowledge about the heart's disease and IEP was among those with higher and trade school education (almost 100%), on the other hand the lowest was among those with only primary school education (91%). 24% of all questioned claimed that they do not go to the dentist at all. 53% of them had primary education, 28% high school education and 18% trade school one. The most common source of information was the Cardiologist (44%), the Pediatrician (15%) and mass media with the Internet (20%).

Conclusions. Parental knowledge of IEP is severely limited, especially amongst patients with limited education. The spread of knowledge about IEP is indispensable, as misinformation of the society is terrifying. Only a small percentage of patients ended up receiving prophylaxis when they had some form of surgical intervention performed. Patients should be encouraged to regular dental check-ups and should be pointed to care about the dental hygiene. Furthermore, doctors should comply with IEP recommendations.

Key words: congenital heart diseases, parental knowledge, infective endocarditis prophylaxis.

Streszczenie Wprowadzenie. Infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) stanowi jedno z groźniejszych powikłań wrodzonych wad serca (CHD). W przypadku dzieci wiedza rodziców na temat zasad profilaktyki infekcyjnego zapalenia wsierdza i jej stosowania jest najważniejszym elementem zapobiegania temu powikłaniu.

Cel pracy. Celem pracy była analiza stanu wiedzy rodziców dzieci z CHD na temat zasad profilaktyki IZW i ich stosowania w praktyce.

Metody. Rozesłano 266 ankiet do rodziców dzieci hospitalizowanych w Klinice. Ankiety zawierały 16 pytań dotyczących m.in.: wiedzy na temat rodzaju wady i stosowanego leczenia, stopnia wykształcenia rodziców, wiedzy rodziców na temat profilaktyki IZW i jej praktycznego stosowania. Konieczność stosowania profilaktyki IZW ustalano na podstawie standardów AHA, ESC i PTK.

Materiał. Uzyskano zwrótnie 73 ankiety (28%). Wiek pacjentów wynosił od 3 do 73 lat. 25 pacjentów przekroczyło 18 r.ż. W badanej grupie było 9 pacjentów nieoperowanych. Wśród ankietowanych 21 pacjentów miało wadę przeciekową, 19 zastawkową i 28 inne złożone wady serca.

Wyniki. Z badanej grupy 68 pacjentów wymagało stosowania profilaktyki IZW. 30 (44%) ankietowanych miało świadomość zagrożenia IZW, a w praktyce zasady profilaktyki stosowało 25%. Analiza porównawcza wykazała: najwyższy odsetek poprawnej oceny zagrożenia IZW i konieczności stosowania profilaktyki u pacjentów ze złożonymi wadami serca (61 i 36%), a najniższy pacjenci z wadami przeciekowymi (29 i 19%). Rodzice dzieci pomiędzy 5–10 r.ż. wykazywali najwyższą poprawność oceny stopnia zagrożenia IZW (56%) i stosowania profilaktyki (28%). U 18 pacjentów (26%) wykonywano zabiegi chirurgiczne wymagające profilaktyki IZW – profilaktykę stosowano tylko u 44% z nich. Inne zabiegi również wymagające profilaktyki IZW (kolczykowanie, tatuaże) wykonywano u 19 (28%) – u żadnego nie stosowano profilaktyki IZW! Wśród wszystkich ankietowanych największą wiedzę na temat wady serca, profilaktyki IZW wykazywali ludzie o wykształceniu wyższym i zawodowym. Według uzyskanych informacji 24% dzieci nie jest poddawana kontroli stomatologicznej. Wśród nich 53% ma wykształcenie podstawowe, 28% średnie, a 18% zawodowe. Najczęstszym źródłem informacji na temat IZW był kardiolog (44%), następnie pediatra (15%) oraz środki masowego przekazu i Internet (20%).

Wnioski. Stan wiedzy rodziców na temat profilaktyki IZW jest bardzo ograniczony, szczególnie wśród osób o niższym wykształceniu. Konieczne jest rozpowszechnienie wiedzy na ten temat, gdyż niedoinformowanie społeczeństwa jest zastraszające (brak profilaktyki przy procedurach inwazyjnych, nieznacznym % przy zabiegach). Pacjenci powinni być zachęceni do regularnych wizyt u dentysty oraz do przestrzegania higieny jamy ustnej. Lekarze powinni stosować się do najnowszych wytycznych postępowania AEP.

Słowa kluczowe: wrodzone wady serca, stan wiedzy rodziców, profilaktyka infekcyjnego zapalenia wsierdza.

Introduction

According to the ESC recommendations, Infective Endocarditis is defined as intravascular infection concerning not only some parts of the heart like the valves and endocardium of both atria and ventricles, but also thoracic blood vessels (for e.g.: Patent Ductus Arteriosus, vascular shunts, coarctated aortic isthmus). The definition also encompasses prosthetic valves, implanted cardioverter-defibrillator and pacemaker electrodes and artificially created vascular shunts.

Patients are divided into three groups taking into consideration the risk of acquiring IE – high-risk group, moderate and negligible risk. High risk group which includes prosthetic heart valves, complex congenital cyanotic heart diseases, previous Infective Endocarditis, surgically constructed systemic or pulmonary conduits and moderate risk group including acquired valvular heart disease, mitral valve prolapse with valvular regurgitation or severe valve thickening, non-cyanotic congenital heart diseases (apart from ASDII), hypertrophic cardiomyopathy, ASD/PFO catheter based closure procedures (up to 12 months) always need prophylaxis. On the other hand, patients from the negligible risk group (isolated secundum atrial defect, surgical repair of atrial septal defect, ventricular septal defect or patent ductus arteriosus (without residua beyond 6 months), previous coronary artery bypass graft surgery, mitral valve prolapse without valvular regurgitation or thickened leaflets, physiologic, functional or innocent heart murmur, previous Kawasaki disease without valvular dysfunction, previous rheumatic fever without valvular dysfunction, cardiac pacemakers (intravascular and epicardial) and implanted defibrillators) – the prophylaxis is not indispensable.

Infective Endocarditis is one of the most sev-

ere consequences of Congenital Heart Diseases (CHDs). As far as children are concerned the parental knowledge about the Infective Endocarditis Prophylaxis (IEP) and its usage is the most important element of IE prevention. The rules of prophylaxis are based on antibiotic treatment that is recommended by PTK, ESC or AHA [1–3]. Those medications are used when patients undergo certain procedures that put them at a high risk of acquiring IE. These include dental procedures, gastroenterological (oesophagus, abdominal surgeries), upper respiratory tracts (e.g.: tonsils excision) and urological procedures.

Objectives

The aim of this study was not only to determine the awareness of antibiotic prophylaxis in patients with Congenital Heart Disease or their parents, but also their compliance and practice of IEP as well.

Material and methods

A retrospective study was undertaken on a group of 266 patients with heart failure that were hospitalized to the Paediatric Cardiology Ward or seen in the clinic of Medical University of Gdansk in 2003. All patients over 16 years of age and parents of the younger children were sent an 18 question survey regarding their knowledge about heart failure and the treatment (this information was compared with patients clinical notes), the level of parental education, other chronic diseases, parental knowledge about IEP and its practical usage (Fig. 1).

Infants, children under 1 year old as well as those with heart arrhythmias were excluded from

1. personal data
2. data concerning their heart failure
3. data concerning chronic diseases
4. data concerning Infective Endocarditis
5. general knowledge about AEP
6. the need of AEP
7. the usage of AEP
8. the child's risk group
9. possession of document informing about AEP
10. the knowledge about the AEP (doctor, mass media, lectures, other)
11. doctors – if they inform the patients about AEP
12. patients – if they inform the doctors about being in need of AEP
13. history of infective endocarditis
14. dentists – if they suggest the need of AEP during consultations
15. regularity of dentist check-ups
16. caries
17. operations (tonsillectomy, respiratory, gastro intestinal, genitourinary tracts)
18. piercings and tattoos

Fig. 1. The survey concerning Infective Endocarditis Prophylaxis (IEP)

the study. It was due to the fact that the procedures connected with highest risk of IE were not carried out on such young children, so the threat of acquiring IE is negligible. The need for IEP was being assessed in accordance with AHA, ESC and PTK recommendations (verified in 2004) [1–3].

73 of the questionnaires were returned that is 28% of all (Fig. 1). The age of the patients was between 3 and 73 years (mean: 17 years). 25 of those questioned patients were over the age of 18 years. The majority of the patients were ones after interventional procedures (40%) and surgery (36 of congenital heart diseases). In the surveyed group, 9 children were not operated on. 21 patients had cyanotic heart disease, 19 had valvular disease and 28 had other CHDs.

Results

Out of 73 returned surveys 68 patients were in need of Infective Endocarditis Prophylaxis (guidelines), this amounts to 93% of those surveyed. Among those 30 (44%) were aware of the danger that it is associated with IE. 54% were high-risk group children, 39% moderate-risk group children (Fig. 2). In 28% of the children IE prophylaxis was correctly used (Fig. 3).

The compatibility of parental knowledge about child's risk group and AHA standards was compared. It turned out that 54% of the parents of the high-risk group children qualified their children correctly to the risk group, and among children from the moderate risk group only 38% of parents assessed the risk accurately (Fig. 5).

Risk groups			
Awareness	Moderate Risk	General Awareness	High Risk
Sufficient	39%	54%	44%
Insufficient	43%	25%	37%
None	18%	21%	19%

Fig. 2. Parental awareness about IE among children with CHDs

IE Prophylaxis	No. of children	% Children
Yes	19	28%
Don't know	17	25%
No	32	47%

Fig. 3. Taking measures to prevent IE

The analysis of the patients in studied groups revealed that: the greatest awareness of measures taken to prevent IE and the need to use antibiotics were among patients with complex CHD (61% and 36%) and the lowest amidst those with CHD with left to right shunt (29% and 19%) (Fig. 4).

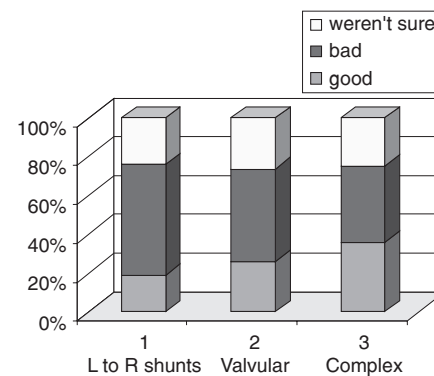


Fig. 4. Awareness of measures taken to prevent IE among patients with different CHDs

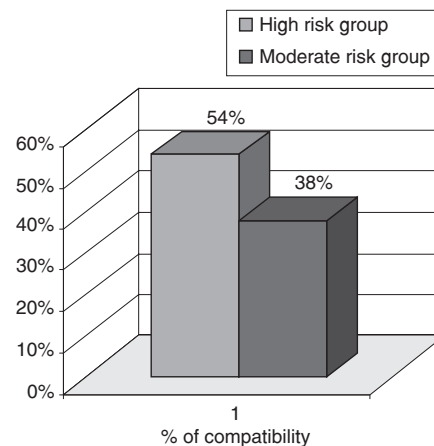


Fig. 5. Compatibility of parental knowledge about child's risk group and AHA standards

Parental knowledge about danger of IE			
Danger	Under 5 y.o.	Between 5 and 10 y.o.	Over 10 y.o.
Yes	2 (50%)	10 (56%)	18 (39%)
No	2 (50%)	3 (17%)	19 (41%)
Don't know	0 (0%)	5 (28%)	9 (20%)
Parental knowledge about the need of IEP			
Yes	2 (50%)	5 (28%)	12 (26%)
No	2 (50%)	5 (28%)	25 (54%)
Don't know	0 (0%)	8 (44%)	9 (20%)

Fig. 6. Parental knowledge of their children being endangered to IE

Analysis of the parental knowledge regarding IE in accordance with the age of the children the following results were obtained:

The parents of the children aged between 5 and 10 years old, were aware to the greatest extent of the possibility of being in danger of IE (56%) in comparison to the parents whose children were under 5 years of age (50%) as well as those whose children were over 10 years old (39%). On the other hand, the IE prophylaxis was administered in 50% of the children aged under 5 years, in 28% of children between 5 and 10 years of age and in 26% of children over 10 years old (Fig. 6).

Additionally, all parents whose children had left to right shunts were correct when asked about the congenital heart disease of their children. The percentage was 96% in children with complex heart failures and only 89% in children with valvular defects (Fig. 7).

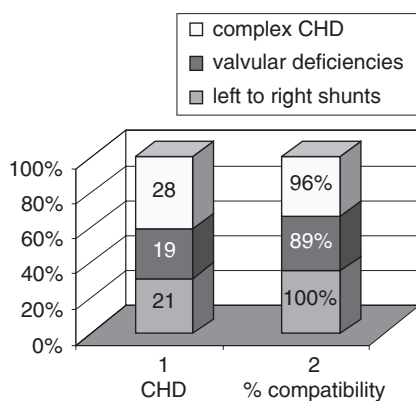


Fig. 7. Heart defects among children endangered to IE and parental knowledge about CHDs

Surgery was being performed on 18 patients (26%) that were in need for IEP according to AHA guidelines – antibiotics being given only to 44% of those (Fig. 8). Other invasive procedures with need of IEP like piercing and tattoos were done to

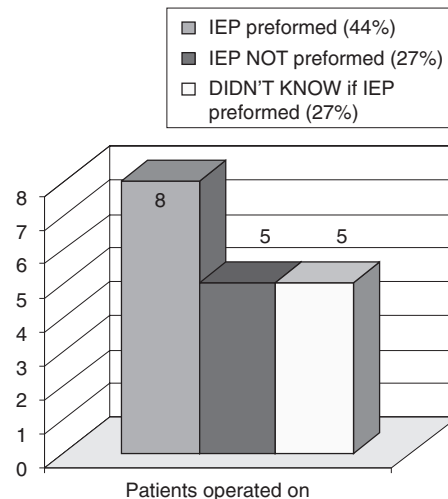


Fig. 8. IEP during operations – 26% of the surveyed were operated on

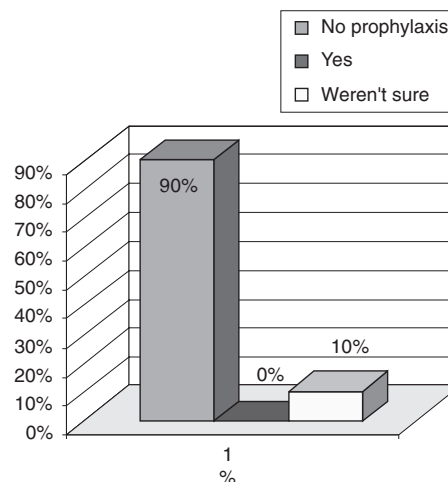


Fig. 9. Prophylaxis during invasive procedures in children in danger of IE. 31% of surveyed were pierced or had tattoos

31% of children endangered to IE, however, in none of those cases IEP was administered during the procedure (Fig. 9)

Among all those questioned, the greatest knowledge regarding heart disease, was amongst those with higher education – 56%, however on IE prophylaxis was amongst high school and trade school education (almost 100%). On the other hand, the lowest was amongst those with only primary school education (91%). 46% of all surveyed had solely high-school education.

The regularity of dentist check-ups correlates with the parental education level. According to the data gathered, 24% of all those questioned claimed that they do not go to the dentist at all. 53% of them had primary education, 28% high school education and 18% trade school one and barely 1% higher education (Fig. 10).

The most common source of information abo-

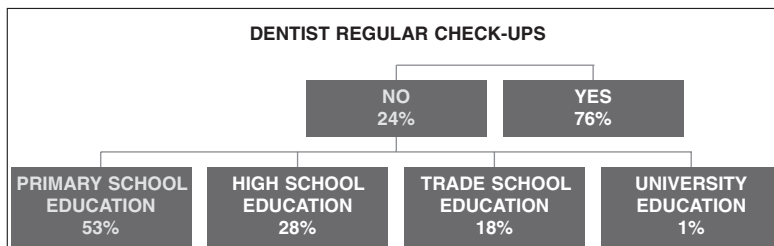


Fig. 10. Regular dentist check-ups

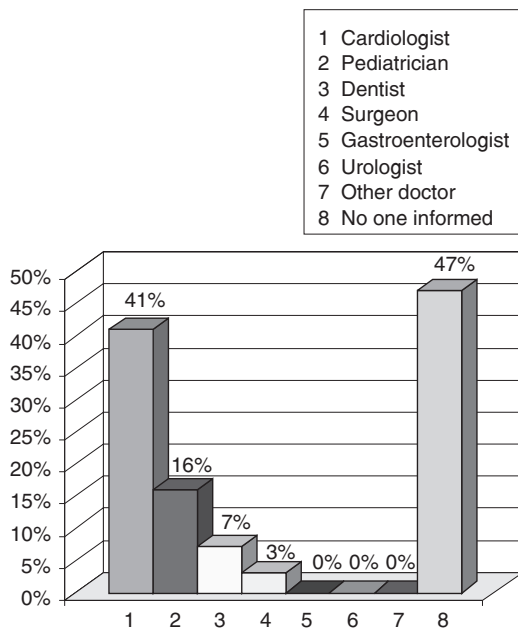


Fig. 11. Providing patients with information on IEP

ut IE was from the Cardiologist (44%), the Pediatrician (15%) and mass media like the Internet (18%). The information about the need of IEP was spread by doctors only in 29% of cases during the first visit and only in 19% of cases during the following visits (Fig. 11).

Discussion

The Infective Endocarditis guidelines are clearly stated by the ESC and modified in the year 2004, by PTK (Polish Cardiac Society) and by AHA. Those are the procedures that every doctor, patient and the parent of the child from the IE risk-group should be familiar with [1–3].

IE is a very severe disease which should not be ignored and might lead to serious consequences. In the human population, 5 out of 100 000 people per year have IE, however in people from the moderate-risk group the number increases to 50–440 cases per 100 000 per year and finally it reaches an enormous 300–2160 cases per 100 000 per year among patients from high-risk IE group.

In the studied group of patients, very few we-

re aware of the danger that IE brings and the means of preventing IE, which should be in common use. This fact is not only a rule in our study, but also in many other papers concerning that topic [4–6]. The awareness of the society is terrifyingly small and the cause is due to many factors. First of all, the majority of studied children had parents who did not have higher education and who came from less well off families from the suburbs or villages, which might have an influence on frequency and regularity of their medical check-ups. Such patients do not comply with their clinic appointment dates and do not take on board their doctor's recommendations. Additionally, such families are usually less wealthy and tend to have many children. Moreover they have limited Internet or other mass media access. Furthermore, the misunderstanding of what Infective Endocarditis Prophylaxis is might also influence the misinformation in this hierarchy of the society.

The parents whose children were over 10 years of age had the lowest knowledge on IE. The access to the information materials is easier and easier thanks to Internet, leaflets and seminars as well as lectures connected with IE, which were not available 10 or more years ago.

The increase in the general interest in one's own disease and the methods of both primary and secondary prevention is widely noticeable as well as the willingness to have learn about IE.

Parents of the children with left to right shunts have the highest knowledge about the IE prophylaxis, as those are the children who form the highest IE risk group and the most severely ill. It may be due to the fact that those are the children that are under strict doctor's orders and on whom the greatest attention is being focused. Thanks to the fact that they are made to visit the doctor on a more regular basis than the children with less complicated heart diseases, they are automatically more informed about the need of Infective Endocarditis Prophylaxis.

Another factor that determined to some extent the knowledge and compliance of the IE prophylaxis was the parental education. Among the surveyed children, 44.2% of their parents had high-school education, 32.3% primary, 14.7% higher and 8.8% trade school education. According to

the collected data, the greatest knowledge about IE and its prophylaxis was among parents with higher and trade school education. Amongst those surveyed, the majority of parents did not have higher education, which might influence the huge insubordination in using the IEP and understanding the consequences of not adhering to the doctor's recommendations.

In about 1/3 of the children surgery was performed, however in less than a half IE prophylaxis was administered. This shows that parents do not cooperate with the doctors and do not inform them about the child's heart disease. Moreover 1/3 of children were either tattooed or pierced and no prophylaxis was performed. The number of people who are pierced increases dramatically. The society became more tolerant and the boundaries of beauty and fashion are still changing. That is why this problem is serious and one should not ignore it.

A good solution to that would be hanging posters about the IEP in both out patient departments and hospitals as well as in beauty and tattoo salons. It would improve in a way the awareness of the danger of IE, not only among the patients that are endangered to IE, but also among the employees of such places.

Moreover, only 75% of the studied patients visit dentists on a regular basis. They do not realize that caries and gingivitis are one of the most likely reasons of IE. Brushing teeth after every meal, one is endangered to IE due to accompanying bacteriemia. These results are similar in the studies from different places (e.g.: Germany) [6]. There was some speculation lately on the introduction of the concept similar to the one in Scandinavia, which proposes that children should grow up in the "caries-free environment". That means that all the members of the family that have any contact with the IE risk group children should be treated for caries [6].

Wallet cards significantly improve the usage of IE prophylaxis and broaden the awareness and the scope of the both patients, their parents and doctors knowledge about the danger of IE.

However the low level of "intelligence" diminished the effectiveness of having the wallet cards almost to none. The patients do not carry those cards with themselves and simultaneously do not understand its purpose.

The introduction of different kinds of informational leaflets, Internet web pages, organizing different kinds of lectures on IE and its prophylaxis might be a great help in broadening knowledge and awareness of the society.

Parents of those children with Congenital Heart Diseases do not realise how dangerous IE is and simultaneously parents do not have the basic information about IE prophylaxis, so they do not comply with it.

However, in the papers from Germany, Switzerland and USA, where wallet cards are in common use the knowledge about the heart disease and IEP was similar to our society [4–6]. One of the few dissimilarities was the return of the surveys, which in Germany (60%) was half the number of Gdansk (30%) [6]. This might be explained by the poverty and ignorance of the society, as well as the fact that they might not be capable of answering the questions in the survey.

Conclusions

1. Parental knowledge of IEP is severely lacking (only 44% are aware), especially among patients with primary education. Among high risk group patients, only 54% were aware of being in danger of IE and 39% among moderate risk group patients.
2. The spread of knowledge about IEP is indispensable, as misinformation of the society is terrifying – only on 28% of those endangered were some measures to prevent IE was taken.
3. Parents whose children had a complex CHD were aware of a need of IEP to the greatest extend (36%). The compatibility of parental knowledge and the AHA standards was greater among those whose children with left to right shunts 100% and the lowest 89% among those with valvular disorders.
4. Surgical procedures were being performed on 26% of surveyed children. Among those only in 44% of cases IEP was administered.
5. Invasive procedures (piercing, tattoos) were done amongst 31% of at risk children and in none of these cases IEP was administered.
6. Patients should be encouraged to have regular dental check-ups and regarding oral hygiene. Only 75% of those surveyed visited a dentist on a regular basis.
7. Most commonly patients found out about IEP from doctors (50%) like: Cardiologist (41%), Pediatrician (16%) and Dentist (7%) during regular check-ups, especially during the first visit (29%). Mass media and Internet were 18%.
8. The doctors according to the surveyed people informed about the need of IE prophylaxis only in 30% of cases during the first visit, therefore they should comply with the latest IEP recommendations.

References

1. Adnan S, Dajani MD, Kathryn A et al. Prevention of bacterial endocarditis. *Circulation* 1997; 96: 358–366. URL:<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/96/1/358>
2. ESC guidelines; Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis. *Eur Heart Jour* 2004. URL:http://www.escardio.org/escardio/forms/frmAuthentication.aspx?returnUrl=http%3a%2f%2fwww.escardio.org%2fknowledge%2fguidelines%2fGuidelines_Infective_Endocarditis.htm
3. Standardy PTK: Infekcyjne Zapalenie Wsierdza.
4. URL: http://www.ptkardio.pl/files/file/1997_9.pdf
5. Cetta F, Bell TJ, Diane D et al. Parental knowledge of bacterial endocarditis prophylaxis. *Pediatr Cardiol* 1993; 14: 220–222.
6. Stucki Ch, Mury R, Bertel O. Insufficient awareness of endocarditis prophylaxis in patients at risk. *Swiss Med Wkly* 2003; 133: 155–159.
7. Knirsch W, Hassberg D, Beyer A et al. Knowledge, compliance and practice of antibiotic endocarditis prophylaxis of patients with congenital heart diseases. *Pediatr Cardiol* 2002; 10: 1007/s00246-002-0328-8.
8. Januszewicz W, Kokot F. *Interna*. T. I. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
9. Cleveland Clinic Heart Center, Infective Endocarditis and heart diseases. URL:<http://www.clevelandclinic.org/heartcenter/pub/guide/disease/valve/sbe.htm>

Address for correspondence:

Dr Robert Sabiniewicz
Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca AM
ul. Dębinki 7
80-211 Gdansk
Phone: (058) 349-28-82/83
E-mail: sabini@amg.gda.pl

Received: 17.01.2008

Revised: 22.01.2008

Accepted: 1.04.2008

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Zakres wiedzy na temat profilaktyki przeciwgrypowej wśród osób po 50. roku życia

The scope of knowledge of prevention against influenza among people over 50 years old

AGNIESZKA SOBKOWIAK^{1, A-G}, AGNIESZKA WEGNER^{1, A-G}, ANNA WAWRZYŃIAK^{2, A, D, E}, WANDA HORST-SIKORSKA^{2, D, E}¹ Koło Medycyny Rodzinnej przy Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu² Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Grypa jest jedną z najczęstszych chorób zakaźnych. Najlepszą metodą zapobiegania grypie i jej powikłaniom jest szczepienie przeciwgrypowe. Szczepienia mogą zmniejszać częstość hospitalizacji i zgonów osób z grup dużego ryzyka, częstość występowania związanych z grypą chorób układu oddechowego, a także liczbę wizyt u lekarza.

Cel pracy. Celem pracy była ocena źródeł i zakresu wiedzy o szczepieniach przeciwko grypie wśród osób po 50. roku życia oraz częstości powikłań pogrypowych w tej grupie wiekowej.

Materiał i metody. Badaniem ankietowym objęto 220 słuchaczy Uniwersytetu III Wieku, odpowiedzi udzieliło 195 osób.

Wyniki. W badanej grupie 191 osób (98%) słyszało o szczepionce przeciwko grypie, z czego zaszczepiło się 72 osoby, co stanowi 38%. U 67% osób niezaszczepionych występują choroby przewlekłe stanowiące wskazania do wykonania szczepienia. Jako źródło wiedzy o szczepieniach osoby ankietowane wskazywały: media (141 osób), lekarza rodzinnego (51 osób), innego lekarza (20 osób), znajomych i rodzinę (37 osób). Jako przyczynę nieszczepienia się podawano najczęściej: brak potrzeby (20 osób), brak wiary w skuteczność szczepienia (15 osób), brak zachorowania na grypę w przeszłości (12 osób), wysoką cenę szczepionki (3 osoby), obawę przed szczepieniem (3 osoby). Według 17% badanych nie warto się szczepić, ponieważ szczepionka jest nieskuteczna (9 osób), wirus mutuje (7 osób), szczepionka jest droga (2 osoby), znane są przypadki zachorowań pomimo szczepienia (2 osoby).

Wnioski. Wiedza pacjentów na temat szczepionki przeciwko grypie jest często niepełna lub błędna. Lekarze rodzinni powinni szerzej informować osoby z grup ryzyka o potrzebie szczepień przeciwko grypie.

Słowa kluczowe: szczepienie przeciwgrypowe, grupy ryzyka, edukacja zdrowotna.

Summary **Background.** Influenza is one of the commonest contagious diseases. The best method of prevention diseases and protect its complication is preventive influenza vaccination. The vaccination may decrease hospital frequency and mortality in the high risk groups, frequency of influenza-associated respiratory system diseases and the number of medical consultations.

Objectives. The aim of work was the assessment of the sources and the extent of knowledge of influenza vaccination among people over 50 years old and the assessment of the frequency of influenza complications in this age group.

Material and methods. Our questionnaire survey was carried out in a group of 220 students of the Third Age University. 195 people answered our questions.

Results. In the surveyed group 98% have heard about the vaccination, 38% were vaccinated. 67% of non-vaccinated suffer from chronic diseases that are indications for the vaccination. The sources of knowledge of the vaccination indicated by the surveyed were: mass media (72%), a family doctor (25%), family and friends (19%). The most often causes of not vaccinating were: no need for vaccinating (20 people), no belief in the efficacy of the vaccination (15 people), no influenza infection in the past (12 people), too high price (3 people), fear of the vaccination (3 people). According to 17% of the surveyed it is not worth vaccinating against influenza because the vaccination is not efficient (9 people), the virus mutates (7 people), the vaccination is expensive (2 people), there are known cases of influenza infection in spite of vaccination (2 people).

Conclusions. The patients' knowledge of influenza vaccination is often not complete or wrong. Family doctors should inform high-risk patients more widely about the need of vaccinations against influenza.

Key words: influenza vaccination, high risk groups, health education.

Wstęp

Grypa jest ostrą chorobą zakaźną wywoływaną przez wirusy z rodziny *Orthomyxoviridae* [1]. Zgodnie z Decyzją Parlamentu Europejskiego (2119/98/EC) dotyczącą określenia definicji poszczególnych chorób zakaźnych, kliniczne rozpoznanie grypy opiera się na stwierdzeniu następujących objawów: nagłe wystąpienie choroby, kaszel, gorączka powyżej 38°C, ból mięśni i/lub ból głowy. Objawy te są nieswoiste i mogą być wywoływane także przez inne czynniki patogenne, takie jak: m.in. wirus RS, wirusy paragrypy, adenowirusy, rinowirusy, coronawirusy czy wirusy Coxsackie. Diagnostyka grypy opiera się na badaniach wirusologicznych i serologicznych [2].

Podstawową metodą zapobiegania zachorowaniom na grypę oraz ciężkim powikłaniom tej choroby jest szczepienie. Szczepienia mogą zmniejszać częstość hospitalizacji i zgonów osób z grup dużego ryzyka, częstość występowania związanych z grypą chorób układu oddechowego, a także liczbę wizyt u lekarza osób z wszystkich grup wiekowych, częstość występowania zapalenia ucha środkowego u dzieci, a u dorosłych absencję w pracy spowodowaną chorobą [3].

Według najnowszych zaleceń amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień Ochronnych (ACIP), osoby w wieku ≥ 65 lat powinny być rokrocznie szczepione ze względu na duże ryzyko wystąpienia powikłań grypy w przypadku zachorowania. Ponadto zaleca się coroczne szczepienia osobom w wieku 50–64 lat ze względu na zwiększone ryzyko związanych z grypą wizyt w przychodniach, oddziałach pomocy doraźnej lub hospitalizacji, szczególnie w przypadku występowania u tych osób chorób związanych z dużym ryzykiem powikłań grypy [3].

grypie, obecności czynników ryzyka oraz częstości powikłań pogrypowych w tej grupie wiekowej, a także poznanie opinii badanych na temat profilaktyki przeciwgrypowej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Poznaniu w październiku i grudniu.

Badanie ankietowe dotyczyło źródeł i zakresu wiedzy badanych o szczepieniach przeciw grypie, rozpowszechnienia tych szczepień oraz stosunku do nich badanej grupy pacjentów, a także obecności dodatkowych czynników ryzyka powikłań pogrypowych. Ankieta składała się z 24 pytań (16 zamkniętych, 5 otwartych, 3 pytania zamknięte z elementami pytań otwartych). Rozprowadzono ją wśród 220 osób. Odpowiedzi udzieliło 195 osób w wieku od 49 do 84 lat. Średnia wieku wynosiła 64,8 lat. Strukturę badanej populacji ze względu na płeć przedstawia rycina 1. Strukturę badanej populacji ze względu na wiek przedstawiono na rycinie 2.

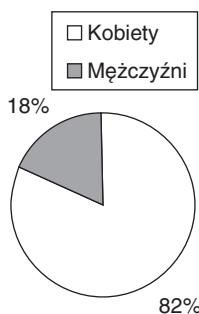
Badanych pytano o to, czy i od kogo słyszeli o szczepionce przeciw grypie oraz czy według własnej oceny znajdują się oni w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na grypę. Pytania dotyczyły też zachorowań na grypę w przeszłości oraz występowania pogrypowego zapalenia płuc. Ankietowanych pytano również, co sądzą o szczepieniach przeciw grypie, czy i jakie dają ono korzyści, a także o motywację do szczepień lub braku szczepień. Część pytań odnosiła się do występowania chorób przewlekłych będących czynnikami ryzyka powikłań pogrypowych.

Cel pracy

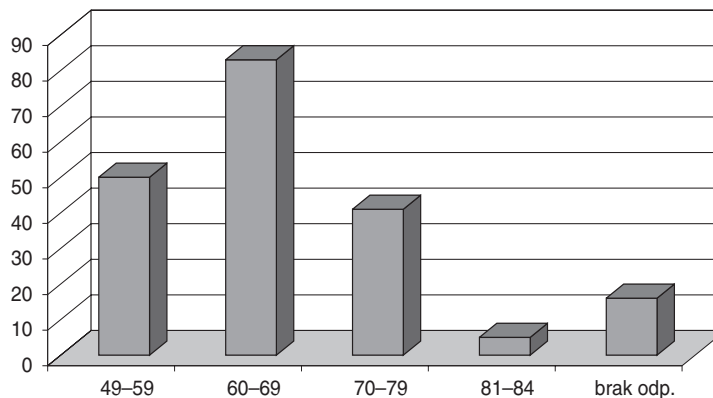
Celem pracy było określenie źródeł i zakresu wiedzy osób starszych o szczepieniach przeciw

Wyniki

W badanej populacji 191 osób (98%) wie o szczepionce przeciw grypie. Zaszczepiły się 74 osoby (38%), w tym 37 osób (19%) zaszczepiło



Ryc. 1. Struktura badanej populacji ze względu na płeć



Ryc. 2. Struktura badanej populacji ze względu na wiek ankietowanych

się w 2005 r. Ponad połowa tych osób zaszczepiła się dwukrotnie. Wśród ankietowanych, którzy ukończyli 65 rok życia (88 osób) 32 osoby (36%) zaszczepiły się przeciw grypie.

Osoby nigdy niezaszczepione (61% badanej populacji) jako powód swojej decyzji podawały brak potrzeby (20 osób), brak wiary w skuteczność szczepienia (15 osób). 12 osób uważa, że brak zachorowania na grypę jest równoznaczny z brakiem konieczności szczepienia. Troje ankietowanych podało za przyczynę braku szczepienia wysoką cenę szczepionki. Jedna osoba uważa je za niebezpieczne, a dwoje boi się szczepienia. Nieosiągalność szczepionek było powodem braku szczepienia u jednej osoby.

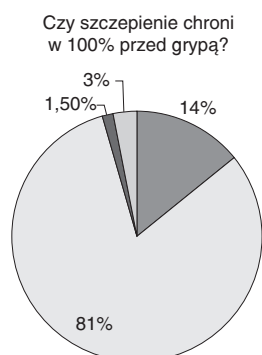
Przynależność do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych podaje 69 (35,4%) ankietowanych. Dla 40 osób powodem wyższego ryzyka zachorowań na grypę jest wiek, dla 13 obniżona odporność, dla 9 choroby towarzyszące. Zaszczepionych było 43%, czyli 30 osób spośród 69.

Większość osób zaszczepionych jest przewlekle chora (76%), m.in. rozpoznano u nich takie choroby, jak: cukrzyca, choroby układu oddechowego oraz chorobę wieńcową. U 67% osób niezaszczepionych występują choroby przewlekle stanowiące wskazania do wykonania szczepienia.

W badanej populacji 90 osób znajduje się między 50. a 65. rokiem życia. W tej grupie 53 osoby są niezaszczepione (60%). Wśród tych osób 20 jest zdrowych (37%). Pozostała część grupy jest chora na chorobę niedokrwinną serca (8 osób), nadciśnienie tętnicze (19 osób), choroby układu oddechowego (5 osób), chorobę nowotworową (1 osoba).

81% badanych uważa, że szczepienia przeciw grypie nie są w pełni skuteczne. Według 14% ankietowanych szczepienie chroni w 100% przed grypą. Ocenę skuteczności szczepionki przeciw grypie przedstawia rycina 3.

Według 38% szczepienia zmniejszają częstość zachorowań na przeziębienia. Ponad jedna



Ryc. 3. Ocena skuteczności szczepionki przeciwko grypie



Ryc. 4. Opinie respondentów o celowości szczepień

trzecia ankietowanych uważa, że warto się szczepić, ponieważ szczepionka zwiększa odporność (26 osób), zmniejsza liczbę powikłań pogrypowych (10 osób) oraz zapewnia lżejszy przebieg choroby w przypadku zachorowania (13 osób). Jedna trzecia badanej populacji nie ma zdania na ten temat. Według 17% badanych nie warto się szczepić, ponieważ szczepionka jest nieskuteczna (9 osób), wirus mutuje (7 osób), szczepionka jest droga (2 osoby), znane są przypadki zachorowań pomimo szczepienia (2 osoby). Odpowiedź na pytanie, czy warto się szczepić przedstawia rycina 4.

Jako źródło wiedzy o szczepieniach osoby ankietowane wskazywały: media (72%), znajomych i rodzinę (19%), lekarza rodzinnego (25%). U 7% badanych wystąpiło w przeszłości zapalenie płuc będące powikłaniem grypy. U 36% z nich była konieczna hospitalizacja.

W przypadku 41% ankietowanych żaden z członków rodziny nie był nigdy szczepiony przeciw grypie. Spośród ankietowanych 15% twierdzi, że wszyscy członkowie rodziny zostali zaszczepieni. W 26% zaszczepieni są niektórzy członkowie rodziny. Przeważająca większość ankietowanych mieszka z osobami dorosłymi (53%), 42% mieszka sama. Z dziećmi mieszka 5% ankietowanych.

Dyskusja

Uzyskane wyniki świadczą o tym, że ankietowani nie mają sprecyzowanych poglądów na temat szczepień przeciw grypie. Pomimo wiedzy o szczepionce przeciw grypie tylko 38% ankietowanych jest zaszczepionych. Zwraca uwagę fakt, że spośród populacji osób zaszczepionych, jak i nie, jest bardzo duży odsetek osób z chorobami przewlekłymi, które jak wiadomo są jednym ze wskazań do szczepienia.

Tylko 35,4% z ankietowanych uważa, że należy do grupy podwyższonego ryzyka zachorowań na grypę. Jednakże według ACIP, wszystkie

osoby powyżej 50. roku życia do niej należą i powinny być szczepione przeciw grypie. Tym samym wszyscy ankietowani powinni wiedzieć o tym fakcie i się zaszczepić.

Ankietowani są świadomi tego, że szczepienie nie chroni w pełni przed zachorowaniem na grypę. Liczba ankietowanych, którzy uważają, że warto się zaszczepić i niemających opinii na ten temat, jest właściwie identyczna. Jednakże powinni być poinformowani o możliwości wytworzenia odporności populacyjnej, która wytwarza się jedynie przez coroczne przyjmowanie szczepionki przez większość populacji, zwłaszcza przez osoby z grupy podwyższonego ryzyka powikłaniami pogrypowymi. Głównym źródłem wiedzy ankietowanych o szczepieniach przeciwgrypowych są środki masowego przekazu (telewizja, radio, prasa). Na drugim miejscu jest lekarz rodzinny. Wydaje się, że wiedza społeczeństwa jest niepełna. Brak jest usystematyzowania informacji na temat szczepienia, która byłaby dostępna dla społeczeństwa, zwłaszcza dla osób wymienionych w grupach szczepień ACIP.

W Polsce zainteresowanie szczepieniami przeciw grypie, choć rosnące, jest stosunkowo nieduże. W badaniu przeprowadzonym przez holenderskich badaczy wśród mieszkańców czterech europejskich krajów (Niemcy, Polska, Szwecja, Hiszpania) Polska znalazła się na ostatnim miejscu, jeśli chodzi o częstość szczepień prze-

ciw grypie wśród osób starszych oraz osób poniżej 65. roku życia należących do grup wysokiego ryzyka. Wśród osób starszych odsetek szczepionych sięgał w Polsce 18% (podczas gdy w Hiszpanii 67%), natomiast w drugiej wymienionej grupie – tylko 10% (13% w Szwecji, 27% w Niemczech, 30% w Hiszpanii). Jako powód braku szczepień polscy pacjenci najczęściej podawali: wystarczającą odporność przeciwgrypową (ok. 40%), względy finansowe (25%) [5].

Wnioski

1. Lekarze rodzinni powinni szerzej informować osoby z grup ryzyka o szczepieniach przeciw grypie. Przeprowadzone badania wskazują na niedoinformowanie pacjentów w tym zakresie.
2. Wiedza pacjentów na temat szczepionki przeciw grypie jest często niepełna lub błędna. Należy zwrócić uwagę na przekazywanie rzetelnych informacji na ten temat oraz zachęcać pacjentów do zadawania pytań w razie wątpliwości.
3. Duża rola środków masowego przekazu w rozpowszechnianiu informacji na temat profilaktyki prozdrowotnej może skłaniać do szerszego wykorzystania ich do propagowania szczepień przeciw grypie w grupach ryzyka.

Piśmiennictwo

1. Majda-Stanisławska E. Grypa i jej powikłania. *Lek Rodz* 2003; 11(75).
2. Państwowy Zakład Higieny. Grypa niebezpieczeństwo dla wszystkich. [cyt. 15.11.2006] Dostępny na URL: <http://www.pzh.gov.pl/nawosci/grypa.html>.
3. Strojny W, Rywczak I, Mrukowicz J. Zapobieganie zachorowaniom na grypę. Aktualizacja (2006) zaleceń Komitetu Doradczego ds. Szczepień Ochronnych Centers for Disease Control and Prevention. *Med Prakt* 2006; 09.
4. Brydak LB. *Grypa i jej profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2004.
5. Kroneman M, van Essen GA, John Paget W. Influenza vaccination coverage and reasons to refrain among high-risk persons in four European countries. *Vaccine* 2006; 30, 24(5): 622–628.

Adres do korespondencji:
Lek. med. Agnieszka Sobkowiak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
Tel.: (061) 869-11-44
Fax: (061) 869-11-43
E-mail: zmrw2l@ump.edu.pl; ogatka@poczta.wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 27.03.2007 r.
Po recenzji: 3.01.2008 r.
Zaakceptowano do druku: 1.04.2008 r.