

Warchoł-Sławińska Ewa, Furtak-Niczyporuk Marzena, Włoch Krzysztof, Żuber Agata. Realizacja zaleceń lekarza rodzinnego przez pacjentów w wybranych jednostkach chorobowych = Implementation of the recommendations of the General Practice Doctor by patients in selected disease entities. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(12):171-183. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.192883>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4043>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.11.2016. Revised 22.11.2016. Accepted: 06.12.2016.

Realizacja zaleceń lekarza rodzinnego przez pacjentów w wybranych jednostkach chorobowych

Implementation of the recommendations of the General Practice Doctor by patients in selected disease entities

Ewa Warchoł-Sławińska*, Marzena Furtak-Niczyporuk*,
Krzysztof Włoch*, Agata Żuber**

*Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Adres do korespondencji:
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Lublin 20-093, ul. Chodźki 1

Streszczenie

Wprowadzenie: Rolą podstawowej opieki zdrowotnej jest opanowanie czynników ryzyka sprzyjających chorobom cywilizacyjnym, jak choroby układu krążenia, czy choroby metaboliczne. Dużą rolą lekarza rodzinnego jest promocja zdrowia, która skupia się na edukacji zdrowotnej społeczeństwa poprzez przekazywanie wiedzy i kompetencji pozwalających na zwiększenie kontroli nad zdrowiem i jego pomnażanie.

Cel pracy: Celem pracy była ocena realizacji zaleceń lekarza rodzinnego przez pacjentów w wybranych jednostkach chorobowych. Badanie skupiało się na odpowiedzi na pytanie w jakim stopniu pacjenci z wybranymi jednostkami chorobowymi przestrzegają zaleceń lekarza rodzinnego?

Material i metody: W badaniu opinii publicznej zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, przy zastosowaniu techniki badawczej w formie ankiety. Badanie przeprowadzono przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego 38 pytania. Badaniem objęto 99 pacjentów, z 2 przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, z obszaru województwa lubelskiego.

Wyniki i wnioski: Z badań wynika potrzeba zwiększenia działań edukacji zdrowotnej w obszarach promocji zdrowego stylu życia. Szczególnie widoczna jest potrzeba zwiększenia promocji badań przesiewowych, wyeliminowania używek, zwiększenia aktywności fizycznej, zwiększenia promocji zdrowej i zbilansowanej diety zawierającej owoce i warzywa. Ma się to przyczynić do zwiększenia odsetka populacji pozostającej w dobrym zdrowiu. Przedmiotowe badanie pokazało, że z grupy 99 badanych aż 52% z nich oceniło swoje zdrowie przeciętnie i źle. Dlatego najważniejszą tu rolę będzie miał lekarz rodzinny, gdyż najczęściej w pierwszej kolejności właśnie do niego udaje się pacjent ze swoim problemem.

Słowa kluczowe: podstawowa opieka medyczna, lekarz rodzinny.

Abstract

Introduction: The role of primary health care is to reduce the risk factors for lifestyle diseases, such as cardiovascular, and metabolic diseases. An important role of the family doctor is the health promotion, which focuses on health education through the transfer of knowledge and competence to increase control over one's health and its multiplication.

Aim: The aim of this study was to assess the implementation of the recommendations of the family doctor by patients in selected disease entities. The study focused on responses to the question of the extent to which patients with selected disease units carried out the recommendations of General Practice Doctor.

Material and Methods:

The survey of public opinion used diagnostic survey method, using a research technique in the form of a questionnaire. The study was conducted using a proprietary questionnaire

containing 38 questions. The study included 99 patients of 2 primary care clinics, from the Lublin province.

The results and conclusions:

The research shows the need to increase health education activities in the areas of promoting healthy lifestyles. Particularly evident is the need to increase the promotion of screening, eliminating stimulants, increasing physical activity, increase the promotion of a healthy and balanced diet containing fruits and vegetables. This should contribute to increase the percentage of the population remains in good health. These study showed that 52% of the respondents from the group of 99 patients rated their health on average and bad. The most important role in improving this situation will be filled by a family doctor, because usually he is a person to which patients go first to solve their health problems.

Keywords: primary health care, General Practice Doctor.

Wprowadzenie

Podstawowa opieka zdrowotna obejmuje świadczenia zdrowotne, takie jak: profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej [1]. Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, sprawowane są przez lekarza, pielęgniarką, położną i należą do świadczeń gwarantowanych w systemie ochrony zdrowia naszego kraju. Najważniejsze będą właśnie świadczenia gwarantowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, które obejmują:

- 1) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych;
- 2) poradę lekarską udzielaną w domu świadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych medycznie;
- 3) świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
- 4) poradę patronażową;
- 5) badania bilansowe, w tym badania przesiewowe;
- 6) świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- 7) szczepienia ochronne [2].

Warto także wspomnieć o świadczeniach gwarantowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, które obejmują:

- 1) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie;
- 2) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych;
- 3) wizytę patronażową;
- 4) testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej;
- 5) świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy [3].

Jeśli zaś chodzi o świadczenia gwarantowane przez położne podstawowej opieki zdrowotnej, to obejmują one:

- 1) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych;
- 2) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie;
- 3) wizytę patronażową;
- 4) wizytę profilaktyczną [4].

Medycyna rodzinna w obszarze, której udzielane są świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, kieruje się podstawowymi zasadami, do których należą: ciągłość opieki – lekarz rodzinny sprawuje opiekę nad pacjentem nie tylko podczas jednego stanu chorego ale poprzez cały okres, w którym pacjent ulega różnym zachorowaniom (stąd ciągłość opieki to wielokierunkowa wiedza na tematy problemów zdrowotnych jakie doświadcza pacjent oraz zaplanowane działania diagnostyczno-lecznicze; wszechstronność opieki – lekarz rodzinny sprawuje opiekę nad pacjentem bez względu na wiek, płeć, czy też rodzaj choroby (udziela porad bez względu na rodzaj dolegliwości, zatem każdy problem pacjenta rozpatruje w kontekście psychologicznym i społecznym; koordynacja opieki – w sytuacji gdy problem z jakim zgłasza się pacjent do lekarza rodzinnego przewyższa jego kompetencje, wówczas pełni on funkcje koordynatora w nawiązywaniu współpracy z lekarzem specjalistą; dominacja prewencji – lekarz rodzinny kieruje swoje działania nie tylko do osób chorych, ale też zdrowych, by móc w przyszłości właściwie zapobiegać stanom chorobowym, dokładnie planując działania profilaktyczne; opieka w kontekście warunków środowiskowych – lekarz rodzinny określa problem pacjenta na podstawie jego otoczenia środowiskowego i warunków pracy (interesuje się obecnością zagrożeń jakimi są patologie społeczne, które stanowią duże zagrożenie dla zdrowia pacjenta); opieka w kontekście rodziny – lekarz rodzinny identyfikuje pacjenta jako jednostkę, która podlega wpływom najbliższego otoczenia, stąd ma na względzie określone dla danej rodziny zachowania w stanie chorobowym i pełnym zdrowiu [5].

Dużą rolę lekarza rodzinnego jest opanowanie czynników ryzyka sprzyjających chorobom cywilizacyjnym, jak choroby metaboliczne np. otyłość, cukrzyca oraz choroby układu krążenia np. nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego. Otyłość jest obecnie poważnym problemem społecznym ze względu na narastające rozpowszechnienie w populacji na całym świecie. Otyłość uważana jest za chorobę przewlekłą i opisywana jako stan zwiększania się masy tkanki tłuszczowej (powyżej 25% u mężczyzn i powyżej 30% u kobiet), która prowadzi do upośledzenia czynności organizmu człowieka, a także zwiększa ryzyko chorobowości i śmiertelności [6]. Cukrzyca jest następną chorobą, której wzrost zachorowań związany jest z obecnym, niezdrowym stylem życia i starzeniem się społeczeństwa. Według definicji WHO cukrzyca obejmuje niejednorodną patogenetycznie grupę chorób, cechujących się hiperglikemią wynikającą z zaburzeń wydzielania lub nieprawidłowego działania insuliny – przewlekła hiperglikemia wiąże się z zaburzeniem funkcji i uszkodzeniem różnych tkanek i narządów, szczególnie naczyń krwionośnych, serca, nerek, nerwów i oczu [7]. Do chorób cywilizacyjnych, których widoczny jest obecnie stały wzrost zachorowań, należą choroby układu krążenia np. nadciśnienie tętnicze. Przez nadciśnienie tętnicze rozumie się trwale podwyższone ciśnienie tętnicze skurczowe ≥ 140 mm Hg i/lub ciśnienie tętnicze rozkurczowe ≥ 90 mm Hg. Częstość występowania nadciśnienia tętniczego w populacji ogólnej wynosi ok. 30-45% i wzrasta wraz z wiekiem - pomimo rosnącej wiedzy o nadciśnieniu nadal mniej niż 46,5% osób z nadciśnieniem tętniczym jest świadoma choroby, a 9,5 mln Polaków dotknięta jest tą chorobą [8]. Następnie miażdżyca jest jednym z głównych problemów zdrowotnych, które prowadzi do chorób sercowo-naczyniowych. Miażdżycę można określić, jako przewlekły proces zapalny w obrębie aorty i tętnic średniej wielkości, która polega na zbieraniu złogów cholesterolu w ścianach tętnic, co prowadzi do ich pogrubienia i ograniczenia przepływu krwi do narządów. Najczęściej następstwem procesu miażdżycowego jest choroba wieńcowa, która potocznie nazywana jest chorobą niedokrwienną serca. Choroba wieńcowa związana jest z niewystarczającą podażą substratów energetycznych oraz tlenu w stosunku do bieżącego zapotrzebowania mięśnia sercowego. Skutkiem długotrwałej choroby naczyń wieńcowych jest zawał mięśnia sercowego, który występuje w związku z niedokrwieniem mięśnia sercowego. Zazwyczaj jest konsekwencją pęknięcia blaszki miażdżycowej w naczyniu wieńcowym, co wówczas prowadzi do powstania skrzepliny, która całkowicie blokuje napływ krwi do serca. Dlatego potrzeba większego zwrócenia uwagi na pojawiające się symptomy choroby, zwłaszcza przez lekarza rodzinnego, aby ograniczyć zachorowalność i przedwczesną umieralność ludzi z powodu chorób cywilizacyjnych. Dzięki rozwojowi medycyny i

prewencji nastąpi opóźnienie momentu występowania chorób, zwłaszcza przewlekłych lub je wyeliminuje [9]. Jednak bez indywidualnych prozdrowotnych zachowań, jak prawidłowy sposób odżywiania się, wyeliminowanie uzależnień, umiejętność wypoczynku i radzenia sobie ze stresem, aktywność fizyczna, trudno będzie ograniczyć lub wyeliminować występowania chorób cywilizacyjnych.

Cel pracy

Celem pracy była ocena realizacji zaleceń lekarza rodzinnego przez pacjentów w wybranych jednostkach chorobowych – choroby metaboliczne (otyłość, cukrzyca) i choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego). Badanie sprawdzało czy pacjenci stosują się do zaleceń terapeutycznych odnośnie przyjmowania leków, stosowania diety, wprowadzania bądź zwiększania aktywności fizycznej, ograniczania ryzyka oraz wykonywania regularnych badań. Głównym problemem badawczy skupiał się na odpowiedzi na pytanie w jakim stopniu pacjenci z wybranymi jednostkami chorobowymi przestrzegają zaleceń lekarza rodzinnego?

Material i metoda

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zwany lekarzem rodzinnym, potocznie zwany lekarzem pierwszego kontaktu, posiadającym specjalizację medycyny rodzinnej, obejmuje wszechstronną opieką pacjenta. Szczególnie ważna jest opieka medyczna, zwłaszcza we wczesnym stadium, chorób metabolicznych oraz układu krążenia. Dlatego postanowiono sprawdzić stopień zastosowania się pacjentów do zaleceń lekarza rodzinnego. W badaniu opinii publicznej zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, przy zastosowaniu techniki badawczej w formie ankiety. Badanie przeprowadzono przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego 38 pytania (w tym 3 pytania otwarte i 35 pytań zamkniętych), z których 4 pytania miały charakter socjometryczny (dotyczyły płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia respondentów), a pozostałe pytania dotyczyły m.in. zdiagnozowanej jednostki chorobowej, diety, aktywności fizycznej, spożywania używek, wykonywania badań zaleconych przez lekarza. Badaniem objęto 99 pacjentów z 2 przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, z obszaru województwa lubelskiego, w okresie od lutego do maja 2016 r.

Wyniki

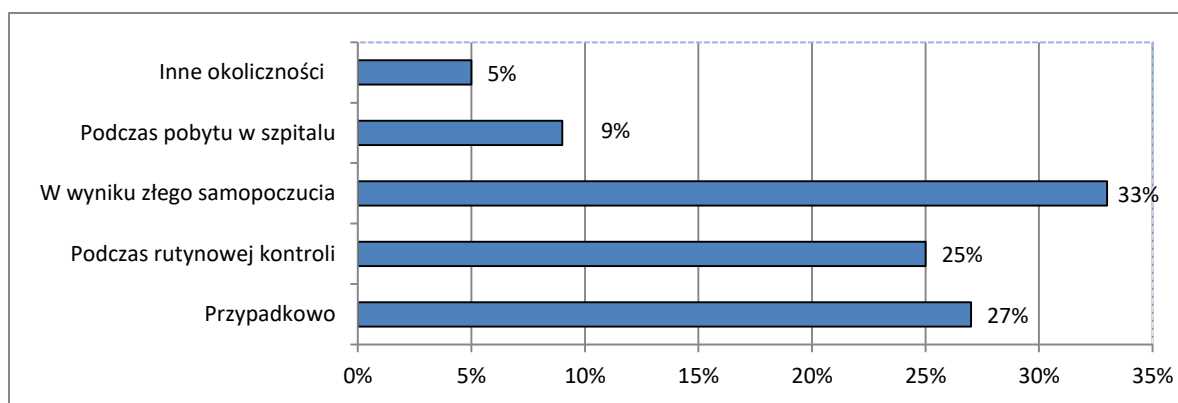
Wśród przebadanych 99 respondentów, ponad połowę 62% stanowiły kobiety i 38% mężczyźni. Pokazuje to dobry trend zwiększania liczby mężczyzn korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej. Najliczniejszą grupę wiekową stanowili respondenci w wieku od 40 do 59 lat. Najmniejszą grupę wiekową stanowili zaś respondenci w wieku 30-39 lat. Szczegółowo rozkład grup wiekowych respondentów prezentuje tabela nr 1.

Tabela nr 1. Struktura wieku respondentów

Wiek	Udział %
≤ 29	9,10
30-39	4,00
40-49	26,30
50-59	26,30
60-69	13,10
≥70	21,20
Razem	100,00

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentów, to 38% z nich to mieszkańcy miast, a 62% wsi. Większość respondentów 43% posiada wykształcenie średnie, a 26% wykształcenie zasadnicze zawodowe. Wykształcenie wyższe posiadało 16% respondentów. Pozostali respondenci posiadają wykształcenie podstawowe 15%. Do głównych chorób, które najczęściej występowały, wśród badanej grupy, zaliczyć należy nadciśnienie tętnicze u 55,1% badanych, cukrzyca typu II u 24,6% badanych i choroba wieńcowa u 20,3% badanych. Respondenci deklarowali, że dotknięci są także innymi chorobami, takimi jak: otyłość u 22,4% badanych; miażdżyca u 14,3% badanych; zawał mięśnia sercowego u 9,2% badanych; cukrzyca typu I u 6% badanych. Respondenci wskazywali, że takie choroby jak nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, zawał mięśnia sercowego i cukrzyca typu II, występują w ich najbliższej rodzinie. Choroba najczęściej była diagnozowana w wyniku złego samopoczucia, co zadeklarowało 33% badanych. Przypadkowo chorobę zdiagnozowano u 27% badanych i u 25% badanych podczas rutynowej kontroli u lekarza. Szczegółową analizę zawiera wykres nr 1.

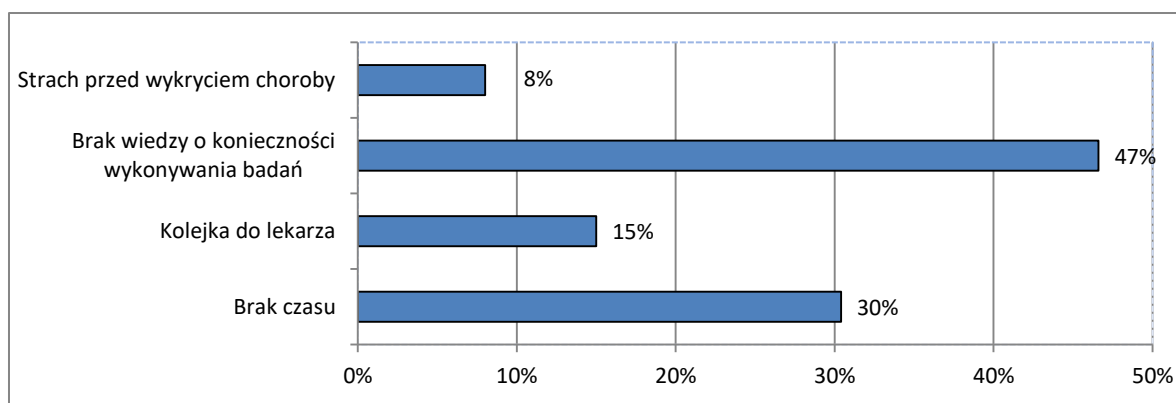
Wykres nr 1. Struktura okoliczności rozpoznania choroby



Popatrzeć zatem należy na długość czasu trwania leczenia. Tu najliczniejszą grupę stanowili pacjenci leczeni powyżej 5 lat – 41% badanych. Następnie pacjencie leczeni 4-5 lat – 22% badanych i 2-3 lat leczono 18% badanych. Zaś poniżej roku leczono 19% pacjentów. Przeważająca większość respondentów wie, że na nadwagę, co deklarowało 39% badanych, a 35% badanych otyłość. Tylko 25% badanych zadeklarowało, że ma prawidłową wagę ciała. Zaś 1% badanych deklarował swoją niedowagę.

Warto bliżej przyjrzeć się wynikom badania w zakresie indywidualnego podejścia badanej grupy do stosowania zaleceń terapeutycznych lekarza rodzinnego. Należy rozpocząć od podejścia badanych do badań profilaktycznych. Niestety 76% badanych deklarowało, że nie wykonywało regularnych badań profilaktycznych. Fakt ten niepokoi, gdyż przeważająca większość badanych zadeklarowało, że choroby metaboliczne i choroby układu krążenia występowały bądź występują u członków ich najbliższej rodziny. Tylko 24% badanych, czyli co 4-ty respondent systematycznie wykonywał badania profilaktyczne. Zatem co było przyczyną, że aż 76% badanych niewykonywało badań profilaktycznych? Wyniki badania pokazują, że główną przyczyną jest brak wiedzy na temat konieczności wykonywania regularnych badań profilaktycznych, co zadeklarowało 46,6% badanych. Aż 38,4% badanych boi się wykonywać badania profilaktyczne lub brakuje im czasu na ich wykonanie. Tylko 15% badanych wskazało, że długie kolejki do lekarzy są powodem ich niewykonywania badań profilaktycznych. Szczegółową analizę zawiera wykres nr 2.

Wykres nr 2. Struktura głównych powodów niewykonywania badań profilaktycznych



Ponad połowa badanych – 63% przestrzega terminów wizyt u lekarzy specjalistów, które zlecił im lekarz rodzinny. Co 5-ty badany przyznał, że nie przestrzegał takich zaleceń lekarza rodzinnego. Natomiast 17% badanych zadeklarowało, że lekarz rodzinny nie wskazał im wizyty u lekarza specjalisty. Pociuszający jest fakt, że 78% badanych deklarowało, że regularnie stosuje leki zaordynowane przez lekarza rodzinnego. Dalsze 17% badanych zadeklarowało, że stosuje leki, ale tylko wówczas gdy sobie o tym przypomni. Pozostałe 5% badanych nie posiadało zaleconych leków do przyjmowania. W zależności od rozpoznanej jednostki chorobowej lekarz rodzinny zalecił pacjentom pomiar ciśnienia krwi – 2 razy dziennie 36% badanych, u co 4-tego badanego raz dziennie, raz w tygodniu u co 5-tego badanego. Blisko 84% badanych zadeklarowało, że pamięta i wykonuje według zaleceń pomiar ciśnienia krwi. Niestety 16% badanych nie przestrzega tego zalecenia. Najczęstszym zaleceniem lekarza rodzinnego była kontrola poziomu glikemii. 53% badanych miała zalecone 1 raz w roku, 22% badanych 1 raz w miesiącu, 16% badanych 1 raz dziennie, a 9% badanych 3-4 razy dziennie. Przestrzeganie zalecenia pomiaru poziomu cukru we krwi zadeklarowało 76% badanych. Natomiast z różnych przyczyn aż 24% badanych nie stosuje się do tego zalecenia.

Kolejnym najczęstszym zaleceniem lekarza rodzinnego, przy chorobach metabolicznych i chorobach układu krążenia jest wyeliminowanie spożycia alkoholu. Fakt picia alkoholu zadeklarowało 65% badanych. Przeważająca większość, bo aż 39% badanych wskazał, że pije alkohol tylko okazjonalnie. Raz w tygodniu pije alkohol 10% badanych, a kilka razy w tygodniu 11% badanych. 5% badanych zadeklarowało, że pije alkohol codziennie. Wśród badanej populacji 35% zadeklarowało, że nie spożywa alkoholu. Zatem warto przyjrzeć się czy pacjenci są informowani o konsekwencjach spożywania alkoholu przez lekarza rodzinnego i czy się do niego stosują. Tu ponad połowa badanych 55% była poinformowana o skutkach picia alkoholu oraz przestała pić alkohol. Jednak 20% badanych

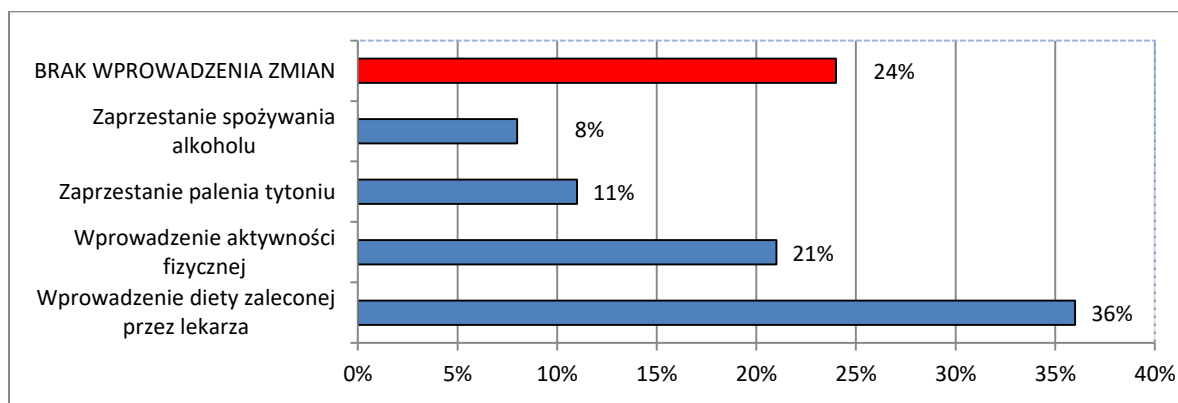
została poinformowana o skutkach picia alkoholu, ale nie stosuje się do zalecenia lekarza i dalej pije alkohol. Zaś 25% badanych zadeklarowała, że nie została poinformowana o skutkach picia alkoholu, dlatego też dalej pije alkohol. Wśród dalszych zaleceń lekarskich należy wymienić wyeliminowanie palenia tytoniu. W gronie badanych 25% z nich pali papierosy. Pozostała część respondentów 75% rzuciła palenie lub nigdy nie paliła papierosów. Jeśli chodzi o palącą część badanej populacji, to: 40% pali dziennie od 11 do 20 sztuk papierosów; 32% pali powyżej paczki papierosów na dobę; 28% pali do 10 papierosów na dobę. O skutkach palenia papierosów została poinformowana przez lekarza większa część badanych, bo aż 81%. Tu tylko 53% badanych stosuje się do zalecenia lekarza wyeliminowania palenia papierosów. Pozostała część 28% badanych pomimo zalecenia dalej pali papierosy. Zaś 19% badanych deklaruje, że o skutkach palenia papierosów nie została poinformowana przez lekarza i dalej pali papierosy.

Ważnym elementem wspomagania procesu leczenia jest zdrowa i zbilansowana dieta. Dlatego zapytano respondentów o liczbę i skład spożywanych przez nich posiłków. Większa część badanych 40% zadeklarował, że spożywa 4 posiłki na dobę. Spożywanie 3 posiłków zadeklarowało 37% badanych. Zaś 5 i więcej posiłków spożywa 20% badanych. Tylko 2% badanych zadeklarowała, że spożywa 2 posiłki dziennie. Z badanej populacji 76% zadeklarowało, że uzyskało informacje o dziennej zalecanej ilości posiłków od lekarza rodzinnego. Stosowanie się do tych zaleceń zadeklarowało 54% badanych. Prawie co 4-ty badany nie wie jaka jest zalecana dzienna ilość posiłków. Wśród całej grupy badawczej 47% z nich deklaruje regularne spożywanie posiłków, 31% badanych jada nieregularnie, a 22% badanych gdy odczuwa głód. Z pośród całej badanej populacji 78% ma zalecone włączenie diety do procesu leczenia. Jednak do tego zalecenia stosuje się 50% badanych. Podobnie 77% badanych ma zalecone ograniczenie spożywania soli kuchennej i tego zalecenia przestrzega 55% badanych. Kolejnym zaleceniem lekarskim jest spożywanie owoców i warzyw. Wśród badanej populacji 59% z nich zadeklarowało, że spożywa owoce i warzywa codziennie, 28% kilka razy w tygodniu, 12% kilka razy w miesiącu, a 1% badanych ich nie jada. Ważnym elementem procesu wspomagania leczenia jest włączenie aktywności fizycznej. Aż 80% badanej populacji miała właśnie takie zalecenie, a tylko 50% z nich deklaruje, że stosuje się do tego zalecenia.

Diagnoza choroby jest często zaskoczeniem dla pacjenta i może powodować szybką oraz radykalną zmianę jego stylu życia na rzecz wsparcia procesu leczenia. Wobec powyższych odpowiedzi badanej grupy warto się przyjrzeć, czy zatem diagnoza choroby wywołała w badanej grupie zmianę ich stylu życia sprzyjającego zdrowieniu. U 76%

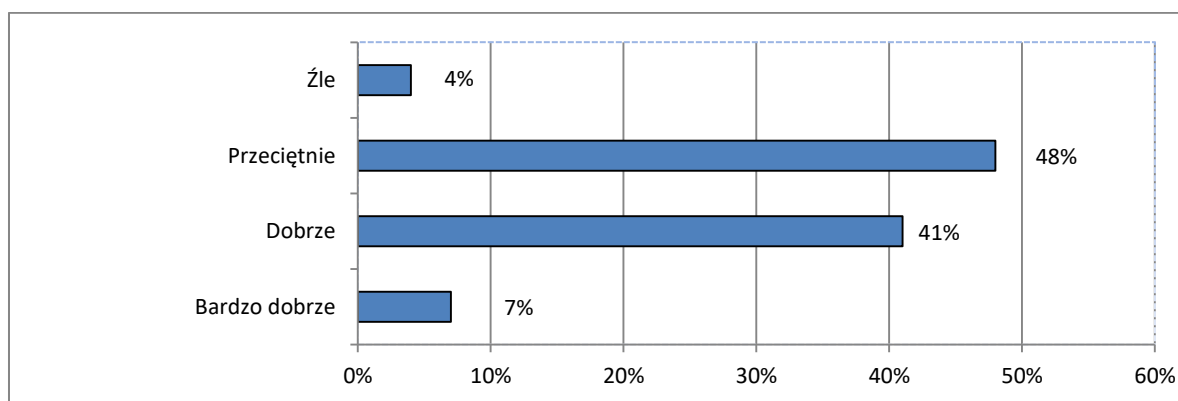
badanych diagnoza choroby spowodował ich podejście do zmiany trybu życia. Ponieważ 36% badanych wprowadziło dietę zaleconą przez lekarza, 21% badanych wprowadziła aktywność fizyczną a 19% badanych zaprzestała spożywania używek. Natomiast 24% badanych nie wprowadziło żadnych zmian w swoim życiu. Szczegółową analizę zawiera wykres nr 3.

Wykres nr 3. Zmiana trybu życia badanych po zdiagnozowaniu choroby



Podsumowując powyższe badania zostali poproszeni o ocenę swojego zdrowia. Oczywiście ocena ta jest często subiektywna i zależna w danym momencie od wielu czynników, ale obrazuje ogólne samopoczucie badanych. Największa część badanych bo 48% oceniła przeciętnie stan swojego zdrowia. Ocena ta nie oznacza dobrego zdrowia badanych, ale wskazuje na jakies niedomagania organizmu. Dalej 41% badanych ceniło dobrze swoje zdrowie, a 7% nawet bardzo dobrze. Tylko 7% badanych źle oceniło stan swojego zdrowia. Szczegółową analizę zawiera wykres nr 4.

Wykres nr 4. Samoocena stanu zdrowia badanych



Wnioski

Wnioski płynące z przeprowadzonego badania każą zwrócić uwagę na potrzebę zwiększenia edukacji zdrowotnej społeczeństwa, szczególnie w obszarach:

1. promocji badań przesiewowych – blisko 50% badanych wskazało na brak wiedzy jako główny powód niewykonywania regularnych badań przesiewowych;
2. eliminacji używek – alkoholu (45% badanych pije alkohol); – palenia papierosów (47% badanych pali papierosy), co w większości wynika z braku wiedzy badanych o konsekwencjach spożywania tych używek;
3. zdrowej i zbilansowanej diety – 24% badanych nie ma wiedzy ile powinno dziennie spożywać posiłków oraz jak powinny być one właściwie skomponowane (41% badanych sporadycznie włącza owoce i warzywa do swojej diety);
4. aktywności fizycznej – 50% badanych nie stosuje żadnego rodzaju aktywności fizycznej, nawet pomimo zaleceń lekarskich.

Potrzeba edukacji zdrowotnej społeczeństwa jest mocno widoczna w wynikach przedstawionego badania. Szczególnie istotna wydaje się tu rola lekarza rodzinnego, który oprócz diagnozowania i leczenia powinien promować zdrowy styl życia społeczeństwa. Ma to ogromne znaczenie, gdyż w przedstawionej grupie populacji 52% z nich oceniło swoje zdrowie przeciętnie lub źle. Wskazuje to na brak zadowolenia badanych ze stanu swojego zdrowia. Jednak jak pokazało badanie w wielu przypadkach badany brakowało wiedzy lub świadomości. Zatem lekarz pierwszego kontaktu, którym zwykle jest lekarz rodzinny, powinien prowadzić szerszą edukację zdrowotną społeczeństwa, tak aby pomnażać ich rezerwy zdrowia. Jednak wymaga to wsparcia wszystkich podmiotów w systemie ochrony zdrowia w Polsce, zaczynając od poziomu centralnego, po poziom regionalni, a następnie poziom lokalny, w którym to właśnie ważną rolę pełni lekarz rodzinny.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.), art. 5, ust. 27.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86), załącznik nr 1, część I, pkt. 1.

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86) załącznik nr 2, część I, pkt. 1.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86) załącznik nr 3, część I, pkt. 1.
5. Medycyna rodzinna w systemie ochrony zdrowia (w:) Medycyna rodzinna. Podręcznik dla lekarzy i studentów, pod red. A. Widaka, S. Chłabcza, A. Mastalerz-Migas, wydanie I, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2015, s.31.
6. Szymocha M., Bryła M., Maniecka-Bryła M., Epidemia otyłości w XXI wieku, Zdrowie Publiczne, 2009, nr 119 (2).
7. Daroszewski J., Cukrzyca (w:) Medycyna rodzinna – co nowego, pod. red. A. Steciwko, Cornetis, Warszawa 2010, s.515.
8. Posadzy-Mańczyńska A., Nadciśnienie tętnicze (w:) Medycyna rodzinna. Podręcznik dla lekarzy i studentów, pod red. A. Widaka, S. Chłabcza, A. Mastalerz-Migas, wydanie I, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2015, s. 244.
9. Januszewicz P., Żywnienie i zdrowie publiczne, (w:) Żywnienie w zdrowiu publicznym, pod red. P. Januszewicza, P. Sochy, A. Mazura, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009, s.9.