



Samoleczenie

pod redakcją
Krzysztofa Krajewskiego - Siudy

T W O R Z Y M Y I D E E D L A P O L S K I



Instytut Sobieskiego
ul. Nowy Świat 27
00-029 Warszawa
tel./fax: 22 826 67 47

sobieski@sobieski.org.pl
www.sobieski.org.pl

Samoleczenie

©Copyright by Instytut Sobieskiego
Nakład: 500 egz.

ISBN 978-83-927691-3-2

Opracowanie redakcyjne: Jan Filip Staniłko
Korekta: Julita Wilczek
Projekt: Piotr Perzyna
Okładka: Piotr Perzyna, ALC Marketing & Media Projects

Samoleczenie

pod redakcją
Krzysztofa Krajewskiego - Siudy

Spis treści

Indeks skrótów	6
Przedmowa Krzysztof Krajewski-Siuda	7
WPROWADZENIE	
I Samoleczenie a zdrowie publiczne. Leszek Wdowiak, Lucyna Kapka	13
II Historia samoleczenia (w znaczeniu self-medication) Virginia Berridge	25
CZĘŚĆ TEORETYCZNA	
III Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego Krzysztof Krajewski – Siuda, Robert Chmura, Krzysztof Łach	31
IV Medyczne, społeczne i ekonomiczne aspekty samoleczenia oraz samoopieki. Samoleczenie a problematyka kosztów w systemie ochrony zdrowia. Tomasz Bochenek	99
V Leki stosowane w samoleczeniu - bezpieczeństwo stosowania, niekorzystne interakcje Jarosław Woron	121
VI Dlaczego pacjent wymagający farmakoterapii powinien zgłaszać się po poradę do lekarza lub farmaceuty? Opieka farmaceutyczna w aspekcie samoleczenia Magdalena Hurkacz, Anna Wiela-Hojeńska	129
VII Farmaceuta w procesie samoleczenia Mariola Drozd, Joanna Jaremek-Kudła, Anna Kijewska	147
VIII Jak pacjent stał się klientem - analiza problemu samoleczenia na gruncie współczesnego społeczeństwa Polski Agnieszka Żok	157

IX	Jakość i dostęp do informacji internetowych jako źródło społecznej edukacji zdrowotnej	163
	Maria Danuta Głowacka, Piotr Czajka	
X	Wybrane socjokulturowe uwarunkowania samoleczenia	169
	Igor Radziewicz-Winnicki	
XI	Samoleczenie - za czy przeciw? (aspekty edukacyjno-etyczne)	179
	Anna Latawiec, Maria Nowakowska	
XII	W jaki sposób wiedza z zakresu etyki może pomóc w samoleczeniu?	187
	Dorota Probuska	
PRACE ORYGINALNE		
XIII	Wybrane przykłady samoleczenia w Polsce i na świecie	193
	Anna Szwedek-Trzaska, Anna Głowacka	
XIV	Czym kieruje się pacjent dokonując wyboru preparatów OTC w aptece?	199
	Magdalena Waszyk-Nowaczyk, Marek Simon	
XV	Miejsce zakupu leków OTC na przeziębienie	205
	Magdalena Hartman, Paweł Lichtański, Ewa Klimacka-Nawrot, Barbara Duda-Raszewska, Barbara Błońska-Fajfrowska	
XVI	Samodzielnie leczysz przeziębienie czy korzystasz z pomocy?	215
	Magdalena Hartman, Paweł Lichtański, Barbara Duda-Raszewska, Ewa Klimacka-Nawrot, Barbara Błońska-Fajfrowska	
XVII	Wpływ reklamy na asortyment leków stosowanych na przeziębienie	225
	Magdalena Hartman, Paweł Lichtański, Ewa Klimacka-Nawrot, Karolina Donocik, Barbara Błońska-Fajfrowska	
XVIII	Przeziębienie - zażywasz leki czy czekasz aż przejdzie?	235
	Magdalena Hartman, Paweł Lichtański, Ewa Klimacka-Nawrot, Karolina Donocik, Barbara Błońska-Fajfrowska	
XIX	O autorach	243

Indeks skrótów

AESGP	Europejskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty (<i>The Association of the European Self-Medication Industry</i>)
AIDS	Zespół nabytego niedoboru odporności (<i>Acquired immune deficiency syndrome</i>)
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
EMA	Europejska Agencja ds. Leków (<i>European Medicines Agency</i>)
FDA	Amerykańska Agencja Federalna odpowiedzialna za bezpieczeństwo leków i żywności (<i>Food and Drug Administration</i>)
FIP	Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna (<i>International Pharmaceutical Federation</i>)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HMO	System ubezpieczenia zdrowotnego, popularny obecnie w USA, działający na zasadach organizacji opieki kierowanej, obejmujący ubezpieczonych pakietem świadczeń zdrowotnych (<i>Health Maintenance Organization</i>)
IAPO	Międzynarodowa Organizacja Pacjentów (<i>International alliance of patients' organizations</i>)
IMS	Firma specjalizująca się w dostarczaniu informacji dla przemysłu farmaceutycznego i rynku ochrony zdrowia.
Lz	Leki stosowane wyłącznie w leczeniu szpitalnym
NCPIE	Amerykańska Krajowa Rada Informacji i Edukacji Pacjenta (<i>National Council of Patient Information and Education</i>)
NLPZ	Niesteroidowe leki przeciwzapalne
OTC	Leki dostępne bez recepty (<i>over-the-counter</i>)
OUN	Ośrodkowy układ nerwowy
Rp, Rx	Leki dostępne na receptę
TNS OBOP	Taylor Nelson Sofres – Ośrodek Badania Opinii Publicznej
UE	Unia Europejska
UOKiK	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organization</i>)
WSMI	Światowe Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty (<i>World Self-Medication Industry</i>)

Przedmowa

Wykład inaugurujący konferencję „Samoleczenie a edukacja zdrowotna, polityka zdrowotna i etyka”, wygłoszony w auli Collegium Novum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 20 kwietnia 2009 r.

Principiis obsta et respice finem, czyli jak budować politykę samoleczenia

Krzysztof Krajewski-Siuda

Panie Ministrze! (zwracam się do Pana Doktora Tomasza Zdrojewskiego – doradcy Prezydenta Rzeczypospolitej)

Panie Profesorze! (zwracam się do Pana Profesora Antoniego Czupryny – pełnomocnika Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego)

Pani Dziekan!

Panie i Panowie Profesorowie!

Szanowni Państwo!

Dwa miesiące temu w Oksfordzie kupiłem niewielki miedzioryt. Po sygnaturze wydawcy Petera Stenta^a i dzięki katalogowi Penningtona^b łatwo udało mi się zidentyfikować jego autora. Okazał się nim czeski artysta - Wenzel Hollar (1607-1677), który w pierwszej połowie XVII wieku wyemigrował do Londynu i tam zrobił wielką artystyczną karierę. Dzisiaj uznawany jest za jednego z najwybitniejszych klasycznych mistrzów grafiki, a jego nazwisko stawiane jest na równi z takimi sławami jak Albrecht Dürer, czy Giovanni Piranesi. Ku mojemu zdziwieniu (ale też radości) okazało się, że zdobyłem niezwykle rzadki druk – nie ma go nawet w British Museum, które szczyci się faktem, iż posiada prawie całą spuściznę po Hollarze. Dlaczego o tym mówię? Jaką treść, jaki przekaz, jaką tajemnicę, jaką zagadkę skrywa w sobie ta rzadka, a stara odbitka? Ukazuje ona dwie postaci i trzy inskrypcje. Postacią na pierwszym planie jest siedzący mężczyzna z wyłożoną, mocno zabandażowaną nogą popijający płyn z dzbana. Mamy zatem chorego przyjmującego lekarstwo. Za nim stoi dostojnie odziany drugi mężczyzna, któ-

ry ogląda pod światło płyn zawarty w kolbie. Mamy zatem lekarza, który – jak się domyślamy – wykonuje badanie organoleptyczne moczu. Każdy z trzech napisów pochodzi z innego starożytnego dzieła. Napis na dole pod ilustracją^c oraz napis środkowy^d, zawarty na zwoju – jakby na średniowieczną (gotycką) modłę, informują nas o zastosowaniu wyciągu z kłącza ciemiernika, rośliny bogatej w alkaloidy podobne do tych, które uzyskujemy z naparstnicy. Wyciąg ten stosowany był już w starożytnej Grecji w przypadku obrzęków, czy – jak dziś byśmy powiedzieli – w objawach niewydolności krążenia, ale nie tylko. Stosowany był przez osoby zdrowe jako stymulant, dla wzmocnienia wigoru – ot, taki starożytny redbull.

Najciekawsza jest wszelako inskrypcja tytułowa: *Principiis obsta*. To wyimek z dzieła Owidiusza *Remedia amoris* (*Lekarstwa na miłość*)^e, poetyckiego poradnika, w którym Publius Ovidius Naso radzi, co robić, by nie ulec zakochaniu, by nie stać się niewolnikiem afektu. W wierszu 91. Owidiusz pisze: *Principiis obsta* – stań na przeszkodzie początkom, a więc odrzuć zaloty, nie baw się flirtem. Ta norma etyki erotycznej, *sit venia verbo*, szybko została absorbowana przez myśl chrześcijańską: *Principiis obsta* – niszczyć zło w zarodku, a więc oddał pokusę na początku. Pokusę, o której św. Paweł pisze, że jest jak pies na uwięzi. Im bliżej się doń zbliżasz, tym jest groźniejsza. Wreszcie Owidiuszowy nakaz stał się kanonem medycyny: *Principiis obsta* – zapobiegaj to imperatyw profilaktyki. Brytyjczycy mówią: *an ounce of prevention is better than a pound of cure*. Owidiusz pisał dalej: *Principiis obsta, sero medicina paratur* – zapobiegaj, albowiem może się zdarzyć, że już żadne lekarstwo nie pomoże. Współcześnie Owidiuszową normę możemy uznać za paradygmat samoleczenia, któremu poświęcona jest ta konferencja. *Principiis obsta* – stań na przeszkodzie początkom, a więc stosuj leki przeciwzapalne, by nie rozwinęły się objawy infekcji; stosuj leki przeciwbólowe, by ból zdławić na wstępie, by nie narastał; stosuj suplementy diety, by nie wystąpiły objawy niedoborowe itd. Owidiuszowy bardzo *sexy* nakaz traci jednak na znaczeniu, jeśli nie jest zestawiony z inną łacińską sentencją. Starożytni Rzymianie mawiali: *Quidquid agis, prudenter agas et respice finem* – Cokolwiek czynisz, czynń roztropnie i wypatruj końca. Są to słowa również przypisywane Owidiuszowi. *Et respice finem!* By uniknąć przypadku młodego człowieka, jak podawała prasa w grudniu tego roku, który z bólem zęba wyjechał do Wielkiej Brytanii i nie poszedł do dentysty, tylko codziennie zażywał duże dawki Ibuprofenu. Wrócił do kraju po miesiącu z objawami niewydolności szpiku i zmarł. Co za głupia śmierć?! – można by krzyknąć. Horacy w Satyrze III z drugiej księgi, w dziele z którego pochodzi napis środkowy na rycinie, wyśmiewał takich ludzi zgodnie z zasadą *Omnem stultum insanum esse* – *Tylko głupiec może być – chciałoby się dodać: w ten sposób – chory. To rozwinięcie starogreckiej stoickiej zasady: pas ephron mainatei.*

To nie koniec kariery Owidiuszowych słów. Dwa paradygmaty samo leczenia - *principiis obsta* i *respice finem* mają wreszcie pewne szersze znaczenie w odniesieniu do polityki zdrowotnej, do polityki samoleczenia. Dzisiaj zastanawiać się będziemy (temu służyć mają kolejne wystąpienia i debata oksfordzka), jak budować politykę samoleczenia; co zrobić by była ona dobra, by była skuteczna, by była bezpieczna, by była *comme il faut*. Zastanawiać się będziemy jak wyglądać ma edukacja zdrowotna, która jest funkcją tej polityki. Jak wyglądać ma rezultat tej edukacji, który określa się mianem *health literacy* („alfabetyzmu” zdrowotnego). Rozważymy rolę lekarza w edukacji zdrowotnej. Wiliam Osler^f, jedna z najciekawszych postaci nowoczesnej medycyny i twórca współczesnych form nauczania sztuki lekarskiej mawiał: *the first duties of the physician is to educate masses when not to take drugs*. Zastanawiać się będziemy, jaka jest rola aptekarza w edukacji zdrowotnej. Zastanowimy się, jaka jest rola mediów (stąd tak liczna dzisiaj obecność dziennikarzy), w tym nowych mediów w edukacji zdrowotnej – trzeciego paradygmatu samoleczenia.

Samoleczenie jest pojęciem niejednoznacznym. Mianem tym określa się kategorie zawarte w języku angielskim w dwóch słowach: *self-medication* (samoordynacja leków) i *self-care* (samoopieka)^g. Dzisiaj skupimy się na pojęciu *self-medication*. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia przez samoleczenie w znaczeniu *self-medication* rozumiemy używanie lekarstw przez konsumenta w leczeniu chorób lub objawów rozpoznanych samodzielnie. W praktyce określenie to zawiera również leczenie wzajemne przez członków rodzin lub przyjaciół, szczególnie gdy leczone jest dziecko.

Jakie rodzaje lekarstw przyjmujemy bez recepty? Są to przede wszystkim niesteroidowe leki przeciwzapalne (57%), inne leki stosowane w przypadku przeziębienia i grypy (19,5%) oraz witaminy i minerały (13,5%), w mniejszym stopniu leki nasercowe (5%) i leki na układ pokarmowy (2%). Aż trzy czwarte Polaków deklaruje, iż korzysta z leków bez recepty (*over-the-counter* / OTC) [1].

Jaka jest skala zjawiska samoleczenia w innych krajach? Jak wielki jest to rynek?

W Stanach Zjednoczonych, gdzie odpowiedzialność jednostki za swoje życie, w tym zdrowie, jest silnie akcentowana, rynek leków OTC stanowi 5% wartości całego rynku farmaceutycznego. Wydawałoby się, że jest to mały udział, niemniej wartość całego rynku 290 mld dolarów jest ogromna, co daje ok. 15 mld dolarów na leki OTC [2]. Stany Zjednoczone uważane są za kraj o łatwym dostępie do leków bez recepty i wysokich obecnie wymogach bezpieczeństwa. Agenda federalna odpowiedzial-

na za bezpieczeństwo leków (Food and Drug Administration) została ustanowiona już w 1862 roku, co jednak wbrew powszechnemu mniemaniu nie zawsze było gwarantem bezpieczeństwa leków. W latach 80. XIX wieku można było w Stanach Zjednoczonych kupić drosy kokainowe na ból zęba lub heroinę na kaszel. Stany Zjednoczone są wreszcie krajem, gdzie satysfakcja ze stosowanych leków bez recepty jest największa. Takie zadowolenie deklaruje aż 92% osób stosujących samoleczenie (dla porównania 83% w Wielkiej Brytanii, 80% w Kanadzie i 75% w Australii) [3]. W Wielkiej Brytanii rynek leków bez recepty stanowi blisko 16% wartości rynku farmaceutycznego, co oznacza prawie 3 mld funtów brytyjskich w roku [4]. W Polsce rynek leków bez recepty to aż jedna czwarta (26%) wartości rynku farmaceutycznego i jest to relatywnie największa wartość w Europie [5]. Rzecz jednak w tym, że wartość całego rynku leków w naszym kraju jest niewielka i jeśli wystandaryzujemy tę wielkość wobec liczby mieszkańców okaże się, że Polacy są na końcu listy krajów o najmniejszych wydatkach na leki bez recepty. Łatwo zatem o manipulację w przedstawianiu prawdziwych danych dotyczących rynku leków OTC w Polsce. Mimo tych wszystkich zastrzeżeń warto zwrócić uwagę na fakt, że w ciągu dziesięciu lat wartość nominalna rynku leków OTC zwiększyła się z 1 (1996 r.) do prawie 4 (2006 r.) miliardów złotych [6].

Powstaje kolejne pytanie – często stawiane w różnych dyskusjach i stanowiące przedmiot swoistej zonglerki różnych polityków i publicystów - czy Polaków stać na leki? Dane Głównego Urzędu Statystycznego pochodzące z badania opinii społecznej pokazują, że jedna trzecia Polaków deklaruje, iż zawsze stać ich na leki. Prawie połowa (44,7%) wskazuje, że jest to duże obciążenie dla budżetu domowego, ale tylko 4% respondentów twierdzi, iż nigdy nie stać ich na leki, a 10% że czasami nie stać na leki [7]. Zatem można by stwierdzić, iż nie są to dane alarmujące. Zawsze bowiem, w każdych warunkach, w każdym systemie znajdą się ludzie, których na nic nie będzie stać. Dane pochodzące z tego samego źródła podają, iż średnio w ciągu roku wydajemy na leki 344 zł na osobę [8].

Leki wydawane bez recepty w Polsce są jednak drogie – średnio o 5% droższe niż w krajach Unii Europejskiej, a aż o 20% droższe w porównaniu z naszymi najbliższymi sąsiadami tj. Czechami i Słowacją [9].

Jakie są korzyści z dostępu do leków bez recepty dla systemu zdrowotnego? Istnieje niewiele doniesień dotyczących tego zagadnienia. Dwa wydają się najważniejsze: brytyjskie badanie zlecone przez tamtejsze ministerstwo zdrowia (Department of Health) i szacunki stowarzyszenia producentów leków bez recepty dla krajów europejskich. Obydwa opracowania wskazują na ogromne oszczędności związane z samoleczeniem (głównie w znaczeniu *self-care*). Badanie brytyjskie mówi, że samo leczenie skutkuje spadkiem liczby konsultacji lekarskich o 40%, ograniczeniem wizyt domowych

o 17% i redukcją o połowę interwencji pogotowia ratunkowego, wizyt w szpitalu i czasu spędzonego w szpitalu przez pacjenta [10]. Z kolei raport producentów szacuje oszczędności wynikłe z przeniesienia 5% leków Rx do grupy leków OTC w skali roku dla 25 krajów członkowskich Unii Europejskiej na ponad 16 miliardów Euro [11].

Nie ma odwrotu od samoleczenia. Jest ono przejawem nowoczesności i wyzwaniem na przyszłość. Systemy zdrowotne za 10-20 lat będą zupełnie inaczej wyglądać, niż dzisiaj. Na pewno wobec przemian demograficznych (starzenia się społeczeństw) i rozwoju z jednej strony opieki ambulatoryjnej, klinik jednego dnia (przykładem doskonałym jest katowicka Klinika Neurologii Wieku Podeszłego kierowana przez Pana Profesora Grzegorza Opalę), z drugiej zaś rozwoju opieki długoterminowej, a także wobec narastających trudności w dostępie do porady lekarza samoleczenie wydaje się rozwiązaniem nieuchronnym. W Wielkiej Brytanii żyje obecnie 17 milionów osób przewlekle chorych, a 80% konsultacji lekarskich dotyczy właśnie takich dolegliwości. W 2030 roku liczba osób przewlekle chorych podwoi się, zatem system zdrowotny w tym kraju i w wielu innych o podobnym poziomie rozwoju stanie przed ogromnym wyzwaniem niewydolności [12]. Przyszłością medycyny w przypadku chorób ostrych, zwłaszcza górnych i dolnych dróg oddechowych, będzie odpowiedzialne samoleczenie w znaczeniu *self-medication*, a w przypadku chorób przewlekłych samoleczenie w znaczeniu *self-care*.

Panie i Panowie! Zbigniew Herbert w „Przesłaniu Pana Cogito” pisał: powtarzaj stare zaklęcia ludzkości (...), powtarzaj wielkie słowa, powtarzaj je z uporem. I ja dzisiaj w tej sali powtarzam z katońskim uporem stare owidiuszowe zaklęcia – *principiis obsta et respice finem*.

- a Peter Stent (1613-1665), jeden z największych londyńskich wydawców w XVII w.
- b Pennington R.: *A Descriptive Catalogue of the Etched Work of Wenceslaus Hollar 1607-1677*, Cambridge 2002, s. 67, poz.455.
- c *Helleborum frustra cum jam cutis aegra tumebit, poscentes videas* (Nie ma sensu podawać preparatów z ciemiernika, kiedy skóra już obrzękła) - Aulus Persius Flaccus: *Satirae III*, 63.
- d *Danda est ellebori multo pars maxima avaris; nescio an Anticyram ratio illis destinet omnem* (Najwięcej ciemierzycy sknerom dać należy, Nie wiem, czy Antycyra rodzi jej aż tyle) - Quintus Horatius Flaccus: *Sermones L.II: III*, 82-83.
- e Publius Ovidius Naso: *Remedia amoris*, 91.
- f Sir Wiliam Osler (1849 - 1919), nazywany Ojcem Współczesnej Medycyny, profesor medycyny (McGill, John Hopkins, Oxford), twórca obowiązujących do dzisiaj metod kształcenia studentów i lekarzy.
- g Samoopieka wiąże się np. z prowadzeniem prostej diagnostyki i terapii przez samego wyedukowanego pacjenta np. w cukrzycy.

Piśmiennictwo:

1. *Pączkowska M. Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ 2008.*
2. *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines. AESGP 2007.*
3. *Responsible self-care and self-medication. WSMI 2006.*
4. *Economic... op. cit.*
5. *ibidem.*
6. *Jakubiak L. Rozważania o rynku OTC i samoleczeniu pacjentów. 43. Kongres AESGP 2007; Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku. GUS 2007.*
7. *Ochrona...op.cit.*
8. *Ibidem. Roczne wydatki na leki: gospodarstwa jednoosobowe, gospodarstwa emeryckie, gospodarstwa z jednym dzieckiem, gospodarstwa z trojgiem dzieci i więcej.*
9. *Raport z badania rynku hurtowego obrotu lekami w Polsce. UOKiK 2006.*
10. *Self-care – a real choice. Department of Health 2005.*
11. *The Economic and Public Health Value of Self-medication AESGP 2004.*
12. *Self-care... op.cit.*

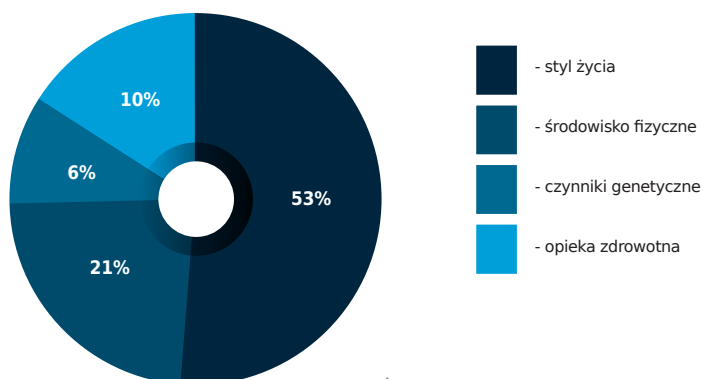
Wprowadzenie I Samoleczenie a zdrowie publiczne.

Leszek Wdowiak, Lucyna Kapka

Wprowadzenie do zdrowia publicznego

Zdrowie według Światowej Organizacji Zdrowia to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niedomagania. Zdrowie zależy od czterech grup czynników określonych przez komisję utworzoną przez Lalondę, jako tzw. pola zdrowotne.

WYKRES 1. Pola zdrowotne Lalonda.



Źródło: Opracowanie własne.

Największy wpływ na zdrowie człowieka ma styl życia (53%), na który składają się między innymi takie elementy jak aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne), zatrudnienie, czynniki ryzyka zdrowotnego i zawodowego, sposób rekreacji, zachowania seksualne oraz wszystkie działania podejmowane przez jednostkę w celu zachowania zdrowia (samoleczenie). Kontrola jednostki ulokowana w tym polu jest bardzo duża, dlatego w większości przypadków wystąpienie czynników ryzyka jest związane z jej decyzją. W związku z tym pojawia się problem nie tylko odpowiedzialności każdego człowieka za stan jego zdrowia, ale także problem zwinionego złego stanu zdrowia [1].

Środowisko fizyczne warunkuje stan zdrowia człowieka w około 21%. Korzystny wpływ na zdrowie ma czyste powietrze i woda, zdrowa i bezpieczna szkoła oraz zakład pracy. Negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie wynika w znacznym stopniu z degradacji środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz czynników biologicznych. Pole środowiska reprezentują czynniki będące w otoczeniu człowieka, które mogą wpływać na jego zdrowie. Jednostka działając w pojedynkę nie posiada nad nimi skutecznej kontroli, w odróżnieniu od zorganizowanego społeczeństwa [1].

Zdrowie człowieka w 16% uwarunkowane jest przez czynniki genetyczne, zaś jedynie 10%, czyli w najmniejszym stopniu, ma wpływ opieka zdrowotna, jej struktura, organizacja i funkcjonowanie [1].

Przekładając tezę Lalonda na język codzienności można wskazać, że bieda, brak pracy, złe warunki pracy, brak wykształcenia, złe warunki mieszkaniowe, stres, nieracjonalne odżywianie, palenie tytoniu warunkują stan zdrowia określonych społeczności. Zdrowie publiczne obejmuje obszar działań dotyczący niemal wszystkich aspektów zdrowia społeczeństwa, również jako zdolność do prowadzenia życia satysfakcjonującego dla danego człowieka. Kluczowym słowem jest w tym przypadku „zdrowie”, które jest pojęciem szerszym niż „medycyna”, a słowo „publiczne” podkreśla, że działania opierają się na zorganizowanym wysiłku społeczeństwa, a nie jednostki.

Istnieje wiele definicji zdrowia publicznego. Do dziś aktualna jest definicja przedstawiona w 1920 roku przez Winslowa, która opisuje zdrowie publiczne jako *naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, nadzór nad higieną środowiska, zapobieganie zakażeniom, nauczanie zasad higieny osobistej, organizację służb medycznych i pielęgniarstwa ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społecznie, warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia* [1].

W opublikowanym w 1976 roku raporcie Komisji Fundacji Milbank zdrowie publiczne jest zdefiniowane jako *zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania zdrowia ludziom. Programy, świadczenia i instytucje z nim związane ukierunkowane są na zapobieganie chorobom oraz na potrzeby zdrowotne populacji jako całości. Działania z zakresu zdrowia publicznego zmieniają się w miarę zmian technologii i wartości społecznych lecz cele pozostają te same - zmniejszenie chorobowości i liczby przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących cierpienia i niepełnosprawności* [2].

Acheson w raporcie przedstawił zdrowie publiczne jako *naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa* [3]. Uwypuklenia wymaga określenie „zorganizowany wysiłek społeczeństwa”.

Według Leowskiego zdrowie publiczne charakteryzuje się stałością celów nadrzędnych i zmiennością celów instrumentalnych czy priorytetów, które wyprowadzane są z analizy zmieniającej się sytuacji. Do cech, które odróżniają zdrowie publiczne od innych działań na rzecz zdrowia zaliczamy następujące fakty:

1. W zdrowiu publicznym społeczeństwo jako całość jest jednocześnie przedmiotem i podmiotem; musi być traktowane zarówno jako świadczeniodawca i świadczeniobiorca.
2. Polem działania zdrowia publicznego są determinanty zdrowia w najszerszym tego słowa znaczeniu, a więc także te, które znajdują się poza bezpośrednią sferą decyzyjną opieki zdrowotnej, rozumianej jako wyspecjalizowany system usług zdrowotnych.
3. Odpowiedzialność za działanie w zakresie zdrowia publicznego spoczywa na państwie [1].

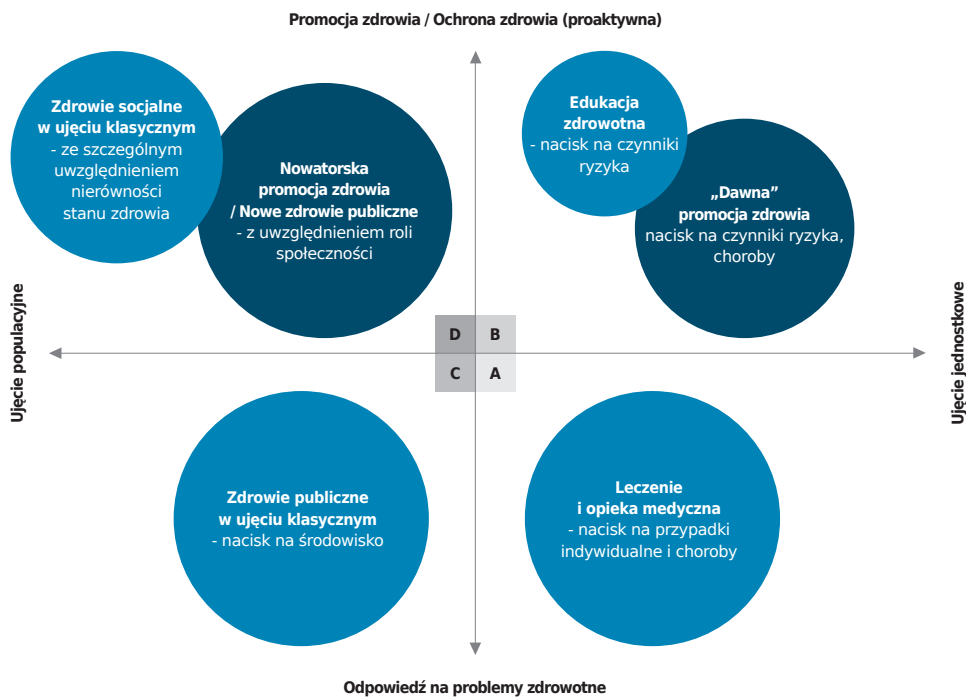
W pierwszych dwóch przytoczonych definicjach zdrowie publiczne określane jest jako nauka, niemniej treści zawarte w definicjach i działania praktyczne na nich oparte sprowadzają się głównie do działalności użytecznej, która nie jest równoznaczna z działalnością naukową. Jednakże aby dowieść, że zdrowie publiczne jest również nauką należy rozpatrywać je we wszystkich trzech aspektach: przedmiotowym, czynnościowym i instytucjonalnym. Wydaje się, że w przypadku zdrowia publicznego w Polsce dominujące miejsce zajmuje aspekt instytucjonalny, który obejmuje ogół instytucji społecznych powołanych do organizacji i prowadzenia działalności naukowej i dydaktycznej zgodnie z panującym w danym zakresie i czasie modelem nauk [4].

Parafrazą zakresu przedmiotowego i podmiotowego zdrowia publicznego jest niepełna kadź, do której stale dolewane są różne treści z wielu dziedzin, których działania warunkują zdrowie społeczeństwa. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy tych treści jest już za dużo, czy nadal jeszcze za mało, aby stan zdrowia ludności był na zadowalającym poziomie. Niemniej z pewnością zawartość tego naczynia będzie się zmieniać ze względu na ciągłe postępy nauk medycznych i innych, które kształtują naszą wiedzę i działania praktyczne z zakresu zdrowia publicznego.

Koncepcje zdrowia publicznego

Obszar zainteresowań zdrowia publicznego podlegał ciągłym zmianom, dlatego też problem jednolitego zdefiniowania tego pojęcia ma częściowo charakter semantyczny. W ujęciu klasycznym, czy też tradycyjnym rozumieniu „zdrowie publiczne” ma wymiar środowiskowy, zewnętrzny i jest ukierunkowane na działania dotyczące otoczenia, tj. wdrażanie projektów infrastrukturalnych zajmujących się problemem oczyszczania ścieków, uzdatniania wody pitnej, poprawą stanu środowiska życia człowieka. Dynamiczne kształtowanie koncepcji zdrowia publicznego w dwóch wymiarach przedstawia wykres 2, gdzie oś X przedstawia przejście od ujęcia jednostkowego do populacyjnego, oś Y przedstawia przejście od odpowiedzi/reakcji na problemy zdrowotne do promocji zdrowia. Sekcja D na rycinie obrazuje koncepcję „nowego” zdrowia publicznego; wraz ze zdrowiem socjalnym i nowatorską promocją zdrowia rozumianego jako stan gotowości oraz proaktywną postawę całej populacji [5].

WYKRES 2. **Koncepcje zdrowia publicznego.**



Źródło: Hyde 1999, na podstawie Nossar 1998

Nowe zdrowie publiczne jest syntezą klasycznego zdrowia publicznego wzajemnie oddziaływującego z biomedycznymi, klinicznymi i socjologicznymi naukami, ekonomiczną i technologiczną oceną oraz doświadczeniem systemów zdrowotnych w kierunku uniwersalnej opieki zdrowotnej, zarządzania zasobami ludzkimi i społecznym działaniem w celu holistycznego podejścia do zdrowia, choroby i czynników ryzyka chorób. Zatem zdrowie publiczne stanowi połączenie działań praktycznych, dyscypliny naukowej i funkcji instytucji społecznych. Obszar działań zdrowia publicznego został dobrze opisany przez Westerlinga, który po pierwsze odnosi się do różnych form nadzoru nad zdrowiem populacji, włącznie z badaniem rozkładu mierników zdrowia, planowaniem i uczestnictwem w programach profilaktycznych oraz ich oceną, promocją zdrowia i podejmowaniem problematyki organizacji opieki zdrowotnej. Dlatego też pomimo faktu, że zdrowie publiczne zostało uznane w krajach UE jako specjalizacja medyczna, należy pamiętać, iż stanowi ono zestaw wielodyscyplinarnych, naukowych oraz praktycznych umiejętności i działań [6, 7].

Samoleczenie

Samoleczenie ludzie praktykowali - mniej, czy bardziej świadomie - od zawsze. Już w czasach pradawnych w okresie tzw. złotego wieku, ludzie pierwotni poszukując możliwości przetrwania obserwowali swoje bezpośrednie otoczenie, zauważali związki pomiędzy powtarzalnymi zjawiskami i faktami. Wiedzieli, że w razie zmarznięcia należy ogrzać się w miejscu nasłonecznionym, a w przypadku odczucia gorąca należy ochłodzić się w zimnej wodzie. Z historii przekazywanych od swoich dziadków i rodziców oraz współmieszkańców osady poznawali oni najprostsze metody samoleczenia, które do dnia dzisiejszego doskonale funkcjonują w kanonach medycyny [8].

Na konferencji WHO zorganizowanej w Alma Acie w 1978 r. stwierdzono, że *ludzie mają prawo i obowiązek do zbiorowego i indywidualnego uczestniczenia w procesie planowania i realizowania zasad opieki zdrowotnej*. Słowa te stały się fundamentem zwiększonego zaangażowania pacjentów w terapię i dbałość o własne zdrowie.

Żyjemy w dobie coraz większego dostępu do pochodzących z różnych źródeł informacji, z których możemy korzystać, dokonując życiowych wyborów. Opieka zdrowotna nie stanowi pod tym względem wyjątku. Jednostki w coraz większym stopniu stają się „konsumentami zdrowia”, czynnie dbając o własne zdrowie i samopoczucie. (...) Dziś bardziej niż kiedykolwiek przedtem, ludzie nie chcą poprzestawać na wypełnianiu zaleceń i wysłuchiwanie opinii innych i chętnie przejmują kontrolę nad własnym życiem, by czynnie je kształtować [9].

W Polsce proces ten rozwinął się gwałtownie w latach 90-tych wraz ze zmianami społeczno-politycznymi, powstaniem wolnego rynku i pojawieniem się wielu nowych, ogólnodostępnych wyrobów farmaceutycznych. Do najczęstszych przyczyn stosowania samoleczenia należą: brak pieniędzy, oszczędność czasu, błahe dolegliwości, trudności w korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej, brak satysfakcji z usług medycznych, czy uznanie samoleczenia jako środka szybszego i bardziej skutecznego.

Wytyczne WHO określające zakres produktów medycznych używanych samodzielnie przez pacjentów przedstawia jednoznacznie definicję samoleczenia jako *używanie leków przez konsumenta w leczeniu chorób lub objawów rozpoznanych samodzielnie. W praktyce określenie to zawiera również leczenie wzajemne przez członków rodzin lub przyjaciół, szczególnie gdy leczone jest dziecko* [10]. Ogólnie ujmując samoleczenie jest reakcją jednostki na informacje o stanie własnego zdrowia. W latach dziewięćdziesiątych poprzedniego wieku zaczęły się kształtować początki aktywnej i świadomej postawy pacjenta w zakresie leczenia i profilaktyki. Zapoczątkowana została moda na zdrowy styl życia - odpowiednia dieta, jogging, kluby fitness stały się niezwykle popularne i wszechobecne. Lata te są uznawane za okres budowania dużej świadomości zdrowotnej pacjentów, zarówno na świecie, jak i w naszym kraju. Gwałtownie wzrosło zainteresowanie preparatami o działaniu profilaktycznym, jak również lekami OTC (ang. *Over-the-counter* – leki wydawane w aptekach bez recepty lekarskiej), coraz powszechniej stosowanymi samodzielnie w przypadkach lżejszych chorób bądź dolegliwości.

Światowa Organizacja Zdrowia również dostrzegła ten rozwój, potwierdzając ważną rolę, jaką ma do odegrania samoleczenie w systemach opieki zdrowotnej. Uznanie odpowiedzialności ludzi za ich własne zdrowie oraz świadomość, że profesjonalna opieka często nie jest konieczna w przypadku niektórych chorób i dolegliwości, jeszcze bardziej wzmocniła ten pogląd. Podnoszenie poziomu wiedzy ogólnej w społeczeństwie, poziomu edukacji i statusu socjoekonomicznego w wielu krajach stały się podstawą do rozwoju i wzrostu znaczenia samoleczenia [10].

Zdrowie Polaków a samoleczenie

W ostatnich latach można zaobserwować znaczące zmiany dotyczące postaw i zachowań Polaków związanych z troską o zdrowie i korzystaniem z opieki medycznej. Przede wszystkim coraz więcej Polaków jest skłonnych twierdzić, że nie ma większych problemów zdrowotnych. W 1991 roku takiego zdania było 59% zapytanych, pięć lat później odsetek ten wyniósł 65%, a w roku 2000 - 71%. W roku 2007 na brak poważnych problemów zdrowotnych wskazało 72% społeczeństwa. Jednocześnie widoczna jest zwiększona troska o kondycję fizyczną. Polacy widzą potrzebę

częstszych wizyt u lekarza - nie tylko w sytuacji, gdy zmuszają ich do tego naprawdę poważne dolegliwości i choroby. Kobiety stanowią grupę bardziej podatną na stosowanie różnego rodzaju środków zaradczych, medykamentów, zapobiegających chorobie – (stosuje je 45% kobiet i 36% mężczyzn). Dostępność leków znacząco poprawiła się w stosunku do roku 1991, kiedy to 70% Polaków było zdania, że nie ma problemu z zakupem właściwych środków farmaceutycznych (w roku 2007 - 88%).

Rosnąca dostępność i wybór leków OTC sprawiły, że Polacy coraz rzadziej zażywają wyłącznie leki, które zaleci im lekarz. Niebagatelną rolę odegrały również wszechobecne reklamy różnego rodzaju środków, zachęcające do leczenia z pominięciem wizyty u lekarza. W chwili złego samopoczucia po leki dostępne bez recepty sięga 20 % Polaków (w 1991 roku - 4%). Podsumowując można stwierdzić, iż jesteśmy coraz bardziej świadomym społeczeństwem, które coraz lepiej dba o własne zdrowie, co w dłuższej perspektywie przyniesie jego poprawę. Jest to zgodne z tendencją zauważalną dla krajów rozwijających się (w tym Polski) do wydłużania przeciętnego trwania życia i wzrostem jego jakości [11].

Niestety w naszym niedofinansowanym systemie ochrony zdrowia możemy stale obserwować rywalizację między zdrowiem publicznym a leczeniem chorób, co często oznacza wybory między środkami na leki i działaniami ratującymi życie, a środkami na inwestowanie w zdrowie. Konkurencja staje się coraz bardziej ostra, bo przybywa problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych w związku z wydłużaniem życia populacji. Nawet w przypadku zwiększenia środków na ochronę zdrowia łatwiej będzie je przyznać medycynie naprawczej aniżeli tym, którzy zajmują się inwestowaniem w zdrowie, w tym zdrowiu publicznemu.

Bilans samoleczenia

Samoleczenie daje możliwość postawienia diagnozy samodzielnie przez pacjenta, bez udziału lekarza. Należy jednak podkreślić, że choroby i dolegliwości, których nie może określić lub zdiagnozować sam zainteresowany, wymagają porady lekarza. Następuje tutaj przeniesienie odpowiedzialności na pacjenta, który opierając się na wolnym wyborze dokonuje samooceny stanu zdrowia i decyduje, czy udać się do lekarza, czy też skorzystać z leków i terapii ogólnodostępnych. Chory w szczególności musi uwzględnić wizytę u lekarza, jeśli dolegliwości nie ustępują bądź się nasilają pomimo stosowanych metod samoleczenia. Uogólniając samoleczenie sprzyja zwiększaniu wiedzy o chorobie, poczuciu odpowiedzialności, jednocześnie umożliwia większy rozwój osobowości, poprawę jakości życia pacjentów i prowadzi do lepszych efektów odłożonych w czasie [12,13]. Ponadto powoduje znaczną oszczędność czasu i pieniędzy, zarówno dla pacjentów jak również całego systemu ochrony zdrowia, w tym poprawę jakości usług lekarzy pierwszego kontaktu.

Samoleczenie zmniejsza obciążenie służby zdrowia w zakresie leczenia lekkich dolegliwości i umożliwia lekarzom rodzinnym skoncentrowanie się na innych pacjentach, którzy bezwzględnie wymagają ich pomocy. Ponadto wpływa na poprawę jakości życia pacjentów cierpiących na schorzenia chroniczne i nawracające. To z kolei przekłada się na wyższą jakość opieki zdrowotnej i zwiększoną dokładność stawianych diagnoz. Samoleczenie pozwala 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 [12, 13, 14]. Należy jednak podkreślić, że nie rozwiąże ono wszystkich problemów związanych z finansowaniem opieki zdrowotnej, ale może jedynie częściowo ją odciążać. Samoleczenie generuje również oszczędności w gospodarce, co wynika z oszczędzania czasu traconego na wizyty u lekarzy (badania przeprowadzone w UE wykazały, że ok. 25% takich wizyt odbywa się w godzinach pracy), a także zmniejszenia absencji chorobowej [14]. Podsumowując zalety należy podkreślić, że samoleczenie praktykowane świadomie i odpowiedzialnie wywiera pozytywny wpływ na poziom zdrowotny społeczeństwa, zwiększa komfort życia i zachęca do stosowania aktywnej profilaktyki. Pośrednio, samoleczenie 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 [15, 16].

Leki dostępne bez recepty stanowią bardzo istotny element terapeutyczny i równie istotny instrument polityki lekowej. Stosowanie tego typu produktów leczniczych wynika z rosnącej potrzeby społecznej i umożliwia aktywne korzystanie przez pacjentów z leków OTC. Najważniejsze jest więc stworzenie solidnych podstaw dla samoleczenia, odpowiedzialnego, bezpiecznego dla pacjenta, wspomaganego mądrą poradą farmaceutów i lekarzy oraz mającego oparcie w jasnych i pragmatycznych przepisach prawnych. Zgodnie ze stanowiskiem Parlamentu Europejskiego świadomie podejmowane samoleczenie powinno być dalej promowane, co pozwoli na umocnienie wspólnej dla wielu obywateli Unii postawy dotyczącej przejęcia odpowiedzialności za swoje zdrowie i redukcji wydatków zdrowotnych. Odpowiedzialnie podejmowane samoleczenie zostało uznane przez instytucje Wspólnoty Europejskiej za istotny element długoterminowej polityki w zakresie ochrony zdrowia (Rezolucja Parlamentu Europejskiego, 16 kwietnia 1996 r.).

Wszędzie na świecie ludzie chcą sami decydować o swym zdrowiu, co z kolei zwiększa popyt na medykamenty, które można stosować na własną rękę. W przypadku domowych sposobów leczenia, tak jak w medycynie klasycznej, kluczową rolę odgrywa trafna ocena, czy szala przechylił się na stronę korzyści, czy też ryzyka.

Pojawienie się wielkiej ilości nowych leków to jedna z najbardziej znamienitych cech medycyny XX i XXI wieku. Zauważono również, że prawdopodobnie najczęstszą przyczyną zatrucia są leki (The New Encyclopedia Britannica). Leki więc mogą zarówno pomagać jak i szkodzić, o czym należy zawsze pamiętać. W obecnych czasach pacjent uzyskał dostęp do względnie tanich, dotowanych leków opatrzonych ulotką informacyjną. Zarazem sam stał się człowiekiem innym od swojego prymitywnego przodka. Został wyedukowany w szkole, nie jest analfabetą funkcjonalnym, kupuje na rynku gazety i czyta rubryki pełne porad, posiada środki finansowe, które może przeznaczyć na polepszenie własnego stanu zdrowia. Jednakże, gdy zabraknie choćby jednego z tych warunków, pokusa samoleczenia może doprowadzić do samodestrukcji jednostki. W rezultacie wiele osób bez głębszego zastanowienia szuka gotowych środków zaradczych wśród leków ogólnodostępnych. Wówczas prawdopodobieństwo nieprawidłowej diagnozy lub wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych jest bardzo wysokie.

Do najważniejszych zagrożeń samoleczenia należą: polipragmatyzacja czyli leczenie wszystkich nawet błahych symptomów chorobowych, szkodliwe skutki/objawy uboczne, interakcje leków oraz odwiekanie w czasie konsultacji u specjalisty, opóźnienie diagnozy w przypadku poważnych chorób lub powikłań [12]. Dlatego też dopiero splot wzajemnych (międzysektorowych) oddziaływań sprawia, że w społeczeństwie pojawia się jednostka-pacjent zdolna do skutecznego samoleczenia.

Dostępność leków bez recepty nie może oznaczać pozostawienia pacjentów samym sobie. Należy podkreślić, że, wbrew potocznym opiniom, samoleczenie nie prowadzi do pominięcia roli lekarzy, a zwłaszcza farmaceutów, od których pacjent będzie oczekiwać rzetelnej i zrozumiałej informacji na temat terapii lekami bez recepty. Trzeba pamiętać, że apteka w żadnym przypadku nie jest wyłącznie miejscem, w którym zwyczajnie nabywa się leki. Niezmiernie istotna jest rzetelność informacji o lekach OTC i ich zastosowaniu przekazywanych przez farmaceutów, bo także na nich spoczywa odpowiedzialność za pacjenta i rola jako doradcy w ramach szeroko rozumianej opieki zdrowotnej [17].

Reklama w mediach skierowana do widza, słuchacza czy też czytelnika odgrywa bardzo istotną rolę poprzez zwrócenie jego uwagi na lek i poinformowanie o wskazaniach dotyczących stosowania. Reklama odgrywa niezwykle istotną rolę w promocji samoleczenia, jednakże nie może być traktowana jako jedyne źródło informacji. Korzystając z leku po raz pierwszy, lub po dłuższej przerwie należy zapoznać się z ulotką informacyjną, względnie zasięgnąć rady farmaceuty lub lekarza. Na pewno społecznie potrzebne są wszelakie programy edukacyjne w zakresie racjonalnej, a więc maksymalnie skutecznej, bezpiecznej i społecznie dostępnej farmakoterapii.

Oprócz zwiększonego zaangażowania lekarzy i farmaceutów dużą rolę odgrywają też opracowania książkowe, artykuły w czasopiśmie poświęconych zdrowiu oraz Internet. Jedną z firm badawczych pracujących na zlecenie Światowego Stowarzyszenia Producentów Leków bez Recepty (WSMI) podaje, że 65% osób korzystających z Internetu przynajmniej raz w ciągu 12 miesięcy korzysta ze stron związanych z tematyką zdrowotną. Stanowi to kolejny dowód na to, że zapotrzebowanie na merytoryczną informację jest ogromne. Ma to znaczenie zwłaszcza w obecnych czasach gdy reklamy rozpowszechniane przez środki masowego przekazu sugerują, że wystarczy zażyć jakąś drażetkę, by zapewnić sobie zdrowie [12, 14].

Zjawisko samoleczenia jest tak powszechne, iż powinno być ono uwzględniane we wszystkich planach i prognozach dotyczących zarówno zdrowia publicznego jak również leczenia pojedynczego pacjenta. Lekarze powinni być w pełni świadomi, że znaczna część chorób jest leczona (przynajmniej w początkowej fazie) poza formalną opieką zdrowotną. Obok wzmocnienia pozytywnych walorów samoleczenia, przede wszystkim poprzez edukację oraz właściwe rozwiązania organizacyjno-prawne decydenci z sektora ochrony zdrowia oraz my jako składowe elementy społeczeństwa powinniśmy dążyć do eliminacji wad i niebezpieczeństw związanych z samoleczeniem. Niezbędne narzędzie do osiągnięcia tego celu stanowi ciągle pogłębianie wiedzy, zwłaszcza na temat odległych skutków zdrowotnych efektywności edukacji oraz samoleczenia pacjentów przebywających pod opieką lekarską.

Stosunkowo nowym zagadnieniem w zakresie samoleczenia, rozwijającym się w ciągu ostatnich lat, jest tzw. *self-management* czyli samokierowanie lub samoprowadzenie choroby, gdzie również ogromną rolę odgrywa edukacja zdrowotna pacjentów. Ogranicza to liczbę niepotrzebnych interwencji i, co się z tym wiąże, koszt leczenia oraz podnosi jakość życia chorych. W tej metodzie pomimo przeniesienia dużej części decyzji terapeutycznych na chorego, który dzięki samoobserwacji i samokontroli jest zdolny zwiększać skuteczność leczenia, nie pozostaje on zdany na siebie w walce z chorobą, a decyzje, które podejmuje, są ściśle określone przez lekarza. Taka organizacja opieki i leczenia z udziałem pacjenta pozwala lekarzom funkcjonującym w systemie otoczyć opieką medyczną większą liczbę chorych przy tych samych nakładach finansowych z budżetu państwa [12].

Podsumowanie

Samoleczenie już od wielu lat jest światowym trendem wynikającym z coraz większej świadomości oraz dojrzałości pacjentów, a także postępu cywilizacyjnego. Podnoszenie poziomu wiedzy społeczeństwa i edukacji stanowi oczywistą podstawę do wzrostu i rozwoju samoleczenia. Dlatego też ogromne znaczenie we wsparciu działań z obszaru zdrowia publicznego może i powinno stanowić samoleczenie.

Biorąc pod uwagę funkcję utylitarną i naukową zdrowia publicznego, samoleczenie można uznać za jego działalność praktyczną pod warunkiem, że:

- programy samoleczenia są i będą inspirowane przez zorganizowane zespoły ludzkie (państwo, samorządy, profesjonalści medyczni, zorganizowane grupy przewlekle chorych),
- przesłanki samoleczenia muszą być oparte o sprawdzone, racjonalne elementy wiedzy medycznej,
- proces samoleczenia powinien być monitorowany w zakresie jego wpływu na stan zdrowia osób samoleczących się.

Piśmiennictwo:

1. Leowski J. *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu Sp. z o.o.; 2008.
2. *Higher education for public health, a report of the Milbank Memorial Fund Commission*. New York: The Commission, 1976:6.
3. Acheson D. *Public health in England: The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. Cmnd 289 London; HMSO; 1988.
4. Wdowiak L. *Zdrowie publiczne jako dyscyplina naukowa*. Zdr Publ 2004;114(4):453-458.
5. *National Public Health Partnership (NPHP) (2006) Public Health Classifications Project Phase One: Final Report*. Melbourne: NPHP. December 2005;17-18 ISBN (print version): 0-9750074-9-1 ISBN (online version): 0-9775144-0-4 [dostęp: 21.03.2010r.]
6. Westerling R. *The harmonization of the medical speciality in public health in the EU countries--a challenge for the profession*. Eur J Public Health 2009;19(3):230-2.
7. Birt CA, Foldspang A. *Public health capacity building--not only the property of the medical profession*. Eur J Public Health 2009;19(3):232-5.
8. Bujakowska B. *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej*. *Medycyna jako przedmiot kultu*. W: Barański T. (red.) *Historia medycyny*, PZWL Warszawa; 1988.
9. Giddens A. *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
10. *Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication*, WHO/EDM/QSM/00.1, World Health Organization, Geneva 2000 [dostęp: 26.09.2010 r.] <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>.
11. *Zdrowie Polaków w 2009 roku*. Pentor Research International. [dostęp: 26.09.2010r.] http://www.pentor.pl/59924.xml?doc_id=11280.
12. Rybus-Potęba E, Marczewski K. *Samoleczenie - stare zagrożenia czy nowy świat pomocy dla pacjenta*. Zdr Publ 2001;111(1):31-36.
13. Ulatowska-Szostak E. *Opinie pacjentów (klientów aptek) na temat wybranych zagadnień związanych z poza-apteczną sprzedażą leków OTC*. Probl Hig Epidemiol 2008;89(2):264-268.
14. Węgrzyk J. *Korzyści z samoleczenia. Nasze zdrowie II. Dodatek promocyjno-reklamowy do Rzeczypospolitej nr 140 (6823); 17 czerwca 2004*.
15. Pęgiel-Kamrat J, Zarzeczna-Baran MA. *Zjawisko samoleczenia wśród studentów pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Gdańsku*. Zdr Publ 2004;114(2):234-237.
16. Wdowiak L, Lang B, Bojar I, et al. *Samoleczenie - kto kupuje leki OTC w Polsce?*. Zdr Publ 2006;116(4):578-582.
17. Miaskowska-Daszkievicz K. *Problemy związane z życzeniowym przyjmowaniem produktów leczniczych*, *Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Medycyna - nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”*, Warszawa, 17-18 kwietnia 2008r., <http://www.prawoimedycyna.pl>.



II Historia samoleczenia (w znaczeniu *self-medication*)

Virginia Berridge

Początki samoleczenia

W Wielkiej Brytanii samoleczenie miało silną tradycję. „Apteka lasów i pól” oraz tradycja zbioru i przygotowywania ziół znane były już od czasów anglosaskich, a nawet wcześniej. W XIX wieku opisano i opublikowano liczne gatunki ziół, czego przykładem jest *Physicall Directory Nicholasa Culpepper’a*^h z 1649r. W tym też czasie handel i stosowanie ziół były powszechne. Zielarska tradycja przejawiała się w zapisach ksiąg z receptami z XVII i XVIII wieku, gdzie prezentowane były przepisy kucharskie czy przepisy medyczne, rzadziej te o tematyce farmaceutycznej. Książki takie jak *Primitive Physic* Johna Wesley’aⁱ i inne okazały pewną wrogość wobec tradycyjnej, ortodoksyjnej farmacji i medycyny. John Hill^l napisał: *Nie istnieje forma leku z ręk aptekarza, który nie mógłby być przygotowany z ziół własnej uprawy w ten sam sposób jak z leków obcych.*

Wpływ urbanizacji i industrializacji

Od końca XVIII wieku w Wielkiej Brytanii rozpoczęły się szybkie procesy urbanizacji i industrializacji. Wzrostowi populacji z miliona w 1781 r. do 20 milionów w 1851 r. towarzyszyły ruchy siły roboczej ze wsi do szybko rozwijających się miast. W niektórych sferach jednak stare tradycje pozostały. Kontynuacja nurtu „apteki lasów i pól” reprezentowana była przez postać Starej Alicji w noweli *Mary Barton* autorstwa Gaskell z 1848r. Portret głównej bohaterki jest dość wyraźny.

Przebywała całe dni na polu, zbierając dzikie zioła przeznaczone na napary i leki. Jej bezcenne umiejętności w roli pielęgniarki i praczki uzupełniała znaczna wiedza o żywopłotach i ziołach leczniczych... okno piwnicy... było dziwnie ozdobione przeróżnymi rzędami żywopłotów, rowem wypełnionym roślinami polnymi, które jesteśmy przyzwyczajeni nazywać bezwartościowymi, a które mają silną moc zarówno dla dobra jak i zła i są przeto częściej stosowane wśród ubogich.

W tym samym czasie zaczął się proces dystansowania się wobec nurtu „lasów i pól”. Ziołolecznictwo nadal jednak praktykowano, szczególnie w miastach Lancashire na północy Anglii, natomiast forma samoleczenia uległa pewnym zmianom.

Relacje z profesjonalistami w zakresie zdrowia - kwestia aptek

Apteki zaczynały odgrywać kluczową rolę, a wraz z nimi ortodoksyjni praktycy, którzy zaczęli wchodzić w relacje z profesjonalistami w zakresie zdrowia. W połowie XIX w. dokonywała się profesjonalizacja zawodu farmaceuty. W 1868 r. poprzez *Pharmacy Act* rodziło się kontrolowanie i monitorowanie dotyczące ważnych leków. Opium, szeroko wówczas stosowane, jest przykładem interakcji samoleczenia z profesją farmaceuty. Rodziny mogły przynosić recepty, które przekazywane były z pokolenia na pokolenie do lokalnych farmaceutów, którzy sporządzali dla nich leki. Wiele badań wskazuje na takie przykłady zachowań. Opium było lekiem medycyny ludowej, uzyskiwanym z pól i stosowanym głównie w postaci naparów. Pewna rodzina z Hoxton, ubogiej części Londynu, stosowała miksturę laudanum (opium z alkoholem) na kaszel. Przypadki stosowania laudanum wraz z chloroformem odkryto u innej londyńskiej rodziny. Jedna z nich, z Woolwich, portowej części Londynu, stosowała wino antymonowe z laudanum w leczeniu kłuszu. Takie preparaty przynoszone były do farmaceuty, który następnie przygotowywał mikstury, odmierzając określoną ilość do „buteleczek wszelkiej maści... tych brudnych i czystych”. Nazywało się to „handlowaniem buteleczkami i dzbankami” w sklepach z farmaceutykami. Leki i inne farmaceutyki jakie dziś znamy w postaci pigułek i tabletek w ujednoliconych rozmiarach i gramaturze wówczas nie były znane. Farmaceuci tamtych czasów mieli również przepisy na swoje mikstury. Jeden z nich napisał: „W sobotę zrobiłem przegląd obsługiwanych klientów od ósmej rano do północy. Było ich czterysta osób – dwustu dziewięciu klientów za pensa, dwunastu, którzy wydali jednego szylinga i reszta za 3 szylingi i cztery i pół pensa. Większa część obrotu lekowego w tej okolicy zapewniona jest przez tych ubogich”. Znane były przypadki wszczęcia śledztw po zgonach tych najuboższych, którym przepisywano leki.

Samoleczenie jako radykalny ruch

Samoleczenie było również powiązane z radykalnymi politycznymi przemianami w XIX w. Była to kwestia relacji pomiędzy radykalizmem, a tradycjonalizmem w medycynie. Botanika medyczna dobrze ilustruje tę interakcję. Była ona dziedziną, którą John Coffin^k starał się zaszczyć w Anglii poprzez książkę *Botanic Guide* z 1852 r. Botanika medyczna jako dziedzina pierwotnie była zeprezentowana w Ameryce przez Samuela Thompsona^l. System, który proponował Coffin był oparty o demokratyczną organizację

społeczeństw lokalnych z silnym wpływem nurtu metodycznego i pierwotnego nurtu metodycznego (*Methodism and Primitive Methodism*). Był dążeniem do reform społecznych jak i do umacniania zdrowia. System nawiązywał do popularnej wówczas polityki reform i zmian, a jednocześnie odwoływał się i wspierał nastroje klasy robotniczej. Jesse Boot^m rozpoczął komercyjną działalność jako botanik medyczny w Nottingham i zbudował później jeden z większych kapitałów pieniężnych na rynku farmaceutycznym.

Powiązania z polityką były jednak były czymś więcej niż tylko relacją pomiędzy tradycjonalizmem, a radykalizmem. Na przykład w Manchesterze władze cywilne wspierały homeopatię, ponieważ poparcie to było przeciwstawieniem się ekonomicznemu leseferyzmowi i stanowiło opozycję dla tradycyjnej medycyny, która starała się zmonopolizować rynek. Relacje z tradycyjną medycyną były bardziej złożone niż to się wydaje na pierwszy rzut oka. Korzyści również mogły być stymulowane poprzez tradycyjną medycynę, np. w przypadku zachęcania do wodolecznictwa wśród klasy średniej.

Społeczeństwo konsumpcyjne i samoleczenie

Pomiędzy medycyną ludową, a tą tradycyjną, komercyjną istniały powiązania, a farmaceuci odgrywali rolę pośredników w tej relacji. Historycy zwracają uwagę na rozwój społeczeństwa konsumpcyjnego w XIX w. jako część tej tendencji, która sprzyjała rozwojowi medycyny jako biznesu. Roy Porterⁿ pokazywał „medycynę znachorską” nie jako opozycję dla medycyny tradycyjnej, ale jako tę, która była z nią w wielu relacjach. W XIX w. komercyjna strona medycyny przybierała na znaczeniu, ale koncentrowała się na praktyce aptecznej i odpowiadała na zapotrzebowanie klasy średniej. Do 1890 r. wiele opatentowanych produktów farmaceutycznych dostępnych było bez recepty. Wśród nich były proszki na ból głowy, leki na niestrawność, jak również leki na raka i środki poronne. Dziecięce „usypiacze” były również istotne, np. *Godfrey's Cordial*, lek na bazie opiatów był stosowany jako środek nasenny dla dzieci. Na podstawie śledztwa przeprowadzonego w terenach wiejskich Yorkshire w 1873 r. pewien farmaceuta zeznał, że „sprzedał około pół galona mikstury *Godfrey's Cordial* w ciągu tygodnia, a większa część została sprzedana w dzbankach bez etykiety... Każdy farmaceuta miał swój własny przepis na to, co nazywał miksturą *Godfrey's Cordial*”. Chlorodyna stanowiła podobny produkt dla dorosłych. Przygotowana została po raz pierwszy przez Dr J. Collis Browne'a indiańskiego chirurga wojskowego, który sprzedał przepis farmaceucie J. T. Davenportowi w 1856 r.

W XIX wieku było wiele prób uregulowania patentów na leki na różne sposoby. Próby te zakończyły się sukcesem w 1892 r. po wniesieniu oskarżenia przeciwko J. T. Davenport. W rezultacie rozszerzono *Pharmacy Act* z 1868 r. o kwestie sprzedaży chlorodyny

i pochodnych opiatów. Po koniec wieku rozpoczęła się również kampania przeciwko tego rodzaju lekom. W Anglii takie publikacje jak „Zdemaskowanie Znachorstwa” (*Exposure of Quackery Health News*; 1895-6) poświęcały wiele miejsca na kwestie łatwej dostępności pochodnych leków opiatowych oraz krytyki z tym związanej. W Stanach Zjednoczonych doniesienia Samuela Hopkinsa Adamsa w *Collier's Magazine* były kluczowe w tworzeniu Federalnego Aktu ds. żywności i leków z 1906 r. Brytyjskie Towarzystwo Medyczne (The British Medical Association) publikowało dokonania tego aktu w 1909 i 1912 r, poprzez *Secret Remedies i More Secret Remedies*.

Systemy zdrowotne i zmniejszanie się zjawiska samoleczenia

W wieku XX znacznie zwiększył się dostęp do formalnej opieki zdrowotnej, co mogło przyczynić się do schyłku samoleczenia. Tymczasem jednak zjawisko nadal obserwowano. W Lancashire w latach 70-tych historyk Elizabeth Roberts skompletowała doniesienia historyczne dotyczące pracujących osób w podeszłym wieku, którzy wspomnieniami wracali do lat 20 i 30 zeszłego stulecia. Roberts odkryła, że wypisywanie i stosowanie leków bez recepty wciąż było obecne. W tym samym czasie również stosowanie leków opatentowanych nie było tak powszechne. Następnie w latach 50', po utworzeniu Narodowej Służby Zdrowia (NHS), w badaniu na populacji klasy średniej pracującej wykazano, że 2/3 badanych stosuje leki według własnego uznania, często dodatkowo do leków na receptę. Środki przeczyszczające i aspiryna były najczęściej stosowanymi lekami. McCray Beier pracując na dokonaniach Roberts określiła, że ludzie zaczęli być bardziej zależni od profesjonalistów medycznych po tym, jak powstała NHS. Jednak w 1969 r. badanie Karen Dunnell i Ann Cartwright dotyczące pacjentów i leków, które stosowali pokazało, że 80% osób z dużej próby przyjmowało jakieś leki w ciągu ostatnich dwóch tygodni, i że w większości były to leki kupowane według własnego uznania. W latach '60 i '70 obserwowano również wzrost zainteresowania różnymi formami medycyny alternatywnej, która początkowo stała w opozycji do tradycyjnej. Z czasem jednak wiele praktyk stosowanych w medycynie alternatywnej weszło na stałe do kanonu medycyny tradycyjnej.

Samoleczenie w historii najnowszej

W ostatnich latach w Wielkiej Brytanii wyróżniono dwie kategorie podziału leków: na receptę (wydawaną wyłącznie przez lekarza) i ogólnodostępne. Od 1980 r. istnieje tendencja deregulacji rynku leków w kierunku zwiększania udziału leków bez recepty. Farmaceuta znów pełni tutaj ważną rolę pośrednika, tak jak w wieku XIX. Niedawne doniesienia na temat terapii nikotynowej są przykładem takiego procesu. W połowie lat 90' leki w terapii nikotynowej były dostępne wyłącznie na receptę i to

w ograniczony sposób, polegający na ocenie lekarza ogólnego, czy pacjent kwalifikuje się do leczenia. Bezpośrednia reklama dotycząca gum nikotynowych i ich sprzedaż była dozwolona od 1998r. Relacje pomiędzy paleniem tytoniu, a brakiem inicjatyw rządowych umożliwiły szerszy dostęp do produktów nikotynowych.

O czym mówi nam historia samoleczenia?

Jak widzimy, samoleczenie jest ciągle żywym procesem w obecnych czasach. Nie możemy dłużej odrzucać tego zjawiska jako przestarzałego czy niebezpiecznego. Musimy spróbować zrozumieć jego podstawy i historię. Ważna jest również rola profesjonalistów, zwłaszcza farmaceutów, w Wielkiej Brytanii. Nadejście bardziej rozbudowanego systemu zdrowotnego i rola komercyjnych organizacji wpłynęła na zjawisko samoleczenia w wielu wymiarach.

Tekst z angielskiego przełożył Krzysztof Łach

Przypisy:

- h Nicholas Culpeper (18.10.1616 – 10.01.1654) angielski botanik, zielarz, lekarz i astrolog
- i John Wesley (ur. 17 czerwca 1703 w Epworth, Anglia, zm. 2 marca 1791 w Londynie) – angielski teolog, współtwórca, wraz z bratem Charlesem, Kościoła metodystów.
- j John Hill (c. 1716 – 21.11.1775) angielski pisarz i botanik. Został odznaczony tytułem “Sir” za opublikowanie ilustrowanego kompendium botanicznego „The Vegetable System”.
- k John Coffin Jones Jr. (1796–1861) był pierwszym konsulem Stanów Zjednoczonych w Królestwie Hawaj.
- l Samuel Thomson (9.02.1769 – 5.10.1843) amerykański zielarz-samouk, zapoczątkował nurt alternatywnej medycyny znanej jako medycyna Thomsoniańska (Thomsonian Medicine), która cieszyła się ogromną popularnością w Stanach Zjednoczonych w XIX wieku.
- m Jesse Boot, 1st Baron Trent (2.06.1850–13.06.1931) syn Johna Boote’a fundatora The Boots Company, firmy chemicznej. Związany z angielskim Nottinghamem
- n Roy Sydney Porter (31.12.1946 – 3.03.2002) brytyjskiego pochodzenia historyk medycyny.

Piśmiennictwo:

1. *Berridge V. Opium and the People. Opiate Use and Drug Control Policy in Nineteenth and early twentieth century England (London: Free Association Books, 1999) revised edition.*
2. *Bivins R. Alternative Medicine. A History (Oxford :Oxford University Press, 2007).*
3. *Bornat J. et al eds. Oral history, health and welfare (London :Routledge, 2000).*
4. *Bynum WF, Porter R. eds. Medical Fringe and Medical Orthodoxy, 1750-1850 (London : Croom Helm, 1987).*
5. *Gijswijt-Hofstra M, Van Heteren GM, Tansey EM. Biographies of Remedies. Drugs, Medicines and Contraceptives in Dutch and Anglo American Healing Cultures (Amsterdam : Rodopi,2002).*
6. *McCray Beier L. For their own good : the transformation of English working class health culture,1880-1970 (Columbus :Ohio State University Press, 2008).*
7. *Roberts E. Women and Families. An Oral History, 1940-1970 (Oxford : Blackwell, 1995).*

III Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego

Krzysztof Krajewski - Siuda
Robert Chmura
Krzysztof Łach

Samoleczenie a zdrowie publiczne

Od momentu powstania pierwszych ludzkich siedlisk zdrowie było najwyższym dobrem społecznym, jednak dopiero od czasów Hipokratesa poszukuje się w naukowy sposób czynników wpływających na stan zdrowia człowieka. Przez wiele wieków prowadzono obserwacje dotyczące przyczyn występowania chorób wśród ludzi, a także szukano sposobów ich zapobiegania i zwalczania. Wraz z rozwojem cywilizacyjnym nowoczesnych państw oraz wzrostem przemysłu i technologii, podejmowano badania dotyczące wpływu poszczególnych czynników na zdrowie.

W obecnych czasach znanych jest już wiele mechanizmów wpływających na stan zdrowia jednostek i całych populacji. Są to zarówno czynniki zagrażające zdrowiu człowieka, takie jak zanieczyszczenie środowiska, warunki życia i pracy, czynniki toksyczne i rakotwórcze, czynniki zakaźne, stres, jak i czynniki chroniące zdrowie, komfort codziennego życia i sprawność fizyczną oraz psychiczną. Wykaz determinant warunkujących zdrowie jest o wiele dłuższy, jednak zanim każdy z nich został rozpoznany jako problem zdrowia publicznego musiało minąć wiele lat bardzo żmudnych obserwacji i badań [39].

Wizerunek zdrowia publicznego ewoluował w miarę zmian społecznych i ekonomicznych postępujących w rozwoju cywilizacyjnym. Druga połowa XX wieku charakteryzuje się najbardziej intensywnym rozwojem zdrowia publicznego w historii. Lata '70-te to także okres narastania chorób cywilizacyjnych, w przypadku których zachowania ludzkie mają podstawowe znaczenie. Od tego momentu wszyscy ludzie, ich niezależne decyzje i wybory, stały się jednymi z podstawowych wyznaczników stanu zdrowia społeczeństw. Jednym z głównych celów zdrowia publicznego stało się wywoływanie zmian w zachowaniach ludzi tak, aby stały się prozdrowotne, czyli pożądane [39, 34].

Obecnie zdrowie publiczne jest nauką interdyscyplinarną łączącą w sobie osiągnięcia wielu innych dziedzin naukowych. W nowoczesnej edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyce wykorzystuje się osiągnięcia psychologii, socjologii, politologii, ekonomii, pedagogiki oraz wielu innych nauk. W ramach ogólnie pojmowanego zdrowia publicznego, oprócz tradycyjnych specjalności zajmujących się badaniem czynników wpływających na stan zdrowia, wyróżniamy także organizację i zarządzanie systemami opieki zdrowotnej, ekonomikę tych systemów, ekonomikę działań prozdrowotnych, oraz promocję zdrowia [39]. Aby współczesne społeczeństwa efektywnie korzystały z największego dobra ludzkości, jakim jest zdrowie człowieka nadal potrzebne są dogłębne badania w każdej z wymienionych dziedzin.

W obszernym piśmiennictwie dotyczącym zdrowia publicznego najbardziej wyczerpująca wydaje się być następująca definicja Frenkego: *„Zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardów zdrowia. Cel ten uzyskuje się poprzez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych”* [39].

Współczesne systemy ochrony zdrowia podejmują następujące działania w celu efektywnej realizacji założeń ochrony zdrowia publicznego:

Działania na rzecz ludności:

- kontrola stanu zdrowia ludności,
- walka z chorobami, wypadkami i urazami,
- identyfikowanie i zwalczanie zagrożeń dla zdrowia ze strony środowiska,
- kontrola laboratoryjna chorób zakaźnych,
- promocja zdrowia, zachęcanie społeczeństwa do działań prozdrowotnych,
- zarządzanie systemami opieki zdrowotnej obejmująca ekonomikę, organizację oraz finansowanie tych systemów,
- kontrola i ocena jakości świadczeń medycznych, zagadnień prawnych i etycznych.

Działania na rzecz indywidualnych osób:

- profilaktyka indywidualna, w tym szczepienia ochronne oraz profilaktyka zakażeń, planowanie rodziny,
- profilaktyka i leczenie chorób o znaczeniu społecznym lub cywilizacyjnym, jak na przykład AIDS czy cukrzyca,
- organizowanie poradnictwa dotyczącego zagrożeń związanych z ryzykiem zachorowania,
- podstawowa opieka zdrowotna dla osób pozbawionych dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- organizowanie opieki zdrowotnej finansowanej przez podmioty pozarządowe [39].

Wszystkie państwa borykają się z problemami dotyczącymi obecnie istniejących systemów ochrony zdrowia. Wyzwania cywilizacyjne XXI wieku, niespotykany dotąd rozwój ekonomiczny i technologiczny, rosnące koszty utrzymania instytucji państwowych, większa świadomość obywateli nowoczesnego świata oraz większe, niż dotychczas oczekiwania dotyczące opieki zdrowotnej stawiają poważne wyzwania przed podmiotami odpowiedzialnymi za podejmowanie decyzji politycznych. Istnieje potrzeba poszukiwania nowych rozwiązań lub modyfikacji już znanych tak, aby utrzymać jakość życia ludzi w możliwie jak najlepszej kondycji. Opieka zdrowotna każdego z państw jest obecnie bardziej uzależniona od rynków ekonomicznych niż kiedykolwiek w historii. Specjaliści w dziedzinie zdrowia publicznego proponują wiele rozwiązań, aby wspomóc trudny proces reform i tym samym znaleźć remedium na funkcjonowanie nowoczesnej służby zdrowia. Temat ten jest o tyle trudny, że dotyczy tak ważnej kwestii jak zdrowie każdego człowieka - nie można więc pozwolić sobie na eksperymenty, które mogłyby być dla niego zbyt niebezpieczne.

Jednym z rozwiązań wydaje się być przeniesienie części odpowiedzialności za opiekę zdrowotną na każdego obywatela. Zjawisko to, zwane samoleczeniem, jest znane od wieków i występuje w każdym społeczeństwie bez względu na stopień rozwoju technologicznego czy kulturowego. Niektóre z dawniej stosowanych technik, często w zmodyfikowanej formie, przetrwały do dnia dzisiejszego, jak na przykład ziołolecznictwo, czy wiedza na temat odżywczych i zdrowotnych wartości poszczególnych produktów żywnościowych. Zauważa się jednak, że poziom wiedzy na temat nowoczesnego samoleczenia jest dosyć niski. Specjaliści w dziedzinach związanych ze zdrowiem nadal zadają sobie pytanie, czy samoleczenie może pomóc w stworzeniu sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia [4].

Przez wiele wieków tradycyjne formy dbania o zdrowie były wypierane i zdominowane przez rozwijające się nauki medyczne. Podejście do pacjenta jako ważnego elementu procesu ochrony zdrowia powróciło do łask dopiero w XX wieku. Rozwój koncepcji dotyczących promocji zdrowia i samoleczenia początkowo był skutkiem niewydolności narodowych systemów zdrowia, które w ten sposób chciały zaangażować pacjenta w procesy leczenia [4].

W deklaracji Międzynarodowego Sojuszu Organizacji Pacjentów czytamy, że pacjenci jako partnerzy procesu leczenia mają możliwość wyboru i prawo do podejmowania decyzji związanych z opieką zdrowotną. Dotyczy to w szczególności usług, które zapewniają możliwość wyboru leczenia oraz kierowania leczeniem ze względu na potrzeby pacjenta. Pacjenci oraz organizacje pacjentów zasługują na większy udział w tworzeniu polityki zdrowotnej poprzez podejmowanie decyzji na wszystkich poziomach i we wszystkich zakresach, gwarantujących centralną pozycję pacjenta. Każdy pacjent ma prawo do dokładnej i wszechstronnej informacji [12, 13, 61].

Nowoczesna idea samoleczenia najszybciej wywołała oddźwięk w społeczeństwie amerykańskim. Odpowiedzialność za własne zdrowie idealnie wkomponowała się w kanon podstawowych wartości amerykańskiego społeczeństwa. Jednym z pierwszych przykładów pozytywnego odzewu na rosnącą potrzebę współudziału w procesie dbania o własne zdrowie ze strony obywateli była publikacja społecznego ruchu kobiet „Our Bodies, Ourselves”, opublikowana w 1971 roku w Bostonie. Publikacja ta była pierwszym nowoczesnym wyznacznikiem samoleczenia wśród kobiet [4].

W Kanadzie po raz pierwszy zwrócono uwagę na niedoskonałości systemów opieki zdrowotnej oraz poważny wpływ innych czynników środowiskowych i społecznych na stan zdrowia obywateli. Raport kanadyjskiego ministra zdrowia, opublikowany w 1974 roku, po raz pierwszy w historii zdrowia publicznego położył nacisk na rozwijanie mechanizmów promocji zdrowia w szerokim znaczeniu, na płaszczyznach: psychologicznej, ekonomicznej oraz społecznej. Krótco po opublikowaniu raportu przez rząd kanadyjski podobne działania podjęły rządy Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii oraz Szwecji [4].

Pierwsza międzynarodowa konferencja na temat samoleczenia, na której zwrócono uwagę na pozytywne aspekty większego udziału pacjenta w ogólnie rozumianym zdrowiu publicznym, odbyła się w Kopenhadze w 1975 roku. W 1983 roku regionalny oddział Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy opublikował pierwszy na świecie raport dotyczący samoleczenia w wybranych państwach europejskich [4].

Czym jest samoleczenie

Samoleczenie jest to zjawisko społeczne, będące elementem zachowań zdrowotnych, czyli kultury zdrowotnej społeczeństwa, o bardzo dużym znaczeniu dla zdrowia. Jak wspomniano proces ten istnieje w różnych formach i w różnych społeczeństwach od wieków [46].

Samoleczenie jest także rozumiane jako styl życia polegający na unikaniu zagrożeń dla zdrowia, stosowanie odpowiednich ćwiczeń fizycznych i diet, zachowanie dobrego zdrowia psychicznego oraz używanie leków, tak na receptę (brak kontroli lekarza), jak i leków bez recepty, odpowiedzialnie i odpowiednio [61]. Międzynarodowa organizacja producentów leków bez recepty, World Self Medication Industry, definiuje samoleczenie jako opiekę, dbałość (*care*), podejmowaną lub stosowaną przez jednostki w celu utrzymania lub poprawy własnego zdrowia i samopoczucia, obejmującą sprawowanie opieki także nad innymi członkami rodziny oraz innymi ludźmi. Ogólnie można stwierdzić, że samoleczenie jest świadomym podejmowaniem decyzji każdego człowieka w celu utrzymania i poprawy stanu własnego zdrowia oraz dbania o zdrowie innych [49].

Samoleczenie jest bardzo istotnym elementem terapeutycznym i instrumentem polityki zdrowotnej. Już od wielu lat jest coraz popularniejszym trendem wynikającym z większej świadomości pacjentów, którzy chcą podejmować niezależne decyzje dotyczące własnego zdrowia. Istnieje jednak problem z jednoznacznym zdefiniowaniem zjawiska „samoleczenia”. Wynika to głównie z bardzo szerokiego znaczenia tego pojęcia [29].

Self-care i self-medication

Samoleczenie może być rozumiane bardzo ogólnie jako *self-care* (dbanie o samego siebie, czasami rozumiane jako samoopieka) i w tym znaczeniu obejmuje szereg działań podejmowanych przez ludzi w celu utrzymania własnego zdrowia w dobrej kondycji lub poprawy jego stanu. Do takich działań możemy zaliczyć zdrowy styl życia, higienę osobistą, utrzymywanie dobrego samopoczucia, realizację społecznych i psychologicznych potrzeb własnych oraz społeczeństwa, zapobieganie chorobom i niebezpiecznym dla zdrowia wypadkom, unikanie niepotrzebnego ryzyka [49]. W bardzo szerokim podejściu do problemu można zaryzykować twierdzenie, że nawet działania na rzecz ochrony środowiska naturalnego są elementem procesu samoleczenia. Środowisko

naturalne jest przecież jednym z głównych czynników które warunkują stan naszego zdrowia.

Podstawowe elementy samoleczenia w szerszym znaczeniu (*self-care*) to:

1. podejmowanie różnych czynności w celu utrzymania lub poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego - swojego, własnych dzieci oraz rodzin,
2. realizowanie potrzeb społecznych i psychologicznych,
3. zapobieganie chorobom lub wypadkom zagrażającym zdrowiu i życiu,
4. leczenie lekkich dolegliwości oraz chronicznych schorzeń,
5. utrzymywanie dobrego stanu zdrowia i samopoczucia po odbytej chorobie lub leczeniu szpitalnym [52].

Samoleczenie w znaczeniu *self-care* wpływa na ogólny stan zdrowia ludzi poprzez:

1. stosowanie się do zasad poprawnego leczenia,
2. utrzymanie zdrowia fizycznego w odpowiedniej kondycji przez zdrowy styl życia – odpowiednie diety, ćwiczenia fizyczne, niepalenie,
3. monitorowanie symptomów choroby aby w porę rozpocząć leczenie lub samoleczenie w znaczeniu *self-medication*,
4. monitorowanie i poprawne radzenie sobie ze stresem oraz innymi konsekwencjami emocjonalnymi, będącymi pochodną choroby,
5. efektywną współpracę ze specjalistami w dziedzinie ochrony zdrowia w celu zaspokojenia potrzeb pacjenta,
6. użycie odpowiedniego wsparcia ze strony podmiotów społecznych aby osiągnąć powyżej wymienione cele.

Wynika z tego, że samoleczenie w szerszym znaczeniu to proces, który jest stosowany zawsze. W szczególności dotyczy on pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe [20].

Samoleczenie w wąskim rozumieniu, jako *self-medication* (samoleczenie przy użyciu środków medycznych, leków), dotyczy stosowania przez pacjentów samodzielnej terapii w przypadkach wystąpienia powszechnych dolegliwości przy użyciu środków farmaceutycznych dostępnych „bez recepty”, zwanych lekami OTC (*over the counter*), specjalnie wytworzonych do przyjmowania bez nadzoru wykwalifikowanego personelu medycznego oraz prawnie zakwalifikowanych jako bezpieczne i efektywnie działające. Odpowiedzialne stosowanie takich środków polega na użyciu odpowiedniego produktu w odpowiedni sposób oraz w odpowiednim czasie, w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia choroby [49].

Możemy wyróżnić następujące środki OTC stosowane samodzielnie przez pacjentów:

1. leki dostępne bez recepty, w stosunku do których odnoszą się definicje leku sprecyzowane w aktualnie obowiązującym ustawodawstwie, np. w Polsce pojęcie leku zdefiniowane jest przez ustawę Prawo Farmaceutyczne,
2. inne produkty OTC zwane „produktami z pogranicza”. Są to środki będące suplementami żywności, kosmetykami lub materiałami medycznymi [29].

W rzeczywistości używanie produktów OTC jest szeroko wykorzystywane jako elementarny składnik procesu samoleczenia, nie tylko w przypadkach lekkich dolegliwości, ale także przy poważniejszych, przewlekłych chorobach [50, 61]. *Self-medication* może obejmować także stosowanie środków i sposobów alternatywnych, zwanych CAM (Contemporary and Alternative Medicine), obejmujących między innymi naturalne produkty roślinne, zioła oraz suplementy diety. Tak rozumiane samoleczenie jest obecnie popularnym elementem stylu życia wielu milionów ludzi na całym świecie. Jednak z medycznego punktu widzenia stosowanie środków alternatywnych należy raczej do dziedziny profilaktyki zdrowia i nie jest powszechnie stosowane ani zalecane w przypadku wystąpienia objawów chorobowych. Należy zaznaczyć, że korzystanie jedynie z doświadczeń medycyny alternatywnej może przynieść negatywne skutki w przypadku notorycznego zaniedbywania objawów chorobowych i niekorzystania z pomocy lekarza lub farmaceuty w trakcie kuracji.

Khanindra K. Bhuyan z London School of Hygiene and Tropical Medicine dzieli samoleczenie na następujące grupy:

1. **samoleczenie jako health self-care** – są to wszystkie działania mające na celu utrzymanie zdrowia w dobrej kondycji lub jego poprawę. Do takich działań zaliczyć możemy dietę, zdrowy tryb życia oraz spożywanie witamin.
2. **samoleczenie jako medical self-care** – są to działania mające na celu odpowiedź na występujące w danym momencie problemy ze zdrowiem. Jest to rodzaj samoleczenia rozumiany w znaczeniu *self-medication* [4].

Inny podział samoleczenia, wprowadzony przez tę autorkę, dotyczy rodzaju działań podejmowanych przez pacjenta. Można tu wyróżnić:

- **regulatory SC** – regulacyjne samoleczenie – oznaczające rutynowe zachowania zdrowotne: spanie, jedzenie, higiena osobista,

- **preventive SC** – zapobiegawcze samoleczenie – obejmujące ćwiczenia, diety, obserwację własnego zdrowia,
- **reactive SC** – reakcyjne samoleczenie – oznaczające działania podejmowane po wystąpieniu symptomów chorobowych lub dolegliwości, które nie zostały jeszcze rozpoznane przez lekarza jako choroba,
- **restorative SC** - uzdrawiające samoleczenie – czyli działania mające na celu realizowanie zaleceń lekarza oraz prowadzenie terapii [4].

Odpowiedzialne samoleczenie jest obecnie postrzegane przez organizacje międzynarodowe oraz poszczególne państwa jako ważna część narodowych systemów ochrony zdrowia. Specjaliści z AESGP zwracają uwagę, że współczesne badania przeprowadzone przez ośrodki naukowe i organizacje międzynarodowe w ostatnich kilkunastu latach wskazują na pozytywny wpływ odpowiedzialnie stosowanego samoleczenia na ogólnie pojmowane zdrowie publiczne [54].

W raporcie przedstawiono najbardziej znaczące powiązania pomiędzy stosowaniem samoleczenia przez pacjentów przy użyciu leków dostępnych bez recepty, a stanem zdrowia publicznego w poszczególnych państwach oraz wpływ zjawiska samoleczenia na ekonomiczne zyski dla pacjentów i systemów opieki zdrowotnej. Dostępne wyniki badań poddano także analizie pod kątem zagrożeń płynących ze strony samoleczenia. Zauważono, że większość dostępnych raportów zwraca uwagę głównie na zyski płynące z popularyzacji nowych trendów w polityce zdrowotnej. Należy poważnie zastanowić się, czy dokonywane obecnie zmiany w zakresie odpowiedzialności za nasze zdrowie nie przyniosą w przyszłości społeczeństwom nowych i bardziej skomplikowanych problemów.

Cel pracy

Celem pracy było dokonanie systematycznego przeglądu dostępnego piśmiennictwa na temat samoleczenia w kontekście zdrowia publicznego.

Materiał i metody

Przy użyciu bazy bibliograficznej PubMed znajdującej się pod adresem internetowym <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> dokonano przeglądu artykułów opublikowanych w czasopiśmie dostępnych w internecie o zasięgu międzynarodowym. Po wprowadzeniu do wewnętrznej wyszukiwarki słów kluczowych: „self-care”, „self-medication”, „self-help”, samodzielnie lub w różnorodnym połączeniu z wyrażeniami: „OTC”, „over the counter”, „health policy”, „public health”, uzyskano od kilkadziesiąt

ciu do kilkuset wyników w zależności od słów użytych w trakcie wyszukiwania. Metodą pomocniczą okazała się kwerenda internetowa dokonana za pomocą przeglądarek Google i Copernic Agent. Po wprowadzeniu słów kluczowych: „samoleczenie”, „zdrowie publiczne”, „leki OTC”, „leki bez recepty”, „self-care”, „self-medication”, „self-help”, „public health” uzyskano szereg materiałów, które poddano analizie przydatności według tych samych kryteriów, jak w przypadku bazy bibliograficznej PubMed.

Po uwzględnieniu kryteriów przydatności dotyczących wielkości zjawiska samoleczenia, obowiązujących definicji oraz wpływu samoleczenia na zdrowie publiczne w poszczególnych krajach wstępnie wyselekcjonowano 172 artykuły, a ostatecznie skorzystano z 63. Wśród zaakceptowanych materiałów znalazły się dostępne w Internecie raporty międzynarodowych stowarzyszeń producentów leków bez recepty – World Self Medication Industry oraz Association of the European Self-Medication Industry (AESGP):

- „The Economic and Public Health Value of Self-Medication” 2004,
- „Responsible Self-Care and Self-Medication” 2006,
- „Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines” 2007,
- „Smart Regulation 2015 – The Future Regulation of Self-Care” 2007,
- „Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines” 2008.

W trakcie pracy dokonano przeglądu raportów z badań opinii społecznej uznanych polskich ośrodków: Centrum Badania Opinii Społecznej - CBOS, Taylor Nelson Sofres OBOP – TNS OBOP, Głównego Urzędu Statystycznego – GUS oraz Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów – UOKiK:

- „Co robi chory Polak?”, OBOP, 1996,
- „Leczenie się domowymi sposobami”, CBOS, 1998,
- „Kto korzysta z ulotek w aptekach”, TNS OBOP, 2002,
- „Rady z za lady – mieszkańcy Europy Środkowej wolą farmaceutów od lekarzy”, TNS OBOP, 2002,
- „Jak kupujemy leki, a jak inne produkty”, TNS OBOP, 2004,
- „Jeśli leki, to tylko w aptece”, TNS OBOP, 2004
- „Wiemy jaki lek chcemy kupić”, TNS OBOP, 2004,
- „Raport z badania rynku hurtowego obrotu lekami w Polsce”, UOKiK, 2006,
- „Leki na ulotkę”, TNS OBOP, 2007,
- „Leki spoza apteki”, TNS OBOP, 2007,
- „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku” GUS, 2007,
- „Opinie o opiece zdrowotnej”, CBOS, 2007,
- „Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce”, CBOS, 2007.

W pracy wykorzystano także wyniki przedstawione w raporcie dr Bogdana Langa „Uwarunkowania samoleczenia lekami wydawanymi bez recepty (OTC)”, który został udostępniony przez firmę US Pharmacia. W trakcie analizy materiałów uzyskanych w kwerendzie internetowej zauważono, że wiele firm konsultingowych oferuje zakup gotowych raportów na temat samoleczenia, jednak ze względu na ich wysokie koszty nie zostały one uwzględnione w badaniu. Dane liczbowe ukazane w zidentyfikowanych źródłach zostały przetworzone graficznie w postaci rycin na użytek niniejszego opracowania. Dla potrzeb raportu użyto jedynie materiałów bezpłatnych.

Wyniki

Zjawisko samoleczenia.

Samoleczenie a powszechnie występujące problemy ze zdrowiem w wybranych krajach świata

Badania na temat samoleczenia prowadzone na całym świecie wskazują, że niezależnie od czynników ekonomicznych, społecznych lub religijnych ludzie cierpią na takie same dolegliwości o podobnym natężeniu. Do problemów tych zaliczyć możemy przeziębienia, bóle głowy, bóle innych części ciała, problemy z układem trawiennym, alergie oraz wiele innych. W zależności od położenia geograficznego może się zmieniać częstotliwość ich występowania, jednak efekty, jakie wywołują są tożsame w każdym kraju [49].

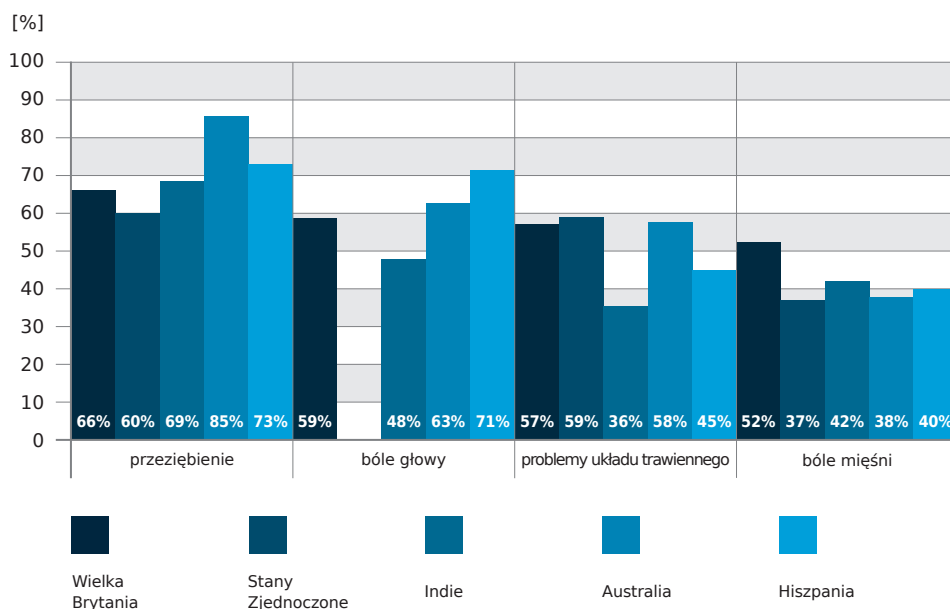
Wykres 1 pokazuje najczęściej występujące dolegliwości, które dotyczą pacjentów w wybranych krajach świata. Podane państwa zostały wyznaczone celowo.

Na wykresie przedstawiono występowanie chorób w Wielkiej Brytanii (rozwinętego kraju europejskiego, należącego do Unii Europejskiej), USA (kraju rozległego terytorialnie o zróżnicowanej kulturze, a zarazem ujednoczonej i zglobalizowanej), Indii (jako przykład państwa Dalekiego Wschodu, o wysokim wskaźniku ubóstwa i znacznym przyroście naturalnym), Australii (państwa położonego w znacznej odległości od Polski i jednocześnie wysokorozwiniętego) oraz Hiszpanii (kraju śródziemnomorskiego).

Z danych przedstawionych na wykresie 1 wynika, że przeziębienia i bóle głowy są najczęściej występującą dolegliwością, bez względu na kraj zamieszkania pacjentów, natomiast najrzadziej występującą dolegliwością są bóle mięśni.

W Wielkiej Brytanii samoleczenie jest postrzegane jako jeden z podstawo-

WYKRES 1. **Odsetek występowania niektórych popularnych dolegliwości w wybranych państwach w stosunku do liczby mieszkańców danego kraju.**



Źródło: *Responsible Self-care and Self-medication. 2006 WSMI.*

wych elementów systemu opieki zdrowotnej zorientowanej na pacjenta. Dane brytyjskiego ministerstwa zdrowia (Department of Health) wskazują, że samoleczenie poprawia ogólne wyniki zdrowotne społeczeństwa oraz zwiększa satysfakcję pacjentów. Ponadto angażuje społeczeństwo w tak ważną sprawę jak zdrowie publiczne. Obecnie około 40% wszystkich konsultacji przeprowadzanych przez lekarzy pierwszego kontaktu w Wielkiej Brytanii dotyczy lekkich dolegliwości lub chorób. 75% wszystkich działań podejmowanych przez brytyjskie pogotowie ratunkowe i oddziały przyjęć w nagłych przypadkach dotyczy niegroźnych dolegliwości lub zranień. Wydaje się, że dalsza promocja samoleczenia pozwoli zaoszczędzić sporo czasu i tym samym kosztów utrzymania systemu ochrony zdrowia [52].

Dane brytyjskie z 1994 roku przeanalizowane przez Blenkinsopp'a z Keele University, wskazują, że w okresie 2 tygodni 9 na 10 osób cierpi na co najmniej jedną dolegliwość. W jednym na cztery przypadki pacjent korzysta z leków OTC, które może nabyć bez konsultacji z lekarzem [5].

Canadian Family Physician z kwietnia 1993 roku podaje wyniki badań prze-

przeznaczonych w Kanadzie w 1989 roku. Wynika z nich, że ponad 3 miliony obywateli tego kraju (około 16,5% populacji) cierpiało na ataki migreny, 36% pacjentów uczestniczących w badaniach korzystało z konsultacji lekarskich, 45% przestało kontaktować się z lekarzem, a 19% nigdy nie korzystało z porady lekarza. Aż 90% badanych korzystało z leków dostępnych bez recepty, aby uśmierzyć ból, a jedynie 44% korzystało z leków na receptę. Tylko 2,6% badanych nie korzystało z żadnych środków uśmierzających ból. Dodatkowo 1/3 do 1/2 badanych korzystała ze środków niefarmaceutycznych, takich jak zioła lub okłady z lodu. Aż 50% respondentów twierdziło, że ból głowy zmuszał ich do zaprzestania normalnej, codziennej aktywności, takich jak praca lub kontakty towarzyskie. 77% potwierdziło jedynie częściową zdolność do normalnego działania podczas ostatniego ataku bólu, a 30% musiało leżeć w łóżku podczas ataku bólu. Większość osób uczestniczących w badaniach potwierdziła, że leki OTC były bardziej skuteczne, niż terapia przepisana przez lekarza lub leki na receptę [50].

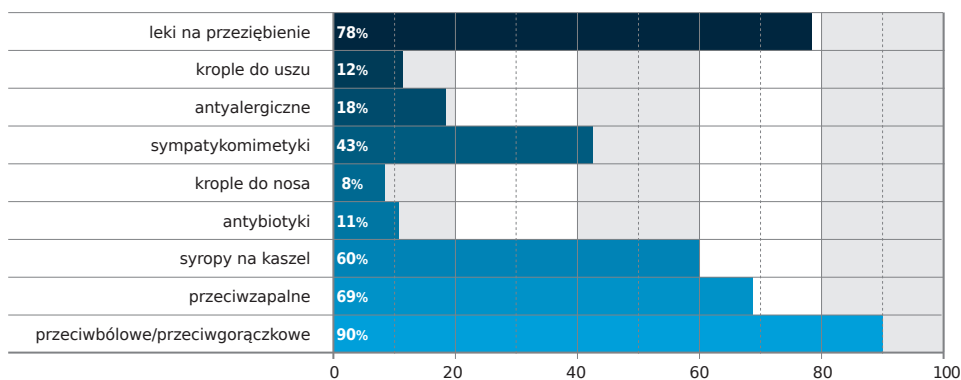
Brazilian Journal of Otorhinolaryngology z 2006 roku przytacza dane dotyczące samoleczenia w Brazylii. Wynika z nich, że w 1994 roku samodzielnie leczyło się w tym kraju około 80 milionów osób. Inne brazylijskie badania przeprowadzone na grupie osób cierpiących na dolegliwości laryngologiczne w 2003 roku wykazały, że 83% pacjentów kupiło lub korzystało z leków dostępnych bez recepty, z czego 62% kupiło je dla siebie, 10% dla członków rodziny, 25% łącznie dla siebie i rodziny, a jedynie 3% dla osób obcych. Wykres 2 pokazuje rodzaje najczęściej kupowanych leków w Brazylii, natomiast wykres 3 wskazuje na najczęstsze powody skłaniające pacjentów do zakupu tych leków [2].

Brazylia jest specyficznym krajem ze względu na swoje położenie geograficzne. Większość obszaru kraju zajmuje puszcza amazońska, a jednocześnie znaczna część ludności zamieszkuje obszary wielkomiejskie. Dzięki czemu spożycie leków kształtuje się tam podobnie, jak w krajach europejskich. Wynika to głównie ze zglobalizowanej kultury medialnej i wpływu reklam.

Brazylijskie badania wskazują, że większą grupę korzystającą z leków OTC stanowiły kobiety (58%), niż mężczyźni (42%). Najchętniej kupowane były leki zawierające jeden aktywny składnik (74%), następnie dwa aktywne składniki (23%). Leki OTC zawierające trzy lub więcej aktywnych składników były kupowane jedynie przez 3% respondentów. Brakuje jednak danych dotyczących wpływu liczby składników na decyzję kupującego lub różnicy w cenie pomiędzy lekami jedno- i wieloskładnikowymi [2].

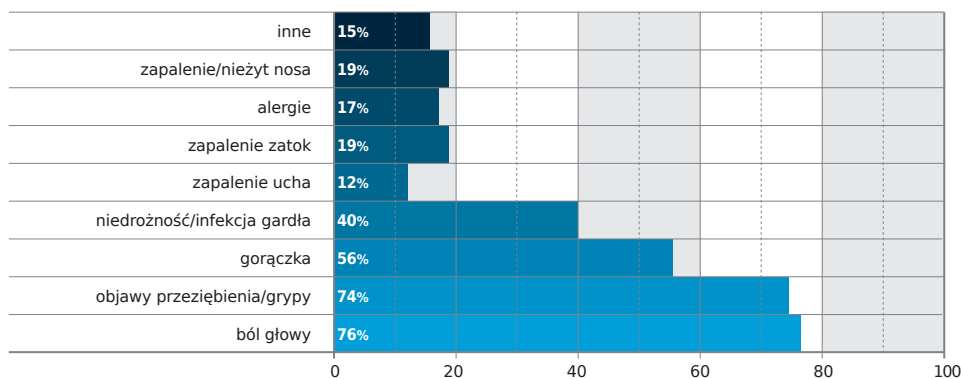
Większość osób na całym świecie, w przypadku wystąpienia dolegliwości,

WYKRES 2. **Najczęściej kupowane leki w Brazylii w ujęciu procentowym.**



Źródło: Barbosa Servidioni A., Coelbo L., de Lima Navarro M., de Avilla F.G., Mezzalira R. Self-medication profile of ENT patients. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2006.

WYKRES 3. **Powody skłaniające pacjentów brazylijskich do zakupu leków.**



Źródło: Barbosa Servidioni A., Coelbo L., de Lima Navarro M., de Avilla F.G., Mezzalira R. Self-medication profile of ENT patients. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2006.

postępuje w podobny sposób. Według danych WSMI aż 50% wszystkich osób nie robi nic w przypadku wystąpienia dolegliwości lub stosuje tzw. „domowe sposoby” leczenia, obejmujące między innymi okłady z lodu lub syrop z cebuli.

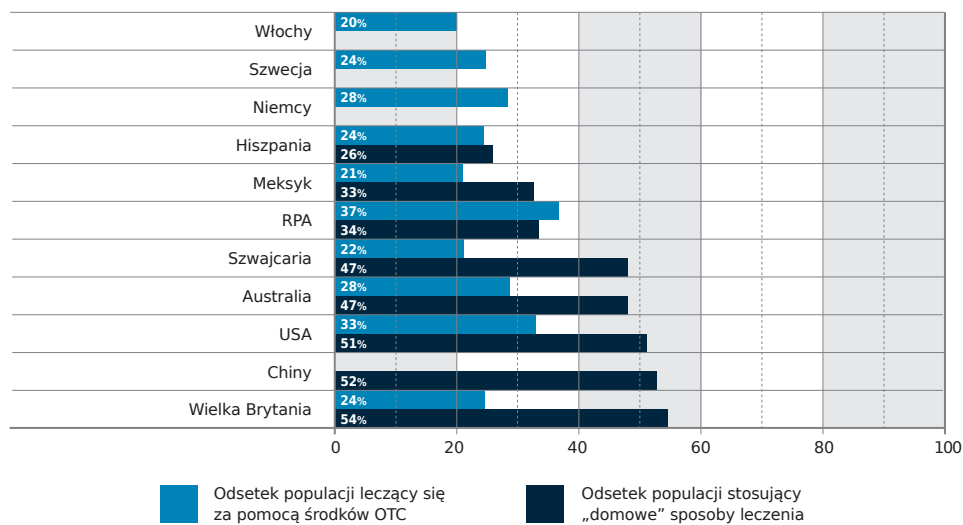
Wykres 4 pokazuje różnice pomiędzy stosowaniem leków OTC oraz „domowych sposobów” w przypadku wystąpienia popularnych dolegliwości w wybranych krajach świata [49]. Rycina wykazuje podobieństwa między krajami wysokorozwiniętymi: Australią, Szwajcarią, USA oraz Wielką Brytanią. W pań-

stwach tych odsetek posiłkowania się domowymi metodami leczenia jest średnio dwa razy większy niż użycie środków OTC. Uwagę zwraca RPA, z nieznaną przewagą stosowania leków dostępnych bez recepty nad domowymi sposobami leczenia.

Wyniki przedstawione na wykres 4 pokazują, że niezależnie od stopnia rozwoju społeczno-ekonomicznego poszczególnych państw, „domowe” sposoby leczenia są jednym z głównych działań podejmowanych przez pacjentów w przypadku wystąpienia chorób i dolegliwości.

O wiele niższy jest odsetek osób stosujących sprawdzone i zatwierdzone jako bezpieczne, leki dostępne bez recepty.

WYKRES 4. **Sposoby radzenia sobie z popularnymi dolegliwościami w wybranych krajach w ujęciu procentowym.**



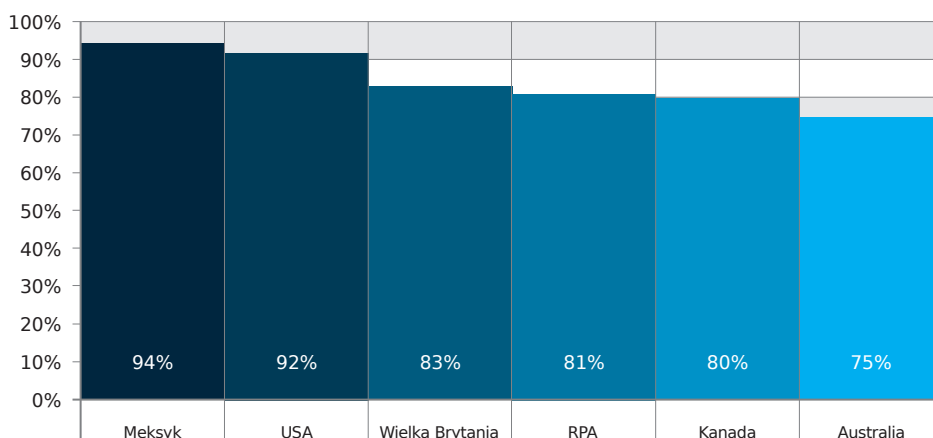
Źródło: *Responsible Self-care and Self-medication. 2006 WSMI.*

Prowadzone do tej pory badania WSMI na temat leków OTC wskazują, że wśród pacjentów korzystających z samoleczenia występuje wysoki poziom satysfakcji z efektów widocznych w poprawie zdrowia i samopoczucia osiągniętych tym sposobem.

Wykres 5 przedstawia stopień zadowolenia pacjentów korzystających z leków OTC w wybranych krajach świata.

Podane wyniki wskazują, że bez względu na kraj pochodzenia większość osób ko-

WYKRES 5. **Stopień zadowolenia pacjentów ze stosowania leków dostępnych bez recepty w wybranych krajach w ujęciu procentowym.**



Źródło: *Responsible Self-care and Self-medication. 2006 WSMI.*

rzystających z leków „bez recepty” jest zadowolona z osiągniętej poprawy zdrowia i samopoczucia.

Wśród pacjentów kanadyjskich cierpiących na ataki migreny, którzy korzystali z konsultacji neurologicznej w latach 1989 i 1990, 40% osób było usatysfakcjonowanych z pomocy lekarza, 35% nie potrafiło określić swojego stanowiska lub miało mieszane uczucia, a 25% było niezadowolonych. Połowa badanych, którzy skorzystali z konsultacji lekarskiej, nie uzyskała żadnej porady dotyczącej środków medycznych, które powinni zażywać. 25% badanych poradzono aby skorzystali z leków bez recepty, a 31% przepisano recepty. Całkowitą ulgę związaną ze zwalczaniem bólu osiągnęło jedynie 21% wszystkich badanych. Badania kanadyjskie wskazują na istniejący problem w poprawnym leczeniu bólu głowy. Wielu pacjentów rezygnuje z konsultacji lekarskich na rzecz korzystania z leków OTC ponieważ tak poradził im lekarz na konsultacji bądź sami zdecydowali się na proces samoleczenia [50].

W raporcie WSMI podano wyniki badań, w których pytano pacjentów o podobieństwa pomiędzy lekami OTC, a lekami przepisywanymi przez lekarza na receptę. Ponad 90% Japończyków, 76% Kolumbijczyków i 60% Kanadyjczyków stwierdziło, że leki OTC działają tak samo lub podobnie jak leki na receptę przepisywane przez lekarzy na te same dolegliwości [49].

Zjawisko samoleczenia w Polsce

Zmiany w warunkach społeczno–politycznych, które nastąpiły w latach dziewięćdziesiątych znacząco wpłynęły na sytuację zdrowotną Polaków. Pomiędzy 1991 a 2002 rokiem przeciętna długość życia mężczyzn zwiększyła się o 4 lata, a kobiet o 3,5 roku. Wpłynęły na to między innymi korzystne zmiany w nawykach żywieniowych oraz moda na zdrowy styl życia [27].

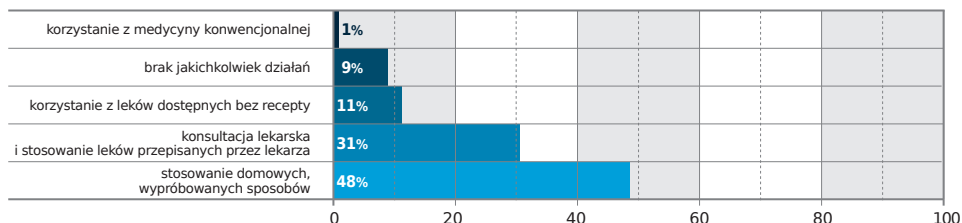
Samoleczenie w Polsce zaczęło rozwijać się wraz ze zmianami ustrojowymi. Miało to związek z uruchomieniem mechanizmów wolnorynkowych, dzięki którym więcej leków bez recepty zaczęło pojawiać się w sprzedaży ogólnej. Rozwój rynku był stymulowany dużą aktywnością międzynarodowych firm farmaceutycznych oraz prywatyzacją polskiego sektora farmaceutycznego. Jednak najważniejszym czynnikiem wpływającym na wzrost popularności samoleczenia w Polsce były zmiany dokonane w prawie farmaceutycznym w 1994 roku, umożliwiające reklamę leków bez recepty w mediach [29, 51, 39]. Korzystanie ze środków farmaceutycznych jest obecnie bardzo popularne w Polsce. Według badań GUS z 2006 roku, aż 98% wszystkich gospodarstw domowych korzystało z terapii lekowej [45].

Badania wykonane przez CBOS w 2007 roku wykazały, że aż 75% Polaków uważa, że obowiązek ochrony zdrowia spoczywa w pierwszej kolejności na nich samych. 50% badanych stwierdziło, że zdrowy tryb życia nie jest dla Polaków ważny. Paradoksalnie w tym samym badaniu aż 80% osób stwierdziło, że dba o własne zdrowie [44, 64].

Przez ostatnie kilkanaście lat stosunek Polaków do korzystania z dostępnych sposobów samoleczenia znacznie się zmienił. W 1996 roku TNS OBOP przeprowadził badania dotyczące zachowań Polaków w przypadku wystąpienia choroby lub dolegliwości. Wynika z nich, że 59% Polaków stosowało różne formy samoleczenia, z czego jedynie 11% stosowało bezpieczne leki dostępne w aptekach bez recepty. Wykres 6 pokazuje typowe działania Polaków w przypadku wystąpienia dolegliwości lub choroby [10].

Podobne badania zostały przeprowadzone przez CBOS w 1998 roku i pozwalają

WYKRES 6. **Postępowanie Polaków w przypadku wystąpienia dolegliwości lub choroby według badań OBOP z 1996 roku.**

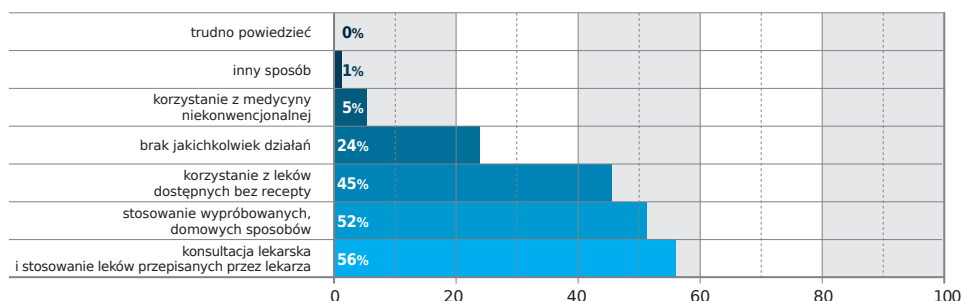


Źródło: Co robi chory Polak? Sondaż OBOP 1996 r.

na porównanie wykazanych powyżej danych. Niepokojącym zjawiskiem jest niepodejmowanie przez 9% (wykres 6) i 24% (wykres 7) respondentów jakichkolwiek działań, zmierzających do poprawy swego stanu zdrowia. Należy zatem zwrócić uwagę na to, że samoleczenie, powiązane z zastosowaniem domowych sposobów, może zapobiec tego typu niekorzystnym sytuacjom.

Wykres 7 pokazuje zachowania Polaków w przypadku wystąpienia dolegliwości lub choroby dwa lata później w stosunku do podobnych badań OBOP z 1996 roku.

WYKRES 7. **Zachowania Polaków w przypadku wystąpienia choroby lub dolegliwości w 1998 roku. Wyniki oparte na założeniu, że respondenci mogli wybrać tylko jedną możliwość**



Źródło: Leczenie się domowymi sposobami. Komunikat z badań. 1998. CBOS

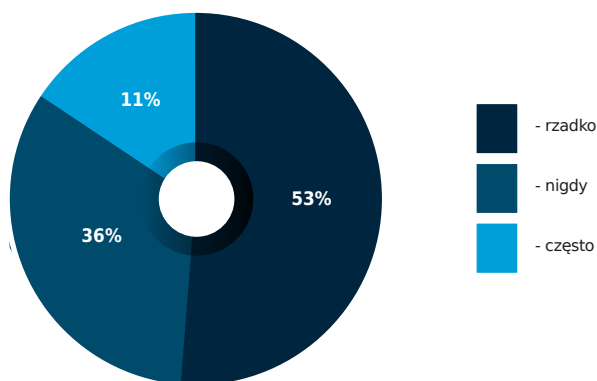
Według badań CBOS z 1998 roku Polacy najczęściej stosowali łączone sposoby radzenia sobie z dolegliwościami. 38% Polaków stosowało w tym samym czasie leki przepisane przez lekarza i leki dostępne bez recepty. 18% stosowało tylko domowe sposoby i leki OTC. W badaniu umożliwiającym wybranie więcej, niż jednej odpowiedzi 54% ankietowanych potwierdziło korzystanie z leków OTC, z czego 40% badanych zażywało je więcej niż jeden raz. Zaobserwowano, że trudności w dostępie do usług medycznych nie miały wpływu na korzystanie z leków dostępnych bez recepty [30].

W ciągu dwóch lat widać znaczącą różnicę w zachowaniach Polaków w przypadku choroby. W 1996 roku najwięcej osób korzystało z domowych sposobów leczenia (48%) i odsetek ten nie zmienił się znacząco w 1998 roku (52%). Wyraźnie wzrósł odsetek pacjentów korzystających z porady lekarza i stosujących zalecane leki (z 31% do 56%) oraz odsetek osób korzystających z leków dostępnych bez recepty (z 11% do 45%). Jednocześnie zauważalny jest wzrost liczby osób niepodejmujących jakichkolwiek działań w przypadku wystąpienia

objawów chorobowych. W 1996 roku 9% zadeklarowało brak takich działań, a w 1998 roku było to już 24% badanych.

W innym badaniu ankietowym przeprowadzonym przez OBOP w 1996 roku zapytano, jak często Polacy korzystali z leków OTC reklamowanych w mediach. Wyniki są zaskakujące w porównaniu do danych dotyczących osób korzystających z leków w przypadku wystąpienia dolegliwości. Aż 64% Polaków przyznało się do korzystania z reklamowanych środków farmaceutycznych [10].

WYKRES 8. **Częstość stosowania reklamowanych w mediach leków OTC w Polsce w 1996 r.**



Źródło: *Co robi chory Polak? Sondaż. 1996. OBOP.*

Porównując powyższe dane z liczbą osób chorych lub cierpiących na różne dolegliwości i jednocześnie korzystających z leków bez recepty można wysunąć wniosek, że duży odsetek Polaków korzystał z leków OTC w sytuacjach, kiedy nie występowały objawy chorobowe. Większość leków w takich przypadkach mogła być spożywana bezpodstawnie.

Według raportu Pączkowskiej z Wydziału Badań i Analiz Socjologicznych, dotyczącego badań obejmujących okres od kwietnia 2007 roku do kwietnia 2008 ponad 75% Polaków kupowało leki dostępne bez recepty, z czego 28% robiło to kilkakrotnie, a 27% wielokrotnie [45].

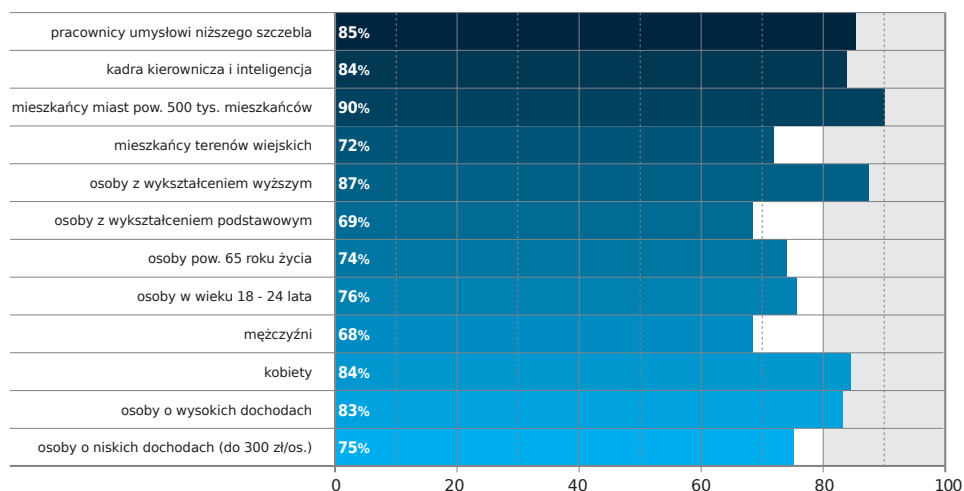
Wyniki badań TNS OBOB z 2007 roku wykazały, że 73% Polaków korzystało z leków OTC. 20% z nich zaopatrywało się w leki bez recepty poza apteką, czyli korzystało z punktów sprzedaży umiejscowionych w supermarketach, kioskach, stacjach benzynowych. Mężczyźni częściej od kobiet kupowali leki w innych miej-

scach, niż apteki (24% i 17%). W zależności od grupy wiekowej respondentów uzyskano następujące wyniki: osoby pomiędzy 20 a 29 rokiem życia częściej kupowały leki OTC w sklepach (27%) od osób starszych powyżej 60 roku życia (12%). Apteka stanowiła nadal najpopularniejsze miejsce zakupu leków w Polsce. Wśród kupujących leki aż 95% nabyło je w aptece. Wydaje się, że najważniejszym czynnikiem wpływającym na takie zachowania konsumentów były utrwalone przyzwyczajenia oraz brak zaufania do innych miejsc handlowych. Wykres 9 pokazuje odsetek osób korzystających z leków OTC w zależności o grupy społecznej, do których należą [32, 23].

Według badań Pączkowskiej aż 75% Polaków stosuje leki dostępne bez recepty, z czego osobami najczęściej korzystającymi z samoleczenia za pomocą leków OTC w Polsce są kobiety, osoby o wysokim statusie materialnym i zawodowym oraz posiadające wyższe wykształcenie i mieszkające w dużych miastach [45].

Porównując dostępne wyniki badań z lat 1996, 1998 i 2008 zauważa się bardzo duży wzrost znaczenia leków OTC stosowanych w domowej kuracji. Przyczyną takiego stanu może być szerszy dostęp do leków bez recepty, ich większa liczba na rynku farmaceutycznym oraz znacząca zmiana w świadomości Polaków dotycząca odpowiedzialności za własne zdrowie.

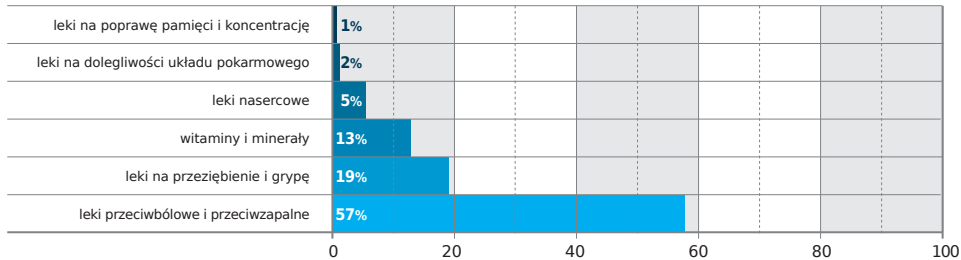
WYKRES 9. **Stosowanie leków bez recepty w różnych grupach społecznych w Polsce.**



Źródło: Pączkowska M. Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ. 2008.

Warto zwrócić uwagę na dolegliwości, które najczęściej skłaniały Polaków do zakupu leków bez konsultacji lekarskiej. Wykres 10 pokazuje zależności pomiędzy rodzajem kupowanych leków OTC przez Polaków a występującymi dolegliwościami w latach 2007 – 2008.

WYKRES 10. **Najczęściej kupowane środki OTC w Polsce w latach 2007 - 2008 ze względu na występujące dolegliwości zdrowotne.**

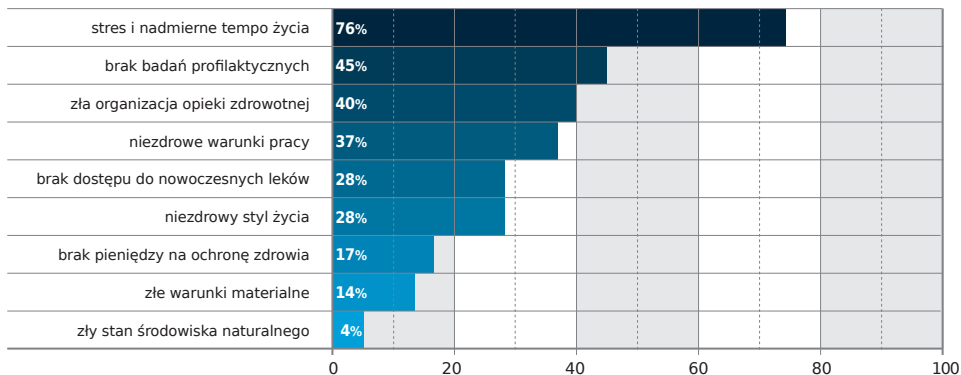


Źródło: Leczenie się domowymi sposobami. Komunikat z badań. 1998. CBOS

Powyższe dane wskazują, że najczęściej występujące dolegliwości, które skłaniały Polaków do korzystania z samoleczenia za pomocą leków OTC to stany zapalne, różnego rodzaju bóle oraz przeziębienie i grypa.

W porównaniu z raportami dotyczącymi dolegliwości, na które najczęściej zapa-
 dają Polacy, warto zwrócić uwagę jakie poglądy mają pacjenci na temat przyczyn stanu
 zdrowia mieszkańców Polski. Wykres 11 pokazuje przyczyny złego stanu zdrowia w opi-
 nii Polaków. Za czynniki najbardziej niekorzystnie wpływające na zdrowie Polacy uwa-
 żają duży poziom stresu i nadmierne tempo życia.

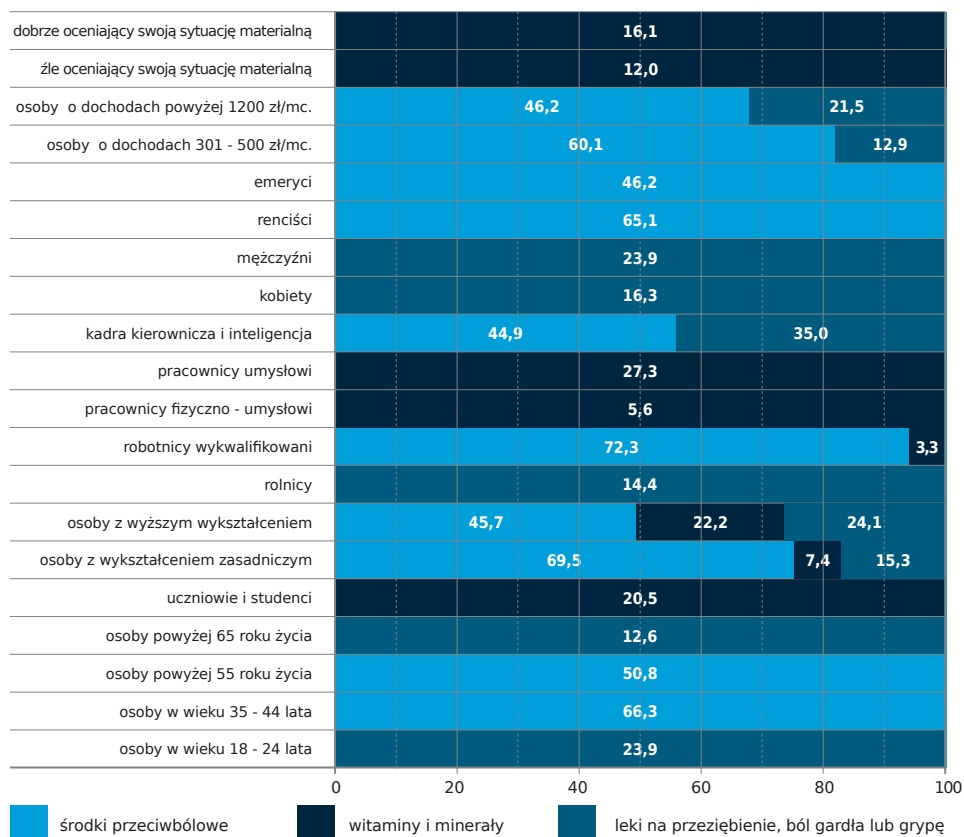
WYKRES 11. **Przyczyny złego stanu zdrowia w opinii Polaków.**



Źródło: Leczenie się domowymi sposobami. Komunikat z badań. 1998. CBOS

Rodzaje kupowanych leków w dużym stopniu zależą też od pozycji materialnej i społecznej Polaków. Wykres 12 pokazuje relacje pomiędzy przynależnością do danej grupy społecznej i rodzajem kupowanych leków OTC. W wynikach uwzględniono jedynie dane dla grup, które najczęściej i najrzadziej korzystają z leków bez recepty.

WYKRES 12. **Zależności pomiędzy przynależnością do danej grupy społecznej i rodzajem najchętniej kupowanych leków OTC w Polsce..**

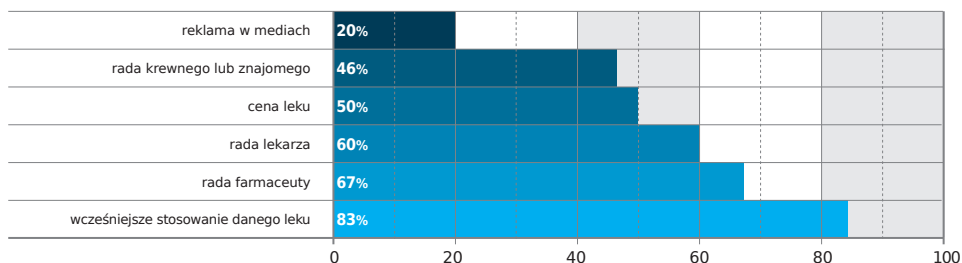


Źródło: Pączkowska M. Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ. 2008.

Istotną kwestią są czynniki skłaniające pacjentów do zakupu danego leku. Wykres 13 pokazuje, jakie czynniki mają wpływ na decyzję Polaków o zakupie leku OTC.

Autorzy raportu, z którego pochodzą powyższe dane, podważają wiarygodność takich wyników. Szczególnie zastanawiające mogą być wyniki dotyczące wpływu reklamy w mediach na zakup leku bez recepty, gdyż według nich osoby

WYKRES 13. Czynniki skłaniające Polaków do zakupu leków OTC w ujęciu procentowym.



Źródło: Pączkowska M. Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ. 2008.

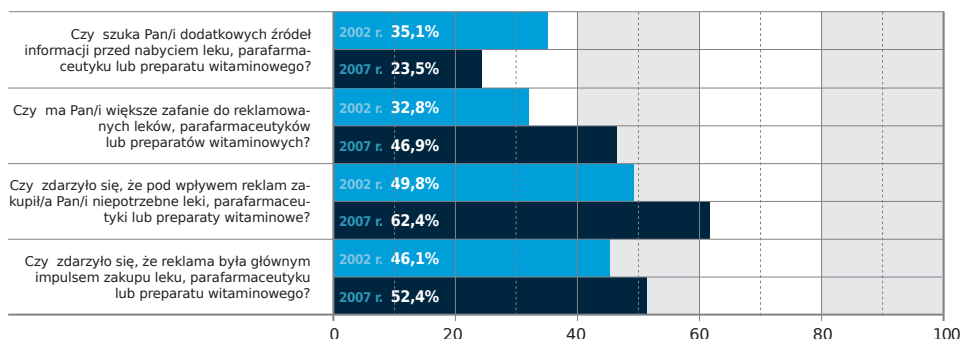
kupujące lek często nie zdają sobie sprawy z wpływu reklamy na ich własną decyzję. Farmaceuci mający bezpośredni kontakt z pacjentem uważają, że reklama ma dość duży wpływ na podejmowaną decyzję przy zakupie leku [45].

Dynamika rozwoju rynku leków OTC w Polsce skłania firmy farmaceutyczne do inwestowania coraz większych środków finansowych w reklamę. Każda reklama leków emitowana w mediach jest mechanizmem manipulacyjnym, który oddziałując na podświadomość pacjenta wytwarza pożądane postawy i zachowania. Większość reklam leków stara się przekonać konsumentów, że na każdą dolegliwość i chorobę istnieje prosta recepta w postaci pigułki lub syropu. Jednak reklama emitowana w mediach nigdy nie zastąpi rzetelnej informacji na temat zachowań prozdrowotnych lub odpowiednich terapii. Przekaz ma na celu jedynie zwiększenie sprzedaży i wzrost zysków firmy farmaceutycznej. Tak manipulowani pacjenci nie są w stanie określić potencjalnego zagrożenia ze strony nieodpowiedniej farmakoterapii i tym samym nie przestrzegają podstawowych zasad samoleczenia – odpowiedniego, odpowiedzialnego i bezpiecznego stosowania „leków bez recepty” [55].

Badania przeprowadzone przez dr Ulatowską - Szostak z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu dotyczyły sprawdzenia wpływu reklamy w mediach w latach 2002 i 2007 na preferencje przy zakupie leków OTC. Okazało się, że ponad połowa Polaków kieruje się przekazem medialnym przy wyborze leków bez recepty, często kupując leki, parafarmaceutyki lub preparaty witaminowe, których w danym momencie nie potrzebują [55].

W badaniu przeprowadzonym w 2002 r. (wykres 14) 62% respondentów stwierdziło, że zdarzyło im się kupić lek pod wpływem reklamy, którego nie po-

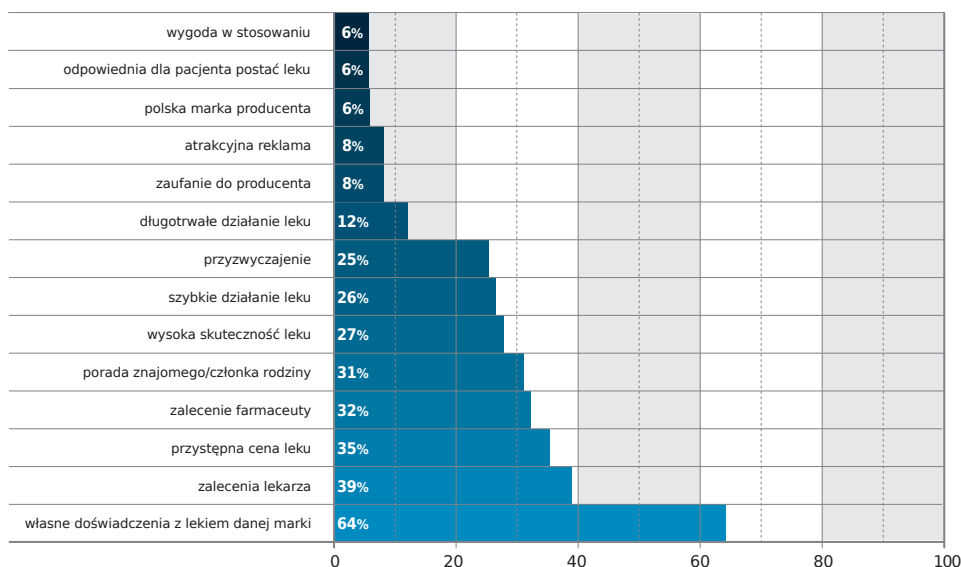
WYKRES 14. **Wpływ reklamy na zakup leków bez recepty w Polsce w latach 2002 i 2007.**



Źródło: Ulatowska-Szostak E. Wpływ reklamy na zakup leków, parafarmaceutyków i preparatów witaminowych w opiniach Klientów aptek - porównanie lat 2002 i 2007. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2008.

trzebowali. W 2007 odsetek ten wynosił 49,8%. W wyniku badania okazało się, że wśród 40% respondentów wystąpił brak oczekiwanego działania zakupionego leku lub wystąpiło działanie szkodliwe i niepożądane. Wyniki wskazały także na potencjalne zagrożenia dla zdrowia płynące z reklam leków. Jedynie 1/3 ankietowanych poszukiwała dodatkowych informacji o reklamowanym leku zanim zdecydowała się na zakup. Wynika z tego, że pozostałe osoby opierały swoją decyzję o zastosowaniu terapii jedynie na podstawie reklamy przekazanej przez media [55].

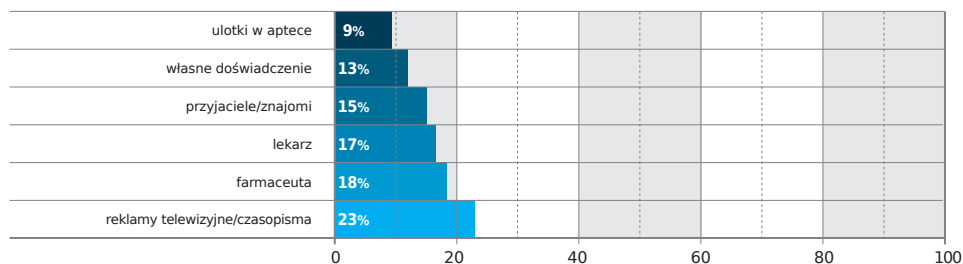
WYKRES 15. **Czynniki wpływające na wybór leku OTC konkretnej marki przez Polaków w 2004 roku.**



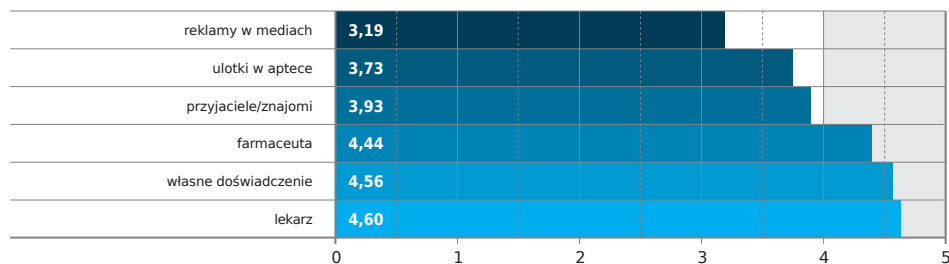
Źródło: *Jak kupujemy leki, a jak inne produkty.* TNS OBOP, 2004.

Badania przeprowadzone przez TNS OBOP w 2004 roku wykazały, że najważniejszym czynnikiem decydującym o wyborze danego leku bez recepty były własne doświadczenia. Na wykresie 15 wymieniono najważniejsze czynniki wpływające na wybór przez pacjenta leku konkretnej marki oraz odsetek osób, na które wpływa dany czynnik.

WYKRES 16. **Popularność źródeł informacji na temat leków OTC wśród Polaków w 2002 roku. Odsetek pacjentów korzystających z innego źródła.**



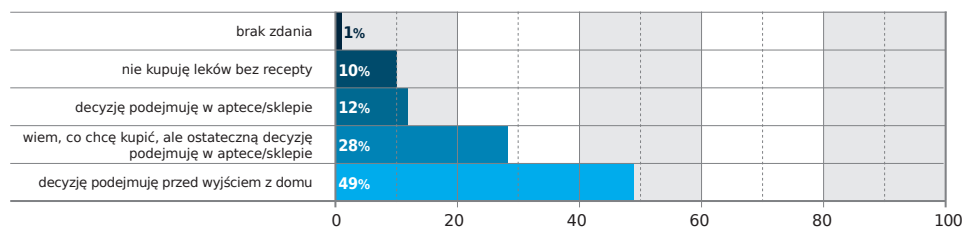
WYKRES 17. **Wiarygodność źródeł informacji na temat leków OTC w opinii Polaków w 2002 roku. 5 oznacza maksymalną wiarygodność.**



Źródło: Rady zła lady - mieszkarki Europy Środkowej wolą farmaceutów od lekarzy, TNS OBOP 2002.

Informacje zebrane przez TNS OBOP w 2002 r. w badaniu (wykresy 16, 17) wskazują na źródła informacji, z których korzystają Polacy decydując się na samoleczenie oraz wiarygodność tych źródeł. Z innego raportu TNS OBOP z 2004 r. wynika, że 49% Polaków podejmuje decyzję o zakupie konkretnego leku przed wizytą w aptece (wykres 18).

WYKRES 18. **Podejmowanie decyzji o zakupie konkretnego leku bez recepty przez Polaków.**



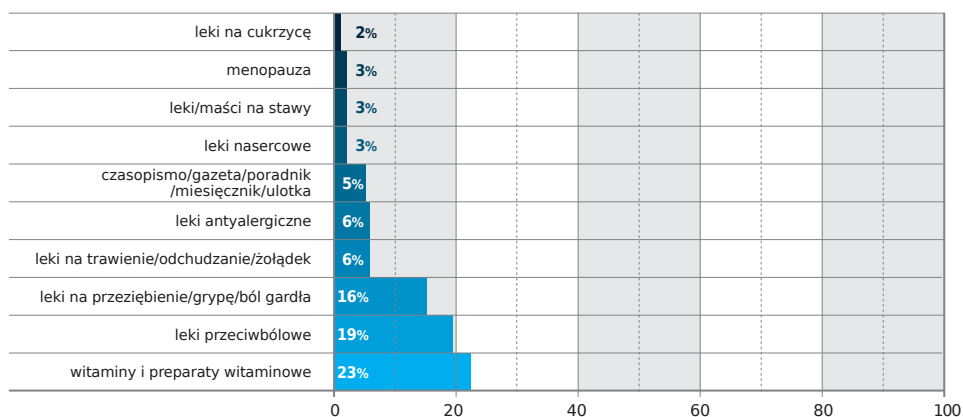
Źródło: Wiemy, jakie leki chcemy kupić, TNS OBOP 2004.

Badania TNS OBOP przeprowadzone w październiku 2002 roku dotyczyły źródła informacji przekazywanego w formie ulotek. W 2002 roku w Polsce nie było to popularne i wiarygodne źródło wiedzy o lekach.

W badaniu ankietowym dotyczącym ulotek dostępnych dla pacjentów w aptekach 12% Polaków zadeklarowało, że korzystało z tego źródła informacji [28]. Wykres 19 pokazuje jaki rodzaj ulotek o lekach oraz w jakim procencie zainteresował pacjentów kupujących leki. W 2007 roku nadal najważniejszym czynnikiem, którym kierowali się Polacy przy zakupie leku bez recepty były własne doświadczenia związane ze stosowaniem danego leku. Wykres 20 wskazuje na najważniejsze czynniki skłaniające Polaków do zakupu leku OTC w 2007 roku.

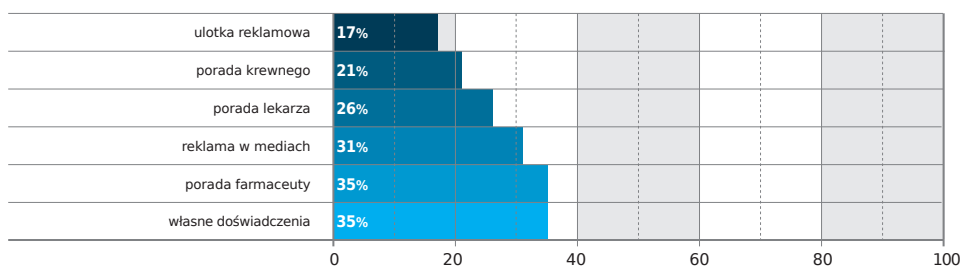
Co piąta osoba przyznała się w badaniu, że dostała lub przyniosła do domu ulotkę informującą o leku OTC. 85% uczestniczących w badaniu czytało lub przeglądało otrzymaną informację.

WYKRES 19. **Odsetek ulotek, które zainteresowały klientów aptek.**



Źródło: Kto korzysta z ulotek w aptekach. TNS OBOP 2002.

WYKRES 20. **Źródła informacji skłaniające Polaków do zakupu leku bez recepty w 2007 r.**



Źródło: Leki na ulotkę 2007. TNS OBOP.

Okazało się, że ulotka w dużym stopniu, lecz nie przeważającym, skłania do zakupu leku osoby, które zdecydowały się ją przeczytać. 41% zakupiło lek po zapoznaniu się z informacją, 52% nie zainteresowało się reklamowanym w ten sposób lekiem. Zainteresowane osoby to głównie ludzie młodzi (20-29 lat), osoby z wykształceniem średnim oraz dobrze oceniający swoją sytuację materialną [31].

Ekonomiczny aspekt samoleczenia

Samoleczenie może mieć znaczący wpływ na gospodarkę poszczególnych państw i tym samym pozytywnie wpływać na stan zdrowia publicznego. Badania przeprowadzone w wielu krajach wskazują, że wprowadzanie mechanizmów samoleczenia generuje duże oszczędności w budżetach państw, znacząco ograniczając wydatki na publiczną służbę zdrowia [54]. W ten sposób duża część kosztów leczenia zostaje przeniesiona na obywateli.

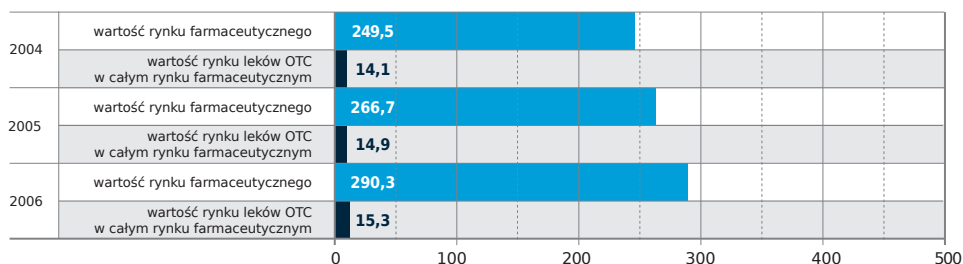
Ekonomiczny aspekt samoleczenia w Stanach Zjednoczonych

Dane uzyskane z raportu AESGP wskazują, że w 2006 roku wydatki na leki osiągnęły w USA wartość 290 miliardów dolarów. Na leki bez recepty wydano łącznie ponad 15 miliardów dolarów. Dane nie obejmują wyników finansowych sieci handlowej Wal-Mart, która nie przedstawia wyników finansowych opinii publicznej [17]. Wykres 21 pokazuje wielkość rynku farmaceutycznego w Stanach Zjednoczonych w latach 2004 – 2006 oraz udział rynku leków OTC w całości rynku farmaceutycznego USA.

Ekonomiczny aspekt samoleczenia w Wielkiej Brytanii

W Wielkiej Brytanii w 1994 ogólna suma sprzedanych leków OTC osiągnęła wysokość 1 258 milionów funtów szterlingów [5]. Wykres 22 pokazuje udział rynku leków OTC w całości rynku farmaceutycznego w zależności od dolegliwości występują-

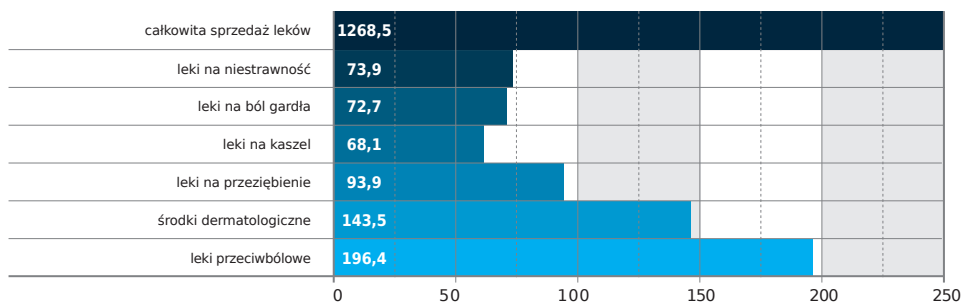
WYKRES 21. **Udział rynku leków OTC w całości rynku farmaceutycznego Stanów Zjednoczonych w latach 2004 - 2006 w miliardach dolarów.**



Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007*. AESGP.

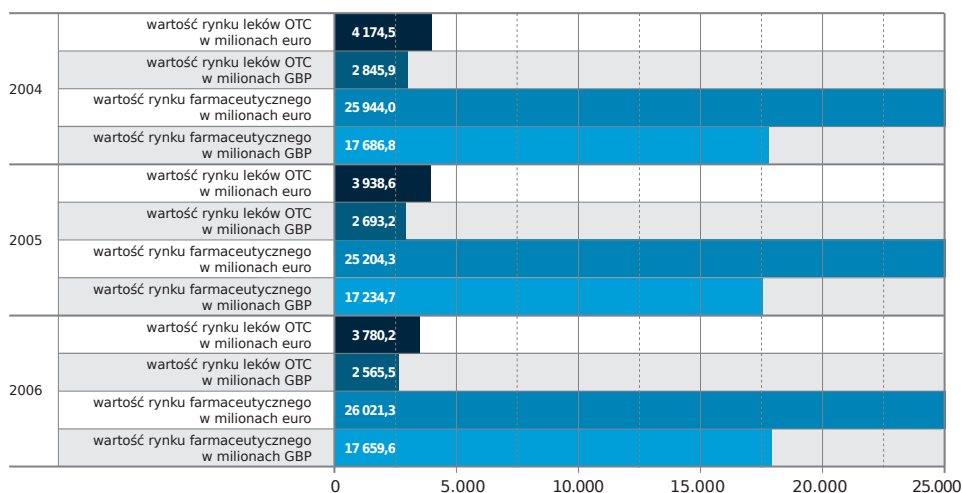
cej u pacjenta. Dane AESGP z 2007 roku przedstawiają całkowitą wartość rynku farmaceutycznego w Wielkiej Brytanii oraz wartość rynku leków bez recepty. W latach 2004 – 2006 Odnotowano stały wzrost wartości rynku OTC (wykres 23). W roku 2004 wynosił on 3%, w 2005 3,8% a w 2006 już 5,7%. Wykres 24 pokazuje procentowy udział rynku leków OTC w Wielkiej Brytanii.

WYKRES 22. **Wartość sprzedaży leków OTC w Wielkiej Brytanii w zależności od dolegliwości pacjenta.**



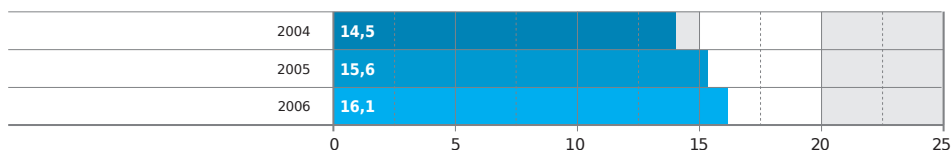
Źródło: *Blenkinsopp A., Bradley C., Patients, society and the increase in self medication. 1996 BMJ vol. 312; 629-632*

WYKRES 23. **Wartość rynku farmaceutycznego oraz rynku leków OTC w Wielkiej Brytanii.**



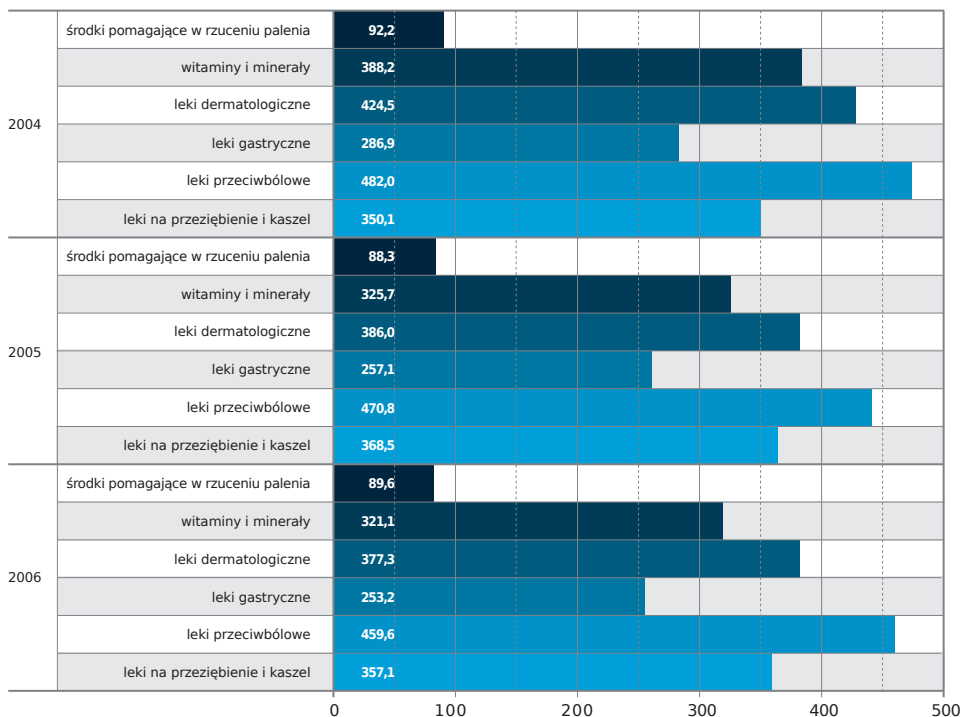
Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007. AESGP.*

WYKRES 24. **Procentowy udział rynku leków OTC w całości rynku farmaceutycznego w Wielkiej Brytanii w latach 2004 - 2006.**



Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007. AESGP.*

WYKRES 25. **Rodzaje najchętniej kupowanych leków OTC w Wielkiej Brytanii oraz ich wartość rynkowa w milionach funtów (lata 2004-2006).**



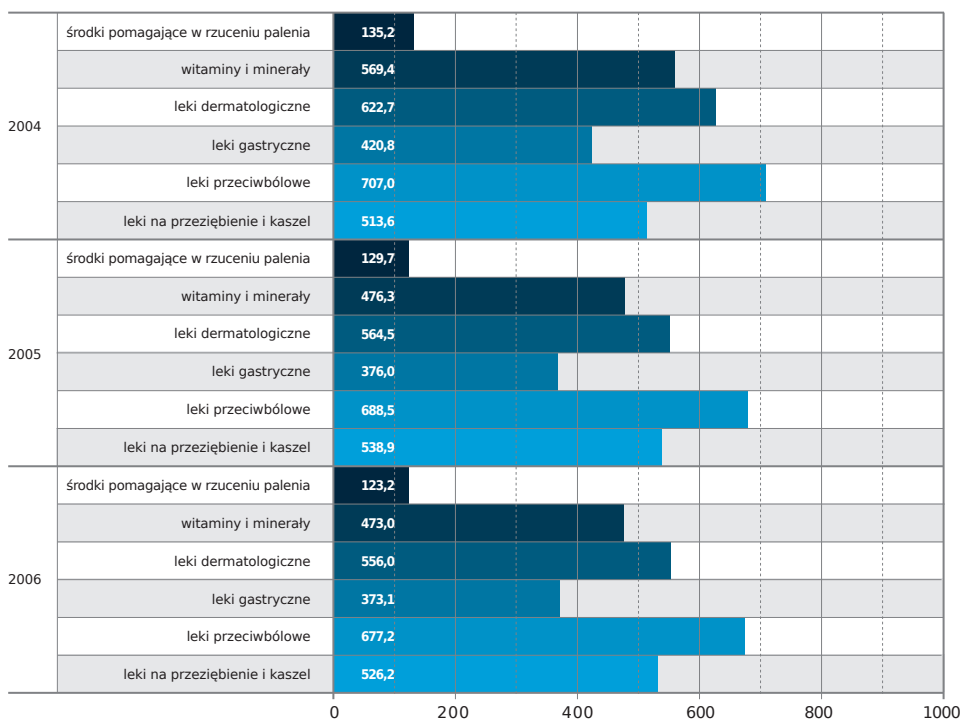
Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007*. AESGP.

Leki przeciwbólowe stanowią największą grupę leków sprzedawanych bez recepty w Wielkiej Brytanii. Wartość tylko tej grupy środków OTC szacowano w roku 2006 na sumę około 707 milionów euro [17].

Europejska organizacja producentów leków bez recepty AESGP przeprowadziła szereg badań dotyczących oszczędności wynikających z promowania i stosowania samoleczenia w systemach zdrowotnych poszczególnych państw. W Wielkiej Brytanii w 1996 roku aż 14% wszystkich leków przepisywanych na receptę dotyczyło lekkich dolegliwości lub zranień. We Włoszech poziom ten wynosił około 15%. Można sobie wyobrazić wielkość wygenerowanych oszczędności dzięki umożliwieniu pacjentom stosowania samoleczenia w takich przypadkach [54].

Zauważono, że poszerzenie grupy leków OTC dostępnych na rynku w wolnej sprzedaży pozytywnie wpływa na poszczególne elementy systemu zdrowia publicznego. Na samoleczeniu korzystają nie tylko pacjenci i lekarze, ale zyski są zauważalne tak-

WYKRES 26. **Najchętniej kupowane leki OTC w Wielkiej Brytanii oraz ich wartość rynkowa w milionach euro (lata 2004 - 2006).**



Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007*. AESGP.

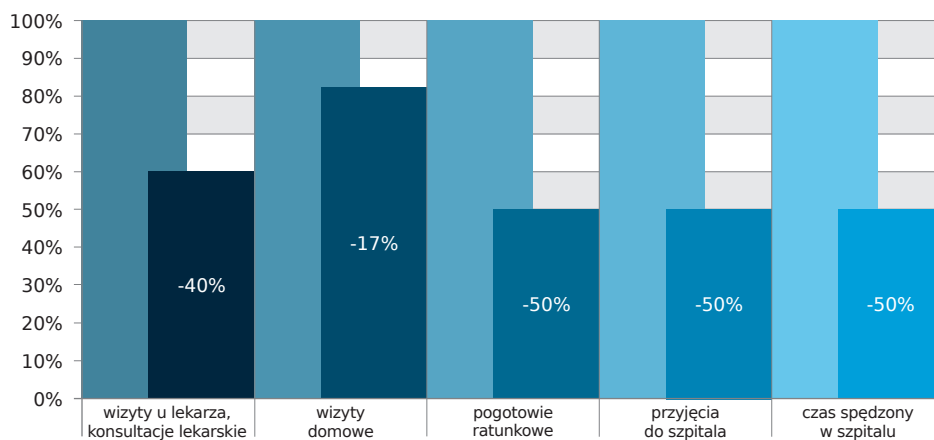
że bezpośrednio dla pracodawców, których pacjenci korzystają z mechanizmów samoleczenia, w sferze funduszy publicznych oraz w całościowo pojmowanej ekonomii państw [54]. Analiza zysków i kosztów ekonomicznych dla poszczególnych państw została obliczona na podstawie następujących założeń:

1. samoleczenie pozytywnie wpływa na odciążenie lekarzy, zmniejszając liczbę wizyt pacjentów w placówkach służby zdrowia oraz ich koszty utrzymania,
2. mniejsza liczba leków przepisywanych na receptę oraz przeniesienie części kosztów kuracji lekowej tworzy oszczędności w funduszach publicznych,
3. zmniejszenie liczby wizyt lekarskich i zwolnień z pracy pozytywnie wpływa na gospodarkę generując dodatkowe zyski tak dla pacjentów, pracodawców jak i dla budżetów państw,
4. stosowanie samoleczenia ogranicza liczbę wizyt w placówkach służby zdrowia zmniejszając tym samym wydatki na transport.

Według szacunków brytyjskiego Department of Health z 2005 roku w Wielkiej Brytanii żyło około 17,5 miliona osób cierpiących na choroby przewlekłe. Około 6 na 10 osób przyznawało się do długoterminowych dolegliwości. 80% konsultacji medycznych dotyczyło takich właśnie dolegliwości, z czego czwarta część dotyczyła lekkich przypadków, niezagrażających pacjentowi. 60% wszystkich hospitalizowanych osób cierpiało na schorzenia długoterminowe. Według szacunków Department of Health liczba takich schorzeń wśród Brytyjczyków zwiększy się dwukrotnie do 2030 roku [52]

Według badań brytyjskiego Department of Health, odpowiednio stosowane samoleczenie może przynieść znaczące korzyści dla służby zdrowia. Wykres 27 pokazuje prognozowane oszczędności w poszczególnych dziedzinach powiązanych z opieką zdrowotną [52].

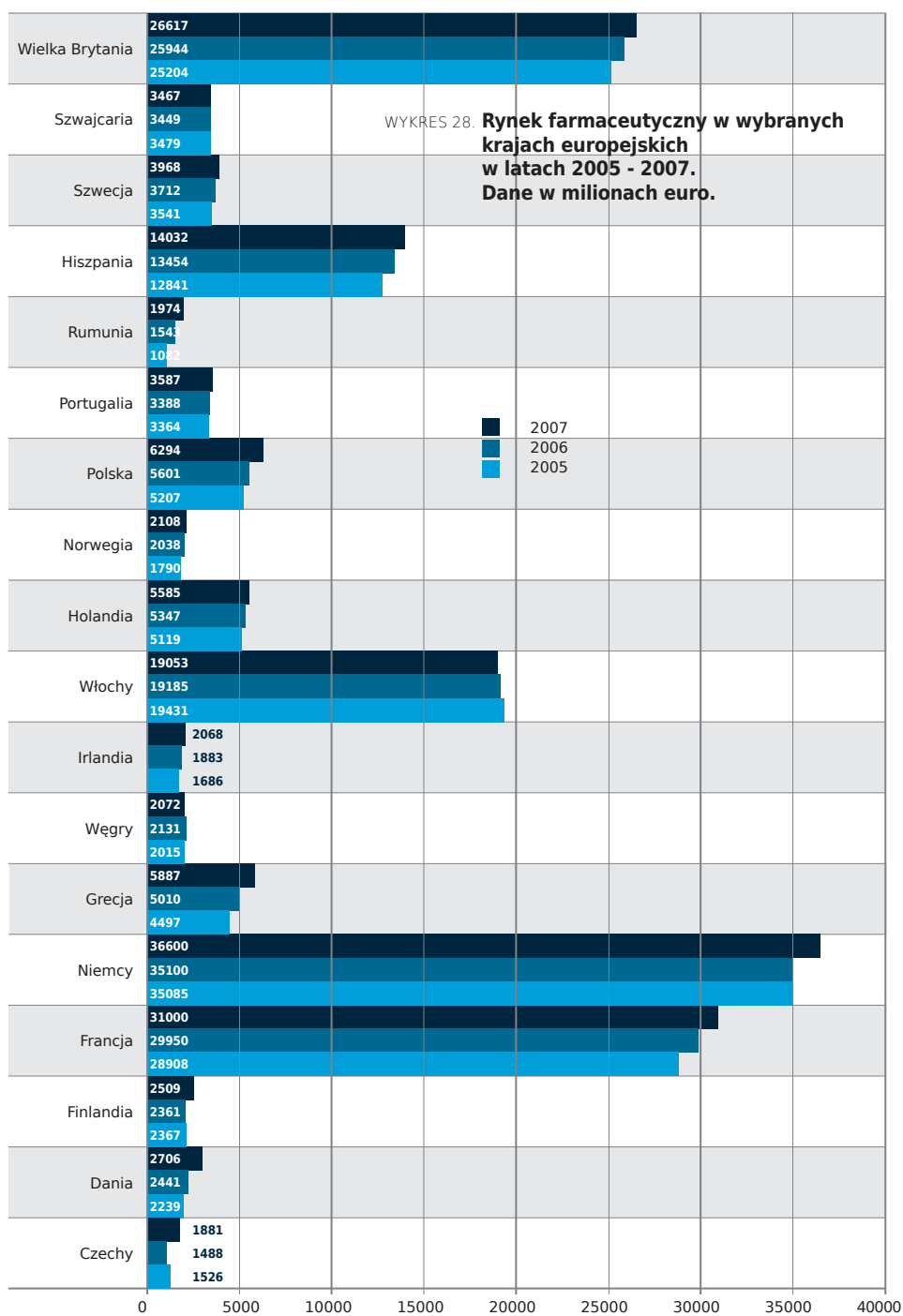
WYKRES 27. **Prawdopodobny wpływ wprowadzenia odpowiedzialnego mechanizmu samoleczenia na obciążenie systemu ochrony zdrowia według badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii.**



Źródło: *Self-care – a real choice. 2005. Department of Health.*

Ekonomiczny aspekt samoleczenia w Unii Europejskiej

Najwięcej informacji dotyczących ekonomicznych wyników rynku OTC w Europie przekazują raporty AESGP. W 2007 roku wartość rynku farmaceutycznego w krajach Unii Europejskiej osiągnęła ponad 173 miliardy euro. Dane dotyczą jedynie 25 krajów członkowskich UE. Całość rynku europejskiego szacuje się na prawie 200 miliardów euro. Wykres 28 pokazuje wielkość rynku farmaceutycznego w wybranych krajach europejskich.

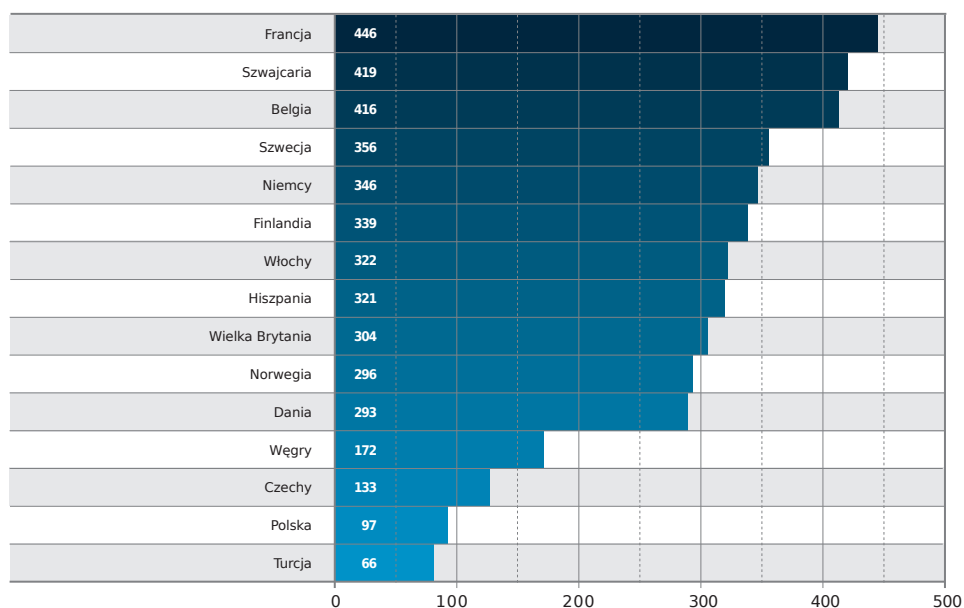


Źródło: Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007. AESGP.

Wyniki raportu pokazują, że wydatki na leki stale rosną we wszystkich krajach europejskich. Jednak udział rynku leków OTC w całości rynku farmaceutycznego krajów europejskich utrzymuje się na podobnym poziomie.

W Europie najczęściej na produkty farmaceutyczne wydają Francuzi. W 2003 roku suma ta wyniosła średnio 446 USD na jednego mieszkańca (wykres 29). W Polsce wydaje się trzy razy mniej niż średnia europejska. Przyczyną mogą być przede wszystkim relatywnie niskie zarobki w stosunku do cen rynkowych leków. W 2003 roku Polacy wydali średnio 97 USD na jednego mieszkańca [48].

WYKRES 29. **Wydatki na farmaceutyki w wybranych krajach w 2003 roku w przeliczeniu na jednego mieszkańca, podane w USD.**



Źródło: Raport z badania rynku hurtowego obrotu lekami w Polsce.

Według danych AESGP rynek leków dostępnych bez recepty stanowi obecnie około 15% całego rynku farmaceutycznego w Unii Europejskiej (Tabela 1.).

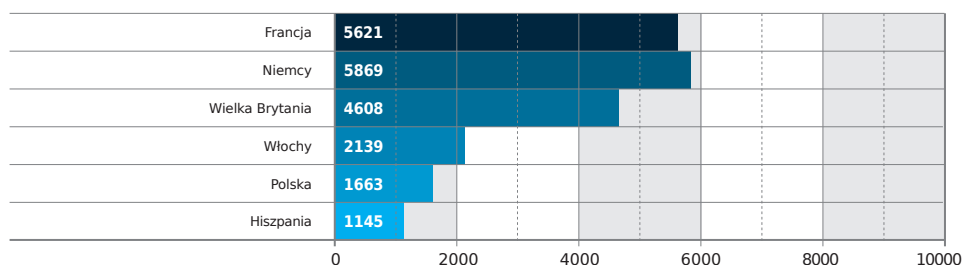
TABELA 1. **Udział leków OTC w rynku farmaceutycznym w poszczególnych krajach europejskich oraz całościowo w 25 krajach Unii Europejskiej, wyłączając sprzedaż szpitalną leków.**

Rynek leków OTC	2005		2006		2007	
	Wartość rynku OTC	Udział w całym rynku farmaceutycznym [%]	Wartość rynku OTC	Udział w całym rynku farmaceutycznym [%]	Wartość rynku OTC	Udział w całym rynku farmaceutycznym [%]
Austria	326	9,1	323	8,6	339	8,5
Belgia	595	14,9	619	15,5	634	15,1
Chorwacja	143	10,8	153	10,9	165	10,9
Czechy	376	24,6	375	25,2	485	25,8
Dania	212	9,5	222	9,1	241	8,9
Finlandia	275	11,6	242	10,2	273	10,9
Francja	5 668	19,6	5 840	19,5	5 621	19,1
Niemcy	5 908	16,8	5 910	16,8	5 869	16,0
Grecja	350	7,8	364	7,3	435	7,4
Węgry	284	14,1	301	14,1	287	13,9
Irlandia	263	15,6	292	15,5	330	16,0
Włochy	2 195	11,3	2 044	10,7	2 139	11,2
Holandia	637	12,4	664	12,4	696	12,5
Norwegia	205	11,4	239	11,7	253	12,0
Polska	1 309	25,1	1 427	25,5	1 663	26,4
Portugalia	238	7,1	284	8,4	267	7,5
Rumunia	166	15,3	364	23,6	458	23,2
Rosja	2 130	33,4	2 690	30,9	3 050	24,5
Słowacja	124	13,5	147	13,6	168	13,7
Słowenia	31	7,0	32	6,8	33	6,7
Hiszpania	1 472	11,5	1 483	11,0	1145	8,2
Szwecja	326	9,2	348	9,4	367	9,2
Szwajcaria	862	24,8	850	24,6	827	23,9
Wielka Brytania	3 939	15,6	4 175	16,1	4 608	17,3
25 krajów UE	24 528	15,1	25 091	15,1	25 899	14,9
Europa	28 035	15,9	29 387	16,0	30 652	15,7

Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007*. AESGP.

Wśród obywateli krajów europejskich Niemcy wydają na leki dostępne bez recepty najwięcej. W 2007 roku wartość wszystkich sprzedanych środków OTC we Francji osiągnęła sumę prawie 6 miliardów euro [18].

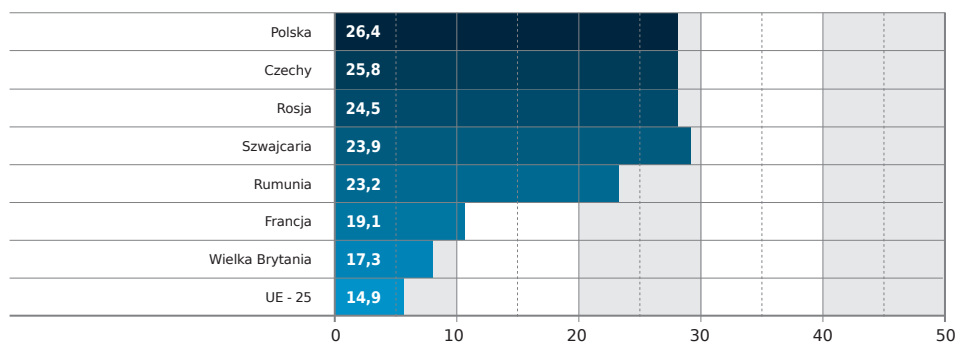
WYKRES 30. **Wartość rynku leków OTC w wybranych krajach europejskich w 2007 r.**
Dane w milionach euro.



Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2008*. AESGP.

Polska i Czechy to kraje, w których stosowanie leków OTC wydaje się być najbardziej popularne (wykres 31). Rynek OTC w Polsce w 2007 roku był największy w odniesieniu do całości rynku farmaceutycznego pod względem sprzedanych leków wśród wszystkich krajów europejskich. 26,4% w porównaniu do średniej europejskiej 14,9%.

WYKRES 31. **Kraje europejskie, w których leki OTC mają największy udział procentowy w całym rynku farmaceutycznym (2007 rok).**



Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2008*. AESGP.

Aby dokładniej określić wpływ leków OTC na gospodarkę poszczególnych krajów stworzono specjalny model symulacyjny, na podstawie którego określono wielkość generowanych oszczędności wynikających ze zmiany statusu niektórych leków dostępnych do tej pory na receptę na leki OTC (Tabela 2.). W modelu tym przyjęto stałą wielkość 5%, która określa liczbę leków w całości rynku farmaceutycznego, których status został zmieniony na OTC, czyli stały się dostępne dla pacjentów w wolnej sprzedaży [54].

TABELA 2. **Oszczędności wynikające ze zmiany statusu 5% leków dostępnych na receptę na OTC w 7 wybranych krajach europejskich w skali roku (w milionach euro).**

Oszczędności:	Austria	Francja	Niemcy	Włochy	Portugalia	Hiszpania	Szwajcaria	Wlk. Brytania
dla funduszy publicznych	137 892	1 457 989	2 454 250	1 047 520	59 735	817 695	212 954	623 458
dla pracodawców i gospodarki	92 390	1 024 149	1 197 500	942 170	89 924	389 521	193 669	758 805
- całość w skali roku	230 283	2 482 138	3 651 750	2 414 690	149 659	1 207 216	406 623	1 038 263
łącznie we wszystkich 7 krajach	Roczne oszczędności dla funduszy publicznych - 7 023.6 Roczne oszczędności dla pracodawców i ekonomii - 4 494.5 Wszystkie oszczędności - 11 518.1							

Źródło: *The Economic and Public Health Value of Self-medication. 2004. AESGP.*

Wyniki badania pokazują, że przy zmianie statusu jedynie 5% leków sprzedawanych do tej pory na receptę na status leków OTC możliwe są oszczędności ponad 11 miliardów euro rocznie łącznie w siedmiu badanych krajach.

Symulacja przeprowadzona przy użyciu powyższego modelu wykazała, że łączne oszczędności wynikające z przeniesienia 5% leków dostępnych na receptę do ogólnej sprzedaży bez recepty mogą osiągnąć sumę powyżej 16 miliardów euro rocznie w 25 państwach członkowskich UE.

W sytuacji, kiedy większość państw europejskich boryka się z problemami finansowymi i rosnącymi kosztami utrzymania systemów ochrony zdrowia, samoleczenie wydaje się być rozwiązaniem przynajmniej części problemów związanych z finansowaniem zdrowia publicznego.

WYKRES 32. **Roczne oszczędności na głowę jednego mieszkańca przy założeniu, że 25 państw członkowskich Unii Europejskiej obejmuje łącznie 457.7 milionów osób.**



Źródło: *The Economic and Public Health Value of Self-medication. 2004. AESGP.*

Według statystyk kanadyjskich z 2006 roku obywatele tego kraju wydali łącznie na zakup leków ponad 25 miliardów dolarów, z czego ponad 21 miliardów na leki przepisane przez lekarza, a 4 miliardy na leki dostępne bez recepty. Zauważono lekki spadek wzrostu w sprzedaży leków w 2006 roku jednak dalej jest to rynek rozwijający się. Według Kanadyjskiego Instytutu Informacji Zdrowotnej wydatki na leki wzrastały w latach 1985 – 2004 około 9,6% rocznie, w roku 2005 było to 8,7%, a w 2006 - 6%.

Canadian Institute for Health Information wskazuje na przyczyny ciągłego wzrostu wydatków na leki. Należą do ich między innymi: wzrost cen leków, pojawienie się na rynku nowych leków – zazwyczaj droższych od już istniejących oraz ilość spożycia leków przez obywateli.

Raport Instytutu zaznacza, że analizując przyczyny takiego stanu należy zwrócić uwagę na dodatkowe czynniki, które znacząco wpływają na wielkość wydatków na leki. Wyróżnić możemy następujące czynniki:

1. Populacyjne. Wzrost wydatków na leki może być powiązany ze zmianami populacji, jej rozmiaru, struktury, rozmieszczenia. Należy też zwrócić uwagę na zmiany wśród populacji dotyczące aktualnego wieku obywateli, płci oraz rasy.
2. Systemowe. Szerszy dostęp do ubezpieczeń z tak zwanej strony trzeciej (ang. *third-party*), czyli prywatnych, dodatkowych ubezpieczeń, np. zdrowotnych.
3. Technologiczne i badawcze. Wprowadzane są nowe technologie, które umożliwiają zastąpienie dotychczasowych sposobów kuracji przyjmowaniem środków medycznych. Nowe sposoby na leczenie chorób dotychczas uważanych za nieuleczalne. Znaczna poprawa diagnostyki chorób, która umożliwia wczesne podjęcie leczenia, powiązane ze spożywaniem leków przez pacjenta.
4. Farmaceutyczne. Wpływ przemysłu farmaceutycznego, który wprowadza nowe środki na rynek. Techniki sprzedaży i promocji leków stają się coraz doskonalsze. Duży wpływ mają reklamy bezpośrednio skierowane do pacjenta.
5. Czynniki na linii lekarz-pacjent. Zachodzą zmiany w sposobach przepisywania leków przez lekarzy, zmiany w zachowaniach pacjentów, zjawisko „multiple-doctoring”, polegające na korzystaniu z konsultacji więcej niż jednego lekarza. Dodatkowo zmiany oczekiwań pacjentów w stosunku do lekarzy i kuracji.

Raport wskazuje na duży udział wydatków na leki w całości wydatków na zdrowie publiczne w Kanadzie. W 2006 roku był to wskaźnik na poziomie 17%. Więcej wydano na leczenie szpitalne, bo aż 44% całości wydatków. Według danych, Kanada znajduje się w ścisłej czołówce w wydatkach na leki *per capita*. W 2004 roku było to \$699. Porównując, w tym samym roku w USA wydano \$940 na jednego mieszkańca, a we Francji \$749. Najmniej na leki wydano w Meksyku (\$173), Polsce (\$298) oraz Danii (\$338) [16].

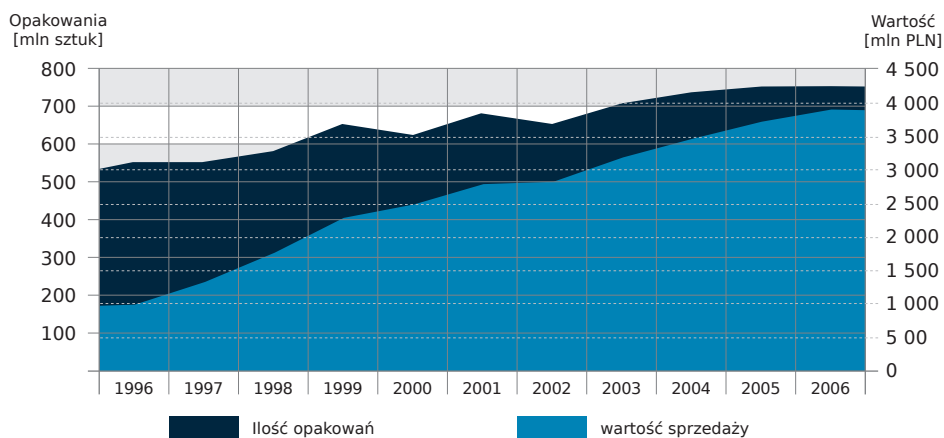
Ekonomiczny aspekt samoleczenia w Polsce

Główny Urząd Statystyczny podaje w raporcie z 2006 roku, że 89,5% Polaków kupuje leki z własnej inicjatywy. Jedynie 31,4% wszystkich gospodarstw domowych nie odczuwa obciążenia finansowego związanego z zakupem leków. 44,7% deklaruje, że jest to duże obciążenie dla domowego budżetu, 10% czasami nie stać na zakup leków, a 4,1% często nie miało pieniędzy na zakup leków [42].

Dane przedstawione na 43 konferencji AESGP w Warszawie w 2007 roku mówią o stałym, ilościowym poziomie sprzedaży leków OTC w przeciągu ostatnich kilku lat w Polsce, który kształtuje się na poziomie około 600 milionów opakowań rocznie. Odnotowano jednocześnie bardzo duży wzrost finansowy. W 1996 roku sprzedano w Polsce leki OTC za sumę około 1 miliarda złotych. W 2005 roku suma ta osiągnęła kwotę 3,5 miliarda złotych [24,25].

Rynek sprzedaży leków OTC w Polsce utrzymuje tendencję wzrostową. Dane pochodzące od IMS Health Polska pokazują aż 15,9% wzrost sprzedaży leków pomiędzy 2006 a 2007 rokiem [45]. Dane przedstawione w raportach IMS AG oraz AC Nielsen pokazują stały wzrost rynku OTC w Polsce w przeciągu ostatnich dziesięciu lat (wykres 33).

WYKRES 33. Rynek apteczny i pozaapteczny OTC w Polsce w latach 1996 - 2006 (wartość w cenach producenta).



Źródło: Lang B. Uwarunkowania samoleczenia lekami wydawanymi bez recepty (OTC), 2007. Za: IMS AG, 2006 i AC Nielsen 2006.

Według danych IMS Health ceny leków w Polsce są wyższe średnio o 5% niż w innych krajach Unii Europejskiej. W Czechach lub na Słowacji leki są tańsze od dostępnych na rynku polskim o około 20% [48].

TABELA 3. **Wartość rynku leków w Polsce w latach 2004 - 2006 w milionach złotych.**

	2004	2005	2006
całość rynku farmaceutycznego	13 449	14 446	15 051
rynek leków OTC	3 376	3 634	3 834

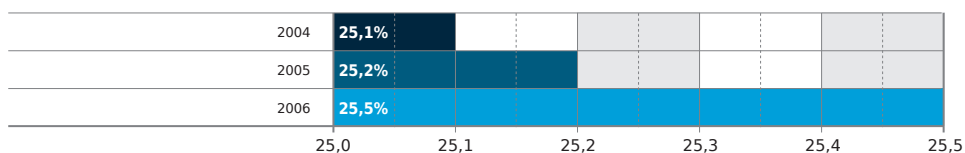
Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines. 2007. AESGP.*

TABELA 4. **Wartość rynku leków w Polsce w latach 2004 - 2006 w milionach euro.**

	2004	2005	2006
całość rynku farmaceutycznego	2 971	3 591	3 863
rynek leków OTC	746	903	984

Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines. 2007. AESGP.*

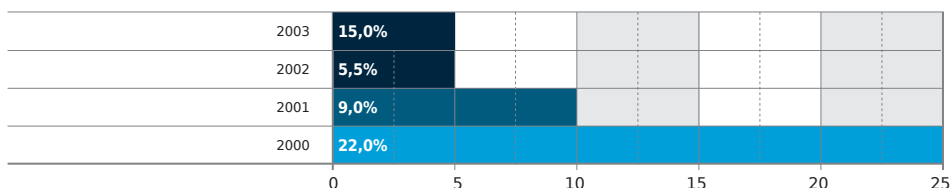
WYKRES 34. **Udział rynku leków OTC w całości rynku farmaceutycznego w Polsce w latach 2004 - 2006 w ujęciu procentowym.**



Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007. AESGP.*

Dane ukazane na rycinach 34 i 35 wskazują na stały wzrost wartości rynku farmaceutycznego w Polsce przy jednoczesnym bardzo wolnym wzroście udziału leków OTC w całości rynku farmaceutycznego. Inne dane z 2004 roku także wykazują stały wzrost sprzedaży wszystkich leków w Polsce. Według IMS Health Polacy wydali na wszystkie leki około 12 miliardów złotych w 2003 roku, a już rok później około 13,5 miliardów. Według danych tej samej firmy wartość sprzedaży leków OTC w Polsce w 2007 roku wyniosła 6 382 miliony złotych. W handlu pozapiecznym Polacy wydali na leki OTC ponad 700 milionów złotych [6].

WYKRES 35. **Procentowa zmiana sprzedaży leków w Polsce (2000 - 2003).**



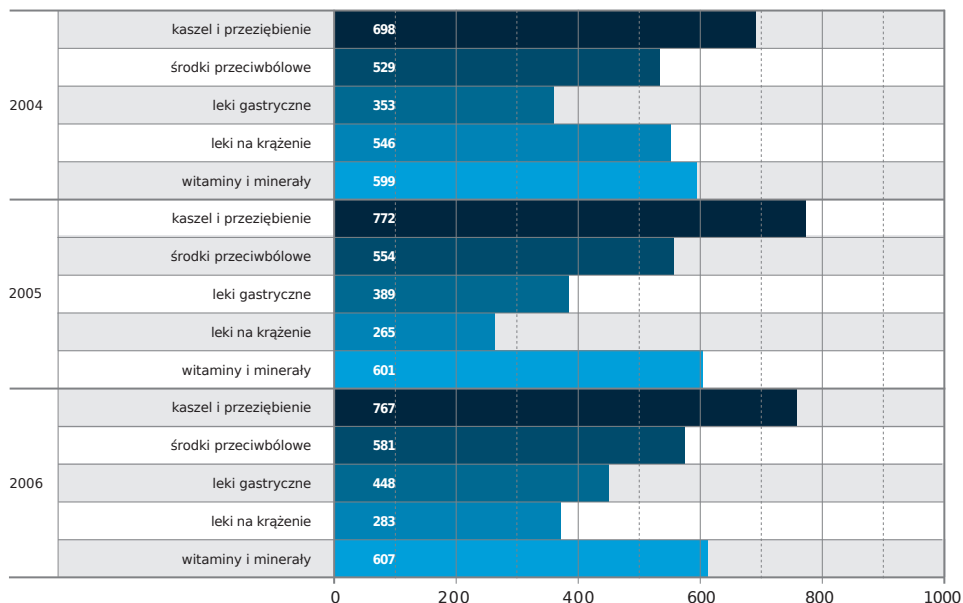
Źródło: *Boruc R. Samoleczenie. Magazyn zdrowia. 2004.*

Według danych firmy MEMRB w 2003 roku Polacy wydali na leki przeciwbólowe, gastryczne i witaminy aż 581 milionów złotych. Na same środki przeciwbólowe wydano 375 milionów, a na witaminy około 190 milionów złotych. Jednocześnie na preparaty ziołowe przeznaczono około 800 milionów złotych [6].

Według Głównego Urzędu Statystycznego w IV kwartale 2006 roku Polacy wydali na leki średnio 86 złotych na osobę (około 28 złotych na miesiąc). W porównaniu do danych z 2003 roku, kiedy kwartalne wydatki wyniosły około 71 złotych, zauważono 20% wzrost wydatków na „leki i inne artykuły farmaceutyczne”. Statystycznie więcej niż wynosi przeciętna wydają gospodarstwa domowe emerytów (168 złotych) oraz rencistów (126 złotych). Większe wydatki związane z zakupem leków mają gospodarstwa domowe, w których znajduje się osoba przewlekle chora lub niepełnosprawna (od 106 do 147 złotych na osobę) [42].

Największą wartość na polskim rynku leków OTC wykazuje grupa środków przeznaczonych do zwalczania objawów przeziębienia i kaszlu. Wykres 37 pokazuje wartość poszczególnych grup produktów przeznaczonych do samodzielnego stosowania.

WYKRES 36. **Najważniejsze produkty OTC w Polsce oraz ich wartość rynkowa w milionach polskich złotych (lata 2004 - 2006).**



Źródło: Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines 2007. AESGP.

TABELA 5. **Wartość rynku leków w Polsce w latach 2004 - 2006 w milionach euro.**

	2004		2005		2006	
	PLN (mln.)	EURO (mln.)	PLN (mln.)	EURO (mln.)	PLN (mln.)	EURO (mln.)
Kaszel i przeziębienie	698	154	772	192	767	x
Środki przeciwbólowe	529	117	554	138	698	x
Leki gastryczne	353	78	389	97	698	x
Leki na krążenie	246	54	265	66	698	x
Witaminy i minerały	599	132	601	149	698	x

Źródło: *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines. 2007. AESGP.*

Bezpieczeństwo samoleczenia

Bezpieczeństwo leków OTC

Dostępne na rynku leki OTC muszą spełniać określone warunki, aby mogły być dopuszczone do sprzedaży. Regulacje Unii Europejskiej wyraźnie określają, na czym polega bezpieczeństwo leków i kiedy stanowią one zagrożenie dla zdrowia publicznego. Dokumenty unijne określają dwa rodzaje zagrożeń wynikających ze stosowania leków. Są to:

1. potencjalne poważne zagrożenie – jest to sytuacja, w której istnieje prawdopodobieństwo, że produkt leczniczy stosowany przez ludzi będzie wywierał negatywny wpływ na zdrowie publiczne,
2. poważne zagrożenie – zagrożenie, które może spowodować zgon, zagrożenie życia, hospitalizację lub jej przedłużenie, inwalidztwo lub niepełnosprawność, wadę wrodzoną lub okołoporodową, trwałe lub przedłużone objawy u ludzi.

W przypadku potencjalnego poważnego zagrożenia ocenę leków dopuszczanych do sprzedaży dokonuje się analizując pozytywne i negatywne skutki terapeutyczne środka leczniczego. Ocenia się jego skuteczność w oparciu o aktualne badania naukowe, bezpieczeństwo w zakresie toksyczności, bezpieczeństwa farmakologicznego oraz klinicznego. Lek musi spełniać warunki dotyczące jego wysokiej jakości. Oceniany jest całkowity stosunek ryzyka do oczekiwanych korzyści ze stosowania leku oraz analizowana jest prawdziwość informacji o produkcie przekazana przez producenta. Dopiero wtedy wystawiana jest ocena dotycząca jego bezpieczeństwa i dopuszczenia leku do sprzedaży [62].

Szersze spojrzenie na problem samoleczenia, obejmujące wieloaspektowość tego zjawiska w idei nowoczesnego zdrowia publicznego, przysparza więcej zmartwień. Jeżeli w obecnych czasach zdrowie traktowane jest jako dobro, które posiada każdy i które

jest jego własnością, to poszczególne rządy lub instytucje państwowe mogą wyjść z założenia, że tak pojmowane zdrowie nie jest dobrem społecznym i nie musi być finansowane z pieniędzy publicznych. Stwarza to duże zagrożenie dla zdrowia publicznego. Lekarze prawie codziennie spotykają się z sytuacją kiedy pacjent nieodpowiedzialnie podchodzi do własnego zdrowia, często popełniając błędy, tak w samoleczeniu, jak w ogólnym dbaniu o własne zdrowie [37, 1].

Samoleczenie jest w głównej mierze procesem opartym na osobistej decyzji pacjenta. Czy jednak pacjent jest w stanie sam odpowiedzialnie podjąć decyzję, która może zaważyć na jego zdrowiu lub życiu? Zdarza się, że nawet w ciężkich sytuacjach klinicznych to pacjenci decydują o tym, czy zacząć lub kontynuować terapię. Wiele badań naukowych dowodzi, że pacjenci nie zawsze używają leków zgodnie z zaleceniami lekarza lub producenta [15].

Wielu pacjentów nie zdaje sobie sprawy z ryzyka wynikającego z nieprawidłowego użycia leków bez recepty. Wiele środków może prowadzić do uzależnień, podrażnień układu pokarmowego lub zatruć. Przy problemach związanych z ciśnieniem krwi nieprawidłowe stosowanie niektórych leków może prowadzić do ponawiających się bólów głowy, które następnie błędnie zinterpretowane przez pacjenta jako nawroty migreny, skłaniają do użycia następnej dawki. Takie błędne koło powoduje, że pacjent sobie jedynie szkodzi spożywając coraz większe dawki leku. W wielu przypadkach zatem konsultacja lekarska jest jednak wskazana, ponieważ pacjent nie jest w stanie sam przeanalizować wielu czynników wpływających na jego stan zdrowia. Badania wskazują, że nawet przy teoretycznie błahych problemach związanych z bólem głowy konsultacja lekarska, wywiad przeprowadzony przez lekarza i dopiero wtedy postawiona diagnoza może ustrzec przed błędnym użyciem leku dostępnego bez recepty [50].

Chociaż wielu pacjentów stosuje się do zaleceń lekarza, co do określonego spożycia leków, to jednak duża grupa testuje działanie poszczególnych środków samodzielnie. Najczęściej stosowane „eksperymenty” polegają na przerywaniu leczenia, zmniejszaniu lub zwiększaniu dawek leku lub pomijaniu zaleconych dawek [15].

Kanadyjskie badania dowodzą, że pacjenci zazwyczaj oczekują jak najdokładniejszej informacji o leku, który mają przyjmować. Zazwyczaj chcą potwierdzić swoje oczekiwania, co do efektu kuracji korzystając ze zdobytej informacji. W niektórych przypadkach pacjenci twierdzą, że lekarze nie przekazują im wystarczającej informacji, aby nie wywoływać niepożądanych skutków spożycia leku jako efektu autosugestii. Pacjenci często mają wrażenie bycia ignorowanymi. Z badań wynika, że chcą być w pełni informowani o potencjalnych skutkach kuracji [15].

Zauważalne jest, że współczesny pacjent nie polega tylko na wiedzy lekarza. Wiele osób nie ma zaufania do pracowników służby zdrowia i zdobytą informację lub diagnozę stara się zweryfikować korzystając z innych źródeł. Pozytywny efekt występuje, kiedy pacjenci szukają dodatkowych informacji w fachowej literaturze, konsultując się z innym lekarzem lub korzystając z nowoczesnych serwisów internetowych. Jednak może to prowadzić do wyciągania błędnych wniosków, kiedy pacjent swoją decyzję opiera na przykład na opinii niedoświadczonych przyjaciół lub korzystając z internetu niepoprawnie weryfikuje źródło informacji.

Mozemy wyróżnić 2 grupy czynników wewnętrznych powiązanych bezpośrednio z pacjentem i wpływających na jego oczekiwania względem terapii lekowej.

Własne przekonania i wierzenia. Pacjenci najczęściej opierają się na trzech głównych przekonaniach:

- przyjmowanie leków nie jest opcjonalne jeśli ma ratować życie lub poprawić stan zdrowia.
- leki pozwalają na przejęcie ponownej kontroli nad własnym organizmem.
- istnieje taka potrzeba, aby rozpocząć kurację lekową.

Poprzednie doświadczenia pacjenta z lekami.

Sytuacja jest prosta, jeśli pacjent ma pozytywne doświadczenia dotyczące danej kuracji lekowej. Wtedy bez żadnych wątpliwości podejmuje ponowną kurację w razie takiej potrzeby. Problem istnieje, jeśli u pacjenta wystąpiły skutki uboczne i pacjent musiał sam sobie z tym poradzić, nieuzyskując żadnego wsparcia ze strony pracowników opieki zdrowotnej. Wtedy decyzja pacjenta opiera się na prostym schemacie bilansu zysków i strat. Taka decyzja może negatywnie wpłynąć na efekt kuracji.

Istnieją także czynniki zewnętrzne wpływające na decyzję pacjenta dotyczące przyjmowania leków.

1. **Poglądy innych osób.** Zaobserwowano, że duży wpływ na decyzję pacjenta mają osoby bliskie (rodzina, przyjaciele). Leki często są polecane innym przez osoby, u których wystąpił pozytywny efekt w postaci poprawy stanu zdrowia, na zasadzie „mnie pomogło to i tobie pomoże”. W takim przypadku istnieje duże zagrożenie popełnienia błędu i wystąpienia skutków niepożądanych. Kondycja zdrowotna każdego jest inna i bez wcześniejszej konsultacji lub wywiadu żaden lek nie powinien być przez pacjenta przyjmowany.

2. **Powiązania na linii pacjent – pracownik służby zdrowia.** Głównie odnosi się to do lekarzy i farmaceutów. Zauważono, że w przypadkach, kiedy relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem są luźne lub nie ma żadnych, pacjent nie ma pewności co do wystawionej diagnozy, czy przepisanej kuracji. Brakuje w takich przypadkach także zaufania do profesjonalisty odnośnie informacji od niego uzyskanej.
3. **Cena leków.** Jest to jeden z najważniejszych czynników decydujących o tym, czy pacjent będzie przyjmował dany środek. Z badań wynika, że był to czynnik decydujący w 13 na 18 przypadków. Dane brytyjskie podają przykład rządu Danii, który w 1989 roku ogłosił, że zmienia status 81 refundowanych leków, dotychczas dostępnych na receptę, na ogólnie dostępne w wolnej sprzedaży po cenie rynkowej, aby zaoszczędzić 90 milionów funtów brytyjskich rocznie. Doprowadziło to do sytuacji, w której wielu pacjentów nie mogło sobie na nie pozwolić [5].

Wszystkie badania dotyczące podejmowania decyzji przez pacjenta wskazują na dużą potrzebę nawiązania ściślejszych relacji pomiędzy nim, a pracownikami służby zdrowia. Wymagania współczesnych pacjentów są obecnie bardziej skomplikowane i należy każdego z nich traktować jednostkowo. Wydaje się, że potrzeba szerszej edukacji psychologicznej wśród pracowników opieki zdrowotnej jest niezbędna. Jak wynika z powyższych obserwacji najważniejszą potrzebą pacjenta w procesie podejmowania decyzji dotyczącej leczenia jest dostęp do informacji. Dobrze przygotowana kadra uświadamiająca i dostarczająca informację może być najlepszym czynnikiem wykluczającym inne, negatywnie wpływające na decyzję pacjenta [15].

Informacja o leku

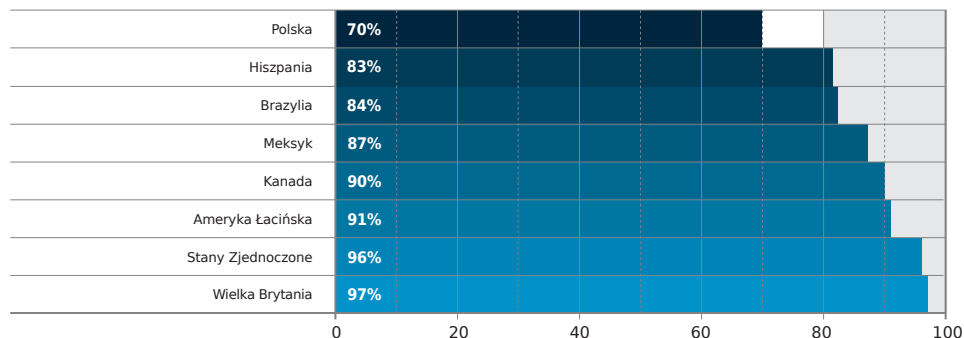
Jednym z podstawowych warunków skutecznego samoleczenia jest bezpieczeństwo leków dostępnych bez recepty. Większość środków medycznych to substancje chemiczne, które nieodpowiednio stosowane mogą bardziej zaszkodzić niż pomóc. Warunki dotyczące bezpiecznego korzystania z leków, według prawa większości państw na świecie, powinny znajdować się na opakowaniu leku lub specjalnie dołączonej ulotce.

W badaniach przeprowadzonych w krajach Ameryki Łacińskiej, w Stanach Zjednoczonych (2001) oraz Europie (2002) zauważono, że pacjenci korzystający z leków OTC chcieliby, aby informacja zawarta na ulotce danego leku zawierała więcej informacji o skutkach ubocznych stosowania takiego środka [49]. W Sta-

nach Zjednoczonych wiele problemów zdrowotnych jest leczonych samodzielnie przez pacjentów za pomocą leków OTC. Leki dostępne bez recepty są często bardzo mocnymi środkami, z których część była sprzedawana na receptę zanim zmieniono regulacje prawne. Zauważa się, że konsumenci kupujący leki OTC bardzo często nie posiadają żadnej wiedzy o nabywanych i stosowanych przez siebie środkach. Oznaczenia leków bez recepty oraz informacje przekazywane pacjentowi na ulotkach znacznie się poprawiły, jednak nadal nie przekazują kupującemu wszystkich informacji dotyczących medycznych i farmakologicznych efektów stosowania danego środka. Według badań przeprowadzonych przez amerykańską National Consumer League tylko 16% kupujących leki OTC czyta załączoną ulotkę w całości, a 10% wcale nie interesuje się informacją o leku przed jego użyciem. Aż 44% stosuje większą dawkę środków przeciwbólowych, niż rekomendowana przez producenta na dołączonej informacji [11]. W niektórych badaniach dotyczących migrenowych bólów głowy zauważono poważne błędy popełniane przez pacjentów w czasie zażywania leków OTC. Dawki leku są zazwyczaj zbyt duże lub zbyt małe, niż zalecane w ulotce, a pacjent rozpoczyna kurację zbyt późno. Czasami nawet kilka godzin od momentu, kiedy rozpoczął się atak migreny. Tymczasem wczesne i odpowiednie spożycie leku mogłoby znacznie poprawić stan pacjenta [50].

Prawo Unii Europejskiej wprowadza regulacje dotyczące tego, jak powinna wyglądać informacja dołączona do leku OTC, aby spełniał on normy bezpieczeństwa. Według dodatkowej Dyrektywy z 2004 roku (Directive 2004/27/EC of the European Parliament and of the council of 31 March 2004) producenci leków dostępnych bez recepty zobowiązani są do umieszczania na opakowaniu informacji w języku Braille'a oraz dołączania do leku ulotki spełniającej warunki dostępności do informacji o leku dla osób słabo widzących i niewidzących [38].

WYKRES 37. **Odsetek konsumentów z wybranych krajów i regionów świata, którzy czytają ulotki dołączone do zakupionych leków OTC.**



Źródło: *Responsible Self-care and Self-medication, 2006. WSMI*

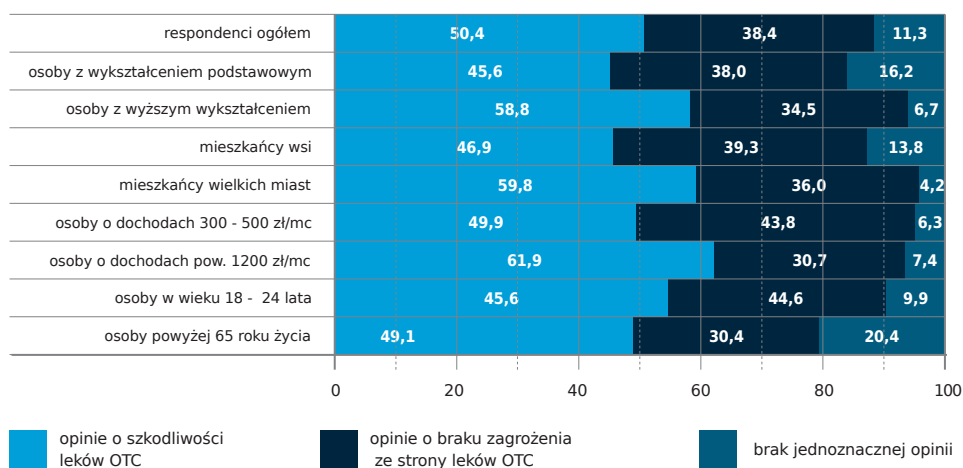
Na podstawie danych przedstawionych na wykres 37 można stwierdzić, że bardzo duży odsetek konsumentów korzysta z dołączonej do leku informacji. Jednakże Polska, w porównaniu do innych państw, nadal posiada niższy odsetek osób zainteresowanych informacją o spożywanym leku.

Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że 70% Polaków korzystających z leków OTC zawsze czyta dołączone do leku ulotki. Tylko 9% stwierdziło, że nigdy tego nie robi. 89% czytających ulotkę stwierdziło, że informacja jest dla nich w pełni zrozumiała. Tak duży odsetek osób w pełni rozumiejących działanie leku powinien prawie całkowicie wyeliminować niepożądane skutki niewłaściwego stosowania leków OTC. W rzeczywistości jest jednak inaczej. Można podejrzewać, że większość osób biorących udział w badaniu podała nieprawdziwe informacje [45, 59].

Woroń [60] oraz raporty TNS OBOP z lat 2002 – 2007 [28, 31, 47] podają dane skrajnie odbiegające od powyższych wyników. Według nich tylko około 10% Polaków czyta informacje zawarte na ulotce przed zastosowaniem leku [60], 9% [47], 12% [28] lub 17% [31].

Wyniki polskich badań mogą być zaskakujące jeszcze pod innym względem. 75% Polaków korzysta z leków OTC i poziom ich spożycia rośnie z roku na rok. Jednak w badaniu dotyczącym bezpieczeństwa takich leków dla zdrowia (wykres 39) połowa respondentów stwierdziła, że leki dostępne bez recepty mogą być szkodliwe dla zdrowia [45].

WYKRES 38. **Szkodliwość leków OTC w opinii konsumentów w Polsce.**



Źródło: Pączkowska M. Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ. 2008.

Według Pączkowskiej możemy wymienić następujące powody szkodliwości leków OTC:

1. Możliwość przedawkowania leku – 23%,
2. Wystąpienie ubocznych skutków działania – 21%,
3. Nieznajomość działania leku – 14%,
4. Brak profesjonalizmu i wiedzy medycznej – 15%,
5. Wielostronne działanie leków – 7%,
6. Nieprawidłowe stosowanie – 6%,
7. Możliwość uzależnienia się od leku – 8%.

Na niebezpieczeństwo niepożądanego interakcji z innymi lekami zwróciło uwagę jedynie kilku respondentów [45].

Woroń z Zakładu Farmakologii Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego wyróżnia trzy grupy czynników wpływających na niepożądane efekty korzystania z leków OTC:

1. **Zbyt łatwy dostęp do leków przeciwbólowych na polskim rynku.** Większość pacjentów nie zdaje sobie sprawy z zagrożeń wynikających ze stosowania leków przeciwbólowych w przypadkach niektórych chorób.
2. **Jednoczesne stosowanie kilku różnych leków przeciwbólowych.** Może to powodować nasilenie się toksyczności na przykład w przypadku zastosowania trzech środków zawierających paracetamol, ale występujących na rynku pod inną nazwą. Paracetamol jest składnikiem ponad 60 środków OTC dostępnych na rynku, między innymi: acenolu, apapu, panadolu, codiparu, efferalganu i tylenolu.
3. **Interakcje występujące pomiędzy lekami.** Przykładem może być równoczesne przyjmowanie leków przeciwbólowych i leków na nadciśnienie tętnicze [6, 25].

Ogólnie dostępne w sprzedaży są środki uspokajające, antydepresyjne oraz nasenne. Wyniki badań wskazują na duże zagrożenie dla zdrowia populacji płynące z łatwej dostępności takich środków.

Badania przeprowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w 2004 roku wykazały, że 5% wszystkich piętnastolatków przynajmniej raz w życiu korzystało z takich leków w celach odurzania się. W 2003 roku aż 9% wszystkich nasto-

latków sięgnęło po środki farmaceutyczne, w tym 5% korzystało z nich w połączeniu z alkoholem. Leki przyjmowane bez zalecenia lekarza są jednym z pierwszych środków odurzających, po które sięga młodzież. Od 39 do 46% nastolatków uważa, że dostęp do takich leków jest dość łatwy lub bardzo łatwy. Zauważono, że przy problemach z bezsennością lub stresem wśród nastolatków osobą, która poleciła spożycie leku był często jeden z rodziców. Wśród osób młodych, leczących się na depresję, zauważono przyjmowanie leków niezgodnie ze wskazaniami lekarza [43].

W 2008 roku do dziesięciu ośrodków toksykologii klinicznej w Polsce przyjęto prawie 1500 osób z objawami zatrucia lekami przeciwbólowymi. Brakuje jednak na ten temat dokładniejszych danych. W Polsce nie rejestruje się danych dotyczących przedawkowania leków przeciwbólowych pomimo istnienia takiego zalecenia ze strony WHO. Podobny problem występuje w przypadku zbierania danych na temat niepożądanych skutków przyjmowania leków OTC. Według obowiązującego w Polsce Prawa Farmaceutycznego do rejestracji działań ubocznych leków zobowiązani są lekarze, firmy farmaceutyczne, pielęgniarki oraz położne. Unijny Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych otrzymuje jedynie około 1200 zgłoszeń z Polski. Ze wszystkich państw Unii Europejskiej napływa około 49 tysięcy zgłoszeń rocznie. Przy tak wysokich wskaźnikach spożycia leków bez recepty, jakie odnoszą się do Polski, ilość zarejestrowanych efektów niepożądanych wydaje się być odbiegająca od rzeczywistości [25].

Zagrożenie polipragmazją

Polipragmazja jest zjawiskiem polegającym na zażywaniu przez pacjenta wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących pomiędzy nimi interakcji lub przepisywaniem przez lekarza nadmiernej ilości leków bez wyraźnej potrzeby wynikającej z kondycji pacjenta [14].

Nie jest to zjawisko ogólnie znane, jednak powinno się zwrócić na nie większą uwagę. Szczególnie w sytuacji, kiedy zmiany prawne i gospodarcze pozwalają na coraz szerszy dostęp do leków ze strony pacjenta i na dodatek pozwalają na nieograniczony ilościowo zakup tych środków.

Dane wynikające z różnorodnych badań dotyczących zaufania pacjentów do pracowników instytucji ochrony zdrowia oraz tendencje do korzystania z kilku różnych konsultacji lekarskich mogą świadczyć o możliwości niekontrolowanego wzrostu tego zjawiska. W połączeniu z nieodpowiednim samoleczeniem za pomocą środków OTC dostępnych w ogólnej sprzedaży zjawisko to może stanowić realne i bardzo poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego [8, 33, 58].

Częstym zjawiskiem jest brak wiedzy na temat interakcji pomiędzy lekami i popularnymi składnikami codziennej diety, takimi jak mleko, herbata lub sok grejpfrutowy. Przy spożyciu niektórych leków w połączeniu z tymi produktami mogą wystąpić niepożądane interakcje. Istnieje duża potrzeba uświadomienia pacjentów także w sprawach odpowiedniej diety w trakcie korzystania z terapii lekowej [39]. Szczególnie narażone na wystąpienie polipragmazji są osoby starsze, u których zalecane jest często łączenie leków w trakcie terapii (proces pozytywnie wpływający na zdrowie pacjenta nazywany jest politeracją). Około 57% wszystkich leków w Polsce przepisywanych jest osobom powyżej 60 roku życia. Statystycznie osoby starsze stosują średnio od 3 do 8 leków. Leki OTC dostępne dla pacjenta „bez recepty” są środkami syntetycznymi mogą więc wchodzić w niepożądane reakcje z innymi lekami. W Polsce około 20% pacjentów powyżej 70 roku życia jest hospitalizowanych z powodu wystąpienia polipragmazji [14].

Przykładowo w Stanach Zjednoczonych niepożądane działania leków oraz interakcje pomiędzy lekami są przyczyną hospitalizacji około 770 tysięcy osób rocznie oraz około 140 tysięcy przedwczesnych zgonów [35]. Specjaliści z dziedziny farmakologii są przeciwni istnieniu reklamy leków w mediach. Nadal brakuje dokładniejszych danych dotyczących wpływu reklamy na zdrowie publiczne w Polsce, jednakże istnieje duże prawdopodobieństwo, że reklama może być jednym z głównych czynników zwiększających zjawisko polipragmazji oraz nadużywania leków [14].

Rola farmaceutów a bezpieczeństwo

W Stanach Zjednoczonych zauważa się potrzebę zmiany obecnie panującego na świecie modelu samoleczenia przez niezależnego pacjenta na rzecz modelu „pharmacist-assisted self-care” – samoleczenia wspieranego przez farmaceutę. Model ten miałby opierać się na osobie farmaceuty, jako profesjonalnej jednostki systemu opieki zdrowotnej. Odróżniałby w ten sposób zwykłe punkty sprzedaży leków OTC, na przykład supermarkety, które są najpopularniejszymi miejscami, gdzie można kupić leki bez recepty w USA, od profesjonalnych punktów farmaceutycznych, które stwarzałyby lepsze warunki dla nowoczesnego pacjenta oczekującego lepszej jakościowo opieki zdrowotnej [11].

W Ameryce Północnej proces wprowadzania większej ilości leków dostępnych bez recepty rozpoczął się w 1972 roku. W Stanach Zjednoczonych nie ma specjalnej kategorii ograniczającej sprzedaż leków OTC tylko w punktach do tego przeznaczonych, takich jak apteki. Leki OTC są ogólnie dostępne w supermarketach i lokalnych sklepach [5]. Leki OTC dostępne na rynku amerykańskim posiadają obecnie większe i bardziej czytelne oznaczenia. Struktura ulotki informacyjnej jest bardziej przejrzysta, po-

dzielona na sekcje, aby pacjent mógł ją łatwiej zrozumieć i zastosować lek w odpowiedni sposób. Jednak w ramach prowadzonych obserwacji zauważono, że obowiązująca forma ulotki nadal nie spełnia w pełni swojej funkcji. Ma to związek z dość niskim poziomem intelektualnym społeczeństwa amerykańskiego i związanymi z tym umiejętnościami w czytaniu i poprawnym rozumieniu tekstu. Dlatego obecnie zwraca się szczególną uwagę na zwiększenie roli farmaceuty w procesie bezpośredniego informowania pacjenta o możliwościach terapii w jak najbardziej przejrzysty sposób. Postuluje się, aby pacjent był traktowany indywidualnie w zależności od oceny dokonanej przez farmaceutę. Farmaceuta jest najlepiej przygotowanym specjalistą w dziedzinie samoleczenia. Zdobyta w trakcie studiów oraz praktyki zawodowej wiedza na temat leków stanowi podłoże całego nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej, wykorzystującego samoleczenie. Z tego wynika, że powinien w przyszłości pełnić jedną z głównych ról w systemie ochrony zdrowia. W USA istnieje około 65 tysięcy publicznych aptek, które mogą stanowić podstawowy punkt konsultacji zdrowotnej dla milionów pacjentów. Jednakże najpierw należałoby wprowadzić mechanizmy pozwalające na większą interakcję pomiędzy farmaceutą a pacjentem [11].

W badaniach przeprowadzonych w Brazylii okazało się, że 72% pacjentów uzyskało radę co do wyboru leku od farmaceuty lub sprzedawcy, 54% od krewnych, sąsiadów bądź przyjaciół. 56% kupującym wybór leku bez recepty sugerowano wybranie danego leku w trakcie zakupu. Około 51% badanych stwierdziło, że przy wyborze leku kierowało się starą receptą, którą posiadali w domu [2].

W Wielkiej Brytanii w latach 90-tych zastanawiano się nad potencjalnym konfliktem etycznym, który mógłby wystąpić wśród farmaceutów sprzedających leki OTC. Niektórzy specjaliści do spraw zdrowotnych wysuwali wnioski, że farmaceuta sprzedający produkty lecznicze w oparciu o zasady wolnego rynku ekonomicznego nie może być traktowany jako element służby zdrowia i tym samym jako osoba zaufania publicznego. W przypadku prywatnej placówki sprzedającej środki medyczne nastawienie się na zysk może powodować sytuacje, kiedy pacjent otrzymuje lek na każde żądanie, bez jakiegokolwiek porady. Jednakże obserwacje dokonane w Wielkiej Brytanii na początku lat 90-tych wykazały, że w 25% wszystkich przypadków farmaceuci odmówili sprzedaży leku, radząc pacjentowi udanie się do lekarza. Dalsze badania wykazały, że 3/4 pacjentów, którzy dostali polecenie udania się na konsultację wykonała polecenie farmaceuty [5].

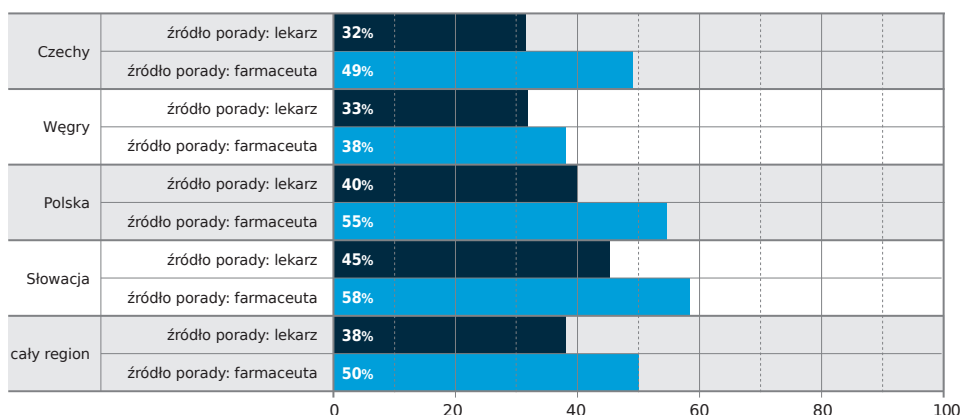
Inny problem natury etycznej dotyczy rodzaju leku polecanego przez farmaceutę. Badania przeprowadzone w Australii w latach 90-tych analizowały wpływ, jaki na leki sprzedawane przez farmaceutów mają badania naukowe oraz elementy rynku ekonomicznego. Ważne jest, aby nawet w przypadku nacisku ze strony producenta leku farmaceuta udzielił pacjentowi niezależnej porady, co do wyboru leku [5].

Badania przeprowadzone we Francji w 2001 roku wskazują, że pacjenci praktykujący odpowiedzialne samoleczenie uważają rolę farmaceuty w doborze leku oraz zmianie stylu życia za bardzo ważną [49].

W Polsce brakuje dokładnych obserwacji wskazujących jak często pacjenci korzystający z leków dostępnych bez recepty używają ich niezgodnie z przeznaczeniem. Na farmaceutach ciąży duża odpowiedzialność za zdrowie pacjenta korzystającego z samoleczenia. Polski Kodeks Etyki Aptekarza RP z 1993 roku zakłada, że farmaceuta jest zobowiązany do odmowy sprzedaży leku, jeżeli ma podstawę przypuszczać, że środek farmaceutyczny zostanie wykorzystany niezgodnie z przeznaczeniem. Według ustawy o izbach aptekarskich farmaceuta jest zobowiązany do kontrolowania przebiegu farmakoterapii współpracując z pacjentem i lekarzem. Z praktyki wynika jednak, że farmaceuci zazwyczaj nie przeprowadzają dokładnego wywiadu medycznego sprzedając pacjentowi lek. W polskim systemie prawnym brakuje także gwarantowanej klauzuli sumienia farmaceuty, jak jest to w przypadku lekarzy [38].

Badania TNS OBOP z 2002 roku wskazują, że w krajach Europy Środkowej (Polska, Czechy, Węgry i Słowacja) farmaceuci cieszą się dużym zaufaniem pacjentów w sprawach związanych z samoleczeniem lekami OTC (wykres 40). Za najmniej wiarygodne źródło obywatele krajów środkowo-europejskich uważają reklamy w mediach i ulotki rozprowadzane w aptekach. Dalsze wyniki pokazują, że 50% mieszkańców wymienionych krajów przynajmniej raz zasięgało porady farmaceuty o leku bez recepty, kiedy tylko 38% wszystkich badanych korzystało z porady lekarza. Najczęściej poszukiwano porady dotyczącej preparatów witaminowych, witamin, minerałów, leków przeciwbólowych oraz leków na przeziębienia i kaszel [47].

WYKRES 39. **Odsetek osób korzystających z porady lekarza i farmaceuty na temat dostępnych na rynku leków OTC.**



Źródło: Rady zsa lady, Mieszkańcy Europy Środkowej wolą farmaceutów od lekarzy, TNS OBOP 2002.

Inny raport TNS OBOP z 2004 roku podaje, że aż 97% Polaków uważa tradycyjną aptekę za najbardziej godne zaufania miejsce sprzedaży leków [26].

Według raportu Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 2006 roku, w Polsce jest ponad 11 tysięcy aptek. Na 3500 osób przypada średnio jedna apteka. Jest to liczba dużo większa, niż w dobrze rozwiniętych krajach Europy Zachodniej. Według danych PharmaExpert w 2005 roku około 50% aptek było zadłużonych, z czego 19% posiadało długi przewyższające wartość posiadanego towaru. Tak duże problemy ekonomiczne każą się zastanowić nad jakością usług oferowanych przez farmaceutów, którzy muszą walczyć o przetrwanie swoich placówek na wolnym rynku [48].

Bardzo duży wzrost sprzedaży leków bez recepty na świecie i tym samym w Polsce, zmusza do zastanowienia się, czy obecnie praktykujący farmaceuci sprzedając pacjentowi lek OTC kierują się zasadami etycznymi, a nie jedynie chęcią zysku wynikającego z ilości sprzedanych środków.

Zagrożenia ze strony fałszywych leków

Problem sprzedaży „fałszywych” leków istnieje od bardzo dawna. Ludzie przez wieki byli oszukiwani przez szarlatanów, którzy kierowani chęcią łatwego zysku, sprzedawali różne preparaty jako leki. Wraz ze wzrostem poziomu edukacji i nowych technologii mogłoby się wydawać, że ten proceder nie ma już racji bytu, jednak nadal istniejące niedoskonałości medycyny w leczeniu niektórych chorób, pierwotny instynkt przetrwania u ludzi oraz brak rozwiniętych podmiotów kontroli pozwalają i często ułatwiają handel środkami pseudomedycznymi [19].

Światowa Organizacja Zdrowia określa, kiedy lek uznaje się za podrobiony. Jest to lek, który został błędnie oznaczony jako lek oryginalny. Podrabianie leków dotyczy zarówno leków znanych marek farmaceutycznych, jak i leków generycznych. Podrabianie może polegać na wytwarzaniu leków zawierających składniki prawidłowe lub nieprawidłowe, składniki aktywne w różnych ilościach lub brak takich składników. Lek podrobiony to także środek w „fałszywym” opakowaniu. Nigdy nie wiadomo, czy składnik znajdujący się w podrobionym leku będzie nieszkodliwy dla pacjenta, czy trujący. Nawet w przypadku leku o tych samych składnikach, co lek oryginalny nie można być pewnym jego jakości z powodu braku kontroli nad procesem produkcyjnym [19, 21].

Dane z 2005 roku wskazują, że globalny rynek „fałszywych leków” osiągnął sumę 35 miliardów dolarów rocznie. Obecnie nowe technologie wymiany informacji ułatwiają rozprzestrzenianie się problemu. Światowa Organizacja Zdro-

wia apeluje o baczniejsze zwrócenie uwagi na ten fakt [19]. Problem leków „fałszywych” został poruszony na forum międzynarodowym po raz pierwszy w 1985 roku na konferencji WHO w Nairobi. W latach 1999 – 2000 WHO otrzymała od 20 krajów 46 specjalnych raportów dotyczących tego problemu (60% raportów pochodziło z krajów rozwiniętych).

Według badań najczęściej podrabiane leki to: antybiotyki, hormony, leki przeciwbólowe, sterydy i leki antyhistaminowe [21]. Inne źródła podają że, w krajach wysokorozwiniętych problem ten dotyczy w szczególności szczepionek i środków poprawiających sprawność seksualną [19].

Dane amerykańskiej FDA wskazują, że rynek leków „fałszywych” obejmuje aż 10% całości rynku farmaceutycznego na świecie i aż 25% w krajach rozwijających się. Przykładowo 8% leków sprzedawanych na receptę w Filipinach może być fałszywa. W Kambodży aż 60% leków na malarię sprzedawanych w punktach handlowych to leki podrobione. Przeprowadzone badania w Birmie, Laosie, Wietnamie, Kambodży i Tajlandii wykazały, że 53% wszystkich sprzedawanych leków na malarię nie posiadało w składzie aktywnego czynnika niezbędnego w leczeniu tej choroby [19]. Indie uważane są obecnie za głównego producenta fałszywych leków na świecie. Aż 35% wszystkich podrobionych leków pochodzi właśnie z Indii [21].

W krajach rozwiniętych (Ameryka Północna i Europa) problem ten prawie nie istnieje w bezpośredniej sprzedaży. Jednak badania brytyjskie z 2004 i 2005 roku wykazały, że nawet połowa niektórych środków medycznych OTC sprzedawana przez internet jest „fałszywa” [19].

Amerykańskie dane oceniają szansę nabycia „fałszywego” leku w aptece jedynie na 1%. Zwraca się szczególną uwagę na duży wzrost sprzedaży pozaaptecznej. Głównym zagrożeniem wydają się być obecnie firmy internetowe. W Wielkiej Brytanii wartość handlu fałszywą Viagrą oceniana jest na sumę ponad 3 milionów funtów szterlingów rocznie [21].

W 2000 roku sprawdzono rynek leków w Rosji. Okazało się że 5 do 10% wszystkich leków było podrobionych [19]. Ze względu na bliskość Rosji istnieje duże zagrożenie, że leki podrabiane mogą być rozprowadzane w krajach Unii Europejskiej, szczególnie na rynkach krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Tylko w 2001 roku wykryto w Rosji 227 firm zajmujących się nielegalnym rozprowadzaniem i produkcją leków [21, 36].

TABELA 6. **Leki najczęściej podrabiane w Stanach Zjednoczonych i w krajach rozwijających się.**

Stany Zjednoczone	Kraje rozwijające się
obniżające poziom cholesterolu	leki przeciwmalaryczne
obniżające ciśnienie krwi	leki przeciwgruźlicze
leki stosowane w terapii AIDS	leki stosowane w terapii AIDS
leki podnoszące liczbę czerwonych krwinek	antybiotyki
leki antydepresyjne	syropy na kaszel

Zródło: Mazur E. *Falszywe leki – zabójcy na światową skalę*. Świat Konsumenta. 2004

Użycie „fałszywych” środków leczniczych może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, nawrotu choroby lub nawet śmierci. Dane z 2001 roku wskazują, że tylko w Chinach zmarło 192 tysiące osób z powodu użycia toksycznych środków pseudomedycznych [19]. W 2002 roku zlikwidowano w Chinach aż 1300 nielegalnie działających fabryk farmaceutycznych i wykryto fałszerstwa, których łączna wartość rynkowa wynosiła 57 milionów dolarów [21].

Można wyróżnić następujące czynniki przyczyniające się do rozwoju nielegalnej produkcji i handlu „fałszywymi” lekami:

1. Wysokie ceny leków,
2. Słaby dostęp do usług medycznych, szczególnie w krajach rozwijających się,
3. Duża nieszczelność granic pomiędzy państwami,
4. Brak uregulowań prawnych,
5. Duża liczba pośredników w handlu lekami,
6. Przystępczość zorganizowana,
7. Nowoczesne technologie ułatwiające produkcję,
8. Niekontrolowana sprzedaż leków w obiegu pozaaptecznym [21].

Polska, obok Bułgarii i Turcji, jest w ocenie WHO jednym z krajów szczególnie narażonych na zagrożenie wynikające ze sprzedaży fałszywych leków w Europie. Eksperti firm farmaceutycznych wskazują na główne źródła sprzedaży fałszywych leków w Polsce. Są to między innymi: sklepy internetowe, ogłoszenia w prasie, targi i bazary, siłownie oraz sprzedaż bezpośrednia [21].

Problem podrabianych leków może dotyczyć każdego, kto stosuje samoleczenie. Światowa Organizacja Zdrowia zwraca szczególną uwagę wszystkim podróżującym do krajów rozwijających się, aby przed wyjazdem dokładnie zapoznali się z rekomendacjami na temat kupowania środków medycznych w poszczególnych krajach [19]. Należy także zawsze z ostrożnością podchodzić do serwisów internetowych i innych miejsc handlowych oferujących w sprzedaży środki medyczne.

Prognozy na przyszłość

Kanadyjskie badania z 2005 roku pokazują stały wzrost liczby osób korzystających z leków OTC. 44% badanych stwierdziło, że w przeciągu 2004 roku stosowało samoleczenie dużo częściej, niż rok wcześniej. 52% Kanadyjczyków twierdziło, że zamierza w jeszcze większym stopniu praktykować samoleczenie [49].

Coraz więcej osób zapada na choroby przewlekłe mogące znacząco obniżyć jakość codziennego życia. Według Światowej Organizacji Zdrowia WHO w 2020 roku depresja stanie się główną chorobą i problemem społecznym w Stanach Zjednoczonych oraz drugim najważniejszym problemem zdrowotnym na świecie [34].

Jednym z najważniejszych rynków OTC w przyszłości mogą stać się Chiny. Kraj ten przeżywa obecnie gwałtowny wzrost społeczny i gospodarczy. Jednocześnie system zdrowotny Chin rozwija się i wprowadzane są nowe rozwiązania [56].

Aby samoleczenie przyniosło w przyszłości pozytywne efekty dla społeczeństwa niezbędne jest wypracowanie jak najbardziej efektywnego modelu działania. Międzynarodowa Organizacja Pacjentów IAPO postuluje, aby model przyszłości opierał się w głównej mierze na pacjencie jako centralnym elemencie całego zdrowia publicznego. System ten miałby się opierać na następujących zasadach:

- Szacunek do pacjenta,
- Większe uprawnienia pacjenta w procesie leczenia,
- Zaangażowanie pacjenta,
- Dostępność do usług medycznych,
- Wsparcie dla pacjenta,
- Ogólnie dostępna informacja [13].

Potrzeba szerszej edukacji zdrowotnej. Informacja dla pacjenta

Leki najczęściej stosowane w samoleczeniu zazwyczaj zawierają substancje nieobojętne dla organizmu człowieka. Dlatego ważnym aspektem zdrowia publicznego jest edukacja zdrowotna i szeroki dostęp do informacji na temat dostępnych środków leczniczych [38].

Badania na temat edukacji promującej samoleczenie wskazują na pozytywny efekt takich działań dla ogólnych wyników zdrowia publicznego w poszczególnych krajach [4, 7]. Badania przeprowadzone w Londynie w końcu lat 70-tych wykazują, że 21% konsultacji lekarskich dotyczących lekkich chorób można uniknąć dostarczając pacjentowi odpowiednio przygotowaną i zrozumiałą infor-

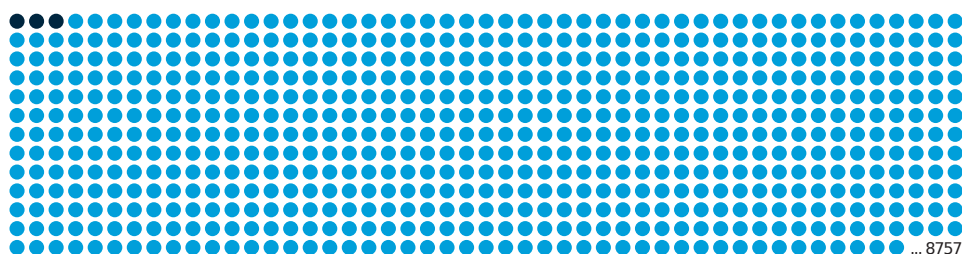
mację, na przykład w formie ulotki, na temat samoleczenia poszczególnych chorób. Badania wykazały pozytywny wpływ materiałów edukacyjnych na poprawne stosowanie samoleczenia przez pacjentów szczególnie w przypadku lekkich dolegliwości. Zauważono jednak, że materiały takie powinny być odpowiednio przygotowane, aby zawarte w nich informacje były dla pacjenta zrozumiałe [40].

Inne badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii pod koniec lat siedemdziesiątych wskazują, że wśród osób palących informacja na temat dostępnych metod samoleczenia w procesie zerwania z nałogiem znacząco pomogła w pozbyciu się tego nałogu [40].

Zmiany zachodzące w nowoczesnych społeczeństwach powodują, że pacjenci domagają się coraz większej ilości informacji na temat własnego zdrowia. W obecnych czasach ludzie chcą mieć kontrolę nad własnym życiem oraz prawo indywidualnego wyboru w wielu sprawach związanych ze zdrowiem. Liczba godzin przeznaczonych na samoleczenie można łatwo zobrazować na przykładzie chorych na cukrzycę (wykres 41). Odpowiednio zaplanowana terapia oraz programy edukacyjne dla pacjentów pozwalają na podział obowiązków pomiędzy lekarza i pacjenta. Według brytyjskiego modelu proponowanego przez Ministerstwo Zdrowia (Department of Health) taki proces mógłby wyglądać następująco:

Wykres 40. Oszczędności w czasie wynikające z wprowadzenia odpowiedniego samoleczenia w przypadku chorych na cukrzycę według brytyjskiego Ministerstwa Zdrowia (Department of Health).

WYKRES 40. Liczba godzin przeznaczonych na terapię wśród osób chorych na cukrzycę przy odpowiednim samoleczeniu



Źródło: Self-care – a real choice. 2005. Department of Health.

● - liczba godzin wymagających profesjonalnej opieki lekarskiej

● - liczba godzin przeznaczonych na samoleczenie

Obecnie istniejący model samoleczenia w Wielkiej Brytanii angażuje poszczególne jednostki, zwiększając ich zdolności, pewność siebie i efektywność ich działań, oferując różnorodne opcje, które mają wspierać człowieka w samoleczeniu. Główny udział w brytyjskim systemie stanowi informacja i edukacja.

1. Odpowiednia i ogólnie dostępna informacja,
2. Indywidualny plan dla każdego dorosłego i dziecka,
3. Narzędzia do prowadzenia samodzielnej diagnozy, monitorowania stanu zdrowia oraz samoleczenia,
4. Kursy dotyczące pierwszej pomocy dla dzieci w wieku szkolnym,
5. Edukacja prozdrowotna,
6. Edukacja dotycząca samoleczenia,
7. Materiały multimedialne w różnych językach informujące o samoleczeniu,
8. Kampanie i treningi dotyczące zdrowego stylu życia, promocji zdrowia i zapobiegania chorób,
9. Sieć osób wspierających, mających doświadczenie w samoleczeniu,
10. Wsparcie społeczności w promocji i stosowaniu samoleczenia,
11. Współdziałanie pacjentów w tworzeniu i wprowadzaniu nowych programów,
12. Edukacja profesjonalistów zatrudnionych w opiece zdrowotnej w celu szerszej promocji samoleczenia i technik jego wprowadzania inicjatywy rozwijające współpracę pomiędzy profesjonalistami oraz społecznością [52].

Dostęp do informacji znacząco zwiększa produktywność pracowników w miejscach pracy. Amerykańskie badania wykazały, że tylko w przeciągu jednego roku oszczędności wygenerowane dzięki większej wiedzy pracowników na temat sposobów samoleczenia osiągnęły prawie 40 dolarów na 1 pracownika, co łącznie równało się 225% spadkiem kosztów prowadzenia przedsiębiorstwa. W praktyce promocja samoleczenia poprzez edukację społeczeństwa dalej przynosi pozytywne efekty. W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono akcję, w której rozprowadzono wśród obywateli południowo - zachodniego stanu Idaho specjalną publikację pod tytułem „Healthwise Handbook” informującą o 180 popularnych problemach zdrowotnych i sposobach ich traktowania. Jednocześnie udostępniono specjalną infolinię w przypadku wystąpienia jakichkolwiek wątpliwości. Wśród miejscowej ludności przeprowadzono serię warsztatów i szkoleń w szkołach, miejscach pracy oraz kościołach, na których przedstawiano odpowiedzialne i bezpieczne sposoby samoleczenia. Przeprowadzono także specjalne szkolenia dla miejscowego personelu medycznego. Efektem działań był znaczący spadek obciążenia służb medycznych i tym samym dość duże oszczędności. Po udanej próbie na małej społeczności lokalnej, program wprowadzono na większą skalę w USA oraz Kanadzie i obliczono, że dzięki temu zaoszczędzono w przeciągu 30 miesięcy trwania programu około 34,5 miliona dolarów. Z każdego zainwestowanego dolara na promocję i edukację samoleczenia uzyskano 11 dolarów oszczędności [4].

Dostęp do wiedzy medycznej nie gwarantuje, że pacjent będzie się stosował do wskazań dotyczących używania leków, czy prowadzenia określonego stylu życia. Tradycyjnie pojmowane szkolenia lub formy wpływu nie promują wolności

w podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji. Edukacja prozdrowotna powinna pomagać pacjentowi w bardziej krytycznym spojrzeniu jak jego własne myśli, uczucia, wola, kultura czy doświadczenie życiowe, kształtują jego codzienne życie. Celem takiej edukacji powinno być stworzenie pacjenta, który w pełni rozumie samego siebie [37].

W Brazylii, gdzie społeczeństwo jest ogólnie słabo wykształcone, w szczególności w sprawach związanych z ochroną zdrowia, samoleczenie może stanowić poważny problem społeczny. Może prowadzić do takich zjawisk jak np. maskowanie objawów poważniejszych chorób zakaźnych, które niewykryte w odpowiednim momencie mogą spowodować poważne szkody w ramach całej społeczności. Brazylia nie posiada prawie żadnego systemu kontroli procesów związanych z samoleczeniem, a praktykująca kadra lekarska nie angażuje się w procesy uświadamiania i szerszej edukacji pacjentów pod względem medycznym [2].

Aspekty prawne samoleczenia

Celem Unii Europejskiej w odniesieniu do sektora farmaceutycznego jest głównie ochrona zdrowia publicznego. Zatem wszystkie produkty farmaceutyczne, zanim zostaną dopuszczone do sprzedaży, muszą spełniać restrykcyjne wymogi bezpieczeństwa, skuteczności i jakości leku, z czym wiąże się konieczność ich rejestracji przed wprowadzeniem na rynek. Większa część produktów farmaceutycznych podlega wewnętrznej certyfikacji w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, natomiast w przypadku leków innowacyjnych (dotyczących AIDS, raka, cukrzycy, etc.) decyzję o wprowadzeniu konkretnego produktu do obrotu wydaje Wspólnota Europejska. Lokalne, krajowe certyfikaty muszą respektować te same kryteria bezpieczeństwa, skuteczności i jakości, obowiązujące we wszystkich państwach UE [22].

Unia Europejska dąży do ujednoczenia rynku farmaceutycznego we wszystkich krajach członkowskich. Proces ten jest obecnie bardzo zaawansowany. W 1995 roku powołano do życia European Medicines Agency (EMA), która przyznaje licencje na wprowadzane do obiegu leki wysokiej technologii oraz produkty wytworzone w procesach biotechnologicznych. Przyznaje także licencje na wprowadzenie produktu leczniczego na całym obszarze Unii Europejskiej [22].

W 2004 roku Parlament Europejski oraz państwa członkowskie Unii Europejskiej przyjęły pakiet regulacji dotyczących niezbędnych zmian w obowiązującym prawie farmaceutycznym. Wszystkie uregulowania weszły w życie ostatecznie w październiku 2005 roku.

Europejski system regulujący rynek farmaceutyczny został stworzony tak, aby na pierwszym miejscu wspierać i promować zdrowie publiczne i równocześnie stać na straży wolnego obrotu produktami farmaceutycznymi. Procedura rejestracji leków w Unii Europejskiej oparta jest na akcie prawnym „Title III of Directive 2001/83/EC” oraz „Council Regulation (EC) No 726/2004”.

Wyróżniamy następujące procedury dopuszczające produkty farmaceutyczne do obrotu na rynkach Unii Europejskiej:

1. **procedura scentralizowana** – centralised procedure – rejestracja leków odbywa się na poziomie Unii Europejskiej. Zatwierdzenie leku do obrotu automatycznie obowiązuje we wszystkich państwach stowarzyszonych. Ostatecznego zatwierdzenia leku dokonuje Komisja Europejska, która przyznaje numer rejestracyjny. Ważność takiej licencji upływa po 5 latach. Podstawę prawną dla procedury scentralizowanej stanowią następujące akty prawne:

Dyrektywa 93/41/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. uchylająca Dyrektywę 87/22/EWG, dotyczącą zbliżania krajowych środków odnoszących się do wprowadzania do obrotu produktów leczniczych o wysokiej technologii, szczególnie produktów pochodzących z biotechnologii.

Dyrektywa 2001/83/WE z dnia 6 listopada 2001 r. dotycząca wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Rozporządzenie 2309/93 z dnia 22 lipca 1993 r. ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych oraz nadzoru nad nimi. Rozporządzenie to powołało do życia Europejską Agencję ds. Oceny Produktów Leczniczych.

Rozporządzenie 1647/2003 z dnia 18 czerwca 2003 roku zmieniające rozporządzenie nr 2309/93 ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi, do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję ds. Oceny Produktów Leczniczych [17, 22].

2. **procedura wzajemnego uznawania** - mutual recognition procedure – rejestracja leku i dopuszczenie do obrotu na rynku krajowym następuje w wyniku uznania rejestracji dokonanej wcześniej w innym państwie członkowskim UE. Procedura wzajemnego uznawania odnosi się do produktów farmaceutycznych, do których nie odnoszą się wymogi procedury scentralizowanej i któ-

re nie podlegają oznaczeniu CE. Podstawę prawną dla procedury wzajemnego uznawania produktów farmaceutycznych stanowią następujące akty prawne: **Dyrektywa 2001/83/WE** z dnia 6 listopada 2001 r. dotycząca wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Dyrektywa ta stanowi między innymi, że: "wprowadzenie danego produktu leczniczego do obrotu przyznane przez właściwe władze w jednym Państwie Członkowskim powinno być uznawane przez właściwe władze innych Państw Członkowskich, o ile nie ma poważnych podstaw do domniemania, że wprowadzenie danego produktu leczniczego do obrotu może przedstawiać ryzyko dla zdrowia publicznego. W przypadku różnicy zdań między Państwami Członkowskimi odnośnie jakości, bezpieczeństwa lub skuteczności produktu leczniczego należy przeprowadzić naukową ocenę zagadnienia zgodnie z normą wspólnotową”;

3. **procedura zdecentralizowana** – decentralised procedure – lek jest rejestrowany do obrotu farmaceutycznego osobno w każdym z krajów członkowskich Unii Europejskiej.
4. **procedura narodowa** – national authorisation procedure – dopuszczenie leku do obrotu jest ograniczone tylko do jednego państwa, w którym lek jest rejestrowany.

Dla procedury wzajemnego uznawania oraz zdecentralizowanej stworzono Coordination Group for the Mutual Recognition and Decentralised Procedures – Human, która koordynuje prace pomiędzy państwami członkowskimi oraz interweniuje w przypadku podejrzenia, że lek rejestrowany w którymkolwiek z państw członkowskich może zagrażać zdrowiu publicznemu [17].

Dla procedur zdecentralizowanej i narodowej podstawę prawną stanowią akty prawne uchwalone przez uprawnione do tego organy państwowe poszczególnych krajów członkowskich. W Polsce dopuszczenie leków do sprzedaży reguluje ustawa - Prawo Farmaceutyczne.

W momencie przystąpienia Polski do Unii Europejskiej system rejestracji leków musiał zostać zintegrowany z systemem unijnym. Implementacja prawa wspólnotowego dotyczącego sektora produktów farmaceutycznych nastąpiła głównie w ramach ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533 ze zm.). Ostatnie zmiany dotyczące rynku farmaceutycznego w Polsce wprowadziła ustawa z dnia 30 marca 2007 roku - O zmianie ustawy - Prawo farmaceutycz-

ne oraz o zmianie niektórych innych ustaw. W celu uzyskania zezwolenia na wprowadzenie danego produktu farmaceutycznego do obrotu należy złożyć za pośrednictwem Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wnioski do Ministra właściwego do spraw zdrowia. Wnioskodawca, ubiegający się o przyznanie licencji, zobowiązany jest do przedstawienia dowodów uzyskanych w drodze badań jakościowych, przedklinicznych i klinicznych, które powinny być przeprowadzone zgodnie z wymaganiami Dobrej Praktyki Wytwarzania, Dobrej Praktyki Laboratoryjnej i Dobrej Praktyki Klinicznej. Zgodnie z wynikami badań lek powinien spełniać wymagania wysokiej jakości, skuteczności i bezpieczeństwa. Pozwolenie na wprowadzenie produktu farmaceutycznego do obrotu jest ważne przez 5 lat, jednak okres ten może zostać skrócony lub przedłużony. Ostateczna decyzja zależy od ministra właściwego do spraw zdrowia. Produkt farmaceutyczny, który został dopuszczony do obrotu podlega wpisowi do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Polska w ramach negocjacji przedakcesyjnych uzyskała ulgi na okres przejściowy w sprawie dostosowania dokumentacji rejestracyjnej do wymogów Unii Europejskiej. Produkty lecznicze umieszczone w Dodatku A do Załącznika XII Traktatu Akcesyjnego, wprowadzone na rynek polski przed 1 maja 2004 roku, zarejestrowane zgodnie z ustawodawstwem krajowym mogły pozostać w obrocie na rynku polskim do dnia 31 grudnia 2008 roku. Po upływie terminu produkty farmaceutyczne, niespełniające wymogów prawnych Unii Europejskiej, zostały wycofane z rynku farmaceutycznego w Polsce [22].

Działalność aptek i innych punktów sprzedaży leków reguluje w Polsce ponad 100 aktów prawnych głównie dotyczących prawa farmaceutycznego [48].

Zjawisko samoleczenia jest szeroko komentowane również w dokumentach Unii Europejskiej. Dostrzega się potrzebę promocji samoleczenia, jako zjawiska, które sprzyja rozwojowi odpowiedzialności obywateli UE za własny stan zdrowia oraz wpływa na zmniejszenie wydatków zdrowotnych. W ostatnich latach odpowiedzialne samoleczenie zostało zidentyfikowane przez Unię Europejską jako istotny element długoterminowej polityki zdrowotnej [64].

Nowoczesne technologie i samoleczenie

Według danych WSMI z 2004 roku 65% osób korzystających z internetu przynajmniej raz w roku korzysta ze stron internetowych związanych ze zdrowiem [57]. Nowoczesne technologie informatyczne zrewolucjonizowały podejście do samolecze-

nia. W Stanach Zjednoczonych oprócz stron o charakterze informacyjnym tworzone są specjalne programy komputerowe mające pomóc pacjentowi w prowadzeniu terapii w przypadkach chorób przewlekłych, takich jak AIDS, cukrzyca czy depresja. Tworzone są specjalne grupy wsparcia oraz grupy doradcze w internecie, mające ułatwiać komunikację pomiędzy pacjentami oraz wymianę doświadczeń i informacji. W Wielkiej Brytanii użycie internetu w celach rejestracyjnych lub konsultacyjnych jest obecnie powszechnie stosowane [4, 41].

Według amerykańskiej FDA roczna sprzedaż aptek internetowych wynosi około 5 miliardów dolarów. W Europie Zachodniej leki sprzedawane przez internet kosztują średnio o 30% mniej, niż w innych w punktach sprzedaży [48].

Technologie internetowe zrewolucjonizowały dostęp do usług medycznych. Współczesny pacjent może nabyć lek z każdego zakątka świata, niewychodząc z domu. W niektórych krajach, gdzie samoleczenie jest powszechnym zjawiskiem, firmy farmaceutyczne i handlowe wychodzą klientowi naprzeciw.

W Australii w 2001 roku przeprowadzono badania dotyczące aptek internetowych. Przeprowadzono je pod kątem jakości informacji na temat leków przekazywanych pacjentowi przez serwis internetowy oraz całości procesu zakupu leku przez internet. Dokonano symulacji, w trakcie której zakupiono lek potencjalnie zagrażający zdrowiu pacjentów, ponieważ w interakcji z innymi środkami powoduje skutki uboczne. Badanie zostało przeprowadzone także pod kątem sprawdzenia aspektu etycznego takiej formy sprzedaży leków pacjentowi. W symulacji wykorzystano 104 apteki internetowe z 13 krajów na całym świecie. 63 apteki przekazały pacjentowi pewną informację dotyczącą zdrowia, 51 aptek udostępniło część informacji o leku, 31 udostępniło informację o chorobie, 17 informowało pacjenta o zdrowych sposobach i stylach życia, 41 nie udostępniło żadnej informacji, 53 apteki udostępniły informację słabej jakości lub bez żadnej wartości dla zdrowia pacjenta.

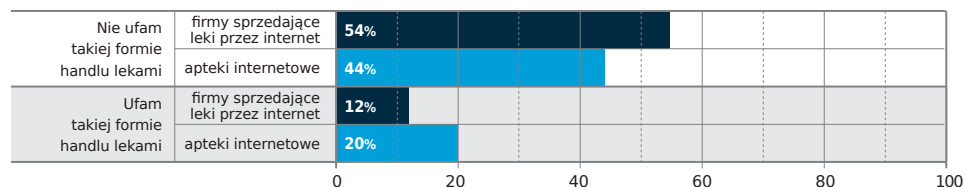
Wśród aptek internetowych, które sprzedały lek (27 na 104) jedynie część spełniła warunki bezpiecznego samoleczenia. 56% udzieliło informacji o sposobie użycia leku, 30% o długości zalecanej kuracji, 52% o potencjalnych skutkach ubocznych, 41% o interakcjach z innymi lekami, a jedynie 15% dołączyło poradę dotyczącą działań w przypadku braku poprawy stanu zdrowia. Żadna z aptek nie zaoferowała leku zastępczego o podobnym działaniu. Jedynie trzy apteki skontaktowały się z pacjentem bezpośrednio w sprawie dotyczącej interakcji z innymi lekami i tym samym potencjalnego zagrożenia dla zdrowia.

Według obowiązujących w Australii standardów sprzedaży leków przez internet, apteki prowadzące taką sprzedaż muszą zachować pełną anonimowość pacjenta oraz dostarczyć odpowiedni produkt z pełną informacją dotyczącą bezpieczeństwa oraz prawidłowego użycia danego leku. Z badania wynika, że według zaleceń obowiązujących w USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii oraz Nowej Zelandii większość e-aptek (łącznie z działającymi w tych krajach) nie stosuje się do tych zaleceń. Badania wskazują na duże zagrożenie dla pacjentów decydujących się na zakup leków dostępnych bez recepty przez internet oraz brak uregulowań, które skuteczniej mogłyby kontrolować procesy samoleczenia z użyciem technologii internetowej.

Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że 25% wszystkich zakupów leku OTC w aptecce nie doszło do skutku z powodu potencjalnego zagrożenia dla zdrowia pacjenta. Farmaceuci odsyłali kupujących na konsultację lekarską. W przypadku zakupów leków przez internet zauważa się, że dużą przeszkodą jest brak dostępu do historii medycznej pacjenta. Odpowiednia porada ze strony farmaceuty jest więc niemożliwa. Wnioski płynące z badań australijskich wskazują, że samoleczenie z użyciem internetu jest obecnie niebezpieczne. Jedynie po wprowadzeniu lepszego modelu opartego o sprawny system kontroli oraz obowiązujące normy etyczne mógłby to być łatwiejszy i tańszy sposób samo leczenia, niż obowiązujący obecnie (apteki i punkty handlowe). Nie można jednak traktować tych badań jako niepodważalną wykładnię. Natura internetu nie pozwala na przeprowadzenie bardziej szczegółowych badań i wyniki uzyskane przez australijskich naukowców mogą być nieadekwatne do aktualnie panującej sytuacji na rynku handlu farmaceutykami [3].

W Polsce e-apteki powstały po 1 maja 2004 roku. Ceny leków w sprzedaży internetowej były wtedy niższe o około 10-15% [48]. Jedynie co setny Polak dokonuje zakupu leków w aptekach internetowych, a bardzo nikły procent korzysta z witryn internetowych, które nie są własnością firm aptekarskich lub farmaceutycznych.

WYKRES 41. **Stopień zaufania Polaków do firm sprzedających leki za pomocą internetu w ujęciu procentowym.**

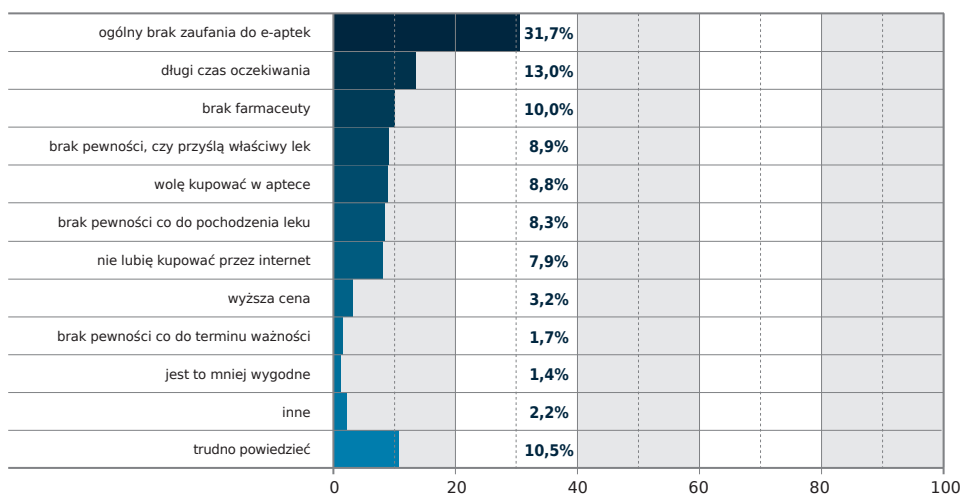


Źródło: Pączkowska M. Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ. 2008.

Do grupy osób przejawiających największe zaufanie do wirtualnych aptek należą głównie osoby młode, wykształcone, mieszkające w największych miastach lub będące przedstawicielami kadr kierowniczych i inteligencji [45].

W badaniach przeprowadzonych przez firmę Gemius w 2007 roku (wykres 42) 55% Polaków z grupy osób nigdy niekorzystających z e-aptek deklarowało, że nie zamierza korzystać z usług aptek internetowych. 22,5% stwierdziło, że zamierza wypróbować tę formę sprzedaży. Głównym powodem, dla którego Polacy nie korzystają z aptek internetowych jest brak zaufania (31,7%) [63].

WYKRES 42. Powody niechęci do zakupu leków w aptekach internetowych wśród Polaków.



Źródło: Zalewski P. Co dziesiąty internauta korzysta z aptek. Internet Standard 2007.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że ogółem aż 35% badanych osób nie ma sprecyzowanej opinii na temat internetowych form sprzedaży leków. Świadczyć to może o małej wiedzy Polaków na temat pozytywnego udziału nowoczesnych technologii we współczesnych rozwiązaniach z zakresu ochrony zdrowia [45].

Podsumowanie

Pozytywne postawy w stosunku do procesów samoleczenia i korzystania z ogólnie dostępnych leków bez recepty są zauważalne i stają się coraz bardziej popularne na całym świecie [61]. W większości materiałów poddanych analizie możemy zaobserwować pozytywny wpływ samoleczenia na zdrowie publiczne.

Według organizacji skupiających producentów leków bez recepty oraz promujących idee samoleczenia, proces ten powinien być jednym z podstawowych elementów systemów ochrony zdrowia, zapewniającym obywatelom współczesnych państw utrzymanie dobrego stanu zdrowia i samopoczucia. Coraz więcej podmiotów uczestniczących w ochronie zdrowia publicznego powinno ściśle ze sobą współpracować tak, aby jak najefektywniej realizować założenia odpowiedzialnego i bezpiecznego samoleczenia. Jednak nadal jest to tylko pożądana wizja przyszłości [53].

Analizując dostępne materiały zauważa się przewagę pozytywnych aspektów samoleczenia, wynikającą z poszczególnych badań. Należy jednak zwrócić uwagę na ilość materiałów pochodzących od organizacji skupiających producentów leków bez recepty i jednocześnie broniących ich interesów, takich jak AESGP czy WSMI. Większość badań i danych dotyczących samoleczenia jest zależne od przemysłu. Niewiele zaś dotyczy problemu samoleczenia jako zjawiska potencjalnie szkodliwego dla zdrowia pacjenta. W polityce zdrowotnej nowoczesnych państw zauważa się rosnące korzyści ekonomiczne wynikające ze stosowania i promocji samoleczenia i tendencja ta może przeważać nad racjonalnym podejściem do całego zjawiska.

Raporty dotyczące wyników ekonomicznych wskazują głównie na zyski korporacji farmaceutycznych ze sprzedaży leków dostępnych bez recepty. Brakuje wyliczeń związanych z wpływem samoleczenia na ekonomiczne wskaźniki poszczególnych państw.

Nowoczesne państwa w coraz większym stopniu starają się przenieść odpowiedzialność za zdrowie oraz współodpowiedzialność za koszty opieki zdrowotnej na obywateli. Należy się zastanowić czy taka polityka nie przyniesie negatywnych skutków dla ogólnie pojmowanego zdrowia publicznego w przyszłości. Prawodawstwo Unii Europejskiej wyraźnie określa czym uwarunkowane jest zdrowie każdego człowieka. Traktat Amsterdamski wyjaśnia, że stan zdrowia ludności zależy od wspólnych wysiłków zbiorowości i jest dobrem wspólnym. Naciski wywierane przez państwa oraz podmioty ekonomiczne, aby każdy człowiek w jak największym stopniu stał się odpowiedzialny za swoje zdrowie i tym samym ponosił koszty opieki zdrowotnej skłaniają do zastanowienia czy interes państwa i firm wywierających na nie wpływ nie przesłoniły najważniejszego w państwach demokratycznych interesu jednostki [9]. Zauważalny jest pozytywny wpływ ekonomiczny samoleczenia na systemy opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach oraz jakościowy, w odniesieniu do codziennego życia każdego człowieka. Należy jednak pamiętać, że samoleczenie nie rozwiąże wszystkich problemów. Może ono jednak znacznie pomóc, ale jedynie w przypadku, gdy będzie stosowane odpowiedzialnie przez wszystkie podmioty uczestniczące w ochronie zdrowia publicznego.

Przy ocenie bezpieczeństwa leku należy pamiętać, że wielokrotnie zdarzało się wycofanie leku wcześniej zakwalifikowanego jako bezpieczny. Wieloletnie doświadczenia poszczególnych krajów promujących samoleczenie w zaawansowanym stopniu, jak na przykład Stany Zjednoczone, Wielka Brytania lub Kanada, powinny stanowić przykład dla rozwiązań wprowadzanych w Polsce. Niestety istnieje podejrzenie, że interes własny poszczególnych korporacji, firm lub osób prywatnych będzie skutecznie blokował podstawowe założenie skutecznego samoleczenia jakim jest bezpieczeństwo leku.

Aby samoleczenie przynosiło pozytywne efekty dla ogólnie pojmowanego zdrowia publicznego należy oprócz mechanizmów edukacyjnych wprowadzić także odpowiednie i niezależne mechanizmy kontroli oraz prowadzić systematyczne badania monitorujące efekty terapii lekowych stosowanych przez pacjentów. Dopiero wtedy na podstawie kompleksowych wyników będzie można całościowo ocenić czy samoleczenie wywiera pozytywny czy negatywny wpływ na nasze zdrowie oraz na ekonomiczne wskaźniki utrzymania systemów ochrony zdrowia.

Piśmiennictwo:

1. Aronson JK. Over-the-counter medicines. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2004; 58(3): 231-234.
2. Barbosa Servidoni A, Coelbo L, de Lima Navarro M, et al. Self-medication profile of ENT patients. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2006; 72(1): 83-8.
3. Bessell TL, Anderson JN, Silagy CA, et al. Surfing, self-medicating and safety: buying non-prescription and complementary medicines via the internet. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12: 88-92.
4. Hibbard JH, Greenlick M, Jimison H, et al. The impact of a community-wide self-care information project on self-care and medical care utilization. *Eval Health Prof* 2001, 24:404-423.
5. Blenkinsopp A, Bradley C. Patients, society and the increase in self medication. 1996; *BMJ Vol. 312:* 629-632.
6. Boruc R. Samoleczenie. *Magazyn Zdrowia.* 2004; 4: 36-41.
7. Bradley C, Blenkinsopp A. The future for self medication. *BJM.* 1996; Vol. 312: 835-837.
8. Chojnowska-Jeziarska J, Kostka-Trąbka E, Woroń J. Apel w sprawie niebezpieczeństwa wystąpienia leków ziołowych z innymi równocześnie stosowanymi lekami. *Informacje Okręgowej Izby Lekarskiej. Farmacja Krakowska.* 2006; Kwartalnik, rok IX/ nr 2: 9.
9. Cianciara D. Reklama leków kierowana do publicznej wiadomości w Polsce – aspekty prawne, etyczne, zdrowotne i społeczne. *Przeegl. Epidemiol.* 2004; 58: 555-63.
10. Co robi chory Polak? Sondaż. *OBOP.* 1996 [dostęp: 02.02.2009] <http://www.tnsglobal.pl/archive-report/id/569>
11. Covington TR. Nonprescription Drug Therapy: Issues and Opportunities. *Am. J. Pharm. Educ.* 2005; 70(6): 137.
12. Declaration of Alma-Ata. *International Conference of Primary Health Care, Alma-Ata, Rosja, 6-12 września 1978.*
13. Deklaracja dotycząca Skoncentrowanej na Pacjencie Opieki Zdrowotnej. *International Alliance of Patients' Organizations - IAPO.* 2006; [dostęp: 05.02.2009] <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/31/268/IAPO%20Declaration%20on%20Patient-Centred%20Healthcare%20-%20Colour.pdf>
14. Derkacz M. Polipragmazja. Wywiad z prof. Marianem Wieloszem, kierownikiem Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, konsultantem wojewódzkim ds. farmakologii klinicznej. *Służba Zdrowia.* 2008; 88-91 (3789-3792).

15. Dolovich L, Nair K, Sellors C, et al. Do patients' expectations influence their use of medications? *Canadian Family Physician*. 2008; Vol. 54: 384-393.
16. [No authors listed]. Drug spending tops \$25 billion. *CMAJ*. 2007; 176(13).
17. Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines. AESGP. 2007. [dostęp: 15.02.2009] <http://www.aesgp.be/publications/aesgpPublications.asp>
18. Economic and Legal Framework of Non-Prescription Medicines. AESGP. 2008. [dostęp: 15.02.2009] <http://www.aesgp.be/publications/aesgpPublications.asp>
19. El Kafsi J, Raven P. Bad Medicine. *StudentBMJ*. 2006; Vol. 14: 299-300.
20. Greaves CJ, Campbell JL. Supporting self-care in general practice. *British Journal of General Practice*. 2007; 57: 814-821.
21. Hałat Z, Mazur E. Podrabiane leki. *Alergia*. 2004; nr 2/20: 49-52.
22. Informacje Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. [dostęp: 23.02.2009] <http://www.urpl.gov.pl>.
23. Jak kupujemy leki, a jak inne produkty. Informacja prasowa. TNS OBOP. 2004. [dostęp: 23.02.2009] <http://www.tnsglobal.pl/archive-report/id/1544>
24. Jakubiak L. Rozważania o rynku OTC i samoleczeniu pacjentów. 43. Kongres Europejskiego Związku Producentów Leków Bez Recepty (AESGP). 2007. [dostęp: 23.02.2009] <http://www.rynekzrowia.pl/Rynek-Zdrowia/archiwum,43-Kongres-Europejskiego-Zwiazku-Producentow-Lekow-Bez-Recepty-AESGP-Rozwazania-o-rynku-OTC-i-samoleczeniu-pacjentow,555,2007,7.html>.
25. Jakubiak L. Sami trujemy się lekami. *Rynek Zdrowia*. 2008.
26. Jeśli leki to tylko w aptece. Informacja prasowa. TNS OBOP. 2004. III 17. [dostęp: 24.02.2009] <http://www.tns-global.pl/2004-03#478>
27. Kirschner H. Postępy i trudności ochrony zdrowia w Polsce. *Zdr. Publ.* 2004; 114(1): 3-7.
28. Kto korzysta z ulotek w aptekach. Informacja prasowa. TNS OBOP. 2002. [dostęp: 25.02.2009] <http://www.tns-global.pl/archive-report/id/1325>
29. Lang B. Uwarunkowania samoleczenia lekami wydawanymi bez recepty (OTC). 2007. (maszynopis).
30. Leczenie się domowymi sposobami. Komunikat z badań. CBOS. 1998. [dostęp: 27.02.2009] <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=1921>
31. Leki na ulotkę. Informacja prasowa. TNS OBOP. 2007. [dostęp: 1.03.2009] <http://www.tnsglobal.pl/centrum/2007/2007-11#5575>
32. Leki spoza apteki. Informacja prasowa. TNS OBOP. 2007. [dostęp: 1.03.2009] <http://www.tnsglobal.pl/centrum/2007/2007-10#5571>
33. Lottier WI. Self-Medication. *Journal of The National Medical Association*. 1978; Vol. 70: 731-732.
34. Łukiewicz-Kostro R. Edukacja holistyczna – kaprys znużonej cywilizacji czy szansa na rozwój człowieka XXI wieku? *Zdr. Publ.* 2005; 115(3): 359-364.
35. Łuszczyna W. Interakcje leków: niedoceniany problem. Materiały konferencyjne. 5 października 2006.
36. Mazur E. Fałszywe leki – zabójcy na światową skalę. *Świat Konsumenta*. 2004; nr 3: 42-43.
37. McWilliam CL. Strategies for family physicians. *Canadian Family Physician*. 1993; Vol. 39: 1079-1085.
38. Miaskowska-Daszkiwicz K. Problemy związane z życzeniowym przyjmowaniem produktów leczniczych. Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Medycyna – nauka czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”, Warszawa, 17-18 kwietnia 2008 r.
39. Miller M, Zieliński A. Zdrowie publiczne – misja i nauka. *Przegl. Epidemiol.* 2002; 56: 547-57.
40. Morrell DC, Alison JA, Watkins CJ. Management of minor illness. *BMJ*. 1980: 769-771.
41. Neville R. Two-minute consultation: e-mail. *British Journal of General Practice*. 2005; August: 642-643.
42. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku. GUS. 2007 [dostęp: 4.03.2009] http://www.stat.gov.pl/gus/5840_2657_PLK_HTML.htm
43. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Kocoń K. Przyjmowanie leków psychoaktywnych a używanie innych substancji odurzających przez młodzież. *Alkoholizm i Narkomania*. 2006; Tom 19, nr 1: 35-52.
44. Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań. CBOS. 2007. [dostęp: 5.03.2009] <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3709>
45. Pączkowska M. Korzystanie z leków i ich dostępność. CSIOZ. Raport z badań. 2008. [dostęp: 9.03.2009] <http://www.csioz.gov.pl/pliki/Dostepnosc/Leki1%20-%20raport%2029.09.doc>.
46. Pęgiel-Kamrat J, Zarzeczna-Baran M. Zjawisko samoleczenia wśród studentów medycyny. *ANN. UMCS. 2005; Sect. D, Vol. LX, Suppl. XVI, 406*.

47. *Rady z za lady - mieszkańcy Europy Środkowej wolą farmaceutów od lekarzy. Informacja prasowa. TNS OBOP. 2002. [dostęp: 11.03.2009] <http://www.tnsglobal.pl/archive-report/id/1321>*
48. *Raport z badania rynku hurtowego obrotu lekami w Polsce. UOKiK. 2006. [dostęp: 16.03.2009] <http://www.uokik.gov.pl/szukaj.php?szukaj=raport+z+badania+rynku+hurtowego+obrotu+lekami+w+polsce&x=0&y=0>*
49. *Responsible Self-care and Self-medication. WSMI. 2006. [dostęp: 16.03.2009] <http://www.aesgp.be/publications/wsmiPublications.asp>*
50. *Robinson RG. Pain Relief for Headaches. Is self-medication a problem? Canadian Family Physician. 1993; Vol. 39: 867-871.*
51. *Rybus-Potępa E, Marczewski K. Samoleczenie - stare zagrożenia czy nowy świat pomocy dla pacjenta. Zdr. Publ. 2001; 111(1): 31-36.*
52. *Self-care - a real choice. 2005. Department of Health. [dostęp: 16.03.2009]: <http://www.dh.gov.uk/SelfCare>*
53. *Smart Regulation 2015. The Future Regulation of Self-care. AESGP. 2007. [dostęp: 17.03.2009] <http://www.aesgp.be/SmartRegulation/SmartRegulation2015.pdf>*
54. *The Economic and Public Health Value of Self-medication. AESGP. 2004. [dostęp: 17.03.2009] <http://www.aesgp.be/ephv/2004study.pdf>*
55. *Ulatowska-Szostak E. Wpływ reklamy na zakup leków, parafarmaceutyków i preparatów witaminowych w opiniach klientów aptek - porównanie lat 2002 i 2007. Probl. Hig. Epidemiol. 2008; 89(3): 441-444.*
56. *Webber DE. Key messages and conclusions from The 6th WSMI Asia Pacific Regional Conference, Pekin, 27-29 października 2004.*
57. *Węgrzyk J. Korzyści z samoleczenia. Rzeczpospolita. 2004; 140 (6823).*
58. *Wiela-Hojeńska A, Orzechowska-Juzwenko K. Niepożądane działania leków. W: Orzechowska-Juzwenko K. Red., Farmakologia Kliniczna. Wrocław, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, 2006: 209-243.*
59. *Wiemy jakie leki chcemy kupić. Informacja prasowa. TNS OBOP. 2004. [dostęp: 19.03.2009] <http://www.tnsglobal.pl/2004-02#378>*
60. *Woroń J. Niebezpieczne samoleczenie. Puls Farmacji. 2008; 16(21).*
61. *WSMI Declaration on Self-care and Self-medication. 2006. WSMI. [dostęp: 23.03.2009] <http://www.wsmi.org/pdf/boarddeclarationsselfcare.pdf>*
62. *Wytyczne dotyczące definicji potencjalnego poważnego zagrożenia dla zdrowia publicznego w kontekście art. 29 ust. 1 i 2 dyrektywy 2001/83/WE marzec 2006 r. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej. 2006/C 133/05.*
63. *Zalewski P. Co dziesiąty internauta korzysta z aptek. Internet Standard. 2007. [dostęp: 24.03.2009] <http://www.internetstandard.pl/news/print.asp?id=107105>.*
64. *Resolution on the communication from the Commission to the Council and the European Parliament on the outlines of an industrial policy for the pharmaceutical sector in the European Community (COM(93)0718 - C3-0121/94) Official Journal C 141, 13/05/1996 P. 0063.*



IV Medyczne, społeczne i ekonomiczne aspekty samoleczenia oraz samoopieki. Samoleczenie a problematyka kosztów w systemie ochrony zdrowia.

Tomasz Bochenek

Samoopieka i samoleczenie mają tradycje tak długie, jak historia człowieka. Pomimo tego ich postrzeganie i rozumienie jest bardzo zróżnicowane, nawet wśród osób zawodowo zaangażowanych w opiekę zdrowotną. Definicja samoopieki (ang. *self-care*) jest bardzo obszerna i obejmuje wszystko, co ludzie czynią aby uzyskać i utrzymać właściwy stan zdrowia oraz zapobiec chorobie lub ją leczyć. W pojęciu tym mieści się między innymi właściwe odżywianie się, styl życia, samoleczenie, dbałość o higienę, a także wpływ czynników społeczno-ekonomicznych i środowiskowych na ludzkie zachowania związane z własnym zdrowiem [12]. Samoopieka określana jest jako praktykowanie działań, które ludzie inicjują i wykonują na własną rękę w celu podtrzymania życia, dobrego stanu zdrowia i własnego dobrostanu [9]. Samoopieka zaczyna się już od wyboru zdrowego stylu życia, zachęcającego do samodzielnego podejmowania działań związanych z utrzymaniem dobrego stanu własnego zdrowia. Jest ona związana z unikaniem czynników ryzyka. W sytuacji, gdy pojawi się choroba, samoopieka obejmuje także samodzielne rozpoznawanie niektórych jej objawów, monitorowanie i ocenę ich przebiegu oraz współpracę z personelem medycznym wówczas, gdy istnieje taka potrzeba. Jest to także zdolność radzenia sobie z objawami chorobowymi samodzielnie lub we współpracy z personelem medycznym. Samoopieka obejmuje również odpowiedzialne stosowanie leków, i to zarówno tych wydawanych wyłącznie na podstawie recepty lekarskiej (leki Rp), jak też niewymagających uzyskania recepty od lekarza (leki OTC), a także suplementów diety.

Postęp cywilizacyjny powoduje, że samoopieka może być szansą i jedną z nowoczesnych dróg prowadzących do uzyskiwania lub utrzymywania właściwego stanu zdrowia. Wpływa na to ma coraz lepszy poziom edukacji i rozszerzający się dostęp do informacji. Wraz z postępami w medycynie, szereg chorób zmienia swój przebieg z ostrego na przewlekły. Lepsze poznawanie etiologii chorób przyczynia się do wzrostu znaczenia ich profilaktyki. Możliwe jest samodzielne, choć monitorowane i okresowo kontrolowane przez lekarza, leczenie wielu chorób przewlekłych (ang. *self-management*). Nie bez znaczenia jest powszechne, choć różnie nasilone, niez-

dowolenie ze zatowizowanych i kosztownych dla pacjenta systemów opieki zdrowotnej. Zdrowy styl życia staje się modny, zwłaszcza w środowisku osób lepiej wykształconych. Rośnie znaczenie ruchów konsumenckich, a wraz z tym, pojawia się wśród pacjentów chęć podejmowania świadomych decyzji. Część bodźców stymulujących wzrost popularności samoopieki pochodzi od administratorów systemu opieki zdrowotnej i płatników za udzielane w nich świadczenia. Wzrost wydatków na leki refundowane skutkuje bezpośrednim lub pośrednim ograniczaniem dostępności leków Rp. Wszystkie wymienione czynniki powodują, że samoopieka coraz częściej staje się integralnym elementem systemu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

Zjawisko samoopieki jest dosyć blisko związane z samoleczeniem, które określane jest jako stosowanie produktów leczniczych w celu leczenia samodzielnie rozpoznanych chorób lub objawów chorobowych, a także jako okresowe lub ciągłe stosowanie leków zaleconych przez lekarza w leczeniu przewlekłych lub nawracających schorzeń i objawów chorobowych [12]. Niekiedy samoleczenie jest pojmowane jako działanie związane niekoniecznie ze stosowaniem leków, choć większość definicji dotyczy właśnie samodzielnego leczenia farmakologicznego. Polskiemu terminowi „samoleczenie” odpowiadają angielskojęzyczne *self-medication* oraz *self-treatment*. Wydaje się, że z obiegowym rozumieniem terminu „samoleczenie” związanych jest sporo nieporozumień. Ma to związek ze spotykanym niekiedy pojmowaniem samoleczenia w sposób bardzo uproszczony, a więc jako niezalecanego przez lekarzy pacjentom leczenia odbywającego się całkowicie bez kontroli lekarza, leczenia prowadzonego w sposób niefachowy, na własną rękę, całkowicie samodzielnie przez pacjenta. W takim znaczeniu samoleczenie może więc być postępowaniem niebezpiecznym i zasługującym na całkowite potępienie.

Zjawisko samoleczenia dobrze jest analizować uwzględniając medyczne motywy, które stoją za podjęciem przez pacjenta decyzji o jego rozpoczęciu. Przede wszystkim dana dolegliwość może być rozpoznana przez pacjenta jako niegroźna i możliwa do samodzielnego wyleczenia. Dolegliwość może też być rozpoznana przez pacjenta jako znana i uprzednio zdiagnozowana przez lekarza. W takiej sytuacji pacjent może już posiadać zalecenia lekarskie co do jej leczenia. Samoleczenie może być także motywowane szukaniem przez pacjenta pomocy w zwalczaniu objawów niepożądanych wynikających z leczenia zleconego przez lekarza. Może też być motywowane wspomaganie leczenia choroby przewlekłej. Decyzja o samoleczeniu może być również rezultatem korzystania z edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób. Wreszcie, samoleczenie może wynikać z postawienia przez pacjenta całkowicie samodzielnej diagnozy, a następnie z podjęcia przez pacjenta decyzji o leczeniu. Wobec tak

określonych medycznych motywów podejmowania przez pacjenta decyzji o samoleczeniu, istotne jest znaczenie porady farmaceutycznej w jego przebiegu oraz zestawu fachowych działań określanych w ostatnich latach mianem opieki farmaceutycznej. Dotyczy to zwłaszcza grup pacjentów „wrażliwych” np. ze względu na podeszły lub dziecięcy wiek, choroby współistniejące lub już stosowane leczenie farmakologiczne. Rola farmaceuty w samoleczeniu związana jest z ciągiem kolejnych weryfikacji, w rezultacie których może nastąpić ewentualne odesłanie pacjenta do lekarza. Weryfikacje te dotyczą:

- problemu zdrowotnego i diagnozy postawionej przez pacjenta,
- wskazań do leczenia,
- możliwości zastosowania leku OTC,
- wyboru leku przez pacjenta.

Ostatnim etapem tego łańcucha weryfikacyjnego jest wydanie leku wraz z przekazaniem informacji o jego stosowaniu [10].

Zjawiska samoleczenia i samoopieki zasługują na naukową analizę, w szczególności uwzględniającą aspekty medyczne, społeczne i ekonomiczne. Metod naukowych służących do kompleksowej analizy różnorodnych skutków stosowania różnych sposobów leczenia dostarcza obecnie interdyscyplinarna Ocena Technologii Medycznych (ang. HTA, *Health Technology Assessment*). Uzasadnieniem dla możliwości, a nawet konieczności analizowania zjawiska samoleczenia i samoopieki zgodnie z metodologią przyjętą dla oceny technologii medycznych jest przynależność obu tych zjawisk do grona szeroko postrzeganych technologii medycznych. Pojęcie „technologii medycznej” wciąż jest niewłaściwie i zbyt często kojarzone w polskim środowisku medycznym głównie z metodami biomedycznymi, a szczególnie interwencyjnymi i wymagającymi intensywnego, absorbującego udziału profesjonalistów medycznych, głównie lekarzy. Na szczęście dzieje się tak stopniowo coraz rzadziej, ze względu na rozpowszechnianie się znajomości problematyki HTA w Polsce. Jeszcze nie tak dawno termin „ocena technologii medycznych” kojarzony był bardziej z oceną parametrów technicznych aparatury medycznej, a nie zaś, przykładowo – z analizą farmakoekonomiczną leczenia choroby przewlekłej. W takim kontekście należy zauważyć, że w literaturze międzynarodowej już pod koniec lat 90-tych ubiegłego stulecia zwracano uwagę na rozszerzanie się znaczenia terminu „technologia medyczna” [7]. Powstały wówczas propozycje stosowania mniej lub bardziej bliskoznacznych, lecz nie jednoznacznych terminów dotyczących stopniowo rozszerzającego się zakresu zagadnień: technologie biomedyczne i inne technologie medyczne, a także inne technologie opieki zdrowotnej i technologie spoza tego sektora.

W świetle przedstawionej tutaj ekspansji semantycznej terminu „technologia” w kontekście medycznym widać, że miejsce dla analizy zjawisk samoleczenia i samoopieki jest przynajmniej w kilku kategoriach tak rozumianych technologii. HTA jest realizowana na zasadach EBM (medycyny opartej na dowodach naukowych, ang. Evidence Based Medicine), a więc wymaga wykorzystania literatury naukowej w sposób rzetelny i wyważony. Nie inaczej powinno działać się z naukowym poznawaniem zjawisk samoopieki i samoleczenia.

Cel badania

Celem niniejszego opracowania jest dokonanie opisu i ogólnej analizy dostępnej obecnie literatury naukowej poruszającej problematykę samoopieki i samoleczenia z uwzględnieniem kosztów opieki zdrowotnej. Opracowanie ma przynieść odpowiedź na następująco brzmiące pytanie badawcze: w jakim zakresie metody leczenia kwalifikujące się jako samoopieka lub samoleczenie były do tej pory analizowane z zastosowaniem metodyki stosowanej w ocenie technologii medycznych?

HTA pozwala na taką ocenę metod leczenia, która integruje w sobie różnorodne skutki ich stosowania, uwidaczniające się na wielu płaszczyznach, takich jak: medyczna, ekonomiczna, społeczna oraz w odniesieniu do całego systemu opieki zdrowotnej. Założono więc, że odpowiedź na pytanie badawcze postawione tak jak powyżej, pozwoli na wyciągnięcie wniosków co do stopnia, w jakim szeroko rozumiane skutki samoopieki i samoleczenia są obecnie rozpoznane i ocenione w sposób systematyczny oraz kompleksowy.

Ponadto, opracowaniu niniejszemu postawiony został drugi cel, którym było przeprowadzenie analizy zjawiska samoleczenia z zastosowaniem leków OTC i opisanie tego zjawiska z naciskiem na jego aspekty ekonomiczne, w szczególności odnoszące się do Polski.

Wyniki i wnioski płynące z niniejszego opracowania mogą zostać wykorzystane w debatach dotyczących zjawisk samoopieki i samoleczenia.

Materiał i metody

W przeglądzie systematycznym dotyczącym analiz medycznych i ekonomicznych aspektów samoopieki i samoleczenia wykorzystano zasoby internetowe instytucji zajmujących się oceną technologii medycznych, takich jak:

- polska Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM),

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH),
- Finnish Office for Health Technology Assessment (FinOHTA),
- Swedish Council of Technology Assessment in Health Care (SBU).

Przeszukano zasoby internetowe instytucji zaangażowanych w tworzenie i publikację wytycznych leczenia:

- U.S. Preventive Services Task Force (USPTF),
- National Guideline Clearinghouse (NGC).

Przeszukane zostały także zasoby baz danych:

- PubMed,
- Embase,
- Polska Bibliografia Lekarska (PBL),
- The Cochrane Library.

Założone zostało wykorzystanie następujących słów kluczowych: „self medication”, „self treatment”, „self care”, „cost”. Założono także zastosowanie limitów wyszukiwania, pozwalających na odnalezienie jak największej ilości prac naukowych wykorzystujących metodologię HTA. W bazach danych PubMed i Embase przewidziano wykorzystanie udostępnianych przez te bazy metod rozszerzonego przeszukiwania, określanych jako: wykorzystanie terminologii MeSH, mapowanie do preferowanego zasobu terminologii lub wykorzystanie synonimów.

Przeprowadzona została również wybiórcza, ograniczona do zasobów bazy PubMed, analiza literatury naukowej zajmującej się medycznymi i ekonomicznymi aspektami samoleczenia z zastosowaniem leków OTC. W analizie tej wykorzystano następujące słowa kluczowe: „self treatment”, „self medication”, „OTC”, „cost”.

Wyniki

Wyniki przedstawione zostały odrębnie dla szerokiej analizy uwzględniającej samoleczenie i samoopiekę oraz związane z nimi aspekty kosztowe, zaś osobno dla zawężonej analizy samoleczenia z zastosowaniem leków OTC i w kontekście kosztów leczenia.

Wyniki szerokiej analizy dotyczącej samoleczenia, samoopieki i ich aspektów kosztowych

Zasoby internetowe instytucji zajmujących się oceną technologii medycznych zostały przeszukane pod kątem istnienia prac naukowych dotyczących problematyki opisywanej przez hasła: „self medication”, „self treatment”, „self care” oraz „cost”.

Przeszukiwanie zasobów AOTM nie przyniosło żadnych pozytywnych rezultatów. Przeszukanie zasobów CADTH przyniosło trzy prace przeglądowe związane z tematyką „self care” i „cost” (dwie dotyczące tej samej technologii medycznej nie-lekowej i jedną dotyczącą interwencji farmakologicznych). Żadna z tych prac nie została uznana za istotną dla niniejszego opracowania. Także przeszukiwanie zasobów FinOHTA przyniosło niewielką ilość prac (dwie) związanych z tematyką „self care” i „cost”. Obie prace są przeglądami systematycznymi dotyczącymi zastosowania HTA w opiece pielęgniarskiej, a więc nie są bezpośrednio związane z tematem niniejszego opracowania. Również analiza obszernej bibliografii zawartej w tych opracowaniach nie przyniosła pozytywnych rezultatów. Przeszukanie zasobów SBU przyniosło wynik w postaci czterech prac, dotyczących zastosowania terapii kognitywno-behawioralnej w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Przeszukane zostały także zasoby internetowe dwóch instytucji zajmujących się wytycznymi leczenia. Analiza zasobów NGC z użyciem haseł połączonych odpowiednio łącznikami: ("self treatment" OR "self medication" OR "self care") AND "cost" nie dała pozytywnych rezultatów. Podobnie, przeszukanie zasobów USPTF nie przyniosło rezultatów istotnych dla niniejszego opracowania.

Przeszukiwanie zasobów PBL z zastosowaniem haseł „samoleczenie” i „koszt”, z ograniczeniem czasowym do zakresu lat 1999-2009 przyniosło dwie prace [8, 6]. Pierwsza z nich porusza głównie tematykę związaną z niepożądanymi działaniami leków [8], zaś druga zajmuje się analizą zużycia leków w Polsce, w okresie przekształceń systemowych [6] Prac tych nie uwzględniono w opracowaniu, jako że nie były one związane bezpośrednio z obszarem oceny technologii medycznych.

W bazach danych PubMed i Embase wykorzystano udostępniane przez te bazy metody rozszerzonego przeszukiwania, określane jako: wykorzystanie terminologii MeSH, mapowanie do preferowanego zasobu terminologii lub wykorzystanie synonimów. Przeszukane zostały również zasoby bazy Biomed Central. W bazie PubMed odnaleziono 124 kwalifikujące się publikacje, w bazie Embase – 125 publikacji, zaś w bazie Biomed Central – 99 publikacji. Słowa kluczowe, limity wyszukiwania oraz liczebność uzyskanych rezultatów przedstawia Tabela 1.

Przeszukane zostały również zasoby The Cochrane Library. W strategii wyszukiwania zastosowano słowa kluczowe „self medication”, „self treatment” i „self care” połączone spójnikiem OR, a następnie połączone ze słowem kluczowym „cost” za pomocą spójnika AND. Słów tych poszukiwano

TABELA 1. **Zbiornicze zestawienie rezultatów wyszukiwania w bazach literaturowych PubMed, Embase, Biomed Central.**

Identyfikator zapytania	Zapytanie	Liczba rezultatów wyszukiwania:
PUBMED VIA MEDLINE		
#1	„self treatment”	721
#2	„self medication”	4 152
#3	„self care”	19 794
#4	cost	420 806
#5	#1 or #2 or #3	24 165
#6	#4 and #5	1 825
#7	#6 z limitami: prace opublikowane w ostatnich 10 latach, prace z abstraktami, badania na ludziach, metaanalizy, randomizowane badania kliniczne z grupą kontrolną, publikacje w języku angielskim i polskim	124
EMBASE VIA ELSEVIER		
#1	„self treatment”	31 839
#2	„self medication”	7 337
#3	„self care”	34 225
#4	cost	370 198
#5	#1 or #2 or #3	35 456
#6	#4 and #5	2 393
#7	#6 z limitami: prace opublikowane w latach 1999 - 2009, prace z abstraktami, baza EMBASE, badania na ludziach, publikacje w języku angielskim i polskim, przeglądy Cochrane, meta-analizy, randomizowane badania kliniczne z grupą kontrolną, przeglądy systematyczne	125
BIOMED CENTRAL		
#1	„self treatment”	109
#2	„self medication”	155
#3	„self care”	576
#4	cost	10 596
#5	#1 or #2 or #3	791
#6	#4 and #5	409
#7	#6 z limitem: prace opublikowane w latach 1999 - 2009, słowa kluczowe obecne w cytacie i abstrakcie	99

w pozycjach: tytuł, abstrakt, słowa kluczowe. Przeszukiwanie przeprowadzono we wszystkich bazach danych wchodzących w skład The Cochrane Library. Przyjęto ograniczenie czasu publikacji do lat 1999 – 2009. W rezultacie otrzymano rezultaty przedstawione zbiorczo poniżej (Tabela 2). Łącznie uzyskano 243 publikacje kwalifikujące się do niniejszej pracy.

TABELA 2. **Zbiorcze zestawienie rezultatów wyszukiwania w bazach literaturowych należących do The Cochrane Library.**

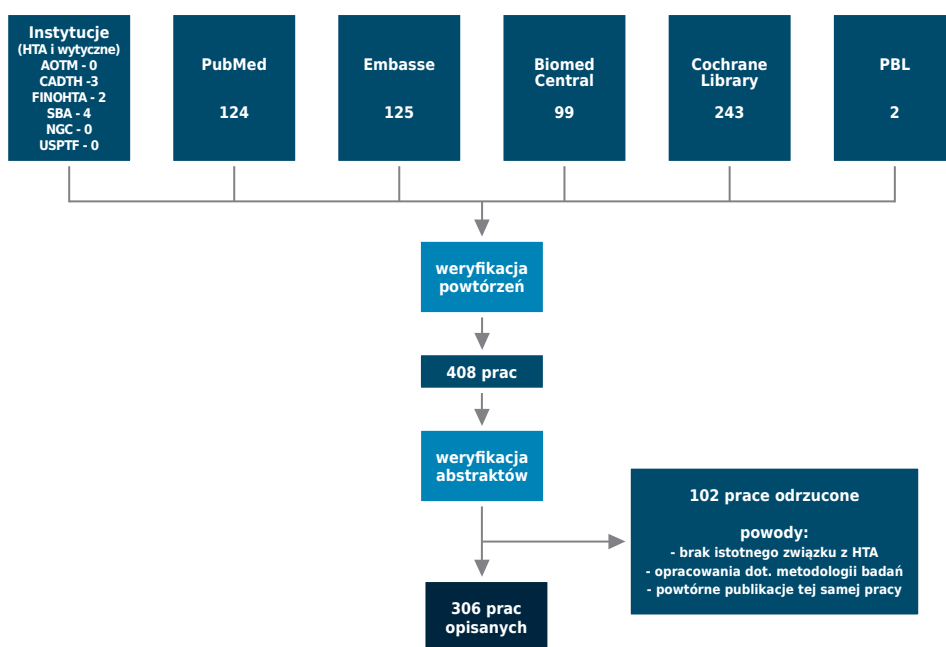
Baza danych w The Cochrane Library	Liczba rezultatów
Cochrane Reviews	6
Other reviews	7
Clinical Trials	144
Methods Studies	1
Technology Assessments	6
Economic Evaluations	79
Cochrane Groups	0
Łączna ilość rezultatów	243

TABELA 3. **Zestawienie problemów zdrowotnych poruszanych w pracach poddanych szczegółowej analizie w toku przeglądu systematycznego**

Problem zdrowotny	Ilość prac
Cukrzyca	46
Choroby psychiczne (w tym depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia, zaburzenia łaknienia)	46
Astma oskrzelowa	29
Leczenie bólu	24
Różne problemy związane z chorobami przewlekłymi (np. długotrwała hospitalizacja)	23
Choroby kardiologiczne	20
Choroby zakaźne (HIV/AIDS, choroby przenoszone drogą płciową, malaria, schistosomatoza, filarioza, trąd)	20
Alkoholizm i nikotynizm	17
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	14
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	14
Zaburzenia krzepnięcia krwi	8
Choroby przewodu pokarmowego i wątroby	8
Choroby neurologiczne	7
Choroby układu moczowego	6
Choroby nowotworowe	6
Choroby układu krążenia i nadciśnienie tętnicze	4
Otyłość	4
Mukowiscydoza	3
Choroby otolaryngologiczne	2
Choroby stomatologiczne	2
Chirurgia plastyczna	1
Choroby dermatologiczne	1
Choroby okulistyczne	1

Prace, które w rezultacie przeprowadzonej selekcji zostały zakwalifikowane do szczegółowej analizy i opisu, zgrupowano w zależności od problemu zdrowotnego, którego one dotyczyły. Spośród 306 opisanych prac największa ilość dotyczyła leczenia cukrzycy i chorób psychicznych (po 46 prac) a w dalszej kolejności: astmy oskrzelowej (29 prac), leczenia bólu (24 prace), różnych problemów zdrowotnych związanych z przebiegiem chorób przewlekłych (23 prace), chorób kardiologicznych i chorób zakaźnych (po 20 prac). Pozostałe problemy zdrowotne poruszane były przez liczbę prac nieprzekraczającą kilkunastu w każdej kategorii. Zestawienie problemów zdrowotnych poruszanych w pracach opisanych w toku przeglądu systematycznego przedstawia Tabela 3.

WYKRES 1. Selekcja badań wyszukanych w literaturowych bazach danych.



Wyniki zawężonej analizy samoleczenia z zastosowaniem leków OTC w kontekście kosztów leczenia

W wybiórczej analizie literatury medycznej dotyczącej samoleczenia z zastosowaniem leków OTC i uwzględniającej problematykę kosztów leczenia, wykorzystano słowa kluczowe połączone spójnikami (operatorami Boole'a) w następujący sposób: ("self treatment" OR "self medication") AND "OTC" AND "cost".

Przeszukania dokonano w bazie Medline via PubMed i jego rezultatem było 28 publikacji. Jedną z nich odrzucono, jako niespełniającą potrzeb niniejszej pracy, ponieważ okazało się, że dotyczy ona tematyki użycia leków. Nie zastosowano żadnych limitów czasowych. Uzyskane w wyniku wyszukiwania publikacje powstały w latach 1983-2009. Włączono do analizy 27 publikacji i przeprowadzono ją pod kątem:

- kategorii stosowanych leków OTC,
- wskazań terapeutycznych do zastosowania leków OTC,
- krajów, których dotyczyły badania,
- zastosowanej metodyki badawczej.

Analiza kategorii leków OTC stosowanych w opisanych pracach wskazuje na to, że prawie połowa ($n=14$; 52%) dotyczyła leków OTC jako całej kategorii, 19% prac ($n=5$) dotyczyła zastosowania leków OTC hamujących wydzielanie soku żołądkowego, po 7% prac ($n=2$) dotyczyło stosowania statyn i innych leków obniżających poziom cholesterolu oraz niesterydowych leków przeciwzapalnych. Pozostałe kategorie leków OTC były przedmiotem badań pojedynczych prac. Należy przy tym zaznaczyć, że niektóre z tych kategorii leków nie są dostępne bez recepty lekarskiej w Polsce.

Analiza wskazań terapeutycznych do stosowania leków OTC opisywanych w przeanalizowanych badaniach prowadzi do wniosku, że w większości prac (52%; $n=14$) były to wskazania nie ograniczone wyłącznie do jednej, konkretnej grupy leków i dotyczyły one stosowania leków OTC jako całej kategorii. W 19% prac ($n=5$) opisywano zastosowanie leków OTC w dyspepsji i refluksie żołądkowo-przłykowym, w 7% prac ($n=2$) opisywano zastosowanie leków OTC w leczeniu hipercholesterolemii. Pojedyncze prace dotyczyły takich wskazań, jak: antykoncepcja, leczenie biegunek, brodawek skórnych, chorób oczu, kandydozy żeńskich narządów płciowych oraz zastosowań przeciwzapalnych i przeciwbólowych.

W większości prac naukowych ($n=13$) analizowano materiał dotyczący stosowania leków OTC w samoleczeniu, z uwzględnieniem problematyki kosztów leczenia, skupiając się na obszarze USA. Stosowanie leków OTC w Wielkiej Brytanii było uwzględnione w trzech pracach, w dalszej kolejności plasowały się takie lokalizacje, jak: Kanada, Niemcy i inne kraje. Należy zaznaczyć, że niektóre prace analizowały stosowanie leków OTC w kilku krajach jednocześnie.

TABELA 4. **Prace naukowe dotyczące samoleczenia, stosowania leków OTC i kosztów leczenia według rodzaju leków, wskazań terapeutycznych i krajów, których dotyczą.**

Prace naukowe dotyczące samoleczenia, stosowania leków OTC i kosztów leczenia - według rodzaju leków	
ILOŚĆ PRAC	RODZAJ LEKÓW
14	różne leki OTC (OTC jako kategoria)
5	hamujące wydzielanie soku żołądkowego
2	statyny i inne leki obniżające poziom cholesterolu
2	niesterydowe leki przeciwzapalne
1	przeciwgrzybicze
1	doustne środki antykoncepcyjne
1	leki przeciwbiegunkowe
1	leki okulistyczne
1	leki dermatologiczne
Prace naukowe dotyczące samoleczenia, stosowania leków OTC i kosztów leczenia - według wskazań terapeutycznych	
ILOŚĆ PRAC	WSKAZANIA TERAPEUTYCZNE
14	różne wskazania dla całej kategorii leków OTC
5	dyspepsja, refluks żołądkowo-przelykowy
2	hipercholesterolemia
1	antykoncepcja
1	biegunki
1	brodawki skórne
1	choroby oczu
1	kandydoza żeńskich narządów płciowych
1	przeciwzapalne i przeciwbólowe
Badania dotyczące samoleczenia, stosowania leków OTC i kosztów leczenia - według krajów	
ILOŚĆ PRAC	KRAJ
13	USA
3	Wielka Brytania
2	Kanada
2	Niemcy
1	Australia
1	Holandia
1	Jordania
1	Włochy
1	RPA
1	Serbia
2	wybór różnych krajów

Większość prac (48%; n=13) miała charakter przeglądu literatury lub pracy poglądowej. 22% badań można określić jako przekrojowe (n=6), zaś 11% prac (n=3) można zakwalifikować jako analizy użytkowania leków połączone z modelowaniem. Pojedyncze prace miały charakter randomizowanego badania klinicznego z grupą kontrolną (RCT), analizy użytkowania leków połączonej z opisem kosztów, badania ekologicznego lub opisu serii przypadków. Zestawienie typologii przeanalizowanych prac naukowych przedstawia Tabela nr 5 poniżej.

TABELA 5. **Badania dotyczące samoleczenia, stosowania leków OTC i kosztów leczenia - według metodyki badań.**

Prace naukowe dotyczące samoleczenia, stosowania leków OTC i kosztów leczenia - według metodyki badań	
ILOŚĆ PRAC	METODYKA PRAC
13	przegląd literatury, praca poglądowa
6	przekrojowe
3	analiza użytkowania leków i modelowanie
1	przegląd systematyczny i modelowanie
1	RCT
1	analiza użytkowania leków i opis kosztów
1	ekologiczne (korelacyjne)
1	opis serii przypadków

Dyskusja

Przegląd literatury naukowej analizującej problematykę samoopieki lub samoleczenia a jednocześnie zajmującej się zagadnieniami kosztów leczenia wskazuje na istnienie stosunkowo małej liczby tego rodzaju publikacji (n=306). Należy zaznaczyć, że zastosowane zostały dosyć szerokie limity czasowe lub też nie stosowano ich w ogóle. Zaledwie 0,03% prac indeksowanych w bazie PubMed (analogicznie w bazie Embase) i poruszających problematykę kosztów uwzględnia ją w sposób zgodny z założeniami niniejszej pracy, w kontekście samoopieki i samoleczenia. W przypadku bazy Biomed Central odsetek ten wynosi 9% a więc jest wyższy, choć nadal stosunkowo niski, co można przypisać bardziej ogólnemu sformułowaniu zapytania. Wynikało to z konstrukcji tej bazy danych i braku możliwości sformułowania zapytania w sposób bardziej szczegółowy. Poszukiwania przeprowadzone w szczegółowych, tematycznych zbiorach literaturowych (zasoby instytucji zajmujących się HTA lub wytycznymi leczenia) także przyniosły rezultaty dosyć ograniczone, zerowe lub co najwyżej składające się z kilku pozycji.

Wśród problemów zdrowotnych, które do tej pory pozostawały w polu zainteresowań badaczy zajmujących się zagadnieniem samoopieki i samoleczenia w analizowanym kontekście, były przede wszystkim choroby przewlekłe, takie jak: cukrzyca, choroby psychiczne, astma oskrzelowa, choroby przebiegające z objawami bólowymi, kardiologiczne, zakaźne, itd. Przewlekłość procesu chorobowego może częściej zmuszać pacjenta do samodzielnego szukania ulgi w cierpieniu, zaś zidentyfikowane w niniejszej pracy choroby cechują się dużym rozpowszechnieniem.

Liczba publikacji poruszających problematykę samoleczenia z zastosowaniem leków OTC i zajmujących się jednocześnie problematyką kosztów leczenia jest zaskakująco niska (n=27). W związku z powyższym, można stwierdzić, że praktycznie w każdej kategorii analitycznej medyczne oraz ekonomiczne skutki stosowania leków OTC są, jak do tej pory, przeanalizowane w sposób daleko niewystarczający. Podejmowanie tego rodzaju tematyki najczęściej w krajach anglosaskich, a także na kontynencie Ameryki Północnej nie jest zaskoczeniem. Są to bowiem również te kraje, gdzie tradycja prowadzenia badań należących do obszaru HTA jest stosunkowo dobrze rozwinięta. Zdecydowana większość publikacji dotyczących OTC, zidentyfikowanych w niniejszej pracy, są to artykuły o charakterze przeglądowym. Badań o charakterze RCT, dostarczających najcenniejszego materiału do analiz HTA, jest bardzo mało. Należy zwrócić uwagę, że zaprojektowanie badań RCT porównujących różne metody leczenia tego samego schorzenia z zastosowaniem leków OTC i innych metod leczenia byłoby niezwykle trudne, jeśli wręcz niemożliwe ze względów etycznych. Należy więc sądzić, że materiału do analiz medycznych i ekonomicznych aspektów samoleczenia z zastosowaniem leków OTC muszą dostarczać prace naukowe rodzaju innego niż RCT.

Współcześnie zaznaczają się dosyć mocne przesłanki do tego aby, w miarę możliwości, nadawać lekom status wydawanych bez recepty, a więc dostępnych łatwo dla celów samoleczenia. Eliminowanie konieczności uzyskiwania przez pacjenta recepty lekarskiej na niektóre leki przyczynia się do poprawy dostępu do leków. Nie bez znaczenia jest większe upodmiotowienie pacjenta, związane z umożliwieniem mu bezpośredniego dostępu do leków z grupy OTC, przyznanie mu większej samodzielności i zachęcenie do wzięcia odpowiedzialności za leczenie. Oczywiście, taka tendencja może mieć również negatywne skutki. Dzieje się tak, jeżeli leki OTC są stosowane w sposób nieodpowiedzialny i nierozsądny. Z tego względu bardzo ważne jest sprawne funkcjonowanie systemu *pharmacovigilance* (monitorowanie niepożądanych działań leków), zwłaszcza że istnieją przecież mechanizmy formalno-prawne pozwalające na ponowne przesuwanie leku z kategorii OTC do Rp. Czasami działania niepożądane

dane mogą ujawniać się dopiero przy bardziej powszechnym stosowaniu leków. Może się tak zdarzyć właśnie po przesunięciu leków z grupy Rp do OTC. W Wielkiej Brytanii miało to miejsce w latach osiemdziesiątych XX. wieku, w przypadku terfenadyny^o.

Z dużym prawdopodobieństwem można przy tym stwierdzić, że zgłaszalność działań niepożądanych leków OTC jest zaniżona, w dużej mierze z powodu częstego postrzegania ich jako „nie-leki”. Poza tym, lekarze zbyt rzadko pytają pacjentów o stosowanie leków OTC, zaś pacjenci zbyt często o nich nie pamiętają podczas wizyty u lekarza. To również może mieć wpływ na zaniżoną zgłaszalność działań niepożądanych tego typu leków.

Dla firm farmaceutycznych uzyskanie przez lek statusu OTC oznacza wydłużenie okresu obecności leku na rynku i powiększenie rynku zbytu, co ma szczególne znaczenie w sytuacji, gdy okres ochrony patentowej danego leku zbliża się do końca. Przechodzenie leków od statusu Rp do OTC (ang. *Rp-OTC switch*) ma więc wymiar zarówno medyczny, jak też społeczno-ekonomiczny. Na kontynencie europejskim zjawisko to rozpoczęło się w połowie lat osiemdziesiątych XX. wieku. W Wielkiej Brytanii *Rp-OTC switch* doczekał się analiz ekonomicznych, z których płyną takie wnioski, że np. zamiana statusu Rp na OTC w przypadku loperamidu w 1987r przyniosła oszczędności dla budżetu płatnika publicznego (NHS) w wysokości 4,2 mln funtów brytyjskich, zaś w przypadku hydrokortyzonu oszczędności te wyniosły 2 mln funtów brytyjskich. Według innych analiz, przeprowadzonych w Szwecji, oszczędności tamtejszego płatnika publicznego uzyskane dzięki zamianie statusu z Rp na OTC, w przypadku 16 leków łącznie, osiągnęły 400 mln USD. Uzyskiwanie przez publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych oszczędności, na które wskazują przytoczone tutaj publikacje, było oczywiście związane z przesunięciem kosztów konsumpcji leków na pacjenta. Jednak niekiedy brak jest tego rodzaju zależności. W Wielkiej Brytanii zamiana statusu Rp na OTC w przypadku H-2-blokerów (cymetydyna, famotydyna, ranitydyna) nie przełożyła się na zmniejszenie wydatków refundacyjnych ponoszonych przez NHS. W tym przypadku *Rp-OTC switch* odniósł taki skutek, że pacjenci, którzy samodzielnie kupowali i płacili za lek w mniejszej dawce, dostępny bez recepty lekarskiej, chętniej prosili swoich lekarzy o przepisanie im na receptę tego samego leku, lecz w dawce większej, który był już im refundowany. Zdarzają się więc sytuacje, kiedy to przesunięcie leku o określonej (niższej) dawce do kategorii OTC powoduje wzrost spożycia i kosztów finansowania tego samego leku, lecz w dawce innej (wyższej), tj. takiej, która jest nadal finansowana przez płatnika stanowiącego tzw. „trzecią stronę płacącą”. Na zbliżonej zasadzie może dochodzić do wzrostu spożycia i kosztów finansowania przez płatnika leków działających podobnie, które zaczynają być stosowane zamiennie wobec leku przesuniętego do kategorii OTC [2].

W Stanach Zjednoczonych przesunięcie leków przeciwkaszlowych i przeciwpriężbieniowych do kategorii OTC przyniosło oszczędności szacowane na 750 mln dolarów rocznie, co związane było m.in. z uniknięciem ok. 110.000 wizyt lekarskich w okresie lat 1976-1989. W tym samym kraju oszczędności związane z przesunięciem do kategorii OTC preparatów zawierających 1% hydrokortyzon skutkowało oszczędnościami w wysokości ok. 160 mln dolarów, już w pierwszym roku po dokonaniu zmiany statusu dostępności dla pacjenta. To również miało związek ze zmniejszoną liczbą wizyt u lekarza a także ze zmniejszoną absencją chorobową w pracy. Z kolei obliczenia przeprowadzone dla pewnej amerykańskiej organizacji ubezpieczeniowo-leczniczej typu HMO, mającej pod swoją opieką ok. 26.000 podopiecznych, wykazały oszczędności w wysokości 6 mln dolarów, uzyskane dzięki przesunięciu do kategorii OTC famotydy (lek stosowany w leczeniu objawów zgagi i niestrawności). Te oszczędności także były związane ze zmniejszeniem liczby wizyt u lekarzy, jak również zmniejszeniem liczby wypisywanych recept i skierowań na badania laboratoryjne. Natomiast przeprowadzona w 1997r, w Stanach Zjednoczonych, ocena łącznych skutków finansowych przesunięcia do kategorii OTC leków stosowanych w dwunastu dolegliwościach (leki przeciwbólowe, przeciwpriężbieniowe, przeciwalergiczne, dermatologiczne) wskazała na osiągnięcie oszczędności szacowanych na kwotę 12,9 mld dolarów [11].

Skutki zamiany statusu leku z Rp na OTC mogą zależeć od szczegółowych zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Z reguły leki OTC nie są refundowane z publicznych środków finansowych. Jednak w niektórych krajach, np. w Holandii, leki OTC mogą podlegać refundacji, jeżeli są przyjmowane przewlekle. W takim przypadku zamiana statusu leku z Rp na OTC wcale nie musi skutkować przerzuceniem kosztów konsumpcji leków na pacjenta i zmniejszonymi wydatkami refundacyjnymi. Dla płatników świadczeń zdrowotnych przesunięcie leku do kategorii OTC oznacza jednak najczęściej oszczędności. Zazwyczaj bowiem leki OTC nie podlegają finansowaniu ze środków ubezpieczyciela. Aby otrzymać lek OTC, pacjenci nie muszą uzyskiwać recepty, nie muszą zatem odwiedzać lekarza, co skutkuje kolejnymi oszczędnościami, tym razem na kosztach wizyt lekarskich. *Rp-OTC switch* może także wpływać na łatwość dostępu do lekarzy. Zaznaczyć należy, że leki OTC w Unii Europejskiej mają z reguły ceny wolnorynkowe, z nielicznymi wyjątkami w tym zakresie [1].

Współczesne podejście instytucji Unii Europejskiej do statusu dostępności reprezentowanego przez leki OTC obrazuje treść stosownych dyrektyw (European Community 1992, European Parliament and Council of the European Commu-

nities 2001). Koncentrują się one nie na tym, kiedy lek może uzyskać status OTC lecz na tym, w jakich sytuacjach brak jest możliwości nadania leкови takiego statusu. Są to następujące sytuacje:

- bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie dla zdrowia w przypadku stosowania leku poza nadzorem lekarza;
- często występujące niewłaściwe stosowanie leku prowadzące do bezpośredniego lub pośredniego zagrożenia dla zdrowia;
- działania lecznicze lub uboczne leku wymagające jeszcze dalszych badań;
- pozajelitowa droga podawania.

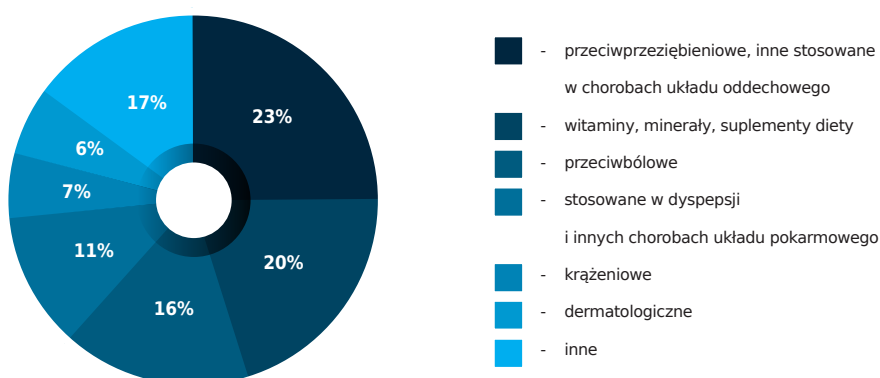
Nie tylko w Unii Europejskiej, lecz także w wielu innych krajach regulowanie dostępności leków OTC stanowi bardzo ważne narzędzie realizacji polityki lekowej oraz cenowo-refundacyjnej państwa. Wraz z regulowaniem współpłacenia wpływa ono na popytową stronę rynku leków, którą stanowią pacjenci. Istnieją przy tym duże różnice w polityce poszczególnych krajów, wdrażanej w zakresie leków OTC. Z reguły status OTC nadawany jest po uwzględnieniu korzyści, jakie społeczeństwo może odnieść z łatwiejszego dostępu do leku, po rozważeniu potencjalnych szkód i ryzyka wynikającego z nieodpowiedniego stosowania tego leku.

W rezultacie rynek leków OTC rośnie i w 2001r. udział tych leków wyniósł już 18% całego rynku farmaceutyków na świecie. Najwyższy udział leki OTC miały w rynku północnoamerykańskim, gdzie stanowiły one 30% rynku globalnego leków OTC. Następnym w rankingu był rynek europejski (27% rynku globalnego), największy zaś wzrost na świecie odnotował rynek dalekowschodni. W poszczególnych krajach Europy konsumpcja leków OTC jest bardzo zróżnicowana. W 2001r. spośród krajów europejskich najwyższe wydatki na leki OTC w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano w Szwajcarii (ponad 90 euro). Na dalszych miejscach znalazły się kolejno Niemcy i Finlandia (około 50 euro) a następnie Irlandia, Wielka Brytania i Belgia (ponad 40 euro).

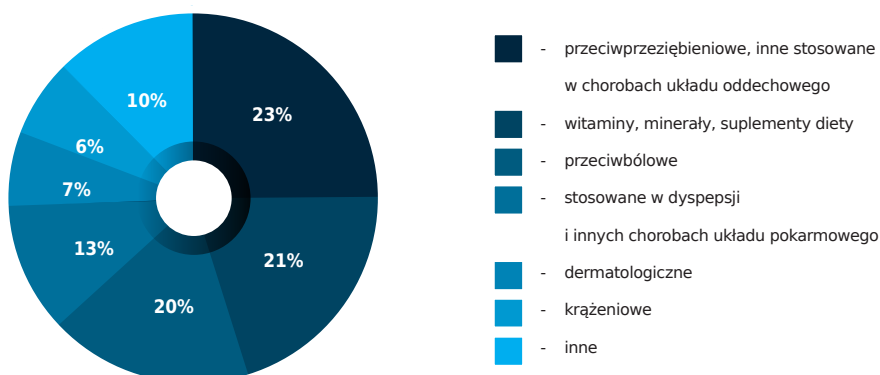
Polska (z wydatkami na poziomie nieco poniżej 30 euro) była w tym rankingu na miejscu czternastym, już w drugiej połowie listy rankingowej i tuż za Norwęgą, która miała tylko nieco wyższe wydatki. Najniższe wydatki na leki OTC mierzone *per capita* odnotowano w Rumunii, gdzie były one na poziomie zaledwie około 5 euro [2]. Samoleczenie z zastosowaniem leków OTC można uznać za popularne wśród Polaków. Spośród kilkunastu tysięcy do-

stępnym produktach leczniczych, około 160 leków OTC dostępnych jest w sklepach ogólnodostępnych. Do najpowszechniej stosowanych w 2003r leków OTC należały leki przeciwkaszlowe, przeciwpriężbieniowe i inne leki stosowane w chorobach układu oddechowego (23% wartości rynku leków OTC w Polsce), witaminy, minerały i suplementy diety (łączna kategoria ujmowana w opracowaniach autorstwa IMS Poland – 20%) oraz leki przeciwbólowe (16% rynku leków j.w.). Podobna kolejność charakteryzuje konsumpcję leków OTC w Polsce wyrażaną w ujęciu ilościowym, co przedstawiono na wykresach 2 i 3 poniżej [5].

WYKRES 2. Rynek leków OTC w Polsce w ujęciu wartościowym (w oparciu o dane IMS Poland, 2004).

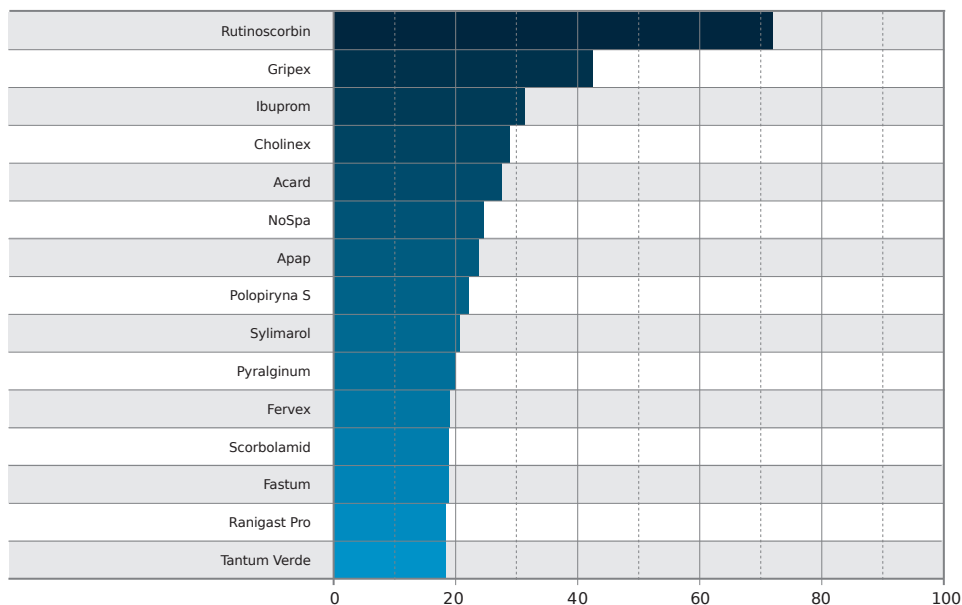


WYKRES 3. Rynek leków OTC w Polsce w ujęciu ilościowym (w oparciu o dane IMS Poland, 2004).



Spośród leków OTC zakupionych w Polsce w 2003 r. zdecydowanie największy udział w rynku miał Rutinoscorbin (wydatki w wysokości nieco ponad 70 mln złotych polskich) – preparat zawierający rutozyd i kwas askorbowy, stosowany m.in. w zapobieganiu przeziębieniom i łagodzeniu objawów grypy. Następny w kolejności był Gripex, lecz wydatki na ten lek, w porównaniu do lidera listy najbardziej popularnych leków OTC, były niższe prawie o połowę (wydatki na kwotę ponad 40 mln złotych polskich). Gripex jest lekiem złożonym, zawierającym paracetamol i pochodne pseudoefedryny oraz dekstrometorfanu. Ma on zastosowanie w krótkotrwałym leczeniu objawów przeziębienia, grypy, stanów grypopodobnych i zapalenia zatok obocznych nosa. Trzeci w kolejności był Ibuprom, na który wydano w 2003 r. nieco ponad 30 mln złotych polskich i który zawiera ibuprofen, niesterydowy lek o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbólowym i przeciwgorączkowym. Na czwartej pozycji w 2003 r. znalazł się Cholinex, zawierający salicylan choliny, stosowany w leczeniu stanów zapalnych śluzówki jamy ustnej i gardła. Wydatki na Cholinex w 2003 r. wyniosły nieco poniżej 30 mln złotych polskich. Piąty z kolei był Acard, na który wydano poniżej 30 mln złotych polskich, lek zawierający kwas acetylosalicylowy, mający zastosowanie w chorobie niedokrwiennej serca oraz w profilaktyce zawałów serca i udarów mózgu, ze względu na swoje działanie przeciwagregacyjne i przeciwkrzepliwie. Zestawienie leków OTC, na które w Polsce, w 2003 r. wydatki były największe, przedstawia wykres 4.

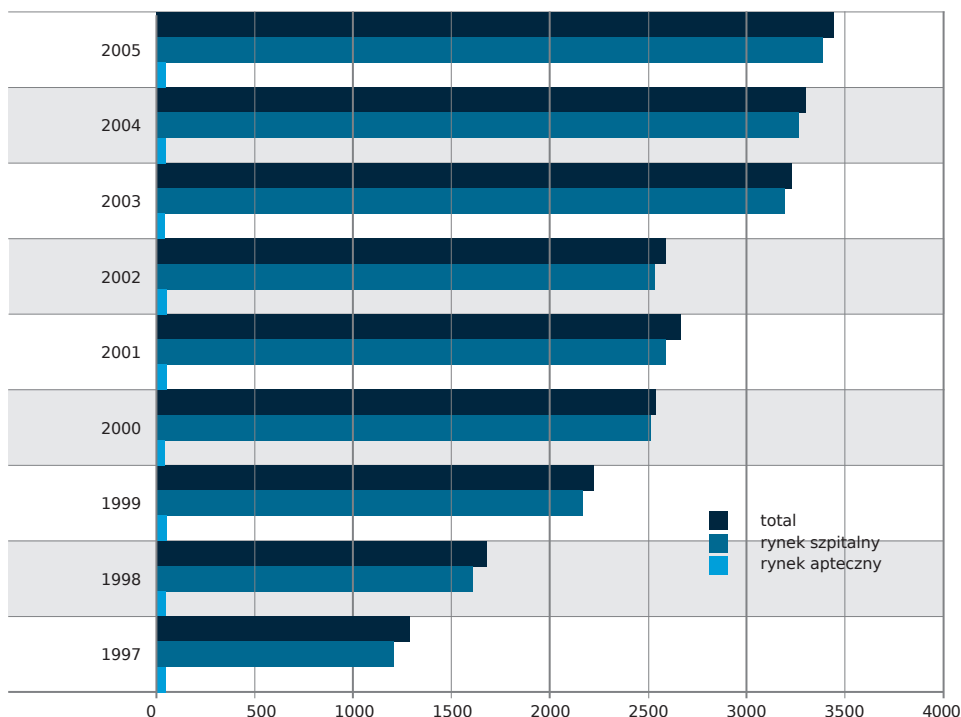
WYKRES 4. Rynek leków OTC w Polsce - „Top 15”
 (w oparciu o dane IMS Poland, 2004).



Pozostałe spośród wszystkich piętnastu najbardziej popularnych leków OTC mają zastosowanie głównie ze względu na swoje działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe i przeciwprzeziębieniowe lub są to leki stosowane w dolegliwościach przewodu pokarmowego.

W latach 1996-2005 polski rynek leków OTC charakteryzował się stałym wzrostem, przerwany jedynie na przełomie roku 2001 i 2002 (patrz wykres 5 poniżej). W okresie tych dziesięciu lat wydatki wzrosły z kwoty ok. 1 mld złotych polskich do prawie 3 mld złotych polskich. Zdecydowana większość leków OTC dystrybuowana była poprzez rynek apteczny, zaś niewiele z nich także przez rynek szpitalny, przy czym dystrybucja szpitalna wykazywała pewną tendencję zniżkową. Należy przy tym dodać, że dynamika wzrostu rynku leków Rp, a także leków o statusie Lz (tzn. stosowanych wyłącznie w szpitalach) w omawianym okresie była większa. Na marginesie omówienia wydatków na leki OTC, które w Polsce kupowane są w zdecydowanej większości bezpośrednio przez pacjentów, należy wspomnieć, że ogólny udział pacjenta we współpłaceniu za wszystkie leki (bez względu na ich status dostępności) w naszym kraju osiągnął ok. 65% w omawianym okresie.

WYKRES 5. **Rozwój rynku leków OTC w Polsce w latach 1996 - 2005**
 - sprzedaże z hurtowni do aptek (ceny producenta) w oparciu o dane IMS Health.



Samoleczenie z zastosowaniem leków OTC ma w Polsce ugruntowaną pozycję. Stosowanie leków z tej grupy niesie ze sobą zarówno liczne korzyści zdrowotne, jak też możliwe zagrożenia, podobnie jak dzieje się to z lekami o innym statusie dostępności (Lz, Rp). Stosowanie wszystkich leków powinno być racjonalne. Według definicji sformułowanej podczas konferencji WHO w 1987r w Nairobi, „racjonalne stosowanie leków” wymaga, aby „pacjenci otrzymywali leki zgodne z ich potrzebami klinicznymi, w dawkach odpowiadających ich indywidualnym wymaganiom, przez właściwy okres czasu i po najniższych kosztach, zarówno dla nich, jak i dla społeczeństwa”. Nieracjonalne użytkowanie leków o wszelkim statusie dostępności jest rozpowszechnione na całym świecie i występuje zarówno w krajach zamożnych, jak i ubogich [11]. Nie zmienia to faktu, że farmakoterapia i samoleczenie są wielu pacjentom potrzebne.

Wnioski

Z analizy przedstawionej w tym opracowaniu można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Liczba publikacji naukowych analizujących problematykę samoleczenia i samoopieki z uwzględnieniem aspektów kosztowych oraz w sposób zgodny z metodologią HTA, opublikowanych do chwili obecnej, jest stosunkowo skąpa.
2. Bardzo duża jest heterogeniczność prac naukowych dotyczących analizowanej problematyki.
3. W wyszukanych publikacjach naukowych zaznacza się wyraźna tendencja do skupiania się badaczy na wybranych schorzeniach, takich jak: cukrzyca, choroby psychiczne, astma oskrzelowa i dolegliwości bólowe. Przegląd i analiza dotychczas podejmowanych tematów badawczych może być wskazówką co do kierunków dalszych badań w obszarze samoleczenia i samoopieki.
4. Szczególnie mała liczba publikacji poruszających problematykę samoleczenia z zastosowaniem leków OTC i zajmujących się jednocześnie problematyką kosztów leczenia wskazuje na konieczność częstszego podejmowania tego rodzaju tematów badawczych w przyszłości.
5. Problematyka samoleczenia i samoopieki nie jest analizowana intensywnie, w sposób zgodny z metodologią EBM i HTA; dotyczy to także analiz stosowania leków OTC.
6. Samoleczenie z zastosowaniem leków OTC w Polsce ma ugruntowaną pozycję w zachowaniach pacjentów i związane jest z istotnymi wydatkami przez nich ponoszonymi.
7. Terminologia związana z samoleczeniem i samoopieką wymaga ujednolicenia interpretacji oraz zgodnego pojmowania stosowanych w niej określeń, co powinno ułatwić dalsze analizy tych zjawisk oraz debaty naukowe.

- o Terfenadyna jest lekiem antyhistaminowym, który wywoływał arytmie serca przy interakcjach z ketokonazolem lub sokiem grejpfrutowym lub też w związku z przedawkowaniem przy współistniejącej niewydolności wątroby lub serca. Po odkryciu wymienionych działań niepożądanych, lek ten przesunięto z powrotem do kategorii Rp.

Piśmiennictwo:

1. Bochenek T, Kozierkiewicz A. Ceny i refundacja leków. 2009, Poznań, Termedia.
2. Bond CM, Orru MP, Leder JM, et al. The over-the-counter pharmaceutical market, w: Mossialos E, Mrazek M, Walley T (eds.) *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*, Maidenhead, 2004 UK, Open University Press: 260-278.
3. European Community (1992) Directive for medicines classification, 92/26/EEC of 31 March 1992 concerning the classification for the supply of medicinal products for human use.
4. European Parliament and Council of the European Communities (2001) Directive 2001/83/EEC of 6 November on the Community code relating to medicinal products for human use.
5. Guzowski K. Rynek leków OTC (dane IMS Poland). Materiały konferencyjne, „Rynek leków w Polsce 2004”, Warszawa, 24 marca 2004.
6. Kucharczyk T. Analiza zużycia leków w Polsce w okresie przekształceń systemowych (próba ujęcia regionalnego), 1999 r. wyd.2. popr., Lublin, IMW.
7. Liaropoulos L. Do we need "care" in technology assessment in health care? Letter to the editor., *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2007, 13(1): 125-127.
8. Matusewicz W. Farmakologia kliniczna i społeczna niepożądanych działań leków z elementami farmakoekonomiki i farmakoepidemiologii: rozprawa habilitacyjna, 2000 r., Łódź, Centrum Konsultacyjne Medic-All.
9. Orem DE. *Nursing: concepts of practice* 1980, 2nd ed., New York, NY, Mc-Graw-Hill: 35.
10. Skowron A. Zadania farmaceutów w zakresie doradzania pacjentowi, w: Jachowicz R (red.) *Farmacja praktyczna* 2007, wyd.1., Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 233-239.
11. Soller RW. Evolution of self-care with Over-the-Counter medications, *Clinical Therapeutics* 1998, vol.20, suppl.C, C134-C140.
12. Wertheimer AI, Serradell J. A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists, *Pharmacy World & Science* 2008, 30: 309-315.

Bibliografia zawierająca wszystkie wyniki przeglądu systematycznego znajduje się u Autora.



V Leki stosowane w samoleczeniu - bezpieczeństwo stosowania, niekorzystne interakcje

Jarosław Woron

Samoleczenie staje się obecnie coraz popularniejszą metodą radzenia sobie z różnymi dolegliwościami, które nie wymagają konsultacji lekarskiej. Poszerzający się wachlarz leków dostępnych bez recepty powoduje, że pacjent ma dostęp do wielu skutecznych preparatów stosowanych w objawowym leczeniu grypy i przeziębienia, dolegliwości bólowych, niektórych schorzeń przewodu pokarmowego czy chorób alergicznych. Jak wynika z praktyki leki dostępne bez recepty są traktowane przez wielu pacjentów jako całkowicie bezpieczne, co niestety w wielu przypadkach powoduje zmniejszenie czujności pacjentów w stosunku do ewentualnych działań niepożądanych oraz niekorzystnych interakcji z innymi równocześnie stosowanymi przez pacjenta lekami.

Jak wynika z dostępnych statystyk, polscy pacjenci lubią się leczyć i to nierzadko przy użyciu równocześnie kilku leków, co zwiększa ryzyko występowania niekorzystnych interakcji pomiędzy jednocześnie podawanymi lekami. Wnioski, jakie płyną z monitorowania spontanicznego działań niepożądanych wskazują, że niejednokrotnie lekceważymy ograniczenia do stosowania dostępnych bez recepty leków, a w szczególności związane z wiekiem oraz stosowaniem leków w szczególnych okresach, takich jak ciąża czy laktacja. Równocześnie jak wynika z ankiet prowadzonych wśród pacjentów - kierowców lekceważymy także przeciwwskazania do prowadzenia pojazdów mechanicznych podczas stosowania leków mogących ograniczać sprawność psychofizyczną [1].

Tylko około 10% pacjentów w Polsce czyta ulotkę dołączoną do leku, która jak można obrazowo porównać jest swoistym zaworem bezpieczeństwa, który redukuje możliwość podania preparatu pacjentowi, który ze względu na choroby współistniejące czy inne stosowane równocześnie leki nie powinien otrzymać danego preparatu.

Leki przeciwbólowe i rozkurczowe

Z dostępnych bez recepty leków przeciwbólowych najczęściej stosowane są preparaty z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) (ibuprofen, naproksen, kwas acetylosalicylowy, diklofenak) oraz leki przeciwbólowe pozbawione

działania przeciwzapalnego takie jak paracetamol czy metamizol (Pyralgin, Pyraheal). NLPZ z uwagi na swój mechanizm działania, wynikający z blokowania aktywności cyklookygenaz i hamowania syntezy prostaglandyn mogą zaburzać funkcje narządów w których prostaglandyny odgrywają funkcje regulacyjne. Dotyczy to w szczególności przewodu pokarmowego, a zwłaszcza jego górnego odcinka oraz nerek. NLPZ mogą także powodować uszkodzenie wątroby poprzez uszkodzanie mitochondriów oraz indukowanie apoptozy hepatocytów. Istnieją doniesienia, że diklofenak może bezpośrednio indukować hepatotoksyczność, co ma szczególne znaczenie w przypadku jego przewlekłego stosowania oraz istnienia przed rozpoczęciem stosowania leku czynników ryzyka uszkodzenia wątroby. Od momentu wycofania z rynku rofekoksybu zdajemy sobie również sprawę z istnienia przeciwwskazań do stosowania NLPZ, u pacjentów u których wystąpił ostry incydent wieńcowy, bądź u pacjentów, którzy należą do grupy ryzyka wystąpienia takiego incydentu. Hamowanie syntezy naczyniorozszerzających prostaglandyn może powodować wzrost ciśnienia podczas stosowania NLPZ, a zjawisko to ma szczególne znaczenie u pacjentów w podeszłym wieku, oraz u pacjentów z podwyższonym przed rozpoczęciem stosowania NLPZ ciśnieniem tętniczym. Stosowanie NLPZ jest jedną z przyczyn pogorszenia kontroli ciśnienia krwi, u pacjentów stosujących terapię hipotensyjną. Może to być związane zarówno z blokowaniem syntezy naczyniorozszerzających prostaglandyn, zatrzymaniem przez NLPZ w ustroju wody, która zwiększa objętość wewnątrznaczyniową oraz z hamowania efektu terapeutycznego wielu grup leków hipotensyjnych. NLPZ zmniejszają efekt działania leków stosowanych w farmakoterapii chorób układu sercowo-naczyniowego w działaniu których istotną rolę odgrywa aktywność wazodilatacyjna prostaglandyn. Dotyczy to w szczególności plejotropowego efektu inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACEI), blokerów receptorów AT1 (sartany) oraz leków beta adrenergicznych. NLPZ w najmniejszym stopniu ograniczają aktywność hipotensyjną leków z grupy antagonistów jonów wapnia [2]. Zmniejszają efekt terapeutyczny diuretyków pętlowych, w mniejszym stopniu tiazydowych, co ma znaczenie u pacjentów leczonych z powodu niewydolności krążenia, nadciśnienia tętniczego oraz stosujących diuretyki z uwagi na zaburzenia funkcji nerek. Stosowanie NLPZ musi być szczególnie ostrożne u pacjentów w podeszłym wieku ze względu na możliwość zaostrożenia przebiegu niewydolności krążenia.

Bezwzględnie należy unikać jednoczesnego kojarzenia 2 NLPZ z uwagi na brak synergicznego efektu przeciwbólowego takiego połączenia, natomiast znaczny wzrost ryzyka wystąpienia gastro-, hepato- i nefrotoksyczności. Pacjenci przyjmujący NLPZ nie powinni jednocześnie przyjmować leków z grupy antagonistów receptora H2 (cymetydyna, famotydyna, ranitydyna), ponieważ leki z tej

grupy nie zabezpieczają górnego odcinka przewodu pokarmowego przed uszkodzeniem przez NLPZ, natomiast maskują objawy tego uszkodzenia takie jak ból w nadbrzuszu, zgaga czy nudności.

Dostępne bez recepty NLPZ w stopniu sięgającym blisko 100% wiążą się z białkami krwi, co ma istotne znaczenie podczas równoczesnego stosowania przez pacjenta innych leków, które mogą być wypierane przez NLPZ z połączeń z albuminami. Z praktycznego punktu widzenia ma to szczególne znaczenie podczas łącznego stosowania NLPZ z lekami przeciwpadaczkowymi, doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi z grupy pochodnych sulfonylomocznika, doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi, a także metotreksatem. Skutkiem tych interakcji może być wzrost frakcji wolnej wymienionych leków i zwiększenie ryzyka występowania działań niepożądanych.

NLPZ nasilają także efekt działania leków przeciwplatek. Nie wolno zapominać, że wiele grup leków może potęgować efekt ulcerogenny NLPZ. Należą do nich:

- glikokortykosterydy;
- bifosfoniany stosowane doustnie;
- doustne antykoagulanty;
- leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny;
- spironolakton, który hamuje procesy włóknienia towarzyszące polekowym uszkodzeniom górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Mniejsze ryzyko niekorzystnych interakcji związane jest ze stosowaniem paracetamolu. Paracetamol jest metabolizowany w wątrobie przy udziale izoenzymu CYP1A2 cytochromu P450 i dlatego leki hamujące aktywność tego izoenzymu (ciprofloksacyna, erytromycyna, fluwoksamina, tiklopidyna) mogą nasilać hepatotoksyczność paracetamolu. Hepatotoksyczność paracetamolu nasilają także karbamazepina oraz rifampicyna. Paracetamol zmniejsza stężenie lamotryginy w surowicy krwi zmniejszając jej skuteczność. Skuteczność paracetamolu mogą zmniejszać doustne środki antykoncepcyjne, które nasilają glukuronidację paracetamolu przez co zwiększają jego klirens osoczowy i skracają okres półtrwania.

Metamizol z kolei nie powinien być stosowany u pacjentów otrzymujących fenotiazyny z uwagi na ryzyko wystąpienia hipotermii. Nasila także toksyczność soli litu oraz metotreksatu. Ostatnio ukazały się doniesienia, że metamizol może być induktorem aktywności izoenzymu 3A4 cytochromu P450, który metabolizuje znaczną liczbę leków stosowanych w farmakoterapii, w tym leki krążeniowe, statyny czy leki przeciwdepresyjne [3]. Dla wzmocnienia efektu przeciwbólowego łączy się preparaty NLPZ np. ibuprofen czy paracetamol z kodeiną. Wśród dostępnych bez re-

cepty leków należy wymienić preparaty Solpadeine, Antidol czy Nurofen PLUS. Kodeina nasila depresyjny efekt działania na ośrodkowy układ nerwowy wielu grup leków, a w szczególności leków nasennych, przeciwlękowych, neuroleptyków oraz leków przeciwdepresyjnych o działaniu sedatywnym. Kodeina jest metabolizowana przy udziale 2 izoenzymów CYP 2D6 oraz CYP3A4 i dlatego może wchodzić w liczne interakcje farmakokinetyczne z wieloma lekami, jednak szczegółowe ich omówienie wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

Na rynku farmaceutycznym dostępne są bez recepty preparaty będące połączeniem paracetamolu oraz difenhydraminy (APAP NOC), która ma ułatwiać zasypianie. Difenhydramina należy do leków przeciwhistaminowych pierwszej generacji, która oprócz efektu sedatywnego wykazuje działanie cholinolityczne. Efekt cholinolityczny jest niekorzystny u pacjentów w podeszłym wieku, u pacjentów z jaskrą oraz u mężczyzn z łagodnym przerostem gruczołu krokowego. Leków zawierających w swoim składzie kodeinę oraz difenhydraminę nie mogą przyjmować pacjenci prowadzący pojazdy mechaniczne, gdyż leki w znacznym stopniu upośledzają sprawność psychofizyczną.

Preparaty kwasu acetylosalicylowego są przeciwwskazane u pacjentów do 12. roku życia, natomiast metamizol zarejestrowany jest wyłącznie do stosowania u pacjentów dorosłych. Nie należy zapominać także, że metamizol może powodować potencjalnie śmiertelne uszkodzenie szpiku kostnego w mechanizmie idiosynkrazji.

Istotnym problemem praktycznym jest stosowanie leków przeciwbólowych w okresie ciąży i karmienia [4]. NLPZ mogą niekorzystnie wpływać na płodność. Istnieją dowody, że leki hamujące cyklooksygenazę mogą powodować zaburzenia płodności u kobiet poprzez wpływ na owulację. Działanie to jest przemijające i ustępuje po zakończeniu stosowania NLPZ. W przypadku kobiet, które mają trudności z zajściem w ciążę należy zaprzestać stosowania NLPZ. W pierwszym trymestrze ciąży, a szczególności pomiędzy 4. a 8. tygodniem, w okresie tworzenia narządów zarodka, każdy lek przeciwbólowy musi być traktowany jako potencjalnie embriotoksyczny. Stosowanie leków przeciwbólowych przed okresem zagnieżdżenia się zarodka w macicy może doprowadzić do jego śmierci. Dotyczy to w szczególności NLPZ, gdyż w procesie zagnieżdżenia zarodka uczestniczą prostaglandyny, których synteza jest hamowana przez tę grupę leków. NLPZ wywierają niekorzystny wpływ zarówno na organizm matki, jak i płodu także w III trymestrze ciąży. Stosowanie NLPZ w tym okresie powoduje wzrost ryzyka wystąpienia skazy krwotocznej u płodu, upośledzenia funkcji płytek, a także zmniejszenia ilości protrombiny oraz czynnika XII. NLPZ przedłużają także okres ciąży i porodu. Mogą zmniejszać ilość płynu owodniowego na skutek uszkodzenia nerek oraz powodują przedwczesne zamknięcie przewodu tętniczego. Leków tych

nie należy stosować na 6-8 tygodni przed porodem. Stosowanie NLPZ przed porodem może prowadzić do nadciśnienia płucnego u noworodków. W całym okresie ciąży bezpiecznym lekiem przeciwbólowym jest paracetamol. Natomiast przeciwwskazany podczas całej ciąży jest metamizol z uwagi na możliwość wystąpienia Guza Wilmsa oraz ostrej białaczki u niemowląt. W okresie laktacji można stosować paracetamol oraz ibuprofen. Tylko 1% z dawki ibuprofenu podanej matce przechodzi do mleka, dodatkowo wiadomo, że lek ten jest bezpieczny nawet dla najmłodszych niemowląt. Niedopuszczalne jest stosowanie w tym okresie metamizolu, który może być przyczyną wystąpienia ciężkich działań niepożądanych u noworodka.

Z leków spazmolitycznych działających na mięśniówkę gładką jest drotaweryna (No-Spa, Galospa) oraz butylobromek hioscyny (Buscopan, Scopolan, preparat złożony z paracetamolem- Vegantalgin H). Drotaweryna osłabia działanie lewodopy. Natomiast butylobromek hioscyny nasila efekt cholinolityczny leków przeciwhistaminowych I generacji oraz trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych i neuroleptyków pochodnych fenotiazyny. Antagonizuje efekt prokinetyczny metoklopramidu.

Leki stosowane w objawowym leczeniu przeziębienia i grypy

Preparaty te zawierają w swoim składzie lek przeciwgorączkowy (kwas acetylosalicylowy, ibuprofen, paracetamol) w skojarzeniu z agonistami receptorów alfa-1, które obkurczają naczynia błony śluzowej nosa (pseudoefedryna, fenylefryna) oraz lekami przeciwhistaminowymi zarówno pierwszej jak i drugiej generacji (maleinian feniraminu, maleinian chlorfeniraminu, maleinian deksbromfeniraminu, chlorowoderek triprolidyny, cetyryzyna). Niektóre z preparatów np. Gripex zawierają dodatkowo w swoim składzie lek przeciwkaszlowy – dekstrometorfan.

Pseudoefedryny i fenylefryny nie należy stosować u pacjentów przyjmujących równocześnie antagonistów receptorów alfa 1. Obydwa leki nasilają działanie sympatykomimetyków, a działanie pseudoefedryny i fenylefryny nasilają trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne i beta sympatykolytyki. Alfa-1-mimetyki mogą osłabiać efekt działania leków hipotensyjnych oraz zwiększać częstość występowania zaburzeń rytmu serca u pacjentów leczonych digoksyną.

Z najczęściej występujących działań niepożądanych jakie występują u pacjentów stosujących pseudoefedrynę i fenylefrynę należy wymienić bóle głowy, wzrost ciśnienia tętniczego, tachykardię, podane na noc mogą spowodować u pacjenta bezsenność. Nie należy jednocześnie łączyć kilku preparatów zawierających alfa-1-agonistów, gdyż potęguje to ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

Antyhistaminiki zawarte w preparatach złożonych, szczególnie należące do pierwszej generacji oprócz działania przeciwhistaminowego wykazują efekt cholinolityczny, który może ulegać spotęgowaniu przez inne równocześnie stosowane leki o podobnym efekcie farmakologicznym. Penetracja do OUN leków pierwszej generacji powoduje możliwość występowania sedacji, senności oraz pogorszenia sprawności psychofizycznej, co ma szczególne znaczenie podczas stosowania tych leków przez pacjentów prowadzących pojazdy mechaniczne. Może także wystąpić synergiczny wpływ depresyjny na OUN w przypadku łącznego ich stosowania z lekami nasennymi, przeciwłękowymi, trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi oraz neuroleptykami o działaniu sedatywnym.

Daleko idącą ostrożność należy zachować także podczas stosowania alfa-1 metyków (ksylometazolina, oksymetazolina, nafazolina) miejscowo w postaci kropli oraz żelu do nosa. Ta droga podania powoduje, że miejscowo leki te osiągają wysokie stężenia, co w przypadku stosowania ich dłużej niż kilka dni może doprowadzić do wystąpienia polekowego nieżytku nosa [5]. Dostępne na rynku polskim bez recepty krople Sulfarinol mogą być podawane pacjentom powyżej 12. roku życia i przed ich podaniem należy wykluczyć istnienie u pacjenta alergii na sulfonamidy.

Leki przeciwhistaminowe

Dostępne bez recepty są preparaty zawierające cetyryzynę oraz loratadynę. Leki te z uwagi na ryzyko interakcji z innymi stosowanymi należy uznać za bezpieczne. Cetyryzyna nie jest metabolizowana przez izoenzymy cytochromu P450. zastosowana z innymi lekami o działaniu cholinolitycznym może zwiększać częstość występowania polekowych działań niepożądanych. Loratadyna z kolei jest metabolizowana przy udziale 2 izoenzymów cytochromu P450- 3A4 oraz 2D6, jednak nie opisano istotnych z punktu widzenia klinicznego interakcji farmakokinetycznych z innymi równocześnie stosowanymi lekami. Cetyryzyny i loratadyny nie należy łączyć z innymi lekami o działaniu przeciwhistaminowym [6]. Obydwa leki mogą niekorzystnie wpływać na zdolność do bezpiecznego prowadzenia pojazdów mechanicznych.

Leki wykrztuśne, mukolityczne i przeciwkaszlowe

Leków wykrztuśnych i mukolitycznych (ambroksol, bromheksyna, gwajfenezyna) nie należy kojarzyć z lekami o działaniu cholinolitycznym, a także lekami przeciwhistaminowymi I generacji, które wykazują również znaczne działanie antymuskarynowe, co w konsekwencji ogranicza skuteczność terapeutyczną leków wykrztuśnych i mukolitycznych. Podobnie skuteczność ich ograniczają sole wapnia, które zagęszczają wydzielinę drzewa oskrzelowego.

Z leków przeciwkaszlowych w interakcje z innymi lekami nie wchodzi butamirat (Sinecod, Supremin). Interakcje kodeiny omówiono w rozdziale dotyczącym leków przeciwbólowych. Dekstrometorfan z kolei jest aktywnie metabolizowany przez izoenzym 2D6 cytochromu P450 i wchodzi w interakcje z licznymi lekami hamującymi aktywność tego izoenzymu (leki przeciwdepresyjne, niektóre neuroleptyki, cymetydyna, lansoprazol, terbinafina, kwas walproinowy) a skutkiem tych interakcji może być upośledzenie oddychania, nudności oraz zawroty głowy. Dekstrometorfan nasila działanie leków uspokajających, nasennych, neuroleptyków oraz pochodnych benzodiazepiny na ośrodkowy układ nerwowy.

Leki stosowane w leczeniu dyspepsji i niestrawności

Leki z grupy antacida powodują krótkotrwały wzrost pH w żołądku do wartości około 4, i dlatego mogą zmieniać warunki wchłaniania leków, które mają charakter kwasów. Stosowanie leków z grupy antacida wymaga zachowania odpowiedniego odstępu czasu zależnego od okresu działania leku zubojetniającego, który pozwala na zminimalizowanie ryzyka wzajemnych niekorzystnych oddziaływań pomiędzy lekami. Dostępne bez recepty leki będące antagonistami receptorów H₂ i w tym mechanizmie hamujące wydzielanie kwasu (cymetydyna, famotydyna, ranitydyna) różnią się pomiędzy sobą profilem bezpieczeństwa w aspekcie niekorzystnych interakcji leków. Cymetydynę należy stosować ostrożnie z innymi lekami ponieważ wykazuje wpływ hamujący na aktywność wielu izoenzymów cytochromu P450, w mniejszym stopniu ryzyko to wiąże się z podawaniem ranitydyny i praktycznie nie występuje przy stosowaniu famotydyny, która nie hamuje aktywności izoenzymów cytochromu P450.

Leki przeczyszczające

Częste stosowanie leków przeczyszczających zawierających bisacodyl oraz glikozydy antrachinonowe (preparaty senesu, rzewienia, kruszyny, aloesu) może być przyczyną wystąpienia hipokaliemii, co może nasilać toksyczność leków przeciwarrytmicznych oraz digoksyny. Leki z grupy antacida zmniejszają skuteczność leków przeczyszczających.

DIHYDROEPIANDROSTERON (Biosteron)

Biosteron może osłabiać działanie leków przeciwdrgawkowych i psychotropowych. Nie należy podawać go podczas stosowania hormonalnej terapii zastępczej i testosteronu.

Jak widać z przedstawionego materiału podczas stosowania leków dostępnych bez recepty należy zachować ostrożność, szczególnie w przypadku pacjentów stosujących polifarmakoterapię z uwagi na możliwość wystąpienia niekorzystnych interakcji pomiędzy równocześnie podawanymi lekami.

Piśmiennictwo:

1. Woroń J, Dymura K. *Leki a prowadzenie pojazdów*, *Terapia i Leki* 2007, 4, 29-34.
2. Kostka-Trąbka E, Woroń J. *Interakcje leków w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
3. Saussele T, Burk O, Klein K, i wsp. *Selective induction of human hepatic cytochromes P450 2B6 and 3A4 by metamizole*. *Clinical Pharmacology&Therapeutics* 2007, 82 (3), 265-274.
4. Woroń J. *Bezpieczeństwo farmakoterapii bólu w położnictwie i ginekologii*, praca zbiorowa pod red. Tomasza Paszkowskiego *Postępowanie przed i pooperacyjne w ginekologii i położnictwie*, IZT, Lublin 2007.
5. Latkowski B. *Farmakoterapia w otolaryngologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
6. Woroń J, Kostka-Trąbka E. *Nieracjonalne stosowanie leków*. *Terapia i Leki*, 2007,2, 23-26.

VI Dlaczego pacjent wymagający farmakoterapii powinien zgłaszać się po poradę do lekarza lub farmaceuty? Opieka farmaceutyczna w aspekcie samoleczenia

Magdalena Hurkacz, Anna Wiela-Hojeńska

Postęp cywilizacji spowodował gruntowne zmiany w podejściu do opieki zdrowotnej, zarówno ze strony rządów i organizacji międzynarodowych, jak i obywateli. Zmieniła się również filozofia zdrowia. Obecnie pojęcie to obejmuje nie tylko brak choroby, ale również stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego tzw. dobrostan [1]. W mediach promuje się obraz człowieka wiecznie młodego, pozbawionego niedoskonałości cielesnych i duchowych. Rzeczywistość jest zgoła odmienna. Dlatego przeciętny człowiek pragnie za wszelką cenę osiągnąć przedstawiany mu ideał.

Istotnym czynnikiem postępu cywilizacyjnego jest również większa świadomość obywateli, lepszy dostęp do informacji i możliwość korzystania ze zdobyczy techniki. Wszystko to powoduje, że zwiększyła się znacząco liczba osób leczących się samodzielnie. Niestety, skutki takiego postępowania nie zawsze są pozytywne. Wynika to przede wszystkim z faktu, że prawidłowe rozpoznanie objawów choroby nie jest wbrew pozorom rzeczą łatwą i powinno opierać się na gruntownej wiedzy medycznej, którą posiadają jedynie lekarze i farmaceuci. Wiele osób korzysta z różnego typu poradników domowych, w których autorzy szczegółowo opisują jednostki chorobowe i sposoby ich zwalczania. Popularne są również fora internetowe, na których można uzyskać niezbędne informacje niemal na każdy temat związany z samoleczeniem. Niektórzy autorzy takich informacji sugerują nawet, że wizyta u lekarza jest niepotrzebną stratą czasu i pieniędzy. Osobnym zagadnieniem, spędzającym sen z powiek lekarzom i farmaceutom, jest wysyłkowa sprzedaż leków, nad którą nie ma należytej kontroli fachowego personelu medycznego. Wszystkie te zjawiska spowodowały, że zagadnieniem samoleczenia zainteresowały się największe organizacje międzynarodowe.

Definicje i filozofia

Pojęcie samoleczenia ulegało w ostatnich latach znacznej ewaluacji, głównie ze względu na zmiany w myśleniu o medycynie i jej roli w życiu człowieka. Początkowo leczenie tzw. „domowymi” sposobami było naturalną konsekwencją radzenia sobie ludzi w sytuacjach trudnych. Dostęp do lekarza był ograniczony a leki, które stosowa-

li ówcześni medycy były w dużej mierze oparte na medycynie naturalnej i produktach ziołowych dostępnych powszechnie. Obecnie, dzięki szybkiemu rozwojowi przemysłu farmaceutycznego i chemicznego lekarz ma do dyspozycji wiele nowoczesnych leków. Dzięki temu odpowiedzialność za leczenie spoczęła przede wszystkim na osobach mających gruntowną wiedzę medyczną a chory może jedynie pomagać lekarzowi w osiągnięciu pożądanego celu terapeutycznego.

Deklaracja Europejskiego Biura WHO w Kopenhadze z 1986 r. określa samoleczenie jako: „używanie leków przez konsumenta w leczeniu chorób lub objawów rozpoznanych samodzielnie. Jest to również leczenie wzajemne przez członków rodzin lub przyjaciół, oraz dzieci”. Z drugiej strony samoleczenie stało się obecnie nie tylko koniecznością, ale również sposobem na życie a czasami wręcz jego filozofią. Wiele ludzi świadomie pozbawia się fachowej opieki medycznej wierząc, że własne działania mogą w bardziej korzystny sposób wpłynąć na ich zdrowie w myśl powiedzenia „Medice, cura te ipsum” – lekarzu lecz się sam [2]. Na świecie powstają stowarzyszenia samopomocowe, dzięki którym chory może uzyskać wszechstronną pomoc oraz informacje potrzebne w procesie leczenia np. chorób przewlekłych. Są to stowarzyszenia chorych oraz ich rodzin, które komunikują się np. za pomocą Internetu. Ich główną ideą jest korzystanie z doświadczeń innych ludzi w celu poszerzenia wiedzy na temat swoich dolegliwości i związanej z tym terapii, wymiana uwag na temat leków, procedur medycznych i działań lekarzy. Nie zawsze te uwagi mają obiektywny charakter a często są nawet szkodliwe, ponieważ przedstawiają fałszywy obraz choroby i sposobu jej leczenia.

Filozofia zdrowia i choroby jest odmienna w różnych kulturach i ma uwarunkowania kulturowe i etniczne, co wykazały badania międzynarodowe. Przykładem może być sposób odczuwania i nasilenia bólu. Według badań naukowych ból jest bardziej odczuwany przez Latynosów i Włochów, ze względu na to, że mają oni bardzo ekspresyjną naturę, natomiast Anglo-Amerykanie o usposobieniu spokojniejszym słabiej odczuwają ból. Definicja choroby jest też odmienna w różnych krajach. Ponadto styl życia wpływa na częstość występowania różnych dolegliwości. Przykładem mogą być Francuzi, którzy częściej chorują na zaburzenia czynności wątroby, u Niemców natomiast narządem najbardziej narażonym na uszkodzenie jest serce [3]. Sposób reakcji na objawy chorobowe jest również odmienny w różnych krajach. Na podstawie ankiety, dotyczącej zachowań ludzi pod wpływem choroby, przeprowadzonej wśród Francuzów, Niemców, Szwedów i Amerykanów, stwierdzono, że:

- 37% Niemców, a tylko 1% Szwedów zgłasza się po poradę do lekarza,
- alternatywne formy leczenia w opisywanych krajach wybiera 0 - 3% respondentów,

- leki bez recepty są podstawową farmakoterapią dla: 88% Amerykanów, 62% Francuzów, 56% Szwedów, 46% Niemców;
- domowe sposoby leczenia wykorzystuje: 46% Niemców, 31% Amerykanów, 18% Francuzów, 15% Szwedów;
- z powodu przeziębienia w domu zostaje: 62% Amerykanów, 14% Francuzów;
- ponad 50% Szwedów nie podejmuje żadnych działań [3].

Zdrowie i ekonomia

Z jednej strony samoleczenie odgrywa istotną rolę w systemie opieki medycznej. Głównie ze względu na zmniejszenie kosztów leczenia ponoszonych przez Państwo. Również z tego powodu coraz więcej produktów leczniczych osiąga status leku dostępnego bez recepty (OTC, *over-the-counter*). Następstwem tego jest przeniesienie znaczącej części kosztów farmakoterapii na pacjenta.

Dane WHO wykazały, że na świecie istnieje tendencja do zmiany statusu prawnego wielu leków z przepisywanych na receptę na OTC, np. w USA w latach 1976 - 2000 zmieniono status ponad 80 takich substancji farmakologicznie czynnych. Ma to na celu zwiększenie udziału chorych we współpłaceniu za leki [4]. W artykule pt.: *Korzyści i ryzyko samoleczenia* Carmel Hughes i wsp. porównano status prawny niektórych leków w USA i Wielkiej Brytanii. Według autorów deregulacja (zaniechanie ograniczeń w sprzedaży leków) zmniejszyła koszty leczenia w wielu krajach [5].

Inny wymiar tego zagadnienia to większa dbałość o własne zdrowie obywateli krajów rozwiniętych, wynikająca z powszechnego przekonania o konieczności zachowania dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Niestety, dostęp do leczenia w różnych częściach świata nie jest jednakowy. Bardzo trudną sytuację w dziedzinie opieki zdrowotnej obserwuje się w krajach dotkniętych największą biedą. Według raportów Banku Światowego, około 1,3 miliarda ludzi na świecie żyje w skrajnej nędzy, a 1,3 miliarda ludzi nie ma dostępu do czystej wody [6]. W krajach Afryki i Azji Południowej żywność i leki są dostarczane tylko dzięki pomocy humanitarnej. Ponadto ludność wielu krajów jest dziesiątkowana przez choroby zakaźne, przede wszystkim malarię. Według raportu WHO z powodu zakażenia malarią na świecie co roku umiera ponad milion ludzi, najczęściej jest wśród nich dzieci do 5 r.ż. Obywatele większości krajów rozwiniętych są objęci podstawową opieką zdrowotną, ale chętnie korzystają z porad osób niebędących pracownikami służby zdrowia albo sami diagnozują swoje dolegliwości i decydują o stosowanej terapii. Jednak tendencja do samoleczenia, we-

dług danych epidemiologicznych, dotyczy w równym stopniu społeczeństw rozwiniętych i ubogich. Przyczyny tego zjawiska są jednak odmienne w różnych kulturach. W krajach biednych obywatele są zmuszeni do samodzielnego dbania o własne zdrowie, ponieważ nie stać ich na wizytę u lekarza oraz odpowiednie leki. Tradycje kulturowe wielu społeczeństw Azji, Afryki i Ameryki Południowej powodują, że w tych krajach najbardziej popularna jest medycyna ludowa i leki ziołowe, głównie ze względu na ich łatwą dostępność.

Członkowie bogatych społeczeństw decydują się na samoleczenie głównie z powodu mody na zdrowy tryb życia, pod wpływem reklam lub z braku czasu na wizytę u lekarza.

Z punktu widzenia ekonomii samoleczenie ma dwa aspekty. Pierwszym jest pozorna oszczędność czasu i pieniędzy chorego, wydanych na wizytę u lekarza oraz zmniejszenie kosztów leczenia ponoszonych przez Państwo, które nie musi płacić za leki bez recepty. Jednak istnieje druga strona tego medalu, którą jest koszt ewentualnych powikłań nieprawidłowej farmakoterapii stosowanej przez pacjenta na własną rękę.

Wydatki na leki bez recepty są na świecie coraz większe. Zyski koncernów farmaceutycznych sięgają miliardów dolarów lub euro. W Polsce według raportu Rafała Boruca w 2003 r. Polacy wydali na leki 14 mld zł, z czego 10% były to wydatki na leki OTC. Stawia nas to na trzecim miejscu w świecie po Amerykanach i Francuzach^P. W USA stosuje się rocznie 80 mld tabletek zawierających kwas acetylosalicylowy, a na inne leki przeciwbólowe wydaje się ponad 4 mld dolarów [7]. Organizacje zrzeszające producentów leków oraz instytucje rządowe, zajmujące się farmakoekonomią podkreślają aspekty ekonomiczne samoleczenia [8]. Analizy farmakoekonomiczne dotyczące opłacalności samoleczenia z punktu widzenia jednostki oraz społeczeństwa wykazały, że powikłania polekowe powstałe w wyniku złej diagnozy lub nieodpowiednio dobranej terapii są bardziej kosztowne dla społeczeństwa i chorego niż sama wizyta u lekarza. W krajach rozwijających się, gdzie dostęp do lekarzy jest ograniczony, a usługi medyczne kosztowne, samoleczenie jest bardziej powszechne [8].

Ziołolecznictwo, terapia ziołowa i ekonomia

Leki pochodzenia naturalnego mają wielowiekową tradycję i są uważane powszechnie za skuteczne a przede wszystkim bezpieczne, co nie zawsze ma odzwierciedlenie w rzeczywistości. Na świecie zapanowała moda na ziołolecznictwo, co wiąże się z fascynacją kulturami wschodu, powrotem do natury. W Europie medycyna niekon-

wencjonalna najbardziej rozpowszechniona jest w Niemczech, gdzie leki ziołowe stosuje się na dużą skalę [9]. Powodem jest prawdopodobnie długa tradycja ziołolecznictwa w tym kraju. Ponad 70% społeczeństwa niemieckiego deklaruje stosowanie ziół, jako produkty pierwszego wyboru w leczeniu wielu chorób.

W Stanach Zjednoczonych preparaty ziołowe mają od 1994 r. status suplementów żywności i są dostępne w wolnej sprzedaży, również przez Internet [10]. Zwiększa to przekonanie o ich nieszkodliwości. Ponad 80% ludności Afryki oraz 65% w Indiach stosuje zioła lecznicze, będące jednym z podstawowych elementów tradycyjnej terapii. W Chinach, które mają w lekospisie ponad 1 200 leków ziołowych i są znane z filozoficznego podejścia do medycyny, zysk roczny (1998 rok) ze sprzedaży produktów ziołowych wyniósł ponad 9,8 miliarda dolarów, w 2002 ponad 17 miliardów dolarów, a w Unii Europejskiej – około 3 miliardów dolarów (w 2003 roku – 5 miliardów) [9, 11, 12]. Według najnowszych danych sprzedaż światowa leków ziołowych wynosi ponad 85 miliardów dolarów (dane za 2007 rok) [13].

Bezpieczeństwo ziołolecznictwa

Zamiłowanie Niemców do porządku prawnego spowodowało, że jako pierwsi opracowali pewne zasady stosowania leków ziołowych. Utworzyli listę ziół, które mają udowodnioną doświadczalnie i klinicznie skuteczność oraz bezpieczeństwo (*Rote Liste*). Za ich przykładem Europejska Agencja Leków (EMA, European Medicines Agency) będąca organem Komisji Europejskiej stworzyła system prawny kontroli i rejestracji leków ziołowych, oparty na przesłankach naukowych - medycyna oparta na faktach (EBM, Evidence Base Medicine). Obecnie od 2004 roku w ramach EMA działa Komisja do spraw Leków Ziołowych (HMPC, Committee on Herbal Medicinal Products), której zadaniem jest opracowanie monografii leków ziołowych i standardów stosowania tych leków w praktyce klinicznej [14, 15]. Mimo działań legislacyjnych, które powinny zapewnić odpowiednie parametry jakości produktów ziołowych, nie wszystkie one spełniają odpowiednie wymagania. Może to być powodem negatywnych skutków zdrowotnych u ludzi stosujących leki ziołowe na własną rękę.

Interakcje leków pochodzenia chemicznego z produktami ziołowymi

Powszechne przeświadczenie o nieszkodliwości ziół powoduje, że chorzy często nie informują lekarza o zazywanych preparatach ziołowych. Takie postępowanie może okazać się niebezpieczne dla zdrowia, a nawet życia pacjenta. Nie należy zapominać, że wiele produktów ziołowych wykazuje bardzo silne działanie na

organizm i może wywoływać niepożądane objawy oraz wpływać na skuteczność i bezpieczeństwo innych stosowanych równocześnie leków. Przykłady istotnych z klinicznego punktu widzenia interakcji pomiędzy lekami a surowcami ziołowymi są tematem wielu opracowań naukowych. Problem ten jest jednak często niedoceniany przez chorych oraz samych lekarzy [16].

Preparaty ziołowe charakteryzuje bogactwo aktywnych związków chemicznych, np. wyciąg z *Valeriana officinalis* zawiera ponad 100 różnych substancji chemicznych, z których większość wykazuje silne właściwości farmakologiczne [17]. Prawdopodobieństwo wystąpienia interakcji pomiędzy składnikiem preparatu ziołowego a równocześnie stosowanego leku jest duże, z tego względu należy zawsze wziąć pod uwagę kliniczne następstwa tego działania. Niestety, w piśmiennictwie naukowym jest niewiele danych na temat badań przedklinicznych i klinicznych, dotyczących mechanizmów działania leków ziołowych oraz ich ewentualnych działań niepożądanych. Głównym powodem takiego stanu rzeczy jest przeswiadczenie, że surowce ziołowe mając długą tradycję stosowania i nie wymagają nowych, kosztownych badań. W ostatnich latach zwrócono większą uwagę na niebezpieczeństwa farmakoterapii konwencjonalnej połączonej ze stosowaniem ziołolecznictwa w samoleczeniu. Powikłań takich jest wiele. Na przykład u chorych przyjmujących preparaty z miłorzębu japońskiego, którzy z powodu bólu lub przeziębienia zażyli leki zawierające pochodne kwasu acetylosalicylowego może wystąpić silne krwawienie. Łączne stosowanie preparatów z miłorzębu z lekami moczopędnymi z grupy tiazydów może prowadzić do zwiększenia ciśnienia tętniczego krwi. Wyciąg z czosnku może wpłynąć na zmianę wartości parametrów farmakokinetycznych paracetamolu, nawet po 3 miesiącach od zaprzestania ich podawania [18]. Preparaty z czosnku powodują hipoglikemię podczas łącznego stosowania ich z lekiem przeciwcukrzycowym - chlorpropamidem.

Przykładów interakcji leków stosowanych w konwencjonalnej farmakoterapii z produktami ziołowymi jest wiele i dotyczą one zarówno fazy farmakokinetycznej, jak i farmakodynamicznej. Świadomość pacjenta w tym względzie jest niedostateczna, terapia ta wymaga bezwzględnie konsultacji z lekarzem lub farmaceutą. Nie należy zapominać, że na farmakoterapię mogą mieć wpływ również składniki pożywienia, a szczególnie dodawane do niego przyprawy, dlatego jeżeli chory przyjmuje jakiegokolwiek leki, powinien ograniczać nadmierne przyprawianie potraw, ponieważ nawet z pozoru niewinne produkty mogą niekorzystnie wpłynąć na farmakoterapię [19].

Tabela 1 przedstawia interakcje ziół stosowanych jako przyprawy z substancjami leczniczymi.

TABELA 1. **Interakcje leków z przyprawami ziołowymi**

Przyprawa	Lek	Rodzaj interakcji
Bazylia	insulina	wpływ na stężenie glukozy
Liście laurowe	insulina	wpływ na stężenie glukozy
Pyłek pszczeli (propolis)	insulina	wpływ na stężenie glukozy
Papryka	klonidyna, metyldopa	zmniejszenie działania przeciwcisnieniowego
Zielona herbata	doksorubicyna	zwiększenie działania przeciwnowotworowego
Lukrecja	sole wapnia	zmniejszenie wchłaniania wapnia
	digoksyna	zwiększenie toksyczności digoksyny
	loratadyna, prokainamid, chinidyna	wydłużenie odstępu QT (działanie poarytmiczne)
	furosemid	objawy zmniejszenia stężenia potasu - osłabienie, bolesne skurcze mięśni, zaburzenia rytmu serca
Gałka muszkatałowa	kozapina, haloperidol, olanzapina	niekorzystny wpływ na OUN
Oregano	żelazo	zmniejszone wchłanianie żelaza
Pietruszka	dekstrometorfan, sole litu, mepedryna	wystąpienie objawów zespołu serotoninowego może wpływać na stężenie glikemii
Szałwia	insulina	wpływ na stężenie glukozy
Papryka chili	inhibitory konwertazy angiotensyny	kapsaicyna jest antagonistką białka P
	teofilyna	zwiększenie wchłaniania i biodostępności teofiliny
Czosnek	warfaryna	zwiększenie ryzyka krwawień

Bezpieczeństwo samoleczenia w aspekcie interakcji leków

Współczesna medycyna zwraca większą uwagę na problem interakcji pomiędzy równocześnie stosowanymi lekami, szczególnie w obliczu tendencji do stosowania politerapii zarówno przez lekarzy jak i samych chorych. W wyniku tych reakcji obserwuje się często istotne klinicznie niepożądane działania, które znacząco wpływają na efekt leczenia. Zwiększająca się liczba nowych produktów leczniczych i stosowanie przez chorych leków bez porozumienia z lekarzem spowodowały znaczące zwiększenie częstości interakcji.

Według statystyk przyjmowanie przez chorego 2 leków równocześnie może prowadzić do wystąpienia niepożądanych interakcji w 13% przypadków, 5 leków zwiększa to ryzyko do 38%, a 7 leków powoduje niebezpieczeństwo wystąpienia interakcji w 82% [21]. Ryzyko to jest szczególnie duże w grupie chorych po 50. roku życia. Nieznajomość tych zagadnień może spowodować niekorzystne skutki zdrowotne. Problem interakcji pomiędzy lekami jest zwłaszcza widoczny w przypadku stosowania przez chorego samoleczenia bez konsultacji z lekarzem lub farmaceutą.

Według danych amerykańskich z 1995 roku od 44 do 98 tysięcy osób umiera rocznie z powodu błędów medycznych i są to głównie powikłania polekowe [22]. Koszty roczne chorobowości i umieralności związanej z błędami w farmakoterapii zwiększyły się w ciągu 5 lat (1995-2000) z 78,6 miliardów dolarów do 177,4 miliarda dolarów [23]. Dla porównania roczne wydatki na leki na receptę w USA w tym okresie wyniosły 145 miliardów dolarów.

Kolejnym ważnym zagadnieniem jest spożywanie alkoholu przez chorych stosujących farmakoterapię. Interakcje leków z alkoholem oraz nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi stanowią obecnie istotny problem terapeutyczny. Wielu chorych stosując samoleczenie nie zdaje sobie sprawy z konsekwencji klinicznych łączenia alkoholu i farmakoterapii. Według danych National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health u 60% mężczyzn i 30% kobiet występują interakcje pomiędzy lekiem a alkoholem [24].

Do najbardziej niebezpiecznych interakcji leków z alkoholem należy spożywanie sporadyczne alkoholu i jednoczesne stosowanie barbituranów, benzodiazepin, kodeiny, trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, co powoduje nasilenie działania tych leków na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Alkohol w połączeniu z metronidazolem, pochodnymi sulfonilomocznika (chlorpropamid), prokarbazyną, cefalosporynami, gryzeofulwiną powoduje wystąpienie tzw. reakcji disulfiramopodobnej manifestującej się zaczerwienieniem skóry, kołataniem serca, tachykardią, zwiększeniem ciśnienia tętniczego krwi, zawrotami głowy, nudnościami, wymiotami, dusznościami, lękiem. Alkohol nadużywany nałogowo powoduje indukcję aktywności enzymów mikrosomalnych wątroby, w konsekwencji przyspiesza metabolizm wielu leków; do takich substancji należą m.in. doustne leki hamujące krzepnięcie krwi (warfaryna stosowana u osób nadużywających alkohol jest metabolizowana znacznie szybciej niż u osób niepijących), leki przeciwcukrzycowe, barbiturany (u osób pijących sporadycznie reakcja polega na wzajemnej indukcji metabolizmu). Okazyjne, jednorazowe spożycie większej dawki alkoholu hamuje aktywność enzymów mikrosomalnych wątroby, odpowiedzialnych za metabolizm wielu leków, co powoduje zwiększone stężenie np. leków przeciwcukrzycowych we krwi. Alkohol może również spowalniać metabolizm leków, odpowiadając za dłuższe utrzymywanie się zwiększonego ich stężenia we krwi. Do leków tych należą: nitrogliceryna, leki przeciwdepresyjne (amitryptylina, dezypramina, doksepina, nortryptylina) [25]. Alkohol spożyty w czasie leczenia farmakologicznego powoduje często wzajemne potęgowanie się działania leku i samego alkoholu. Do reakcji takich dochodzi podczas stosowania atropiny, leków blokujących receptory histaminowe H₁, fenotiazyny, propranololu,

indometacyny, fenylbutazonu, ketokonazolu, metoklopramidu, metronidazolu [20]. Spożywanie alkoholu i jednocześnie przyjmowanie leków w postaci kapsułek o przedłużonym działaniu może spowodować rozpuszczenie się osłonki w przewodzie pokarmowym pod wpływem alkoholu i zwiększenie siły działania leku [20].

Środowiska farmaceutów i lekarzy podkreślają, że wielu interakcji można uniknąć. Jednym ze sposobów jest umieszczanie na opakowaniu produktu leczniczego dokładnych informacji o leku, ze szczególnym uwzględnieniem niepożądanych działań. Ponadto chory rozpoczynający farmakoterapię powinien w przypadku jakichkolwiek wątpliwości zwrócić się o poradę do lekarza lub farmaceuty. Według rozporządzeń organów Unii Europejskiej poprawnie napisana ulotka do leku powinna zawierać, oprócz danych o dawkowaniu, wskazaniach i przeciwwskazaniach, także informacje o występujących możliwych interakcjach pomiędzy lekiem a innymi substancjami.

Witaminy i mikroelementy jako suplementy żywności

W krajach rozwiniętych w drugiej połowie XX wieku nastąpiła moda na prowadzenie zdrowego trybu życia oraz stosowanie racjonalnej diety. Pomogły w tym liczne kampanie promocyjne koncernów farmaceutycznych i medycznych towarzystw naukowych na temat potrzeby stosowania suplementów witamin oraz innych substancji w celu polepszenia swojego stanu zdrowia i samopoczucia. Według tygodnika Time, 45% społeczeństwa w USA stosuje suplementy diety w postaci witamin i mikroelementów [26]. Od 1994 r. zezwolono w USA na sprzedaż witamin i nutraceutyków bez recepty, jako produktów mających korzystny wpływ na zdrowie i kondycję [21].

Według powszechnej opinii stosowanie suplementów żywności i preparatów witaminowych nie ma istotnego wpływu na działanie leków. Niestety w piśmiennictwie naukowym notuje się przypadki powikłań związanych ze stosowaniem suplementów żywności oraz produktów leczniczych. Najczęściej dotyczą one leków przeciwzakrzepowych, uspokajających, przeciwdepresyjnych, doustnych leków przeciwcukrzycowych oraz insuliny podawanych łącznie z suplementami żywności [27]

Oprócz stosowania suplementów żywności obywatele krajów rozwiniętych często przyjmują łącznie leki i preparaty odchudzające. W wielu krajach bowiem otyłość stanowi istotny problem zdrowotny. Jako choroba ogólnoustrojowa prowadzi do zaburzeń lub uszkodzenia struktury i czynności narządów i układów, a także sprzyja wystąpieniu licznych zaburzeń metabolicznych. Według danych WHO, na otyłość choruje na świecie około 315 milionów ludzi [28]. Leczenie otyłości stało się ważnym zadaniem terapeutycznym. Jednak dostępne metody terapii mogą powodować różne

powikłania. Z tego względu powinny być one prowadzone ściśle pod kontrolą lekarską. Niestety wiele osób decyduje się na stosowanie na własną rękę różnego rodzaju diet oraz preparatów odchudzających. Nie zawsze produkty te są bezpieczne dla organizmu [29].

Należy podkreślić, że na rynku farmaceutycznym jest wiele preparatów, które nie mają odpowiednich certyfikatów oraz nie przeprowadzono dla nich badań klinicznych skuteczności i bezpieczeństwa. Ponadto np. środki przeczyszczające, które są często stosowane w odchudzaniu, na skutek nagminnego nadużywania mogą być przyczyną wielu działań niepożądanych. Po długotrwałym stosowaniu tych preparatów mogą pojawić się objawy niedoboru witamin lub odwodnienia.

Choroby przewlekłe a samoleczenie

Jedną z podstawowych przyczyn stosowania leków są choroby przewlekłe. Leczenie tych dolegliwości jest z punktu widzenia opieki medycznej drogie i stosunkowo mało skuteczne. Pacjent jest zmuszony do częstych wizyt u lekarza oraz kupowania różnych produktów leczniczych. Wiąże się to z koniecznością dużej samodyscypliny i współpracy z personelem medycznym. W tych przypadkach lekarz powinien dokładnie wyjaśnić choremu sposób leczenia i zalecić właściwe postępowanie w warunkach domowych. Tylko właściwie przebiegający proces patient compliance spowoduje, iż chory będzie mógł być poddany skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii także w domu. Pozwoli to na znaczne zmniejszenie kosztów leczenia. Chory nie powinien podejmować żadnych decyzji terapeutycznych bez kontaktu z lekarzem lub farmaceutą a w razie wszelkich zmian stanu zdrowia powinien udać się do placówki służby zdrowia po poradę.

Samoleczenie jest szczególnie niebezpieczne u osób starszych, u których zwiększa się również częstość występowania chorób przewlekłych. Objawy choroby w tym okresie życia często nie są charakterystyczne, a współistniejące choroby mogą znacząco wpłynąć na postawioną przez chorego samodiagnozę.

Niepożądane działania leków

Stosowanie leków bez konsultacji z lekarzem lub farmaceutą może przyczynić się do powstania powikłań polekowych i chociaż niepożądane działania leków są związane z ich efektem leczniczym i często towarzyszą farmakoterapii, to jednocześnie stanowią narastający problem terapeutyczny oraz społeczny. Powodem około 5% interwencji klinicznych w szpitalnych izbach przyjęć są niepożądane działania leków. Zatrucia spowodowane środkami leczniczymi stanowią od

50 - 60% ogólnej liczby ostrych zatruc [30]. Według danych światowych organizacji medycznych u co 10 pacjenta przyjmującego leki występują objawy niepożądane. Ze względu na zwiększającą się liczbę nowych leków Światowa Organizacja Zdrowia stworzyła system monitorowania niepożądanych działań. W Uppsali powstała centralna baza danych – the Uppsala Monitoring Centre (UMC), jako organ WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring, która na przestrzeni 30 lat zgromadziła ponad 4 miliony raportów opisujących niepożądane działania leków u chorych, dostarczonych przez lekarzy, farmaceutów i firmy farmaceutyczne. Co roku do tej agencji wpływa ponad 250 000 nowych raportów [31].

Według danych zawartych w raportach UMC w 2004 r. najczęściej niepożądanych działań obserwowano po stosowaniu: niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) – 236 793 raporty; leków przeciwdepresyjnych - 205 891 raportów; przeciwpsychotycznych - 115 110 raportów; przeciwzakrzepowych - 103 073 raporty; antybiotyków beta-laktamowych - penicyliny – 102 373 raporty [32]. Również w USA działa system zbierania informacji o niepożądanych działaniach leków. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) w pierwszym kwartale 2008 r. otrzymała 20 745 raportów na temat ciężkich niepożądanych działań leków, z tego 4824 zgłoszenia dotyczyły powikłań zakończonych zgonem. Według danych statystycznych liczba zgłoszeń zwiększyła się o 2,6 razy w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego. Stwierdzono również, że liczba ciężkich powikłań polekowych zwiększa się z każdym kwartałem. Najczęściej stwierdza się powikłania polekowe po stosowaniu leków z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz leków przeciwbólowych a do najczęściej występujących niepożądanych działań należą zaburzenia rytmu serca, uzależnienie lekowe, zaburzenia psychiczne, zaburzenia układu krzepnięcia, reakcje uczuleniowe [33]. Do wielu niepożądanych działań można nie dopuścić, stosując leki ściśle według wskazań lekarskich oraz unikając politerapii.

W Polsce również od 1971 działa Wydział Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych (dawniej Ośrodek Monitorowania Działań Ubocznych Leków, powołany przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej) przy Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych WYROBÓW MEDYCZNYCH I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH oraz regionalne Ośrodki Monitorowania Niepożądanych Działań Leków^a. Według raportów tego Urzędu w 2008 roku nadesłano 904 zgłoszenia niepożądanych działań leków. Były to głównie (ponad 60%) ciężkie powikłania, wymagające leczenia szpitalnego. Najczęściej zgłaszane niepożądane działania to powikłania skórne i zaburzenia czynności układu pokarmowego^f. Dzięki tym raportom doprowadzono do wykrycia wielu powikłań polekowych, np.: ograniczenie pola widzenia po stosowaniu wigabatryny, rabdomioliza po cerivastatynie, zaburzenia rytmu serca po cizapridzie^a.

Osobnym problemem współczesnej medycyny są błędy medyczne, z powodu których corocznie umiera wiele tysięcy osób. W 1999 roku Instytut Medycyny w USA opublikował raport, według którego w Stanach Zjednoczonych rocznie ok. 44000-98000 osób umiera z powodu błędów w terapii. Przyczyny ich mogą być różne np.: błędne wypisanie recepty, pomylenie chorego (nie ten pacjent), nieprawidłowa diagnoza, źle dobrany lek, nieodpowiednia dawka lub czas dawkowania, błąd w przygotowaniu leku recepturowego, nieodpowiednia etykieta na produkcie [34].

W przypadku farmakoterapii błędy te w dużej części wynikają z leczenia się chorych na własną rękę, bez konsultacji z fachowym personelem medycznym. Według danych WHO, ponad 50% leków na świecie jest stosowanych niezgodnie ze wskazaniami, niewłaściwie przepisywanych przez lekarzy, a ponad 50% chorych nie stosuje się do zaleceń. Podstawowe powody niewłaściwej farmakoterapii to: polifarmakoterapia, nieracjonalne stosowanie leków przeciwbakteryjnych (zbyt duża częstotliwość podawania, nieprawidłowa dawka oraz stosowanie w zakażeniach niebakteryjnych), nadużywanie iniekcji, chociaż można stosować postać doustną, niewłaściwe zalecenia podawania leku i stosowanie leków przez chorych, zbyt częste przepisywanie leków na receptę [35]. Skutkiem łatwiejszego dostępu do leków jest również często ich nadużywanie oraz możliwość uzależnienia.

Stosowanie się chorych do zaleceń farmakoterapii

Z jednej strony chorzy nie korzystają z porad służby zdrowia i stosują różne formy leczenia ale jednocześnie kupując leki OTC stosunkowo często (3,4% ankietowanych) nie czytają ulotek dołączonych do leków lub ich nie rozumieją. Aż 10% chorych zapoznaje się z treścią ulotki tylko „czasami”, co zwiększa ryzyko wystąpienia niepożądanych działań leków.

Osobnym problemem jest rozumienie informacji zawartych w ulotce, szczególnie w przypadku leczenia dzieci przez rodziców. W 1999 r. w USA wprowadzono standaryzację ulotek dostosowując je do poziomu intelektualnego czytających [36]. Według przeprowadzonych ankiet stwierdzono, że 85% chorych nadużywa leki przeciwbólowe, nasenne, przeciwpriębieniowe i przeczyszczające, z powodu złej interpretacji treści ulotek informacyjnych [31].

Edukacja zdrowotna a samoleczenie

W obecnych czasach, ze względu na dużą ilość informacji pochodzących z różnych źródeł konieczne jest konsekwentne realizowanie polityki edukacyjnej, również na polu profilaktyki. Edukacja zdrowotna powinna być prowadzo-

na rozważnie i systemowo już od najmłodszych lat. W tym celu wykorzystuje się różne środki dydaktyczne, począwszy od ulotek informacyjnych, poprzez odpowiednie wydawnictwa naukowe, aż do stron internetowych, na których można znaleźć wiele interesujących informacji o zdrowiu, sposobach leczenia i zapobiegania chorobom. Internet, jako nowe narzędzie edukacyjne staje się coraz bardziej popularny, szczególnie ze względu na jego dostępność i łatwy odbiór w społeczeństwie. Idea edukacji zdrowotnej nie jest nowa a jej tradycje sięgają starożytności. Niemniej jej obecne formy znacznie różnią się od stosowanych w przeszłości. W Polsce polega ona głównie na różnych kampaniach oświaty zdrowotnej, organizowanych w szkołach, placówkach służby zdrowia, środkach masowego przekazu. Nasz kraj współpracuje w tym zakresie z organizacjami międzynarodowymi, szczególnie ze Światową Organizacją Zdrowia. W 1993 roku powstało Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, którego celem jest popularyzacja w społeczeństwie wiedzy o zdrowiu i zachowaniach prozdrowotnych [37].

Samoleczenie jako skutek reklamy leków

Edukacji zdrowotnej przyświecają szlachetne cele, niemniej w niektórych sytuacjach może ona przybierać nieoczekiwane formy. Według wielu autorów do zwiększenia spożycia leków w znacznym stopniu przyczynia się ich reklama w środkach masowego przekazu. W artykule Barbary Jacennik, dotyczącym związku między promocją leków a zachowaniami prozdrowotnymi, autorka podkreśla, że reklama ma zasadnicze znaczenie w zachowaniach społeczeństwa, również w dziedzinie zdrowia i profilaktyki [38]. Pod wpływem reklam chorzy często wymuszają na lekarzach wystawianie recept lub kupują w aptece leki OTC bez wskazań terapeutycznych [39]. Najbardziej powszechną formą reklamy leków są ulotki reklamowe, dostępne w aptece lub przychodni oraz reklama w środkach masowego przekazu. W ostatnich latach bardzo popularna stała się reklama produktów medycznych w Internecie. Ponadto informacje o lekach pacjent może uzyskać od lekarza, farmaceuty, czytając ulotkę informacyjną dołączoną do preparatu. Źródłem wiedzy medycznej są też znajomi i rodzina [40]. Reklama zatem ma duże znaczenie w stosowaniu farmakoterapii przez chorych i należy zwrócić większą uwagę na problem etyczno-moralny oraz prawny skutków zdrowotnych reklam produktów leczniczych.. Środowiska medyczne i akademickie są zaniepokojone kierunkiem zmian zachowań pacjentów pod wpływem kampanii reklamowych koncernów farmaceutycznych. W 2005r. w Gazecie Farmaceutycznej opublikowano Opinię Komitetu Terapii i Nauki o Leku Polskiej Akademii Nauk na temat negatywnych skutków reklam w medycynie. Komitet zwrócił uwagę na jednostronny i wybiórczy charakter prze-

kazywanych informacji oraz brak rzetelności w informowaniu chorego o zagrożeniach wynikających ze stosowania leków. Stwierdzono, że konieczna jest większa kontrola reklam produktów medycznych w środkach masowego przekazu [41].

Postawy służby zdrowia wobec edukacji chorych

Według idei Hippokratesa do obowiązków lekarza należą nie tylko czynności prowadzące do przywrócenia zdrowia, ale również edukacja pacjenta w zakresie dalszego postępowania podczas terapii oraz propagowanie postawy prozdrowotnej. W obecnych czasach system opieki zdrowotnej wymusza na lekarzach świadome wprowadzenie chorego w proces leczenia w celu lepszej współpracy oraz informowanie o skutkach samoleczenia. Postawy lekarzy i farmaceutów wobec samoleczenia są bardzo zróżnicowane. Od ich działań zależy, czy naturalna chęć uczestniczenia chorego w procesie leczenia będzie wykorzystana dla jego dobra, czy spowoduje niechęć do korzystania z fachowej opieki medycznej.

Według współczesnych standardów edukacja chorego w zakresie promocji zdrowia oraz stosowanej terapii jest jednym z podstawowych elementów leczenia. Badania ankietowe, dotyczące częstotliwości przeprowadzania przez lekarzy rozmów edukacyjnych o zdrowiu wykazały, że większość lekarzy deklaruje chęć udzielania pacjentom szczegółowych informacji na temat choroby i farmakoterapii. Niestety, postawa ta napotyka na nieprzychylnie reakcje innych lekarzy lub środowiska medycznego oraz brak zainteresowania ze strony samych chorych [42]. Ponadto, zła organizacja pracy w przychodni lub na oddziale szpitalnym powoduje, że lekarz nie ma czasu dla chorego podczas wizyty lekarskiej. Znamienne jest pozytywne nastawienie do edukacji młodych lekarzy, a nieprzychylnie lub wręcz negatywnie osób z długim stażem pracy. Środowisko lekarskie sceptycznie postrzega samoleczenie ze względu na możliwość zwiększenia częstości powikłań polekowych oraz brak kontroli nad postępowaniem chorych [37].

Opieka farmaceutyczna w aspekcie samoleczenia

Pojęcie opieki farmaceutycznej po raz pierwszy zastosował R. Mikeal w 1975r. w artykule opublikowanym w *American Journal of Hospital Pharmacy*. Według tego autora opieka farmaceutyczna jest to postępowanie, jakiego wymaga chory dla zapewnienia bezpiecznego i racjonalnego podawania leków. W późniejszych pracach pod pojęciem opieki farmaceutycznej rozumiano wszelkie działania związane z wydawaniem i przygotowaniem leków [43].

Idea opieki farmaceutycznej w dzisiejszym rozumieniu tego pojęcia powstała w 1990 roku a jej twórcami byli Chart Hepler i Linda Strand. Opublikowali oni w *American Journal of Hospital Pharmacy* pracę, w której zaproponowali w jaki sposób rozwiązać problem niestosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych pracowników służby zdrowia. Według tych autorów właściwe stosowanie leków przez chorego zależy w dużej mierze od współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem oraz farmaceutą, który w ostatecznym rozrachunku miałby odpowiadać za prawidłowość stosowania farmakoterapii [44]. Filozofia opieki farmaceutycznej zakłada, że chory powinien otrzymywać leki w aptece a farmaceuta po konsultacji z lekarzem prowadzącym ma ustalać z pacjentem plan farmakoterapii i mieć nadzór nad monitorowaniem niepożądanych działań leków oraz eliminować możliwość występowania interakcji pomiędzy lekami [45].

Według D. Brodie i in. opieka farmaceutyczna to stwierdzenie potrzeb farmakoterapii u chorego a nie jedynie zaopatrzenie go w leki. Ponadto opieką farmaceutyczną określono wszystkie działania związane z farmakoterapią, mające na celu zwiększenie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia [46]. W tej definicji zwraca się uwagę na potrzeby chorego oraz kontekst społeczny terapii.

Według Heplera opieka farmaceutyczna stanowi związek pomiędzy pacjentem a farmaceutą, w którym rolę kontrolną przejmuje ten ostatni. Podkreśla się w tym miejscu wagę zdobytych przez farmaceutę umiejętności oraz wykorzystanie ich jedynie dla dobra chorego [47]. Rolą opieki farmaceutycznej według Heplera i Strand jest uzyskanie odpowiednich efektów terapeutycznych, a mianowicie dążenie do wyleczenia, złagodzenie objawów choroby lub jej spowolnienie, ponadto – zapobieganie chorobom [48]. Rolą farmaceuty w opiece farmaceutycznej jest rozpoznawanie i rozwiązywanie oraz zapobieganie problemom farmakoterapii przez co - polepszanie jakości życia chorego. Według ustaleń na konferencji, która miała miejsce w 1998 roku w Hadze opieką farmaceutyczną należy objąć również pacjentów stosujących leki OTC [43].

Standardy postępowania w ramach opieki farmaceutycznej określają sposób jej realizacji. Do poszczególnych etapów działania należy nawiązanie kontaktu z chorym, prowadzenie rejestru wydawanych leków oraz zbieranie wszelkich informacji związanych z farmakoterapią u chorego, na podstawie jego świadomej zgody. Ponadto od farmaceuty wymaga się opracowania schematu leczenia zgodne z zaleceniami lekarza prowadzącego [43]. Przykładów zastosowania opieki farmaceutycznej jest wiele. Przede wszystkim należy rozważyć ten typ opieki nad chorym w specjalnych grupach, wymagających szczególnej troski. Należą do nich: noworodki, osoby starsze, z niewydolnością nerek, wątroby, zaburzeniami układu oddechowego, chorzy na cukrzycę, astmę, nadciśnienie, niewydolność krążenia, chorzy otrzymujący leki w politerapii, chorzy w ciężkim stanie [43]. Opracowano

wiele programów mających wpłynąć na postawy chorych, w których zasadniczą rolę odgrywa rzetelna wiedza o niepożądanych działaniach leków, następstwach błędnej diagnozy i lekceważenia objawów choroby. Jeden z nich został opracowany na potrzeby osób w starszym wieku. Odpowiednio prowadzona opieka farmaceutyczna nad chorymi w starszym wieku, którzy wychodzą ze szpitala, zwiększa prawdopodobieństwo zastosowania się ich do zaleceń farmakoterapii. Opieka farmaceutyczna staje się nieodzownym elementem współczesnej farmakoterapii. Jest również bardzo dobrze odbierana przez chorych, zwłaszcza osoby starsze. Badania ankietowe wykazują, że w grupie emerytów i rencistów jej stosowanie powoduje większe poczucie bezpieczeństwa oraz wskazuje na zaufanie do zawodu farmaceuty [49].

Według publikacji Joela Rosiene i in. właściwa opieka edukacyjna, dotycząca farmakoterapii, może spowodować zmianę zachowań chorych, którzy do tej pory wybierali samoleczenie jedynie na podstawie własnych doświadczeń [50].

W Polsce utrzymuje się tendencja do zwiększania liczby leków sprzedawanych bez recepty. Zjawisko to niepokoi zarówno lekarzy, jak i farmaceutów, ponieważ są liczne przykłady niewłaściwego zażywania leków przez chorych [51]. Z tego powodu opracowuje się różne metody kontroli stosowanych leków. W niektórych aptekach działa system opieki farmaceutycznej, polegający na dobrowolnym objęciu patronatem farmaceutycznym chorych, którzy wyrażą na to zgodę. Stwarza to możliwość monitorowania liczby leków, które otrzymuje chory oraz szybkiej reakcji, jeżeli w wyniku politerapii dochodzi do interakcji między substancjami leczniczymi. Lekarz prowadzący ma również możliwość sprawdzenia czy chory wykupił przepisane mu leki i czy stosuje się do jego zaleceń.

- p Komentarz redakcyjny: wydatki na leki OTC w stosunku do całej wartości rynku farmaceutycznego w kraju są relatywnie duże, jakkolwiek polski rynek farmaceutyczny jest mniejszy niż rynki zachodnie. Wydatki na leki OTC per capita w porównaniu do krajów zachodnich nie plasują Polski tak wysoko.
- q „Zgłaszanie niepożądanych działań leków”. Wskazówki. Materiały Konferencyjne. Wydział Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych. 5 Października, 2006.
- r Biuletyn Leków, 2009, nr 1.

Piśmiennictwo:

1. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna-podstawy teoretyczne i metodyczne, Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. PWN, Warszawa, 2007, 17-266.
2. Biblia Łk 4,23.
3. Bradley C, Hansen EH, Kooiker S. Patients and their medicines. Regulating pharmaceuticals in Europe.

- Chapter 9. [dostęp 10.05.2009] www.euro.who.int/document/e83015_10.pdf. s. 158 - 176.
4. Rago L. The benefits and risks of self-medication. General policy issues, „WHO Drug Information” 2000, T. 14, z. 1, s. 1 - 2.
 5. Hughes CM, McElmay JC, Fleming GF. Benefits and Risks of Self Medication, „Drug Safety” 2001, T. 24, z. 14, s. 1027 - 1037.
 6. Attaching Poverty: World Development Report 2000/2001 (2001), Oxford University Press, Washington, DC, (World Bank), [w:] W. Kwaśnicki, Czy globalizacja przyczynia się do wzrostu biedy? Instytut Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Wrocławski. [dostęp 12.05.2009] www.prawo.uni.wroc.pl/~kwasnicki.
 7. Boruc R. Samoleczenie. Raport, MZ, „Rynek farmaceutyczny” 2004, T. 4, z. czerwiec, s. 36 - 41.
 8. Akpalu W. On the Economics of Rational self-medication Wisdom The Fondazione Eni Enrico Mattei Note di Lavoro Series Index: <http://www.feem.it/Feem/Pub/Publications/WPapers/default.htm> 2008, T. 5, s. 1 - 23.
 9. WHO Development of national policy on traditional medicine. A report of the workshop on development of national policy on traditional medicine, Beijing 1999.
 10. Parmar V. Herbal medicines: its toxic effects and drug interactions, „The Indian Anesthetist’s Forum” 2005, [dostęp 15.05.2009] www.theiaforum.org
 11. Zhang L, Demain L. Challenges and Opportunities in the Chinese Herbal Drug Industry [w:] “Natural Products: Drug Discovery and Therapeutic Medicine”, Humana Press Inc., Totowa, NJ, 2005.
 12. De Smet P. Herbal Medicine in Europe — Relaxing Regulatory Standards, NEJM, 2005, T. 352, s. 1176-1178
 13. Herbal Medicines reached 85 billion US Dollar worldwide 2007. China increased marketshare to 24% By helmut kaiser consultancy, PRLog.Org - Global Press Release Distribution, Jan. 13, 2008
 14. [dostęp 21.05.2009] www.iucnredlist.org
 15. [dostęp 18.05.2009] www.emea.europa.eu
 16. Dasgupta A, Bernard DW. Herbal remedies, Effects of clinical laboratory tests, „Archives of Pathology and Laboratory Medicine” 2006, T. 130, s. 521 - 528.
 17. Hu Z, Yang X, Ho PC, et al. Herb-drug interactions: a literature review. “Drugs”, 2005, T. 65, s. 1239-82.
 18. Izzo AA, Herb-drug interactions: an overview of the clinical evidence, „Foundation of Clinical Pharmacology” 2004, T. 19, s. 1 - 16.
 19. Herbal medicines, „WHO Drug Information” 2002, T. 16, z.2, s. 115 - 118.
 20. Hurkacz M. Czy zioła można stosować bezpiecznie z innymi lekami?, „Świat Farmacji” 2005, T. 11, s. 32-35.
 21. Goldberg RM, Mabee J, Chan L, et al. Drug-Drug and Drug-Disease interactions in the ED: Analysis of a high-risk population. “Am. J. Emerg. Med.”, 1996, T. 14, s. 447-450.
 22. National Academy of Sciences Institute of Medicine. To err is human. Washington, DC: “National Academy Press”, 1999.
 23. Malone DC, Abarca J, Hansten PD, et al. Identification of Serious Drug-Drug Interactions: Results of the Partnership to Prevent
 24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: the Association, 1994.
 25. Alcohol Alert National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [dostęp 20.05.2009] <http://niaaa.nih.gov/publications/aa27.htm>
 26. Krantz M. The self-medication generation, “Time” 1997, 12.05.1997.
 27. Sood A, Sood R, Brinker FJ, et al. Potential for interactions between dietary supplements and prescription medications. “Am. J. Med.”, 2008, T. 121, s. 207-211.
 28. Caterson ID, Gill TP. Obesity: epidemiology and possible prevention, „Best Practice & Research of Clinical Endocrinology and Metabolites” 2002, T. 16, z. 4, s. 595 - 610.
 29. Finer N. Pharmacotherapy of obesity, „Best Practice & Research of Clinical Endocrinology and Metabolites” 2002, T. 16, z. 4, s. 717 - 742.
 30. Hurkacz M, Orzechowska-Juzwenko K. Farmakologia społeczna, [w:] Krystyna Orzechowska-Juzwenko red., „Farmakologia kliniczna Znaczenie w praktyce medycznej”, Wrocław 2006, s. 253 - 257.
 31. WHO Pharmaceuticals Newsletter No 4, 2008, 3, [dostęp 20.05.2009] <http://www.who-umc.org>
 32. „Viewpoint. Watching for safer medicines Part 2”. The Uppsala Monitoring Centre. WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring 2005, s. 27.
 33. “Reactions Weekly”, 2008, No 1226, 3
 34. Guchelaar HJ, Colen HBB, Kalmeijer MD, et al. Medication Errors. Hospital Pharmacist Perspective. “Drugs” 2005, T. 65, z. 13, s. 1735 - 1746.

35. The safety of medicines in public health programmes: Pharmacovigilance an essential tool. The Uppsala Monitoring Centre. WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring, Geneva, 2006.
36. Wazaify M, Shields E, Hughes CM, et al. Societal perspectives on over-the-counter (OTC) medicines, "Family Practice" 2005, T. 22, s. 170 - 176.
37. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Barbara Woynarowska red., PZWL, Warszawa, 2007.
38. Jacennik B. Promocja farmaceutyków a przekonania i zachowania zdrowotne - rozważania z punktu widzenia promocji zdrowia, „Nowiny Psychologiczne” 2006, T. 2, s. 1 - 10.
39. Różycka E. Świat leków, „Żyjmy dłużej” 2001, T. 3, s. 1-5.
40. Ulatowska-Szostak E. Źródła informacji o lekach w opinii wybranej grupy klientów aptek, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2006, T. 87 (supl.), s. 39.
41. Kubis A, Orzechowska-Juzwenko K, Wiela-Hojeńska A, et al. Opinia Komitetu Terapii i Nauki o Leku PAN dotycząca reklamy leków OTC kierowanej do publicznej wiadomości, „Gazeta farmaceutyczna” 2005, T. 8, s. 12 - 13.
42. Cianciara D, Miller M. Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, T. 57, s. 531 - 541.
43. Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, et al. Quality of pharmaceutical care in hospitals. "Am. J. Hosp.Pharm.", 1975, T. 32, z. 6, s. 567-574.
44. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. "Am. J. Hosp. Pharm.", 1990, 47,533-543.
45. Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej. Jerzy Łazowski red., „Biblioteka naukowa czasopisma aptekarskiego”, Warszawa, 2005.
46. Brodie DD, Parish .A, Poston JW. The decisions pharmacists make. "Am. J. Pharm. Educ.", 1980, T. 44, Z. 1, s. 40-43.
47. Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. "Am. J. Pharm. Educ.", 1987, T. 51, Z. 4, s. 369-385.
48. Opieka farmaceutyczna. Materiały dydaktyczne. „Zakład Zarządzania i Ekonomiki Farmaceutycznej Uniwersytet Medyczny w Lublinie”, Lublin, 2008.
49. Świątek M, Ulatowska-Szostak E. Opieka farmaceutyczna w opiniach emerytów i rencistów, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2006, T. 87 (supl.), s. 40.
50. Rosiene J, Liu X, Sawyer D. Aspects of the modification of the self-medication behavior of patients by presentation of educational material at time of products selection via an information appliance, Enterprise Networking and Computing in Healthcare Industry, 2003. Healthcom 2003. Proceedings. 5th International Workshop on "IEEE" 2003, s. 146 - 148.
51. Fornal A. Samoleczenie w porozumieniu z aptekarzem, „Puls Medycyny” 2004, T. 23, s. 1 - 3.

VII Farmaceuta w procesie samoleczenia

Mariola Drozd
Joanna Jaremek-Kudła
Anna Kijewska

Obecnie w świecie popularne jest dbanie o zdrowie. Oprócz zdrowego żywienia coraz częściej sięgamy po farmaceutyki dla poprawy swojego zdrowia, bądź też w celu zapobiegawczym. Farmaceutyczny rynek leków dostępnych bez recepty jest coraz szerszy. Pacjent zainteresowany np. lekiem przeciwbólowym czy zestawem witamin, może je nabyć bez recepty w każdej aptece, jak również w placówkach obrotu pozaaptecznego m.in. w sklepach ogólnodostępnych.

Używanie leków bez recepty oraz preparatów ziołowych, witamin i mineralnych to wielka odpowiedzialność. Odpowiedzialność za własne zdrowie. Pacjent podejmując decyzję o ich stosowaniu bez konsultacji z lekarzem, naraża się na potencjalnie szkodliwe ich działanie oraz możliwość interakcji z innymi lekami. Co może najważniejsze, stosowanie samodzielnie leków bez recepty na „błaha” dolegliwości może spowodować, utrudnienie rozpoznania w porę poważnej choroby. Dlatego warto przypomnieć, że przyjmowanie preparatów dostępnych bez recepty należy zawsze konsultować z lekarzem. Jeżeli taka konsultacja jest nie możliwa, należy porozmawiać o tym leku z farmaceutą.

Znaczny rozwój samoleczenia na świecie miał miejsce w latach siedemdziesiątych, w związku z dostępem do pierwszych nowoczesnych leków i poszerzeniem uprawnień dla pacjentów. Lata osiemdziesiąte to okres świadomej i aktywnej postawy pacjenta w zakresie dbania o zdrowie. W tym czasie nastąpiły również pierwsze ważne przejścia leków dostępnych bez recepty na status OTC (z ang. over the counter), które są podstawowym narzędziem samoleczenia. Lata dziewięćdziesiąte to okres budowania świadomości zdrowotnej, zwrócenie uwagi na istotę samoleczenia, jako ważnego problemu społecznego. To także budowanie polityki lekowej państwa. W Polsce obserwuje się rozwój tego zjawiska na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Dostęp do nowoczesnych leków OTC w Polsce, w stosunku do krajów zachodnich, nastąpił średnio z ok. 10-letnim opóźnieniem. Rozwój rynku OTC w Polsce doprowadził do zupełnego zatarcia się różnic w stosunku do sytuacji w większości krajów zachodnich [1, 2].

Polski rynek farmaceutyczny jest jednym z największych w Europie i jak oceniają eksperci cały czas rośnie. [3] W 2006 r. sprzedaż leków szacowana była na 20 mld złotych. [4], zaś w 2008 r. rynek apteczny w Polsce osiągnął wartość 24,1 mld zł. W 2008 r. nie było wpływu kryzysu finansowego na rynek farmaceutyczny w Polsce. Ten rok również był jednym z najlepszych dla przemysłu farmaceutycznego w ostatniej dekadzie m.in. dzięki wysokiemu wzrostowi PKB i związanej z tym rosnącą siłą nabywczą Polaków. Produkty OTC i suplementy diety były motorem wzrostu rynku. W wyniku tego, w 2008 r. leki OTC stanowiły już 34% rynku aptecznego w Polsce, podczas gdy w 2005 r. było to około 30%. Niemal połowa wartości rynku w 2008 r. została wygenerowana przez sprzedaż refundowanych leków na receptę. W chwili obecnej należy on do sektorów polskiej gospodarki o najbardziej optymistycznych prognozach rozwoju na najbliższe lata. W latach 2009-2011 średnioroczna stopa wzrostu dla tego sektora wyniesie 7,4% - wynika z raportu PMR. [5] Badania przeprowadzone przez Polską Akademię Nauk pokazują iż mniej niż połowa leków dostępnych na rynku działa skutecznie na nasze dolegliwości, z drugiej zaś strony bardzo wiele leków powoduje niepożądane skutki uboczne. [3] W 1994 roku rozwinął się w Polsce rynek leków OTC. [4] Do samodzielnego sięgania po leki zachęcają reklamy, którymi pacjenci są bombardowani każdego dnia. Na wzrost sprzedaży leków bez recepty (OTC) wpłynęło pojawienie się ich w sklepach ogólnodostępnych, na stacjach benzynowych, w kioskach, a nawet w urzędach pocztowych. [6]

Jesienią i zimą wzrasta sprzedaż preparatów witaminowych. Pacjenci mylnie uważają, że przyjmowanie dużych dawek, np. witaminy C zapobiegnie przeziębieniu. Udowodniono naukowo, że może jedynie skrócić czas trwania choroby i to tylko, gdy przyjmujemy duże dawki tzn. 8 gram dziennie. Wśród konsumentów lekarstw możemy wyróżnić dwie podstawowe grupy. Pierwszą są osoby starsze, niepracujące dysponujące dużą ilością wolnego czasu, który spędzają stojąc w kolejkach do lekarza, gdyż zwykle nie zadowolają się diagnozą jednego specjalisty. Do drugiej grupy należą osoby aktywne zawodowo, ponieważ pracują bardzo intensywnie nie mają czasu na stanie w kolejkach i wizytę u lekarza. Gdy coś im dolega, idą do apteki i proszą o lek, który szybko postawi ich na nogi. [6].

Parlament Europejski uważa, że świadomie podejmowane samoleczenie powinno być dalej promowane, co pozwoli na umocnienie wspólnej dla wielu obywateli Unii postawy dotyczącej przejęcia odpowiedzialności za swoje zdrowie i redukcji wydatków zdrowotnych. W ostatnich latach, odpowiedzialnie podejmowane samoleczenie zostało uznane przez instytucje Wspólnoty Europejskiej za istotny element długoterminowej polityki w zakresie ochrony zdrowia. (Rezolucja Parlamentu Europejskiego, 16 kwietnia 1996 r.) Sa-

moleczenie dotyczy głównie zwalczania objawów, jeżeli pacjent uzna je za błahę, może opóźnić wizytę u lekarza. Zmniejsza wówczas możliwość wykrycia i właściwego leczenia poważnej choroby. Istotna jest właściwa edukacja chorego. Należy zaznaczyć tutaj ważną rolę farmaceuty, który będzie wiarygodnym źródłem informacji o leku. Jako fachowiec w swojej dziedzinie farmaceuta doskonale będzie się orientował w składzie preparatu, konkretnej grupie terapeutycznej, wskazaniach i przeciwwskazaniach oraz możliwych działaniach niepożądanych. Właściwa edukacja pacjenta jest solidną podstawą do przeprowadzenia skutecznego procesu samoleczenia. Rola farmaceuty została określona na jednym ze spotkań WHO: „Zaleca się, aby farmaceuta pełnił rolę w doradzaniu i informowaniu pacjenta i społeczeństwa o stosowanych lekach. Zaleca się, by farmaceuci efektywnie współpracowali z lekarzami dla zapewnienia zgodności porady i informacji udzielanej pacjentowi” [7]. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna stwierdziła, że: „aptekarz jest doskonale wykwalifikowany i umiejscowiony do tego, by udzielać porady o konieczności konsultacji lekarskiej i porada ta, jako pochodząca od osoby o wyspecjalizowanej wiedzy będzie lepiej i skuteczniej wysłuchana niż rada przyjaciela lub członka rodziny” [8].

Na uwagę, dotyczącą procesu samoleczenia, zasługuje także kilka pozytywnych aspektów. Bez wątpienia jest ono ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej i medycyny społecznej. Sprzyja zwiększeniu wiedzy o chorobie. Pacjenci chcą być odpowiedzialni za swoje zdrowie w coraz większym stopniu. Sprzyja temu ogromna dostępność do źródeł wiedzy o zdrowiu i jego znaczeniu. Media poruszając problematykę zdrowotną, propagują zdrowy styl życia. Celem, tych działań jest poprawa jakości życia pacjentów, ich oczekiwania i zainteresowania problemami zdrowotnymi ciągle rosną. Obecnie samoleczenie jest szeroko rozwinięte dzięki reklamie i promocji zwłaszcza leków OTC. Samoleczenie wprowadza oszczędność czasu i pieniędzy dla pacjenta. Jak również zmniejsza obciążenie służby zdrowia w zakresie leczenia lekkich dolegliwości [9, 2]. Samoleczenie nie zastąpi właściwej diagnostyki. Samoleczenie dotyczy głównie objawów i nie powinno trwać zbyt długo chyba, że wcześniej ustąpią. Samoleczenie stosowane w rozsądnych granicach jest zjawiskiem pozytywnym. Dzięki nieocznionej roli farmaceutów, może nabrać racjonalnego wymiaru. Ważne jest, aby lek w przypadku konieczności był właściwie zastosowany. Podstawą do skutecznego procesu samoleczenia jest świadomość pacjentów i rzetelna informacja o leku [10, 11]. Samoleczenie to nieodłączny element naszego życia. Na konferencji WHO w 1978r. w Ałma-Acie stwierdzono, że ludzie mają prawo i obowiązek do zbiorowego i indywidualnego uczestniczenia w procesie planowania i realizowania zasad opieki zdrowotnej [12]. Słowa te stały się podstawą zwiększonego zaangażowania

pacjentów w terapię i dbałości o własne zdrowie. Po raz kolejny w 2000 r. w Genewie WHO potwierdziła ważną rolę, jaką ma do odegrania samoleczenie w systemach opieki zdrowotnej. Uznanie odpowiedzialności ludzi za ich własne zdrowie oraz świadomość, że profesjonalna opieka często nie jest bezwzględnie konieczna, w przypadku niektórych chorób i dolegliwości, wzmocniła ten pogląd jeszcze bardziej. Podnoszenie poziomu wiedzy ogólnej w społeczeństwie, poziom edukacji i statusu socjoekonomicznego w wielu krajach tworzą uzasadnioną podstawę do rozwoju i wzrostu znaczenia samoleczenia [13].

Problem prawny samoleczenia

Jedną z powszechniejszych form samoleczenia jest zażywanie przez pacjentów leków dostępnych bez recepty. Bardzo często pacjent lecząc się samodzielnie nie zdaje sobie sprawy, czy faktycznie ma do czynienia z prawdziwym lekiem, czy też stosuje środek, którego z punktu widzenia prawa nie można nazwać lekiem. W aspekcie prawnym preparaty OTC można podzielić na dwie kategorie: właściwe produkty lecznicze dostępne bez recepty określone przez ustawę Prawo Farmaceutyczne i inne produkty z grupy OTC, które zgodnie z prawem są suplementami diety, kosmetykami lub wyrobami medycznymi [14].

W Polsce rynek OTC stanowi ponad 26% całego rynku leków [15]. Na świecie rynek OTC rozwija się dynamicznie, także dzięki tzw. switch'om, czyli zmianie statusu leku z dostępnego na receptę na lek dostępny bez recepty. Preparaty wydawane bez recepty muszą być bezpieczne w stosowaniu w ściśle limitowanym okresie, zwykle od trzech do pięciu dni, w konkretnych łatwych do samodiagnozowania przez pacjenta wskazaniach. Idea OTC umożliwia pacjentowi samoleczenie w powszechnych dolegliwościach. Najczęściej są to dolegliwości bólowe, objawy przeziębieniowe, oraz dolegliwości związane z dysfunkcją przewodu pokarmowego [16, 17]. Istotną rolę przy wyborze leku przez pacjenta pełni reklama. Zgodnie z prawem preparaty dostępne bez recepty mogą być przedmiotem reklamy skierowanej bezpośrednio do pacjenta. Z badań wynika, iż po leki OTC sięga około 70% Polaków [15]. Promocja leków OTC jest wszechobecna, w związku z tym wiele osób sięga po te środki, sądząc, że na każdą chorobę istnieje prosty lek. Tymczasem powinni zasięgnąć opinii specjalisty przed zastosowaniem takiego preparatu [18].

Podstawową cechą rozwoju samoleczenia jest również szeroka dostępność produktów OTC. Mogą być nabywane w sklepach zielarskich, drogeriach, supermarketach, na stacjach benzynowych itp. Niesie to pewne ryzyko wystąpienia interakcji oraz działań niepożądanych, w wyniku stosowania

tych produktów bez konsultacji z farmaceutą lub lekarzem, a sprzedawca w wyżej wymienionych placówkach często jest „ignorantem towaroznawczym” w dziedzinie farmacji. W przypadku sprzedaży pozaaptecznej, pomimo zaleceń, leki nie są zawsze odpowiednio przechowywane. Nieprawidłowa dystrybucja i przechowywanie może doprowadzić do zmian fizykochemicznych substancji czynnych. Każda zmiana w budowie leku może spowodować zmiany farmakologiczne – np. obniżenie, utratę działania lub wzrost toksyczności. Podczas nieodpowiedniego procesu przechowywania leki narażone są na działanie wysokiej temperatury, wilgoci i światła. Może dojść także do niekorzystnych przemian chemicznych związków m.in. hydrolizy i utleniania. Hydroliza jest jedną z najczęstszych przyczyn rozkładu substancji leczniczych natomiast produkty utleniania są z reguły pozbawione aktywności biologicznej, a nawet bardziej toksyczne od wyjściowego leku [19].

Pacjenci często popełniają błędy związane z przyjmowaniem preparatów zawierających tę samą substancję czynną sądząc, że przyjmują różne leki, a tym samym zwiększą efekt działania i szybciej wyleczą się z dolegliwości. Tymczasem działają nieświadomie na swoją szkodę. Ponad 35% naszego społeczeństwa przewlekłe przyjmuje jednocześnie średnio 5 leków. Duże ryzyko wystąpienia działań niepożądanych występuje w populacji pacjentów powyżej 65 roku życia. W tym przedziale wiekowym zwiększa się ilość stosowanych leków. Statystyczny Polak powyżej 65 roku życia przewlekłe stosuje 5 leków przepisanych przez lekarza, ale dodatkowo jeszcze 2 leki lub suplementy diety, które dokupuje bez recepty w ramach samoleczenia. Pacjent niejednokrotnie jest leczony przez kilku lekarzy, którzy nie mają ani obowiązku, ani możliwości wzajemnego konsultowania się co do prowadzonej terapii, pacjenci podczas wizyt, także nie informują o łącznie stosowanych dodatkowych lekach. W konsekwencji zdarza się, że pacjent przyjmuje kilka preparatów zawierających tę samą substancję czynną, jednak występujących pod różnymi nazwami handlowymi. To zwiększa ryzyko interakcji lekowych, a nawet prowadzi do wystąpienia objawów toksycznych. Przykładem błędu, który może być przyczyną ciężkich działań niepożądanych, jest powszechne kojarzenie w terapii dwóch, a nawet większej ilości najczęściej niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Kojarzenie NLPZ podawanych systemowo, nigdy nie powoduje synergizmu działania przeciwbólowego i przeciwzapalnego, natomiast zawsze prowadzi do znacznego wzrostu ryzyka uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, a także wystąpienia hepatoksyczności i nefrotoksyczności. W celu uniknięcia nadużywania i niewłaściwego stosowania leków, przeznaczonych do samoleczenia, konieczny jest nadzór farmaceuty [15, 20]. Farmaceuta mający wiedzę na ten temat, jak również wszystkie informacje dotyczące stosowanych leków u pacjenta może zapobiec w/w niepożądanym zdarzeniom.

Problem ekonomiczny samoleczenia

Gwałtowny rozwój przemysłu farmaceutycznego umożliwia pacjentom szeroki wybór preparatów i metod leczenia. Jedną z przyczyn sprzyjających stosowaniu leków na własną rękę, są względy ekonomiczne. Na pierwszy plan wysuwa się negatywny aspekt tego zjawiska. Niektórzy pacjenci odwołują się do lekarza ze względów ekonomicznych. Stosują różne metody lecznicze na własną rękę. Gdy pacjent uzna, że dolegliwości można wyleczyć samodzielnie poszukuje metody najbardziej skutecznej, by ograniczyć koszty leczenia, a przede wszystkim metody najbardziej ekonomicznej. Rynek oferuje szeroką gamę preparatów dostępnych bez recepty. W dobie powszechnego braku pieniędzy przez chorych, szczególnie emerytów i rencistów, przy wyborze leku zasadniczym kryterium jest cena. Przy braku fachowej wiedzy skutek samodzielnego stosowania leków może być odwrotny i przynieść pogorszenie stanu zdrowia. Oprócz względów ekonomicznych, ludzie podejmują drogę samoleczenia z powodu braku satysfakcji funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Pacjenci nie chcą tracić czasu na czekanie w długich kolejkach, wykonywać szeregu męczących, kosztownych badań. Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej mogą rezygnować z pomocy lekarskiej z powodu utrudnionego dostępu. Sytuacja ta może dotyczyć np. mieszkańców wsi, ze względu na dużą odległość placówki ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania, niektórzy z nich mogą rezygnować z wizyty u lekarza. Brak zaufania do lekarzy oraz niezadowolenie z jakości usług medycznych również mogą wpłynąć na podjęcie decyzji o samoleczeniu. Błędne stosowanie leków OTC może doprowadzić do wzrostu kosztów leczenia w późniejszym czasie, np. w przypadku konieczności hospitalizacji [21, 20]. W takiej sytuacji farmaceuta może pomóc pacjentowi w trafnym doborze leku, nie tylko pod względem terapeutycznym ale również kosztowym.

Należy zwrócić uwagę także na pozytywny aspekt samoleczenia. Sprzyja ono zwiększaniu świadomości o chorobie, poczuciu odpowiedzialności za własne zdrowie. Dzięki nieocenionej roli farmaceutów, w doborze konkretnego leku można odciążyć przychodnię lekarską oraz samych lekarzy, a tym samym obniżyć koszty leczenia ponoszone przez NFZ. Pośrednio poprzez odciążenie służb medycznych i uwolnienie związanych z tym środków finansowych samoleczenie zwiększa zakres i poziom opieki profesjonalnej nad osobami poważnie chorymi [9, 1].

Problem etyczny samoleczenia

Wykładnią zasad etycznych dla farmaceuty jest Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczpospolitej Polskiej. Kodeks ten wyraźnie wskazuje, jakie czynności powinien wykonywać farmaceuta podczas sprawowania zawodu. [22]. Wskazania te świadczą o bardzo dużej odpowiedzialności, jaka spoczywa na osobie podejmującej się wykonywa-

nia tak trudnego zawodu, jakim jest zawód farmaceuty. Musi on być świadomy tego, że bierze aktywny udział w samoleczeniu. Jako osoba kompetentna analizuje objawy, z jakimi zgłasza się pacjent, informuje o możliwości wystąpienia działań niepożądanych podczas stosowania danego preparatu lub przewiduje możliwe interakcje, wówczas, gdy pacjent zażywa inne leki. Podczas doradzania pacjentowi w samoleczeniu i procesie opieki farmaceutycznej farmaceuta zwraca również uwagę na choroby towarzyszące oraz inne czynniki mające wpływ na zdrowie osoby potrzebującej pomocy.

Problem etyczny dotyczy również funkcjonowania samych aptek i postrzegania ich roli w dzisiejszym społeczeństwie. Należy pamiętać, że jest to placówka ochrony zdrowia, a nie tylko jedno z wielu miejsc, gdzie można nabyć lek. Dlatego tak ważna jest racjonalna gospodarka lekiem, zaś ewentualne zastosowanie produktu leczniczego bez recepty lekarskiej u pacjenta leży w kwestii farmaceuty. Postępowanie zgodnie z zasadami Kodeksu Etyki, to polecenie leku naprawdę potrzebnego. Farmaceuta musi być fachowcem bez zarzutu, przestrzegać przepisów prawa, Kodeksu Etyki, powinien stale dbać o podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych i naukowych. Wysoki poziom wiedzy i pracy farmaceuty gwarantuje, że porada przedlekarska udzielana zainteresowanej osobie nie będzie prawnie i medycznie kwestionowana [20]. Postępowanie według zasad etyki zawodu nierozzerwalnie wiąże się z ideą opieki farmaceutycznej. Nauka ta wymaga wielu zmian w dotychczasowej współpracy farmaceutów i lekarzy. Opieka farmaceutyczna skierowana jest na potrzeby pacjenta i służy zwiększeniu bezpieczeństwa farmakoterapii i zmniejszeniu jej kosztów [22]. Wyrazem etycznego wymiaru zawodu farmaceuty mogą być następujące słowa: „świadomość spoczywających na farmaceutyce obowiązków sprawia, iż coraz więcej poświęca on kulturowemu i etycznemu wymiarowi swojej misji, w istocie bowiem stosunek farmaceuty do człowieka potrzebującego lekarstw wymaga zrozumienia osobistych problemów oraz podstawowych aspektów etycznych służby zdrowia i godności osoby, zawód farmaceuty każe mu przede wszystkim strzec ludzkiego życia i służyć mu” [23].

Problem zawodowy farmaceuty - samoleczenie

Proces samoleczenia nierozzerwalnie wiąże się z powinnością zawodową farmaceuty. Formalny zapis funkcji aptekarzy w systemie opieki zdrowotnej został wyrażony w Karcie Aptekarstwa Europejskiego. Jedną z wymienionych zasad jest bardzo ważna odpowiedzialność „za zapobieganie chorobom i ochronę zdrowia publicznego oraz zobowiązanie do przekształcania aptek europejskich w idealne ośrodki zdrowia” [24]. Ideą zawodu jest przede wszystkim niesienie pomocy osobom chorym. Samodzielne stosowanie leków, dotyczy coraz większej liczby do-

legliwości. Chorzy niejednokrotnie postrzegają aptekarza, jako „lekarza pierwszego kontaktu”, do którego szybko i łatwo dotrzeć. Farmaceuci są dla wielu pacjentów podstawowym autorytetem, do którego można się zwrócić w sprawie swoich dolegliwości bądź porady, jaki lek należy zastosować. Badania pokazują, że ok. 35% Polaków przy wyborze leku OTC, kieruje się opinią farmaceuty [25]. Dostępność leków bez recepty nie może oznaczać pozostawienia pacjentów samym sobie. Farmaceuci pracujący w aptece przejmują rolę doradców farmaceutycznych w ramach szeroko rozumianej opieki zdrowotnej. Kluczową rolę w samoleczeniu odgrywa edukacja pacjenta. Rozmowa z nim jest jedyną możliwością uzyskania wiedzy o jego stanie zdrowia i podstawą do przekazania informacji o konieczności i sposobie zastosowania leku. Farmaceuta, służąc poradą kontroluje racjonalne samoleczenie, lub uznaje, że objawy są poważne i odsyła pacjenta do lekarza. Podczas procesu samoleczenia główną odpowiedzialność za prawidłowe zastosowanie leku przejmuje tu sam pacjent, ale pomocą ma służyć farmaceuta, a także dołączona do leku ulotka. Odpowiednie doradzanie jest niezwykle trudne. Musi być prowadzone tak, aby pacjent wyszedł z apteki z potrójną korzyścią. Po pierwsze, z odpowiednim lekiem, jeśli zachodzi taka konieczność. Po drugie, ze zrozumiałą informacją, co, jak i kiedy należy zażywać w przypadku leku lub, jakie inne metody nefarmakologiczne można stosować, aby przyniosły oczekiwany efekt. Ostatnią korzyść stanowi przeświadczenie, że w aptece pacjent zawsze może liczyć na coś więcej, niż tylko kupienie leku. Jest to fachowa porada, czyli dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta prosta i jasna informacja [26].

Piśmiennictwo:

1. Korkosz T. Samoleczenie. [online], [dostęp 2.05.2009]. Internet: www.gazetalekarska.pl.
2. Węgrzyk J. Korzyści z samoleczenia. [online], [dostęp 02.04.2009]. Internet: <http://www.geoland.pl>.
3. Krzyszkowska R. Pokolenie lekomanów. [online] [dostęp 20.04.2008]. Internet: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/IB/poko_lekomanow.html.
4. Wdowiak L. Samoleczenie - kto kupuje leki OTC w Polsce. [online] [dostęp 14.05.2008]. Internet: <http://www.gbl.waw.pl>.
5. Anam R. Rynek farmaceutyczny w Polsce 2009. [online] [dostęp 23.06.2009]. Internet: <http://www.egospodarka.pl>.
6. Pustkowski M, Modrzewski Z. Polska leczy się sama. [online] [dostęp 16.06.2008]. Internet: <http://medigo.pl>.

7. Sprawozdanie WHO: Rola i zadania farmaceuty w aptece otwartej i szpitalnej w europejskim systemie opieki zdrowotnej. Madryt 29XI-1XII 1988 r., Farmacja Polska, 1997, 53 (10).
8. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna: Deklaracja zasad: Samoopieka wraz z samoleczeniem – Zawodowa rola aptekarza. Farmacja Polska 1997, 53 (10).
9. Wdowiak L, Kapka L. Zdrowie publiczne a samoleczenie. Konferencja Naukowa Samoleczenie a edukacja zdrowotna, polityka zdrowotna i etyka 20.04.2009r. Kraków.
10. Kurczewska U. O samoleczeniu i lekach bez recepty. Farmacja Polska, 2005, 8 (61).
11. Moska D. Porady aptekarskie i farmakologiczne w samoleczeniu. Farmacja Polska, 1999, 6 (55).
12. Deklaracja WHO przyjęta na konferencji w Alma-Acie 1978 r. [online], [dostęp 2.04.2009]. Internet: www.euro.who.int.
13. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication [online], [dostęp 2.04.2009]. Internet: www.apps.who.int.
14. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne. Dz. U. 2001 Nr 126 poz. 1381 z późniejszymi zmianami.
15. Grzelak-Hodor J. Efekty samoleczenia Polaków. [online], [dostęp 07.05.2009]. Dostępny w Internecie: www.pulsmedycyny.com.pl.
16. Miaskowska-Daszkiwicz K. Problemy związane z życzeniowym przyjmowaniem produktów leczniczych. Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”, Warszawa, 17-18 kwietnia 2008 r. [online], [dostęp 04.04.2009]. Internet: www.prawoimedycyna.pl.
17. Paż A. Leki OTC – gdy farmaceuta zastępuje lekarza. Terapia i Leki, 2007, 4.
18. Ulatowska- Szostak E. Wpływ reklamy na zakup leków, parafarmaceutyków i preparatów witaminowych w opiniach klientów aptek – porównanie lat 2002 i 2007. [online], [dostęp 2.04.2009]. Internet: www.phie.pl.
19. Zejc A, Gorczyca M. Chemia leków. Wydanie II, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002.
20. Kucharczyk T. Samodzielne stosowanie leków, podstawy społeczne, psychologiczne i ekonomiczne. Farmacja Polska, 1999, 17 (55). Woron J, Korbut R. Polifarmakoterapia przyczyną wzrostu ryzyka wystąpienia niepożądanych działań leków. [online], [dostęp 3.04. 2009]. Internet: www.nil.org.pl.
21. Rybus-Potępa E., Marczewski K.: Samoleczenie – stare zagrożenia czy nowy świat pomocy dla pacjenta. Zdrowie Publiczne, 2001,111 (1).
22. Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej. Naczelna Izba Aptekarska, Warszawa, 2003. Sieradzki E. Opieka farmaceutyczna w praktyce aptecznej. Terapia i Leki, 2007,4.
23. Drygas A. Kto się pokusi o sprecyzowanie terminu parafarmaceutyki? Farmacja Polska, 1998, 54 (5).
24. Karta Aptekarstwa Europejskiego. [online], [dostęp 3.04.2009]. Internet: www.prawo.farmacja.pl.
25. Frankowska A. Polacy łykają miliardy w tabletkach. [online], [dostęp 03.04.2009]. Internet: www.money.pl.
26. Olejnik T. Pani Magister, proszę mi doradzić! [online], [dostęp 07.05.2009]. Internet: www.achievegloabal.pl.



VIII Jak pacjent stał się klientem - analiza problemu samoleczenia na gruncie współczesnego społeczeństwa Polski

Agnieszka Żok

„Przed użyciem skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża twojemu życiu lub zdrowiu” - w okresie jesienno - zimowym regułka ta, jest bardzo często powtarzana w blokach reklamowych. Troszczący się o zdrowie widz jest więc zachęcany do konsultacji swoich decyzji. Liczba osób korzystających z takich propozycji rośnie. Samoleczenie wydaje więc dorównywać skutecznością prowadzonej przez specjalistów terapii przy czym pozwala na zaoszczędzenie czasu. Gdzie więc należy dopatrywać się problemów w tej, wydawałoby się komfortowej dla pacjenta sytuacji? Niebezpiecznym jest niekontrolowane łączenie preparatów leczniczych, mogące doprowadzić do przedawkowania zwartych w nich substancji bądź ich groźnych dla zdrowia interakcji. Zagadnienie to zostało już wielokrotnie opisane wykraczając jednocześnie poza pole zainteresowań tego artykułu. Pytanie, które pragnę tu postawić dotyczy raczej analizy przyczyn takiej popularności podejmowania czynności leczniczych na własną rękę.

Medycyna, od początku swojego istnienia systematycznie zajmuje w życiu człowieka coraz ważniejsze miejsce. Postęp w naukach medycznych nabiera coraz większego tempa, choroby uważane dotąd za nieuleczalne nie stanowią już zagrożenia. Od XIX wieku obserwujemy postęp medykalizacji społeczeństwa, procesu który dotyczy sfery biologicznej, społecznej oraz duchowej naszego istnienia [1]. Na bazie tego procesu ugruntowany został schemat postępowania pacjenta – ma on, w odpowiedniej sytuacji zgłosić się do lekarza oraz respektować wyznaczone przez medyka wytyczne. Rola lekarza polega na dostrzeżeniu objawów, oraz kierując się wiedzą dopasowanie ich do odpowiedniej nazwy zapisanej w „tabeli” co umożliwi rozpoczęcie procesu leczenia. Dla takiego poznania, zwanego historycznym zapalenie opłucnej jest idealnym występowaniem jego objawów. Nie chodzi tu o sieć ich wzajemnych uwarunkowań, chorobę postrzega się tu jako umiejscowioną w przestrzeni projekcji bez głębi i następstwa w czasie. Badanie źródeł, następstw, przyczyn dolegliwości jest zadaniem poznania „filozoficznego”. Dla takiego poznania charakterystyczna będzie postać badacza, naukowca zgłębiającego systemy rządzące organizmem, zależności między nim, a czynnikami zewnętrznymi. Według Foucaulta róż-

nienie tego, co historyczne i tego, co filozoficzne nie jest tożsame z rozróżnieniem przyczyny i skutku [2] Bożena Płonka – Syroka rozróżnia tu dwie sfery: sferę subiektywnych doznań pacjenta oraz sferę obiektywną, ograniczoną do toczącego się w organizmie procesu chorobowego. Właśnie ów dyskurs stał się przedmiotem zainteresowania współczesnej medycyny [3]. Pacjent jest tu przypadkiem, nosicielem interesującego medyka schorzenia. Stawiana na podstawie profesjonalnych przesłanek diagnoza, przekracza możliwości percepcyjne pacjenta [3]. Zmianie ulega tylko zakres działania medycyny, nie wymaga się od niej już li tylko leczenia stanów patologicznych, ale przede wszystkim zapobiegania im. Coraz większy nacisk kładziemy na jakość życia, na podwyższenie której rozwój nauk medycznych niewątpliwie wywarł wpływ. Samo pojęcie zdrowia okazuje się więc być względne, zależne przede wszystkim od naszej wiedzy - wiedzy, która, jak twierdzi Foucault, implikuje władzę (problem przemian w medycynie szerzej opisywałam w artykule Problem wiedzy i władzy w perspektywie medycyny XXI wieku, [w]: Zdrowie XXI wieku a promocja zdrowie). Dogłębne zmiany zachodzące w obrębie medycyny i systemów opieki zdrowotnej zmierzają do zwiększenia roli jednostki w procesie terapii i leczenia chorób [4]. Wiedza pacjent rośnie, dzięki popularno - naukowej prasie zyskuje on dostęp do informacji umożliwiających powierzchowne zrozumienie toczących się w organizmie procesów. Owa sytuacja przyczyniła się do zmniejszenia władzy medyka. Obecnie, zniechęcony relacją terapeutyczną pacjent staje się klientem aptek. Proces przemiany pacjenta w klienta okazuje, zwłaszcza na gruncie polskim, mieć wieloaspektowe podłoże.

Polska, podobnie jak większość krajów byłego bloku socjalistycznego, znajduje się w wyjątkowej sytuacji. Podczas gdy za oceanem rozkwitała gospodarka wolnorynkowa w Polsce kolejki za artykułami pierwszej potrzeby na stale wpisywały się w krajobraz miast. Oficjalna ideologia powojennej Polski, wspominana gospodarka niedoboru, propagowane wzory osobowościowe ludzi pracy nie wytwarzała potrzeb zaspokajanie których wybiegałoby poza podstawowy egzystencji. Przełom roku 1989 spowodował otwarcie się granic Polski na, dotąd tylko w niewielkiej skali przemycane zachodnie wzory. Stojące wcześniej puste, pułki zaczęły się zapełniać niedostępnymi dotąd przedmiotami. Kolorowe sklepy wypełnione towarami typu coca-cola były wcześniej raczej marzeniem czy symbolem zachodniego dobrobytu niż rzeczywistością. Rozważając skutki otwarcia dla Polski żelaznej kurtyny istotnym jest zetknięcie rzeczywistości postsocjalistycznego państwa z dokonującymi się na zachodzie przemianami kulturowymi [5]. Kształtujące swoją strukturę państwo nie mogło pozostać obojętne wobec paradygmatu postmodernistycznego, zostało postawieni w specyficznej sytuacji postsocjalistycznej ponowoczesności [5]. W momencie realnego zetknięcia się z kapitalizmem Polska okazała się nie do końca przygotowana idące za nim konsekwencje. Jacek Zygorowicz mówi wręcz o „postsocjalistycznej ponowoczesności” gdyż jest ona doświadczeniem zupełnie od-

miennym od zachodniego. Odzyskana i zagospodarowywana wolność niesie za sobą chęć nadrobienia straconego czasu, przejście z gospodarki niedoboru do nadprodukcji wymusza wytężoną działalność przemysłu reklamowego kładącego nacisk na mniej znaczące wcześniej wartości. Mimo przemiany kolejkowe wegetacji (pomijam tu bardzo aktywną wówczas działalność kontrkulturową, nie stanowi ona bowiem kluczowego dla omawianej kwestii elementu) w pogoń za lepszymi warunkami żywymi ilość przeznaczanego na troskę o ciało czasu zaczęła rosnąć. Ma to niewątpliwie związek z rozwojem prasy zajmującej się tematyką zdrowia i urody, nakłaniającej do zmiany nawyków związanych z pielęgnacją ciała i doboru właściwej diety. Wzrostowi zainteresowania ciałem naprzeciw wyszedł przemysł farmaceutyczny oferujące nowe „magiczne” specyfiki gwarantujące osiągnięcie zakładanego celu, w nowym społeczeństwie nie ma bowiem miejsca dla osób wymykających się doskonałości. W krajach Ameryki Północnej i Europie powstała moda na zdrowy styl życia. Kampanie promocyjne koncernów farmaceutycznych rozpowszechniły przekonanie o konieczności przyjmowania suplementów diety [6]. W leżącej w strefie klimatu umiarkowanego Polsce, w przekonanie o konieczności dostarczanie organizmowi dodatkowych witamin wzrasta w okresie jesienno- zimowym kiedy dostęp do świeżych owoców i warzyw może być utrudniony (co różni się z prawdą gdyż nie ma już problemy z zakupieniem importowanych towarów). Presja otoczenia, wymóg bycia zdrowym okazują się być ważnym czynnikiem nakłaniającym jednostki do samodzielnego sięganie po preparaty dostępne bez recepty.

Nie bez znaczenia dla powszechnego suplementowania diety pozostaje więc opisany przez Wolfganga Welscha proces estetyzacji życia codziennego. Boom estetyczny, którego jesteśmy świadkami zatacza coraz szersze kręgi. Otaczająca nas rzeczywistość jest przekształcana estetycznie. Ulicom, centrom handlowym, budynkom nadajemy nowy, ładny wygląd. Hedonizm staje się matrycą kultury – przyjemność, rozrywka i używanie bez konsekwencji stają się swoistymi wartościami [7]. Zwłaszcza ta ostatnia wartość zdaje się być kluczową dla rosnącej popularności suplementacji diety. Dopasowujący się do pięknego otoczenia człowiek wykorzystuje wszystkie dane mu możliwości by osiągnąć cel – posiadanie idealnego ciała. Producenci ułatwiających odchudzanie, poprawiających wygląd skóry i włosów specyfików zdają się ułatwiać osiągnięcie sukcesu. Nowa estetyka, zdaniem Schiller, miała służyć temu, by „piękno naszej natury (...) przywrócić” [7] gdyż tylko człowiek estetyczny może być w pełni człowiekiem. Scheller przesunął ośrodek estetyki z namysłu nad dziełami sztuki na nowe zagadnienia „sztuki życia”.

Nie można zapominać o ekonomicznym znaczeniu obserwowanego procesu upiększania. Współczesne ciało musi być dynamiczne, choroba ów dynamikę odbiera, lepiej więc na własną rękę „zapobiegać pierwszemu objawom” niż tracić czas w kolejkach do lekarza. (sposób funkcjonowania polskiej służby zdrowia również pozostaje nie bez

wpływu na postępowanie pacjentów). Czas, a raczej umiejętność jego efektywnego wykorzystania stała się podstawą przeżywania świata. Nieustanne namawianie do korzystania z najnowszych ofert nie pozostawia wyboru.

Atrakcyjność ciał stała się wymogiem, osiągnięcie jej jest długim i złożonym procesem. Jak zapewniają reklamowi „eksperti” same ćwiczenia i dieta nie wystarczą, aby osiągnąć zamierzony cel należy skorzystać z najnowszej oferty firmy farmaceutycznej. Wytwarzane przez media rzeczywistość staje się ofertą dla homo aestheticusa [7] Decydujący się na wspomaganie diety aptecznymi specyfikami klient nie kupuje nowych tabletek zapewniających potrzebne witaminy, lecz gwarancję zdrowia i atrakcyjnego wyglądu. Ciało uwikłane jest w konsumowanie przeżyć. Konsumując utwierdza porządek symboliczny, udzielając wsparcia finansowego tym, którzy go kreują [8]. Na ciało został nałożony wymóg młodości, atrakcyjności i dynamiczności – aktywna konsumpcja ma na celu utrzymanie tego stanu. Ciało poddawane jest presji, zainteresowania konkretnymi produktami, nasze pragnienia są nieustannie pobudzane. Wszelkocenna reklama wytwarza w nas potrzeby oferując od razu możliwość ich zaspokojenia w najlepszy z możliwych sposobów. Korzystający niegdyś z porad lekarskich pacjent staje się samodzielnie stawiającym diagnozę konsumentem. W wyborze specyfiku pomagającego zwalczyć dolegliwości pomaga pacjentowi-konsumentowi reklama. Problemu można się doszukiwać w konstrukcji reklam – przedstawiają one informacje mające zachęcić konsumenta do zakupu. Reklamami leków są konstruowane w ten sam sposób jak reklamy proszków do prania czy samochodów – proponowany towar zdaje się być idealny. Odbiorcy reklam leków są przekonywani o zaletach substancji leczniczych o ewentualnej możliwości konsultacji z lekarzem informowania są „drobnym drukiem”. Reklamy gwarantują wręcz cudowne działanie polecanych specyfików. Pastyłki zwalczające ból gardła działają niczym mag (schemat wykorzystany w jednej z reklam preparatów zwalczających objawy przeziębienia i grypy) przy pomocy czarodziejskiej różdżki zabijają bakterie umarzając ból. Charakterystyczne są tu reklamy środków przeciwbólowych, traktujących ból jako nieznaczący incydent, który można stłumić przy pomocy kolorowej pigułki nie zastanawiając się nad jego etiologią. Konsekwencja takiego postępowanie pacjentów-klientów mogą okazać się niebezpieczne, gdyż w wielu przypadkach tylko wczesna diagnoza może zagwarantować wyleczenie schorzenia [6].

Oferowane przez apteki programy lojalnościowe zdają się tylko utwierdzać klientów w przekonaniu o pozytywnym aspekcie zaopatrzenia się w znaczne ilości oferowanych przez nie produktów. Apteki starają się zaspokoić potrzeby klientów również przez wprowadzanie możliwości internetowego zamawiania leków. Zamówione towary trzeba (na razie) odbierać osobiście w aptecce jednak możliwość takiego zakupu leków (za-

równy OTC jaki i wydawanych na podstawie recepty) utwierdza klientów w przekonaniu, że leki są towarem takim samym jak inne które możemy zobaczyć w blokach reklamowych. Przeszkodą do całkowitej sprzedaży leków przez Internet są tylko regulacje w Polskim prawie. Czynniki te tworzą przekonanie, iż suplementy diety są nieszkodliwymi, nie wywołującymi interakcji pastylkami których zażywanie nie trzeba nawet zgłaszać lekarzowi.

Programem oświecenia było odczarowanie świata. Nie mity i magia lecz racjonalna wiedza miała zawładnąć światem [9]. Podążając w tym kierunku odrzuciliśmy wszystko co nie poddaje się naukowemu wyjaśnieniu. Kapitalizm nadał wręcz racjonalności miano cnoty prowadzącej do zysku [10]. Odczarowywany świat staje się coraz bardziej realny, przemyślany, obliczalny. Po doświadczeniach społeczeństwa oparte go na magii i religii stworzyliśmy industrialny model cywilizacji oparty o dokonania naukowe [11]. Towarzyszące tym przemianom ukształtowanie się kultury masowej ukonstytuowało instytucję „eksperta” pozwalając jednocześnie każdemu tą funkcję przybrać. Bycie ekspertem upoważnia do podejmowania decyzji, również dotyczących własnego zdrowia.

Rok 1989 przeniósł rytuał stania w kolejkach z terenów przedsklepowych do przychodni. Włoczony w ponowoczesną rzeczywistość pacjent, przekonany, że czas to pieniądź, woli skorzystać z ekspresowej porady farmaceuty i przy pomocy zwalczającego objawy przeziębienia środka przywrócić sprawność swojemu ciału. Zmniejszające się zaufanie społeczne dla zawodu lekarza, spowodowane przez wyciekające (dzięki mediom przyp. A.Ż.) do opinii publicznej informacje o błędach lekarskich oraz umowach medyków z firmami farmaceutycznymi z pełnością sprzyja zmianie statusu pacjenta w klienta. Samoleczenie okazuje się więc być zjawiskiem wielowarstwowym. Nie ulega jednak wątpliwości jego związek ze współczesną kulturą medialną. Samodzielne zarządzanie procesami własnego ciała stwarza dodatkowo iluzję dobrobytu. Wymóg pięknego, zdrowego ciała dotyczy każdego, nie każdy jednak może pozwolić sobie na pobyt w luksusowym SPA czy pakiet badań w prywatnej klinice. Wyjściem z niekomfortowej sytuacji może być samodzielnie przeprowadzona kuracja przy pomocy dostępnych w aptekach substancji. Specyfika polskiej (po)ponowoczesności odbiega od wzorców zachodnich, posocjalistyczny postmodernizm rządzi się swymi prawami, które zmuszają do dostrzeżenia specyficznego podłoża również zjawiska samoleczenia.

Piśmiennictwo:

1. Szewczyk K. Dobro, zło i medycyna, Warszawa – Łódź 2001, s. 7-12.
2. Foucault M. Narodziny kliniki, Warszawa 1999, s 19-40.
3. Płonka- Syroka B. Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne, Wrocław 2001, s. 3-9.
4. Giddens A. Socjologia, Warszawa 2008, s. 164 - 191.
5. Zydorowicz J. Artystyczny wirus, Warszawa 2005, s.24-49.
6. Hurkacz M. Blaski i cienie samoleczenia [w]: Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym red. B. Płonka- Syroka, Wrocław 2001, s.167-191.
7. Welsch W. Estetyka poza estetyką, Kraków 2005, s 31 - 75.
8. Klimczyk W. Erotyzm ponowoczesny, Kraków 2008, s. 97 - 135.
9. Adorno TW. Dialektyka oświecenia, Warszawa 1994, s. 19-59.
10. Weber M. Racjonalność, władza, odczarowanie, Poznań 2004, s. 50-63.
11. Kmita J. Społeczno - regulacyjna koncepcja kultury, Warszawa 1994, s. 35 - 70.

IX Jakość i dostęp do informacji internetowych jako źródło społecznej edukacji zdrowotnej

Maria Danuta Głowacka
Piotr Czajka

Informacja, wiedza, edukacja zdrowotna

Wiedza pacjenta i wiedza środowisk, w których realizują swoje role życiowe, jest warunkiem skutecznego ich uczestnictwa w tworzeniu, utrzymywaniu i poszerzaniu zachowań prozdrowotnych, ale także w świadomym uczestnictwie w procesie podejmowania przez nich decyzji na rzecz ich zdrowia.

Edukacja zdrowotna powinna być rozumiana jako proces, podczas którego człowiek uczy się troski o zdrowie własne i całej społeczności w której żyje, obejmujący szereg działań (kształcenie, wychowanie, samokierowanie własnym rozwojem), który oddziałując na jego rozwój wykorzystuje sprzyjające warunki i sytuacje celem propagowania prozdrowotnych tendencji. Celem sprawnej realizacji wskazanego procesu implementuje się wzorce, normy opisujące czy standaryzujące przebieg nauczania. Za bardzo dobry przykład służyć mogą Międzynarodowe Standardy Edukacji Zdrowotnej opracowane przez Joint Committee on National Health Education Standards a obejmujące następujące obszary:

1. Rozumienie pojęć związanych z promocją zdrowia i zapobieganiem chorobom.
2. Wykazywanie się umiejętnością dotarcia do ważnych informacji zdrowotnych, produktów oraz usług promujących zdrowie.
3. Wykazywanie się umiejętnościami zastosowania w praktyce zachowań wzmacniających zdrowie oraz redukujących wpływ negatywnych czynników ryzyka wystąpienia chorób.
4. Świadomie poddawanie analizie wpływ kultury, mediów, technologii oraz innych faktorów na zdrowie jednostki.
5. Wykorzystywanie techniki komunikacji interpersonalnej dla wzmacniania pożądanego zachowań zdrowotnych.
6. Wykazywanie się umiejętnością podejmowania decyzji oraz wyznaczania celu życiowego, potrzeb i oczekiwań mając na uwadze polepszanie stanu zdrowia.
7. Wspieranie działań ukierunkowanych na zdrowie jednostki, rodziny i społeczeństwa [1].

Interaktywna komunikacja w procesie edukacji pacjenta

Wyniki badań omówionej w tej części pracy zostały zaczerpnięte z pracy „What I’ve learned from E-patients” D. Hocha i T. Fergusona (Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA). Ze spostrzeżeń autorów pracy wynika, że 30% interakcji zachodzących pomiędzy uczestnikami internetowej komunikacji związana jest z jednej strony z udzielaniem wsparcia m.in. poprzez opisywanie własnych doświadczeń medycznych z drugiej zaś stanowi ofertę aktywnego słuchania, współczucia i zrozumienia.

Dodatkowo około 70% internautów zapewnia sobie wzajemnie krótki kurs przygotowawczy w zakresie postępowania z chorobą poprzez:

- dyskusje na tematy związane z anatomią czy fizjologią,
- omawianie dostępnych form leczenia danej jednostki chorobowej oraz ich efektów ubocznych,
- opisywanie codziennych czynności wykonywanych w związku z chorobą (np. przewlekłą),
- określanie stopnia „przenikania” choroby do życia rodzinnego czy zawodowego.

Wśród najczęściej omawianych przez internautów zagadnień autorzy wyróżnili:

- 31% - dostępne warianty leczenia,
- 28% - naturalna historia choroby,
- 20% - wymiana doświadczeń,
- 18% - efekty uboczne stosowanych terapii,
- 3% - inne tematy.

Jednocześnie poproszono pacjentów o wyrażenie swojej opinii w innych kwestiach związanych z szeroko rozumianą edukacją zdrowotną, zdobywaniem informacji na temat zdrowia czy możliwości merytorycznej oceny uzyskanych w Internecie informacji. Wyniki przedstawiały się następująco:

1. Czy uważasz, że nieprawdziwe bądź niedokładne informacje zamieszczone na stronie internetowej lub forum negatywnie odbiły się na Twoim doświadczeniu zdrowotnym? Nie – 95%
2. Czy miałbyś coś przeciwko profesjonalnej analizie Twoich wypowiedzi na forach internetowych celem lepszego zrozumienia potrzeb i oczekiwań pacjenta oraz wymagań stawianym dostawcom usług medycznych? Nie – 96%
3. Czy korzystasz z forów internetowych ponieważ dostawca usług medycznych nie dostarczył lub nie może dostarczyć niezbędnych informacji? Tak – 64%

Ponadto mniej więcej 6% postów na stronach internetowych, wg specjalistów medycznych, zawiera informacje częściowo nieprawdziwe, źle zinterpretowane, nieaktualne lub niepełne. Co więcej obserwuje się zjawisko korygowania powyższych nieprawdziwych informacji przez innych internetowych rozmówców.

Z prezentowanym zagadnieniem nierozłącznie związane jest, coraz powszechniej dyskutowane, zjawisko interaktywnej komunikacji ukierunkowanej na zdrowie rozumianej jako proces interakcji, zachodzący pomiędzy indywidualnymi konsumentami, pacjentami, dostawcami usług zdrowotnych czy profesjonalistami medycznymi, bazujący na urządzeniach elektronicznych lub różnorodnych technikach porozumiewania się, którego celem jest przekazywanie lub zapewnienie dostępu do informacji zdrowotnych, a także uzyskanie pomocy, wskazówek, porad w kwestiach powiązanych ze zdrowiem.

Aplikacje interaktywnej komunikacji ukierunkowanej na zdrowie sprzężone z użytkownikami ostatecznymi (konsumentami, pacjentami) stanowią narzędzia w edukowaniu pacjentów, które przyczyniają się do kształtowania prozdrowotnych postaw przez wspieranie samoopieki oraz samodzielnego występowania we własnym imieniu. Do podstawowych funkcji spełnianych przez te aplikacje należy:

- przekazywanie informacji,
- umożliwienie pacjentom podejmowania decyzji w oparciu o rzetelne dane,
- promowanie zachowań sprzyjających zdrowiu,
- promowanie bezpośredniej wymiany informacji i wsparcia emocjonalnego,
- zarządzanie zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne [2].

WYKRES 1. Interaktywne aplikacje zdrowotne



Źródło: Robinson TN, Patrick K, Eng TR, Gustafson D. An evidence-based approach to interactive health communication: a challenge to medicine in the information age. *Science Panel on Interactive Communication and Health. JAMA* 1998;280(14):1264-1269.

Strony internetowe zakładów opieki zdrowotnej

Istotnym źródłem informacji na temat zdrowia dla pacjenta są strony internetowe przychodzi lekarskich, gabinetów, szpitali, szeroko rozumianych placówek sektora ochrony zdrowia. Strony internetowe lekarzy oraz zakładów opieki zdrowotnej powinny bazować nie tylko na pasywnych narzędziach komunikacji tj. przewodniki dla pacjentów, ale także z powodzeniem stosować aplikacje, podobne do tych wykorzystywanym w e-handlu, umożliwiające przeprowadzanie transakcji i wymianę informacji. Opisywanie zmiany obejmują:

- zamieszczanie linków do stron zewnętrznych wyróżnionych ze względu na kryterium jakości informacji np.: organizacje wspierające pacjentów,
- opracowanie interaktywnych zabezpieczonych zakładzek, indywidualnych dla każdego pacjenta, na których umieszczone zostaną informacje odnośnie stosowanych leków, wyniki przeprowadzonych badań diagnostycznych, kopia prowadzonej korespondencji czy wypis ze szpitala,
- umożliwienie pacjentom prowadzenie własnej „biografii zdrowotnej”; w Wielkiej Brytanii taką możliwość daje strona NHS (odpowiednik polskiego NFZ) – healthspace.nhs.uk,
- przygotowanie formularzy do rejestracji on-line oraz ponownego przepisania stosowanych medykamentów,
- wprowadzenie ustrukturyzowanych formularzy do natychmiastowej oceny symptomów wskazanych przez pacjenta.

E-zdrowie

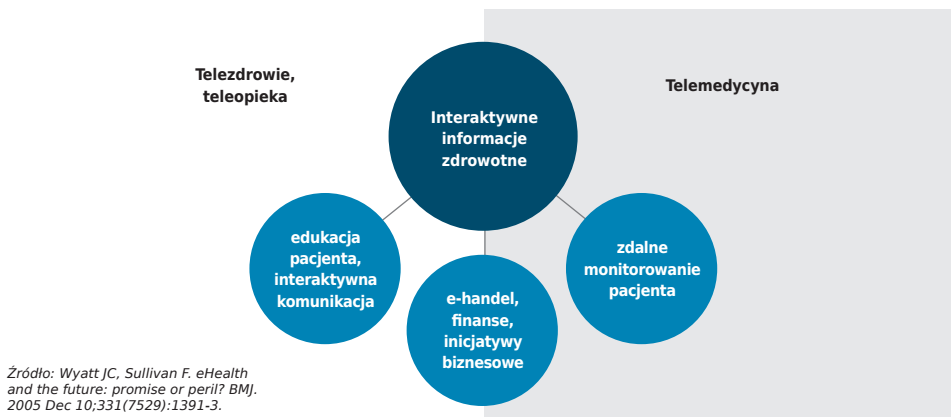
Według Gustafsona i Wyatta e-zdrowie polega na wykorzystywaniu przez pacjentów czy społeczeństwo Internetu i/lub innych mediów elektronicznych do rozpowszechniania, zapewnienia dostępu do usług lub informacji nt. zdrowia, zdrowego stylu życia.

E-zdrowie opiera się głównie na aktywnych narzędziach komunikacji, a więc aplikacjach, podobnych do tych używanych w e-handlu, umożliwiających przeprowadzanie transakcji i wymianę informacji [3].

Dynamiczny rozwój Internetu sprzyja ewolucji działań z zakresu e-zdrowia. Pacjenci posiadający kamery internetowe mogą przeprowadzać rutynowe konsultacje z lekarzem pierwszego kontaktu bez wychodzenia z domu. Telefony z wbudowanymi kamerami umożliwiają przeprowadzanie telekonferencji z dowolnego miejsca. Wykorzystując aparat cyfrowy wykonuje się zdjęcia znamion, elektrokardiogramów czy też ran, które następnie z wykorzystaniem dowolnego łącza internetowego przesyła do specja-

listycznej oceny. Takie rozwiązania promują równy dostęp do usług medycznych, skracają czas oczekiwania na konsultację oraz umożliwiają lekarzom efektywne zarządzanie czasem.

WYKRES 2. e-zdrowie



Źródło: Wyatt JC, Sullivan F. eHealth and the future: promise or peril? *BMJ*. 2005 Dec 10;331(7529):1391-3.

Jak w przypadku całego systemu ochrony zdrowia tak i w e-zdrowiu kluczowy problem stanowią ograniczone zasoby pieniężne a pozyskanie źródeł finansowania jest jednym z czynników warunkujących jednakowy dostęp do nowoczesnych metod leczenia pacjentów pochodzących z różnych środowisk. Osobną kwestię stanowi zwrot kosztów interaktywnych konsultacji, ponoszenie odpowiedzialności za postawioną diagnozę oraz bezpieczeństwo przesyłanych informacji ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych osobowych pacjentów [4].

Podsumowanie

Ożywiona debata na temat przyszłości systemu ochrony zdrowia nie powinna koncentrować się wokół przepychanek na scenie politycznej a określeniu sposobów inwestycji, których rezultaty odpowiedzą na potrzeby medycyny przyszłych pokoleń. W dzisiejszych czasach zbędne wydaje się być subsydiowanie anachronicznych procedur. Wszelkie wysiłki skupiać należy wokół opracowywania zintegrowanych, efektywnych i elastycznych rozwiązań systemowych.

Istnieją obawy, iż gwałtowny rozwój e-zdrowia może przyczynić się do powiększenia nierówności w zdrowiu, dostępie do świadczeń. Stan zdrowia mniej zamożnych i niewykształconych obywateli jest gorszy. Dodatkowo dużo rzadziej korzystają z Internetu. Przesuwanie usług świadczonych w ramach medycyny tradycyjnej do e-zdrowia może zbudować „cyber przepaść”, której nie będą w stanie pokonać.

Internet jest narzędzie promującym indywidualność, wolność oraz współzawodnictwo. Jednakże w aspekcie zdrowotnym istotna wydaje się jakościowa ocena usług, informacji czy produktów dostępnych za jego pośrednictwem oraz kontrola komercyjnych dostawców wywierających wpływ lub wprowadzających w błąd pacjentów korzystających z sieci. Zasadne wydaje się wprowadzenie uregulowań prawnych funkcjonowania tej dziedziny [5].

Piśmiennictwo:

1. Belda TE. Computers in patient education and monitoring., *Respir Care*. 2004 May;49(5):480-8.
2. Eng TR, Gustafson DH, Henderson J, et al. Introduction to evaluation of interactive health communication applications. Science Panel on Interactive Communication and Health. *Am J Prev Med* 1999;16(1):10-15.
3. Robinson TN, Patrick K, Eng TR, et al. An evidence-based approach to interactive health communication: a challenge to medicine in the information age. Science Panel on Interactive Communication and Health. *JAMA* 1998;280(14):1264-1269.
4. Wyatt JC, Sullivan F. eHealth and the future: promise or peril? *BMJ*. 2005 Dec 10;331(7529):1391-3.
5. Jadad AR. A view from the Internet age: let's build a health system that meets the needs of the next generation. *CMAJ*. 2004 Dec 7;171(12):1457-8.

X Wybrane socjokulturowe uwarunkowania samoleczenia

Igor Radzewicz-Winnicki

Rozkwit naukowej medycyny począwszy od epoki Oświecenia doprowadził do trwałego umocowania paradygmatu biomedycznego jako podstawowej kategorii interpretacyjnej zjawisk z pogranicza zdrowia i choroby. System ten przekazał najwyższe kompetencje instytucji profesjonalisty-lekarzowi rezerwując wyłącznie dla niego wiedzę i prawo do podejmowania wszystkich działań mających na celu podtrzymanie oraz przywracanie zdrowia na rzecz osób, których te działania bezpośrednio dotyczą. Jednak przemiany społeczne prowadzące do upowszechnienia idei praw człowieka przede wszystkim praw do edukacji i samostanowienia przeniosły akcenty wartości i wagi z obszaru rozważań stricte patogenetycznych o przyczynach zaburzeń zdrowia w krąg dociekań o jakości życia, której centralnym ogniwem stał się wyposażony w coraz większą wiedzę ogólną upodmiotowiony człowiek przejmujący inicjatywę działań na rzecz własnego zdrowia.

Samoleczenie (*self-medication*) definiuje się jako wąski zakres działań zaliczanych do samoopieki, odnoszący się do „medycznych” działań podejmowanych przez osoby nie będące profesjonalistami w zakresie opieki zdrowotnej, w celu utrzymania i przywracania zdrowia, głównie poprzez zażywanie leków, paramedykamentów, podejmowanie badań profilaktycznych lub terapii tzw. medycyny alternatywnej. Istotą samoleczenia jest brak kontroli ze strony systemu profesjonalnego poradnictwa medycznego.

Poprzez samoopiekę (*self-care*) natomiast rozumie się wszelką aktywność osób nie będących profesjonalistami w opiece zdrowotnej, którą podejmują one w celu utrzymania zdrowia, jego promocji, a także umiejętność wykrywania, zapobiegania i leczenia najczęstszych problemów zdrowotnych. W definicji tej mieści się również podejmowanie decyzji o „nie robieniu nic” w odpowiedzi na pojawiające się symptomy chorobowe. Przyjęta w 1983 roku przez WHO definicja samoleczenia podaje iż „odnosi się ono do działań jednostek, rodzin i grup społecznych podejmowanych w celu poprawy zdrowia, przeciwdziałaniu rozwojowi chorób, ograniczaniu chorób i pozostawaniu przy zdrowiu. Działania te opierają się o wiedzę i umiejętności z za-

kresu laickiego doświadczenia, a także wyniesionego z wcześniejszych kontaktów z profesjonalną opieką zdrowotną i są podejmowane przez ludzi z ich własnej inicjatywy, samodzielnie bądź też we współpracy z profesjonalistami” [1].

Samoopieka jest zatem działaniem intencjonalnym, podejmowanym w celu zapobiegania rozwojowi chorób, ograniczenia stopnia upośledzenia i przywracania zdrowia, a także powielania zdrowia i poprawy zdolności adaptacyjnych do zmieniających się warunków zdrowotnych tak, by umożliwić kontrolę własnego życia i utrzymanie autonomii. Na podstawie tak rozumianej definicji wyróżnia się 3 wymiary samoopieki:

1. prozdrowotny styl życia umacniający zdrowie i redukujący rozpoznane czynniki ryzyka, zapobiegający rozwojowi chorób,
2. praktyki medyczne mające na celu diagnozowanie i leczenie częstych ostrych stanów oraz poszukiwanie informacji na temat zdrowia,
3. praktyki o charakterze adaptacyjno-kompensacyjnym odnoszące się do codziennej aktywności życiowej w odpowiedzi na trwałe i nawracające problemy zdrowotne.

Pośród najczęściej wymienianych form samoleczenia przytacza się:

- modyfikacje stylu życia (ograniczenia konsumpcji używek, modyfikacje dietetyczne, czasu snu, ćwiczeń i aktywności fizycznej)
- adaptacje do funkcjonowania w warunkach zmieniających się normatywów zdrowotnych (modyfikacje środowiska domowego oraz użytkowania dodatkowego wyposażenia kompensującego ograniczenia)
- samoleczenie „medyczne” (self-treatment zażywanie paramedykamentów, lekarstw, monitorowanie funkcji biologicznych organizmu, podejmowanie badań profilaktycznych). [1, 2, 3].

Wiele badań sugeruje, iż 90% osób zdrowych deklaruje sporadyczne odczuwanie szeregu dolegliwości somatycznych, spośród których zaledwie 10-25% epizodów staje się przyczyną konsultacji profesjonalistów w zakresie zdrowia, reszta zaś w sferze niedostrzeganej przez oficjalne statystyki zdrowotne podlega różnego rodzaju oddziaływaniom z zakresu „samodzielnej administracji porad uzdrawiających” szeroko pojętych strategii na rzecz poprawy zdrowia, zapobiegania rozwojowi chorób, ograniczenia skutków choroby oraz powrotu do zdrowia, jak również rozpoznania indywidualnej podatności na zachorowanie. Badania przeprowadzone w USA na przestrzeni ostatnich 60 lat sugerują, że zachowania z grupy samoleczenia mają tendencję do stopniowego upowszechniania się. O ile w badaniach z 1954 roku strategie samoleczenia występowały przeważnie w formie uzupełnienia leczenia profesjonalnego, to już w roku 1972 wy-

rażnie stwierdzono, że osoby deklarujące samoleczenie zdecydowanie rzadziej korzystały z profesjonalnej medycyny. Również późniejsze badania stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich ujawniły, że w ciągu 2 tygodni stosunek samodzielnie przyjmowanych leków do leków przepisanych przez lekarza wynosił 2:1, a większość badanych dorosłych w tym czasie przyjmowała więcej niż 1 nie przepisany przez lekarza lek. Pośród leków nie przepisanych przez lekarza zaledwie co 10 był uprzednio zalecany przez profesjonalistę, pozostałe zaś były polecane przez system poradnictwa nieprofesjonalnego. Z reguły zawsze podjęcie leczenia profesjonalnego poprzedza różny w czasie i w doborze środków okres postępowania przedprofesjonalnego, nazwany przez Eliota Freidsona *lay referral system*. Zależy on od wydolności poradnictwa rodzinnego, nieprofesjonalnych autorytetów, lokalnych grup odniesienia, sąsiedztwa, przyjaciół, który dostarcza wsparcia poznawczego, instrumentalnego, duchowego, a także rzeczowego. Do systemu poradnictwa zalicza się także kulturowo uwarunkowane rozumienie choroby. Wynik interakcji pomiędzy tymi elementami kształtującymi socjoekologiczne zaplecze samoleczenia warunkuje ostateczną weryfikację zasadności konsultacji z profesjonalnym systemem zabezpieczenia zdrowotnego [4, 2].

Samoleczenie jako specyficzna kategoria zachowań zdrowotnych ujawnia się bądź to w sytuacji postrzeżenia przez ludzi symptomów interpretowanych jako pogorszenie normatywnych standardów zdrowotnych, bądź też jako działania na rzecz poprawy zdrowia czy też jego utrzymania. Na postrzeżenie zjawisk z pogranicza zdrowia i choroby mają wpływ zmienne zarówno o charakterze biologicznym (*disease*), jak i subiektywnie postrzegane dysfunkcje czy skargi somatyczne (*illness*), a także upośledzenie zdolności pełnienia ról społecznych negatywnie wpływające na jakość i intensywność partycypacji społecznej (*sickness*). Skala wartości przypisywana poszczególnym wymiarom życia oraz stopień ograniczenia funkcjonowania w poszczególnych jego wymiarach stanowić będzie podstawę samoidentyfikacji osoby w wymiarze kontinuum zdrowie-choroba i tym samym stanowi o podejmowaniu działań o charakterze samoopieki, w tym i samoleczenia [5].

Indywidualny wymiar wartości przypisywanej zdrowiu jest wynikiem interakcji unikalnego przebiegu doświadczeń życiowych jednostek z systemem normatyw przyjętych w określonej kulturze. Na pojęcie kultury składają się wszystkie elementy życia człowieka, które nie mają charakteru biologicznego, a zatem wszystkie materialne i duchowe dobra pozwalające na zaspokojenie potrzeb jednostki, otrzymane od społeczeństwa w formie wzorów postępowania, wierzeń, przekonań, obyczajów, języka, norm etycznych i umiejętności będących rezultatem doświadczeń przeszłych pokoleń. Wyróżnia się kulturę osobistą jednostek (ogół własnych norm, przekonań i sposobów postępowania) oraz kulturę zbiorowości (rodzin, społeczności lokalnych, grup zawodowych,

czy narodów). Część wspomnianych norm, przekonań, obyczajów i wierzeń wyznacza również podstawowe wartości dotyczące zdrowia, takie jak:

- system poglądów na temat uwarunkowań zdrowia,
- zespół kryteriów rozumienia zdrowia, wyznaczający subiektywne postrzegane granice zdrowia i choroby
- miejsce zdrowia w wyznawanym systemie wartości
- postawy w stosunku do chorób i ludzi chorych [6, 7, 8].

Czynniki kulturowe wyznaczają ogólny poziom życia członków danej społeczności, wiedzę na temat przyczyn chorób, sposoby opisywania i odczuwania symptomów chorobowych, a także zakres kompetencji i sposoby zaspakajania potrzeb zdrowotnych składające się na współcześnie rozumiany styl życia jednostek. Częste przywiązanie do tradycji, afirmacja naturalnych metod leczniczych i sprzeciw wobec stosowania środków farmaceutycznych, korzystania z porad lekarza to najczęstsze przejawy wpływów kulturowych na postawy wobec propozycji leczenia.

Niski poziom warunków socjalno-bytowych stanowi powszechnie uznawany od czasów Rufolfla Virchowa czynnik zwiększający ryzyko zdrowotne. Marginalizacja i wykluczenie środowisk społecznie upośledzonych, pozbawionych wiedzy i umiejętności w znaczący sposób ogranicza także dostępność tych osób do dóbr zinstytucjonalizowanej opieki zdrowotnej pozostawiając tym samym ich wzmożone potrzeby zdrowotne zależne od poradnictwa przedprofesjonalnego. W studiach z zakresu socjologii medycyny uważa się poziom wykształcenia z jeden z najbardziej stabilnych wyznaczników statusu społecznego. Kategoria ta wykazuje znaczące korelacje z omal wszystkimi wskaźnikami zdrowotnymi. Uważa się, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta również świadomość zalet prozdrowotnego trybu życia, w tym także racjonalnych form samoleczenia. Ludzie z wyższym wykształceniem znacznie rzadziej polegają na zabiegach leczniczych medycyny alternatywnej, stosują mniej leków i paramedykamentów, a znacznie częściej korzystają z profilaktycznych porad lekarskich. Wraz ze wzrostem wykształcenia zwiększa się też dostęp do wiedzy z zakresu zdrowia, wzrastają także umiejętności rozwiązywania problemów. Osoby zajmujące mniej uprzywilejowane pozycje społeczne obciążone są większym ryzykiem zdrowotnym wynikającym z mniej prozdrowotnego stylu życia, większego ryzyka bezrobocia i pracy w warunkach wzmożonego ryzyka zdrowotnego środowiska pracy. Dodatkowo obciążenia kulturowe dotyczące wartości przypisywanej zdrowiu i umiejętności samoleczenia uświadamiają wzmożone ryzyko wystąpienia w tych grupach objawów chorobowych i nieadekwatnych reakcji w odpowiedzi na nie [9, 10, 2]

Trudno nie wspomnieć, iż w powszechnej opinii nie tylko reprezentantów nauk społecznych rodzina stanowi główną i podstawową komórkę, a zatem fundamentalny i konstytutywny element każdej struktury społecznej. Owo powszechne przekonanie nie znajduje wszakże potwierdzenia w teorii socjologicznej, w której części za „podstawową jednostkę społeczeństwa” uważa się niezależnie interakcje bądź też działania społeczne [11]. Jest zatem rodzina uniwersalną instytucją społeczną o wielowiekowym, uniwersalnym w tradycji wszystkich kultur, zrytualizowanym zespołem działań ludzkich ukierunkowanym – w procesie socjalizacji – na zaspokajanie określonych potrzeb swoich członków, w tym oczywiście również prozdrowotnego stylu życia, co wiąże się zarówno szerszymi zmianami w życiu publicznym, głównie rozwojem kultury konsumenckiej, jak i rozwojem i intensyfikacją działań w zakresie promocji zdrowia [6]. Sygnalizowana uprzednio socjalizacja to nic innego jak uczenie się różnych kultur przez jednostkę w ciągu całego życia. Najstarsza teorie socjalizacji odwołują się do prac Emila Durkheima i nawiązują do koncepcji, zgodnie z którą jednostka (indywiduum społeczne) wymaga ukształtowania przez społeczeństwo. W bardziej rozwiniętej postaci – zdaniem Ryszarda Borowicza – teorie taką przedstawił Talcott Parsons (1969r.) wyróżniając system organizmu, system psychiki i wreszcie system społeczny. Pierwszy stanowi źródło energii niezbędnej do podejmowania jakichkolwiek działań, drugi z powodzeniem kanalizuje taką energię, orientując się przede wszystkim na zaspokajanie potrzeb. W tej znanej funkcjonalistycznej teorii Parsonsa socjalizacja polega na stopniowym zinternalizowaniu (przyswajaniu i zaakceptowaniu) wartości oraz norm kreowanych (akceptowanych) w danym środowisku lokalnym, przy równoczesnym zachowaniu równowagi pomiędzy potrzebami organizmu, osobowością i strukturą społeczną [12, 13]. Niestety szereg patologii życia codziennego powoduje wiele zakłóceń w przebiegających procesach socjalizacyjno-wychowawczych. Patologia zostaje wkomponowana w strukturę rodziny, stając się elementem utrzymującym ją w pewnej (często niewydolnej) całości oraz spełniając jeszcze inne, dodatkowe funkcje np. obniża napięcie emocjonalne wynikające z konfliktów, bądź też ogranicza pomysłą partycypację społeczną jej członków poprzez umożliwienie korzystania ze statusowych uprawnień [14].

Kultura każdej społeczności przewiduje zespół przekonań na temat przyczyn powstawania chorób. Ustalenie wierzeń kauzalnych jest czynnikiem kluczowym dla doboru odpowiednich metod terapeutycznych, adekwatnych do uznanych źródeł chorób. Rozważania Stanley’a Kinga zwracają uwagę na historyczny aspekt przenikania do świadomości zbiorowej poglądów na ten temat. Wyróżnił on w historii rozwoju medycyny 3 okresy – systemy paradygmatyczne – rzutujące na sposób postrzegania przyczyn chorób oraz modeli oddziaływań terapeutycznych. Pierwszy okres - medycyny pierwotnej – odnosi się do systemu wierzeń opartych na przekonaniach teologicznych, gdzie nadrzędną rolę odgrywa oddziaływanie sił nadprzyrodzonych, a jed-

nostka zostaje pozbawiona wpływu na własne zdrowie. Centralną rolę w tym systemie pełni osoba szamana - łącznika pomiędzy światem nadprzyrodzonym a realnym, który dobiera terapie zmierzające do pozyskania przychylności zaświatów, odwrócenia złych mocy, czy też naprawy aury. Współcześnie przejawami samoleczenia w tym systemie przekonań stały się bardzo popularne gabinety medycyny alternatywnej oferujące seanse promieniowania kosmicznego, odpędzania złych duchów, otaczanie się przedmiotami kultu religijnego, czy też intencjonalnie podejmowane czynności mające na celu zdobycie przychylności bóstw jak podejmowanie modłów w intencji zdrowia. Kolejnym okresem rozwoju medycyny była medycyna ludowa, oparta na doświadczeniu, przywiązaniu do natury i ziemi. Jej przejawy typowo lokalizują się w środowiskach wiejskich, gdzie odpowiedzialność za zdrowie powierzana jest znachorowi, znawcy ziół i trucizn, czy kręgarzowi. Formy leczenia poważane w tym systemie przekonań opierają się na leczeniu ziołami, naparami, nalewkami czy maściami. Szczególnie w środowiskach nisko zurbanizowanych są częstą formą samoleczenia stosowaną częściej przez osoby starsze. Leczenie oparte o ten paradygmat ideowy współcześnie zyskało olbrzymią popularność w formie zindustrializowanego przemysłu parafarmaceutyków homeopatycznych, zawierających minimalne ilości trucizn, a także powszechnej dostępności i akceptacji stosowania preparatów roślinnych. Trzeci nurt – współczesny – to medycyna oparta na dowodach naukowych, wyraża dzisiejsze przekonanie o konieczności naukowej weryfikacji skuteczności wszystkich strategii terapeutycznych, wydaje się pozostawać w największej opozycji do tradycji pierwotnych i ludowych. Przejawem takiego systemu myślenia w obrębie przyjmowanych strategii samoleczenia jest stosowanie zabiegów i środków o potwierdzonej skuteczności, a także racjonalna współpraca z przedstawicielami profesjonalnej medycyny. W pewnym sensie współczesny imperatyw naukowego potwierdzania zasadności podejmowanych działań samoleczniczych przenika do życia codziennego w treści reklam produktów prozdrowotnych, które aspirują by przedstawiać się w możliwie wiarygodnym (pseudonaukowym) świetle swoje produkty, stając się przyczyną popularyzacji wiedzy o zdrowiu, poradników medycznych, czy portali internetowych [5, 7].

Sposób postrzegania, odczuwania i komunikowania objawów chorobowych kształtujący się w trakcie socjalizacji jest kolejną zmienną od której zależą postawy wobec leczenia. W wielu kulturach zarysowuje się tendencja do łatwiejszej werbalizacji i ujawniania jednych objawów chorobowych, które stają się powodem symbolicznego – nierzadko – rytualnego przyjmowania określonych form samoleczenia, a przemilczania innych dysfunkcji fizjologicznych uznawanych powszechnie za nieestetyczne, intymne i wstydlive. Te ostatnie są przedmiotem wypierania, czy negacji a odczuwający je ludzie wobec uczucia wstydu częściej przyjmują próby samodzielnego leczenia, a zatem w oparciu o tradycję i kulturę, nie zaś o metody profesjonalne. Prze-

miany społeczne modyfikują ten dopuszczający kodeks społecznej akceptacji lansując coraz większą otwartość w publicznej komunikacji różnych problemów zdrowotnych. Obrazem tych przemian jest coraz bardziej odważna treść reklam promujących farmaceutyki mające skutkować w przemilczanych dotychczas obszarach ludzkiego zdrowia, m.in. związanych z problemami menstruacji, zaparć, biegunek, czy zaburzeń erekcji [15]. Wspomniany wpływ kampanii reklamowych stanowi przejaw upowszechniania się komercjalizacji zjawisk zdrowia i choroby. Bujny rozkwit handlowej oferty preparatów obiecujących przywrócić i zachować zdrowie stanowi przejaw z jednej strony nadaniu zdrowiu pewnej wymiernej wartości ekonomicznej, z drugiej zaś jest wykładnikiem upowszechniania się intencjonalnie podejmowanych działań na rzecz poprawy zdrowia. Jednakże odpowiadające konwencji społeczeństwa konsumpcyjnego zubożenie sfery edukacyjnej treści reklam sprowadza się do błędnej retoryki „kupisz-będziesz zdrowy” inicjując tym samym ryzyko kompulsywnego stosowania promowanych leków.

W ten sposób przekonania na temat skuteczności samoleczenia podlegają łatwo manipulacji wywieranej przez producentów określonych dóbr i usług medycznych, promujących mody społeczne i ustalających niemożliwe do osiągnięcia standardy zdrowotne zakładające „całkowite uwolnienie od jakichkolwiek biologicznych ograniczeń”. Na tego typu sugestie szczególnie podatne są osoby o niskiej świadomości zdrowotnej, zwykle pochodzące ze zmarginalizowanych środowisk. Grupy te, zwykle cechujące się niższym poziomem wykształcenia i pauperyzacją wiedzy ogólnej, z uwagi na zajmowany *situs* społeczny i związany z nim ciąg niekorzystnych czynników prowadzący do akumulacji negatywnych determinant zdrowia w sposób szczególny narażone są na ryzyko nieadekwatnego samoleczenia i następstw zdrowotnych [9, 10, 16].

Wzrastająca częstość samoleczenia wydaje się być pochodną przemian społecznych, w których obserwujemy sukcesywny wzrost tendencji do podmiotowego udziału w poszczególnych kategoriach życia społecznego. Rozwój społeczeństw zachodnich, którego efektem stało się upowszechnienie obowiązku kształcenia i wzrost poziomu wiedzy ogólnej – prowadzące do współistnienia elementów wiedzy potocznej, ludycznej, mitycznej i naukowej odnoszących się do sfery zdrowia i choroby – sprzyjają przejmowaniu inicjatywy w kontroli własnego zdrowia przez jednostki, odrzucające dotychczasowy ład, zdominowany przez paternalistyczną pozycję lekarza jako społecznie uprzywilejowanej centralnej instytucji właściwej do spraw zdrowia. W tym aspekcie samoleczenie wpisuje się w idee współcześnie rozumianej promocji zdrowia, jako procesu ułatwiającego jednostkom i grupom społecznym przejmowanie kontroli nad własnym zdrowiem. Owo nadanie jednostkom atrybucji odpowiedzialności za zdrowie, czyli upodmiotowienie (*empowerment*) przejawia się w rozwijaniu umiejęt-

ności podejmowania korzystnych decyzji dla zdrowia w życiu codziennym, umiejętności właściwej reakcji w przypadku nagłych zdarzeń, w tym umiejętnego korzystania z farmaceutyków oraz parafarmaceutyków. Znaczącą korzyścią opisywanego zjawiska upodmiotowienia jest artikulacja, a tym samym uświadomienie własnych potrzeb zdrowotnych oraz prawa ludzi do osiągnięcia możliwie najwyższego standardu zdrowotnego, prowadzące do poprawy współpracy z systemem opieki zdrowotnej [17]. Wydaje się dziś zatem niezwykle zasadne, by nastroje środowisk medycznych – ukształtowanych w tradycyjnym paradygmacie biomedycznym – rozpatrujących samoleczenie w perspektywie antycypowanej niekompetencji, wadliwości czy nieadekwatności prowadzących do potencjalnych zagrożeń i powikłań – uwrażliwić także na wymierne korzyści płynące ze zjawiska samoleczenia, wynikające ze wzrostu zainteresowania zdrowiem, a także poprawy współpracy przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej z biorcami świadczeń, przy założeniu nowej formuły partnerstwa w miejsce dawnej doktryny patriarcalnej. Taki kierunek optymalizacji opieki zdrowotnej według wielu autorów przynosi policzalne oszczędności w wydatkach systemu [3]. Wspieranie samoleczenia staje się w ten sposób celem systemu opieki zdrowotnej. Przykładem mogą tu być choćby raporty i zalecenia Brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia, przewidujące ścisłą współpracę lekarza rodzinnego z pacjentami, wspierającego umiejętność samoleczenia pacjentów, współpracującego z grupami wsparcia pacjentów, stowarzyszeniami osób chorych na poszczególne schorzenia przewlekłe, które następnie wiedzę o samoleczeniu powielają w postaci organizacji szkoleń, poradnictwa telefonicznego, konsultacji internetowych. W badaniach brytyjskich blisko 75% ludzi deklaruje potrzebę dostępu do lokalnych grup wspierających umiejętność samoleczenia i samoopieki, w tym więcej niż połowa osób nie biorących aktywnego udziału w leczeniu swojej choroby przyznaje, że powinni oni być odpowiedzialni za regularne monitorowanie swojego stanu zdrowia. [18,19].

Pilnym zadaniem społecznym pozostaje stale inspirowanie rozwoju myśli teoretycznej oraz eksplikacji socjopsychologicznych. Znaczną część społeczeństwa polskiego – jak twierdzi Zofia Słońska – cechuje tradycyjny zmedykalizowany „rodzinny” tryb percepcji zdrowia wywołujący swoisty skutek – jest nim przekonanie, że zdrowiem należy zajmować się wówczas, kiedy pojawią się symptomy chorobowe, a odpowiedzialność ponosi przede wszystkim służba zdrowia. Owo przekonanie utrudnia zaakceptowanie radykalnej zmiany paradygmatu leżącego u podstaw ochrony/promocji zdrowia, w którym akcentuje się indywidualna odpowiedzialność za działania zdrowotne, tzw. *health related behaviour* [6]

Piśmiennictwo:

1. DeFries GH, Kondrad TR, Woomert AI, et al. (1994): Self-Care and Quality of Life in Old Age, W: Abeles Ronald P, Gift Helen C, Ory Marcia G: Aging and Quality of Life. New York: Springer Publishing Company.
2. Tobiasz-Adamczyk B, Szafraniec K, Bajka J. (1999): Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta. Kraków: Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego.
3. Stearns S, Bernard S, Fasick S, et al. (2000): The Economic Implications of Self-Care: The Effect of Lifestyle, Functional Adaptations, and Medical Self-Care Among a National Sample of Medicare Beneficiaries. *Am J Public Health*, 2000;90:1608-1612.
4. Scambler G. (1986) *Illness Behaviour*. [W:] Patrick Donald L, Scambler Graham: *Sociology as Applied to Medicine*. Eastbourne: Bailliere Tindall.
5. Heszen I, Sęk H. (2007): *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
6. Słońska Z. (2002): Zdrowie. (W:) *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 354-359.
7. Tobiasz-Adamczyk B. (1989): *Wybrane elementy socjologii choroby*. Kraków: Akademia Medyczna im. M.Kopernika w Krakowie.
8. Olechnicki K, Załęcki P. (1997): *Socjologia medycyny*. (W:) *Słownik socjologiczny*. Toruń: Wyd. Graffiti; s.192.
9. Armstrong D. (2003): *Outline of Sociology as Applied to Medicine*. London: Arnold.
10. Skrzypek M. (2004): Status socjoekonomiczny (SES) jako podstawowa kategoria socjomedyczna w badaniach nad chorobą wieńcową z perspektywy stanu zdrowia społeczeństwa. (W:) Piątkowski W (red.): *Zdrowie Choroba Społeczeństwo. Studia z Socjologii Medycyny*. Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
11. Allen G. (1999): *The Sociology of the Family: A Reader*. Oxford: Blackwell.
12. Parsons T. (1969): *Struktura społeczna i osobowość*. Warszawa: PWN.
13. Borowicz R. (2002): *Socjalizacja*. (W:) *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
14. Przybysz-Zaremba M. (2008): *Patologia rodziny współczesnej*. (W:) Muszyński Wojciech, Sikora Ewa (red.): *Małżeństwo i rodzina w ponowoczesności. Szanse - zagrożenia - patologie*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek.
15. Conrad P. (2007): *The Medicalization of Society: On The Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
16. Blane D. (1986) *Inequality and Social Class*. [W:] Patrick Donald L, Scambler Graham: *Sociology as Applied to Medicine*. Eastbourne: Bailliere Tindall.
17. *World Health Report (2008) Primary Health Care Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization.
18. Fitzpatrick G, Dost A, Philips A, et al. (2005): *Supporting Self Care- A Practical Option. Diagnostic, Monitoring and Assesstive Tools, Devices, Techonologies and Equipment to Support Self Care*. London: National Health Service. Policy and Strategy Directorate, Department of Health.
19. Davey A. (2008): *Self Care: A National View in 2007 Compared to 2004-05*. London: National Health Service. Policy and Strategy Directorate, Department of Health.



XI Samoleczenie - za czy przeciw? (aspekty edukacyjno-etyczne)

Anna Latawiec
Maria Nowakowska

Punktem wyjścia podjętych analiz będzie pojęcie samoleczenia, które zgodnie z Deklaracją Europejskiego Biura WHO w Kopenhadze z 1986 r. oznacza „używanie lekarstw przez konsumenta w leczeniu chorób lub objawów rozpoznanych samodzielnie. W praktyce określenie to zawiera również leczenie wzajemne przez członków rodzin, przyjaciół”¹. Oznacza to, że samoleczenie tak pojęte pomija rolę lekarza w diagnozowaniu i terapii. Tymczasem, przez samoleczenie można szerzej rozumieć działanie pacjenta inspirowane zdobywaniem informacji poprzez Internet (np. fora internetowe, porady lekarzy, farmaceutów, diagnozujące programy komputerowe), reklamę w mass-mediach (suplementy diety, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, witaminy dostępne bez recepty), rady znajomych itd.

Intuicja podpowiada, że samoleczenie nie jest korzystne dla pacjentów. Tymczasem, pod pewnymi warunkami, takiego zagrożenia można uniknąć (np. na drodze właściwej edukacji zdrowotnej, profilaktyki). W ramach wspomnianej edukacji należy wymienić między innymi demaskowanie czynników szkodliwych (np. manipulacyjny charakter reklamy, nagminne korzystanie z leków dostępnych bez recepty, ryzyko interakcji leków itp.). Zdecydowanym argumentem przeciw samoleczeniu jest samodiagnozowanie, unikanie kontroli medycznej, brak wiedzy o chorobie i ubocznych skutkach stosowanych samodzielnie leków. Te zagadnienia zostaną omówione w niniejszym opracowaniu.

Problem samoleczenia dotyka nie tylko pacjentów, ale także lekarzy, gdyż pacjenci wymykają się im spod kontroli; farmaceutów, gdyż nie znają faktycznego stanu zdrowia pacjentów, a oczekuje się od nich rzetelnej wiedzy farmakologicznej i fachowej porady.

Lekarze obawiają się nie tyle samoleczenia, jakie jest przedmiotem niniejszego opracowania, ile samodiagnozowania. Profesor A. Mazurek słusznie twierdzi, że niebezpieczne jest, jeżeli pacjenci sami sobie stawiają diagnozę, natomiast w sytuacji, gdy choroba nie ustępuje w oczekiwanym, krótkim czasie, zaczynają spekulować nad jej powodem [1]. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać zarówno w bezpośrednim

otoczeniu pacjenta, jak i w jego subiektywnych przekonaniach. Z tej też racji proponujemy wyróżnić przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne powszechności zjawiska samoleczenia. I tak, za główne przyczyny zewnętrzne samoleczenia uznajemy:

- niezwykle łatwy dostęp do leków bez recepty, głównie przeciwbólowych, przeciwzapalnych, witamin, parafarmaceutyków, suplementów diety;
- utrudniony dostęp do lekarza, w tym nie rzadko rozciągnięty na miesiące dostęp do specjalisty;
- niezwykle długi czas oczekiwania na specjalistyczne zabiegi;
- istotne mankamenty i chaos organizacyjny systemu opieki zdrowotnej i służby zdrowia;
- natarczywe, sugestywne i coraz bardziej wyszukane reklamy leków bez recepty, rażąco naruszające zasady prawa i etyki;
- lansowana wszechobecnie moda np. na szczupłą czy umięśnioną sylwetkę,
- otwieranie się rynku farmaceutycznego na tendencje docierające z Zachodu, a także czerpane z medycyny wschodniej.

Leki dostępne są w każdym kiosku, w sklepie spożywczym, a nawet na stacji benzynowej. Ponadto, coraz bardziej rozpowszechniony jest łatwy dostęp przez Internet do leków wydawanych jedynie na receptę, co oznacza omijanie kontroli lekarskiej. W sytuacji agresywnej reklamy, zapewniającej natychmiastowe, skuteczne działanie danego preparatu (w mass-mediach, w prasie, ulotkach reklamowych, Internecie, na drodze lobbingu koncernów farmaceutycznych i w artykułach sponsorowanych przez te koncerny, mających wszelkie walory wiarygodności) otwierają się przed pacjentem nowe możliwości pokonywania dolegliwości zdrowotnych. Tu szczególną uwagę należy zwrócić na reklamy preparatów dla małych dzieci, np. antyhistaminowych¹. Warto mocno podkreślić, że wprawdzie prezes Polskiego Stowarzyszenia Producentów Leków bez Recepty PASMI² J. Węgrzyk twierdzi, że „dzięki samoleczeniu służba zdrowia jest mniej obciążona, a z drugiej strony redukuje się koszty związane z wizytą u lekarza” oraz, że to z powodów zdrowotnych, socjologicznych finansowych samoleczenie staje się coraz bardziej powszechne [2], to już dane statystyczne wskazują także na inne przyczyny. I tak np. już blisko 10 lat temu (2003r.) co dwunasty Polak przyznawał się do zakupu leków pod wpływem reklamy, co oznacza, że należy brać pod uwagę wpływ reklamy na świadomość pacjentów [3].

Niestety w ramach samoleczenia przyjmowane są także źle dobrane leki, czego efektem są przedawkowania, zatrucia, różnego rodzaju powikłania. Dzieje się tak nie tylko z powodu przedawkowania leków, ale także z powodu niewłaściwej oceny ich trafności³. Ponadto, niekontrolowane zażywanie leków skutkować może uzależnieniem od

nich. Wreszcie moda na szczupłą, wysportowaną figurę znajduje klientów kupujących reklamowane suplementy diety i sterydy firmowane z reguły przez popularne i lubiane osoby publiczne. To wszystko powoduje, że bardzo łatwo pacjenci ulegają pozornym atutom reklamowanych produktów.

Natomiast do przyczyn wewnętrznych, naszym zdaniem, należą m.in.:

- podatność na manipulację reklamy;
- pozorne poczucie kontroli nad chorobą;
- samooszukiwanie się, że gdy znika ból, to znika choroba;
- uleganie sugestii, że „jak coś komuś pomogło, pomoże i mnie”;
- subiektywna (skądinąd często słuszna) opinia, że lekarz poświęca zbyt mało czasu i zbyt powierzchownie traktuje dolegliwości pacjentów;
- naiwna, bezkrytyczna wiara w „cuda” tzw. medycyny holistycznej lub naturalnej i poddawanie się jej metodom uzdrawiania;
- coraz szybsze tempo życia, czego konsekwencją unikanie kolejek do lekarzy;
- brak funduszy na leczenie prywatne.

Nie ulega wątpliwości, że wymienione przyczyny wpływają na decyzję pacjentów o podjęciu samoleczenia. Warto wspomnieć, że najczęściej po takie leki sięgają kobiety około 40 roku życia, o wykształceniu średnim i wyższym oraz posiadające rodzinę [4]. Jednakże, nie bez znaczenia jest również fakt, że choroba lub złe samopoczucie, a w konsekwencji przymus korzystania ze zwolnienia lekarskiego, ujemnie wpływa na pozycję pacjenta jako pracownika. Z lęku o utrzymanie swego stanowiska pracy, chorzy decydują się na radzenie sobie samemu. Dlatego też domagają się leków skutecznych i szybko działających, o których czerpią wiedzę z reklamy.

Zdaniem Mazurka, to od aktywności firmy farmaceutycznej docierającej do lekarza czy pacjenta zależy najczęściej sprzedaż danego preparatu. Chociaż prawo gwarantuje, że w przypadku stwierdzenia występowania istotnych skutków ubocznych, reklama podlegać będzie weryfikacji w Instytucie Leków, ale – co bardzo ważne – tylko na prośbę firmy farmaceutycznej czy podmiotu, który daną reklamę prowadzi. Okazuje się jednak, że takich dobrowolnych zgłoszeń jest niestety niewiele. Producenci ustalają sami treść przekazywanej informacji [1].

Oparte na takich fundamentach samoleczenie jawi się nader niepokojąco, a jego skutki mogą okazać się dramatyczne. Warto jednak wskazać argumenty przeciw samoleczeniu, nie zapominając o pojawiających się także pozytywach. Z pewnością w niektórych przypadkach, można sporadycznie skorzystać z leków OTC (bez recepty).

Wśród istotnych argumentów przemawiających za zdecydowanym sprzeciwem w odniesieniu do samodiagnozowania i samoleczenia, wymienić należy przede wszystkim:

- brak wiedzy o chorobie, co oznacza niezwykle prawdopodobieństwo błędnego rozpoznania przez pacjenta właściwej przyczyny dolegliwości. Z tym wiąże się stosowanie nieodpowiednich środków terapeutycznych podczas, gdy choroba dalej się rozwija. Powoduje to niejednokrotnie narażanie się na niepotrzebne cierpienie i powikłania⁶;
- niefrasobliwe, wręcz bezmyślne zażywanie różnych leków przez samoleczących się chorych bez wiedzy o dalszych konsekwencjach dla ich organizmów oraz o interakcjach między różnymi lekami;
- bezkrytyczne i naiwne opieranie się na metodach medycyny niekonwencjonalnej bez kontroli medycznej czy konsultacji z lekarzem może prowadzić do drastycznych następstw zdrowotnych a nawet, przy poważnych chorobach np. nowotworowych, gdzie istotną rolę odgrywa czas, do zgonu (pomijając już kwestie etyczne i finansowe).

Zdaniem prof. dra hab. A. P. Mazurka „każda substancja chemiczna jest obarczona działaniami niepożądanymi. Gdyby lek nie miał żadnych działań niepożądanych, nie byłby lekiem a substancją nieaktywną. Zawsze w ocenie leku jest sprawdzany stopień korzyści terapeutycznej do ryzyka związanego z działaniami niepożądanymi. Może się jednak zdarzyć, że lek zostaje zarejestrowany i okazuje się po jakimś czasie, że są obserwowane nowe działania niepożądane, które powodują, że preparat musi być wycofany” [1].

Doniedawna pod względem ilości używania środków OTC zajmowaliśmy 2. miejsce w Europie. Statystyki informują, że w Polsce wzrasta liczba pacjentów hospitalizowanych w konsekwencji powikłań stosowania w nadmiarze leków przeciwbólowych. Główną przyczyną przedawkowania leków jest zła interpretacja reklamowanych produktów. Zdarza się, że reklamowany w telewizji lek przeciwbólowy dostępny jest w trzech rodzajach⁸.

Wnioski edukacyjno-etyczne

Z powyższych argumentów wynika, że samoleczenie może być nie tylko niekorzystne dla pacjentów i zagrażające ich zdrowiu, ale wręcz niebezpieczne. Jednocześnie, pod pewnymi warunkami, można takich zagrożeń uniknąć. Chodzi tu przede wszystkim o właściwą, adekwatną do współczesnego społeczeństwa informacyjnego, edukację zdrowotną. Celem takiej edukacji byłoby wykształcenie prozdrowotnych zachowań, nawyków, przekonań, postaw, umiejętności osób i grup społecznych, aby na podstawie

uzyskanej wiedzy, społeczeństwo mogło zachować i doskonalić zdrowie swoje i innych, a w razie choroby aktywnie i świadomie uczestniczyć w jej leczeniu i umieć radzić sobie z jej ewentualnymi negatywnymi skutkami (np. z wystąpieniem niepełnosprawności). Odpowiednia edukacja zdrowotna poprawiałaby również komfort życia osobom przewlekłe chorym zwiększając ich kompetencje i ucząc, jak z chorobą żyć.

Do głównych zadań wspomnianej edukacji należałyby również działania profilaktyczne demaskujące czynniki szkodliwe (np. manipulacyjny charakter reklamy, wykorzystywanie dostępności leków bez recepty bez konsultacji z lekarzem itp.) oraz działania wzmacniające czynniki sprzyjające zdrowiu.

Istotnym warunkiem uniknięcia zagrożeń związanych z niekontrolowanym samoleczeniem jest również jakościowa zmiana w systemie opieki zdrowotnej i służby zdrowia głównie w aspekcie organizacyjnym, która umożliwi łatwiejszy dostęp do lekarzy, szczególnie lekarzy specjalistów oraz usprawni proces badań kontrolnych. Nie do przecenienia jest również szczególna rola lekarzy rodzinnych.

W tym kontekście samoleczenie oparte na solidnej wiedzy o chorobie, o procesie zdrowienia, jego etapach oraz o możliwościach aktywnego wspierania profesjonalnego leczenia, wydaje się być potrzebnym i pożytecznym aktem zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza. Pacjent, poprzez odpowiednią edukację zyskałby świadomość znaczenia własnego wkładu w powrót do zdrowia. Oznacza to pewną osobistą formę kontroli nad chorobą, co samo w sobie ma znaczenie terapeutyczne (np. ścisłe przestrzeganie właściwej diety przy cukrzycy, konkretne ćwiczenia przy schorzeniach kardiologicznych, zmiana środowiska przy chorobach zawodowych itd.). Poza tym same relacje pacjent-lekarz byłyby bardziej partnerskie, co nie jest bez znaczenia dla podniesienia komfortu procesu leczenia.

A zatem, samoleczenie jest możliwe tylko i wyłącznie, gdy oparte jest na solidnej współczesnej, systemowej edukacji zdrowotnej dotyczącej wszystkich poziomów, w tym fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego. W literaturze przedmiotu pojawia się szereg określeń związanych z edukacją zdrowotną⁷. Nie brak też publikacji na rynku zagranicznym dotyczących podejmowanej problematyki⁸.

Wśród rozmaitych propozycji określeń edukacji zdrowotnej warto zwrócić uwagę na propozycję M. Demela, dla którego wychowanie zdrowotne jest „integralną częścią składową kształtowania się pełnej osobowości oraz istotnym elementem fachowego przygotowania w wielu dziedzinach pracy ludzkiej, zwłaszcza personelu medycznego, zawodowych wychowawców, pracowników opieki społecz-

nej, inżynierów bezpieczeństwa i higieny pracy” [5], zaś dla T. Williamsa jest to „proces, w którym ludzie mogą dbać o swoje zdrowie oraz o zdrowie społeczności, w której żyją”^{aa}. W praktyce przyjmuje się, że podstawowym celem tej edukacji jest nabywanie wiedzy, kształtowanie umiejętności, przekonań i postaw niezbędnych do zachowania i doskonalenia zdrowia własnego i innych [6]. A więc, w kontekście samoleczenia chodziłoby o wykształcenie u pacjentów korzystających z OTC odpowiedzialności za decyzje o samoleczeniu, nawyku dokładnego zapoznawania się z ulotkami dołączanymi do produktów farmaceutycznych, a także konsultacji z lekarzami i farmaceutami. Taki proces edukacji jest żmudny i wymaga pokonania silnych nawyków do swoistego ułatwiania sobie życia, a także racjonalizacji obu wspomnianych typów przyczyn samoleczenia. Z tej racji, wydaje nam się, że na obecnym etapie wykształcenia prozdrowotnego społeczeństwa samoleczenie skazane jest na szereg zagrożeń. Mamy nadzieję, iż udało nam się obronić tezę o szkodliwości samoleczenia.

- s Według D. Cianciary: „samoleczenie jest słusznym wyborem w wielu mniej poważnych problemach zdrowotnych. Jest też racjonalną alternatywą dla wielu osób, zwłaszcza w sytuacji załamania systemu finansowania i zakupu świadczeń medycznych oraz utrudnionego dostępu do opieki zdrowotnej”. D. Cianciara, Reklama leków kierowana do publicznej wiadomości w Polsce - aspekty prawne, etyczne zdrowotne i społeczne, Przegląd epidemiologiczny 3/2004, s. 561.
- t „Antyhistaminiki zawarte w preparatach złożonych, szczególnie należące do pierwszej generacji, oprócz działania przeciwhistaminowego wykazują efekt cholinolityczny, który mogą potęgować inne równocześnie stosowane leki o podobnym działaniu farmakologicznym. Penetracja do OUN leków pierwszej generacji może powodować sedację, senność oraz pogorszenie sprawności psychofizycznej, co ma szczególne znaczenie podczas stosowania tych leków przez pacjentów prowadzących pojazdy mechaniczne. Może także wystąpić synergiczny wpływ depresyjny na OUN w przypadku łącznego ich stosowania z lekami nasennymi, przeciwłękowymi, trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi oraz neuroleptykami o działaniu sedatywnym. Daleko idącą ostrożność należy zachować także podczas stosowania alfa1-mimetyków (ksylometazolina, oksymetazolina, nafazolina) w postaci kropli oraz żelu do nosa. Ta droga podania powoduje, że miejscowo leki te osiągają wysokie stężenia, co w przypadku stosowania ich dłużej niż kilka dni może doprowadzić do wystąpienia polekowego nieżyty nosa. Dostępne na polskim rynku bez recepty krople Sulfarinol mogą być podawane osobom powyżej 12. roku życia i przed ich podaniem należy wykluczyć istnienie u pacjenta alergii na sulfonamidy”. J. Woroń, Niebezpieczne samoleczenie, 29.10.2008 r; artykuł opublikowany w : Puls Medycyny, Sekcja PF 16(21).t.
- u Dnia 9. 11. 2006 r dziesięciu przedsiębiorców działających na rynku leków OTC założyło i zarejestrowało Polski Związek Producentów Leków Bez Recepty na bazie dotychczasowego stowarzyszenia występującego pod tą samą nazwą - PASMI. Związek skupia duże międzynarodowe firmy, a także małe i duże krajowe, działające na rynku leków OTC i suplementów diety Celem PASMI jest aktywne wspomaganie polityki zdrowotnej państwa na drodze współpracy z odpowiednimi władzami i instytucjami na szczeblu centralnym i lokalnym, a także promowanie i rozwój odpowiedzialnego wykorzystania Leków Bez Recepty w Polsce Działania Związku będą koncentrować się na promowaniu najwyższych standardów produkcji i dystrybucji produktów sklasyfikowanych jako OTC oraz na rozpowszechnianiu rzetelnych informacji wśród społeczeństwa. Celem Związku ma być także promowanie prawnych i systemowych rozwiązań dla rozwoju odpowiedzialnego wykorzystania OTC jako jednego z elementów systemu ochrony zdrowia. Działania te mają prowadzić

- do dostępu najwyższej jakości leków oraz do rzetelnych informacji o nich. System leków OTC można częściowo odciążyć publiczną służbę zdrowia i skierować zaoszczędzone w ten sposób pieniądze do pacjentów potrzebujących specjalistycznego leczenia. Obecnie. PASMI należy do AESGP - Association of the European Self-Medication Industry I obecnie liczy 20 członków – ze strony Związku: <http://www.pasmi.pl/>.
- v „Najczęściej stosowanymi środkami przeciwbólowymi bez recepty są: paracetamol (np.: Apap, Paracetamol, Efferalgan) i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ): m.in. naproksen (np.: Aleve), ibuprofen (np: Ibum, Nurofen), kwas acetylosalicylowy (np: Aspiryn C, Polopiryna, Ascalcin). Przy prawidłowym stosowaniu za najbardziej bezpieczny lek kupowany bez recepty można uznać paracetamol. Dopuszczalna dawka paracetamolu wynosi 4 g, dawka toksyczna - 8 g. Paracetamol na świecie dostępny jest w ponad 850 preparatach, są to leki zawierające tylko tę substancję czynną i preparaty o złożonym składzie np. Febrisan Tabs zawierający: paracetamol, kofeinę i fenylefrynę lek przeciw objawom grypy i przeziębienia. Natomiast leki zawierające kwas acetylosalicylowy np. Aspiryn C – lek o działaniu przeciwbólowym i przeciwgorączkowym wzbogacony vit. C nie powinny być stosowane do 12. roku życia. Inne leki z grupy NLPZ m.in. Ibuprofen np.: Ibum Extra, Nurofen Ultra Forte, stosować mogą bezpiecznie osoby, które nie mają podwyższonego ryzyka powikłań np. przewodu pokarmowego. Ponadto wiele osób bierze te leki z przyzwyczajenia”. B.A.T. Samoleczenie (<http://www.aptekieczowe.pl/?page=samoleczenie>).
- w „Leki stosowane w objawowym leczeniu przeziębienia i grypy zawierają w swoim składzie lek przeciwgorączkowy (kwas acetylosalicylowy, ibuprofen, paracetamol) w skojarzeniu z agonistami receptorów alfa1, które obkurczają naczynia błony śluzowej nosa (pseudoefedryna, fenylefryna) oraz lekami przeciwhistaminowymi zarówno pierwszej, jak i drugiej generacji (maleinian feniraminu, maleinian chlorfeniraminu, maleinian deksbromfeniraminu, chlorowodorek triprolidyny, cetyryzyna). Niektóre z preparatów, np. Gripex mają dodatkowo w swoim składzie lek przeciwkaszlowy - dekstrometorfan. Pseudoefedryny i fenylefryny nie należy stosować u pacjentów przyjmujących równocześnie antagonistów receptorów alfa1. Obydwa leki nasilają działanie sympatykomimetyków, a działanie pseudoefedryny i fenylefryny nasilają trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne i beta-sympatykolityki. Alfa1-mimetyki mogą osłabiać efekt działania leków hipotensyjnych oraz zwiększać częstość występowania zaburzeń rytmu serca u pacjentów leczonych digoksyną. Najczęściej występujące działania niepożądane u pacjentów stosujących pseudoefedrynę i fenylefrynę to: bóle głowy, wzrost ciśnienia tętniczego, tachykardia; podane na noc mogą spowodować u pacjenta bezsenność. Nie należy jednocześnie łączyć kilku preparatów zawierających alfa1-agonistów, gdyż potęguje to ryzyko wystąpienia działań niepożądanych”. (Żyjmy dłużej, 3 marzec 2001).
- x „Najczęściej stosowanymi środkami przeciwbólowymi bez recepty są: paracetamol (np.: Apap, Paracetamol, Efferalgan) i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ): m.in. naproksen (np.: Aleve), ibuprofen (np: Ibum, Nurofen), kwas acetylosalicylowy (np: Aspiryn C, Polopiryna, Ascalcin). Przy prawidłowym stosowaniu za najbardziej bezpieczny lek kupowany bez recepty można uznać paracetamol. Dopuszczalna dawka paracetamolu wynosi 4 g, dawka toksyczna - 8 g. Paracetamol na świecie dostępny jest w ponad 850 preparatach, są to leki zawierające tylko tę substancję czynną i preparaty o złożonym składzie np. Febrisan Tabs zawierający: paracetamol, kofeinę i fenylefrynę lek przeciw objawom grypy i przeziębienia. Natomiast leki zawierające kwas acetylosalicylowy np. Aspiryn C – lek o działaniu przeciwbólowym i przeciwgorączkowym wzbogacony vit. C nie powinny być stosowane do 12. roku życia. Inne leki z grupy NLPZ m.in. Ibuprofen np.: Ibum Extra, Nurofen Ultra Forte, stosować mogą bezpiecznie osoby, które nie mają podwyższonego ryzyka powikłań np. przewodu pokarmowego. Ponadto wiele osób bierze te leki z przyzwyczajenia. Gdy zalecana dawka przestaje działać zwiększają ją. To, że lek jest reklamowany i dostępny nawet na stacji paliw, nie znaczy, że jest pozbawiony działań niepożądanych i że może być stosowany bez zachowania ostrożności”. (Nasze Zdrowie II, Dodatek promocyjno-reklamowy do Rzeczypospolitej nr 140 (6823)17 czerwca 2004).
- y Zob. np.: Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia : teoria i praktyka (red. G. Bartkowiak), Poznań 2008; Edukacja zdrowotna: możliwości, problemy, ograniczenia (red. M. Cylkowska-Nowak). Poznań 2008; B. Wojnarowska, Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki, Warszawa 2008, Cz. Lewicki, Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień, Rzeszów 2006; J. Gromadzka-Ostrowska, D. Włodarek, Z. Toeplitz, Edukacja prozdrowotna, Warszawa 2006.

- z Zob np. R. J. Harman, Handbook of Pharmacy Health Education (4nd Editio In 2006)Padstow Cornwall 2006.
Zob także: <http://www.fda.gov/ohrms/DOCKETS/ac/08/slides/2008-4362s1-08.pdf> - świetna prezentacja z 2008 roku K. B. Febus, Medicine In my home.
- aa Cyt za: K. Dudkiewicz, Edukacja zdrowotna, Życie Szkoły (2004)2, s. 67.

Piśmiennictwo:

- 1 Świat leków. Rozmowa Ewy Różyckiej z prof. dr. hab. Aleksandrem Pawłem Mazurkiem, dyrektorem Instytutu Leków w Warszawie, Żyjmy dłużej 3(marzec)2001.
2. Walewski P. Pacjencie lecz się sam, Polityka nr 45(2477) z dnia 2004-11-06, s.3-1
3. Cianciara D. Reklama leków kierowana do publicznej wiadomości w Polsce - aspekty prawne, etyczne zdrowotne i społeczne, Przegląd epidemiologiczny 3/2004, ss. 560- 561.
4. Wdowiak L, Lang B, Bojar I, et al. Samoleczenie – kto kupuje leki OTC w Polsce? Zdrowie Publiczne 116(2006)4, s. 578.
5. Demel M, O wychowaniu zdrowotnym, PZWS, Warszawa 1968, s. 55
6. Woynarowska B. (red.), Zdrowie i szkoła, Warszawa 2000, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 418

XII W jaki sposób wiedza z zakresu etyki może pomóc w samoleczeniu?

Dorota Probuca

Idea samoleczenia w etyce nie dotyczy ciała, ale przede wszystkim ludzkiej duszy. Oczywiście, już od czasów starożytnej Grecji filozofowie podkreślali znaczenie higieny cielesnej i potrzebę ćwiczeń fizycznych, mimo to, większość swojej uwagi kierowali na leczenie cierpiącej duszy. Stąd, jednym z celów etyki czyli filozofii praktycznej stało się nawoływanie do swoistej autoterapii wiodącej do duchowego zdrowia, którego osiągnięcie miało zainicjować regenerację schorowanego ciała. W historii kultury europejskiej, filozofia praktyczna rozwijała się w trzech kierunkach – jako etyka normatywna, opisowa i metaetyka. To właśnie etyka normatywna, najstarszy sposób uprawiania etyki w ogóle, podejmować będzie próby odpowiedzi na pytanie zawarte w tytule artykułu. Jednym z jej celów stanie się uczenie ludzi przyjmowania właściwej postawy wobec siebie, wobec innych ludzi oraz innych istot żyjących. Etyka ta, aż po obecne czasy, głosi, że każdy z nas posiada moralne obowiązki wobec siebie, innych osób oraz innych istot zdolnych do cierpienia. Rezygnacja z tych moralnych obligacji, ich zaniechanie oznacza krzywdę własną albo cudzą. Tym samym, etyka normatywna może pomóc nam w zrozumieniu i realizacji idei samoleczenia, która nie ma związku z farmakologią, z przyjmowaniem jakichkolwiek substancji chemicznych oddziałujących na mózg i ciało. Wart szczególnej uwagi jest jej dział zwany teorią szczęścia, higieną życia duchowego albo teorią mądrości życiowej odpowiadający na pytania - w jaki sposób powinniśmy traktować samych siebie, oraz na czym polega otaczanie siebie moralnym respektem [1]. W artykule podkreślę kulturowe znaczenie tego sposobu uprawiania etyki oraz jego przydatność dla współczesnej edukacji zdrowotnej, która nie w pełni wykorzystuje osiągnięcia tej dziedziny myśli ludzkiej. A jej dorobek sięga czasów starożytnej Grecji i Rzymu. Zaproponowana przez kulturę antyczną teoria szczęścia postuluje namysł i pracę nad sobą, nad swoim wnętrzem, umysłem, pragnieniami i emocjami, a za ich pośrednictwem - pracę nad własną kondycją zdrowotną. Idea ta pojawiła się ponad dwa tysiące lat temu a jej rzecznikami byli tacy filozofowie jak Demokryt, Epikur, Sokrates, Arystyp, Arystoteles, Cyceon i Lukrecjusz. Tym wielkim myślicielom przypisywano szczególne cechy. Określano ich mianem mędrców, tych, którzy rozpoczęli przemianę świata od

przemiany samych siebie. W starożytności mędrcem był ten, kto najpierw uleczył własną duszę, aby potem leczyć cierpiące dusze innych. Starożytni myśliciele nie ograniczali się bowiem do zadawania pytania: czym jest zdrowie? Oni chcieli żyć w taki sposób, aby zdrowymi duchowo i fizycznie się stać. Prekursorem idei życia szczęśliwego a tym samym życia zdrowego był Epikur. Głosił on, że filozofia jest bezużyteczna jeśli nie pomaga nam lepiej żyć, jeśli nie przyczynia się do zdrowia ciała i duszy [2]. Cała starożytna etyka kładła nacisk nie tylko na teoretyczne rozważania nad ideą zdrowia, ale przede wszystkim na sferę praxis, na realizowanie owej idei w codziennym życiu. Ten intelektualny kierunek, który może być określony mianem „terapii przez mądrość” jest jednym z największych osiągnięć starożytnej filozofii, wykorzystywanych obecnie przez współczesną psychologię i psychoterapię. Należy zatem pamiętać, że idea zdrowia, szczególnie zdrowia duchowego i psychicznego, pojawiła się najpierw jako koncepcja filozoficzna rozwinięta później przez nauki szczegółowe.

Od czego należałoby rozpocząć proces samoleczenia duszy i ciała? - Różne kierunki w etyce współczesnej inspirujące się myślą epikurejską, stoicką, chrześcijańską zgodnie głoszą, że punktem wyjścia powinno być wzięcie przez człowieka odpowiedzialności za siebie, za swoje życie, oraz za jego jakość. Podstawą samoleczenia jest uświadomienie sobie faktu, że każdy z nas posiada moc wpływania na swoje życie. Możemy w dużym stopniu je kształtować, wzmacniać jego pozytywne strony i to my ponosimy odpowiedzialność za sposób w jaki traktowaliśmy siebie i jak przeżyliśmy własne życie. A zatem, to nie tylko nasze geny, rodzina, społeczne uwarunkowania, los albo opatrzność rządzą naszym życiem. To nasz rozsądek i nasza wola przede wszystkim decydują o tym jak żyjemy. Teza Marka Aureliusza głosząca, że życie ma kolor naszej wyobraźni powinna być częściej przypominana wszystkim adeptom pracy nad sobą. Przez zmianę myślenia i odpowiednie nakierowanie woli możemy uczynić naszą egzystencję duchowo bogatszą, bardziej wartościową i zdrowszą w szerokim znaczeniu tego słowa.

W jakim kierunku powinien zmierzać proces pracy nad sobą? – Zdaniem filozofów takich jak Epikur albo Demokryt powinniśmy dążyć do osiągnięcia duchowego stanu wolnego od lęków i presji coraz to nowych pragnień zwanego *ataraksją*^{bb}. *Ataraksja* rozumiana jako wewnętrzny spokój powinna pozytywnie oddziaływać na fizyczny stan zdrowia określany mianem *aponii* – czyli nieobecności bólu. Słowo *ataraksja* stanowi zaprzeczenie tego, co Grecy określali mianem *tarakse* czyli braku psychicznej równowagi, wewnętrznego zamętu, stanu ducha przypominającego wzburzone morze. Tym samym, słowo *ataraksja* oznaczało zaprzeczenie tego negatywnego stanu porównywane do gładkiej powierzchni wody podczas bezwietrznej pogody. Było to przeżywanie trwałej szczęśliwości nie mającej związku z chwilowo doświadczaną przyjemnością.

Poniżej omówię trzy, wybrane przeze mnie, metody pracy nad sobą obecne w etyce normatywnej. Każda z nich stanowi niezbędny warunek duchowego samoleczenia. Pierwsza z nich oparta jest na pielęgnowaniu dobrze rozumianej miłości własnej, druga na postulatcie wybaczenia, a trzecia na idei „bycia w prawdzie”.

1. Miłość własna

Warunkiem koniecznym inicjującym proces samoleczenia powinna być dobrze rozumiana miłość własna. Nikt nie wyleczy się jeżeli wcześniej nie otoczy siebie miłością - oto podstawowe przesłanie tej praktyki życiowej. - Czym miłość własna byłaby? - To polubienie siebie, uznanie siebie za wartość, przyjęcie, że każdy z nas jest niepowtarzalny i chociażby z tego powodu jego istnienie domaga się szacunku. To samoafirmacja oparta na akceptacji własnej niedoskonałości. Dopiero, gdy polubimy siebie takimi jakimi jesteśmy, zaczniemy kochać swoje życie i zdrowie. Potrzeba bycia zdrowym może pojawić się tylko wówczas, gdy uznamy nasze życie za cenne i warte troski. Tym samym, największym naszym wrogiem jesteśmy my sami, a szczególnie nasza niska samoocena, nieustanne zaniżanie własnej wartości i ciągła krytyka. To nieświadomiona nienawiść do siebie ufundowana w przekonaniu, że nie jesteśmy wystarczająco wartościowi i tym samym nie zasługujemy na to, aby żyć. Dlatego traktowanie siebie jak „byle co” niszczy nasze mentalne, emocjonalne i fizyczne zdrowie. Samoleczenie musi być zatem oparte na dobrze rozumianej miłości własnej. Musimy kochać własne ciało i pragnąć jego zdrowia, musimy kochać siebie wystarczająco mocno, aby uznać, że zasługujemy na to, co najlepsze w świecie a nie na to, co najgorsze. Ideę tę wyraża podstawowa zasada etyki chrześcijańskiej - „miłuj bliźniego swego jak siebie samego” [3]. Jeżeli zatem cnotą jest miłowanie człowieka to również cnotą musi być co najmniej polubienie siebie jako człowieka. Zgodnie z tą zasadą, nie można troszczyć się o innych i jednocześnie lekceważyć siebie. Należy zatem rozpocząć zmianę relacji z innymi ludźmi od zmiany stosunku do siebie. Powinniśmy troszczyć się o jakość naszego duchowego i fizycznego życia, abyśmy mogli wiedzieć w jaki sposób później troszczyć się o innych. A zatem szacunek do siebie i własnego życia to fundamentalna zasada etyki normatywnej. Podstawą jej realizacji jest wyzwolenie się ze stereotypów, toksycznych wzorców myślowych, według których miłowanie innych jest cnotą, ale miłowanie siebie jest grzechem, przejawem pychy i egotyzmu. Szacunek do siebie nie wyklucza szacunku do innych osób, a wręcz przeciwnie, warunkuje go. Abyśmy mogli kochać innych musimy najpierw kochać siebie. To jedna z największych umiejętności oparta na trosce, szacunku i odpowiedzialności. Należy z całą mocą podkreślić, że miłość do siebie nie ma związku z egoizmem. To zadowolenie, radość z własnej egzystencji i życiowych osiągnięć. To troska o siebie, która nie ma związku z wykorzystywaniem innych ludzi

w osiągnięciu własnych celów. Egoistą nie jest ten, kto troszczy się o własne zdrowie, rozwój i pomysłowość. Egoistą jest natomiast ten, kto przepełniony nieświadomą nienawiścią do świata, odwraca się od ludzi nie dając im wsparcia i pomocy. Postawa ta, powodująca krzywdę innych, nie ma związku z miłością własną i nie ma związku z miłością w ogóle. Egoiści traktują ludzi jak przedmioty i ich zachowanie nacechowane jest wrogością i pogardą do życia w ogóle, a tym samym do siebie w szczególności. Każdy z nas projektuje bowiem swój nieświadomy stosunek do siebie na relacje z innymi.

2. Postulat wybaczenia

Dlaczego wybaczenie innym i wybaczenie sobie są tak istotne w procesie samoleczenia? - Są to bowiem najpotężniejsze akty duchowej transformacji inicjujące wewnętrzną przemianę prowadzącą do uzdrowienia duszy i ciała. Podkreślają to dwie największe etyki: chrześcijańska i buddyjska. - Czym zatem wybaczenie byłoby? - To zaniechanie negatywnego myślenia (o innych i o sobie), odrzucenie pokusy pielęgnowania w sobie urazy i żalu. To uznanie, że przyczyną naszego cierpienia nie była czyjaś wrogość albo nienawiść, tylko cudza głupota albo zaburzenia psychiczne. Wybaczenie oznacza brak rozpamiętywania tego, co się stało i ubolewania nad sobą. - Dlaczego powinniśmy wybaczyć? - Powinniśmy to uczynić z troski o siebie i troski o innych. Wybaczenie jest bowiem dowodem autoafirmacji i afirmacji drugiego człowieka. Jest potwierdzeniem miłości własnej, dbałości o siebie i przekonania, że pielęgnowanie w sobie nienawiści nie tylko, prędzej czy później, doprowadzi do cudzej krzywdy, ale przyczyni się również do naszej krzywdy. Albowiem, długo trwający stan złości, podtrzymywania negatywnych myśli i uczuć pod adresem innych, osłabia nas i obniża poziom naszej życiowej energii. Wybaczenie nie oznacza uznania, że osoba, która nas skrzywdziła postąpiła słusznie. To jedynie pozbycie się negatywnych myśli pod jej adresem, odrzucenie złości, nienawiści i gniewu analogiczne do wyplucia trującego pokarmu. Przyjęcie takiej postawy będzie dowodem naszej psychicznej dojrzałości, emocjonalnej równowagi i moralnego rozwoju wyrażonego niechęcią do stosowania metod, które wcześniej zastosowano wobec nas. Nie odpłacając tym samym za to samo żyjemy nadzieją, że nasza pozytywna postawa zmniejszy frustrację drugiego człowieka i uczyni go lepszym. My również pocujemy się lepiej minimalizując własną frustrację poprzez odrzucenie nienawistnych myśli. Staniemy się spokojni i pozytywnie do świata nastawieni. Z psychoterapeutycznego i etycznego punktu widzenia najważniejszą decyzją jaką powinniśmy podjąć to wybaczyć wszystkim, którzy nas kiedykolwiek skrzywdzili.

Większość ludzi racjonalizuje, tłumaczy sobie swoją wrogość i nienawiść, wykorzystując różne argumentacje na rzecz jej utwierdzenia. Przyjęcie takiej postawy nie tyl-

ko doprowadza do fizycznego osłabienia, ale przede wszystkim blokuje możliwość osiągnięcia lepszej, szczęśliwszej egzystencji. Tym samym, tylko wybaczenie może nas emocjonalnie i mentalnie uwolnić od osób, które są źródłem naszych negatywnych myśli. Nie oznacza to, że zachowanie tych osób akceptujemy. Akt wybaczenia dowodzi czegoś innego - tego, że panujemy nad swoim umysłem i emocjami. Osiągnięcie tego stanu jest warunkiem koniecznym naszego duchowego i psychicznego zdrowia.

3. Bycie w prawdzie

Dlaczego w dążeniu do zdrowia bycie w prawdzie jest równie ważne jak praktykowanie wybaczenia? Etyka normatywna podkreśla istotną rolę prawdy rozumianej jako wartość, która porządkuje nasze życie i relacje z innymi oraz znaczenie prawdomówności czyli świadomego wypowiedania zdań prawdziwych. Szacunek dla prawdy i pielęgnowanie prawdomówności to podstawowy warunek podjęcia pracy nad sobą. To jednocześnie konieczny warunek osiągnięcia psychicznego zdrowia. Człowiek, który nie dąży do prawdy, akceptuje tym samym zafałszowany obraz samego siebie i otaczającej go rzeczywistości. Osoba ta, żyjąc iluzjami na swój temat, na temat innych ludzi i świata, ogranicza swój mentalny i psychiczny rozwój. Posiada mniejszą orientację w świecie takim, jakim on jest, czyli mniejszy kontakt z rzeczywistością. A osłabiony kontakt z rzeczywistością to jedna z istotnych cech psychicznych zaburzeń. W tym przypadku, bycie w prawdzie byłoby związane z poznawczą uczciwością wobec siebie i innych. Tylko niewielki procent ludzi posiada tę zdolność w pełni wykształconą, wskazującą jednocześnie na wysoki poziom psychicznej i duchowej dojrzałości. Tylko nieliczni nie udają kogoś, kim nie są.

Przede wszystkim, każdy człowiek powinien wiedzieć czym jest prawda i w jaki sposób się ją definiuje. Wiedza w tym zakresie oraz wolicjonalna orientacja na urzeczywistnianie tej wartości warunkowałyby autentyczność naszej egzystencji i określałyby stopień intelektualnej i psychicznej integracji. Czym zatem bycie w prawdzie byłoby? To uczciwość wobec siebie powiązana z wysiłkiem oczyszczania własnego umysłu z negatywnych wyobrażeń dotyczących własnego życia, przesądów, uprzedzeń, stereotypów myślowych, bezpodstawnych założeń i lęków. A zatem bycie w prawdzie to również usprawnianie własnego umysłu. W filozofii greckiej, prawda, określana słowem *aletheia*, oznacza nieskrytość, którą w tym przypadku można interpretować jako świadomość tego, kim jestem. Gdybyśmy powiązali to starogreckie rozumienie prawdy z ideą samoleczenia to oznaczałoby ono ujawnianie, odsłanianie tego, co w naszej naturze zostało zakryte, stłumione, wyparte. Ponadto, ową nieskrytość można również rozumieć jako spójność zachodzącą między naszymi myślami a słowami, które je wyrażają oraz spójność naszych słów i czynów. Tym samym, bycie w prawdzie oznacza transparent-

ność, przeźroczystość rozumiana jako sposób bycia, w którym wypowiedziane słowa są odbiciem wewnętrznych przekonań, a czyny stanowią potwierdzenie uprzednio wypowiedzianych deklaracji. Nieskrytość, to w tym przypadku, jedność myśli, słów i czynów.

Należy również podkreślić, że dążenie do prawdy rozumiane jako samopoznanie oraz bycie w prawdzie pojmowane z kolei jako brak sprzeczności między myślą, słowem i czynem wskazuje na postępujący proces naszego ucłowieczenia. Orientacja na prawdę czyni bowiem nasze życie bardziej ludzkim. Natomiast, odwrócenie się od prawdy oznacza hipokryzję rozumianą jako sposób życia. Hipokrytą jest nie tylko ktoś, kto kłamie. Jest nim ten, kto zatracił w sobie zdolność odróżniania fałszu od prawdy. Hipokryzja mogłaby być potraktowana jako szczególny przypadek jednostkowej albo zbiorowej choroby. W wymiarze społecznym, niszczyłaby ona duchowy wymiar kultury, kwestionując znaczenie reguł i wartości. W wymiarze jednostkowym oznaczałaby chorobę duszy rozumianą jako moralny i poznawczy dysonans, w którym człowiek nie może długo egzystować.

Podsumowując, dążenie do prawdy jako warunek pracy nad sobą i samoleczenia wymaga zmiany myślenia i nakierowania go na wartości. Ów postulat pracy nad własnym myśleniem starożytni Grecy określali mianem *orthos logos*. Było to dążenie do osiągnięcia prawego i uczciwego rozumu, wiernego zasadom logicznie poprawnego myślenia. Filozofowie średniowieczni nazywali taki stan ducha - *bona mens* – dobry umysł. Posiadał go ten, kto zmierzał ku prawdzie, kto unikał instrumentalizacji myślenia i czynił je wolnym od pochlebstw i zastraszenia. Ci, którzy wykształcili w sobie „dobry umysł” (resp. „zdrowy umysł”) nie chcą manipulować innymi i nie godzą się na manipulację, nie chcą kontrolować innych, ale nie godzą się również na spełnianie cudzych życzeń za cenę wyrzeczenia się prawdy.

bb Zobacz: Diogenes Laertios, X.128.

Piśmiennictwo:

1. Ossowska M. Podstawy nauki o moralności, Ossolineum, Wrocław 1994.
2. Usener H. Epicurea, Teubner Verlag, Stuttgart 1966, p.169.
3. Nowy Testament, List św. Pawła Apostoła do Rzymian, 13, 8.

XIII Wybrane przykłady samoleczenia w Polsce i na świecie

Anna Szwedek-Trzaska
Anna Głowacka

Wstęp

Samoleczenie i medycyna instytucjonalna współistnieją ze sobą od wieków. Samoleczenie jest niewątpliwie historycznie pierwotną formą pomocy medycznej. Jest też najprostszą i najpowszechniejszą formą zaspokajania potrzeb zdrowotnych [1]. Już Herodot (485-425 p.n.e.) pisał, że ludność rzadko korzystała z pomocy lekarskiej a ludzie, którzy sami przebyli jakąś chorobę lub ich krewni, radzili w miejscach publicznych innym, jak się jej ustrzec bądź z niej wyleczyć. W Piśmie Świętym, w Pierwszym Liście do Tymoteusza (5,23) św. Paweł (który w odróżnieniu od św. Łukasza nie był lekarzem) pisze: „samej wody już nie pij, używaj natomiast po trosze wina ze względu na żołądek i częste twe słabości”. Na świecie samoleczenie było uznawanym i podstawowym sposobem dbałości o zdrowie aż do XVIII wieku. W XIX wieku zdecydowanie poprawiła się efektywność oficjalnej medycyny a samoleczenie zeszło na drugi plan. W Polsce w latach 1945-89 samoleczenie było oficjalnie zakazane jak i inne przejawy aktywności „poza oficjalnym obiegiem”. W latach 90-tych samoleczenie znalazło przychylny klimat, nastąpiła radykalna zmiana, wolny rynek dał mu zielone światło[2]. Samoleczenie jest stosowane w przypadkach, gdy uznaje się, że pomoc lekarza, znachora czy uzdrowiciela nie jest potrzebna i diagnoza dolegliwości nie nastrocza trudności a łatwo dostępne są domowe środki terapeutyczne. Według definicji Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP) samoleczenie jest samodzielny leczeniem zaobserwowanych u siebie objawów przy pomocy leków dostępnych bez recepty. Niemniej, powszechnie jako takie rozumie się też przyjmowanie leków według wiedzy samoleczącego, wzbogaconej wiedzą osób trzecich (w tym aptekarza) [1].

Cel pracy

Celem pracy było porównanie postrzegania zjawiska samoleczenia w Polsce i na świecie i związanych z nim aspektów takich jak źródła informacji o lekach i metodach stosowanych w samoleczeniu, czynnikach wpływających na jego podjęcie oraz najczęściej wykorzystywanych lekach z listy OTC na podstawie wybranego piśmiennictwa.

Materiał i metody

Materiału do badań dostarczyły wybrane artykuły piśmiennictwa polskiego i zagranicznego dotyczące tematyki samoleczenia ze szczególnym uwzględnieniem badań ankietowych prowadzonych wśród populacji studentów uczelni medycznych i niemedycznych. Metodą badań była analiza wybranego piśmiennictwa.

Wyniki

Dokonano próby analizy wybranych artykułów, w których zostały przedstawione badania ankietowe. W badaniach ankietowych oceniających wiedzę, świadomość i praktykowanie samoleczenia wśród studentów pierwszego roku medycyny na Uniwersytecie Arabskim w Bahrajnie wzięło udział 134 respondentów (43 mężczyźni i 91 kobiet). Ich wiedza na temat odpowiedzialnego samoleczenia okazała się niska, natomiast wiedza na temat zalet i ryzyka związanego z samoleczeniem była zadowalająca. Studenci uważali, że samoleczenie oszczędza czas, jest ekonomiczne, wygodne, przynosi szybką ulgę w podstawowych dolegliwościach. Za najważniejsze wady samoleczenia uznali oni ryzyko złej diagnozy, niewłaściwe użycie leku i możliwe efekty uboczne. Pozytywny stosunek do samoleczenia miało 76,9% ankietowanych a 44,8% badanych praktykowało samodzielnie samoleczenie. W samoleczeniu studenci najczęściej stosowali środki przeciw bólowi głowy, przeciwkaszlowe, a także na przeziębienie i ból gardła. Ze wszystkich wymienionych grup leków najczęściej używanymi były leki przeciwbólowe [3].

W swoim artykule Covington T. R. przytacza wyniki ankiety przeprowadzonej przez National Council of Patient Information and Education (NCPIE), według której 92,0% respondentów (z ogólnej liczby 4300) uważa leki OTC za skuteczne, 83,0% za bezpieczne, 73,0 % ankietowanych twierdzi, że woli się samemu leczyć lekami OTC. Część ankietowanych 38,0% stwierdziła, że używa obecnie więcej leków OTC niż dwa lata wcześniej a 37,0 % prosi o poradę w wyborze leku z listy OTC osoby profesjonalnie związane z ochroną zdrowia. Wśród ankietowanych 44,0% ankietowanych przyznało się do zwiększania dawki leków przeciwbólowych. Tylko 16,0% ankietowanych czyta ulotkę dołączoną do leku, a 10,0% nie czyta jej wcale [4].

Wazaify M. i wsp. podczas 12 tygodni obserwacji chorych oddziału ratunkowego w Irlandii Północnej stwierdzili, że w 40,0% przypadków zatruc przyczyną były także leki OTC, w tym w 24,0% wyłącznie leki OTC. Na obserwowanym przez w/w autorów oddziale ratunkowym w próbach samobójczych najczęściej używany był paraceta-

mol 36,0% zatruć. Innymi lekami OTC powodującymi zatrucia wśród chorych były aspiryna 8,0% i ibuprofen 3,0%. Pacjenci, u których wystąpiły zatrucia, na pytanie dlaczego wybierali paracetamol odpowiadali, że jest to lek powszechnie dostępny [5].

Wazai M. i wsp. badali również opinie respondentów wśród osób robiących zakupy w supermarketach w Belfaście na temat leków OTC. Z grupy 1000 ankietowanych 74,6% stwierdziło, że odwiedza aptekę jeden raz w miesiącu, a tylko 32,2% kupuje leki OTC. W tej samej badanej grupie 86,4% zażywa leki OTC zgodnie z ulotką a 61,1% ankietowanych radzi się farmaceuty lub lekarza na temat wyboru i stosowania leków OTC [6].

W badaniach ankietowych przeprowadzonych w 2002 r. wśród studentów piątego roku farmacji Akademii Medycznej w Poznaniu przez Bartkowiaka L. i Saran A. większość badanych studentów 81,1% uważa, że w Polsce nastąpił wzrost zjawiska samoleczenia. Ankietowani za przyczynę samoleczenia podawali - 64,6%, że jest to oszczędzanie czasu. Istotna część respondentów 39,6% była zdania, że przyczyną samoleczenia jest utrudniony dostęp do lekarza i oszczędzanie pieniędzy. Wśród innych przyczyn 28,4% badanych wskazało podatność na reklamę leków, 21,5% brak satysfakcji ze świadczeń lekarskich, 19,0% brak efektów leczenia przez lekarza, 12,1% brak zaufania do służby zdrowia a 2,6% brak zaufania do współczesnej medycyny. Można uznać, że jest to zjawisko niepokojące. Zdecydowana większość respondentów 94,8% uważa, że wpływ reklamy na samoleczenie ludzi jest istotny (28,4% – bardzo duży, 66,4% – dość duży)[1].

Kasperczyk J. i wsp. przeprowadzili w 2005 r. badania ankietowe wśród 294 studentów czwartego roku wybranych uczelni w Polsce: Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, Wydziału Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Wydziału Informatyki Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie oraz kierunków humanistycznych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Ankiety wypełniło 201 kobiet i 93 mężczyzn. Celem badań była ocena przyczyn podejmowania samoleczenia, najczęściej stosowanych metod oraz analiza przebiegu tego procesu. Decydującym czynnikiem w podjęciu samoleczenia, bez względu na wydział, był brak czasu na wizytę u lekarza. Najpopularniejszym sposobem samoleczenia wśród badanych było doustne zażywanie leków w formie tabletek. Najczęściej respondenci dawkowali leki według zaleceń producenta [7].

Badania ankietowe na próbie 75 studentów trzeciego i czwartego roku Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Poznaniu przeprowadziły Gromadka – Sutkiewicz M. i Ulińska R. W 1995 r. wśród badanych, 51 osób stwierdziło, że

odczuwa czasem drobne dolegliwości, z czego 50 osób nie korzysta w takim przypadku z usług lekarza. Najczęściej studenci samodzielnie leczyli ból gardła, a w dalszej kolejności przeziębienie, uczucie rozbicia, osłabienie, bóle głowy, nerwowość i biegunkę. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że studenci nadużywają leków z określonych grup: przeciwbólowych, przeciwgorączkowych i przeciwgrypowych. Dawkowanie zgodnie z ulotką dołączoną do leku OTC deklarowało 44 studentów, 24 opierało się na literaturze fachowej, a 7 badanych dawkowało leki „na wycucie”. Źródłem wiedzy o sposobach samoleczenia dla studentów pielęgniarstwa była najczęściej rodzina (34 badanych), literatura fachowa (30 badanych), w dalszej kolejności znajomi (19 badanych) i lekarz (10 badanych). Duża część ankietowanych uznała efektywność samoleczenia jako dobrą (30 osób). Większość przebadanej populacji uważa, że nie należy propagować metod samoleczenia (40 osób) [8].

Omówienie

W krajach Unii Europejskiej i na świecie zjawisko samoleczenia jest przedmiotem wielodyscyplinarnych dyskusji. Dowodem tego faktu jest Europejskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty (AESGP), które istnieje 48 lat i współpracuje ściśle z organizacjami skupiającymi lekarzy, farmaceutów, pacjentów oraz współpracuje z instytucjami europejskimi ze szczególnym uwzględnieniem Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej. W Polsce jest zagadnieniem niedocenianym, upraszczanym postrzeganym jako moda spowodowana większą dostępnością do leków bez recepty i ich reklamą w mediach. Odpowiednikiem AESGP w Polsce jest Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty (PASMI), które istnieje dopiero od 2002 roku. A pierwsza debata na temat samoleczenia w Polsce odbyła się dopiero 20.04.2009 na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Od 2000 roku powszechnie występuje w Polsce zjawisko samoleczenia. Według firmy IMS Health w 2003r. w porównaniu z 2002 r. wartość sprzedaży parafarmaceutyków w Polsce wzrosła o 22%.

- Polacy stosując samoleczenie najczęściej w tym okresie kupowali:
- preparaty przeciwbólowe,
- gastryczne,
- witaminowe i mineralne.

W 2003 Polacy na ww. preparaty wydali 580 mln złotych, na preparaty ziołowe 800 mln złotych i nabyli 900 mln tabletek przeciwbólowych. Według badań OBOP-u, co czwarty Polak ma zawsze przy sobie środki przeciwbólowe. Polacy zajmują trzecie miejsce na świecie – po Amerykanach i Francuzach ze względu na spożycie dostępnych bez recepty preparatów przeciwbólowych (liczba sprzedanych opakowań leków).

O zjawisku samoleczenia w Polsce decyduje:

- powszechna dostępność farmaceutyków w sklepach, kioskach, na stacjach benzynowych, w internecie, w supermarketach
- niewłaściwa opieka lekarska (pacjenci często narzekają, że lekarze zajmują się leczeniem choroby a nie zwracają uwagi na towarzyszące jej dolegliwości) [9].

W mieście na samoleczenie większy wpływ ma medycyna naukowa. Na wsi samoleczenie bywa często bliższe lecznictwu ludowemu i jest bardziej popularne, co wynika z silnej tradycji, wielowiekowej izolacji kulturowej wsi i samowystarczalności. Z badań TNS OBOP wynika, że w 2003 roku co dwunasty Polak twierdził, że decyzję o zakupie leku, podjął na skutek reklamy danego produktu. Z tego powodu nie należy bagatelizować wpływu przekazów reklamowych na świadomość zdrowotną obywateli. Trzeba sobie zdawać sprawę, że leki z grupy OTC zawierają substancje nieobojętne dla ludzkiego organizmu. Przykładem jest szeroko dostępna grupa leków OTC - niesteroidowych leków przeciwzapalnych - NLPZ.

W Stanach Zjednoczonych powikłania po stosowaniu NLPZ powodują rocznie 100.000 hospitalizacji i ok. 16.500 zgonów co generuje koszt 1 mld USD. W Wielkiej Brytanii notuje się rocznie 30000 hospitalizacji z powodu działań niepożądanych występujących po spożyciu leków z grupy NLPZ i 1200-2000 zgonów rocznie (czyli mniej więcej tyle co z powodu AIDS).

W Polsce przyjmuje się że występuje 200-3000 zgonów rocznie z powodu powikłań po NLPZ.

Pomimo zagrożeń jakie ze sobą niesie samoleczenie musimy zdawać sobie sprawę z tego, że służba zdrowia żadnego kraju nie jest przygotowana do tego, aby zapewnić właściwą opiekę każdemu pacjentowi.

Samoleczenie świadomie i odpowiedzialnie praktykowane wpływa na:

- podniesienie poziomu zdrowotnego społeczeństwa
- zwiększenie komfortu życia
- zachęcenie do stosowania aktywnej profilaktyki
- podniesienie świadomości w zakresie ochrony zdrowia i kultury prozdrowotnej
- odciążenie służb medycznych od pacjentów z lekkimi dolegliwościami
- uwolnienie środków finansowych na podniesienie poziomu opieki profesjonalnej, prowadzonej przez specjalistów nad osobami poważnie chorymi (WHO, Genewa 2000) [10].

Zjawisko samoleczenia jest tak rozpowszechnione że powinniśmy uwzględnić je we wszystkich planach i prognozach dotyczących tak zdrowia publicznego, jak i leczenia poszczególnego pacjenta. Warto zatem dokonać analizy jakie czynniki wpływają na decyzję o podjęciu samoleczenia wśród studentów uczelni medycznej i technicznej w Łodzi, co jest tematem mojej pracy doktorskiej wykonywanej pod kierunkiem promotor dr hab. n. med. Anny Głowackiej.

Wnioski

1. Przeprowadzone badania ankietowe różnych autorów wskazują, że respondenci są świadomi zalet i wad w stosowaniu samoleczenia.
2. Do zalet samoleczenia respondenci zaliczają: oszczędność czasu, szybką ulgę z powodu różnych dolegliwości, powszechny dostęp do leków z listy OTC i aspekt ekonomiczny.
3. Do wad samoleczenia respondenci zaliczyli: ryzyko złej diagnozy postawionej przez siebie, niewłaściwe użycie leku i możliwe efekty uboczne.
4. Na podejmowanie decyzji przez respondentów o samoleczeniu miała głównie wpływ reklama leków w środkach masowego przekazu, brak satysfakcji ze świadczeń lekarskich i brak efektów leczenia przez lekarzy.

Piśmiennictwo:

1. Bartkowiak L, Saran A. „Postawy studentów farmacji wobec samoleczenia” „Aptekarz” 2006; Vol 14 Nr 5/6, 113-117.
2. Rybus -Potępa E, Marczewski K. „Samoleczenie - stare zagrożenia czy nowy świat pomocy dla pacjenta” „Zdrowie Publiczne” 2001;Vol. 111(1) p.31-36.
3. James H, Handu SS, Al Khaja KA, et al. “Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first- year medical students” “Medical Principles and Practice: International Journal of the Kuwait University” 2006;Vol. 15(4), p.270-5.
4. Covington TR. “Nonprescription medications and self-care” “American Journal of Pharmaceutical Education” 2006;Vol. 70(6), Article 137.
5. Wazaify M, Kennedy S, Hughes CM, et al. “Prevalence of over - the-counter drug - related overdoses at Accident and Emergency departments in Northern Ireland - a retrospective evaluation;” “Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics” 2005;Vol 30, p.39-44.
6. Wazaify M, Shields E, Hughes CM, et al. “Societal perspectives on over - the -counter (OTC) medicines” “Family Practice” 2005;Vol.22, p.170-176.
7. Kasperczyk J, Joško J, Klimasara J, et al. „Zjawisko samoleczenia wśród studentów wybranych kierunków studiów” „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2007;Vol. 88(2), p. 206-209.
8. Gromadcka-Sutkiewicz M, Ulińska R. Samoleczenie wśród studentów pielęgniarstwa” „Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia.” Cz.10.1996 Poznań p. 307-310.
9. Boruc. R. „Samoleczenie” „Menadżer Zdrowia” 2004, Vol.6(4).
10. “Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-medication” WHO, Geneva, 2000.

XIV Czym kieruje się pacjent dokonując wyboru preparatów OTC w aptece?

Magdalena Waszyk-Nowaczyk

Marek Simon

Zawód farmaceuty należy do grupy zawodów zaufania publicznego, dlatego wynika z niego gromna odpowiedzialność. Rola aptekarza polega na holistycznym podejściu do pacjenta i w zależności od jego kwalifikacji warunkuje udzielenie fachowej pomocy bądź zalecenie udania się do lekarza celem wykonania badań. Osoby chore od zawsze zdawały sobie sprawę z ważności funkcji spełnianych przez apteki i z wielkiej odpowiedzialności, jaką miał magister farmacji, dbając o zdrowie społeczeństwa [1]. W zakresie opieki farmaceutycznej powinien on rozpoznawać, rozwiązywać, a także zapobiegać rzeczywistym lub potencjalnym problemom lekowym poprzez monitorowanie ilościowe i jakościowe zażywanych leków przyczyniając się do zwiększenia bezpieczeństwa chorych stosujących wiele preparatów. Pacjent powinien być partnerem lekarza oraz farmaceuty i posiadać prawo głosu we wszystkich sprawach związanych z jego zdrowiem [2].

W efekcie intensywnej kampanii reklamowej oraz aktywności przedstawicieli konkurujących firm informujących o działaniu i znaczeniu dla ustroju: leków, witamin, mikroelementów oraz innych suplementów diety, pacjenci coraz bardziej zainteresowani są zakupem preparatów OTC w aptekach. Według Kurczewskiej sprzedaż leków OTC zwiększyła się w ostatnich latach cztery razy [3].

Mnogość informacji pojawiająca się w środkach masowego przekazu powoduje, że społeczeństwo z jednej strony jest lepiej poinformowane o kwestiach zdrowotnych i dostępnych nowych technologiach medycznych (w tym o lekach), a z drugiej strony podlega dezinformacji ze względu na coraz trudniejsze wyłowanie z nawału informacji tych, które są wiarygodne, sprawdzone i powstają w oparciu o uznane źródła medyczne i farmaceutyczne [4]. Prowadzi to bardzo często do samoleczenia się pacjentów poprzez postawienie autodiagnozy i niekontrolowane przyjmowanie leków OTC. Chorzy nie posiadają odpowiedniej wiedzy z zakresu działania i stosowania środków leczniczych i często nie zdają sobie sprawy z tego, że lek stosowany w niewłaściwej dawce może wywierać działanie toksyczne, bądź pozostać bez efektu.

Z roku na rok zwiększa się liczba preparatów przeznaczonych do samoleczenia, czyli wydawanych bez recepty [5]. Najczęściej kupowane są leki na przeziębienie, kaszel oraz preparaty przeciwbólowe [6]. W praktyce aptecznej namacalnym przejawem prób samoleczenia jest kupowanie przez pacjenta jednorazowo kilku preparatów, które mają inną nazwę, jednak ich skład jest taki sam lub bardzo zbliżony [7]. Pacjent zażywając leki – szczególnie w nadmiernych ilościach – powinien zdawać sobie sprawę z tego, że każda substancja chemiczna jest obarczona działaniem niepożądanym. Szkodliwe skutki na ogół kumulują się w czasie, czyniąc tym samym większe szkody. Pacjent powinien mieć świadomość, że prawidłowy efekt farmakologiczny, skuteczność działania leku oraz jego dobra tolerancja zależą od prawidłowego dawkowania leku.

Ze względu na narastający problem samoleczenia się pacjentów w Polsce postanowiono ocenić w pracy na ile o wyborze preparatu OTC decyduje porada farmaceuty, wskazanie lekarza, a w jakiej części jest to samodzielny wybór pacjenta .

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w okresie: październik 2008 – luty 2009 na próbie 93 (90,3% kobiet, 9,7% mężczyzn) losowo wybranych pacjentów poznańskich aptek jako respondentów, posługując się kwestionariuszem ankietowym. Analiza zakupu odbyła się w zakresie leków z grupy: przeciwbólowych, na kaszel i ból gardła, na przeziębienie oraz preparatów witaminowych. W ankiecie pacjent wskazywał co zadecydowało o wyborze leku: porada farmaceuty, wskazanie lekarza, czy też własna ocena preparatu na podstawie sugestii znajomych, rodziny lub reklamy (w telewizji, gazecie, radiu). Zaznaczano także płeć pacjenta oraz wpisywano nazwę zakupionego preparatu OTC.

Wyniki

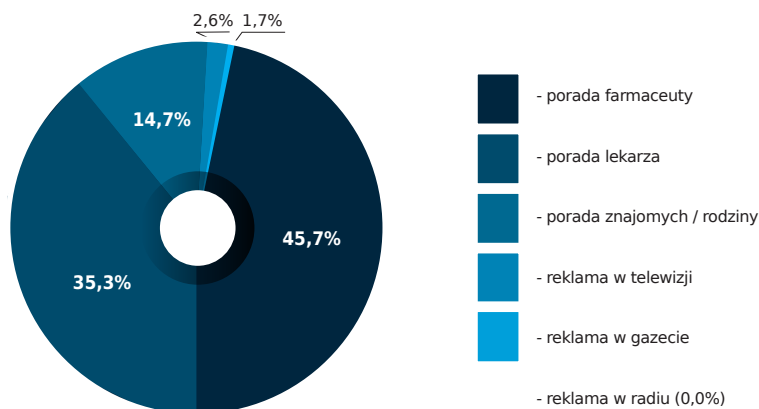
W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że przy wyborze leku OTC pacjent kieruje się przede wszystkim poradą farmaceuty (45,7%, wykres 1.). Porada aptekarska miała największe znaczenie przy wyborze leku na przeziębienie (37,7%) oraz preparatu na ból gardła i kaszel (26,5 %, wykres 2.). Zalecenia lekarza były również bardzo istotne (35,3%, wykres 1.), ale głównie podczas zakupu leku na przeziębienie i przeciwbólowego (odpowiednio 48,8%, 29,3%, wykres 3.). Samodzielny wybór leku wynikający z porady znajomych lub rodziny (14,7%, wykres 1.) miał największe znaczenie przy wyborze leku na przeziębienie (41,2%) i przeciwbólowego (29,4%, wykres 4.). Dodatkowo reklama w telewizji (2,6%, wykres 1.) w porównywalnym stopniu wpływa na wybór leku przeciwbó-

lowego, na kaszel i ból gardła oraz preparatu witaminowego (33,3%, wykres 5.), a reklama w gazecie (1,7%, wykres 1.) na zakup leku na ból gardła i kaszel oraz na przeziębienie (50,0%, wykres 6.).

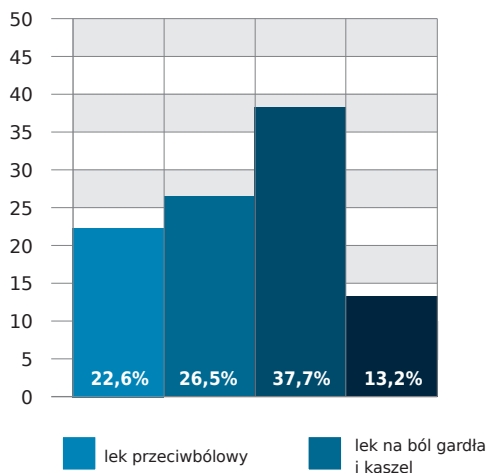
Dyskusja

Farmaceuta jest często pierwszą osobą, do której zwraca się pacjent z problemem zdrowotnym, ponieważ w dobie reformy systemu opieki zdrowotnej kontakt z lekarzem jest utrudniony m.in. ze względu na ograniczoną ilość środków finanso-

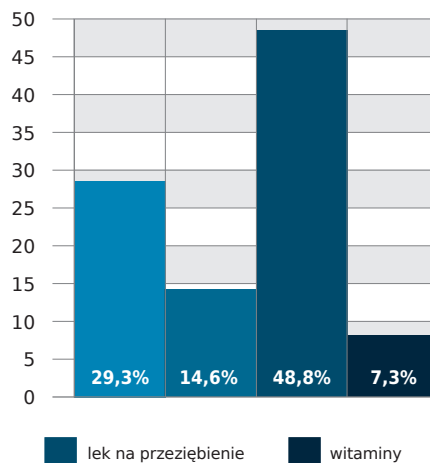
WYKRES 1. Wpływ porad na wybór leku OTC przez pacjenta w aptece.



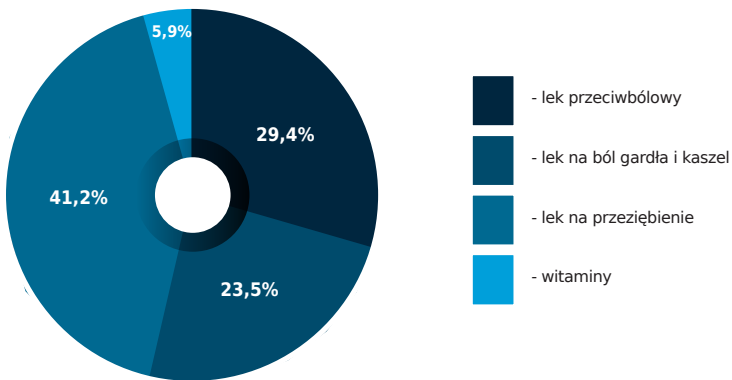
WYKRES 3. Wpływ porady farmaceuty na zakup leku OTC



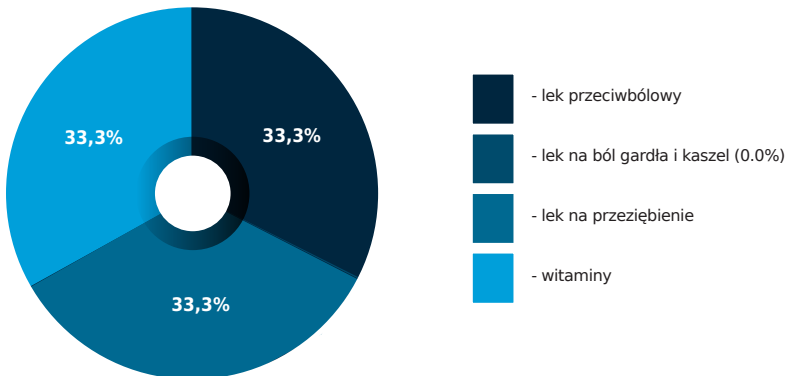
WYKRES 2. Wpływ porady lekarza na zakup leku OTC



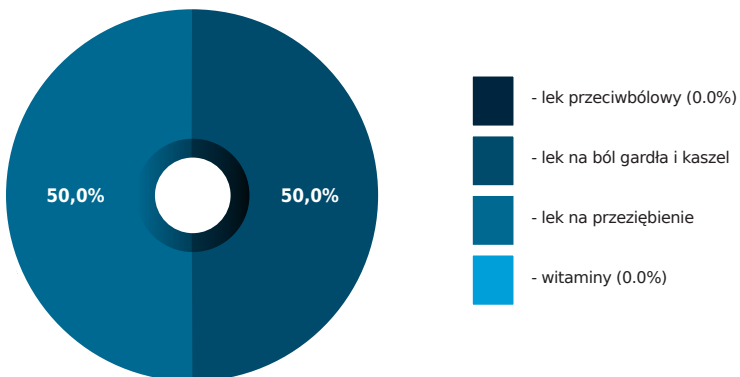
WYKRES 4. **Wpływ porady znajomych/członka rodziny na wybór leku OTC.**



WYKRES 5. **Wpływ reklamy w telewizji na wybór leku OTC.**



WYKRES 6. **Wpływ reklamy w gazecie na wybór leku OTC.**



wych. Aptekarz jest również ostatnim członkiem zespołu służby zdrowia, z którym pacjent kontaktuje się przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu stosowania przepisane- go leku [8, 9]. Potwierdzają ten fakt wyniki przeprowadzonych badań, gdzie farma- ceuta stanowi źródło wiarygodnej wiedzy zwłaszcza na polu promocji zdrowia, pre- wencji chorób oraz poradnictwa dla pacjentów, głównie w zakresie leków na prze- ziębienie i preparatów na kaszel i ból gardła. Według Brzozowskiej przy wyborze le- ków OTC, częściej niż przed dwoma laty, Polacy zdają się na pomoc farmaceuty. W ostatnich latach zmieniają się oczekiwania pacjentów w stosunku do aptekarzy. Zwią- zane jest to między innymi z unikaniem czasochłonnych lub kosztownych wizyt u lekarza [10]. Porada aptekarza jest porównywalna ze zaleceniami lekarza, które mia- ły największe znaczenie głównie podczas zakupu leku na przeziębienie i przeciwbólo- wego. Co więcej według badań TNS OBOP z 2002 roku w Europie Środkowej farma- ceuci cieszą się większym zaufaniem pacjentów niż lekarze, jeśli chodzi o udzielanie po- rad w sprawie leków dostępnych bez recepty (OTC). Chorzy chętnie zgłaszają działania niepożądane i wątpliwości dotyczące przyjmowanych leków aptekarzowi [11], wiedząc, że zawsze otrzymają odpowiedź na pytanie, które dotyczy problemów zdrowotnych, czy przyjmowanych leków [12]. Dodatkowo aptekarze profesjonalnie pomagają chorym w wyborze najbardziej wskazanego dla ich dolegliwości preparatu OTC, uwzględniając możliwe interakcje [13], co jest równoznaczne z poradą przedlekarską, która powinna być profilaktycznym elementem sterującym samoleczeniem.

Chorzy oczekują, by z dużej ilości dostępnych na rynku leków, farmaceuta wybrał odpowiedni – ten, który pomoże pacjentowi szybko powrócić do zdrowia i uniknąć choroby w przyszłości [14]. Niestety pojawiają się także pacjenci, szczególnie ci mniej zasobni, którzy stanowią przeciwieństwo opisywanej wyżej grupy. Leczą się oni na pod- stawie samodzielnej diagnozy, często popełniając wiele podstawowych błędów [15]. Sta- nowi to dość wysoki odsetek, jak udowodniono w przeprowadzonej pracy. Przedmio- tem samoleczenia mogą być m.in.: przeziębienie, grypa, kaszel, ból gardła, nawracający katar uczuleniowy, owrzodzenia ust, niestrawność (łącznie ze zgagą), zaparcia, wymioty i biegunki, hemoroidy, oparzenia słoneczne, ból łagodny do umiarkowanego (ból głó- wy, mięśni, zębów), łagodne do umiarkowanych problemy skórne i wiele innych [15]. Decyzję o samodzielnym wyborze preparatu pacjenci podejmują głównie na podstawie porady znajomych i rodziny, szczególnie podczas wyboru preparatu na przeziębienie i leku przeciwbólowego. Najmniej wiarygodnym i rzetelnym źródłem informacji respon- denci w pracy ocenili reklamy w telewizji, gazecie i radiu. Wyniki te są porównywal- ne z badaniem TNS OBOP z 2002 roku, które obejmowały szerszą populację, tj. 3000 mieszkańców Europy Środkowej (Polska, Czechy, Węgry). Podobnie badanie przepro- wadzone ponownie przez Taylor Nelson Sofres w 2006 roku potwierdziło fakt, że in- formacje o suplementach diety Polacy najczęściej uzyskują u farmaceuty w aptecce lub u

lekarza, natomiast źródła takie jak rodzina i znajomi, publikacje oraz informacje reklamowe są wymieniane rzadziej. Sam fakt szerokiego występowania zjawiska określanego mianem samoleczenia powoduje pewien niepokój, ponieważ pacjenci na podstawie samodzielnej diagnozy kupują leki w sposób niekontrolowany, co może skutkować zakwalifikowaniem pacjenta nawet do przyjęcia do szpitala [16, 10].

W świetle przedstawionych problemów aptekarz staje się kluczowym ogniwem w podejmowaniu decyzji o samoleczeniu się pacjentów, który to problem zaczyna pojawiać się w Polsce w coraz większym zakresie. Farmaceuta ma do spełnienia ogromną rolę w zakresie informowania o leku oraz ostrzegania przed nadmiernym przyjmowaniem preparatów OTC zwłaszcza w połączeniu ze stosowaną farmakoterapią przepisaną przez lekarza [17].

Piśmiennictwo:

1. Roeske W. Polskie apteki. Wrocław: Ossolineum, 1991.
2. Łazowski J. Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej. Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Farmapress, 2005.
3. Kurczewska U. O samoleczeniu i lekach bez recepty. *Farmacja Polska*. 2005. Tom 61, 8.
4. Zygadło E. Znaczenie informacji o leku i komunikacji z pacjentem w działalności apteki. *Czasopismo Aptekarskie*. 2008. Tom 11, nr 179, 32-36.
5. Martyniuk P, Drozd M, Woś-Ponczonek M. Apteka w oczach pacjenta - analiza pacjentów lubelskich aptek. *Farmacja Polska*. 2005. Tom 61, nr 14, 658-663.
6. Brzozowska Z, Ostrowska E. Z apteki do apteczki. *Gazeta farmaceutyczna*. 2009. Tom 8, nr 201, 10-12.
7. Klimek - Wierzbicka P. Polak leczy się sam. *Manager Apteki*. 2009. nr 2, 8-9.
8. Woś-Ponczonek M, Drozd M, Kijewska A. Wizerunek aptek w województwie lubelskim. *Farmacja Polska*. 2004. Tom 60, nr 7, 320-325.
9. Suska M. „Aptekarz to brzmi dumnie.” *Aptekarz Polski*. 2006. nr 5-7, cz. 1, 13-14.
10. Dulian K, Skrabalak M, Kamiński R, et al. Edukacyjna rola farmaceuty w farmakoterapii w świetle opinii pracowników aptek i pacjentów. *Farmacja Polska*. 2003. Tom 59, nr 17, 792-794.
11. Skowron A, Brandys J. Rola farmaceutów w edukacji pacjentów. *Czasopismo Aptekarskie*. 2008. Tom 10, nr 178, 16-22.
12. Assemi, M, Torres NM, Tsourounis C, et al. Assessment of online consumer „Ask Your Pharmacist” service. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2002. Tom 36, nr 5, 787-792.
13. Rej I, Sosnowska-Smogorzewska L. Farmaceuta doradza, ale decyduje lekarz. [dostęp: 1.07.2009] <http://www.pulsmedycyny.com.pl>
14. Kostecki Ł. Dodatkowa porada. [dostęp: 1.07.2009] www.akademiafarmaceuty.com
15. Moska D. Porady aptekarskie i farmakologiczne w samo leczeniu. *Farmacja Polska*. 1999. Tom 55, nr 6, 310 - 315.
16. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1989. 46, 1142.
17. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M. Znaczenie roli farmaceuty w procesie samoleczenia się pacjentów. *Farmacja Polska*. 2009. Tom 65, nr 11, 772 - 774.

XV Miejsce zakupu leków OTC na przeziębienie

Magdalena Hartman
Paweł Lichtański
Ewa Klimacka-Nawrot
Barbara Duda-Raszewska
Barbara Błońska-Fajfrowska

Tradycyjnym miejscem zakupu leków w Polsce była apteka, w której preparaty dostępne bez recepty i przepisywane przez lekarza sprzedawał wykształcony farmaceuta. Rynek pozaapteczny był marginalny, ograniczał się praktycznie do tabletek przeciwbólowych „z krzyżykiem” sprzedawanych w kioskach [1]. Po przemianie ustrojowej, gdy na dobre zagościły w handlu reguły wolnorynkowe, zwiększył się asortyment leków dostępnych bez recepty, a ich sprzedaż coraz częściej odbywała się poza apteką. W 2006 roku w sklepach ogólnodostępnych można było kupić leki bez recepty na różne dolegliwości, w sumie do sprzedaży pozaaptecznej dopuszczonych zostało już 110 preparatów i 34 zioła proste w tabletkach. Po włączeniu do obrotu pozaaptecznego sklepów zielarsko-medycznych, ilość preparatów dostępnych w tego rodzaju sprzedaży wzrosła do 1425 [2]. Najnowsze rozwiązania prawne (Dz. U. z dnia 13 lutego 2009r.) umożliwiają sprzedaż poza apteką preparatów zawierających 52 pojedyncze substancje czynne, lub substancje czynne łączone, przy czym dawka, postać farmaceutyczna oraz wielkość opakowania są różne, ale ściśle określone w zależności od substancji czynnej [3].

Lata dziewięćdziesiąte XX wieku przyniosły nie tylko zwiększenie różnorodności preparatów OTC dystrybuowanych różnymi drogami, ale również zwiększenie sprzedaży tychże leków. Według danych zgromadzonych przez Polskie Stowarzyszenie Leków Dostępnych bez Recepty PASMI wynika, że od 1994 do 2004 roku sprzedaż leków OTC wzrosła czterokrotnie i w 2007 roku stanowiła 27% wszystkich medykamentów kupowanych w Polsce [4]. W 2006 roku wartość sprzedaży leków OTC w Polsce (wg firm PMR i PharmaExpert) wniosła 4,2 mld zł, z czego 11 procent wygenerowano poza apteką. Dane szacunkowe uzyskane przez firmę US Pharmacia mówią o 5% udziale sprzedaży pozaaptecznej w całkowitej sprzedaży preparatów OTC w roku 2006 [5]. Według raportu firmy PMR "Rynek pozaapteczny produktów OTC w Polsce 2008" [6], w 2007 r. pozaapteczny rynek produktów OTC w Polsce osiągnął wartość 785 mln zł, notując 15% wzrost względem roku 2006 r. W 2007 r. rynek ten stanowił już 14% rynku produktów OTC. Na rynek pozaapteczny w Polsce składa się przede wszystkim sprzedaż w sklepach zielarsko-medycznych oraz w sklepach ogólnodostępnych jak: hipermarkety, supermarkety, małe sklepy spożywcze, kioski, stacje benzynowe. Dużą rolę

w tym segmencie rynku odgrywają suplementy diety oraz leki na przeziębienie i grypę, których sprzedaż wzrasta szczególnie od września do marca, gdy zwiększa się ilość zachorowań [4, 6, 7]. Najnowszy raport pochodzący z firm PMR i PharmaExpert „Rynek farmaceutyczny i ochrony zdrowia w Polsce 2009” [8] informuje, że pod koniec roku 2008 odnotowano wzrost wartości rynku aptecznego w Polsce do poziomu 24 mld zł, z czego 34% stanowił rynek leków OTC. Pierwsze trzy miesiące 2009 roku świadczą o braku kryzysu w tym sektorze (wzrost o 10,7%), również prognozy na cały 2009 rok są zachęcające i mówią o 6% wzroście wartości rynku farmaceutycznego [8, 9]. Duża wartość rynku farmaceutycznego w Polsce oraz wzrastający w nim udział preparatów OTC skłania do głębszej analizy kwestii miejsca zakupu tych leków. Odpowiednia dystrybucja, adekwatna do zapotrzebowania uwzględniającego zjawisko samoleczenia, może okazać się korzystna dla rozwoju nowej strategii sprzedaży farmaceutyków.

Cel

Celem pracy było określenie miejsc zakupu leków na przeziębienie bez recepty, z uwzględnieniem płci, wieku i wykształcenia kupujących.

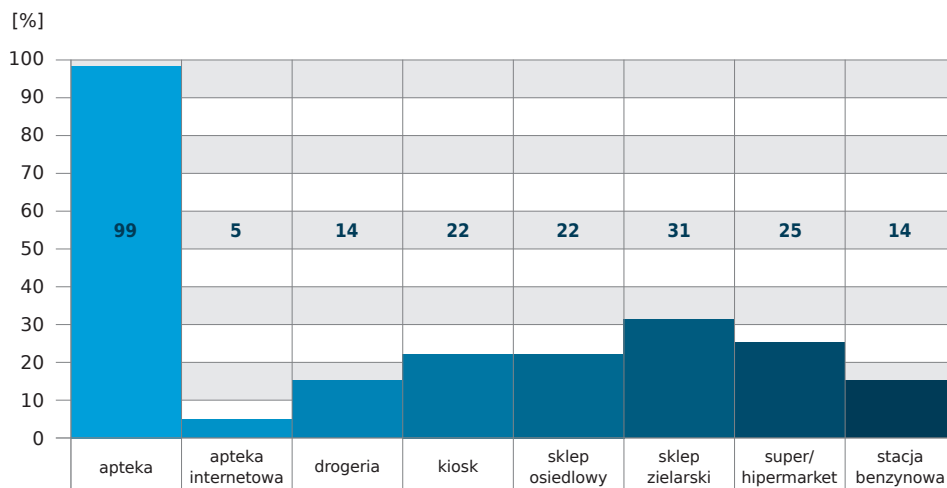
Materiały i metody

Badanie ankietowe przeprowadzono w województwie śląskim. Wzięło w nim udział 134 respondentów, 78 kobiet i 56 mężczyzn w wieku od 19 do 65 lat (średnio $38,6 \pm 12,5$ lat). Grupę osób młodszych stanowiły 74 osoby w przedziale wiekowym od 18 do 40 lat, a grupę osób starszych - 60 osób w przedziale od 41 do 65 lat. Trzydziestu jeden ankietowanych deklaroowało wykształcenie wyższe, 74 średnie, 27 zawodowe i podstawowe. Dwie osoby uchyliły się od określenia swojego wykształcenia. Ankietowani odpowiadali na pytanie o częstość zakupu leków na przeziębienie bez recepty w tradycyjnej aptece, aptece internetowej, drogerii, kiosku, sklepie osiedlowym, sklepie zielarskim, supermarkecie lub/i hipermarkecie (super/hipermarkecie) oraz stacji benzynowej. W opracowaniu statystycznym wyników zastosowano test χ^2 , a za poziom istotności statystycznej przyjęto $\alpha = 0,05$.

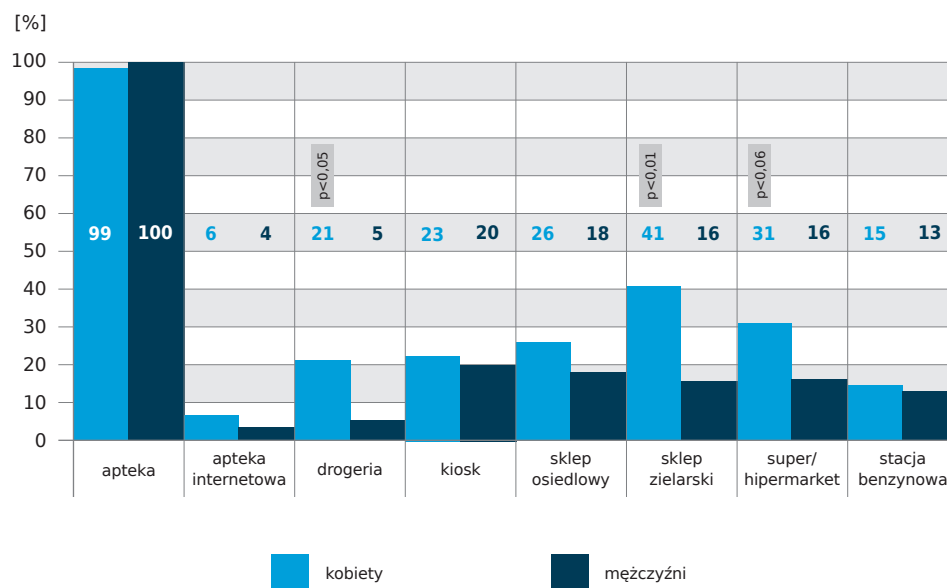
Wyniki

Większość ankietowanych (ok. 99%) deklaruje, że kupuje leki OTC na przeziębienie w tradycyjnej aptece. Kolejnymi pod względem popularności miejscami zakupu leków okazały się być: sklep zielarski (31%), super/hipermarket (25%), kiosk i sklep osiedlowy (po 22%), drogeria i stacja benzynowa (po 14%) oraz apteka internetowa (5%) (wykres 1.).

WYKRES 1. **Odsetek osób deklarujących zakup leków OTC na przeziębienie w tradycyjnej aptece i innych placówkach handlowych (n = 134).**



WYKRES 2. **Odsetek kobiet i mężczyzn deklarujących zakup leków OTC na przeziębienie w tradycyjnej aptece, aptece internetowej, drogerii, kiosku, sklepie osiedlowym, sklepie zielarskim, super/hipermarkecie i stacji benzynowej (n = 134).**

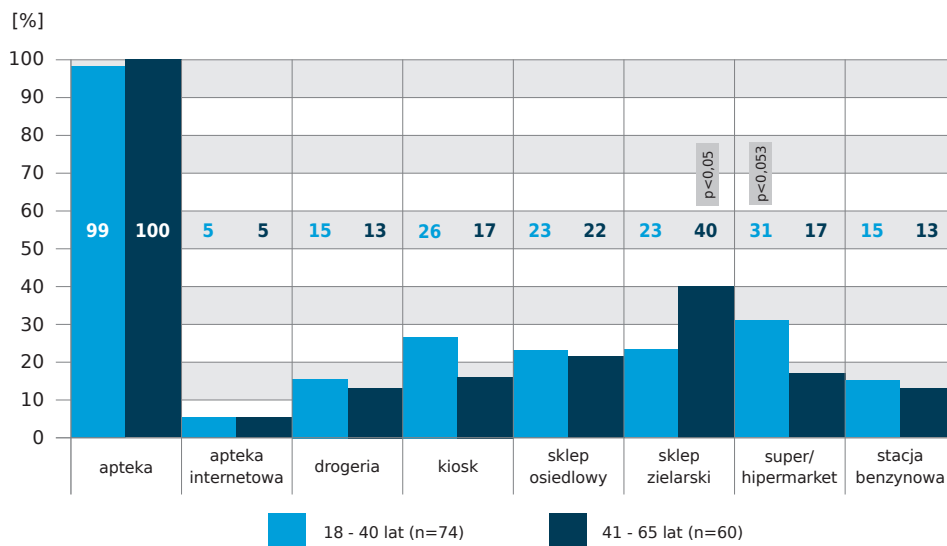


Biorąc pod uwagę wpływ płci na miejsce zakupu leków OTC na przeziębienie stwierdzono, że odsetek kobiet i mężczyzn zaopatrujących się w leki w tradycyjnej aptece wyniósł odpowiednio 99% i 100%. Kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z pozaaptecznego dostępu do leków, 6% kobiet i 4% mężczyzn kupuje preparaty na przeziębienie w aptece internetowej, 21% kobiet i 5% mężczyzn w drogerii, 23% kobiet i 20% mężczyzn w kiosku, 26% kobiet i 18% mężczyzn w sklepie osiedlowym, 41% kobiet i 16% mężczyzn w sklepie zielarskim, 31% kobiet i 16% mężczyzn w supermarkecie lub hipermarkecie oraz 15% kobiet i 13% mężczyzn na stacji benzynowej. Różnice statystycznie istotne pomiędzy kobietami i mężczyznami zaobserwowano w przypadku kupowania leków na przeziębienie w drogerii i sklepie zielarskim ($p < 0,05$) oraz tendencję w przypadku zaopatrywania się w leki w super/hipermarkecie ($p = 0,06$) (wykres 2.).

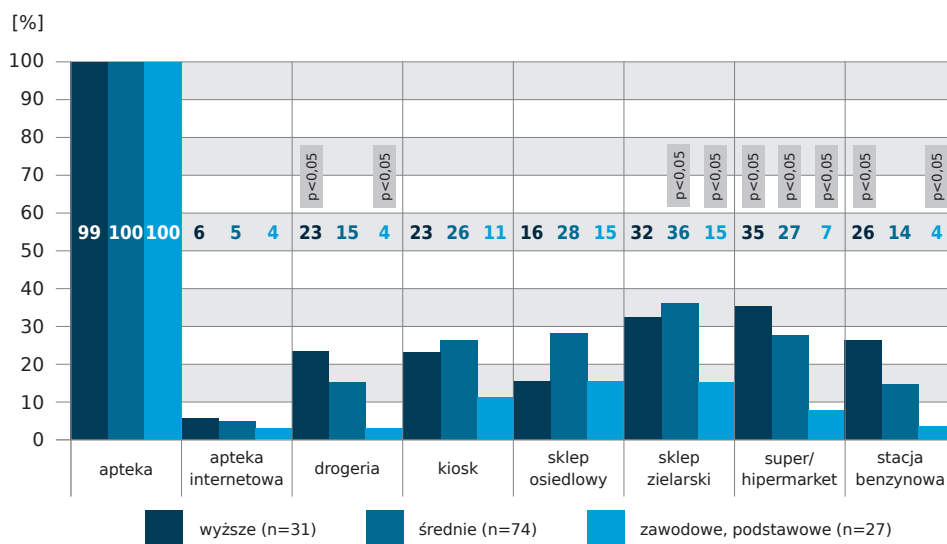
W różnych grupach wiekowych (18-40 lat, 41-65 lat) sytuacja zakupowa przedstawia się następująco: w tradycyjnej aptece leki kupuje 99% osób młodszych i 100% osób starszych, w aptece internetowej po 5% osób młodszych i starszych, w drogerii 15% młodszych i 13% starszych, w kiosku odpowiednio 26% i 17%, w sklepie zielarskim 23% i 40%, w super/ hipermarkecie 31% i 17% i na stacji benzynowej 15% i 13%. Osoby starsze statystycznie istotnie częściej niż osoby młodsze kupują leki na przeziębienie w sklepie zielarskim ($p < 0,05$), natomiast osoby młodsze wykazują tendencję do częstszego zaopatrywania się w tego typu leki w super/hipermarkecie (wykres 3.).

Wpływ wykształcenia na miejsce zakupu leków OTC na przeziębienie badano po wcześniejszym wyłączeniu dwóch osób, które nie zadeklarowały, jakie wykształcenie posiadają. Spośród osób z wykształceniem wyższym 100% kupuje leki w tradycyjnej aptece, 6% w aptece internetowej, po 23% w drogerii oraz kiosku, 16% w sklepie osiedlowym, 32% w sklepie zielarskim, 35% w super/hipermarkecie, 26% na stacji benzynowej. Natomiast odsetek osób posiadających średnie wykształcenie zaopatrujących się w leki w różnych miejscach przedstawia się następująco: 99% kupuje leki w tradycyjnej aptece, 5% w aptece internetowej, 15% w drogerii, 26% w kiosku, 28% w sklepie osiedlowym, 36% w sklepie zielarskim, 27% w super/hipermarkecie, a 14% na stacji benzynowej. Wśród osób z wykształceniem zawodowym i podstawowym odsetek ten wynosi odpowiednio: 100%, 4%, 4%, 11%, 15%, 15%, 7%, 4%. Osoby z wyższym wykształceniem statystycznie istotnie częściej niż z wykształceniem zawodowym i podstawowym kupują leki w drogerii, super/hipermarkecie oraz na stacji benzynowej ($p < 0,05$). Również wykształcenie średnie predysponuje do częstszego zaopatrywania się w leki w sklepie zielarskim oraz super/hipermarkecie w porównaniu z osobami mniej wykształconymi ($p < 0,05$) (wykres 4.).

WYKRES 3. **Odsetek osób w różnym wieku, deklarujących zakup leków OTC na przeziębienie w tradycyjnej aptece, aptece internetowej, drogerii, kiosku, sklepie osiedlowym, sklepie zielarskim, super/hipermarkecie i stacji benzynowej (n = 134).**



WYKRES 4. **Odsetek osób z wykształceniem wyższym, średnim, zawodowym i podstawowym deklarujących zakup leków OTC na przeziębienie w tradycyjnej aptece, aptece internetowej, drogerii, kiosku, sklepie osiedlowym, sklepie zielarskim, super/hipermarkecie i stacji benzynowej (n = 132).**



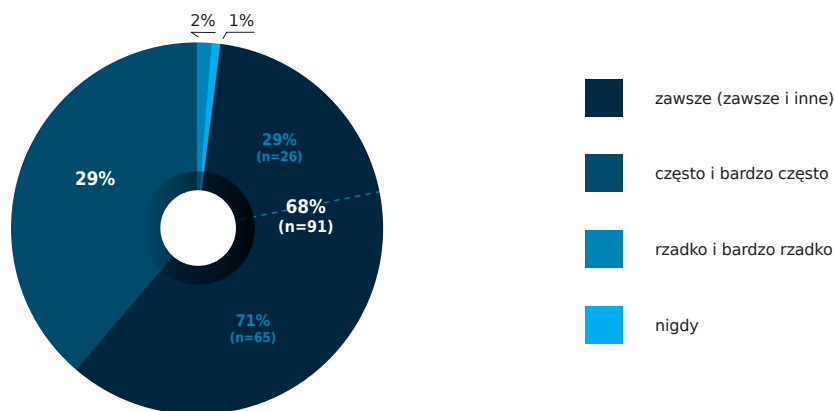
Analizując częstość zakupu leków na przeziębienie w tradycyjnej aptece należałoby sądzić, że 68% respondentów kupuje tam leki zawsze, 29% często i bardzo często, 2% rzadko i bardzo rzadko, a 1% nigdy (wykres 5.). Jednakże, spośród 91 osób, które zadeklarowały, że zawsze kupują leki w aptece, niespodziewanie 29% (26 osób) wskazało dodatkowo inne miejsca zakupów (wykres 5.). Miejscami tymi były: sklep zielarski (77%), super/ hipermarket (35%), kiosk i stacja benzynowa (po 23%), drogeria i sklep osiedlowy (po 19%) oraz apteka internetowa (12%) (wykres 6.). Grupę osób, które zawsze kupując leki na przeziębienie w aptece dodatkowo zaopatrują się w nie w innych miejscach stanowiło ok. 77% kobiet i 23% mężczyzn, 42% osób w wieku od 18 do 40 lat, 58% w wieku od 41 do 65 lat, 27% z wykształceniem wyższym, 65% średnim, 8% zawodowym i podstawowym (wykres 7.).

Dyskusja

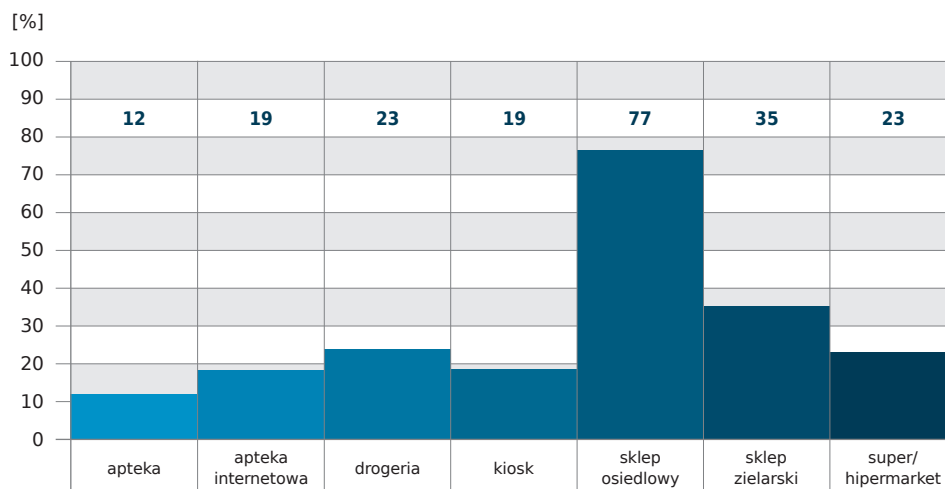
Wyniki niniejszych badań świadczą o tym, iż najbardziej popularnym miejscem zakupu leków OTC na przeziębienie jest tradycyjna apteka, gdzie zakupy tego typu leków deklaruje około 99% ankietowanych. Apteka, jako miejsce, w którym najczęściej Polaków kupuje leki bez recepty (95%) występuje również w raporcie „Zwyczajne zakupowe Polaków związane z nabywaniem leków” przygotowanym przez TNS OBOP [10, 11]. Niewielkie różnice w wartościach procentowych informujących o odsetku osób kupujących leki w aptece wynikają z kilku przyczyn. Najważniejszą z nich jest konstrukcja pytań zadawanych przez ankietatorów. W niniejszym badaniu ankietowani odpowiadali na pytanie o częstość dokonywania zakupów preparatów OTC na przeziębienie w konkretnym miejscu, natomiast w badaniach TNS OBOP ankietowani wskazywali miejsca, (pytanie wielokrotnego wyboru), w których kupowali w ciągu ostatnich 6 miesięcy wszystkie leki dostępne bez recepty, bez względu na ich zastosowanie. Kolejnym czynnikiem mogącym mieć wpływ na wartości procentowe uzyskane podczas badań był dobór grup ankietowanych, które różniły się liczebnością, wiekiem oraz miejscem zamieszkania [10, 11].

Wyżej wymienione przyczyny leżały prawdopodobnie również u podłoża różnic w odsetku osób, które kupują leki bez recepty poza tradycyjną apteką. Kolejnymi pod względem popularności miejscami zakupu leków OTC na przeziębienie okazały się być: sklep zielarski (31%), supermarket lub/i hipermarket (25%), kiosk i sklep osiedlowy (po 22%), drogeria i stacja benzynowa (po 14%) oraz apteka internetowa (5%). Tymczasem dane TNS OBOP informują o 10% osób kupujących leki bez recepty w sklepie osiedlowym i spożywczym, 5% w super/hipermarkecie, 5% w kiosku, 1% w sklepie zielarskim, 1% na stacji benzynowej i 1% w aptece internetowej. Wyniki obydwu badań potwierdzają małą popularność aptek internetowych przy zakupie le-

WYKRES 5 **Częstość zakupu leków OTC na przeziębienie w tradycyjnej aptece oraz odsetek osób, które „zawsze” kupując leki w aptece wskazują dodatkowo inne miejsca zakupu (n=134).**



WYKRES 6 **Odsetek osób kupujących leki na przeziębienie w innych miejscach, pomimo deklaracji, że „zawsze” kupują leki w tradycyjnej aptece (n = 26).**



ków OTC na przeziębienie [10, 11]. Być może wynika to z potrzeby natychmiastowej aplikacji leku, a preparaty z apteki internetowej dostępne są z pewnym opóźnieniem. Wyniki badań rynku pozaaptecznego, zaprezentowane w niniejszej pracy, świadczą o częstszym zaopatrywaniu się w preparaty OTC na przeziębienie przez kobiety niż przez mężczyzn w niemal wszystkich analizowanych źródłach zakupu. Różnice statystycznie między odsetkiem kobiet i odsetkiem mężczyzn zaobserwowano

w przypadku zakupów w sklepie zielarskim ($p < 0,05$) i drogerii ($p < 0,01$), a tendencję wykazano w przypadku zaopatrywania się w preparaty OTC na przeziębienie w super/hipermarkecie ($p = 0,06$).

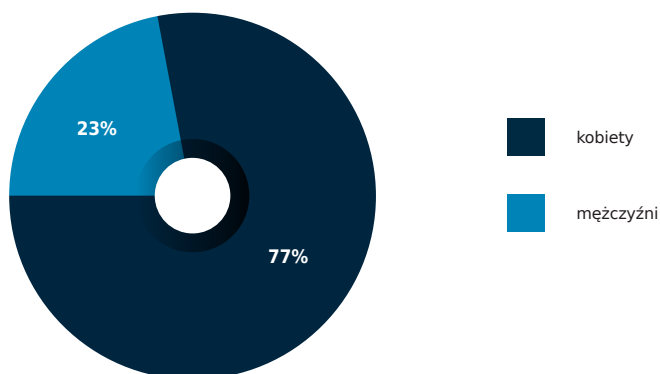
Zgoła odmienne wyniki prezentuje TNS OBOP. Według danych przedstawionych w raporcie, to mężczyźni (25%) częściej niż kobiety kupują preparaty OTC poza tradycyjną apteką [10]. Przyczyn różnic w wynikach należałoby upatrywać w tematyce badań, która w przypadku TNS OBOP obejmowała wszystkie leki OTC, natomiast w niniejszej pracy została zawężona do leków bez recepty stosowanych przy przeziębieniu [10,11].

Dane zaprezentowane w raporcie TNS OBOP świadczą o znacznie częstszym kupowaniu leków bez recepty w ogólnodostępnych sklepach przez osoby młodsze, w wieku od 20 do 29 lat (27%), niż przez osoby starsze, w wieku powyżej 60 lat (12%) [10, 11]. W niniejszej pracy nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między osobami młodszymi (18-40 lat) oraz starszymi (41-65 lat) w częstości zakupu leków OTC na przeziębienie w obrocie pozaaptecznym, za wyjątkiem sklepu zielarskiego i super/hipermarktu. Osoby młodsze wykazują tendencję do częstszego zaopatrywania się w tego typu leki w super/hipermarkecie ($p = 0,054$), natomiast osoby starsze częściej kupują je w sklepie zielarskim ($p < 0,05$). Biorąc pod uwagę fakt, że zielarstwo w przeszłości było bardzo popularnym ludowym sposobem leczenia, częstsze zaopatrywanie się przez osoby starsze w preparaty na przeziębienie w sklepie zielarskim nie powinno budzić zdziwienia.

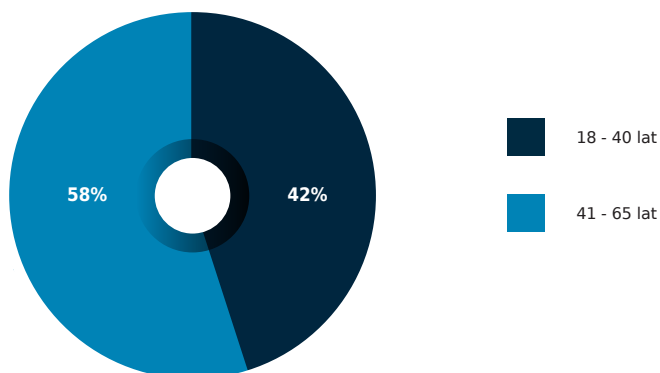
Wykształcenie okazało się być istotnym czynnikiem decydującym o wyborze miejsca zakupu preparatów OTC na przeziębienie. Osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym, w porównaniu z osobami lepiej wykształconymi, są ostrożniejsze i rzadziej kupują tego typu preparaty w drogerii, w sklepie zielarskim, supermarkecie lub/i hipermarkecie oraz na stacji benzynowej. Większa wiedza osób lepiej wykształconych skłania do „radzenia sobie” z przeziębieniem we własnym zakresie i kupowania środków, które znajdują się w miejscach łatwo dostępnych. Niestety w dostępnych źródłach brak informacji dotyczących wpływu wykształcenia na miejsce zakupu leków, dlatego nie jest możliwe porównanie niniejszych wyników z innymi.

Ciekawych obserwacji dokonano w przypadku osób, które deklarowały, że zawsze kupują leki w tradycyjnej aptece. Okazało się, że „zawsze” nie oznacza „zawsze”, ponieważ aż około 29% z nich wskazało dodatkowo inne miejsce zakupu. Zjawisko to może świadczyć o przywiązaniu do kupowania leków w tradycyjnej aptece. Być może zaopatrywanie się w leki poza apteką, chociaż coraz bardziej popularne, nie zyskało pełnej

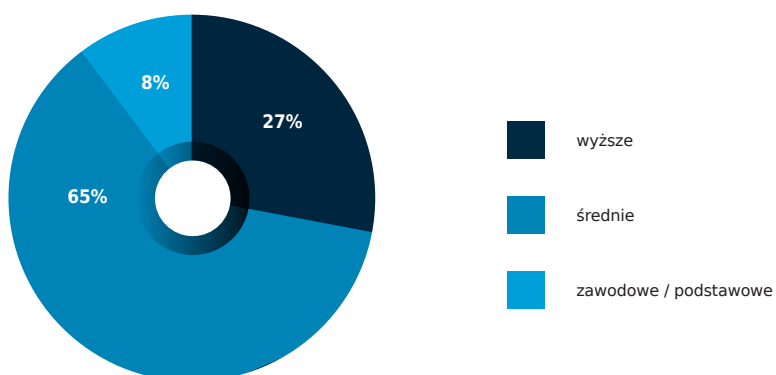
WYKRES 7. Charakterystyka grupy osób, które deklarując zakup leków na przeziębienie „zawsze w aptece”, wskazały jednocześnie inne miejsca zakupu takich leków (n = 26). Według płci.



WYKRES 8. Charakterystyka grupy osób, które deklarując zakup leków na przeziębienie „zawsze w aptece”, wskazały jednocześnie inne miejsca zakupu takich leków (n = 26). Według wieku.



WYKRES 9. Charakterystyka grupy osób, które deklarując zakup leków na przeziębienie „zawsze w aptece”, wskazały jednocześnie inne miejsca zakupu takich leków (n = 26). Według wykształcenia.



aprobaty społecznej. Przyczyna tych zagadkowych odpowiedzi może być również bardziej prozaiczna, mianowicie osoby ankietowane mogły nie przywiązywać wagi do precyzji wypowiedzi i odpowiadać bez zastanowienia.

Wnioski:

1. Ankietowani niezależnie od płci, wieku i wykształcenia deklarują, że najczęściej zaopatrują się w leki OTC na przeziębienie w tradycyjnej aptece.
2. Kobiety częściej kupują leki OTC na przeziębienie w sklepie zielarskim i drogerii oraz wykazują tendencję do częstszego kupowania ich w super/ hipermarkecie.
3. Starsi częściej kupują leki OTC na przeziębienie w sklepie zielarskim, natomiast młodszy - w super/hipermarkecie.
4. W porównaniu z osobami bardziej wykształconymi, absolwenci szkół zawodowych i podstawowych nie są zainteresowani pozaaptecznym dostępem do leków.
5. Spośród osób, które twierdzą, że zawsze kupują leki w aptece około 29% wskazuje dodatkowo inne miejsca zakupu leków OTC na przeziębienie.
6. W polskiej tradycji miejscem zakupu leków jest apteka, jednak powszechny pozaapteczny dostęp do leków nie sprzyja zachowaniu tej tradycji.

Piśmiennictwo:

1. Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków Bez Recepty PASMI. Leki sprzedawane bez recepty a wydatki na ochronę zdrowia. [dostęp: 16.07.2009] <http://www.pasmi.pl/lay/pliki/SM.doc>.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2006 r. w sprawie dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych w placówkach obrotu pozaaptecznego i punktach aptecznych. Dz. U. 2006 nr 130 poz. 905.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2009 r. w sprawie kryteriów klasyfikacji produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych. Dz. U. 2009 nr 27 poz.167.
4. Janusz-Lorkowska M. Eksperymentatorzy i hipochondrycy w aptece mile widziani. [dostęp: 18.07.2009] <http://www.rp.pl/arttykul/76756.html>.
5. Markiewicz M. Leki OTC tylko w aptece? [dostęp: 18.07.2009] <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/8677,leki,otc,tylko.html>.
6. Stefańczyk M, Stawiarska A. Raport. Rynek pozaapteczny produktów OTC w Polsce 2008). PMR Publications 2008.
7. Anam R. Rynek pozaapteczny OTC w Polsce 2008 [dostęp: 22.07.2009] <http://www.egospodarka.pl/29969,Rynek-pozaaapteczny-OTC-w-Polsce-008,1,39,1.html>
8. Stefańczyk M, Stawiarska A. Raport. Rynek farmaceutyczny i ochrony zdrowia w Polsce 2009. PMR publications 2009.
9. Anam R. Rynek farmaceutyczny w Polsce 2009. [dostęp: 22.07.2009] <http://www.egospodarka.pl/41801,Rynek-farmaceutyczny-w-Polsce-2009,1,39,1.html>.
10. Raport TNS OBOP. Zwyczaje zakupowe Polaków związane z nabywaniem leków. [dostęp: 18.07.2009] <http://www.tns-global.pl>.
11. Walczak A. 20% Polaków kupuje leki bez recepty poza apteką. [dostęp: 19.07.2009] <http://www.egospodarka.pl/25878,20-Polakow-kupuje-leki-bez-recepty-pozaaapteczna,1,39,1.html>

XVI Samodzielnie leczysz przeziębienie czy korzystasz z pomocy?

Magdalena Hartman
Paweł Lichtański
Barbara Duda-Raszewska
Ewa Klimacka-Nawrot
Barbara Błońska-Fajfrowska

Przeziębienie wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych należy do grupy ostrych zakażeń górnych dróg oddechowych (J00 - J06). Jest to ostre zapalenie nosa i gardła (J00), obejmujące ostrą koryzę nosa, ostry nieżyt nosa, zapalenie jamy nosowej i gardła o etiologii bliżej nieokreślonej i zakaźnej bliżej nieokreślonej, oraz ostre i zakaźne zapalenie błony śluzowej nosa. Natomiast, jak podkreśla Światowa Organizacja zdrowia (WHO), przeziębienie należy różnicować z przewlekłymi zapaleniami jamy nosowej i gardła (J31.1), zapaleniem gardła bliżej nieokreślonym (J02.9), ostrym (J02.-) i przewlekłym (J31.2), zapaleniem błony śluzowej nosa bliżej nieokreślonym (J31.0), uczuleniowym (J30.1-J30.4), przewlekłym (J31.0) i naczynioruchowym (J30.0) oraz z bólem gardła bliżej nieokreślonym (J02.9), ostrym (J02.-) i przewlekłym (J131.2) [1]. Tak szczegółowa informacja nie jest znana osobom z poza grona medycznego, natomiast intuicyjnie termin przeziębienie stosuje każdy, ponieważ ten problem zdrowotny dotyczy niemal wszystkich. Zapchany nos, wodnisty katar, kichanie, drapanie w gardle, uczucie rozbicia, ból głowy i niewielka gorączka, będące objawami przeziębienia, dotyczą dorosłych średnio 2-4 razy w roku, natomiast dzieci około 8-9 razy [2]. Spośród patogenów wywołujących wyżej wymienione objawy najlepiej poznane są Rhinowirusy będące przyczyną około 50% przeziębień [2, 3, 4]. Oprócz ponad stu typów i podtypów Rhinowirusów, przyczyną choroby mogą być również Coronawirusy, wirusy Influenza, Parainfluenza, Respiratory syncytial, Adenovirusy, Enterowirusy i wiele innych [2, 3]. Ze względu na różnorodność wirusów, ich duże zróżnicowanie immunotypowe, oraz ze względu na fakt, że etiologia przeziębienia nie zawsze jest możliwa do określenia, stworzenie szczepionki przeciwprzeziębieniowej nastręcza trudności nie do pokonania na tym etapie rozwoju medycyny [4]. Dlatego też leczenie przeziębienia opiera się na zwalczaniu objawów, a nie przyczyn [2, 4]. Przeziębienie zazwyczaj ma łagodny przebieg i jest procesem samoograniczającym się. Podwyższona temperatura utrzymuje się około 3 dni, ból gardła i nieżyt nosa około 7 dni, zaś kaszel 2-3 tygodnie. Choć objawy są nieprzyjemne i utrudniają codzienne funkcjonowanie, zazwyczaj nie powodują poważnego uszczerbku na zdrowiu. Zapalenie zatok przynosowych i zapalenie ucha środkowego, jako powikłania bakteryjne, występują w przypadku zaledwie 1-2% wszystkich przeziębień [2].

Ponieważ objawy przeziębienia nie są tak silne jak chociażby objawy grypy, chorzy najczęściej starają się leczyć samodzielnie. Sprzyja temu wszechobecna reklama leków zwalczających objawy przeziębienia, na którą wg. raportu firmy Expert-Monitor firmy farmaceutyczne od września 2005 do marca 2006 roku wydały aż 310 milionów złotych [5]. Warto zwrócić uwagę, że nasilenie kampanii reklamowej przypada na okres wzmożonej zapadalności na przeziębienie, aby każdy kto się źle poczuje natychmiast kupił to co zachwalane jest w telewizji. Kontakt z lekarzem jest zazwyczaj trudniejszy i wydaje się być mniej komfortowym rozwiązaniem niż sięgnięcie po lek, który - jak głosi reklama - zwalczy wszystkie objawy przeziębienia i jest dostępny bez recepty. Zachętą do samoleczenia jest również łatwy dostęp do leków. Rozwiązania prawne, dotyczące pozaaptecznego obrotu lekami zawarte w dzienniku ustaw z 2006 roku (Dz. U. Nr 130 poz. 905), umożliwiły zakup dużej części leków na przeziębienie nie tylko w aptece, ale również w sklepach ogólnodostępnych, w supermarkecie i hipermarkecie, w kiosku, w sklepie zielarskim, czy na stacji benzynowej [6]. Preparaty, z których korzystają pacjenci w zależności od objawów i świadomości zdrowotnej to niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki antyhistaminowe pierwszej generacji, leki przeciwkaszlowe, wykrztuśne, rozrzedzające wydzielinę, „odtykacze” (pseudoefedryna i fenylefryna), witamina C, miejscowe środki anemizujące błonę śluzową nosa, płyn do płukania gardła, pastylki do ssania [2]. Samodzielne stosowanie wyżej wymienionych środków zmniejszających objawy przeziębienia nie powinno pociągać za sobą istotnych dla zdrowia skutków ubocznych, jednak przy nieprawidłowym ich stosowaniu zdarza się, że lekarstwo wywołuje objawy toksyczne. Ludzie starsi oraz obciążeni chorobami towarzyszącymi powinni ze szczególną ostrożnością podchodzić do samodzielnego leczenia przeziębienia, również rodzice powinni zwracać uwagę jakie lekarstwo podają swoim pociechom. Przykładowo dzieci nie powinny zażywać preparatów zawierających kwas acetylosalicylowy ze względu na możliwość wystąpienia zespołu Reye'a [7]. Lista przeciwwskazań dotycząca stosowania całej grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych jest bardzo długa i obejmuje m. in.: nadwrażliwość na dany preparat, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, niektóre choroby sercowo-naczyniowe, niewydolność lub upośledzenie czynności wątroby i nerek, astmę aspirynową oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego [8]. Pozostałe rodzaje preparatów służących zwalczaniu objawów przeziębienia również nie powinny być stosowane bezkrytycznie, ponieważ każdy z nich może wywołać skutki uboczne np. pseudoefedryna i fenylefryna - bóle głowy, wzrost ciśnienia tętniczego, tachykardię, bezsenność; leki przeciwhistaminowe pierwszej generacji - sedację, senność i pogorszenie sprawności psychofizycznej; preparaty do stosowania miejscowego ułatwiające oddychanie przez nos - polekowy nieżyt nosa [9]. Powyższe przyczyniają do zastanowienia się, czy wiedza

na temat własnego stanu zdrowia, zastosowania leków na przeziębienie i ich skutków ubocznych jest wystarczająca do samodzielnego leczenia się, a przede wszystkim, czy występujące objawy nie są początkiem poważniejszej choroby wymagającej interwencji specjalisty.

Cel

Przeprowadzone badanie miało na celu ocenę częstości zasięgnięcia porady u lekarza, aptekarza, rodziny i znajomych oraz korzystania z własnego doświadczenia podczas leczenia przeziębienia, z uwzględnieniem wieku, płci i wykształcenia.

Materiały i metody

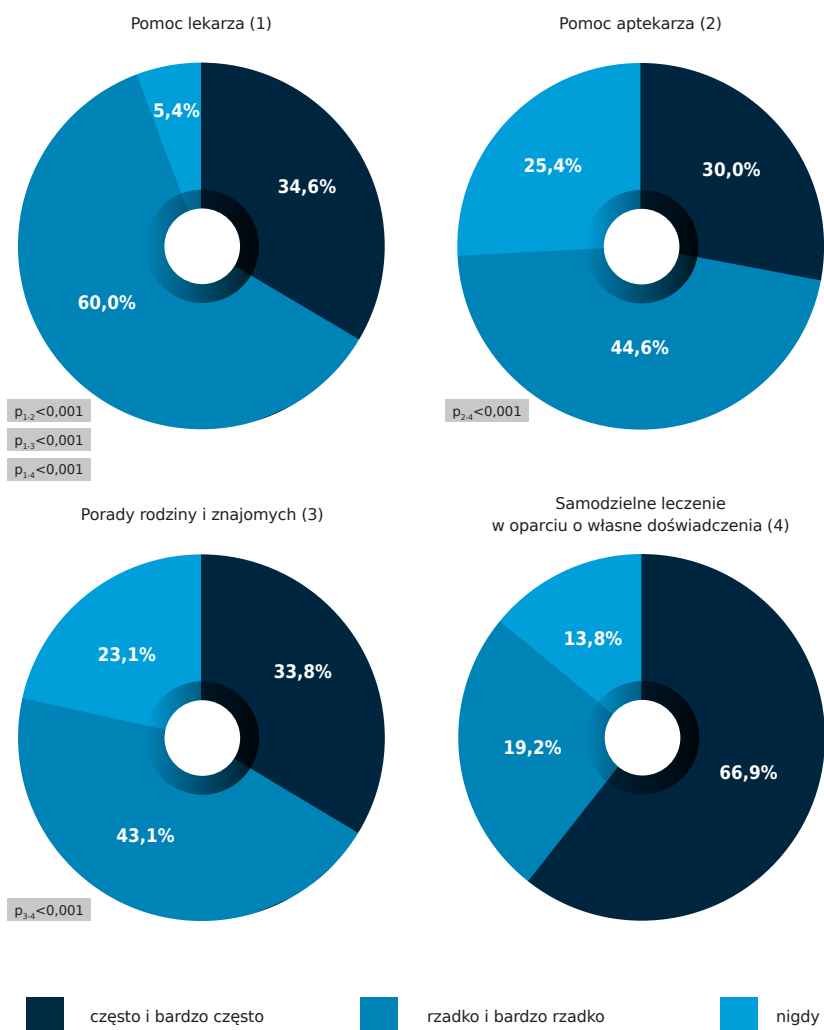
Stu trzydziestu ankietowanych, mieszkańców województwa śląskiego odpowiadało na pytania dotyczące częstości zasięgnięcia porad u lekarza, aptekarza, rodziny i znajomych oraz korzystania wyłącznie z własnego doświadczenia w trakcie leczenia przeziębienia. Grupę badaną stanowiły 73 kobiety i 57 mężczyzn w wieku od 19 do 65 lat. Przedział wiekowy 70 badanych wynosił od 19 do 39 lat, a 60 badanych od 40 do 65 lat. Wykształcenie wyższe deklarowało 31 osób, średnie 71, a zawodowe i podstawowe 28. W opracowaniu statystycznym wyników posłużono się testem χ^2 , przyjmując za poziom istotności statystycznej $\alpha = 0,05$.

Wyniki

Podczas przeziębienia 66,9% respondentów często i bardzo często leczy się samodzielnie w oparciu o własne doświadczenia i jest to najbardziej popularny sposób radzenia sobie z tym problemem zdrowotnym. Około dwukrotnie mniej osób często i bardzo często korzysta z każdej innej formy pomocy. Z tak dużą częstością z pomocy lekarza korzysta 34,6%, z pomocy aptekarza 30%, z porady rodziny i znajomych 33,8% ankietowanych (wykres 1.).

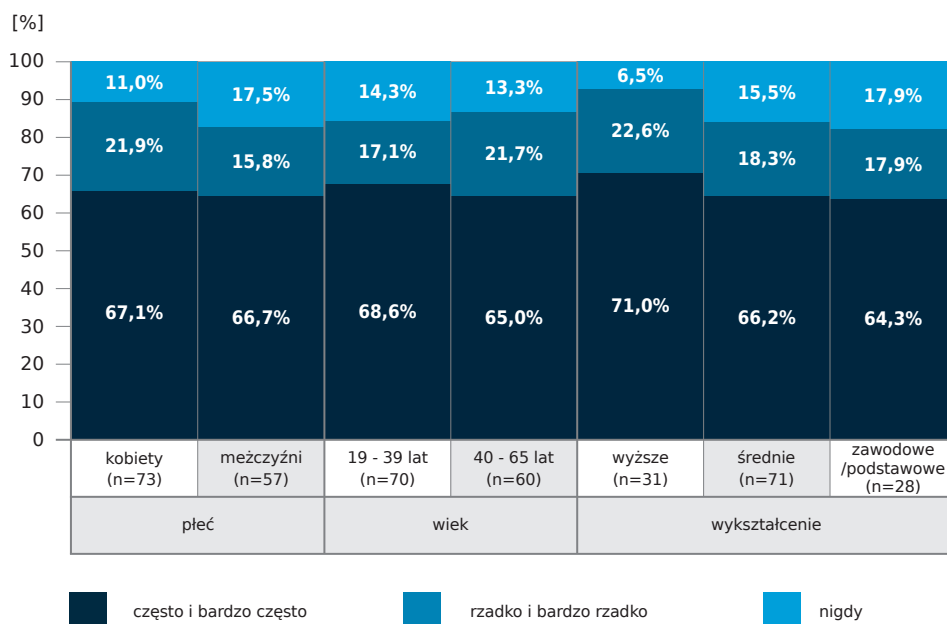
Analizując wpływ płci, wieku i wykształcenia na częstość indywidualnego radzenia sobie z problemem przeziębieniowym zaobserwowano, że częste i bardzo częste leczenie w oparciu o własne doświadczenia zadeklarowało 67,1% kobiet i 66,7% mężczyzn, 68,6% osób w wieku od 19 do 39 lat i 65% osób w wieku od 40 do 65 lat. Wśród badanych, którzy bardzo często i często leczą przeziębienie samodzielnie, 71% posiadało wykształcenie wyższe, 66,2% średnie, a 64,3% zawodowe lub podstawowe. Płeć, wiek i wykształcenie nie wpłynęły w sposób statystycznie istotny na częstość samodzielnego leczenia przeziębienia (wykres 2.).

WYKRES 1. **Odsetek respondentów deklarujących korzystanie z różnych form pomocy przy leczeniu przeziębienia (n=130).**

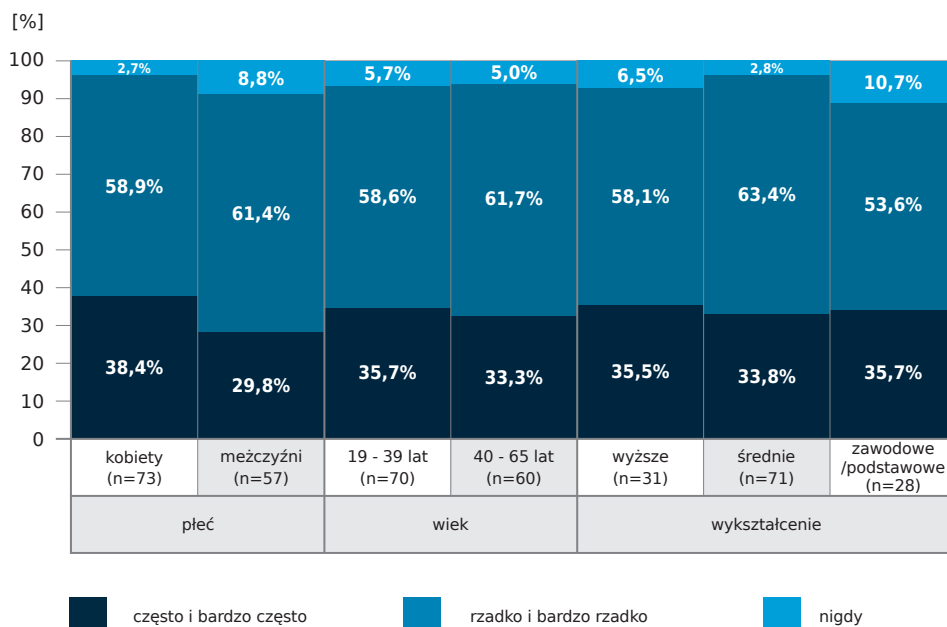


W leczeniu przeziębienia, bardzo częste i częste korzystanie z pomocy lekarza zadeklarowało 38,4% kobiet i 29,8% mężczyzn, 35,7% osób w wieku od 19 do 39 lat i 33,3% osób starszych od 40 do 65 lat. Podobną deklarację dotyczącą częstości zasięgnięcia porady u lekarza złożyło 35,5% ankietowanych z wykształceniem wyższym, 33,8% ze średnim oraz 35,7% z zawodowym i podstawowym. Osoby różniące się płcią, wiekiem i wykształceniem nie różniły się w sposób znamieny statystycznie częstością korzystania z pomocy lekarza (wykres 3.)

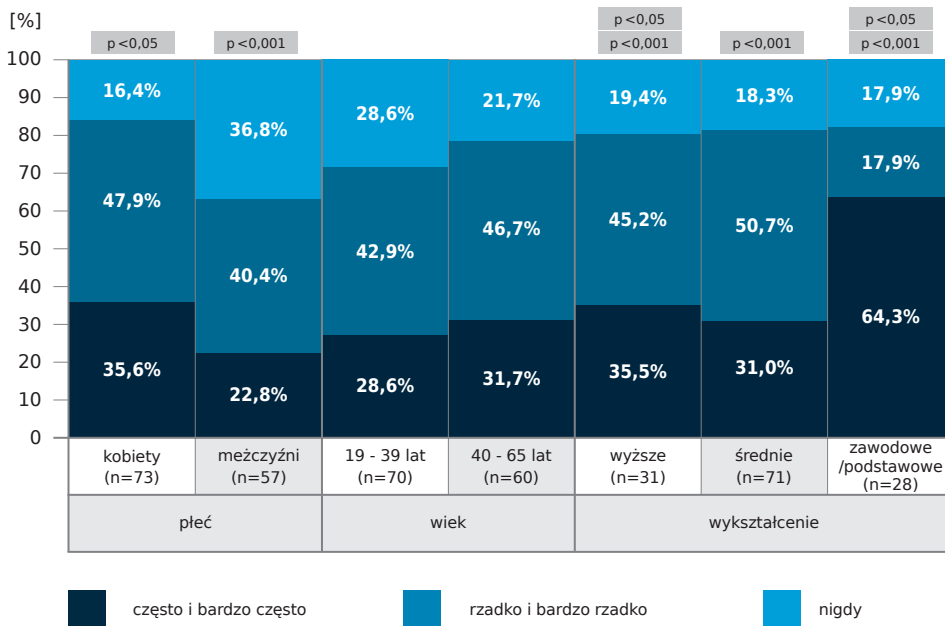
WYKRES 2. **Deklarowana częstość samodzielnego leczenia przeziębienia w oparciu o własne doświadczenie, z uwzględnieniem płci, wieku i wykształcenia (n = 130).**



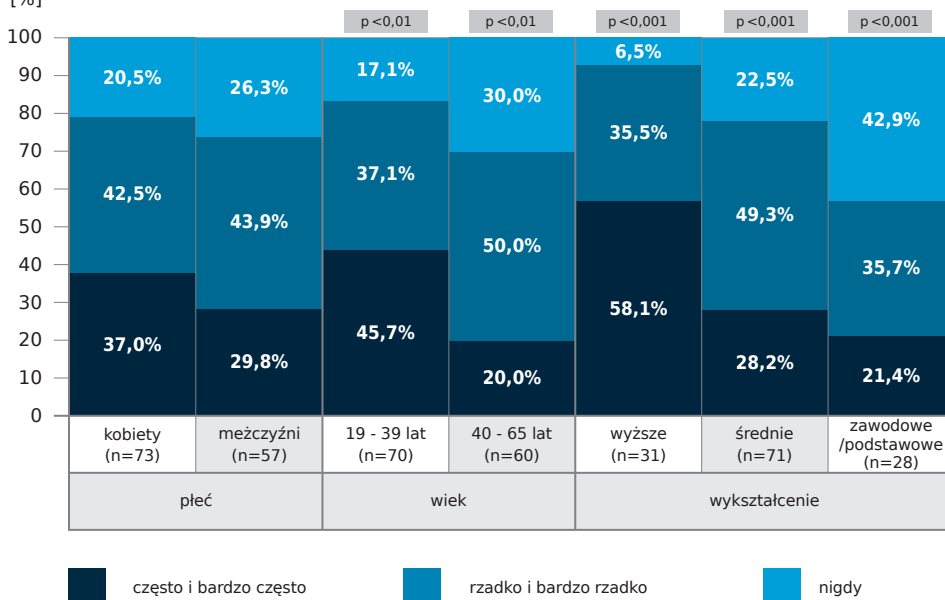
WYKRES 3. **Deklarowana częstość zasięgnięcia porad lekarza w trakcie leczenia przeziębienia, z uwzględnieniem płci, wieku i wykształcenia ankieterowanych (n=130).**



WYKRES 4. **Deklarowana częstość zasięgnięcia porad aptekarza w trakcie leczenia przeziębienia, z uwzględnieniem płci, wieku i wykształcenia ankieterów (n=130).**



WYKRES 5. **Deklarowana częstość zasięgnięcia porad rodziny i znajomych w trakcie leczenia przeziębienia, z uwzględnieniem płci, wieku i wykształcenia ankieterów (n=130).**



Zasięganie porady u aptekarza cieszy się większą popularnością wśród kobiet niż wśród mężczyzn ($p < 0,05$). Częste i bardzo częste pozyskiwanie tym sposobem informacji dotyczących leczenia przeziębienia zadeklarowało 35,6% kobiet i 22,8% mężczyzn. Pytania do aptekarza często i bardzo często kieruje 28,6% osób w wieku od 19 do 39 lat i 31,7% osób starszych. Ankietowani legitymujący się wykształceniem zawodowym lub podstawowym radzą się aptekarzy rzadziej niż badani o średnim ($p < 0,001$) i wyższym poziomie wykształcenia ($p < 0,05$). Często i bardzo często w sprawie przeziębienia porady aptekarza zasięga 21,4% osób z wykształceniem zawodowym i podstawowym, 31% ze średnim i 35,5% z wyższym (wykres 4.).

Podczas przeziębienia pomocy u najbliższych często i bardzo często szuka 37% kobiet i 29,8% mężczyzn. Osoby młodsze częściej niż starsze zasięgają opinii rodziny i znajomych ($p < 0,01$). 45,7% osób w wieku od 19 do 39 lat i 20% osób w wieku od 40 do 65 lat często i bardzo często wybiera ten sposób radzenia sobie z przeziębieniem. Respondenci legitymujący się wykształceniem wyższym zasięgają porady u rodziny i znajomych znacznie częściej, niż ankietowani o średnim ($p < 0,001$) i zawodowym lub podstawowym poziomie wykształcenia ($p < 0,001$). Często i bardzo często z porad rodziny i znajomych korzysta 58,1% osób z wyższym, 28,2% ze średnim, 21,4% z zawodowym i podstawowym wykształceniem (wykres 5.).

Dyskusja

Ze względu na wzrastające koszty leczenia starzejących się społeczeństw Europy, instytucje Wspólnoty Europejskiej uznały odpowiedzialne samoleczenie za ważny element długoterminowej opieki zdrowotnej. Niektóre stany ostre, w tym również przeziębienie, kwalifikowane są do chorób, które można leczyć samodzielnie w oparciu o dobrą znajomość własnego ciała, doświadczenie zdobyte podczas poprzednich infekcji, informacje na temat leku uzyskane od farmaceuty i po zapoznaniu się z ulotką informacyjną dołączoną do leku [10].

Wyniki badań przedstawione w niniejszej pracy wpisują się w trendy ogólnoeuropejskie dotyczące samoleczenia. Spośród czterech możliwych sposobów radzenia sobie z przeziębieniem, ankietowani najchętniej leczyli się sami w oparciu o własne doświadczenia. Częste i bardzo częste samodzielne leczenie przeziębienia wybierało aż 66,9% respondentów, dla porównania z pomocy lekarza skorzystało 34,6% uczestników badania, z pomocy aptekarza 30%, z porady rodziny i znajomych 33,8%. Badania TNS OBOP „Zwyczaje zakupowe Polaków związane z nabywaniem leków” przedstawiają podobną tendencję przy wyborze marki leku sprzedawanego bez recepty. 59% ankietowanych przez TNS OBOP zadeklarowało, że wy-

biera leki OTC w oparciu o własne doświadczenia, natomiast znacznie mniej kieruje się zaleceniem farmaceuty (37%) i lekarza (27%) oraz radą rodziny i znajomych (20%) [11]. Pomimo różnic w tematyce i metodyce powyższych prac oraz w strukturze i liczebności grup osób ankietowanych, na podstawie niniejszych badań i badań TNS OBOP można zaobserwować dużą samodzielność Polaków, zarówno w wyborze marki różnego rodzaju leków OTC jak i w przypadku leczenia przeziębienia. Zjawisko to jest pozytywne, uwalnia znaczne ilości zasobów finansowych, które można przeznaczyć chociażby na leczenie specjalistyczne [10]. Jednakże, jeżeli osoba aplikująca sobie lek jest nieodpowiednio wyedukowana, leczenie na własną rękę może doprowadzić do poważnych powikłań. Przestrzegają przed tym lekarze pierwszego kontaktu, farmakolodzy i toksykolodzy, którzy mają najczęstszy kontakt z „ofiarami” niewiedzy, reklamy i powszechnego dostępu do leków OTC [12, 13, 14, 15].

Wystąpienie działań niepożądanych, zażywanie leków, których należy unikać ze względu na choroby współistniejące, interakcje z innymi lekami i zatrucia to najczęstsze problemy związane z samoleczeniem preparatami OTC. Osobnym zagadnieniem jest unikanie wizyt lekarskich przy poważnych schorzeniach, których nie można wyleczyć lekami bez recepty, co powoduje opóźnienie rozpoczęcia prawidłowej terapii i prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta [16]. W przypadku samodzielnego leczenia przeziębienia ważne jest uchwycenie momentu, kiedy pomoc lekarska jest nieodzowna. Gorączka trwająca dłużej niż 3 dni, wydzielina z nosa występująca dłużej niż 10 dni, ropna wydzielina w kącikach oczu, ból ucha i zatok, ból gardła pojawiający się w kolejnym dniu trwania choroby, są to objawy sugerujące zakażenie bakteryjne, które wymaga antybiotykoterapii prowadzonej przez lekarza [2].

Rozwój samoleczenia nakłada na farmaceutów nowe obowiązki. Mają oni zapewnić pomoc i poradę na temat preparatów stosowanych w samoleczeniu oraz informować w jakich okolicznościach konieczna jest wizyta u lekarza [10]. Dobre przygotowanie aptekarza jest szczególnie ważne dla kobiet, które częściej niż mężczyźni ($p < 0,05$) korzystają z jego pomocy. Według tradycyjnego podziału ról w społeczeństwie, do kobiet należała troska o zdrowie rodziny. Prawdopodobnie dlatego też, to one częściej poszukują wsparcia farmaceuty w trosce o zdrowie swoje i swojej rodziny.

Częstsze poszukiwanie pomocy w gronie rodziny i znajomych przez osoby młodsze niż przez osoby starsze w trakcie leczenia przeziębienia nie jest niczym zaskakującym. Wszyscy ankietowani byli pełnoletni, lecz znaczna część osób z

młodszej grupy wiekowej w dalszym ciągu mieszka z rodzicami. Ponieważ rodzice jako pierwsi interweniują i próbują pomóc swoim dzieciom, ich wsparcie i doświadczenie jest w dalszym ciągu ważne i cenne, również w przypadku leczenia przeziębienia.

Osoby bardziej wykształcone częściej zasięgają porady aptekarza oraz rodziny i znajomych w sprawie leczenia przeziębienia. Przyczyn należy upatrywać w tym, że osoby lepiej wykształcone najczęściej pracują zawodowo i podczas dolegliwości związanych z przeziębieniem starają się podjąć skuteczne leczenie bez konieczności przerywania pracy zawodowej i konsultacji lekarskiej. Dzięki fachowości i dużej dostępności, pomoc aptekarza jest w tym wypadku bardzo przydatna. Osoby wykształcone są w stanie lepiej zrozumieć i zastosować informacje przekazane przez farmaceutę, w związku z tym nie czują oporu przed korzystaniem z tego rodzaju pomocy.

Szukając pomocy w sprawach zdrowotnych, najczęściej o poradę prosimy tych, po których spodziewamy się, że będą potrafili pomóc. W gronie rodziny i znajomych osób wykształconych częściej spotkać można osoby, które zawodowo zajmują się sprawami zdrowotnymi i będą mogły udzielić pomocy, gdy wystąpią objawy przeziębienia. Osoby słabiej wykształcone rzadziej znajdują się w tak komfortowej sytuacji. Jest to jedna z możliwych przyczyn tłumacząca różnice w częstości sięgania po pomoc rodziny i znajomych w trakcie leczenia przeziębienia, wśród osób o różnym poziomie wykształcenia.

Wnioski

1. Najczęściej ankietowani leczą przeziębienie samodzielnie w oparciu o wcześniejsze zdobyte doświadczenia.
2. Kobiety częściej niż mężczyźni zasięgają porady u aptekarza.
3. Osoby młodsze częściej, niż osoby starsze, kierują się radami rodziny i znajomych.
4. Im niższy poziom wykształcenia ankietowanych, tym mniejsza częstość sięgania porady u aptekarza oraz wśród rodziny i znajomych.

Piśmiennictwo:

1. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. [dostęp: 27.07.2009] <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
2. Mrozińska M, Stopiński M, Mik E. Przeziębienie. *Przew Lek* 2003; 6(9): 20-27.
3. Ruohola A, Waris M, Allander T, et al. Viral etiology of common cold in children, Finland. *Emerg Infect Dis* 2009;15(2): 344-346.
4. Hendley JO. Clinical virology of rhinoviruses. *Adv Virus Res* 1999; 54: 453-66.
5. Janusz-Lorkowska M. Eksperymentatorzy i hipochondrycy w aptece mile widziani. [dostęp: 18.07.2009] <http://www.rp.pl/artukul/76756.html>
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2006 r. w sprawie dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych w placówkach obrotu pozaaptecznego i punktach aptecznych. *Dz. U.* 2006 nr 130 poz. 905.
7. Podlewski JK, Chwalibogowska-Podlowska A. Leki współczesnej terapii. *Split Trading Sp.z o.o.* Warszawa 2005; 7-8.
8. Ozga Michalski E, Pakuła E. Bolesna miesiączka – zasady bezpiecznego leczenia. *Portal farmaceutyczno-medyczny.* [dostęp: 27.07.2009] <http://www.pfm.pl/u235/navi/200058>
9. Samoliński B. Terapia objawowa nieżytyłów nosa. *Przew Lek* 2008; 8: 70-80.
10. Leki sprzedawane bez recepty a wydatki na ochronę zdrowia. *Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków Bez Recepty PASMI.* [dostęp: 16.07.2009] <http://www.pasmi.pl/lay/pliki/SM.doc>
11. Raport TNS OBOP. Zwyczaje zakupowe Polaków związane z nabywaniem leków. [dostęp: 18.07.2009] <http://www.tns-global.pl>
12. Leki sprzedawane bez recepty. *Federacja konsumentów 2005.* [dostęp: 03.07.2009] <http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=55>
13. Woroń J. Niebezpieczne samoleczenie. *Puls Farmacji* 2008; 16(21). [dostęp: 15.07.2009] <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/10332,niebezpieczne,samoleczenie.html>
14. Jakubiak L. Sami trujemy się lekami. *Rynek Zdrowia.pl.* [dostęp: 15.07.2009] <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Sami-trujemy-sie-lekami,3687,6,drukuj.html>
15. Murmyło M. Dostępność leków OTC sprzyja samoleczeniu. *Puls Medycyny* 2004; 8(79). [dostęp: 17.07.2009] <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/4307/1.html>
16. Nie bądź sobie lekarzem, jeśli nie jesteś medykiem. *Rynek Zdrowia.pl.* [dostęp: 14.07.2009] <http://www.rynekzdrowia.pl/Zdrowie-publiczne/Nie-badz-sobie-lekarzem-jesli-nie-jestes-medykiem,4458,27.html>

XVII Wpływ reklamy na asortyment leków stosowanych na przeziębienie

**Magdalena Hartman
Paweł Lichtański
Ewa Klimacka-Nawrot
Karolina Donocik
Barbara Błońska-Fajfrowska**

Przeziębienie jest samoograniczającą się wirusową infekcją górnych dróg oddechowych [1, 2]. Cechą charakterystyczną tej jednostki chorobowej jest wysoka zapaadalność. Dorośli przeziębają się około dwóch do czterech razy w roku, natomiast dzieci około osiem, dziewięć razy w roku. Występuje wówczas wodnisty katar, niedrożny nos, kichanie, drapanie w gardle, uczucie rozbicia, ból głowy, czasem gorączka [3]. Objawy te utrudniają codzienne funkcjonowanie i powodują częstą absencję w szkole i w pracy [2]. Ponieważ przeziębienie wywoływane jest przez dużą liczbę wirusów, należących do wielu różnych grup, typów i podtypów, wytworzenie szczepionki i nabycie odporności jest praktycznie niemożliwe [2, 4]. Leczenie polega głównie na łagodzeniu objawów i często nie wymaga wizyty u lekarza jeśli nie są one zbyt nasilone. Według badań TNS OBOP, 33% Polaków odwiedza lekarza dopiero wówczas, gdy samodzielne leczenie nie przynosi efektów [5]. Na rynku obecnych jest wiele preparatów, które mają pomóc w pozbyciu się uciążliwych dolegliwości związanych z przeziębieniem. Leki te są szeroko reklamowane w mediach, szczególnie od września do marca kiedy to zwiększa się liczba zachorowań na przeziębienie, co umożliwia osobom spoza środowiska medycznego uzyskanie wiedzy o preparatach dostępnych bez recepty [6]. Prawo Farmaceutyczne i Kodeks Farmaceutycznej Etyki Marketingowej dla Produktów Leczniczych Dostępnych bez Recepty zawierają rozwiązania prawne, które mają zapewnić bezpieczeństwo osobom chorym, chcącym się leczyć samodzielnie [7, 8]. Prawo farmaceutyczne nakłada na firmy farmaceutyczne m. in. taki obowiązek, aby reklamy ich produktów leczniczych nie wprowadzały w błąd, lecz obiektywnie informowały o ich racjonalnym stosowaniu [7]. Wszystkie reklamowane w mediach leki są sprzedawane bez recepty i w znaczną część z nich można się zaopatrzyć nie tylko w aptekach, lecz również w ogólnodostępnych sklepach [9, 10]. Łatwość zakupu preparatów OTC to zjawisko pozytywne, ponieważ pozwala szybko i bez dodatkowych kosztów usunąć dolegliwości, jednakże pociąga za sobą również różnego rodzaju ryzyko w zależności od rodzaju zastosowanego preparatu. Do najczęściej wybieranych grup leków zwalczających objawy przeziębienia należą niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki antyhistaminowe pierwszej generacji, leki przeciwkaszlowe, „odtykacze” (pseudoefedryna i fenylefryna), witamina C, miejscowe środki anemizujące błonę śluzową nosa, płyny do płukania gardła i pastylki do ssania [2]. Niesteroidowe leki przeciwzapalne stosowane pod-

czas przeziębienia zmniejszają stan zapalny, działają przeciwbólowo i przeciwgorączkowo, co niewątpliwie poprawia samopoczucie chorego, lecz równocześnie u osób wrażliwych może wywołać skutki uboczne związane z zaburzeniem czynności przewodu pokarmowego, nerek i ośrodkowego układu nerwowego [11]. Nasilenie działań niepożądanych zwiększa się wraz z wielkością dawki oraz czasem stosowania leku, tymczasem ustalenie odpowiedniej dawki nie jest łatwe dla osób, które nie są związane ze środowiskiem medycznym. Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że nazwa handlowa nie jest tak istotna jak substancja aktywna i jej ilość zawarta w tabletkach. Nie każdy wie o tym, że pod różnymi nazwami handlowymi kryje się często ta sama substancja czynna [12]. Przykładowo najbardziej popularny kwas acetylosalicylowy (*Acidum acetylosalicylicum*, *Acetylsalicylic acid*) znajduje się w kilkudziesięciu preparatach prostych i złożonych powszechnie dostępnych bez recepty [13]. Jednoczesne zażywanie różnych z nazwy leków w prawidłowych dawkach może w efekcie spowodować nieświadome przekroczenie maksymalnej bezpiecznej dla organizmu dawki kwasu acetylosalicylowego i wywołać np. owrzodzenie błony śluzowej żołądka, krwawienie z przewodu pokarmowego, zmniejszenie przepływu krwi przez nerki i zaburzenie gospodarki wodno-elektrolitowej, uszkodzenie układu krwiotwórczego lub uszkodzenie wątroby oraz zmiany skórne [11]. Niestety, nawet jeśli preparaty zawierają różne substancje aktywne nie oznacza to, że można je bezkrytycznie stosować. Jeżeli leki należą do tej samej grupy, na przykład niesteroidowych leków przeciwzapalnych, i wykazują podobny mechanizm działania, nie należy ich zażywać równocześnie. Podczas leczenia przeziębienia stosowane są nie tylko niesteroidowe leki przeciwzapalne, ale również szereg innych rodzajów preparatów. Każdy z nich posiada ograniczenia w stosowaniu, których należy bezwzględnie przestrzegać. Najbezpieczniejszym i najbardziej polecanym sposobem postępowania przy samodzielnym leczeniu jakiegokolwiek dolegliwości jest zapoznanie się z treścią ulotki informacyjnej dołączonej do każdego opakowania wszystkich leków. W ulotce tej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia [14] zawarte są wszystkie niezbędne informacje, które umożliwiają prawidłowy dobór preparatu, najbardziej korzystnego dla konkretnej osoby w zależności od jej ogólnej sytuacji zdrowotnej. Dzięki rozwiązaniom prawnym, przy każdej reklamie leku jesteśmy zachęcani do zapoznania się z treścią ulotki informacyjnej, a także do skonsultowania się z lekarzem lub farmaceutą [8]. Dla własnego bezpieczeństwa powinniśmy to czynić, ponieważ firmy farmaceutyczne w pogoni za zyskiem nie zawsze reklamują swoje produkty w sposób właściwy. Przykładowo w 2005 roku Główny Inspektorat Farmaceutyczny wycofał 54 reklamy leków, które swoim przekazem wprowadzały w błąd chorych [15].

Stosowanie preparatów OTC niesie ze sobą korzyści, ale też zagrożenia. Niniejsza praca pomoże ocenić znajomość nazw leków stosowanych podczas leczenia przeziębienia, co pośrednio daje informacje o tym czy zażywany preparat jest świadomie dobrany przez respondenta. Z kolei asortyment preparatów wymienionych przez ankietowanych pomoże stwierdzić czy płeć, wiek lub wykształcenie predysponują do zażywania

większej różnorodności leków, a co za tym idzie do zwiększenia narażenia na przedawkowanie i wystąpienie interakcji pomiędzy substancjami w nich zawartymi. Deklaracje ankietowanych rzucają również światło na to, jaki wpływ na zakup preparatów OTC na przeziębienie ma reklama.

Cel

Celem niniejszego opracowania jest ocena różnorodności leków OTC stosowanych podczas leczenia przeziębienia oraz wpływu reklamy na zakup tego typu preparatów w zależności od płci, wieku i wykształcenia respondentów.

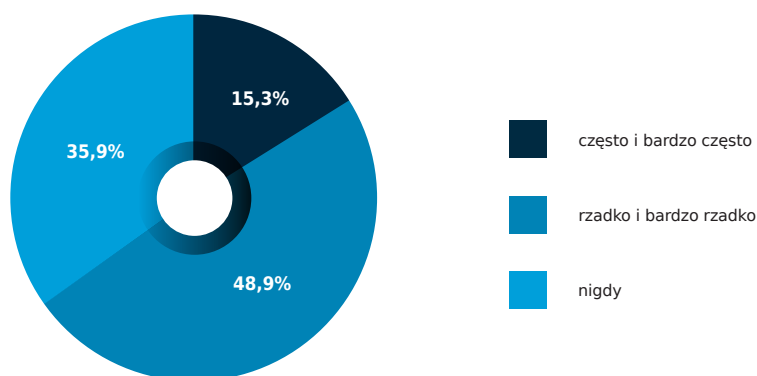
Materiały i metody

Stu trzydziestu jeden ankietowanych mieszkańców województwa śląskiego, proszonych było o określenie jak często, lecząc przeziębienie, kupują lek znany im z reklamy oraz o wymienienie leków bez recepty, które stosują przy przeziębieniu. Ankietowanych dobierano losowo, jednak tak, aby w trakcie wypełniania ankiety osoby te były wolne od objawów przeziębienia. Wśród respondentów znajdowały się 74 kobiety i 57 mężczyzn, w tym 69 osób w wieku od 19 do 39 lat i 62 osoby w wieku od 40 do 65 lat. Wykształcenie wyższe posiadały 32 osoby, średnie - 73, a zawodowe lub podstawowe – 26. Wyniki badania opracowano z zastosowaniem testu chi², za poziom istotności statystycznej przyjmując wartość alfa=0,05. Do określenia zależności między reklamą, a asortymentem stosowanych leków na przeziębienie zastosowano współczynnik korelacji R².

Wyniki

Reklama pomaga respondentom w wyborze preparatu stosowanego podczas leczenia przeziębienia: 64,2% ankietowanych deklaruje, że kupuje leki na przeziębienie, które zna z reklamy, z czego 15,3% kupuje je często i bardzo często (wykres 1.). Mężczyźni istotnie rzadziej niż kobiety deklarują zakup leków na przeziębienie znanych im z reklamy ($p < 0,01$). Czyni tak 49,1% mężczyzn, w tym często i bardzo często 12,3%. Wśród kobiet 75,7% kupuje reklamowane leki na przeziębienie, w tym często i bardzo często 17,6%. Osoby należące do różnych grup wiekowych nie różnią się w sposób statystycznie znamiennej częstością kupowania leków znanych z reklamy. Około 66,6% osób młodszych (18-39 lat) kupuje reklamowane leki na przeziębienie, w tym często i bardzo często 14,5%, natomiast wśród osób starszych (40-65 lat) odsetek ten wynosi odpowiednio 61,3% i 16,1%. Wykształcenie wpływa w sposób istotny na deklarowaną częstość zakupu leków na przeziębienie pod wpływem reklamy. Osoby z wykształceniem zawodowym lub podstawowym rzadziej przyznają się do kupowania reklamo-

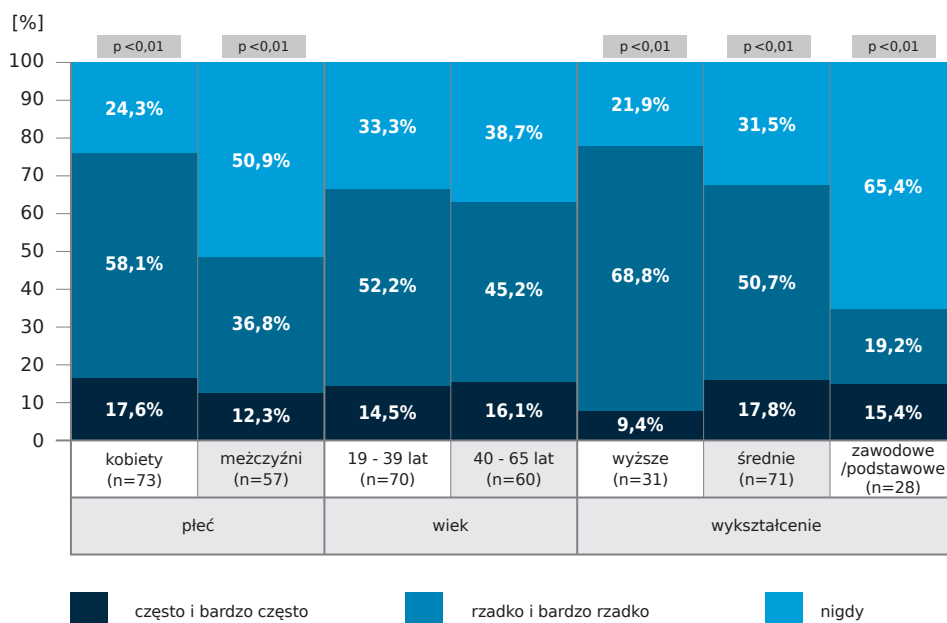
WYKRES 1. **Deklarowana częstość zakupu leków OTC na przeziębienie znanych ankietowanym z reklamy (n=131).**



wanych leków niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym ($p < 0,01$). Ok. 34,6% osób najslabiej wykształconych kupuje leki na przeziębienie znane im z reklamy, w tym często i bardzo często 15,4%, u osób z wykształceniem średnim odsetek ten wynosi odpowiednio 68,5% i 17,8%, natomiast u osób z wykształceniem wyższym 78,2% i 9,4% (wykres 2.).

Okolo 71% ankietowanych wymieniło przynajmniej jeden lek, który stosują podczas leczenia przeziębienia, pozostałe osoby nie wymieniły żadnego preparatu (10,7%), lub stwierdziły, że nie pamiętają nazwy leków (18,3%) (wykres 3.). W grupie kobiet i mężczyzn sytuacja przedstawiała się następująco: okolo 75% kobiet i 65% mężczyzn poproszonych o wymienienie leków sprzedawanych bez recepty, które stosują przy przeziębieniu, potrafiło podać nazwę przynajmniej jednego z nich, 8,1% kobiet i 14% mężczyzn nie podało żadnej nazwy, a 16,2% kobiet i 21,1% mężczyzn stwierdziło, że zażywa leki, lecz nie pamięta ich nazwy (wykres 4.). Analiza wyników z uwzględnieniem grup wiekowych wykazała, że 68,1% osób młodszych, w wieku od 18 do 39 lat, i 74,2% starszych, w wieku od 40 do 65 lat, wymieniło nazwę co najmniej jednego leku stosowanego podczas przeziębienia, 14,5% osób młodszych i 6,5% osób starszych nie wymieniło żadnej nazwy, a 17,4% osób młodszych i 19,4% osób starszych zadeklarowało, że zażywa leki na przeziębienie, lecz nie wie jakie (wykres 4.). Biorąc pod uwagę wykształcenie respondentów stwierdzono, że nazwę leku lub leków zażywanych podczas przeziębienia podało 75% osób z wyższym, 76,7% ze średnim i zaledwie 50% osób z zawodowym lub podstawowym wykształceniem. Z kolei 3,1% badanych z wykształceniem wyższym, 8,2% ze średnim i 11,5% z zawodowym lub podstawowym uchyliło się od odpowiedzi i nie wymieniło żadnej nazwy leków, a 21,9% osób z wykształceniem wyższym, 15,1% ze średnim i 38,5% z zawodowym lub podstawowym stwierdziło, że nie pamięta nazw zażywanych leków

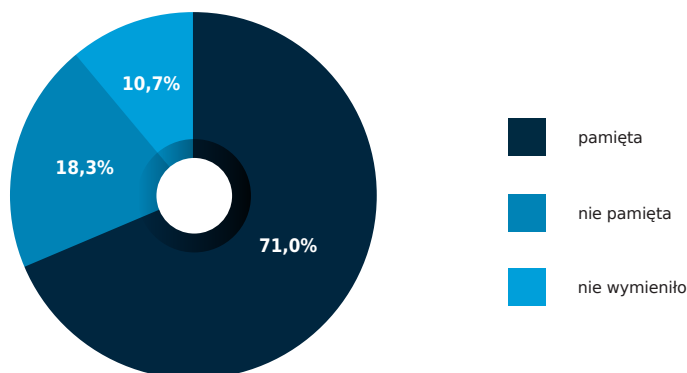
WYKRES 2. **Płeć, wiek i wykształcenie respondentów a częstość zakupu leków OTC na przeziębienie pod wpływem reklamy**



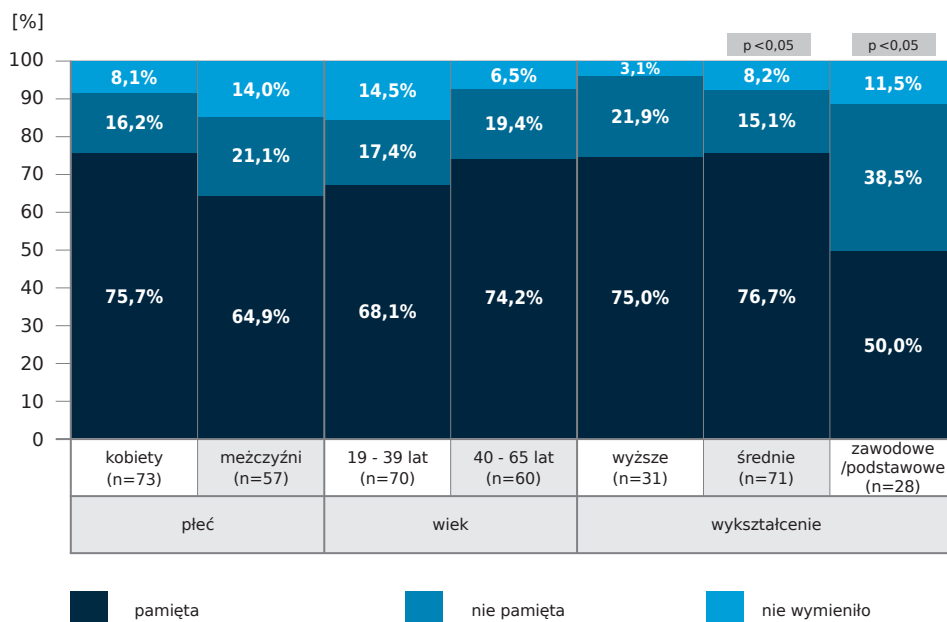
na przeziębienie. Osoby z wykształceniem zawodowym lub podstawowym statystycznie istotnie słabiej niż respondenci z wykształceniem średnim pamiętają nazwy leków, które stosują podczas leczenia przeziębienia ($p < 0,05$) (wykres 4.).

Wśród kobiet, które wymieniły nazwę leku lub leków zażywanych podczas przeziębienia, ponad 23% zadeklarowało, że stosuje tylko 1 preparat, 16,1% - dwa, 21,4% - trzy, 16,1% - cztery, a 23,2%, że używa pięć lub więcej środków leczniczych. W przeciwieństwie do kobiet, mężczyźni korzystają ze znacznie mniejszej gamy rozmaitych farmaceutyków ($p < 0,05$), ponad 43% stosuje tylko jeden lek, 27% - dwa, 16,2% - trzy, 8,1% - cztery, a tylko 5,4% - pięć lub więcej preparatów (wykres 5.). Wiek ankietowanych nie wpływa istotnie statystycznie na różnorodność leków zażywanych podczas przeziębienia. Respondenci w różnych przedziałach wiekowych, którzy potrafili podać nazwę leku, stosują najczęściej tylko jeden preparat. Z tak małej puli leków na przeziębienie korzysta 32% osób młodszych, w wieku od 18 do 39 lat i około 30% starszych, w wieku od 40 do 65 lat. Z kolei stosowanie dwóch różnych leków podczas leczenia przeziębienia zadeklarowało 21,3% osób młodszych i 19,5% starszych, trzech leków odpowiednio: - 21,3% i 17,4%, czterech leków - 10,6% i 15,2%, a pięciu lub więcej leków - 14,9% i 17,4% (wykres

WYKRES 3. **Odsetek respondentów znających nazwy leków, które stosują w trakcie leczenia przeziębienia, oraz osób, które nie pamiętają nazw leków lub uchyliły się od odpowiedzi (n=131).**

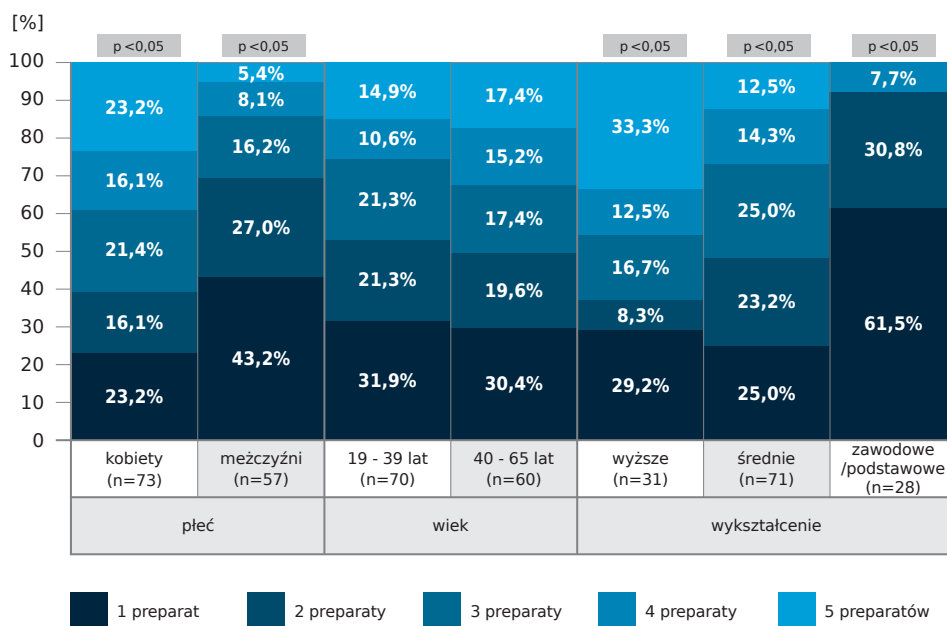


WYKRES 4. **Płeć, wiek i wykształcenie respondentów a znajomość nazw leków, które stosują w trakcie leczenia przeziębienia.**

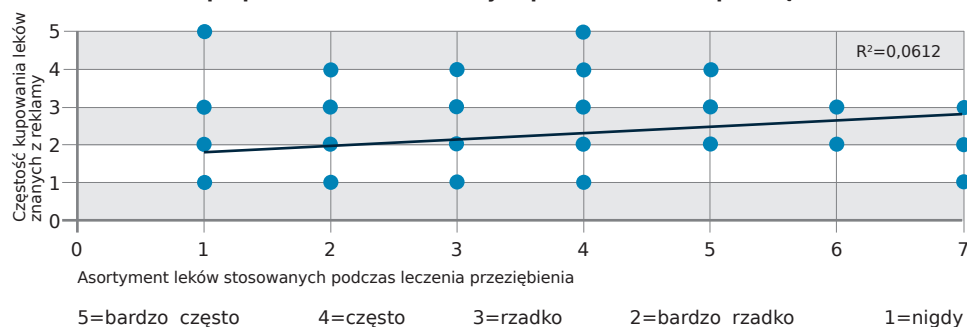


5.). Im wyższy poziom wykształcenia respondentów, tym większa jest gama rozmaitych środków łagodzących objawy przeziębienia, które oni stosują ($p < 0,05$). Żadna z badanych osób o wykształceniu zawodowym lub podstawowym nie wymieniła pięciu lub większej ilości nazw środków na przeziębienie, natomiast 12,5% osób ze średnim i aż 33% z wykształceniem wyższym leczy się przy pomocy tak wielu różnych preparatów. Z czterech różnych środków korzysta 12,5% osób z wykształ-

WYKRES 5. **Płeć, wiek i wykształcenie respondentów a asortyment leków OTC, stosowanych przez nich w trakcie leczenia przeziębienia.**



WYKRES 6. **Zależność między częstością kupowania leków znanych z reklamy, a asortymentem preparatów OTC stosowanych podczas leczenia przeziębienia (n=93).**



cenieniem wyższym, 14,3% osób z wykształceniem średnim, 7,7% z wykształceniem zawodowym lub podstawowym. Z trzech preparatów korzysta 16,7% z wykształceniem wyższym i 25% z wykształceniem średnim. Dwa preparaty są stosowane przez 8,3% osób z wykształceniem wyższym, 23,2% z wykształceniem średnim oraz 30,8% z wykształceniem zawodowym i podstawowym, natomiast jeden preparat – odpowiednio przez 29,2%, 25% i 61,5% respondentów (wykres 5.). Między wielkością stosowanego asortymentu leków na przeziębienie, a częstością kupowania leków znanych z reklamy stwierdzono słabą korelację ($R^2=0,0612$) (wykres 6.).

Dyskusja

Znaczna część preparatów pomocna w leczeniu objawów przeziębienia należy do grupy leków OTC (*Over the counter*) czyli leków sprzedawanych bez recepty. Zaopatrzyć się w nie można nie tylko w aptece, ale również w hipermarkecie, na stacji benzynowej, w kiosku i w różnych sklepach ogólnodostępnych [9, 10]. Podczas samodzielnych zakupów poza apteką trzeba wykazać się znajomością nazwy leku, lub przynajmniej trzeba umieć wybrać odpowiedni preparat spośród innych stojących na półce sklepowej. Wyniki zawarte w niniejszej pracy świadczą o tym, że w wyborze leków na przeziębienie pomagają informacje pochodzące z reklam. Aż 64,2% ankietowanych deklaruje, że kupuje te leki na przeziębienie, które zna z reklamy. Należy jednak sądzić, że reklama i jej atrakcyjność nie jest najważniejszym powodem wyboru leków. Badania przeprowadzone przez TNS OBOP w 2007 roku [15] pokazują, że atrakcyjną reklamę jako istotny powód wyboru leku wskazało tylko 2% Polaków. Wiadomość ta dodaje otuchy, ponieważ atrakcyjność reklamy świadczy jedynie o kunszcie firm reklamowych, a nie o przydatności i skuteczności danego leku. Jednak kontrola treści reklamowych jest konieczna, ponieważ badania przedstawione w niniejszej pracy pokazują, że 15,3% ankietowanych często i bardzo często kupuje leki, które zna z reklamy. Kobiety znacznie częściej deklarują kupowanie reklamowanych leków niż mężczyźni, tylko 24,3% procent kobiet twierdzi, że nigdy nie kupiło leku, który zna z reklamy, wśród mężczyzn wartość ta sięga 50,9%. Występowanie tak dużej różnicy w odsetku kobiet i mężczyzn podatnych na reklamę nie jest zaskakujące, ponieważ to właśnie do kobiet jest kierowana znaczna część reklam. Matka i żona aplikująca lek, lub doradzająca członkom rodziny jaki preparat na przeziębienie będzie najskuteczniejszy, to częsty obraz pokazujący się na ekranie telewizora w sezonie o zwiększonej zachorowalności. Reklamy te bazują na tradycyjnie pojmowanej roli kobiety, matki i opiekunki. Analizując deklarowaną częstość kupowania leków na przeziębienie znanych z reklamy przez osoby o różnym poziomie wykształcenia stwierdzono, że najrzadziej po reklamowane leki sięgają osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Taki stan rzeczy można tłumaczyć np. trudnościami w zapamiętywaniu nazw leków. Być może osoby słabiej wykształcone nie czują się na tyle kompetentne, aby samodzielnie podejmować leczenie i dlatego nie interesują się reklamami leków. Jednak ze względu na brak informacji na ten temat w dostępnej literaturze nie sposób potwierdzić powyższych przypuszczeń.

Okolo 71% ankietowanych jest w stanie podać nazwy leków, które stosuje podczas przeziębienia i tej grupie osób samodzielny dobór i zakup preparatów nie powinien przysparzać trudności. Pozostałe osoby nie potrafią powiedzieć czym się leczą w i jest to niepokojące, ponieważ można przypuszczać, że jeśli nazwa leku nie budzi ich zainteresowania to przeciwwskazania, dawkowanie i skutki uboczne opisane w ulotce informacyjnej umieszczonej wewnątrz opakowania również nie są im znane. Można jedynie mieć

nadzieję, że osoby te zakupiły leki po konsultacji lekarskiej lub za poradą farmaceuty i samodzielny ich wybór nie był konieczny, lub przeziębiam się tak rzadko, że nie potrzebuję tego typu preparatów i tym spowodowana jest nieznamość nazw leków.

Najsłabiej pod względem znajomości nazw leków na przeziębienie, które stosują respondenci, wypadły osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Tylko 50% z nich potrafiło podać nazwę leku, a aż 38,5% stwierdziło, że nazw leków nie pamięta. Przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać w tym, że nazwy leków nie przypominają wyrażen używanych na co dzień, brzmią obco i osoby słabiej wykształcone mają większe trudności z ich przyswojeniem niż osoby lepiej wykształcone. Wg. badań TNS OBOP do grona Polaków leczących się w oparciu o własne doświadczenie należą osoby lepiej wykształcone [16]. Proces samoleczenia wymaga zaangażowania w zdobywanie informacji o lekach, które mogą pomóc w danej chorobie. Poszukiwanie wiedzy sprzyja poznawaniu i zapamiętywaniu nazw leków, co dodatkowo tłumaczy ich lepszą znajomość.

Duży wpływ na asortyment leków stosowanych podczas leczenia przeziębienia miała płeć oraz poziom wykształcenia. Aż 23,2% kobiet spośród tych, które wymieniły stosowane leki, podało 5 i więcej nazw preparatów, wśród mężczyzn takich osób było 5,4%. Ankietowanych z wykształceniem wyższym wymieniających ponad pięć preparatów było 33,3%, ze średnim 12,5%, natomiast osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym potrafiły podać maksymalnie cztery preparaty (7,7%). Tak duży asortyment leków stosowanych podczas przeziębienia wśród kobiet i osób bardziej wykształconych jest ważnym czynnikiem ryzyka wystąpienia przedawkowania lub interakcji pomiędzy lekami. Jak wskazują badania TNS OBOP [16] kobiety i osoby lepiej wykształcone częściej wymieniały doświadczenie jako czynnik determinujący wybór leku OTC, tak więc należy przypuszczać, że wszystkie wymienione preparaty były rzeczywiście stosowane przez ankietowanych. Można mieć jedynie nadzieję, że wymienienie ponad pięciu preparatów przez respondentów oznacza, że mają oni bardzo dobrą pamięć i podają nazwy leków stosowanych podczas kilku przeziębień rozłożonych w czasie. Zażywanie kilku preparatów równocześnie bez konsultacji specjalistycznej mogłoby okazać się groźne dla zdrowia. Osoby, które sięgają po większą liczbę preparatów deklarują również częstsze zaopatrywanie się w preparaty znane z reklamy ($R^2=0,0612$). Świadczy to o dużej skuteczności reklam preparatów OTC, zwiększających wpływy do budżetu firm farmaceutycznych, z jednoczesnym zwiększeniem napływu chorych z groźnymi powikłaniami na oddziały toksykologiczne. Powikłania spowodowane nieprawidłowym stosowaniem preparatów OTC są trudne w leczeniu i niebezpieczne dla zdrowia. Dlatego warto było by przeprowadzić profesjonalną kampanię informacyjną, która pomogłaby bezpiecznie stosować leki OTC podczas przeziębienia, aby wiedza społeczeństwa w tym zakresie nie opierała się wyłącznie na sloganach reklamowych.

Wnioski:

1. Kobiety łatwiej ulegają wpływowi reklamy przy zakupie leków OTC na przeziębienie i stosują bogatszy asortyment tych leków niż mężczyźni.
2. Im niższy poziom wykształcenia ankietowanych tym rzadziej zaopatrują się oni w leki na przeziębienie znane im z reklamy i stosują mniejszy asortyment tych preparatów.
3. Osoby z wykształceniem zawodowym lub podstawowym wykazują najslabszą znajomość nazw leków stosowanych przez nie podczas przeziębienia.
4. Respondenci częściej kupujący leki znane z reklamy stosują większy asortyment preparatów OTC podczas leczenia przeziębienia.

Piśmiennictwo:

1. Schlesselman LS. Cold and cough treatment. *Retail Clinician* 2006; 4: 61-70. www.retailclinician.com
2. Mrozińska M, Stopiński M, Mik E. Przeziębienie. *Przew Lek* 2003; 6(9): 20-27.
3. Pappas DE, Hendlay JO, Hayden FG, et al. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27(1): 8-11.
4. Ruohola A, Waris M, Allander T, et al. Viral etiology of common cold in children, Finland. *Emerg Infect Dis* 2009;15(2): 344-346.
5. Nie bądź sobie lekarzem, jeśli nie jesteś medykiem. Portal rynek zdrowia.pl [dostęp: 14.07.2009] <http://www.rynekzdrowia.pl/Zdrowie-publiczne/Nie-badz-sobie-lekarzem-jesli-nie-jestes-medykiem,4458,27.html>
6. Janusz-Lorkowska M. Eksperymentatorzy i hipochondrycy w aptece mile widziani. [dostęp: 18.07.2009] <http://www.rp.pl/arttykul/76756.html>
7. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz. U. 2008 nr 45 poz. 271.
8. Kodeks Farmaceutycznej Etyki Marketingowej dla Produktów Leczniczych Dostępnych bez Recepty. *Medycyna Rodzinna* 2000; 3-4: 3-6.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2009 r. w sprawie kryteriów klasyfikacji produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych. Dz. U. 2009 nr 27 poz.167.
10. Hartman M, Lichtański P, Klimacka-Nawrot E, et al. Miejsce zakupu leków OTC na przeziębienie. W niniejszym tomie.
11. Janiec W, Śliwiński L, Nowińska B. Niesteroïdowe leki przeciwzapalne i przeciwbólowe oraz leki przeciwo-górczkowe. [W:] *Kompendium farmakologii*. Red. W. Janiec. Warszawa: PZWL; 2005: 249-253.
12. Federacja Konsumentów na podstawie rozmowy z dr Wojciechem Masełbasem specjalistą farmakologii klinicznej. Leki sprzedawane bez recepty. [dostęp: 17.06.2009] <http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=55>
13. Podlewski AK, Chwalibogowska-Podlewska A. Leki współczesnej terapii. Wydanie XIX. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2009: 9-12.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009 r. w sprawie wymagań dotyczących oznakowań produktu leczniczego i treści ulotki. Dz. U. 2009 nr 39 poz. 321.
15. Gacki G. Nierzetełne reklamy leków. [dostęp: 16.06.2009] <http://www.firma.egospodarka.pl/13618,Nierzetełne-reklamy-lekow,1,11,1.html>
16. Raport TNS OBOP. Zwyczajne zakupowe Polaków związane z nabywaniem leków. [dostęp: 18.07.2009] <http://www.tns-global.pl>

XVIII Przeziębienie - zażywasz leki czy czekasz aż przejdzie?

Magdalena Hartman
Paweł Lichtański
Ewa Klimacka-Nawrot
Karolina Donocik
Barbara Błońska-Fajfrowska

Przeziębienie określane jest jako łagodnie przebiegające zapalenie błony śluzowej przewodów nosowych i gardła o etiologii wirusowej. Mnogość typów wirusów powodujących przeziębienie sprawia, że podatność na infekcję występuje przez całe życie, skutkując uporczywymi objawami średnio od 2 do 4 razy w roku. Znany wszystkim obraz kliniczny przeziębienia to: kichanie, drapanie w gardle, kaszel, chrypka, ból głowy, gorączka [1,2]. Przeziębienie jest dolegliwością zazwyczaj niewymagającą wizyty u lekarza, a leczenie opiera się głównie na zwalczaniu objawów. Porada lekarska i potrzeba antybiotykoterapii staje się czasem konieczna, kiedy np. gorączka i wydzielina z nosa utrzymują się zbyt długo, w kącikach oczu pojawia się ropna wydzielina, bolą uszy czy zatoki [1].

W sprzedaży dostępne są liczne środki bez recepty, mające na celu łagodzenie objawów przeziębienia. Preparaty te można kupić w wielu miejscach, bez ograniczeń [3, 4]. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez instytut OBOP w 2008 roku, własnymi sposobami (leki bez recepty, medycyna ludowa) dolegliwości zdrowotne leczy aż 38% Polaków powyżej 15. roku życia [5]. Dane te wydają się być korzystne, biorąc pod uwagę wynikające z samoleczenia ograniczenia wydatków na ochronę zdrowia [6]. Niepokojących informacji dostarcza jednak kolejny raport instytutu OBOP mówiący, że aż 59% Polaków, stosując leki bez recepty, bazuje wyłącznie na własnym doświadczeniu [5]. Nie wiadomo, czy wszystkie te osoby są świadome np. możliwych reakcji krzyżowych, przedawkowania, efektów niepożądanych – zjawisk dotyczących także leków bez recepty. Przykładowo, stosowane w trakcie przeziębienia preparaty złożone zawierające substancje o działaniu antyhistaminowym, oprócz działania przeciwhistaminowego wykazują efekt cholinolityczny, mogący potęgować działanie innych, równocześnie stosowanych preparatów farmakologicznych. Co więcej, penetracja leków antyhistaminowych do ośrodkowego układu nerwowego wywołuje czasem sedację, senność i pogorszenie sprawności psychofizycznej. Dla nieświadomej tego faktu osoby, która łagodzi objawy przeziębienia takim lekiem i np. prowadzi samochód, efekt uboczny może okazać się tragiczny w skutkach [7]. Prawidłowe stosowanie leków OTC wymaga właściwej edukacji pacjentów i uświadamiania im, że możliwość zakupu leku bez konieczności konsultacji z lekarzem

i uzyskania recepty nie oznacza, że można go zażywać kiedy chcemy i jak chcemy, bez obaw o niepożądane skutki. Z kolei edukacja i uświadamianie wymagają dostarczenia rzetelnych i prawdziwych, jasno sformułowanych informacji na temat leku. Obecnie najszerzej stosowaną, a w przypadku leków OTC sprzedawanych poza apteką niejednokrotnie jedyną formą informowania pacjenta o sposobie bezpiecznego i skutecznego stosowania leku, jest ulotka dołączona do opakowania. Dyrektywy prawne nakładają na producentów obowiązek dołączania do leku ulotki, której treść jest w stanie przeczytać i zrozumieć każdy pacjent [8]. Choć normy te dają gwarancję, że zawarta w ulotce informacja jest dokładna i wiarygodna, niewielu chorych traktuje ją jako instrukcję, wedle której z leku należy korzystać [9]. Leczenie dolegliwości własnymi sposobami staje się popularnym trendem w społeczeństwie. W dobie stale wzrastającej sprzedaży różnorodnych preparatów dostępnych bez recepty, dyskusja na temat samoleczenia i problemów z nim związanych ma duże znaczenie.

Cel

Celem niniejszego badania była ocena popularności leczenia przeziębienia lekami na receptę, bez recepty lub czekania na samoistne ustąpienie objawów, oraz analiza deklarowanej częstości dokładnego czytania ulotek dołączanych do opakowań leków na przeziębienie.

Materiały i metody

W badaniu ankietowym brało udział 129 osób, 73 kobiety i 56 mężczyzn w wieku od 19 do 65 lat. Wiek 69 osób wynosił od 19 do 39 lat, a 60 osób od 40 do 65 lat. Wykształcenie wyższe zadeklarowało 30 osób, średnie 72, a zawodowe lub podstawowe – 27. Ankietowani, mieszkańcy województwa śląskiego, odpowiadali na pytania: czy podczas przeziębienia stosują leki na receptę, bez recepty czy przeczekują, aż objawy ustąpią same. Jeśli stosują leki, to czy dokładnie czytają ulotki informacyjne dołączone do opakowań leków. W opracowaniu statystycznym wyników zastosowano test χ^2 , a za poziom istotności statystycznej przyjęto $\alpha = 0,05$.

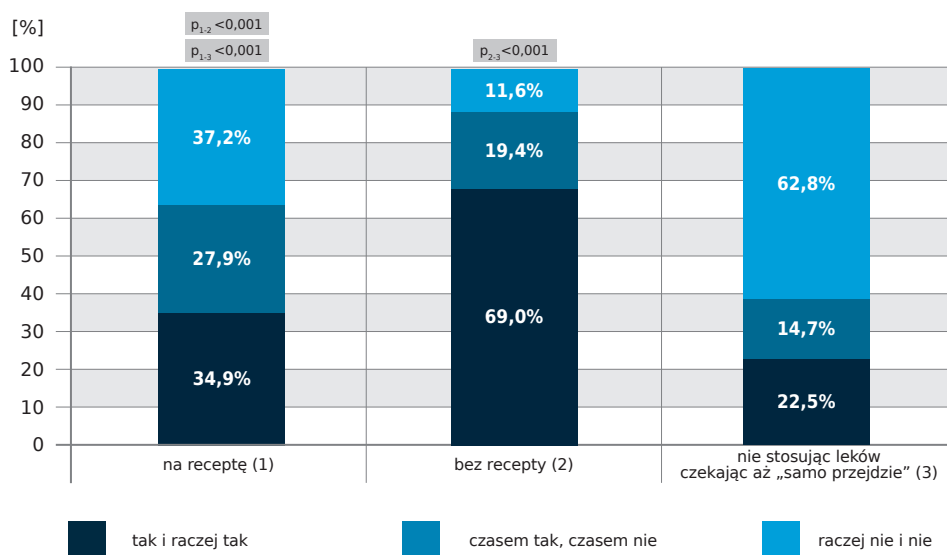
Wyniki

Wyniki niniejszego badania ankietowego wskazują, że osoby leczące przeziębienie najczęściej sięgają po leki bez recepty. Sześćdziesiąt dziewięć procent respondentów zadeklarowało, że tego typu farmaceutyki stosuje bardzo często lub często, 24,8% - rzadko lub bardzo rzadko, a 6,2% stwierdziło, że nigdy nie sięga po preparaty OTC. W przypadku leczenia przeziębienia środkami na receptę, odpowiedzi

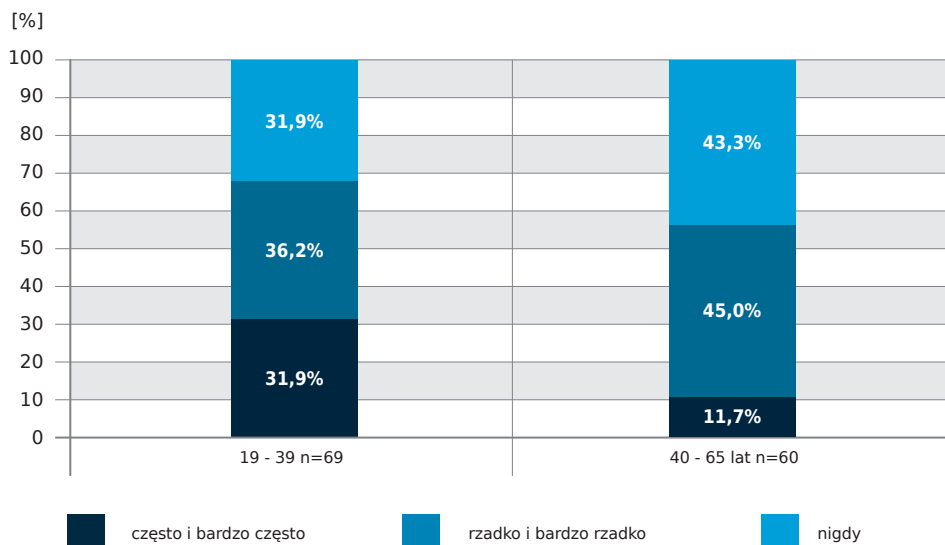
przedstawiały się następująco: 34,9% zadeklarowało, że stosuje przepisywane leki bardzo często lub często, 55% - rzadko lub bardzo rzadko, a 10,1% - nigdy. Najmniej popularnością wśród respondentów cieszy się przeczekiwanie, aż objawy przeziębienia ustąpią samoistnie. Taką formę radzenia sobie z przeziębieniem bardzo często lub często wybiera tylko 22,5% ankietowanych, 40,3% przeczekuje objawy rzadko lub bardzo rzadko, a 37,2% nie decyduje się na tego typu postępowanie (wykres 1.). Osoby młodsze w wieku 19-39 lat częściej, niż starsze w wieku 40-65 lat, nie podejmują działań i czekają, aż objawy przeziębienia miną samoistnie ($p < 0,05$). Często i bardzo często postępuje tak 31,9% osób młodszych i 11,7% osób starszych, rzadko i bardzo rzadko odpowiednio 36,2% i 45%, natomiast nigdy 31,9% i 43,3% (wykres 2). Wiek ankietowanych nie spowodował statystycznie istotnych różnic w częstości kurowania się lekami na receptę i bez recepty. Płeć oraz wykształcenie respondentów nie wpłynęły w sposób statystycznie istotny na sposób ich postępowania w czasie przeziębienia.

Ponad 70% osób, które spytano jak dokładnie czytają ulotki dołączane do opakowań leków na przeziębienie odpowiedziało, że czynią to dokładnie lub raczej dokładnie, 14% stwierdziło, że czasem czyta dokładnie, a czasem nie, 7% - że raczej nie czyta lub czyta niezbyt dokładnie, a 8,5% respondentów przyznało, że wcale nie czyta ulotek informacyjnych dołączonych do leków (wykres 3.).

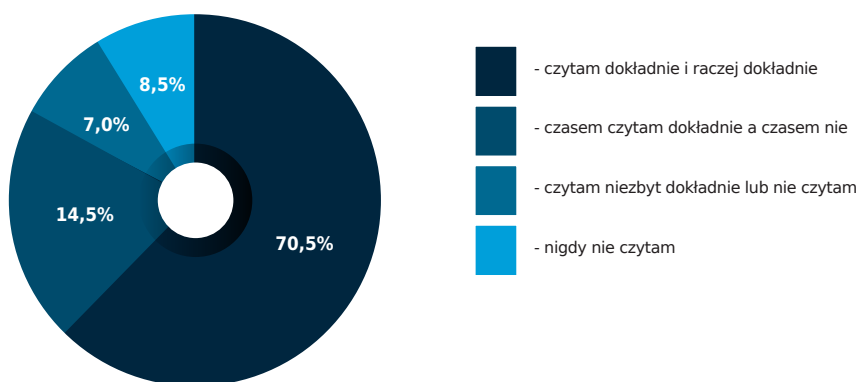
WYKRES 1. **Deklarowana częstość kurowania się z przeziębienia lekami na receptę, lekami bez recepty, wyczekiwania na samoistne ustąpienie dolegliwości (n=129).**



WYKRES 2. **Deklarowana częstota wyczekiwania na samoistne ustąpienie przeziębienia wśród osób w różnym wieku (n=129).**

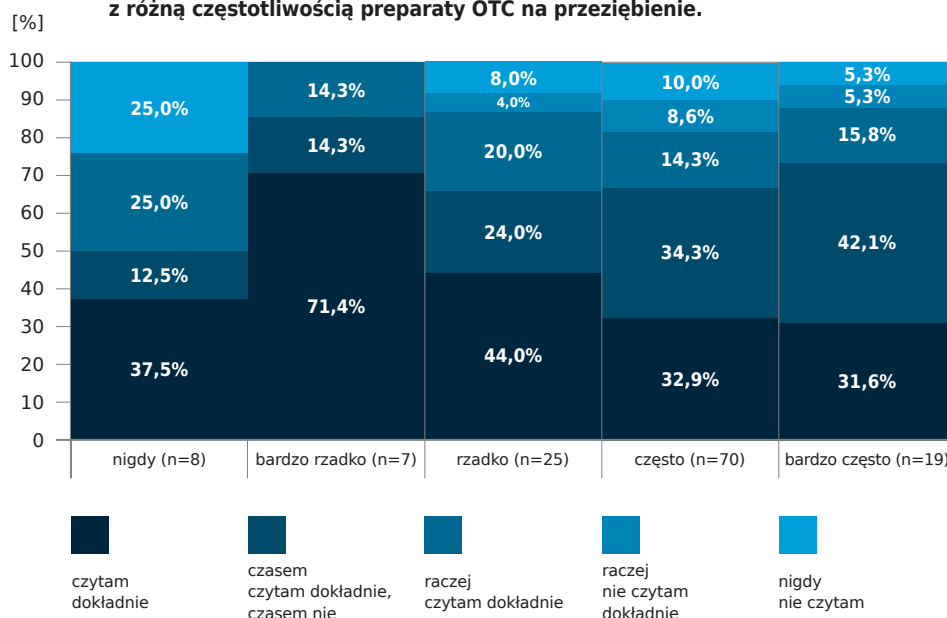


WYKRES 3. **Odsetek respondentów deklarujących różny stopień dokładności czytania ulotek informacyjnych dołączanych do opakowania leku na przeziębienie (n=129).**



Analizując jednocześnie kwestię częstoty stosowania leków bez recepty na przeziębienie i czytania ulotek dołączonych do leków stwierdzono, że wśród osób deklarujących bardzo częste sięganie po leki bez recepty: 31,6% czyta ulotki dokładnie, 42,1% raczej dokładnie, 15,8% czasem dokładnie, a czasem nie, 5,3% nie czyta ulotek dokładnie, a 5,3% nigdy nie czyta ulotek. W grupie osób często sięgających po leki OTC, wartości te wynosiły odpowiednio: 32,9%, 34,3%, 14,3%, 8,6%, 1,4% i 8,6%. Czterdzieści cztery procent respondentów rzadko sięgających po leki bez recepty na przeziębienie

WYKRES 4. Dokładność czytania ulotek informacyjnych o lekach na przeziębienie (wszystkich OTC i ATC) deklarowana przez respondentów stosujących z różną częstotliwością preparaty OTC na przeziębienie.



nie deklaruje, że czyta ulotki dokładnie, 24% robi to raczej dokładnie, 20% czasem dokładnie, a czasem nie, 4% niedokładnie, a 8% wcale nie czyta ulotek dołączanych do opakowań leków. Spośród respondentów bardzo rzadko uciekających się podczas przeziębienia do leków OTC 71,4% stwierdziło, że czyta ulotki dokładnie, a po 14,3% odpowiedziało: „czytam dokładnie” oraz „czasem czytam dokładnie, czasem nie”. Z kolei deklarację, że nigdy nie zażywają leków OTC na przeziębienie, złożyło 50% osób twierdzących, że czytają ulotki dokładnie lub raczej dokładnie, oraz 25% czytających czasem dokładnie a czasem nie i 25% nigdy nie czytających informacji zawartych w ulotkach (wykres 4.).

Dyskusja

Niewątpliwie dynamikę rozwoju rynku leków OTC napędza społeczeństwo. Jak wynika z przeprowadzonego badania ankietowego, najczęściej w trakcie przeziębienia badani sięgają po leki bez recepty. Bardzo częste i częste korzystanie z takiej formy łagodzenia uporczywych objawów zadeklarowało aż 69% badanych. Wartość ta okazała się prawie dwukrotnie wyższa w porównaniu do osób, które wolą leczyć się środkami na receptę, i prawie trzykrotnie wyższa w porównaniu do tych, którzy zazwyczaj przeczekują, aż objawy choroby miną samoistnie. Dostępność leków OTC dla wszystkich

obywateli bez konieczności wizyty u lekarza, określenia diagnozy i wypisania recepty, tworzy korzystną sytuację zarówno dla służby zdrowia (ograniczenie czasu i kosztów ponoszonych na konsultowanie i wypisywanie recept), jak i dla pacjenta, który nie musi stać w kolejce do lekarza, aby móc kupić lek na przeziębienie. Mimo finansowych i czasowych korzyści nie wolno zapominać, że samoleczenie środkami dostępnymi bez recepty wiąże się również z szeregiem problemów istotnych dla zdrowia pacjenta. Jeden z nich wynika z powszechnego dostępu do preparatów OTC, które bez przeszkód można nabyć poza apteką [7, 11, 12, 13]. Kupując leki w kiosku czy na stacji benzynowej, wiele osób zapomina, że są to środki, które źle użyte, mogą zaszkodzić. Przestrzegają przed tym lekarze, farmakolodzy czy toksykolodzy, na co dzień leczący „ofiary” niewiedzy na temat leków. Aplikowanie preparatów OTC według własnego uznania, często sprzecznie z zaleceniami, może bowiem doprowadzić do poważnych komplikacji np. reakcji krzyżowych, zatruc. Po ogólnodostępne leki OTC sięgają często osoby młode, niedoświadczone, nieświadome tych zagrożeń. Co więcej, badania przeprowadzone w 2007 roku przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” pokazały, że po leki OTC sięgają często nawet dzieci. Aż 50% z 1387 ankietowanych piętnastolatków stwierdziło, że w ostatnim miesiącu zażywało środki dostępne bez recepty. Wiele z młodych ludzi „leczyło się” nie mając nawet pojęcia, do czego służą leki i jakie skutki niesie ich nieprawidłowe użycie. Dla zabawy, smaku, by być modnym w szkole, aby poczuć się jak po narkotykach, to tylko nieliczne z powodów, jakie skusiły badanych nastolatków do zażycia leku bez recepty [14].

Kolejnym, poważnym problemem związanym zarówno z leczeniem na własną rękę jak i przeczekiwaniem dolegliwości jest kwestia samodiagnostyki. Nie wiadomo, czy każdy pacjent leczący się samodzielnie odróżni dolegliwość, która wymaga jedynie preparatu OTC od poważniejszej. W przypadku błędnego zdiagnozowania się, decyzja o samoleczeniu lub przeczekaniu objawów pozornie błażej dolegliwości, może tylko opóźnić rozpoczęcie prawidłowej terapii i pogorszyć rzeczywisty stan zdrowia pacjenta [15].

Leczenie własnymi sposobami przynosi czasem więcej zagrożeń niż korzyści, dostrzegają to organizatorzy „Dni Dobrych Nawyków”, które w różnych latach organizowane są w różnych miastach Polski [16]. Faktycznie, każdy środek leczniczy źle zastosowany może przysporzyć nam dodatkowych kłopotów zdrowotnych, nawet zwykły preparat ziołowy z miłorzębu, przy jednoczesnym zażywaniu aspiryny [17]. Z wyżej wymienionych powodów rozwój rynku leków OTC wymaga prawidłowej edukacji społeczeństwa. Zadanie to realizowane jest głównie przez ulotki dołączane do opakowań farmaceutyków. Przeprowadzone badanie wskazuje jednak, że forma ta nie jest w pełni skuteczna. Tylko 70,5% ankietowanych twierdzi, że raczej dokładnie lub do-

kładnie czyta zawarte w ulotkach informacje. Z kolei aż 8,5% nigdy nie czyta ulotek. Zatrważające jest to, że wśród ankietowanych stosujących preparaty OTC przy przeziębieniu często i bardzo często około 30% nie jest zainteresowana dokładnym czytaniem ulotek. Dlaczego tak wiele osób, zażywa leki OTC nie zapoznając się z informacją zawartą w ulotce? Czy można odbierać to jako przejaw ignorancji, braku odpowiedzialności czy zwykłej niedbałości? Biorąc pod uwagę opinie społeczeństwa, problem tkwi w samej ulotce. Pacjenci narzekają na ogrom informacji i mnogość nieznanymi i nieprzydatnymi im terminów, często napisanych drobnym drukiem, które wydają się bardziej chronić producenta leku przed ewentualnymi roszczeniami chorych, niż rzeczywiście pomagać w zapoznaniu się z danym środkiem [19]. Dla wielu, ulotka jest niezrozumiała i niedostosowana do indywidualnych problemów i potrzeb osób leczących się [18]. Z drugiej strony, ważne są umiejętności samych pacjentów. Badania wykonane w ramach Programu Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów wykazały, że aż 30% Polaków rozumie tylko częściowo, a 40% nie rozumie czytanego tekstu [9]. Nasuwa się więc pytanie, czy ulotka jako źródło wiedzy na temat leku uzyska kiedykolwiek szansę dotarcia do świadomości wszystkich osób leczących się samodzielnie?

Wnioski:

1. Podczas leczenia przeziębienia ankietowani najczęściej stosują leki bez recepty, a najrzadziej czekają na samoistne ustąpienie objawów.
2. Osoby młodsze częściej niż osoby starsze ignorują objawy przeziębienia i czekają na ich samoistne ustąpienie.
3. Wśród osób deklarujących częste i bardzo częste stosowanie podczas przeziębienia preparatów bez recepty, około 30% nie jest zainteresowana dokładnym czytaniem ulotek informacyjnych dołączonych do leków.

Piśmiennictwo:

1. Mrozińska M, Stopiński M, Mik E. Przeziębienie. *Przeg Lek* 2003; 6(9):20-27.
2. Badurek S. Infekcje bakteryjne są najczęstszymi powikłaniami przeziębień. *Puls Medycyny* 2004; 24(95). <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/5167.html>
3. Dz. U. Nr 130 poz. 905. 2006r. Wykaz produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w sklepach ogólnodostępnych i zielarsko-medycznych.
4. Hartman M, Lichtański P, Klimacka-Nawrot E, et al. Miejsce zakupu leków OTC na przeziębienie. W niniejszym tomie.
5. Raport TNS OBOP. Zwyczaje zakupowe Polaków związane z nabywaniem leków. [dostęp: 18.07.2009] <http://www.tns-global.pl>
6. Leki sprzedawane bez recepty a wydatki na ochronę zdrowia. Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków Bez Recepty PASMI. [dostęp: 16.07.2009] <http://www.pasmi.pl/lay/pliki/SM.doc>.
7. Woron J. Samoleczenie staje się coraz popularniejszą metodą radzenia sobie z różnymi dolegliwościami, które nie wymagają konsultacji lekarskiej. *PF* 2008; 16(21). [dostęp: 24.07.2009] <http://www.pulsmedycyny.com.pl/archiwum/1220>.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009 r. w sprawie wymagań dotyczących oznakowań produktu leczniczego i treści ulotki. *Dz. U.* 2009 nr 39 poz. 321.
9. Sokał M. Ulotka o leku dla pacjenta – zalecenia, oczekiwania, rzeczywistość. *Collegium Medicum UJ.* Kraków 2006.
10. Raport PMR i PharmaExpert. Rynek OTC w Polsce 2007. Prognozy rozwoju 2007-2009. [dostęp: 15.07.2009] <http://www.egospodarka.pl/22845,Rynek-OTC-w-Polsce-rozwija-sie,1,39,1.html>
11. Leki sprzedawane bez recepty. Federacja konsumentów 2005. [dostęp: 03.07.2009] <http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=55>.
12. Jakubiak L. Sami trujemy się lekami. *Rynek Zdrowia.pl.* [dostęp: 15.07.2009] <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Sami-trujemy-sie-lekami,3687,6,drukuj.html>
13. Murmyło M. Dostępność leków OTC sprzyja samoleczeniu. *Postępy w med* 2004; 8(79).
14. Pisarska A. Doświadczenia i opinie młodzieży o lekach dostępnych bez recepty. *Serwis Informacyjny – Narkomania* 2008; 4(43).
15. Nie bądź sobie lekarzem, jeśli nie jesteś medykiem. *Rynek Zdrowia.pl.* [dostęp: 14.07.2009] <http://www.rynekzdrowia.pl/Zdrowie-publiczne/Nie-badz-sobie-lekarzem-jesli-nie-jestes-medykiem,4458,27.html>
16. Zentiva- Zmieniamy przyzwyczajenia. Ogólnopolski program informacyjno edukacyjny. <http://www.zmieniamyprzyzwyczajenia.pl/#dni-dobrych-nawykow>.
17. Pustułka A. Trujemy się, biorąc leki bez opamiętania. *Dzienni Zachodni* 2008-09-15. [dostęp: 12.07.2009] http://www.wiadomosci24.pl/arttykul/trujemy_sie_biorac_leki_bez_opamietania_76249.html
18. FDA chce bardziej czytelnych informacji dla pacjentów. [dostęp: 16.07.2009] <http://www.mp.pl/kurier/index.php?aid=16075>
19. Raynor D, Savage I, Knapp P. We are the experts: people with asthma talk about their medicine information needs. *Patient Education and Counseling* 2004; 53:167-174.

XIX O autorach

Prof. zw. dr hab. n. med. Leszek Hieronim Wdowiak

absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie, w 1977 r. uzyskał stopień doktora w Akademii Medycznej w Łodzi. W 1985 r. przedstawił rozprawę habilitacyjną, a następnie w 1994 r. uzyskał tytuł naukowy profesora. Głównymi kierunkami jego działalności badawczej były głównie zdrowie publiczne, organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, zdrowie środowiskowe, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, polityka zdrowotna oraz problemy zdrowotne mieszkańców obszarów wiejskich. Oprócz stanowiska dyrektora lubelskiego Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki pełnił jeszcze wiele poważnych funkcji i stanowisk. Był m. in. konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia publicznego, prezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, dyrektorem Instytutu Medycyny Społecznej, dyrektorem Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie oraz redaktorem naczelnym czasopisma „Medycyna Ogólna”. Prof. Leszek Wdowiak zmarł nagle w lutym 2010 r. Miał 62 lata.

Dr n. med. Lucyna Kapka

absolwentka Wydziału Biologii i Ochrony Środowiska Uniwersytetu Śląskiego. Rozprawę doktorską obroniła z wyróżnieniem w 2006 roku na Wydziale Farmaceutycznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. W latach 2000-2008 pracownik Zakładu Toksykologii Genetycznej Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu. Dwukrotna laureatka nagrody Young Scientist Travel Award, przyznawanej przez European Environmental Mutagen Society (EEMS) za szczególne osiągnięcia naukowe dla badaczy do 35 lat. Aktualnie kierownik Katedry Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie oraz kierownik Samodzielnej Pracowni Biologii Molekularnej Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.

Prof. Virginia Berridge

jest profesorem historii i dyrektorem centrum historii zdrowia publicznego w Londyńskiej Szkole Higieny i Medycyny Tropikalnej na Uniwersytecie w Londynie. Jej główne obszary zainteresowań i badań skupiają się na polityce zdrowotnej po 1945 r., włączając politykę lekową, zagadnienia związane z alkoholizmem i nikotynizmem.

Dr hab. n. med. Krzysztof Krajewski - Siuda

jest kierownikiem Zakładu Polityki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz p.o. kierownika Zakładu Promocji Zdrowia w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; ekspertem Instytutu Sobieskiego w Warszawie, b. szefem gabinetu politycznego ministra zdrowia (2001r.)

Mgr Robert Chmura

magister Politologii, absolwent Uniwersytetu Marii-Curie Skłodowskiej w Lublinie. Ukończył studia podyplomowe z zakresu nowoczesnej grafiki komputerowej na Akademii Górniczo - Hutniczej w Krakowie. Uczestnik projektu badawczego Eatwell dotyczącego interwencji stosowanych w działaniach marketingowych na rynku komercyjnym w celu wykorzystania ich w sektorze publicznym, w promocji zdrowej żywności oraz zdrowego odżywiania się.

Mgr Krzysztof Łach

absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum na kierunku zdrowie publiczne. Obszar jego zainteresowań zawodowych obejmuje metodologię badań medycznych, gospodarkę lekami i wyrobami medycznymi oraz ocenę technologii medycznych (HTA). W latach 2007 – 2010 jako analityk współpracował z firmą konsultingową zajmującą się tworzeniem raportów HTA. Jest autorem kilkunastu analiz klinicznych dotyczących leków i procedur medycznych. Jego działalność naukowa koncentruje się na tworzeniu przeglądów systematycznych dotyczących leków oraz raportów dotyczących samoleczenia. Doświadczenie zawodowe obejmuje pracę naukowo-dydaktyczną (metodologia badań, promocja i edukacja zdrowotna) oraz analizy kliniczne (przeglądy systematyczne). Autor wielu prezentacji dotyczących w/w problematyki wygłaszanych na kongresach medycznych.

Dr n. med. Tomasz Bochenek

lekarz, magister zdrowia publicznego. Pracuje w Zakładzie Gospodarki Lekiem Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Absolwent UJ w Krakowie i Nordic School of Public Health w Göteborgu (Szwecja), wykształcenie podyplomowe zdobywał w instytucjach polskich i zagranicznych, takich jak: Uniwersytet Jagielloński; Harvard University; Hartford University; Université de Liège; University of Sheffield; Maastricht University. Obszar jego zainteresowań zawodowych obejmuje politykę lekową, gospodarkę lekami i wyrobami medycznymi w systemie opieki zdrowotnej, farmakoekonomikę i ocenę technologii medycznych. Doświadczenie zawodowe związane jest z działalnością naukowo-dydaktyczną i ekspercką, a także z pracą w strukturach systemu kas chorych, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w obszarze badań klinicznych leków.

Dr n. med. Jarosław Woron

specjalista farmakologii klinicznej, adiunkt w Zakładzie Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii UJ CM Kraków oraz w Uniwersyteckim Ośrodku Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków, zajmuje się problemem bezpieczeństwa farmakoterapii, interakcji leków w praktyce klinicznej, a także polekowymi działaniami niepożądanymi.

Adres do korespondencji :Dr Jarosław Woron, Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii CM UJ Ul. Śniadeckich 10, 31-531 Kraków e-mail: j.woron@medi-pharm.pl

Dr n. farm. Magdalena Hurkacz

absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, Wydział Farmacji Oddział Analityki Medycznej. Adiunkt w Katedrze i Zakładzie Farmakologii Klinicznej AM we Wrocławiu. Autorka ponad 140 prac naukowych, współudział w 9 grantach naukowych, czynny udział w kilkunastu zjazdach naukowych w postaci doniesień i wykładów, organizacja konferencji naukowych, przewodniczenie sesjom naukowym na zjazdach polskich i międzynarodowych, nagroda Rektora AM we Wrocławiu za pracę doktorską oraz nagroda Towarzystwa Terapii Monitorowanej za najlepszą rozprawę doktorską 2000 roku. Zajmuje się terapią monitorowaną stężeniami leków w organizmie, farmakokinetyką, farmakologią społeczną.

Dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Wiela - Hojeńska

absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu; specjalizacja I stopnia z zakresu farmakodynamiki (1983), specjalizacja II stopnia z zakresu farmacji klinicznej (jako jeden z pierwszych specjalistów z farmacji klinicznej w Polsce) (1987). Pełnione funkcje (m.in.): kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Klinicznej AM we Wrocławiu od 2003 roku, prodziekan ds. nauki Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu od 2008 roku, konsultant wojewódzki ds. farmakologii klinicznej dla Województwa Dolnośląskiego od 2002 roku, kierownik Regionalnego Ośrodka Monitorowania Niepożądanych Działań Leków od 2006 roku, członek Senatu, członek Komisji Senackich – Badań Naukowych, Wydawniczej.

Dr Mariola Drozd

absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie. W 2001r. obroniła pracę doktorską w Zakładzie Zarządzania i Ekonomiki Farmaceutycznej Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie. Obecne zainteresowania naukowe skupiają się wokół zagadnień prawo-ekonomicznych związanych z rynkiem farmaceutycznym, a przede wszystkim szeroko rozumianą opieką farmaceutyczną i związanym z nią procesem samoleczenia. Jest autorem wielu prac naukowych, doniesień zjazdowych oraz promotorem prac magisterskich. Członek Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, obecnie w Zarządzie Oddziału Lubelskiego, sekretarz Zespołu ds. Opieki Farmaceutycznej przy Zarządzie Głównym oraz członek Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego.

Dr Anna Kijewska

absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie. W 2004r. obroniła pracę doktorską w Zakładzie Zarządzania i Ekonomiki Farmaceutycznej Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie. Obecne zainteresowania naukowe skupiają się wokół zagadnień prawo-ekonomicznych związanych z rynkiem farmaceutycznym, ponadto obecnie szeroko rozumiana opieka farmaceutyczna. Jest autorem wielu prac naukowych, doniesień zjazdowych oraz promotorem prac magisterskich. Członek Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, obecnie w Zarządzie Oddziału Lubelskiego oraz Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego.

Mgr Joanna Jaremek-Kudła

absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. W czasie studiów aktywnie pracowała w Studenckim Kole Naukowym przy Zarządania i Ekonomiki Farmaceutycznej, wykonując własne badania. Prezentowała wyniki badań na sympozjach Studenckich Kół Naukowych Ogólnopolskich i Międzynarodowych.

Mgr Agnieszka Żok

absolwentka kulturoznawstwa na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Pracę magisterską zatytułowaną „Filozoficzne i społeczne uwarunkowania aktualnego statusu pojęcia sztuki” obroniła, pod kierunkiem Pani prof. dr hab. Teresy Kostyry, w 2007 roku. Rok później podjęła studia dokto-

ranckie na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Jej główne zainteresowania badawcze oscylują wokół zagadnień związanych z miejscem teorii queer w naukach medycznych, filozofią i sztuką współczesną oraz socjologią zdrowia.

Dr hab. Maria Danuta Głowacka

jest autorem licznych publikacji z zakresu organizacji i zarządzania opieką zdrowotną. Zajmuje się dydaktyką oraz prowadzi liczne szkolenia dla menedżerów ochrony zdrowia i kadr Pielęgniarskich. Członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek, prezes Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu, Kierownik Podyplomowego studium Zarządzania w opiece zdrowotnej, redaktor naczelny Pielęgniarstwa Polskiego, w latach 1999-2002 przewodnicząca kolegium redakcyjnego Przewodnik Menadżera Zdrowia, obecnie członek kolegium redakcyjnego i rady programowej Menadżera Zdrowia, członek rady programowej Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. W latach 1993-1999 Prodziekan ds. studiów stacjonarnych, 1999-2003 Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu. Obecnie pracuje na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jest kierownikiem Katedry Nauk o Zdrowiu i Zakładu Organizacji i Zarządzania.

Piotr Czajka

absolwent Zdrowia Publicznego; asystent w Zakładzie Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; członek Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu; specjalista w zakresie planowania i analiz w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Poznaniu; współpracownik zespołu ds. realizacji projektu systemowego Pomoc - Aktywacja-Wsparcie w zakresie planowania, podziału i wydatkowania środków finansowych.

Dr n. med. Igor Radzewicz-Winnicki

jest lekarzem, specjalistą pediatrą, wykładowcą akademickim zatrudnionym w Zakładzie Pielęgniarstwa i Społecznych Problemów Medycznych w Wydziale Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zawodowo zajmuje się pediatrią społeczną i zdrowiem publicznym. Jest członkiem i aktywnym działaczem European Society for Social Paediatrics and Child Health oraz Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Dr hab. Prof. Nadzw. Anna Latawiec

profesor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, dr hab., (doktorat z filozofii przyrody, habilitacja z filozofii nauki). Od 1975 roku związana z Wydziałem Filozofii Chrześcijańskiej ATK/UKSW. Od 1998 roku jest kierownikiem Sekcji Filozofii Przyrody, a od 1996 – kierownikiem Katedry Metodologii Nauk Systemowo-Informacyjnych. Jej zainteresowania naukowo-badawcze koncentrują się wokół problematyki z zakresu filozofii przyrody (w szczególności problem informacji biologicznej, istoty życia), ekologii i ekomedycyny, z filozofii medycyny (zagadnienie śmierci, bólu, samotności), filozofii techniki, sztucznej inteligencji i wirtualności. Jest redaktorem naczelnym wydziałowego półrocznika *Studia Philosophiae Christianae* oraz członkiem wielu redakcji, kolegiów i rad redakcyjnych czasopism naukowych,

prac zbiorowych, a także recenzentem wydawniczym kilku pozycji książkowych z zakresu filozofii, ekologii, symulacji. Jest członkiem z wyboru bieżącej kadencji Komitetu Nauk Filozoficznych PAN.

Mgr Maria Nowakowska

ukończyła filozofię przyrody na Akademii Teologii Katolickiej w Warszawie; Podyplomowe Studium Intradrenalnej Profilaktyki Uzależnień; Studium dla instruktorów Terapii Uzależnień. Obecnie jest doktorantką na Studiach doktoranckich z filozofii na UKSW w Warszawie.

Dr Dorota Probuca

adiunkt w Katedrze Etyki Instytutu Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Autorka dwóch książek (Utylitaryzm, 1999; Etyka. Wybrane zagadnienia i kierunki, 2004), kilkudziesięciu artykułów oraz ośmiu książek pod redakcją (Dylematy Filozofii, 1999; O nauczaniu filozofii. Pasja czy misja? 2001; Etyka, psychologia, psychoterapia, 2004; Etyka i polityka, 2005; Etyka wobec sytuacji granicznych, 2007; Czy sprawiedliwość jest możliwa? 2008; Prawda w życiu moralnym, 2009; Dobro wspólne, 2010). Organizatorka Ogólnopolskich Forów Etycznych odbywających się corocznie w czerwcu, w Krakowie.

Mgr farm. Anna Szwedek-Trzaska

doktorantka w Zakładzie Biologii Środowiskowej w Katedrze Nauk Podstawowych i Przedklinicznych Wydziału Wojskowo-Lekarskiego w Łodzi, absolwentka Wydziału Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (2007). Obszary zainteresowań: farmacja, medycyna, zdrowie publiczne, języki obce.

Dr hab. n. med. Anna Głowacka

kierownik Zakładu Biologii Środowiskowej, Katedry Nauk Podstawowych i Przedklinicznych, Wydziału Wojskowo - Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Przed objęciem stanowiska kierownika Zakładu Biologii Środowiskowej (27.01.2007 r) była adiunktem w Zakładzie Biologii i Parazytologii Lekarskiej UM w Łodzi, zajmowała się pracą naukową i dydaktyczną. Jest członkiem Towarzystw Naukowych: Der Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft, Polskie Towarzystwo Parazytologiczne, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne Sekcja Mikologiczna, Word and European Federation of Parasitologists. Zakład Biologii Środowiskowej współpracuje z Zakładem Mikrobiologii Farmaceutycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Mgr farm. Magdalena Waszyk-Nowaczyk

jest asystentem w Pracowni Farmacji Praktycznej przy Katedrze i Zakładzie Technologii Postaci Leku Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jej zainteresowania naukowe oraz dydaktyczne dotyczą szeroko pojętej opieki farmaceutycznej. Aktualnie pełni funkcję opiekuna Studenckiego Koła Naukowego Opieki Farmaceutycznej. Od września 2008 roku realizuje pracę doktorską na temat: "Oczekiwania pacjentów i lekarzy odnośnie zakresu zadań stawianych aptekarzowi w realizacji opieki farmaceutycznej".

Dr hab. n. med. Marek Simon, prof. UM

absolwent Wydziału Farmaceutycznego, pracownik naukowy Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W Katedrze prowadzi wykłady, seminaria i zajęcia fakultatywne z patofizjologii dla studentów wszystkich wydziałów i kierunków na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Wiedza teoretyczna z patofizjologii i doświadczenie w kontaktach z pacjentami daje solidne podstawy do opracowania pewnej wizji opieki farmaceutycznej w Polsce.

Mgr Magdalena Hartman

absolwentka Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, w 2007 roku ukończyła studia na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej na kierunku analityka medyczna. W chwili obecnej pracuje w Katedrze i Zakładzie Podstawowych Nauk Biomedycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie pod kierownictwem Pani Prof. Barbary Błońskiej Fajfrowskiej, specjalisty zdrowia publicznego, realizuje prace badawcze z zakresu sensoryki oraz zdrowia publicznego.

Mgr Paweł Lichtański

ukończył studia na kierunku analityka medyczna na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w roku 2009. Pracuje w Katedrze Podstawowych Nauk Biomedycznych ŚUM. Współtwórca wzoru użytkowego uchwytu do badania właściwości mechanicznych tkanek. Współautor publikacji z zakresu biologii medycznej i zdrowia publicznego.

Dr n. biol. Ewa Klimacka-Nawrot

W 1986 roku ukończyła studia na kierunku analityka medyczna na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. W roku 1996 uzyskała stopień doktora nauk biologicznych. Pracuje w Katedrze Podstawowych Nauk Biomedycznych ŚUM. Autorka publikacji z zakresu biologii medycznej i zdrowia publicznego.

Lek. Barbara Duda-Raszewska

Ukończyła studia na Wydziale Lekarskim w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w roku 1998. Pracuje w Szpitalu Miejskim w Piekarach Śląskich. Specjalista z zakresu chorób wewnętrznych oraz z zakresu gastroenterologii. Doktorantka w Katedrze Podstawowych Nauk Biomedycznych ŚUM. Współautorka publikacji z zakresu diabetologii i zdrowia publicznego.

Prof. dr hab. n. med. Barbara Błońska-Fajfrowska

absolwentka Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Stopnie doktora i doktora habilitowanego nauk medycznych w dyscyplinie biologia medyczna uzyskała odpowiednio w latach 1977 i 1984, a tytuł profesora w roku 2001. Jest specjalistą zdrowia publicznego i specjalistą z zakresu okulistyki. Od 1991 kieruje Katedrą i Zakładem Podstawowych Nauk Biomedycznych. Autorka licznych publikacji z zakresu biologii medycznej, diagnostyki laboratoryjnej i zdrowia publicznego. W latach 2001-2005 przewodniczyła Komisji Zdrowia Sejmu RP.

Lek. Karolina Donocik

Ukończyła studia na Wydziale Lekarskim w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w roku 2003. Pracuje w Szpitalu Miejskim w Zawierciu. Jest w trakcie specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej. Jest doktorantką w Katedrze Podstawowych Nauk Biomedycznych ŚUM. Współautorka publikacji z zakresu chirurgii i zdrowia publicznego.



Instytut Sobieskiego wydał ostatnio:

Marek Dietl

**Proces monopolizacji
a niepewność**

Leszek Skiba

**Rządzić państwem.
Centrum decyzyjne rządu
w wybranych krajach europejskich**

Justyn Piskorski

**Szkoła domowa.
Pomiędzy wolnością a obowiązkiem**

Krzysztof Krajewski-Siuda, Piotr Romaniuk

Zdrowie Publiczne

Aleksander Zawisza

**Gaz dla Polski
Zarys historii sektora gazu ziemnego
w ostatnich dwóch dekadach w Polsce**

red. Jan Filip Staniłko

Katastrofa. Bilans dwóch lat.

red. Maciej Rapkiewicz

**Efektywność, planowanie, rozwój
- jednostki samorządu terytorialnego
wobec kluczowych wyzwań strukturalnych**

„Samoleczenie” to pierwsza w Polsce monografia naukowa, podsumowująca aktualny stan wiedzy na temat samoleczenia, pod kątem aspektów bio-medycznych, legislacyjnych, społeczno-ekonomicznych i etycznych. Praca pod red. Krzysztofa Krajewskiego-Siudy zawiera zarówno część teoretyczną jak i oryginalne prace badawcze poświęcone zjawisku samoleczenia.

ISBN 978-83-927691-6-3



Instytut Sobieskiego

ul. Nowy Świat 27

00-029 Warszawa

tel./fax: 22 826 67 47

sobieski@sobieski.org.pl

www.sobieski.org.pl