Zjawisko samoleczenia w chorobach przewlekłych na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane

The phenomenon of self-care in chronic diseases on the example of patients with multiple sclerosis

Justyna Jeżewska[A–D], Monika Wójta-Kempa[A,D–F]

Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online) *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):191–203

Adres do korespondencji
Monika Wójta-Kempa
e-mail: monika.wojta-kempa@umed.wroc.pl

Zewnętrzne źródła finansowania
Brak

Konflikt interesów
Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 8.11.2018 r.
Po recenzji: 13.12.2018 r.
Zaakceptowano do druku: 9.09.2019 r.

Cytowanie
Jeżewska J, Wójta-Kempa M. Samoleczenie w stwardnieniu rozsianym. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):191–203.
doi:10.17219/pzp/12226

DOI
10.17219/pzp/112226

Copyright
© 2019 by Wroclaw Medical University
This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 3.0 Unported License (https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)

Streszczenie

Wprowadzenie. Zwiększająca się liczba osób zmagających się z chorobami przewlekłymi stanowi wyzwanie dla specjalistów zdrowia publicznego. Ograniczenia występujące w leczeniu chorób o nieznanej etiologii skłaniają chorych do podejmowania samoleczenia. W zależności od polityki państwa, prowadzonej edukacji oraz panującej kultury zjawisko to może być szansą lub zagrożeniem w kontekście funkcjonowania ochrony zdrowia.

Cel pracy. Głównym celem pracy była ocena powszechności zjawiska samoleczenia wśród przewlekle chorych, określenie powodów i czasu jego podejmowania. Przedmiotem zainteresowania autorek niniejszej pracy były również metody samoleczenia oraz przekonania chorych o ich skuteczności.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą CAWI wśród 176 osób chorujących na SM lub u których podejrzewa się występowanie tej choroby. Kwestionariusz ankiety utworzono w serwisie ankietka.pl i rozpowszechniono w kilku wirtualnych grupach pacjentów skupiających osoby chore na SM. Na populację objętą badaniem składały się głównie kobiety (77%), osoby chorujące na SM od kilku miesięcy do 20 lat (77%). Średni wiek respondentów wynosił 36 lat.

Wyniki. Niemal trzy czwarte badanych stosowało samoleczenie, głównie z powodu „chęci zrobienia czegoś dla siebie" (65%) oraz przekonania, że metody konwencjonalne nie są skuteczne (38%). Najpopularniejszym rodzajem samoleczenia było zażywanie suplementów diety (90%). Jednak ta forma samoleczenia najbardziej rozczarowuje osoby chore na SM. Za mało skuteczną respondenci uznali również medycynę konwencjonalną opłacaną z NFZ. Najlepiej oceniono skuteczność komercyjnych zabiegów medycznych opłacanych przez pacjentów z własnej kieszeni. Pozytywna ocena skuteczności leczenia konwencjonalnego w SM jest zatem uzależniona od zabiegów rehabilitacji, a nie farmakoterapii.

Wnioski. Stosowanie samoleczenia należy zaliczyć do najważniejszych sposobów zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób już chorujących lub z podejrzeniem ciężkiej, nieprzewidywalnej i często prowadzącej do niepełnosprawności choroby, jaką jest SM. Najczęstszym powodem jego wprowadzenia jest spełnienie wewnętrznej potrzeby dbałości o zdrowie w momencie wystąpienia kryzysu zdrowotnego lub podejrzenia choroby. Dzięki podejmowanym działaniom chorzy realizują przekonanie, że uda się „zatrzymać" lub spowolnić postęp choroby, by jak najdłużej utrzymać sprawność funkcjonalną organizmu.

Słowa kluczowe: suplementy diety, samoleczenie, stwardnienie rozsiane

Abstract

Background. The growing percentage of people struggling with chronic diseases is a challenge for public healthcare system. Limitations occurring in the treatment of diseases of unknown etiology induce patients to undertake self-treatment. Depending on the policy of the state, education carried out and the dominant culture this phenomenon can be a chance or a hazard in regard to the functioning of healthcare system.

Objectives. The main aim of the study was to assess the prevalence of self-care among chronically ill patients, and to determine the reasons and time of its undertaking. Authors of the study were also interested in the methods of self-healing and convictions among patients about their effectiveness.

Material and methods. The study was conducted employing the CAWI method among 176 people with a diagnosis of multiple sclerosis (MS) or suspicion of MS. The questionnaire was distributed in a few virtual groups of patients gathering people with MS. The population covered by the study consisted mainly of women (77%) and people suffering from MS in a timespan from a few months to 20 years (77%). Mean age of the respondents was 36 years.

Results. Nearly ¾ of respondents practised self-care, mainly because of "wanting to do something for themselves" (65%) and the belief that conventional methods are not effective (38%). The most popular type of self-care was the use of dietary supplements (90%). However, this form of self-healing is also the most disappointing for people suffering from MS. The respondents also considered conventional medicine covered by the NFZ to be ineffective. The effectiveness of commercial medical treatments paid for by patients out of their own pocket was rated best. Positive evaluation of the effectiveness of conventional treatment in MS is therefore dependent on rehabilitation and not on pharmacotherapy.

Conclusions. The use of self-care should be included among the most important ways to meet the needs of people diagnosed with or suspected of having a severe and chronic illness (SM). The most common reason for undertaking it is to meet the internal need for healthcare when a health crisis or suspected illness occurs. Through self-treatment the patients can become convinced that the progress of the illness can be "halted" or decelerated to keep the organism in good condition as long as possible.

Key words: sclerosis multiplex, dietary supplements, self-care

Wprowadzenie

Samoleczenie jest zjawiskiem społecznym, kształtowanym przez kulturę, politykę zdrowotną państwa, własne doświadczenia pacjentów i dostęp do rzetelnej wiedzy.[1] Światowa Organizacja Zdrowia posługuje się pojęciami: *self-care* (samoopieka) i *self-medication* (samoordynacja leków). Samoopieka odnosi się do szerokiego zakresu działań utrzymujących i utrwalających własne zdrowie. Można wśród nich wyróżnić m.in.: przestrzeganie zasad higieny, właściwej diety, zachowywanie prozdrowotnego stylu życia oraz racjonalne stosowanie leków – *self-medication*.[2] W przypadku terapii przewlekłych i nawracających schorzeń *self-medication* klasyfikuje się również jako „okresowe lub ciągłe stosowanie preparatów zaleconych przez lekarza".[3]

Samoleczenie jest szczególnie istotnym zachowaniem wśród osób przewlekle chorych z uwagi na to, że choroby te odpowiadają za 85% wszystkich zgonów w Europie.[4] Ponad połowa Polaków (54%) skarży się na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające co najmniej 6 miesięcy. Częściej są one zgłaszane przez kobiety (57% kobiet vs 47% mężczyzn). Odsetek osób cierpiących z powodu długotrwałych problemów zdrowotnych zwiększa się wraz z wiekiem.[5,6] Niepokojące jest to, że u jednej czwartej dzieci w wieku 0–14 lat rozpoznaje się co najmniej 1 chorobę przewlekłą, co stwarza wyzwanie dla zdrowia publicznego w zakresie profilaktyki zdrowotnej.[5]

Należy zauważyć, że tematyką samoleczenia w dużej mierze interesują się osoby zmagające się z chorobami, których leczenie z wykorzystaniem konwencjonalnych terapii nie ma pewności powodzenia. Wynika to z niewyjaśnionej etiologii schorzeń, przedłużającego się procesu diagnostycznego, a także braku dostępu do skutecznych i nieobarczonych skutkami ubocznymi metod leczenia. Samoleczenie i samoopieka mogą być wyrazem „radzenia sobie" chorego w sytuacji dużej niepewności co do przebiegu choroby i jej skutków (np. niepełnosprawności). Chory stawia tu siebie w roli podmiotu (współ)decydującego o stosowaniu leków/ziół/substancji pozostających w zasięgu jego możliwości i kontrolującego objawy choroby. W tym kontekście samoleczenie może być postrzegane jako strategia chorego wynikająca z braku efektywnej profilaktyki chorób i edukacji[7] oraz braku dostępu do rzetelnej informacji. Samoleczenie może również akcentować pozytywny wymiar chorowania, gdzie choroba wzbogaca wiedzę i zwiększa możliwości sprawcze osoby chorującej, przyczyniając się w pewnym sensie do osiągnięcia „sukcesu" w trudnej sytuacji. Chodzi tu zarówno o zdobycie informacji (np. o jakimś nowym sposobie leczenia), jak i skorzystanie z terapii (np. sprowadzenie leku z zagranicy).

Przykładem choroby przewlekłej o nie do końca poznanej przyczynie jest stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex* – SM). Przypuszcza się, że na jej wystąpienie wpływa wiele czynników.[8] Choroba ta stopniowo uszkadza ośrodkowy układ nerwowy, co bardzo często doprowadza do powstania niepełnosprawności. Chory na SM często odczuwa takie objawy, jak: niedowłady piramidowe, zaburzenia czucia czy koordynacji.[9] Grupą szcze-

gólnie narażoną na wystąpienie SM są kobiety. Przedział wiekowy, w którym następuje szczyt zachorowań, przypada w 20.–40. r.ż.[10] Mediana wieku zachorowania to 23,5 roku, a średni wiek – 30 lat.

Samoleczenie zyskuje szczególnie interesujący wymiar w odniesieniu do chorób przewlekłych. W tym przypadku chory sam może ocenić skuteczność leczenia zaordynowanego przez lekarza, ma też możliwość (i często przyzwolenie) modyfikacji dawek i częstości stosowania wypisanych leków. Poprzez kontrolowanie objawów i obserwację reakcji na leki chory może też samodzielnie włączać leki nieprzepisane przez lekarza, suplementować oraz zmieniać dietę i styl życia. W tym miejscu możemy mówić już o nieprzewidywalnych i niepożądanych skutkach włączenia dodatkowych leków, ziół, suplementów diety do leczenia ustalonego przez lekarza. Należą do nich:

– osłabienie skuteczności leczenia konwencjonalnego,
– odraczanie decyzji o zmianie leczenia konwencjonalnego,
– niepożądane reakcje łączonych terapii (m.in. osłabienie wchłaniania substancji czynnych, dublowanie dawki, interakcje podnoszące ryzyko uszkodzenia zdrowych organów lub układów itp.),
– podniesienie autorytetu wiedzy potocznej (ang. *lay referral system*), a nawet ignorowanie wiedzy medycznej (zaleceń lekarza).

Autorki artykułu założyły, że zjawisko samoleczenia wśród chorych na SM jest szczególnie popularne. Przemawia za tym przewlekły i nieprzewidywalny charakter schorzenia, częstsze występowanie wśród kobiet (które chętniej korzystają z pomocy lekarskiej niż mężczyźni i wykazują odpowiedzialność za dbałość o zdrowie swoje i rodziny), a także chęć złagodzenia chorób i objawów współistniejących, takich jak: depresja, spastyczność mięśni, ból, zaburzenia poznawcze, nieprawidłowa praca zwieraczy czy dysfunkcje seksualne.[7,11] Brak kompleksowej (systemowej) opieki nad osobami chorymi na SM skłania je do samodzielnego radzenia sobie z chorobą. Zauważenie tego problemu stanowiło podstawę do podjęcia próby usystematyzowania powodów i sposobów samoleczenia wśród osób chorujących na SM.

Głównym celem pracy było określenie powszechności zjawiska samoleczenia oraz powodów jego stosowania wśród chorych przewlekle na przykładzie osób, u których zdiagnozowano SM lub w przypadku których toczy się postępowanie mające potwierdzić bądź wykluczyć tę chorobę. Najważniejszym aspektem pracy była próba zgromadzenia wiedzy na temat częstości i rodzaju samodzielnie podejmowanych zabiegów nakierowanych na poprawę lub przywrócenie zdrowia oraz zbadanie subiektywnej oceny chorych na temat ich skuteczności. Dzięki takiej wiedzy specjaliści z zakresu ochrony zdrowia mogą określić potrzeby pacjentów zmagających się z chorobami przewlekłymi w zakresie edukacji zdrowotnej oraz będą w stanie ocenić skalę ryzyka wystąpienia u tych osób zagrożeń zdrowotnych, którym należałoby przeciwdziałać.

Materiał i metody

Pierwszą część projektu badawczego stanowiła kwerenda literatury polsko- i anglojęzycznej na temat SM. Druga część składała się z badania, które przeprowadzono w okresie luty–kwiecień 2016 r. Grupa badana, dobrana nieprobabilistycznie, liczyła 176 osób. Byli to respondenci chorujący na SM lub u których podejrzewa się występowanie tej choroby. Ankietowani, u których rozpoznano SM, stanowili 77% (135 osób) badanej grupy. Brak oficjalnych rejestrów chorych na SM uniemożliwia stworzenie grupy reprezentatywnej. Z tej przyczyny autorzy zrezygnowali z przeprowadzenia wnioskowania statystycznego. Mimo tego ograniczenia warto zauważyć, iż próba badawcza odzwierciedla epidemiologiczny obraz populacji chorujących na SM, której większość stanowią kobiety. Badanie przeprowadzono metodą sondażu CAWI (ang. *computer-assisted web interview*) z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza utworzonego w serwisie ankietka.pl.

Kwestionariusz udostępniono przez portal Facebook. Grupa docelowa została wyselekcjonowana poprzez dołączenie badaczy do zamkniętych grup skupiających osoby chore i zainteresowane tematyką SM, tj.: *SM to nie wyrok, to choroba jak wiele innych*, *Pogoda ducha w SM, Przez Stwardnienie Rozsiane Konopiami, Neuro-Pozytywni, SM – Wrocław i okolice.* Podstawowym działaniem mającym na celu zgromadzenie respondentów było zamieszczenie prośby o wypełnienie ankiety na stronie głównej grupy. Ponadto w celu efektywniejszego rozpowszechnienia ankiety wysłano poszczególnym członkom grup ok. 500 prywatnych wiadomości z prośbą o wypełnienie kwestionariusza, który składał się z 9 części zawierających 59 pytań. Umieszczono w nim przede wszystkim pytania zamknięte, umożliwiające zebranie informacji o częstości i rodzajach stosowanego samoleczenia. Pierwszą część kwestionariusza stanowiło 15 pytań metryczkowych. Kolejna dotyczyła zjawiska samoleczenia. Sześć następnych części zawierało pytania o: stosowanie suplementów i leków bez recepty, diet, ziół i terapii roślinnych, konopi i produktów pochodnych, zabiegów medycyny: niekonwencjonalnej oraz konwencjonalnej wykupionych samodzielnie. Respondenci byli również proszeni o ocenę skuteczności każdego rodzaju samoleczenia. Ostatni panel ankiety zawierał pytania o samooocenę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz poziomu jakości życia. W formularzu umieszczono także pytania otwarte, umożliwiające wpisywanie komentarzy i ocen poziomu skuteczności podejmowanych praktyk samoleczniczych. Na 6 tego typu pytań uzyskano 96 spontanicznych odpowiedzi. Niektóre z nich zostały zaprezentowane poniżej. W podsumowaniu kwestionariusza umieszczono prośbę o ocenę kwestionariusza. Uzyskano 26 odpowiedzi zwrotnych, w których respondenci docenili ważność podjętej w badaniach problematyki.

Wyniki

Charakterystyka próby

Próbę badawczą będącą podstawą badania stanowiły osoby, które zadeklarowały chorobę lub podejrzenie SM. Kobiety stanowiły 77% badanej grupy (n = 136), a mężczyźni 23% (n = 40). Średni wiek respondentów wyniósł 36,5 roku (kobiety 36,1 roku; mężczyźni 37,7 roku), a mediana przypadała na 33,5 r.ż. Ponad połowa ankietowanych poinformowała, że w ich przypadku SM ma postać rzutowo-remisyjną (60,2%), a 19,3% chorych podało, że rozpoznano u nich postać postępującą. Podejrzenie choroby wystąpiło u 5,1% respondentów. U 66,5% zdiagnozowanych pacjentów czas trwania choroby wynosi do 10 lat. Ponad jedna trzecia uczestników badania (37%) zadeklarowała występowanie innej choroby przewlekłej (choroby układu krążenia, choroby tarczycy, depresji). Charakterystykę próby badawczej przedstawiono na ryc. 1–6.

Popularność samoleczenia

Niemal trzy czwarte badanych przyznało się do podejmowania samoleczenia (74%). Kobiety i mężczyźni w jednakowym stopniu stosowały samoleczenie. Nie zaobserwowano istotnych różnic, biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania (samoleczenie podejmowało 48% mieszkańców wsi i 83% mieszkańców miast liczących >500 tys. mieszkańców) oraz wykształcenie (samoleczenie stosowało 58% osób mających wykształcenie zawodowe i 84% mających wykształcenie wyższe). Wiek kobiet wybierających samoleczenie jest niższy od średniego wieku w próbie i wynosi 35,6 roku (mężczyzn: 36,1 roku). Samoleczenie chętniej stosują zatem osoby młodsze, mieszkające w wielkich miastach i z wyższym wykształceniem (tabela 1).

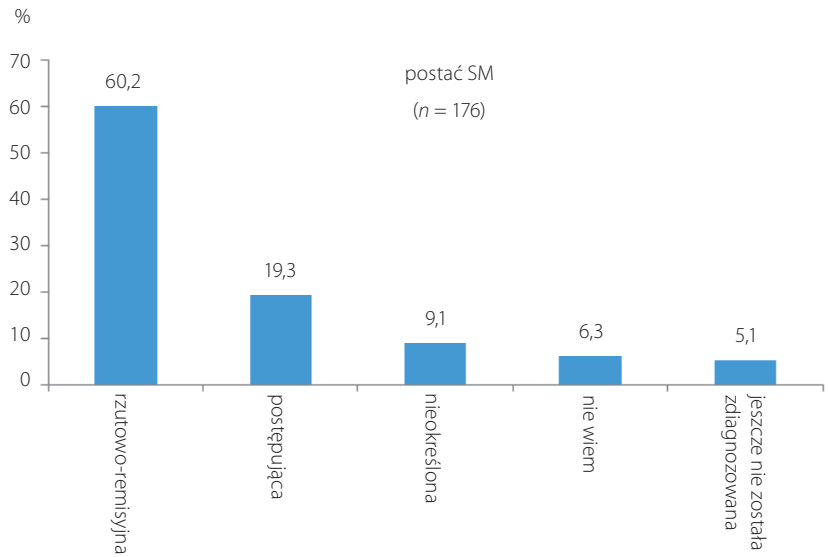
Powody podjęcia samoleczenia

Decydującym powodem podjęcia samoleczenia było zaspokojenie indywidualnych potrzeb, definiowanych jako „chęć zrobienia czegoś dla siebie" (64,9%). Wśród niemal 40% badanych istniało przekonanie, że metody konwencjonalne nie pomogą w poprawie funkcjonowania chorego (38,2%). Kolejnym bodźcem do stosowania samoleczenia były błędy komunikacyjne – brak wyczerpujących informacji od lekarza (27,5%) – ryc. 7. Ważnymi powodami były również wysokie koszty leczenia konwencjonalnego oraz ich uciążliwość (skutki uboczne).

Pytanie o powody podjęcia samoleczenia wskazało zróżnicowanie motywacji poszczególnych osób. Najważniejszym aspektem okazuje się jednak silna emocjonalna potrzeba „zrobienia czegoś dla siebie", będąca elementem adaptacji do nowych uwarunkowań zdrowotnych, gdy chory wierzy, że jest w stanie kontrolować objawy i przebieg choroby. Ta potrzeba występuje niezależnie od czasu trwania choroby i w przekonaniu autorek niniejszej pracy należy wiązać ją z najczęściej występującymi u chorych dolegliwościami (zmęczeniem, obniżeniem koncentracji, zaburzeniami koordynacji ruchowej itd.).

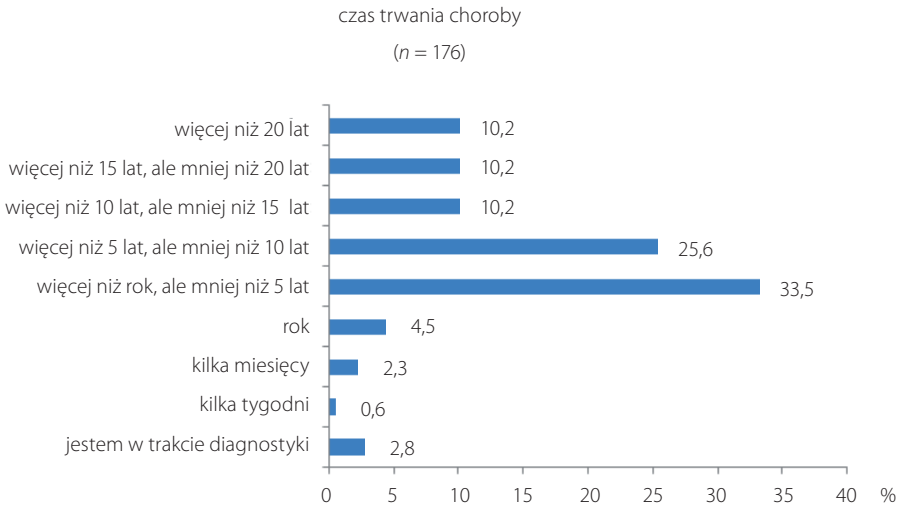
Rodzaje samoleczenia

Najpopularniejszym rodzajem samoleczenia wśród osób z podejrzeniem lub rozpoznaniem SM było stosowanie suplementów diety (90,1%). Około 62% respondentów stosowało specjalną dietę, a kolejne 55% samodzielnie opłacało zabiegi oferowane w ramach leczenia konwencjonalnego (ryc. 8). Prawie 45% stosujących samoleczenie jednocześnie korzystało z metod medycyny komplementarnej i alternatywnej (ang. *complementary and alternative medicine* – CAM), ziołolecznictwa (44%) oraz pochodnych konopi (29%).



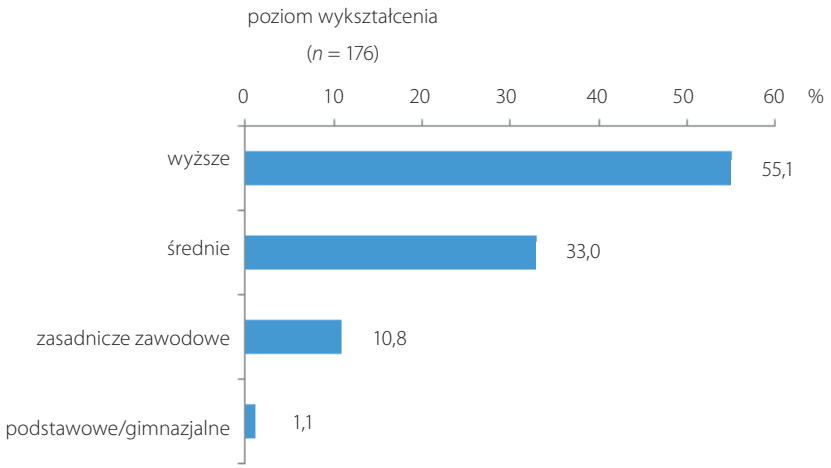
Ryc. 1. Charakterystyka próby: postać SM

Fig. 1. Study sample characteristics: form of MS



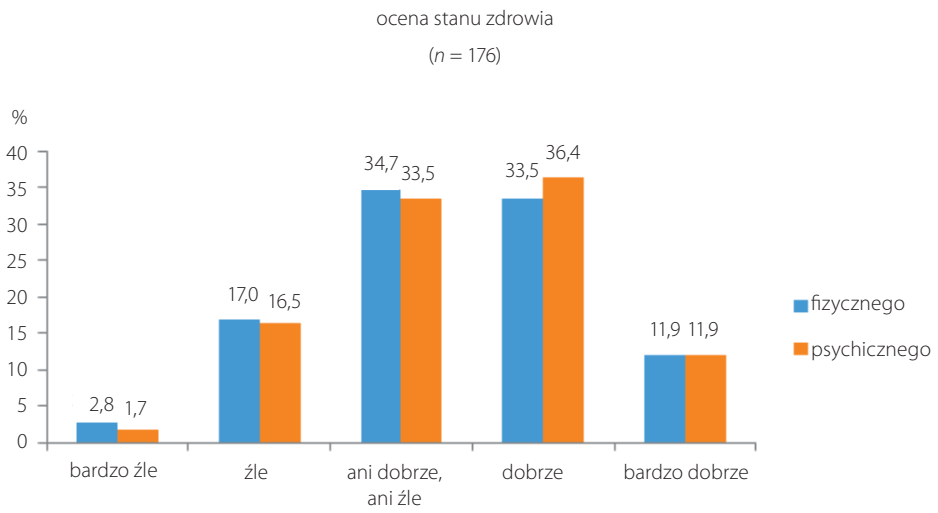
Ryc. 2. Charakterystyka próby: czas trwania choroby

Fig. 2. Study sample characteristics: duration of the disease



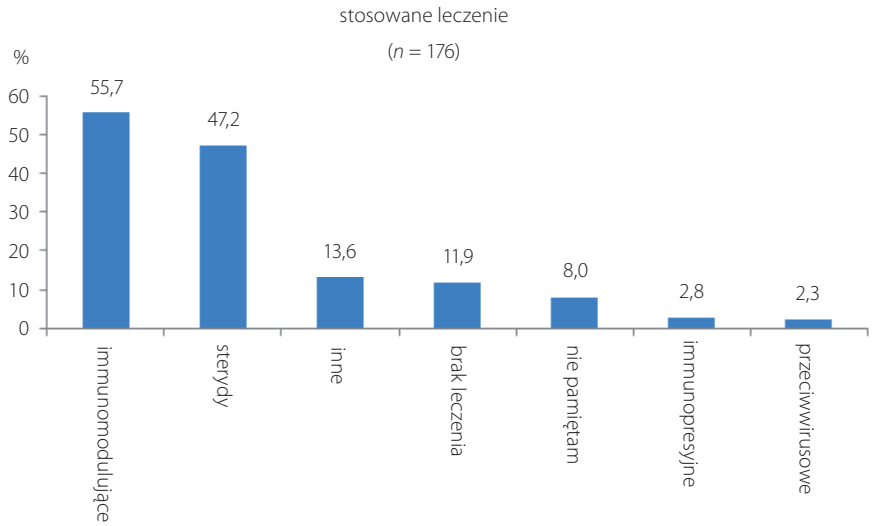
Ryc. 3. Charakterystyka próby: wykształcenie

Fig. 3. Study sample characteristics: level of education



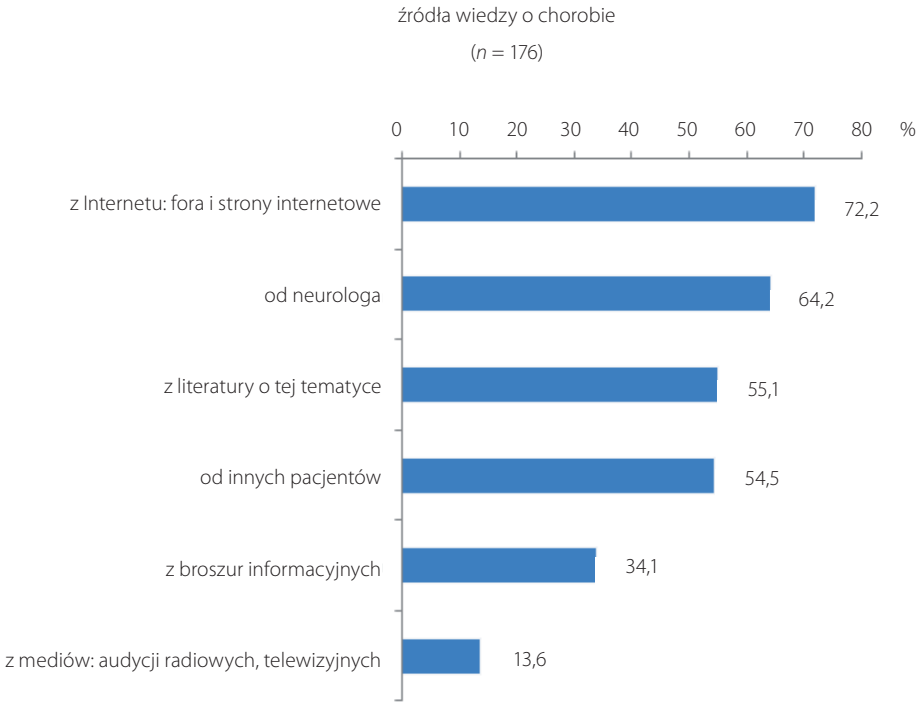
Ryc. 4. Charakterystyka próby: ocena stanu zdrowia

Fig. 4. Study sample characteristics: health assessment



Ryc. 5. Charakterystyka próby: stosowane leczenie

Fig. 5. Study sample characteristics: treatment implemented



Ryc. 6. Charakterystyka próby: źródła wiedzy o chorobie

Fig. 6. Study sample characteristics: sources of knowledge about the disease

Suplementy diety i leki OTC

Suplementy diety i leki OTC stanowiły podstawę prowadzonego samoleczenia wśród chorych. Respondenci w głównej mierze stosowali: witaminę D (87,3%), magnez (72,9%) oraz witaminy z grupy B (69,5%). Popularne były również preparaty zawierające kwasy n-3 i n-6, oleje oraz witaminy: K_2, A i E (ryc. 9).

Prawie jedna piąta osób (17%) sprowadzała leki OTC lub suplementy diety z zagranicy.

Źródłem wiedzy o suplementach są przede wszystkim inni chorzy. Niemal co drugi pacjent przyznał, że znaczącą rolę przy podjęciu decyzji o takiej formie samoleczenia miał inny chory na SM (49,2%). Następnie wymieniano osoby z forum internetowego dla chorych na SM (43,2%), a dopiero na trzecim miejscu podawano samodzielnie znalezioną i zastosowaną terapię (30,5%).

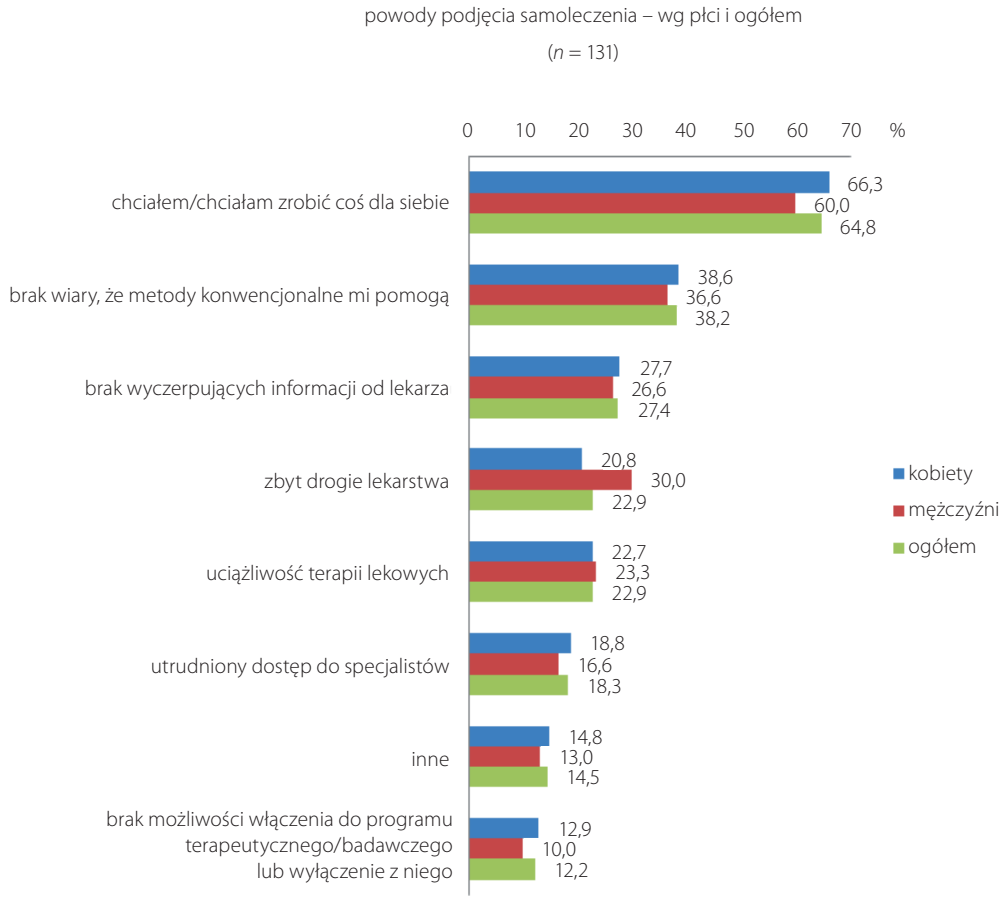
Pacjenci łączą suplementację z innymi formami samoleczenia. W grupie respondentów zażywających leki OTC

Tabela 1. Respondenci stosujący samoleczenie wg wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz czasu trwania choroby

Table 1. Respondents undertaking self-treatment with regard to age, level of education, place of residence, and duration of the disease

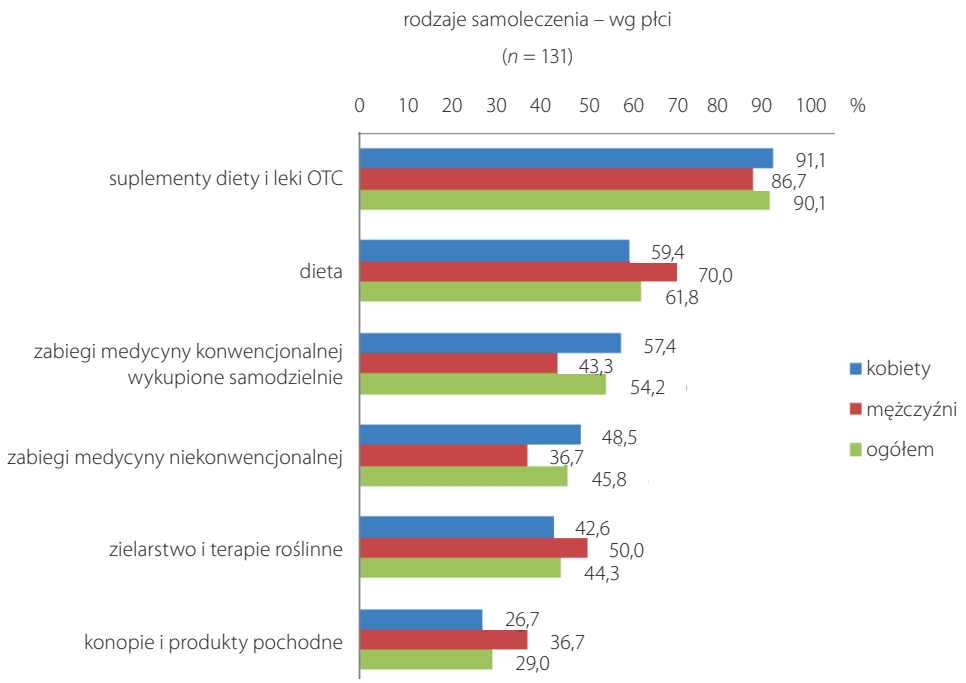
Cecha	Osoby stosujące samoleczenie (*n* = 131)	
	kobiety[a] [%] (*n* = 101)	mężczyźni[b] [%] (*n* = 30)
Wykształcenie		
podstawowe	0,0	0,0
zasadnicze zawodowe	50,0	80,0
średnie	66,7	62,5
wyższe	84,6	84,2
Miejsce zamieszkania		
wieś	42,1	62,0
miasto <20 tys. mieszkańców	75,0	50,0
miasto 20–100 tys. mieszkańców	75,0	100,0
miasto 100–500 tys. mieszkańców	75,0	87,0
miasto >500 tys. mieszkańców	85,4	75,0
Czas trwania choroby		
w trakcie diagnostyki	100,0	0,0
do roku	70,0	60,0
więcej niż rok, ale mniej niż 5 lat	77,3	86,7
więcej niż 5 lat, ale mniej niż 10 lat	77,1	70,0
więcej niż 10 lat, ale mniej niż 15 lat	61,5	60,0
więcej niż 15 lat, ale mniej niż 20 lat	76,5	100,0
więcej niż 20 lat	54,5	71,4

[a] Średnia wieku: 35,6 roku.
[b] Średnia wieku: 36,1 roku.
n – liczebność badanej cechy w próbie.



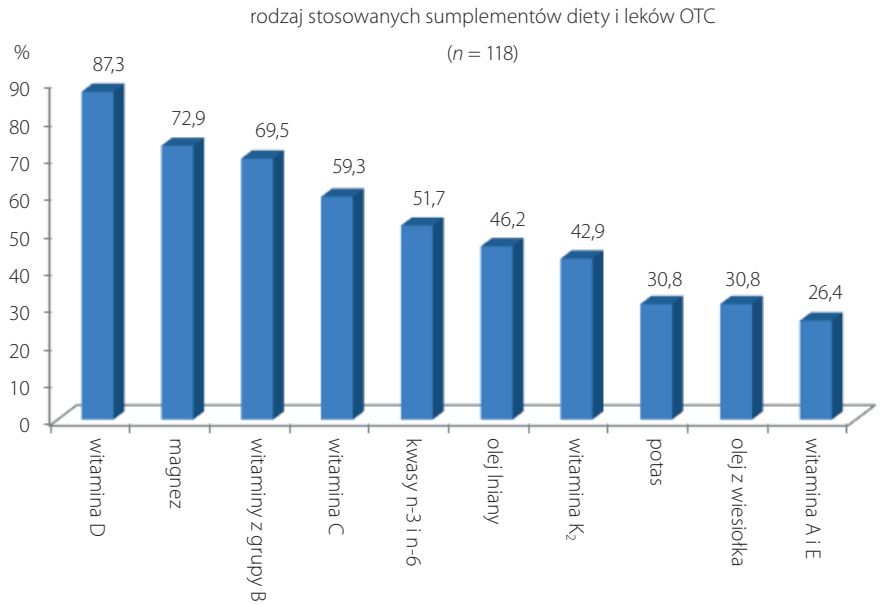
Ryc. 7. Powody podjęcia samoleczenia

Fig. 7. Reasons of unertaking self-treatment



Ryc. 8. Rodzaje samoleczenia

Fig. 8. Methods of self-treatment



Ryc. 9. Rodzaj stosowanych suplementów diety i leków OTC

Fig. 9. Types of diet supplements and OTC drugs used

i suplementy diety większość (64%) stosowała jednocześnie dietę oraz medycynę konwencjonalną (53%) sfinansowaną samodzielnie.

Dietoterapia

Drugim z wymienianych najczęściej sposobów samoleczenia była dieta. Jej stosowanie zadeklarowało 62% uczestników badań. Ponad 44% wybrało dietę bezglutenową, jedna trzecia respondentów ograniczała w swojej diecie spożycie cukru (34,5%), a 32,1% stosowało inne diety, niewyróżnione w kwestionariuszu. Wymieniono m.in.: dietę dr Wahls, dietę paleo oraz dietę dr Ewy Dąbrowskiej. Jedynie co trzeci badany stosujący dietę (34,6%) miał stwierdzoną nietolerancję pokarmową lub alergię m.in. na gluten lub nabiał. W celu utrzymania stanu zdrowia lub złagodzenia objawów SM ankietowani spożywają: warzywa i owoce (85,5%), nasiona i orzechy (72,8%)

oraz przyprawy (63%), takie jak: kurkuma, czosnek, imbir, pieprz cayenne, cynamon itp. Aż 93% respondentów stosujących dietę jednocześnie przyjmowało leki OTC i suplementy diety.

Medycyna konwencjonalna – zabiegi sfinansowane samodzielnie

Ponad połowa respondentów (54,2%) stosujących samoleczenie korzysta z medycyny konwencjonalnej opłacanej z własnych środków. Większość finansuje sobie rehabilitację ruchową (77,5%), masaż (70,4%), a prawie połowa zabiegi krioterapii (46,5%). Aż 87% korzystających z medycyny konwencjonalnej sfinansowanej samodzielnie stosowało w tym samym czasie leki OTC i suplementy diety. Najprawdopodobniej zabiegi rehabilitacyjne zalecane przez lekarzy okazują się niewystarczające, by utrzymać oczekiwany poziom kontroli nad postępami choroby. Wiele osób stara się na własną rękę zapobiegać postępom choroby lub opóźniać je, ponieważ nieuchronnie prowadzi one do niepełnosprawności i niesamodzielności chorych.

Medycyna niekonwencjonalna

O ile samodzielne korzystanie i opłacanie zabiegów konwencjonalnych może świadczyć o nieprawidłowościach w opiece nad chorymi na SM (niewystarczająca liczba refundowanych zabiegów), o tyle korzystanie z terapii niekonwencjonalnych może być wyrazem zaniedbań systemu usług medycznych w pozaklinicznych wymiarach choroby, takich jak komfort funkcjonowania, jakość życia, społeczny i duchowy aspekt choroby nieuleczalnej.

Do stosowania tej formy samoleczenia przyznało się 46% badanych. Kobiety częściej niż mężczyźni wybierały terapie niekonwencjonalne (48% kobiet i 37% mężczyzn stosujących samoleczenie). Około trzy czwarte badanych preferowało masaż, a niemal połowa praktykowanie jogi (45%) oraz bioenergoterapię (43%). Kobiety znacznie częściej wybierały masaż i jogę, natomiast mężczyźni masaż i bioenergoterapię. Niemal wszystkie osoby stosujące medycynę niekonwencjonalną stosowały również leki OTC i suplementy diety (93%). Dane te przedstawia ryc. 10.

Zielarstwo i terapie roślinne

Z zielarstwa i terapii roślinnych korzystało łącznie 44,3% respondentów. Tę metodę chętniej stosowali mężczyźni (50% mężczyzn vs 42% kobiet). Ankietowani najczęściej wybierali: czystek (67,2%), zieloną herbatę (56,9%), imbir (55,2%) oraz miętę (46,6%). Dane przedstawiono na ryc. 11. W grupie preferującej tę metodę respondenci zażywali także leki OTC i suplementy diety (93%) oraz stosowali dietoterapię (74%).

Konopie i produkty pochodne

Niemal co trzeci badany spożywa konopie i produkty pochodne (29%). Nieco częściej na ten rodzaj samoleczenia decydują się mężczyźni (36,7% mężczyzn vs 26,7% kobiet). Niespełna 6% wszystkich respondentów spożywa je stale lub często. Połowa ankietowanych stosuje konopie indyjskie i produkty pochodne w postaci suszu. Ponad jedna czwarta deklaruje spożycie oleju konopnego (26,3%) oraz haszyszu (26,3%). Mężczyźni częściej wybierają konopie w formie suszu (20%) i haszyszu (7,5%). Niewielki odsetek kobiet preferuje susz (8,1%) oraz olej konopny (5,9%). W badaniu zaobserwowano, że im wyższe wykształcenie mają respondenci, tym większe jest spożycie konopi indyjskich i produktów pochodnych. Badanie wykazało również, że z tej formy terapii częściej korzystali młodsi respondenci. Średni wiek osoby stosującej konopie wynosił 31,8 roku, a osoby, która nie korzystała z tej formy leczenia – 37,3 roku.

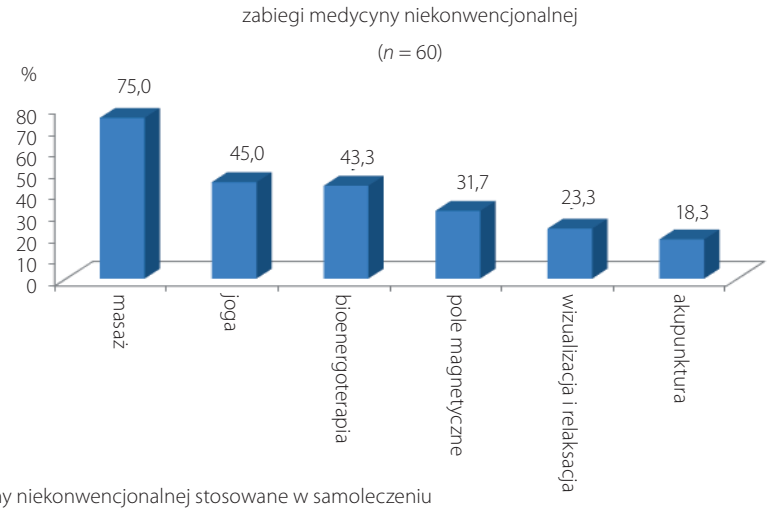
Badani stosujący konopie i produkty pochodne w większości (95%) jednocześnie zażywali leki OTC i suplementy diety oraz wprowadzali dietoterapię (79%).

Ocena skuteczności leczenia

Porównanie ocen skuteczności rozmaitych form leczenia SM (tabela 2) przynosi interesujące rezultaty. Przy dość niskiej ocenie skuteczności konwencjonalnej farmakoterapii zaobserwowano wysokie oceny skuteczności zabiegów konwencjonalnych (pozafarmakologicznych). Może to stanowić wsparcie dla tezy, że samodzielne podejmowanie decyzji terapeutycznych (dotyczących metody leczenia) wpływa na ocenę skuteczności leczenia. Respondenci wysoko oceniają skuteczność tych terapii, które samodzielnie dla siebie wybrali i za które zapłacili z własnej kieszeni. Równie zasadne jest stwierdzenie, że program leczenia SM w Polsce (jak również innych rzadkich czy kosztochłonnych schorzeń) pozostawia wiele do życzenia i słabo uwzględnia potrzeby chorych (chodzi głównie o brak nieodpłatnej rehabilitacji opóźniającej wystąpienie niepełnosprawności).

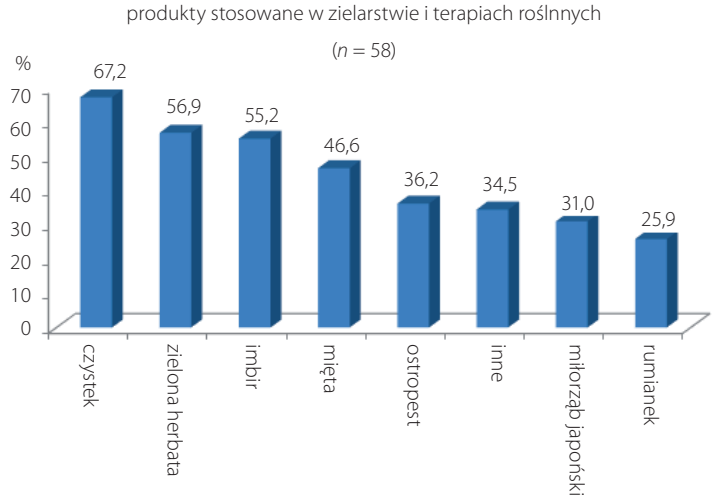
Respondenci najlepiej ocenili skuteczność komercyjnych zabiegów medycznych, głównie rehabilitacji ruchowej i masażu (44% osób stosujących te zabiegi obserwuje znaczącą poprawę stanu zdrowia). Zabiegi konwencjonalne, które chorzy postrzegają za konieczne, aby utrzymać dobry stan zdrowia, a które muszą opłacić samodzielnie, są oceniane jako bardziej wartościowe i skuteczne. Wygląda na to, że pozytywna ocena skuteczności leczenia konwencjonalnego w SM uzależniona jest od zabiegów rehabilitacji, a nie farmakoterapii. Ta forma samoopieki umożliwia też ochronę tożsamości chorego, jako osoby kontrolującej objawy i postęp choroby (zapobieganie niepełnosprawności).

Najpopularniejsza metoda samoleczenia – suplementacja i leki OTC – została oceniona jako mało skuteczna. Wiele osób nie umie ocenić ich realnego wpływu na



Ryc. 10. Zabiegi medycyny niekonwencjonalnej stosowane w samoleczeniu

Fig. 10. Alternative medicine procedures employed in self-treatment



Ryc. 11. Produkty stosowane w ziołolecznictwie i terapiach roślinnych

Fig. 11. Products used in herbal medicine and hortitherapy

Tabela 2. Samoobserwacja poprawy stanu zdrowia w stosunku do wybranych form samoleczenia

Table 2. Self-observation of health improvement regarding selected forms of self-treatment

Forma leczenia	Ocena skuteczności			
	tak, zdecydowanie zaobserwowałem/ zaobserwowałam poprawę [%]	zaobserwowałem/ zaobserwowałam niewielką poprawę [%]	nie zauważyłem/ zauważyłam poprawy [%]	trudno powiedzieć [%]
Medycyna konwencjonalna – zabiegi opłacone samodzielnie (*n* = 71)	43,7	42,2	4,2	9,8
Medycyna niekonwencjonalna (*n* = 60)	40,0	31,6	6,6	21,6
Dietoterapia (*n* = 81)	30,8	37,0	8,6	23,4
Konopie i produkty pochodne (*n* = 38)	39,5	26,3	23,7	10,5
Zielarstwo i terapie roślinne (*n* = 58)	22,4	37,9	22,4	17,2
Suplementy diety i leki OTC (*n* = 118)	22,9	32,2	12,7	32,2

samopoczucie (32%), co najprawdopodobniej wynika ze stosowania preparatów o nieudowodnionej skuteczności (w odniesieniu do dolegliwości związanych z SM), niskiej jakości (tanich, z obiegu pozaaptecznego) i niejasnym wskazaniu czasu trwania suplementacji. Ponieważ suplementy nie stanowią środka terapeutycznego, zaobserwowanie ich skuteczności może być subiektywnie trudne, szczególnie przy złym stanie ogólnym chorego.

Znaczącą poprawę samopoczucia odnotowało niemal 44% osób stosujących medycynę niekonwencjonalną i 40% korzystających z terapii konopiami indyjskimi. Wysoką ocenę skuteczności mają zatem te rodzaje samoleczenia, których stosowanie nie jest popierane przez środowisko medyczne. Warto zauważyć, że w Polsce dopiero w listopadzie 2018 r. wprowadzono do obiegu pierwszy lek wykonany z marihuany medycznej ze wskazaniem stosowania go m.in. w SM.

Omówienie

Stosowanie samoleczenia deklarowało niemal trzy czwarte badanej grupy. Podobne wyniki otrzymała Mirowska-Guzel et al.[7] Na podstawie przeprowadzonych badań zaobserwowała, że samoleczenie zadeklarowało 68% ankietowanych. Zróżnicowane formy samoleczenia stosowane przez uczestników opisywanych w niniejszym artykule badań są skutkiem niskiej oceny skuteczności leczenia konwencjonalnego, ograniczonego do farmakoterapii i trudno dostępnej rehabilitacji. Podejmowanie różnych form samoleczenia to efekt zauważalnych i/lub potwierdzonych postępów w leczeniu choroby, ale również chęć „zrobienia czegoś dla siebie", rozumianych zapewne jako działania zmierzające do poprawy komfortu życia i zapobieganie (opóźnienie) niepełnosprawności i niesamodzielności, zaspokajające potrzebę kontroli choroby.

Powody podjęcia samoleczenia można podzielić na te wynikające z organizacji systemu ochrony zdrowia i panujących w nim błędów komunikacyjnych oraz mające podłoże w przekonaniach i potrzebach chorych. Powody podjęcia samoleczenia wynikające z błędów systemowych ochrony zdrowia to: utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz wysoki koszt terapii konwencjonalnej. Natomiast do błędów w komunikacji na linii personel medyczny – pacjent zalicza się przedmiotowe traktowanie i niedostosowanie komunikatu do odbiorcy.[12] Za powody samoleczenia wywołane przekonaniami pacjenta uważa się: uznanie samoleczenia jako środka szybszego i bardziej skutecznego oraz ocenienie dolegliwości jako błahych.[13] Negatywna ocena skuteczności publicznego systemu ochrony zdrowia, brak satysfakcji z usług medycznych, ograniczenie zaufania do lekarzy itp. należą do powodów wynikających z niespełnienia potrzeb pacjenta.[14–16] Istotnymi motywami podjęcia samoleczenia są również chęć wsparcia leczenia konwencjonalnego choroby przewlekłej czy eliminacji działań niepożądanych leków przepisanych przez lekarza, a także zdobycie wiedzy, samodzielna diagnoza schorzenia, niekiedy presja otoczenia i podatność na reklamy środków leczniczych.

Zarówno w badaniach Mirowskiej-Guzel et al.[7], jak i w badaniach opisywanych przez autorki niniejszej pracy zbieżne są również główne powody prowadzenia samoleczenia wśród chorych na SM, czyli spełnienie indywidualnych potrzeb – „chęć zrobienia czegoś dla siebie" oraz „chęć złagodzenia objawów choroby". Kolejne miejsce zajmowały powody wynikające z własnych przekonań: brak wiary w skuteczność leczenia konwencjonalnego vs brak poprawy mimo leczenia konwencjonalnego.

Według skandynawskich badań przeprowadzonych wśród chorych na SM najpopularniejszymi metodami leczenia były: akupunktura, terapia żywieniem, homeopatia oraz uzdrowienie duchowe.[17] W badaniu Mirowskiej-Guzel et al.[7] wskazano, że najczęściej stosowaną metodą komplementarną i alternatywną było ziołolecznictwo. Najpopularniejszymi preparatami były: olej z nasion z wiesiołka (56%), czepota puszysta, czyli tzw. koci pazur – vilcacora (16%) oraz Padma (17%). Drugie miejsce zajmowało zażywanie preparatów witaminowych (50%), następnie stosowanie diety (22%) i uczęszczanie na masaż (34%). Niemal co piąty respondent stosował akupunkturę (19%) oraz bioenergoterapię (19%). Rzadziej korzystano z homeopatii (14%), hipoterapii (12,5%), refleksoterapii (3%) oraz jogi (3%). W badaniu będącym podstawą niniejszego artykułu pierwsze miejsce zajmują suplementy diety i leki OTC, a co czwarty respondent stosuje ziołolecznictwo. Różnica między autorskim badaniem a badaniami Mirowskiej-Guzel et al. wynika z klasyfikacji produktów. W autorskim badaniu preparaty takie jak olej z nasion wiesiołka czy Padma zostały przypisane do suplementów diety i leków OTC, a w przywoływanym badaniu uznano je za używane w ziołolecznictwie.

Podobne wyniki wskazujące na częstsze korzystanie z ziołolecznictwa i preparatów witaminowych zostały przedstawione w kanadyjskim badaniu rodziców dzieci chorych na nowotwory. Ziołolecznictwo było najczęściej wymienianą metodą niekonwencjonalną stosowaną wśród dzieci, a kolejne pozycje zajmowały: preparaty witaminowe, leczenie dietetyczne, preparaty niekonwencjonalne, homeopatia i leczenie ozonem. Najczęstszymi metodami komplementarnymi były: relaksacja i obrazowanie, masaż, leczenie dotykiem, chiropraktyka i hipnoza.[15]

Stosowanie konopi indyjskich i produktów pochodnych jest dopuszczone w ramach oficjalnego leczenia w takich krajach, jak: Kanada, Stany Zjednoczone (w niektórych stanach), Czechy czy Holandia. Jednak środowisko lekarskie w Polsce nie podziela optymistycznych poglądów co do stosowania tzw. marihuany medycznej w oficjalnym leczeniu SM. Mimo to wielu zmagających się z chorobą przewlekłą jest w stanie zrobić wszystko, co możliwe (nawet powziąć działania będące w kolizji z prawem) i podejmuje nawet bardzo kontrowersyjne metody leczenia, by osłabić dolegliwości lub powstrzymać rozwój choroby.

Mimo legalizacji medycznej marihuany w Polsce (od 1.11.2017 r.) i umożliwienia sprzedawania jej w polskich aptekach korzystanie z legalnej terapii jeszcze pozostaje poza zasięgiem chorych (stan na dzień: 20.09.2019 r.). Nie ma zatem mowy o refundacji terapii, a same założenia ustawy są trudne do spełnienia. Leki z konopi mają przygotowywać farmaceuci na podstawie recepty wydanej przez lekarza. W Polsce niewielu lekarzy i farmaceutów ma doświadczenie w stosowaniu takiej terapii. Procedura włączenia terapii konopiami nie jest łatwa, a Ministerstwo Zdrowia otrzymało opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wg której terapia marihuaną jest mało skuteczna.[18,19] W czerwcu 2018 r. do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wpłynęła pierwsza oferta na sprowadzenie suszu z Kanady. Obecnie do wiadomości publicznej została podana informacja o pozytywnym rozpatrzeniu wniosku i przewidywanym czasie dostępności produktu na koniec listopada 2018 r.

Wnioski

Mimo upływu ponad 10 lat od przeprowadzenia badania przez Mirowską-Guzel et al.,[7] w autorskich badaniach potwierdzono niezmienną popularność stosowania samoleczenia wśród osób chorych na SM. Zbieżne okazały się również powody i metody stosowania leczenia komplementarnego i alternatywnego. Prawdopodobnie wynika to z nieprzerwanego od lat braku kompleksowej opieki nad osobą chorą oraz wciąż nieistniejącej skutecznej i nieobarczonej skutkami ubocznymi metody leczenia. Stosowane w Polsce metody samoleczenia wśród chorych na SM różnią się od deklarowanych w krajach skandynawskich, natomiast są podobne do kanadyjskiego badania przeprowadzonego wśród rodziców dzieci chorych na nowotwory.

Do ograniczeń prezentowanego badania należy zaliczyć niereprezentatywność próby badawczej. Próba odzwierciedla jednak populację chorych, z których większość to kobiety. Brak doboru probabilistycznego skutkował decyzją o odstąpieniu od wnioskowania statystycznego. Wyniki i wnioski mają zatem charakter poglądowy i mogą służyć jako inspiracja do dalszych badań oraz stanowią ważną przesłankę skłaniającą do konieczności tworzenia baz chorych.

Stosowanie samoleczenia należy zaliczyć do najważniejszych sposobów zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób, u których rozpoznano lub podejrzewa się ciężką, nieprzewidywalną i często prowadzącą do niepełnosprawności chorobę, jaką jest SM. Dzięki podejmowanym działaniom chorzy wierzą, że uda się „zatrzymać" lub spowolnić postęp choroby, by jak najdłużej utrzymać sprawność funkcjonalną organizmu. Podejmowanie samodzielnych działań „naprawczych" jest sposobem na wyzbycie się niepewności występującej pomiędzy naprzemiennym następowaniem nadziei i desperacji.[20] Stanowią one swoisty bufor bezpieczeństwa, pozwalający na zachowanie choremu kontroli nad swoim życiem. Istotnym elementem ograniczenia niepewności są także społeczne interakcje pojawiające się w trakcie szukania informacji na temat tego, jak inni chorzy radzą sobie w sytuacji choroby. To czerpanie wiedzy z doświadczeń „znaczących innych" (a takim stają się osoby chorujące na tę samą chorobę, członkowie wirtualnych grup pacjentów) pozwala na rozładowanie negatywnych emocji i umiejscowienie siebie we właściwej grupie odniesienia (którą przestają być osoby zdrowe, a stają się właśnie inni chorzy).

W schorzeniach o zmiennym i trudnym do przewidzenia przebiegu, gdzie stany zdrowia i choroby (rzutów i remisji) przenikają się, stosowanie samoleczenia może być objawem „wysiłku ukierunkowanego na przygotowanie się do tego, co nieprzewidywalne"[21] i jest przejawem strategii adaptacyjnych w procesie radzenia sobie z chorobą, lękiem i frustracją. Samoleczenie i poszukiwanie nowych rozwiązań jest dobrą sytuacją, kiedy chorzy są (jeszcze) na siłach walczyć z chorobą. W miarę postępowania choroby (kolejnych rzutów, nowych objawów) chorzy „nawracają się" na medycynę konwencjonalną, najbardziej adekwatną w sytuacji wystąpienia kryzysu. Chory w tej sytuacji nie jest „ofiarą choroby",[21] a staje się podmiotem, nadal zachowującym wolność, mimo okoliczności, na które nie ma wpływu. Dzięki zdobyciu unikalnego doświadczenia (np. stosowaniu konopi) chory może prowadzić swoją „opowieść o chorobie", stając się ważnym dla innych chorych. W ten sposób kompensuje sobie obniżenie statusu społecznego wynikającego z ograniczeń choroby. Ważne jest to również dla społecznego otoczenia jednostki, które może wyszukiwać dla „swojego" chorego nowe propozycje i pozostawać w aktywności i zaangażowanych relacjach. Samoleczenie dokonywane w sieciach społecznych chorego ma również funkcję integracyjną i wzmacniającą (wsparcie społeczne).

Osoby stosujące samoleczenie najlepiej oceniały zabiegi medycyny konwencjonalnej wykupione *out of pocket*. Należy jednak pamiętać, że zabiegi medycyny konwencjonalnej mogą być również niebezpieczne. Jeśli pacjenci bez porozumienia z lekarzem prowadzącym podejmują nawet terapie konwencjonalne, stwarza to ryzyko niekorzystnego nakładania się efektów terapii. Takie zagrożenia występują w kontekście braku edukacji i dostępu do rzetelnej informacji wśród chorych na SM.

Gorsza ocena leczenia SM finansowanego przez NFZ może mieć związek z powszechnym negatywnym ocenianiem dostępu i jakości świadczeń zdrowotnych oraz zaniedbania pozaklinicznych aspektów choroby (komfortu życia, łagodzenia objawów, bólu, lęku przed niesamodzielnością, potrzeb emocjonalnych i duchowych pacjentów). Wynika z tego, że najlepszym sposobem na poprawienie niekorzystnej oceny leczenia konwencjonalnego finansowanego przez państwo byłoby uznanie pacjenta jako osoby partycypującej w procesie leczenia oraz zapewnienie mu większego dostępu do takich zabiegów, jak: rehabi-

litacja ruchowa, masaż czy zabiegi krioterapii. Ważnym wnioskiem z przeprowadzonych badań jest również konieczność szerokiej edukacji osób chorych przewlekle stosujących samoleczenie.

ORCID iDs

Justyna Jeżewska https://orcid.org/0000-0003-1292-756X
Monika Wójta-Kempa https://orcid.org/0000-0002-0027-1033

Piśmiennictwo

1. Wagner A. Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu – komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej. *Zeszyty Prasoznawcze*. 2015;58(2)222:213–223. doi:10.4467/2299-6362PZ.15.017.4127
2. World Health Organization. *The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication*. Haga, Holandia: World Health Organization; 1998. https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/. Dostęp 20.09.2019.
3. Bochenek T. Medyczne, społeczne i ekonomiczne aspekty samoleczenia oraz samoopieki. Samoleczenie a problematyka kosztów w systemie ochrony zdrowia. W: Krajewski-Siuda K, red. *Samoleczenie*. Warszawa, Polska: Instytut Sobieskiego; 2012:99–102.
4. Consumers Health and Food Executive Agency. *Choroby przewlekłe – wyzwanie na miarę czasów*. Luksemburg, Luksemburg; 2014.
5. Piekarzewska M, Wieczorkowski R, Zajenkowska-Kozłowska A. *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r.* Warszawa, Polska: Główny Urząd Statystyczny; 2016. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html. Dostęp 20.09.2019.
6. Topór-Mądry R. Choroby przewlekłe – obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdr Publ Zarz.* 2011;9(1):44. doi:10.4467/20842627OZ.11.002.0339
7. Mirowska-Guzel D, Głuszkiewicz M, Członkowski A, Członkowska A. Metody niekonwencjonalne stosowane u chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Farmakoter Psychiatr Neurol.* 2005;1:44. http://www.fpn.ipin.edu.pl/archiwum/2005-zeszyt-1/metody-niekonwencjonalne-stosowane-u-chorych-ze-stwardnieniem-rozsianym.html. Dostęp 20.09.2019.
8. Rosiak K, Zagożdżon P. Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. *Probl Hig Epidemiol.* 2012:93(4):627–631. http://www.phie.pl/pdf/phe-2012/phe-2012-4-627.pdf. Dostęp 20.09.2019.
9. Zakrzewska-Piewska B. *Stwardnienie rozsiane – nowy poradnik dla pacjenta*. Poznań, Polska: Termedia; 2010.
10. Potemkowski A. Stwardnienie rozsiane w Świecie i w Polsce – ocena epidemiologiczna. *Aktualn Neurol.* 2009;9(2):91–97. http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.psjd-13c48912-07ce-4e2d-8fc1-524e884a12a2. Dostęp 20.09.2019.
11. Malec-Milewska M. Ból u chorych na stwardnienie rozsiane. *Med Paliat Prakt.* 2014;8(1):29–40. https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/article/view/38614/33692. Dostęp 20.09.2019.
12. Majewska M. Słowo też jest lekiem, czyli o komunikacji lekarza z pacjentem. *Zeszyty Prasoznawcze.* 2015;58(2)222:224–237. doi:10.4467/2299-6362PZ.15.018.4128
13. Wdowiak L, Kapka L. Samoleczenie a zdrowie publiczne. W: Krajewski-Siuda K, red. *Samoleczenie.* Warszawa, Polska: Instytut Sobieskiego; 2012:13–18.
14. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Prestiż zawodów – komunikat z badań*. Warszawa, Polska: Centrum Badania Opinii Społecznej; 2013.
15. Dulęba K, Wysocki M, Styczyński J. Complementary and alternative medicine in children with cancer – facts and myths. *Adv Clin Exp Med.* 2006;15(4):695–703. http://www.advances.umed.wroc.pl/en/article/2006/15/4/695/. Dostęp 20.09.2019.
16. Puchalski K. Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie. *Zeszyty Prasoznawcze.* 2015;58(2)222:255–275. doi:10.4467/2299-6362PZ.15.020.4130
17. Salamonsen A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: Possibile public health implications. *Eur J Pub Health.* 2016;26(2):225–229. doi:10.1093/eurpub/ckv184
18. Karwowska A. Chorzy wciąż czekają na medyczną marihuanę. Leki z konopi legalne, ale niedostępne. *Gazeta Wyborcza*. http://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/7,137474,23812211,chorzy-wciaz-czekaja-na-medyczna-marihuane-leki-z-konopi-legalne.html. Dostęp 20.09.2019.
19. Rynek Zdrowia. Prawo jest, ale medycznej marihuany jak nie było, tak nie ma. Retrieved October 17, 2018. http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Prawo-jest-ale-medycznej-marihuany-jak-nie-bylo-tak-nie-ma,185602,6,2.html. Dostęp 20.09.2019.
20. Bury M. On chronic illness and disability. W: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, red. *Handbook of Medical Sociology*. New Jersey, NJ: Prentice Hall; 2000:173–183.
21. Strauss AL, Corbin JM. *Shaping a New Health Care System: The explosion of Chronic Illness as a Catalyst for Change.* San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1988.