



**ZJAWISKO
SAMOLECZENIA
W KONTEKŚCIE
ZAPOTRZEBOWANIA
NA EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ**

**Dr Elżbieta Beata Ortman
Dr Beata Kowalewska
Prof. Elżbieta Krajewska-Kułak**

**ZJAWISKO SAMOLECZENIA
W KONTEKŚCIE ZAPOTRZEBOWANIA
NA EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



ZJAWISKO SAMOLECZENIA W KONTEKŚCIE ZAPOTRZEBOWANIA NA EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ

Dr n. o zdr. Elżbieta Beata Ortman

Dr n. med. Beata Kowalewska

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Białystok 2020

Recenzenci monografii

Dr hab. n. o zdrowiu Agnieszka Gniadek

Dyrektor Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa CM UJ w Krakowie
Kierownik Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego
CM UJ w Krakowie; 31-501 Kraków

Prof. dr hab. Jan Karczewski

Kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

ISBN 978-83-957032-9-4

Wydanie I

Białystok 2020

Graphic Design: Agnieszka Kułak-Bejda
Other graphics are from FreePik

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej Elżbiety Beaty Ortman
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów
naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

Lekarstwo bywa gorsze od choroby
Francis Bacon

Szanowni Państwo

*Lekarstwo dla jednego może być trucizną dla innego.
Quod medicina aliis, aliis est acre venenum.*

Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że samodzielne, odpowiedzialne stosowanie leków przez pacjenta odgrywa ważną, wspierającą rolę dla każdego systemu opieki zdrowotnej. Z kolei PASMI (Polski Związek Producentów Leków Bez Recepty) przekonuje, iż warunkiem skutecznego zarządzania własnym zdrowiem i odpowiedzialnego stosowania leków jest dostęp do godnych zaufania informacji, profesjonalnych porad i wysokiej jakości produktów.

W budowanie świadomości o odpowiedzialnym samoleczeniu zaangażowane są także firmy produkujące leki OTC, a 24 lipca obchodzony jest nawet Międzynarodowy Dzień Samoleczenia.

Oddajemy więc Państwu monografię, w której staramy się poruszać różne aspekty samoleczenia. Uważamy, iż jest to istotny problem, ponieważ aż trzy czwarte Polaków deklaruje, iż korzysta z leków bez recepty (*over-the-counter/OTC*), w tym przede wszystkim takich jak niesteroidowe leki przeciwzapalne (57%), inne leki stosowane w przypadku przeziębienia i grypy (19,5%) oraz witaminy i minerały (13,5%), w mniejszym stopniu leki nadercowe (5%) i leki na układ pokarmowy (2%).

Niestety nie każdy pacjent wie, iż korzystanie z leków OTC nie zwalnia z obowiązku konsultacji z lekarzem, czy farmaceutą. Leki bez recepty powinny być bowiem używane w odpowiednim czasie, w konkretnej sytuacji i przede wszystkim w odpowiedniej ilości.

Jako redaktorzy monografii mamy nadzieję, że jej tematyka pozwoli zrozumieć problem rozwoju problemu samoleczenia i jego skutków.

Jedno jest pewne, pragniemy, posługując się słowami Ewy Jankowskiej, PASMI, „kluczem do maksymalizacji efektów z samodzielnego i odpowiedzialnego stosowania leków jest edukacja społeczeństwa. Pacjent świadomy i zaangażowany staje się wsparciem dla systemu opieki zdrowotnej państwa”, ponieważ tylko pacjent który „uzyskiwał niezbędną wiedzę pomagającą mu świadomie uczestniczyć w procesie leczenia”.

W związku z powyższym w monografii została zawarta propozycja standardu do wykorzystania w edukacji chorych odnośnie bezpiecznego stosowania leków.

.
Dr n. o zdr. Elżbieta Beata Ortman
Dr n. med. Beata Kowalewska
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

WYKAZ AUTORÓW

Dr n. o zdr. Elżbieta Beata Ortman

Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Dr n. med. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

1.	Wybrane aspekty samolecznictwa.....	Str. 13
2.	Wybrane aspekty znaczenia leczenia ludowego i niekonwencjonalnego w samoleczeniu.....	Str. 19
3.	Rynek leków i produktów dostępnych bez recepty na świecie i w Polsce.....	Str. 25
4.	Cel pracy.....	Str. 29
5.	Material i metody.....	Str. 31
6.	Charakterystyka socjodemograficzna Respondentów.....	Str. 43
7.	Analiza zjawiska samoleczenia w grupie pacjentów i pielęgniarek.....	Str. 49
8.	Poziom Satysfakcji z Życia Respondentów.....	Str. 100
9.	Preferowane zachowania zdrowotne Respondentów	Str. 105
10.	Umieszczenie Kontroli Zdrowia u Respondentów.....	Str. 113
11.	Akceptacja choroby przez Respondentów.....	Str. 118
12.	Podsumowanie wyników.....	Str. 120
13.	Dyskusja.....	Str. 134
14.	Wnioski i postulaty.....	Str. 144
15.	Piśmiennictwo.....	Str. 146
16.	Standard edukacji pacjenta w zakresie samoleczenia.....	Str. 152

WYBRANE ASPEKTY SAMOLECZNICTWA

Każdy człowiek ma zdolność poznawania samego siebie i rozumnego myślenia.
Heraklit

Samoleczenie chorób od dawna wzbudza zainteresowanie zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród pacjentów i ich rodzin, stając światowym trendem obrazującym postawy społeczne, przynależność kulturową, postęp cywilizacyjny, coraz większą świadomość oraz dojrzałość pacjentów. Samoleczenie jest procesem dynamicznym, jedną z nowoczesnych metod leczenia, ale uzależnione jest od wielu czynników, między innymi takich jak kulturowe, socjoekonomiczne oraz uregulowania prawne [1].

Zachowania zdrowotne związane ściśle z leczeniem, są określane mianem „samoleczenia”, definiuje się jako „zestaw czynności podejmowanych bez zlecenia lekarskiego, które mają na celu eliminację schorzenia lub objawów niepożądanych” [2,3].

Niektórzy autorzy są zdania, iż przejawem samoleczenia może być „samodzielna modyfikacja przez chorego sposobu dawkowania przypisanego leku, jego przerywanie bądź nieregularne zażywanie lub nawet niestosowanie zaleconego farmaceutyku” [4].

U podłoża samoleczenia leży szeroka dostępność leków bez recepty oraz rozpowszechnienie twierdzenia, iż na wiele problemów zdrowotnych (tj. zmęczenie, zaburzenia snu, zgaga, przykry zapach z ust i wiele innych) istnieją medyczne rozwiązania [5].

Uważa się, że gwałtowny rozwój samolecznictwa nastąpił w latach 90. wraz z pojawieniem się trendu na zdrowy styl życia i proces ten charakteryzuje się dużą dynamiką z tendencjami wzrostowymi [6].

Z jednej strony samoleczenie sprzyja zwiększaniu wiedzy o chorobie, poczuciu odpowiedzialności czasu i pieniędzy, zarówno dla pacjentów, jak również całego systemu ochrony zdrowia, jednakże z drugiej - ogromny i ciągle rosnący dostęp do leków i produktów bez recepty rodzi ryzyko i zagrożenia wynikające z niewłaściwego ich stosowania oraz możliwych niekorzystnych interakcji. Powoduje także opóźnianie diagnozy w przypadkach poważnych chorób, a także sprzyja polipragmazji i niekontrolowanemu leczeniu wszystkich, nawet błahych symptomów chorobowych [7].

Pomimo zagrożeń jakie niesie ze sobą zjawisko samolecznictwa, należy zdać sobie sprawę z tego, że opieka medyczna żadnego kraju nie jest przygotowana na to, by otoczyć

opieką każdego zgłaszającego się pacjenta, stąd należy podjąć starania, by samoleczenie było możliwie jak najbardziej bezpieczne [8].

Idea promocji samoleczenia rozwinęła się w roku 1978, na fundamencie deklaracji z Alma Aty ogłoszonej przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, przede wszystkim z myślą o wykorzystaniu jego potencjału dla budowania efektywnych systemów opieki zdrowotnej [9]. „Przekazanie” części odpowiedzialności za zdrowie na barki pacjenta było jednym z elementów międzynarodowej polityki zdrowotnej. Z biegiem lat zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny przybrało nowe formy i wtedy w medycynie wyodrębniono termin *self-medication*, rozumiany jako „samoordynacja leków”. Zjawisko dotyczy głównie „*stosowania leków wydawanych bez recepty, ale również suplementów diety, produktów roślinnych i ziół w leczeniu chorób oraz objawów rozpoznanych samodzielnie*”, co zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, „*w praktyce oznacza również leczenie wzajemne wśród członków rodzin, a także przyjaciół*” [9].

W myśl powyższej definicji, samoleczenie w dużej mierze wiąże się z pomijaniem zasięgania opinii lekarskiej w procesie terapeutycznym, jednakże powinno być oparte o poradę np. farmaceuty, pielęgniarki, jako wiarygodnego, rzetelnego źródła informacji o danym leku [10,11].

Samoleczenie może przybierać różne formy [5, 6, 12].

- *self-care* - samoopieka, świadome zaangażowanie pacjenta w dbanie o własne zdrowie, co polega na indywidualnym podejmowaniu działań w kwestii utrzymania lub wzmacniania zdrowia
- *self-medication* - doraźne, oparte na wiedzy i lekach dostępnych bez recepty leczenie samodzielnie rozpoznanych objawów do chwili konsultacji z lekarzem
- *self-treatment* - współpraca pacjentów z chorobami przewlekłymi w procesie leczenia celem utrzymania ich objawów w stanie stabilnym i unikania zaostrzeń.

Według WHO odpowiednio praktykowane samoleczenie prowadzi do wzrostu poziomu zdrowotnego społeczeństwa, a co za tym idzie również poprawy jakości życia. Natomiast korzyści płynące dla systemu opieki zdrowotnej związane są przede wszystkim z ograniczeniem liczby wizyt w placówkach ochrony zdrowia, będących konsekwencją rezygnacji z porady lekarskiej pacjentów z powszechnymi dolegliwościami zdrowotnymi, w przypadku których możliwe jest samodiagnoza oraz samozarządzanie w zakresie wyboru terapii [10, 11].

Samoleczenie zmniejsza więc obciążenie służby zdrowia w aspekcie leczenia lekkich dolegliwości i umożliwia lekarzom skoncentrowanie uwagi się na innych pacjentach, którzy bezwzględnie wymagają ich pomocy [13, 14, 15]. Wpływa to również na poprawę jakości życia pacjentów cierpiących na schorzenia chroniczne i nawracające, co z kolei przekłada się na wyższą jakość opieki zdrowotnej i zwiększoną dokładność stawianych diagnoz. Samoleczenie pozwala również na oszczędności wynikające z redukcji kosztów związanych z samą wizytą u lekarza. Jeżeli pacjent wybiera wizytę u lekarza, refundacja przepisanych leków obciąża budżet państwa natomiast samoleczenie wiąże się z oszczędnościami dla opieki zdrowotnej poprzez zmniejszenie obciążenia jej budżetu. Samoleczenie nie rozwiązuje wszystkich problemów związanych z finansowaniem opieki zdrowotnej, ale może jedynie częściowo ją odciążyć. Generuje również oszczędności w gospodarce, a to skutkuje zaoszczędzonym czasem, który tracony był na wizyty u lekarzy [15]. Powyższe niesie za sobą wymierne korzyści dla pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe, wymagających stałego nadzoru lekarskiego, a dla których przekłada się to na wzrost funduszy przeznaczanych na specjalistyczną opiekę zdrowotną [13, 14, 15].

Samodiagnoza obecnego stanu zdrowia, czynniki ekonomiczne oraz edukacja zdrowotna odgrywają kluczową rolę w podejmowaniu decyzji o samoleczeniu [14].

W raporcie „Rynek produktów OTC w Polsce 2017. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2017-2022” dotyczącym produktów OTC (*over the counter* - leki dostępne bez recepty) w Polsce stwierdzono, iż w latach 2017-2022 sprzedaż apteczna produktów OTC w Polsce będzie średniorocznie rosła wartościowo o około 6%, a w roku 2022 rynek tych preparatów osiągnie wartość 19. mld zł [12].

Zainteresowanie zjawiskiem samoleczenia oraz rynku leków OTC, z punktu widzenia zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej, cieszy się coraz większym zainteresowaniem, a wręcz podkreśla się, że współczesnym świecie nie ma już odwrotu od samoleczenia, czemu sprzyja między innymi [12, 16]:

- coraz mniejsza wydolność systemu ochrony zdrowia,
- większe zapotrzebowanie na usługi medyczne,
- starzenie się społeczeństw,
- trudności z dostępem do specjalistów.
- utrudnienie dostępu do lekarza (brak czasu by kilak godzin siedzieć i czekać na wizytę), zwłaszcza przez młode i aktywne zawodowo osoby

Wraz z rozwojem powszechnego dostępu do wiedzy medycznej w Internecie oraz postępowaniem farmakoterapii, za Borek i Dessoulavy-Gładysz [6], coraz bardziej upowszechnia się na świecie i w Polsce swoisty model samodzielnego diagnozowania problemów zdrowotnych przez pacjentów i/lub ich rodziny oraz podejmowania przez nich prób leczenia za pomocą leków dostępnych bez recepty i/lub środków pochodzenia roślinnego.

Bardzo szybko rozwija się zjawisko „doktora Google’a”, które rozumiane jest jako „stawianie diagnozy przez osoby nieposiadające wykształcenia medycznego, wnioskuje na podstawie własnej obserwacji skonfrontowanej z informacjami pochodzącymi z Internetu oraz podejmujące próby samodzielnego leczenia” [6].

Obecnie, podając za Malec [17], w Internecie funkcjonuje ponad 800. polskojęzycznych serwisów medycznych. Wyszukiwanie informacji dotyczących zdrowia, jak podaje Czerwińska [18], znajduje się w 10. najpopularniejszych celach wykorzystania Internetu w UE (w roku 2013 44% osób w wieku 16–74 lat) oraz w Polsce (27% takich osób) do wyszukiwania informacji zdrowotnych i stał się pierwszym źródłem wiedzy o zdrowiu, pod tym względem wyprzedzając inne media oraz źródła wiedzy (prasa, wizyta u lekarza, konsultacje z rodziną i/lub znajomymi). Przewaga Internetu w tej kwestii jest związana przede wszystkim z łatwym dostępem do niego (55,4%) oraz z szybkością wyszukiwania pożądanых informacji (39,2%) i otrzymania diagnozy. Internet sprzyja także dotarciu do informacji bez wychodzenia z domu, bez konieczności zapisywania się do lekarza oraz spędzania dużej ilości czasu na dojazd do niego i przesiadywanie w kolejce (10,3% respondentów). Pamiętać należy, że społeczeństwo XXI wieku (zwłaszcza to młodsze) stara się zaoszczędzić na czasie, mieć poczucie wygody i anonimowości, które nie zawsze są osiągalne w przypadku bezpośredniego kontaktu z lekarzem [19].

W społeczeństwie rozszerza się ogólna wiedza, tzw. *health literacy*, jak postępować, aby utrzymać zdrowie lub poradzić sobie w przypadku problemów zdrowotnych [6].

Z analiz Gemiusa wynika, że w grudniu 2015 roku, aż 10. milionów pacjentów, szukało informacji o zdrowiu oraz odwiedziło w Internecie serwisy poświęcone zdrowiu i medycynie. W grudniu 2014 roku na strony o tematyce związanej ze zdrowiem i medycyną trafiło ponad 40% wszystkich użytkowników sieci w Polsce [20].

Badania CBOS z 2016 roku, przeprowadzone na reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski liczącej 981 osób, wykazały, że 79% korzystających z Internetu poszukuje informacji i/lub opinii o lekarzach i lekach [21]. 27% kontaktuje się w ten sposób z lekarzami i/lub placówkami medycznymi, a 21% kupuje przez Internet leki, suplementy diety

lub inny asortyment medyczny. Strony dotyczące zdrowia, problemów z nim i możliwości leczenia odwiedza 50% internautów, czasem korzystając ze stałych stron, a czasem wyszukując je w zależności od potrzeb. Z forów i/lub grup dotyczących zdrowia korzysta 13% użytkowników Internetu. Większość z nich (69%), w sytuacji złego samopoczucia dość często szuka w sieci informacji na temat swoich dolegliwości i sposobu radzenia sobie z nimi, 28% konsultuje je także z innymi użytkownikami Internetu, a 14%, na podstawie informacji znalezionych w sieci samodzielnie ustala sposób leczenia, bez konsultacji z lekarzem. Większość, bo aż 59% uzupełnia i/lub weryfikuje online informacje uzyskane od lekarza. Zdarza się także (17%) iż po skorzystaniu z „doktora Google’a”, internauci postępują inaczej, niż zalecił lekarz, zmieniając sposób leczenia, a nawet go zaprzestając [21]. Z kolei w roku 2018, 51% Polaków robiło różne zakupy, w tym leków, przez Internet [22].

Podsumowując zalety samoleczenia, należy podkreślić, że praktykowane świadome i odpowiedzialnie samoleczenie wywiera pozytywny wpływ na poziom zdrowotny społeczeństwa, zwiększa komfort życia i zachęca do stosowania aktywnej profilaktyki. Pośrednio niesie ze sobą większą ogólną świadomość w zakresie ochrony zdrowia oraz kultury prozdrowotnej, a poprzez odciążenie służb medycznych i uwolnienie związanych z tym środków finansowych zwiększa zakres i poziom profesjonalnej opieki nad osobami poważnie chorymi [12, 16].

Podsumowując negatywne strony samoleczenia trzeba zaznaczyć, że nieprawidłowo lub zbyt długo stosowane samoleczenie może być niebezpieczne i prowadzić do powikłań (np. wtedy, gdy niewłaściwie połączy się różne specyfiki) a nawet utraty zdrowia i życia [12, 16].

Za przykładowe błędy najczęściej popełniane przy samoleczeniu mogą, posłużyć poniższe, przytoczone za Borstern [16]:

- dzielenie tabletek, które nie mają tzw. Podziałki,
- jednoczesne stosowanie kilka leków przeciwbólowych – po połknięciu tabletki nie odczekanie 20-30 minut, zanim sięgnie się po kolejną,
- jednoczesne stosowanie syropów wykrztuśnych i hamujących kaszel,
- nie czytanie ulotek dołączonych do leków,
- nie sprawdzanie terminu ważności leków,
- picie alkoholu i przyjmowanie leków,
- popijanie leków nie wodą, a innymi płynami,

- przechowywanie leków w niewłaściwym miejscu (np. zbyt ciepłe lub w zbyt wilgotne pomieszczenia),
- przekraczanie dawek zalecanych przez producentów,
- przerywanie lub modyfikowanie terapii zaleconej przez lekarza,
- przyjmowanie tej samej substancji w kilku preparatach o różnych nazwach handlowych,
- stosowanie syropów wykrztuśnych na noc – a które powinno się zażywać do godziny 16.00,
- zażywanie leków, które są przeznaczone dla konkretnej grupy wiekowej, do której się nie należy.

WYBRANE ASPEKTY ZNACZENIA LECZNICTWA LUDOWEGO I NIEKONWENCJONALNEGO W SAMOLECZENIU

*Przyroda jest lekarzem dla wszelkich chorób
Hipokrates*

Medycyna ludowa, „jest dziedziną, w której racjonalne przesłanki koegzystują z myśleniem magicznym. (...) skupia w sobie wiedzę, wierzenia, cały pogląd na świat oraz praktyczne działania, aby zapewnić człowiekowi największe dobro, jakim jest zdrowie” [23].

Medycynę ludową, za Lesińska-Sawicka i Waśkow, charakteryzuje fakt, że nie stosuje się w niej środków chemicznych, a leczenie opiera się na naturalnych technikach, w tym także na magii, zabobonach oraz intuicji lub wrodzonych zdolnościach osoby leczącej [24].

Określenie medycyna ludowa, za Domańska [25], pojawiało się w literaturze XIX wieku i używane jest zamiennie z pojęciem „etnomedycyna” lub „medycyna tradycyjna”, w kontekście kultury tradycyjnej (zamiennie: chłopskiej, ludowej, wiejskiej).

Medycyna ludowa charakteryzuje się, za Lech [26], „regionalizmem, przywiązaniem do obowiązujących autorytetów starszych członków społeczności, niechęcią do zmian w jakichkolwiek dziedzinach życia”. Jej przekaz z pokolenia na pokolenie odbywał się drogą ustną [25].

Lesińska-Sawicka i Waśkow [24] podkreślają, że jeszcze na początku XXI wieku osoby chore szukały wsparcia poza medycyną konwencjonalną, „w samolecznictwie mającym swe korzenie w kulturze”.

Historia lecznictwa ludowego, za Jaguś [27] sięga czasów starożytnych, a przyczyn chorób upatrywano w niekorzystnym oddziaływaniu na zdrowie kosmosu, natury, magii oraz demonów.

Chorobę [23], postrzegano jako coś zewnętrznego, wręcz istotę żywą, która przychodzi i odchodzi, „wchodzi do ciała chorego”. Nie była więc widziana jako zmiany w ciele, ale jako obcą istotę ingerującą w ustrój człowieka [23].

W literaturze przedmiotu [cyt. za 23, 24, 25, 27], podkreśla się, że medycyna ludowa jest swoistym system poglądów i praktyk leczniczych, obejmującym takie komponenty jak:

- poglądy na chorobę (np. choroba to coś zewnętrznego co przychodzi i odchodzi; choroba to ból);
- czynności lecznicze (np. amulety, rekwizyty kultu religijnego, wywary z ziół);

- profesje lecznicze (np. babka czyli mądra, zażegnawcze, wróże, młynarze, owczarze, kowale, księża, dziedziczki i ich córki, aptekarze, zielarze, cieśle, kapłani ludowi, wieszczowie i kierownicy obrzędów), cieszące się dużym społecznym zaufaniem.

W poszerzaniu wiedzy o patomechanizmie chorób wzajemnie przenikały się cztery główne kategorie przyczyn [cyt. za 23, 24, 25, 27]:

- kkosmicznych,
- magiczno-demonologicznych,
- naturalistycznych,
- pochodzących ze świata roślin i zwierząt.

Uważa się, iż okres świetności lecznictwa ludowego to czasy, kiedy zawodowi lekarze stosunkowo rzadko docierali na wieś i w okresie choroby jej mieszkańcy byli zdani wyłącznie na siebie [27].

W leczeniu dominowały środki roślinne, co wynikało z obserwacji działania ziół, ich magicznych sposobów doboru i wykorzystania roślin już dawniej, bowiem wiele ziół do lecznictwa ludowego, za pomocą zielników, „przedostało się” z medycyny średniowiecznej [23]. Twierdzono bowiem powszechnie *„To jest zioło, nie to że człowiekowi szkodzi, a tylko pomaga”* „przedostało się” [23].

Ziołolecznictwo ludowe, za Bańkowski i Kuźniewski [28] był to sposób leczenia domowego dolegliwości i choroby, za pomocą mieszanek ziół lub pojedynczego zioła, charakterystyczny i odrębny dla danego obszaru. Zioła musiały być zbierane przez wieśniaczki, o odpowiedniej porze (np. o świcie lub przed wschodem słońca) i miejscu (np. w głębi lasu, w rowach, na łące), z odmówieniem modlitwy (ale bez końcowego „amen”) [cyt. za 25]. Kłaczka i korzenie trzeba było zbierać od późnej jesieni do wiosny, wyłącznie z roślin będących w spoczynku, niezależnie od pogody, przestrzegając by liście były żywo zielone, bez ogonków, nie uszkodzone i „nie zaatakowane” przez pasożyty. Pączki musiały być zbierane na wiosnę (lepkie), kwiaty w początkowej fazie kwitnienia lub w pełni kwitnienia, a owoce - w początkowej fazie dojrzewania [28].

Zwierzęce środki lecznicze stanowiły przede wszystkim ślina, krew, tłuszcz, żółć, skóra, kości, mleko, sierść, pierze, narządy - tj. np. serce, wątroba, jelita i ekskrementy [27].

Istotna rola w lecznictwie ludowym przypadła roślinom, które jako tzw. zioła święcono na ogół dwa razy w roku - w oktawę Bożego Ciała oraz 15 sierpnia w dniu Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny (Matki Boskiej Zielnej) [25].

„Według myśli magicznej i ludowej, leczenie polegało w dużym uproszczeniu na skontaktowaniu się znachora ze światem, z którego pochodziła choroba” [cyt. za 29]

Obecnie lecznictwo ludowe dzielone bywa na [cyt. za 24]:

- nieracjonalne – stosowanie środków, które nie mają nic wspólnego z lecznictwem, a są oparte na wierze (zaklinanie, zamawiani, wyklinanie chorób – z użyciem przy tym odpowiednich słów);
- racjonalne - stosowanie fitoterapii, maści odzwierzęcych itp.

Od kilku lat obserwuje się powrót do tradycyjnych metod leczenia, a ludność, tracąc wiarę w profesjonalną medycynę, udaje się do różnego rodzaju uzdrowicieli [27].

Badania przeprowadzone przez Lesińską-Sawicką i Waśkow [24] w grupie 100 osób w wieku od 18 do 87 lat, mieszkańców zachodniej części województwa pomorskiego wykazały, że znajomość metod terapii stosowanych w medycynie ludowej deklarowało aż 58% badanych, głównie osoby powyżej 50. roku życia. Do stosowania takich metod przyznało się 79% najstarszych respondentów, głównie w leczeniu jęczmienia, czkawki, brodawek, choroby reumatycznej, zajądów, zapalenia gardła, zapalenia krtani, hemoroidów, zapalenia migdałków, liszaja i zapalenia spojówek. Aż 90% ankietowanych uznało te metody za skuteczne [24].

W badaniu przeprowadzonym przez Sequence HC Partners [cyt. za 6], którym objęto lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów i ginekologów pracujących w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, wykazano (71% badanych) potrzebę stworzenia pacjentom możliwości samoleczenia, przede wszystkim w przypadku łżejszych dolegliwości. Prawie wszyscy lekarze (98%) potwierdzili, że w codziennej praktyce zalecają pacjentom preparaty dostępne bez recepty, a przy łżejszych dolegliwościach nawet w pierwszej kolejności. Według powyższych badań lekarze nie mieli wątpliwości co do skuteczności preparatów stosowanych w samoleczeniu i za skuteczne uznało je 83% lekarzy pierwszego kontaktu i 90% pediatrów. Większość badanych lekarzy uważała preparaty z zakresu samoleczenia za bezpieczne (64% lekarzy pierwszego kontaktu i 81% pediatrów) [6]

Z danych WHO, za Nowakowska [30] wynika, iż na całym świecie niekonwencjonalne metody leczenia zyskują coraz większą popularność i są powszechne w krajach rozwijających się nie tylko wśród biedniejszych grup społecznych, ale także w społeczeństwach zamożnych.

Uważa się, że korzystanie z usług uzdrowicieli, a także sięganie do tradycyjnych metod medycyny ludowej, w wielu rozwiniętych krajach zachodnich, staje się wręcz stałym elementem strategii zaspakajania potrzeb zdrowotnych [cyt. za 30].

W literaturze przedmiotu [30, 31, 32, 33] uważa się, iż wzrost zainteresowania metodami lecznictwa nieprofesjonalnego jest uwarunkowane wieloma czynnikami socjo-kulturowymi oraz przemianami zachodzącymi w obszarze zdrowie-choroba-medycyna, w tym:

- wzrostem zainteresowania holistycznym podejściem do zdrowia, jako „przeciwniegię bieguną” biurokratycznej, jatrogennej i stechnicyzowanej medycyny;
- ewolucją podejścia do zdrowia – przesunięciem odpowiedzialności za zdrowie oraz skuteczność terapii na poziom jednostkowych wyborów;
- wzrost popularności poglądów, postaw oraz przekonań związanych z ruchem New Age, przyczyniającym się do stworzenia tzw. „nowej kultury zdrowotnej”, która jest „otwarta” na nowe doznania duchowe, przeżycia o charakterze taumatycznym i ezoterykę;
- powstawanie nowych ruchów społeczno-kulturowych, pośrednio lub bezpośrednio związanych ze zdrowiem człowieka, w tym np. religijne, ekologiczne, feministyczne, alterglobalistyczne, subkulturowe.

Według badań CBOS z roku 2011, przeprowadzonych na liczącej 1077 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, wielu z nich akceptuje różnorodne praktyki z kręgu *New Age*, w tym 59% wierzyło w dar jasnowidzenia, 48% dopuszczało możliwość przewidywania przyszłości, 34% uważało, że możliwe jest rzucenie na kogoś złego uroku, 33% uznawało przedmioty, talizmany, które przynoszą szczęście, 29% przypisywało znakom zodiaku duże znaczenie dla rozwoju charakteru człowieka, 27% wierzyło w daty i dni tygodnia przynoszące pecha (27%), a 28% w możliwość kontaktów z umarłymi [34].

W Polsce za przełomowy moment w rozwoju metod lecznictwa niemedycznego uważany jest okres po 1989 roku (transformacji systemowej) [30, 35]. W latach 80. XX wieku lecznictwo niemedyczne uznawano za „nieszkodliwe hobby”, czy „relikt przeszłości” (w kontekście tradycyjnego lecznictwa ludowego), ale stopniowo stawało się działalnością biznesową (instytucjonalizacja, formalizacja „branży uzdrowicielskiej”, wpisanie zawodu uzdrowiciela na oficjalną listę zawodów) [30, 35].

W literaturze przedmiotu [30, 33, 35, 36] podkreśla się, że w polskiej socjologii medycyny lecznictwo niemedyczne definiuje się jako: *„działania podejmowane w celu utrzymania/przywrócenia zdrowia, które medycyną nie są, a wywodzą się z różnorodnych tradycji kulturowych i społecznych”*. W ramach tych działań wyróżnia się [30, 33]:

- samolecznictwo - powszechnie stosowane oraz uznawane za skuteczne, środki prewencyjne i proste zabiegi, które zostały wypróbowane wcześniej na własnej osobie i/lub bliskich (m.in. odpoczynek, miód, okłady, posty, nacieranie, miód, preparaty witaminowe i inne łatwo dostępne leki);
- tradycyjne lecznictwo ludowe - m.in. badanie dłoni, oględziny moczu, „zaklinanie choroby”, jej zakopywanie, stosowanie amuletów i relikwii, badanie przedmiotów należących do chorego, wróżby;
- praktyki uzdrowicielskie - np. kontakt z uzdrowicielem duchowym, homeopatia, radiestezja, chiropraktyka, hipnoza, techniki relaksacyjne.

Z kolei Baer [cyt. za 30] wyróżnia 5. typów tradycji leczniczych, które nie wchodzą w skład medycyny akademickiej:

- systemy będące elementem lokalnych tradycji etnicznych, np. akupunktura;
- tradycje lecznicze oparte na technikach manualnych np. osteopatia, chiropraktyka;
- teorie oparte na relacjach typu body-mind, np. spiritual healing;
- naturalne sposoby leczenia, np. naturopatia, hydroterapia;
- sposoby leczenia kwestionujące paradygmat współczesnej medycyny alopacyjnej, np. homeopatia i inne.

Szacuje się, iż w Polsce, na początku XXI wieku, oficjalnie było zarejestrowanych co najmniej 50. tys. uzdrowicieli, a w roku 2012 - ok. 70 tys. [cyt. za 30].

W Polsce, za Piątkowski i wsp. [37] chyba najwięcej zwolenników zdobył dr Kaszpirowski, prowadzący w Telewizji Polskiej, w latach 1989-1992, autorski program „Teleklinika Dr Kaszpirowskiego”. Analizując ponad 3,5 tys. listów które napłynęły do Telewizji Polskiej od widzów okazało się, że odbiorcy programów Kaszpirowskiego nie zawsze oczekiwali realnej poprawy stanu zdrowia, wyeliminowania choroby, czy natychmiastowego wyleczenia, ale program dawał im satysfakcję z samego kontaktu z terapeutą. Czerpali z niego radość życia, nabierali sił witalnych oraz poprawiało im się ogólne samopoczucie. [37].

Podjęto próby [30, 33] wskazania kryteriów „naukowości” określonych praktyk lecznictwa niemedycznego i sprecyzowano 3. zasadnicze kryteria jakościowe, które mogą być pomocne w odróżnieniu medycyny akademickiej od nieprofesjonalnych metod leczniczych:

- status naukowy.
- umocowanie w systemie legislacyjnym.

- kierowanie się (lub nie) powszechnie przyjętym kodeksem deontologiczno-etycznym.

W dniu 23 maja 2015 roku 2015, z uwagi na fakt, iż nie ma dowodów, aby komplementarne i alternatywne metody leczenia (*complementary and alternative medicine* - CAM) posiadały jakąkolwiek skuteczność i są bezpieczne, Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) przedstawił stanowisko w sprawie ich stosowania, w którym zaznaczono m.in., że [38]:

- nie są medycyną ani praktyki komplementarne i alternatywne, ani szkolenia w tym zakresie;
- lekarze, wszędzie tam, gdzie są stosowane praktyki CAM, powinni informować pacjentów o ich charakterze oraz zagrożeniach z nimi związanymi;
- informowanie, ostrzeganie i ograniczanie możliwości świadczenia szkodliwych usług o charakterze CAM musi być także obowiązkiem państwa;
- przed niebezpieczeństwami stosowania praktyk CAM powinny być szczególnie chronione wrażliwe grupy pacjentów, ponieważ każda metoda leczenia wywołuje jakiś efekt placebo.

RYNEK LEKÓW I PRODUKTÓW DOSTĘPNYCH BEZ RECEPTY NA ŚWIECIE I W POLSCE

*Czego leki nie uzdrowią, wyleczy skalpel;
czego skalpel nie wyleczy, uzdrowi przyżeganie
czego i ogień uzdrowić nie zdoła, to uważać trzeba za nieuleczalne*
Hipokrates

Charakterystyka rynku leków i produktów dostępnych bez recepty na świecie

Europie samoleczenie doceniają instytucje Unii Europejskiej oraz WHO, zauważając, iż w wyniku tego trendu dochodzi do zmniejszenia zużycia zasobów opieki zdrowotnej oraz ograniczenia publicznych wydatków na zdrowie [39]. Okazało się, iż wysoka świadomość zdrowotna w przypadku osób zdrowych przekłada się z reguły na dbałość o utrzymanie się jak najdłużej w zdrowiu, a co w konsekwencji zmniejsza ryzyko konieczności interwencji medycznych. W przypadku wystąpienia „banalnych chorób” podjęcie wczesnej samodzielnej interwencji przez osoby chore sprzyja ograniczeniu nasilenia objawów i uniknięciu korzystania z profesjonalnej pomocy. Z kolei u pacjentów z chorobami przewlekłymi, w przypadku świadomej współpracy w procesie leczenia, schorzenia te są utrzymywane w stanie stabilnym, rzadziej dochodzi do zaostrzeń i hospitalizacji [39].

Europejskie i światowe organizacje, które zrzeszają producentów OTC, systematycznie analizują zjawisko samoleczenia [12].

Stwierdzono, że udział sektora leków OTC w pięciu największych krajach Unii Europejskiej przyjmuje wartości od 5% w Hiszpanii, 10% we Włoszech, do 11% w Niemczech. Względna wartość w wypadku Polski pozostaje najwyższa [40].

Obecnie powszechnie panuje trend do natychmiastowego nabycia leku, niekoniecznie wyłącznie w aptecce [40].

Według Światowego Stowarzyszenia Producentów Leków bez Recepty (*World Self-Medication Industry, WSMI*) leki OTC zamiast tych na receptę preferowane są ze względu na oszczędność czasu i brak wizyty u lekarza [41].

WSMI w swoich badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych [41] wykazało, że 59% Amerykanów podjęło działania w kierunku samoleczenia chętniej niż latami ubiegłych, 73% woli podejmować działania na rzecz samoleczenia, niż iść do lekarza, a 60% planuje częstsze wykorzystywanie samoleczenia w przyszłości. W Stanach Zjednoczonych

stwierdzono 152% wzrost stosowania substytutów nikotyny od czasu nadania im statusu leku bez recepty [41].

Badania prowadzone w krajach europejskich wykazały, że w Austrii i Słowenii samodzielne stosowanie leków potwierdziło 77% obywateli, we Francji - 64%, a w Wielkiej Brytanii - 87% [42].

Badanie przeprowadzone w roku 2009 przez Nielsen w 50 krajach, którymi objęła 25 tys. osób, wykazało, że w przypadku gdy wystąpiły pierwsze typowe objawy choroby, 33% respondentów zawsze lub prawie zawsze podejmowało próbę samoleczenia z zastosowaniem leków [42].

Sytuacja rynku leków i produktów dostępnych bez recepty w Polsce

W Polsce dostępność do leków i produktów bez recepty, w tym poza aptekami, sięga okresu międzywojennego [6].

W okresie powojennym przepisy regulujące możliwość ich zakupu były stopniowo liberalizowane, tak aby były one dostępne na terenach wiejskich np. przez sprzedaż w kioskach „Ruchu”, zielarniach oraz sklepach drogerijnych [6].

W Polsce dopiero w latach 90. nastąpiło zwiększenie różnorodności preparatów OTC, jak i ich sprzedaży. Zaczęły się też, wzorem krajów rozwiniętych (USA, Niemiec, UK), kształtować początki aktywnej i świadomej postawy pacjenta w zakresie profilaktyki i leczenia. Zapoczątkowano modę na zdrowy styl życia, prozdrowotne diety i aktywność fizyczną. W ten sposób naturalnie wzrosło zainteresowanie preparatami o działaniu profilaktycznym oraz lekami wydawanymi bez recepty lekarskiej [6].

W Polsce, w stosunku do krajów zachodnich, dostęp do nowoczesnych leków OTC, nastąpił średnio z około 10 letnim opóźnieniem, ale dynamika rozwoju tego rynku oraz szybki wzrost świadomości społecznej, doprowadziły do stopniowego zacierania się różnic w tej kwestii [6].

Polskie prawo farmaceutyczne klasyfikuje leki na [43]:

- etyczne (wydawane tylko w aptece na recepty);
- leki dostępne bez recepty (OTC oraz suplementy diety – sprzedawane w aptekach i sklepach).

Samoleczenie za pomocą leków i produktów dostępnych bez recepty jest obecnie w Polsce zjawiskiem powszechnym i z badań prowadzonych przez CSIOZ [cyt. za 6], wynika iż

ok. 75% Polaków korzysta z leków dostępnych bez recepty, co jest liczbą podobną do pacjentów w innych krajach Europy.

Badanie Ipsos „Polski konsument OTC” [6], wykazało, że co czwarty produkt leczniczy sprzedawany w Polsce jest lekiem sprzedawanym bez recepty, korzysta z nich od 60% do ponad 90% Polaków, a 90% tych prób kończy się powodzeniem.

Według Europejskiego Stowarzyszenia Producentów Leków bez Recepty (*Association of the European Self-Medication Industry, AESGP*) w roku 2014 roku wartość sprzedaży leków bez recepty w Polsce wyniosła 2. mld 147. mln euro [42].

W porównaniu do roku 2007 rokiem, w roku 2010 zaobserwowano wzrost odsetka pacjentów korzystających z samodzielnych terapii o 7 punktów procentowych [12].

Całkowita wartość sprzedaży leków w Polsce w 2014 roku wyniosła ponad 6,5 mld euro i były to prawie 2% wzrost [12].

W świetle danych AESGP w roku 2014 roku Polska, po Niemczech, była drugim co do wielkości w Europie rynkiem produktów stosowanych w samoleczeniu [cyt. za 6, 42],

Udział sektora leków OTC w stosunku do całego rynku farmaceutycznego, który jest wyrażony wartością sprzedaży wynosi prawie 33% i jest to wzrost o 8 punktów procentowych w porównaniu z wartością z okresu sprzed prawie dekady [12].

W roku 2017, rynek sprzedaży wysyłkowych e-aptek (segment CH) w Polsce, oferujący oferuje leki i produkty, które nie wymagają preskrypcji, liczona w cenach detalicznych, wyniosła ponad 466. mln zł, czyli o ponad 79. mln zł więcej niż w ubiegłym roku (wzrost na poziomie 20%) [44].

Wzrost ten, podobnie jak w latach ubiegłych, wygenerowały przede wszystkim przez produkty z dwóch największych pod względem wartości rynku klas CHC1 – 04 – witaminy i minerały (+15 mln) oraz 35 – mleka dla dzieci (+13 mln). Trzecia pod względem wielkości klasa, 82 – kosmetyki dla kobiet, osiągnęła ponad dwukrotnie niższy wzrost w porównaniu do 2016 roku [44].

Wartość rynku leków i produktów bez recepty wyniosła 13,5 mld zł, a segment ich sprzedaży osiągnął wartość o blisko 723 mln zł wyższą, niż w 2016 roku (wzrost na poziomie 5,6%).

Na wzrost wartości sprzedaży wpływ miały takie produkty [44]:

- witaminy, minerały (+147 mln);
- preparaty stosowane w kaszlu, grypie i innych chorobach układu oddechowego (+103 mln);

- preparaty na trawienie, układ pokarmowy (+85 mln).

Przyniosły one łącznie 335 mln zł wzrostu, co stanowiło 46% całkowitego wzrostu na rynku aptecznym CH [44].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

„Samoleczenie” w rozumieniu Krajewskiego-Siudy i Łacha [40] jest pojęciem niejednoznacznym, określanym przez kategorie zawarte w języku angielskim w sformułowaniach: *self-medication* (samoordynacja leków) i *self-care* (samoopieka).

W Polsce [cyt. za 2] samoleczenie rozwinęło się głównie w latach 90., kiedy to zachodziły zmiany społeczno-polityczne, powstawał wolny rynek i pojawiło się wiele nowych produktów farmaceutycznych.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat popyt na leki w Polsce wzrósł 4. krotnie [cyt. za 45].

Rynek leków bez recepty stanowi 26% wartości rynku farmaceutycznego i stanowi relatywnie największą wartość w Europie [cyt. za 40] .

Zasadniczym celem pracy była ocena skali zjawiska samoleczenia w aspekcie zapotrzebowania na edukację zdrowotną oraz postaw zdrowotnych pacjentów i pielęgniarek.

Cele szczegółowe obejmowały ustalenie, czy:

- respondenci stosują się do zaleceń lekarza
- co zazwyczaj robią, gdy czują się chorzy, odczuwają ból, mają jakieś dolegliwości
- jak często sięgają po leki bez recepty
- czy stosując po raz pierwszy jakiś lek dostępny bez recepty z kimś to konsultują
- w jakich sytuacjach stosują samoleczenie
- jakie metody samoleczenia stosują
- jakie są ich preferencje przy zakupie preparatów bez recepty
- jakie leki stosowali w samoleczeniu w ciągu ostatniego miesiąca oraz w ostatnim roku
- jakie są źródła wiedzy na temat preparatów dostępnych bez recept
- jakie jest ich zapotrzebowanie na edukację w zakresie bezpiecznego stosowania preparatów bez recepty
- czy na powyższe ma wpływ: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, satysfakcja z życia chorego, rodzaj zachowań związanych ze zdrowiem oraz zgeneralizowane oczekiwania w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia (wewnętrznym, wpływu innych, przypadku)

- czy są w powyższym różnice pomiędzy grupą chorych a pielęgniarek.
- w przypadku pacjentów sprawdzenie dodatkowo czy na powyższe ma wpływ: stopień akceptacji choroby
- w przypadku pielęgniarek sprawdzenie dodatkowo wyrażają chęć edukacji chorych w zakresie bezpiecznego stosowania preparatów bezrecepturowych.

Hipotezy badawcze:

1. Zjawisko samoleczenia w mniejszym stopniu dotyczy badanej zbiorowości pielęgniarek niż pacjentów.
2. W obu grupach wpływ na odsetek osób stosujących preparaty bez recepty wpływ ma satysfakcja z życia, preferowane zachowania zdrowotne i umiejscowienie kontroli zdrowia, , a u pacjentów dodatkowo akceptacja choroby
3. Wiedza na temat prawidłowego stosowania leków bez recepty jest wyższa u pielęgniarek niż pacjentów.
4. Pacjenci są zainteresowani pogłębieniem swojej wiedzy z zakresu używania leków i produktów dostępnych bez recepty.
5. Pielęgniarki są pozytywnie postrzegane przez pacjentów jako edukatorzy w zakresie bezpiecznego stosowania preparatów bez recepty.
6. Pielęgniarki są gotowe do pracy jako edukatorzy w zakresie bezpiecznego stosowania preparatów bez recepty.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody R-I- 022/216/2011 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Dyrekcji Szpitala w Wysokim Mazowieckim i Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży.

Zasadniczą realizację badania poprzedziło badanie pilotażowe na losowej próbie N=144 osób, a konkluzje płynące z badania pilotażowego zostały uwzględnione w ostatecznej wersji kwestionariusza.

Główne badania przeprowadzono w grupie celowo wybranych osób:

- **300 pielęgniarek (grupa I)** pracujących w Szpitalu w Wysokim Mazowieckim lub studiujących Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży.

W badaniu zasadniczym rozdano 350 ankiet, zwrotnie otrzymano 321 ankiet z czego wykorzystano w badaniu 300 kompletnie wypełnionych.

- **300 pacjentów (grupa II)** hospitalizowanych w Szpitalu w Wysokim Mazowieckim

W badaniu zasadniczym rozdano 350 ankiet, zwrotnie otrzymano 314 ankiet, z których wybrano na potrzeby badania 300 kwestionariuszy.

Badania prowadzono w dwóch etapach.

I Etap

Badanie metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego oraz kwestionariuszy standaryzowanych

Narzędzia badawcze stanowiły:

- w I grupie - Autorski kwestionariusz dla pielęgniarek
- w II grupie - Autorski kwestionariusz dla pacjentów
- w I i II grupie - **Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS)** Dienera, Emmons,. Larsena, Griffina, w polskiej Juczyńskiego, wersja dla innych profesjonalistów, nie będących psychologami, do oceny, w jakim stopniu badany odnosi się do swojego dotychczasowego życia
- w I i II grupie - **Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego**
- w I i II grupie - **Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC)** -K. A. Wallston, B. S. Wallston, R. DeVellis, w polskiej adaptacji Juczyńskiego - wersja A

- w II grupie - **Skala Akceptacji Choroby AIS** w polskiej adaptacji Juczyńskiego, stosowana do pomiaru stopnia akceptacji choroby.

II Etap

Opracowano standard edukacyjny dla pielęgniarek dotyczący bezpiecznego stosowania leków bezrecepturowych, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Ruchu na Rzecz Zapewnienia Jakości Opieki Pielęgniarskiej (*The European Quality Assurance Network*).

Autorski kwestionariusz dla pielęgniarek

Kwestionariusz składa się z dwóch części:

- **I część** - zawierała 11 pytań o płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, z kim mieszkają, o warunki socjalno-bytowe, wykształcenie, posiadane specjalizacje, staż pracy w zawodzie, zajmowane stanowisko pracy i miejsce pracy
- **II część** - zawierała 35 pytań o ocenę stanu swojego zdrowia, intensywność korzystania z zaleceń lekarza, stosowanie się do zaleceń lekarza, co zazwyczaj robią, gdy czują się chorzy, odczuwają ból, mają jakieś dolegliwości, czy w ciągu ostatnich 6. m-cy stosowali jakieś leki/preparaty, czy ich zdaniem korzystny jest fakt, że można kupić leki/preparaty bez recepty, czy wpływ na wzrost zakupu leków/preparatów bez recepty mają reklamy w mediach lub w prasie, czy zdarzyło się im zakupić lek/preparat bez recepty po obejrzeniu reklamy w mediach lub w prasie, czy poszukują dodatkowych informacji na temat leku/preparatu bez recepty o którym obejrzelicie reklamę w mediach lub w prasie, czy zdarzyło się im, że zakupiony lek/preparat bez recepty nie wykazywał oczekiwanego działania lub miał działanie szkodzące ich zdrowiu, czy ich zdaniem stosowanie leków, preparatów farmaceutycznych dostępnych bez recepty może być szkodliwe dla zdrowia, co oznacza skrót OTC, jak często stosują leki/preparaty bez recepty, jak długo stosują samoleczenie, czy stosując po raz pierwszy jakiś lek/preparat dostępny bez recepty konsultowali to kimś, jak tak, to z kim, w jakich sytuacjach stosują samoleczenie, jakie czynniki wpływają na fakt podjęcia samo leczenia, jakie metody samoleczenia stosują, co robią w przypadku stwierdzenia braku poprawy po kilku dniach leczenia, czym kierują się Państwo przy zakupie leków/preparatów bez recepty, czy przed użyciem leku/preparatu zawsze czytają Państwo ulotkę, czy ich zdaniem wyjaśnienia zawarte w ulotkach są jasno napisane

i zrozumiałe dla pacjenta, czy zawsze znają informacje odnoszące się do preparatów stosowanych przez nich w samo leczeniu, czy polecilibyście znajomym stosowanie samoleczenia preparatami dostępnymi bez recepty, czy stosowali jednocześnie leki zakupione na receptę i preparaty, które można kupić bez recepty, jakiego typu preparaty stosowali w samoleczeniu w miesiącu obecnego badania, jak oceniają swoją wiedzę na temat leków/preparatów dostępnych bez recepty, skąd czerpią informacje na temat preparatów jakie stosują w samo leczeniu, czy w trakcie zakupu leku/preparatu bez recepty uzyskiwali w aptece informacje o nabywanym leku, czy uważają że takie informacje powinny być w aptece udzielane, czy chcieliby prowadzić edukację chorych w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty, jaką formę ich zdaniem powinna przyjąć edukacja i kto ich zdaniem powinien tę edukację prowadzić. Poproszono także badanych o podanie ich zdaniem 3 najważniejszych tematów edukacyjnych.

Autorski kwestionariusz dla pacjenta

Kwestionariusz składał się z trzech części:

- **I część** - wypełniana była przez ankietera i zawierała informacje o rozpoznaniu, terminie jego postawienia przed rozpoczęciem badania ankietowego, rodzaju stosowanej terapii, oddziale pobytu chorego i okresie hospitalizacji
- **II część** - zawierała 7 pytań o płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, z kim mieszkają, o warunki socjalno-bytowe i wykształcenie
- **III część** - zawierała 35 pytań o ocenę stanu swojego zdrowia, intensywność korzystania z zaleceń lekarza, stosowanie się do zaleceń lekarza, co zazwyczaj robią Państwo, gdy czują się chorzy, odczuwają ból, mają jakieś dolegliwości, czy w ciągu ostatnich 6 m-cy stosowali jakieś leki/preparaty, czy ich zdaniem korzystny jest fakt, że można kupić leki/preparaty bez recepty, czy wpływ na wzrost zakupu leków/preparatów bez recepty mają reklamy w mediach lub w prasie, czy zdarzyło się im zakupić lek/preparat bez recepty po obejrzeniu reklamy w mediach lub w prasie, czy poszukują dodatkowych informacji na temat leku/preparatu bez recepty o którym obejrzelście reklamę w mediach lub w prasie, czy zdarzyło się im, że zakupiony lek/preparat bez recepty nie wykazywał oczekiwanego działania lub miał działanie szkodzące ich zdrowiu, czy ich zdaniem stosowanie leków, preparatów farmaceutycznych dostępnych bez recepty może być szkodliwe dla zdrowia, co oznacza skrót OTC, jak często stosują

leki/preparaty bez recepty, jak długo stosują samoleczenie, czy stosując po raz pierwszy jakiś lek/preparat dostępny bez recepty konsultowali to kims, jak tka, to z kim, w jakich sytuacjach stosują samoleczenie, jakie czynniki wpływają na fakt podjęcia samoleczenia, jakie metody samoleczenia stosują, co robią w przypadku stwierdzenia braku poprawy po kilku dniach leczenia, czym kierują się Państwo przy zakupie leków/preparatów bez recepty, czy przed użyciem leku/preparatu zawsze czytają Państwo ulotkę, czy ich zdaniem wyjaśnienia zawarte w ulotkach są jasno napisane i zrozumiałe dla pacjenta, czy zawsze znają informacje odnoszące się do preparatów stosowanych przez nich w samo leczeniu, czy polecilibyście znajomym stosowanie samoleczenia preparatami dostępnymi bez recepty, czy stosowali jednocześnie leki zakupione na receptę i preparaty, które można kupić bez recepty, jakiego typu preparaty stosowali w samoleczeniu w miesiącu obecnego badania, jak oceniają swoją wiedzę na temat leków/preparatów dostępnych bez recepty, skąd czerpią informacje na temat preparatów jakie stosują w samo leczeniu, czy w trakcie zakupu leku/preparatu bez recepty uzyskiwali w aptece informacje o nabywanym leku, czy uważają że takie informacje powinny być w aptece udzielane, czy chcieliby prowadzić edukację chorych w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty, jaką formę ich zdaniem powinna przyjąć edukacja i kto ich zdaniem powinien tę edukację prowadzić. Poproszono także badanych o podanie ich zdaniem 3 najważniejszych tematów edukacyjnych.

**SWLS (*The Satisfaction with Life Scale*), Dienera, Emmons,. Larsena, Griffina -
Standaryzowana Skali Satysfakcji z życia w polskiej Juczyńskiego
wersja dla innych profesjonalistów, nie będących psychologami**

Skala zawiera 5 stwierdzeń. Badany musiał ocenić w jakim stopniu każde z tych stwierdzeń odnosi się do jego dotychczasowego życia: 1 - zupełnie nie zgadzam się, 2 - nie zgadzam się, 3 - raczej nie zgadzam się, 4 - ani się zgadzam ani nie zgadzam, 5 - raczej zgadzam się, 6 -zgadzam się oraz 7 - całkowicie zgadzam się [46].

Uzyskane oceny podlegały zsumowaniu, a ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia Zakres wyników mieścił się w granicach od 5 do 35 punktów, a im wyższy był wynik, tym większe było poczucie satysfakcji z życia, przy czym [46]:

- 5-9 pkt. - to osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10-14 pkt. - to osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15-19 pkt. - to osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,

- 20 pkt. - to osoba ani zadowolona, ani niezadowolona,
- 21-25 pkt. - to osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26-30 pkt. - to osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,
- 31-35 pkt. - to osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową [46], a wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie
- 7 - 10 stena - jako wysokie
- 5 i 6 stena - jako przeciętne.

Uzyskane wyniki przekształcano na jednostki standaryzowane w oparciu o poniższe przeliczenia.

Zasady przeliczania uzyskanych wyników na jednostki standaryzowane

Wynik surowy	sten
5-9	1
10-11	2
12-14	3
15-17	4
18-20	5
21-23	6
24-26	7
27-28	8
29-30	9
31-35	10

Wskaźnik rzetelności (alfa Cronbacha) SWLS wynosi 0,81, zaś wskaźnik stałości skali - 0,86 [46].

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego

IZZ [46] zawiera 24 stwierdzenia, które opisują różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem, takie jak nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne. Pozwala na ustalenie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz stopnia nasilenia czterech kategorii tych zachowań [46]:

- prawidłowe żywienie (uwzględniające głównie rodzaj spożywanej żywności - np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce)

- zachowania profilaktyczne (dotyczące przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby)
- praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i wypoczynku oraz aktywności fizycznej)
- pozytywne nastawienie psychiczne (unikanie silnych emocji, stresów, sytuacji wpływających przygnębiająco).

Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego [46].

Badany musiał zaznaczyć, jak często wykonywał podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej [46]:

- 1 - prawie nigdy,
- 2- rzadko,
- 3- od czasu do czasu,
- 4- często,
- 5- prawie zawsze [46].

Ze względu na możliwość okresowego preferowania pewnych rodzajów zachowań zdrowotnych przyjęto, że w ocenie należy brać pod uwagę ostatni rok [46].

Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zliczano celem uzyskania w granicach od 24 do 120 punktów.

Im wyższy wynik uzyskiwał badany, tym większe było nasilenie deklarowanych przez niego zachowań zdrowotnych.

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane w oparciu o poniższe przeliczenia podlegał interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową [46], a wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena przyjęto traktować, jako wyniki niskie
- 7-10 stena - jako wysokie,
- 5 i 6 stena - jako przeciętne.

Ponadto oddzielnie obliczano nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych - wskaźnikiem była średnia liczba punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6 - klucz diagnostyczny zamieszczono poniżej.

Zasady przeliczania uzyskanych wyników na jednostki standaryzowane

<i>Mężczyźni</i> N= 235	<i>Sten</i>	<i>Kobiety</i> N=261
<i>Wynik surowy</i>		<i>Wynik surowy</i>
24-50	1	24-53
51-58	2	54-62
59-65	3	63-70
66-71	4	71-77
72-78	5	78-84
79-86	6	85-91
87-93	7	92-98
94-101	8	99-104
102-108	9	105-111
109-120	10	112-120

IZZ - klucz diagnostyczny

<i>Kategorie zachowań</i>	<i>Numery pozycji</i>
Prawidłowe nawyki żywieniowe	1,5, 9,13,17,21
Zachowania profilaktyczne	2, 6, 10, 14, 18, 22
Pozytywne nastawienia psychiczne	3, 7, 11, 15, 19, 23
Praktyki zdrowotne	4, 8, 12, 16, 20, 24

Zgodność wewnętrzna IZZ, ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65 [46].

Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia

(MHLC - the Multidimensional Health Locus of Control)

Wallston, Wallston, DeVellis, w polskiej adaptacji Juczyńskiego - wersja A

Skala MHLC jest narzędziem samo opisu zawierającym 18 stwierdzeń dotyczących zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, takich jak [46]:

- *wewnętrzny* (W) - kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;

- *wpływ innych (I)* - własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;
- *przypadek (P)* - o stanie zdrowia decyduje przypadek, czy inne czynniki zewnętrzne.

Skala zakłada, że *wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia* sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, a więc podejmowaniu aktywności fizycznej, ograniczaniu palenia tytoniu i picia alkoholu, kontrolowaniu wagi, zapobieganiu zakażeniu HIV, itp. Zależności te są jednak bardziej złożone i że ważne są również inne zmienne, takie jak poczucie własnej skuteczności, czy wartościowanie zdrowia [46].

Badany, zgodnie z własnymi przekonaniem, musiał odpowiadać na zawarte w skali problemy i wyrazić swój stosunek do przedstawionych stwierdzeń na sześciostopniowej skali [46]:

- od *zdecydowanie nie zgadzam się* (1 punkt),
- do *zdecydowanie zgadzam się* (6 punktów).

Wyniki obliczano oddzielnie dla każdej z trzech skal sumując punkty, a klucz do oceny odpowiedzi zaprezentowano poniżej [46].

MHLC - klucz diagnostyczny

<i>Wymiar - kontrola</i>	<i>Oznaczenie</i>	<i>Numery pozycji</i>
Wewnętrzna	W	1, 6, 8, 12, 13, 17
Wpływ innych	I	3, 5, 7, 10, 14, 18
Przypadek	P	2, 4, 9, 11, 15, 16

Wyników skali nie przedstawia się w postaci pojedynczego wskaźnika, a ich zakres dla każdej ze skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów [46].

Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia [46].

W badaniach grupowych autorzy proponują dokonanie klasyfikacji wyników, przyjmując medianę za granicę podziału wyników na wysokie i niskie w każdym z trzech [46]. Otrzymuje się wtedy kombinację 8 typów możliwych powiązań, zaprezentowanych poniżej [46].

Przedstawiona typologia oparta jest na wynikach badań empirycznych zmiennej wielowymiarowej [46]. Około $\frac{1}{3}$ badanych uzyskuje wyniki kwalifikujące ich do dwóch

ostatnich typów. Podobnie, jak *wpływ innych* może współwystępować z *wpływem przypadku*, tak również zdarzają się wyniki wysokie lub niskie we wszystkich trzech wymiarach [46].

MHLC - typy powiązań

<i>typ</i>	<i>W</i>	<i>I</i>	<i>P</i>
typ silny wewnętrzny	wysokie	niskie	niskie
typ silny zewnętrzny	niskie	wysokie	wysokie
typ pomniejszający wpływ innych	wysokie	niskie	wysokie
typ powiększający wpływ innych	niskie	wysokie	niskie
typ pomniejszający wpływ przypadku	wysokie	wysokie	niskie
typ powiększający wpływ przypadku	niskie	niskie	wysokie
typ niezróżnicowany-silny	wysokie	wysokie	wysokie
typ niezróżnicowany-słaby	niskie	niskie	niskie

Do wyników przeciętnych, w każdym z trzech wymiarów, zalicza się wartości mieszczące się w obszarze $\pm 0,5$ SD od średniej, co w rozkładzie normalnym obejmuje $1/3$ wszystkich badanych. Pozostałe wyniki należą do niskich (poniżej $M - 0,5$ SD) lub wysokich (powyżej $M + 0,5$ SD) [46].

Zgodność wewnętrzną ustalona na podstawie alfa Cronbacha wynosi dla wersji A 0,74 dla kontroli wewnętrznej, 0,69 dla przypadku i 0,54 dla innych. Rzetelność oceniana metodą test-retest (po sześciu tygodniach) okazała się lepsza dla wersji B (skala W $r=0,72$, skala I $r=0,64$ i skala P $r=0,60$).

Skala Akceptacji Choroby

(AIS - *Acceptance of Illness Scale*)

Felton, Revenson i Hinrichsen, w polskiej adaptacji Juczyńskiego

Skala Akceptacji Choroby – AIS (*Acceptance of Illness Scale*), autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, składa się z ośmiu pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia - ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości [46].

Każde pytanie zawierało pięciostopniową skalę, a badana osoba określała swój obecny stan zdrowia, zaznaczając odpowiednio cyfrę:

- 1 – zdecydowanie zgadzam się,

- 2 – zgadzam się,
- 3 – nie wiem,
- 4 – nie zgadzam się,
- 5 – zdecydowanie nie zgadzam się.

Zdecydowana zgoda oznaczała złe przystosowanie do choroby, natomiast brak zgody - akceptację choroby [46].

Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów, mieszcząca się w zakresie od 8 do 40 [46].

Do określenia stopnia akceptacji utworzono trzy przedziały punktowe. Liczba punktów od 8 do 18 oznaczała brak akceptacji choroby, od 19 do 29 – średnią akceptację i od 30 do 40 – dobrą akceptację [46].

Ogólnie rzetelność polskiej wersji skali jest zbliżona do rzetelności wersji oryginalnej, dla której wskaźnik alfa Cronbacha wynosi 0,82, zaś wskaźnik stałości Test-retest na przestrzeni 7 miesięcy - 0,69 [46].

Etap II

Skonstruowano standard edukacyjny dla pielęgniarek dotyczący bezpiecznego stosowania leków bezrecepturowych opracowany zgodnie z zaleceniami Europejskiego Ruchu na Rzecz Zapewnienia Jakości- EuroQuan (*The European Quality Assurance Network*), wg teorii Danabediana [47], oparty na założeniach „Koła Langa” [48].

W jego skład wchodzi standardowe oświadczenie, które określa ogólne założenia prezentowanego standardu oraz trzy rodzaje kryteriów, dzięki którym pielęgniarki łatwiej mogą edukować pacjentów, takie jak [49, 50]:

- struktury - opis tego wszystkiego co jest niezbędne do zrealizowania zadań i osiągnięcia zamierzonego celu (zasoby, wiedza, umiejętności pracowników)
- procesu - określenie wszelkich działań, technik, procedur, które podejmuje się celem uzyskania określonego wyniku (to co należy zrobić aby osiągnąć standard)
- wyniku - zawierającego mierniki określające rezultat końcowy opieki pielęgniarskiej odnoszącej się do stanu i sytuacji pacjenta,

W konstruowaniu standardu zastosowano kolejne fazy [51]:

- opisu - wybór obszaru (temat, podtemat), zidentyfikowanie grupy docelowej, sformułowanie standardu i kryteriów (struktury, procesu, wyników), wprowadzenie standardu
- pomiaru - sprawdzenie zawartości struktury oraz kryteriów standardu, skonstruowanie narzędzi pomiaru, zgromadzenie danych i ocenę rezultatów
- działania - zidentyfikowanie obszarów do działań korygujących, opracowywanie planu działania, podjęcie działania, ponowną ocenę rezultatów i weryfikację standardu

Przy budowie standardu uwzględniono tzw. cechy (RUMBA), czyli założenia określone przez Appelmana [cyt. za 52], którymi powinien charakteryzować się każdy standard:

- **Relevant** – trafny,
- **Understable** – zrozumiały,
- **Measurable** – mierzalny,
- **Behavioural** – odnoszący się do zachowań ludzi,
- **Achievable** – osiągalny.

Powyższe miało się przyczynić do tego, by opracowany standard był [47, 52, 53]:

- osiągalny,
- przestrzegany,
- pożądany,
- wymierny,
- dynamiczny,
- zrozumiały,
- precyzyjny,
- odpowiedzialny,
- sprawdzalny.

W opracowaniu standardu wzięto również pod uwagę [47, 52, 53]:

- uzyskane wyniki badań prowadzonych w grupie pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa,
- uznane teorie pielęgnowania i przyjęte metody pracy pielęgniarek,
- respektowane i ogólnie przyjęte zasady postępowania pielęgniarzkiego w określonych stanach,
- przestrzeganie zasad etyki zawodowej,
- ustalone kompetencje pielęgniarek i zakres ich odpowiedzialności.

Analiza statystyczna

Otrzymane wyniki ankiet zakodowano i zgromadzono w programie statystycznym STATISTICA wersja 7.0 firmy StatSoft Polska.

Dane mające charakter nominalny opisywano tworząc szeregi rozdzielcze, w których wyszczególniano warianty cech podając ich licznosc i częstość występowania w całej badanej zbiorowości.

Dane mające charakter liczbowy charakteryzowano za pomocą wartości statystyk opisowych:

- średniej arytmetycznej ($\bar{x}$) – przeciętny poziom zmiennej i odchylenia standardowego
- (SD) – miara „przeciętnego” odchylenia od wartości średniej [**].

Do analizy statystycznej danych zastosowano test t-Studenta. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy standaryzowanym poziomie istotności $\alpha=0,05$.

Przyjęto następujące reguły, gdy:

- $p < 0,05$ mówimy o statystycznie istotnej zależności (*)
- $p < 0,01$ to wysoce istotna zależność (**);
- $p < 0,001$ to bardzo wysoko istotna statystycznie zależność (***).

Dodatkowo jako element charakteryzujący stwierdzone zależności wyliczono wartość współczynnika korelacji Pearsona $r(X,Y)$, gdzie r^2 jest to współczynnik determinacji, który stanowi opisową miarę dokładności dopasowania regresji do danych empirycznych.

Przyjmuje ona wartości z przedziału $<0,1>$ i informuje, zgodnie z zapisem, jaka część zaobserwowanej w próbie całkowitej zmienności Y została wyjaśniona (zdeteminowana) regresją względem X.

Na podstawie uzyskanych wartości współczynnika Pearsona można określić siłę stwierdzonych korelacji. Standardowo przyjmują się poniższe poziomy:

- $r(X,Y)=0$ brak korelacji
- $0 < r(X,Y) < 0,1$ nikła korelacja
- $0,1 \leq r(X,Y) < 0,3$ słaba korelacja
- $0,3 \leq r(X,Y) < 0,5$ przeciętna korelacja
- $0,5 \leq r(X,Y) < 0,7$ wysoka korelacja
- $0,7 \leq r(X,Y) < 0,9$ bardzo wysoka korelacja
- $0,9 \leq r(X,Y) < 1$ prawie pełna korelacja [**].

CHARAKTERYSTYKA SOCJODEMOGRAFICZNA RESPONDENTÓW

Badanie przeprowadzono w dwóch grupach respondentów:

- zawodowo czynnego personelu pielęgniarskiego (300 osób)
- pacjentów hospitalizowanych w szpitalu w Wysokiem Mazowieckim (300 osób).

Charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy przedstawiono w Tabeli VI.

Wśród pracowników medycznych 85,7% miało co najwyżej 50 lat, w tym 51,7% stanowiły osoby pomiędzy 41. a 50. rokiem życia. Pod względem miejsca zamieszkania 76% personelu pielęgniarskiego było mieszkańcami terenów miejskich, a 24% - terenów wiejskich. W analizowanej grupie 74,3% osób funkcjonowało w związkach małżeńskich, a 58,3% mieszkało wraz z małżonkiem i dziećmi. Swoje warunki socjalno-bytowe 59,7% pracowników medycznych określiło jako dobre, a 21,3% jako bardzo dobre. Pozostali badani ocenili je jako średnie – 17,3%, a 1,7% użyło określenia słabe lub bardzo słabe. Personel medyczny prezentował wysoki poziom wykształcenia – 82,7% ukończyło studia wyższe, w tym 69,3% w stopniu licencjata, a 13,4% w stopniu magistra. Wyniki obrazuje Tabela VI.

W grupie ankietowanych pacjentów również kobiety stanowiły większość badanych – 82%, a mężczyźni – 18%. Średnia wieku była wyższa: próg 50 lat przekroczyło 39,99% respondentów. Pod względem miejsca zamieszkania 67,3% pacjentów było mieszkańcami terenów miejskich, a 32,7% - terenów wiejskich. W analizowanej grupie 50,7% osób funkcjonowało w związkach małżeńskich, a 33,7% pozostawało w stanie kawalerskim. Po 21% badanych w tej grupie mieszkało z małżonkiem lub z małżonkiem i dziećmi. Swoje warunki socjalno-bytowe 56,7% pracowników medycznych określiło jako dobre, a 19,7% jako bardzo dobre. Pozostali badani ocenili je jako średnie – 20,3%, a 3,3% jako słabe lub bardzo słabe. W grupie ankietowanych pacjentów 61% miało wykształcenie średnie, 33% ukończyło studia wyższe, a 6% zakończyło edukację na szkole zawodowej. Wyniki obrazuje Tabela VI.

Ankietowane pielęgniarki charakteryzowały się bogatym doświadczeniem zawodowym – 48,7% badanych pracowało w zawodzie dłużej niż 20. Lat. Wyniki obrazuje Tabela VII.

Większość respondentek (68%) zajmowała stanowisko pielęgniarki odcinkowej. Udział pielęgniarek zabiegowych wynosił 11,3%, natomiast pielęgniarek koordynujących – 8,7%. Wyniki obrazuje Tabela VIII.

Tabela I. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów

ZMIENNA	PIELĘGNIARKI		PACJENCI	
	N	%	N	%
OGÓŁEM	300	100	300	100
PLEĆ				
Mężczyźni	0	0,00	54	18,00
Kobiety	300	100,0	246	82,00
WIEK				
Do 20 lat	0	0,00	41	13,67
20-30 lat	30	10,00	62	20,67
31-40 lat	72	24,00	24	8,00
41-50 lat	155	51,67	53	17,67
51-60 lat	38	12,66	55	18,32
61-70 lat	5	1,67	41	13,67
Powyżej 70 lat	0	0,00	24	8,00
STAN CYWILNY				
Żonaty/mężatka	223	74,33	152	50,67
Wdowiec/wdowa	14	4,67	28	9,33
Kawaler/panna	39	13,00	101	33,67
Rozwiedziony/rozwiedziona	22	7,33	18	6,00
Separacja	2	0,67	1	0,33
MIEJSCE ZAMIESZKANIA				
Wieś	72	24,00	98	32,67
Miasto	228	76,00	202	67,33
WARUNKI MIESZKANIOWE				
Samotnie	32	10,67	55	18,33
Tylko z żoną/mężem	50	16,67	63	21,00
Z żoną/mężem i dziećmi	175	58,33	63	21,00
Tylko z dziećmi	27	9,00	23	7,67
Inne	16	5,33	96	32,00
WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE				
Bardzo dobre	64	21,33	59	19,67
Dobre	179	59,67	170	56,67
Średnie	52	17,33	61	20,33
Słabe	3	1,00	9	3,00
Bardzo słabe	2	0,67	1	0,33
WYKSZTAŁCENIE				
Zawodowe	25	8,33	18	6,00
Średnie	27	9,00	183	61,00
Wyższe	248	82,67	99	33,00

Tabela II. Staż pracy personelu pielęgniarskiego

DŁUGOŚĆ STAŻU	N	%
1-5 lat	41	13,67
6-10 lat	24	8,00
11-15 lat	35	11,67
16-20 lat	54	18,00
21-30 lat	118	39,33
Powyżej 30 lat	28	9,33

Tabela III. Stanowisko pracy personelu pielęgniarskiego

STANOWISKO	N	%
Pielęgniarka odcinkowa	204	68,00
Pielęgniarka zabiegowa	34	11,33
Pielęgniarka koordynująca	26	8,67
Inne	36	12,00

Posiadanie specjalizacji potwierdziło 34,7% personelu pielęgniarskiego, w tym najczęściej w zakresie pielęgniarstwa zachowawczego, chirurgicznego, onkologicznego, anestezjologicznego i pediatricznego (Tabela IX).

Pacjenci biorący udział w badaniu byli w trakcie hospitalizacji na jednym z trzech oddziałów: wewnętrznym (106 osób – 35,3%), ortopedycznym (95 osób – 31,7%) oraz chirurgicznym (99 osób – 33%).

Najczęściej przyczyną leczenia szpitalnego były schorzenia układu krążenia (25,7%), a następnie urazy (20%), choroby układu trawiennego (16%), schorzenia w zakresie układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (11,7%) oraz choroby układu moczowo-płciowego (7,7%) (Tabela X).

W ankietowanej grupie chorych w 25% przypadków diagnoza została postawiona w pierwszym dniu hospitalizacji. Natomiast najczęściej leczenie zostało rozpoczęte po upływie

jednego miesiąca od momentu ustalenia rozpoznania – 31,7% lub w okresie jednego tygodnia – 16,3% (Tabela XI).

Tabela IV. Posiadane specjalizacje przez personel pielęgniarski

SPECJALIZACJE	N	%
pielęgniarstwo zachowawcze	22	7,32
pielęgniarstwo chirurgiczne	20	6,67
pielęgniarstwo pediatryczne	11	3,67
pielęgniarstwo anestezjologiczne	10	3,33
pielęgniarstwo onkologiczne	8	2,67
pielęgniarstwo położnicze	6	2,00
pielęgniarstwo środowiskowe	6	2,00
z zakresu medycyny szkolnej	5	1,67
opieka długoterminowa	3	1,00
pielęgniarstwo operacyjne	3	1,00
pielęgniarstwo ratunkowe	3	1,00
pielęgniarstwo kardiologiczne	2	0,67
pielęgniarstwo psychiatryczne	2	0,67
organizacja i zarządzanie w jednostkowych służby zdrowia	1	0,33
organizacja pomocy społecznej	1	0,33
pielęgniarstwo epidemiologiczne	1	0,33
razem	104	34,67
brak specjalizacji	196	65,33

U 99% pacjentów zastosowano farmakoterapię objawową, a leczenie chirurgiczne u 48% respondentów. W licznych przypadkach terapię uzupełniano również leczeniem dietetycznym – 62,7% oraz stosowano psychoterapię – 18% (Tabela XII).

W przypadku przeważającej grupy ankietowanych pacjentów – 63,3% czas hospitalizacji nie był dłuższy niż 3. dni. Pozostali respondenci przebywali w szpitalu powyżej 3. dni, ale nie dłużej niż 1. tydzień – 34,3%. Natomiast udział hospitalizowanych powyżej 1. tygodnia wynosił 2,3% (Tabela XIII).

Tabela V. Rozpoznanie główne wg klasyfikacji ICD-10

Grupa ICD-10	N	%
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	6	2,00
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych (D50-D89)	11	3,67
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej (E00-E99)	10	3,33
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	7	2,33
Choroby układu krążenia (I00-I99)	77	25,67
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	6	2,00
Choroby układu trawiennego (K00-K99)	48	16,00
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00-L99)	6	2,00
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)	35	11,66
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	23	7,67
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane (R00-R99)	11	3,67
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-S99)	60	20,00

Tabela VI. Odstęp czasowy od momentu postawienia diagnozy do rozpoczęcia leczenia

Odstęp czasowy	N	%
w dniu hospitalizacji	75	25,00
tydzień	49	16,33
miesiąc	95	31,67
3 miesiące	14	4,67
rok	39	13,00
inne	28	9,33



Tabela VII. Rodzaj zastosowanej terapii leczniczej*

Terapia	N	%
Farmakoterapia objawowa	297	99,00
Chemioterapia	0	0,00
Radioterapia	0	0,00
Leczenie chirurgiczne	144	48,00
Leczenie dietetyczne	188	62,67
Psychoterapia	54	18,00
Inne	49	16,33

** wyniki nie sumują się do 100% ponieważ zmienna miała charakter wielokrotny*

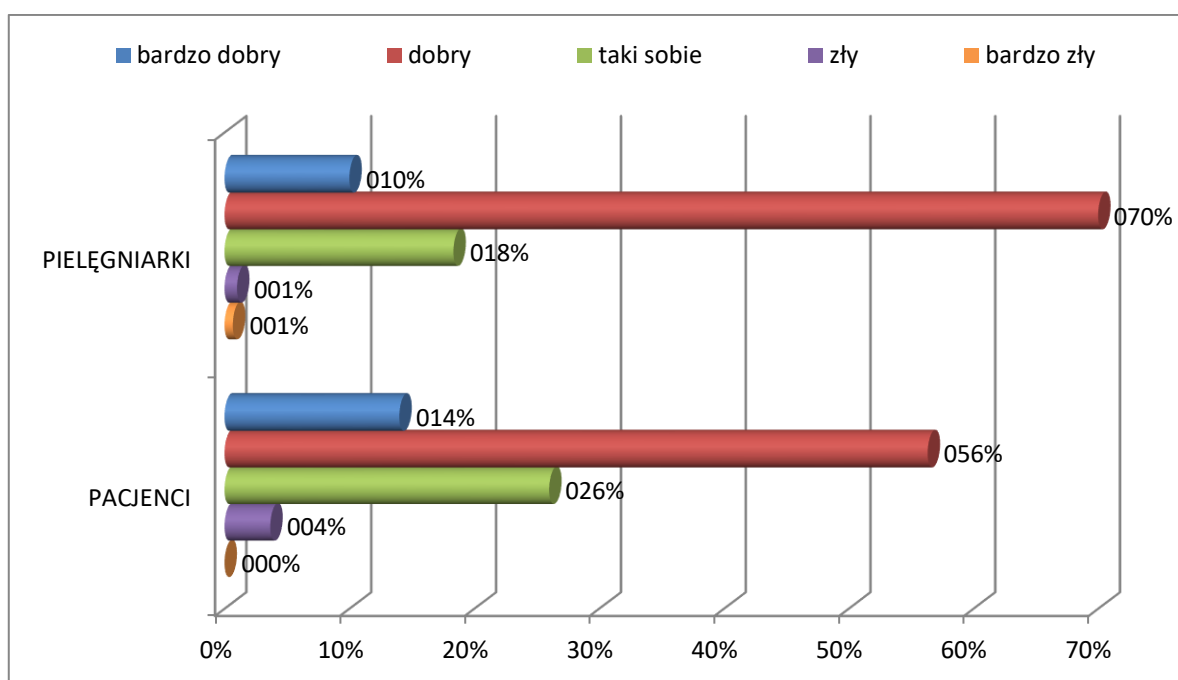
Tabela VIII. Długość hospitalizacji

Czas hospitalizacji	N	%
do 3 dni	190	63,34
do 1 tygodnia	103	34,33
powyżej 1 tygodnia	7	2,33

ANALIZA ZJAWISKA SAMOLECZENIA W GRUPIE PACJENTÓW I PIEŁĘGNIAREK

Samoocena stanu zdrowia

Respondenci dokonali samooceny swojego obecnego stanu zdrowia. Zarówno w grupie pielęgniarek, jak i pacjentów, najczęściej wskazywaną odpowiedzią była „dobry” (odpowiednio: 70% i 56,3%), a następnie „taki sobie” (odpowiednio: 18,3% i 26%). Wyniki obrazuje Rycina 1.



Rycina 1. Samoocena stanu zdrowia wśród respondentów

Nie stwierdzono, przy założeniu, że zależność istotna statystycznie to $p < 0,05$; zależność wysoce istotna statystycznie to $p < 0,01$ i zależność bardzo wysoce istotna statystycznie - $p < 0,001$, aby dokonana samoocena stanu zdrowia wśród respondentów istotnie statystycznie zależała od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela XIV).

Stwierdzono, że w grupie pielęgniarek wraz z wiekiem dokonana samoocena stanu zdrowia obniżała się istotnie statystycznie.

Personel pielęgniarski z wykształceniem zawodowym i średnim istotnie częściej, niż osoby z wykształceniem wyższym, określał swój stan zdrowia jako „taki sobie”. Stwierdzono

także, że mężczyźni znacząco częściej, niż kobiety dokonywali niższej samooceny swojego stanu zdrowia, a pacjenci z wykształceniem wyższym istotnie częściej wyższej (Tabela XV).

Tabela I. Analiza korelacji pomiędzy dokonaną samooceną stanu zdrowia a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	T	p
0,053	0,003	1,292	0,197

Tabela II. Analiza korelacji pomiędzy dokonaną samooceną stanu zdrowia a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,116	0,013	2,018	0,045*
Wykształcenie	-0,115	0,013	-1,997	0,047*
Miejsce zamieszkania	-0,014	0,000	-0,249	0,804
PACJENCI				
Płeć	-0,165	0,027	-2,885	0,004**
Wiek	0,003	0,001	-0,001	0,999
Wykształcenie	-0,146	0,021	-2,556	0,011*
Miejsce zamieszkania	-0,040	0,002	-0,697	0,486

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

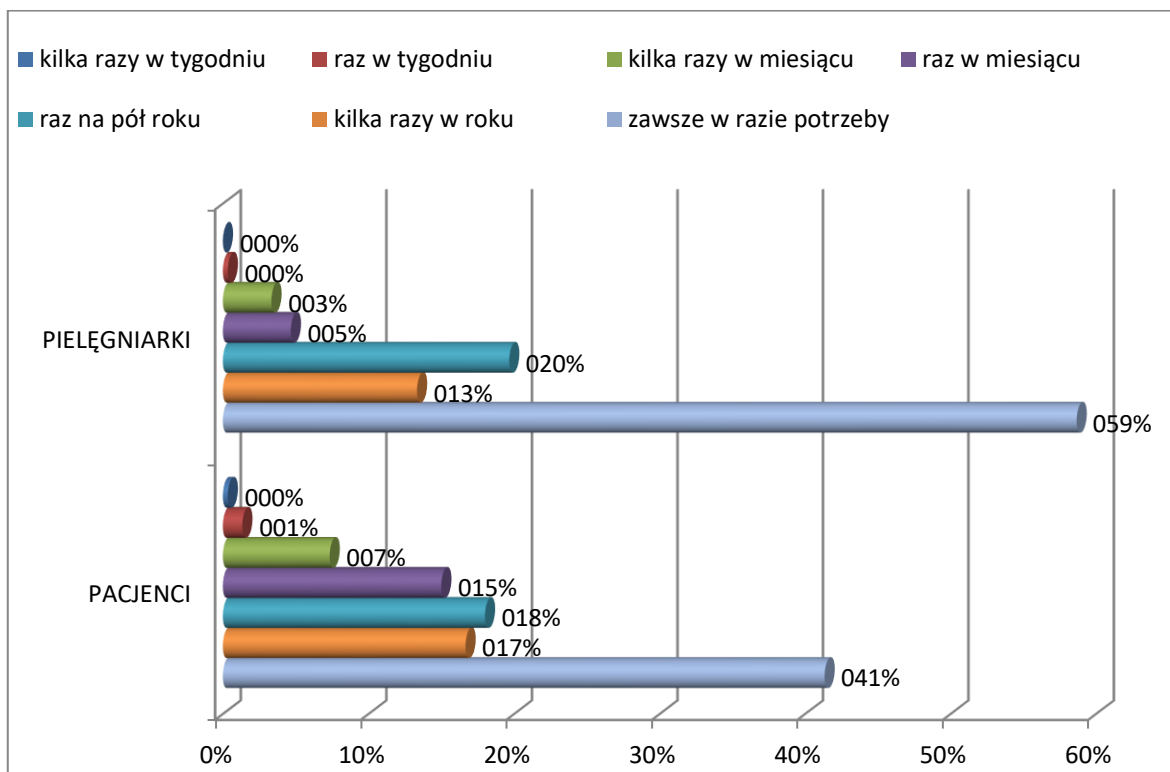
Częstość korzystania z opieki medycznej

Z opieki medycznej „zawsze w razie potrzeby” korzystało 58,7% pielęgniarek i 41,4% pacjentów.

Określając częstość korzystania z pomocy medycznej pacjenci częściej niż pielęgniarki wskazywali na określenia: „raz w miesiącu”, „kilka razy w miesiącu” i „raz na pół roku” (Rycina 2).

Stwierdzono, że pacjenci znacząco częściej statystycznie, niż pielęgniarki korzystali z opieki medycznej (Tabela XVI).

Nie stwierdzono natomiast, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie, czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na częstość korzystania z opieki medycznej w obu analizowanych grupach (Tabela XVII).



Rycina 2. Częstość korzystania z opieki medycznej wśród respondentów

Tabela III. Analiza korelacji pomiędzy częstością korzystania z opieki medycznej a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	p
-0,214	0,046	-5,344	<0,001***

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

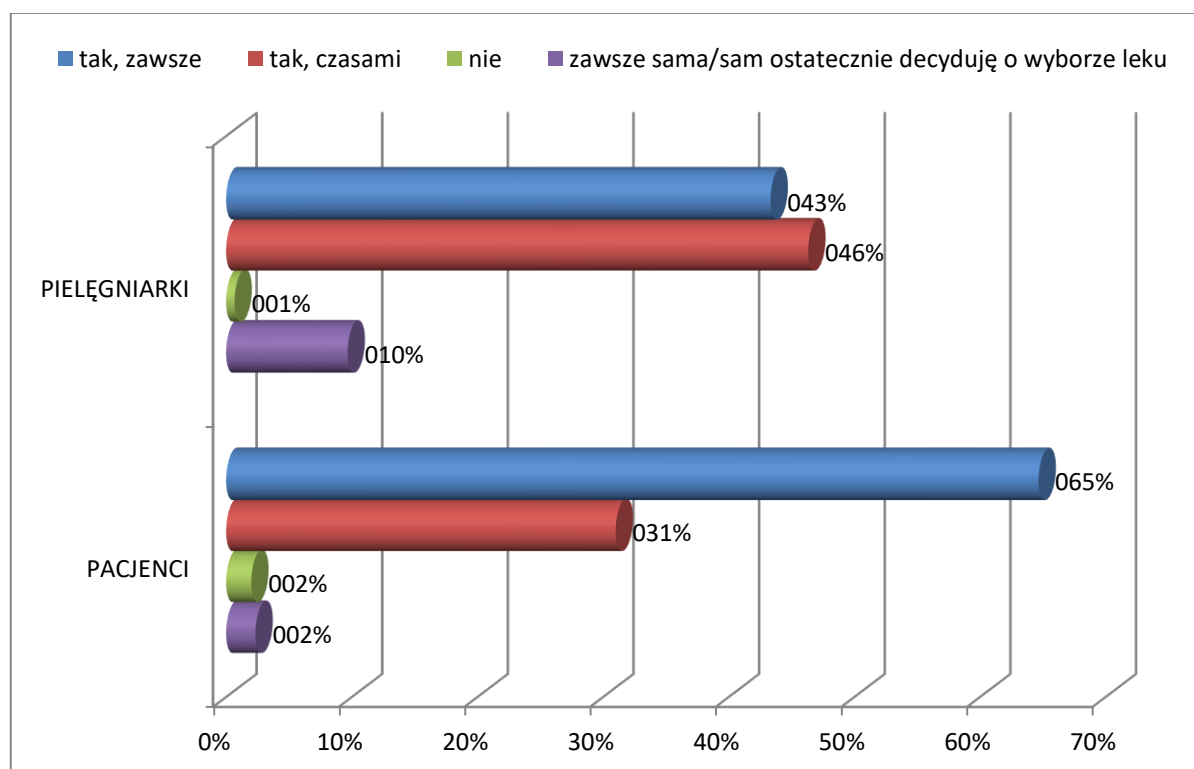
Tabela IV. Analiza korelacji pomiędzy częstością korzystania z opieki medycznej a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,090	0,008	1,564	0,119
Wykształcenie	0,048	0,002	0,832	0,406
Miejsce zamieszkania	-0,092	0,008	-1,596	0,112
PACJENCI				
Płeć	-0,024	0,001	-0,408	0,683
Wiek	-0,060	0,004	-1,042	0,298
Wykształcenie	-0,032	0,001	-0,547	0,585
Miejsce zamieszkania	0,033	0,001	0,575	0,566

Stosowanie się do zaleceń lekarskich

Pacjenci częściej niż pielęgniarki deklarowali, że „zawsze” stosują się do zaleceń lekarskich – odpowiednio: 64,7% i 43,3% i były to zależności istotnie statystyczne (Tabela XVIII).

W przypadku personelu medycznego 9,7% badanych podało, że ostateczną decyzję o wyborze leku podejmują samodzielnie (Rycina 3).



Rycina 3. Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród respondentów

Tabela V. Analiza korelacji pomiędzy stosowaniem się do zaleceń lekarskich a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	p
-0,088	0,008	-2,149	0,032*

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

Nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na stosowanie się do zaleceń lekarskich w obu analizowanych grupach (Tabela XIX).

Tabela VI. Analiza korelacji pomiędzy stosowaniem się do zaleceń lekarskich a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	-0,066	0,004	-1,139	0,256
Wykształcenie	0,030	0,001	0,514	0,608
Miejsce zamieszkania	0,040	0,002	0,683	0,495
PACJENCI				
Płeć	-0,033	0,001	-0,571	0,568
Wiek	-0,052	0,003	-0,903	0,367
Wykształcenie	0,034	0,001	0,584	0,559
Miejsce zamieszkania	0,036	0,001	0,624	0,533

Podjęmowane czynności w stanie chorobowym

W sytuacji poczucia stanu chorobowego, dolegliwości lub bólu od razu do lekarza kierowało się 27,3% ankietowanych pacjentów i 12,7% ankietowanych pielęgniarek.

Pozostali badani podejmowali samodzielne próby polepszenia swojego stanu zdrowia poprzez zastosowanie wypróbowanych domowych sposobów lub użycie środków farmakologicznych dostępnych bez recepty, a niewielki odsetek korzystał z usług medycyny niekonwencjonalnej.

Około 5% badanych nie podejmował żadnych działań, starając się przeczekać dolegliwości – postawa ta miała zbliżony udział w obu analizowanych grupach (Rycina 4).

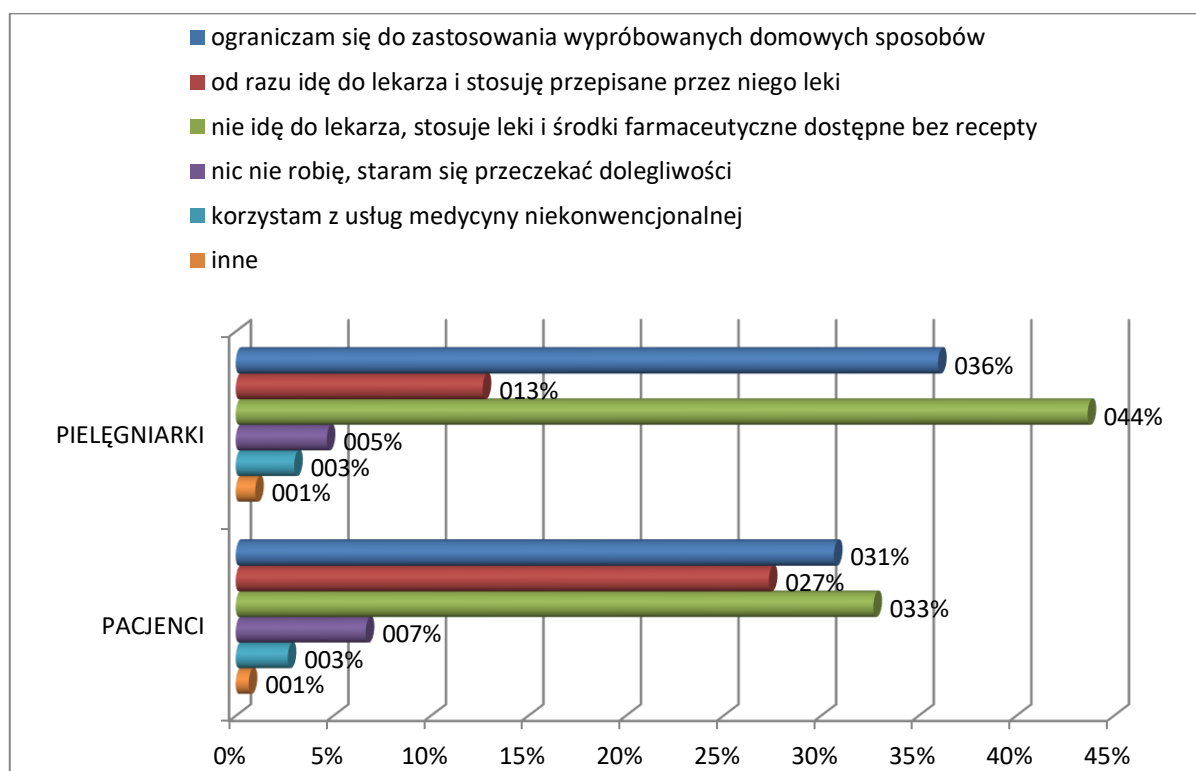
Nie stwierdzono, aby podejmowane czynności w stanie początkowym choroby zależały istotnie statystycznie od przynależności do jednej z grup (Tabela XX).

Tabela VII. Analiza korelacji pomiędzy podejmowaniem czynności w stanie chorobowym a przynależnością do analizowanych grup

$r(X,Y)$	r^2	t	p
-0,014	0,000	-0,336	0,737

Stwierdzono natomiast, że pielęgniarki z wykształceniem zawodowym istotnie częściej ograniczały się do zastosowania wypróbowanych domowych sposobów, a pielęgniarki z wykształceniem wyższym znacząco częściej stosowały środki farmakologiczne dostępne bez recepty.

W przypadku pacjentów wykazano, że mieszkańcy wsi istotnie częściej stosowali domowe metody walki z chorobą, a mieszkańcy miast znacząco częściej sięgali po leki dostępne bez recepty (Tabela XXI).



Rycina 4. Podejmowane czynności w stanie chorobowym wśród respondentów

Tabela VIII. Analiza korelacji pomiędzy podejmowaniem czynności w stanie chorobowym a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

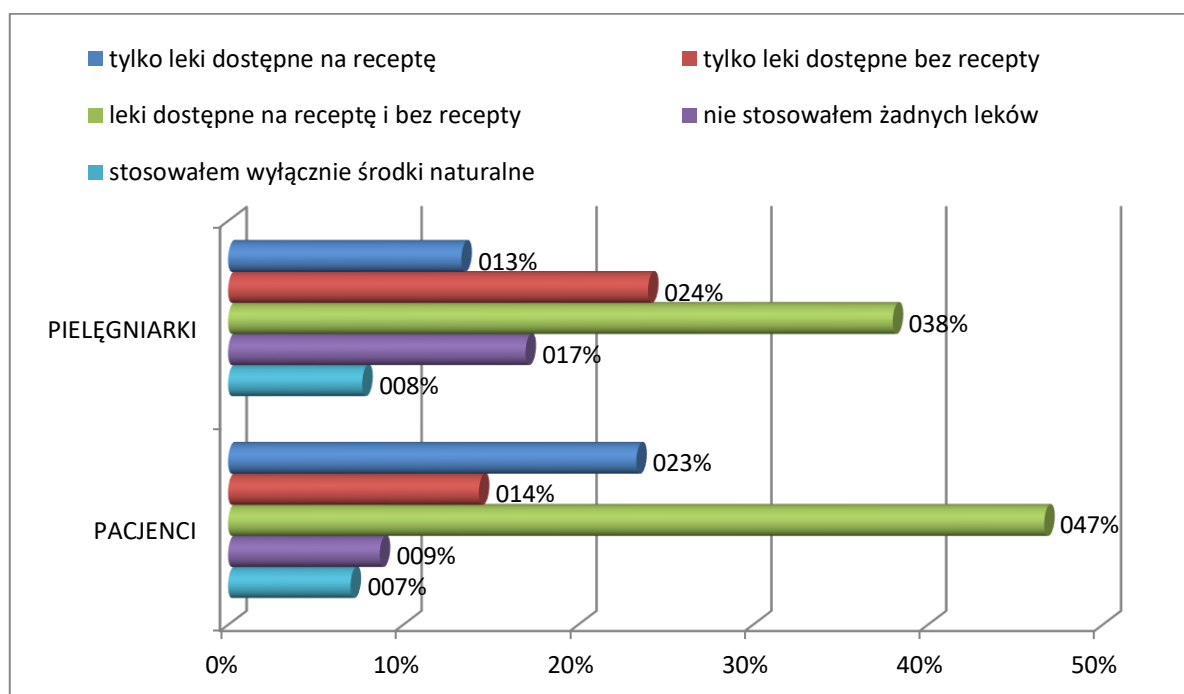
Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIEŁĘGNIARKI				
Wiek	-0,094	0,009	-1,625	0,105
Wykształcenie	0,154	0,024	2,682	0,008**
Miejsce zamieszkania	-0,053	0,003	-0,912	0,362
PACJENCI				
Płeć	0,016	0,000	0,276	0,783
Wiek	0,056	0,003	0,976	0,330
Wykształcenie	0,037	0,001	0,631	0,528
Miejsce zamieszkania	0,131	0,017	2,273	0,024*

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

Środki lecznicze stosowane w ciągu ostatnich 6 miesięcy

W okresie ostatnich 6. miesięcy wyłącznie po leki bez recepty częściej sięgali pielęgniarki, niż pacjenci – odpowiednio: 24% i 14,3%. Sytuacja odwrotna miała miejsce w kwestii stosowania leków dostępnych tylko na receptę, gdzie stosowanie tych środków potwierdziło 13,3% pielęgniarek i 23,3% pacjentów (Rycina 5).



Rycina 5. Środki lecznicze stosowane w ciągu ostatnich 6 m-cy wśród respondentów

Stwierdzono, że pacjenci istotnie statystycznie częściej niż pielęgniarki stosowali leki dostępne wyłącznie na receptę (Tabela XXII).

Nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na rodzaj stosowanych środków leczniczych w ciągu ostatnich 6. miesięcy w obu analizowanych grupach (Tabela XXIII).

Tabela IX. Analiza korelacji pomiędzy środkami leczniczymi przyjmowanymi w ciągu ostatnich 6 m-cy a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
-0,089	0,008	-2,182	0,030*

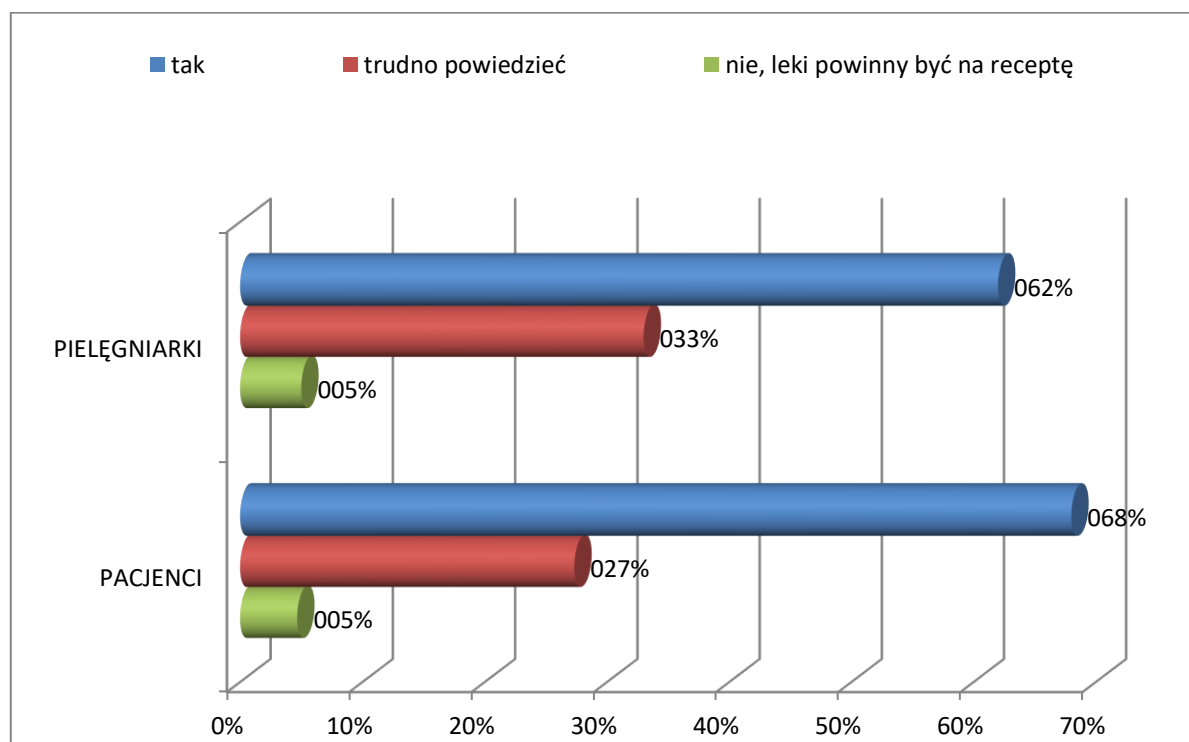
* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

Tabela X. Analiza korelacji pomiędzy środkami leczniczymi przyjmowanymi w ciągu ostatnich 6 m-cy a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	P
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,002	0,000	0,036	0,971
Wykształcenie	-0,036	0,001	-0,621	0,535
Miejsce zamieszkania	0,048	0,002	0,832	0,406
PACJENCI				
Płeć	-0,051	0,003	-0,883	0,378
Wiek	-0,088	0,008	-1,530	0,127
Wykształcenie	0,011	0,000	0,184	0,854
Miejsce zamieszkania	0,003	0,000	0,047	0,963

Ocena możliwości zakupu leków bez recepty

Zdaniem większości respondentów możliwość zakupu leków, czy preparatów bez recepty jest korzystna (pielęgniarki – 62%, pacjenci – 68%). Opinię przeciwną wyraziło około 5% ankietowanych osób (Rycina 6).



Rycina 6. Ocena możliwości zakupu leków bez recepty wśród respondentów

Nie stwierdzono, aby opinia w kwestii dostępności do leków bez recepty zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z grup (Tabela XXIV).

Nie stwierdzono także, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie, czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na opinię w kwestii dostępności do leków bez recepty w obu analizowanych grupach (Tabela XXV).

Tabela XI. Analiza korelacji pomiędzy oceną możliwości zakupu leków bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
-0,059	0,003	-1,442	0,150

Tabela XII. Analiza korelacji pomiędzy oceną możliwości zakupu leków bez recepty a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	p
PIELEGNIAKI				
Wiek	0,098	0,010	1,694	0,091
Wykształcenie	0,033	0,001	0,567	0,571
Miejsce zamieszkania	0,031	0,001	0,534	0,594
PACJENCI				
Płeć	0,058	0,003	0,999	0,319
Wiek	-0,007	0,000	-0,121	0,903
Wykształcenie	-0,059	0,003	-1,023	0,307
Miejsce zamieszkania	-0,013	0,000	-0,229	0,819

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

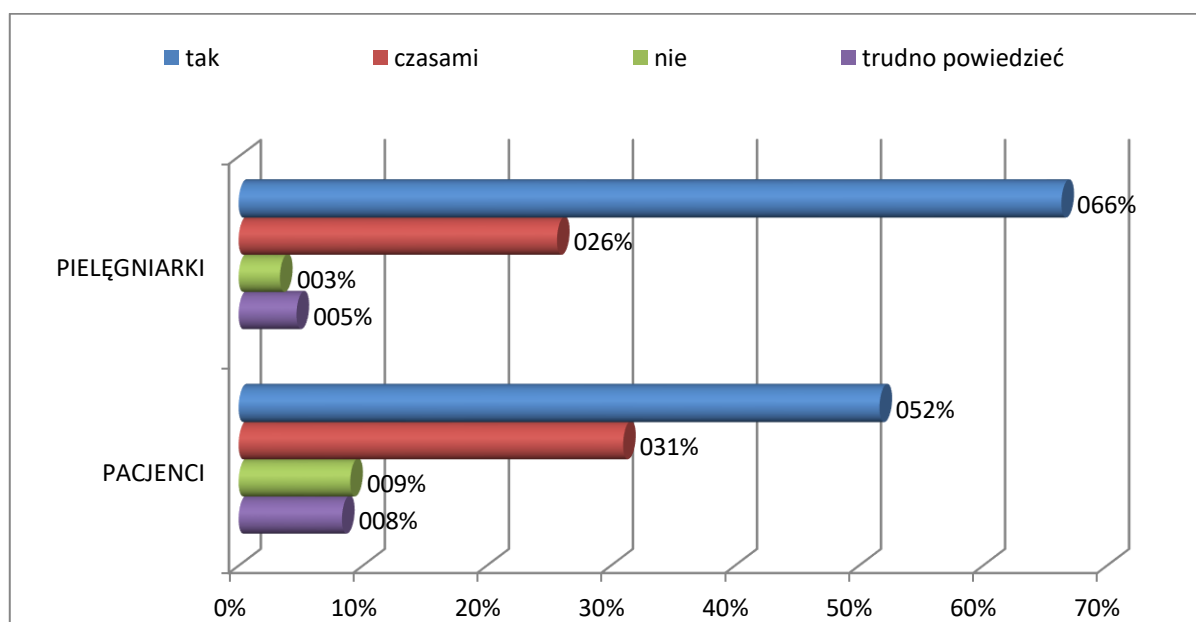
*** zależność bardzo wysoce istotna statystycznie $p < 0,001$

Ocena wpływu reklamy na wzrost sprzedaży leków bez recepty

Zdaniem większości respondentów reklama wpływa na wzrost zakupu leków i preparatów bez recepty. Żadnych wątpliwości w tej kwestii nie miało 66,3% pielęgniarek i 51,7% pacjentów.

Odmienną opinię wyraziło 3,3% pielęgniarek i 9% pacjentów (Rycina 7).

Stwierdzono statystycznie, że pielęgniarki istotnie częściej niż pacjenci dostrzegali wpływ reklamy na wzrost sprzedaży leków bez recepty (Tabela XXVI).



Rycina 7. Ocena wpływu reklamy na wzrost sprzedaży leków bez recepty wśród respondentów

Tabela XIII. Analiza korelacji pomiędzy oceną wpływu reklamy na wzrost sprzedaży leków bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
0,159	0,025	3,949	<0,001***

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

Nie stwierdzono z kolei, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie, czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na opinię w kwestii wpływu reklamy na wzrost sprzedaży leków bez recepty w obu analizowanych grupach (Tabela XXVII).

W badanej grupie reklamą w mediach lub w prasie przy zakupie leków bez recepty kierował się „zawsze” co czwarty respondent, a „czasami”: 36,4% pielęgniarek i 29,7% pacjentów (Rycina 8).

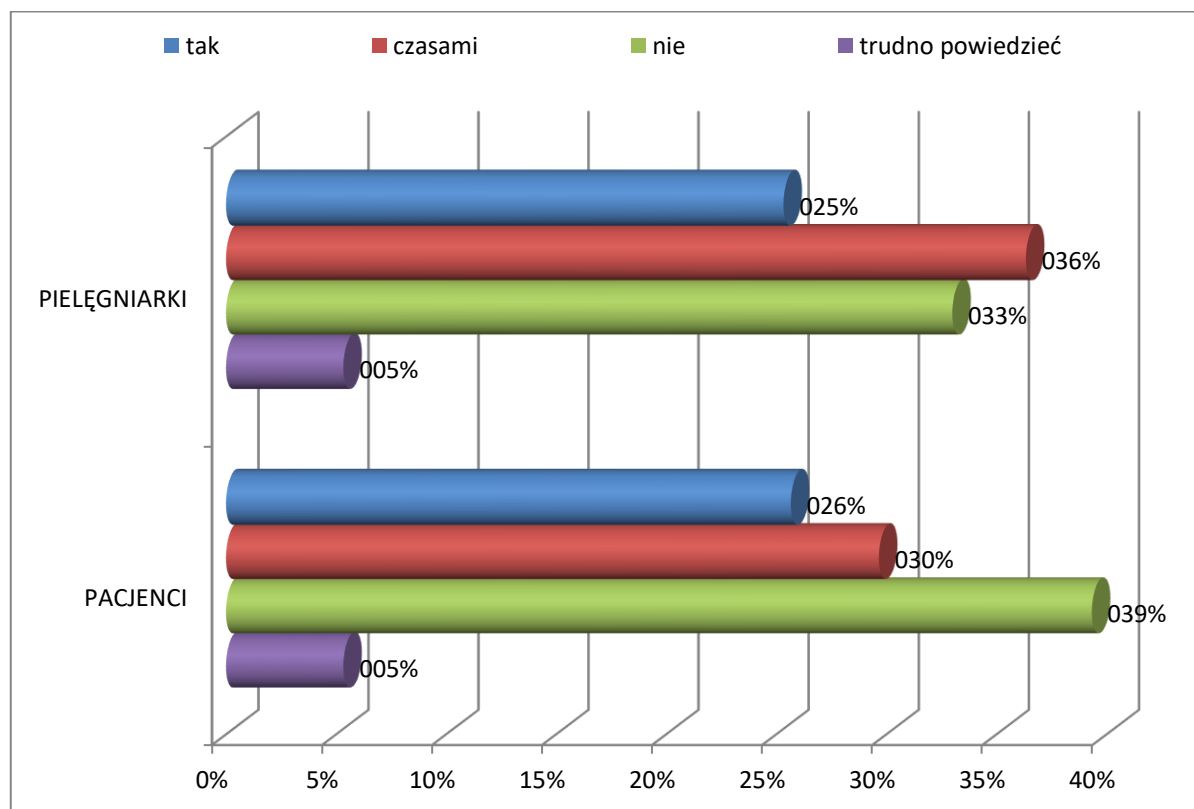
Nie stwierdzono, aby doświadczenie własne w kwestii zakupu leków bez recepty pod wpływem reklamy zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela XXVIII)

Stwierdzono, że pielęgniarki w wieku do 30. roku życia istotnie statystycznie częściej potwierdzały dokonanie zakupu leków bez recepty pod wpływem reklamy.

Natomiast w grupie pacjentów wykazano, iż mężczyźni byli znacząco bardziej podatni na zakup leków bez recepty pod wpływem reklamy (Tabela XXIX).

Tabela XIV. Analiza korelacji pomiędzy wpływu reklam na wzrost sprzedaży leków bez recepty a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	P
PIEŁĘGNIARKI				
Wiek	0,034	0,001	0,594	0,553
Wykształcenie	-0,060	0,004	-1,040	0,299
Miejsce zamieszkania	-0,027	0,001	-0,461	0,645
PACJENCI				
Płeć	-0,038	0,001	-0,648	0,517
Wiek	-0,095	0,009	-1,648	0,100
Wykształcenie	0,019	0,000	0,335	0,738
Miejsce zamieszkania	-0,080	0,006	-1,381	0,168



Rycina 8. Doświadczenie własne zakupu leków bez recepty pod wpływem reklamy wśród respondentów

Tabela XV. Analiza korelacji pomiędzy doświadczeniem własnym zakupu leków bez recepty pod wpływem reklamy a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r²	t	P
0,034	0,001	0,829	0,408

Tabela XVI. Analiza korelacji pomiędzy doświadczeniem własnym zakupu leków bez recepty pod wpływem reklamy a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r²	t	P
PIEŁĘGNIARKI				
Wiek	0,235	0,055	4,165	<0,001***
Wykształcenie	0,058	0,003	1,006	0,315
Miejsce zamieszkania	-0,061	0,004	-1,051	0,294
PACJENCI				
Płeć	0,117	0,014	2,042	0,042*
Wiek	-0,075	0,006	-1,296	0,196
Wykształcenie	0,015	0,000	0,261	0,794
Miejsce zamieszkania	-0,009	0,000	-0,158	0,875

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

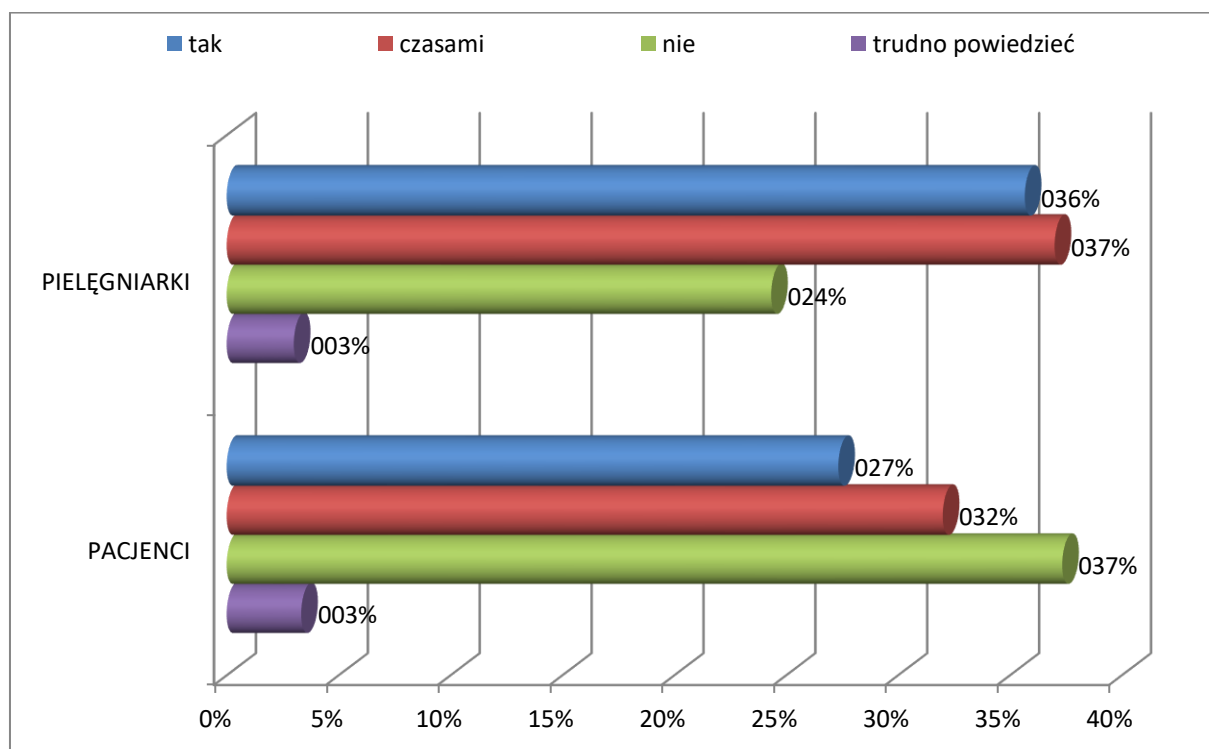
Poszukiwanie „zawsze” lub „czasami” dodatkowych informacji o lekach reklamowanych deklarowało 72,7% pielęgniarek i 59,3% pacjentów (Rycina 9).

Stwierdzono, że pielęgniarki istotnie statystycznie częściej niż pacjenci poszukiwali dodatkowych informacji o lekach i preparatach z reklamy (Tabela XXX).

Nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na poszukiwanie przez respondentów dodatkowych informacji na temat reklamowanych leków w obu analizowanych grupach (Tabela XXXI).

W badanej zbiorowości ankietowanych 30% personelu pielęgniarskiego i 24,3% pacjentów potwierdziło, iż zakupiony przez nich lek lub preparat bez recepty nie wykazywał oczekiwanego działania lub miał nawet działanie szkodliwe. Sytuacji takiej nigdy nie doświadczyło 26,7% pielęgniarek i 32% pacjentów (Rycina 10).

Nie stwierdzono, aby doświadczenie własne w kwestii braku oczekiwanej skuteczności leku bez recepty zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela XXXII, XXXIII).



Rycina 9. Zdobywanie dodatkowych informacji o lekach z reklam wśród respondentów

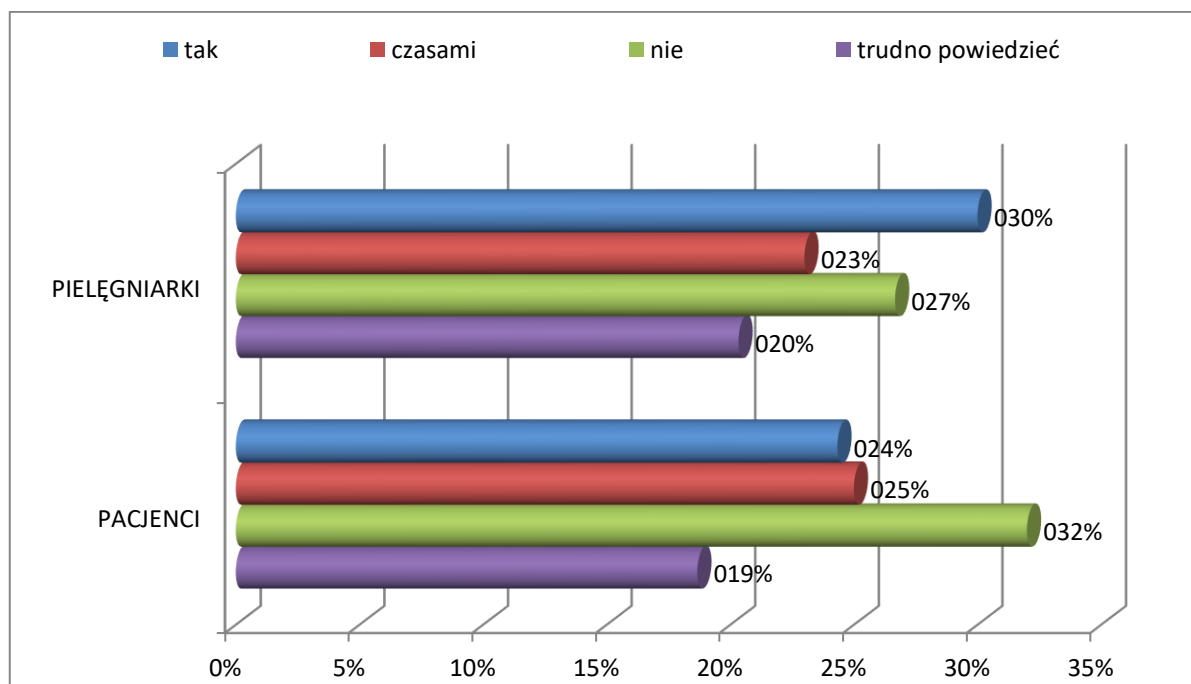
Tabela XVII. Analiza korelacji pomiędzy zdobywaniem dodatkowych informacji o lekach z reklam a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
0,127	0,016	3,138	0,002**

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

Tabela XVIII. Analiza korelacji pomiędzy zdobywaniem dodatkowych informacji o lekach z reklam a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	P
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,039	0,001	0,667	0,505
Wykształcenie	-0,047	0,002	-0,809	0,419
Miejsce zamieszkania	0,020	0,000	0,344	0,731
PACJENCI				
Płeć	-0,040	0,002	-0,691	0,490
Wiek	0,054	0,003	0,929	0,353
Wykształcenie	-0,024	0,001	-0,412	0,680
Miejsce zamieszkania	-0,055	0,003	-0,945	0,346



Rycina 10. Doświadczenie braku oczekiwanej skuteczności leku bez recepty wśród respondentów

Tabela XIX. Analiza korelacji pomiędzy doświadczeniem braku oczekiwanej skuteczności leku bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
0,035	0,001	0,865	0,387

W przypadku ankietowanej grupy pacjentów stwierdzono, iż mężczyźni znacząco częściej niż kobiety doświadczyli braku skuteczności środków farmakologicznych zakupionych bez recepty (Tabela XXXIII).

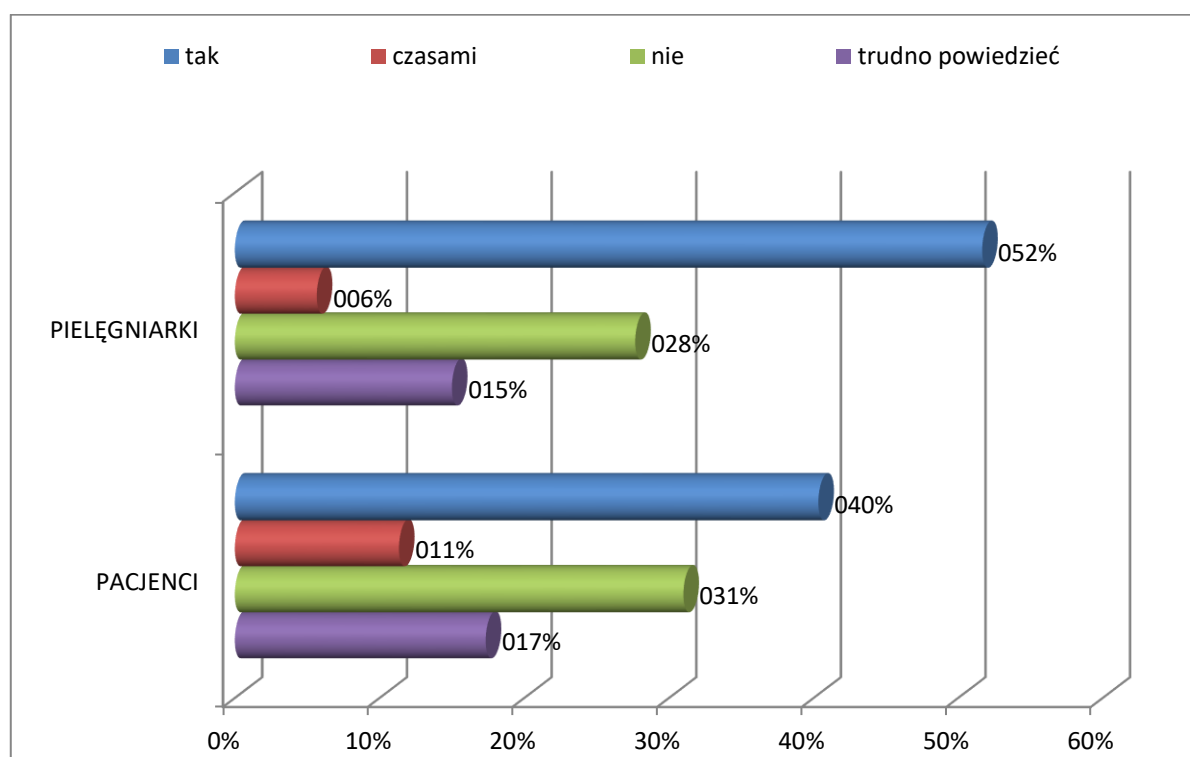
Natomiast wśród personelu pielęgniarskiego nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie wpływały na doświadczenie w tym zakresie (Tabela XXXIII).

W opinii 51,7% pielęgniarek i 40,3% pacjentów leki i preparaty farmaceutyczne dostępne bez recepty mogą być szkodliwe dla zdrowia. Zdanie przeciwne wyraziło 27,7% pielęgniarek oraz 31% pacjentów (Rycina 11).

Tabela XX. Analiza korelacji pomiędzy doświadczeniem braku oczekiwanej skuteczności leku bez recepty a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,032	0,001	0,557	0,578
Wykształcenie	-0,016	0,000	-0,281	0,779
Miejsce zamieszkania	0,069	0,005	1,198	0,232
PACJENCI				
Płeć	0,118	0,014	2,049	0,041*
Wiek	-0,047	0,002	-0,817	0,415
Wykształcenie	0,099	0,010	1,712	0,088
Miejsce zamieszkania	0,021	0,000	0,361	0,718

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$



Rycina 11. Opinia o szkodliwości dla zdrowia środków farmaceutycznych dostępnych bez recepty wśród respondentów

Stwierdzono, że pielęgniarki istotnie statystycznie częściej niż pacjenci byli przekonane o szkodliwości środków farmakologicznych dostępnych bez recepty (Tabela XXXIV).

Tabela XXI. Analiza korelacji pomiędzy opinią o szkodliwości dla zdrowia środków farmaceutycznych dostępnych bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r²	t	P
0,082	0,007	2,022	0,044*

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

Nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie wpływały na opinię o szkodliwości środków farmakologicznych dostępnych bez recepty w obu analizowanych grupach (Tabela XXXV).

Tabela XXII. Analiza korelacji pomiędzy opinią o szkodliwości dla zdrowia środków farmaceutycznych dostępnych bez recepty a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r²	t	P
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,052	0,003	0,902	0,368
Wykształcenie	-0,068	0,005	-1,177	0,240
Miejsce zamieszkania	-0,097	0,009	-1,686	0,093
PACJENCI				
Płeć	-0,017	0,000	-0,300	0,764
Wiek	-0,007	0,000	-0,113	0,910
Wykształcenie	0,054	0,003	0,926	0,355
Miejsce zamieszkania	0,042	0,002	0,724	0,470

Znajomość pojęcia OTC

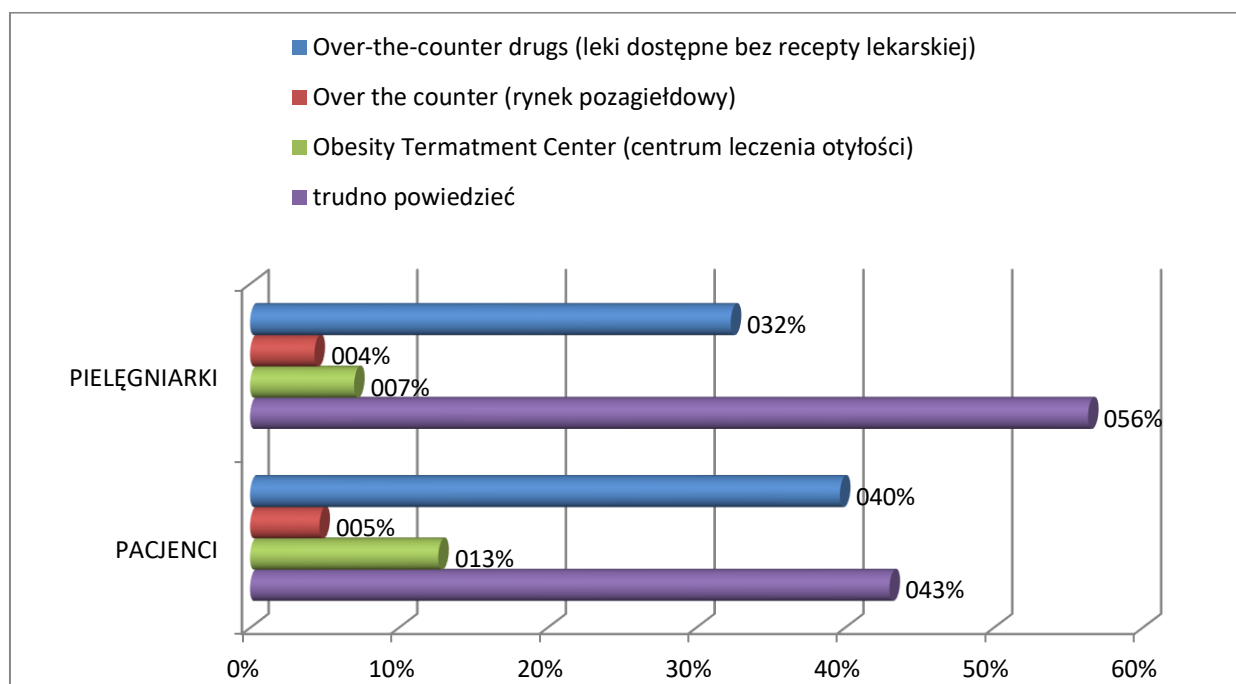
Zbadano wiedzę respondentów w zakresie skrótu OTC.

Prawidłowej odpowiedzi: „*Over-the-counter drugs*” – leki dostępne bez recepty lekarskiej, udzieliło 32,3% pielęgniarek i 39,7% pacjentów.

Jednak w badanej grupie dominowała odpowiedź „*trudno powiedzieć*”: pielęgniarki – 56,4%, pacjenci – 43% (Rycina 12).

Stwierdzono, że pielęgniarki istotnie statystycznie częściej, niż pacjenci wykazały się brakiem wiedzy w zakresie skrótu OTC (Tabela XXXVI).

Nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na znajomość skrótu OTC w obu analizowanych grupach (Tabela XXXVII).



Rycina 12. Znajomość skrótu OTC wśród respondentów

Tabela XXIII. Analiza korelacji pomiędzy znajomością skrótu OTC a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	p
-0,103	0,011	-2,520	0,012*

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

Tabela XXIV. Analiza korelacji pomiędzy znajomością skrótu OTC a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,155	0,010	1,704	0,051
Wykształcenie	0,111	0,012	1,922	0,056
Miejsce zamieszkania	0,056	0,003	0,971	0,332
PACJENCI				
Płeć	-0,102	0,010	-1,765	0,079
Wiek	0,057	0,003	0,991	0,322
Wykształcenie	0,027	0,001	0,461	0,645
Miejsce zamieszkania	0,107	0,012	1,866	0,063

Częstość stosowania leków bez recepty

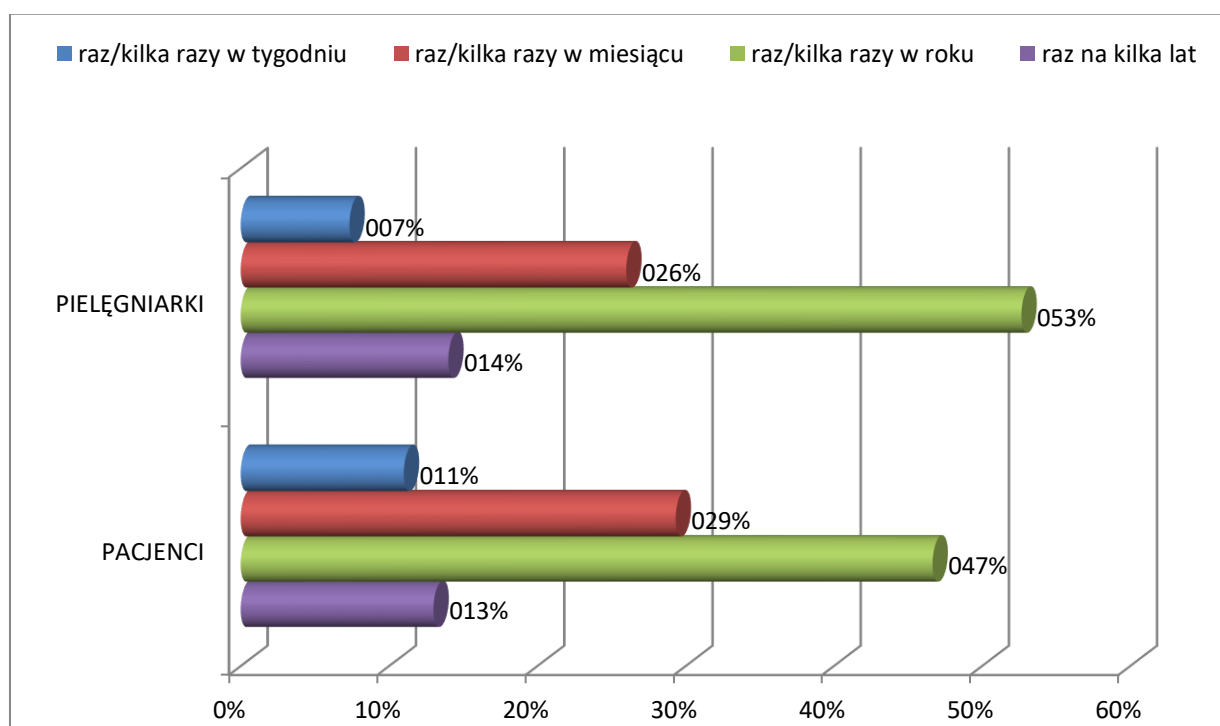
W badanej grupie 52,7% pielęgniarek i 46,7% pacjentów stosowało leki bez recepty raz lub kilka razy do roku.

Środki farmakologiczne z tej grupy z częstotliwością raz lub kilka razy w tygodniu stosowało 7,3% pielęgniarek i 11% pacjentów, a raz na kilka lat – odpowiednio: 14% i 13% z nich.

Wyniki obrazuje Rycina 13.

Nie stwierdzono, aby częstość stosowania leków bez recepty zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela XXXVIII).

Nie wykazano także, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na częstość stosowania leków bez recepty w obu analizowanych grupach (Tabela XXXIX).



Rycina 13. Częstość stosowania leków bez recepty wśród respondentów

Tabela XXV. Analiza korelacji pomiędzy częstością stosowania leków bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

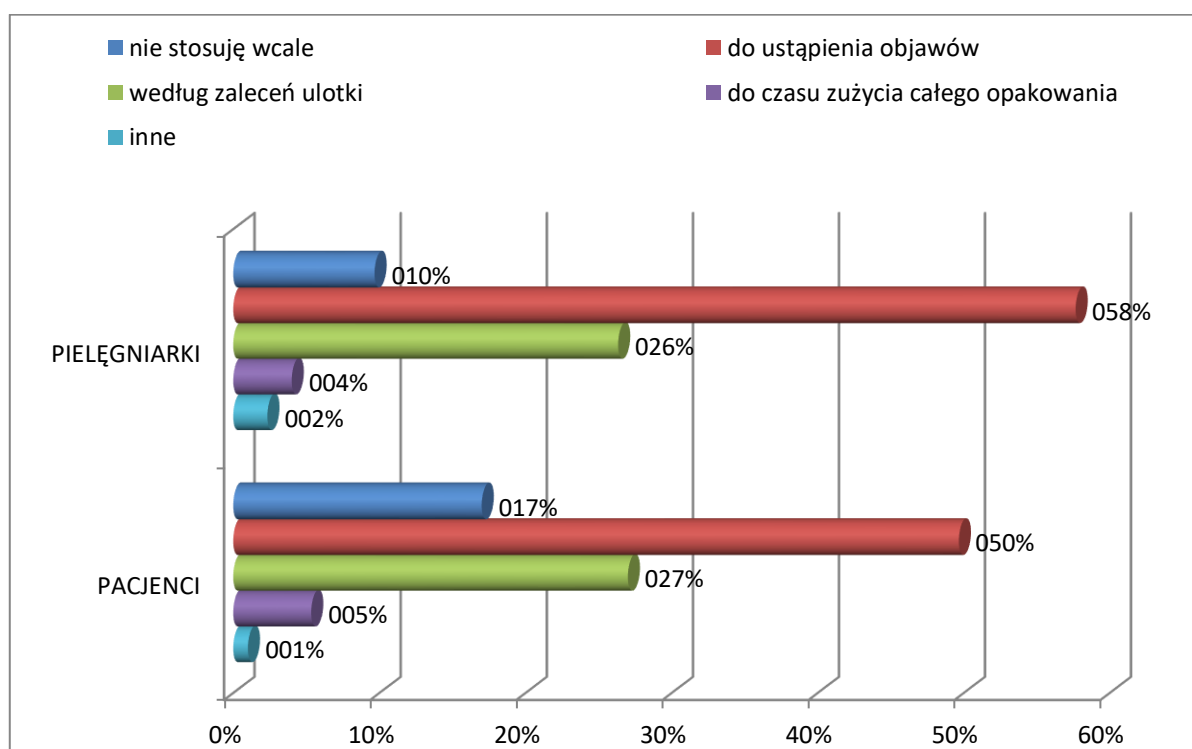
r(X,Y)	r ²	t	P
-0,071	0,005	-1,744	0,082

Tabela XXVI. Analiza korelacji pomiędzy częstością stosowania leków bez recepty a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,039	0,009	1,425	0,056
Wykształcenie	-0,039	0,002	-0,676	0,500
Miejsce zamieszkania	0,008	0,000	0,137	0,891
PACJENCI				
Płeć	0,044	0,002	0,762	0,447
Wiek	0,007	0,000	0,117	0,907
Wykształcenie	0,042	0,002	0,731	0,465
Miejsce zamieszkania	-0,005	0,000	-0,082	0,935

Długość stosowania samoleczenia

W zakresie długości stosowania samoleczenia wśród respondentów najczęściej wskazywana była odpowiedź: „do ustąpienia objawów” – 57,7% pielęgniarek i 49,7% pacjentów.



Rycina 14. Długość stosowania samoleczenia wśród respondentów

Do zaleceń z ulotki w obu grupach stosował się co czwarty ankietowany, a 5% stosowało samoleczenie do momentu zużycia całego opakowania leku. Samoleczenia nie stosowało 17% pacjentów i 9,7% pielęgniarek (Rycina 14).

Nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie wpływały na długość stosowania samoleczenia w obu analizowanych grupach (Tabela XL).

Tabela XXVII. Analiza korelacji pomiędzy długością stosowania samoleczenia a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	-0,089	0,008	-1,542	0,124
Wykształcenie	0,080	0,006	1,385	0,167
Miejsce zamieszkania	0,008	0,000	0,136	0,892
PACJENCI				
Płeć	0,050	0,003	0,865	0,388
Wiek	-0,020	0,000	-0,344	0,731
Wykształcenie	0,027	0,001	0,472	0,637
Miejsce zamieszkania	0,027	0,001	0,473	0,637

Nie stwierdzono, aby długość stosowania samoleczenia zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela XLI).

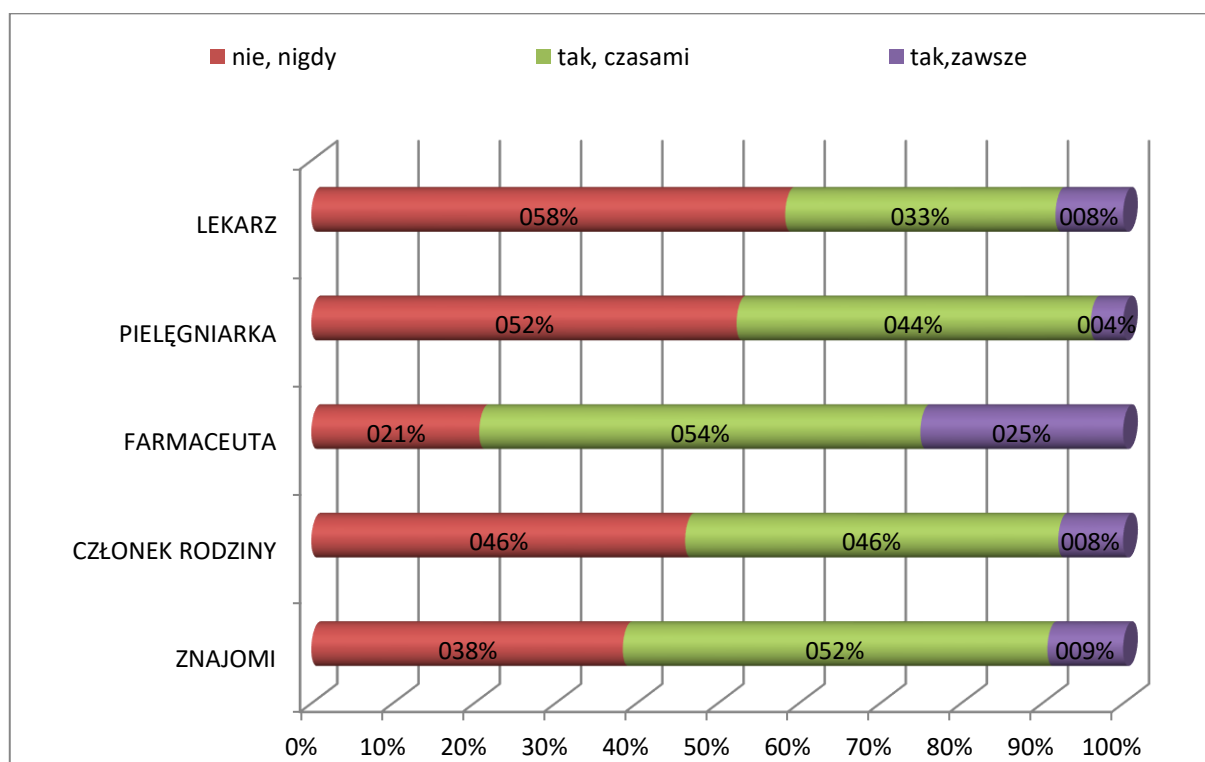
Tabela XXVIII. Analiza korelacji pomiędzy długością stosowania samoleczenia a przynależnością do analizowanych grup

$r(X,Y)$	r^2	t	P
-0,049	0,002	-1,205	0,229

Konsultacje w kwestii stosowania leków bez recepty

Zbadano z kim respondenci konsultowali stosowanie leków i preparatów farmakologicznych dostępnych bez recepty. Ankietowany personel medyczny najczęściej (77,3% grupy) podejmował decyzję o zastosowaniu leku w uzgodnieniu z farmaceutą (25% - „zawsze” i 54,3% - „czasami”).

Najrzadziej w tej kwestii pielęgniarki zwracały się do lekarza, a następnie do innej pielęgniarki – określenia „nigdy” użyło odpowiednio: 58,3% i 52,3% osób w tej grupie badanych (Rycina 15).



Rycina 15. Prowadzone konsultacje w kwestii stosowania leków bez recepty wśród pielęgniarek

Tabela XXIX. Analiza korelacji pomiędzy osobą do konsultacji stosowania środków farmakologicznych bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

Osoba	r(X,Y)	r ²	t	p
Lekarz	0,109	0,012	2,679	0,008**
Pielęgniarka	-0,023	0,001	-0,551	0,582
Farmaceuta	0,007	0,000	0,180	0,857
Członek rodziny	0,163	0,027	4,038	<0,001***
Znajomi	-0,112	0,013	-2,765	0,006**

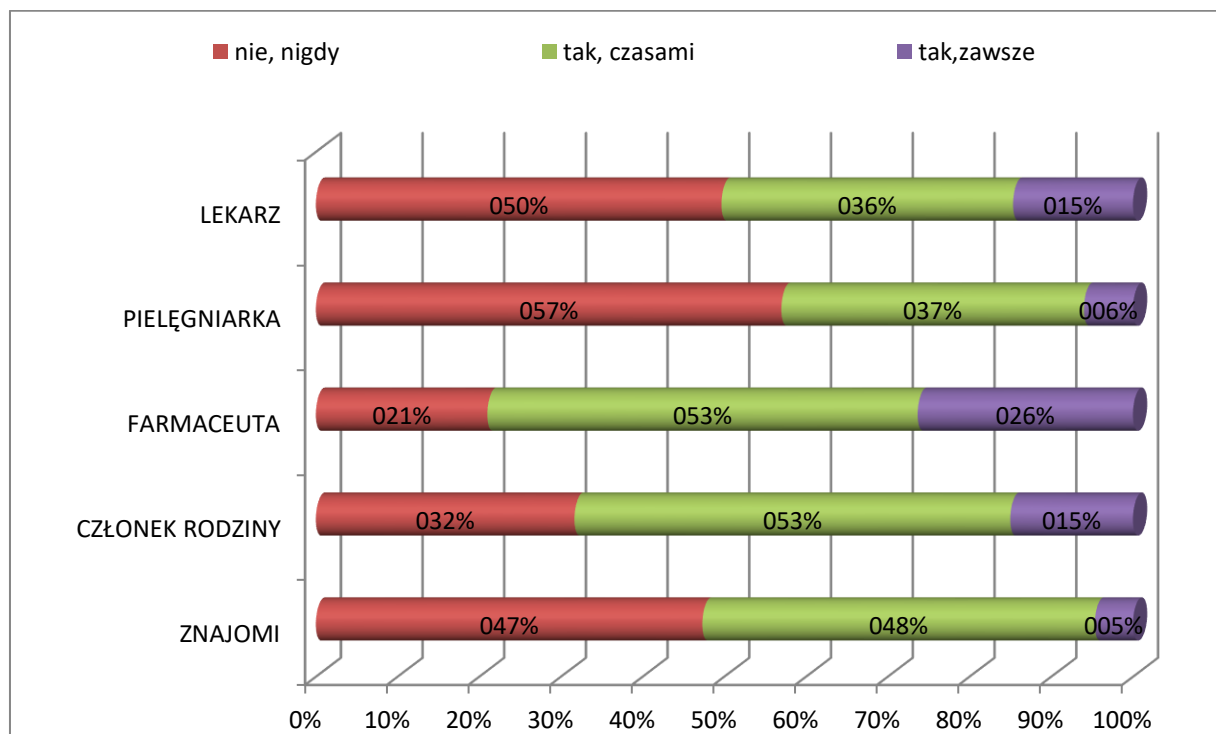
** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

*** zależność bardzo wysoce istotna statystycznie $p < 0,001$

Również w przypadku ankietowanych pacjentów największym (73,7% grupy) uznaniem w powyższej kwestii cieszył się farmaceuta – odpowiedź „zawsze” wskazało 21% badanych, a „czasami” – 52,7%.

Natomiast osobami cieszącymi się najmniejszym zaufaniem w tej kwestii okazały się pielęgniarki („nigdy” – 57% odpowiedzi) i lekarze („nigdy” – 49,7% odpowiedzi).

Stwierdzono, że pacjenci znacząco częściej, niż pielęgniarki w sprawie stosowania leków bez recepty konsultowali się z lekarzem, członkiem rodziny lub znajomymi (Tabela XLII).



Rycina 16. Prowadzone konsultacje w kwestii stosowania leków bez recepty wśród pacjentów

Przyczyny stosowania samoleczenia

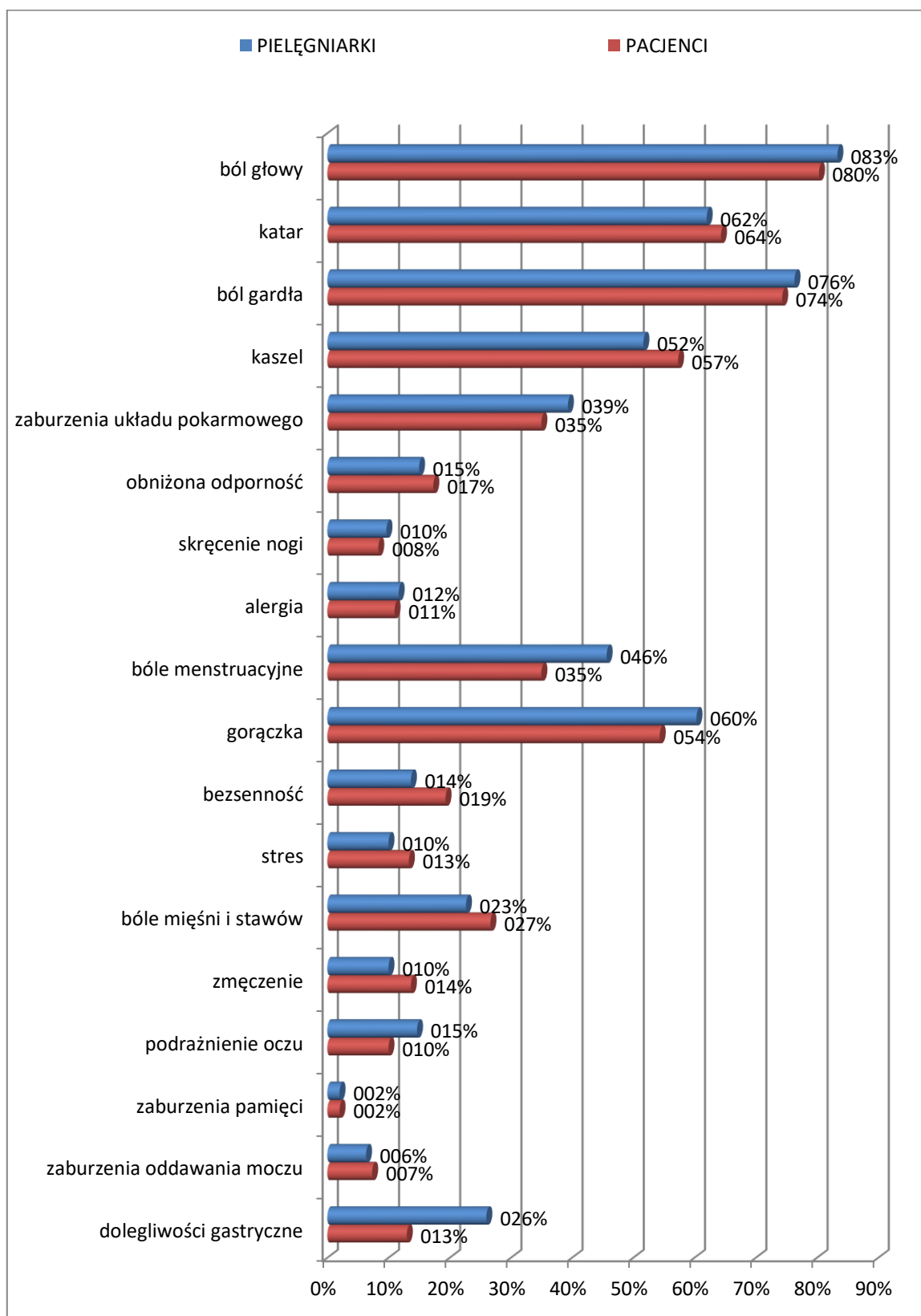
Analizie poddano także przyczyny zastosowania samoleczenia wśród respondentów.

Zarówno wśród pielęgniarek, jak i pacjentów, najczęściej wymienianym powodem był ból głowy – odpowiednio: 83,3% i 80,3%.

Rozkład wszystkich analizowanych przyczyny przedstawiono na Rycinie 17.

Stwierdzono, że pielęgniarki znacząco częściej niż pacjenci stosowały samoleczenie w zakresie bóli menstruacyjnych oraz dolegliwości gastrycznych.

W pozostałych przypadkach nie stwierdzono istotnych zależności (Tabela XLIII).



Rycina 17. Przyczyny zastosowania samoleczenia wśród respondentów

* wyniki nie sumują się do 100% ponieważ możliwa była wielokrotność wyboru odpowiedzi

Tabela XXX. Analiza korelacji pomiędzy przyczyną zastosowania samoleczenia a przynależnością do analizowanych grup

Przyczyna	r(X,Y)	r ²	t	p
ból głowy	-0,039	0,002	-0,952	0,341
katar	0,024	0,001	0,592	0,554
ból gardła	-0,023	0,001	-0,567	0,571
kaszel	0,057	0,003	1,394	0,164
zaburzenia układu pokarmowego	-0,045	0,002	-1,098	0,273
obniżona odporność	0,032	0,001	0,775	0,438
skręcenie nogi	-0,023	0,001	-0,570	0,569
alergia	-0,011	0,000	-0,257	0,797
bóle menstruacyjne	-0,109	0,012	-2,674	0,008**
gorączka	-0,061	0,004	-1,486	0,138
bezsensowność	0,076	0,006	1,872	0,062
stres	0,052	0,003	1,271	0,204
bóle mięśni i stawów	0,046	0,002	1,136	0,256
zmęczenie	0,057	0,003	1,390	0,165
podrażnienie oczu	-0,071	0,005	-1,740	0,082
zaburzenia pamięci	0,003	0,000	0,001	0,999
zaburzenia oddawania moczu	0,020	0,000	0,485	0,628
dolegliwości gastryczne	-0,164	0,027	-4,067	<0,001***

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

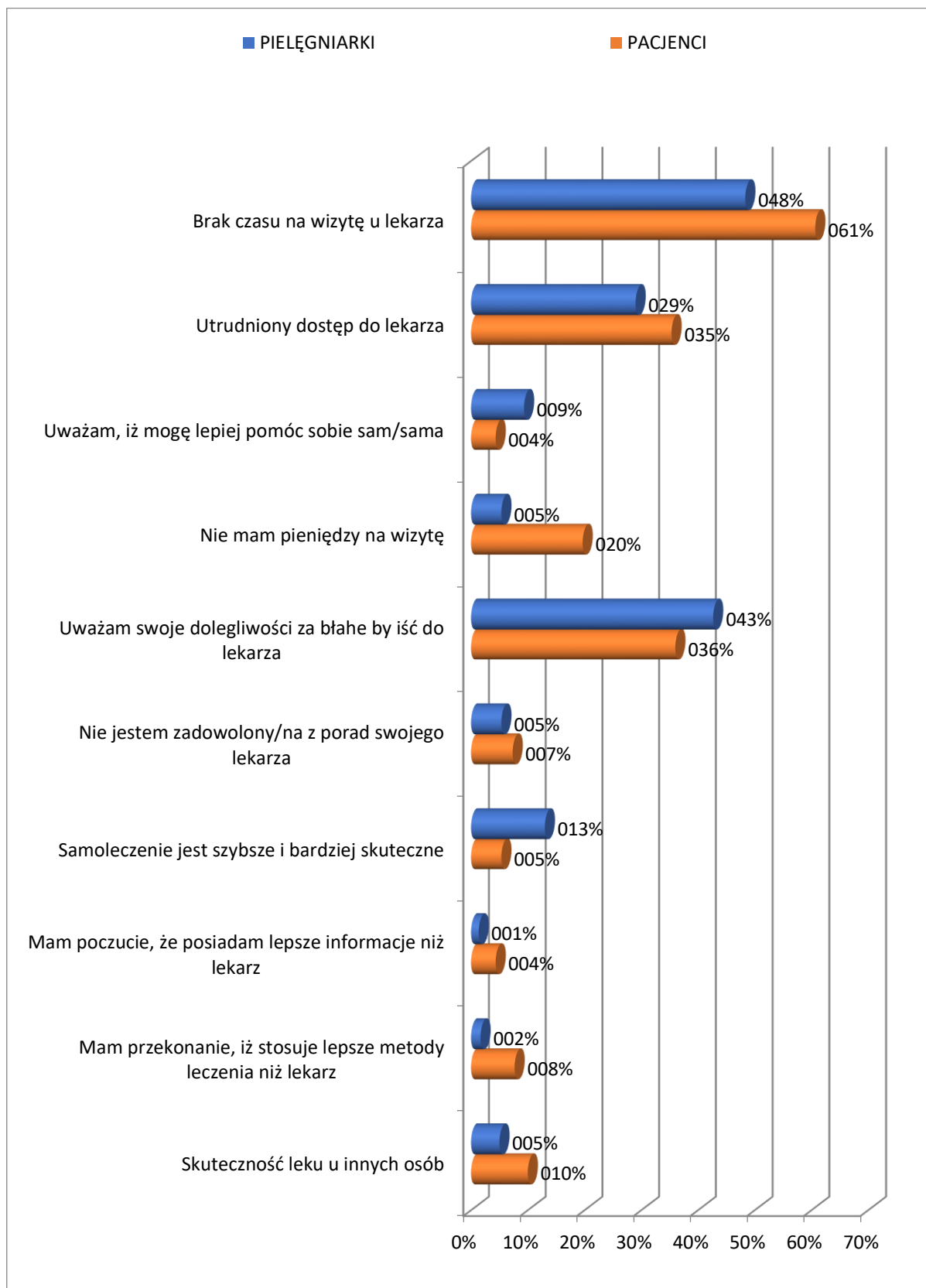
*** zależność bardzo wysoce istotna statystycznie $p < 0,001$

Czynniki wpływające na decyzję o podjęciu samoleczenia

Zarówno pielęgniarki, jak i pacjenci, jako czynnik mający najczęściej wpływ na decyzję o podjęciu samoleczenia podawali brak czasu, a następnie utrudniony dostęp do lekarza oraz określenie swoich dolegliwości jako zbyt błahych, aby wymagały one porad specjalisty. Rozkład wszystkich analizowanych czynników przedstawiono na Rycinie 18.

Stwierdzono, że pielęgniarki znacząco częściej niż pacjenci jako czynnik wpływający na decyzję o podjęciu samoleczenia podawały brak czasu na wizytę oraz przekonanie, iż samoleczenie jest szybsze i bardziej skuteczne, jak również przyjmowały postawę, że same mogą sobie lepiej pomóc niż lekarz.

Natomiast pacjenci istotnie częściej niż personel medyczny byli przekonani, iż sami sobie mogą lepiej pomóc niż lekarz, posiadają lepsze informacje i stosują lepsze metody, jak również opierali się na informacji, że dany lek pomógł innej osobie. Stwierdzono również, że pacjenci znacząco częściej niż pielęgniarki jako czynnik przyczyniający się do podjęcia decyzji o samoleczeniu podawali brak pieniędzy na wizytę. W pozostałych przypadkach nie stwierdzono istotnych zależności (Tabela XLIV).



Rycina 18. Czynniki wpływające na decyzję o podjęciu samoleczenia wśród respondentów

* wyniki nie sumują się do 100% ponieważ możliwa była wielokrotność wyboru odpowiedzi

Tabela XXXI. Analiza korelacji pomiędzy czynnikami wpływającymi na decyzję o podjęciu samoleczenia a przynależnością do analizowanych grup

Czynnik	r(X,Y)	r ²	t	P
Brak czasu na wizytę u lekarza	0,124	0,015	3,052	0,002**
Utrudniony dostęp do lekarza	0,068	0,005	1,662	0,097
Uważam, iż mogę lepiej pomóc sobie sam/sama	-0,099	0,010	-2,435	0,015*
Nie mam pieniędzy na wizytę	0,217	0,047	5,428	<0,001***
Uważam swoje dolegliwości za błahe by iść do lekarza	-0,068	0,005	-1,673	0,095
Nie jestem zadowolony/na z porad swojego lekarza	0,041	0,002	1,005	0,315
Samoleczenie jest szybsze i bardziej skuteczne	-0,133	0,018	-3,278	0,001**
Mam poczucie, że posiadam lepsze informacje niż lekarz	0,090	0,008	2,220	0,027*
Mam przekonanie, iż stosuje lepsze metody leczenia niż lekarz	0,142	0,020	3,514	<0,001***
Skuteczność leku u innych osób	0,095	0,009	2,332	0,020*

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

*** zależność bardzo wysoce istotna statystycznie $p < 0,001$

Stosowane metody samoleczenia

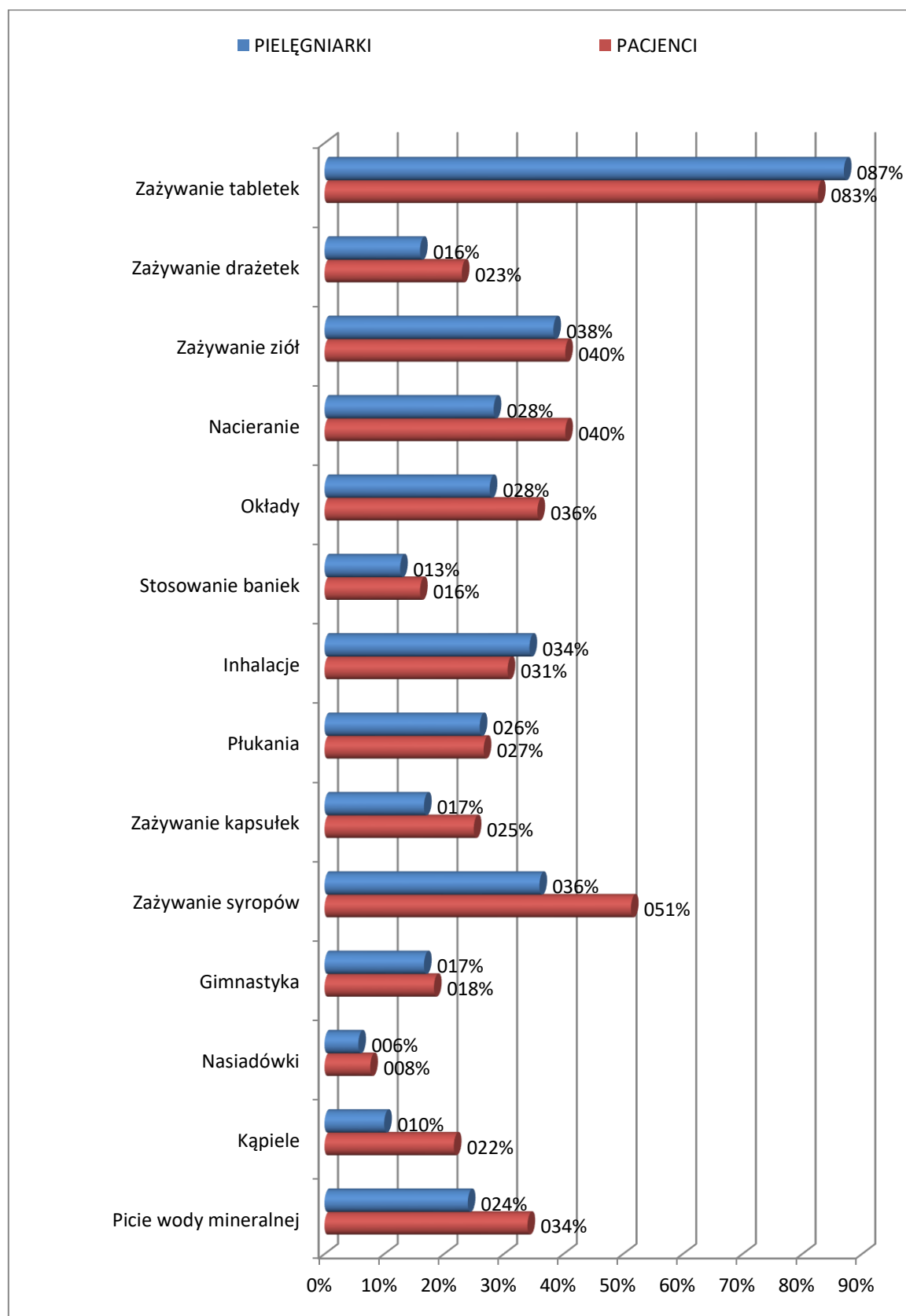
W kolejnym etapie badania zbadano jakie metody samoleczenia wykorzystują respondenci.

W obu grupach najczęściej stosowanym środkiem było zażywanie tabletek: 87% pielęgniarek i 82,7% pacjentów.

Otrzymane wyniki wskazują, że pacjenci korzystali z większej różnorodności dostępnych metod leczenia (Rycina 19).

Stwierdzono, że pacjenci istotnie statystycznie częściej niż pielęgniarki korzystali z takich metod samoleczenia jak: zażywanie syropów, drażetek i kapsułek, nacieranie i okłady, kąpiele, picie wody mineralnej.

W pozostałych przypadkach nie stwierdzono istotnych zależności (Tabela XLV).



Rycina 19. Stosowane metody samoleczenia wśród respondentów

* wyniki nie sumują się do 100% ponieważ możliwa była wielokrotność wyboru odpowiedzi

Tabela XXXII. Analiza korelacji pomiędzy stosowanymi metodami samoleczenia a przynależnością do analizowanych grup

Metody	r(X,Y)	r ²	t	p
Zażywanie tabletek	-0,060	0,004	-1,480	0,139
Zażywanie drażetek	0,088	0,008	2,169	0,030*
Zażywanie ziół	0,020	0,000	0,501	0,617
Nacieranie	0,126	0,016	3,115	0,002**
Oklady	0,086	0,007	2,111	0,035*
Stosowanie baniek	0,048	0,002	1,164	0,245
Inhalacje	-0,039	0,002	-0,958	0,338
Plukania	0,008	0,000	0,185	0,853
Zażywanie kapsulek	0,103	0,011	2,522	0,012*
Zażywanie syropów	0,155	0,024	3,826	<0,001***
Gimnastyka	0,022	0,000	0,536	0,592
Nasiadówki	0,040	0,002	0,981	0,327
Kąpiele	0,160	0,026	3,958	<0,001***
Picie wody mineralnej	0,110	0,012	2,711	0,007**

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

*** zależność bardzo wysoce istotna statystycznie $p < 0,001$

Postępowanie w przypadku braku efektów samoleczenia

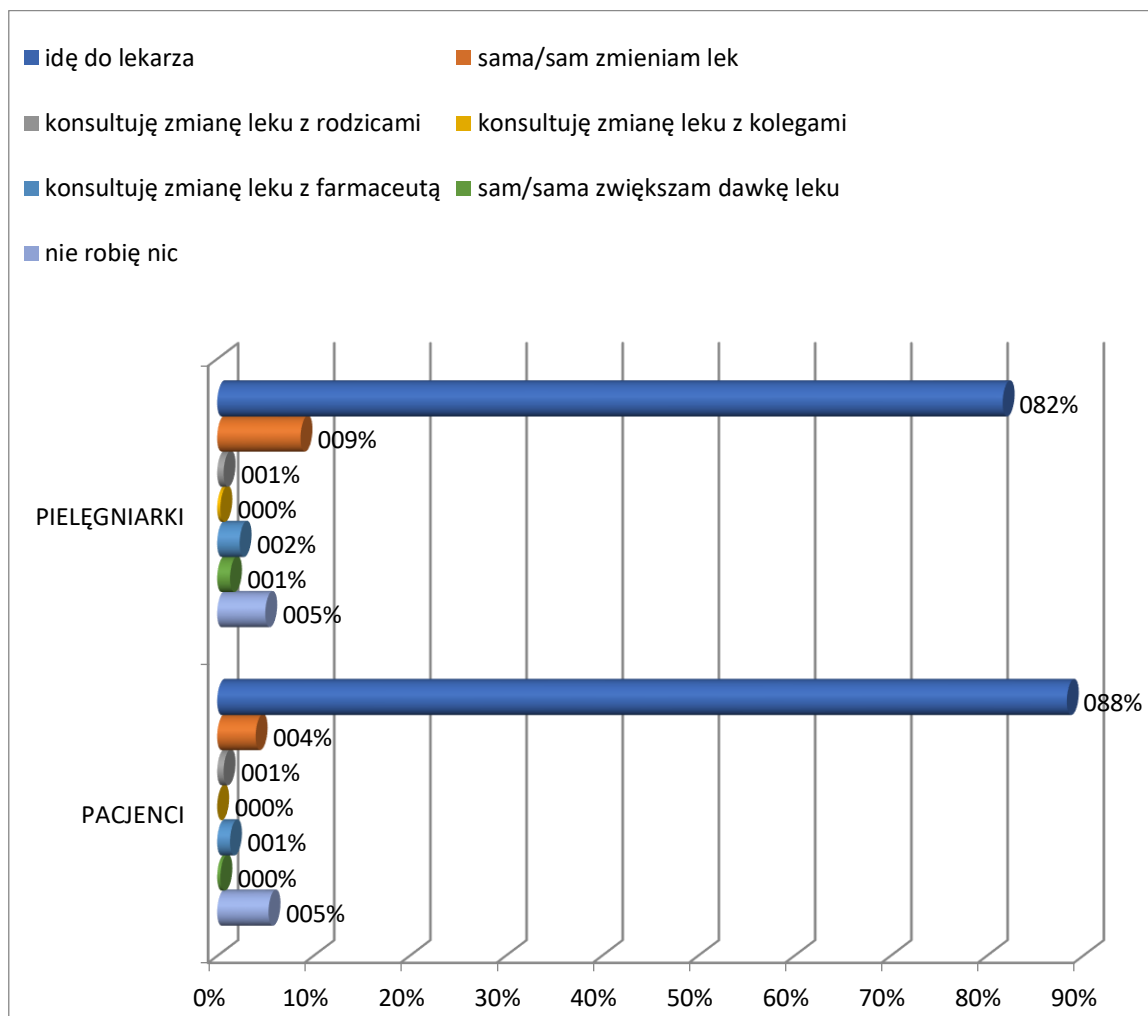
Dominująca grupa respondentów, zarówno wśród pielęgniarek jak i pacjentów, w przypadku braku oczekiwanych efektów prowadzonego procesu samoleczenia zwróciłyby się o poradę do lekarza, w tym odpowiednio 81,7% pielęgniarek i 88,3% pacjentów (Rycina 20).

Nie stwierdzono, aby postępowanie w przypadku braku efektów samoleczenia zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela XLVI).

Tabela XXXIII. Analiza korelacji pomiędzy postępowaniem w przypadku braku efektów samoleczenia a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	p
-0,062	0,004	-1,530	0,127

Nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na sposób postępowania w przypadku braku efektów samoleczenia w obu analizowanych grupach (Tabela XLVII).



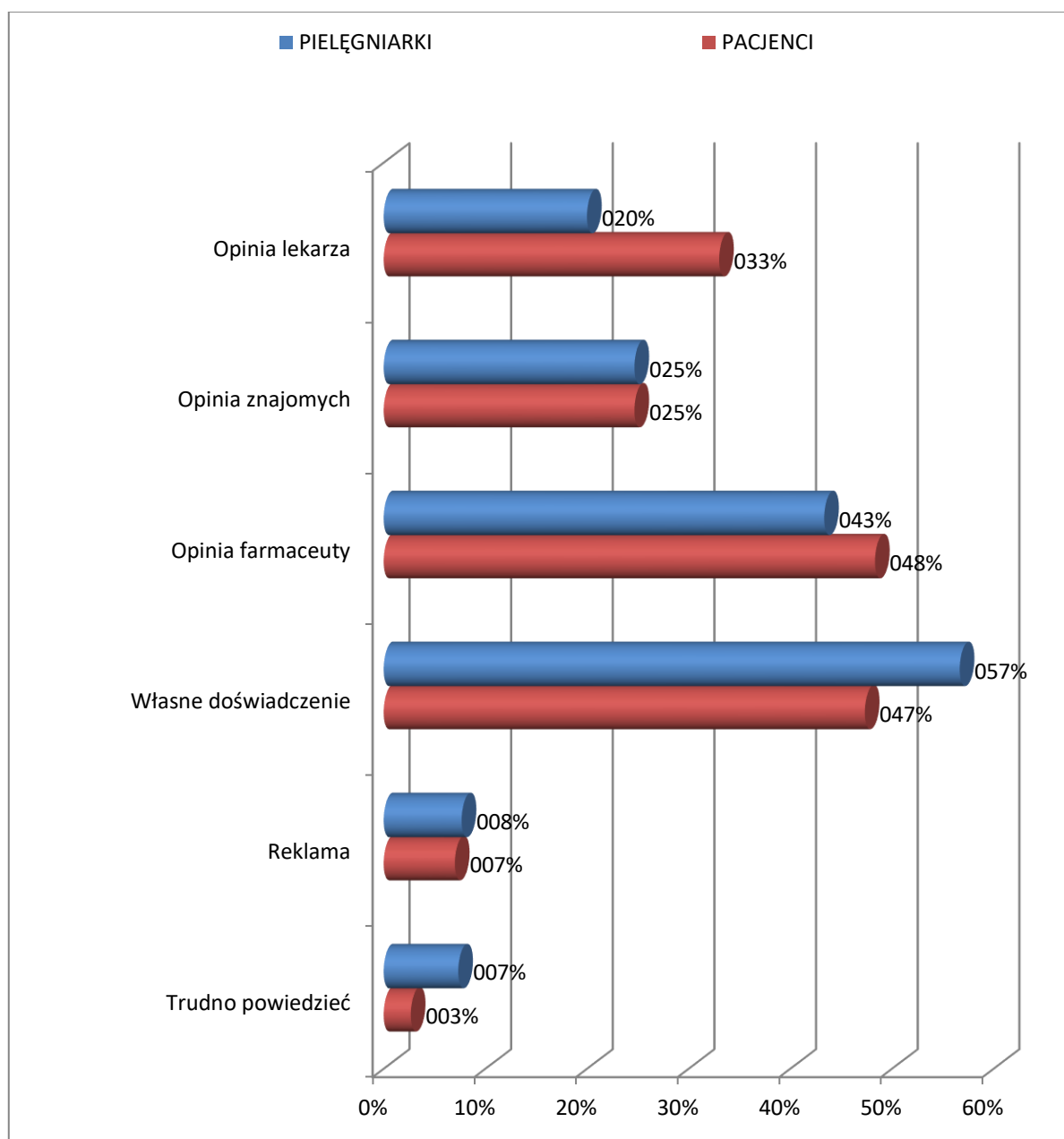
Rycina 20. Postępowanie w przypadku braku efektów samoleczenia wśród respondentów

Tabela XXXIV. Analiza korelacji pomiędzy postępowaniem w przypadku braku efektów samoleczenia a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	0,094	0,009	1,634	0,103
Wykształcenie	-0,117	0,014	-2,033	0,053
Miejsce zamieszkania	-0,044	0,002	-0,767	0,444
PACJENCI				
Płeć	-0,061	0,004	-1,049	0,295
Wiek	0,058	0,003	1,004	0,316
Wykształcenie	0,008	0,000	0,130	0,897
Miejsce zamieszkania	-0,026	0,001	-0,443	0,658

Czynniki wpływające na wybór leków/preparatów bez recepty

W momencie wyboru leku ankietowany personel pielęgniarski kierował się przede wszystkim własnym doświadczeniem (56,7%) oraz opinią farmaceuty (43,3%). Oba te czynniki były również bardzo ważne dla ankietowanych pacjentów – odpowiednio: 47,3% i 48,3%, ale wskazali oni także, że ważna jest dla nich opinia lekarza (33%). Zaledwie około 7% respondentów wskazało, że czynnikiem znaczącym była reklama (Rycina 21).



Rycina 21. Czynniki wpływające na wybór leku/preparatu bez recepty wśród respondentów

* wyniki nie sumują się do 100% ponieważ możliwa była wielokrotność wyboru odpowiedzi

Stwierdzono, że pacjenci istotnie statystycznie częściej przy wyborze leku bez recepty kierowali się opinią lekarza, a pielęgniarki znacząco częściej opierały się na własnym doświadczeniu.

Jednocześnie wykazano, że pielęgniarki znacząco częściej nie potrafiły określić jaki czynnik ma dla nich znaczenie podczas wyboru leku bez recepty.

Wyniki obrazuje Tabela XLVIII.

Tabela XXXV. Analiza korelacji pomiędzy czynnikami wpływającymi na wybór leku/preparatu bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

Czynnik	r(X,Y)	r ²	t	p
Opinia lekarza	0,147	0,022	3,641	<0,001***
Opinia znajomych	0,005	0,000	0,002	0,999
Opinia farmaceuty	0,050	0,003	1,229	0,220
Własne doświadczenie	-0,093	0,009	-2,294	0,022*
Reklama	-0,013	0,000	-0,313	0,755
Trudno powiedzieć	-0,107	0,011	-2,633	0,009**

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku bez recepty

Nie stwierdzono, aby zapozdawanie się z ulotką informacyjną zależało istotnie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela XLIX).

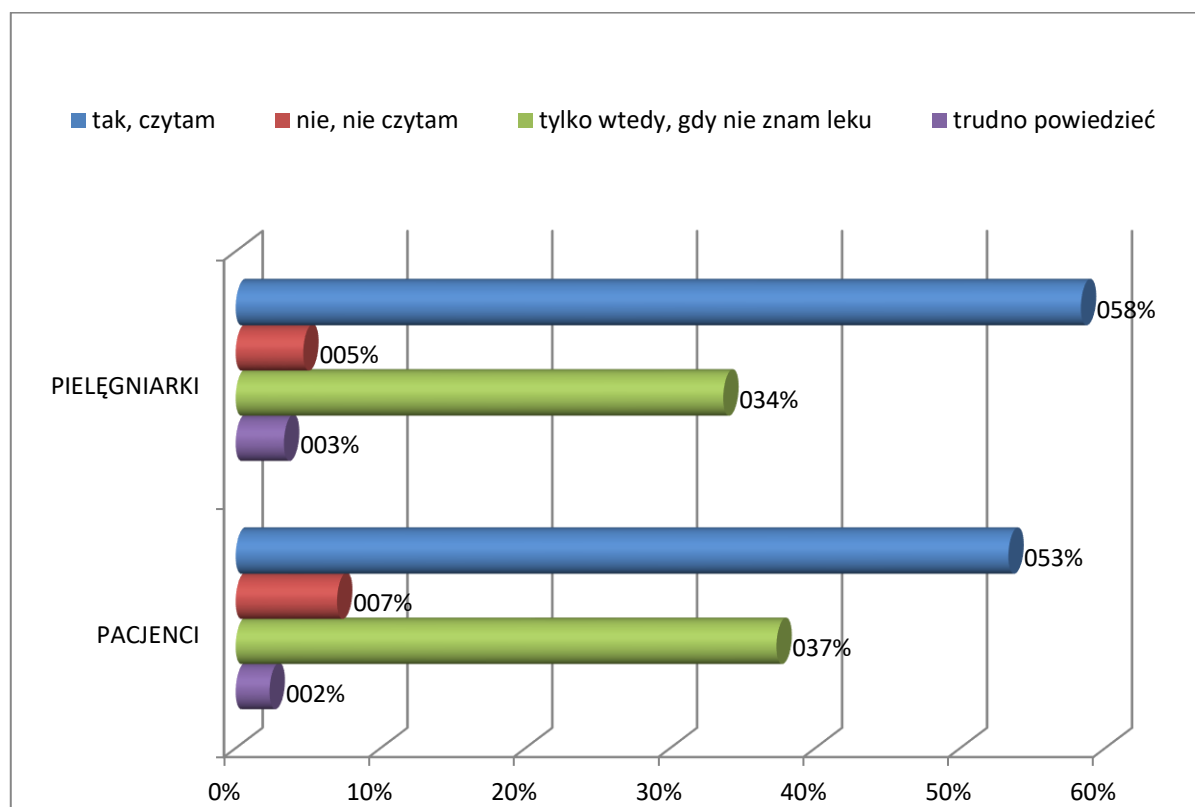
Tabela XXXVI. Analiza korelacji pomiędzy zapoznaniem się z ulotką informacyjną dołączoną do leku bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
0,033	0,001	0,813	0,416

Zbadano, czy respondenci zapoznają się z informacjami o leku zawartymi w ulotce. Tylko 4,7% pielęgniarek i 7% pacjentów wskazało, że nie korzysta z dołączonej ulotki.

Wśród pozostałych badanych 58,3% pielęgniarek i 53,3% pacjentów deklarowało, że zawsze zapoznaje się z ulotką,. Czyniło to tylko w przypadku, gdy nie znają leku a 33,7% pielęgniarek i 37,3% pacjentów

Wyniki obrazuje Rycina 22.



Rycina 22. Zapoznanie się z ulotką informacyjną dołączoną do leku bez recepty wśród respondentów

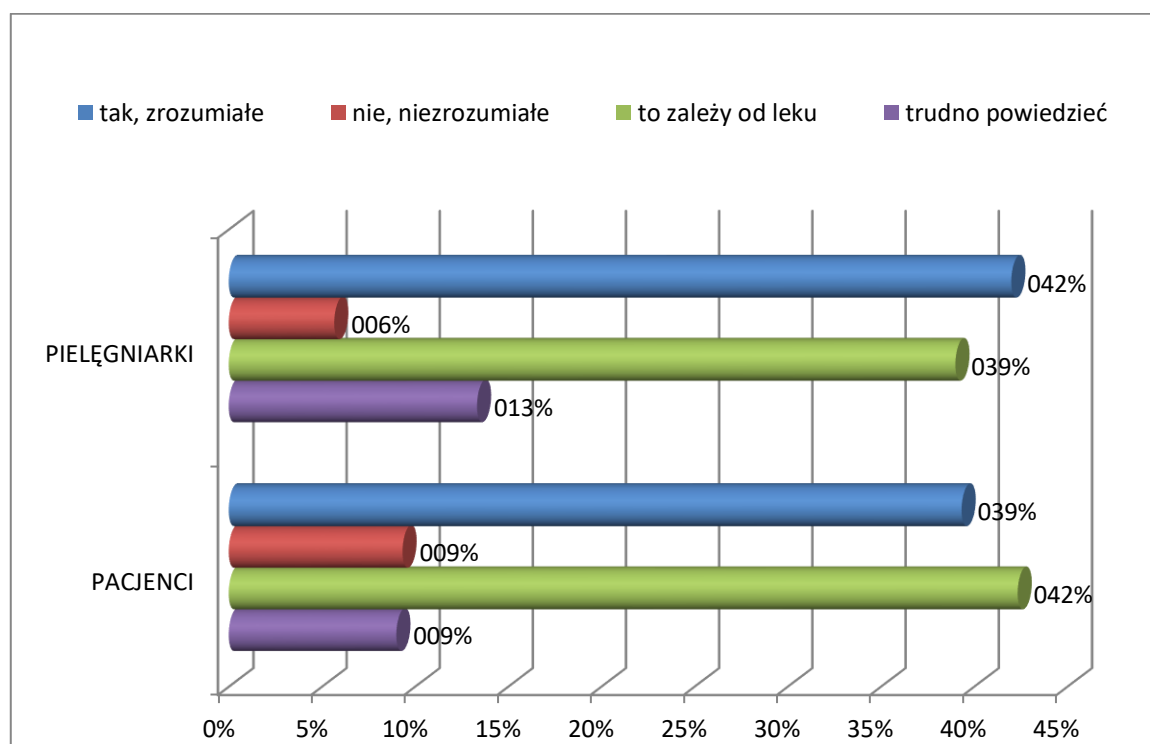
Nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie wpływały na zapoznanie się z ulotką informacyjną o leku w obu analizowanych grupach (Tabela L).

Tabela XXXVII. Analiza korelacji pomiędzy postępowaniem w przypadku braku efektów samoleczenia a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	-0,099	0,010	-1,720	0,086
Wykształcenie	0,034	0,001	0,585	0,559
Miejsce zamieszkania	0,000	0,000	0,005	0,996
PACJENCI				
Płeć	-0,097	0,009	-1,684	0,093
Wiek	-0,004	0,000	-0,062	0,950
Wykształcenie	-0,070	0,005	-1,219	0,224
Miejsce zamieszkania	-0,022	0,000	-0,384	0,701

Ocena informacji zawartych w ulotce o leku

Zdaniem 42% pielęgniarek i 39,3% pacjentów informacje zawarte w ulotce o leku są zrozumiałe. Zbliżona liczba badanych określiła, że poziom zrozumienia zależy od rodzaju leku, odpowiednio- pielęgniarki 39% i pacjenci 42,4%. Informacje zawarte w ulotkach nie były zrozumiałe w opinii 5,7% pielęgniarek i 9,3% pacjentów (Rycina 23).



Rycina 23. Ocena informacji zawartych w ulotce o leku wśród respondentów

Nie stwierdzono, aby ocena informacji zawartych w ulotce o leku zależała istotnie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela LI).

Tabela XXXVIII. Analiza korelacji pomiędzy oceną informacji zawartych w ulotce o leku a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
-0,012	0,000	-0,296	0,767

Stwierdzono, że wśród pacjentów poziom zrozumienia informacji zawartych w ulotce obniżał się wraz z wiekiem badanego. Nie stwierdzono natomiast, aby pozostałe zmienne jak:

pleć, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie wpływały na ocenę jasności informacji zawartych w ulotce o leku w obu analizowanych grupach (Tabela LII).

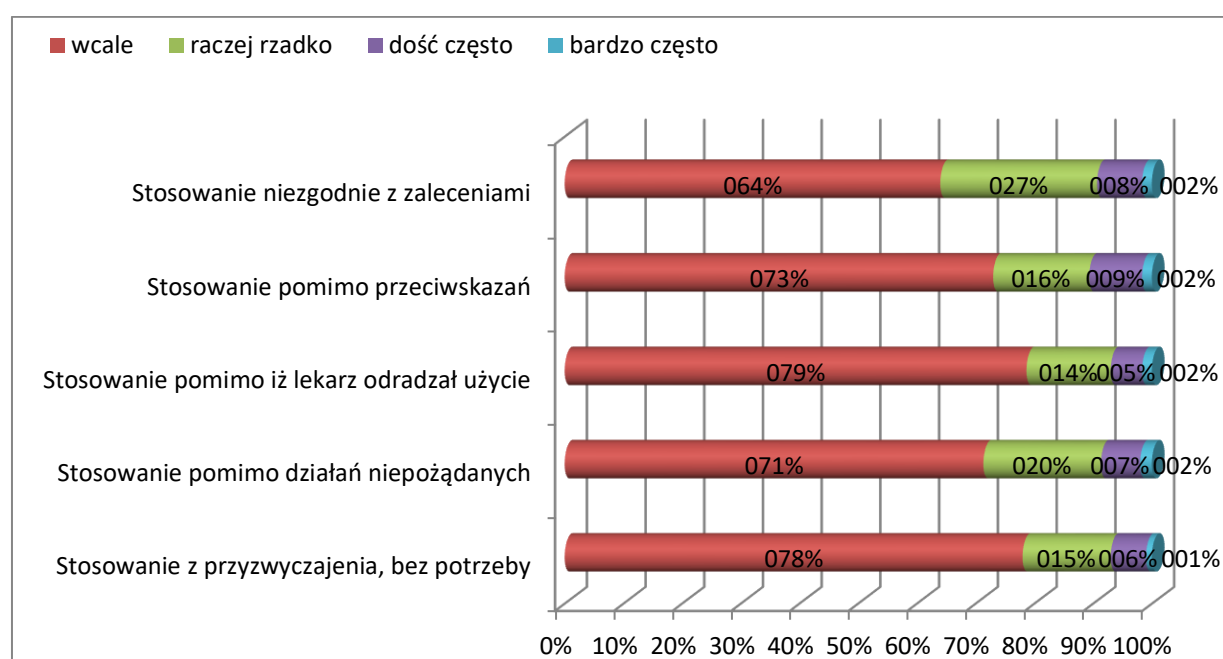
Tabela XXXIX. Analiza korelacji pomiędzy oceną informacji zawartych w ulotce o leku a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	-0,068	0,005	-1,177	0,240
Wykształcenie	-0,009	0,000	-0,151	0,880
Miejsce zamieszkania	0,021	0,000	0,361	0,718
PACJENCI				
Płeć	0,019	0,000	0,329	0,742
Wiek	0,166	0,028	2,913	0,004**
Wykształcenie	0,000	0,000	-0,001	0,999
Miejsce zamieszkania	0,024	0,001	0,413	0,680

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

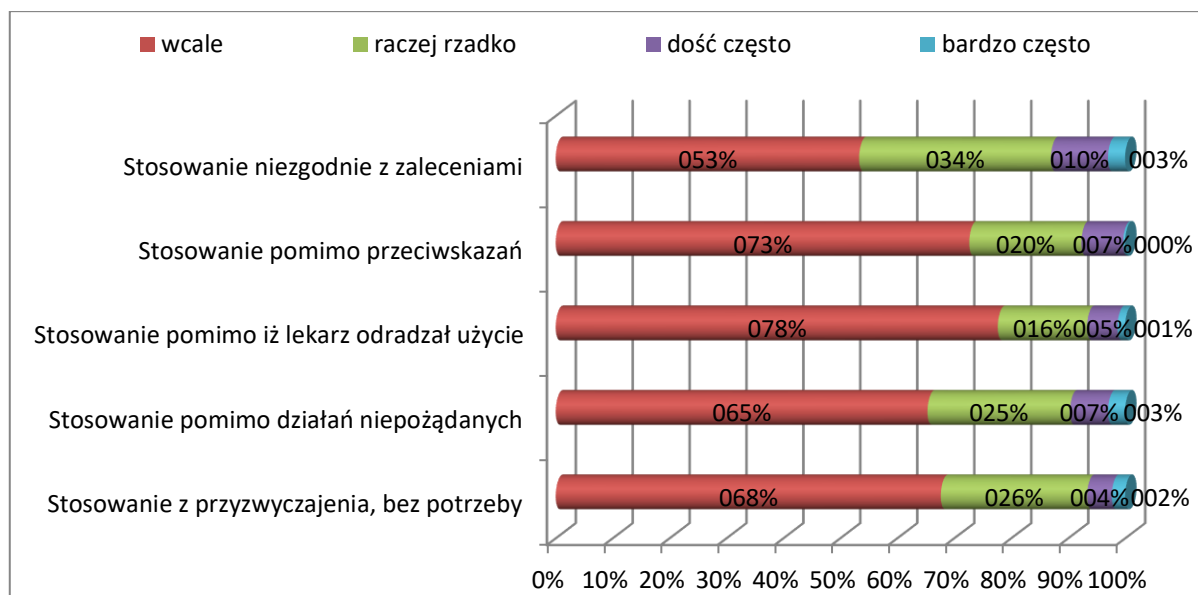
Stosowane leków bez recepty niezgodnie z zaleceniami

W badanej grupie pielęgniarek rzadko zdarzały się sytuacje nieprawidłowego stosowania leku bez recepty lub wbrew zaleceniom zawartym w ulotce, czy poradom lekarza (Rycina 24).



Rycina 24. Stosowanie leków bez recepty niezgodnie z zaleceniami wśród pielęgniarek

Wśród ankietowanych pacjentów tylko 53,3% wskazało, że nigdy nie użyło leku bez recepty niezgodnie z zaleceniami, ale w przypadku 33,7% taki incydent miał miejsce. Pozostałe sytuacje dla około 90% badanych nie pojawiały się lub występowały bardzo rzadko (Rycina 25).



Rycina 25. Stosowanie leków bez recepty niezgodnie z zaleceniami wśród pacjentów

Stwierdzono, że pacjenci znacząco częściej niż pielęgniarki stosowali leki bez recepty niezgodnie z zaleceniami, np. zwiększając jego dawkę, używając go dłużej niż to wskazane oraz znacząco częściej stosowali lek z przyzwyczajenia, choć nie było to konieczne (Tabela LIII).

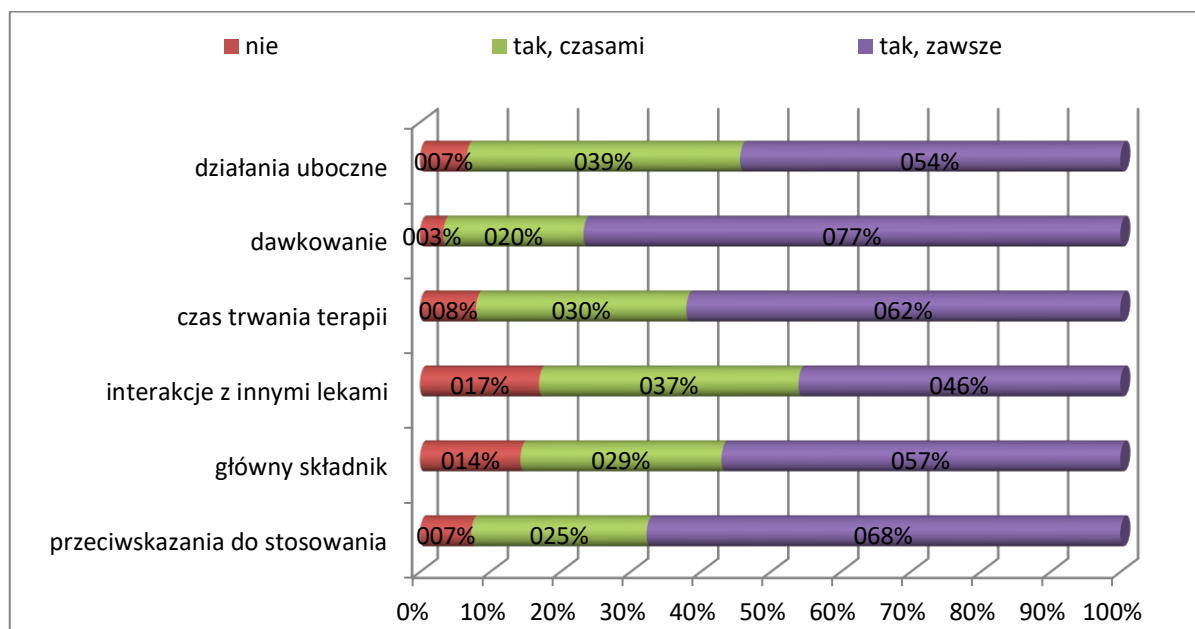
Tabela XL. Analiza korelacji pomiędzy sytuacją nieprawidłowego stosowania leku bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

Sytuacja	r(X,Y)	r ²	t	p
Stosowanie niezgodnie z zaleceniami	0,104	0,011	2,564	0,011*
Stosowanie pomimo przeciwwskazań	-0,030	0,001	-0,724	0,470
Stosowanie pomimo iż lekarz odradzał użycie	0,003	0,000	0,064	0,949
Stosowanie pomimo działań niepożądanych	0,055	0,003	1,347	0,178
Stosowanie z przyzwyczajenia, bez potrzeby	0,086	0,007	2,114	0,035*

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

Zdobywanie informacji odnoszących się do leku

W sytuacji zastosowania leku bez recepty ankietowane pielęgniarki interesowały się przede wszystkim dawkowaniem leku oraz przeciwwskazaniami jego do stosowania, a . najrzadziej - interakcjami z innymi lekami (Rycina 26).



Rycina 26. Informacje zdobywane wśród pielęgniarek

Stwierdzono, że pielęgniarki istotnie częściej niż pacjenci wykazywały zainteresowanie głównym składnikiem leku, działaniami ubocznymi, interakcjami z innymi lekami oraz przeciwwskazaniami do zastosowania (Tabela LIV).

Tabela XLI. Analiza korelacji pomiędzy zdobywanymi informacjami o leku a przynależnością do analizowanych grup

Informacje	r(X,Y)	r ²	t	P
działania uboczne	-0,118	0,014	-2,909	0,004**
dawkowanie	-0,033	0,001	-0,814	0,416
czas trwania terapii	-0,070	0,005	-1,716	0,087
interakcje z innymi lekami	-0,089	0,008	-2,174	0,030*
główny składnik	-0,237	0,056	-5,976	<0,001***
przeciwwskazania do stosowania	-0,099	0,010	-2,431	0,015*

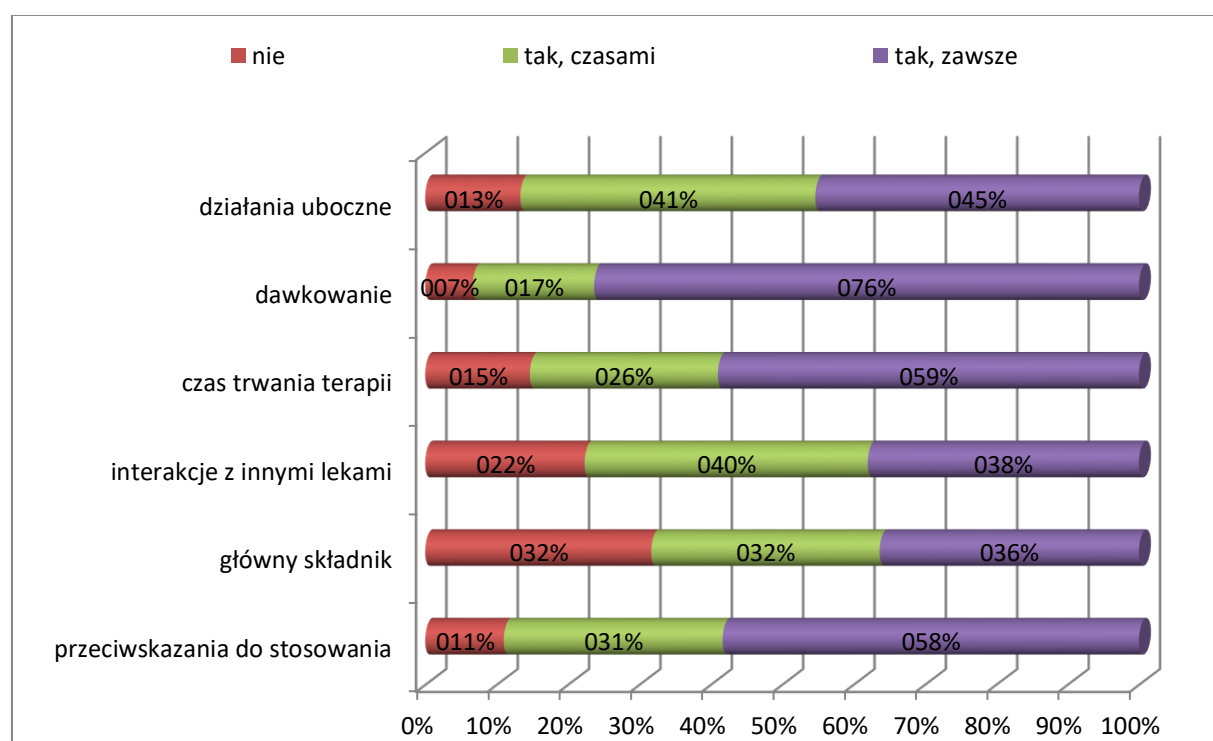
* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$; ** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

*** zależność bardzo wysoce istotna statystycznie $p < 0,001$

Również ankietowani pacjenci w sytuacji zastosowania leku bez recepty zapoznawali się przede wszystkim z jego dawkowaniem.

Najmniejsze zainteresowanie w tej grupie okazywano głównemu składnikowi oraz interakcji z innymi lekami.

Pacjenci w porównaniu do pielęgniarek częściej przyjmowali postawę „czasami” niż „zawsze” (Rycina 27).



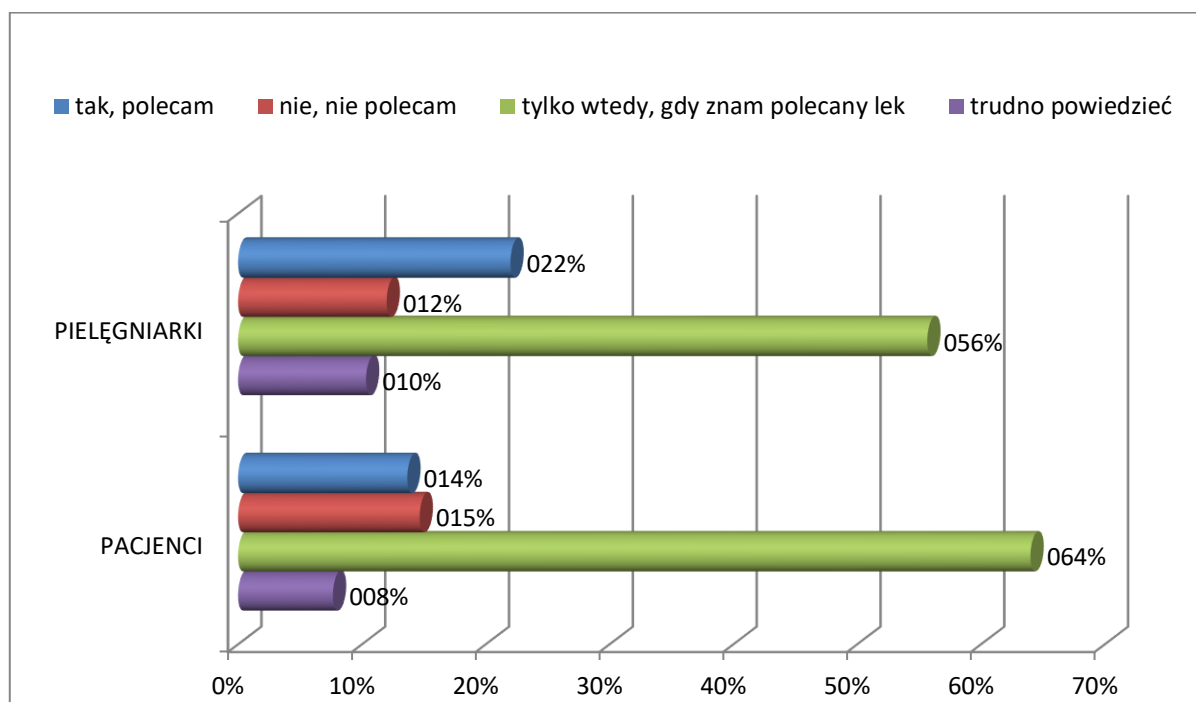
Rycina 27. Informacje zdobywane wśród pacjentów

Propagowanie samoleczenia lekami dostępnymi bez recepty

Samoleczenie preparatami dostępnymi bez recepty poleciłoby 77,7% pielęgniarek i 77,7% pacjentów, w tym 55,7% pielęgniarek i 64% pacjentów tylko w sytuacji, gdy polecany lek jest im znany (Rycina 28).

Nie stwierdzono, aby postawa propagowania samoleczenia preparatami dostępnymi bez recepty zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela LV).

Nie stwierdzono także, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie, czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie wpływały na propagowanie samoleczenia środkami dostępnymi bez recepty w obu analizowanych grupach (Tabela LVI).



Rycina 28. Propagowanie samoleczenia lekami dostępnymi bez recepty wśród respondentów

Tabela XLII. Analiza korelacji pomiędzy propagowaniem samoleczenia a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
0,064	0,004	1,576	0,116

Tabela XLIII. Analiza korelacji pomiędzy propagowaniem samoleczenia a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

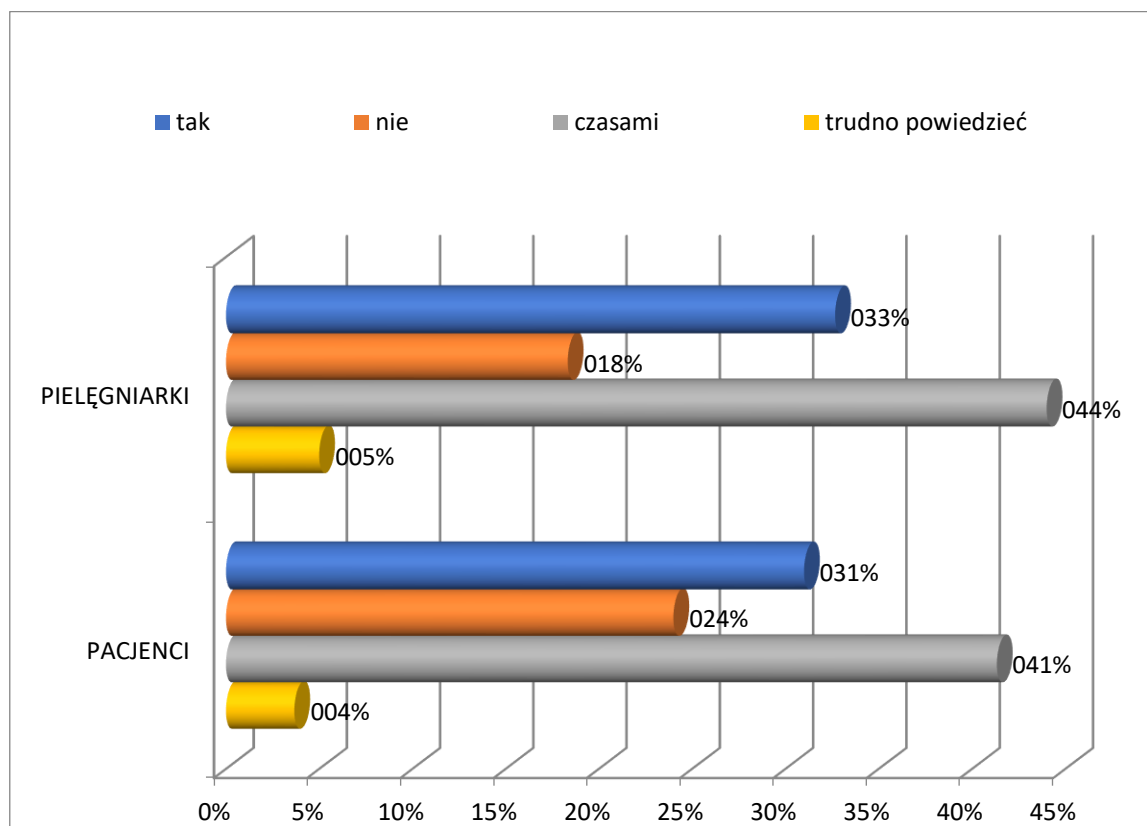
Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	p
PIEŁĘGNIARKI				
Wiek	-0,066	0,004	-1,148	0,252
Wykształcenie	0,005	0,000	0,085	0,932
Miejsce zamieszkania	0,009	0,000	0,160	0,873
PACJENCI				
Płeć	0,069	0,005	1,201	0,231
Wiek	0,026	0,001	0,444	0,658
Wykształcenie	0,072	0,005	1,245	0,214
Miejsce zamieszkania	-0,032	0,001	-0,554	0,580

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$; ** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

*** zależność bardzo wysoce istotna statystycznie $p < 0,001$

Jednoczesne stosowanie leków dostępnych bez recepty i na receptę

Jednoczesne stosowanie leków dostępnych bez recepty i na receptę dotyczyła co trzeciej ankietowanej osoby. Sytuacja ta nigdy nie miała miejsca w przypadku 18,3% pielęgniarek i 31% pacjentów (Rycina 29).



Rycina 29. Jednoczesne stosowanie leków bez recepty i na receptę wśród respondentów

Nie stwierdzono, aby jednoczesne stosowanie leków na i bez recepty zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela LVII).

Tabela XLIV. Analiza korelacji pomiędzy jednoczesnym stosowaniem leków bez i na receptę a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
-0,020	0,000	-0,478	0,633

W przypadku pacjentów nie stwierdzono, aby zmienne: płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie wpływały na jednoczesne stosowanie leków na i bez recepty.

W przypadku pielęgniarek okazało się, że wraz z wiekiem respondentki istotnie częściej stosowały jednocześnie leki na i bez recepty (Tabela LVIII).

Tabela XLV. Analiza korelacji pomiędzy jednoczesnym stosowaniem leków bez i na receptę a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	-0,208	0,043	-3,674	<0,001***
Wykształcenie	-0,032	0,001	-0,559	0,576
Miejsce zamieszkania	0,117	0,014	1,030	0,053
PACJENCI				
Płeć	-0,090	0,008	-1,553	0,121
Wiek	-0,052	0,003	-0,904	0,367
Wykształcenie	-0,105	0,011	-1,830	0,068
Miejsce zamieszkania	-0,052	0,003	-0,897	0,370

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

Preparaty stosowane w samoleczeniu

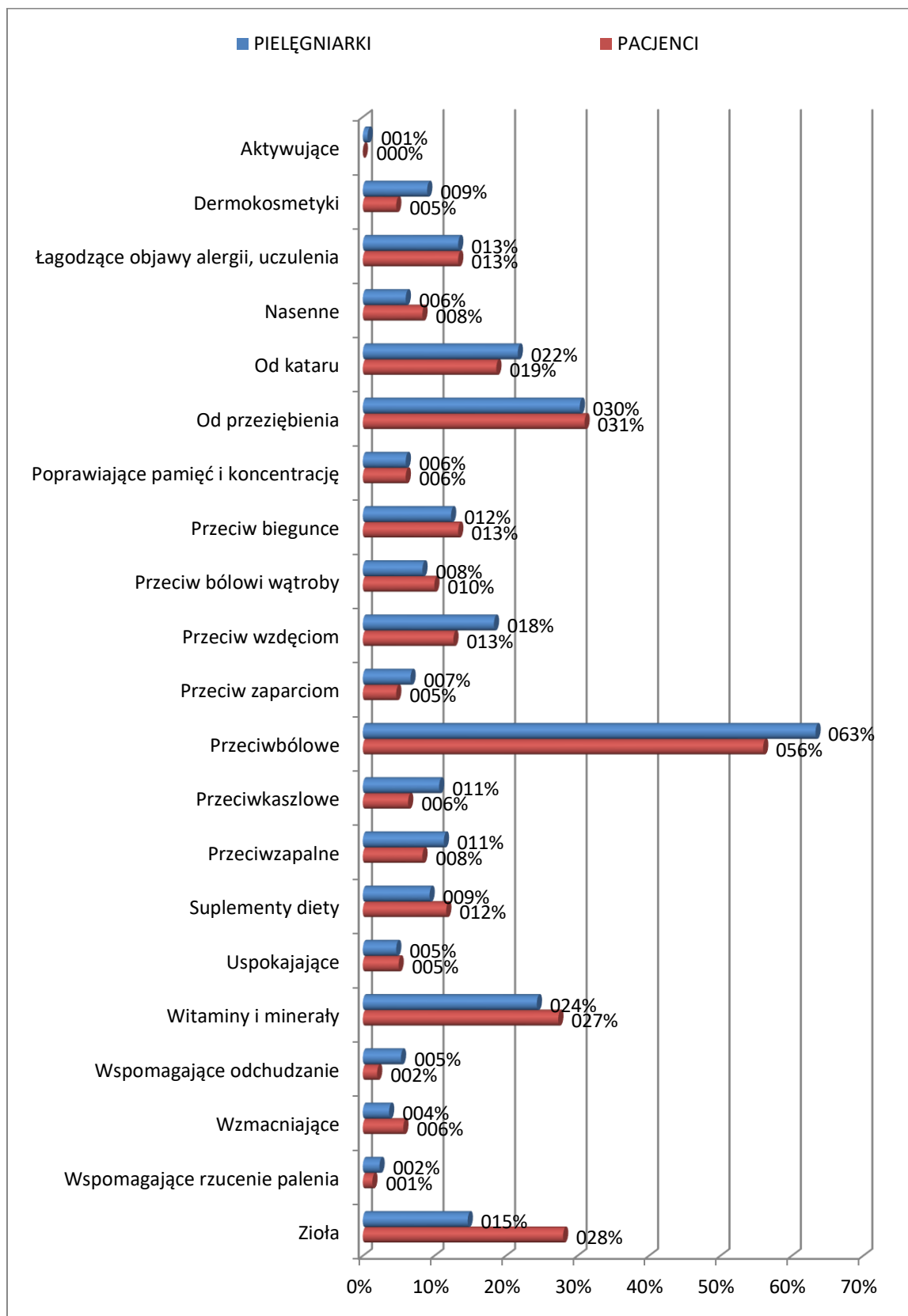
Analizie poddano preparaty stosowane przez respondentów w samoleczeniu w ostatnim miesiącu.

Stwierdzono, że pielęgniarki znacząco częściej niż pacjenci wykorzystywali w samoleczeniu ziołolecznictwo.

Wykazano również, iż pielęgniarki istotnie częściej korzystały z dermokosmetyków oraz środków wspomagających odchudzanie.

W pozostałych przypadkach nie stwierdzono istotnych zależności

Wyniki obrazuje Tabela LIX.



* wyniki nie sumują się do 100% ponieważ możliwa była wielokrotność wyboru odpowiedzi

Rycina 30. Środki farmakologiczne stosowane wśród respondentów

Tabela XLVI. Analiza korelacji pomiędzy stosowanymi środkami farmakologicznymi w samoleczeniu a przynależnością do analizowanych grup

Środki farmakologiczne	r(X,Y)	r ²	t	P
Aktywujące	-0,058	0,003	-1,417	0,157
Dermokosmetyki	-0,086	0,007	-2,108	0,035*
Łagodzące objawy alergii, uczulenia	0,003	0,001	0,001	0,998
Nasenne	0,045	0,002	1,107	0,269
Od kataru	-0,037	0,001	-0,915	0,361
Od przeziębienia	0,007	0,000	0,177	0,860
Poprawiające pamięć i koncentrację	0,003	0,001	0,001	0,998
Przeciw bieguncie	0,015	0,000	0,366	0,715
Przeciw bólowi wątroby	0,029	0,001	0,707	0,480
Przeciw wzdęciom	-0,078	0,006	-1,920	0,055
Przeciw zaparciom	-0,043	0,002	-1,059	0,290
Przeciwbólowe	-0,075	0,006	-1,833	0,067
Przeciwkaszłowe	-0,078	0,006	-1,906	0,057
Przeciwzapalne	-0,050	0,003	-1,233	0,218
Suplementy diety	0,038	0,001	0,931	0,352
Uspokajające	0,008	0,000	0,190	0,849
Witaminy i minerały	0,034	0,001	0,838	0,402
Wspomagające odchudzanie	-0,089	0,008	-2,177	0,030*
Wzmacniające	0,047	0,002	1,161	0,246
Wspomagające rzucenie palenia	-0,037	0,001	-0,912	0,362
Zioła	0,163	0,026	4,033	<0,001***

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

Samooceńa wiedzy o lekach dostępnych bez recepty

Respondenci ocenili także swoją wiedzę na temat leków dostępnych bez recepty.

W grupie pielęgniarek 40,3% „wystawiło” ocenę dobrą, a 40% - ocenę przeciętną, a w przypadku pacjentów stosunek ten był inny: 33% - dobrą i 46,7% - przeciętną (Rycina 31).

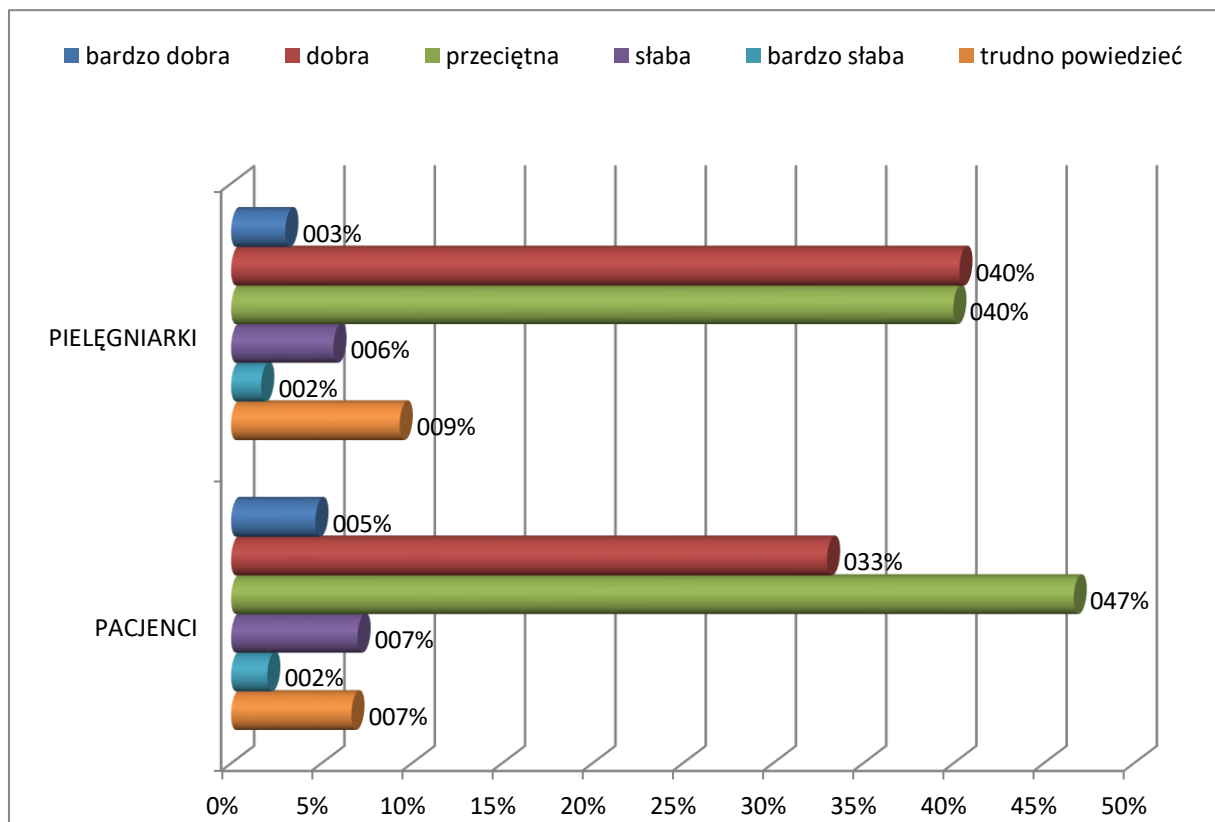
Nie stwierdzono, aby dokonana samooceńa zależała istotnie od przynależności do jednej z grup (Tabela LX).

W przypadku pielęgniarek nie stwierdzono, aby zmienne takie jak: wiek, wykształcenie, czy miejsce zamieszkania istotnie wpływały na dokonaną samooceńę.

W przypadku pacjentów okazało się, że wraz z wiekiem respondenci istotnie słabiej oceniali posiadaną przez siebie wiedzę (Tabela LXI).

Tabela XLVII. Analiza korelacji pomiędzy samooceną posiadanej wiedzy o lekach bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	P
-0,009	0,000	-0,209	0,834



Rycina 31. Samoocena wiedzy o lekach dostępnych bez recepty wśród respondentów

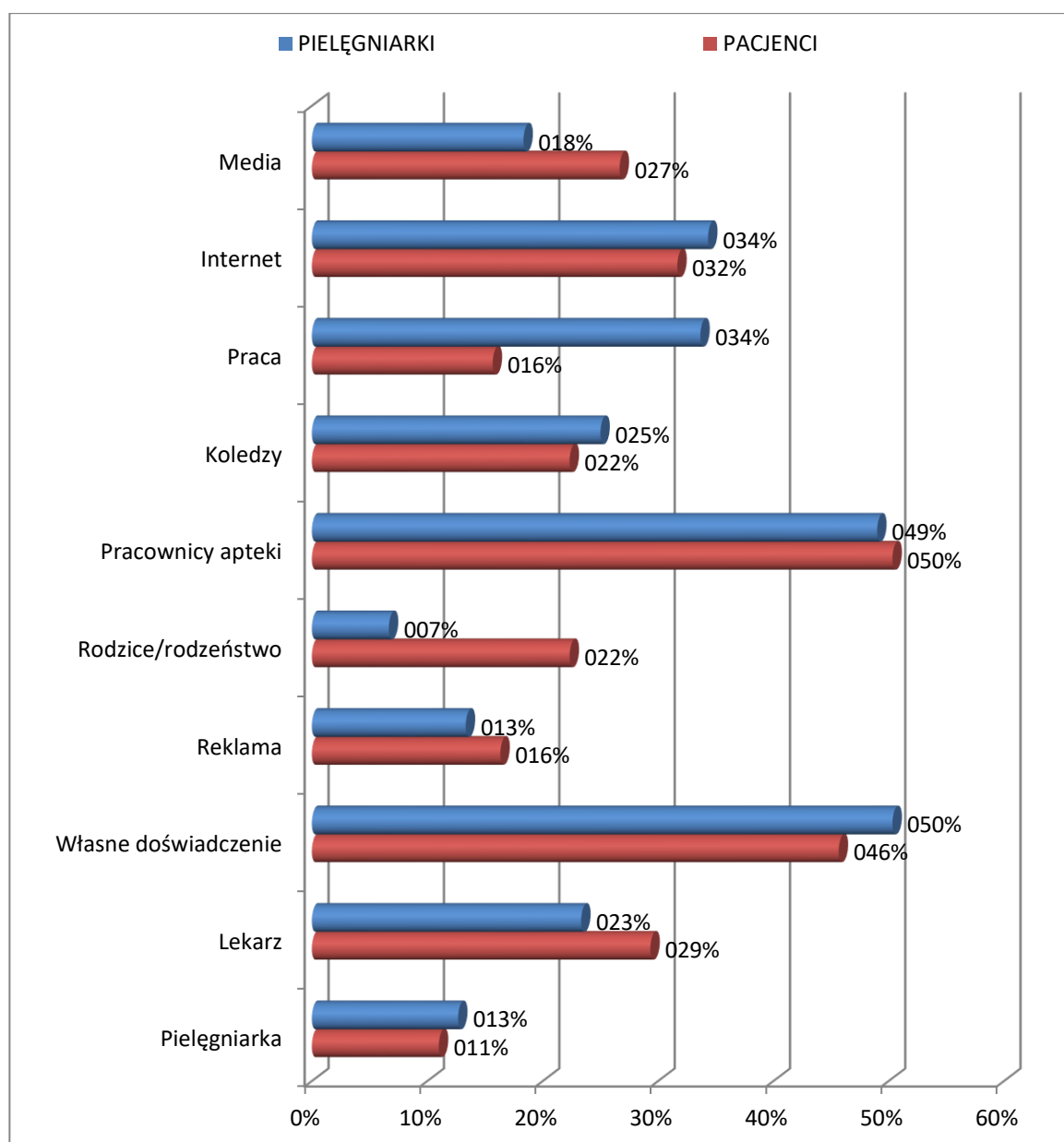
Tabela XLVIII. Analiza korelacji pomiędzy samooceną posiadanej wiedzy o lekach bez recepty a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	P
PIEŁĘGNIARKI				
Wiek	-0,053	0,003	-0,919	0,359
Wykształcenie	-0,088	0,008	-1,525	0,128
Miejsce zamieszkania	-0,005	0,000	-0,080	0,936
PACJENCI				
Płeć	-0,047	0,002	-0,820	0,413
Wiek	0,193	0,037	3,393	0,001**
Wykształcenie	-0,089	0,008	-1,541	0,124
Miejsce zamieszkania	0,037	0,001	0,646	0,519

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

Źródła wiedzy o lekach bez recepty

Zbadano skąd respondenci czerpią informacje o lekach bez recepty. Anketowani najczęściej wskazywali na własne doświadczenie (pielęgniarki – 50,3%, pacjenci – 45,7%) i pracowników apteki (pielęgniarki – 49%, pacjenci – 50,3%). Za najmniej wiarygodne źródło wiedzy respondenci uznali osobę pielęgniarki (pielęgniarki – 12,7%, pacjenci – 11%) oraz reklamę (pielęgniarki – 13,3%, pacjenci – 16,3%) i media (pielęgniarki – 18,3%, pacjenci – 26,7%). Wyniki obrazuje Rycina 32.



Rycina 32. Źródła wiedzy o lekach bez recepty wśród respondentów

* wyniki nie sumują się do 100% ponieważ możliwa była wielokrotność wyboru odpowiedzi

Stwierdzono, że pielęgniarki znacząco częściej niż pacjenci uzyskiwały wiedzę w ramach swojej pracy zawodowej. Natomiast pacjenci istotnie częściej opierali się na informacjach zdobytych od członków rodziny oraz w mediach (Tabela LXII).

Tabela XLIX. Analiza korelacji pomiędzy źródłem wiedzy o lekach bez recepty a przynależnością do analizowanych grup

Źródło	r(X,Y)	r ²	t	P
Media	0,100	0,010	2,452	0,014*
Internet	-0,028	0,001	-0,694	0,488
Praca	-0,209	0,044	-5,221	<0,001***
Koledzy	-0,031	0,001	-0,767	0,443
Pracownicy apteki	0,013	0,000	0,326	0,744
Rodzice/rodzeństwo	0,222	0,049	5,580	<0,001***
Reklama	0,042	0,002	1,033	0,302
Własne doświadczenie	-0,047	0,002	-1,143	0,253
Lekarz	0,068	0,005	1,670	0,096
Pielęgniarka	-0,026	0,001	-0,631	0,528

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

Pozyskiwanie informacji od farmaceuty

Nie stwierdzono, aby pozyskiwanie informacji od farmaceuty zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela LXIII).

Tabela L. Analiza korelacji pomiędzy pozyskiwaniem informacji od farmaceuty a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	p
-0,030	0,001	-0,725	0,469

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

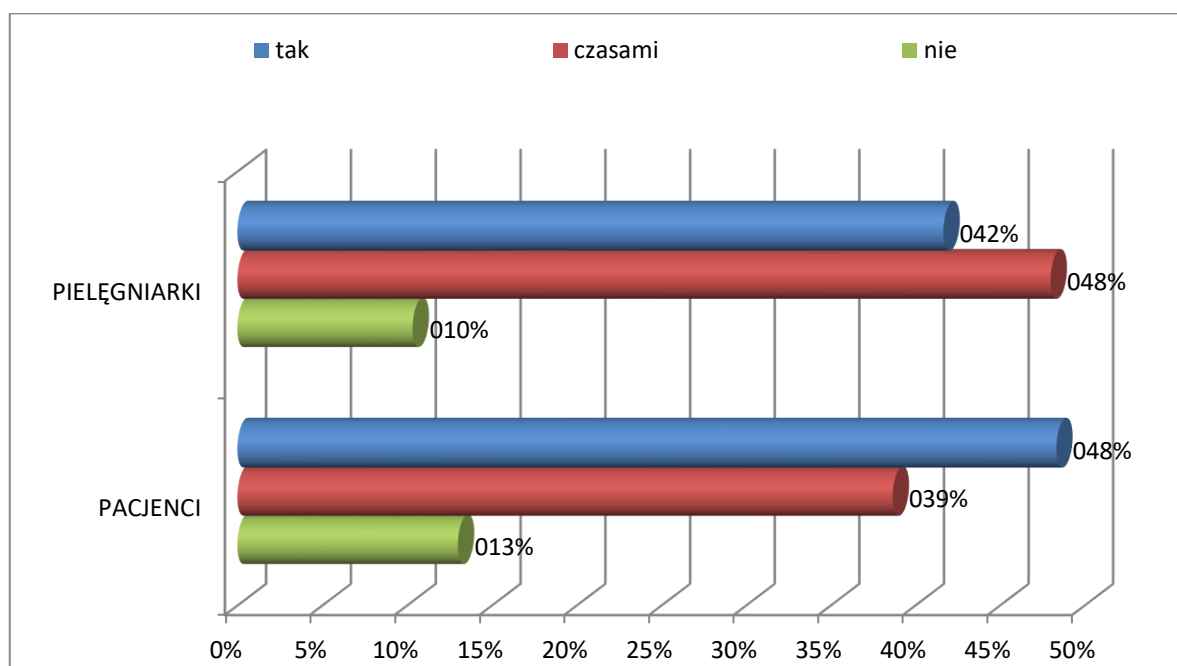
** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

W trakcie zakupu leków bez recepty informacje od farmaceuty „zawsze” otrzymywało 41,7% pielęgniarek i 48,3% pacjentów, natomiast „czasami” – odpowiednio: 48% i 38,7% z nich (Rycina 33).

W przypadku pielęgniarek nie stwierdzono, aby zmienne takie jak: wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie wpływały na pozyskiwanie informacji o lekach bez recepty

od farmaceuty. W przypadku pacjentów wykazano, że respondenci z wyższym wykształceniem znacząco rzadziej zwracali się po informacje do farmaceuty w trakcie zakupu leków bez recepty (Tabela LXIV).



Rycina 33. Pozyskiwanie informacji od farmaceuty wśród respondentów

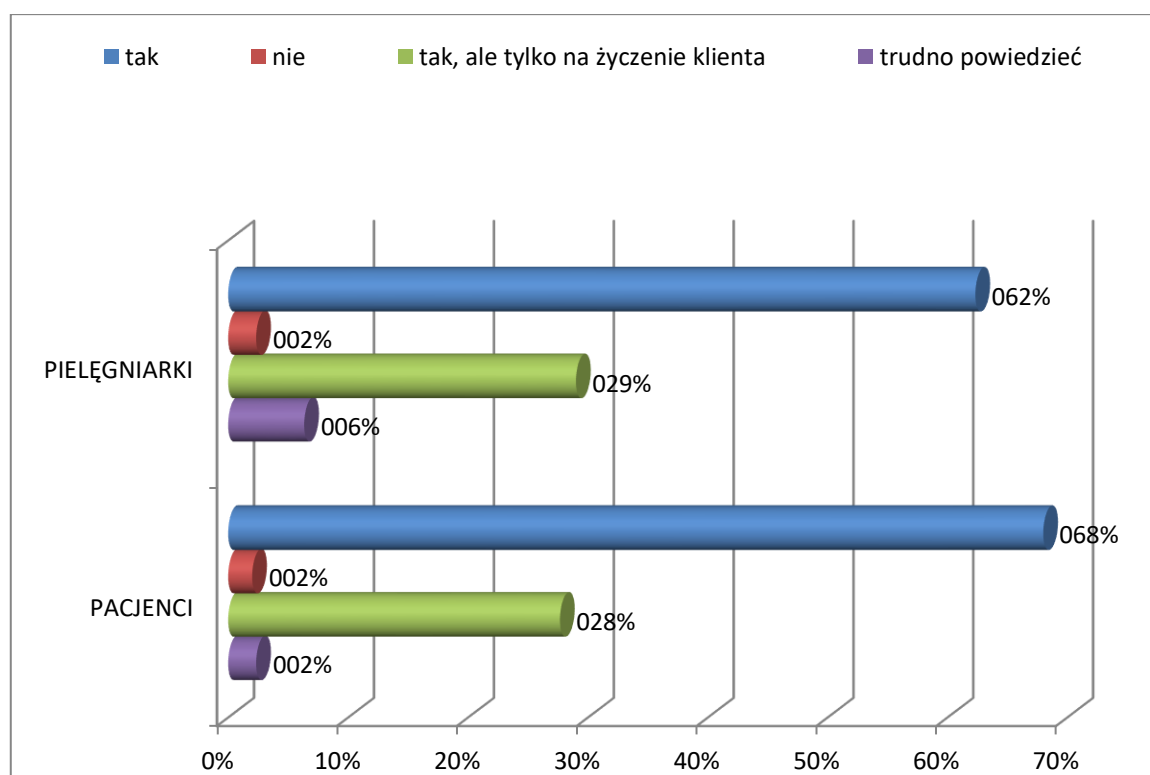
Tabela LI. Analiza korelacji pomiędzy pozyskiwaniem informacji od farmaceuty a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIEŁĘGNIARKI				
Wiek	-0,085	0,007	-1,465	0,144
Wykształcenie	0,033	0,001	0,574	0,566
Miejsce zamieszkania	-0,031	0,001	-0,531	0,596
PACJENCI				
Płeć	-0,113	0,013	-1,958	0,051
Wiek	0,033	0,001	0,573	0,567
Wykształcenie	0,124	0,015	2,154	0,032*
Miejsce zamieszkania	-0,006	0,000	-0,110	0,912

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

Zdaniem 62,3% pielęgniarek i 68% pacjentów farmaceuta powinien mieć obowiązek udzielania informacji o lekach bez recepty każdemu klientowi. Co trzeci badany uzależniał tę

czynność od potrzeby kupującego. Respondenci, którzy uważali, iż nie ma potrzeby udzielania tego typu informacji w aptece stanowili zaledwie 2% (Rycina 34).



Rycina 34. Wymóg udzielania informacji przez farmaceutę wśród respondentów

Nie stwierdzono, aby opinia w kwestii udzielania informacji przez farmaceutę zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela LXV).

Tabela LII. Analiza korelacji pomiędzy wymogiem udzielania informacji przez farmaceutę a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r ²	t	p
-0,074	0,005	-1,813	0,070

W przypadku pielęgniarek stwierdzono, że osoby z wyższym wykształceniem istotnie statystycznie częściej uważały, że informacja o leku powinna być udzielana w aptece, natomiast osoby z wykształceniem zawodowym znacząco częściej wskazywały na wariant: na życzenie klienta. W grupie pacjentów wykazano, że kobiety istotnie statystycznie częściej niż

mężczyźni były przekonane o konieczność pozyskiwania informacji w aptece, gdzie mężczyźni znacząco częściej podkreślali opcję: na życzenie klienta (Tabela LXVI).

Tabela LIII. Analiza korelacji pomiędzy wymogiem udzielania informacji przez farmaceutę a wybranymi zmiennymi w analizowanych grupach

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	p
PIELĘGNIARKI				
Wiek	-0,005	0,000	-0,085	0,932
Wykształcenie	-0,136	0,019	-2,375	0,018*
Miejsce zamieszkania	-0,029	0,001	-0,493	0,622
PACJENCI				
Płeć	-0,138	0,019	-2,402	0,017*
Wiek	-0,039	0,002	-0,672	0,502
Wykształcenie	0,042	0,002	0,734	0,464
Miejsce zamieszkania	-0,029	0,001	-0,505	0,614

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

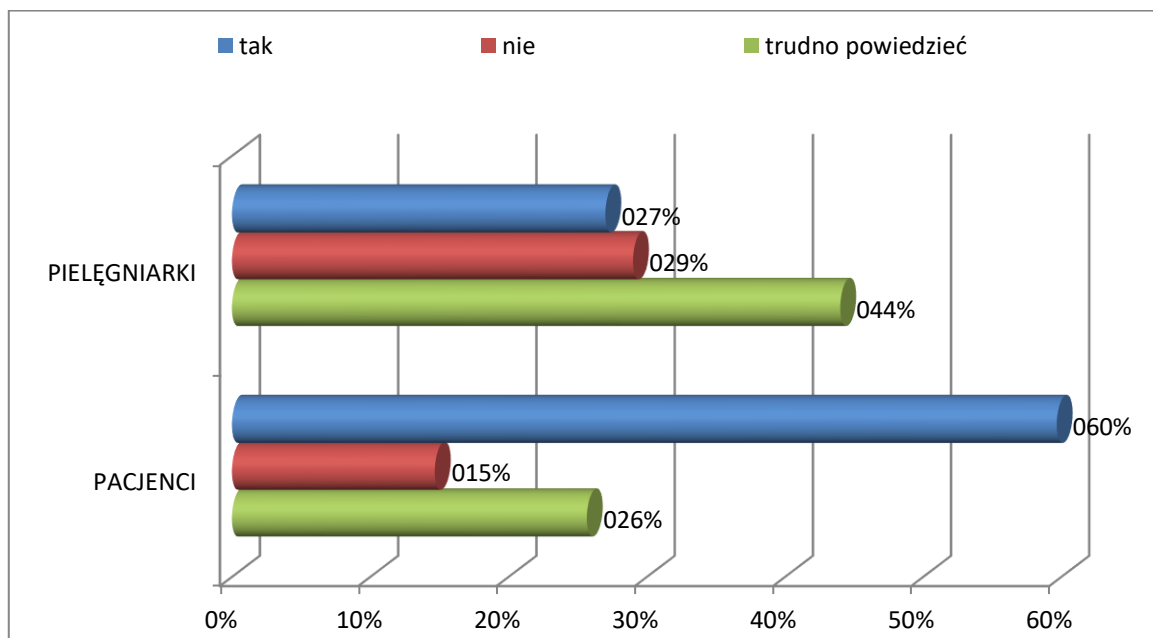
Edukacja chorych w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty

Wśród ankietowanych pielęgniarek tylko 27% wyraziło gotowość prowadzenia edukacji chorych w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty. Natomiast zapotrzebowanie w grupie pacjentów było dwukrotnie wyższe, ponieważ aż 59,67% badanych było chętnych do udziału w edukacji z tego zakresu (Rycina 35).

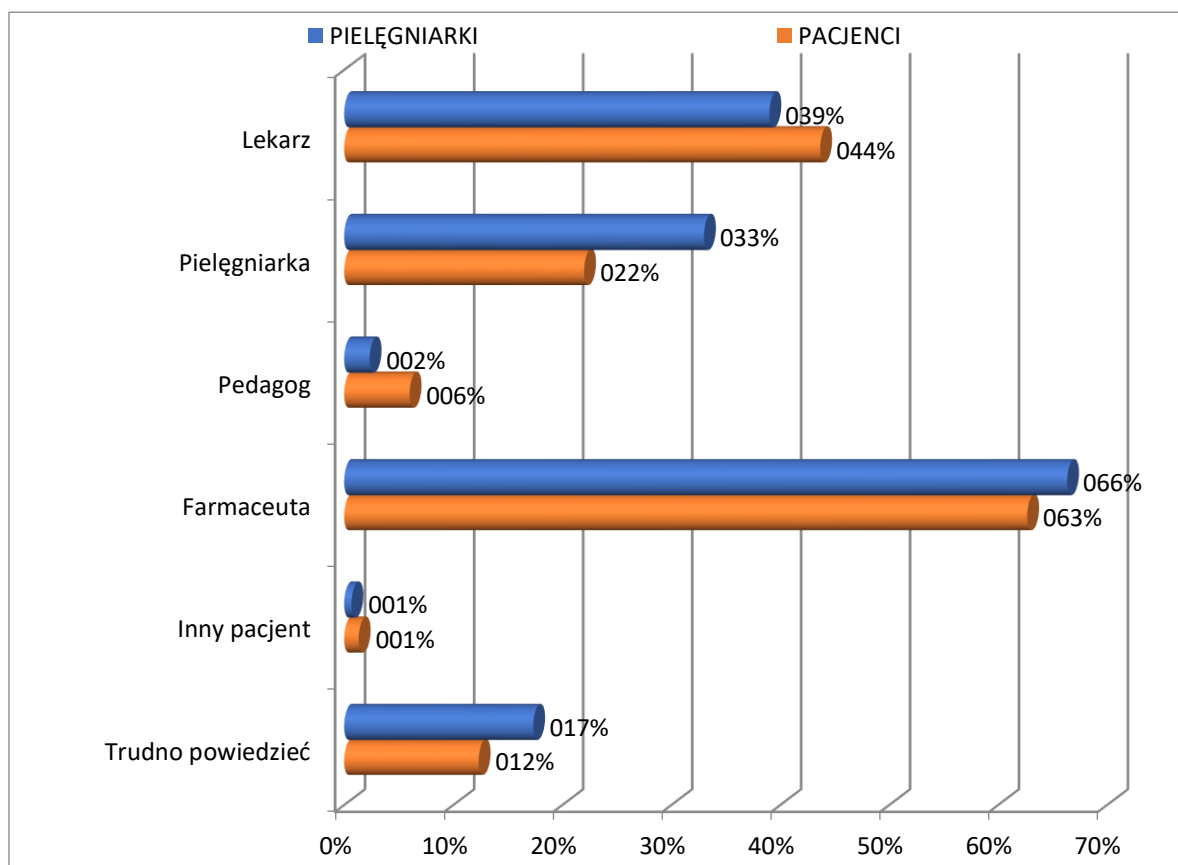
Zarówno w grupie pielęgniarek, jak i pacjentów, za najbardziej odpowiednią osobę w zakresie edukacji na temat bezpiecznego stosowania leków bez recepty uznano farmaceutę (66,3% pielęgniarek i 62,8% pacjentów), a następnie lekarza (39% pielęgniarek i 43,7% pacjentów) i pielęgniarkę (33% pielęgniarek i 22% pacjentów). Wyniki obrazuje Rycina 36.

Stwierdzono, że w roli edukatora, pielęgniarki, znacząco częściej niż pacjenci widzieli pielęgniarki. Natomiast pacjenci istotnie częściej niż pielęgniarki powierzyliby tę funkcję pedagogom (Tabela LXVII).

Za najlepszą formę przekazu informacji o lekach bez recepty ankietowani uznali ulotkę (Rycina 37).



Rycina 35. Edukacja chorych w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty wśród respondentów



Rycina 36. Osoba edukatora chorych w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty w opinii respondentów

* wyniki nie sumują się do 100% ponieważ możliwa była wielokrotność wyboru odpowiedzi

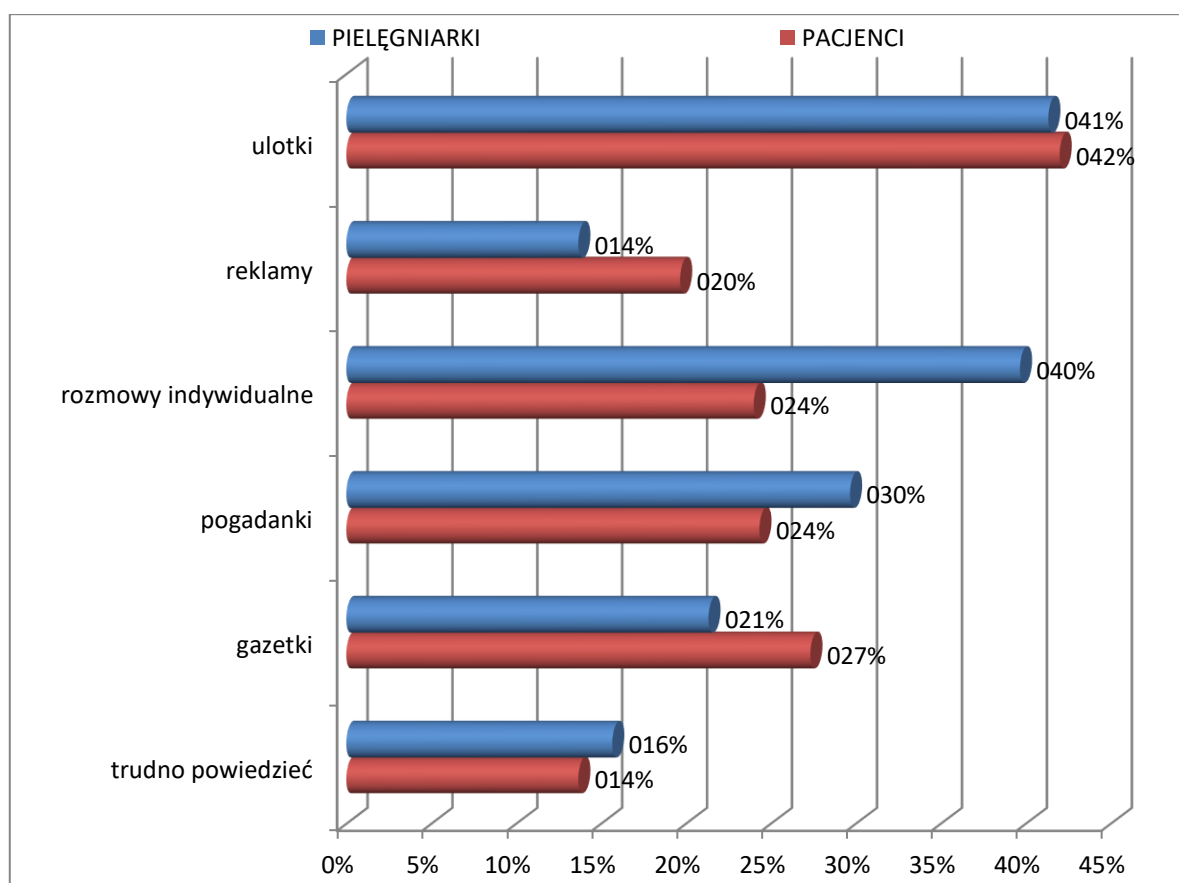
Stwierdzono, że rozmowę indywidualną, jako formę edukacji, istotnie częściej wskazywały pielęgniarki, niż pacjenci. Natomiast pacjenci znacząco częściej niż pielęgniarki wybierali reklamę (Tabela LXVII).

Tabela LIV. Analiza korelacji pomiędzy wyborem osoby edukatora a przynależnością do analizowanych grup

Osoba	r(X,Y)	r ²	t	P
Lekarz	0,047	0,002	1,160	0,246
Pielęgniarka	-0,123	0,015	-3,035	0,003**
Pedagog	0,092	0,008	2,253	0,025*
Farmaceuta	-0,038	0,001	-0,938	0,349
Inny pacjent	0,034	0,001	0,820	0,413
Trudno powiedzieć	-0,070	0,005	-1,724	0,085

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$



Rycina 37. Forma edukacji w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty w opinii respondentów

* wyniki nie sumują się do 100% ponieważ możliwa była wielokrotność wyboru odpowiedzi

Tabela LV. Analiza korelacji pomiędzy formą edukacji a przynależnością do analizowanych grup

Osoba	r(X,Y)	r ²	t	P
ulotki	0,007	0,000	0,165	0,869
reklamy	0,080	0,006	1,975	0,049*
rozmowy indywidualne	-0,168	0,028	-4,172	<0,001***
pogadanki	-0,060	0,004	-1,472	0,142
gazetki	0,070	0,005	1,714	0,087
trudno powiedzieć	-0,028	0,001	-0,692	0,490

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

*** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

POZIOM SATYSFAKCJI Z ŻYCIA RESPONDENTÓW

Wśród respondentów uzyskana średnia skali SWLS była porównywalna dla obu analizowanych grup (pielęgniarki $17,8 \pm 6$ i pacjenci - $18,7 \pm 6,9$) i mieściła się w zakresie świadczącym o tym, że badani to osoby raczej niezadowolone ze swojego życia (Tabela LXIX).

Tabela I. Średnie wyników skali SWLS uzyskane przez respondentów

Zmienna	Pielęgniarki		Pacjenci	
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$
OGÓŁEM	17,78	6,01	18,71	6,86
PLEĆ	-		$p=0,482$	
Mężczyźni	-	-	18,11	6,34
Kobiety	17,78	6,01	18,83	6,97
WIEK	$p=0,327$		$p=0,049^*$	
Do 20 lat	-	-	21,09	5,82
20-30 lat	18,93	6,36	18,71	6,86
31-40 lat	17,78	5,08	18,50	7,27
41-50 lat	17,51	6,02	18,11	6,84
51-60 lat	18,63	7,31	18,11	6,72
61-70 lat	12,60	2,61	17,41	7,08
Powyżej 70 lat	-	-	16,29	7,53
STAN CYWILNY	$p=0,564$		$p=0,016^*$	
Żonaty/mężatka	17,84	6,03	17,92	6,61
Wdowiec/wdowa	17,57	6,48	18,39	8,13
Kawaler/panna	18,23	6,22	19,58	6,82
Rozwiedziony/rozwiedziona	16,45	5,65	20,06	6,09
Separacja	17,00	1,41	-	-
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$p=0,710$		$p=0,947$	
Wieś	17,73	6,03	18,91	7,30
Miasto	17,79	6,02	18,60	6,65
WARUNKI MIESZKANIOWE	$p=0,786$		$p=0,588$	
Samotnie	19,20	7,15	18,00	6,21
Tylko z żoną/mężem	17,81	6,75	18,00	6,09
Z żoną/mężem i dziećmi	18,41	6,54	17,78	5,94
Tylko z dziećmi	18,74	7,67	16,44	5,48
Inne	19,19	6,82	8,87	7,29
WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE	$p=0,001^{**}$		$p=0,591$	
Bardzo dobre	21,28	7,03	18,93	6,79
Dobre	16,96	5,28	18,66	6,82
Średnie	15,78	4,89	18,91	7,34
Słabe	17,33	4,16	17,55	4,74
Bardzo słabe	-	-	-	-
WYKSZTAŁCENIE	$p=0,012^*$		$p=0,668$	
Zawodowe	20,28	7,62	16,67	5,56
Średnie	18,89	7,59	18,95	6,93
Wyższe	17,40	5,58	18,63	6,94

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$; ** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

Poziom Satysfakcji z Życia Respondentów

W przypadku pielęgniarek stwierdzono, że na poziom satysfakcji z życia istotnie wpływały warunki socjalno-bytowe oraz posiadane wykształcenie – odpowiednio: im niższa ocena tym niższe poczucie satysfakcji z życia oraz im wyższe wykształcenie tym niższe poczucie satysfakcji z życia.

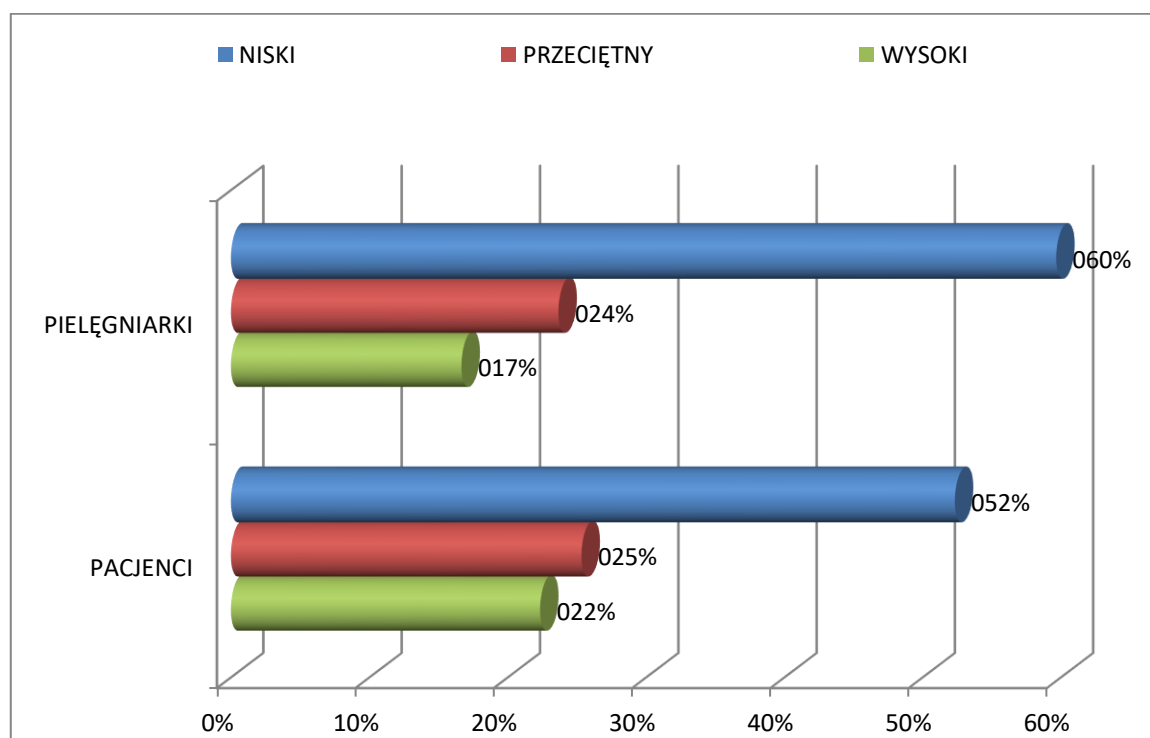
Wśród pacjentów wynik skali SWLS znacząco zależał od wieku i stanu cywilnego respondenta – odpowiednio: poziom satysfakcji z życia obniżał się wraz z wiekiem oraz poziom satysfakcji z życia był najniższy u osób po rozwodzie.

Wyniki obrazuje Tabela LXIX.

Podsumowując, po zastosowaniu skali stenowej, wynik niski skali SWLS uzyskało 59,7%, pielęgniarek oraz 52,3% pacjentów, natomiast wynik wysoki częściej uzyskiwali pacjenci: 22,4%, w odniesieniu do 16,7% pielęgniarek.

Udział badanych z przeciętnym poziomem satysfakcji z życia był porównywalny: pielęgniarki: 23,7% i pacjenci: 25,3%.

Wyniki obrazuje Rycina 38.



Rycina 1. Poziom satysfakcji z życia według skali SWLS wśród respondentów

Nie stwierdzono, aby poziom satysfakcji z życia zależał istotnie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela LXX).

Tabela II. Analiza korelacji pomiędzy poziomem satysfakcji z życia a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r²	t	P
0,072	0,005	1,765	0,078

Analizie poddano także wpływ wybranych zachowań związanych z zastosowaniem samoleczenia wśród respondentów na poziom satysfakcji z życia.

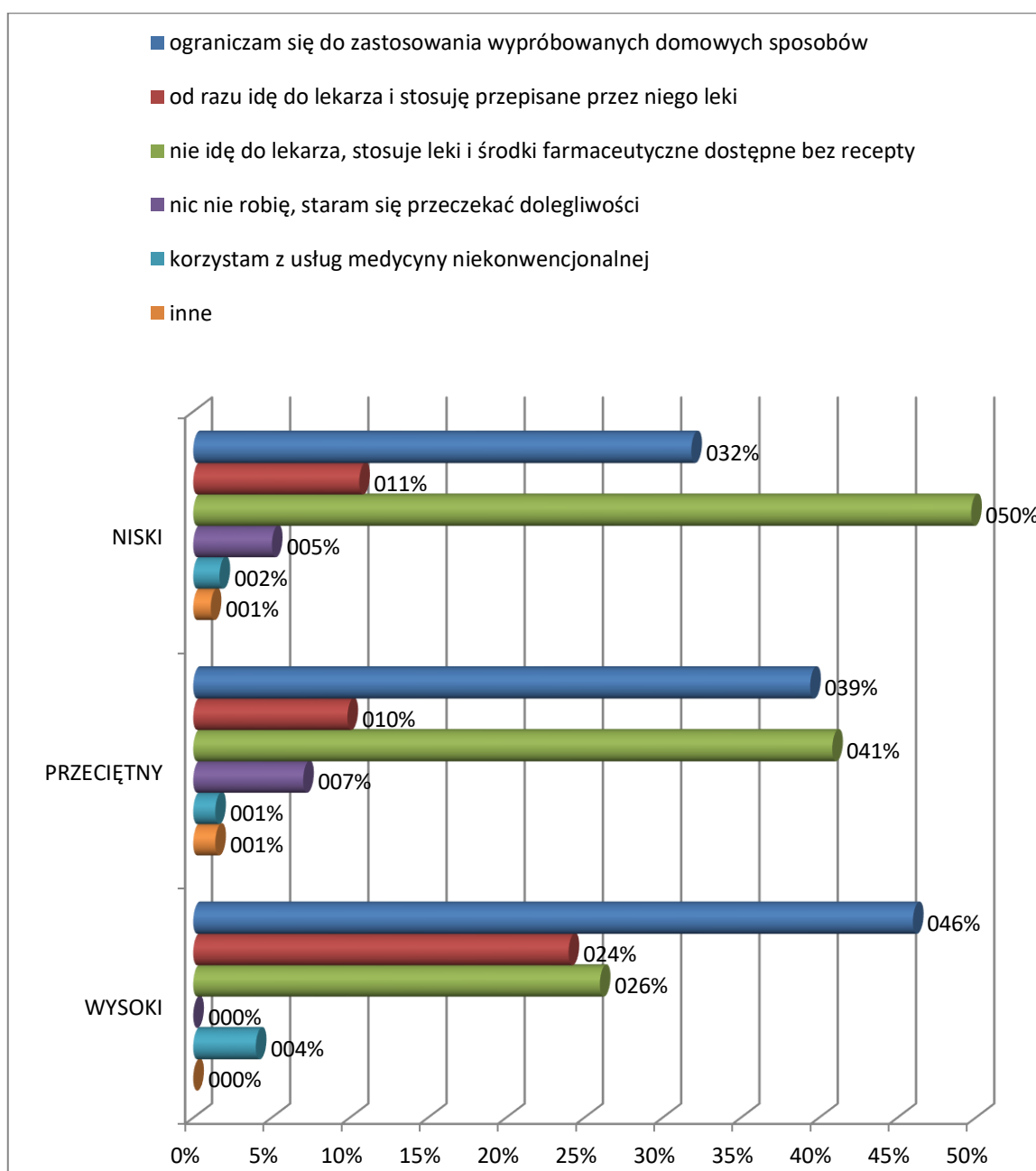
Tabela III. Analiza korelacji pomiędzy poziomem satysfakcji z życia a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pielęgniarek

Zmienna	r(X,Y)	r²	t	p
Samoocena stanu zdrowia	-0,071	0,005	-1,231	0,219
Intensywność korzystania z opieki medycznej	-0,085	0,007	-1,467	0,143
Stosowanie się do zaleceń lekarza	0,036	0,001	0,615	0,539
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	-0,172	0,029	-3,009	0,003**
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	-0,007	0,000	-0,115	0,908
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	0,052	0,003	0,902	0,368
Okres stosowania samoleczenia	-0,048	0,002	-0,832	0,406
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	0,017	0,000	0,288	0,773
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,019	0,000	-0,326	0,745
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	0,018	0,000	0,312	0,755
Samoocena wiedzy o lekach/preparatach bez recepty	-0,023	0,001	-0,396	0,692
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	-0,077	0,006	-1,335	0,183

**** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$**

W przypadku ankietowanych pielęgniarek stwierdzono, że jedynie sposób postępowania w przypadku dolegliwości chorobowych znacząco wpływał na odczuwany poziom satysfakcji z życia.

Osoby z wysokim poziomem satysfakcji z życia istotnie statystycznie częściej, w przypadku odczuwanych dolegliwości i bólu, ograniczały się do zastosowania wypróbowanych środków domowych lub od razu zwracały się po poradę lekarską i stosowały przypisaną im terapię farmakologiczną. Pielęgniarki z niską oceną satysfakcji z życia istotnie częściej sięgały po środki dostępne bez recepty lub starały się przeczekać dolegliwości (Rycina 39). Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotnych zależności (Tabela LXXI).



Rycina 2. Poziom satysfakcji z życia a postępowanie ankietowanych pielęgniarek w sytuacji odczuwania dolegliwości lub bólu

Wśród ankietowanych pacjentów nie stwierdzono, aby wybrane zachowania znacząco wpływały na odczuwany poziom satysfakcji z życia (Tabela LXXII)

Tabela IV. Analiza korelacji pomiędzy poziomem satysfakcji z życia a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pacjentów

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	P
Samoocena stanu zdrowia	0,070	0,005	1,216	0,225
Intensywność korzystania z opieki medycznej	-0,065	0,004	-1,117	0,265
Stosowanie się do zaleceń lekarza	0,061	0,004	1,060	0,290
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	0,006	0,000	0,112	0,911
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	-0,066	0,004	-1,144	0,253
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	0,000	0,000	-0,007	0,994
Okres stosowania samoleczenia	0,016	0,000	0,282	0,778
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	-0,006	0,000	-0,101	0,920
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,056	0,003	-0,973	0,331
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	0,017	0,000	0,288	0,774
Samoocena wiedzy o lekach/preparatach bez recepty	0,029	0,001	0,503	0,615
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	0,095	0,009	1,642	0,102

PREFEROWANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE RESPONDENTÓW

W tej części zaprezentowano wyniki dotyczące preferowanych przez respondentów zachowań zdrowotnych.

Tabela I. Średnia wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych wśród respondentów

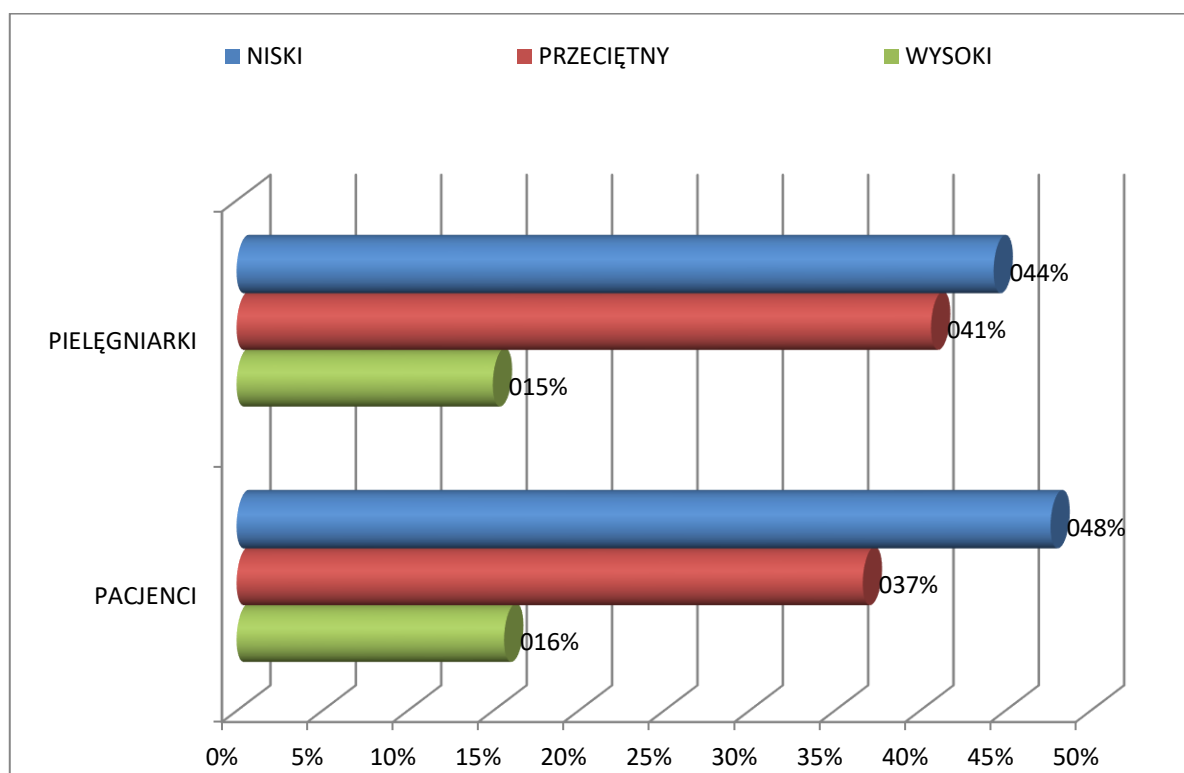
Zmienna	Pielęgniarki		Pacjenci	
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$
OGÓŁEM	78,66	13,26	78,63	13,49
PLEĆ	-		$p=0,281$	
Mężczyźni	-	-	76,83	13,73
Kobiety	78,66	13,26	79,02	13,44
WIEK	$p=0,103$		$p=0,018^*$	
Do 20 lat	-	-	75,19	10,32
20-30 lat	77,46	14,94	77,69	14,35
31-40 lat	77,31	13,63	76,83	18,06
41-50 lat	79,01	11,87	78,75	11,48
51-60 lat	78,66	15,66	79,76	14,32
61-70 lat	94,40	13,22	81,83	14,54
Powyżej 70 lat	-	-	80,37	10,58
STAN CYWILNY	$p=0,087$		$p=0,476$	
Żonaty/mężatka	78,94	12,76	80,00	13,45
Wdowiec/wdowa	79,93	18,53	85,39	9,83
Kawaler/panna	78,53	12,73	75,65	13,40
Rozwiedziony/rozwiedziona	75,54	16,14	74,06	14,35
Separacja	75,50	4,95	-	-
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$p=0,035^*$		$p=0,954$	
Wieś	75,81	13,51	78,69	12,83
Miasto	79,56	13,08	78,59	13,84
WARUNKI MIESZKANIOWE	$p=0,338$		$p=0,003^{**}$	
Samotnie	79,25	15,16	77,54	14,84
Tylko z żoną/mężem	76,94	11,68	79,74	14,94
Z żoną/mężem i dziećmi	79,43	13,09	78,74	12,72
Tylko z dziećmi	75,03	14,30	79,78	12,71
Inne	75,50	4,94	78,16	12,53
WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE	$p=0,949$		$p=0,969$	
Bardzo dobre	80,20	15,76	76,67	12,63
Dobre	78,44	12,11	77,66	13,62
Średnie	77,92	13,57	85,54	13,38
Słabe	70,67	21,36	78,44	10,69
Bardzo słabe	-	-	-	-
WYKSZTAŁCENIE	$p=0,270$		$p=0,039^*$	
Zawodowe	81,04	11,93	80,44	16,31
Średnie	82,96	18,05	78,78	13,36
Wyższe	77,96	12,71	78,01	13,29

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$; ** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

Wśród respondentów uzyskana średnia ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych była porównywalna dla obu analizowanych grup i mieściła się w grupie wyniku przeciętnego – pielęgniarki $78,7 \pm 13,3$ i pacjenci $78,6 \pm 13,5$. (Tabela LXXIII).

W przypadku pielęgniarek stwierdzono, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych zależał istotnie od miejsca zamieszkania - mieszkańcy miast uzyskali znacząco wyższe wyniki, niż mieszkańcy wsi, a otrzymana wartość średnia klasyfikowała się odpowiednio, jako wynik przeciętny i wynik niski. Natomiast wśród pacjentów ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych zależał istotnie od wieku, warunków mieszkaniowych oraz stanu cywilnego respondenta – odpowiednio: wskaźnik wzrastał wraz z wiekiem respondentów, był znacząco niższy wśród osób mieszkających samotnie oraz był znacząco wyższy w grupie badanych z wykształceniem najniższym – zawodowym.

Podsumowując, po zastosowaniu skali stenowej, ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych określony jako niski uzyskało 44,3% pielęgniarek oraz 47,7% pacjentów, natomiast udział badanych z wynikiem wysokim był porównywalny w obu grupach: pielęgniarki – 15%, pacjenci – 15,7%. Liczba badanych ze wskaźnikiem na poziomie przeciętnym była wyższa wśród pielęgniarek niż pacjentów - odpowiednio: 40,7% i 36,7% (Rycina 40).



Rycina 1. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wśród respondentów

Nie stwierdzono, aby ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych zależał istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela LXXIV).

Tabela II. Analiza korelacji pomiędzy ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych a przynależnością do analizowanych grup

r(X,Y)	r²	t	P
-0,001	0,000	-0,031	0,976

Analizie poddano także wpływ wybranych zachowań związanych z zastosowaniem samoleczenia wśród respondentów na wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych.

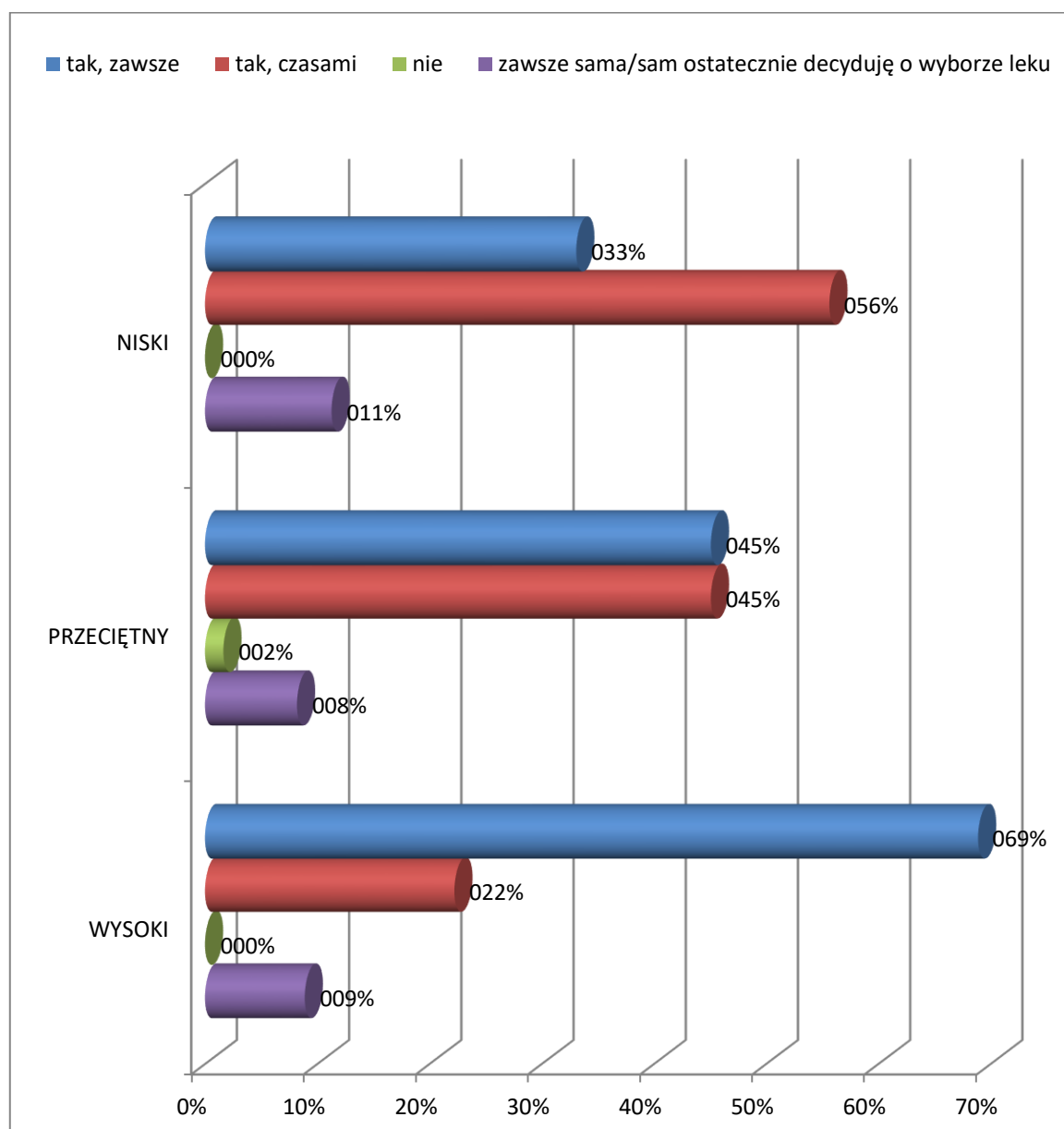
Tabela III. Analiza korelacji pomiędzy ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pielęgniarek

Zmienna	r(X,Y)	r²	T	P
Samoocena stanu zdrowia	-0,018	0,000	-0,312	0,755
Intensywność korzystania z opieki medycznej	-0,090	0,008	-1,558	0,120
Stosowanie się do zaleceń lekarza	-0,129	0,017	-2,237	0,026*
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	-0,123	0,015	-2,133	0,034*
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	0,030	0,001	0,526	0,599
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	0,138	0,019	2,409	0,017*
Okres stosowania samoleczenia	0,006	0,000	0,112	0,911
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	-0,047	0,002	-0,814	0,416
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,095	0,009	-1,561	0,124
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,120	0,014	-1,885	0,058
Samoocena wiedzy o lekach/preparatach bez recepty	-0,027	0,001	-0,459	0,646
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	0,055	0,003	0,945	0,345

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$;

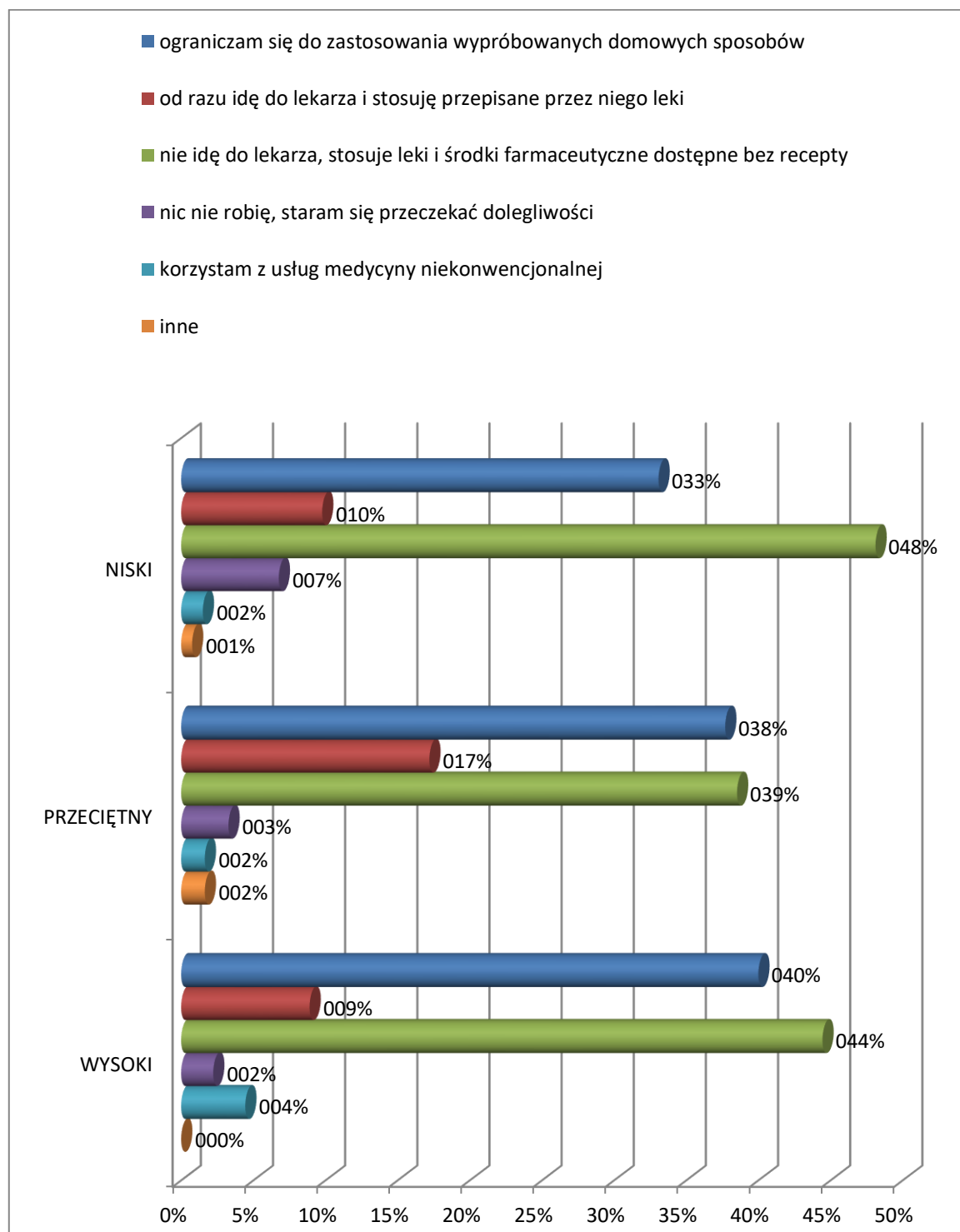
W przypadku ankietowanych pielęgniarek stwierdzono, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych zależał istotnie statystycznie od postawy respondentek w zakresie: stosowania się do zaleceń lekarza, postępowania w przypadku dolegliwości chorobowych oraz częstości stosowania leków i preparatów dostępnych bez recepty. Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotnych zależności (Tabela LXXV).

Wykazano, że pielęgniarki z wysokim ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych znacząco częściej stosowały się do zaleceń lekarskich (Rycina 41).



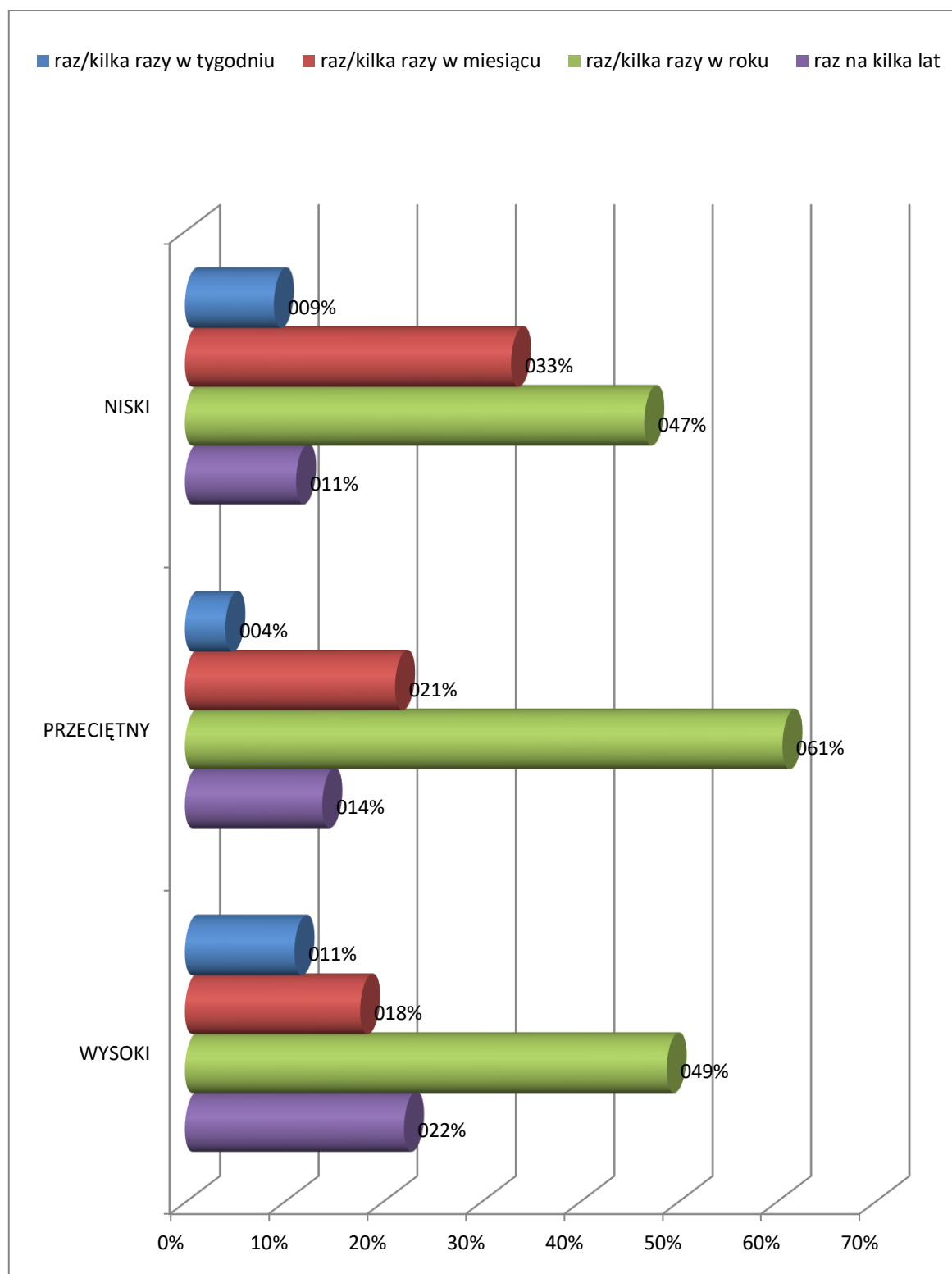
Rycina 2. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych a stosowanie się do zaleceń lekarza wśród ankietowanych pielęgniarek

Stwierdzono, że pielęgniarki z niskim ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych znacząco częściej w przypadku dolegliwości i bólu nie korzystały z porad lekarskich, ale stosowały leki i preparaty farmakologiczne dostępne bez recepty (Rycina 42).



Rycina 3. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych a postępowanie ankietowanych pielęgniarek w sytuacji odczuwania dolegliwości lub bólu

Otrzymano, że pielęgniarki z niskim ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych znacząco częściej stosowały leki i preparaty dostępne bez recepty (Rycina 43).



Rycina 43. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych a częstość stosowania leków dostępnych bez recepty wśród ankietowanych pielęgniarek.

W grupie ankietowanych pacjentów przeprowadzona analiza korelacji pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia nie wykazała istotnych zależności (Tabela LXXVI).

Tabela IV. Analiza korelacji pomiędzy ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pacjentów

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	P
Samoocena stanu zdrowia	-0,054	0,003	-0,935	0,350
Intensywność korzystania z opieki medycznej	0,062	0,004	1,073	0,284
Stosowanie się do zaleceń lekarza	-0,047	0,002	-0,811	0,418
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	0,052	0,003	0,896	0,371
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	-0,011	0,000	-0,194	0,846
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	0,104	0,011	1,801	0,073
Okres stosowania samoleczenia	0,004	0,000	0,069	0,945
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	-0,114	0,012	1,805	0,069
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,055	0,003	-0,955	0,340
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,009	0,000	-0,149	0,881
Samoocena wiedzy o lekach/preparatach bez recepty	-0,024	0,001	-0,415	0,679
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	-0,067	0,005	-1,165	0,245

Przeprowadzono również analizę nasilenia zachowań zdrowotnych w czterech kategoriach IZZ.

Stwierdzono, że pielęgniarki prezentowały znacząco wyższy poziom zachowań zdrowotnych w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych, niż ankietowani pacjenci.

W pozostałych kategoriach różnice wartości średnich były nieistotne statystycznie. Wyniki obrazuje Tabela LXXVII.

Tabela V. Poziom nasilenia zachowań zdrowotnych w czterech kategoriach IZZ wśród respondentów

Kategorie zachowań	Pielęgniarki		Pacjenci		P
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,39	0,69	3,28	0,67	0,040*
Zachowania profilaktyczne	3,25	0,66	3,29	0,68	0,471
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,40	0,66	3,39	0,67	0,894
Praktyki zawodowe	3,06	0,66	3,13	0,67	0,153

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

UMIEJSCOWIENIE KONTROLI ZDROWIA U RESPONDENTÓW

W badanej grupie pielęgniarek i pacjentów dominującym czynnikiem mającym wpływ na stan zdrowia był wymiar wewnętrzny: „kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie”.

Nie stwierdzono, aby umiejscowienie wymiaru kontroli zdrowia zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup (Tabela LXXVIII).

Tabela I. Wyniki wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia wśród respondentów

Wymiar – kontrola	Pielęgniarki		Pacjenci		P
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$	
Wewnętrzna	25,68	6,45	24,74	6,48	0,736
Wpływ innych	18,71	6,31	19,69	6,08	0,054
Przypadek	19,37	6,33	19,41	5,86	0,925

W grupie ankietowanych pielęgniarek stwierdzono, że respondenci z wymiarem wewnętrznym umiejscowienia kontroli zdrowia (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie) znacząco częściej stosowały się do zaleceń lekarskich.

Analiza pozostałych zmiennych charakteryzujących zjawisko samoleczenia nie wykazała istotnych zależności.

Wyniki obrazuje Tabela LXXIX.

W grupie ankietowanych pacjentów stwierdzono, że respondenci z wymiarem wewnętrznym umiejscowienia kontroli zdrowia znacząco częściej w przypadku braku postępów samoleczenia kierowali się po poradę lekarską, zaś w sytuacji przyjmowania leku po raz pierwszy zapoznawali się z ulotką informacyjną.

Analiza pozostałych zmiennych charakteryzujących zjawisko samoleczenia nie wykazała istotnych zależności.

Wyniki obrazuje Tabela LXXX.

W grupie ankietowanych pielęgniarek stwierdzono, że respondenci przekonane, że ich zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego (wymiar kontroli „wpływ innych” na stan zdrowia), znacząco częściej korzystały z opieki medycznej, stosowały się do zaleceń lekarskich oraz zwracały się po poradę lekarską w sytuacji braku skuteczności zastosowanego samoleczenia.

Tabela II. Analiza korelacji pomiędzy wymiarem: kontrola wewnętrzna nad stanem zdrowia a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pielęgniarek

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	P
Samooocena stanu zdrowia	-0,076	0,006	-1,318	0,189
Intensywność korzystania z opieki medycznej	0,058	0,003	1,002	0,317
Stosowanie się do zaleceń lekarza	0,116	0,014	2,024	0,044*
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	-0,073	0,005	-1,260	0,209
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	0,095	0,009	1,647	0,101
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	0,073	0,005	1,267	0,206
Okres stosowania samoleczenia	0,031	0,001	0,541	0,589
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	0,018	0,000	0,311	0,756
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	0,005	0,000	0,095	0,925
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,080	0,006	-1,384	0,167
Samooocena wiedzy o lekach/ preparatach bez recepty	0,043	0,002	0,743	0,458
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	-0,111	0,012	-1,925	0,055

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

Tabela III. Analiza korelacji pomiędzy wymiarem: kontrola wewnętrzna nad stanem zdrowia a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pacjentów

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	P
Samooocena stanu zdrowia	0,028	0,001	0,477	0,634
Intensywność korzystania z opieki medycznej	-0,105	0,011	-1,828	0,069
Stosowanie się do zaleceń lekarza	-0,109	0,012	-1,893	0,059
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	-0,017	0,000	-0,293	0,770
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	-0,058	0,003	-1,003	0,317
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	-0,025	0,001	-0,423	0,673
Okres stosowania samoleczenia	0,034	0,001	0,587	0,558
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	0,048	0,002	0,823	0,411
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,133	0,018	-2,309	0,022*
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,159	0,025	-2,781	0,006*
Samooocena wiedzy o lekach/ preparatach bez recepty	0,029	0,001	0,501	0,617
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	-0,006	0,000	-0,102	0,919

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$

Tabela IV. Analiza korelacji pomiędzy wymiarem: wpływ innych na stan zdrowia a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pielęgniarek

Zmienna	r(X,Y)	r ²	T	P
Samoocena stanu zdrowia	-0,039	0,001	-0,669	0,504
Intensywność korzystania z opieki medycznej	-0,198	0,039	-3,479	0,001**
Stosowanie się do zaleceń lekarza	-0,117	0,014	-2,042	0,042*
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	-0,101	0,010	-1,755	0,080
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	-0,032	0,001	-0,553	0,581
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	0,055	0,003	0,952	0,342
Okres stosowania samoleczenia	0,059	0,003	1,017	0,310
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	0,002	0,000	0,031	0,976
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,174	0,030	-3,041	0,003**
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,105	0,011	-1,822	0,069
Samoocena wiedzy o lekach/ preparatach bez recepty	-0,043	0,002	-0,737	0,462
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	0,000	0,000	0,007	0,995

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$; ** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$

Tabela V. Analiza korelacji pomiędzy wymiarem: wpływ innych na stan zdrowia a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pacjentów

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	P
Samoocena stanu zdrowia	-0,065	0,004	-1,131	0,259
Intensywność korzystania z opieki medycznej	0,032	0,001	0,560	0,576
Stosowanie się do zaleceń lekarza	-0,059	0,003	-1,020	0,309
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	-0,032	0,001	-0,559	0,576
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	-0,044	0,002	-0,764	0,446
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	-0,021	0,000	-0,366	0,715
Okres stosowania samoleczenia	0,015	0,000	0,263	0,793
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	-0,017	0,000	-0,294	0,769
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,053	0,003	-0,912	0,363
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,091	0,008	-1,585	0,114
Samoocena wiedzy o lekach/ preparatach bez recepty	0,091	0,008	1,576	0,116
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	0,085	0,007	1,477	0,141

W grupie ankietowanych pielęgniarek preferujących przekonanie, że o ich stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne nie stwierdzono korelacji wymiar kontroli „przypadek” ze zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia.

Wyniki obrazuje Tabela LXXXIII.

Tabela VI. Analiza korelacji pomiędzy wymiarem: wpływ przypadku na stan zdrowia a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pielęgniarek

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	T	P
Samoocena stanu zdrowia	-0,055	0,003	-0,954	0,341
Intensywność korzystania z opieki medycznej	-0,090	0,008	-1,567	0,118
Stosowanie się do zaleceń lekarza	-0,014	0,000	-0,242	0,809
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	-0,029	0,001	-0,502	0,616
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	0,040	0,002	0,686	0,493
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	0,070	0,005	1,206	0,229
Okres stosowania samoleczenia	0,037	0,001	0,644	0,520
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	-0,034	0,001	-0,586	0,558
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	0,074	0,005	1,276	0,203
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,019	0,000	-0,335	0,738
Samoocena wiedzy o lekach/ preparatach bez recepty	-0,008	0,000	-0,133	0,895
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	0,044	0,002	0,765	0,445

Również w grupie ankietowanych pacjentów nie stwierdzono, aby wymiar „przypadek” korelował ze zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia.

Wyniki obrazuje tabela Tabela LXXXIV.

Tabela VII. Analiza korelacji pomiędzy wymiarem: wpływ przypadku na stan zdrowia a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pacjentów

Zmienna	r(X,Y)	r ²	t	P
Samoocena stanu zdrowia	-0,027	0,001	-0,468	0,640
Intensywność korzystania z opieki medycznej	-0,059	0,003	-1,022	0,308
Stosowanie się do zaleceń lekarza	0,018	0,000	0,316	0,752
Postępowanie w przypadku dolegliwości chorobowych	-0,074	0,006	-1,286	0,199
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	-0,002	0,000	-0,030	0,976
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	-0,071	0,005	-1,227	0,221
Okres stosowania samoleczenia	-0,013	0,000	-0,217	0,828
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	-0,019	0,000	-0,323	0,747
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,028	0,006	-1,221	0,227
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,014	0,000	-0,237	0,813
Samoocena wiedzy o lekach/ preparatach bez recepty	0,021	0,000	0,360	0,719
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	0,075	0,006	1,298	0,195

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$ ** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$ *** zależność bardzo wysoko istotna statystycznie $p < 0,001$

SKALA AKCEPTACJI CHOROBY PRZEZ RESPONDENTÓW

W wyniku przeprowadzonej analizy poziomu akceptacji choroby pacjentów otrzymano wartość średnią równą 21,8 punktów w przedziale 8-40 punktów możliwych do zdobycia.

Analizie poddano wpływ poziomu akceptacji choroby na zjawisko samoleczenia wśród pacjentów. Nie stwierdzono w tym zakresie istotnych korelacji (Tabela LXXXV).

Tabela I. Analiza korelacji pomiędzy poziomem akceptacji choroby a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia wśród pacjentów

Zmienna	$r(X,Y)$	r^2	t	P
Samoocena stanu zdrowia	0,010	0,000	0,165	0,869
Intensywność korzystania z opieki medycznej	0,063	0,004	1,088	0,277
Stosowanie się do zaleceń lekarza	-0,045	0,002	-0,772	0,441
Postępowanie przypadku dolegliwości chorobowych	-0,015	0,000	-0,259	0,796
Stosowanie leków w okresie ostatnich 6 m-cy	-0,043	0,002	-0,734	0,463
Częstość stosowania leków/preparatów bez recepty	-0,007	0,000	-0,113	0,910
Okres stosowania samoleczenia	-0,057	0,003	-0,979	0,328
Konsultowanie zastosowania po raz pierwszy leków/preparatów bez recepty	0,004	0,000	0,063	0,950
Postępowanie w przypadku braku poprawy po zastosowaniu samoleczenia	-0,118	0,014	-2,051	0,051
Zapoznanie się z ulotką informacyjną przed użyciem leku/preparatu	-0,093	0,009	-1,611	0,108
Samoocena wiedzy o lekach/preparatach bez recepty	-0,077	0,006	-1,339	0,181
Potrzeba edukacji w zakresie bezpiecznego samoleczenia	0,037	0,001	0,646	0,519

Nie wykazano, aby w badanej grupie chorych wpływ poziomu akceptacji choroby na samoleczenie zależał istotnie od zmiennych socjodemograficznych jak płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, warunki socjalno-bytowe, czy poziom wykształcenia (Tabela LXXXVI).

Tabela II. Średnie wyniki skali akceptacji choroby wśród pacjentów

Zmienna	Pacjenci	
	$\bar{x}$	$\pm SD$
OGÓŁEM	21,77	5,84
PLEĆ	$p=0,718$	
Mężczyźni	22,03	5,76
Kobiety	21,72	5,86
WIEK	$p=0,128$	
Do 20 lat	22,39	6,35
20-30 lat	22,14	5,70
31-40 lat	21,67	7,14
41-50 lat	22,58	6,13
51-60 lat	20,69	5,13
61-70 lat	22,41	6,02
Powyżej 70 lat	19,50	3,86
STAN CYWILNY	$p=0,898$	
Żonaty/mężatka	21,94	6,19
Wdowiec/wdowa	19,71	4,09
Kawaler/panna	22,31	5,82
Rozwiedziony/rozwiedziona	20,67	4,86
Separacja	-	-
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	$p=0,425$	
Wieś	22,16	5,53
Miasto	21,58	5,99
WARUNKI MIESZKANIOWE	$p=0,542$	
Samotnie	21,54	5,41
Tylko z żoną/mężem	21,81	6,32
Z żoną/mężem i dziećmi	21,51	6,53
Tylko z dziećmi	21,13	4,22
Inne	22,22	5,67
WARUNKI SOCJALNO-BYTOWE	$p=0,234$	
Bardzo dobre	22,00	5,21
Dobre	21,87	5,98
Średnie	21,77	5,97
Słabe	20,22	4,49
Bardzo słabe	-	-
WYKSZTAŁCENIE	$p=0,189$	
Zawodowe	21,83	7,11
Średnie	22,17	5,57
Wyższe	21,03	6,07

* zależność istotna statystycznie $p < 0,05$;** zależność wysoce istotna statystycznie $p < 0,01$ *** zależność bardzo wysoce istotna statystycznie $p < 0,001$

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Samoocena zdrowia, satysfakcji z życia, zachowań zdrowotnych, wymiarów kontroli zdrowia i akceptacji choroby

1. Nie stwierdzono, aby dokonana samoocena stanu zdrowia wśród respondentów istotnie statystycznie zależała od przynależności do jednej z analizowanych grup – obie najczęściej oceniały go jako dobry.
2. Samoocena stanu zdrowia w grupie pielęgniarek istotnie statystycznie obniżała się wraz z wiekiem.
3. W grupie pacjentów samoocena stanu zdrowia zależała od płci (niższa była u mężczyzn) oraz wykształcenia (osoby z wykształceniem wyższym istotnie częściej wyżej oceniali stan swojego zdrowia w samoocenie).
4. Pacjenci znacząco częściej statystycznie, niż pielęgniarki korzystali z opieki medycznej, ale na powyższe nie miały w obu grupach wpływu płeć, wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania.
5. Nie stwierdzono, aby poziom satysfakcji z życia zależał istotnie od przynależności do jednej z analizowanych grup i w obu analizowanych grupach mieścił się w zakresie „osoby raczej niezadowolone ze swojego życia”.
6. Na ich poziom satysfakcji z życia w przypadku pielęgniarek istotnie wpływały warunki socjalno-bytowe oraz posiadane wykształcenie, a wśród pacjentów - wiek i stan cywilny respondenta.
7. W grupie pielęgniarek im niższa była ocena warunków socjalno-bytowych, tym niższe poczucie satysfakcji z życia oraz im wyższe wykształcenie tym niższe poczucie satysfakcji z życia.
8. W grupie pacjentów poziom satysfakcji z życia obniżał się wraz z wiekiem oraz był najniższy u osób po rozwodzie.
9. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w obu badanych grupach był niski.
10. Nie stwierdzono, aby ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych zależał istotnie od przynależności do jednej z analizowanych grup.
11. Pielęgniarki mieszkające w mieście uzyskały znacząco wyższe wyniki wskaźnika zachowań zdrowotnych, niż mieszkanki wsi.

12. W grupie pacjentów ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wzrastał wraz z wiekiem respondentów, był znacząco niższy wśród osób mieszkających samotnie oraz znacząco wyższy w grupie badanych z wykształceniem zawodowym.
13. Znamienne statystycznie różnice pomiędzy badaną zbiorowością pielęgniarek i pacjentów wykazano jedynie dla kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych.
14. Nie stwierdzono, aby umiejscowienie wymiaru kontroli zdrowia zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup
15. W badanej grupie pielęgniarek i pacjentów dominującym czynnikiem mającym wpływ na stan zdrowia był wymiar wewnętrzny.
16. Badana zbiorowość pacjentów, wykazywała średni poziom akceptacji choroby, który nie zależał istotnie od zmiennych socjodemograficznych jak płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, warunki socjalno-bytowe.

Zjawisko samoleczenia OTC

1. Nie wykazano, aby w sytuacji poczucia stanu chorobowego, podejmowane czynności zależały od przynależności do badanej grupy.
2. Zdaniem większości respondentów możliwość zakupu leków, czy preparatów bez recepty jest korzystna, a w obu grupach nie wpływały istotnie statystycznie na powyższe płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania.
3. Przy wyborze leku bez recepty pacjenci istotnie statystycznie częściej kierowali się opinią lekarza, a pielęgniarki własnym doświadczeniem.
4. Pacjenci w porównaniu z pielęgniarkami, istotnie statystycznie częściej stosowali się do zaleceń lekarskich, lepiej znali skrót OTC, ale także znacząco częściej stosowali leki bez recepty niezgodnie z zaleceniami oraz stosowali je mimo iż nie było to już konieczne.
5. Głównymi powodami stosowania leków OTC był ból głowy, ból gardła, katar, gorączka, kaszel.
6. Pielęgniarki z wykształceniem zawodowym istotnie częściej ograniczały się do zastosowania wypróbowanych domowych sposobów, a z wyższym znacząco częściej stosowały środki farmakologiczne dostępne bez recepty.
7. Pacjenci, mieszkańcy wsi, istotnie częściej stosowali domowe metody walki z chorobą, a mieszkańcy miast znacząco częściej sięgali po leki OTC.
8. Pielęgniarki znacząco częściej niż pacjenci, jako czynnik wpływający na decyzję o podjęciu samoleczenia, podawały brak czasu na wizytę oraz przekonanie, iż

samoleczenie jest szybsze i bardziej skuteczne, a pacjenci - że sami sobie mogą lepiej pomóc, posiadają lepsze informacje i stosują lepsze metody.

9. W obu analizowanych grupach takie zmienne jak płeć, wiek, wykształcenie, czy miejsce zamieszkania nie wpływały istotnie statystycznie na: częstość korzystania z opieki medycznej, stosowania leków bez recepty i stosowanie się do zaleceń lekarskich, opinie w kwestii dostępności do leków bez recepty, poszukiwania dodatkowych informacji na temat reklamowanych leków i ich szkodliwości, na znajomość skrótu OTC, na długość stosowania samoleczenia i sposób postępowania w przypadku braku efektów samoleczenia.
10. Pielęgniarki istotnie częściej niż pacjenci poszukiwały dodatkowych informacji o lekach i preparatach w reklamach, były przekonane o szkodliwości środków farmakologicznych dostępnych bez recepty, wykazywały większe zainteresowanie składnikami leku, działaniami ubocznymi, interakcjami z innymi lekami, przeciwwskazaniami do ich zastosowania oraz częściej wykorzystywały w samoleczeniu ziołolecznictwo, korzystały z dermokosmetyków oraz środków wspomagających odchudzanie.
11. Nie stwierdzono, aby doświadczenie własne w kwestii zakupu leków bez recepty pod wpływem reklamy zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup
12. Istotnie statystycznie częściej zakupu leków bez recepty pod wpływem reklamy dokonywały pielęgniarki w wieku do 30. roku życia, a w grupie pacjentów mężczyźni niż kobiety.
13. W przypadku ankietowanej grupy pacjentów stwierdzono, iż mężczyźni znacząco częściej niż kobiety doświadczyli braku skuteczności środków farmakologicznych zakupionych bez recepty, natomiast płeć nie miała w tej kwestii znaczenia wśród personelu pielęgniarskiego
14. Pacjenci istotnie statystycznie częściej przy wyborze leku bez recepty kierowali się opinią lekarza, a pielęgniarki znacząco częściej opierały się na własnym doświadczeniu
15. Wśród pacjentów poziom zrozumienia informacji zawartych w ulotce obniżał się wraz z wiekiem badanego
16. Pielęgniarki istotnie częściej niż pacjenci wykazywały zainteresowanie głównym składnikiem leku, działaniami ubocznymi, interakcjami z innymi lekami oraz przeciwwskazaniami do zastosowania.

17. Nie stwierdzono, aby jednoczesne stosowanie leków na i bez recepty zależało istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup, ale w przypadku pielęgniarek takie postępowanie narastało wraz z wiekiem respondentki.
18. Nie wykazano, aby opinia w kwestii udzielania informacji przez farmaceutę zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup, ale w przypadku pielęgniarek - osoby z wyższym wykształceniem istotnie statystycznie częściej uważały, że informacja o leku powinna być udzielana w aptece, w grupie pacjentów o takiej potrzebie były częściej przekonane kobiety niż mężczyźni.
19. Za najlepszą formę przekazu informacji o lekach bez recepty ankietowani uznali ulotkę.
20. Nie stwierdzono, aby częstość i długość stosowania leków bez recepty zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup, płci, wieku, wykształcenia czy miejsca zamieszkania.
21. Pielęgniarki z wysokim ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych znacząco częściej stosowały się do zaleceń lekarskich, a z niskim znacząco częściej w przypadku dolegliwości i bólu stosowały leki i preparaty farmakologiczne dostępne bez recepty.
22. W grupie pacjentów nie wykazano istotnych zależności pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia.
23. Osoby z dominującym wymiarem wewnętrznym umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie pielęgniarek znacząco częściej stosowały się do zaleceń lekarskich, a w grupie pacjentów istotnie częściej kierowali się po poradę lekarską w przypadku braku postępów samoleczenia i w sytuacji przyjmowania leku po raz pierwszy zapoznawali się z ulotką informacyjną.
24. W grupie ankietowanych pacjentów, u których dominował wymiar kontroli „wpływ innych” na stan zdrowia, nie stwierdzono korelacji ze zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia, zaś w grupie pielęgniarek wpływał znacząco na częstsze korzystanie z opieki medycznej, stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz zwracanie się po poradę lekarską w sytuacji braku skuteczności zastosowanego samoleczenia.
25. W obu badanych grupach u osób preferujących przekonanie, że o ich stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne nie stwierdzono korelacji pomiędzy wymiarem kontroli „przypadek” a zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia

26. Pielęgniarki znacząco częściej niż pacjenci, wiedzę na temat leków dostępnych bez recepty uzyskiwały w ramach swojej pracy zawodowej, a pacjenci istotnie częściej opierali się na informacjach zdobytych od członków rodziny oraz w mediach.
27. Nie wykazano, aby w badanej grupie chorych wpływ poziomu akceptacji choroby na samoleczenie zależał istotnie od zmiennych socjodemograficznych jak płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, warunki socjalno-bytowe, czy poziom wykształcenia.

Na podstawie analizy uzyskanych wyników i w odpowiedzi na postawione hipotezy skonstruowano siedem wniosków:

- Pierwszy - jako odpowiedź na hipotezę 1
- Drugi - jako odpowiedź na hipotezę 2
- Trzeci - jako odpowiedź na hipotezę 3
- Czwarty - jako odpowiedź na hipotezę 4
- Piąty i szósty - jako odpowiedź na hipotezę 5
- Siódmy - jako odpowiedź na hipotezę 6

**Alfabetyczny wykaz leków/preparatów OTC stosowanych przez pacjentów i pielęgniarki
(nazewnictwo podawane przez respondentów)**

PACJENCI		PIELĘGNIARKI	
1.	Abc Senior	1.	Acai Berry
2.	Acatar	2.	Acatar
3.	Acodin	3.	Acc
4.	Advil	4.	Alax
5.	Alertec	5.	Alertec
6.	Allertec	6.	Allegra
7.	Aloe Vera	7.	Allertec
8.	Amertil	8.	Alleve
9.	Amol	9.	Allutec
10.	Antidol	10.	Amol
11.	Apap	11.	Apap
12.	Apo- Napro	12.	Aquslim
13.	Aromata	13.	Ascodan
14.	Artresan	14.	Ascorutical
15.	Ascodan	15.	Asmag
16.	Ascofer	16.	Aspargin
17.	Asmag	17.	Aspirin
18.	Aspargin	18.	Aspiryna
19.	Aspiryna	19.	Auerbrc
20.	Avamys	20.	B1
21.	Babka Pielusznik	21.	Babka Loniczowata
22.	Badaloin	22.	Benosen
23.	Belissa	23.	Bilobil
24.	Benosen	24.	Biotebal
25.	Biała Morwa	25.	Bisacodyl
26.	Bilobil	26.	Bodxmax Plus
27.	Bilomag	27.	Boldation
28.	Biogarden	28.	Ca
29.	Biovital	29.	Cacperos
30.	Bodymax	30.	Calcium
31.	Bratek	31.	Calms
32.	Bukwica	32.	Calominal
33.	Celaphil	33.	Calperos
34.	Centrum	34.	Calperos
35.	Centrum Silver	35.	Carbomedicinalis
36.	Ceranova	36.	Centrum
37.	Cerutin	37.	Cerutin
38.	Cetalerpin	38.	Cetalerpin

Podsumowanie wyników

39.	Cetarelgin	39.	Cetalertgin
40.	Choligrip	40.	Cetalertgin
41.	Cholinex	41.	Cetaphil
42.	Chrom	42.	Cetonal
43.	Colacal	43.	Claritine
44.	Colaflex	44.	Clemastin
45.	Coldrex	45.	Codam
46.	Colonc	46.	Colon
47.	Cynk	47.	Corydron
48.	Cytryna Z Wodą	48.	Czarny Bez
49.	Czarny Bez	49.	Czopki
50.	Czerwone Herbatki	50.	Czosnek
51.	Czosnek W Tabletkach	51.	Czystek
52.	Czystek	52.	D3
53.	Depran	53.	Dermedic Sunbrella Krem
54.	Dermosan	54.	Dermicum
55.	Desmoxan	55.	Desmoxan
56.	Diclac	56.	Dexak
57.	Dicloratio Uno	57.	Diclo-Duo
58.	Diprosalic	58.	Di-Fortan Żel
59.	Dobry Sen	59.	Doppel Herz
60.	Duphalac	60.	Doperamid
61.	Dziurawiec	61.	Duphalac
62.	Ecomer	62.	Ecomer
63.	Emolium	63.	Efaccknk
64.	Esentiale	64.	Eka Omegarol
65.	Espumisan	65.	Enohum
66.	Esputicon	66.	Espumisan
67.	Essentiale Forte	67.	Esputicon
68.	Etopiryna	68.	Estandan
69.	Falwit	69.	Falvit
70.	Fastum	70.	Fast Slim
71.	Febrisal	71.	Febrisan
72.	Febrisan	72.	Fervex
73.	Feminatol	73.	Folic
74.	Fenistil	74.	Frutaline
75.	Fervex	75.	Ginko
76.	Flegamina	76.	Gripex
77.	Flonidon	77.	Grypolek
78.	Gastrofuz	78.	Hascoviv
79.	Geriavit	79.	Heparegen
80.	Ginkofar	80.	Hepatil

Podsumowanie wyników

81.	Gripblokier	81.	Hepatil
82.	Gripex	82.	Hepatregen
83.	Grypolek	83.	Hialucell 4900
84.	Heparegen	84.	Hitaxa
85.	Hepatenal Max	85.	Hydrocrem
86.	Hepatil	86.	Hydroxyzyna
87.	Herbaty Ziołowe	87.	Ibum
88.	Hydroxyzyna	88.	Ibuprofen
89.	Ibuprom	89.	Ibuprom
90.	Ifenin Forte	90.	Imbir
91.	Imbir	91.	Imovane
92.	Iskial Forte	92.	Jasnota Biała
93.	Kalms	93.	Jeczmiń
94.	Ketonal	94.	Ketanol
95.	Koenzym Q 10	95.	Kodeina
96.	Krople Żółdkowe	96.	Kosmetyki Zieja
97.	Kudzu	97.	Kwasy Omega 3
98.	Kwas Foliowy	98.	Lacidofil
99.	Lacidofil	99.	Lactuloza
100.	Lapacho	100.	Landofil
101.	Laremid	101.	Lapacao
102.	Lecytyna	102.	Lapacho
103.	Lipa	103.	Laratydyna
104.	Liść Senesu	104.	Laremid
105.	Loperamid	105.	Larytydyna
106.	Maglek	106.	Lecytyna
107.	Magnez	107.	Lipa
108.	Magnokal	108.	Loperamid
109.	Manti	109.	Magnefarm B6
110.	Melatonina	110.	Magnez
111.	Melisa	111.	Marimer
112.	Metafen	112.	Melatonina
113.	Mieszanka Antybakteryjna	113.	Melisa
114.	Mięta	114.	Metafen
115.	Migia	115.	Mg
116.	Miód	116.	Mięta
117.	Mucosolvan	117.	Mig
118.	Naproxen	118.	Mleko Kozie
119.	Nasen	119.	Modafen
120.	Nasivin	120.	Moilec
121.	Nasonex	121.	Multivitamin
122.	Neoangin	122.	Multiwitamina

Podsumowanie wyników

123.	Neomag	123	Mydocalm
124.	Neostress	124	Naproxen
125.	Neotropil	125	Nasic
126.	Nerwomix	126	Nasivin
127.	Nizoral	127	Neosine
128.	Normaderm Krem	128	Nepresol
129.	Nospa	129	Niccorette
130.	Nurofen	130	No-Sil
131.	Olej Rycynowy	131	No-Spa
132.	Olfen	132	Nurofen
133.	Omega 3	133	Olej Lniany
134.	Opokan	134	Orofar
135.	Osteolit 1000	135	Otrivin
136.	Ostrodest	136	Otriwin
137.	Otrivin	137	Oxazepam
138.	Panadol	138	Paracetamol
139.	Paracetamol	139	Peralgina
140.	Persen	140	Persen
141.	Plastry Na Opryszczkę	141	Pharmaceris Krem
142.	Podbiał	142	Phenazolina
143.	Pokrzywa	143	Phytotux
144.	Pokrzywka W Płynie	144	Pin
145.	Polopiryna	145	Podbiał
146.	Potas	146	Pokrzywa
147.	Pozitivuem	147	Polopiryna
148.	Proctoglyvenol	148	Poltram Neponal
149.	Pyralgina	149	Potas
150.	Ranigast	150	Pramolan
151.	Rapaholin	151	Pyralgina
152.	Ravalid	152	Pyrosal
153.	Relamax	153	Rapaholin
154.	Relasen	154	Relamax
155.	Renopuren	155	Rumianek
156.	Revalid	156	Rutinoscorbin
157.	Rowachol	157	Scorbolamid
158.	Rumianek	158	Senes Ziola
159.	Rutinoscorbin	159	Sesja
160.	Rutumac	160	Siemie Lniane
161.	Saridon	161	Silimarol
162.	Scorbolamid	162	Skrzyp
163.	Senapotex	163	Slimidea
164.	Siemie Lniane	164	Smecta

Podsumowanie wyników

165.	Sinecod	165	Solpadine
166.	Sinulan	166	Soufen
167.	Skrzyp	167	Sól Morska
168.	Skrzypowit	168	Spironol
169.	Slimfast	169	Starazolin
170.	Smecta	170	Stodal
171.	Stoperan	171	Stoperan
172.	Strepsils	172	Strepsil
173.	Stres Control	173	Sumamed
174.	Sudafed	174	Sylimarol
175.	Superoptic	175	Syrop
176.	Supradyn	176	Szampon Nizoral
177.	Sylimarol	177	Tabcin
178.	Syrop Pini	178	Tabex
179.	Syrop Prawoślazowy	179	Tantum Verde
180.	Syrop Prenalen	180	Telfast
181.	Syrop Sosnowy	181	Telfexo
182.	Syrop Z Sosny	182	Teraflu
183.	Szałwia	183	Thiocodin
184.	Tabex	184	Thocodin
185.	Teraflu	185	Torunied
186.	Terpchal	186	Tran
187.	Theraflu	187	Tu
188.	Thermo Speed	188	Tussicom
189.	Tiocodin	189	Tymianek
190.	Tran	190	Verdin
191.	Tymianek	191	Vhopil
192.	Ulgix	192	Vichy
193.	Valerin	193	Vicks
194.	Valused	194	Vigor
195.	Vitamina A	195	Vitaminer
196.	Vitamina A+E	196	Vitapil
197.	Vitamina B6	197	Vitaral
198.	Vitamina C	198	Voltaren Żel
199.	Vitamina D3	199	Walidol
200.	Vitamina E	200	Wapno
201.	Vitaminer	201	Węgiel
202.	Vitapil	202	Witamina A
203.	Vitrum Osteo	203	Witamina C
204.	Voltaren	204	Witamina D3
205.	Wapno	205	Witamina E
206.	Węgiel	206	Witaminer

Podsumowanie wyników

207.	Woda Morska		207	Xenna
208.	Xefo- Rapiol		208	Xylogel
209.	Xenna		209	Xylometazolan
210.	Xylogel		210	Xylorin
211.	Xylometazolin		211	Zioła Na Niestrawność
212.	Xylorin		212	Zurtec
213.	Zatoxin		213	Zyrtek
214.	Zielony Jęczmień		214	Żelazo
215.	Zioła Szwedzkie			
216.	Ziołowe Uspakajające			
217.	Zyrtec			
218.	Żelazo			

Wykaz leków/preparatów OTC stosowanych przez pacjentów i pielęgniarki w podziale na grupy (nazewnictwo podawane przez respondentów)

Grupa leków	PACJENCI	PIEŁĘGNIARKI
przeciwbólowe	Advil, Antidol, Apap, Diclac, Dicloratio uno, Essentiale forte, Etopirna, Hepatenal max, Hepatil, Ibuprom, Ifenin forte, Ketonal, Metafen, Naproxen, Nospa, Nurofen, Panadol, Paracetamol, Pyralgina, Ranigast, Rapaholin, Sowachol, Saridon, Sylimarol	Apap, Aspiryna, Dexak, Di-Fortan Żel, Griplex, Heparegen, Hepatil, Hepatregen, Ibum, Ibuprofen, Ibuprom, Ketanol, Lecytyna, Metafen, Mig, Moilec, Naproxen, Nepresol, No-Spa, Nurofen, Paracetamol, Poltram, Neponal, Pyralgina, Rapaholin, Solpadine, Sumamed, Sylimarol, Teraflu
od przeziębienia	Apap, Aspiryna, Cerutin, Coldrex, Febrisan, Fervex, Gripblokier, Griplex, Grypolek, Ibuprom, Neoangin, Polopiryna, Pyralgina, Rutinoscorbin, Scorbolamid, Strepsils, Theraflu, Witamina C, Zatoxin	Apap, Aspiryna, Centrum, Cerutin, Febrisan, Fervex, Griplex, Ibuprom, Modafen, Neosine, Paracetamol, Rutinoscorbin, Scorbolamid, Syrop, Tantum Verde, Teraflu, Witamina C, Xylogel, Xylorin
od kataru	Acatar, Amol, Apap, Febrisan, Griplex, Grypolek, Ibuprom, Nasivin, Nasonex, Otrivin, Relamax, Rutinoscorbin, Sinulan, Sudafed, Teraflu, Witamina C, Woda morską, Xylogel, Xylometazolin, Xylorin, Zyrtec	Acatar, Amol, Ascorutical, Fervex, Griplex, Hydroxyzyna, Ibuprom, Marimer, Nasic, Nasivin, Nurofen, Otrivin, Polopiryna, Sól Morska, Tabcin, Wapno, Xylogel, Xylometazolan, Xylorin
witaminy i minerały	ABC Senior, Ascofer, Asmag, Aspargin, Aspiryna, Biovital, Centrum, Cerutin, Cynk, Falvit, Feminatol, Geriavit, Kwas foliowy, Magnez, Magnokal, Neomag, Omega 3, Osteolit 1000, Revalid, Rutinoscorbin, Skrzypowit, Superoptic, Supradyn, Tran, Witamina A, Witamina A+E, Witamina B6, Witamina C, Witamina D3, Witaminer, Wapno	Asmag, Aspargin, Biotebal, Calperos, Centrum, Cerutin, Falvit, Folic, Kwasy Omega 3, Lapacho, Magnefarm B6, Magnez, Multiwitamina, Potas, Vigor, Vitaminer, Vitaral, Wapno, Witamina A, Witamina B1, Witamina C, Witamina D3, Witamina E, Żelazo

suplementy diety	Aloe vera, Centrum, Chrom, Colacal, Colaflex, Colonc, Iskial forte, Koenzym Q10, Kudzu, Magnez, Omega 3, Rutinoscorbin, Rutumac, Witamina A, Witamina B6, Witamina C, Witamina E, Vitapil, Vitrum osteo, Wapno, Zielony jęczmień	Centrum, Cetalergin, Ecomer, Eka Omegarol, Frutaline, Hialucell 4900, Larytydyna, Magnez, Olej Lniany, Vhopil, Vitaminer, Vitapil, Wapń
ziola	Acodin, Aromata, Avamys, Biała morwa, Bratek, Czarny bez, Czystek, Dziurawiec, Imbir, Lapacho, Lipa, Liść senesu, Melisa, Mieszanka antybakteryjna, Mięta, Migia, Miód, Ostrodest, Podbiał, Pokrzywa, Relamax, Rumianek, Siemie lniane, Skrzyp, Szałwia, Tymianek, Xenna, Zielony jęczmień	Babka Lancetowata, Czarny Bez, Czosnek, Czystek, Imbir, Jasnota Biała, Jęczmień, Lipa, Melisa, Mięta, Podbiał, Pokrzywa, Rumianek, Skrzyp, Tymianek
inne	Acodin, Allertec, Amertil, Aromata, Badaloin, Benosen, Bilobil, Bilomag, Biovital, Bukwica, Ceranova, Cerutin, Cetalergin, Colaflex, Colonc, Czosnek, Ecomer, Emolium, Esentiale, Espumisan, Essentiale Forte, Etopiryna, Febrisan, Feminatol, Fenistil, Flegamina, Gastrofuz, Gripbloker, Gripex, Grypolek, Heparegen, Hepatil, Imbir, Kalms, Krople Żołądkowe, Lacidofil, Lapacho, Laremid, Lecytyna, Loperamid, Maglek, Magnokal, Mucosolvan, Normaderm Krem, Osteolit 1000, Otrivin, Pokrzywka W Płynie, Relamax, Rowachol, Rutumac, Sinecod, Smecta, Stres Control, Sudafed, Superoptic, Sylimarol, Syrop Prawoślazowy, Syrop Sosnowy, Tiocodin, Valerin	Acai, Acc, Alax, Allegra, Alleve, Allutec, Aquslim, Ascodan, Asmag, Auerbric, Benosen, Berry, Bilobil, Biotabal, Bisacodyl, Bodxmax Plus, Boldation, Calms, Doppel Calominal, Carbomedicinalis, Cetalergin, Cetaphil, Claritine, Clemastin, Codam, Colon, Corydron, Dermedic, Dermicum, Desmoxan, Diclo-Duo, Doperamid, Duphalac, Efaceknk, Enohum, Esputicon, Estardan, Fast Slim, Ginko, Hascovir, Hepatregen, Herz, Hitaxa, Hydrocrem, Imovane, Kaps. Z Siemienia Lnianego, Kodeina, Kosmetyki Zieja, Lacidofil, Lactuloza, Landofil, Lapacao, Laratydyna, Laremid, Acatar, Loperamid, elatonina, Mleko Kozie, Multiwitamina, Mydocalm, Niccorette, No-Sil, Orofar, Oxazepam, Persen,

Podsumowanie wyników

		Pharmaceris Krem, henazolina, Phytotux, Pin, Pramolan, Pyrosal, Rapaholin, Relamax, Senes Zioła, Sesja, Silimarol, Slimidea, Smecta, Soufen, Spironol, Starazolin, Stodal, Stoperan, Strepsil, Sunbrella Krem, Szampon Nizoral, Tabex, Telfast, Telfexo, Thiocodin, Torunied, Tran, Tussicom, Verdin, Vichy, Vicks, Voltaren Żel, Walidol, Węgiel, Xenna, Zioła Na Niestrawność, Żelazo
--	--	--

DYSKUSJA

*Na człowieka składają się wybory i okoliczności.
Nikt nie ma władzy nad okolicznościami, ale każdy ma władzę wyboru.
Éric-Emmanuel Schmitt*

Samoleczenie, za Sowa i wsp. [54], znane było już w zamierzchłych czasach, kiedy nie było tak powszechnego jak obecnie dostępu do fachowej i skutecznej pomocy medycznej. Stosowane metody były adekwatne do ówczesnych możliwości i wiedzy medycznej społeczeństwa, jednakże w miarę upływu czasu i w wyniku pojawiania się coraz lepszych sposobów weryfikacji ich skuteczności, część z nich została zaniechana, a część nadal funkcjonuje w społeczeństwie [54]. W wielu krajach europejskich, za Sowa [54], obserwuje się ewidentny wzrost zainteresowania nie tylko metodami pozamedycznymi, ale także tak zwaną medycyną alternatywną/komplementarną (CAM - *Complementary and Alternative Medicine*).

Istotą samoleczenia jest ordynacja środków, mających działanie lecznicze, bez zalecenia i konsultacji lekarza. Zjawisko to stało się w XXI wieku bardzo popularne, szeroko rozpowszechnione i obejmujące *Self-medication*, czyli samodzielne podawanie leków oraz *self-care* - definiowane jako dbanie o siebie samego, samoopieka [2,55].

Self-care koncentruje się na działaniach zmierzających w kierunku podtrzymywania zdrowia fizycznego i psychicznego, na drodze podejmowania określonych zachowań, mieszczących się w zakresie profilaktyki chorób, dążenia do realizowania potrzeb biopsychospołecznych jednostki w zdrowiu i w chorobie. Samoleczenie w tym znaczeniu dotyczy głównie zachowań profilaktycznych, które są podejmowane na rzecz zdrowia i choroby, w zakresie niwelowania jej przykrych następstw. To właśnie sprawia, że jego zakres pojęciowy nabiera szerszego zakresu niż *self-medication*. [56]. W związku z tym, w powyższym znaczeniu, poprawa zdrowia lub/i jego utrzymanie w odpowiednio dobrej kondycji, jest realizowane za pomocą takich zachowań zdrowotnych, jak: higiena osobista, sen oraz zdrowe odżywianie (regulatory samoleczenia), zaś dieta, ćwiczenia ogólnousprawniające oraz monitorowanie własnego zdrowia, uważane są za czynności zapobiegawcze. Z kolei samoleczenie, jako *medical self-care* to podejmowanie działań w chwili wystąpienia problemów zdrowotnych, w drodze czynności będących reakcją jednostki w momencie zachorowania przed diagnozą lekarską oraz działania uzdrawiające, których celem jest rozpoczęcie i kontynuowanie terapii według zaleceń lekarza [57].

Działania w aspekcie *self-care* oznaczają również umiejętność współpracy z podmiotami społecznymi oraz przedstawicielami ochrony zdrowia, mające na celu kompleksową strategię w zakresie utrzymania i ochrony zdrowia. Jednocześnie skuteczność oraz kompetencja w rozpoznawaniu symptomów choroby, w ujęciu *self medication*, stwarza możliwość podjęcia szybkiej decyzji o samoleczeniu [58]. W praktyce oznacza to ordynowanie leków dostępnych bez recepty, o względnie wysokim poziomie bezpieczeństwa, w przypadku chorób, które nie wymagają długotrwałego leczenia [59].

Pewne jest jednak to, że leki wydawane bez recepty lekarskiej (OTC *over-the-counter drug*) nie mogą stwarzać zagrożenia dla zdrowia człowieka, muszą wykazywać się niską toksycznością ogólną, a także nie mogą powodować ryzyka uzależnienia [57, 60].

Samoleczenie staje się coraz popularniejszym trendem, u którego podstaw znajduje się samodzielna decyzyjność względem własnego zdrowia, to z kolei wywiera znaczący wpływ na kształtowanie polityki zdrowotnej państw, np. może być analizowane, jako proces zachodzący w społeczeństwie, stanowiący składową zachowań zdrowotnych społeczeństwa [40].

Samoleczenia nie można rozpatrywać tylko jako jednorazowy akt woli, będący wyrazem postawy jednostki w czasie choroby, ale trzeba go widzieć także jako złożony proces opieki własnej, który będzie ulegał przeobrażeniom oraz zmianom w czasie i który można było monitorować np. pod kątem wynikających z niego zagrożeń.

Taką potrzebę wskazują np. badania Szpringera i wsp. [61], w których zdecydowanie największy odsetek mieszkańców wsi zadeklarował, iż stosowanie leków OTC może niekorzystnie wpływać na samopoczucie i stan zdrowia. Jednakże jednocześnie 12,1% kobiet i 3,9% mężczyzn nie potrafiło wyrazić swojej opinii w tym zakresie. Z kolei w badaniu Krzos i wsp. [62] gdy poproszono respondentów o subiektywną ocenę skuteczności samodzielnego leczenia bez konsultacji lekarskiej, okazało się, że większość z badanych kobiet (67,8%) i mężczyzn (65,1%) uznała je za zadowalające, a bardzo dobrze oceniło samoleczenie 18,3% studentek i 20,0% studentów. W opinii większości respondentów z badania własnego możliwość zakupu leków, czy preparatów bez recepty jest korzystna, a w obu grupach płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania istotnie statystycznie nie wpływały na powyższe.

Niestety problem braku przestrzegania przez pacjenta zaleceń lekarskich staje się coraz bardziej istotnym czynnikiem wpływającym na brak skuteczności ustalonej farmakoterapii. W literaturze przedmiotu, za Szczęch i wsp. [63], opisując zachowania pacjenta w odniesieniu do przestrzegania zaleceń lekarskich stosuje się takie pojęcia, jak:

- *compliance* – oznaczające przestrzeganie zaleceń lekarskich w odniesieniu do odsetka przyjmowanych dawek leku

- *concordance* – określające współpracę pacjenta i lekarza w dokonaniu wyboru terapii i współodpowiedzialność za podejmowane decyzje terapeutyczne.
- *persistence* – czyli wytrwałość w stosowaniu terapii, dotycząca czasu w jakim lek jest przyjmowany.

Z kolei w celu odzwierciedlenia stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich, stosowany jest coraz częściej termin *adherence*, definiujący współpracę chorego z lekarzem, rozumianą, za Haynes i wsp. [64], jako „zakres, do jakiego zachowanie pacjenta pozostaje zgodne z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety, modyfikacji stylu życia”. Wydaje się to istotne z uwagi na fakt, że jak wynika z raportów *Food and Drug Administration*, cyt. za Jasińska i wsp. [65] - około 60% badanych pacjentów miało problemy z podaniem nazwy przyjmowanych leków, od 30 do 50% nie przestrzegało ściśle zaleceń lekarza, a około 20% pacjentów stosowało leki OTC. Z kolei z grupy 267. studentów medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie objętych badaniem przez Sowa i wsp. [54] większość (58,1%) metody samoleczenia wykorzystywało tylko czasami w przypadku pojawienia się jakichkolwiek objawów chorobowych. Jednocześnie prawie jedna piąta część respondentów wykorzystywała je niemal zawsze. Z żadnych metod samoleczenia nie korzystała dziesiąta część ogółu badanych studentów [54]. Badania CBOS przeprowadzone w roku 2016 na liczącej 981. osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski także wykazały, że ciągu roku poprzedzającego badanie OTC i suplementy diety stosowało 89% badanych. Stosując lek dostępny bez recepty po raz pierwszy 52% przynajmniej czasami konsultowało jego użycie z lekarzem lub farmaceutą, a tylko 28% robiło to zawsze [66]. W obecnym badaniu, w sytuacji pocucia stanu chorobowego, dolegliwości lub bólu od razu do lekarza kierowało się 27,3% ankietowanych pacjentów i 12,7% ankietowanych pielęgniarek. Pacjenci częściej niż pielęgniarki deklarowali, że „zawsze” stosują się do zaleceń lekarskich – odpowiednio: 64,7% i 43,3%. W przypadku personelu medycznego 9,7% badanych podało, że ostateczną decyzję o wyborze leku podejmują samodzielnie. Ratajczak i wsp. [67], gdzie badaniem objęto 252. pacjentów, aż 73% nie konsultowała z lekarzem przyjmowania leków OTC. Potwierdziło się to także w badaniach Roguskiej i wsp. [68], gdzie 53% ankietowanych przyznała, że nie korzystała z konsultacji lekarskiej przed rozpoczęciem farmakoterapii lekami z grupy OTC. Z kolei w badaniu Fidut-Wrońskiej i wsp. [69], którymi objęto 120 studentów kierunku fizjoterapia, samodzielne leczenie przy pomocy OTC zadeklarowało ponad 54% ankietowanych, 40% leczyło się głównie w ten sposób, a tylko 6% zawsze leczenie konsultowało się w tej kwestii z lekarzem. Szacuje się, za Simpson i wsp. [70], że nawet połowa pacjentów stosujących leki przewlekłe

to pacjenci typu *nonadherence*. u których ryzyko zgonu może być nawet dwukrotnie wyższe w porównaniu do pacjentów z wysokim stopniem *adherence*. W przypadku obecnie badanych, pacjenci w porównaniu z pielęgniarkami, istotnie statystycznie częściej stosowali się do zaleceń lekarskich, ale także znacząco częściej stosowali leki bez recepty niezgodnie z zaleceniami.

W literaturze, za Sowa [54], tendencji do samodiagnostyki i samoleczenia dopatruje się z jednej strony w coraz powszechniej rozumianemu prawu do korzystania z zachowania w pełnej tajemnicy danych dotyczących stanu zdrowia, a z drugiej w prawie do nieinformowania o stanie zdrowia zwłaszcza osób trzecich, w tym lekarzy i średniego personelu medycznego. Ma to szczególne odniesienie do krępujących chorego danych związanych np. z tzw. chorobami „podlegających publicznemu napiętnowaniu”, mogącymi być przyczyną dyskryminowania, jak np. choroby weneryczne, infekcje HIV, gruźlica, padaczka, choroby psychiatryczne, depresja. W związku z tym, samodiagnostyka, a w jej konsekwencji samoleczenie, jest w pewnym sensie jedynym akceptowalnym sposobem poprawy stanu zdrowia i jakości życia [54].

W badaniu Bażydło i wsp. [45], przeprowadzonym w grupie 150. osób wykazano, że także dla 71% z nich zdarzało się przyjmować leki OTC bez konsultacji z lekarzem, w tym było to 59% kobiet i 41% mężczyzn. Osoby o wykształceniu wyższym lub średnim częściej wykazywały stosowanie samoleczenia, niż osoby o wykształceniu niższym. Z kolei w grupie 369. studentów badanych przez Krzos i wsp. [62] aż 71,6% kobiet i 62,2% mężczyzn zadeklarowało stosowanie samoleczenia „raz – kilka razy w ciągu roku”. „Raz do kilku razy w miesiącu” samoleczenie stosowało 20,1% kobiet i 10,7% mężczyzn, a „raz na kilka lat”- 21,4% mężczyzn i zaledwie 7,4% kobiet. Bardzo niewiele badanych podało częstotliwość stosowania samoleczenia „raz na tydzień i częściej” (0,9% kobiet i 5,7% mężczyzn). Podobnie w badaniach Ratajczak i wsp. [67], gdzie z grupy 252. pacjentów, aż 73% nie konsultowało z lekarzem przyjmowania leków OTC. Badania przeprowadzone w Hiszpanii, w grupie 20.738 osób, wskazały iż tylko 20,2% badanej populacji stosowało samoleczenie oraz iż częściej czyniły to kobiety, niż mężczyźni [71]. Natomiast badania w grupie 1.110 nastolatków z Kuwejtu pozwoliły na stwierdzenie, że aż 92% z nich stosowało samoleczenie [72]. Samoleczenie preferował także duży odsetek (80,4%) studentów uniwersytetów w Karaczi [73]. Badania Kołtunowicz i Serzysko [74], którymi objęły 270. osób wykazały, że zdecydowana większość zarówno personelu medycznego (67,1%), jak i mieszkańców powiatu bełchatowskiego (67,5%) kupowała leki dostępne bez recepty. Czasami miało to miejsce w 32,9% personelu medycznego i 28,1% mieszkańców powiatu bełchatowskiego. Ponadto, pozostałe 4,4% mieszkańców powiatu bełchatowskiego nie kupowało w ogóle leków OTC. W

obecnym badaniu, w okresie ostatnich 6. miesięcy, wyłącznie po leki bez recepty częściej sięgały pielęgniarki, niż pacjenci (odpowiednio: 24% vs 14,3%). Sytuacja odwrotna miała miejsce w kwestii stosowania leków dostępnych tylko na receptę, gdzie stosowanie tych środków potwierdziło 13,3% pielęgniarek i 23,3% pacjentów. Nie miały na powyższe wpływu takie zmienne jak: płeć, wiek, wykształcenie, czy miejsce zamieszkania. Jednakże pacjenci, mieszkańcy wsi istotnie częściej stosowali domowe metody walki z chorobą, a mieszkańcy miast znacząco częściej sięgali po leki dostępne bez recepty.

W badaniu Bażydło i wsp. [45], osoby stosujące samoleczenie określały swój stan zdrowia w większości jako dobry. Z kolei w badaniu własnym, nie wykazano w grupie pacjentów istotnych zależności pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a wybranymi zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia. W grupie ankietowanych pacjentów, u których dominował wymiar kontroli „wpływ innych” na stan zdrowia, nie stwierdzono korelacji ze zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia, zaś w grupie pielęgniarek wpływał znacząco na częstsze korzystanie z opieki medycznej, stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz zwracanie się po poradę lekarską w sytuacji braku skuteczności zastosowanego samoleczenia. W obu badanych grupach u osób preferujących przekonanie, że o ich stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne, nie stwierdzono korelacji pomiędzy wymiarem kontroli „przypadek” a zmiennymi charakteryzującymi zjawisko samoleczenia

Analizując co ma wpływ na wybór leku OTC, w badaniu Fidut-Wrońskiej i wsp. [69], tylko 5% badanych uznało, iż była to reklama w mediach. Głównym czynnikiem decydującym o zakupie OTC była natomiast wcześniejsza skuteczność stosowanego leku (32%), rekomendacja osób, którym lek pomógł (22%), rekomendacja farmaceuty (18%), cena (11%), rekomendacja lekarza (9%), a nawet przypadek (3%) [69]. W przypadku pacjentów z badania Bażydło i wsp. [45], o wyborze leku najczęściej decydowała sprawdzona skuteczność lub porada farmaceuty, lekarza i innej osoby, a osoby najstarsze przy wyborze leku znacznie rzadziej kierowały się sprawdzoną skutecznością. W obecnym badaniu przy wyborze leku bez recepty pacjenci istotnie statystycznie częściej kierowali się opinią lekarza, a pielęgniarki własnym doświadczeniem. Pielęgniarki znacząco częściej, niż pacjenci, jako czynnik wpływający na decyzję o podjęciu samoleczenia podawały brak czasu na wizytę oraz przekonanie, iż samoleczenie jest szybsze i bardziej skuteczne, a pacjenci - że sami sobie mogą lepiej pomóc niż lekarz, posiadają lepsze informacje i stosują lepsze metody. W obu analizowanych grupach takie zmienne jak płeć, wiek, wykształcenie, czy miejsce zamieszkania nie wpływały istotnie statystycznie na częstość stosowania leków bez recepty.

W badaniu Krzos i wsp. [62], kobiety zapytane o przyczynę stosowania samoleczenia, najczęściej wskazywały brak czasu (66,4%), oszczędność pieniędzy (32,3%), niedogodne godziny przyjęć w poradni lekarza rodzinnego (20,1%) oraz brakiem satysfakcji ze świadczonych usług zdrowotnych uzyskiwanych w przeszłości (16,6%). Z kolei mężczyźni wskazywali brak czasu na wizytę (48,6%), lennictwo (30,7%), oszczędność pieniędzy (25,0%), brak satysfakcji (15,0%) i niedogodne godziny przyjęć w poradni (13,6%). Zarówno personel medyczny (41,9%), jak i mieszkańcy powiatu bełchatowskiego (37,93%) z badania Kołtunowicz i Serzysko [74], nie konsultowali z reguły zakupu leku OTC z farmaceutą, ani lekarzem. 31,9% personelu medycznego i 31,5% mieszkańców powiatu bełchatowskiego takie konsultacje przeprowadzała czasami, a 26,2% personelu medycznego i 30,5% mieszkańców powiatu bełchatowskiego regularnie konsultował zakup leku OTC z farmaceutą lub z lekarzem. W obecnym badaniu, pielęgniarki znacząco częściej niż pacjenci, jako czynnik wpływający na decyzję o podjęciu samoleczenia, podawały brak czasu na wizytę oraz przekonanie, iż samoleczenie jest szybsze i bardziej skuteczne oraz przyjmowały postawę, że same mogą sobie lepiej pomóc niż lekarz. Natomiast pacjenci istotnie częściej niż personel medyczny byli przekonani, iż sami sobie mogą lepiej pomóc niż lekarz, posiadają lepsze informacje i stosują lepsze metody, jak również opierali się na informacji, że dany lek pomógł innej osobie. Stwierdzono również, że pacjenci znacząco częściej niż pielęgniarki jako czynnik przyczyniający się do podjęcia decyzji o samoleczeniu podawali brak pieniędzy na wizytę.

Główną przyczyną samodzielnego stosowania OTC w badaniu Fidut-Wrońskiej i wsp. [69] było u 36% ankietowanych poczucie nieistotności występujących u nich problemów zdrowotnych, u 31% chęć uniknięcia wizyty lekarskiej ze względu na długi czas oczekiwania na wizytę, u 29% brak czasu, a u 3% ankietowanych brak zaufania do lekarzy. Badani przez Kołtunowicz i Serzysko [74], z obu grup, tj. personelu medycznego oraz mieszkańców powiatu bełchatowskiego stosowali leki dostępne bez recepty przeważnie dla oszczędności czasu związanego z wizytą u lekarza (odpowiednio 38,1% i 40,9%), do zwalczania pierwszych oznak choroby (odpowiednio 33,8% i 45,3%), zwalczania bólu (odpowiednio 38,1% i 43,8%), celów profilaktycznych (odpowiednio 27,1% i 22,7%) i z powodu ogólnej dostępności tych leków (odpowiednio 24,3% i 22,7%). Znacznie mniej badanych z obu grup stosowało leki OTC dla poprawy wyglądu (odpowiednio 3,8% i 4,4%), z powodu ich pozytywnego wpływu na nastrój (5,2% i 1,5%) oraz ich skuteczności równie dobrej jak leki na receptę (odpowiednio 7,1% i 4,9%). Spośród różnych postaci leków respondenci z badania Krzos i wsp. [62] najczęściej stosowali tabletki i drażetki (87,3% kobiet vs 82,1% mężczyzn), syropy i substancje musujące (23,3% kobiet vs 22,9% mężczyzn), maści i żele (25,9% kobiet vs 15,7% mężczyzn), krople

stosowało (8,3% kobiet vs 11,4% mężczyzn). Najrzadziej stosowano inhalacje, różnego rodzaju roztwory lecznicze, czopki i iniekcje [62]. W badaniu własnym w obu grupach najczęściej stosowanym środkiem było zażywanie tabletek (87% pielęgniarek i 82,7% pacjentów). Stwierdzono także, że pacjenci istotnie statystycznie częściej niż pielęgniarki korzystali z takich metod samoleczenia jak: zażywanie syropów, drażetek i kapsułek, nacieranie i okłady, kąpiele, picie wody mineralnej. Studenci fizjoterapii z badania Fidut-Wrońskiej i wsp. [69], najczęściej stosowali samodzielnie leki na przeziębienie i grypę (89%), witaminy (83%), środki przeciwbólowe (76%), leki przeciwgorączkowe (63%), tabletki do ssania (60%), krople do nosa (48%), środki uodparniające (37%, a rzadziej - zioła, mikroelementy, krople do oczu, leki rozkurczowe, leki przeciwalergiczne, przeciwzapalne, uspokajające, zaś najrzadziej - antybiotyki, leki przeciwgrzybicze, leki homeopatyczne i leki krwiotwórcze. Z kolei z badań CBOS z 2016 roku wynika, że najczęściej stosowane były leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (68%), łagodzące objawy przeziębienia lub grypy (68%), witaminy, minerały i środki poprawiające ogólną odporność organizmu (52%) oraz łagodzące dolegliwości układu pokarmowego (27%) [66]. W badaniu Żołnierczuk-Kieliszek i wsp. [75], rodzice swoim 10-letnim dzieciom najczęściej podawali leki OTC przy leczeniu kaszlu (56,1%), przeciw bólowi gardła (50%), przeciwgorączkowe (49%), w leczeniu nieżyty nosa (42%), w bólach głowy oraz dolegliwościach układu pokarmowego (tj. biegunka, bóle brzucha i niestrawność) - po 28%. Większość zarówno personelu medycznego, jak i mieszkańców powiatu bełchatowskiego, z badania Kołtunowicz i Serzysko [74], z grupy leków OTC najczęściej kupowała leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (odpowiednio 61,4% i 70,4%) oraz leki na przeziębienie i ból gardła (odpowiednio 67,1% i 62,1%). Witaminy i minerały wzmacniające odporność kupowało 37,1% personelu i 42,9% mieszkańców. Środki łagodzące dolegliwości przewodu pokarmowego kupowało odpowiednio 9,1% personelu medycznego i 12,3% mieszkańców powiatu bełchatowskiego, leki uspokajające i nasenne – 1,4% personelu i 5,9% mieszkańców, a leki poprawiające krążenie i naseczne – 0,95% personelu i 3% mieszkańców. Natomiast respondenci z badania własnego najczęściej stosowali leki OTC z powodu bólu głowy i/lub gardła, od kataru, gorączki i kaszlu.

W badaniu Bażydło i wsp. [45], aż 90% respondentów zawsze lub zazwyczaj zapoznawało się z ulotką dołączoną do opakowania leku oraz stosowało się do jej zaleceń. Jednocześnie przeciwwskazań do przyjmowania leku nie znało 45% ankietowanych, jego skutków ubocznych - 44%, a prawidłowego sposobu dawkowania – 14%. Rodzice z badania Żołnierczuk-Kieliszek i wsp. [75] w 43% (45,9% ojców i 41,4% matek) twierdzili, że zawsze sprawdzali, jakie substancje czynne zawiera lek OTC, który podawali dziecku. Czasami czyniło

tak 29,0% badanych (18,9% matek i 34,3% ojców). Sporadyczne sprawdzanie substancji czynnych leku deklarowało 24,3% badanych, w tym co trzeci mężczyzna i co czwarta kobieta, a nie robiło tego 3,7% wszystkich rodziców (4,0% ojców i 2,9% matek) [75].

Pacjenci z badania Derkacz i wsp. [76] aż 38,6% osób nie zdawało sobie sprawy z potencjalnej szkodliwości tych leków, ale jednocześnie w 74,5% deklarowali czytanie ulotek informacyjnych. Szpringer i wsp. [61], w swoich badaniach, którymi objęli 114. osób zamieszkałych na terenie województwa świętokrzyskiego, wykazali, że w grupie kobiet najczęstszym źródłem informacji o lekach OTC była reklama (47,6%) oraz rodzina (36,5%), a w grupie mężczyzn - reklama (37,3%) oraz farmaceuta (35,3%). Niestety zaledwie ¼ kobiet i tylko 7% mężczyzn zapoznawała się z informacjami na temat używanych leków. Stwierdzono także, że mężczyźni w porównaniu do kobiet znacznie częściej szukali informacji o lekach dostępnych bez recepty w Internecie (21,6% – mężczyźni; 9,5% – kobiety) [61]. Z kolei z badań CBOS wynika, że 69% badanych czytało dołączoną do niego ulotkę [66]. Natomiast w badaniu Żołnierczuk-Kieliszek i wsp. [75], w którym wzięło udział 107. rodziców 10.letnich uczniów, największym zaufaniem odnośnie wiarygodności informacji o lekach cieszył się lekarz, a następnie farmaceuta, dopiero potem doświadczenia własne i wiadomości z dołączonej ulotki, a najmniejszym - reklama oraz opinie rodziny i znajomych. Wśród pacjentów z obecnego badania, poziom zrozumienia informacji zawartych w ulotce obniżał się wraz z wiekiem badanego. Pielęgniarki istotnie częściej niż pacjenci wykazywały zainteresowanie głównym składnikiem leku, działaniami ubocznymi, interakcjami z innymi lekami oraz przeciwwskazaniami do zastosowania.

W opinii jedynie 9,6% pacjentów z badania Derkacz i wsp. [76], reklama ma duże lub bardzo duże znaczenie w podejmowaniu decyzji o zakupie leków OTC, ale aż 38,7% badanych przy zakupie leków kierowało się właśnie reklamą tych leków w mediach. Pielęgniarki z obecnego badania, znacząco częściej niż pacjenci, wiedzę na temat leków dostępnych bez recepty uzyskiwały w ramach swojej pracy zawodowej, a pacjenci istotnie częściej opierali się na informacjach zdobytych od członków rodziny oraz w mediach. Pielęgniarki także istotnie częściej poszukiwały dodatkowych informacji o lekach i preparatach w reklamach, były przekonane o szkodliwości środków farmakologicznych dostępnych bez recepty, wykazywały większe zainteresowanie składnikami leku, działaniami ubocznymi, interakcjami z innymi lekami, przeciwwskazaniami do ich zastosowania oraz częściej wykorzystywały w samoleczeniu ziołolecznictwo, korzystały z dermokosmetyków oraz środków wspomagających odchudzanie.

Większość respondentów z badania Bażydło i wsp. [45], niezależnie od grupy wiekowej, wykazała duże zainteresowanie edukacją w zakresie bezpiecznego stosowania

leków. Największe zapotrzebowanie na edukację i chęć udziału w niej zadeklarowała grupa osób w wieku 41–60 lat. Za preferowane formy edukacji respondenci (bez względu na wiek) wskazali ulotki i reklamy telewizyjne [45]. W obecnym badaniu wiedza na temat leków dostępnych bez recepty nie zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup, płci, wieku, wykształcenia, czy miejsca zamieszkania, a pacjenci w większości wykazywali chęć poszerzenia swojej wiedzy z zakresu bezpiecznego stosowania leków i produktów dostępnych bez recepty. Także większość respondentów z badania Krzos i wsp. [62], wykazała względnie duże zainteresowanie edukacją w zakresie bezpiecznego stosowania leków. „Raczej” udział w takiej inicjatywie wzięłoby 46,6% kobiet i 35,6% mężczyzn, „raczej nie” skorzystałoby z takiej edukacji 28,0% kobiet i 37,9% mężczyzn, a zdecydowanie nie chciałoby brać udziału w edukacji 3,1% kobiet i 12,9% mężczyzn. Za preferowane formy edukacji kobiety wybierały najczęściej otwarte kursy i wykłady (44,7%), zajęcia praktyczne (43,8%), fora internetowe z udziałem profesjonalistów (30,1%), a mężczyźni - zajęcia praktyczne (39,4%), fora internetowe z udziałem specjalistów (30,7%) oraz programy w radiu i telewizji (29,9%) [62]. Za najlepszą formę przekazu informacji o lekach bez recepty obecnie ankietowani uznali ulotkę. W roli edukatora, pielęgniarki znacząco częściej widziały inne pielęgniarki, natomiast pacjenci istotnie częściej powierzyliby tę funkcję pedagogom. Zarówno pielęgniarki, jak i pacjenci, za najbardziej odpowiednią osobę w zakresie edukacji na temat bezpiecznego stosowania leków bez recepty uznali farmaceutę. Niestety tylko niewielki odsetek ankietowanych pielęgniarek wyraził gotowość prowadzenia edukacji chorych w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty.

W podsumowaniu warto podkreślić, że wyniku zwiększających się stale możliwości kupowania leków OTC, firmy farmaceutyczne powszechnie promują swoje produkty nie tylko w fachowych pismach medycznych, na portalach internetowych przeznaczonych dla lekarzy lub przez sponsorowanie np. sympozjów naukowych i szkoleń, ale także są reklamowane w środkach masowego przekazu, poprzez ulotki, reklamę wizualną w aptekach, sklepach i w różnych miejscach publicznych. Jak pisze Meller [77] *„autorzy reklamy tworzą przed oczyma odbiorcy wspaniały świat: świat zdrowia, spełnienia nie tylko podstawowych potrzeb, ale i najskrytszych marzeń, świat bezpieczeństwa i pokoju. To pewna gra, której celem jest nakłonienie odbiorcy do nabycia jakiegoś towaru lub usługi. Jednak w przypadku leków przedmiot tej gry nie jest zwykłym towarem, niewielki błąd w jego użyciu zagrozić może poważnie zdrowiu, a nawet życiu przyjmującego”*. Istotne jest więc, aby reklamy były dostosowane do aktualnego poziomu wiedzy medycznej potencjalnych nabywców leków OTC. Niestety, zdaniem Mellera [77], autorzy reklam wykorzystują braki w wiedzy nabywcy,

wiedząc że gdy zdrowie jest zagrożone, pacjent nie ma pełnej kontroli nad swoim postępowaniem i łatwiej może ulegać wpływom, nawet nieukierunkowanych na jego dobro. Powyższe wymaga więc przygotowania chorego do bardzo odpowiedzialnego i świadomego stosowania przez pacjenta leków oraz wyczerpującego informowania pacjenta o lekach w szerszym kontekście, a najlepsza droga ku temu jest rzetelna informacja udzielana pacjentowi przez wykwalifikowany personel: lekarzy, farmaceutów, pielęgniarki. Leki bez recepty powinny być używane w odpowiednim czasie, w konkretnej sytuacji i przede wszystkim w odpowiedniej ilości. W związku z tym organizacja PASMI (Polski Związek Producentów Leków Bez Recepty, *Polish Association of Self Medication Industry*) w swojej misji zakłada, że [78]:

- *„Samoleczenie i samoopieka mają fundamentalną wartość dla utrzymania i ochrony zdrowia konsumentów/pacjentów.*
- *Samoleczenie i samoopieka jest pierwszym krokiem do utrzymania zdrowia i zwalczania chorób świadomych konsumentów/pacjentów.*
- *Poprzez powszechny dostęp do bezpiecznych leków bez recepty, suplementów diety i wyrobów medycznych obywatele mogą zaspokajać swoje potrzeby w zakresie dbałości o zdrowie w odpowiednim czasie, formie i miejscu”.*

Podkreśla także rangę edukacji pacjenta i szczególną wagę przywiązuje do ulotki informacyjnej, którą posiada każdy lek [78].

WNIOSKI I POSTULATY

Wnioski

W odpowiedzi na postawiony cel główny, cele szczegółowe i siedem hipotez wysunięto następujące wnioski:

1. W okresie ostatniego półrocza, po leki bez recepty częściej sięgały pielęgniarki, niż pacjenci, ale wpływu na powyższe w obu grupach nie miały płeć, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania.
2. W grupie pielęgniarek na częstość sięgania po leki bez recepty miały wpływ satysfakcja z życia, preferowane zachowania zdrowotne oraz umiejscowienia kontroli zdrowia, a w grupie pacjentów jedynie z wymiar wewnętrznym umiejscowienia kontroli zdrowia.
3. Wiedza na temat leków dostępnych bez recepty nie zależała istotnie statystycznie od przynależności do jednej z analizowanych grup, płci, wieku, wykształcenia, czy miejsca zamieszkania.
4. Pacjenci w większości wykazywali chęć poszerzenia swojej wiedzy z zakresu bezpiecznego stosowania leków i produktów dostępnych bez recepty.
5. W roli edukatora, pielęgniarki znacząco częściej widziały inne pielęgniarki, natomiast pacjenci istotnie częściej powierzyliby tę funkcję pedagogom.
6. Zarówno pielęgniarki, jak i pacjenci, za najbardziej odpowiednią osobę w zakresie edukacji na temat bezpiecznego stosowania leków bez recepty uznali farmaceutę.
7. Tylko niewielki odsetek ankietowanych pielęgniarek wyraził gotowość prowadzenia edukacji chorych w zakresie bezpiecznego stosowania leków bez recepty.

Postulat

Z uwagi na fakt, iż pacjenci często stosowali leki bez recepty niezgodnie z zaleceniami (np. zwiększając jego dawkę, używając go dłużej niż to wskazane, często stosując go z przyzwyczajenia, chociaż nie było to konieczne oraz zgłaszali chęć podwyższenia swojej wiedzy o lekach OTC), wskazane jest przygotowanie pielęgniarek do prowadzenia edukacji w omawianym zakresie.

W związku z powyższym, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Ruchu na Rzecz Zapewnienia Jakości Opieki Pielęgniarskiej (*The European Quality Assurance Network*),

Wnioski i postulaty

opracowano standard edukacyjny dla pielęgniarek dotyczący bezpiecznego stosowania leków bezrecepturowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Korkosz T.: Samoleczenie. *Gazeta Lekarska*, 2009, 5, 22–23.
2. Rybus-Potępa E., Marczewski K.: Samoleczenie – stare zagrożenia czy nowy świat pomocy dla pacjenta. *Zdrowie Publiczne*, 2001, 11, 1, 31–36.
3. Widomska-Czekajska T., Górajek-Jóźwik J.: *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*. PZWL, Warszawa 2010.
4. Gomułka W., Rewerski W.: *Encyklopedia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
5. Williams S.J., Martin P., Gabe J.: The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*, 2011, 3, 5, 710-725.
6. Borek E., Dessoulavy-Gładysz I.: Samoleczenie i samoopieka w Polsce w kontekście trendów europejskich. Analiza porównawcza [w:] *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia*, Krajewski - Siuda K.(red.). Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani, Warszawa 2016, 28-33.
7. Węgrzyk J.: Korzyści z samoleczenia. *Nasze Zdrowie II. Dodatek promocyjno-reklamowy do Rzeczpospolitej*, 2004, 140, 6823.
8. Wdowiak L., Kapka L.: *Zdrowie publiczne a samoleczenie*. Konferencja naukowa Samoleczenie a edukacja zdrowotna, polityka zdrowotna i etyka. Kraków 20 kwietnia 2009 .
9. Pęgiel-Kamrat J.E., Zarzeczna-Baran A.: Zjawisko samoleczenia wśród studentów pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Gdańsku. *Zdrowie Publiczne*, 2004, 114, 2, 234–237.
10. WHO.Guidelines for theRegulatory Assessmentof Medicinal Products for Use in Self-Medication. <http://apps.who.int/medicinedocs>, pobrano 31.01.2019.
11. Kasperczyk J., Jośko J., Klimasara J., Juszczak J., Palikajniak M.: Zjawisko samoleczenia wśród studentów wybranych kierunków. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2007, 88, 2, 206-207.
12. Rynek produktów OTC w Polsce 2017. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2017 – 2022. PMR 2017.

13. Krajewska-Kułak E., Ortman E., Moczydlowska A. i wsp.: Radzenie sobie z dolegliwościami w drodze samoleczenia w populacji studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92, 3, 486-496.
14. Yuefeng L., Kegin R., Xiaowei R.: Use of and factors associated with self-treatment in China. *British Medical Journal Public Health*, 2012, 12, 1-9.
15. Ulatowska-Szostak E.: Opinie pacjentów (klientów aptek) na temat wybranych zagadnień związanych z poza-apteczną sprzedażą leków OTC. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 89, 2, 264-268.
16. Borstern G.: Leczyć się sam-bezpiecznie i odpowiedzialnie [w:] Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia, Krajewski - Siuda K.(red.). Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani, Warszawa 2016, 14-19.
17. Malec J.: Polski pacjent w Internecie. *Otwarty System Ochrony Zdrowia*, 2012, 10, 24–25.
18. Czerwińska M.: Specyfika zachowań e-pacjentów w Internecie. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych Szkoła Główna Handlowa*, 2015, 38, 343-351.
19. Raport Procontent. Pacjenci w sieci 2012. [http://pliki.gemius.pl/Raporty/2012/ Raport_Pacjenci_w_sieci_20121.pdf](http://pliki.gemius.pl/Raporty/2012/Raport_Pacjenci_w_sieci_20121.pdf), pobrano 5.02.2019.
20. Samoleczenie przez Internet coraz popularniejsze, <https://mgr.farm/aktualnosci/samoleczenie-przez-internet-coraz-popularniejsze/>, pobrano 06.02.2019.
21. Feliksiak M.: Zdrowie online. Badanie CBOS 148/2016, Warszawa 2016, 1-20.
22. Feliksiak M.: Korzystanie z Internetu. Badanie CBOS 62/2018, Warszawa 2018, 1-18.
23. Teatr NN, Etnografia Lubelszczyzny – medycyna ludowa, <http://teatrnn.pl/leksykon/artykuly/etnografia-lubelszczyzny-medycyna-ludowa/>, pobrano 06.02.2019.
24. Lesińska-Sawicka M., Waśkow M.: Medycyna ludowa, gusła i zabobony jako metody lecznicze praktykowane w XXI wieku. *Medycyna Rodzinna*, 2012, 1, 10-14.
25. Domańska A.: Metody leczenia chorób wśród ludu polskiego w XIX wieku. Próba bilansu. *Zeszyty Wiejskie*, 2016, 12, 309-322.
26. Lech A.: Źródła ideowe regionalizmu. *Zeszyty Wiejskie*, 2008, 13, 48–55.
27. Jaguś I.: Lecznictwo ludowe w Polsce w XX wieku – czynniki i kierunek przemian. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 2001, 26, 13, sectio I, 175-187.
28. Bańkowski C., Kuźniewski E.: Ziołolecznictwo ludowe. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1980.
29. Sztych D.: Zastosowanie środków leczniczych pochodzenia zwierzęcego w medycynie ludowej. *Życie Weterynaryjne*, 2013, 88, 2, 126-132.

30. Nowakowska L.: W stronę socjologii lecznictwa niemedycznego – zarys przedmiotu badań. *Hygeia Public Health*, 2012, 47, 3, 258-263.
31. Blaxter M.: *Zdrowie*. SIC, Warszawa 2009.
32. Klamut M.K.: Między biotechnicznym a holistycznym modelem medycyny. *Alma Mater*, 1996, 5, 14, 26-29.
33. Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*. UMCS, Lublin 2008.
34. Bogusz R.: Polacy wobec niektórych poglądów New Age. Badanie CBOS 135/2011, Warszawa 2011, 1-16.
35. Piątkowski W., Skrzypek M.: Utilization of non-medical healing methods as a way of coping with life difficulties in the socially deprived 'losers' of the systemic transformation processes in Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2012, 19,1, 147-157.
36. Olchowska-Kotala A.: *Kto i dlaczego leczy się niekonwencjonalnymi metodami terapii*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
37. Piątkowski W., Jezior J., Ohme J.: *Listy do Kaszpirowskiego. Spojrzenie socjologiczne*. Wydawnictwo Marek Łoś, Lublin 2003
38. <https://nil.org.pl/aktualnosci/komplementarne-i-alternatywne-metody-leczenia-stanowisko-cpme>, pobrano 06.02.2019.
39. EU, Commission of the European Communities, Safe, innovative and accessible medicines: A Renewed Vision for the Pharmaceutical Sector, <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0666:FIN:en:PDF>, pobrano 1.02.2019
40. Krajewski-Siuda K., Łach K.: Samoleczenie – definicja problemu w kontekście nowych trendów społecznych [w:] *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia*, Krajewski - Siuda K.(red.). Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani, Warszawa 2016, 8-13.
41. World Self-Medication Industry, *What is Self-Medication*, <http://www.wsmi.org/about-self-care-and-self-medication/what-is-self-medication/>, pobrano 1.02.2019.
42. AESGP, Self-care. A winning solution for citizens, healthcare professionals and health systems, http://www.aesgp.eu/media/cms_page_media/68/Self-Care%20A%20Winning%20Solution.pdf, pobrano 1.02.2019.
43. Szalonka K.: Analiza konsumpcji leków w Polsce i wybranych krajach. *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*, 2010, 25, 299-310.

44. Rynek farmaceutyczny w roku 2017. QVIA, Warszawa, 2018, 1-16.
45. Bażydło M., Żułtak-Bączkowska K., Zaremba-Pechmann L., Rotter I., Karakiewicz B.: Analiza stosowania leków OTC bez konsultacji z lekarzem w poszczególnych grupach wiekowych oraz ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną w tym zakresie. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2010, 12, 2, 127–130.
46. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001, 116-122, 134-143.
47. Kózka M., Paluch H.: Standardy opieki pielęgniarskiej [w:] Wybrane standardy opieki pielęgniarskiej, Kózka M (red.). Inst. Pielęgniarstwa CM UJ, Kraków, 1997, 21-27.
48. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. CEM, Warszawa, 1998.
49. Donabedian A.: Criteria and quality standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin*, 1986, 12, 3, 99-108.
50. Ciechaniewicz W.: Standardy w pielęgniarstwie. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1995, 47-55.
51. Krasuska M. E.: Opieka w chorobie nowotworowej, YOKAM, Lublin, 1997.
52. Piątek A.: Standardy opieki w pielęgniarstwie. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, 12-16.
53. Szczepka M.: Tendensje rozwojowe w zakresie standaryzacji i poprawy jakości opieki w pielęgniarstwie. *Pielęgniarstwo* 2000, 1998, 1, 8-20.
54. Sowa M., Kołłątaj W., Kołłątaj B., Karwat I.D., Szakuła J.: Samoleczenie wśród studentów medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5, 7, 439-452.
55. Krajewski-Siuda K.(red.): Samoleczenie. Instytut Sobieskiego. Warszawa 2012, 9.
56. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140715221004/http://www.bracknellandascotccg.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/03/Good-Practice-Guidance-9.-self-medication.pdf>, pobrano 22.02.2019.
57. Hibbard H.J., Greenlich M., Jimison H. i wsp.: The impact of a community-wide self care information project on self-care and medical care utilization, *Evaluation & Health Professions*, 2001, 24, 415-416.
58. Greaves C.J., Campbell J.L.: Supporting self-care in general practice. *British Journal of General Practice*, 2007, 57, 814 - 821.

59. Ultowska-Szostak E.: Opinie pacjentów (klientów aptek) na temat wybranych zagadnień związanych z poza-apteczną sprzedażą leków OTC. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 89, 2, 264 - 268.
60. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz. U. z 2008 r., nr 206, poz. 1292).
61. Szpringer M., Olędzka M., Kosecka J., Galińska E.M., Chmielewski J., Sobczyk B., Wawrzeńczyk M.: Źródła informacji o lekach OTC oraz opinia mieszkańców terenów wiejskich o wpływie tych leków na zdrowie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 21, 2, 158–162.
62. Krzos A., Rząca M., Charzyńska-Gula M.: Przyjmowanie przez studentów leków bez konsultacji lekarskiej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19, 4, 530–534.
63. Szczęch R., Szyndler A., Kolasińska-Malkowska K., Narkiewicz K., Tykarski A.: Jak poprawić skuteczność terapii nadciśnienia tętniczego? Doświadczenia programu edukacji pacjentów w ramach Polskiego Projektu 400 Miast . *Via Medica*, 2006, 10, 5, 525–535.
64. Haynes R., McDonald H., Garg A.: Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*, 2002, 288, 22, 2880–2883.
65. Jasińska M., Kurczewska U., Orszulak-Michalak D.: Zjawisko *non-adherence* w procesie opieki farmaceutycznej. *Opieka Farmaceutyczna*, 2009, 65, 11, 765-771.
66. Feliksiak M.: Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. Raport CBOS 158/2016, Warszawa, 2016, 1-20.
67. Ratajczak P., Kus K., Pluskota M., Koligat D., Zaprutko T., Nowakowska E.: Leki OTC, a samoleczenie bólu. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2015, 3, 44, 147-153.
68. Roguska B, Feliksiak M.: Stosowanie leków dostępnych bez recepty. Raport CBOS 143/2010, Warszawa 2010, 1-22.
69. Fidut-Wrońska J., Latosiewicz R., Sokołowski K., Janikowska K.: Samoleczenie wśród studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, 18, 1, 9-11.
70. Simpson S., Eurich D., Majumdar S., Padwal R., Tsuyuki R., Varney J., Johnson J.: A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal*, 2006, 33, 7557, 1-6.

71. Carrasco-Garrido P., Hernandez-Berrera V., de Andres A., Jimenez--Trujillo I., Jimenez-Garcia R.: Sex – Differences on self – medication in Spain. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2010, 19, 12, 1293–1299.
72. Abahussain E., Matowe L. K, Nicholls P. J.: Self-Reported Medication Use among Adolescents in Kuwait. *Medical Principles and Practice*, 2005, 14, 161–164.
73. Mumtaz Y., Jahangeer S.M. A., Mujtaba T., Zafar S., Adnan S.: Self Medication among University Students of Karachi. *Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences*, 2011, 10, 3, 102–105.
74. Kołtunowicz D., Serzysko B.: Ocena wiedzy stosowania leków OTC bez recepty wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego oraz personelu medycznego, http://wyd.edu.pl/images/Czasopisma_naukowe/Pielegniarstwo/Pielegniarstwo20171/2017_1_p/IwP_2018_2_3/IwP_2018_2_3_Koltunowicz_Serzysko.pdf, pobrano 23.02.2019.
75. Żołnierczuk-Kieliszek D., Janiszewska M., Szymczyk D.M., Kulik T.B., Zabłocka A., Kawiak-Jawor E.: Wiedza rodziców 10-letnich uczniów szkoły podstawowej w Lublinie na temat leków OTC. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20, 4, 374–378.
76. Derkacz M., Wicha J., Flisek J., Tarach J.: Stosowanie leków OTC przez pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2014, 16, 3, 216–218.
77. Meller J.: Etyczny aspekt reklamy leków OTC. *Studia Philosophiae Christianae*, 2008, 44, 2, 27-49.
78. Polish Association of Self Medication Industry. [<https://pasmi.pl/>], pobrano, 25.02.2019.
79. <https://www.swiadomesamoleczenie.pl>, pobrano 10.01.2019.
80. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, [http://www.urpl.gov.pl/pl/urz %C 4% 85 d/kampanie/plaka t-%E2%80%93czytaj-ulotki](http://www.urpl.gov.pl/pl/urz%C4%85d/kampanie/plakat-%E2%80%93czytaj-ulotki), pobrano 10.01.2019.
81. <http://www.forumkardiologiczne.pl/wiadomosc/jak-czytac-ulotki-lekow/23632>, pobrano 10.01.2019.

STANDARD EDUKACJI PACJENTA I JEGO RODZINY DOTYCZĄCY BEZPIECZNEGO STOSOWANIA LEKÓW I PRODUKTÓW DOSTĘPNYCH BEZ RECEPTY

Wstęp

Quidquid agis, prudenter agas et respice fi nem
Cokolwiek czynisz, czyń roztropnie i wypatruj końca
Owidiusz

Jak wynika z analizy przeprowadzonej przez PMR, w 2015 r. rynek produktów OTC w Polsce (sprzedaż apteczna i pozaapteczna, leki OTC i suplementy diety) wzrósł o około 6%.

Kołem zamachowym rynku była apteczna sprzedaż leków OTC (w związku z wysoką zachorowalnością na przeziębienie i grypę) oraz pozaapteczna sprzedaż suplementów diety.

Na dynamikę rynku pozytywnie wpłynęły również wzrost wydatków na reklamę środków farmaceutycznych i para farmaceutycznych; znacząca liczba zmian leków z kategorii Rx na OTC; duża liczba wprowadzeń nowych produktów; wzrost liczby produktów OTC, które otrzymały pozwolenie na import równoległy do Polski.

W latach 2017–2021 dynamika rynku OTC wynosić będzie 4–6% rocznie, w tym zauważalny będzie wzrost konsumpcji, wspieranej przez szybko rosnące płace i dobrą sytuację na rynku pracy (szybko spadająca stopa bezrobocia oraz rosnąca liczba osób zatrudnionych). Zwłaszcza ten ostatni czynnik, wraz z rosnącą inflacją (w 2019 r. powinna ona zbliżyć się do 2,2%), przyczynią się wydatnie do wzrostu wartości rynku produktów OTC w Polsce według opinii analityków PMR.

W latach 2017-2020 dynamika rynku suplementów diety w Polsce wzrośnie do około 8% rocznie.

Prognozy analityków PMR wskazują, że w latach 2017-2020 dynamika rynku suplementów diety w Polsce wzrośnie do około 8% rocznie.

Prognozy rozwoju na lata 2015-2020", sprzedaż pozaapteczna będzie rosła bardziej dynamicznie niż sprzedaż apteczna, ze względu na mniejsze ograniczenia prawne. Na rozwój rynku pozytywnie wpływać będą czynniki makroekonomiczne, takie jak dochód rozporządzalny czy konsumpcja prywatna, jak również zachowania konsumenckie.

Badania CBOS z 2016 roku, przeprowadzone na liczącej 981 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, wykazały, iż leki dostępne bez recepty (OTC)

i suplementy diety, w roku poprzedzającym badanie, stosowało 89% badanych dorosłych, w tym po 68% środki przeciwbólowe i przeciwzapalne oraz łagodzące objawy przeziębienia lub grypy, 52% - witaminy, minerały i środki poprawiające ogólną odporność organizmu, a 27% łagodzące dolegliwości układu pokarmowego.

W przypadku stosowania leku dostępnego bez recepty, po raz pierwszy 52% czasami konsultowało to z lekarzem lub farmaceutą, 88% czasami czytało dołączoną do niego ulotkę, a 29% czasami sprawdzało informacje i opinie o jego działaniu w Internecie. 71% ankietowanych było świadomych tego, że leki i preparaty farmaceutyczne dostępne bez recepty mogą wywierać negatywny wpływ na zdrowie.

Fakt dostępności na rynku farmaceutycznym dużego asortymentu leków sprzedawanych na receptę, jak i bez niej, bez wątpienia sprzyja wzrostowi możliwości popełnienia błędów związanych z ich stosowaniem. Wspomniane powyżej badania CBOS wykazały, że aż 28% badanych przyznało się, iż zdarzyło im się stosować leki OTC niezgodnie z zaleceniami (np. zwiększając dawkę, używając ich dłużej niż to wskazane, lekceważąc skutki uboczne, lekceważąc przeciwwskazania, nie wierząc negatywnej opinii lekarza o takim sposobie leczenia).

Pielęgniarki, zwłaszcza środowiskowo-rodzinne, powinny brać pod uwagę fakt, że pacjenci mogą samodzielnie podejmować interwencje, które zmierzają do wyleczenia, pomijając w tym placówki medycyny konwencjonalnej.

W związku z powyższym istotną rolę odgrywać powinna edukacja pacjentów, przygotowująca ich do tego, by wprowadzonemu przez nich samoleczeniu towarzyszył umiar, rozważa i odpowiedzialność.

Pacjenci powinni bowiem znać podstawowe zasady samoleczenia - wiedzieć co i kiedy przyjmować, jakich leków nie należy ze sobą łączyć, jak je stosować, by pomóc, a nie zaszkodzić. Istotna jest także umiejętność rozpoznania przez pacjenta momentu, gdy powinien skorzystać z fachowej pomocy lekarza lub farmaceuty.

Działania edukacyjne powinny doprowadzić bowiem do tego, aby pacjent stał się partnerem lekarza w profilaktyce i leczeniu chorób. Mają uświadomić chorym zasady bezpiecznego stosowania leków oraz uwrażliwić pacjentów na możliwość występowania działań niepożądanych związanych z terapią.

Oświadczenie standardowe

By leczyć ciało ludzkie, konieczna jest wiedza o całości zjawisk
Hipokrates

Pacjenci i ich rodziny będą posiadali wiedzę i umiejętności w zakresie metod samoleczenia, skutków ubocznych zastosowanych terapii oraz poznają metody i techniki profilaktyki racjonalnego samo ordynowania leków i produktów dostępnych bez recepty.

Samoleczenie będzie miało głębszy sens tylko wówczas, gdy będą towarzyszyć mu inne zachowania ukierunkowane na tzw. samoopiekę, a dotyczące utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom, autodiagnozy i umiejętności skorzystania z profesjonalnej porady medycznej.

Adresat

Mądry człowiek powinien wiedzieć, że zdrowie jest jego najcenniejszą własnością
i powinien uczyć się, jak sam może leczyć swoje choroby
Hipokrates

Każdy pacjent i jego rodzina będący pod opieką pielęgniarek w środowisku domowym, ambulatoryjnym, szpitalnym i w innych placówkach ochrony zdrowia.

Kryteria struktury

Lekarz leczy, natura uzdrowia
Hipokrates

1. Każda pielęgniarka ma obowiązek prowadzenia wśród pacjentów działań edukacyjnych dotyczących bezpiecznego stosowania leków.
2. Każda pielęgniarka powinna posiadać wiedzę i umiejętności w zakresie:
 - bezpiecznego stosowania leków;
 - następstw niekontrolowanego samoleczenia obejmującego różne jego formy i przejawy;
 - udziału w rozpoznawaniu aktualnych potrzeb pacjentów w zakresie tendencji do zarządzania własnym zdrowiem - samoleczenia, samopieki i samoordynacji leków
 - możliwości samoleczenia w kontekście konkretnych dolegliwości, chorób oraz przeciwdziałanie powikłaniom wynikającym z braku wiedzy w tym zakresie;

- zagrożeń zdrowotnych współczesnego społeczeństwa w aspekcie regionalnym i globalnym oraz sytuacji zdrowotnej na świecie;
 - metod oraz form prowadzenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
3. Pielęgniarka posiada wiedzę i umiejętności w zakresie terapeutycznego komunikowania się z pacjentem i jego rodziną.
 4. Pielęgniarki wchodzi w skład interdyscyplinarnego zespołu, który współpracuje ze sobą w zakresie form i metod do zarządzania własnym zdrowiem (samoleczeniem, samopieką i samoordynacją leków).
 5. Praca pielęgniarki jest dokumentowana, a dokumentacja zarządzania własnym zdrowiem (samoleczenia, samoopieki i edukacji pacjenta) dostępna jest wszystkim członkom zespołu terapeutycznego.
 6. Pielęgniarka ma możliwość gruntownego i systematycznego pogłębiania wiedzy i umiejętności zawodowych poprzez samokształcenie, udział w szkoleniach i konferencjach.
 7. W środowisku pracy i ich rodzin prowadzone są karty edukacyjne chorych i ich rodzin (Załącznik 1).
 8. Środowisko pracy zapewnia właściwe warunki lokalowe do prowadzenia indywidualnej i grupowej edukacji.
 9. Środowisko pracy wyposażone jest w materiały pomocnicze niezbędne do prowadzenia edukacji zdrowotnej:
 - konspekty tematów
 - tablice, plansze
 - poradniki, broszury
 - filmy
 - komputer, laptop
 - rzutnik multimedialny
 - odbiornik TV
 - itp.

Kryteria procesu

Nie wyleczy się chorego, który nie wierzy w swoją chorobę
Henri Frederic Amiel

1. Pielęgniarka jest przygotowana do objęcia pacjenta i jego rodziny kompleksową opieką pielęgniarską uwzględniającą wszystkie aspekty zdrowia biologicznego, psychicznego, społecznego.
2. Pielęgniarka zbiera dane na temat stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjenta, wykorzystując różne źródła (pacjent, rodzina, dokumentacja) i różne techniki (wywiad, rozmowa, pomiar, obserwacja), które systematycznie gromadzi, zapisuje, aktualizuje i w tym celu wykorzystuje arkusz do zbierania danych o pacjencie i jego środowisku.
3. Pielęgniarka formułuje diagnozę pielęgniarską zgodną z aktualnym stanem pacjenta.
4. Pielęgniarka planuje realizację zaplanowanych działań edukacyjnych i określa osoby bezpośrednio odpowiedzialne za ich wykonanie.
5. Pielęgniarka konsultuje program edukacyjny z lekarzem i farmaceutą.
6. Pielęgniarka współpracuje z pacjentem, jego rodziną oraz z całym zespołem terapeutycznym w realizacji programu edukacyjnego.
7. Pielęgniarka wspólnie z osobami odpowiedzialnymi realizuje program edukacji, ocenia go i prowadzi stosowną dokumentację (arkusz do zbierania danych o pacjencie).
8. Pielęgniarka w zależności od stanu i potrzeb pacjenta edukuje, doradza, pomaga w czynnościach niezbędnych do kontynuowania zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków).
9. Uzyskane dane o zasobach wiedzy w zakresie działania leków i suplementów diety, powikłań oraz p/wskazaniach są wykorzystywane do określenia priorytetowych problemów edukacyjnych pacjenta w kontekście zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji i samoordynacji), z zachowaną płynnością dostępu informacji dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego.
10. Pielęgniarka przekazuje pacjentowi wiedzę z zakresu zarządzania własnym zdrowiem obejmującą:
 - istotę samoleczenia, samoopieki i samoordynacji leków,
 - przyczyny i konsekwencje samoleczenia,
 - informacje o niezbędnych dla niego lekach i jego chorobach,
 - najczęstsze błędy popełniane przy samoleczeniu,

- bezpieczne i odpowiedzialne samoleczenie.
11. Pielęgniarka obserwuje pacjenta w kierunku postępów w zakresie nabywania wiedzy i umiejętności z dziedziny samoleczenia.
 12. Pielęgniarka prowadzi edukację zdrowotną wobec każdego pacjenta z zakresu zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków), dostosowując ją do indywidualnych potrzeb, motywacji i możliwości pacjenta.
 13. Pielęgniarka kształtuje u pacjenta umiejętności zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków) w zakresie:
 - systematycznego stosowania leków,
 - stosowania leków zgodnie z zaleceniami lekarzy,
 - monitorowania działań niepożądanych stosowanej terapii,
 - prowadzenia przez cały czas obserwacji organizmu pod kątem możliwości wystąpienia objawów niepożądanych (skutków przedawkowania, interakcji),
 - właściwych postaw prozdrowotnych.
 14. Pielęgniarka gromadzi informacje o postawie pacjenta wobec zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków).
 15. Pielęgniarka udziela wsparcia informacyjnego i emocjonalnego choremu i jego rodzinie oraz przygotowuje rodzinę do wspierania pacjenta w procesie zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków).
 16. Pielęgniarka w przypadku wypisu pacjenta ze szpitala pozostaje w kontakcie z pielęgniarkami środowiskowymi i przekazuje im dane, uwagi o deficytach wiedzy pacjenta niezbędne do kontynuacji procesu pielęgnowania.
 17. Pielęgniarka kształtuje u pacjenta postawę odpowiedzialności za stan swego zdrowia i współpracy z zespołem terapeutycznym w procesie zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków).
 18. Pielęgniarka przeprowadza ocenę bieżącą (po każdym zadaniu edukacyjnym z karty edukacyjnej) oraz końcową (po zakończeniu wszystkich zadań edukacyjnych) podejmowanych działań edukacyjnych.
 19. Pielęgniarka ewaluje stopień osiągnięcia zakładanych celów edukacji.
 20. Pielęgniarka mobilizuje pacjenta i jego rodzinę do pogłębiania wiedzy, uzyskiwania informacji na temat bezpiecznego stosowania leków.
 21. Pielęgniarka dokumentuje proces edukacji. w opracowanym formularzu służącym do ewaluacji podjętych działań (Karta edukacyjna- Załącznik 1)

Kryteria wyniku

Wiedza bez działania jest pusta, ale też działanie bez wiedzy jest ślepe

Jensen 1994

1. Opracowano program indywidualnej edukacji, który jest akceptowany przez chorego.
2. W wyniku podjętych działań edukacyjnych pacjent oraz jego najbliżsi będą posiadali wiedzę, umiejętności oraz motywację niezbędne do zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków) w warunkach domowych.
3. Rodzina pacjenta została zapoznana i przygotowana do wspierania oraz udzielania pomocy choremu.
4. Pacjent i jego najbliżsi będą przygotowani do podejmowania samodzielnych działań mających na celu wspieranie racjonalnego, odpowiedzialnego zarządzania własnym zdrowiem (samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków).
5. W wyniku podjętych działań edukacyjnych pacjent będzie wykazywał postawę:
 - odpowiedzialności za swoje zdrowie widzianej przez pryzmat odpowiedzialnego samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków.
 - zdolności współpracy z zespołem terapeutycznym,
 - zrozumienia i cierpliwości w procesie samoopieki, samopielęgnacji, samoordynacji leków „w cieniu” chorób współistniejących.
6. Pacjent będzie miał świadomość, że leki mogą między innymi:
 - być przyjęte w dawce zbyt małej (nieskuteczność) lub w zbyt dużej (przedawkowanie)
 - spowodować szereg działań niepożądanych
 - wchodzić w interakcje nie tylko z innymi lekami, ale także z pożywieniem, napojami i z dymem papierosowym
 - wywoływać reakcje alergiczne
 - utrudniać prowadzenie samochodu oraz obsługę maszyn
 - być niebezpieczne dla nienarodzonego dziecka lub dziecka karmionego piersią
 - zakłócić wynik badań laboratoryjnych (nadmiar leków przeciwbólowych)
7. Pacjent będzie wiedział, że:
 - systematyczne, zwyczajowe przyjmowanie leków „zatrzuwa” organizm
 - najlepiej stosować leki przypisane przez lekarza

- najlepiej, aby leczeniem zajmował się stały zespół terapeutyczny (lekarz, pielęgniarka, farmaceuta), a w leki zaopatrywała ta sama apteka
 - leki bez recepty można stosować wyłącznie wtedy, kiedy chory sam rozpozna objawy (najczęściej na podstawie ostatniej wizyty u lekarza), które może zwalczać, bez konieczności ponownej konsultacji lekarskiej lub kierując się poradą farmaceuty w aptece
 - czas stosowania leku bez recepty musi być krótki (nie powinien przekraczać 1-3 dni) i gdyby przez ten czas objawy nie ustąpiły, jak najszybciej należy zgłosić się do lekarza
 - warto przed użyciem leku zapoznać się z treścią ulotki dołączonej do opakowania, a przede wszystkim z takimi danymi jak: wskazania terapeutyczne, przeciwwskazania, środki ostrożności, interakcje, dawkowanie, działania niepożądane, data ważności, sposób przechowywania produktu oraz dane producenta
 - nie wolno wyrzucać ulotki informacyjnej od leku
 - leki należy przechowywać zgodnie z zaleceniami producenta (miejsce, temperatura), najlepiej w oryginalnych opakowaniach - nie wolno ich przekładać do innych opakowań
 - leków nie wolno przechowywać w miejscach dostępnych dla dzieci
 - nie wolno używać leków przeterminowanych
 - najlepiej nie kupować leków z nieznanych źródeł (na bazarach, ryneczkach i w Internecie)
 - nie wolno nikomu oddawać swoich leków oraz brać leków od innych osób
8. Pacjent będzie posiadał wiedzę na temat tego, że:
- należy sprawdzać, co zawiera każdy lek, ponieważ pod różnymi nazwami preparatów mogą kryć się te same substancje czynne, co może skończyć się przedawkowaniem
 - nie wolno przekraczać dawek dobowych
 - leki jest najlepiej popijać wodą niegazowaną, ponieważ np. soki (głównie grejpfrutowy), mleko oraz herbata, mogą zmieniać właściwości leków
 - należy stosować się do zaleceń producenta co do spożywania leku z posiłkami (na czczo, w trakcie, przed lub po posiłku)

- jeżeli przyjmuje się leki w postaci płynnej, najlepiej poprosić lekarza, pielęgniarkę lub farmaceutę o zademonstrowanie, jak prawidłowo odmierzyć przepisaną objętość i używać do tego tylko miarki dołączonej do danego preparatu
- przy kłopotach z połykaniem leków, należy zgłosić to personelowi medycznemu, ponieważ rozdrabnianie, łączenie z niektórymi pokarmami lub napojami może zmienić właściwości lecznicze preparatu
- podczas stosowania leków nie powinno spożywać się alkoholu

9. Pacjent będzie wiedział że:

- jeżeli stosuje się stale jakieś leki (na receptę, przyjmowane bez niej, leki ziołowe, witaminy, suplementy diety), to warto spisać na kartce ich nazwy, zawsze pokazywać lekarzowi lub farmaceutce, co pomoże zmniejszyć ryzyko wystąpienia interakcji
- jeżeli przyjmuje się stale jakieś leki, a ich brak lub ich nieprzyjęcie w określonym czasie lub momencie może być niebezpieczne – zawsze powinno się te leki mieć przy sobie
- zawsze należy poinformować lekarza lub farmaceutę o stosowanych kuracjach ziołowych
- w przypadku posiadania wielu opakowań przepisanych leków, powinno się dokonać ich przeglądu i upewnić się, czy są one potrzebne i sprawdzić ich datę ważności
- wszelkie leki przeterminowane lub niepotrzebne należy odnieść do apteki, by je zutylizować

10. Przy otrzymaniu nowego leku pacjent będzie wiedział, że:

- musi upewnić się, że uzyskał o nim informacje, zapoznać się z nimi i wyjaśnić z personelem medycznym ewentualne wątpliwości nasuwające się z jego stosowaniem
- przypomnieć lekarzowi, pielęgniarce i farmaceutce o ewentualnych alergiach

11. Pacjent będzie wiedział, że występowanie działań niepożądanych można stwierdzić tylko wtedy gdy lek był:

- stosowany zgodnie ze wskazaniem i w zalecanej dawce,
- stosowany we wskazaniach innych od tych, które zawarte są w ulotce (informacji dla pacjenta)
- nadużywany

- stosowany w celach pozamedycznych (np. w celu odurzenia, czyli jego użycie nie miało nic wspólnego z leczeniem)
- przedawkowany (świadomie lub nieświadomie)

oraz

- gdy w wyniku popełnienia błędu w stosowaniu leku (np. nieświadome popełnienie błędu w przepisaniu, wydaniu lub podaniu leku stosowanego pod kontrolą lekarza lub samodzielnie przez pacjenta, a także gdy lek był podany przez członka rodziny/opiekuna)

12. Pacjent wie, gdzie/kogo należy informować w sytuacji zgłaszania działania niepożądanego, przy zgłaszaniu działań niepożądanych leku należy podać:

- nazwę produktu leczniczego (nazwę handlową oraz substancję aktywną)
- dawkę
- numer serii leku (podany na opakowaniu)
- opis reakcji niepożądaney (co najmniej jednego objawu)
- wszelkie inne leki przyjmowane w tym samym okresie (w tym leki wydawane bez recepty, preparaty ziołowe oraz środki antykoncepcyjne)
- wszelkie inne dolegliwości, na które może cierpieć osoba, u której wystąpiło działanie niepożądane
- dane chorego (inicjały, płeć, inne dane identyfikujące chorego)
- dane osoby zgłaszającej (imię, nazwisko, adres, telefon, faks, e-mail)

13. Po zakończeniu procesu edukacji przekazuje pacjentowi zestaw materiałów edukacyjnych dotyczących bezpiecznego stosowania leków i dodatkowej edukacji/samoedukacji (Załącznik 2,3,4,5).

Załącznik 1. Karta edukacji pacjenta i jego rodziny dotycząca bezpiecznego stosowania leków i produktów dostępnych bez recepty

Zakres wiadomości i umiejętności – zadania edukacyjne	Forma, metoda pracy	Osoba prowadząca edukację: lekarz pielęgniarka farmaceuta	Data	Zdobyty zakres wiedzy			Uwagi
				Bardzo dobry	dobry	dostateczny	
Leki OTC - jak uzyskać o nich rzetelną wiedzę	rozmowa, wykład, pogadanka, pokaz, film						
Odpowiedzialne samoleczenie - definicja, przyczyny, skala zjawiska, najczęściej popełniane błędy							
Warunki skuteczności działania leków							
Działania niepożądane stosowania leków: rodzaje, podział, rozpoznawanie i zasady zgłaszania (kiedy, jak i gdzie)							
Co powinna zawierać ulotka dołączona do leku, jak czytać ulotki ze zrozumieniem							
Rodzaje opakowań leków, ich zawartość i grafika							
Podstawowe zasady oceny bezpieczeństwa leków							
Jak interpretować (czytać receptę) receptę							
Zasady bezpiecznego stosowania leków							

Załącznik 2. Lecz się świadomie



LECZ SIĘ ŚWIADOMIE

Żaden lek nie jest pozbawiony działań niepożądanych

www.facebook.com/swiadomesamoleczenie
www.swiadomesamoleczenie.pl

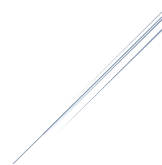
 Pomorze Zachodnie

 Równość na fali

Sfinansowane ze środków Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012-2020, ujętych w budżecie Województwa Zachodniopomorskiego w 2018 r.

[źródło: <https://www.swiadomesamoleczenie.pl/>]

Kampanię realizuje Stowarzyszenie „Równość na fali”. Zadanie sfinansowano ze środków Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012-2020, ujętych w budżecie Województwa Zachodniopomorskiego w 2018 r.]



Załącznik 3. Ważne linki - lecz się odpowiedzialnie

Wyszukiwarka interakcji leków:

www.lekbezpieczny.pl

Kampania „Leki to nie cukierki”:

www.farmaceuta-radzi.pl/leki-to-nie-cukierki

Kampania „Internet nie leczy”:

www.youtube.com/watch?v=CK1DNMKkXmg

Kampania „Przyjmuje leki czy bierze”:

www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=3594361

Reklam leków

<http://www.archiwum.mz.gov.pl/leki/produkty-lecznicze/reklama-lekow/>

Polityka lekowa Państwa 2018-2022

file:///C:/Users/kulak/AppData/Local/Temp/POLITYKA_LEKOWA_PAN_2018-2022_v92FF.pdf

Filmy/prezentacje na Yotube

- Świadome samoleczenie
https://www.youtube.com/watch?time_continue=47&v=g1FEzq_E1RY
- Świadome Samoleczenie - Chorobostop Maxi Forte 3000
https://www.youtube.com/watch?v=g1FEzq_E1RY
- Opakowania i ulotki – zasady oznakowania
<https://www.kierunekfarmacja.pl/artukul,4416,opakowania-i-ulotki-8211-zasadyoznakowania.html>

Załącznik 4. Czytaj ulotki leków

CZYTAJ ULOTKI LEKÓW

ULOTKA – TWOJE BEZPIECZEŃSTWO

Ulotka zawiera następujące dane:

- **Skład** (substancje wchodzące w skład leku).
- **Wskazania** (kiedy lek zastosować).
- **Dawkowanie** (kiedy i w jaki sposób przyjmować lek).
- **Przeciwwskazania** (kiedy leku nie brać).
- **Interakcje** (z jakimi innymi lekami nie można stosować leku).
- **Ostrzeżenia** (kiedy szczególnie trzeba uważać przyjmując lek).
- **Działania niepożądane** (jakie działania - poza oczekiwanymi leczniczymi - mogą wystąpić po użyciu leku).
- **Warunki przechowywania** (jak i gdzie przechowywać lek).
- **Podmiot odpowiedzialny** (nazwa i dane kontaktowe producenta leku).

Pamiętaj!

- Nie odstępuj Twojego leku nikomu - nawet jeżeli ten ktoś ma identyczne objawy jak Twoje.
- Sprawdź datę przydatności leku do użycia, umieszczoną na opakowaniu. Nie przekładaj leku do innych opakowań, nie wyrzucaj ulotki.
- Zadbaj, by leki stosowane przez domowników nie były dostępne dla dzieci.
- Długość leczenia i dawkowanie leku są dokładnie określone przez lekarza.
- W przypadku leków dostępnych bez recepty stosuj się do zaleceń farmaceuty i informacji zawartych w ulotce.
- Noś przy sobie listę leków, które stosujesz. Pokazuj ją lekarzowi podczas każdej wizyty i w aptece przy zakupie leków. Taki spis ułatwi także pracę ratowników w sytuacjach nagłych.

Ulotki niektórych leków są oznakowane symbolem czarnego odwróconego trójkąta. Nie jest to powód do niepokoju. Czarny trójkąt oznacza, że w sposób szczególnie staranny i intensywny zbiera się dane o tych lekach.



Lek Bezpieczny

Więcej informacji
www.urpl.gov.pl

Jeżeli po przeczytaniu ulotki masz wątpliwości, czegoś nie rozumiesz, coś cię niepokoi – prosz o wyjaśnienia Twojego lekarza lub farmaceuty.

Załącznik 5. Co zawiera ulotka

Ulotka dołączona do każdego produktu leczniczego, zawiera szereg niezwykle istotnych dla pacjenta informacji.

To, jakie informacje muszą znajdować się w ulotce, warunkują odpowiednie przepisy prawne. Spis treści znajdujący się w ulotce zazwyczaj podzielony jest na sześć części.

Część pierwsza

Zawiera informacje na temat składu leku – wymieniane są substancje czynne, które znajdują się w danym leku, wyjaśnione jest, w jakim celu stosuje się dany lek.

Część druga

Zawiera komunikaty ważne przed zastosowaniem danego leku - instrukcje dotyczące stosowania danego produktu leczniczego, wyszczególnione są sytuacje, kiedy nie stosować leku, ostrzeżenia i środki ostrożności, informacje dotyczące ryzyka wystąpienia np. zakrzepicy czy chorób wątroby. Niezwykle ważne jest uważne przeczytanie tej części ulotki – być może w trakcie wizyty lekarskiej zapomnieliśmy wskazać, że borykamy się z jakimś schorzeniem, które jest wymienione w ulotce i w tym przypadku stosowanie danego leku jest po prostu niewskazane.

Część trzecia

Zawiera informacje jak stosować dany lek - znajdują się tu dokładne wskazówki, jak należy przyjmować dany produkt leczniczy, instrukcje dotyczące sposobu przyjęcia leku, wskazania, czym należy popijać preparat (zazwyczaj woda), informacje, czy lek należy przyjmować na czczo, czy może w trakcie posiłku, informacje dotyczące nielączenia niektórych leków z cytrusami czy sokami owocowymi, które mogą obniżyć jego wchłanianie oraz wiadomości dotyczące stosowania leku, rozpoczęcia przyjmowania preparatu, a także sytuacji dotyczącej przyjęcia większej niż zalecana dawka leku lub pominięcia przyjęcia odpowiedniej ilości produktu.

Część czwarta

Zawiera komunikaty dotyczące możliwych działań niepożądanych. Producent odpowiedzialny jest za wyszczególnienie informacji dotyczących możliwości wystąpienia działań niepożądanych z określeniem prawdopodobieństwa ich wystąpienia.

Część piąta

Zawiera instrukcje dotyczące obowiązujących zasad przechowywania leku.

Część szósta

Zawiera informacje dotyczące zawartości opakowania, wyglądu leku, właściwości substancji czynnej, nazwy podmiotu odpowiedzialnego i wytwórcy, daty aktualizacji ulotki.

Gdzie szukać ulotki, jeśli ją zgubiliśmy

W przypadku, gdy ulotka została zgubiona, najlepiej skontaktować się z farmaceutą bądź odszukać ulotkę w formie pliku pdf na stronie Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

[źródło: opracowanie na podstawie - <http://www.forumkardiologiczne.pl/wiadomosc/jak-czytac-ulotki-lekow/23632>]

ISBN 978-83-957032-9-4