

Polska Medycyna Rodzinna

PL ISSN 1508-2121

Kwartalnik

1999

Tom 1

Zeszyt 1-2

WYDAWNICTWO
Continuo

Komitet Naukowy

Prof. dr hab. med. Jerzy Czernik (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Zbigniew Domosławski (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Jerzy Gerber (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Górski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Antonina Harłózińska-Szmyrka (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Marek Hebanowski (Gdańsk),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kiejna (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kübler (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Józef Kocemba (Kraków),
Prof. dr hab. med. Jerzy Kołodziej (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Tadeusz Koziellec (Szczecin),
Prof. dr hab. med. Waldemar Kozuschek (Bochum, Niemcy),
Prof. dr hab. med. Piotr Kuna (Łódź),
Prof. dr hab. med. Andrzej Lange (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Maciej Latalski (Lublin),
Prof. dr hab. med. Bożydar Latkowski (Łódź),
Prof. dr hab. med. Jerzy Leppert (Szwecja),
Dr hab. med. Witold Lukas (Katowice),
Prof. dr hab. med. Jerzy Łopatyński (Lublin),
Prof. dr hab. med. Andrzej Mackiewicz (Poznań),
Prof. dr hab. med. Józef Małolepszy (Wrocław),
Prof. dr hab. med. John Noble (USA),
Dr hab. med. Ewa Ratajczyk-Pakalska, profesor nadzwyczajny (Łódź),
Prof. dr hab. med. Leszek Paradowski (Wrocław),
Dr n. med. Jacek Putz (CMKP Warszawa),
Prof. dr hab. med. Zbigniew Rudkowski (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski (Gdańsk),
Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik (Kraków),
Prof. dr hab. med. Zenon Szewczyk (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Piotr Szyber (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Barbara Świątek (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Kazimierz Wardyn (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Mieczysław Woźniak (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Irena Zimmerman-Górska (Poznań),
Dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław)

Komitet Redakcyjny

Redaktor Naczelny

Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Zastępca Redaktora Naczelnego

Dr n. med. Andrzej Staniszewski

Sekretarz Redakcji

Dr n. med. Andrzej Januszewski

Członkowie Redakcji

Lek. med. Jarosław Drobnik, lek. med. Wiesław Iwanowski, lek. med. Roman Patruś,
mgr Waldemar Żukowski

Adres Redakcji

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
tel. 071 325 51 26, tel./fax 071 325 43 41

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo

Siedziba: ul. Czackiego 46/1, 51-607 Wrocław, tel. kom. 0 601 77 47 33
Biuro i prenumerata: ul. Lelewela 4, 53-505 Wrocław
budynek Wrocławskiej Drukarni Naukowej, pok. 325
tel./fax 071 34 390 18 w. 223

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żaden fragment tego wydania, ani w całości, ani w części, nie może być powielany lub zapisywany w formie odtwarzalnej bez uzyskania wcześniejszej pisemnej zgody od Wydawcy.
Wydawca nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń

Redaktor Wydawnictwa: Jan Kuźma

Projekt graficzny: Maciej Szłapka

Redaktor techniczny: Agata Dolińska

Przygotowanie do druku: Pracownia Składu Komputerowego TYPO-GRAF

Druk: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Słowo wstępne

Oddajemy w Państwa ręce pierwszy zeszyt kwartalnika **Polska Medycyna Rodzinna**. Mimo że na rynku znajdują się różne czasopisma przeznaczone dla lekarzy rodzinnych, obserwujemy brak czasopisma prezentującego prace i artykuły naukowe, przeznaczone dla lekarza rodzinnego i lekarza pierwszego kontaktu.

Jestem przekonany, że zarówno Rada Naukowa jak i Zespół Redakcyjny zadbają o to, aby wszystko to co jest w zakresie medycyny rodzinnej najważniejsze, znalazło swoje odzwierciedlenie w artykułach zamieszczonych na łamach tego kwartalnika. Mam również nadzieję, że liczba artykułów napływających do Redakcji będzie prezentacją aktywności nie tylko lekarzy rodzinnych, Katedr, Zakładów Medycyny Rodzinnej i Regionalnych Ośrodków Kształcenia Lekarzy Rodzinnych, ale również aktywności grona różnych specjalistów, którym sprawa właściwej pracy lekarza rodzinnego i lekarza pierwszego kontaktu leży głęboko na sercu.

W chwili obecnej stoimy przed koniecznością coraz szerszego propagowania tworzonych standardów postępowania w zakresie diagnostyki i terapii we wszystkich dyscyplinach medycznych. Będziemy się starali na bieżąco umieszczać je w miarę napływania materiałów w odrębnych działach kwartalnika. W niniejszym numerze prezentujemy również prace dotyczące kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego wygłoszone na II Krajowej Konferencji pt. „Kształcenie Przeddyplomowe i Podyplomowe w Medycynie Rodzinnej” (Szczecin 25-26.09.1998 roku). Tematom tym będą też poświęcone kolejne numery, w których będziemy prezentowali wyniki badań i analiz dotyczących form kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej. Pragniemy również, by w naszym czasopiśmie znalazły się także liczne komentarze i dyskusje oraz prace kazuistyczne pochodzące od doświadczonych klinicystów i lekarzy rodzinnych.

Przewodnią ideą tego kwartalnika jest prezentowanie najciekawszych i oryginalnych prac poglądowych, kazuistycznych jak też wszelkich doniesień zjazdowych odzwierciedlających postęp medycyny w aspekcie jego przydatności dla lekarzy rodzinnych.

Recenzowanie artykułów będzie sprzyjało utrzymaniu odpowiedniej wartości merytorycznej tych prac i stanowiło właściwy dopływ wszelkich informacji naukowych dla lekarza rodzinnego.

Cieszy nas fakt dużego zainteresowania tym kwartalnikiem, czego dowodem są prace napływające jeszcze przed ukazaniem się jego pierwszego numeru.

Oddając w ręce Państwa ten numer czasopisma łączymy go z faktem 5-lecia medycyny rodzinnej jako instytucji działającej w Polsce, a także uroczystościami 5-lecia Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu i Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych.

W imieniu Zespołu Redakcyjnego i Rady Naukowej życzę wszystkim dalszych sukcesów w życiu osobistym i zawodowym i zachęcam do ścisłej współpracy z Redakcją kwartalnika.

Redaktor Naczelny

Andrzej Steciwko

Spis treści

Słowo wstępne

PRACE POGLĄDOWE

- 7 Zbigniew Rudkowski • Szczepienia – praktyczne wskazówki
- 23 Andrzej Staniszewski • Problemy onkologiczne w praktyce lekarza rodzinnego
- 29 Andrzej Staniszewski • Lekarz rodzinny a choroby gruczołu piersiowego – postępowanie

MATERIAŁY KONFERENCYJNE

- 31 Ewa Grzywacz, Józef Kocemba, Adam Windak • Medycyna rodzinna – szkolenie przed-dyplomowe w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Stan aktualny oraz plany na przyszłość
- 35 Izabela Papierz, Ewa Ratajczyk-Pakalska • Program nauczania przeddyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej w Akademii Medycznej w Łodzi
- 39 Tadeusz Kozielec • Program kształcenia z medycyny rodzinnej studentów Wydziału Lekarskiego w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
- 45 Andrzej Staniszewski, Maria Bujnowska-Fedak, Andrzej Steciwko • Ocena programu nauczania przedmiotu „Podstawy medycyny rodzinnej” dokonana przez studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu
- 49 Tadeusz Kozielec, Dorota Strecker, Beata Karakiewicz • Opinie studentów VI roku Wydziału Lekarskiego na temat „Szkolenia przeddyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej”
- 53 Herbert Król, Jacek Paszkowski, Jerzy Łopatyński • Medycyna rodzinna – wybór świadomy czy konieczny. Nadzieje i obawy studentów medycyny
- 59 Witold Pisarek, Andrzej Steciwko, Maria Bujnowska-Fedak, Andrzej Januszewski • Kształcenie podyplomowe lekarzy rodzinnych w trybie rezydenckim – doświadczenia Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
- 63 Barbara Żmurowska, Jerzy Łopatyński • Motywacje i oczekiwania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy uzyskali specjalizację z medycyny rodzinnej w ramach tzw. „krótkiej ścieżki”
- 69 Jarosław Drobniak, Iwona Hełminiak, Andrzej Steciwko, Andrzej Staniszewski • Motywacja lekarzy specjalizujących się z zakresu medycyny rodzinnej i ich oczekiwania związane z praktyką lekarza rodzinnego
- 75 Iwona Hornowska, Lilia Kotkowiak, Tadeusz Kozielec, Jolanta Późniak, Anna Sałacka • Model kształcenia podyplomowego w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej oraz ocena podstawowej opieki medycznej świadczonej przez asystentów Zakładu – lekarzy rodzinnych – w opinii pacjentów. Badania ankietowe

Contents

Editorial

REVIEWS

- 7 Zbigniew Rudkowski • Vaccination – practical remarks
- 23 Andrzej Staniszewski • Oncological problems in family practice
- 29 Andrzej Staniszewski • Family doctor and the management of breast diseases

CONFERENCE PROCEEDINGS

- 31 Ewa Grzywacz, Józef Kocemba, Adam Windak • Family medicine – undergraduate training at Collegium Medicum of the Jagiellonian University. Current status and plans for the future
- 35 Izabela Papierz, Ewa Ratajczyk-Pakalska • Undergraduate training programme for family medicine at Lodz Medical University
- 39 Tadeusz Kozielec • Family medicine undergraduate curriculum at Pomeranian Medical University in Szczecin
- 45 Andrzej Staniszewski, Maria Bujnowska-Fedak, Andrzej Steciwko • The assessment of the curriculum for undergraduate education in family medicine by students of the 6th year at the Faculty of Medicine of Wrocław Medical University
- 49 Tadeusz Kozielec, Dorota Strecker, Beata Karakiewicz • Students' opinions on undergraduate training in family medicine
- 53 Herbert Król, Jacek Paszkowski, Jerzy Łopatyński • Family medicine – a conscious choice or necessity. Hopes and fears of medical students
- 59 Witold Pisarek, Andrzej Steciwko, Maria Bujnowska-Fedak, Andrzej Januszewski • Postgraduate residency system training in family medicine – experiences of the Department of Family Medicine of Wrocław Medical University
- 63 Barbara Żmurowska, Jerzy Łopatyński • Motivation and expectation of the primary health care doctors trained in so called "fast track" system
- 69 Jarosław Drobnik, Iwona Hełminiak, Andrzej Steciwko, Andrzej Staniszewski • Motivation of doctors attending education in family medicine and their expectations as for family practice
- 75 Iwona Hornowska, Lilia Kotkowiak, Tadeusz Kozielec, Jolanta Późniak, Anna Sałacka • Reference model of postgraduate education in the Department of Family Medicine (Pomeranian Medical University) and assessment of primary health care services given by patients

Regulamin ogłaszania prac w kwartalniku Polska Medycyna Rodzinna

POLSKA MEDYCYNA RODZINNA adresowana jest głównie do pracowników zajmujących się badaniami naukowymi w dziedzinie medycyny rodzinnej i to zarówno w Zakładach i Katedrach Medycyny Rodzinnej w Akademiach Medycznych, jak i praktyków – Lekarzy Rodzinnych oraz studentów i lekarzy przygotowujących się do tej praktyki. Ponadto będzie adresowana do pracowników naukowych zajmujących się badaniami doświadczalnymi i epidemiologicznymi z zakresu innych dyscyplin medycznych.

Redakcja przyjmuje do druku prace w języku polskim i/lub angielskim. Publikowane będą artykuły redakcyjne, prace oryginalne, doświadczalne, pogładowe, kazuistyczne, artykuły sponzorowane, specjalne opracowania dla celów dydaktycznych, sprawozdania ze zjazdów i kongresów, recenzje książek i przeglądy piśmiennictwa, notatki kronikarskie, komunikaty, listy do Redakcji, a także – za zgodą Autora lub Wydawcy – streszczenia lub pełne teksty z prasy zagranicznej. Przewidywane są również wydania suplementów z materiałami z konferencji, sympozjów oraz zjazdów. Czasopismo będzie drukowane w formacie A4.

Wydruk komputerowy pracy zgłaszanej do druku należy dostarczyć w 3 egzemplarzach, w formacie A4, na kartkach jednostronnie zadrukowanych. Na jednej stronie wydruku powinno się znajdować 30 wierszy po około 60 znaków, łącznie z odstępami pomiędzy nimi. Tekst nie powinien być formatowany. W tekście nie należy stosować wyróżnień: spacjowania, podkreślania, wytłuszczania, wersalików (dużych liter). Powinny być one oznaczone powszechnie stosowanymi znakami korektorskimi, lub innymi czytelnymi oznaczeniami na marginesach. Na marginesach należy też zaznaczyć rangę tytułów, proponowane miejsca wcięcia rycin, tabel oraz fotografii. Nowe akapity należy pisać z wcięciem na 3 uderzenia. Tabele winny być napisane w układzie zbliżonym do zecerskiego. Tytuły rubryk w tabelach, poza pierwszą literą, należy pisać małymi literami (tzw. pismem podręcznym). Do maszynopisu należy dołączyć tekst na dyskietce z zaznaczeniem użytego edytora. Objętość prac pogładowych i oryginalnych nie może przekraczać 16 stron, prac kazuistycznych – 6 stron, a sprawozdań i innych materiałów do 6 stron maszynopisu.

Układ pracy: tytuł, imię i nazwisko Autora (-ów), nazwa zakładu, instytutu lub placówki, w której praca została wykonana, imię, nazwisko i tytuł naukowy kierownika zakładu (instytucji). Praca winna mieć aprobatę do druku kierownika zakładu (instytucji), aktualny adres prywatny Autora(ów), krótkie streszczenie (abstrakt) oraz słowa kluczowe, a następnie tekst główny w przyjętym układzie: wstęp, rozdziały, podsumowanie i wnioski, literatura cytowana, streszczenie w języku angielskim. Cytowana literatura powinna ograniczyć się do niezbędnych pozycji i być zestawiona następująco: nazwisko, inicjały imienia lub imion, rok opublikowania, pełny tytuł pracy, tytuł czasopisma lub nazwa serii (z zastosowaniem przyjętych skrótów – Index Medicus), w której praca została zamieszczona, nr tomu, zeszytu, strony od–do. W przypadku wydawnictw zwartych – tytuł publikacji, nazwisko redaktora (-ów), skróty inicjałów imienia lub imion, nazwę wydawnictwa, miejsce wydania, ewentualnie strony.

Ryciny, fotografie, wykresy w tradycyjnej formie do wmontowania w tekst należy również nadsyłać w trzech egzemplarzach (oryginał i odbitki ksero), oddzielnie, poza tekstem, w którym muszą być zacytowane. Wszystkie powinny być ponumerowane i opisane, zgodnie z kolejnością w tekście, osygnowane nazwiskiem i tytułem pracy (w skrócie). Rysunki powinny być wykonane czarnym, nierozwodnionym tuszem na kalce lub mogą być dostarczone jako wydruki komputerowe o wyraźnie czytelnym liniach i wszystkich najdrobniejszych elementach rysunku. Należy tak dobrać grubość linii, gęstość szrafury i wielkość liter, aby po zmniejszeniu litery nie by-

Szczepienia – praktyczne wskazówki

Vaccination – practical remarks

ZBIGNIEW RUDKOWSKI

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Wstęp Historia „wariolizacji” dokonywanej w Chinach przeciw ospie sięga X wieku n.e., skąd zabieg ten przybył do Turcji. W XVII wieku został zauważony przez Lady Montague, żonę ambasadora brytyjskiego i opisany w jej liście. Pierwszym lekarzem, który zabieg ten przejął w Anglii i opracował naukowo, był Edward Jenner (1749–1823), dokonał on pierwszego zaszczepienia u Thomasa Phippsa w dniu 14 maja 1776 r. Dopiero prawie po 100 latach, tj. w 1885 roku, Ludwik Pasteur (1822–1895) zastosował u Józefa Meistersa pokąsanego przez psa szczepionkę przeciw wścieklicznie, poprzednio wypróbowaną eksperymentalnie. W Polsce Odo Bujwid założył „instytut pasteurowski” już w 1886 r. w Warszawie, a w 1893 r. w Krakowie, w których produkowano szczepionkę przeciw wścieklicznie, a także antytoksynę końską przeciwbłoniczą na 3 darowanych koniach. Rozwój badań nad szczepionkami odbywał się szybko i przynosił rezultaty, które zostały ocenione jako najwspanialsze zwycięstwo w walce z chorobami zakaźnymi. Po międzynarodowej akcji szczepień ostatnie przypadki ospy prawdziwej zarejestrowano w Somalii i Kenii w 1977 r., ospy z zakażenia laboratoryjnego w 1978 r. w Birmingham, w Polsce w 1963 r. (99 przypadków, w tym 70 we Wrocławiu). Ostatni przypadek rodzinnego zachorowania na poliomyelitis w Południowej Ameryce wystąpił w Peru w 1990 r., a odry w 1994 r. W Finlandii dzięki szczepieniom w latach 1982–1993 uzyskano eliminację zachorowań na odrę, różyczkę i świnkę, podobnie jak w USA i krajach Zachodniego Pacyfiku (95% redukcji zachorowań). Po szczepieniach p-*Haemophilus influenzae* w Finlandii w latach 1986–1990 prawie całkowicie wyeliminowano zachorowania na hemofilowe ropne zapalenie opon i postaci inwazyjne zakażenia Hib, podobnie jak w innych krajach rozwiniętych. W ostatnich latach 80% dzieci na świecie korzystało ze szczepień według programu Światowej Organizacji Zdrowia (Expanded Programme of Immunization = EPI). Oczekuje się dalszego spadku zapadalności z powodu chorób zakaźnych objętych szczepieniami, a nawet eradykacji niektórych, jak poliomyelitis (projekt 2005 r.), a następnie w skali światowej odry, błonicy i krztuśca. Nadal poważnym problemem jest wytworzenie szczepionki przeciw HIV, rozpowszechnianie już wyprodukowanych szczepionek przeciw aktualnym epidemicznym chorobom, jak wirusowe zapalenie wątroby A i B, malaria, rotawirusowe niemowlęce biegunki oraz ropne zapalenie meningokokowe opon mózgowo-rdzeniowych (A+C, B). Istnieje możliwość wytworzenia szczepionek przeciw HCV, RSV, CMV, EBV i wirusom papilloma oraz doustnych szczepionek przeciw infekcjom jelitowym (*Helicobacter pylori*, cholera, ETEC). Prace nad tymi szczepionkami są zaawansowane, co dzieje się dzięki postępowi biologii molekularno-genetycznej. W przyszłości jest możliwe wytworzenie wielu szczepionek doustnych a także skojarzonych wieloantygenowych, np. drogą hybrydyzacji nośnika wirusowego (*vaccinia virus*) lub bakteryjnego (*E. coli*) swoistymi dla innych zrazków sekwencjami kwasów nukleinowych tak, że powstanie maksymalnie poliwalentna szczepionka wymagająca tylko minimalnej liczby wstrzyknięć i o bardzo wysokiej immunogenności (szczepionki DNA, polinukleotydowe).

Podstawowe zasady szczepienia dzieci

Szczepienie jest bardzo odpowiedzialnym **zabiegiem lekarskim**, gdyż wymaga znajomości:

1. przeszłości chorobowej dziecka,
2. aktualnego stanu jego zdrowia oraz
3. oceny spodziewanych korzyści ze szczepienia w porównaniu z ewentualnym zachorowaniem naturalnym przy uwzględnieniu moż-

liwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.

W tym celu jest niezbędna znajomość patologii zakaźnej, a przede wszystkim znajomość regionalnej epidemiologii zakaźnej, co ma wpływ na decyzję o podjęciu szczepienia (np. przeciw gruźlicy, przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu albo zakażeniom możliwym w czasie zamierzonych podróży).

Prowadzenie szczepień wymaga **znajomości**

rodzaju szczepionki, gdyż z tym jest związane zamierzone korzystne działanie, ale również i niepożądane odczyny poszczepienne.

Również odpowiedzialne jest rozpowszechnianie szczepionek, co pozostaje pod kontrolą władz sanitarnych, gdyż **wolno używać jedynie szczepionek dopuszczonych do stosowania w kraju**.

Po właściwej **lekarskiej kwalifikacji** dziecka do szczepienia zabieg musi być przeprowadzony sterylnie, zgodnie z zaleceniami producenta szczepionki oraz **zarejestrowany w dokumentacji** lekarskiej pacjenta.

Po szczepieniu obowiązuje **okres obserwacji dziecka** (charakterystyczny dla różnych antygenów szczepionkowych) od momentu szczepienia (możliwy, choć bardzo rzadko, wstrząs anafilaktyczny do 24 godzin), do 3 dni (występujące rzadko encefalopatia, drgawki lub inne objawy) lub aż do 15 dni (wyjątkowo rzadkie zapalenia mózgu po niektórych szczepionkach).

Ocena różnego rodzaju odczynów poszczepiennych musi być oparta na znajomości rozpoznania różnicowego, gdyż szczególnie w I roku życia ujawniają się różne choroby metaboliczne i genetyczne oraz neurologiczne nie mające związku przyczynowego ze szczepieniem, ale występujące przypadkowo w związku czasowym ze szczepieniem. **Niepożądane odczyny poszczepienne podlegają zgłoszeniu przez lekarza właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu**. Decyzja co do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia jest więc oparta o nakaz prawny, ale również o wiedzę lekarską i bezbłędne postępowanie, co w wątpliwych lub powikłanych jatrogennie przypadkach może być przedmiotem oceny etyczno-zawodowej oraz prawno-sądowej. **Rodzice i pacjent powinni być poinformowani co do celowości i pożytku danego szczepienia**, a także co do ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych i w związku z tym o konieczności dalszej kontroli lekarskiej. W USA zaleca się uzyskiwanie podpisu rodziców pod zgodą na szczepienie nieuwzględnione w obowiązującym kalendarzu szczepień.

Prawidłowe postępowanie lekarskie dotyczy również **zapewnienia prawidłowego transportu i przechowywania szczepionek**, a szczególnie żywych szczepionek wymagających tzw. „zimnego łańcucha”, tj. odpowiednio chłodnej temperatury dla utrzymywania ich żywotności, a tym samym immunogenności (na ogół 2–8°C, a więc bez zamrażania, bez dostępu światła dla OPV poniżej 0°C).

Istotnym elementem postępowania jest **współpraca z terenową stacją sanitarno-epidemiologiczną** nadzorującą szczepienia, tak aby w przypadku wszelkich wątpliwości lub trudności uzyskać pomoc w ich rozwiązaniu. Również

obowiązkiem lekarza szczepiącego jest prowadzenie przejrzystej dokumentacji wykonanych szczepień na ustawowo określonych formularzach.

Podstawowe dane dotyczące immunologii szczepienia

Szczepienie zalicza się do czynnej immunizacji, która polega na wprowadzeniu do organizmu swoistych antygenów zarazka o tak zmodyfikowanych właściwościach, że są one pozbawione zdolności chorobotwórczych wobec immunokompetentnego (sprawnego odpornościowo) organizmu. W następstwie rozwija się odczyn immunologiczny powodujący rozwój czynnej **odporności humoralnej**, tj. swoistych przeciwciał, oraz odporności komórkowej, łącznie z **pamięcią immunologiczną**.

Po szczepieniu pierwszą dawką występuje tzw. **odpowiedź pierwotna** poszczepienna, która trwa krótko i nie powoduje odporności poszczepiennej, dlatego konieczne są dawki powtórne tzw. przypominające. Dopiero po nich wytwarza się **odporność wtórna** zabezpieczająca przed naturalnym zakażeniem. Skuteczność szczepienia zależy od poziomu odpowiedzi immunologicznej zależy od rodzaju i dawki użytej szczepionki, sposobu szczepienia, a także od cech indywidualnych osoby szczepionej, np. stanu wydolności odpornościowej lub cech genetycznych. Zbiorową odporność populacji uważa się za wystarczającą do zapobieżenia epidemii, jeżeli co najmniej 90% osób posiada swoiste przeciwciała, jednak nawet wówczas możliwe są zachorowania sporadyczne osób nieuodpornionych.

Praktyczne rady dotyczące podawania szczepionek

Szczepionki podawane doustnie nie są unieczynniane przez pokarm matczyny. Jeżeli dziecko wypłuje dawkę szczepionki, np. OPV, to należy ją podać ponownie.

Szczepionki parenteralne podaje się podskórnie lub domięśniowo zależnie od zaleceń producenta – dogodnym miejscem wstrzyknięcia jest przednio-boczna okolica uda lub górno-boczna okolica ramienia (m. naramienny), natomiast **nie zaleca się wstrzykiwania szczepionki w pośladek**, gdyż u dzieci ta okolica zawiera grubą warstwę tkanki tłuszczowej, a także ze względu na sąsiedztwo nerwu kulszowego.

Szczepionki adsorbowane na adjuwancie aluminiowym muszą być wstrzykiwane głęboko podskórnie lub domięśniowo, gdyż inaczej podane (za płytko!) powodują lokalne odczyny zapalne, a nawet martwicę tkanki (np. DTPw, DTPa, DT, Td,

HBV, Hib). Jeżeli stosuje się jednocześnie kilka szczepionek, musi się je wstrzykiwać w inne miejsce, chociaż w tę samą kończynę. **Nie wolno szczepionek mieszać w tej samej strzykawce.**

Obecnie, aby skrócić okres szczepień i zaoszczędzić czasu na wizyty u lekarza, dopuszczono jednoczesne stosowanie kilku różnych szczepionek. Po uwzględnieniu wielu badań nad powstawaniem odporności okazało się, że równoczesne (jednoczesowe) uodpornienie powstaje nawet po zastosowaniu kilku szczepionek, np. DTP+ HBV+Hib+OPV.

Jednak dziecko nie jest „poduszczką do igieł”! Stąd obecnie wytwarza się szczepionki skojarzone wieloantygenowe.

O ile szczepienie przeprowadza się w tym samym dniu, choć w inne miejsca, to skuteczność szczepienia jest wystarczająca, interferencja antygenów nie wpływa znacząco na wytwarzanie odpowiedzi immunologicznej. Nierównoczesne szczepienie wymaga odstępu czasu pomiędzy szczepionkami: jako zasadę przyjmuje się, **że po szczepionce zabitej wolno szczepić inną szczepionką zabita lub żywą po 4 tygodniach, a po szczepionce żywej można stosować inną szczepionkę żywą po 6 tygodniach, a zabita po 4 tygodniach.**

Skracanie odstępów czasu pomiędzy pierwszym szczepieniem a rewakycacją obniża skuteczność uodpornienia, a więc nie jest dopuszczalne w modyfikacji kalendarza szczepień. Kolejne dawki szczepionki DTP, Td, pHBV, OPV nie mogą być podawane w odstępie krótszym niż 4 tygodnie. Natomiast **wydłużanie odstępu czasu nawet do kilku miesięcy poza przepisany termin rewakycacji nie upośledza odpowiedzi immunologicznej.** Powyższe uwagi są szczególnie istotne dla układania tzw. indywidualnego kalendarza szczepień, co zdarza się, gdy dziecko wypadło z różnych powodów poza terminy obowiązkowego kalendarza szczepień (imigranci, choroba, wyjazd itp.). Wtedy należy odpowiednio do wieku dziecka uzupełnić brakujące szczepienia orientując się według obowiązkowego kalendarza szczepień co do ich rodzaju i odstępów między nimi i zgodnie z możliwościami kojarzyć szczepienia według indywidualnej potrzeby dziecka.

Rodzaje szczepionek

W zależności od składu antygenowego i żywotności **odróżnia się szczepionki żywe lub zabite** (nie mające zdolności namnażania się).

A. Szczepionki przeciwbakteryjne:

1. żywe atenuowane, np. BCG,

2. zabite komórki bakterii, np. szczepionka p. krztuścowi (Pw), przeciw cholerze, tyfusowi,
3. złożone z określonych komponentów białkowych bakterii, np. bezkomórkowa (acelularna) szczepionka p. krztuścowa (Pa),
4. złożone z antygenów polisacharydowych, np. szczepionka przeciw pneumokokom, p. *Haemophilus influenzae* b(Hib) oraz przeciwmeningokokowa A+C,
5. toksoidowe (anatoksyny) złożone z anatoksyny, np. błoniczej lub tężcowej (DT).

B. Przeciwwirusowe

1. żywe atenuowane (tj. o złagodzonej wirulencji wirusa) doustne przeciw polio I, II, III (OPV), przeciw odrze, różyczce, żółtej febrze, ospie wietrznej,
2. zabite, tj. inaktywowane np. szczepionka parenteralna p. polio (IPV), p. wścieklicznie, przeciw zakażeniu wirusem zapalenia wątroby A, tj. p. HAV,
3. złożone z rozszczepionych składników wirusa, np. przeciw grypie,
4. rekombinowane w wyniku hybrydyzacji i namnażania antygeny szczepionki na drożdżach lub komórkach *E. coli* (np. przeciw wzw B) i po oczyszczeniu otrzymywane jako czysty pojedynczy antygen szczepionki, np. HbsAg lub PreS,
5. w próbach są szczepionki genetycznie rekombinowane, ale żywe i atenuowane lub pozabawione genu odpowiedzialnego za toksyczność (np. *Vibrio cholerae* bez genu dla toksyny A) oraz zawierające swoiste DNA wszczepiane techniką molekularno-genetyczną do nośnika wektorowego, jakim mogą być wirusy niewirulentne, np. zmodyfikowane żywe wirusy krowianki lub *E. coli*.

Szczepionki i szczepienia skojarzone

Ze względu na liczbę antygenów różni się **szczepionki pojedyncze monowalentne albo skojarzone**, jak DTPw lub DTPa, DTPa+Hib, DTP+HBV, MMR, DTP+IPV, HBV+HAV. Kojarzenie szczepionek wynika z potrzeby oszczędzenia niemowlęciu licznych i powtarzanych, szczególnie w I roku życia, wstrzyknięć.

Poza szczepionkami skojarzonymi (kombinowanymi), istnieje też **możliwość równoczesnego szczepienia różnymi szczepionkami**, jednak w inne miejsce ciała lub inną drogą (doustnie, domięśniowo, podskórną, śródskórną) w tym samym dniu. Próbowano efektywność różnych skojarzeń, najczęściej są one skuteczne pod względem immunogenności. Są to następujące układy: BCG+HBV+OPV, DTP+OPV+HBV,

DTP+IPV+HBV, p. odrze + HB, DTP + p. odrze + IPV, DTP + Hib, DTP+OPV + p. odrze + p. żółtej febrze, DTP+IPV+MMR₁ oraz przeciw HAV + HBV. Nie nadają się do szczepienia skojarzonego szczepionka p. durowa TAB + OPV (IPV), p. cholery + żółtej febrze, p. cholery + odrze, OPV + p. rotavirusom.

Istotne różnice między szczepionką żywą a zabita lub złożoną jedynie z fragmentów mikroorganizmu polegają na immunogenności oraz bezpieczeństwie stosowania: szczepionka żywa, choć po atenuacji, pozbawiona cech wirulencji, jednak namnaża się u osoby szczepionej, powoduje obronny odczyn immunologiczny złączony do postaci klinicznie niemej pod warunkiem immunokompetencji osoby szczepionej. Imitując naturalne zakażenie wywołuje optymalną odporność.

Szczepionka zabita nie ma zdolności do namnażania się, pasażowania, pośredniego zakażenia osób kontaktujących i wywoływania objawów klinicznych znacznie złączony zakażenia

poszczepiennego. Wywołuje odporność jedynie wobec patogennych antygenów, jednak nie jest wolna od ewentualnego działania anafilaktycznego lub alergizującego. Jej zaletą jest duże bezpieczeństwo stosowania, tym większe, im bardziej jest oczyszczony antygen szczepionki, np. anatoksyna lub antygen wytworzony genetycznie.

Polski program szczepień ochronnych odpowiada wymogom międzynarodowym i zawiera

I.A. Szczepienia **obowiązkowe** według wieku (kalendarzowe) bezpłatne.

I.B. Szczepienia **obowiązkowe** w grupach ryzyka, tj. również poza wiekiem dziecięcym, bezpłatne.

II.B. Szczepienia **zalecane** poza kalendarzem szczepień na koszt pacjenta.

I.A. Szczepienia obowiązkowe		
szczepienie podstawowe	Po urodzeniu	BCG, wzv B
	2 mies. ż.	DPT, polio, wzv B
	3/4 mies. ż. (po 6 tyg.)	DPT, polio, wzv B
	5 mies. ż. (po 6 tyg.)	DPT, polio
	12 mies. ż.	BCG, wzv B
	13–14 mies. ż.	odra albo MMR II
	16–18 mies. ż.	DPT, polio
	6 r.ż.	DT, polio
	7 r.ż.	odra (lub powtórnie MMR II)
	11 r.ż.	polio
	12 r.ż.	BCG
	13 r.ż.	różyczka (tylko dziewczęta)
	14 r.ż.	Td
18 r.ż.	BCG	
19 r.ż.	Td	

I.B. Szczepienia obowiązkowe osób dorosłych narażonych w sposób szczególny na zakażenie		
Szczepienie przeciw	Osoby podlegające szczepieniu	Uwagi
gruźlicy – śródskórną szczepionką BCG	tuberkulinoujemni studenci akademii medycznych i uczniowie policealnych szkół medycznych (w pierwszym miejscu nauki) nie zbadani próbami tuberkulinowymi w ciągu ostatnich 12 miesięcy	szczepienie należy wykonać w dniu odczytania wyniku próby tuberkulinowej Mantoux
WZW typu B – domięśniowo	pracownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej o wysokim ryzyku zakażenia, uczniowie średnich i policealnych szkół medycznych oraz studenci akademii medycznych w ciągu pierwszego roku szkolnego (akademickiego), osoby z bliskiego otoczenia chorych na wzw typu B i nosiciele HBV (domownicy oraz osoby przebywające w zakładach opiekuńczych, wychowawczych i zakładach zamkniętych)	szczepienia podstawowe wg schematu: 0, 1, 6 miesięcy, pojedyncze dawki przypominające: w odstępach co pięć lat tylko dla pracowników służby zdrowia narażonych w sposób szczególny na zakażenie

Szczepienie przeciw	Osoby podlegające szczepieniu	Uwagi
błonicy – podskórną szczepionką monowalentną (d, D) lub skojarzoną ze szczepionką przeciw teżcowi (Td, DT)	osoby ze stycznością z chorymi na błonicę, pracownicy służby zdrowia, personel zatrudniony w ośrodkach uchodźców, wytypowani funkcjonariusze policji, osoby zatrudnione na przejściach granicznych oraz przy obsłudze pasażerów w komunikacji lotniczej, kolejowej i autobusowej na trasach międzynarodowych w kierunku wschodnim, osoby wyjeżdżające do państw, w których występują zachorowania na błonicę, osoby w wieku 20–29 lat ze wschodnich województw przygranicznych	w szczepieniach przypominających należy podać: osobom w wieku do 30 lat – jedną dawkę d (Td), osobom w wieku 30 lat i starszym – jedną dawkę d (Td), a po miesiącu drugą dawkę d (Td), dzieciom – jedną dawkę DT lub D, zależnie od wskazań
teżcowi – podskórną szczepionką zabita	ze wskazań indywidualnych osoby, które uległy zranieniu, szczepienie wg zasad podanych w Komunikacie MZiOS (Dz. Urz. MZiOS z 1977 r. Nr 2, poz. 9)	liczba dawek zależy od daty i cyklu poprzedniego szczepienia w uodpornieniu czynno-biernym podaje się także anatoksynę teżcową
wścieklicznie – domięśniowo szczepionką zabita	ze wskazań indywidualnych osoby podejrzane o zakażenie wirusem wściekliczny (pokąsane przez zwierzęta podejrzane o wścieklicznę, dzikie lub nieznane), szczepienie w wytypowanych punktach szczepień przy szpitalach zakaźnych lub wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych	cykl szczepień wg zaleceń producenta, w przypadku ciężkich pokąsań należy zastosować swoją immunoglobulinę jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki
durowi brzusznemu – podskórną szczepionką Ty lub TyTe	decyzję podejmuje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny zależnie od lokalnej sytuacji epidemiologicznej	szczepienie podstawowe wg schematu 0, 1, 12 miesięcy, pojedyncze dawki przypominające: w odstępach co 3–5 lat

II. B. Szczepienia zalecane nie finansowane ze środków znajdujących się w budżecie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej

Szczepienie przeciw	Zalecane osobom	Szczepionki zarejestrowane w Polsce
WZW typu B – domięśniowo – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta	– dzieciom nie podlegającym szczepieniom obowiązkowym – młodzieży – w wieku 20–40 lat, zwłaszcza kobietom – które ze względu na tryb życia lub wykonywane zajęcia są narażone na zakażenia związane z uszkodzeniem ciągłości tkanek lub poprzez kontakt seksualny	zaleca się szczepionki rekombinowane: ENGERIX-B (Smith Kline Beecham) HB-VAX-II (Merck Sharp Dohme)
WZW typu A – domięśniowo – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	– dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym i młodzieży; szczególnie zalecane dzieciom rozpoczynającym naukę w szkole podstawowej, które nie chorowały na wzv typu A – wyjeżdżającym do krajów rozwijających się i innych o wysokiej zapadalności na wzv typu A – zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności	HAVRIX (Smith Kline Beecham) AVAXIM (Pasteur Merieux) tylko dla dorosłych
odrze, śwince, różyczce – podskórną – jedną dawkę szczepionki skojarzonej	– dzieciom w wieku 13–15 miesięcy oraz w 7 r.ż. zamiast obowiązkowego szczepienia przeciw odrze podawane w wywiadzie przebycia zachorowania na odrę, świnkę lub różyczkę nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia; szczepionkę należy podać po upływie dwóch miesięcy od wyzdrowienia	zaleca się szczepionkę: MMRII (Merck Sharp Dohme) zawierającą atenuowany szczep świnkowy Jeryl Lynn

Szczepienie przeciw	Zalecane osobom	Szczepionki zarejestrowane w Polsce
grypie – dawki i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	ze wskazań klinicznych i indywidualnych: – przewlekłe chorym (astma, cukrzyca, niewydolność układu krążenia, oddychania, nerek) – w stanach obniżonej odporności – w podeszłym wieku ze wskazań epidemiologicznych: – pracownikom służby zdrowia, szkolnictwa, handlu, transportu, budownictwa oraz osobom narażonym na kontakty z dużą liczbą ludzi bądź pracujących na otwartej przestrzeni	„split” – zawierające rozszczepione wiriony: BEGRIVAC (Chiron Behring GmbH & Co) FLUARIX (Smith Kline Beecham) VAXIGRIP (Pasteur Merieux) podjednostkowa: INFLUVAC (Solvay Duphar B.V.) ważne są tylko jeden rok ze względu na coroczne zmiany składu szczepionki według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia
kleszczowemu zapaleniu mózgu – dawki i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	przebywającym na terenach o nasilonym występowaniu tej choroby: osobom zatrudnionym przy eksploatacji lasu, stacjonującym na poligonie wojsku, rolnikom, młodzieży odbywającej praktyki oraz turystom i uczestnikom obozów i kolonii	ENCEPUR (Chiron Behring GmbH & Co) FSME-IMMUN Inject (Immuno AG)
zakażeniom wywołanym przez <i>Haemophilus influenzae</i> typu B – domięśniowo lub podskórnie – dawki i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	dzieciom od 2 mies. ż. dla zapobiegania zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych, posocznicy, zapaleniom nagłośni itp. jeżeli szczepienie stosuje się w 1 r.ż. dziecka, najlepiej dwie pierwsze dawki podać jednocześnie ze szczepionkami DTP, POLIO i wzw B, natomiast dawkę trzecią ze szczepionkami DTP i POLIO	Act-HIB (Pasteur Merieux) HIBERIX (Smith Kline Beecham) HibTITER (Wyeth-Lederle Pharma GmbH) PEDVAX HIB (Merck Sharp Dohme)
błonicy, tężcowi – podskórnie – dawki i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	dorośli (szczepionym podstawowo) pojedyncze dawki przypominające co 10 lat, nie szczepionym w przeszłości – szczepienie podstawowe	Td (Biomed Kraków)
różyczce – dawki i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	młodym kobietom, zwłaszcza pracującym w środowiskach dziecięcych (przedszkola, szkoły, szpitale, przychodnie) dla zapobiegania różyczce wrodzonej; nie wolno szczepić w okresie ciąży przez trzy miesiące po szczepieniu unikać zajścia w ciążę	ERVERAX (Smith Kline Beecham) MERUVAX II (Merck Sharp Dohme) RUDIVAX (Pasteur Merieux)

Szczepionki używane w Polsce i ich stosowanie

Szczepienia przeciw gruźlicy żywą liofilizowaną szczepionką BCG przeprowadza się u noworodka w 1 dobie życia przez wstrzyknięcie 0,1

ml szczepionki śródskórnie w zewnętrzną część lewego ramienia. Po 3–4 tygodniach powstaje niebolesny guzek zapalny, czasem trudno gojące się małe owrzodzenie. Dawniej występujące powikłanie w postaci lymphadenitis BCG, obecnie, po udoskonaleniu szczepionek, nie zdarza się. Po szczepieniu, w okresie 6–10 tygodni, staje się do-

datni odczyn śródskórny Mantoux, tj. większy niż 5 mm średnicy po 2 jednostkach standardowej tuberkuliny RT 23. Naturalne wygaśnięcie odczynu poszczepiennego następuje do 5 lat. Nadmiernie duży odczyn tuberkulinowy (średnica odczynu – powyżej 12 mm) sugeruje zakażenie naturalne.

W 12 miesiącu ż. szczepi się tylko 1) dzieci, które po szczepieniu BCG po urodzeniu nie wytworzyły blizny lub mają bliznę o średnicy mniejszej niż 3 mm, 2) dzieci z kontaktu z gruźlicą po wykonaniu próby tuberkulinowej.

Szczepionki przeciw wzw B zalecane w Polsce to Engerix B (Smith Kline Beecham), HB-VaxII (Merck Sharp Dohme) oraz Gen-Hevac B (Pasteur Merieux). Składają się one z czystego antygeny HBs genetycznie rekombinowanego na podłożu drożdży. Engerix B podaje się domięśniowo w mięsień uda w dawce dla dzieci do 10 lat 0,5 ml = 10 µg HBsAg, powyżej 10 lat = 20 µg HBs. HB-VaxII (szczepionka dla dzieci) wstrzykuje się 0,25 ml w mięsień uda dzieciom do 10 r.ż., w wieku 11–19 lat 0,5 ml, dorosłym 1 ml (10 µg HBsAg). Szczepienie każdą z tych szczepionek powtarza się w odstępach 0–1–2–12 miesięcy (patrz kalendarz szczepień). Tzw. przyspieszone szczepienie odbywa się w odstępie 0–1–6 miesięcy, a zabieg operacyjny można wykonać po 6 tygodniach od rozpoczęcia szczepienia, tj. po 2 tygodniach po II dawce. Szczepienie takie nie daje pełnej odporności. Wymagany poziom przeciwciał to 10 j./1 ml surowicy krwi. Rewakcyzację należy przeprowadzać co 5 lat.

Szczepionki te są bardzo bezpieczne i nie wywołują poważniejszych odczynów niepożądanych, szczególnie neurologicznych lub hematologicznych; bardzo rzadko mogą wystąpić odczyny alergiczne, bóle mięśni, głowy, podwyższenie temperatury, powiększenie węzłów chłonnych. Niektóre objawy uboczne mogą pochodzić z odczynu na zawarty w szczepionce mertiolat i wodorotlenek glinu (odczyny miejscowe).

Szczepienie DTPw wykonuje się w Polsce jak i w znacznej większości krajów szczepionką potrójnie skojarzoną, tj. złożoną z anatoksyny błonicznej (25 j.), tężcowej (10 j.) oraz z zabitych pałeczek krztuścowych (10 milionów), które stanowią komórkowy komponent Pw (Pwhole). Antygeny te zawierają wodorotlenek glinu jako adjuwant, co może przyczynić się do wzmożonych skórnych odczynów miejscowych. Szczepionkę wstrzykuje się głęboko podskórną w dawce 0,5 ml przy I i II szczepieniu, a przy III 0,3 ml. Dawka przypominająca wynosi również 0,3 ml. Potrójną szczepionkę stosuje się do ukończenia 2 lat, dalsze rewakycynacje są dokonywane szczepionką podwójną DT, a powyżej 14 r.ż. monowalentną szczepionką Td.

Szczepionka podwójna DT (anatoksyna błonicza 60 j., tężcowa 20 j.) może być użyta również

do szczepienia podstawowego w okresie niemowlęcym w dawce I i II po 0,5 ml, w III dawce 0,3 ml, w wieku 2–6 lat w dawce I, II i III po 0,3 ml, powyżej 6 r.ż. w I i II dawce po 0,3 ml, III dawka 0,2 ml. Szczepionkę tę się stosuje w przypadku przeciwwskazań do szczepienia komponentem przeciwkrztuścowym (Pw).

Do rewakycynacji przeciw tężcowi i błonicy u młodzieży w wieku 18–20 lat i dorosłych używa się **szczepionki Td** (anatoksyna tężcowa 10 j., błonicy 2–5 j.) w dawce 0,5 ml. Szczepienie przypominające obowiązuje co 10 lat.

Rewakycynację p. tężcową wykonuje się szczepionką **monowalentną Te** (10 j.) w dawce 1 ml podskórną, co również stosuje się w zapobieganiu tężcowi u osób zranionych.

Uodpornienie przeciw błonicy można uzyskać przez zastosowanie **monowalentnej szczepionki Di** (60 j.) w wieku 1–2 lat w I i II dawce po 0,5 i III dawce 0,3 ml; w wieku 2–6 lat w dawce I, II i III po 0,3 ml i powyżej 6 lat w dawce I, II po 0,3 ml i III dawce 0,2 ml (np. w razie przeciwwskazań do użycia szczepionki DTPw).

Celem rewakycynacji przeciw błonicy u osób dorosłych stosuje się **monowalentną szczepionkę błoniczą (d)** po 0,5 ml zawierającą 2 j. (Lf).

Wymienione szczepionki DTPw, DiTe, Di, d, Td, Te są produkowane w kraju (Biomed).

Szczepienie potrójną szczepionką DTPw może wywołać miejscowy odczyn zapalny, gorączkę (1 na 330 dawek), odczyny alergiczne, miejscowe i uogólnione (wysypkę), wstrząs anafilaktyczny (2 na 100 000 dawek), a także z powodu obecności komponentu komórkowych składowych pałeczek krztuśca (Pw) drgawki (0,3 do 90 przypadków na 100 tys. dawek), zapaść (0,5–30 przypadków na 100 tys. dawek lub wg innych autorów 1:1750–1:6500 dawek), zespół hypotonii (3,5–291 na 100 tys. dawek), encefalopatię lub zapalenie mózgu poszczepienne (1 na 10⁶ dawek). Dane te są przybliżone, a niektóre odczyny są kontrowersyjne w świetle statystyki porównywanej z podobnymi zachorowaniami nieszczepionych dzieci w wieku do 2 lat.

Jednak w przypadku wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych lub u dzieci z tzw. grup ryzyka można opuścić komponent Pw i szczepić DT lub ewentualnie DTPa (Infanrix-SKD). Dzieci szczepione DT mogą być szczepione w drugim roku życia dodatkowo szczepionką przeciwkrztuścową bezkomórkową (Pa).

Monowalentne szczepionki przeciwkrztuścowe bezkomórkowe (acellular – Pa) zawierają 2–5 czystych komponent antygenowych, tj. 2 podstawowe: PT (pertussis toxin) oraz FHA (filamentous haemagglutinin = włókienkową hemaglutyninę) oraz ponadto w nowszych generacjach szczepionek pertaktynę (69 kDa), aglutynogen 1 i 2 (AGG), co zwiększa immunogenność. Przykładowo są to:

- Acelluvax (Biocine),
- Pac (Pasteur Merieux),
- Pa-Vaccinol (Procter and Gamble) oraz
- 4 komponentowa monowalentna szczepionka Acel-P (Lederle).

Nie są one dotąd (1998 r.) zarejestrowane w Polsce. Stosuje się je od 15 mies. życia dzieciom dotąd nieszczepionym przeciw krztuścowi w schemacie 3+1, tj. I, II i III dawka 0,5 ml domięśniowo co 4–8 tygodni, IV dawka po 6–12 miesiącach. Szczepionki te mogą być użyte do rewakcytacji w 2 r.ż. dzieci przedtem szczepionych DTPw, a również jednocześnie ze szczepionką DT lub Hib w szczepieniu podstawowym p.krztuścowym u dzieci ponad 15-miesięcznych dotąd nieszczepionych p.krztuścowi.

Obecnie produkuje się również przeciwkrztuścowe **acelularne szczepionki skojarzone z DT**, tj. szczepionki DTPa do szczepień podstawowych od 2 mies. ż.

- Acelluvax-DTP (Biocine) z czterekomponentową Pa uzyskaną metodą rekombinacji genetycznej,
- Tripedia (Connaught Lab.) z dwukomponentową Pa,
- Infanrix-DTPa (Smith Kline Beecham), która jest zarejestrowana w Polsce,
- Tetravac-DTPa + IPV (Pasteur Merieux), również zarejestrowane w Polsce,
- Pentavac-DTPa + Hib + IPV (Pasteur Merieux).

Szczepionki bezkomórkowe (acelularne) cechują się mniejszą reaktogennością, tj. znacznie rzadziej występują niepożądane odczyny poszczepienne niż po szczepieniu Pw, są jednak mniej immunogenne, wymagana jest rewakcyacja po 5 latach.

Szczepionka bezkomórkowa może być zalecana w przypadku wątpliwości co do wskazań do szczepienia DTPw u dzieci z grup ryzyka, np. kardiopatie, drgawki gorączkowe, stany po chorobach ośrodkowego układu nerwowego, choroby metaboliczne i inne.

Monowalentna szczepionka przeciwężcowa Te (Biomed) jest anatoksyną (10 j. wiążących) absorbowaną na wodorotlenku aluminium (0,7 g).

Stosuje się ją do czynnego uodporniania osób zranionych poprzednio nieszczepionych i do rewakcytacji osób dorosłych. Szczepienie podstawowe składa się z 2 dawek podskórnych po 1 ml w odstępie 4–6 tygodni i III dawki po 6–12 miesiącach od drugiego wstrzyknięcia. Szczepienie przypominające stosuje się co 5–10 lat (można również stosować szczepionkę Td u poprzednio uodpornionych przeciw błonicy).

Przeciwwskazania są ograniczone, gdyż stosuje się obowiązek profilaktyki przeciwężcowej. Można nie podawać gammaglobuliny przeciwężcowej ani szczepionki tym osobom zranionym, które otrzymały pełne podstawowe szczepienie

w okresie poprzednich 8 lat lub dodatkowe dawki przypominające bez względu na czas. W innym przypadku, tj. osobom nieuodpornionym w 20 minut po podaniu szczepionki inną strzykawką i igłą, należy wstrzyknąć swoistą gammaglobulinę przeciwężcową 250–500 j. Tetabulin-Immuno, Tetaglobulin-Pasteur Merieux albo surowicę p. tężcową końską (Serum antitetanicum) 3000 j. (uodpornienie czynno-bierne). Do niepożądanych odczynów należy wzmożony odczyn miejscowy (zazwyczaj na wodorotlenek glinu) oraz uogólniony odczyn anafilaktyczny na surowicę końską.

Szczepionka poliwalentna przeciw poliomyelitis (OPV) składa się z żywych atenuowanych wirusów polio typu 1, 2 i 3. Podaje się ją doustnie w dawce 0,1 ml (2 krople roztworu wodnego). Szczepionka ta (Sabin-Koprowski) wprowadzona w USA w 1963 r. powoduje odporność imitującą stan po zakażeniu wirusem „dzikim”, tj. powstawanie przeciwciał IgAs w jelicie oraz przeciwciał surowicznych neutralizujących. Cechą tej szczepionki jest to, że atenuowane wirusy szczepionki namnażają się w przewodzie pokarmowym i drogą oralno-fekalną zakażają osoby z otoczenia („niezamierzone szczepienie”), a także mogą ulegać rewersji do neurowirulencji w ciągu kilku dni po szczepieniu. Ryzyko wystąpienia porażennego poliomyelitis wynosi 1 przypadek na 520 tys. osób po pierwszorazowej dawce i 20 razy mniej po dawkach powtórnych OPV (1:12,3 miliona). Chorują na porażenne poliomyelitis również osoby z otoczenia szczepionego dziecka. Obecnie prawie wszystkie przypadki porażennej postaci polio w krajach, gdzie stosuje się powszechne szczepienie OPV, są związane przyczynowo z tym szczepieniem.

Szczepionka parenteralna przeciw polio (IPV) wytworzona przez Salka i stosowana od 1955 r. w USA, np. Imovax Polio (Pasteur Merieux), jest złożona z wirusów inaktywowanych typu I, II i III i podawana w dawce 0,5 ml podskórnie lub domięśniowo, jest stosowana do uodpornienia podstawowego w 2 szczepieniach w odstępie 1 miesiąca i po 1 roku rewakcytacji, następnie co 10 lat.

Szczepionka ta również indukuje powstanie przeciwciał IgA w ślinie, kale, wydzielinie nosa i gardła oraz w pokarmie matczynym w mianach porównywalnych po stosowaniu OPV. Po I dawce szczepienia IPV następnie wykonane szczepienie OPV redukuje ilość wydalanego atenuowanego wirusa polio. W wielu krajach wprowadzono schemat szczepienia IPV/OPV, aby zapobiec porażeniom poszczepiennym.

Szczepionka OPV jest przeciwwskazana u osób z niedoborem odporności, np. u dzieci HIV + oraz u dzieci z wrodzonymi niedoborami odporności (brak IgA), w okresie immunosupresji polekowej. Te dzieci szczepi się IPV.

Szczepionka przeciw odrze składa się z ży-

wych atenuowanych wirusów odry. Szczepi się w dawce 0,5 ml podskórnie dzieci powyżej 12 mies. ż. Chroni również przed zakażeniem podana nawet w czasie do 72 godzin po kontakcie. U dzieci szczepionych znacznie rzadziej niż u nie-szczepionych występuje podostre stwardniające zapalenie mózgu (SSPE). Po podaniu dziecku gammaglobuliny lub po przetoczeniu krwi można szczepić po 5–6 miesiącach. Szczepionka zawiera ślady neomycyny oraz antygeny pochodzące z kurzych zarodków, na których są hodowane wirusy.

Szczepienie przeciwwskazane jest w ciąży, również u dzieci z alergią na jaja kurze lub neomycynę, chociaż bezpośredni odczyn anafilaktyczny zdarza się bardzo rzadko (mniej niż 10 przypadków na 190 milionów dawek w USA). Częściej może zdarzyć się alergiczny odczyn skórny – alergia na pierze nie powoduje odczynu poszczepiennego.

Szczepienie jest przeciwwskazane w niedoborach odporności z wyjątkiem HIV u dzieci, gdyż odra przebiega u nich dramatycznie. Dzieci z niedoborem odporności powinny być zabezpieczone przed zachorowaniem na odrę przez podanie gammaglobuliny. Dzieci z tendencją do drgawek gorączkowych lub epilepsją powinny otrzymywać osłonowo leki przeciwgorączkowe w okresie do 12 dni po szczepieniu, ponieważ między 5 a 12 dniem często zdarza się gorączka, lekki nieżyt nosa i gardła, zaburzenia jelitowe, nawet niewielka wysypka odropodobna. Wyjątkowo może zdarzyć się skaza krwotoczna, a także poszczepienne zapalenie mózgu. W czasie do 6 tygodni po szczepieniu przeciw odrze wygasa odczyn tuberkulinowy.

Zamiast szczepionki pojedynczej przeciw odrze w polskim kalendarzu szczepień można w 13–15 miesiącu życia podać **szczepionkę skojarzoną przeciw odrze, różyczce i śwince (MMRII)**.

MMRII (Pasteur Merieux-MSD) zawiera atenuowany szczep odry Edmonston, szczep świnki Jeryl-Lynn i szczep różyczki Wistar RA 26/3. Podaje się podskórnie lub domięśniowo dzieciom powyżej 12 miesiąca życia. Szczepionkę można podawać w inne miejsce jednocześnie ze szczepionką DTP oraz OPV (IPV). Przeciwwskazania są te same jak dla szczepionki monowalentnej (p. wyżej), również mogą występować podobne niepożądane objawy poszczepienne.

Monowalentna szczepionka przeciw śwince (parotitis epidemica), np. Mumpsvac (Behring), zawiera żywy atenuowany szczep Jeryl-Lynn, jako domieszkę neomycynę. Tę szczepionkę podaje się 0,5 ml domięśniowo lub podskórnie dzieciom powyżej 15 mies. ż., rewakcyacja następuje po 6 latach. Szczepionkę można stosować w każdym wieku, a więc również u młodzieży w okresie przedpokwitaniowym.

Przeciwwskazaniem do szczepienia są niedo-

bory i alergja na składniki szczepionki. Rzadkim powikłaniem poszczepiennym może być aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, również zapalenie ślinianek, świąd, wysypka i skaza krwotoczna.

Monowalentna szczepionka przeciw różyczce (rubeola) zawiera żywy atenuowany szczep Wistar hodowany na ludzkich komórkach diploidalnych (HDC), zawiera śladowe ilości neomycyny. Stosuje się 0,5 ml podskórnie u dziewczynek powyżej 15 mies. ż., w polskim kalendarzu szczepień w 13 r.ż. jednorazowo. Jest również możliwe szczepienie kobiet po I ciąży w okresie połogowym. Szczepienie to może być kojarzone jednocześnie z innymi szczepieniami. Przeciwwskazania do szczepienia są takie, jak w szczepionce MMR (p. powyżej). U 15% szczepionych dzieci po 5–12 dniach występuje wysypka i gorączka oraz powiększenie węzłów chłonnych. W niewielkim odsetku (0,5%) zdarzają się bóle stawowe, znacznie częściej u dorosłych kobiet (do 25% szczepionych), co nie wymaga leczenia.

Szczepienie przeciw zakażeniom *Haemophilus influenzae b* (Hib)

W większości krajów europejskich i w USA są stosowane szczepionki monowalentne lub skojarzone ze szczepionką DTPw (Tetramune Lederle), TetrAct-HiB (DTP + Hib) (Pasteur Merieux) oraz PentAct-HiB (DTP + IPV + Hib) (Pasteur Merieux), Infanrix Hib=DTPa Hib (SKB) i inne.

Szczepionki monowalentne zawierają polisacharyd otoczkowy HiB (PRP), który ze względu na niewystarczającą immunogenność jest podawany razem z białkiem nośnikowym, tj. z anatoksyną błoniczą zwykłą (szczepionka PRP-D) albo z anatoksyną (PRP-T), a także z białkami otoczkowymi meningokoków (PRP-OMP). Białka nośnikowe nie zastępują szczepienia DT. Szczepionka PRP-D dopuszczona jest dla dzieci powyżej 12 mies. ż., natomiast pozostałe od 2 miesięcy życia.

Dopuszczona do użytku w Polsce monowalentna szczepionka Act-Hib (Pasteur Merieux) o składzie PRP może być stosowana dla dzieci powyżej 6 miesiąca życia zazwyczaj równocześnie z DTP i OPV w schemacie 3 wstrzyknięć po 0,5 ml podskórnie lub domięśniowo w udo w odstępie 4–8 tygodni, czwarta dawka przypominająca po 12 miesiącach od 3 dawki. Dzieci w wieku 6–12 miesiąc otrzymują tylko 2 dawki w odstępie 4–8 tygodni i dawkę przypominającą po 12 miesiącach w miesiąc naramienny. Dzieci powyżej 1 roku do 5 lat szczepi się tylko jedną dawką. W przypadku szczepień łącznie z innymi szczepionkami, np. MMR lub DTP, należy wstrzykiwać je w inne miejsce i odrębną strzykawką. Immunogenność tej szczepionki wynosi 98–100% po

trzech dawkach w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia.

Do objawów poszczepiennych należy gorączka, nawet wysoka (ok. 11% szczepionych), zaczerwienienie i obrzęk miejsca szczepienia (od 10–25%), utrata apetytu i wymioty (3–5%). Nie obserwowano innych poważniejszych odczynów.

Szczepienia przeciwko Hib mogą prawie całkowicie wyeliminować choroby wywołane tym drobnoustrojem, jak to wykazano w Finlandii (1900–1991) tak, że są wskazane u wszystkich niemowląt, a szczególnie u dzieci narażonych na zakażenie Hib, jak np. uczęszczających do żłok dziecięcych, dzieci HIV+, z niedoborem przeciwciał klasy IgG2, po transplantacjach szpiku, przy asplenie i po usunięciu śledziony, przed leczeniem cytotoksycznym i immunosupresyjnym. Dzieci z niedoborem odporności mogą być szczepione według specjalnego schematu (np. dwukrotnie w wieku powyżej 1 roku życia).

Szczepienie przeciw grypie

Szczepienia przeciw grypie zalecane są ze względu na masowość zachorowań i poważne powikłania tej choroby. Pożądane są szczepienia zdrowych dzieci powyżej 6 mies. ż. oraz osób starszych (powyżej 60 lat). Szczególnie wskazania do szczepienia dotyczą:

- dzieci z niedoborem odporności, np. 3–4 tyg. po ukończeniu chemioterapii cytostatykami przy liczbie leukocytów powyżej $1000/\text{mm}^3$,
- dzieci z chorobami serca zagrożone zaburzeniami hemodynamicznymi w razie grypy,
- dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, jak astma lub mukowiscydoza,
- dzieci zakażone HIV oraz ze słabszą odpornością, jak np. w cukrzycy, przewlekłych chorobach nerek i chorobach metabolicznych.

Obecnie produkowane szczepionki są odpowiednio immunogenne, multiwalentne, tj. skierowane przeciw różnym zmieniającym się sezonowo podtypom wirusa grypy. Szczepionki zabite zawierają antygeny inaktywowanego całego wirusa – tych nie stosuje się u dzieci albo antygeny wirusa rozszczepionego preparowane przez przerwanie lipidowej otoczki wirusa („split”) lub też szczepionki zawierają oczyszczony antygen powierzchniowy wirusa „subunit”. Te dwie ostatnie stosuje się w pediatrii.

W Polsce używa się kilku szczepionek:

- Fluarix (Smith Kline Beecham) jest szczepionką typu „split” złożoną z hemaglutynin wirusa. Stosuje się ją u dzieci powyżej 12 mies. ż. do 6 lat w dawce 0,25 ml w 2 dawkach w odstępie 4–6 tygodni, lub przy corocznych szczepieniach tylko jedną dawkę. U dzieci

starszych i dorosłych podaje się jedną dawkę 0,5 ml w okresie przed sezonem grypowym.

- Vaxigrip (Pasteur Merieux) jest szczepionką typu „split” złożoną z 3 hemaglutynin, ze śladową zawartością neomycyny i białka kurzego. Dawki wynoszą u dzieci poniżej 10 r.ż. $2 \times 0,25$ ml w odstępie 1 miesiąca, u starszych podaje się 1 dawkę 0,5 ml. Może być równocześnie podana z rewakcyacją szczepionką T, Td.
- Influvac (Solvay Pharma) jest szczepionką złożoną z antygenów powierzchniowych wirusa A i B i zawiera hemaglutyniny oraz neuraminidazę. Może być stosowana u dzieci od 6 mies. ż. do 3 lat w dawce 0,25 ml, od 3–8 lat 0,5 ml. Dzieci nieszczepione poprzednio powinny otrzymać 2 dawki w odstępie 4–6 tygodni, a dzieci powyżej 8 lat i dorośli 0,5 ml jednorazowo.

Szczepionki te są immunogenne w 60–70%, stosuje się je w jesieni. Odporność powstaje po 10–15 dniach po szczepieniu i trwa do 6–12 miesięcy. Wstrzykiwać je należy z dużą ostrożnością, aby nie wprowadzić szczepionki dożylnie, a przeciwwskazaniem jest alergia na białko kurze (jaj).

Po wstrzyknięciu może występować odczyn miejscowy (do 20%) lub gorączkowy, głównie u młodszych dzieci, jednak gorączka nie trwa dłużej niż 24 godziny.

Szczepienie przeciw *Streptococcus pneumoniae* (PNP)

Szczepionka przeciw *Streptococcus pneumoniae* jest złożoną z polisacharydów otoczkowych kilku do kilkunastu szczepów pneumokoków. Pneumo 23 (Pasteur Merieux) jest poliwalentną i złożoną z 23 serotypów PNP szczepionką stosowaną u dzieci powyżej 2 lat w dawce 0,5 ml podskórnie lub domięśniowo jednorazowo, rewakcyacja następuje po 5 latach.

Nowe generacje szczepionek zawierają polisacharydy związane na adjuwantowych nośnikach białkowych, podobnie jak szczepionki p. Hib (CMR 197, T, D, OMP). Szczepionki te wywołują pamięć immunologiczną, redukują również częstość nosicielstwa. Zapobiegają zakażeniom wywołanym przez 85–100% serotypów PNP stwierdzanych jako etiologia zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych, ucha i płuc.

Szczepionki pPNP mogą być wstrzykiwane jednocześnie z innymi szczepionkami.

Szczepionki przeciw *Neisseria meningitidis*

Zawierają polisacharydy otoczkowe przeciw 4 serotypom *N. meningitidis*, tj. A, C, Y i W-135.

Wskazaniami są objęte dzieci z niedoborem odporności, brakiem śledziona lub w sytuacjach zagrożenia epidemicznego.

Mencevax ACWY (Smith Kline Beecham) szczepi się dawką jednorazową 0,5 ml; komponenta A jest immunogenna u niemowląt, w wieku co najmniej 3 miesięcy, C u dzieci powyżej 2 r.ż.

Szczepionka p.MNC A+C (Pasteur Merieux) jest używana u dzieci powyżej 18 mies. ż. 0,5 ml jednorazowo i w dawce przypominającej po 3–5 latach.

Szczepionki te mogą być wstrzykiwane jednocześnie z innymi szczepionkami.

Szczepionki te nie chronią przed zakażeniem meningokokami grupy B, tj. najczęściej występującymi w Europie.

Szczepienie przeciw ospie wietrznej (VZV)

Szczepionka została wyprodukowana w 1974 roku, zawiera żywe atenuowane wirusy szczepu OKA (nazwisko japońskiego pacjenta, od którego pobrano wirusy z pęcherzyka wiatrówkowego).

Po jednej dawce szczepionki wytwarza się długotrwałą odporność (dotąd badana po 20 latach). Mimo szczepienia u ok. 6–12% dzieci zdrowych dochodziło po zakażeniu do złagodzonej ospy wietrznej.

Varivax (Oka Merck) jest szczepionką stosowaną w USA, u dzieci od 12 miesiąca życia do 12 lat w jednorazowej dawce 0,5 ml podskórną, u starszych dzieci i dorosłych w 2 dawkach po 0,5 ml, w odstępie 4–8 tygodni.

Varilrix (Smith Kline Beecham) stosowana jest od 1984 r. w Europie Zachodniej.

Zgodnie z zaleceniem ACIP-CDD z 1996 r. dla USA powinno się szczepić zdrowe dzieci w wieku 12–18 miesięcy (także możliwe jest jednoczesne szczepienie MMR) oraz dzieci powyżej 13 roku życia, które nie przebyły ospy wietrznej. Czyni się to ze względu na obecne przesunięcie wieku zachorowań i ciężki przebieg infekcji.

Ponadto jest wskazane szczepienie p. ospie w przebiegu białaczki. W remisji białaczki odstawia się leczenie na 1 tydzień przed i 1 tydzień po szczepieniu, sterydy na 1 tydzień przed i 2 tygodnie po szczepieniu. Szczepienie powtarza się po 3 miesiącach.

Szczepienie zapobiega ciężkim postaciom zakażenia VZV (varicella, herpes zoster). Dotychczas jako przeciwwskazania do tego szczepienia podaje się uczulenie na neomycynę, leczenie steroidami, leczenie salicylanami, okres do 5 miesięcy po iniekcji gammaglobuliny lub osocza oraz ciążę.

Szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby A

Od roku 1992 w Europie jest używana szczepionka Havrix (Smith Kline Beecham) zawierająca inaktywowany formaldehydem wirus A zapalenia wątroby (HAV). Szczepienie podstawowe dzieci w wieku 1–18 r.ż. obejmuje 1 dawkę Havrix Junior 0,5 ml (720 j.), a szczepienie przypominające wykonuje się po 6–12 miesiącach. Osobom dorosłym podaje się dawkę 1 ml (1440 j.) Havrix 1440 z rewakcyacją po 6–12 miesiącach. Podaje się wyłącznie domięśniowo w mięsień naramienny ze względu na uzyskanie lepszej odpowiedzi immunologicznej.

Szczepienie podstawowe zapewnia odporność na okres 1 roku, a po rewakcyacji na okres 10 lat.

Szczepienie jest zalecane dla dzieci ze względu na możliwość kontaktów w zbiorowiskach dziecięcych, szczególnie w okresach zagrożenia epidemicznego. Polska jest uważana za kraj o średnim poziomie zapadalności, ale wyższym niż w innych krajach europejskich.

Szczepionka jest dobrze tolerowana, może być stosowana jednocześnie ze szczepieniem pHBV (w inne miejsce) lub jako szczepionka skojarzona pHAV i HBV=Twinrix (SKB).

Miejscowy odczyn poszczepienny, jak np. ból, krótkotrwały naciek zapalny, zdarza się do 7% szczepionych (głównie z powodu zawartości w szczepionce wodorotlenku glinu i formaldehydu), występuje również gorączka. Niepożądane ogólne odczyny są wyjątkowo rzadkie, również rzadkie są odczyny alergiczne wobec składników szczepionki.

Szczepienie przeciw wirusowemu kleszczowemu zapaleniu mózgu (FSME, TBE)

Szczepionka składa się z inaktywowanych wirusów europejskiego kleszczowego zapalenia mózgu. W Polsce są w użyciu:

- Encepur (Behring) dla dorosłych,
- Encepur K dla dzieci powyżej 2 roku życia.

Pełne szczepienie polega na 3-krotnym wstrzyknięciu 1 dawki (0,5 ml) domięśniowo w ramię w odstępach 0–1 do 3 miesięcy – 9 do 12 miesięcy od drugiej dawki. Szczepienie najlepiej rozpocząć w jesieni, tak aby je kończyć przed sezonem zakażeń, tj. w lecie. Odporność po szczepieniu podstawowym trwa około 3 lat, następnie rewakcyacja odbywa się co 3 lata. W razie potrzeby szybkie uodpornienie można wytworzyć przez szczepienie w cyklu skróconym 0–7–21 dzień.

Wskazania do tego szczepienia są ustalane in-

dywidualnie, dotyczą głównie dzieci odwiedzających tereny leśne, szczególnie Mazury, byłe województwa białostockie, opolskie i zielonogórskie.

Szczepionka jest dobrze tolerowana. Objawy poszczepienne to u niektórych osób miejscowy odczyn zapalny oraz gorączka. Możliwe są objawy alergii, również na białka jaja kurzego. Należy powściągliwie oceniać celowość szczepienia szczególnie u dzieci z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego i chorobami autoimmunologicznymi.

Szczepienie przeciw wściekliźnie

W Polsce jest to szczepienie obowiązkowe dokonywane w przypadku ekspozycji na zakażenie prowadzone przez wyznaczone poradnie przy szpitalach zakaźnych. Podlega ono zgłoszeniu do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

Współczesne szczepionki zawierają inaktywowane wirusy pochodzące z hodowli na różnych liniach komórkowych:

- Imovax Rabies (Pasteur Merieux),
- Rabivac (Behring) na ludzkich zarodkowych fibroblastach płucnych (HDCV),
- Imovax-Vero (Pasteur Merieux) na komórkach Vero (PVRV),
- Rabipur (Behring) na fibroblastach kurzych (PCEC).

Po ekspozycji szczepienie podstawowe obejmuje 5 wstrzyknięć w terminach 0, 3, 7, 14, 30 dzień, a u osób, które dostały seroprofilaktykę bierną również w dniu 60-tym, domięśniowo lub podskórnie. Skrócony cykl szczepienia polega na podaniu pierwszej dawki podwójnej, następnie w 7 i 21 dniu (przy niewielkim narażeniu).

Ze względu na zagrożenie życia z powodu wściekliczyny szczepienie nie może być opuszczone, przeciwwskazania nie mają znaczenia decydującego, a w razie istnienia trudności w szczepieniu należy to szczepienie przeprowadzić w szpitalu. Dawne szczepionki powodowały niekiedy poważne odczyny poszczepienne, w tym neurologiczne. Obecne szczepionki wyżej wymienione nie powodują takich powikłań.

Niepożądane odczyny poszczepienne (NOP)

Po każdym szczepieniu może wystąpić niepożądany odczyn poszczepienny (NOP), którego przyczyną może być błąd techniczny przy wstrzykiwaniu szczepionki, reakcja na antygen lub inne składniki szczepionki oraz przypadkowe wystąpienie objawów patologicznych, które mają jedynie związek czasowy ze szczepieniem, ale nie są w rzeczywistości etiologicznie z nim powiązane.

Stąd też diagnostyka NOP jest trudna, tym bardziej, że większość szczepień przeprowadza się w pierwszym roku życia, gdy dziecko nie jest jeszcze dobrze poznane jako indywidualny pacjent pod względem odczynowości, np. alergicznej, wad metabolicznych, utajonych zakażeń, cech genetycznych i innych czynników warunkujących reakcję poszczepienną.

Obowiązuje zgłaszanie zauważanych NOP u dziecka do terenowej stacji sanitarno-epidemiologicznej na specjalnym formularzu. W cięższych przypadkach istnieje konieczność hospitalizacji celem wyjaśnienia przyczyny NOP.

Zgłoszeniu podlegają poniżej wymienione odczyny i objawy czasowo związane ze szczepieniem, przeważnie występujące do 4 tygodni po szczepieniu (z wyjątkiem odczynów po BCG, które mogą wystąpić po dłuższym czasie).

I. Odczyny miejscowe

1. Nadmierny odczyn miejscowy z obrzękiem wykraczającym poza najbliższy staw lub utrzymujący się ponad 3 dni albo wymagający hospitalizacji.
2. Odczyn miejscowy po szczepieniu BCG występujący wcześniej, tj. między 2–7 dniem, i następnie wrzodzący i powolnie gojący się również koloid poszczepienny.
3. Odczyn ze strony węzłów chłonnych (głównie po BCG) w postaci znacznego powiększenia, a nawet z przetoką.
4. Ropień w miejscu wstrzyknięcia (również ropień jałowy po adsorbencie glinowym szczepionki DTP).

II. Odczyny ze strony układu nerwowego

1. Drgawki z wysoką gorączką lub bez gorączki.
2. Encefalopatia, tj. wystąpienie dwu objawów z trzech wymienionych: drgawki, zaburzenia świadomości przez co najmniej 1 dobę, wyraźna zmiana zachowania się dziecka przez co najmniej 1 dobę.
3. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (ważna diagnostyka różnicowa).
4. Zapalenie mózgu.
5. Zespół Guillain-Barre do 30 dni po szczepieniu.
6. Poliomyelitis „minor”, tj. towarzyszące szczepieniu OPV – niedowład wiotki lub inne objawy poliomyelitis, które wystąpiły w okresie od 4–30 dni po szczepieniu OPV lub 4–175 dni po kontakcie ze szczepioną osobą.

III. Inne niepożądane objawy poszczepienne

1. Reakcje alergiczne po 24 godzinach lub reakcje oskrzelowo-płucne.

2. Reakcja anafilaktyczna w ciągu 2 godzin, np. obrzęk Quinckego, obrzęk krtani lub oskrzeli.
3. Wstrząs anafilaktyczny natychmiast po szczepieniu.
4. Gorączka powyżej 39°C, zazwyczaj do 48 godzin.
5. Odczyn hipotenzyjno-hiporeaktywny po DTP, tj. utrzymujące się przez 10 minut do 36 godzin obniżenie ciśnienia krwi, obniżone napięcie mięśniowe, bladość, wiotkość, brak prawidłowego kontaktu z otoczeniem.
6. Odczyn w postaci utrzymującego się przez co najmniej 3 godziny krzyku, płaczu dziecka, co występuje 6–18 godzin po szczepieniu DTP.
7. Uogólnione zakażenie prątkiem BCG.
8. Artralgia.
9. Trombocytopenia.
10. Parotitis lub orchitis po szczepieniu p.śwince.
11. Posocznica.
12. Zgon do 30 dni po szczepieniu.

Postępowanie we wstrząsie anafilaktycznym:

- adrenalina (amp. 1 mg/1 ml): 0–2 lat – 0,2 mg; 2–4 lat – 0,3 mg; 4–14 lat – 0,4 mg; 14–18 lat – 0,5–0,7 mg; domięśniowo (wyjątkowo dożylnie); można powtórzyć 3 razy w odstępach 5–20 min,
- ułożyć pacjenta w pozycji Trendelenburga,
- zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi i tętno,
- zapewnić dostęp dożylny (założyć wenflon) i podłączyć dożylny wlew 0,9% NaCl. W razie potrzeby podać płyn wieloelektrolitowy lub Dekstran 40.000,
- podłączyć do oddychania tlen o przepływie 5–10 l/min,
- jeżeli możliwe – założyć opaskę uciskową proksymalnie do miejsca wstrzyknięcia szczepionki (powyżej), Clemastinum (amp. 2 mg/2 ml, w dawce 0,2–0,75 mg dożylnie powoli – około 3 min) po rozcieńczeniu 1:5 roztworem 5% glukozy lub 0,9% roztworem NaCl.

UWAGA! Clemastinum – lek antyhistaminowy – nigdy nie powinien być pierwszym i jedynym lekiem.

- Prednisolon (Fenicort, Ultracorten H – fiol. 25 mg) dożylnie w dawce 2,5 mg – 10 mg/kg m.c.

Postępowanie przy skurczu oskrzeli:

- β_2 -mimetyk (Salbutamol amp. 0,5 mg/1 ml) dożylnie 0,005 mg – 0,008 mg/kg m.c. (dawkę w wolnym wlewie kroplowym lub przez pompę i/lub:
- Aminophylinum (amp. 250 mg/10 ml) dożylnie 2,5–5,0 mg/kg m.c. w 0,9% roztworze NaCl lub 5% roztworze glukozy, w wolnym wlewie kroplowym (ostrożnie u pacjentów otrzymujących preparat Teofiliny o przedłużonym działaniu),

- konieczność hospitalizacji ze względu na ryzyko wystąpienia wstrząsu opóźnionego.

Zestaw przeciwwstrząsowy do dyspozycji lekarza szczepiącego:

I. Leki

1. Adrenalina (amp. 1 mg/ml) – 1–2 opakowania (op.)
2. Fenicort (fiol. 25 mg) – 2 op.
3. Hydrocortisonum hemisuccinatium (amp. 100 mg/2 ml) – 2 op.
4. Clemastinum
 - a) tabl. 1 mg – 1 op.
 - b) syrop 0,5 mg/5 ml – 1 op.
 - c) amp. 2 mg/2 ml – 1 op.
5. Aminophylinum amp. 250 mg/10 ml – 1 op.
6. Salbutamol – aerozol (0,1 mg/dawkę) – 1 op.
7. Relanium (amp. 10 mg/2 ml) – 1 op.

II. Płyny

1. 0,9% roztwór NaCl
2. 5% roztwór glukozy
3. Płyn wieloelektrolitowy
4. Dekstran 40.000

III. Sprzęt

1. Strzykawki 2, 5, 10 ml
2. Igły domięśniowe i dożylnie
3. Wenflony, zestawy kroplówkowe
4. Staza gumowa, opaski uciskowe
5. Środki odkażające, gaziki, waciki
6. Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi
7. Samorozprężalny worek z zastawką bezzwrotną typu AMBU
8. Zestaw do tlenoterapii (np. worek z tlenem, w miarę możliwości).

Rzeczywiste oraz nieprawdziwe przeciwwskazania do szczepienia

W związku ze stale polepszającą się jakością i bezpieczeństwem szczepionek, np. zawierających całkowicie oczyszczone frakcje antygenowe, jak szczepionki polisacharydowe lub toksoidowe (anatoksyny) albo szczepionki wytwarzane metodą genetyczną, zmalała znacznie liczba przeciwwskazań do szczepień. Mogą występować raczej okresowe sytuacje, gdy lepiej szczepienie przesunąć na inny dogodniejszy termin. Przy wątpliwościach co do szczepienia można zasięgnąć opinii odnośnego specjalisty – często neurologa lub alergologa oraz epidemiologa z terenowej stacji sanitarnej kierując się oceną ryzyka szczepienia, ale też i korzyści ze szczepienia

dla dziecka szczególnie narażonego na zachorowanie. Takie narażenie może wystąpić ze względu na wiek dziecka (np. Hib do 5 lat), aktualną sytuację epidemiologiczną (odra, koklusz), osobnicze skłonności dziecka na szczególne zakażenie i jego powikłania, np. dziecko z przewlekłą chorobą układu oddechowego jest narażone na powikłania Hib, grypy lub krztuśca, dziecko często leczone jest narażone na zakażenie HBV, dziecko HIV(+) jest narażone na ciężką postać gruźlicy lub odry i innych chorób zakaźnych, dziecko niesprawne motorycznie jest narażone na tężec itp.

Należy pamiętać o tym, że przesunięcie terminu szczepienia zaburza plan szczepień kalendarzowych i podobnie jak zwolnienie dziecka ze szczepień może być pośrednią przyczyną zachorowania na chorobę zakaźną, także o ciężkim przebiegu. Powikłania chorób zakaźnych są groźniejsze i liczniejsze w stosunku do odczynów poszczepiennych, chociaż te zazwyczaj nie są przewidywalne i dlatego kwalifikacja do szczepienia oraz jego wykonanie muszą być prawidłowe.

Nieprawdziwe przeciwwskazania do szczepień

Dla wszystkich szczepionek

- odczyny miejscowe po poprzednich szczepieniach,
- łagodna choroba po poprzednim szczepieniu z niską gorączką,
- zakażenie górnych dróg oddechowych lub biegunka z gorączką poniżej 38,5°C oraz inne, niewielkie dolegliwości,
- alergia, astma i inne objawy atopii, katar sienny, sapanie przez zatłokany nos,
- wcześniactwo, niemowlęta z małą urodzeniową masą ciała,
- niedożywienie,
- wywiad wskazujący na występowanie drgawek w rodzinie,
- antybiotykoterapia, niskie dawki sterydów lub miejscowe ich stosowanie (np. przez skórę lub wziewnie),
- zapalenie skóry, wyprysk lub miejscowe zakażenie skóry,
- przewlekłe choroby serca, płuc, nerek i wątroby (w okresie wyrównania),
- stabilny stan neurologiczny, w takich chorobach układu nerwowego, jak mózgowie porażenie dziecięce i zespół Downa,
- żółtaczka noworodka.

Nieprawdziwe przeciwwskazania do wymienionych szczepień

DPT, DaPT, OPV, IPV, MMR, Hib, HBV

- leczenie antybiotykami,
- rekonwalescencja,
- wcześniactwo (powyżej 2000 g),
- kontakt z chorobą zakaźną,
- alergia penicylinowa u szczepionego.

DPT/DaPT

- anamnestyczne dane co do występowania u rodzeństwa drgawek, SIDS (zespół śmierci łóżeczkowej) i innych niepożądanych odczynów poszczepiennych,
- zespół Downa,
- opóźnienie psychiczne,
- niepostępujące porażenie dziecięce.

OPV

- karmienie piersią szczepionego dziecka,
- rekonwalescencja po bieguncie,
- leczenie antybiotykami.

MMR

- dodatni o. tuberkulinowy lub infekcja tbc,
- karmienie piersią,
- ciąża matki,
- immunodeficyt u krewnych pozostających w kontakcie,
- infekcja HIV (bez objawów klinicznych).

HBV

- ciąża.

Rzeczywiste przeciwwskazania do szczepień „kalendarzowych”

Dla wszystkich szczepionek:

- reakcja anafilaktyczna na poprzednie szczepienie,
- przeciwwskazanie okresowe – choroba o średnio- lub ciężkim przebiegu w okresie szczepienia.

Dla BCG

- pierwotne zaburzenia odporności,
- stan po splenektomii,
- kliniczne objawy AIDS,
- przebyta gruźlica i dodatni odczyn tuberkulinowy.

Dla DPT/DaPT

- gorączka $\geq 40,5^{\circ}\text{C}$ w ciągu 48 h po poprzednim szczepieniu,
- zespół hipotenzyjno-hiporeaktywny w ciągu 48 h po poprzednim szczepieniu,
- drgawki w okresie 72 h po poprzednim szczepieniu,

- „krzyk mózgowy” przez więcej niż 3 h w ciągu 48 h po poprzednim szczepieniu,
- encephalopatia w ciągu 7 dni po poprzednim szczepieniu,
- postępujące choroby układu nerwowego i mięśniowego,
- wrodzone choroby metaboliczne przebiegające z uszkodzeniem układu nerwowego.

Dla OPV – przeciwwskazania:

- HIV u dziecka lub osób stykających się w rodzinie,
- stan zaburzonej odporności u szczepionego, jak również u osób kontaktujących się,
- ciąża,
- zespół złego wchłaniania jelitowego oraz przewlekła biegunka (w powyższych stanach należy szczepić IPV).

Dla IPV – przeciwwskazania:

- anafilaksja na białko jaja kurzego lub streptomycynę.

Dla MMR – przeciwwskazania:

- anafilaksja na białko jaja kurzego i neomycynę,
- ciąża,
- immunosupresja lub niedobory odporności wrodzone lub nabyte,
- pobranie gammaglobuliny w okresie do 3 mies. przed szczepieniem.

Przeciw HBV i Hib – przeciwwskazania nieznane.

Ze względu na często występujące wątpliwości w wielu indywidualnych przypadkach u dzieci przewlekle chorujących na różne choroby układowe lub narządowe jest pożądane organizowanie konsultacyjnych poradni ds. szczepień, gdzie lekarz i rodzice (pacjent) mogą zasięgnąć specjalistycznej porady, upewnić się odnośnie swej decyzji co do przeprowadzenia szczepienia, ewentualnie pod osłoną leków, diagnozować ewentualnie niepożądane odczyny poszczepienne.

Piśmiennictwo

1. Tomaszunas-Błaszczak J.: Lista niepożądanych odczynów poszczepiennych. Maszynopis, PZH, Warszawa 1994.
2. Bernatowska-Matuszkiewicz E., Michałowicz R.: Szczepienia ochronne u dzieci z chorobami układu nerwowego. *Przegl. Ped.* 1995, 25, 1: 61–67.
3. Committee on Infectious Diseases. *Am. Acad. Pediatrics. Red. Book* 1994, wyd. 23.
4. Dębiec B., Magdzik W.: Szczepienia ochronne u dzieci. PZWL, Warszawa 1991.
5. Gałązka A.: Zapobieganie chorobom Hib za pomocą polisacharydowej szczepionki skoniugowanej z nośnikiem białkowym. *Przegl. Ped.* 1998, 28 (3): 176.
6. Magdzik W. (red.): Szczepionki i immunoglobuliny. Informator wyd. II uzupełnione, PZWL, Warszawa 1999.
7. Konferencja „Szczepienia i Szczepionki”. *Przegląd Epidemiologiczny, Suplement I*, 1998, T. 52.
8. Ślusarczyk J. (red.): Państwowy Zakład Higieny. Szczepionki, Surowice, Preparaty enzymatyczne i alergeny zarejestrowane w Polsce. PZH Wyd. Met. Warszawa 1998.
9. Woynarowska B., Szajner-Milart I. (red.): Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Zarząd Główny. Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. *Poradnik dla lekarzy*, Wyd. Czelej, Lublin 1997.

Adres Autora:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Problemy onkologiczne w praktyce lekarza rodzinnego

Oncological problems in family practice

ANDRZEJ STANISZEWSKI

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej

Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Wstęp Na początku lat 60. nowotwory złośliwe w Polsce nie stanowiły istotnego czynnika zagrożenia życia w porównaniu z innymi krajami Europy [1]. Dotyczyło to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Obecnie jednak, pod koniec lat 90., obserwuje się – zwłaszcza wśród mężczyzn – bardzo szybki wzrost zagrożenia tymi chorobami. Specjaliści z Centrum Onkologii w Warszawie twierdzą, że gdyby w Polsce wprowadzić nowoczesne i kompleksowe metody zapobiegania nowotworom, można by uratować rocznie około 20 tys. osób więcej niż obecnie. Gdyby ponadto chorzy zgłaszali się wcześniej do lekarza, mieliby 25% więcej szans na wyleczenie.

Lekarze podstawowej opieki badają swoich pacjentów średnio 2,5–4 razy w ciągu roku [2,3]. Lekarz rodzinny, przyjmujący pacjenta w gabinecie, ma więc częstą i doskonałą okazję do prowadzenia profilaktyki chorób nowotworowych [2]. Zwalczanie tych chorób może obejmować: rozmowę na temat prewencji (ze szczególnym uwzględnieniem zaprzestania palenia tytoniu i konsumpcji alkoholu, zmiany nawyków dietetycznych oraz zwiększenia aktywności fizycznej), badanie przesiewowe (zwłaszcza w kierunku raka piersi, szyjki macicy i odbytnicy oraz nowotworów skóry i błon śluzowych) oraz szybką diagnostykę [2,6]. Edukacja pacjenta na temat nowotworów może być istotnym czynnikiem skracającym czas do momentu ustalenia rozpoznania oraz poprawiającym wyniki leczenia [2]. Lekarz rodzinny – jako pośrednik między pacjentem a leczeniem specjalistycznym (w tym przypadku – onkologicznym) – pełni również bardzo ważną rolę doradcy, który dysponuje odpowiednią wiedzą i całościowo traktuje problemy chorego. Ma to szczególne znaczenie przy podejmowaniu decyzji w procesie rozpoznawania i leczenia chorób nowotworowych [7]. Lekarze pierwszego kontaktu pełnią także istotną rolę w rozwiązywaniu psychospołecznych problemów swoich chorych, dostarczając im niezbędnej wiedzy i wsparcia psychicznego oraz wyjaśniając dręczące problemy [8].

Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce

Średnia zachorowań na nowotwory złośliwe systematycznie rośnie – wśród mężczyzn co roku przybywa 2% rozpoznanych przypadków raka; wśród kobiet wskaźnik ten jest wprawdzie niższy, ale również wzrasta o 0,66% rocznie [4]. Ocenia się, że obecnie w ciągu roku w Polsce zapada na raka ponad 110 tys. osób, a to oznacza, iż średnio co czwarty Polak zachoruje na nowotwór w ciągu swojego życia [4].

Nowotwory złośliwe są w naszym kraju drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów [1, 4]. W 1994 r. były przyczyną 21,5% zgonów mężczyzn i 17,9% zgonów kobiet [4]. W Polsce co roku na raka umiera ponad 70 tys. osób (30 tys. kobiet i 40 tys. mężczyzn), a więc co piąty Polak. Do roku 2010 liczba zgonów zwiększy się o dalsze 83% wśród mężczyzn i o 40% wśród kobiet – do 110 tys. [5]. U mężczyzn domi-

nuje rak płuca (35% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych w 1993 r.), u kobiet zaś raki: piersi (13,6% wszystkich zgonów z powodu nowotworów) oraz płuca (9,6% zgonów) [4]. Charakterystykę tych najczęstszych nowotworów przedstawia tabela 1.

Przyczyny opóźnienia w rozpoznawaniu i leczeniu nowotworów złośliwych

Mimo postępów w rozpoznawaniu i leczeniu nowotworów złośliwych i powszechnej znajomości w onkologii twierdzenia „im wcześniejsze rozpoznanie, tym lepsze rokowanie”, w większości przypadków raka diagnostykę prowadzi się dopiero wtedy, gdy pacjent sam zauważy objawy choroby i zechce w ogóle szukać pomocy lekarskiej [2]. Zaawansowanie procesu nowotworowego pozostaje więc jednym z istotnych czynni-

Tabela. 1. Najczęstsze nowotwory złośliwe występujące w populacji polskiej

	Rak płuca	Rak piersi																																				
Liczba zachorowań (dane z 1993 r.) [4]	19,738 [29,5% nowotworów złośliwych u mężczyzn; 7,2% u kobiet]	8416 (w tym 114 wśród mężczyzn) [17,4% nowotworów złośliwych u kobiet]																																				
Liczba zgonów*	18,295 [34,9% zgonów mężczyzn na nowotwory złośliwe; 9,6% zgonów kobiet] <i>Wskaźniki zachorowań przewyższają średnią światową; w okresie 1963–1993 nastąpił dwukrotny wzrost zachorowań u mężczyzn i blisko trzykrotny u kobiet</i>	4381 (w tym 35 wśród mężczyzn) [13,6% zgonów kobiet na nowotwory] <i>Najczęstszy nowotwór u kobiet, zwłaszcza po 40 r.ż.</i>																																				
Czynniki ryzyka	Palenie tytoniu (85–90% wszystkich przypadków); środowiskowa ekspozycja w miejscu pracy (azbest, związki organiczne); ekspozycja na promieniowanie, radon (zwłaszcza wśród palaczy) i dym tytoniowy w otoczeniu („bierne” palenie)	Dziedziczne mutacje w genach BRCA1 lub BRCA2; starzenie się; wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki; późna menopauza; bezdzietność lub I poród po 30 r.ż.; rak drugiej piersi w wywiadzie; rak piersi w rodzinie; dieta wysokotłuszczowa (?); hormonalna terapia zastępcza trwająca dłużej niż 5 lat																																				
Pierwsze objawy	Uporczywy kaszel; krwiotok; świszczący oddech; ból w klatce piersiowej lub barku; obrzęk twarzy lub szyi; nawracające infekcje układu oddechowego	Typowo bezbolesny guzek w piersi (czasami jednak może towarzyszyć mu bolesność); wszelkie zmiany kształtu, barwy albo utkania gruczołu piersiowego lub brodawki; wydzielina z brodawki lub jej tkliwość uciskowa																																				
Wykrycie i rozpoznanie	Zdjęcie RTG klatki piersiowej; badanie cytologiczne płwociny; bronchoskopia	Samokontrola i badanie kliniczne piersi; mammografia (zalecana co roku u kobiet po 50 r.ż.)																																				
Obecne metody leczenia	1. rak drobnokomórkowy – chemioterapia ± radioterapia 2. raki niedrobnokomórkowe – leczenie głównie chirurgiczne <i>Nowe podejście:</i> testowane są nowe chemioterapeutyki (np. taksany) i modyfikatory odpowiedzi biologicznej; próby kliniczne terapii genowej	1. zlokalizowany guz - mamektomia lub tylko usunięcie samego guza (tumorektomia) i radioterapia 2. zaawansowany nowotwór – chemio-, radio-, hormonoterapia <i>Nowe podejście:</i> chemioterapia (wysokie dawki) skojarzona z przeszczepem szpiku; neoadjuwantowa chemioterapia																																				
Odsetek przeżyć 5-letnich (%)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>USA</th> <th>Polska</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>wszystkie stadia</td> <td>13,4</td> <td>6,4–9,0</td> </tr> <tr> <td>guz zlokalizowany</td> <td>47,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>guz zaawansowany</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> miejscowo</td> <td>17,2</td> <td></td> </tr> <tr> <td> przerzuty odległe</td> <td>1,7</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		USA	Polska	wszystkie stadia	13,4	6,4–9,0	guz zlokalizowany	47,4		guz zaawansowany			miejscowo	17,2		przerzuty odległe	1,7		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>USA</th> <th>Polska</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>wszystkie stadia</td> <td>83,2</td> <td>65,5</td> </tr> <tr> <td>guz zlokalizowany</td> <td>96,1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>guz zaawansowany</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> miejscowo</td> <td>74,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td> przerzuty odległe</td> <td>19,8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		USA	Polska	wszystkie stadia	83,2	65,5	guz zlokalizowany	96,1		guz zaawansowany			miejscowo	74,9		przerzuty odległe	19,8	
	USA	Polska																																				
wszystkie stadia	13,4	6,4–9,0																																				
guz zlokalizowany	47,4																																					
guz zaawansowany																																						
miejscowo	17,2																																					
przerzuty odległe	1,7																																					
	USA	Polska																																				
wszystkie stadia	83,2	65,5																																				
guz zlokalizowany	96,1																																					
guz zaawansowany																																						
miejscowo	74,9																																					
przerzuty odległe	19,8																																					

ków wpływających na złe wyniki leczenia [9]. Stąd przeżycia chorych na nowotwory złośliwe ogółem w populacji polskiej są znacznie gorsze od przeżyć np. w populacji USA (32% przeżyć 5-letnich w Polsce i 55% w USA) [9, 11].

Do oceny przyczyn opóźnionego leczenia można zastosować kryteria sformułowane przez WHO (1966) oraz Packa i Gallo (1983) [9], według których:

1. leczenie jest **opóźnione z winy chorego** – jeśli między zauważeniem pierwszego objawu a pierwszym badaniem lekarskim minęły więcej niż 3 miesiące,
2. leczenie jest **opóźnione z winy lekarza** – jeśli od daty pierwszego badania a skierowaniem

chorego do leczenia specjalistycznego minął więcej niż 1 miesiąc,

3. leczenie jest **opóźnione z przyczyn organizacyjnych** (brak miejsc w szpitalu, przedłużony okres badań diagnostycznych) – jeśli okres między datą pierwszego badania w zakładzie specjalistycznym a rozpoczęciem właściwego leczenia wynosi więcej niż 1 miesiąc.

Z bardzo nielicznych publikacji ogłoszonych w Polsce na ten temat wynika, że blisko 62% chorych rozpoczyna leczenie specjalistyczne z opóźnieniem [9, 10]. Średni czas opóźnienia z winy samych pacjentów wynosił prawie 15 miesięcy, z winy lekarza – 7 miesięcy, a z przyczyn organizacyjnych – 5 tygodni [9].

Badania prowadzone w USA pozwoliły na identyfikację czynników powodujących zwłokę pacjentów w szukaniu pomocy lekarza [2]. Do najczęstszych czynników należą: strach i zaprzeczenie choroby, niewiedza (brak informacji nt. sygnałów ostrzegających o chorobie nowotworowej) oraz względy finansowe.

Wyobrażenie o nowotworze złośliwym jako nieubłaganej i wyniszczającej chorobie, którą leczy się trudnymi do zaakceptowania metodami (okaleczające zabiegi chirurgiczne, toksyczna chemioterapia), prowadzi do świadomej zwłoki w szukaniu pomocy medycznej, spowodowanej strachem – dopóki objawy nie zaczną w istotny sposób wpływać niekorzystnie na dotychczasowy sposób życia pacjentów [2, 13]. Jednocześnie zostają uruchomione nieświadome mechanizmy psychologiczne zaprzeczenia. Jest to normalna reakcja obronna wobec zagrożenia, która umożliwia zyskanie na czasie, aby pacjent sam mógł uznać bolesne fakty bez popadania w skrajne przygnębienie. Ocenia się, że w codziennej praktyce lekarskiej nawet do 20% wizyt ambulatoryjnych powodowanych jest strachem lub myślami o nowotworze złośliwym. Holtedahl [cyt. wg 2] trafnie ujął to w stwierdzeniu: „Lekarz POZ rozpoznaje nowotwór złośliwy średnio tylko raz w miesiącu, ale wyklucza tę chorobę każdego dnia”. Na uwagę zasługuje fakt, że pacjenci mający dobre – oparte na wzajemnym zaufaniu – stosunki ze swoim lekarzem i przechodzący u niego regularne kontrole wyraźnie krócej zwlekają z szukaniem pomocy z powodu objawów nowotworu złośliwego [2].

Drugim czynnikiem opóźniającym zgłaszanie się pacjentów do lekarza jest niedostateczne uświadomienie społeczeństwa i brak odpowiedniej informacji nt. objawów ostrzegawczych choroby nowotworowej [2]. W Polsce 70% kobiet podejrzewających u siebie raka piersi nie decyduje się tego sprawdzić. W rezultacie leczeniu operacyjnemu poddawana jest tylko 1/3 przypadków tego nowotworu, a zatem u pozostałych 2/3 chorych rozpoznanie jest opóźnione i leczenie rozpoczynane dopiero w bardziej zaawansowanych stadiach choroby (pierwotnie nieoperacyjnych) (zwłoka w rozpoczęciu leczenia z winy chorych, wynosząca blisko 15 miesięcy, dotyczy właśnie przede wszystkim kobiet z rakiem piersi) [12]. W Europie z kolei 84% kobiet wie o konieczności samobadania piersi, ale tylko 50% je stosuje; podobnie 58% kobiet wie o konieczności wykonywania badania mammograficznego po 50 r.ż., ale tylko 13% poddaje się temu badaniu [12]. Jeśli chodzi o raka płuca, to przeprowadzone w ośrodku zakopiańskim badania wykazały, że uświadomienie społeczeństwa (oświata zdrowotna) osiągnęło w końcu lat 70. – jak się wydaje – pułap efektywności, gdyż 65% chorych zgłosiło

się wówczas do lekarza w ciągu 2 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów nowotworu, a łącznie w ciągu 1 miesiąca – aż 73% [10]. Jednak większość z nich została przyjęta do ośrodków specjalistycznych z opóźnieniem.

Trzecim czynnikiem opóźniającym rozpoznanie i leczenie nowotworów z winy pacjentów są warunki ekonomiczne. Prawdopodobnie również w Polsce mogą one odgrywać istotną rolę. Badania w USA wykazały, że pacjenci, których wizyta u lekarza wiązała się z opłatą, czekali dłużej po pojawieniu się objawów niż pacjenci leczeni na koszt instytucji ubezpieczeniowych [2]. Również w USA problemem jest brak odpowiedniego dostępu do pomocy medycznej dla ludzi ubogich i nieubezpieczonych, zatłoczenie szpitali dla ubogich oraz brak odpowiednich funduszy. W rezultacie osoby należące do niezamożnych grup społecznych starają się unikać kontaktów ze służbą zdrowia, o ile nie są one konieczne. I dlatego przerzuty raka piersi stwierdza się w momencie ustalenia rozpoznania u 22% pacjentek „rejonowych” szpitala zapewniającego pomoc medyczną ludziom ubogim, a tylko u 6% pacjentek „prywatnych”, leczonych w tym samym szpitalu [2].

Należy z naciskiem stwierdzić, że losy chorego na nowotwór złośliwy zależą w dużej mierze od czujności lekarza pierwszego kontaktu. Jednak największe utrudnienie stwarza tu fakt, że objawy wielu nowotworów są niestety nieswoiste i trudne do odróżnienia od objawów procesów łagodnych. Poza tym sygnały ostrzegające o nowotworze złośliwym występują też często u zdrowych ludzi dorosłych [2]. Dotyczy to np. początkowych objawów raka jelita grubego (krwawienie z odbytu, zmiana w sposobie oddawania stolca), raka jajnika (ogólne osłabienie, częste oddawanie moczu) czy raka płuca. Tabela 2 przedstawia listę siedmiu „klasycznych” sygnałów ostrzegających o nowotworze złośliwym, opracowaną przez American Cancer Society [2].

Autorzy polscy podkreślają, że w przypadku chorych, u których opóźnienie leczenia wynikało z winy lekarza, aż 62% z nich zgłaszało objawy uznane za typowe dla danego nowotworu, a mimo to objawy te zostały mylnie zinterpretowane

Tabela 2. Sygnały ostrzegające o nowotworze złośliwym

1. Zmiana w sposobie oddawania moczu lub stolca
2. Nie gojące się owrzodzenie
3. Nieprawidłowe krwawienie lub wyciek
4. Zgrubienie (stwardnienie) lub guzek – w piersi lub gdziekolwiek indziej
5. Niestrawność lub trudności w połykaniu
6. Wyraźna zmiana brodawki skórnej lub znamienia
7. Męczący kaszel lub chrypka

przez lekarzy i ostatecznie nie rozpoznane [9]. Zdarzało się, że w 50% przypadków raka płuca lekarz kierujący chorego do szpitala w ogóle nie podejrzewał nowotworu [14]. Również w połowie przypadków błędne odczytanie radiogramów spowodowało podjęcie niewłaściwego leczenia przeciwzapalnego (swoistego i nieswoistego), a opóźnienie wyniosło 6–8 miesięcy [15]. Inne doniesienie mówi, że tylko 13,5% pacjentów z rakiem płuca trafiło do ośrodka specjalistycznego (pneumonologicznego, torakochirurgicznego lub onkologicznego) w ciągu 2 tygodni od pierwszej wizyty u lekarza, natomiast w ciągu 1 miesiąca – łącznie 41%; połowa chorych została jednak przyjęta znacznie później – dopiero w ciągu 6 miesięcy [10]. Znajomość typowych objawów nowotworów, pozwalających na ustalenie wstępnego rozpoznania nawet w warunkach ambulatoryjnych, powinna obowiązywać wszystkich lekarzy [9].

Wydaje się, że przyczyną opóźnionych rozpoznań jest również brak aktywności diagnostycznej lekarzy. Spostrzegając nawet objawy choroby, nie dążą oni wystarczająco energicznie do ustalenia ostatecznego rozpoznania (lub przynajmniej skierowania chorego do ośrodka specjalistycznego, w którym rozpoznanie takie mogłoby zostać ustalone), stosują natomiast przedłużające się leczenie objawowe. Niepokojący jest przy tym fakt, że większość opóźnień w leczeniu nowotworów z winy lekarza dotyczy chorych już hospitalizowanych w szpitalach ogólnych [9].

Wśród przyczyn organizacyjnych, odpowiedzialnych za opóźnienie rozpoznawania i leczenia nowotworów – dotyczące nawet 30% chorych – autorzy wymieniają: konieczność przeniesienia pacjenta do innego ośrodka, remonty sal operacyjnych, awarie i konserwacje aparatury, a przede wszystkim długie oczekiwanie na wynik badania histopatologicznego [10].

Profilaktyka nowotworów w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)

Profilaktyka onkologiczna obejmuje dwa rodzaje działań:

- **profilaktykę pierwotną**, której istotą jest eliminacja czynników rakotwórczych (np. chemicznych karcinogenów, występujących w środowisku pracy),
- **profilaktykę wtórną**, polegającą na skryningu i wczesnym rozpoznawaniu nowotworów [16].

Rola zespołów podstawowej opieki zdrowotnej – w tym również prowadzących praktykę ogólnolekarską lekarzy rodzinnych – w zapobieganiu i wczesnym rozpoznawaniu nowotworów

złośliwych polega przede wszystkim na realizacji następujących zadań [17]:

1. doradzanie, jak rzucić palenie,
2. ograniczenie nadużywania alkoholu i zmniejszenie jego spożycia w ogóle,
3. poradnictwo dietetyczne,
4. doradzanie ludziom, aby nie poddawali się nadmiernej ekspozycji na promieniowanie słoneczne,
5. identyfikacja kobiet z grupy ryzyka raka piersi i poradnictwo dotyczące skryningu tego nowotworu,
6. realizacja skutecznego programu badań cytologicznych wymazu z szyjki macicy i pochwy u kobiet.

Palenie tytoniu jest najważniejszą pojedynczą przyczyną nowotworów, znacząco ważniejszą niż wszystkie inne [18]. Wywołuje wiele typów nowotworów i jest przyczyną około 30% wszystkich zgonów spowodowanych nowotworami (w tym: aż 80–90% zgonów z powodu raka płuca, części zgonów z powodu nowotworów jamy ustnej, tchawicy, gardła, krtani, przełyku i pęcherza moczowego; być może także niektórych zgonów z powodu nowotworów trzustki i nerek) [18, 19]. Zwłaszcza palenie papierosów niesie ze sobą znacznie większe ryzyko raka płuca niż palenie tytoniu w innej formie, przy czym ryzyko to rośnie wraz z liczbą wypalanych papierosów i zależy też od czasu trwania nałogu.

Walka z paleniem musi znaleźć się w centrum uwagi w każdym programie zapobiegania nowotworom. Ze względu na ograniczenia finansowe w POZ, indywidualny wysiłek powinien być skupiony na pacjentach z grupy najwyższego ryzyka, pragnących rzucić palenie, jednak muszą uzupełniać go także działania w stosunku do całej populacji. Krótkie, zwięzłe porady udzielane przez lekarzy rodzinnych w czasie rutynowych konsultacji okazały się bardziej skuteczne niż nieudzielenie takich porad (5% palaczy rzuca palenie na co najmniej rok w porównaniu z 1% osób nie otrzymujących żadnej porady – wydaje się to mało, ale należy pamiętać, że rezultaty potęgują się dzięki dużej liczbie kontaktów z ogólną populacją i dzięki dużej liczbie lekarzy rodzinnych – dane z Wielkiej Brytanii) [18]. Krótka porada jest bardziej skuteczna, gdy podkreśla się szybko pojawiające się korzyści z zaprzestania palenia, a nie straszy odległymi, groźnymi skutkami nałogu. Uzupełnieniem krótkich porad udzielanych pacjentom uzależnionym od nikotyny, którzy pragną rzucić palenie i mają do tego motywację, jest leczenie zastępczymi źródłami nikotyny (tj. gumą do żucia lub plasterkami zawierającymi nikotynę). Należy też opracować proste schematy działania (protokoły pomocy pacjentom) i postępować zgodnie z nimi.

Alkohol jest drugą pod względem znaczenia – po paleniu papierosów – udowodnioną przyczyną

nowotworów. Dotyczy to zwłaszcza nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku oraz wątroby. Z nadmiernym spożywaniem alkoholu wiąże się też 3% wszystkich zgonów spowodowanych przez nowotwory, a picie łącznie z paleniem tytoniu – dzięki synergizmowi działania – potęguje ryzyko zachorowania na nowotwory i może odpowiadać już za 10% zgonów z powodu nowotworów złośliwych [20]. Co ciekawe, największe ryzyko nowotworów jamy ustnej, gardła i przełyku stwarza nadmierne picie i spożywanie małych ilości owoców i warzyw. Niewielkie ryzyko występuje przy umiarkowanym piciu u prawidłowo żywiących się osób niepalących [20].

Rola podstawowej opieki medycznej w ograniczaniu nadużywania alkoholu polega na rozpoznaniu osób zagrożonych ryzykiem alkoholizmu i pomaganiu im w zmniejszaniu spożycia alkoholu. Ocenia się, że nadużywający alkoholu korzystają dwukrotnie częściej z porad lekarskich niż pijący mało, co w praktyce lekarza rodzinnego stwarza dobrą okazję do działania skierowanego na najbardziej zagrożonych [20]. W opiece podstawowej można zastosować proste metody przesiewowe. Jedną z nich opracowała WHO z przeznaczeniem do stosowania w praktyce lekarzy rodzinnych – dla osób z wczesnymi objawami problemów alkoholowych (ankieta AUDIT = alcohol use disorders identification test) [20].

Podobnie jak w przypadku zwalczania palenia tytoniu, tak i tutaj wykazano skuteczność doraźnych interwencji w postaci krótkich (5–10-minutowych) rozmów przeprowadzanych przez lekarzy ogólnych z pacjentami nadużywającymi alkoholu. Mają one również na celu identyfikację osób o zwiększonym ryzyku oraz udzielenie im indywidualnie dobranej porady i dostarczenie niezbędnych informacji. Okazuje się, że taka zwykła porada połączona z wręczeniem ulotki prowadzi do około 25–35% zmniejszenia picia alkoholu w obserwacji 6-miesięcznej lub rocznej i do około 45% zmniejszenia odsetka pijących nadmiernie, przy czym większą skuteczność interwencji zanotowano wśród mężczyzn niż wśród kobiet [20].

Dieta może wpływać na występowanie nowotworów złośliwych. Dowodów na to dostarczają badania doświadczalne na zwierzętach i badania epidemiologiczne, z których wynika, że jest ona prawdopodobnie jednym z głównych czynników etiologicznych raka jelita grubego i żołądka, a także m.in. raka piersi i prostaty [21]. Odnosi się to szczególnie do tłuszczów zwierzęcych (nasyconych) w mięsie białym (drób, ryby), a zwłaszcza czerwonym (pozostałe gatunki mięsa) [19], jak również do diety zbyt obfitej – prowadzącej do otyłości, która u dorosłych kobiet uważana jest za istotną przyczynę raka endometrium oraz raka piersi po menopauzie, aczkolwiek związek

między tymi nowotworami i nadmiernym spożyciem kalorii jest słabiej udokumentowany [21].

Modyfikacje diety mogą zmniejszyć zagrożenie nowotworem złośliwym aż o 1/3, a może nawet o 2/3 [21]. Trudno jednak określić, jakie konkretnie interwencje dietetyczne dałyby ten efekt, ponieważ dane na temat takich interwencji są zwykle rozbieżne lub mają bardziej teoretyczny charakter. Wyjątkiem są tu dobrze udokumentowane dowody, zgodnie wskazujące, że spożywanie dużych ilości owoców i warzyw chroni przed nowotworami, a w szczególności nowotworami układu oddechowego i pokarmowego. Efektu ochronnego nie stwierdzono w odniesieniu do nowotworów hormonozależnych [21]. Niektóre substancje, zawarte w owocach i jarzynach, mają z kolei wyraźny związek z lokalizacją nowotworów. I tak spożywanie witaminy C i karotenoidów, a więc antyoksydantów, wydaje się zmniejszać ryzyko nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku i żołądka. Istnieją sugestie, że β -karoten zawarty w diecie, surowe owoce i warzywa oraz dodatkowe podawanie witaminy E zmniejszają ryzyko raka płuca u osób niepalących. Włókna pokarmowe (m.in. błonnik) miałyby chronić przed rakiem jelita grubego; nie stwierdzono jednak ochronnego wpływu włókien zbożowych, natomiast wpływ taki był widoczny w odniesieniu do włókien pochodzących z warzyw.

Zapewnienie skutecznych interwencji żywieniowych w POZ napotyka na wiele przeszkód [21]. Badania wykazały, że wiedza lekarzy i pielęgniarek POZ na temat diety jest niepełna, a czasem mylna, ponadto ich umiejętności w zakresie udzielania porad dietetycznych są niewystarczające. Jakie zadania stoją więc przed lekarzami rodzinnymi i ogólnymi, pracującymi w POZ? Zalecenia dietetyczne dla ich pacjentów powinny mieć raczej charakter uniwersalny i odnosić się do zapobiegania chorobom przewlekłym (zwłaszcza chorobie niedokrwiennej serca), a nie tylko nowotworom. Obserwacje epidemiologiczne wskazują, że „złotym standardem” żywieniowym może okazać się tzw. dieta śródziemnomorska. Powinna zawierać dużo warzyw, owoców i roślin strączkowych, a mało czerwonego mięsa, nasyconych tłuszczów, soli i cukru. Węglowodany należy spożywać w postaci pełnego ziarna (np. w razowym pszennym chlebie i brązowym ryżu); unikać pieczywa białego i białego ryżu. Tłuszcze nienasycone powinny pochodzić głównie z roślin – szczególnie wartościowa wydaje się oliwa z oliwek [22].

Niezbędnym składnikiem interwencji, dotyczących zarówno zaprzestania palenia tytoniu, jak i ograniczenia spożycia alkoholu, powinny być krótkie porady udzielone przez lekarza. Należy je jak najlepiej przystosować do potrzeb poszczególnych pacjentów. Porady powinny być

praktyczne, pozytywne i trafne (odnoszące się bezpośrednio do konkretnej sytuacji). Porady ustne należy uzupełnić prostymi, dobrze ilustrowanymi broszurami. Takie krótkie informacje, porady i wsparcie mogą okazać się bardziej użyteczne niż metody bardziej szczegółowe i wyszukane [21]. Pielęgniarki mogą natomiast odegrać ważną rolę, sprawując długofalową kontrolę nad realizacją porad udzielanych przez lekarza rodzinnego. Przedstawione tu zagadnienia nie wyczerpują w żaden sposób złożonej problematyki, jaką stwarza pacjent z chorobą nowotworową, znaj-

dujący się pod opieką m.in. lekarza rodzinnego. Jego zmieniona w wyniku zachorowania sytuacja życiowa – zawodowa, osobista i społeczna, a także jego stosunek do choroby, wzajemne relacje z rodziną i otoczeniem, wreszcie – z lekarzem podstawowej opieki, specjalistami i pozostałym personelem medycznym, stanowią nieustanne wyzwanie, któremu można sprostać dzięki wspólnemu działaniu wielodyscyplinarnej grupy specjalistów oraz włączeniu samych chorych w proces podejmowania decyzji, dotyczących przede wszystkim wyboru rodzaju leczenia.

Piśmiennictwo

1. Tyczyński J., Zatoński W.: Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce. *Nowa Medycyna* 1996, 6: 3–6.
2. Love N.: Przyczyny opóźnienia w szukaniu pomocy lekarskiej przez pacjentów z objawami nowotworu złośliwego. *Medycyna Po Dyplomie* 1992, 1: 92–97.
3. Williams P.A., Williams M.: Barriers and incentives for primary-care physicians in cancer prevention and detection. *Cancer* 1987; 60 (8 Suppl.): 1970–1978.
4. Wronkowski Z.: Rak w Polsce. *Świat Nauki* 1996, 11: 105–106.
5. Michalak J.: Cena strachu. *Wprost* 1992, 19: 58–59.
6. Zatoński W.: Stan zdrowia Polaków. *Medycyna Po Dyplomie* 1994, 3: 15–22.
7. Love N.: Rak sutka w praktyce lekarza pierwszego kontaktu. *Medycyna Po Dyplomie* 1996, 2: 22.
8. Williams T.R., O'Sullivan M., Snodgrass S.E., Love N.: Psychospołeczne problemy chorych na raka piersi. *Medycyna Po Dyplomie* 1997, 6: 109–118.
9. Pawlicki M., Rachtan J., Brandys A., Rolski J., Koralewski P., Pawłęga J., Żuchowska-Vogelgesang B.: Przyczyny opóźnień leczenia chorych na nowotwory złośliwe. *Post. Nauk Med.* 1992, 5: 35–36.
10. Góralczyk J., Buchwald J., Drózd W., Harazda M., Kołodziejczyk E., Krynicka E., Łączyńska E., Łukasiewicz M., Mackowska I., Młodkowski J., Tatarczuch A.: Czy opóźnienie rozpoznania i leczenia raka płuca jest nadal aktualnym problemem? *Pol. Tyg. Lek.* 1985, 40: 403–406.
11. Nowotwory złośliwe w Polsce w 1984. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Warszawa 1987.
12. Kułakowski A.: Przedmowa do wydania polskiego Sympozjum „Rak sutka w praktyce lekarza pierwszego kontaktu”. *Medycyna Po Dyplomie* 1996, 2: 23–25.
13. Wronkowski Z., Jokiel M., Załucki W.: Onkologia praktyczna w zarysie. PZWL, Warszawa 1986.
14. *Pol. Tyg. Lek.* 1982, nr 26.
15. Kołodziejka H. i wsp.: Opóźnienie rozpoznania raka oskrzela. *Pol. Tyg. Lek.* 1963, 25: 3.
16. Jasiński W.: Zasady programowania walki z nowotworami. Wyd. Ossolineum, Wrocław 1979.
17. Austoker J.: Cancer prevention in primary care. BMJ Publishing Group, London 1995.
18. Austoker J., Sanders D., Fowler G.: Palenie tytoniu a nowotwory: zaprzestanie palenia. *BMJ (wyd. pol.)* 1995, 9: 30–37.
19. Trichopoulos D., Li F.P., Hunter D.J.: Co powoduje raka? *Świat Nauki* 1996, 11: 50–58.
20. Austoker J.: Zmniejszanie spożycia alkoholu. *BMJ (wyd. pol.)* 1995, 6: 26–33.
21. Austoker J.: Profilaktyka nowotworów w podstawowej opiece zdrowotnej. Dieta a nowotwory. *BMJ (wyd. pol.)* 1995, 8: 34–41.
22. Willett W.C., Colditz G.A., Mueller N.E.: Jak obniżyć ryzyko zachorowania. *Świat Nauki* 1996, 11: 60–66.

Adres Autora:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Lekarz rodzinny a choroby gruczołu piersiowego – postępowanie

Family doctor and the management of breast diseases

ANDRZEJ STANISZEWSKI

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej

Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Wstęp Dolegliwości ze strony gruczołów piersiowych są często niepokojące i dlatego stają się również częstą przyczyną zgłaszania się kobiet do lekarzy rodzinnych. Dotyczy to zarówno objawów związanych ze zmianami o charakterze niezłośliwym, jak i tych, które mogą świadczyć o raku piersi. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przez Instytut Gallupa na zlecenie Breast Care Campaign wykazały, że 83% kobiet z objawami ze strony gruczołów piersiowych uspokaja się słysząc, że ich dolegliwości nie stanowią istotnego problemu klinicznego, ale wciąż ponad połowa pacjentek (61%) zostaje kierowana do specjalistów [1].

W Polsce praktycznie jeszcze nie istnieje sieć specjalistycznych ośrodków szybkiej diagnostyki chorób piersi (na wzór brytyjskich „breast unit” lub „breast clinic”), w których współpracują: chirurg, radiolog, histopatolog, onkolog i odpowiednio przeszkolona pielęgniarka [2]. Na lekarzy rodzinnych spada więc dodatkowy obowiązek radzenia sobie ze wstępną oceną pacjentek i kierowania ich na badania. „Złotym standardem” w diagnostyce chorób piersi jest obecnie połączenie badania klinicznego (palpacyjnego), metod obrazowania gruczołu (mammografia lub USG) i biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC), zwane również „badaniem potrójnym” piersi [3].

Przedstawione algorytmy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, zaczerpnięte głównie z piśmiennictwa brytyjskiego i amerykańskiego [1,4,5] i zaadaptowane do polskich warunków, mają ułatwić lekarzom pierwszego kontaktu podejmowanie decyzji w przypadku zgłaszania się pacjentek z różnymi dolegliwościami ze strony gruczołów piersiowych.

Nieżłośliwe choroby piersi

Nieżłośliwe choroby gruczołu sutkowego mogą objawiać się w postaci guzka piersi, wydzieliny z brodawki, a najczęściej – bólu piersi (mastalgia, mastodynia).

1. Pojedynczy guzek piersi lub guzki mnogie

Pojedyncza zmiana ogniskowa w piersi (guzek), niezależnie od wieku zgłaszającej się kobiety, zawsze wymaga skierowania do specjalisty, podobnie jak asymetryczna guzkowatość występująca u kobiet po 35 r.ż. oraz u tych, które są obciążone wywiadem rodzinnym raka piersi. Asymetryczna guzkowatość u kobiet przed 35 r.ż. bez obciążającego wywiadu rodzinnego powinna być ponownie oceniona po upływie 6 tygodni. Jeśli do tego czasu zmiany ustąpiły, można pacjentkę uspokoić, natomiast jeśli utrzymują się – należy skierować ją do specjalisty [1].

2. Wydzielina z brodawki bez stwierdzonego guzka

Konsultacji specjalistycznej zawsze wymaga ją: wyciek z brodawki sutkowej u kobiety po 50

r.ż., a przed 50 r.ż. – obfita wydzielina, wydzieli-na podbarwiona krwią lub długo utrzymujący się wyciek z pojedynczego przewodu gruczołowego. Wyciek z wielu przewodów u pacjentki przed 50 r.ż. powinien zostać zbadany na obecność krwi (jeśli jej domieszka w wydzielinie nie jest makroskopowo widoczna) w taki sam sposób, jak bada się mocz w kierunku hematurii (za pomocą testów paskowych – np. Haemastix, Multistix, Labstix). W razie stwierdzenia krwistego wycieku wskazana jest konsultacja [1, 4, 6]. Niewielka ilość wydzieliny (zabarwionej lub nie), w której nie wykryto obecności krwi, nie stanowi powodu do niepokoju.

3. Ból piersi bez obecności pojedynczego guzka

Bolesność piersi (mastalgia, mastodynia) może mieć charakter cykliczny lub nie wiązać się z cyklem miesięczkowym – ważne jest odróżnienie tych dwóch typów dolegliwości.

Cykliczne bóle piersi często związane są z rozlanymi zmianami guzkowatymi, a sama guzkowatość także ma przebieg cykliczny. Wiele pa-

cjentek z cykliczną mastalgią o niewielkim nasileniu szuka porady lekarskiej raczej w celu wyjaśnienia problemu i uspokojenia się niż otrzymania konkretnego leczenia. Ponieważ ważną rolę w powstawaniu bólu mogą odegrać czynniki dietetyczne, wskazane jest ograniczenie całkowitego spożycia tłuszczów (ze szczególnym uwzględnieniem kwasów tłuszczowych nasyconych) z jednoczesnym zwiększeniem spożycia węglowodanów. Pomocne może być również ograniczenie płynów i wyeliminowanie z diety metyloksantyn (kawa, Coca-cola) oraz czekolady.

Przy dolegliwościach nasilonych do tego stopnia, że istnieje potrzeba ich leczenia, wskazane jest zastosowanie:

- jako leku I rzutu: kwasu gamma-linolenowego (gamolenic acid, GLA) w dawce 240–320 mg (zwykle 6 kaps./dz) przez 4 miesiące,
- w razie niepowodzenia terapii przy użyciu GLA: danazol 100 mg/dz. p.o. przez 2 cykle miesięczkowe; w przypadkach opornych dawkę należy zwiększyć do 200 mg/dz., a po uzyskaniu efektu terapeutycznego – po 3 miesiącach stopniowo ją zmniejszyć, kontynuując leczenie łącznie do 6 miesięcy,
- u pacjentek nie tolerujących danazolu: bromokryptyna – z uwagi na objawy uboczne należy stopniowo zwiększać dawkę od 1 mg/dz. p.o. do osiągnięcia dawki 2 x dz. 2,5 mg, którą utrzymuje się przez 3–6 miesięcy.

Bóle piersi niecykliczne występują często u starszych kobiet z dolegliwościami ze strony stawów w wywiadzie; wiele z tych pacjentek wykonuje ciężką pracę fizyczną. Ból jest zwykle jednostronny i może promieniować zarówno ku dołowi w kierunku przyśrodkowych kwadrantów piersi, jak też wzdłuż bocznej ściany klatki piersiowej. Największa tkliwość występuje w miejscach połączeń chrzęstno-żebrowych lub nad mięśniami międzyżebrowymi i żebrami na bocznym brzegu m. piersiowego większego. Dolegliwości te mają zwykle charakter bóli mięśniowo-kostnych i mogą ustępować pod wpływem niesteroidowych leków przeciwzapalnych (także stosowanych miejscowo – np. w postaci żelu), a tylko w 40% przypadków reagują na leczenie hormonalne.

Piśmiennictwo

1. Knott L.J.: Benign breast disease: to refer or not to refer? *Family Medicine* 1997, 1 (6): 23–25.
2. The Breast Surgeons Group of the British Association of Surgical Oncology: Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast diseases in the United Kingdom. *Eur. J. Surg. Oncol.* 1995, 21 (Suppl. A): 1–13.
3. Barrett-Lee P.J., Thompson C.K.: Early breast cancer. Update 1997, 55 (4): 246–256.
4. Dixon J.M., Mansel R.E.: ABC chorób sutka: Ocena objawów i zasady postępowania. *BMJ* (wyd. pol.) 1996, nr 1 (17): 46–51.
5. Hansen N., Morrow M.: Breast disease. *Med. Clin. North. Am.* 1998, 82 (2): 203–222.
6. State D.: Wydzielina z brodawki sutkowej u kobiet: powód do niepokoju? *Medycyna Po Dyplomie* 1993, 2 (1): 143–145.

Rak piersi

Lekarze rodzinni mogą odegrać bardzo ważną rolę we wczesnym wykrywaniu raka piersi, zachęcając wybrane grupy pacjentek do poddania się badaniom przesiewowym. Stwierdzono bowiem, że skryning przynosi korzyści tylko wtedy, jeśli więcej niż 70% populacji, która jest jego celem, skorzysta z zaproszenia i zgłosi się na badanie [3].

Skryningiem powinny być objęte kobiety w wieku 50–64 lat. Do zadań lekarza rodzinnego należy nakłonienie tej grupy do poddania się badaniu, a jeśli to już nastąpi – przypomnienie im o konieczności powtarzania badania co 3 lata i wzywanie na kolejny skryning. Tym, które nie zgłoszą się same, należy wytłumaczyć cel badania przesiewowego, rozwiać wątpliwości i podkreślić korzyści, jakie może ono przynieść. Należą do nich: wykrycie raka piersi we wczesnym jego stadium (mały guzek, choroba jeszcze nie rozprzestrzeniona) oraz zmniejszenie śmiertelności z powodu tego nowotworu nawet o 40% u tych osób, które poddają się regularnemu skryningowi [3].

Jeśli podczas skryningu zostaną wykryte nieprawidłowości w obrazie mammograficznym, a pacjentka skierowana do specjalisty, lekarz rodzinny może udzielić jej przedtem wsparcia, dodatkowej porady i złagodzić obawy co do rozpoznania. Blisko 1/3 nieprawidłowości stwierdzanych mammograficznie okazuje się nie mieć związku z nowotworem złośliwym [3].

Lekarz rodzinny musi poświęcić szczególną uwagę tym spośród swoich pacjentek, u których ryzyko raka piersi jest większe niż w przeciętnej populacji. Są to przede wszystkim kobiety leczone już z powodu raka jednej piersi, a także te, u których rak piersi wystąpił w rodzinie – u co najmniej jednej krewnej I stopnia, przed ukończeniem przez nią 50 r.ż. [3].

Rola lekarza rodzinnego w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi:

1. badanie skryningowe,
2. udzielanie wszechstronnych porad, przedstawianie alternatywnych sposobów leczenia, wyjaśnianie wątpliwości,
3. okresowa kontrola po leczeniu.

Adres Autora:

Katedra
i Zakład Medycyny
Rodzinnej
AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Medycyna rodzinna – szkolenie przeddyplomowe w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Stan aktualny oraz plany na przyszłość

Family medicine – undergraduate training at Collegium Medicum of the Jagiellonian University. Current status and plans for the future

EWA GRZYWACZ, JÓZEF KOCEMBA, ADAM WINDAK

Z Pracowni Medycyny Rodzinnej

Katedry Gerontologii i Medycyny Rodzinnej Collegium Medicum UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. Józef Kocemba

Streszczenie Pierwszym krokiem na drodze kształcenia lekarzy rodzinnych jest wprowadzenie medycyny rodzinnej do programu studiów. Na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w roku akademickim 1996/97 przedmiot ten został wprowadzony w wymiarze 20 godzin. Celem nauczania medycyny rodzinnej w CM UJ jest dostarczanie informacji o tej nowej dziedzinie oraz podkreślenie jej odrębności od przedmiotów klinicznych. W programie uwzględniono również elementy poszerzające wiedzę, umiejętności praktyczne, a także kształtujące odpowiednie podejście studenta do nowych dla niego zagadnień. Podstawą organizacji zajęć jest szczegółowy harmonogram, dostosowany do aktualnego toku studiów. W latach 1996/97 prowadzono ankietową ocenę zajęć. Analiza ankiet wykazała wysoką ocenę programu szkolenia, duże zainteresowanie przedmiotem oraz potrzebę wydłużenia modułu z zakresu medycyny rodzinnej. Od obecnego roku akademickiego (1998/99) wydłużono blok zajęć z medycyny rodzinnej do 50 godzin. W nowym programie planujemy wydłużyć trening praktyczny w gabinetach lekarzy rodzinnych, w części teoretycznej programu więcej czasu przeznaczymy na zajęcia w pracowniach fantomowych. W programie zajęć seminaryjnych rozbudujemy moduły poświęcone komunikacji lekarza z pacjentem.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, szkolenie przeddyplomowe.

Summary The first step towards training family physician is to incorporate family medicine as a subject into university curriculum. In 1996/97 this subject was incorporated at the curriculum of medical faculty Jagiellonian University. This program consisted of 20 hours per year. The aim of teaching family medicine is to provide information about this new subject, underline difference between family and other clinical subjects. The program covers such elements as knowledge, skills and attitude. The program is based on detailed schedule. In 1996/97 and 1997/98 the program was evaluated. Careful analysis of questionnaires revealed high evaluation of the course, big interesting in family medicine. From this year program consists of 50 hours. According to the new program students will spend more time in the GP offices, they also will spend more time in the skills lab. Program of seminars emphasises importance of doctor-patient communication.

Key words: family medicine, undergraduate education.

Uznając naszą rzeczową argumentację, iż pierwszym krokiem na drodze kształcenia lekarzy rodzinnych jest wprowadzenie Medycyny Rodzinnej do programu studiów przeddyplomowych, już w roku akademickim 1996/1997 Władze Uczelni przyznały 20 godzin zajęć z tego przedmiotu na roku VI. Od obecnego roku akademickiego wymiar ten będzie wynosił godzin 50 – z możliwością rozdziału (w ramach przedmiotów prowadzonych przez katedrę) na IV i VI rok studiów.

Celem nauczania medycyny rodzinnej w CM UJ było dotychczas przede wszystkim dostarcze-

nie informacji o tej nowej dziedzinie medycyny, aczkolwiek w oparciu o doświadczenie Uniwersytetu w Utrechcie oraz Uniwersytetu w Maastricht, postanowiliśmy obok podkreślania odrębności medycyny rodzinnej wprowadzić elementy poszerzające wiedzę, umiejętności praktyczne, a także kształtujące odpowiednie podejście studenta do nowych dla niego zagadnień.

Tematyka zajęć obejmuje zagadnienia:

- kompetencje lekarza rodzinnego,
- założenia medycyny rodzinnej,
- epidemiologię POZ,

- holistyczne, interdyscyplinarne podejście do pacjenta,
- umiejętności komunikowania się,
- struktury porady w gabinecie lekarza rodzinnego,
- struktury rodziny,
- problemy społeczne, np. alkoholizm.

Podstawą organizacji zajęć jest szczegółowy harmonogram (tab. 1), dostosowany do zablokowanego toku studiów, jak również scharakteryzowane poniżej składowe naszego programu.

Tabela 1. Harmonogram zajęć dla studentów w Pracowni Medycyny Rodzinnej CM UJ

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek
8.30–9.15 Zajęcia organizacyjne	8.00–10.15* Ćwiczenia w Praktykach w grupach 3-osobowych	8.00–10.15* Ćwiczenia w Praktykach w grupach 3-osobowych	8.00– 10.15* Ćwiczenia w Praktykach w grupach 3-osobowych
9.15–10.45 11.00–12.30 seminarium	10.15–11.00 dojazd do Pracowni MR		
Cykl Leary Rose	11.00–12.30 seminarium pryncypia – MR	11.00–12.30 ćwiczenia otoskopia	11.00–12.30 seminarium Rodzina a problemy społeczne

Zajęcia praktyczne w gabinetach lekarzy rodzinnych

Przed rozpoczęciem, w trakcie i po zakończeniu każdego bloku zajęć ze studentami przeprowadzane są spotkania z lekarzami rodzinnymi (LR) prowadzącymi ćwiczenia praktyczne w gabinetach. Celem spotkań jest przygotowanie lekarzy do prowadzenia zajęć, następnie pomoc w razie pojawienia się trudności oraz ocena. Lekarze otrzymują bezpośrednie informacje oraz pomoc z Pracowni Medycyny Rodzinnej. Narzędziem przygotowującym do prowadzenia szkolenia w praktykach jest wydana w 1997 r. książka pt. „Nauczanie w praktyce lekarza rodzinnego” pod redakcją Jana Heijlmana.

Ocena zajęć w gabinetach LR jest prowadzo-

na dwukierunkowo – z jednej strony jest to ocena dokonana przez samych lekarzy, z drugiej ocena praktyki przez studentów w formie anonimowej ankiety.

Do Praktyki studenci kierowani są w grupach ćwiczeniowych trzyosobowych. Przebywają w Praktyce przez trzy kolejne dni, od wtorku do czwartku, w godzinach od 8.00 do 10.15. W czasie zajęć w Praktyce LR studenci zapoznają się z odmiennością pracy lekarza rodzinnego od pracy specjalisty, z podstawami relacji lekarz–pacjent, rodzajem problemów, z jakimi zgłaszają się pacjenci do lekarza rodzinnego oraz ze spektrum świadczeń udzielanych w Praktyce.

W kolejnych dniach ćwiczeń studenci rotują się między gabinetem, stanowiskiem pielęgniarki a wizytą domową.

Tabela 2. Harmonogram ćwiczeń w Praktykach

Student	I dzień	II dzień	III dzień
A	wizyta domowa	praca z pielęgniarką	praca w gabinecie LR
B	praca z pielęgniarką	praca w gabinecie LR	wizyta domowa
C	praca w gabinecie LR	wizyta domowa	praca z pielęgniarką

8.00–8.15 omówienie planu ćwiczeń, rozdział zadań,
8.15–9.45 ćwiczenia według harmonogramu rotacji,
9.45–10.15 podsumowanie ćwiczeń, omówienie pacjentów, dyskusja, pytania.
W ostatnim dniu podsumowanie całego bloku zajęć w praktyce, zaliczenie.

Praca z pielęgniarką

W trakcie pracy z pielęgniarką student:

- zapoznaje się z dokumentacją (karty pacjentów, karty szczepień, druki skierowań, druki L-4 itp.),
- pobiera badania wspólnie z pielęgniarką, samodzielnie wykonuje EKG, zmienia opatrunki, wykonuje drobne zabiegi, szczepienia (zależnie od planu pracy pielęgniarki w danym dniu),
- zapoznaje się z elementami pielęgniarskiej wizyty środowiskowej.

Samodzielna wizyta domowa

Celem samodzielnej wizyty domowej studenta u jednego z pacjentów praktyki jest:

- poznanie chorego w jego środowisku domowym,
- porada profilaktyczna,
- ocena kondycji psychicznej członków rodziny.

Pacjent, z którym student będzie zbierał wywiad, jest wcześniej poinformowany przez lekarza oraz wyraża na to zgodę.

Formularz wizyty domowej studenta

Imię i nazwisko pacjenta	Adres
Data urodzenia	
1. Zawód, stanowisko, narażenie na czynniki szkodliwe obecnie i w przeszłości	
2. Zachowania zdrowotne i styl życia: dieta używk aktywność fizyczna zachowanie w zdrowiu i w chorobie	
3. Warunki mieszkaniowe: Interakcje rodzinne przy uwzględnieniu przestrzeni mieszkania i rozkładu miejsc do spania Warunki sanitarno-higieniczne mieszkania Zapobieganie wypadkom (np. środki chemiczne dostępne dla dzieci, śliskie podłogi, ślizgające się dywany), zwierzęta	
4. Genogram rodziny z uwzględnieniem relacji wewnątrzrodzinnych i schorzeń	
5. Ocena własna rodziny	

Zaliczenie zajęć w praktyce

Zaliczenie zajęć w praktyce odbywa się na podstawie udziału przez trzy dni w pracy gabinetu oraz przeprowadzonej wizyty domowej.

Zajęcia w Pracowni Medycyny Rodzinnej

Zajęcia prowadzone w Pracowni Medycyny Rodzinnej to wykład, seminaria oraz trening praktyczny.

Przygotowując zajęcia teoretyczne główny nacisk położyliśmy na następujące zagadnienia:

- założenia medycyny rodzinnej,
- komunikacja lekarza z pacjentem (cykl Leary Rose),
- technika zbierania wywiadu,
- problemy społeczne ze szczególnym uwzględnieniem alkoholizmu,
- praktyczna nauka otoskopii.

Ocena zajęć przez studentów

W trakcie szkolenia prowadzona jest ankietowa ocena zajęć. Każda grupa studentów ocenia osobno zajęcia teoretyczne, praktyczne oraz zbiorczo cały program z zakresu medycyny ro-

dzinnej. W ostatnim punkcie ankiety studenci zamieszczają własne uwagi, propozycje zmian i tematów, którymi są szczególnie zainteresowani.

Zajęcia teoretyczne są oceniane pod kątem atrakcyjności tematu oraz sposobu ich prowadzenia. Ocena części praktycznej szkolenia dotyczy: udziału studenta w pracy zespołu LR oraz organizacji zajęć w Praktyce.

Analiza ankiet przeprowadzonych w roku akademickim 1996/97 i 1997/98 wykazała wysoką ocenę prowadzonych zajęć, duże zainteresowanie przedmiotem oraz potrzebę wydłużenia bloku z zakresu medycyny rodzinnej.

Plany na przyszłość

W związku z rozszerzeniem czasu przeznaczanego na Medycynę Rodzinną z 20 do 50 godzin planujemy wydłużyć zajęcia praktyczne prowadzone w gabinetach lekarzy rodzinnych.

W części teoretycznej programu zamierzamy więcej czasu przeznaczyć na zajęcia prowadzone w pracowniach, poszerzając program o ćwiczenia z zakresu małej chirurgii, oftalmoskopii, badania urologicznego oraz cewnikowania pęcherza.

W programie zajęć seminaryjnych rozbudowane zostaną moduły poświęcone komunikacji lekarza z pacjentem oraz technikom zbierania wywiadu. W programie tych zajęć chcemy wprowadzić więcej ćwiczeń opartych na odgrywaniu ról. Do zrealizowania pozostaje także zaprogramowanie zajęć z rozdziałem na IV i VI rok studiów lekarskich.

Adres Autorów:

Pracownia Medycyny Rodzinnej CM UJ
ul. Bocheńska 4
30-061 Kraków

Program nauczania przeddyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej w Akademii Medycznej w Łodzi

Undergraduate training programme for family medicine at Lodz Medical University

IZABELA PAPIERZ, EWA RATAJCZYK-PAKALSKA

Z Zakładu Medycyny Rodzinnej Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Akademii Medycznej w Łodzi

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Ewa Ratajczyk-Pakalska

Streszczenie Prowadzone na właściwym poziomie nauczanie przeddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej przyczynia się do upowszechnienia instytucji lekarza rodzinnego w środowisku studentów. Przekonanie studentów o znaczeniu i atrakcyjności tej nowej dziedziny medycyny jest istotne z tego względu, iż większość absolwentów uczelni będzie musiała podjąć pracę w podstawowej opiece zdrowotnej. Obecnie zainteresowanie medycyną rodzinną jest niewielkie, gdyż tylko 4% studentów deklaruowało w badaniach ankietowych chęć specjalizowania się w medycynie rodzinnej. Pozytywne oceny ćwiczeniom teoretycznym przyznało 95% studentów, zaś praktycznym 58% studentów. Zmodyfikowanie programu ćwiczeń poprzez prowadzenie zajęć praktycznych w gabinecie lekarza rodzinnego być może zwiększyłoby zainteresowanie nie tylko przedmiotem nauczania na studiach, ale również specjalizacją po ukończeniu studiów.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, kształcenie przeddyplomowe.

Summary High level of undergraduate education concerning family medicine leads to popularisation of the institution of a general practitioner among medical students. Students should be aware how important and attractive this speciality is, as the majority of graduates of our Medical University will in the future follow this career and work as first contact physicians. At present, the interest in family medicine and the speciality of a general practitioner is very low – only about 4%, as shown in the results of a questionnaire filled by the students. Theoretical classes were given positive marks by 95% of the students, while practical tutorials by 58%. Modification of the curriculum and the introduction of practical training in general practitioners' offices may increase the students' interest in this field of medicine, and also influence their choice of this speciality after graduation.

Key words: family medicine, undergraduate education.

Program kształcenia przeddyplomowego jest różny w poszczególnych krajach Europy. Zależy przede wszystkim od pozycji, jaką zajmuje lekarz rodzinny w systemie opieki zdrowotnej. Do krajów o silnej pozycji lekarza rodzinnego należy Wielka Brytania, Holandia, Dania, Irlandia. W krajach tych medycyna rodzinna jako przedmiot nauczania pojawia się na wczesnym etapie studiów medycznych.

Prowadzone na właściwym poziomie nauczanie przeddyplomowe przyczynia się do upowszechnienia idei instytucji lekarza rodzinnego w środowisku studentów i absolwentów szkół medycznych. Kształceni przez uczelnie adepci medycyny dokonując wyboru specjalizowania się w medycynie rodzinnej będą współdecydować o sukcesie lub porażce kontynuowania programu tej nowej dziedziny medycyny w naszym

kraju. Medycyna rodzinna powinna osiągnąć w programach nauczania uczelni medycznych równorzędność z innymi specjalnościami medycznymi.

W czasie studiów tworzyć się powinien u studentów wizerunek sposobu organizacji działania opieki zdrowotnej, a także przekonanie studentów o atrakcyjności i znaczeniu tej nowej dziedziny medycyny, co daje szansę na sukces reformy podstawowej opieki zdrowotnej. Profil kształcenia studenta ukierunkowany był dotąd na specjalistyczną, nadmiernie rozbudowaną opiekę medyczną. Taki profil kształcenia studenta wymaga przeorientowania, zgodnie z zapotrzebowaniem społecznym na profilaktyczno-leczącą podstawową opiekę, jaką spełnia lekarz rodzinny.

Według planów Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej odpowiedzialność za kształcenie

przeddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej, podobnie jak to ma miejsce w przypadku kształcenia w zakresie innych dziedzin medycznych, spoczywa na Akademiami Medycznych, a ściślej na powołanych do tego celu Zakładach Medycyny Rodzinnej. Do Zakładów należy ustalanie programów nauczania i ich realizacja. Miejszem realizacji treningu klinicznego z medycyny rodzinnej powinny być gabinety lekarzy rodzinnych [7].

Wzorując się na doświadczeniach krajów zachodnich wraz z powstaniem i rozwojem praktyk lekarzy rodzinnych, programy kształcenia w zakresie medycyny rodzinnej, a także praca lekarza rodzinnego w warunkach polskich, powinny się opierać na wzorcach opracowanych na wynikach badań naukowych prowadzonych przez lekarzy rodzinnych przy koordynującej współpracy ośrodka akademickiego, jakim jest Zakład Medycyny Rodzinnej.

McWhinney przytaczając ustalenia General Medical Council (GMC-1980, 1991) dotyczące nauczania studentów medycyny rodzinnej przedstawia cele nauczania tego przedmiotu poprzez nabycie odpowiedniej wiedzy, umiejętności i postaw w odniesieniu do przyszłej praktyki lekarza, a mianowicie:

1. Nabycie odpowiedniej wiedzy i umiejętność jej rozpoznania w zakresie promocji zdrowia, prewencji chorób oraz postępowania z chorobą (leczenie, rehabilitacja) oraz opieki nad chorym w podeszłym wieku i opieki terminalnej:
 - rozumienia zależności pomiędzy pacjentem a jego rodziną oraz społecznością, w której żyje,
 - zależność pomiędzy człowiekiem a środowiskiem biologicznym i społecznym.
2. Rozwijanie umiejętności lekarskich zdobywanych w procesie czynnego nauczania opartego na ciekawości wiedzy i jej badaniu w zakresie:
 - zebrania, zapisania i interpretacji zdobytych wiadomości z badania podmiotowego, przedmiotowego, rozpoznania oraz ustalenia postępowania poprzez bezpośredni kontakt studenta z pacjentem (samodzielne analizowanie przez studenta problemów zawartych w programie nauczania),
 - postępowanie w stanach ostrych (zagrożających życiu),
 - efektywnego i empatycznego porozumiewania się lekarza z pacjentem,
 - efektywnego i ekonomicznego wykorzystania badań diagnostycznych oraz leczenia mając na względzie dobro pacjenta.
3. Rozwój odpowiednich postaw w odniesieniu do przyszłej praktyki lekarskiej w zakresie:
 - zrozumienia, iż w medycynie ważne jest powiązanie podejścia naukowego, medycznego i humanistycznego:

- zdolności do samokształcenia, rozwoju i ciągłego poszukiwania wiedzy i umiejętności przez wszystkie lata lekarskiej praktyki,
- zdolności do oceny rzetelności dowodów i osiągnięcia wniosków poprzez logiczną dedukcję,
- umiejętność postępowania lekarza dla dobra i godności pacjenta,
- zdolność lekarza rodzinnego do oceny granic własnej wiedzy z jednoczesnym poszukiwaniem innej pomocy specjalistycznej (jeśli to potrzebne),
- włączenie się w zdobywanie i rozważanie wiedzy w kontekście wykorzystania jej w zadaniach naukowych [5].

Przedmiot „medycyna rodzinna” realizowany jest od czterech lat w programie studiów medycznych Akademii Medycznej w Łodzi. W ubiegłych latach zajęcia odbywały się na IV roku Wydziału Lekarskiego. Prowadzone były w formie seminariów z elementami ćwiczeń praktycznych w liczbie 15 godzin oraz w formie wykładów (5 godzin). Treść ćwiczeń dotyczyła organizacji pracy i zakresu kompetencji lekarza rodzinnego, wywiadu w medycynie rodzinnej, umiejętności komunikowania się lekarza z pacjentem, obejmowała profilaktykę chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych w praktyce lekarza rodzinnego. Praktycznie studenci uczyli się badania sutków, mierzenia ciśnienia tętniczego, doboru oraz interpretacji badań laboratoryjnych, zbierali wywiady z pacjentami. Ćwiczenia odbywały się w modelowych praktykach lekarzy rodzinnych w grupach 10-osobowych i prowadzone były przez nauczycieli akademickich oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej posiadających specjalizację z medycyny rodzinnej [3].

Dla studentów IV roku Wydziału Lekarskiego opracowane zostały ankiety, w których studenci oceniali ćwiczenia z medycyny rodzinnej oraz wyrażali opinię na temat wyboru specjalizacji po ukończeniu studiów.

Mając możliwość swobodnego wyboru specjalizacji około 4% studentów chciałoby pracować jako lekarz rodzinny. Osoby, które wybrały tę specjalizację motywują swoją decyzję możliwością wszechstronnej opieki nad pacjentem, szansą na zatrudnienie w zawodzie lekarza, korzystnymi warunkami finansowymi. Aż 21,6% studentów jako główny powód wyboru innej specjalizacji stawia na pierwszym miejscu zbyt obszerną wiedzę, którą powinien dysponować lekarz rodzinny. Powierzchnowa znajomość wielu zagadnień, brak możliwości rozwoju naukowego, przywiązanie do jednego miejsca pracy i dyspozycyjność to przyczyny wyboru innej specjalizacji przez studentów. Studenci chcieliby być jednak pod opieką lekarza rodzinnego (73%), a wśród najważniejszych cech lekarza rodzinne-

go na pierwszym miejscu wymieniają wysokie kompetencje, na drugim komunikatywność, a następnie empatię, cierpliwość i uczciwość.

Studenci dokonali szczegółowej oceny poszczególnych zajęć pod względem teoretycznym i praktycznym. Pozytywne oceny zajęciom teoretycznym przyznało 95% studentów, zaś praktycznym 58% studentów. Studenci nie zgłaszali zastrzeżeń dotyczących tematyki zajęć teoretycznych. Zaproponowali jedynie rozszerzenie jej o problematykę patologii rodzinnej i tak zwane trudne tematy (np. postępowanie z terminalnie chorym). Główną przyczyną niezadowolenia studentów z zajęć praktycznych jest prowadzenie ćwiczeń w zbyt licznych grupach. Studenci postulowali, aby ćwiczenia praktyczne odbywały się co najwyżej w dwuosobowych grupach pod opieką jednego lekarza w modelowych praktykach lekarzy rodzinnych [6].

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom studentów został opracowany nowy program ćwiczeń dla studentów. W roku akademickim 1998/1999 ćwiczenia z medycyny rodzinnej będą się odbywały na V roku w wymiarze 15 godzin oraz na VI roku Wydziału Lekarskiego w liczbie 20 godzin dydaktycznych. Jeszcze w bieżącym roku ukaże się część ogólna skryptu pt.: „Medycyna rodzinna”, który przybliży studentom specyfikę pracy lekarza rodzinnego.

Program ćwiczeń dla studentów V roku Wydziału Lekarskiego obejmuje ogólne zagadnienia wprowadzające w tematykę medycyny rodzinnej. Na ćwiczeniach seminaryjnych prowadzonych w grupach dziesięcioosobowych studenci zapoznają się przede wszystkim z rolą i kompetencjami lekarza rodzinnego oraz z rodzajami zespołów lekarza rodzinnego. Wywiad w medycynie rodzinnej oraz rodzina w aspekcie praktyki lekarza rodzinnego to kolejne zagadnienia, które szczegółowo będą omawiane podczas zajęć seminaryjnych. Zakres tematyki z ubiegłych lat rozszerzyliśmy o problem medycznej opieki domowej (w tym również opieki nad terminalnie chorym) oraz elementy medycyny alternatywnej. Część praktyczna ćwiczeń będzie się odbywała w modelowych praktykach lekarzy rodzinnych. Studenci w grupach dwuosobowych poznają od strony praktycznej obowiązki poszczególnych członków zespołu lekarza rodzinnego. Będą mieli możliwość oceny organizacji pracy oraz wyposażenia praktyki lekarza rodzinnego. Zapoznają się także ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej oraz jak praktycznie rozwiązany jest problem skierowań na badania dodatkowe oraz konsultacje specjalistyczne w gabinecie lekarza rodzinnego. Studenci odpowiednio przygotowani na zajęciach seminaryjnych będą także zbierali wywiady z pacjentami.

Ćwiczenia seminaryjne dla studentów VI roku będą poruszały szczegółowe zagadnienia z me-

dycyny rodzinnej. Omawiane będą najczęstsze przyczyny zgłoszeń pacjentów do gabinetu lekarza rodzinnego. Studenci zapoznają się także z wybranymi schematami postępowania z przewlekłymi chorobami (np. na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, astmę oskrzelową). Podobnie jak w poprzednich latach, szczególną uwagę zwracamy na profilaktykę chorób przewlekłych oraz chorób nowotworowych w praktyce lekarza rodzinnego. Studenci po zapoznaniu się z zagadnieniami teoretycznymi podczas seminariów i wykładów odbędą część praktyczną ćwiczeń w modelowych praktykach lekarzy rodzinnych. Aktywny udział studentów w procesie diagnostyczno-leczniczym w gabinecie lekarza rodzinnego jest najlepszą formą treningu klinicznego w zakresie medycyny rodzinnej.

Podsumowując, prowadzone na właściwym poziomie nauczanie przeddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej przyczynia się do upowszechnienia idei instytucji lekarza rodzinnego w środowisku studentów. Przekonanie studentów o znaczeniu i atrakcyjności tej nowej dziedziny medycyny jest istotne ze względu na to, iż większość absolwentów uczelni będzie musiała podjąć pracę w podstawowej opiece zdrowotnej. Jak wynika z naszych badań ankietowych obecnie zainteresowanie medycyną rodzinną jest niewielkie, gdyż tylko 4% studentów deklaruowało chęć specjalizowania się w medycynie rodzinnej. Zbliżone wyniki uzyskano wśród ankietowanych studentów w Warszawie [2]. W Akademii Medycznej w Łodzi pozytywne oceny ćwiczeniom teoretycznym przyznało 95% studentów, zaś praktycznym – 58% studentów. Przyczyną niezadowolenia studentów z zajęć praktycznych jest prowadzenie ćwiczeń w zbyt licznych grupach. Studenci postulowali, aby ćwiczenia praktyczne odbywały się w grupach dwuosobowych pod opieką jednego lekarza w modelowych praktykach lekarzy rodzinnych. Podobnych zmian oczekiwali studenci innych polskich uczelni [1, 4]. Zapoznanie studentów z pracą lekarza rodzinnego w jego gabinecie być może zwiększyłoby zainteresowanie nie tylko przedmiotem nauczania na studiach, ale również specjalizacją po ukończeniu studiów.

Wnioski

1. Specjalizacja lekarza rodzinnego nie budzi zainteresowania wśród studentów.
2. Poprawa oceny zajęć praktycznych możliwa jest przez:
 - położenie nacisku na ćwiczenia praktyczne, które powinny być prowadzone w modelowych praktykach lekarzy rodzinnych,
 - ograniczenie liczby studentów pracujących pod opieką jednego lekarza.

Piśmiennictwo

1. Dragański K., Tyszko P.: Ocena nauczycieli medycyny rodzinnej w opiniach studentów. I Krajowa Konferencja na temat: Kształcenie przeddyplomowe w medycynie rodzinnej. Szczecin 1996.
2. Dragański K., Tyszko P., Borkowska U.: Nauczanie medycyny rodzinnej w ocenie studentów medycyny. *Zdrowie Publiczne* 1994, 9.
3. Kosiek K., Godycki-Ćwirko M., Ratajczyk-Pakalska E.: Trzy razy „P” w Łodzi. Przeddyplomowe kształcenie w zakresie medycyny rodzinnej w Akademii Medycznej w Łodzi od 1994 r. I Krajowa Konferencja na temat: Kształcenie przeddyplomowe w medycynie rodzinnej. Szczecin 1996: 46–47.
4. Kozielec T., Strecker D., Hornowska I., Drybańska-Kalita A.: Nauczanie przeddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej a oczekiwania studentów VI roku Wydziału Lekarskiego. I Krajowa Konferencja na temat: Kształcenie przeddyplomowe w medycynie rodzinnej. Szczecin 1996: 38–45.
5. McWhinney I. R.: *A Textbook of Family Medicine*. New York, Oxford University Press 1985, 272–293.
6. Papierz I., Ratajczyk-Pakalska E.: Ocena nauczania medycyny rodzinnej przez studentów IV roku Wydziału Lekarskiego AMŁ. *Zdrowie Publiczne* 1998: 10.
7. Materiały MZiOS, maj 1994.: Przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej. Strategia realizacji leków. *Biuletyn informacyjny*. Katowice 1994: 3–27.

Adresy Autorów:

Izabela Papierz
ul. Czarnieckiego 6 m. 19
91-844 Łódź

Ewa Ratajczyk-Pakalska
ul. Kasprzaka 67 m. 13
91-017 Łódź

Program kształcenia z medycyny rodzinnej studentów Wydziału Lekarskiego w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Family medicine undergraduate curriculum at Pomerian Medical University in Szczecin

TADEUSZ KOZIELEC

Z Zakładu Medycyny Rodzinnej
Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. med. Tadeusz Kozielec

Streszczenie W pracy przedstawiono program kształcenia studentów Wydziału Lekarskiego w Pomorskiej Akademii Medycznej w zakresie medycyny rodzinnej. Program obejmuje całokształt zagadnień będących przedmiotem zajęć dydaktycznych na IV, V i VI roku studiów.

W programie zawarte są cele dydaktyczne nauczania medycyny rodzinnej aktualnie realizowane oraz propozycje programowe do wprowadzenia nauczania przedmiotu medycyna rodzinna w Akademiach Medycznych.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, kształcenie przeddyplomowe, program kształcenia.

Summary We have presented the program of education of Pomerian Medical Academy's students to pertain to „Family Medicine”. This program includes all subjects which are necessary for students of IV, V, VIth year of studies. In this work we have presented in particular way program of lectures, classes, manual training and practices in consulting room.

In this program there are included teaching methods of „Family Medicine” which are actually realized and propositions which should introduce „Family Medicine” in teaching for students of Medical Academies.

Key words: family medicine, undergraduate training, program of education.

Nauczanie medycyny rodzinnej w Akademiach Medycznych w Polsce jest obecnie bardzo zróżnicowane i dotyczy zarówno programu, form nauczania oraz czasu trwania zajęć.

Ustalenie i wdrożenie jednolitego programu ma fundamentalne znaczenie dla kształcenia studentów w zakresie medycyny rodzinnej i specjalizacji w tej dziedzinie. Dotychczas programy kształcenia w zakresie medycyny rodzinnej przed- i podyplomowej opracowywane i realizowane są oddzielnie, najczęściej w oderwaniu od siebie.

Dyskusje nad reformą studiów medycznych, można by rzec historyczne, dotyczą również celów i zadań, do jakich ma być przygotowany absolwent Wydziału Lekarskiego. W dyskusjach tych przeważa pogląd, że ma to być lekarz pierwszego kontaktu, bo takie są największe potrzeby społeczne.

Doświadczenia wielu krajów wykazują, że zapotrzebowanie na przyszłych klinicyстів i naukowców waha się w około 15–20% absolwentów. Pozostała część studentów znajdzie zatrudnienie

głównie w podstawowej opiece zdrowotnej. Powie ktoś, że to truizm, owszem, ale mimo tak oczywistych faktów, wprowadzenie do programu kształcenia przeddyplomowego problematyki leczenia ambulatoryjnego we właściwych proporcjach pozostaje nadal pobożnym życzeniem.

W bardzo wielu krajach, zwłaszcza zachodnich, kształcenie studentów medycyny w zakresie medycyny rodzinnej odbywa się od 4–5 roku studiów, a nawet od 2–3 roku. Takie nauczanie medycyny rodzinnej pozwala na zapoznanie ich z pracą lekarza rodzinnego, przekazanie im określonej wiedzy teoretycznej, ale również, co jest bardzo istotne, wiedzy praktycznej. Kształcenie przed- i podyplomowe w Akademiach Medycznych jest zdecydowanie mniej kosztowne od szkolenia tylko podyplomowego, np. w obecnie realizowanej specjalizacji z medycyny rodzinnej w systemie rezydentkim.

Powyższe uwagi w pełni uzasadniają potrzebę ujednoczenia programu kształcenia przeddy-

plomowego studentów Wydziału Lekarskiego w Akademiach Medycznych i jego koordynacji z programem kształcenia podyplomowego.

Reforma służby zdrowia w Polsce w głównej mierze dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej, w której dominującą rolę pełnić będzie lekarz rodzinny. Zgodnie z programem reformy ma nastąpić znaczny spadek zapotrzebowania na specjalistów w niektórych dziedzinach medycyny. Potrzeby leczenia zamkniętego będą również się zmieniały. Jak wynika z powyższego, reforma dotyczy również kształcenia tak przed-, jak i podyplomowego. Już dziś wydaje się w pełni uzasadnione położenie większego nacisku na kształcenie studentów w zakresie medycyny rodzinnej, ponieważ większość z nich będzie podejmować pracę w charakterze lekarzy rodzinnych. Może okazać się, że nieuwzględnienie tego faktu przyczyni się do wykształcenia licznych absolwentów nieprzygotowanych i niezorientowanych co do aktualnych potrzeb leczenia podstawowego i skazanych na tworzenie coraz liczniejszej grupy bezrobotnych lekarzy.

W naszej uczelni nauczanie medycyny rodzinnej obejmuje zajęcia na VI roku i to w dość wąskim zakresie. Dzięki pozyskaniu nowej bazy dydaktycznej, a tym samym znacznej poprawie warunków szkolenia studentów oraz posiadaniu odpowiednio wykwalifikowanej kadry nauczycieli akademickich, powstały realne warunki do stopniowego poszerzenia kształcenia studentów Wydziału Lekarskiego w zakresie medycyny rodzinnej z myślą o przyszłej ich pracy w charakterze lekarzy rodzinnych.

Od 1997 roku część zajęć studenci odbywają w modelowych gabinetach lekarzy rodzinnych prowadzonych przez asystentów zakładu dodatkowo zatrudnionych na kontraktach z Gminą Szczecin.

Poniżej przedstawiamy opracowany w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie program zajęć w zakresie medycyny rodzinnej dla studentów Wydziału Lekarskiego obejmujący w przyszłości zajęcia na IV, V i VI roku studiów.

Program ten może posłużyć za podstawę do dyskusji i ustalenia ogólnopolskiego programu nauczania w akademiach medycznych przedmiotu: Medycyna Rodzinna.

IV rok

Zajęcia z zakresu medycyny rodzinnej dla studentów IV roku Wydziału Lekarskiego od 3 do 5 dni po 5 godzin lekcyjnych.

I. Zajęcia seminaryjne

1. Model organizacji podstawowej opieki zdrowotnej z udziałem lekarza rodzinnego – miejsce lekarza rodzinnego w służbie zdrowia.

2. Zakres kompetencji lekarza rodzinnego. Odmienności i podobieństwa pracy lekarza rodzinnego w porównaniu z pracą dotychczasowego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Charakterystyka pracy modelowej praktyki lekarza rodzinnego:
 - organizacja praktyki,
 - zadania lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej,
 - współpraca lekarza rodzinnego z pielęgniarką rodzinną,
 - oczekiwania pacjentów.

II. Zajęcia warsztatowe

1. Problemy komunikacji interpersonalnej w różnych aspektach leczenia (lekarz–pacjent–rodzina):
 - edukacja przedporodowa,
 - noworodek i niemowlę.
2. Znaczenie profilaktyki w pracy lekarza rodzinnego:
 - profilaktyka wieku dziecięcego (szczepienia, bilanse zdrowia, grupy dyspanseryjne),
 - profilaktyka u dorosłych (choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby nowotworowe, cukrzyca),
 - ćwiczenia w gabinecie szczepień.

V rok

Zajęcia z zakresu medycyny rodzinnej dla studentów V roku Wydziału Lekarskiego w wymiarze 25 godzin (5 dni).

I. Zajęcia warsztatowe

1. Problemy komunikacji interpersonalnej w różnych aspektach leczenia (lekarz–pacjent–rodzina):
 - choroby przewlekłe i zabiegi operacyjne a zmiana stylu życia,
 - małe dziecko,
 - dziecko szkolne.
- 2–5 dzień: 2,5 godziny lekcyjnej zajęcia warsztatowe, 2,5 godziny lekcyjne ćwiczenia w gabinecie lekarza rodzinnego:
- prezentacja i omawianie przypadków klinicznych; stały zestaw dla wszystkich grup ćwiczeniowych dokładnie opracowanych przypadków.

PRZYKŁAD: starszy człowiek z żółtaczką

1 etap. Piotr R. jest emerytowanym robotnikiem. Przyjechał do Anglii z Polski w 1939 r. w wieku 18 lat i brał udział w wojnie. Ostatnio odczuwa ból w śródbrzuszu promieniujący do pleców. Współwystępują: żółtaczka, świąd, ciemny mocz i jasne stolce. Apetyt ma dobry i nie stracił na wadze. W przeszłości nie miewał żółtaczek i bólów brzucha, pił 20 butelek piwa na tydzień i palił 20 papierosów dziennie przez wiele

lat. Jest żonaty, ma syna i córkę, oboje w związkach małżeńskich i mieszkają w Londynie.

2 etap. W badaniu skóra zażółcona z licznymi przeczosami, bez objawów przewlekłej choroby wątroby, węzły chłonne niepowiększone. Brzuch miękki, ale w górnym prawym kwadrancie macalny opór. Poza tym bez odchyień.

3 etap. Wstępne badania wykazały: bilirubinurię, bilirubina w surowicy 376 $\mu\text{mol/l}$, ALP 363 IU/l, ALT 133 IU/l. Białko całkowite albuminy, czas protrombinowy w normie. Przegłądowe zdjęcie jamy brzusznej nie wykazało kamieni w pęcherzyku żółciowym, ani zwągnięć w trzustce. USG jamy brzusznej wykazało normalny pęcherzyk żółciowy i poszerzone przewody żółciowe. W cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW) bańka zwieracza zniekształcona, przewód żółciowy wspólny zwężony. W tomografii komputerowej (TK) nieregularna, o średnicy 10 cm, masa na głowie trzustki otaczająca przewód żółciowy, zajęte lokalne i okołowątrobowe węzły chłonne.

4 etap. Założono endoskopowo stent do przewodu żółciowego, by umożliwić odpływ żółci. Stopniowo żółtaczka zaczęła ustępować. Chory w Poradni Leczenia Bólu otrzymał morfinę 20 mg 2 x dziennie. Został wypisany ze szpitala oraz poinformowano jego lekarza domowego o umówieniu wizyty domowej pielęgniarki onkologiczno-hospicyjnej.

5 etap. 3 miesiące później jego stent wymagał wymiany. Wystąpiła też niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego, co dawało silne bóle brzucha. Stan pacjenta pogorszył się: osłabienie, utrata wagi, bóle. Jego rodzina była zaangażowana w jego chorobę tak bardzo, że pomimo silnej wiary, szukała sposobu przyspieszenia jego śmierci. Po wielu próbach znaleziono skuteczny środek przeciwbólowy. Rodzina znalazła oparcie w pielęgniarkach hospicyjnych i leczeniu szpitalnym, a ostatnie 2 tygodnie swego życia pacjent spędził w hospicjum.

Po V roku proponuję wprowadzić 2-tygodniową praktykę wakacyjną w gabinetach lekarzy rodzinnych. Po odbyciu zajęć na IV, V i VI roku wprowadzić egzamin z medycyny rodzinnej (VI rok), składający się z części praktycznej i teoretycznej, na ogólnie obowiązujących zasadach (I termin, II termin, egzamin komisyjny).

VI rok

Zajęcia z zakresu medycyny rodzinnej dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego w wymiarze 154 godzin, prowadzone w formie bloków przedmiotowych.

Pierwszy dzień – zajęcia seminaryjno-warsztatowe

- rozwiązywanie problemów z zakresu: okuli-

styki, laryngologii, ginekologii i położnictwa, neurologii, dermatologii, geriatry, najczęściej spotykane w praktyce lekarza rodzinnego.

Drugi dzień – zajęcia seminaryjno-warsztatowe

1. Problemy komunikacji interpersonalnej w różnych aspektach leczenia (lekarz–pacjent–rodzina):
 - patologie społeczne w rodzinie,
 - problem AIDS,
 - problemy młodzieży w wieku dorastania,
 - dostępne problemy terapii zbiorowej i indywidualnej.

Trzeci dzień – seminarium końcowe

- podstawy prawne i organizacyjne funkcjonowania praktyki lekarza rodzinnego,
- egzamin z medycyny rodzinnej obejmujący (IV–VI rok) – test.

Program seminariów z medycyny rodzinnej dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego PAM

I. Organizacja praktyki lekarza rodzinnego

1. Obowiązki i uprawnienia lekarza rodzinnego, pielęgniarki zabiegowej i środowiskowej.
2. Współpraca z poradniami specjalistycznymi i oddziałami szpitalnymi.
3. Prowadzenie dokumentacji praktyki.
4. Badania laboratoryjne – zakres korzystania z laboratoriów publicznej służby zdrowia.

II. Zakres kompetencji lekarza rodzinnego w zakresie diagnostyki i terapii

A. Choroby wewnętrzne

1. Schorzenia układu oddechowego:
 - zakażenia nosa, gardła, krtani, tchawicy, oskrzeli i płuc,
 - przewlekła nieswoista choroba płuc (przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedma płuc).
2. Choroby układu krążenia:
 - nadciśnienie tętnicze,
 - choroba niedokrwienności serca,
 - niewydolność krążenia ostra i przewlekła,
 - wybrane choroby naczyń obwodowych.
3. Choroby przewodu pokarmowego:
 - choroba wrzodowa,
 - zaburzenia rytmu wypróżnień.
4. Cukrzyca: diagnostyka, leczenie i kontrola leczenia w warunkach ambulatoryjnych.
5. Choroba zwyrodnieniowa stawów.
6. Niedokrwistość: diagnostyka przedszpitalna i leczenie.
7. Najczęstsze schorzenia układu moczowego:
 - zakażenia dróg moczowych,
 - kamica układu moczowego.
8. Wskazania i przeciwwskazania do leczenia sanatoryjnego.

- B. Laryngologia
 - zapalenie ucha,
 - ciało obce,
 - zapalenie zatok przynosowych,
 - duszność krtoniowa – pierwsza pomoc lekarska.
- C. Okulistyka
 - „czerwone oko”,
 - ciało obce, urazy gałki ocznej – pierwsza pomoc lekarska,
 - jaskra – profilaktyka, wstępna diagnostyka, leczenie.
- D. Ginekologia i położnictwo
 - profilaktyka i badanie sutków, cytologia, wymazy,
 - opieka nad kobietą ciężarną – ciąża fizjologiczna.
- E. Neurologia
 - zespoły korzeniowe,
 - bóle i zawroty głowy – wstępna diagnostyka różnicowa.
- F. Odrębności medycyny wieku starczego
- G. Leczenie bólu i opieka paliatywna
- H. Profilaktyka
 - choroby układu sercowo-naczyniowego,
 - profilaktyka w pediatrii: szczepienia, dyspanseryzacja,
 - profilaktyka w onkologii, wczesne objawy nowotworów, badania przesiewowe, stany przedrakowe.
- I. Poradnictwo rodzinne z elementami psychologii
 - wpływ choroby na stan psychiczny pacjenta,
 - sytuacja pacjenta w leczeniu otwartym,
 - stosunek lekarz–pacjent,
 - błędy jatrogenne.

Program ćwiczeń w zakresie medycyny rodzinnej

I. Samodzielna praca studenta pod kontrolą lekarza rodzinnego.

W czasie ćwiczeń w poradni rodzinnej studenci winni poznać następujące zagadnienia pod nadzorem asystenta (wywiad, badanie fizykalne):

1. Specyfika pracy lekarza w poradni rodzinnej:
 - specyfika diagnostyki lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych,
 - obowiązki i uprawnienia lekarza rodzinnego,
 - współpraca z poradniami specjalistycznymi, szpitalem rejonowym, pielęgniarką środowiskową,
 - badania konsultacyjne i dodatkowe,
 - grupy dyspanseryjne.
2. Dokumentacja lekarska: karty chorych, druki L-4, wnioski sanatoryjne, skierowania na KIZ, skierowania na badania dodatkowe, skierowania do szpitali.
3. Współpraca z apteką, wizyty ze studentami w aptece:

- rodzaje recept,
 - demonstracja leków najczęściej stosowanych w praktyce ambulatoryjnej.
4. Badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta:
 - diagnostyka EKG – wykonywanie badania i interpretacja wyników,
 - badanie szczytowego przepływu wydechowego aparatem Wrighta,
 - badanie per rectum,
 - badanie otoskopowe,
 - usuwanie woszczyzny z ucha,
 - badanie ostrości wzroku i widzenia barwnego,
 - pomiar ciśnienia śródgałkowego,
 - badanie neurologiczne.
 5. Profilaktyka:
 - promocja zdrowego stylu życia,
 - wskazówki na temat żywienia pacjenta w zależności od wieku i towarzyszących schorzeń,
 - ruch i jego znaczenie,
 - nałogi.
 6. Opieka medyczna nad chorym w domu:
 - wizyty domowe,
 - wykonywanie badań pomocniczych i zabiegów w domu pacjenta,
 - stwierdzenie zgonu,
 - rola pielęgniarki środowiskowej i terenowego opiekuna społecznego,
 - rodzaje domów pomocy społecznej i kwalifikowanie do tych domów.
 7. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy i uprawnienia socjalne:
 - niezdolność do pracy z powodu choroby,
 - opieka nad chorym członkiem rodziny, chorym dzieckiem,
 - urlop zdrowotny,
 - renta inwalidzka wypadkowa,
 - odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy,
 - płatny urlop dla poratowania zdrowia,
 - zasiłki i świadczenia pieniężne wypłacane na podstawie zaświadczeń lekarskich,
 - zaopatrzenie w pomocniczy sprzęt ortopedyczny.

Program zajęć z pediatrii w medycynie rodzinnej dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego PAM

I. Seminaria (zajęcia praktyczne – warsztatowe)

Wybrane zagadnienia dotyczące medycyny wieku rozwojowego

1. Rozwój psychosomatyczny:
 - kryteria oceny wieku rozwojowego (zębony, kostny, morfologiczny i wtórny cech płciowych), testy przesiewowe (terminy, sposoby wykonywania, obowiązki osoby wykonującej),
 - w oparciu o tabele i siatki centylowe cech somatycznych,
 - sprawność ruchowa w zależności od wieku,

- ocena rozwoju psychicznego,
 - profilaktyka czynna (powszechnie profilaktyczne badania lekarskie, terminy) i grupy dyspanseryjne,
 - szczepienia ochronne.
2. Odrębności okresu noworodkowego:
 - opieka nad zdrowym noworodkiem (wizyty patronażowe),
 - noworodek z ryzyka okołoporodowego.
 3. Wady wrodzone:
 - wczesna wykrywalność,
 - zapobieganie powikłaniom,
 - współpraca ze specjalistą.
 4. Aktualne zalecenia dotyczące żywienia:
 - karmienie piersią,
 - karmienie sztuczne niemowlęcia,
 - zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży,
 - diety lecznicze.
 5. Stany niedoborowe (aktualności):
 - krzywica i niedobory innych witamin,
 - niedobory innych pierwiastków śladowych,
 - zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej,
 6. Pierwsza pomoc lekarska:
 - postępowanie reanimacyjne u dzieci,
 - ostre zatrucia (płukanie żołądka),
 - wstrząs.
 7. Farmakoterapia:
 - zasady dawkowania leków u dzieci,
 - przeciwwskazania i działania uboczne w zależności od wieku.
 8. Poradnictwo rodzinne z elementami psychologii:
 - wpływ choroby na stan psychiczny dziecka,
 - komunikacja lekarz–dziecko–rodzice,
 - dziecko z deficytami rozwojowymi,
 - współpraca z Poradnią Pedagogiczno-Psychologiczną.

Podstawowe umiejętności profilaktyczne i terapeutyczne

1. Pneumonologia:
 - ostre i przewlekłe zakażenia dróg oddechowych,
 - nawracające infekcje dróg oddechowych,
 - mukowiscydoza,
 - gruźlica, profilaktyka, diagnostyka, aktualne zalecenia epidemiologiczne,
 - pobieranie wymazów z nosa i gardła,
 - badanie radiologiczne klatki piersiowej,
 - kwalifikacja do leczenia klimatycznego i sanatoryjnego.
2. Gastroenterologia:
 - choroby pasożytnicze,
 - biegunki infekcyjne,
 - nietolerancje (mleka krowiego, zespół złego wchłaniania i inne),
 - zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego,

- wymioty acetonemiczne,
 - biegunki nieinfekcyjne (jatrogenne zaburzenia trawienia, wchłaniania, alergie przewodu pokarmowego),
 - choroba wrzodowa i żołądka i dwunastnicy,
 - wzw.
3. Nefrologia i urologia:
 - zakażenia układu moczowego,
 - stulejka,
 - moczenie nocne,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - pierwotne i wtórne glomerulopatie,
 - wady układu moczowego i płciowego.
 - diagnostyka i interpretacja badań:
 - a) badanie moczu,
 - b) badanie ultradźwiękowe,
 - c) badanie radiologiczne.
 4. Kardiologia dziecięca:
 - wady serca (postępowanie zachowawcze),
 - choroba reumatyczna,
 - nadciśnienie tętnicze.
 5. Hematologia dziecięca:
 - niedokrwistości,
 - konflikt serologiczny,
 - AIDS.
 6. Endokrynologia dziecięca:
 - zaburzenia wzrostu i wagi,
 - niedoczynność i nadczynność tarczycy, wole obojętne,
 - zaburzenia okresu dojrzewania,
 - otyłość – diagnostyka i leczenie.
 7. Choroby zakaźne wieku rozwojowego:
 - choroby zakaźne i pasożytnicze wieku dziecięcego,
 - stosowanie immunoglobulin i surowic,
 - reżim sanitarny w rejonach zagrożonych epidemią,
 - zasady higieny, szczególnie w zapobieganiu WZW i AIDS, choroby odzwierzęce.

II. Ćwiczenia (samodzielna praca studenta z pacjentem pod nadzorem asystenta)

W czasie praktyki w poradni dziecięcej studentowi winni poznać następujące zagadnienia w zakresie pediatrii:

1. Opieka nad dzieckiem chorym i zdrowym:
 - obowiązki i uprawnienia lekarza pediatri w lecznictwie ambulatoryjnym,
 - zadania pielęgniarki środowiskowej-rodzinnej w zakresie opieki nad dziećmi,
 - obowiązki i zadania opieki pediatrycznej w miejscu nauczania i wychowania,
 - współpraca z poradniami specjalistycznymi i szpitalem rejonowym,
 - badania dodatkowe,
 - problemy orzecznictwa zdrowotnego w wieku rozwojowym,
 - powszechnie profilaktyczne badania lekarskie,

- szczepienia ochronne.
- 2. Dokumentacja lekarska: karty chorych, grupy dyspanseryjne, badania okresowe, druki L-4, wnioski sanatoryjne.
- 3. Orzekanie o przydatności do nauki i wyboru zawodu.
- 4. Opieka nad dzieckiem w domu:
 - opieka nad noworodkiem,
 - wizyty patronażowe,
 - wizyty domowe,
 - tryb kierowania chorych do szpitala,
 - wykonywanie badań i zabiegów w domu,
 - stwierdzenie zgonu,
- kierowanie dzieci do domów dziecka,
- opieka nad młodocianymi alkoholikami, narkomanami i zakażonymi wirusem HIV,
- stwierdzenie krzywdzenia i maltretowania dziecka i dalszy tok postępowania.
- 5. Orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy rodziców, opiekunów z powodu choroby dziecka.
- 6. Izolacja dzieci z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych, dzieci z kontaktu, tryb postępowania.
- 7. Zasiłki pieniężne i inne świadczenia na rzecz dzieci specjalnej troski.

Piśmiennictwo

1. Bonson R., Gibbs T., Barker T.: Learning medicine in the community, *Acad. Med.* 1998, 73 (5).
2. Donsky J., Villeta T., Rodriguez M., Grumbach K.: Teaching community – oriented primary care trough longitudinal group projects, *Fam. Med.* 1998, 30 (6).
3. Dragański K., Tyszko P.: Przygotowanie do pracy lekarza rodzinnego. Program nauczania studentów, *Problemy Higieny* 1994, 43.
4. Guillbert J.J.: Zarys pedagogiki medycznej, PZWL, Warszawa 1983.
5. Hebanowski M.: Gdański model kształcenia lekarzy rodzinnych, *Mag. Med.* 1996, 7 (3).
6. Hebanowski M.: Uwagi dotyczące konieczności lepszego przystosowania studiów lekarskich dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o X-lecie doświadczenia Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej Akademii Medycznej w Gdańsku, *Probl. Szkoln. i Nauk Med.* 1990, XV, 2.
7. Kosiek K., Godycki-Ćwierko M.: Uczelnie medyczne i praktyka lekarza rodzinnego, *Mag. Med.* 1995, 6 (5).
8. Lester H.E., Carter Y.H., Dassu D., Hobbs F.D.: Survey of research activity, training needs, departmental support, and career intentions of junior academic general practitioners, *Br. J. Gen. Pract.* 1998, 48 (431).
9. Nawble D., Cannon R.: Jak uczyć medycyny?, PZWL, Warszawa 1998.
10. Orientale E. Jr: Ten tips for effective teating, *Fam. Med.* 1998, 30 (5).
11. Regan-Smith M.G.: Teachers' experiential learning about learning, *Int. J. Psychiatry Med.* 1998, 28 (1).

Adres Autora:

Tadeusz Kozielec
ul. Tarpanowa 6 m. 4
70-796 Szczecin

Ocena programu nauczania przedmiotu „Podstawy medycyny rodzinnej” dokonana przez studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu

The assessment of the curriculum for undergraduate education in family medicine by students of the 6th year at the Faculty of Medicine of Wrocław Medical University

ANDRZEJ STANISZEWSKI, MARIA BUJNOWSKA-FEDAK, ANDRZEJ STECIWKO

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Streszczenie W roku akademickim 1997/1998 Akademia Medyczna we Wrocławiu wprowadziła „Podstawy medycyny rodzinnej” jako nowy przedmiot na VI roku studiów na Wydziale Lekarskim. Celem tego krótkiego kursu było dostarczenie studentom niezbędnej wiedzy na temat idei medycyny rodzinnej, zakresu kompetencji lekarza rodzinnego oraz organizacji, zarządzania i sposobów finansowania jego praktyki. Osobnym zagadnieniem było udzielanie porady lekarskiej i komunikowanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Zajęcia warsztatowe odbywały się w pięciu pracowniach fantomowych, a także w modelowej praktyce lekarza rodzinnego. W ramach zaliczenia studenci wypełniali anonimową ankietę, której celem była ocena programu nauczania przedmiotu "Podstawy medycyny rodzinnej" oraz skuteczności kształcenia. Spośród 235 studentów ankietę poprawnie wypełniły 192 osoby (81,7%). Ponad 1/3 respondentów (37,6%) uważało, że nauczanie podstaw medycyny rodzinnej powinno rozpocząć się już na III roku studiów, a 33% – że obecny wymiar zajęć nie jest wystarczający. Na pytanie o to, co w zajęciach organizowanych przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej AM podobało się studentom najbardziej, 40% respondentów wymieniło ćwiczenia praktyczne w pracowniach fantomowych, a zdecydowana większość ankietowanych (84,7%) oceniła je ogólnie jako bardzo przydatne pod względem praktycznym. Respondentom podobał się także życzliwy stosunek asystentów i wykładowców. Wyniki tych badań powinny ułatwić wprowadzenie korekt do programu nauczania, tak aby poprawiła się jakość kształcenia przeddyplomowego z zakresu medycyny rodzinnej.

Słowa kluczowe: program nauczania, medycyna rodzinna, badania ankietowe.

Summary In the academic year of 1997/1998, *Essentials of Family Medicine* were introduced as a new subject in the 6th year of medical studies at the Wrocław Medical University. This course should provide the students with an overall view of the most important aspects and the complexity of family medicine. They should also be more motivated to work in the community as family doctors. A wide range of teaching methods were used, including tutorials and seminars, clinical skills lab, communication skills training and participating in the clinical work of the practice. On completion of each course (in 1998 and 1999) a questionnaire survey was undertaken to investigate the views of medical students on the curriculum, their likes and dislikes for undergraduate education in family medicine, and any changes they would like to be made in the programme. Of 235 students entering the survey, 192 responses were received (the overall response rate: 81.7%). The results showed that the undergraduate curriculum was generally accepted by medical students, however, 37.6% of responders wanted its early introduction (in the 3rd year of studies), and 33% agreed that the classes should be increased in duration and more frequent. Of responders 40% were satisfied with clinical skills lab and 85% commented favourably on its practical usefulness. The tutors were also accepted as good role models. The results of this survey may facilitate changes in the curriculum to improve further teaching.

Key words: undergraduate curriculum, family medicine, questionnaire survey.

Wprowadzenie w 1994 roku specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej spowodowało konieczność uwzględnienia tej dyscypliny w programach

nauczania przeddyplomowego na Wydziałach Lekarskich Akademii Medycznych w Polsce [1]. Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu

opracował i opublikował założenia programowe kształcenia w tej dziedzinie już w 1996 roku [2]. Jednak dopiero w roku akademickim 1997/1998 udało się w naszej uczelni dostosować jej program do programów już obowiązujących w innych Akademiach Medycznych w kraju i wprowadzić nauczanie podstaw medycyny rodzinnej – w postaci zajęć seminaryjno-warsztatowych – na VI roku studiów na Wydziale Lekarskim.

Organizacja zajęć z „Podstaw medycyny rodzinnej”

Zajęcia odbywały się w semestrze zimowym, w wymiarze 10 godzin (w tym: seminaria – 4 godz., ćwiczenia – 6 godz.) i prowadzone były przez pracowników naukowo-dydaktycznych Zakładu Medycyny Rodzinnej AM w pomieszczeniach tegoż Zakładu, tj. sali seminaryjnej, pracowniach fantomowych i jednej z modelowych praktyk lekarza rodzinnego. Szczegółowy program zajęć przedstawia tabela 1.

W ciągu semestru każda z grup studenckich uczestniczyła w zajęciach dwukrotnie, w odstępach 6-tygodniowych, spędzając w Zakładzie Medycyny Rodzinnej po 5 godzin dziennie (od godz. 8 do 13).

Pierwsze zajęcia miały charakter seminaryjny i ich celem było zapoznanie słuchaczy z założeniami reformy podstawowej opieki zdrowotnej, ideą medycyny rodzinnej, zakresem kompetencji lekarza rodzinnego oraz organizacją, zarządzaniem i sposobem finansowania jego praktyki.

Osobnym zagadnieniem było udzielanie porady lekarskiej i komunikowanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną; studenci ćwiczyli też praktyczną umiejętność komunikowania się.

Drugi dzień zajęć miał charakter warsztatowy. Studenci podzieleni na małe grupy odbywali systemem rotacyjnym ćwiczenia praktyczne w pięciu pracowniach fantomowych, a także wizytowali modelową praktykę lekarza rodzinnego, zapoznając się z jej infrastrukturą, wyposażeniem i funkcjonowaniem.

Na koniec zajęć w ramach zaliczenia studenci wypełniali anonimową ankietę, której celem była ocena programu nauczania przedmiotu „Podstawy medycyny rodzinnej” oraz skuteczności kształcenia. Wyniki tej ankiety są tematem niniejszego doniesienia.

Ocena programu zajęć

Spośród 235 studentów VI roku Wydziału Lekarskiego ankietę poprawnie wypełniły 192 osoby (81,7%) (w tym: 99 mężczyzn i 93 kobiety). Pytania miały w większości charakter otwarty. Ponad 1/3 respondentów (37,6%) uważa, że nauczanie podstaw medycyny rodzinnej powinno rozpocząć się już na III roku studiów, a zdaniem 18,3% – na V lub (jak to ma miejsce obecnie) na VI roku. Prawie 60% ankietowanych uważa jednak, że obecny wymiar zajęć, tzn. 2 dni ćwiczeń seminaryjno-warsztatowych, nie jest wystarczający. Proponowane zmiany miałyby polegać na zwiększeniu udziału studentów w pracy lekarza

Tabela 1. Program zajęć z podstaw medycyny rodzinnej

Zakres tematyczny:

Seminaria (4 godz.):

1. Rola, zakres działań i kompetencje lekarza rodzinnego
2. Organizacja pracy lekarza rodzinnego
3. Aspekty komunikacji między lekarzem a pacjentem i jego rodziną

Ćwiczenia (6 godz.):

1. Ćwiczenia praktyczne w pracowniach fantomowych Zakładu Medycyny Rodzinnej (pierwsza pomoc i reanimacja, tzw. „mała” chirurgia, ginekologia i położnictwo, otolaryngologia, okulistyka)
2. Zajęcia w modelowej praktyce lekarza rodzinnego

Forma zaliczeniowa zajęć:

ustno-tekstowa

Literatura:

Podstawowa:

1. Sloane P., Slatt L., Curtis P. (red.): *Podstawy medycyny rodzinnej*. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997.
2. Bujak M.: *Podstawowe techniki zabiegowe w opiece ambulatoryjnej*. Springer PWN, Warszawa 1996.

Uzupełniająca:

1. Kochen M. M. (red.): *Medycyna rodzinna*. PZWL, Warszawa 1996.
2. *Lekarz Rodzinny*. Pismo lekarzy opieki podstawowej (dwumiesięcznik). Wyd. Aktis – Łódź.
3. *Medycyna Rodzinna*. Kwartalnik. Wyd. Borgis. Sp. z o. o. Wydawnictwo Medyczne – Warszawa.
4. *Polska Medycyna Rodzinna*. Kwartalnik. Wydawnictwo Continuo – Wrocław.

rodzinnego w jego gabinecie, zwiększeniu liczby zajęć z zakresu komunikowania się lekarza z pacjentem (w tym: praktycznych ćwiczeń w komunikowaniu i przekazywaniu złych wiadomości), a także lepszej organizacji zajęć oraz skróceniu części teoretycznej. Natomiast w opinii 22,4% studentów liczba godzin zajęć wystarcza do zapewnienia realizacji programu nauczania.

Na pytanie o to, co w zajęciach organizowanych przez pracowników Zakładu Medycyny Rodzinnej AM podobało się studentom najbardziej, 40% respondentów wymienia ćwiczenia praktyczne w pracowniach fantomowych, a tylko 4,7% – zajęcia seminaryjne (przede wszystkim z zakresu komunikowania się lekarza z pacjentem). W opinii 12,5% ankietowanych na uznanie zasługują ponadto: ciekawa treść i forma zajęć, ich praktyczna przydatność, wyposażenie pracowni, czystość pomieszczeń (!), możliwość ćwiczenia w małych grupach, a także komunikatywność i wiedza pracowników naukowo-dydaktycznych Zakładu Medycyny Rodzinnej. Blisko 10% badanych zwraca uwagę na podejście asystentów do prowadzonych przez nich zajęć, określając je jako „konkretne” i „niekonwencjonalne” oraz wymieniając jako zauważalne cechy: życzliwość, optymizm, entuzjazm, energię i chęć zainteresowania studentów nauczanym przedmiotem. Z kolei 4% ankietowanych jest odmiennego zdania i wyraża się o asystentach krytycznie.

Blisko 1/3 respondentów (31,3%) nie podobają się również zajęcia teoretyczne. Ponad połowa z tej grupy (55%) uważa, że są one przede wszystkim zbyt długie, mało interesujące, a zdaniem 18,5% można byłoby z nich w ogóle zrezygnować.

Opinia studentów na temat zajęć z zakresu komunikowania się lekarza z pacjentem jest niejednoznaczna. Poproszeni o ocenę w skali punktowej (od 1 do 5) przydatności tych zajęć dla swojego wykształcenia medycznego (tab. 2), uznają je pod względem merytorycznym za: bardzo przydatne (4–5 punktów) – 46,5% ankietowanych, przydatne (3 punkty) – 32,4%, natomiast za mało przydatne (1–2 punkty) – 21,2% badanych osób. Z drugiej jednak strony – pod względem nabycia praktycznych umiejętności komunikowania się z pacjentem – aż 41,3% respondentów uważa omawiane zajęcia za mało przydatne, 22,8% ocenia je jako przydatne, a 35,9% – jako bardzo przydatne.

W podobny sposób (tj. za pomocą skali punktowej od 1 do 5) oceniano przydatność ćwiczeń praktycznych w pracowniach fantomowych (tab. 3). Zdecydowana większość ankietowanych (84,7%) ocenia je ogólnie jako bardzo przydatne, tylko dla 4,1% badanych mają one małe znaczenie. W „rankingu” pracowni fantomowych studenci VI roku najwyższej stawiają ćwiczenia z zakresu reanimacji i udzielania pierwszej pomocy (wg 95,3% respondentów są one bardzo przydatne). Również wysokie noty uzyskują ćwiczenia na fantomach z ginekologii i położnictwa (80,7% badanych przyznało im 4–5 punktów), a także ćwiczenia w pracowni chirurgicznej (71,9%). Stosunkowo najgorzej pod względem przydatności ocenia się zajęcia na fantomach otolaryngologicznych i okulistycznych: w opinii około 60% ankietowanych są one wprawdzie bardzo przydatne, ale jednocześnie prawie 20% badanych uznaje je tylko za przydatne, a pozostałe 20% – nawet za mało przydatne (1–2 punkty).

Tabela 2. Ocena przydatności zajęć z zakresu komunikowania się lekarza z pacjentem

Ocena w skali 5-punktowej (od 1 do 5)	%
<ul style="list-style-type: none"> Pod względem merytorycznym: bardzo przydatne (4–5 pkt.) przydatne (3 pkt.) mało przydatne (1–2 pkt.) 	46,5 32,4 21,2
<ul style="list-style-type: none"> Pod względem nabycia praktycznych umiejętności: bardzo przydatne (4–5 pkt.) przydatne (3 pkt.) mało przydatne (1–2 pkt.) 	35,9 22,8 41,3

Tabela 3. Ocena przydatności ćwiczeń praktycznych w pracowniach fantomowych

Ocena w skali 5-punktowej (od 1 do 5)	ogólnie (%)	chirurgia (%)	otolaryngologia (%)	okulistyka (%)	ginekologia (%)	I pomoc (%)
bardzo przydatne (4–5 pkt.)	84,7	72,0	63,4	55,2	80,7	94,8
przydatne (3 pkt.)	11,2	14,0	18,3	23,3	12,0	3,0
mało przydatne (1–2 pkt.)	4,1	14,0	18,3	21,5	7,4	2,3

Tabela 4. Umiejętności praktyczne nabyte (udoskonalone) przez studentów podczas zajęć w pracowniach fantomowych

Umiejętność	Liczba studentów	%
Badanie ginekologiczne	95	55,1
Intubacja	94	54,5
Reanimacja	76	44,1
Cewnikowanie pęcherza moczowego	51	29,6
Badanie dna oka	51	29,6
Badanie otoskopowe	41	23,8
Szycie chirurgiczne rany	35	20,3
Badanie <i>per rectum</i>	34	19,7
Badanie palpacyjne piersi	11	6,4

Powyższy „ranking” znajduje odbicie również w odpowiedzi na pytanie, jakie umiejętności praktyczne nabyli (lub udoskonalili) studenci podczas zajęć w pracowniach fantomowych (tab. 4). Najczęściej wymieniane są bowiem: intubacja i badanie ginekologiczne (55% ankietowanych), następnie reanimacja (44%), cewnikowanie pęcherza moczowego i badanie dna oka (30%), a dalej – otoskopia (24%), szycie chirurgiczne ran oraz badanie *per rectum* (20%). Nabycie umiejętności badania palpacyjnego piersi wymienia tylko 6,4% respondentów.

Ostatnie z pytań dotyczyło ewentualnych innowacji lub udoskonalień, które studenci chcieliby wprowadzić do zajęć w pracowniach fantomowych. Blisko 30% ankietowanych postuluje przede wszystkim wydłużenie czasu trwania tych zajęć (zwłaszcza w pracowniach: chirurgicznej i pierwszej pomocy); tyle samo badanych jest za zwiększeniem częstotliwości zajęć – jeden dzień tego rodzaju ćwiczeń w ciągu całych studiów na Wydziale Lekarskim to, zdaniem respondentów, absolutnie za mało. Blisko 16% zgłasza potrzebę powiększenia zestawu dostępnych fantomów i wzbogacenia go o takie, które umożliwiłyby doskonalenie je-

szcze innych umiejętności praktycznych (np. wykonywanie wkłuc dożylnych i dotętnicznych). W wypowiedziach ankietowanych są również postulaty lepszej dbałości o fantomy (w znaczeniu ich konserwacji), indywidualnego zaliczania ćwiczeń w każdej z pracowni, a także wykorzystania jako pomocy dydaktycznych filmów i przeźroczy. Około 11% studentów nie widzi potrzeby wprowadzania zmian do zajęć w pracowniach fantomowych.

Omówienie

Z naszego sondażu wynika, że umieszczenie w programie studiów lekarskich nowego przedmiotu pn. „Podstawy medycyny rodzinnej” – nawet w ograniczonym na początku z różnych powodów wymiarze – spotkało się z przychylnym, a w odniesieniu do zajęć w pracowniach fantomowych wręcz entuzjastycznym, przyjęciem ze strony studentów. Respondentom podobał się także życzliwy stosunek asystentów i wykładowców, których rola w rozumianej nowoczesnie dydaktyce medycznej ma polegać przecież m.in. na partnerstwie i współpracy ze studentami [3]. Po przeanalizowaniu wyników ankiety, rozmowach i dyskusjach ze studentami oraz ocenie programu zajęć widzimy konieczność pewnych modyfikacji tego programu, uwzględniających przede wszystkim postulaty zgłaszane przez naszych respondentów. Należy bowiem stale dążyć do wzbogacania i uatrakcyjniania zajęć, jednocześnie aktualizując i rozszerzając wiadomości – zarówno teoretyczne, jak i praktyczne – nabywane przez studentów. Zmiany te wprowadzamy stopniowo, począwszy od najbliższego roku akademickiego. Ideałem byłoby oprzeć kształcenie w zakresie medycyny rodzinnej na nauczaniu problemowym (ang. *problem-based learning*) oraz przenieść je do gabinetów lekarzy rodzinnych, tak jak to ma miejsce w innych krajach [4, 5]. Sprawa ta, jak również zwiększenie wymiaru zajęć z przedmiotu „Podstawy medycyny rodzinnej”, pozostają wciąż otwarte.

Piśmiennictwo

1. Kosiek K.: Medycyna rodzinna w ramach kształcenia przeddyplomowego. *Lekarz Rodzinny* 1997, II, nr 3: 48–49.
2. Pisarek W., Steciwko A., Helminiak I., Drobnik J.: Formy kształcenia przeddyplomowego w medycynie rodzinnej i nasze oczekiwania z tym związane. [w:] I Zjazd Lekarzy Rodzinnych Dolnego Śląska: Formy kształcenia przed i podyplomowego lekarzy rodzinnych. Program. Wrocław/Sulistrowiczki, 26 maja 1996 r.: 23–25.
3. Petersdorf R. G.: Medical students and primary care. *JAMA* 1994, 271: 946–947.
4. Usherwood T., Joesbury H., Hannay D.: Student-directed problem-based learning in general practice and public health medicine. *Med. Educ.* 1991, 25: 421–429.
5. Martens F. M. J. G., Root J. M. H.: Practical medical education in general practice. *Med. Educ.* 1992, 26: 213–217.

Adres Autorów:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Opinie studentów VI roku Wydziału Lekarskiego na temat „Szkolenia przeddyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej”

Students' opinions on undergraduate training in family medicine

TADEUSZ KOZIELEC, DOROTA STRECKER, BEATA KARAKIEWICZ

Z Zakładu Medycyny Rodzinnej
Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. med. Tadeusz Kozielec

Streszczenie W pracy przedstawiono wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród studentów VI roku Wydziału Lekarskiego po rocznym zakończeniu zajęć z medycyny rodzinnej.

Wśród studentów VI roku zwiększyło się zainteresowanie specjalizacją z zakresu medycyny rodzinnej. 89% uważa, że w toku studiów medycznych nie zostało przygotowanych do pracy w charakterze lekarza pierwszego kontaktu.

Spełniając oczekiwania studentów zostały wprowadzone do programu zajęć warsztaty dotyczące problemów komunikowania się lekarza z pacjentem oraz zajęcia w Specjalnym Ośrodku, gdzie studenci mieli kontakt z dziećmi niepełnosprawnymi. Negatywnie został oceniony przez studentów program praktyk wakacyjnych.

Słowa kluczowe: kształcenie przeddyplomowe, medycyna rodzinna, opinie studentów.

Summary Results of inquiry studies carried out among VIth year students of medical faculty PAM in the years 1997–1998 were presented. Aim of work was to get information concerning preparation to profession when studying considering particularly the work in the outpatient health care.

The majority of the inquired (89%) estimated that a former program of studies do not prepare sufficiently to work in an outpatient health care. To realize students' hopes there were created manual practices considered with communications problems between doctor and patient.

There were also created practices in Special Health Service Centre where students were in touch with handicapped children. Students estimated negatively holiday's training program.

Key words: undergraduate training, family medicine, students' opinion.

Wprowadzenie nowej specjalizacji lekarza rodzinnego powinno zmienić system szkolenia na studiach medycznych. Kształcenie przeddyplomowe lekarzy na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej nie może odbywać się w oddziałach klinik, szpitali lub w specjalistycznych poradniach. Szkolenie powinno odbywać się głównie na bazie leczenia ambulatoryjnego, gdzie studenci będą mogli zapoznać się z problematyką leczniczą w nowej formie sprawowania podstawowej opieki zdrowotnej, w której lekarz rodzinny obejmuje całą populację zarówno w zakresie leczenia oraz profilaktyki, a także uczestniczyć w rozwiązywaniu problemów (także psychologicznych i społecznych) podopiecznych [2, 3, 5].

Od początku istnienia Zakładu wśród studentów VI roku są prowadzone badania ankietowe dotyczące oceny procesu dydaktycznego w Aka-

demii Medycznej w ciągu 6 lat nauki oraz oczekiwań dotyczących zajęć w Zakładzie Medycyny Rodzinnej (ZMR) [1, 3, 6]. Starając się spełnić oczekiwania studentów, wdramy je do programu zajęć. Wynikiem takiej współpracy może być:

1. wprowadzenie warsztatów dotyczących problemów komunikowania się lekarza z pacjentem,
2. wprowadzenie zajęć w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym, gdzie studenci po raz pierwszy mają możliwość spotkania się ze specyfiką opieki nad pacjentami upośledzonymi umysłowo oraz
3. zintensyfikowanie praktycznego kontaktu studenta z pacjentem.

W obecnym doniesieniu przedstawiamy wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród 124 studentów VI roku Wydziału Lekar-

skiego Pomorskiej Akademii Medycznej (PAM) w Szczecinie w roku akademickim 1997–1998. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety wypełniany w dniu kończącym zajęcia w ZMR. Ankiety były wypełniane dobrowolnie, anonimowo oraz bez ograniczenia czasowego.

W PAM podobnie jak we wszystkich innych Akademiach Medycznych, zajęcia w czasie studiów odbywają się głównie na terenie szpitali klinicznych, gdzie studenci spotykają się z leczeniem w warunkach szpitalnych oraz z organizacją leczenia szpitalnego (specjalistycznego). Z pacjentem ambulatoryjnym oraz z pracą lekarza pierwszego kontaktu spotykają się po raz pierwszy na zajęciach w ZMR dopiero na VI roku studiów [2, 4, 5]. Dlatego poprosiliśmy ankieto-

wanych o ocenę swojego przygotowania zwłaszcza praktycznego do samodzielnej pracy w lecznictwie otwartym.

Otrzymaliśmy bardzo krytyczne odpowiedzi. Około 89% studentów stwierdziło, że podczas 6 lat nauki nie zostało dostatecznie przygotowanych do samodzielnej pracy w charakterze lekarza pierwszego kontaktu. Na to samo pytanie w latach 1986–1996 podobnej odpowiedzi udzieliło nam 73% ankietowanych. Wzrost tego odsetka jest istotnym sygnałem, że reforma szkolnictwa wyższego w większym zakresie powinna uwzględniać praktyczne przygotowanie studentów do wykonywania zawodu, zwłaszcza w charakterze lekarza rodzinnego [1, 7, 8].

Następnie ankietowani dokonali oceny programu praktyk wakacyjnych.

W opinii 80% studentów praktyki wakacyjne są prowadzone w złym systemie i one również nie przygotowują do samodzielnej pracy. Według ankietowanych podczas praktyk lekarze powinni bardziej mobilizować studentów do samodzielnego przyjmowania pacjentów (97%), praktyki powinny być prowadzone przez specjalnie przeszkolony i dobrany personel, a nie przez „przypadkowych lekarzy” (77%). Studenci zdają sobie sprawę z tego, że ich przyszła praca będzie związana głównie z pracą w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub medycyny rodzinnej (MR), dlatego też twierdzą, że już od najwcześniejszych lat praktyki wakacyjne powinny odbywać się tylko w odpowiednio do tego przygotowanych przychodniach lub w gabinetach lekarzy różnych specjalności (56%).

Od kilku lat w ramach bloku z medycyny rodzinnej wybrana grupa studentów VI roku uczestniczy w zajęciach w Klinice w Schwedt. W tym roku akademickim 35 osób spośród ankietowanych miało możliwość zapoznania się z pracą i warunkami pracy lekarzy niemieckich. Jednakże

Tabela 1. Ocena praktycznego przygotowania do samodzielnej pracy w toku dotychczasowych studiów

Przygotowanie do samodzielnej pracy	1986–1996		1997–1998	
	n	%	n	%
Tak	296	23,72	9	7,26
Nie	928	72,96	110	88,71
Brak odpowiedzi	48	3,77	5	4,03
Razem	1272	100	124	100

Tabela 2. Ocena programu praktyk wakacyjnych

Program praktyki	1997–1998	
	n	%
Odpowiedni	24	19,35
Nieodpowiedni	99	79,84
Brak odpowiedzi	1	0,81
Razem	124	100

Tabela 3. Zmiany, jakie należałoby wprowadzić w programie praktyk wakacyjnych

	Tak		Nie		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Wprowadzenie praktyk odbywających się tylko w przychodniach, w gabinetach lekarzy różnych specjalizacji	55	55,56	44	44,44	99	100
Powinny być prowadzone przez specjalnie przeszkolony i dobrany personel, a nie przez „przypadkowych lekarzy”	76	76,77	23	23,23	99	100
Większe zaangażowanie ze strony lekarzy w celu zmobilizowania do większej samodzielności	96	96,97	3	3,03	99	100
Większa kontrola studentów przy rozliczaniu odbytych praktyk	32	32,32	67	67,68	99	100

podczas tych zajęć studenci mieli tylko i wyłącznie kontakt z pacjentem szpitalnym. Dlatego też około 66% (tj. 23 osoby) uważa, że wyjazdy do Szwedtu nie powinny odbywać się kosztem zajęć w naszym zakładzie, a ewentualnie w ramach innych bloków, np. na IV roku studiów. Większość tych studentów, chcąc zapoznać się ze specyfiką pracy w lecznictwie ambulatoryjnym, odbyło także na własną prośbę zajęcia w naszym Zakładzie.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom studentów dotyczących zwiększenia proporcji zajęć praktycznych w stosunku do teoretycznych, do naszego programu, wprowadziliśmy zajęcia warsztatowe. Spotkały się one z dużym uznaniem ze strony studentów, dlatego też 82% z nich uważa, że powinny być one stałym elementem zajęć w ramach naszego bloku.

Ponadto studenci sugerują, że więcej skorzystałoby z zajęć, gdyby grupy ćwiczeniowe były mniej liczne, tzn. jedno- maksymalnie dwuosobowe. Tego zdania jest 67% respondentów. Około 69% ankietowanych uważa, że konieczne jest wprowadzenie zajęć fantomowych. Znacząca liczba studentów – 90% ankietowanych twierdzi, że zajęcia dotyczące opieki pediatrycznej w lecznictwie ambulatoryjnym powinny być realizowane przez lekarzy pediatrów.

Po odbyciu zajęć w naszym Zakładzie studenci udzielili odpowiedzi na pytanie „czy i jakie wnoszą praktyczne korzyści po tych zajęciach”. W skali od 0 do 5 punktów oceniali jedną lub kilka czynności, których nauczyli się w trakcie ćwiczeń.

Według ankietowanych osób największą korzyścią wyniesioną z zajęć były w kolejności: poznanie zakresu pracy lekarza rodzinnego, umiejętność stosowania terapii, utrwalenie posiadanej

wiedzy, możliwość bezpośredniego kontaktu z chorym, samodzielność.

Studenci podczas zajęć w ZMR aktywnie uczestniczą we wszystkich formach pracy lekarza pierwszego kontaktu, tj. przyjmowaniu chorych w poradni, wizytach domowych, działalności profilaktycznej, wizytach patronażowych, pracy w punkcie szczepień oraz w udzielaniu porad dla dzieci zdrowych. Czynnici uczestniczą w podejmowaniu decyzji diagnostyczno-terapeutycznych, a następnie pod „życzliwą kontrolą” asystenta pełnią rolę aktywnego lekarza. Dlatego też studenci widząc praktyczne korzyści z prowadzonych przez nas zajęć proponują, aby wprowadzić je na niższych latach studiów.

Odpowiedzi takiej udzieliło nam 104 ankietowanych (84%). Spośród nich ok. 23% widzi potrzebę wprowadzenia zajęć w lecznictwie otwartym już na IV roku, a 59% na V roku, natomiast pozostali na niższych latach studiów.

Na zakończenie ankiety zadaliśmy studentom pytanie dotyczące ich zainteresowania specjalizacją z medycyny rodzinnej. Wśród ankietowanych 45 osób (36%) wyraziło chęć specjalizowania się w tej dziedzinie, 26 osób spośród nich (58%) tylko w przypadku, kiedy nie będą mieć możliwości specjalizowania się w innej dziedzinie. Porównując te dane z badaniami ankietowymi obejmującymi okres 1992–1996, kiedy to podobnej odpowiedzi udzieliło nam 14% ankietowanych, stwierdziliśmy wzrost zainteresowania wśród studentów tą specjalizacją.

Z analizy naszych danych jednoznacznie wynika, że w opinii studentów dotychczasowy program studiów medycznych nie spełnia ich oczekiwań, gdyż koncentruje się głównie na zajęciach teoretycznych. Dlatego też 89% respondentów

Tabela 4. Wskazane zmiany do wprowadzenia w zajęciach z medycyny rodzinnej w Zakładzie Medycyny Rodzinnej

	Odpowiednia		Zwiększyć		Zmniejszyć		Brak odpow.		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Liczba godzin seminaryjnych	88	70,96	18	14,52	9	7,26	9	7,26	124	100
Liczba godzin zajęć praktycznych	71	57,25	43	34,68	1	0,81	9	7,26	124	100
Liczba studentów w podgrupach	32	25,80	–	–	83	66,94	9	7,26	124	100

	Tak		Nie		Brak odpow.		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wprowadzenie zajęć fantomowych	86	69,35	29	23,39	9	7,26	124	100
Wprowadzenie zajęć warsztatowych	102	82,26	13	10,48	9	7,26	124	100
Wprowadzenie wykładów	13	10,48	102	82,26	9	7,26	124	100
Odpytywanie studentów	24	19,35	91	73,39	9	7,26	124	100
Zajęcia pediatryczne prowadzone przez pediatrów	112	90,32	6	4,84	6	4,84	124	100

Tabela 5. Korzyści z zajęć prowadzonych przez Zakład Medycyny Rodzinnej (maksymalna ilość punktów 515)

Osiągnięte korzyści	Liczba punktów	% maksymalnej ilości punktów
Poznanie zakresu pracy lekarza rodzinnego	415	80,58
Umiejętność stosowania terapii	380	73,79
Utrwalenie posiadanej wiedzy	368	71,46
Nawiązywanie kontaktu z chorymi	354	68,74
Samodzielność	352	68,35
Poznanie własnych zachowań wobec pacjenta	340	66,02
Zdobycie umiejętności praktycznych (manualnych)	319	61,94
Zdobycie nowej wiedzy teoretycznej	317	61,55
Umiejętność zbierania wywiadu	311	60,39
Umiejętność stawiania diagnozy	299	58,06

Tabela 6. Termin wprowadzenia zajęć z medycyny rodzinnej

Rok studiów	Liczba badanych	%
I	1	0,96
II	–	–
III	18	17,31
IV	24	23,08
V	61	58,65
Razem	104	100,00

uważa, że nie zostało przygotowanych do samodzielnej pracy w charakterze lekarza pierwszego kontaktu. Studenci widzą także konieczność wprowadzenia zmian dotyczących programu i zasad odbywania praktyk wakacyjnych, które według nich powinny odbywać się głównie w ga-

binetach lekarzy rodzinnych i innych placówkach lecznictwa podstawowego przygotowanych do tego oraz pod kierunkiem wyznaczonego personelu.

Nasi respondenci chcieliby być traktowani przez asystentów jak młodszy koledzy, którzy mogliby samodzielnie, ale pod bacznym okiem starszego kolegi wykonywać zadania lekarza w ambulatorium. Studenci twierdzą, że z takim stosunkiem spotykają się podczas zajęć w naszym Zakładzie. Ponadto, widząc praktyczne korzyści z prowadzonych przez nas zajęć proponują, aby wprowadzić je już na niższych latach studiów (IV, V rok).

Z przeprowadzonych badań wynika także, że wśród studentów VI roku zwiększyło się zainteresowanie specjalizacją z zakresu medycyny rodzinnej.

Piśmiennictwo

1. Dragoński K., Tyszko P.: Nauczanie medycyny rodzinnej w ocenie studentów medycyny. *Zdrowie Publ.* 1994, 9.
2. Dragoński K., Tyszko P.: Nauczanie medycyny rodzinnej w ocenie studentów medycyny w roku 1993 i 1995. Konferencja: Ekologiczne problemy epidemiologii środowiskowej a zdrowie ludności. Jelenia Góra – Cieplice 1995.
3. Dragoński K., Tyszko P.: Przygotowanie do pracy lekarza rodzinnego. Program nauczania studentów. *Probl. Higieny* 1994, 43.
4. Gałuszka M.: Rozważania nad stanem uczelni medycznych. *Probl. Szkoln. i Nauk Med.* 1989, XIV, 3.
5. Kozielec T., Strecker D., Hornowska I., Drybańska-Kalita A.: Nauczanie przeddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej a oczekiwania studentów w VI roku Wydziału Lekarskiego. *Mat. Konferencyjne: I Krajowa Konf. Kształcenie przeddyplomowe w medycynie rodzinnej.* 15–16 maj 1996.
6. Kozielec T., Drybańska-Kalita A.: Ocena przygotowania w zakresie studiów do zawodu i przyszłej pracy na podstawie pięcioletnich badań ankietowych studentów VI roku Wydz. Lek. PAM, *Zdr. Publ.* 1994, 5, 157.
7. Kryst L., Wojtczak A.: Kształcenie przeddyplomowe lekarzy w świetle potrzeb polskiej strategii. *Zdrowie dla wszystkich. Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych* 1989, XIV, 1,1.
8. Rafalski H.: Cele kształcenia i wychowania w uczelni medycznej w opinii studentów i nauczycieli akademickich. *Probl. Szkolnictwa i Nauk Med.* 1989, XIV, 1.

Adres II Autora:
Dorota Strecker
ul. Wojska Polskiego 35 m. 39
70-473 Szczecin

Medycyna rodzinna – wybór świadomy czy konieczny. Nadzieje i obawy studentów medycyny

Family medicine – a conscious choice or necessity. Hopes and fears of medical students

HERBERT KRÓL, JACEK PASZKOWSKI, JERZY ŁOPATYŃSKI
Z Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej Katedry Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. med. Jerzy Łopatyński

Streszczenie Celem pracy było poznanie opinii i wiedzy studentów medycyny na temat proponowanego nowego modelu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, a w perspektywie tego, własnych planów zawodowych oraz stosunku do medycyny rodzinnej jako przedmiotu nauczania w czasie studiów. Metodą badawczą były anonimowe badania ankietowe przeprowadzone na grupie 100 studentów VI roku medycyny. Wyniki naszych badań ujawniły wśród analizowanej grupy przychylny stosunek do wprowadzenia modelu opieki zdrowotnej opartego na lekarzu rodzinnym (77%) i chęć pozostawania pod opieką takiego lekarza (88%). Pozytywne opinie nie wiązały się jednak z chęcią świadomego wyboru tej specjalizacji, gdyż tylko 2% respondentów wybrałoby tą specjalizację jako jedyną, własną drogę zawodową. Ankietowani studenci uznali jednak, że nauczanie medycyny rodzinnej w trakcie szkolenia przeddyplomowego jest konieczne (98%). Ich zdaniem zajęcia z tego przedmiotu powinny rozpoczynać się na wczesnych latach studiów; łącznie za rozpoczęciem nauczania medycyny rodzinnej przed VI rokiem studiów opowiedziało się 76% respondentów. Za niesatysfakcjonujące uznali zbyt dużą liczbę studentów w grupie oraz odbywanie ćwiczeń poza gabinetem lekarza rodzinnego (LR). Wyniki ankiety ujawniły obawy studentów przed wyborem tej specjalizacji przy równoczesnym popieraniu systemu lekarza rodzinnego w Polsce oraz niedoskonałości szkolenia.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, szkolenie przeddyplomowe, studenci medycyny, opinie, plany zawodowe.

Summary The aim of the study was the recognition of students' opinion and knowledge to the proposed new model of primary health care in Poland and their outlook referring to the plans of future speciality and their attitude to family medicine as a subject of study before graduation. We studied 100 students of 6-th year of medicine using nameless questionnaire. Our study showed in studied group generally positive attitude to the introduction of the model of primary health care based on family doctor (77%) and the will to stay under the control of that doctor (88%). Nevertheless, this positive relation to the model of family medicine had not caused the students wish to choose this speciality as the only way of their profession. The study revealed that 98% of students noticed the necessity of training in family medicine before graduation. In their opinion the teaching of family medicine should begin on the early years of study; in general 76% of students wished to begin the training in this subject before the 6-th year of study. The students admitted that the number of students in one group, the place and the methods of teaching of family medicine was unsatisfactory. The results of our questionnaire showed the students anxiety to choose this speciality and at the same time the declaration to support model of family medicine in Poland and the deficiency of teaching.

Key words: family medicine, undergraduate education, medical students, opinions, professional plans.

Wstęp

Dotychczasowy model funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce nie sprawdził się. Obecnie znajdujemy się w momencie jego transformacji. Jednym z powszechnie akceptowanych elementów reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest oparcie podstawowej opieki zdrowotnej o instytucję lekarza ro-

dzinnego [1]. Priorytet wynika z konieczności holistycznego i podmiotowego traktowania pacjenta oraz z potrzeby obniżenia narastających kosztów diagnozowania i leczenia w warunkach szpitalnych [2, 3]. Powodzenie dokonywanych zmian zależy od dobrze przeprowadzonej reformy zdrowia, która powinna przynieść korzyści pacjentom, jak również, o czym nie należy zapominać, realizatorom opieki zdrowotnej. Jest to

problem bardzo złożony, wymagający oprócz zmian w finansowaniu świadczeń zdrowotnych [4], zmiany świadomości społeczeństwa w podejściu do własnego zdrowia, ustalenia kompetencji lekarza rodzinnego oraz podziału zadań pomiędzy leczeniem specjalistycznym a opieką podstawową. Wymaga przede wszystkim rzetelnej informacji odnośnie roli, jaką w polskich realiach ekonomicznych i nowym, nie do końca znanym systemie, powinien spełniać lekarz rodzinny. Zadaniem lekarza rodzinnego jest nie tylko leczenie, lecz również troska o zdrowie rodziny i wszystkich jej członków ze wzrastającym naciskiem na zapobieganie chorobom i promocję zdrowia, a także na aspekty socjalne, psychologiczne i biologiczne jednostki i rodziny [5]. Wiele niekorzystnych zjawisk wywołuje przedstawianie osoby lekarza rodzinnego jako wszechstronnie wykształconego „superspecjalisty” oddanego swoim pacjentom w dzień i w nocy i dyspozycyjnego przez 24 godziny na dobę. Z jednej strony rodzi to niepokoje wśród przyszłych adeptów medycyny rodzinnej, studentów i młodych lekarzy, z drugiej zaś może powodować wśród przyszłych pacjentów postawy roszczeniowe. Wybór tej specjalizacji powinien stanowić świadomą decyzję, a nie ostateczność w przypadku braku innych możliwości.

Celem naszej pracy było poznanie wiedzy i opinii studentów medycyny – najbardziej zainteresowanych – dotyczących stosunku do wprowadzanego systemu lekarza rodzinnego (LR), do medycyny rodzinnej jako przedmiotu nauczania przeddyplomowego oraz poznania ich nadziei i obaw, które często motywują odpowiedni wybór drogi zawodowej.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 100 studentów VI roku medycyny (M = 57, K = 43) z 20 pięcioosobowych grup studenckich odbywających kolejno ćwiczenia z medycyny rodzinnej w letnim semestrze roku akademickiego 1997/98. Stanowili oni

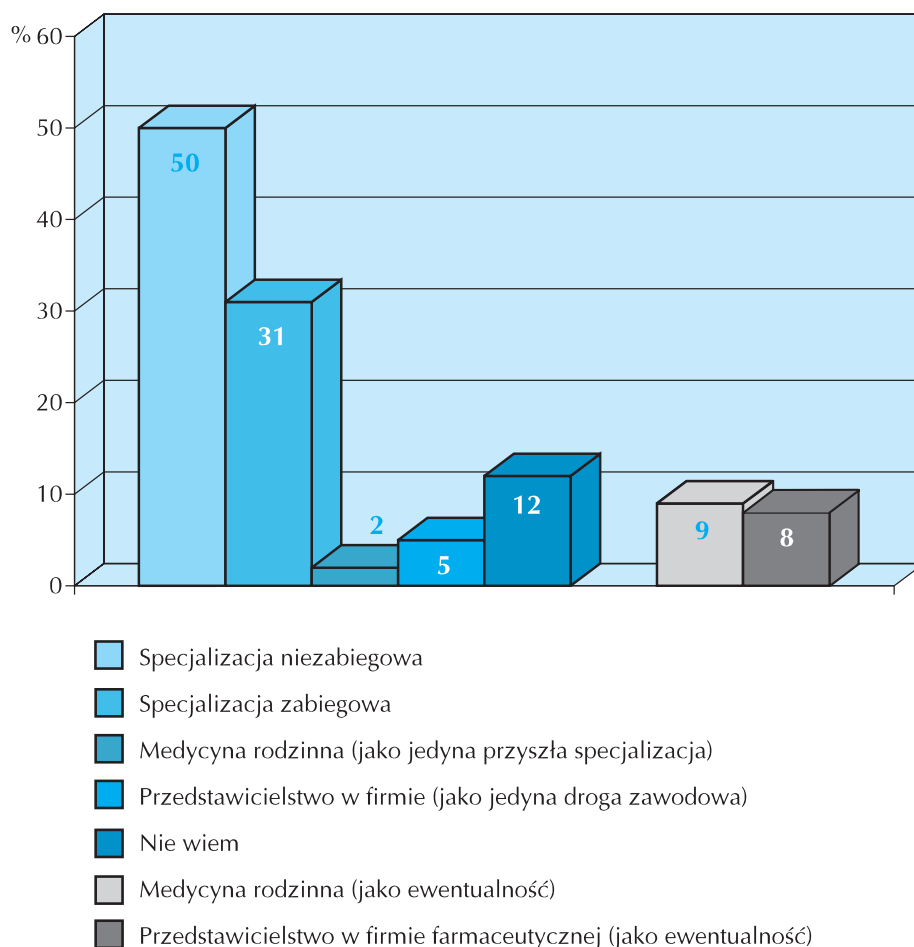
43,5% wszystkich, studiujących w 46 grupach, studentów VI roku medycyny. Plan zajęć z medycyny rodzinnej, która rozpoczyna się na Akademii Medycznej w Lublinie na VI roku studiów przedstawia tabela 1. Każda z uczelni przeznaczona na medycynę rodzinną różną liczbę godzin i posiada różną formę prowadzenia zajęć [6]. Metodą badawczą była 2-częściowa, anonimowa ankieta składająca się z 29 pytań, którą studenci wypełniali w ostatnim dniu odbywania zajęć z medycyny rodzinnej. Pytania były zróżnicowane pod względem charakteru i możliwości wyboru odpowiedzi. Były to pytania dotyczące danych osobowych, takich jak wiek, płeć, środowisko zamieszkania przed studiami, pytania jednokrotnego wyboru tak/nie, pytania jednokrotnego i wielokrotnego wyboru odpowiedzi z możliwością jej uzasadnienia oraz pytania otwarte wymagające samodzielnej wypowiedzi. Dotyczyły one zainteresowań i planów zawodowych studentów, motywacji związanych z wyborem przyszłej specjalizacji, ze szczególnym uwzględnieniem medycyny rodzinnej, opinii o przedmiocie z oceną dotychczasowej formy ćwiczeń i seminariów, własnych propozycji dotyczących organizacji i udoskonalenia tych zajęć oraz opinii na temat wprowadzenia i funkcjonowania w Polsce systemu lekarza rodzinnego.

Wyniki

Rycina 1 przedstawia charakterystykę planów studentów dotyczących wyboru przyszłej drogi zawodowej. Na preferencje zawodowe i wybór przyszłego miejsca pracy mogło mieć wpływ już samo pochodzenie studiujących (tab. 2). Pomimo znikomego odsetka ankietowanych, którzy zdecydowali się na wybór medycyny rodzinnej jako własnej drogi zawodowej, stosunek respondentów do systemu lekarza rodzinnego i jego wprowadzenia jest przychylny, co przedstawiono w tabeli 3. Ponadto w 74% ankietowanych twierdziło, że medycyna rodzinna nie jest gorszą specjalizacją niż pozostałe. Otrzymane wyniki wy-

Tabela 1. Plan szkolenia przeddyplomowego z medycyny rodzinnej w Akademii Medycznej w Lublinie

Zblokowane 4-tygodniowe ćwiczenia w przychodni rejonowej				
Semestr zimowy	1 tydzień	2 tydzień	3 tydzień	4 tydzień
	Interna 35 godzin	Pediatrica 35 godzin	Chirurgia 35 godzin	Ginekologia 35 godzin
	2-godzinne seminarium			
Semestr letni	2-tygodniowy blok ćwiczeń z interny w liczbie 49 godzin			



Rycina 1. Charakterystyka planów dotyczących wyboru przyszłej drogi zawodowej

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy wg miejsca stałego zamieszkania przed studiami /%/ n = 100

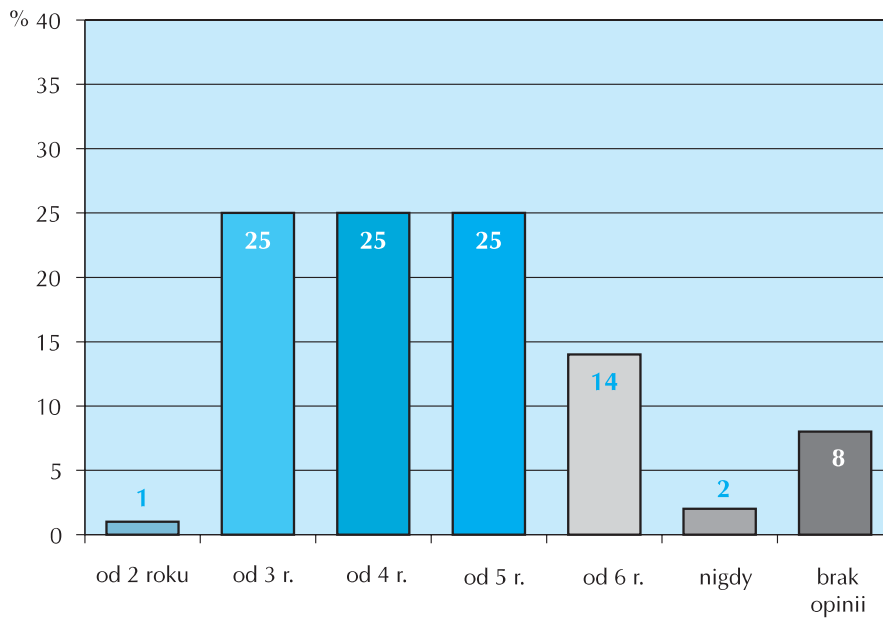
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	53
Miasto 50–100 tys. mieszkańców	21
Miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	19
Wieś	7

kazały, że 45 ze 100 ankietowanych nie zetknęło się z tym zagadnieniem do chwili rozpoczęcia zajęć z medycyny rodzinnej na VI roku. Równocześnie z negatywnymi opiniami o medycynie rodzinnej (MR) w klinikach spotkało się aż 56,6% respondentów, przy czym jedynie 60 studentów

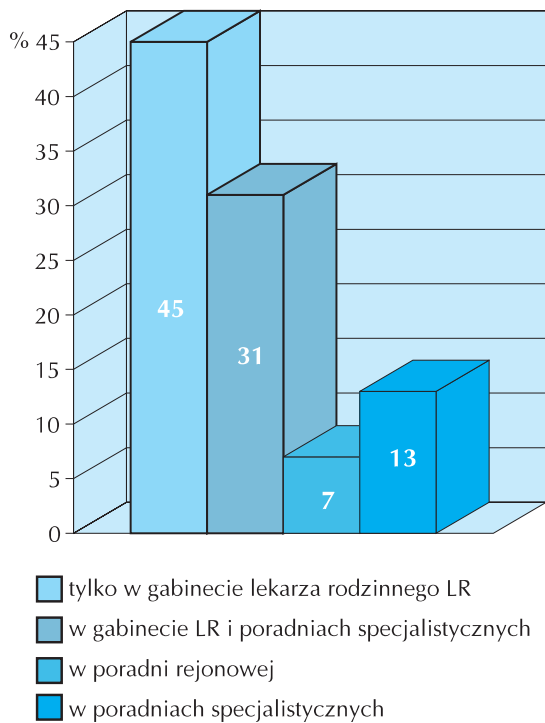
udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Pomimo tego w dalszej części ankiety ogólnie pozytywną opinię o medycynie rodzinnej wśród tych, którzy spotkali się z negatywnymi opiniami w klinikach, wyraziło 64,2% ankietowanych. 98 respondentów wyraziło opinię, że taki przedmiot jak MR jest konieczny w trakcie studiów, a proponowany przez studentów okres rozpoczęcia zajęć z tego przedmiotu przedstawia rycina 2. Wyniki dotyczące proponowanego miejsca odbywania zajęć z medycyny i liczby osób w grupie przedstawiają rycina 3 i rycina 4. Dotychczasową formę ćwiczeń i seminariów uznało za zadowalającą 52%, za dobrą 10%, a 38% respondentów uznało ją za złą. Dla 86% ankietowanych wadą dotychczasowych ćwiczeń była zbyt duża liczba studentów w grupie, dla 38% za krótkie bloki ćwiczeniowe, a 18% twierdziło, że jest zbyt mało zajęć teoretycznych z zakresu MR. Równocześnie 74% widzi konieczność uwzględnienia w ramach szkolenia przeddyplomowego z medycyny rodzinnej zajęć z psychologii i socjologii rodziny.

Tabela 3. Charakterystyka dotycząca stosunku respondentów do systemu lekarza rodzinnego (LR)

	Tak (%) (n=100)	Nie (%) (n=100)
Popiera system LR i jego wprowadzenie	77	23
Wykazuje chęć pozostawania pod opieką LR (w stos. do własnej osoby lub członków rodziny)	88	12



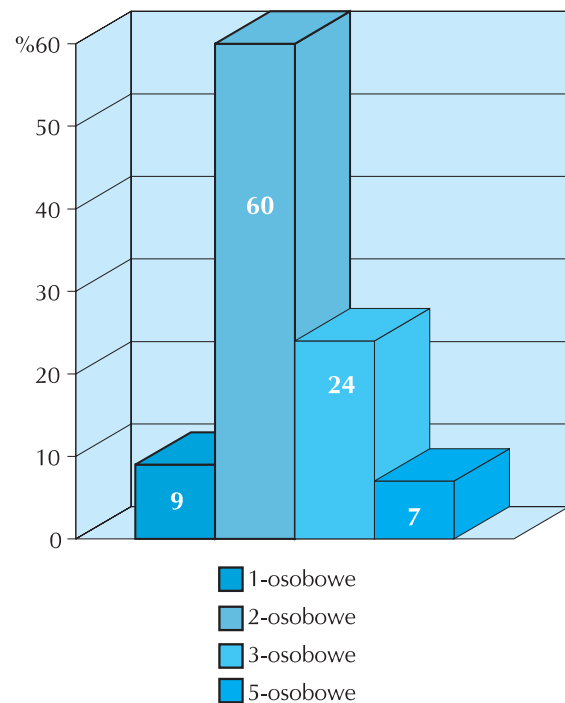
Rycina 2. Proponowany przez studentów okres rozpoczęcia zajęć z medycyny rodzinnej podczas studiów



Rycina 3. Proponowane przez studentów miejsce odbywania zajęć z medycyny rodzinnej podczas studiów

Omówienie

Plany studentów dotyczące wyboru specjalizacji pozostawały nadal tradycyjne. Wśród specjalizacji niezabiegowych respondenci wymieniali najczęściej pediatrię, internę i neurologię, a wśród zabiegowych – ginekologię, chirurgię i ortopedię. Analizując strukturę pochodzenia



Rycina 4. Preferowana przez studentów liczba osób w grupie

studiujących, trudno spodziewać się, aby młodzież wielkomięjska, przy braku perspektyw korzystnego rozwoju zawodowego w medycynie rodzinnej, chciała przenosić się do mniejszych ośrodków.

Świadomie medycynę rodzinną jako jedyną przyszłą specjalizację wybrały tylko 2 studentki, w tym jedna pochodząca z małego miasta, motywując swój wybór pełniejszym kontaktem z pacjentem, możliwością wpływania na profilaktykę

chorób oraz dużym zapotrzebowaniem na takiego lekarza w społeczeństwie. Pozostałe osoby wybrałyby ją jako ewentualność, gdyby nie było możliwości zdobycia innej specjalizacji. Kierunki specjalistyczne, które dominowały w wyborach studentów, uzasadniane najczęściej były własnymi zainteresowaniami, możliwością stałego rozwoju i podnoszenia kwalifikacji w danej specjalizacji oraz pracą w określonych godzinach w szpitalu dającą możliwość poświęcania większej ilości czasu rodzinie, a także szybką możliwością samodzielnej pracy po uzyskaniu specjalizacji i związanymi z tym większymi korzyściami materialnymi. Za korzystne zjawisko należy uznać fakt, że pomimo świadomości o ciężkiej sytuacji na rynku pracy – cyt.: „jaki etat, taka specjalizacja”, chęć odejścia od zawodu i pracy w firmie farmaceutycznej wybrał niewielki odsetek respondentów.

Za optymistyczny należy też uznać fakt popierania wprowadzenia systemu lekarza rodzinnego przez znaczny odsetek ankietowanych, pod warunkiem – co podkreślali badani – sprawnego organizacyjnie i wydolnego finansowo systemu. Negatywne opinie o wprowadzeniu tego systemu studenci uzasadniali przede wszystkim niewiarą w możliwość jego prawidłowego funkcjonowania w realiach polskich, co wyrażali nieraz w drastyczny sposób – wręcz oskarżający środowisko lekarskie, cyt.: „o nepotyzm, egoizm i karierowiczostwo” czy „obronę przez specjalistów, beneficjentów dotychczas funkcjonującego chorego systemu opieki zdrowotnej, źródła dochodów, jakim jest pacjent”. Niepokoi znaczny odsetek ankietowanych, którzy nie spotkali się z MR, aż do czasu rozpoczęcia zajęć na VI roku studiów. Należy odpowiedzieć na pytanie, jakiego lekarza-absolwenta chcemy wykształcić. W końcu celem kształcenia przeddyplomowego powinno być ogólnolekarskie przygotowanie absolwentów [2, 7]. Ponieważ pożądana jest komplementarność kształcenia przed- i podyplomowego, dlatego kształtowanie świadomości studentów medycyny odnośnie wyboru przyszłej kariery zawodowej, konieczne jest już na wczesnych latach studiów. Trudno bowiem wyobrazić sobie, aby studenci, których kształci się obecnie prawie wyłącznie w wysokospecjalistycznych klinikach, zdecydowali się na kierunek, z którym kontakt był niewielki i miał miejsce dopiero podczas zajęć na VI roku studiów. Pozytywne opinie studentów o MR świadczyły o zrozumieniu konieczności całościowego postrzegania chorego i nieuchronności wprowadzenia systemu LR w Polsce. W Europie istnieje ogólny trend do wspierania POZ [8]. Nadanie charakteru priorytetowego POZ stało się też jednym z głównych kierunków strategii Światowej Organizacji Zdrowia [2]. Respondenci mieli świadomość tej konieczności, a opinie pozy-

tywne wyrażali jak w poniższych cytatach: „niższe koszty i redukcja biurokracji”, „prowadzenie pacjenta od urodzenia do starości, lepsza znajomość pacjenta i jego rodziny”, a poprzez to „zmniejszenie wizyt u drogich specjalistów często z błahych powodów”, „choruje cały człowiek, a nie narząd”, „możliwość poświęcenia więcej czasu dla pacjenta”, „większa możliwość opieki nad pacjentem dzięki znajomości przez jednego lekarza wszystkich problemów chorego i jego rodziny”, czy „dobre doświadczenia krajów zachodnich”.

Negatywny stosunek o MR często był wyrazem niezrozumienia problemu, gdyż powtarzały się opinie o wyższości leczenia się u specjalisty i niewiara w powodzenie tego systemu w Polsce. Najczęściej powtarzały się wśród studentów opinie takie jak ta, że społeczeństwo nie jest przyzwyczajone do takiego systemu i woli chodzić do specjalistów, o braku rzetelnych informacji dotyczących praktycznych aspektów pracy lekarza rodzinnego i zasad funkcjonowania nowego systemu, nieadekwatności obecnego kształcenia przeddyplomowego do wymogów przyszłej pracy w istniejących warunkach, braku klarownych ustaleń odnośnie zatrudniania [9] i sposobu finansowania lekarzy rodzinnych [4, 10] oraz to, że „obecne warunki organizacyjno-ekonomiczne nie dają możliwości prawidłowego funkcjonowania tego systemu, co nie spełni oczekiwań ani pacjentów, ani lekarzy”.

Interesujące wydają się otrzymane wyniki dotyczące opinii studentów nastawionych w większości na kierunki specjalistyczne, o konieczności prowadzenia zajęć z medycyny rodzinnej w trakcie szkolenia przeddyplomowego i rozpoczęcia tych zajęć na wczesnych latach studiów. Być może świadczy to jednak o nieświadomym zainteresowaniu wśród studentów medycyną rodzinną, a powodzenie reformy w najbliższych latach i zmiana kształcenia przeddyplomowego w tej dziedzinie przyniosą zmianę preferowanej specjalizacji wśród przyszłych absolwentów.

W pytaniach otwartych dotyczących zagadnień, które zdaniem studentów powinny być przedstawiane podczas ćwiczeń i seminariów z tego przedmiotu, widzieli potrzebę omawiania problemów prawno-organizacyjnych, zasad funkcjonowania i kompetencji lekarzy rodzinnych oraz innych zagadnień, takich jak oświata zdrowotna dotycząca zdrowia psychicznego rodziny, problemy planowania rodziny, zagadnienia medycyny wieku starczego i opieki terminalnej [11], umiejętność nawiązywania prawidłowego kontaktu interpersonalnego lekarz–pacjent–rodzina, a także zasady współpracy ze specjalistami. W pytaniach otwartych dotyczących udoskonalenia zajęć opowiadali się za zwiększeniem samodzielno-

ści studentów na zasadzie mistrz–uczeń, cyt.: „student bada, stawia diagnozę i leczy, a asystent to koryguje”, „większą możliwością nauki i samodzielnego wykonywania prostych badań diagnostycznych i drobnych zabiegów, nauczeniem standardów postępowania w najczęstszych jednostkach chorobowych. Negatywne opinie studentów o niedoskonałości tychże zajęć uzasadniała zbyt duża ilość osób w grupie oraz brak ćwiczeń w gabinecie LR. W negatywnych opiniach wymieniali również słabo wyposażone gabinety i złe warunki lokalowe. Pomimo licznych uwag krytycznych, pocieszającym był dla nas fakt, że studenci widzieli dobre strony szkolenia, a opinie, jakie podawali na temat medycyny rodzinnej świadczyły o realnym postrzeganiu zagrożeń i chęci przeciwdziałania im.

Podsumowanie i wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych przedstawiamy wnioski, które mogą stanowić rekomendacje dla zorganizowania właściwego szkolenia przeddyplomowego z zakresu MR, zgodnie z opiniami najbardziej zainteresowanych, czyli samych studentów. Przyczynić się to może do zmiany nastawienia do medycyny rodzinnej i świadomego wyboru tego kierunku w przyszłości jako własnej drogi zawodowej.

1. Medycyna rodzinna jest niezbędnym przedmiotem już na wczesnych latach studiów. Na zajęciach w ramach np. propedeutyki medycyny rodzinnej mogłyby być przekazywane usystematyzowane i rzetelne informacje na ten temat. Takie wprowadzenie do przedmiotu mo-

głoby kształtować u studentów od początku właściwy obraz lekarza rodzinnego.

2. Równoległe z rozpoczęciem zajęć klinicznych powinny rozpocząć się zajęcia praktyczne z medycyny rodzinnej. Umożliwi to kształtowanie od początku świadomości studentów, że medycyna to nie tylko wysokospecjalistyczne kliniki.
3. Zajęcia z medycyny rodzinnej powinny być prowadzone przez lekarzy rodzinnych i odbywać się w ich praktykach, przy obecności najwyższej 2 studentów, w większym wymiarze godzin niż dotychczas, z naciskiem na aspekty praktyczne i kształtowanie samodzielności.
4. Plan zajęć powinien uwzględniać odpowiednią liczbę godzin zajęć teoretycznych, w czasie których powinny być omawiane zagadnienia, takie jak: miejsce lekarza rodzinnego w opiece zdrowotnej – jego rola i kompetencje, zasady funkcjonowania systemu i omówienie korzyści z niego wynikających zarówno dla pacjentów jak i lekarzy.
5. Rzetelna informacja i poprawa jakości szkolenia może zmniejszyć rozbieżność, jaką zaobserwowaliśmy w opiniach studentów dotyczących popierania idei MR, a niedecydowaniem się na MR jako własną drogę zawodową – wynika to z obaw studentów związanych z dezinformacją w związku z tym powoduje niewiarę w skuteczność i możliwość funkcjonowania tego systemu w realiach polskich oraz nieufność do MR.

Stosowane skróty: lekarz rodzinny – LR; Medycyna rodzinna – MR; podstawowa opieka zdrowotna – POZ.

Piśmiennictwo

1. Windak A.: Rezydent zamiast stażysty. *Medycyna po Dyplomie* 1992, 1 (3): 14 i 16.
2. Hebanowski M.: Realia i perspektywy kształcenia lekarzy rodzinnych w Polsce. *Medycyna po Dyplomie* 1993, 1 (4): 13–14 i 16.
3. Starfield B.: Primary Care. *Diabetes Care* 1994, 17 (suppl. 1): 12–16.
4. Windak A., Tomasik T.: Sposoby opłacania świadczeń lekarzy rodzinnych. *Lekarz Rodzinny* 1997, nr spec.: 9–11.
5. Wojtczak A.: Głos o lekarzu rodzinnym i podstawowej opiece zdrowotnej. *Medycyna po Dyplomie* 1992, 1 (3): 16 i 52.
6. Kosiek K.: Medycyna rodzinna w ramach kształcenia przeddyplomowego. *Lekarz Rodzinny* 1997, 3: 48–49.
7. Boland M.: Wyzwania dla medycyny rodzinnej. *Lekarz Rodzinny* 1997, 3: 8–11.
8. Weel v. C.: Primary Care: political favourite or scientific discipline?. *Lancet* 1996, 348 (23): 1431–1432.
9. Godycki-Ćwirko M.: Przetarg na świadczenia usług medycznych. *Lekarz Rodzinny* 1997, nr pec.: 12–15.
10. Kryj-Radziszewski R.: Gospodarka finansowa praktyki lekarza rodzinnego. *Lekarz Rodzinny* 1997, nr spec.: 29–35.
11. Hebanowski M.: Nauczanie medycyny paliatywnej i opieki terminalnej w kształceniu lekarzy rodzinnych. *Medycyna po Dyplomie* 1993, 2 (2): 13–14 i 16.

Adresy Autorów:

Herbert Król, ul. Szmaragdowa 14 m. 24, 20-570 Lublin
Jerzy Łopatyński, ul. Hirszfelda 4 m. 21, 20-093 Lublin

Kształcenie podyplomowe lekarzy rodzinnych w trybie rezydenckim – doświadczenia Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Postgraduate residency system training in family medicine – experiences of the Department of Family Medicine of Wrocław Medical University

WITOLD PISAREK, ANDRZEJ STECIWKO, MARIA BUJNOWSKA-FEDAK,
ANDRZEJ JANUSZEWSKI

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Streszczenie Zakład Medycyny Rodzinnej powstał w 1994 roku na mocy uchwały Senatu AM, jednak szkolenie specjalizacyjne rozpoczęło się już w roku 1993. W ciągu 3 pierwszych lat systematycznie zwiększała się liczba kandydatów na szkolenie specjalizacyjne z medycyny rodzinnej w trybie 3-letnim. Po wcześniejszym etapie szkolenia opartego na przedmiotach podobnych do studiów medycznych wprowadzono szkolenie oparte na 3-miesięcznym etapie pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, 11-miesięcznym szkoleniu na oddziałach szpitalnych, 7-miesięcznym szkoleniu w poradniach specjalistycznych oraz rocznym szkoleniu w praktyce lekarza rodzinnego. Kwalifikacja na szkolenie specjalistyczne odbywa się na podstawie testu oraz rozmowy kwalifikacyjnej. W trakcie szkolenia rezydenci powinni zdobyć potwierdzenia odbywanych stażów i nabytych umiejętności praktycznych w specjalnym indeksie. Zakład Medycyny Rodzinnej prowadzi także zajęcia w ramach nauczania w oparciu o problem (PBL) pozwalające na analizę konkretnych sytuacji klinicznych. W Zakładzie Medycyny Rodzinnej odbywa się także na zakończenie szkolenia egzamin praktyczny, służący sprawdzeniu umiejętności rezydentów. Jedną z składowych egzaminu jest zaliczenie pracowni fantomowych, gdzie wcześniej odbywają się zajęcia.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, szkolenie podyplomowe.

Summary Department of Family Medicine was founded by Medical University Senate in 1994, but first course of family medicine started already in 1993. During first years the number of candidates was growing to exceed the number of places. At first the agenda of the specialisation course was prepared as a copy of medical student programme. Only after 3 years it was constructed in a following manner: 3 months of work in primary care surgery, 11 months in hospital wards, 7 months in specialists' surgeries and finally 1 year in family doctor surgery. Qualification for family medicine course is based on multiple choice test and an interview. During the courses the doctors should obtain practical skills and have confirmation of clinical rotations in special books. Department of Family Medicine organizes also the problem based learning enabling to analyse real clinical problems. At the end of the course there is practical examination which contains among other practical skills in mannequin labs.

Key words: family medicine, postgraduate teaching.

Szkolenie specjalizacyjne z medycyny rodzinnej w trybie rezydenckim prowadzone jest przez Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu od 5 lat, co pozwala na przedstawienie pierwszych spostrzeżeń i wniosków dotyczących tego szkolenia.

Zakład Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu powstał na mocy uchwały Senatu Akademii Medycznej we Wrocławiu 20 marca 1994 roku. Już jednak w roku 1993 rozpoczął się I cykl szkolenia specjalistycznego z medycyny rodzinnej w trybie 3-letnim, na które zostało przyjętych 15

kandydatów. Na następne cykle szkolenia w trybie rezydenckim Zakład Medycyny Rodzinnej przyjmował 10, 19, 15, 20 i 20 kandydatów kierując się przy wnioskowaniu o liczbę przyznanych miejsc rezydenckich możliwościami bazy dydaktycznej jednostek Akademii Medycznej, gdzie przebiega zasadnicza część szkolenia.

Z zadowoleniem zauważamy, że wzrasta liczba kandydatów na szkolenie z medycyny rodzinnej. W trakcie pierwszych czterech cykli, to jest w latach 1993–1996, liczba kandydatów w zasadzie pokrywała się z liczbą miejsc rezydenckich.

Jednak już w roku 1997 na 20 miejsc rezydenckich zgłosiło się 46 osób, przy czym do egzaminu przystąpiły 32 osoby. W roku 1998 zgłosiło się 51 kandydatów.

Zwiększająca się liczba kandydatów na szkolenie specjalizacyjne z medycyny rodzinnej wynika z kilku powodów. Głównym z nich jest zwiększająca się liczba praktykujących lekarzy rodzinnych, których liczba osiąga w samym Wrocławiu 42, a w makroregionie dolnośląskim 96. Zwiększa się zatem liczba ludności objęta opieką lekarzy rodzinnych i w zdecydowanej większości dobra opinia na temat ich pracy. Kolejnym czynnikiem zwiększającym zainteresowanie medycyną rodzinną jest już dość ugruntowana pozycja instytucji lekarza rodzinnego w reformie służby zdrowia i częste pojawianie się problematyki instytucji lekarza rodzinnego w mediach. Wreszcie spora liczba wyszkolonych przez nasz Zakład Medycyny Rodzinnej lekarzy rodzinnych, zarówno w *krótkiej* jak i *długiej ścieżce*, działa na korzyść promocji medycyny rodzinnej i wzrostu zainteresowania nią. W najbliższej przyszłości na korzyść zainteresowania medycyną rodzinną wśród studentów wpłynie prawdopodobnie szkolenie przeddyplomowe, które jest prowadzone w naszym Zakładzie od roku akademickiego 1997/98 dla 232 studentów VI roku wydziału lekarskiego.

Przez pierwsze 3 lata funkcjonowania szkolenie specjalizacyjne odbywało się w zdecydowanej większości na oddziałach szpitalnych, a także w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoriach chirurgicznych, internistycznych, pediatrycznych i było podzielone na przedmioty podobnie jak w trakcie studiów medycznych, co biorąc pod uwagę specyfikę pracy lekarza rodzinnego nie było rozwiązaniem dobrym. Począwszy od roku 1996 szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim odbywa się według nowej formuły, zaakceptowanej przez Ministerstwo Zdrowia. Polega ona na podziale trzyletniego okresu szkolenia na 4 etapy w zależności od rodzaju placówek medycznych biorących udział w szkoleniu. Wyróżnia się zatem etap wstępny polegający na pracy w praktyce lekarza rodzinnego lub w poradni internistycznej i pediatrycznej zakładu podstawowej opieki zdrowotnej, etap szkolenia szpitalnego, etap szkolenia w poradniach specjalistycznych oraz końcowy etap szkolenia w praktyce lekarza rodzinnego.

Wobec kandydatów ubiegających się o etat rezydencki w ośrodku wrocławskim stosowana jest procedura kwalifikacyjna składająca się z testu wielokrotnego wyboru zawierającego 60 pytań oraz punktowanej rozmowy kwalifikacyjnej. Taki schemat egzaminu wstępnego funkcjonuje u nas od początku prowadzenia tzw. *długiej ścieżki*. Punktacja uzyskana z testu i rozmowy kwalifika-

cyjnej ulega zsumowaniu i kandydaci o najwyższej sumie punktów zostają w ramach limitu miejsc przyjęci na szkolenie. Egzamin testowy, w skład którego wchodzi pytania o charakterze przeważnie praktycznym, głównie z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii oraz ginekologii i położnictwa ma służyć promocji kandydatów o najwyższym poziomie wiedzy medycznej. Drugim elementem procedury kwalifikacyjnej jest rozmowa, w trakcie której komisja egzaminacyjna złożona głównie z pracowników Zakładu stara się ocenić predyspozycje kandydata do wykonywania pracy lekarza rodzinnego. Ocenia się motywację, wiedzę o medycynie rodzinnej (w tym znajomość podstaw organizacji i zarządzania w praktyce lekarza rodzinnego), dotychczasowe osiągnięcia zawodowe i naukowe oraz umiejętność logicznego myślenia. Łącznie za rozmowę kwalifikacyjną kandydat może uzyskać maksymalnie 60 punktów. Zrównuje to w punktacji ocenę wiedzy i predyspozycji kandydata. W celu zobiektywizowania oceny kandydata w rozmowie kwalifikacyjnej każdy z członków komisji może przyznać 0, 5, 10 lub maksymalnie 15 punktów za każdy z czterech ocenianych i wymienionych wyżej elementów. Oceniamy, że taka procedura selekcji kandydatów na szkolenie z medycyny rodzinnej pozwala zwiększyć prawdopodobieństwo wyboru najlepszych kandydatów.

I etap szkolenia to wspomniana już wyżej praca w praktyce lekarza rodzinnego lub w poradni internistycznej i pediatrycznej zakładu podstawowej opieki zdrowotnej. We Wrocławiu do tej pory dwa cykle rezydentów przechodziły przez ten rodzaj szkolenia. Na podstawie porozumienia z Zespołem Opieki Zdrowotnej Wrocław-Fabryczna oraz dwoma mniejszymi samodzielnymi przychodniami organizowane są w tamtejszych przychodniach rejonowych samodzielne stanowiska pracy dla rezydentów. Każdy rezydent przyjmuje samodzielnie pacjentów pod okiem swojego z góry wyznaczonego opiekuna przez 6 tygodni w poradni internistycznej i tyle samo w poradni pediatrycznej. Przez pierwszy tydzień w obu poradniach rezydent przyjmuje razem z opiekunem, a dopiero następnie samodzielnie posiadając oddzielny gabinet. Natomiast rezydenci odbywający omawiany staż w praktykach lekarza rodzinnego spędzają tam cały okres 12 tygodni, przyjmując pacjentów pod okiem opiekuna. Przed rozpoczęciem tego etapu szkolenia wszyscy rezydenci przechodzą szkolenie z orzecznictwa lekarskiego.

Na podstawie ankiet, które wypełniają rezydenci po zaliczeniu stażu w poradniach, uzyskaliśmy bardzo pozytywny efekt w postaci dużego zadowolenia rezydentów ze stworzonych im warunków, a także przede wszystkim z danej im możliwości w wielu przypadkach po raz pierw-

szy samodzielnego wykonywania zawodu lekarskiego i podejmowania decyzji. W ankiecie korzyści pod względem wiedzy medycznej i nabytego doświadczenia oceniane były z reguły na 9–10 punktów w 10-punktowej skali. Również ocena opiekunów rezydentów była bardzo dobra i wahała się przeważnie od 8 do 10 punktów. Przychodnie, w których rezydenci odbywają staż, także są zadowolone z ich obecności, bowiem rezydenci częściowo zastępują lekarzy wysyłanych w tym czasie na szkolenie w trybie tzw. **krótkiej ścieżki**.

Szpitalny etap szkolenia odbywa się we Wrocławiu prawie w 100% w klinikach Akademii Medycznej. Początkowo wraz z pierwszym schematem szkolenia, opartym na jak największym zróżnicowaniu jednostek, w których odbywało się szkolenie, dążyliśmy do zapewnienia rezydentom jak największego przekroju wysokospecjalistycznych jednostek klinicznych. Prowadziło to do spędzania na poszczególnych oddziałach bardzo krótkiego czasu, nawet do jednego tygodnia przez jedną grupę rezydentów. Nie pozwalało to na zapoznanie się ze specyfiką oddziału i dobrą aklimatyzację w jego środowisku. Wobec tego już począwszy od II cyklu szkolenia stopniowo ograniczaliśmy liczbę klinik internistycznych i pediatrycznych, ostatecznie do pięciu w obu dziedzinach, biorąc pod uwagę pełnienie przez nie także roli szpitali rejonowych. Zgodnie zaś z nowym harmonogramem w rozpoczynającym się VI cyklu szkolenia postanowiliśmy dać rezydentom ograniczoną swobodę w wyborze klinik, a czas przypadający na choroby wewnętrzne i na pediatrię podzieliliśmy na dwie części, dając możliwość każdemu rezydentowi na odbycie stażu maksymalnie w dwóch klinikach internistycznych i dwóch pediatrycznych wydłużając jednocześnie znacznie czas pobytu w jednej placówce. Pozwoli to na lepszą aklimatyzację na wybranym oddziale. Poza tym mniej istotne wydaje się poznanie specjalistycznych procedur, a większe znaczenie ma zdobycie zaufania w zespole kliniki, a co za tym idzie większe możliwości wykonywania nawet bardziej skomplikowanych badań lub zabiegów. Niestety zgodnie z zarządzeniem Senatu AM grupy rezydentów powinny liczyć minimum 4 osoby przypadające na jednego asystenta, co powoduje gorszą komunikację ucznia z nauczycielem. Powinno się zatem dążyć do układu jeden lekarz na jednego rezydenta.

Zajęcia w przychodniach specjalistycznych mają bardziej charakter obserwacyjny, tzn. rezydenci wykonują jedynie niektóre czynności lekarskie u boku lekarza specjalisty. Odbywają się one zarówno w poradniach przyklinikowych, jak i w poradniach specjalistycznych ZOZ Wrocław-Fabryczna. Rezydenci podzieleni są tutaj na

mniej, bo trzyosobowe grupy, które niestety nie zapewniają komfortu zdobywania wiedzy praktycznej.

Etap szkolenia w praktykach lekarza rodzinnego obejmujący ostatni rok szkolenia według nowego schematu odbędzie się dopiero po raz pierwszy począwszy od jesieni br. w IV cyklu szkolenia. Zostało już wybranych 17 praktyk lekarza rodzinnego, które zgadzają się na przyjęcie rezydentów. Niestety z powodu niedostatecznej liczby praktyk działających na naszym terenie nie istnieje jeszcze metoda weryfikacji praktyk pod względem przydatności do szkolenia rezydentów. Po zakończeniu rocznego stażu w praktykach lekarza rodzinnego planujemy wdrożyć system monitorowania jakości kształcenia oparty między innymi na prowadzeniu ankiet.

Oprócz szkolenia odbywanego w placówkach leczniczych asystenci Zakładu Medycyny Rodzinnej prowadzą zajęcia teoretyczne o charakterze seminaryjnym zawierające tematykę ujętą w obowiązującym programie. Wśród tematów przedstawianych rezydentom głównie na I roku szkolenia są: organizacja i finansowanie pracy lekarza rodzinnego, zarządzanie praktyką, relacje lekarz–pacjent, zagadnienia prawne i orzecznicze, zagadnienia promocji zdrowia, prewencji chorób, epidemiologii, jakości opieki medycznej, itp. Poza tym w Zakładzie prowadzone są zajęcia praktyczne w oparciu o pracownice fantomowe (pierwszej pomocy, ginekologiczno-położnicza, chirurgiczna, laryngologiczna, okulistyczna i komputerowa). Rezydenci III roku odbywają 2-tygodniowe zajęcia, podczas których mogą nauczyć się wykonywać m.in. zabiegi i badania (resuscytacja noworodka, intubacja, wkłucia dostawowe), których nie udało im się wykonać w placówkach leczniczych. Zajęcia w pracowniach fantomowych odbywane wcześniej mogą służyć także jako przygotowanie do wykonywania niektórych badań pacjentom, np. badania ginekologiczno-położniczego. Zakład Medycyny Rodzinnej organizuje także tzw. **kominki naukowe**, odbywające się raz w miesiącu i stanowiące sposób kształcenia ustawicznego lekarzy rodzinnych, a także rezydentów. Istotnym elementem szkolenia lekarzy rodzinnych jest organizowany w Zakładzie kurs ultrasonografii i elektrokardiografii przy udziale zaproszonych specjalistów. Pojemna sala wykładowa i jej wyposażenie pozwala prowadzić wykłady, stanowiące integralną część szkolenia lekarzy rodzinnych

Istotnym elementem zachowania praktycznego charakteru szkolenia są opracowywane i wydawane przez nasz Zakład dzienniczki stażów w postaci **Książki Szkoleń i Praktycznych Umiejętności Rezydenta**. Oprócz potwierdzenia odbytych stażów znajdują się w niej pola, w których rezydent obowiązany jest uzyskać potwierdzenie

kilkukrotnego obowiązkowego i ponadto kilkukrotnego fakultatywnego wykonania 69 zabiegów i badań, których wykaz oparty jest na wytycznych zawartych w broszurze pt.: „Program kształcenia lekarzy rodzinnych w systemie rezydenckim” (Lublin 1996). W przypadku braku wystarczającej ilości potwierdzeń danego badania lub zabiegu rezydent zalicza daną czynność w pracowniach fantomowych lub szczegółowo omawia ją podczas egzaminu praktycznego. Opisana wyżej **Książka** stanowi zachętę dla rezydentów do zdobywania umiejętności praktycznych i klarowne odzwierciedlenie aktywności rezydenta.

Zakończeniem szkolenia specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej na poziomie Zakładu Medycyny Rodzinnej jest egzamin praktyczny. Jego celem jest sprawdzenie przede wszystkim praktycznych umiejętności rezydenta. Warunkiem dopuszczenia rezydenta do egzaminu praktycznego, poza uzyskaniem potwierdzenia odbycia wszystkich staży, jest zaliczenie egzaminu z języka obcego oraz z orzecznictwa, a także przedstawienie pracy specjalizacyjnej i złożenie jej w postaci pisemnej. Ten element szkolenia pozwala rezydentom na zapoznanie się z zasadami korzystania z literatury fachowej oraz metodami tworzenia tekstu naukowego.

Egzamin praktyczny składa się z następujących modułów: badania i zabiegi na fantomach, sformułowanie przykładowego *status praesens* dla wybranych jednostek chorobowych, ocena zdjęć Rtg, ocena zapisu Ekg, rozpoznanie na podstawie kolorowego zdjęcia zmiany skórnej, odpowiedź na pytanie z chorób wewnętrznych lub pediatrii oraz na pytanie z innych działów medycyny. Do tej pory do egzaminu praktycznego przystąpiło 48 rezydentów. Wszyscy z nich pomyślnie go zdali. Odzwierciedleniem prawidłowego przebiegu prowadzonego przez nasz Zakład szkolenia specjalizacyjnego jest sukces wszystkich dotychczasowych absolwentów **dłuższej ścieżki** w egzaminie teoretycznym w Warszawie.

W zeszłym roku po raz pierwszy wdrożyliśmy nową metodę zwaną **Nauczanie w Oparciu o Problem (PBL)**, którą stosujemy zarówno na I jak i na III roku trybu rezydenckiego. W trakcie 8 dni zajęć o charakterze seminaryjnym prezen-

towanych jest dwóm 10-osobowym grupom rezydentów 5 sformułowanych przez nas problemów klinicznych dotyczących takich zagadnień jak: ból głowy, ból w klatce piersiowej, depresja, gorączka, itp. W ciągu dwóch spotkań rezydenci dyskutują nad możliwymi rozwiązaniami przypadku klinicznego, przy czym rola nauczyciela polega jedynie nad czuwaniem nad właściwym kierunkiem rozwoju dyskusji. Metoda ta stanowi bardzo dobry środek dydaktyczny, pozwalający poprzez rozwiązanie danego problemu klinicznego, w sposób maksymalnie praktyczny, przeanalizować wiadomości z kilku dziedzin.

W podsumowaniu stwierdzamy, że szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim prowadzone przez Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu w oparciu o obecnie obowiązujący program nauczania spełnia swoją rolę. Egzamin wstępny o charakterze konkursowym, będący w obecnych warunkach najbardziej optymalną procedurą, ocenia wiedzę i predyspozycje kandydatów i pozwala na wybór najlepszych z nich. Szczególnie dobrze należy ocenić 3-miesięczny wstępny etap szkolenia, w trakcie którego rezydenci nabywają pierwszych doświadczeń samodzielnej pracy. Szpitalny etap szkolenia lepiej spełniałby swoją rolę, gdyby rezydent miał bardziej zinstytucjonalizowaną pozycję na oddziale szpitalnym w postaci z góry określonych miejsc rezydenckich. Jednak wraz z biegiem czasu, dzięki obecności rezydentów co roku w tych samych klinikach, stają się oni stałym elementem na oddziale. Szkolenie w poradniach specjalistycznych spełnia swoją rolę w większości jako praktyka obserwacyjna, bowiem rezydenci nie posiadają odpowiednich kwalifikacji, aby świadczyć usługi specjalistyczne. Pomimo to uważamy, że jest to potrzebny element szkolenia specjalizacyjnego. Wreszcie ostatni etap szkolenia, czyli roczna praca w praktyce lekarza rodzinnego, wydaje się być najbardziej wartościową składową kształcenia. Do tej pory jedynie stopniowo wydłużaliśmy okresy praktyk w poradniach ogólnych, dziecięcych i funkcjonujących już praktykach lekarza rodzinnego, dzięki czemu rezydenci obecnego III roku V cyklu spędzają w nich obecnie łącznie 5 miesięcy. Ocenę zaś rocznego stażu u lekarza rodzinnego będziemy mogli przedstawić za rok.

Adres Autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Motywacje i oczekiwania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy uzyskali specjalizację z medycyny rodzinnej w ramach tzw. „krótkiej ścieżki”

Motivation and expectation of the primary health care doctors trained in so called “fast track” system

BARBARA ŻMUROWSKA, JERZY ŁOPATYŃSKI
Z Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. med. Jerzy Łopatyński

Streszczenie Przedstawiono, uzyskane przy pomocy badania ankietowego, opinie specjalistów medycyny rodzinnej (MR) z regionu lubelskiego – którzy uzyskali specjalizację w trybie pozaetatowym – na temat motywów podjęcia przez nich tej specjalizacji oraz oceny wpływu, jaki jej uzyskanie wywarło na warunki i sposób wykonywania dotychczasowej pracy. Na 82 ankietowanych odpowiedziało 26 osób. Głównym motywem podjęcia specjalizacji z medycyny rodzinnej (MR) była chęć podwyższenia kwalifikacji w oczekiwaniu na reformę podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i wyższe wynagrodzenie. Po uzyskaniu specjalizacji nie zmieniło się wyposażenie gabinetu lekarza specjalisty MR, lecz zwiększyła się ilość zabiegów diagnostycznych i leczniczych wykonywanych w tym gabinecie, wzrosła też ilość problemów z zakresu laryngologii, pediatrii, kardiologii i okulistyki załatwianych samodzielnie. Powszechne jest przekonanie o konieczności szkoleń pospecializacyjnych dla uzupełnienia niedostatków umiejętności praktycznych (chirurgia, ginekologia, okulistyka), jak też oczekiwanie, że szkolenia pospecializacyjne będą dostarczały informacji w zakresie postępów wiedzy z podstawowych dziedzin medycyny. Większość specjalistów MR jest przeciwna weryfikacji wiedzy i umiejętności lekarza rodzinnego za pomocą okresowych egzaminów testowych, ma kłopoty z obsługą komputera i niedostatki wiedzy o nowoczesnym zarządzaniu praktyką. Kolegium Lekarzy Rodzinnych jest postrzegane jako organizacja potrzebna, którą specjaliści MR upoważniają do reprezentowania swoich interesów na forum publicznym, przez którą chcieliby być oceniani i od której oczekują głównie organizacji kursów doskonalących, pomocy w negocjacjach z pracodawcą, dostarczania wypracowanych, przejrzystych schematów diagnostycznych i leczniczych, jak też opinii o przydatności w praktyce lekarza rodzinnego oferowanych przez różne firmy leków, aparatury i metod leczniczych. Ankietowani uważają też, że dobra praca Kolegium może podnieść rangę lekarza POZ. Nie identyfikują się z działaniem Izby Lekarskich. Akceptują podstawowe założenia reformy POZ, ale ze względu na złe doświadczenia, obawiają się współpracy ze specjalistami i utraty pracy na skutek krótkiego okresu kontraktu. Nie czują się lekarzami rodzinnymi, bo – jak argumentują – nie pracują jeszcze w systemie lekarza rodzinnego. Nie są też przywiązani do własnego miejsca pracy (praktyki) i nie mają zdania, czy chcieliby i komu – ją przekazać w przyszłości.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, pozaetatowy tryb specjalizacji, reforma POZ, ankiet

Summary We present the opinions obtained from questionnaires filled in by general practitioners (GP) from Lublin region who specialised in family medicine within an extra-residential programme. In the questionnaire we asked about their motivation for taking up family medicine and their estimation of how it affected their previous work. The main reasons for taking up this specialisation were improvement of professional qualifications in the expectation of the primary health care system reform and higher salaries. Even though the equipment used in their offices remained the same, the number of diagnostic tests and therapeutic procedures increased after obtaining the specialisation degree. GPs could also solve more laryngologic, paediatric, cardiologic and ophthalmologic problems on their own. They believed that it was necessary to continue their medical education to make up for the lack of practical skills in surgery, gynaecology and ophthalmology and to update their knowledge in basic fields of medicine. Most of GPs opposed periodical examination of their skills and knowledge, had troubles with operating a computer and with managing their practices in a modern way. General Practitioner Council (GPC) was considered to be a necessary institution that would represent their interest in public. They expected GPC to supervise their work and organise courses that would improve their knowledge, to help them in negotiations with employers, to support them with clear diagnostic and therapeutic schemes and finally to provide opinion about the practical usefulness of drugs, equipment and therapeutic methods offered by various companies. Good work of GPC could, in the opinion of family medicine doctors, improve their status. They did not identify themselves with Chamber of Physicians. They accepted the basic assumptions of primary health care system reforms but, due to the bad experience from the past, they were afraid of co-operating with specialists and losing their jobs because of short periods of their contracts. They did not think they really were GPs as, according to their explanations, did not working in the GP system. They did not feel attached to the place of their practice either and were not sure whether they would pass their practice in the future and, if so, who it would be passed to.

Key words: family medicine, primary health care system reforms, questionnaire specialisation within an extra-residential programme.

Wstęp

W 1994 roku po raz pierwszy tytuł specjalisty medycyny rodzinnej uzyskali lekarze, którym umożliwiono specjalizowanie się w trybie pozaeetatowym, zwanym też „krótką ścieżką”. W regionie lubelskim, do dnia 30.05.98 r. uzyskały tą drogą specjalizację 82 osoby. Jednym z celów takiego sposobu szkolenia było sformowanie grupy pierwszych nauczycieli, którzy po rozpoczęciu pracy w praktykach modelowych mieliby szkolić rezydentów [1].

Cel

Biorąc pod uwagę szczególną rolę, jaką w założeniu przeznaczono tym lekarzom, uznaliśmy, że poznanie motywów podjęcia przez nich tej specjalizacji i oczekiwań co do dalszej pracy ma szczególne znaczenie.

Metoda

Do 82 lekarzy–specjalistów MR rozestaliśmy ankietę, która zawierała 46 pytań wielokrotnego wyboru, półotwartych i otwartych, dotyczących:

1. Dotychczasowej drogi zawodowej.
2. Motywacji podjęcia specjalizacji z medycyny rodzinnej i wpływu, jaki uzyskanie specjalizacji wywarło na warunki pracy.
3. Przydatności w praktyce wiedzy zdobytej w trakcie specjalizacji oraz dalszych potrzeb edukacyjnych.
4. Oceny przydatności Kolegium Lekarzy Rodzinnych dla funkcjonowania praktyk lekarza rodzinnego.
5. Praktycznych aspektów pracy prowadzonych przez ankietowanych w gabinetach lekarskich i oczekiwań na przyszłość w tym zakresie.

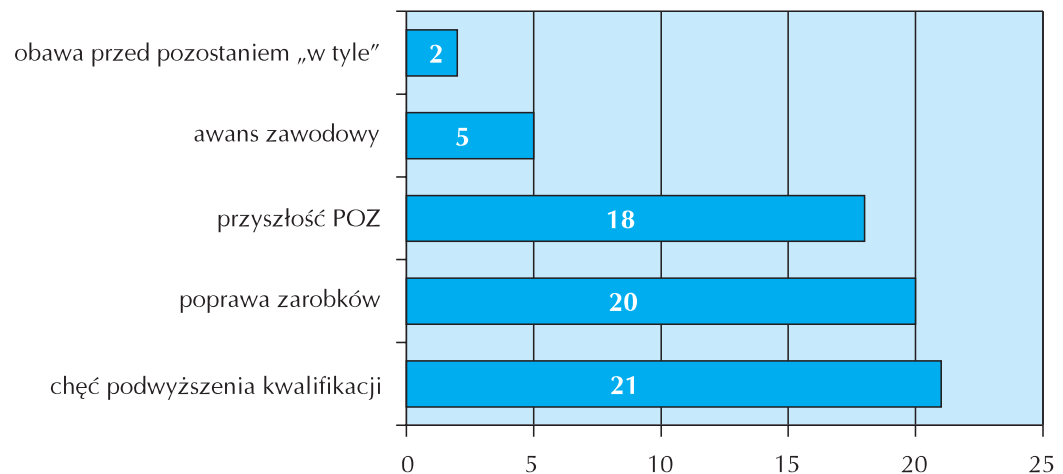
Wyniki

Na ankietę odpowiedziało 26 osób, 18 kobiet i 8 mężczyzn, w wieku od 32 do 54 lat, ze średnią wieku 44 lata. 9 osób pracuje na wsi, 3 osoby w mieście o liczbie mieszkańców 3–15 tys., 8 w mieście o liczbie mieszkańców 50–70 tys., 6 w 400 tys. mieście. Większość respondentów – 15 osób – to „szeregowi” lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), 11 osób w momencie otwierania specjalizacji pełniło funkcję kierownika placówki służby zdrowia. Średnia długość nieprzerwanej pracy w POZ przed rozpoczęciem specjalizacji wynosiła 15,1 lat z 19,9 lat pracy po studiach. 10 osób przed rozpoczęciem specjalizacji z medycyny rodzinnej uzyskało specjalizację pierwszego stopnia z interny, 7 z pediatrii, 6 z medycyny ogólnej, w tym 3 drugiego stopnia, po jednej specjalizację pierwszego stopnia z laryngologii, radiodiagnostyki ogólnej, 1 z neonatologii, 1 z medycyny społecznej (jako druga specjalizacja).

Za główny powód podjęcia specjalizacji z medycyny rodzinnej 22 osoby podały chęć podwyższenia swoich kwalifikacji (z tego 7 uznało to za najważniejszy motyw), 20 osób miało nadzieję na poprawę zarobków, 18 osób uznało, że jest to kwestią przyszłości POZ, tylko 5 osób wiązało to z możliwością awansu zawodowego, a 2 obawiały się pozostania w tyle za kolegami. (ryc. 1)

Zakres czynności diagnostycznych i leczniczych objętych szkoleniem specjalizacyjnym uznany został przez 19 lekarzy za wystarczający, 6 osób uznało go za zbyt obszerny i proponowało wyłączyć ginekologię (4) i chirurgię (3) oraz zabiegi u dzieci. Jedna osoba uznała zakres programu za zbyt wąski nie precyzując źródła niedosytu.

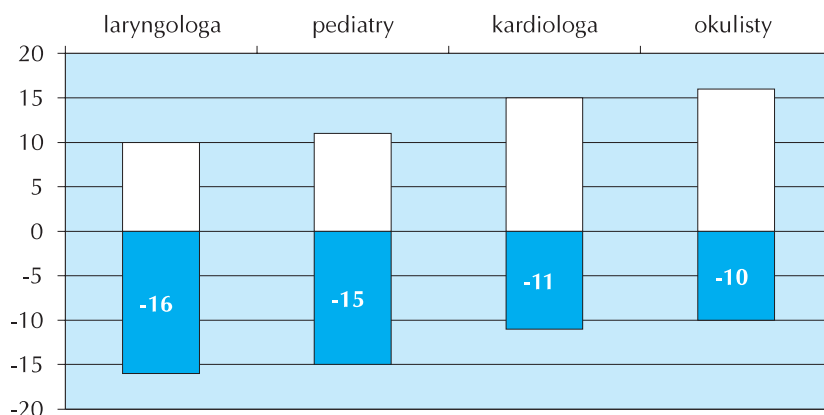
Dla 8 osób uzyskanie tytułu specjalisty medycyny rodzinnej wiązało się ze zmianą w życiu za-



Rycina 1. Motywy podjęcia specjalizacji z medycyny rodzinnej

Tabela 1. Wyposażenie gabinetu

	Przed specjalizacją	Po specjalizacji	Potrzeby
Tablice Snellena	18	6	
Aparat EKG	16	6	10
Otoskop	11	6	10
Zestaw „małej chirurgii”	10	6	4
Glukometr	8	6	6
Rhinoskop	7	6	
Manometr (tylko)	6		
Pikfilometr	2	6	7
Oftalmoskop	3	6	9
Komputer	0		10
Laryngoskop	3		8
Detektor tętna płodu	0	2	
Audiometr	0	2	
Zestaw „małej ginekologii”	0	2	



■ liczba wyspecjalizowanych lekarzy rodzinnych wydających mniej skierowań do:

Rycina 2. Ilość skierowań do specjalistów wydawanych po specjalizacji z MR

Tabela 2. Zabiegi diagnostyczne i lecznicze wykonywane przez ankietowanych lekarzy

Specjalizacja	Przed specjalizacją	Po specjalizacji
Wziernikowanie ucha	7	14
Wziernikowanie krtani	5	12
Wziernikowanie nosa	8	12
Płukanie ucha	9	10
Tamponada przednia „Mała chirurgia”	7	9
„Mała chirurgia”	10	12
Badanie ginekologiczne	1	4
Pobieranie wymazów cytologicznych	2	3
Pobieranie wymazów bakteriologicznych	4	7
Badanie pola widzenia	6	14
Pomiary glikemii glukometrem	5	13
Badanie dna oka	2	7
Ocena EKG samodzielnie	17	24
Badanie „per rectum”	15	22

wodowym; z tego 7 osób podjęło pracę na zasadach kontraktu, jedna zmieniła miejsce pracy. 10 osób, które nie zmieniły miejsca pracy, stwierdziło, że uzyskanie specjalizacji wpłynęło na ich dalszą pracę poprzez rozszerzenie zakresu czynności diagnostycznych i leczniczych, mimo że wyposażenie gabinetów w jakich pracują po specjalizacji niewiele się zmieniło (tab. 1). Organizując własną praktykę 5 osób korzystało z funduszy PHARE, 3 dodatkowo otrzymały pomoc od samorządów terytorialnych, 5 osób włożyło także własne fundusze, w tym jedna korzystała wyłącznie z własnych funduszy.

Dla 19 osób uzyskanie specjalizacji z medycyny rodzinnej nic nie zmieniło w warunkach pracy, jednak nastąpiły istotne zmiany w sposobie pracy (ryc. 2). Specjaliści medycyny rodzinnej wykonują więcej zabiegów diagnostycznych i leczniczych niż przed uzyskaniem specjalizacji (tab. 2).

Po rozpoczęciu pracy w POZ najbardziej brakowało naszym respondentom praktycznych

umiejętności w zakresie ginekologii (10 osób), laryngologii (8 osób), okulistyki (6 osób), chirurgii (6 osób), zaś wiedzy teoretycznej w zakresie pediatrii (5 osób), ginekologii i antykoncepcji, interny, okulistyki, psychiatrii, laryngologii, kardiologii (po 3 osoby). Samokształcenie, poprzez czytanie podręczników oraz publikacji naukowych, było najczęściej podawanym sposobem uzupełniania tych braków (23 osoby), staże specjalizacyjne (21 osób) i kursy doskonalące (20 osób) również miały tu duże znaczenie, 8 osób podało kolegę lekarza jako źródło wiedzy.

Po uzyskaniu specjalizacji z medycyny rodzinnej najwięcej, bo ośmiu, ankietowanych zgłosiło potrzebę pogłębienia wiedzy w zakresie laryngologii, po 4 osoby z ginekologii, chirurgii i ogólnie umiejętności praktycznych, po 3 z pediatrii, okulistyki i interny.

Niemal wszyscy (25 osób) są przekonani o konieczności stałego, systematycznego dokształcania również po uzyskaniu specjalizacji, 24 osoby chciałyby, by były to szkolenia obejmujące zarówno zajęcia teoretyczne, jak i praktyczne, kilkugodzinne (20 osób) lub znacznie rzadziej (6 osób) kilkudniowe, odbywające się raz w miesiącu (14 osób) lub raz na kwartał (13 osób). Padła też propozycja bloków tematycznych 2–3 dniowych lub 1–2 tygodniowych, lub zajęć w soboty i niedziele. Niemal równa liczba respondentów jest za fakultatywnością niż za obowiązkiem takich szkoleń. Wachlarz tematów, które chcieliby zgłębić nasi respondenci w trakcie kursów doskonalących, obejmuje ginekologię (4 osoby), chirurgię (5 osób), umiejętności praktyczne z zakresu okulistyki (4) i laryngologii (3). Niektórzy chcieliby też nauczyć się badania USG (3). Pojedyncze propozycje obejmują węższe zagadnienia istotne w pracy lekarza rodzinnego. Równie szeroki zakres potrzeb dotyczy teorii. Tu ginekologia (3) i pediatria (3) zostały najbardziej wyeksponowane, ale większość wyobraża sobie kursy teoretyczne jako przekazywanie postępów wiedzy w zakresie podstawowych dziedzin medycyny, jak też uzupełnianie tej bazy o pewne szczególne dziedziny, jak na przykład: prawo w praktyce lekarza rodzinnego, wiedza o cukrzycy, interpretacja badań laboratoryjnych.

Ogromna większość (21) jest przeciwna weryfikacji wiedzy i umiejętności lekarza rodzinnego za pomocą okresowych egzaminów. Tylko 5 osób uznało to za dobry pomysł, proponując egzamin co 3 (1), 5 (3) lub 10 lat (1).

Tematy powyższe podali nasi respondenci spontanicznie. Mając na uwadze aktualne uwarunkowania pracy lekarza rodzinnego, zapytaliśmy, czy czują się przygotowani do pracy w rodzinie jako całości; czy samodzielne prowadzenie praktyki lekarza rodzinnego przy pomocy nowoczesnych środków i metod leży

w ich możliwościach. Otóż 21 osób ma problemy z obsługą komputera, 18 osób nie czuje się pewnie w sferze ekonomiki i zarządzania praktyką lekarza rodzinnego, zaś 15 chciałoby zgłębić problemy psychologii (psychoterapii) rodziny.

Czytanie prasy fachowej jest dla naszych respondentów stałym źródłem podnoszenia wiedzy. 37 pism jest czytanych regularnie przez 24 osoby. Do najczęściej czytanych periodyków należą: „Medycyna po Dyplomie” (16 osób, z tego 11 regularnie).

21 osób uważa Kolegium Lekarzy Rodzinnych (KLR) za organizację potrzebną; 2 są przeciwnego zdania. Tylko jedna z osób ankietowanych pełni jakąś funkcję w KLR. Od Kolegium lekarze oczekują organizacji kursów doskonalących (21 osób), pomocy w negocjacjach z pracodawcą (zleceniodawcą) (20 osób), również dostarczania wypracowanych przejrzystych schematów diagnostycznych i leczniczych (17 osób), jak też opinii o przydatności w praktyce lekarza rodzinnego oferowanych przez różne firmy leków, aparatury diagnostycznej, metod leczniczych (17 osób). Znaczna część lekarzy chciałaby w KLR móc uzyskać poradę: prawną (7 osób), finansową (4 osoby), 8 osób oczekuje od KLR opiniowania praktyk lekarza rodzinnego lub weryfikacji ich wiedzy i umiejętności. Zdecydowana większość (21 osób) chce być reprezentowana na forum publicznym przez KLR. 3 osoby wstrzymały się w tej kwestii od głosu uzasadniając to nikiłymi, jak dotąd możliwościami (wg ich opinii) KLR. Sprawnie działające może być pomocne według 22 osób – w dostosowaniu reformy służby zdrowia do potrzeb praktyk lekarza rodzinnego i ogółu pacjentów, jak też może pomóc podnieść rangę lekarza POZ. Warto też dodać, że wśród oceniających pracę kontraktowego lekarza rodzinnego nasi respondenci w większości chcieliby widzieć przedstawiciela KLR (18 osób), tak samo wysoko cenią sobie opinię pacjentów (18 osób), których również upoważniliby do oceny swojej pracy. 4 osoby chciałyby być oceniane wyłącznie przez KLR, jedna tylko przez pacjentów. Tylko 7 osób – wśród członków gremium oceniającego ich pracę – widziałoby przedstawiciela Izby Lekarskich. Nikt nie uznał za możliwe, by oceniał go tylko Izby. 16 osób akceptuje konieczność udziału przedstawiciela instytucji finansujących praktykę w gremium oceniającym; z tego 2 osoby uważają, że wyłącznie przedstawiciele tych instytucji są uprawnieni do oceny ich pracy.

Chociaż tylko 25% ankietowanych pracuje na kontrakcie, wszyscy mają własne wyobrażenia o organizacji pracy w praktyce lekarza rodzinnego i o personelu, jaki zatrudniliby we własnej praktyce. Zapytani o rodzaj i ilość personelu po-

dawali bardzo różne proporcje; od bardzo skromnych – jedna pielęgniarka (z obsługą rejestracji) – 1; 2 pielęgniarki – 7; dodatkowo położna w różnym wymiarze czasu pracy (od 1/4 etatu do pełnego wymiaru czasu pracy), do 4 pielęgniarek przypadających na jednego lekarza – 1. Ponadto podawano różną ilość personelu pomocniczego: zazwyczaj księgowa oraz rejestratorka, laborantka, sprzątaczką, jakkolwiek daje się zauważyć tendencja do kumulowania funkcji w jednym etacie – zwłaszcza przenoszenia rejestracji pacjentów do zadań pielęgniarki. Nasi respondenci przewidują też możliwość okresowego zatrudniania pielęgniarek do wykonania pewnych zadań. Widoczna jest też skłonność do planowania praktyk grupowych, wśród lekarzy je tworzących widzą nie tylko internistów i pediatrów, ale też ginekologów, a nawet neurologów.

Planując własną praktykę ankietowani lekarze nieco mniej obawiają się utraty pracy w związku z krótkim okresem kontraktu (4 osoby) niż współpracy ze specjalistami i lekarzami szpitalnymi (6 osób), z którymi 22 osoby źle oceniają swą dotychczasową współpracę. 23 osoby uważają, że planowana ilość pacjentów objętych opieką lekarza rodzinnego jest wystarczająca, dająca możliwość zabezpieczenia im właściwej opieki. Również opłata kapitacyjna za usługi lekarza rodzinnego sprzyja – według naszych respondentów – lepszemu wyposażeniu gabinetu (10 osób) i jest optymalnym rozwiązaniem (9 osób), sprzyja też podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, tak by więcej pieniędzy pozostało w praktyce (9 osób). Tylko 2 osoby dopuszczają możliwość „oszczędzania” kosztem pacjenta.

17 lekarzy spośród tych, którzy udzielili nam odpowiedzi, czuje się lekarzami rodzinnymi, inni argumentują swe wątpliwości tym, że nie pracują w systemie lekarza rodzinnego. Pracujący wiele lat w POZ lekarze potwierdzają, że wprowadzenie idei lekarza rodzinnego już podniosło rangę lekarza POZ (16 osób), niektórzy sądzą, że nastąpi to z pewnością, gdy system ten zostanie całkowicie wprowadzony. Być może wprowadzenie i utrwalenie tego systemu wpłynie też na większe przywiązanie do własnej praktyki, bowiem aktualnie niemal połowa osób nie ma zdania, czy chcieliby mieć wpływ na przyszłość swojej praktyki, móc ją przekazać wybranej przez siebie osobie (8 osób wybranemu przez siebie lekarzowi, 6 osób własnemu dziecku).

Omówienie

W chwili przeprowadzania ankiety tylko 25% specjalistów medycyny rodzinnej pracowało na kontraktach i miało w pełni wyposażony gabinet, dla pozostałych warunki pracy pozostały nie-

zmienione. Wszyscy jednak świadomie przygotowują się do roli lekarza rodzinnego. Rozumieją doskonale konieczność stałego, systematycznego doskonalenia zawodowego, czego wyrazem było podjęcie specjalizacji z MR. Jak też zdają sobie sprawę, że rozmiar nałożonych obowiązków zmusi ich do korzystania z pomocy z zewnątrz dla utrzymania wysokiego poziomu wykształcenia i prowadzenia praktyki. W tym zakresie oczekują pomocy KLR. Ze względu na dotychczasowe negatywne doświadczenia, duże obawy budzi współpraca ze specjalistami, zwłaszcza szpitali. Sądzymy, że następstwem tego jest też niski prestiż Izb Lekarskich, które uważane są przez lekarzy POZ za rzecznika lekarzy specjalistów. Dlatego uważamy, że rzeczą wielkiej wagi jest stworzenie odpowiednich warunków do harmonijnej współpracy lekarzy rodzinnych ze specjalistami [2, 3].

Zdajemy sobie sprawę, że badanie zostało wykonane w bardzo „gorącym” dla lekarzy POZ okresie, kiedy to większość gorączkowo poszukuje informacji, które pomogłyby im jak najlepiej przygotować się do podpisania kontraktu i zarządzania praktyką.

Uważamy za niezwykle ważną pomoc pionierom medycyny rodzinnej, bo udany start praktyk lekarza rodzinnego zdecyduje o tempie rozwoju i jakości medycyny rodzinnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski

1. Głównym motywem podjęcia specjalizacji z medycyny rodzinnej dla naszych respondentów była chęć podwyższenia swoich kwalifikacji w oczekiwaniu na reformę POZ i wyższe wynagrodzenie.
2. Ankietowani specjaliści medycyny rodzinnej akceptują główne założenia reformy POZ i widzą w niej nadzieję na podniesienie prestiżu lekarza POZ.
3. Widzą potrzebę stałego doskonalenia zawodowego, nie chcą jednak okresowych egzaminów weryfikujących ich wiedzę i umiejętności.
4. Oczekują pomocy KLR w prowadzeniu i doskonaleniu pracy praktyk LR; pełnego wyposażenia gabinetu.
5. Wyżej oceniają i duże nadzieje pokładają w KLR.
6. Obawiają się najbardziej współpracy ze specjalistami, możliwości utraty pracy oraz problemów z nowoczesnym zarządzaniem praktyk.
7. Znaczna część ankietowanych nie czuje się jeszcze lekarzem rodzinnym.

Literatura

1. Nowak P.: Kształcenie podyplomowe w medycynie rodzinnej. *Lekarz Rodzinny* 1997, 3: 50–53.
2. Starfield B.: Primary care. Participants or Gatekeepers? June 1994, *Diabetes Care*, Vol. 17, suppl.: 12–17.
3. von Weel Ch.: Primary Care: political favorite or scientific discipline? 1996, *Lancet*, vol. 348: 1431–31.

Adresy Autorów:

Barbara Żmurowska
ul. Rogowskiego 5 m. 17
20-840 Lublin

Jerzy Łopatyński
ul. Hirszfelda 4 m. 21
20-093 Lublin

Motywacja lekarzy specjalizujących się w zakresie medycyny rodzinnej i ich oczekiwania związane z praktyką lekarza rodzinnego

Motivation of doctors attending education in family medicine and their expectations as for family practice

JAROSŁAW DROBNIK, IWONA HEŁMINIAK, ANDRZEJ STECIWKO,
ANDRZEJ STANISZEWSKI

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Streszczenie Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej posiada kilkuletnie doświadczenie w szkoleniu lekarzy z zakresu medycyny rodzinnej trybem trzyletnim i sześciomiesięcznym. W tym okresie wykształciliśmy około 430 lekarzy rodzinnych na terenie pięciu byłych województw: wrocławskiego, legnickiego, jeleniogórskiego, wabrzyńskiego, zielonogórskiego. W związku z powyższym podjęliśmy próbę analizy motywacji lekarzy dotyczących podjęcia specjalizacji z medycyny rodzinnej. Nasze wnioski oparliśmy na analizie materiałów ankietowych przeprowadzonych wśród wszystkich lekarzy szkolących w naszym ośrodku w latach 1993–1999. Analizując ankiety wydzieliliśmy trzy okresy: I – 1993/94–95, II – 1995/96–97, III – 1997/98–99, w których może nie tyle zmieniają się motywacje, co innego rodzaju fakty są eksponowane na pierwszych miejscach. Obserwujemy ewolucję motywacji od formy przygody i chęci współuczestnictwa w nowej formie organizacyjnej POZ-u (sześciomiesięczny-skrócony tryb) oraz traktowania szkolenia jako jedynej formy zatrudnienia na etacie rezydenckim (tryb trzyletni) – do w pełni świadomego pojmowania idei lekarza rodzinnego i związanej z tym organizacji własnej praktyki. Reasumując, rozwój medycyny rodzinnej na terenie Dolnego Śląska postrzegamy jako proces bardzo pozytywny, korzystnie wpływający na kształtowanie obrazu lekarza rodzinnego, niemniej nie jest on wolny od zagrożeń wynikających z tych działań.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, motywacja, praktyka lekarza rodzinnego.

Summary During the last five years, 430 physicians underwent specialist training in family medicine at the Department of Family Medicine, Wrocław Medical University. This study was designed to identify the motivating factors for doctors participating in postgraduate training in family medicine. The structured questionnaire was used. The survey was conducted in three training periods, including the years 1993–1995, 1995/1996, and 1997–1999. The evolution of motivating factors was observed during the entire period of the study.

Key words: family medicine, motivation, family practice.

Od zarania dziejów w każdej społeczności istniały osoby, które sprawowały, czy rozwiązywały problemy zdrowotne w danej populacji. Dzięki nabytym umiejętnościom wynikającym z obserwacji natury, doświadczeń poprzednich pokoleń i swoich własnych, przekazom ustnym i pisanym osoba taka stawała się wręcz niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania tej populacji. Sytuacja taka powodowała wystąpienie konieczności posiadania osoby znającej „tajemną wiedzę leczenia ludzi”.

Sytuacja ta stawiała lekarza na bardzo wysokiej pozycji w hierarchii społecznej. Prawdopodobnie korzyści wypływające z takiej sytuacji by-

ły pierwszą motywacją do podjęcia trudnej roli leczenia ludzi. Przez wieki stan ten w niewielkim stopniu się zmieniał. Przełom XIX i XX wieku związany z rewolucją techniczną i przemysłową oraz dynamicznym rozwojem filozofii w pewien sposób przewartościował motywacje. Wyraźnie eksponuje się, poza czerpaniem korzyści materialnych, osobę pacjenta, jego rodzin i społeczność. Pojawia się pojęcie satysfakcji zawodowej wpływające z powołania „do stanu lekarskiego”.

Osiągnięciem ostatniego czasu jest tworzenie się holistycznego podejścia do pacjenta i wpływające z tego, wyraźnie eksponowane pojęcie poziomu usług medycznych. Nie tylko jest to do-

meną medycyny specjalistycznej, ale przede wszystkim lekarza rodzinnego, co wyraźnie obserwuje się w pracy zawodowej tychże lekarzy na Zachodzie, gdzie medycyna rodzinna ma długoletnie tradycje. Niestety w Polsce w okresie ostatnich 40–50 lat wartości te niejako przestały odgrywać decydującą rolę przy podejmowaniu decyzji związanych z pracą zawodową. Na początku lat 90. w naszym kraju ponownie rodzi się idea lekarza rodzinnego. Wiąże się to przede wszystkim z koniecznością zreorganizowania pracy, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej. Potrzeba ta wyływa nie tylko ze środowiska medycznego, ale bardzo wyraźnie jest akcentowana przez pacjentów. Niemniej pokolenie osób, które zajmuje się tym problemem, ma niewielkie doświadczenie z medycyną rodzinną a ich działania wynikają z oceny pracy lekarzy krajów Europy Zachodniej i w dużej mierze opierają się na instynktownej potrzebie zmian. A zatem chęć tworzenia czegoś nowego, otwarcie na pacjenta, satysfakcja czerpana z zadowolenia z osiągnięć zawodowych i wynikających z tego finansowych oraz nowa jakość pozycji lekarza w społeczeństwie leżały u podstaw pionierskich działań związanych z tworzeniem instytucji lekarza rodzinnego.

Analizując doświadczenia ROK-u we Wrocławiu, który działaniem obejmuje następujące byłe województwa: wrocławskie, legnickie, jeleniogórskie, wałbrzyskie, zielonogórskie, w zakresie motywacji lekarzy dotyczących podjęcia specjalizacji z medycyny rodzinnej, wydzieliliśmy trzy okresy: I – 1993/94–95, II – 1995/96–97, III – 1997/98–99, w których może nie tyle zmieniają się motywacje, co innego rodzaju fakty są eksploatowane na pierwszych miejscach.

Lata 1994/95 były pionierskimi, jeżeli chodzi o medycynę rodzinną na Dolnym Śląsku. W tym okresie nikt tak naprawdę nie był pewien co do losów idei lekarza rodzinnego. Niemniej znalazła się grupa śmiazków, którzy podjęli ryzyko zostania lekarzem rodzinnym. Realizowali to dwiema drogami: trybem skróconym „sześciomiesięcznym” (lekarze z doświadczeniem zawodowym w POZ) i trybem rezydenckim „trzyletnim” (lekarze po stażu podyplomowym). W obu tych grupach obserwuje się różne motywacje dotyczące podjęcia decyzji o rozpoczęciu specjalizacji i dalszych oczekiwań związanych z wykonywaną pracą lekarza rodzinnego. Młodzi koledzy kształcący się trybem rezydenckim, motywowali chęć podjęcia specjalizacji z medycyny rodzinnej następującymi argumentami:

- trudności w podjęciu pracy (etat jest finansowany przez MZiOS),
- możliwość uzyskania w szybkim czasie specjalizacji II st., pozwalającej na pracę w POZ,
- tworzące się możliwości wyjazdów zagra-

nicznych celem pogłębiania wiedzy praktycznej i teoretycznej,

- ewentualna perspektywa pracy we własnej praktyce.

Motywacje te były wynikiem pojawiającej się trudności w zdobyciu pracy w tamtym okresie, coraz głośniejszym artykułowaniem potrzeby reformy służby zdrowia, a także nosiły znamiona podjęcia pewnej ryzykownej, ale interesującej przygody z medycyną. Prawdopodobnie w dużej mierze na tę decyzję miał wpływ fakt braku dużego bagażu doświadczenia życiowego i zawodowego (tak naprawdę nie mieli oni nic do stracenia). W związku z powyższym lekarze ci nie precyzowali jakichś konkretnych oczekiwań związanych z praktyką lekarza rodzinnego, przyjmując pozycję wyczekującą, zdając się na czas i obserwując zachodzące przemiany.

Natomiast w grupie lekarzy kształcących się trybem sześciomiesięcznym sprawa ta wygląda diametralnie inaczej. Podejmując decyzję o szkoleniu kładli oni na szalę cały swój dorobek życiowy i zawodowy, będąc równocześnie pod obserwacją kolegów ze środowiska, którzy niejednokrotnie prezentowali niechętną postawę w stosunku do idei do lekarza rodzinnego.

U podstaw tej decyzji leżała oparta o doświadczenie i intuicję chęć zmiany jakości pracy w POZ i odnalezienia właściwego, godnego miejsca lekarza w społeczeństwie.

Bardzo często do podjęcia tej decyzji przyczyniały się doświadczenia wynikające z osobistych kontaktów z lekarzami pracującymi na Zachodzie w ramach medycyny rodzinnej. Ponadto grupa ta odczuwała potrzebę usankcjonowania i uzyskania kompetencji w zakresie tych czynności, które do tej pory musieli wykonywać z racji swojego usytuowania w środowisku. Lekarze ci często także mówili o – wydawałoby się irracjonalnym – przekonaniu, że droga ta jest dla nich nie tylko perspektywą rozwoju zawodowego, ale także spełnieniem zasady, że za uczciwą pracę należą się godziwe zarobki, a pacjent przestaje być złem koniecznym, ale wraz z rodziną i społeczeństwem staje się partnerem w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Ponadto była to możliwość pogłębiania wiedzy zawodowej – niejako „odświeżenie własnej osoby” i nawiązania nowych kontaktów z innymi ludźmi.

Drugim okresem: lata 1995/96–97, jest przełomowym jeżeli chodzi o ideę lekarza rodzinnego. Dzięki olbrzymiemu zaangażowaniu osobistemu Prof. dr. hab. Andrzeja Steciwko powstają pierwsze Modelowe Praktyki Lekarza Rodzinnego na Dolnym Śląsku, organizuje się znakomita baza dydaktyczna dla lekarzy rodzinnych, a także w sposób widoczny rozpoczyna się praca w sferach rządowych nad reformą służby zdrowia. Parafrazując słowa Biblii „słowo stało się ciałem” – lekarz rodzinny „zawitał

Okres	Lata	Motywacje	Oczekiwania
I	1993/94, 1994/95	<p>TRYB TRZYLETNI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trudności w podjęciu pracy 2. Uzyskanie w krótkim okresie specjalizacji II stopnia 3. Bliżej nieokreślona perspektywa pracy we własnej praktyce <p>TRYB SZEŚCIOMIESIĘCZNY:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przeświadczenie o konieczności reformy POZ oparte na intuicji 2. Próba odnalezienia właściwego miejsca lekarza w społeczeństwie 3. Chęć uzyskania kompetencji, które sankcjonują w sposób właściwy dotychczasową pracę 4. Perspektywa rozwoju zawodowego 	<p>TRYB TRZYLETNI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bliżej nie sprecyzowane 2. Postawa wyczekująca, obserwacja istniejących przemian w służbie zdrowia <p>TRYB SZEŚCIOMIESIĘCZNY:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Właściwa organizacja pracy 2. Godne zarobki 3. Możliwość pogłębiania wiedzy zawodowej 4. Lekarz przyjacielem pacjenta
II	1995/96, 1996/97	<p>TRYB TRZYLETNI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pojawiające się przeświadczenie o możliwości pracy we własnej praktyce 2. Pozostałe jak wyżej <p>TRYB SZEŚCIOMIESIĘCZNY:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pojawia się element strachu przed reformą – specjalizacja staje się gwarantem i zabezpieczeniem dorobku zawodowego 2. Motywacja natury ekonomicznej 3. Powolny proces pojmowania idei lekarza rodzinnego 4. Wzrost rangi specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej wynikający z doświadczeń pracy pierwszych praktyk 5. Pozostałe jak wyżej 	<p>TRYB TRZYLETNI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urealniony obraz praktyki lekarza rodzinnego jako miejsca pracy 2. Możliwość osiągnięcia wysokiej pozycji poprzez trudną i odpowiedzialną pracę <p>TRYB SZEŚCIOMIESIĘCZNY:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dobrze wyposażona praktyka zarządzana przez lekarza 2. Satysfakcja zawodowa i finansowa połączona z zadowoleniem pacjentów 3. Swoiste bezpieczeństwo pracy wynikające ze znajomości pacjenta i rodziny pacjenta
III	1997/98, 1998/99	<p>TRYB TRZYLETNI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jedyna możliwość uzyskania specjalizacji pozwalającej na pracę w POZ w aspekcie reformy służby zdrowia 2. Pozostałe jak wyżej <p>TRYB SZEŚCIOMIESIĘCZNY:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Na pierwsze miejsce wybija się przekonanie równe pewności o konieczności posiadania tej specjalizacji w perspektywie dalszego rozwoju zawodowego 2. Chęć współuczestnictwa w procesie reformy POZ 3. Specjalizacja jako nobilitacja w środowisku 4. Pozostałe jak wyżej 	<p>W obu grupach pojawiają się wyraźnie sprecyzowane plany dotyczące przyszłej pracy zawodowej, w której na równi, a może przede wszystkim, stawia się na profilaktykę oraz promocję zdrowia</p>

pod strzechy”. Sytuacja ta wpłynęła na zmianę motywacji lekarzy podejmujących specjalizację z medycyny rodzinnej. W mniejszym stopniu dostrzega się to u osób szkolących się trybem trzyletnim, niemniej powoli na pierwsze miejsce wysuwa się przeświadczenie, że specjalizacja ta ma sens, zaczyna się coś dziać, urealnia się perspektywa pracy we własnej praktyce. Co prawda jest to odnoszone do nie dającego się ściśle określić czasu, niemniej

staje się to coraz bardziej realne i daje pewną nadzieję na lepsze jutro. Inne argumenty w zasadzie pozostają te same. Co do oczekiwań związanych z lekarzem rodzinnym powoli kształtuje się obraz Praktyki Lekarza Rodzinnego (organizacja, praca i trudności z tym związane), pojawia się świadomość trudnej i odpowiedzialnej pracy lekarza rodzinnego jako pewnej szansy na osiągnięcie wysokiej pozycji w społeczeństwie.

Trochę inaczej przedstawia się to w grupie kształconej trybem skróconym. Z jednej strony materializuje się wyobrażenie pracy lekarza rodzinnego poprzez obserwację kolegów już pracujących. Z drugiej strony podejmowane są po raz pierwszy decyzje w ramach POZ, które jednoznacznie próbują określić rolę lekarza rodzinnego w służbie zdrowia i powoli ugruntowują przekonanie o jedynej słusznej drodze rozwoju zawodowego. Na to wszystko nakłada się wciąż istniejąca niechęć środowiska medycznego (szczególnie specjalistów) do samej idei lekarza rodzinnego. Ma to niewątpliwie wpływ na motywację. Przy utrzymującym się przekonaniu o pionierstwie we własnym środowisku, na równi z potrzebą zmian w służbie zdrowia, przewija się wątek strachu przed nowym. Specjalizacja ta staje się pewnym gwarantem i zabezpieczeniem własnego dorobku zawodowego w aspekcie reformy służby zdrowia i swoistym wyjściem awaryjnym w przypadku reorganizacji pracy we własnym środowisku. Pojawia się także coraz wyraźniej sprecyzowany argument natury ekonomicznej, który w dużej mierze kształtuje świadomość tych lekarzy. Tworzy się także przychylna atmosfera dla posiadania tej specjalizacji, która wyraża się tym, że posiadana specjalizacja drugiego stopnia, zdobyta w krótkim czasie, jest pewnym przyczynkiem do nobilitacji w środowisku medycznym, szczególnie małomiasteczkowym.

Ale chyba to co najważniejsze, choć pojawia się jako jeden z mniej ważnych elementów motywacji, jest holistyczne podejście do pacjenta. Definicja lekarza rodzinnego przestaje być książkową regułą, a zaczyna wypływać z wewnętrznej potrzeby i zrozumienia dla idei lekarza rodzinnego. Co prawda nie jest to do końca sprawa jednoznaczna, ponieważ pojawia się szereg wątpliwości i pytań dotyczących przede wszystkim całościowej opieki lekarza nad pacjentem, wynikającej z roli lekarza rodzinnego. Cenne jest w tym wszystkim to, że pacjent i jego rodzina w świadomości lekarza przechodzą z roli przedmiotu do podmiotu jego działań zawodowych. Powoli precyzują się oczekiwania związane z przyszłą pracą. Sprowadza się to do ładnej, dobrze wyposażonej praktyki lekarza rodzinnego, w ramach której między lekarzem a pacjentem nawiązują się odpowiednie relacje, dzięki czemu osiąga się olbrzymią satysfakcją finansową i zawodową, a zadowolenie pacjenta staje się namacalne. Także pojawia się przeświadczenie o tym, że poprzez ciągłość opieki medycznej uzyskuje się swoiste poczucie bezpieczeństwa wynikające ze znajomości warunków psycho-ekonomicznych i socjalnych pacjenta i jego rodziny, a także możliwości i uczestnictwa w pełnym procesie leczenia.

Trzeci okres: lata 1997/98–99, odzwierciedla obecną sytuację związaną z reformą służby zdro-

wia. W obu grupach, szczególnie w kształconej trybem skróconym, na pierwsze miejsce wysuwa się przeświadczenie o konieczności posiadania tej specjalizacji w perspektywie dalszego rozwoju zawodowego. Bardzo często wręcz jest to związane z nakazem jej rozpoczęcia w macierzystych ZOZ-ach i strachem przed nowym kształtem opieki zdrowotnej. Artykułuje się także chęć uczestnictwa w procesie wdrażania idei lekarza rodzinnego, wynikającą z doświadczeń coraz liczniejszego grona lekarzy już praktykujących i pojawiających się coraz lepszych warunków, jeżeli chodzi o możliwość podpisania kontraktu. Interesującym i bardzo pozytywnym elementem jest pojawienie się argumentu związanego z możliwością realizowania w ramach praktyki lekarza rodzinnego profilaktyki i promocji zdrowia. Rodzi się przeświadczenie, że poprzez realizację tych dwóch pojęć praca lekarza staje się łatwiejsza i bezpieczniejsza z olbrzymią korzyścią dla społeczeństwa, a każda zainwestowana złotówka zwraca się po wielokroć.

Co ciekawe pojawia się pewien snobizm związany z tą specjalizacją – już nie tylko należy, ale wypada być lekarzem rodzinnym, co prawdopodobnie wynika nie tylko z rangi tej specjalizacji, ale i z tworzącej się swoistej solidarności zawodowej w tej grupie lekarzy. Natomiast oczekiwania lekarzy są wyraźnie sprecyzowane. Już nie chodzi o jakąś własną praktykę, ale coraz częściej rozpatrywane są możliwości adaptacji własnych miejsc pracy do warunków praktyki lekarza rodzinnego. Poprzez właściwą organizację praktyki uzyskuje się duże możliwości diagnostyczno-terapeutyczne, dzięki którym podnosi się w sposób zasadniczy poziom usług medycznych, co jest również pewnym czynnikiem motywującym.

Bardzo często ludzie ci są już na etapie organizacji praktyki, sprawy menadżerstwa przestają być czymś nie do przejścia, a specjalizacja ta jest punktem wyjścia do podjęcia w trybie natychmiastowym obowiązków lekarza rodzinnego we własnym środowisku. A zatem lekarz rodzinny jest tworem z „krwi i kości”, który w niedługim czasie stanie się udziałem tychże lekarzy.

Obserwując kilkuletni okres wdrażania idei lekarza rodzinnego na Dolnym Śląsku wyraźnie dostrzegamy ewolucję motywacji związanych z tą specjalizacją. Wynika to przede wszystkim z wdrażaniem reformy służby zdrowia i oceny pracy już istniejących Praktyk Lekarza Rodzinnego. Ale najważniejsze jest chyba to, że w mniejszym lub większym stopniu lekarze ci chcą współuczestniczyć w zaistniałej sytuacji, czują potrzebę zreorganizowania własnej pracy i oparcia jej o holistyczne ujęcie problemu zdrowia, a co za tym idzie podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych. Tym samym osiągają satysfakcję finansową i zawodową, wynikającą z samodziel-

nej i odpowiedzialnej pracy i tworzenia właściwej, opartej na przyjaźni oraz zaufaniu, relacji lekarz–pacjent i jego rodzina.

Niemniej nasuwają się nam pewne refleksje związane z tym, że pewne motywacje mogą ulec przewartościowaniu, co może prowadzić do wypaczenia idei lekarza rodzinnego.

Przede wszystkim należy zadbać o to, aby strona ekonomiczna pracy lekarza nie stała się głównym celem motywującym do uzyskania specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej, a pacjent i jego rodzina nie stali się narzędziem wiodącym do uzyskania wysokiego statusu społecznego. A zatem należy dążyć do zachowania odpowiednich proporcji pomiędzy pracą a dobrem pacjenta i jego rodziny. W tym celu ważne jest tworzenie i rozwijanie odpowiedniego specjalistycznego nadzoru oceniającego pracę lekarzy rodzinnych (Regionalni Koordynatorzy, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Koła Lekarzy Rodzinnych przy Izbach Lekarskich) i nawiązywanie

właściwej współpracy ze środowiskami samorządowymi. Innym zagrożeniem jest to, aby specjalizacja ta nie stała się tylko ukoronowaniem dotychczasowego dorobku zawodowego lekarza. W tym aspekcie dostrzegamy olbrzymią rolę, jaką mogą i powinny odgrywać Zakłady Medycyny Rodzinnej. Ich zadaniem ma być organizowanie i sprawowanie merytorycznego nadzoru nad różnymi formami dokształcania lekarzy rodzinnych poprzez różne formy działań motywujących i dyscyplinujących, a także ocena jakości usług medycznych i wpływ na ich podnoszenie.

Reasumując, rozwój medycyny rodzinnej na terenie Dolnego Śląska postrzegamy jako proces bardzo pozytywny, korzystnie wpływający na kształtowanie obrazu lekarza rodzinnego, niemniej nie boimy się mówić o zagrożeniach wynikających z tych działań. Co więcej, staramy się w sposób aktywny minimalizować te zagrożenia poprzez różne formy współpracy z lekarzami rodzinnymi i lokalnymi samorządami.

Adres Autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Model kształcenia przeddyplomowego w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej oraz ocena podstawowej opieki medycznej świadczonej przez asystentów zakładu – lekarzy rodzinnych – w opinii pacjentów. Badania ankietowe

Reference model of postgraduate education in the Department of Family Medicine (Pomeranian Medical University) and assessment of primary health care services given by patients

IWONA HORNOWSKA, LILIA KOTKOWIAK, TADEUSZ KOZIELEC,
JOLANTA PÓŹNIAK, ANNA SAŁACKA
Z Zakładu Medycyny Rodzinnej
Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Tadeusz Kozielec

Streszczenie Od roku akademickiego 1997/1998 w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej prowadzone są zajęcia z medycyny rodzinnej dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego. Bazą dydaktyczną są gabinety lekarzy rodzinnych, w których pracują asystenci Zakładu. W trakcie zajęć studenci pracują z lekarzami rodzinnymi w gabinecie oraz uczęszczają na wizyty domowe do pacjentów. Po rocznej działalności lekarzy rodzinnych przeprowadzono wśród pacjentów badania ankietowe dotyczące oceny funkcjonowania praktyk. W pracy przedstawiono wyniki badań ankietowych. Przeprowadzone badania wykazały pozytywną ocenę świadczeń medycznych udzielanych przez lekarzy rodzinnych. Na taką ocenę wpłynęły: udostępnienie pacjentom nowoczesnej placówki, dobrze wyposażonej w niezbędny sprzęt i aparaturę, właściwa lokalizacja placówki położonej w centralnym miejscu rejonu, dobra organizacja pracy.

Słowa kluczowe: kształcenie przeddyplomowe, medycyna rodzinna, badania ankietowe.

Summary Family medicine is a new branch of primary care. In Poland so it is need to teach students family medicine. In the beginning 1997 academical teachers- General Practitioners (GP) started to work in general practice. This practice is part of Departament of Family Medicine Pomeranian Medical Academy. In practice take place classes for students of 6-th year. During classes students know daily work GP, nurses or home visits, after one year patients from general practice where asked to give theirs opinion about new kind of primary care in questionnaire. The answers show that patients are very pleased wish good organisation of work in general practice and qualification GP and nurses.

Key words: undergraduate education, family medicine, questionnaire survey.

Wstęp

W związku z rozpoczęciem procesu reformowania służby zdrowia i wprowadzeniem modelu lekarza rodzinnego jako jednego z elementów reformy, faktem stała się konieczność przygotowania studentów Akademii Medycznych już w trakcie szkolenia przeddyplomowego do pracy w nowym modelu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).

Dotychczas Zakład Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej (ZMR PAM) pro-

wadził kształcenie studentów VI roku Wydziału Lekarskiego w zakresie interny, pediatrii i pielęgniarstwa środowiskowego, przygotowując studentów do pracy w POZ. Kształcenie odbywało się na bazie przychodni rejonowych. Obecnie w związku z przeobrażeniami dokonywanymi w POZ zaistniała potrzeba zapoznania studentów z pracą lekarzy rodzinnych. Dla realizacji kształcenia studentów w zakresie medycyny rodzinnej poszerzono bazę dydaktyczną ZMR o gabinety lekarzy rodzinnych, w których pracują asystenci

ZMR, będący lekarzami rodzinnymi, a także posiadający specjalizację I stopnia z chorób wewnętrznych. W strukturze organizacyjnej zapewniono stałą współpracę lekarzy rodzinnych z pediatrą. Zajęcia z medycyny rodzinnej odbywają się w ciągu całego roku akademickiego (6 bloków ćwiczeniowych trwających 14 dni, w tym 2 dni seminaryjne, 1 ćwiczenie seminaryjne z pielęgniarstwa rodzinnego), 10 ćwiczeń w gabinecie lekarza rodzinnego. W czasie ćwiczeń studenci pracują wraz z lekarzem rodzinnym w gabinecie oraz uczęszczają na wizyty domowe do pacjentów. Program realizowany w nowych warunkach stanowi również element kształcenia przyszłych lekarzy rodzinnych. Powstałe gabinety lekarzy rodzinnych są również miejscem odbywania staży specjalizacyjnych i egzaminów praktycznych dla lekarzy odbywających specjalizację z medycyny rodzinnej.

Na podstawie kontraktu z Urzędem Miejskim opieką objęto populację 10 tysięcy pacjentów. Po rocznej pracy lekarzy rodzinnych zakładu przeprowadzono badania ankietowe wśród pacjentów dotyczące oceny funkcjonowania praktyk.

Cel pracy

Celem przeprowadzenia badania było poznanie opinii i uwag pacjentów na temat funkcjonowania gabinetów lekarzy rodzinnych będących bazą dydaktyczną dla studentów. Wobec szerokiej dyskusji w środowiskach medycznych na temat miejsca i roli lekarzy pediatrów w nowym modelu POZ (pediatra jako lekarz pierwszego kontaktu obok lekarza rodzinnego, pediatra jako konsultant), poddani zostali badaniom ankietowym rodzice dzieci leczonych w tutejszych gabinetach.

Materiał i metody

Populację badaną stanowili pacjenci lekarzy rodzinnych (asystentów ZMR) mieszkańcy dzielnicy Śródmieście. Struktura tej populacji jest następująca: 16,8% pacjentów stanowią dzieci 0–15 r.ż., 27,6% to pacjenci powyżej 60 r.ż., 55,6% pozostali – 16–59 r.ż. Badaniami objęto 200 pacjentów lekarzy rodzinnych korzystających z porady lekarskiej lub pielęgniarstwa w dniach rozprowadzania ankiet. Każdy z pacjentów w trakcie rejestracji otrzymywał ankietę, którą oddawał po wypełnieniu. Ankieta była anonimowa i dobrowolna. Analizie poddano 154 ankiety, które zawierały pełne odpowiedzi na zadane pytania. Ankieta zawierała 2 części. Część I – 26 pytań z dwoma dystraktorami – „tak” lub „nie” oraz dwa pytania opisowe. Część II – wypełniana

była przez pacjentów leczących dzieci w gabinetach lekarzy rodzinnych.

Wstęp ankiety zawierał dane ogólne: przynależność do określonego przedziału wiekowego (18–30 lat, 31–60 lat, powyżej 60 lat), płeć, poprzednie miejsce leczenia ambulatoryjnego (przychodnia rejonowa, przyzakładowa, gabinet prywatny), ocenę funkcjonowania rejestracji, gabinetu zabiegowego, laboratorium, ocenę pracy lekarza i pielęgniarki środowiskowej.

Wyniki i omówienie

Analizie poddano 154 ankiety. Odpowiedzi udzieliło: 30 kobiet i 4 mężczyzn w wieku 18–30 lat (22%), 48 kobiet i 16 mężczyzn w wieku 31–60 lat (41,5%), 41 kobiet i 15 mężczyzn w wieku powyżej 60 lat (36,5%). Pod opieką lekarzy rodzinnych w większości przypadków (82,5% ankietowanych) są całe rodziny.

Dotychczas respondenci korzystali z (i / lub) przychodni rejonowej w 74,7% (115 osób), z przychodni przyzakładowej 34,4% (53 osoby), z leczenia w gabinetach prywatnych 39% (60 osób). Z przychodni rejonowej nigdy nie korzystało 20% (32 osoby), z przychodni przy zakładzie pracy nie korzystało 61,7% (95 osób), z leczenia w gabinetach prywatnych odpowiednio 57,8% (89 osób).

Wszyscy ankietowani stwierdzili, że bez problemów mogą zarejestrować się do lekarzy rodzinnych. 97,4% pacjentów aprobuje rejestrację telefoniczną na umówioną godzinę. Po zarejestrowaniu się telefonicznie 96 osób (64,3%) najczęściej oczekiwało na wizytę 5–10 min., 52 osoby (33,8%) oczekiwało 15–30 min, 3 osoby powyżej 30 min. Jedynie 21 osób (13,6%) nie miało problemów z rejestracją w poprzedniej przychodni, w tym 3 osoby leczone w przychodni przyzakładowej. Pozostali pacjenci jako najczęstsze niedogodności związane z rejestracją do poprzedniej przychodni wymienili: brak „numerów” – 103 osoby (66,9%), kolejki przed rejestracją – 96 osób (62,3%), częste nieobecności lekarza w pracy – 33 osoby (21,4%), brak możliwości wizyty po południu – 46 osób (29,9%), inne – 5 osób (3,2%).

Aż 97 osób (63%) nie obawiało się zmiany przychodni. U pozostałych 57 osób (37%) obawy przed zmianą przychodni wynikały z braku dokładnych informacji na temat pracy lekarzy rodzinnych, u 31 osób (20,1%) z lęku przed utratą znanych przez siebie lekarzy przychodni rejonowej, u 20 osób (12,9%) obawy spowodowane były złą opinią na temat lekarzy rodzinnych upowszechnianą przez personel dotychczasowej przychodni (6 osób), sąsiadów (5 osób), innych lekarzy (3 osoby).

Dla 147 (95,5%) osób rozmowa z lekarzem rodzinnym okazała się łatwiejsza niż z lekarzem przychodni rejonowej, 7 osób (4,5%) nie odczuwało różnicy w kontakcie z lekarzem rodzinnym w porównaniu z lekarzem w przychodni rejonowej. 153 osoby (99,3%) uważają, że informacje przekazywane przez lekarzy rodzinnych są zrozumiałe i wyczerpujące.

Cechy charakteryzujące lekarza rodzinnego według jego pacjentów to: uprzejmość (144 – 93,5%), fachowość (116 – 75,3%), zrozumienie okazane pacjentom (115 – 74,7), troskliwość (105 – 68,2%). Nie uzyskano opinii negatywnych.

153 osoby (99,4%) oceniło umiejętności swojego lekarza rodzinnego jako zadowalające, jedynie 1 osoba (0,6%) odpowiedziała na to pytanie „nie mam zdania”.

16 osób (10,4%) oceniło, że ma obecnie utrudniony dostęp do specjalisty. 41 osób (26,6%) korzystało z porady telefonicznej lekarza rodzinnego, 34 (22,1%) korzystało z wizyty domowej swojego lekarza rodzinnego.

132 osoby (85,7%) korzystało z usług w gabinecie zabiegowym i wszystkie te osoby były zadowolone z poziomu usług. 12,3% ankietowanych korzystało z opieki pielęgniarki środowiskowej i wszyscy korzystający oceniają ją pozytywnie.

Spośród 127 osób (82,5%) korzystających z laboratorium 24 osoby (18,9%) stwierdziły, że czas pobierania materiału do badań jest za krótki.

Po roku pracy lekarzy rodzinnych jeszcze 18,8% pacjentek nie wiedziało o możliwości wykonania badania cytologicznego u swojego lekarza. Większość pacjentek uważa, że dobra dostępność tego badania w gabinecie lekarza rodzinnego poprawi systematyczność jego wykonywania.

60 osób (40%) spośród 154 ankietowanych wymagało rozszerzonej diagnostyki w gabinecie lekarza rodzinnego, w tym 38 osób (24,7%) badania otoskopowego, 27 osób (17,5%) badania oftalmoskopowego.

Pozytywne nastawienie do obecności studentów obecnych w trakcie wizyty u lekarza wykazało 114 (74%) pacjentów, pozostałe 40 osób (26%) spośród wypełniających ankietę uznała to za przeszkodę w dobrym kontakcie z lekarzem.

Na pytanie dotyczące opieki medycznej pediatrycznej postawione w części, którą wypełniali wszyscy badani, padły następujące odpowiedzi: 50 osób (32,5%) uważało, że dzieci powinny być leczone przez lekarza rodzinnego – pediatrę, a dorośli przez lekarza rodzinnego – internistę, z czego 26 osób (ponad połowę) stanowiły osoby

po 60 rż.; 66 osób (42,8%) było zdania, że jeden lekarz rodzinny powinien przyjmować i dorosłych i dzieci. 28 osób (18,2%) nie miało zdania na ten temat.

Odpowiedzi na część pediatryczną ankiety udzieliło 50 osób – rodziców siedemdziesięcioro dzieci. 44 osoby (88% rodziców) uznało, że korzystne jest leczenie dzieci i dorosłych przez jednego lekarza. Dla 96% uzyskanie porady dla dziecka i rodzica w trakcie tej samej wizyty jest dużym ułatwieniem.

Z leczenia dzieci w Poradni Pediatrycznej Przychodni Rejonowej w poprzednim okresie nie korzystało 10 rodziców (20%) wypełniających ankietę. Spośród pozostałych 40 osób, które wcześniej korzystały z Poradni Pediatrycznej, 35 osób (80%) uważa, że opieka LR jest lepsza, 10 osób (17,5%), że taka sama, 1 osoba (2,5%), że gorsza niż opieka lekarza pediatry.

Z 50 rodziców wypełniających ankietę 62% (31 osób) chciałoby, aby w przychodni obecnej poza lekarzem rodzinnym przyjmował również pediatra. 22 osoby (44%) wolałyby, aby ich dziecko pozostało pod opieką pediatry, chociaż 12 z nich (24%) stwierdziło jednocześnie, że opieka sprawowana nad dzieckiem przez lekarza rodzinnego jest lepsza niż opieka pediatry z poprzedniej przychodni rejonowej. Pozostałych 28 rodziców (56 %) woli, aby dzieci leczył lekarz rodzinny.

154 osoby (100%) ankietowane stwierdziły, że nie chciałyby powrócić do poprzedniego modelu opieki zdrowotnej.

Przeprowadzone badania ankietowe wykazały pozytywną ocenę świadczeń medycznych udzielanych w gabinetach lekarzy rodzinnych prowadzonych przez asystentów zakładu. Na taką pozytywną ocenę wpłynęły:

- udostępnienie pacjentom nowoczesnej placówki, dobrze wyposażonej w niezbędny sprzęt i aparaturę,
- właściwa lokalizacja placówki położonej w centralnym miejscu rejonu, z dogodnym dojazdem i dojściem,
- dobra organizacja pracy.

Negatywna ocena przez ankietowanych dostępu do lekarzy specjalistów (10,4%) powodowana jest trudnościami administracyjnymi oraz niechęcią niektórych specjalistów do współpracy z lekarzami rodzinnymi.

Roczne doświadczenia potwierdzają słuszność idei sprawowania opieki nad pacjentami przez lekarzy rodzinnych, chociaż w ankietach pojawia się także idea funkcjonowania zespołu lekarza rodzinnego: lekarz rodzinny internista i lekarz rodzinny pediatra.

Piśmiennictwo

1. Just W., Giedrys-Kalemba S., Mierzecki A., Kalemba M.: Oczekiwania pacjentów w związku z wprowadzeniem modelu lekarza rodzinnego w Polsce. Zdr. Pub. 1997, 107 (7).
2. Masiakowski A.: Badanie satysfakcji pacjentów ze sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych. Zdr. Pub. 1997, 107 (2).
3. Pawlik-Jordan B., Hankała A., Jasiński M., Imieliński K.: Badania nad kształtowaniem psychospołecznych umiejętności i postaw podnoszących skuteczność oddziaływań lekarza rodzinnego. Gab. Lek. 1993, 1 (3).
4. Pietruski J.: Pacjent i jego lekarz rodzinny – perspektywy relacji. Mag. Med. 1996, 7 (5).
5. Walczak A.: Symulacja modelu lekarza rodzinnego w województwie szczecińskim. Zdr. Pub. 1992, 103 (4).
6. Wąsiewicz E. P., Marciniak J.: Satysfakcja pacjentów z wprowadzenia instytucji lekarza rodzinnego. Problemy Medycyny Społecznej, T. 30, Warszawa 1997.
7. Wąsowicz E. P., Berkowska M., Bryl W., Bukowski S., Krzyżaniak A., Wiesiołowska A.: Opinie pacjentów o planowanych zmianach organizacyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Zdr. Pub. 1995, 106 (1).

Adres I Autora:

Iwona Hornowska
ul. Dąbrowskiego 21E m. 8
70-100 Szczecin