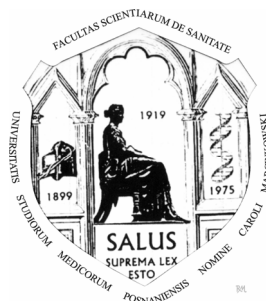


Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 4(34)

Poznań 2009

© *Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

ISSN 0860-8466

*Korekta:
Ewa Mojs
Alicja Strzelecka-Żyromska*

*Korekta tekstów w j. ang.:
Katarzyna Warchoń*

*Skład komputerowy:
Barbara Guździol*

*Projekt okładki:
Rafał Staszewski*

*Zdjęcia:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski*

*Prenumerata:
Bogumiła Strzelczak
tel./fax (61) 854-72-02*

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel./fax (61) 854-71-51

Ark. wyd. 10,0. Ark. druk. 12,0. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 116/11.
Druk ukończono w lipcu 2011 r.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	263	<i>Monika Urbaniak: Wybrane problemy wyrażania zgody na interwencje medyczne w prawie włoskim</i>	313
PRACE ORYGINALNE		<i>Alina Roszak: Obowiązkowa procedura w każdym zakładzie opieki zdrowotnej</i>	317
<i>Mieczysława Wyderka, Hanna Kowalska, Ewa Szeląg: Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek</i>	265	<i>Ewa Plachecka: Ropnie odbytu i ich następstwa</i>	320
<i>Julia Jajor: Skala Apgar a rozwój funkcjonalny dzieci od 0–2 lat</i>	276	<i>Joanna Zdanowska: Kariera i rozwój pracowniczki pielęgniarek – aspekty prawne</i>	326
<i>Maria Szymczak: Wpływ zajęć hipoterapeutycznych na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym</i>	282	PRACE STUDENCKIE – ORYGINALNE	
<i>Mieczysława Wyderka, Agata Gągalka, Ewa Szeląg: Przeszczep wątroby u dziecka</i>	286	<i>Marzena Ratajczak: Analiza literatury z zakresu edukacji zdrowotnej dla dzieci i możliwości jej wykorzystania w szkole podstawowej</i>	331
PRACE POGLĄDOWE		VARIA	
<i>Alina Roszak: Uwaga KPC – coś nowego i tajemniczego</i>	295	<i>Wojciech Strzelecki: Sprawozdanie z działalności Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego za okres 2007–2010</i>	338
<i>Jan Nowomiejski, Andrzej Klamerek, Magdalena Kościańska: Analiza kosztów własnych w zakładzie opieki zdrowotnej</i>	298	INFORMACJE	
<i>Wojciech Strzelecki: Muzyka relaksacyjna i aktywizująca w działaniach terapeutycznych i leczniczych</i>	305	<i>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu – informacja, deklaracja członkowska</i>	342
<i>Alina Roszak: Zawodowe zagrożenia biologiczne pracowników medycznych</i>	310	<i>Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej – informacja</i>	344

CONTENTS

<i>Editorial</i>	264	<i>Monika Urbaniak</i> : Selected problems of consenting to medical treatment in Italian law	313
ORIGINAL PAPERS		<i>Alina Roszak</i> : An obligatory procedure in each health centre	317
<i>Mieczysława Wyderka, Hanna Kowalska, Ewa Szelaq</i> : Professional burn-out as a problem among nurses	265	<i>Ewa Płachecka</i> : Anal abscess and their results	320
<i>Julia Jajor</i> : <i>Apgar score and the functional development of children aged 0–2 years</i>	276	<i>Joanna Zdanowska</i> : Nurses career and professional development – legal aspects	326
<i>Maria Szymczak</i> : The influence of hypotherapeutic activities on the development of children with infantile cerebral palsy	282	STUDENT’S PAPERS – ORYGINAL	
<i>Mieczysława Wyderka, Agata Gagalka, Ewa Szelaq</i> : Liver transplant in children	286	<i>Marzena Ratajczak</i> : The analysis of children's literature in the scope of health education and the possibilities of its using in primary school	331
REVIEW PAPERS		VARIA	
<i>Alina Roszak</i> : Beware KPC – something new and secret	295	<i>Wojciech Strzelecki</i> : The Report on Students’ Psychological Research Association (2007–2010)	338
<i>Jan Nowomiejski, Andrzej Klamerek, Magdalena Kościńska</i> : Prime cost analysis in a public health care entity	298	INFORMATION	
<i>Wojciech Strzelecki</i> : Relaxing and stimulating music in therapy and treatment	305	Polish Sciences of Health – information, application form	342
<i>Alina Roszak</i> : Professional biological risk of medical workers	310	Postgraduate Course ”The management in Health Care” – information	344

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

Kolejny numer naszego pisma oddajemy, kiedy większość z Państwa podejmuje szereg działań naukowych i edukacyjnych. Otwierane są kolejne edycje kursów specjalizacyjnych, szkoleń podyplomowych i warsztatów. Świadomość potrzeby edukacji oraz aktywności Państwa w tym zakresie zdeterminowała do pewnego stopnia postać i zawartość tego numeru. Autorzy z Zakładu Organizacji i Zarządzania przedstawili aspekty prawne kariery i rozwoju zawodowego pielęgniarek, niesłuchanie ważne w obecnych czasach zagadnienia. Pani mgr Zdanowska przedstawia aktualne rozwiązania prawne w tym zakresie. Przedstawiamy w tym numerze także „drugą stronę medalu” – problemy związane z wypaleniem zawodowym pielęgniarek. Ten artykuł także zasługuje na szczególną uwagę Czytelników. Podkreśla się tu wagę znajomości uwarunkowań osobowościowych w reagowaniu i znoszeniu sytuacji trudnych zawodowych oraz znajomość czynników psychologicznych sprzyjających osiąganiu satysfakcji z pracy. Konieczność kształcenia kompetencji psychologicznych w pracy pielęgniarki to także jeden z ważniejszych elementów samokształcenia.

Jak zazwyczaj, także i w tym numerze sporo miejsca poświęcamy zagadnieniom ekonomicznym i finansowym. W numerze przedstawiamy ciekawą pracę Autorów: *Jan Nowomiejski, Andrzej Klamerek, Magdalena Kościańska* pt. Analiza kosztów własnych w zakładzie opieki zdrowotnej. Zachęcamy do lektury.

W pracach prezentowanych w bieżącym numerze zwracamy uwagę na prace: *Wojciecha Strzeleckiego* pt. Muzyka relaksacyjna i aktywizująca w działaniach terapeutycznych i leczniczych, *Marii Szymczak* pt. Wpływ zajęć hipoterapeutycznych na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz *Julii Jajor* pt. Skala Apgar a rozwój funkcjonalny dzieci od 0–2 lat, które zapewne zainteresują pielęgniarki pracujące w pediatrii i może stanowić będą impuls do pogłębienia zainteresowań w tym zakresie.

Nieodłączną częścią „Pielęgniarstwa Polskiego” są także prace studenckie, zachęcamy studentów z innych ośrodków do publikowania na naszych łamach, pierwszego zmierzania się z materiałą jaką są badania naukowe.

Tradycją naszego czasopisma jest także przedstawianie sprawozdań, tym razem z działalności koła naukowego działającego przy Zakładzie Psychologii Klinicznej UM w Poznaniu. W załączniku informacje o Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu i jego aktywności konferencyjno-szkoleniowej.

Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją.

Życzymy owocnej lektury i zapraszamy do udziału w konferencjach organizowanych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Dr Ewa Mojs
Sekretarz Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

This issue of our periodical is being published when a lot of you are undertaking many scientific and educational actions. New editions of specialized courses, post-graduate trainings and workshops have just been opened. It was our awareness of your educational needs and activity in this area which to a certain degree determined the form and contents of present issue. The authors from The Department of Organization and Management presented legal aspects of career and professional development in nursing which are now very important issues. Joanna Zdanowska, who is a lawyer, presents the present legal solutions in this area. In this issue we also show "the other side of the story" – problems connected with professional burnout of nurses. This article also deserves readers' interest. In the article, special attention is paid at recognition of the importance of personality characteristics in reacting to and solving difficult situations. Also emphasized is acquaintance with psychological factors which may foster job satisfaction. The necessity to master psychological competence in nursing is an important element of self – education. As usually, in the present issue we devote a lot of interest to economic and financial problems. We present an interesting paper on prime cost analysis in a public health care entity (authors: Jan Nowomiejski, Andrzej Klamerek, Magdalena Kościńska). We encourage you to read the article.

Among papers published in this issue we point to Wojciech Strzelecki's article „Relaxing and stimulating music in treatment and therapy”, Maria Szymczak's "The influence of hypotherapy on the development of children with cerebral palsy" and Julia Jajor's "Apgar score and functional development of 0–2 years old children". All these articles will be of special interest to pediatric nurses and may encourage them to go on reading.

Student's papers are an inseparable part of „Polish Nursing. We encourage students from other universities to publish articles in our periodical. This would be their first attempt at scientific research.

We traditionally present reports. This time it is a report on the activity of Students' Scientific Society of Karol Marcinkowski University of Medical Sciences Department of Clinical Psychology. In the attachment you will find information about Polish Society of Health Sciences, its conferences and educational activity.

We encourage readers to send papers and to stay in touch with the Editorial Committee.

We wish you fruitful reading and invite you to participate in conferences organized by of Karol Marcinkowski University of Medical Sciences.

Maria Danuta Głowacka, PhD

Editor In Chief

Ewa Mojs, PhD

Scientific Secretary

WYPALENIE ZAWODOWE JAKO PROBLEM WYSTĘPUJĄCY WŚRÓD PIELEŃNIAREK

PROFESSIONAL BURN-OUT AS A PROBLEM AMONG NURSES

MIECZYŚLAWA WYDERKA, HANNA KOWALSKA, EWA SZELĄG

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Kierownik: dr n. hum. Zbigniew Tokarski

Streszczenie

Do profesji szczególnie narażonych na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego należy zawód pielęgniarki. Według badaczy, występuje w nim najwięcej elementów istotnych dla rozwoju zespołu wypalenia: indywidualnych, interpersonalnych oraz strukturalno-organizacyjnych [12].

W celu poznania opinii pielęgniarek na temat zagrożenia wypaleniem zawodowym w środowisku pracy, ich samooceny w zakresie występowania symptomów tego zespołu oraz zainteresowania wprowadzeniem profilaktyki wypalenia zawodowego w ich środowisku zawodowym, przeprowadzono badanie ankietowe wśród pielęgniarek zatrudnionych w trzech wybranych oddziałach szpitalnych. Badaniem objęto 180 pielęgniarek, po 60 z oddziałów: intensywnej opieki medycznej, wewnętrznego i pediatrycznego. Badane pielęgniarki odpowiedziały na 32 pytania, specjalnie w tym celu przygotowanego, kwestionariusza ankiety. Uzyskane wyniki przeanalizowano w kontekście ewentualnych różnic mogących mieć związek z miejscem wykonywania zawodu. Na ich podstawie stwierdzono, że według badanych, istnieje realne zagrożenie wypaleniem zawodowym w ich miejscu pracy, ankietowane dostrzegają obecność jego symptomów u siebie i innych pielęgniarek ze swojego zespołu. Miejsce pracy, jak i sposób postrzegania przez nie specyfiki i warunków pracy w oddziale, znajduje odzwierciedlenie w nasileniu występowania u nich objawów dwóch wymiarów wypalenia zawodowego: wyczerpania emocjonalnego i obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Większość badanych pielęgniarek, w każdym z trzech oddziałów, uważa za zasadne wprowadzenie profilaktyki wypalenia zawodowego w środowisku pracy.

Słowa kluczowe: pielęgniarki, wypalenie zawodowe, miejsce pracy, profilaktyka.

Summary

Professional burn-out may be caused by chronic stress and the inability to find fulfilment in one's work. The nursing profession is particularly susceptible to this phenomenon. According to researchers in the field, the most of individual, interpersonal and structurally – organizational factors crucial for the development of the burnout may be found in this profession [12].

In order to determine the opinions of nurses on the issues concerning the risk of the occupational burnout in the work environment, the self - analysis of the symptoms of this syndrome and the need for the professional burn-out prophylaxis, we have carried out a survey among the nurses employed at three selected departments (i.e. intensive care unit, children's ward and the internal ward). The group of 180 nurses (60 from each of the above mentioned departments) answered 32 questions in a specifically designed questionnaire. The results have been analysed with reference to possible differences pertaining to the actual workplace. According to respondents, there is a real danger of professional burn-out in their work environment. The respondents were able to diagnose themselves or their colleagues as having the symptoms of the burnout. The workplace, the specificity of the profession and the working conditions are reflected in the intensity of the symptoms of the two dimensions of the burnout, that is: emotional exhaustion and lowered self - esteem. The majority of nurses see a need for the introduction of the professional burn-out prophylaxis in their work environment.

Key words: nurse, professional burn-out, workplace, prophylaxis.

Wstęp

Wypalenie zawodowe jest uznane za ważny problem zarówno indywidualny, jak i społeczny. Problematyką związaną z tym zjawiskiem interesują się nie tylko psychologowie i socjologowie, ale również badacze innych dziedzin. Coraz częściej temat ten jest obecny w literaturze medycznej, w podręcznikach zarządzania, w pismach środowiskowo-zawodowych, a także w środkach masowego przekazu. Obecnie wydaje się nawet, że spowodowane jest to bardziej konsekwencjami społecznymi i ekonomicznymi, niż indywidualnymi. Cierpi nie tylko wypalony pracownik, skutki rozwijającego się procesu

wypalenia niekorzystnie odbijają się przede wszystkim na pacjentach/podopiecznych/odbiorcach usług, współpracownikach, a także na rodzinie i przyjaciółach. Obniżona jakość pracy, popełniane błędy, absencje chorobowe, zmiany pracy lub wręcz odejścia od zawodu mają również negatywny wpływ na interesy zakładów świadczących usługi społeczne. Do zawodów z grupy podwyższonego ryzyka wypalenia zawodowego należą między innymi: lekarze, pielęgniarki, pracownicy społeczni, nauczyciele, policjanci, pracownicy służb ratunkowych. Wśród nich, zawód pielęgniarki zajmuje szczególne miejsce. Wielu autorów podaje, że właśnie w tym zawodzie występuje najwięcej elementów istotnych dla

rozwoju zespołu wypalenia. Należą do nich: cechy osobowości, które są najbardziej pożądane w wizerunku roli zawodowej pielęgniarki, przekonania i wartości, które decydują o wyborze zawodu, praca ogromnie obciążająca emocjonalnie oraz sama struktura i organizacja pracy [12]. W związku z tym grupa zawodowa pielęgniarek od początku badań nad wypaleniem, była w centrum zainteresowania badaczy [2]. Badania pozwoliły zdefiniować to zjawisko, dostarczyły wiedzy na temat jego struktury i dynamiki, powstało wiele modeli teoretycznych, które z kolei wskazały jak można przeciwdziałać powstawaniu i rozwojowi wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe może być ogromną przeszkodą w życiu zawodowym i osobistym osób, które wykonują zawód pielęgniarki [11]. Dlatego żadna inwestycja w zapobieganie wypaleniu zawodowemu wśród pielęgniarek nie może być chybiona. Tym bardziej, że o ile osoby pracujące w zawodach ekspozycyjnych na wypalenie potrafią określić, przynajmniej ogólnie, zjawisko wypalenia, to ich świadomość w zakresie przyczyn i możliwości przeciwdziałania wypaleniu bywa już znacznie ograniczona i zafałszowana [13]. Freudenberger, opisał po raz pierwszy wypalenie zawodowe, określił je wtedy jako spadek poziomu energii, który występuje u pracownika na skutek przeciążenia problemami innych. Sytuacja taka może mieć miejsce, kiedy praca zawodowa opiera się na relacjach interpersonalnych, wymagających zaangażowania emocjonalnego [14]. Autor zwrócił uwagę na to, że ów spadek energii skutkuje zaburzeniami stanu psychicznego i fizycznego człowieka, co z kolei negatywnie wpływa na jego życie zawodowe i prywatne [1]. Dla Aronsona wypalenie zawodowe jest powoli następującym wyniszczaniem psychicznym. Człowiek w tym stanie ma poczucie wyczerpania emocjonalnego, psychicznego i fizycznego, czuje się bezradny, nie widzi przed sobą perspektyw, praca już go nie emocjonuje, traci też radość życia [6]. Maslach, prekursorka badań nad wypaleniem oraz autorka podstawowych publikacji na ten temat, początkowo przypisywała występowanie tego zjawiska osobom wykonującym zawody społeczne, w których praca z ludźmi polega na relacjach opiekuńczych [7, 8]. Badania prowadzone wśród przedstawicieli tych zawodów zaowocowały opracowaniem przez Maslach i Jackson trójskładnikowego modelu wypalenia zawodowego, według którego jest ono zdefiniowane jako „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [7]. Wyczerpanie emocjonalne dotyczy poczucia danej osoby, że obciążenie emocjonalne, jakiego doświadcza, przerasta jej możliwości, że nie ma już wystarczających zasobów emocji, aby sprostać oczekiwaniom innych osób i pełnić dotychczasowe role zawodowe. Depersonalizacja określa stosunek jednostki do innych, wyrażający się nadmiernym dystansowaniem się, przedmiotowym, a nawet obojętnym reagowaniem na podopiecznych lub odbiorców usług. Obniżone poczucie dokonań osobistych dotyczy stosunku jednostki do samej siebie, pogorszenia jej poczucia kompetencji i efektywności w pracy.

Obecnie w wielowymiarowym modelu wypalenia zawodowego akcentuje się niedopasowanie między osobą a sytuacją pracy, jako główne źródło stresu zawodowego prowadzącego do wypalenia. Maslach wyróżniła sześć obszarów aktywności zawodowej, w których dopasowanie między osobą a sytuacją pracy wpływa na umocnienie zaangażowania pracownika w pracę zawodową, natomiast niedopasowanie będzie stwarzało ryzyko wystąpienia zespołu wypalenia. Formy niedopasowania między pracownikiem a sytuacją pracy dotyczą: nadmiernego obciążenia pracą, braku kontroli i współdecydowania, braku sprawiedliwości, niedostatecznego wynagrodzenia, rozpadu wspólnoty i konfliktu wartości [8]. Wielowymiarowa koncepcja wypalenia zawodowego Maslach według Wilczek-Różyckiej wydaje się najbardziej odpowiednim podejściem do analizy występowania zjawiska wypalenia zawodowego w grupie zawodowej pielęgniarek [14]. Dla Pines i Aronsona, wypalenie jest „stanem fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowanym przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym” [9]. Pines uważa, że ryzyko wypalenia się grozi głównie osobom o wysokim poziomie motywacji [1, 9, 14]. Im bardziej wzniosłe cele wyznacza sobie osoba zaczynająca pracę w wybranym zawodzie i im bardziej utożsamia własną wartość z osiąganiem sukcesów zawodowych, tym bardziej naraża się na wypalenie. Oczekiwania dotyczące pracy w danym zawodzie kształtowane są przez motywacje pracy. Część z nich jest wspólna dla wszystkich ludzi, część jest charakterystyczna dla danego zawodu, a część stanowią osobiste motywacje pracy [9]. Na to czy osobie o wysokiej motywacji do pracy uda się zrealizować swoje cele i osiągnąć poczucie egzystencjalnego znaczenia według Pines ma wpływ środowisko pracy. Jeżeli jest wspierające, to znaczy posiada maksimum cech pozytywnych, a tym samym umożliwia pracownikowi osiągnięcie sukcesu zawodowego, to daje mu także poczucie egzystencjalnego znaczenia jego pracy, co wzmacnia jeszcze jego zaangażowanie [9, 14].

Sęk, autorka poznawczo-kompetencyjnego modelu wypalenia zawodowego, definiuje wypalenie jako „zespół objawów pojawiających się u osób wykonujących zawody, w których bliski kontakt interpersonalny, pełen zaangażowania i cechy osobowości profesjonalisty stanowią podstawowe instrumenty czynności zawodowych decydujące o poziomie wykonywania zawodu, o sukcesach i niepowodzeniach zawodowych” [13]. Sęk w swoim modelu nawiązuje do koncepcji stresu Lazarusa i wielowymiarowej koncepcji wypalenia Maslach. Według autorki na rozwój wypalenia zawodowego mają wpływ czynniki środowiskowe i cechy indywidualne jednostki. Czynniki środowiskowe to stresory specyficzne, czyli charakterystyczne dla danego zawodu i pełnionej roli zawodowej oraz niespecyficzne, związane z czynnikami makrospołecznymi i brakami organizacyjnymi. Cechy indywidualne jednostki to jej biologiczna podatność na stres i charakterystyczne dla niej mechanizmy radzenia sobie ze stresem [8, 13]. Od sposobu oceny przez jednostkę sytuacji stresowych i wymagań zawodowych (ocena pierwotna) oraz oszacowania własnych umiejętności

zaradczych i kompetencji społecznych (ocena wtórna) zależy dobór prób radzenia sobie z trudną sytuacją zawodową. Następnie na podstawie oceny skuteczności podjętych przez jednostkę działań kształtuje się jej poczucie własnej skuteczności, które ma bezpośredni wpływ, według autorki, na zapobieganie wypaleniu zawodowemu [14]. Od poczucia własnej skuteczności zależą kolejne oceny jednostki, jeżeli zgeneralizuje ona swoje niepowodzenia, będzie miała poczucie niskiej skuteczności i nie będzie potrafiła zrealizować swojego ideału zawodowego. Zdaniem Sęk, to nie przewlekły stres jest przyczyną wypalenia, a raczej brak jego modyfikacji przez własną aktywność zaradcą pracownika [13]. Nasilenie stresu, postrzeganie sytuacji w kategorii zagrożenia, radzenie sobie poprzez mechanizm unikania oraz nieracjonalne przekonania o zawodzie są czynnikami sprzyjającymi wypaleniu [1]. Wypalenie zawodowe rozwija się bardzo wolno, często nie jest zauważane ani przez pracownika, ani przez jego otoczenie, za to ujawnia się z dużą siłą i dość nagle. Zgodnie z powszechnie przyjętym przez wielu badaczy wielowymiarowym modelem Ch. Maslach wypalenie zawodowe jest procesem fazowym, w którym objawy narastają progresywnie.

W pierwszej fazie, w wyniku nadmiernego obciążenia emocjonalnego lub przeciążenia pracą, pojawia się wyczerpanie emocjonalne, które manifestuje się poczuciem nieprzemijającego zmęczenia, coraz szybszą utratą energii i sił, bez możliwości ich regeneracji nawet po dłuższym odpoczynku, trudnościami w koncentracji, drażliwością, impulsywnością, brakiem naturalnego napędu życiowego [12]. Stan napięcia powodujący wyczerpanie ujawnia się też pod postacią objawów psychosomatycznych, takich jak np.: bóle głowy, dolegliwości gastryczne, częste infekcje, zaburzenia snu. Dalej, kiedy pracownik nie potrafi sobie skutecznie poradzić z nieprzyjemnymi doznaniem związanymi z przeżywaniem stresu zawodowego próbuje się zdystansować do jego źródeł.

W drugiej fazie wypalenia zawodowego do objawów wyczerpania emocjonalnego dołącza się depersonalizacja, czyli zmiana relacji z podopiecznymi/odbiorcami usług, a także ze współpracownikami, z podmiotowych na przedmiotowe. Depersonalizacja jest z jednej strony konsekwencją wyczerpania emocjonalnego, a z drugiej zaś sposobem radzenia sobie ze stresem zawodowym [8]. Jednak taka forma obrony przed przytłaczającymi emocjami stosunkowo łatwo może przerodzić się w zatracenie umiejętności troszczenia się o człowieka, czyli w dehumanizację. A przyjęcie apersonalnej postawy wobec innych osób, według Maslach, świadczy o erozji profesjonalizmu [14]. Skutkuje to negatywnym odbiorem jakości opieki przez podopiecznych i narastaniem trudności w komunikacji z innymi osobami oraz konfliktość, co przysparza sytuacji stresowych w miejscu pracy oraz ogranicza dostępność wsparcia społecznego.

W trzeciej fazie wypalenia zawodowego dołącza się obniżone poczucie dokonań osobistych. Pracownik nie jest zadowolony z efektywności swojej pracy, do tego na skutek depersonalizacji może mieć poczucie, że nie posiada wystarczających kompetencji do pracy z ludźmi, ma tendencję do samooskarżania się. Targają nim sprzeczne uczucia,

z jednej strony czuje się odpowiedzialny za innych, z drugiej dystansując się poprzez depersonalizowanie, ma świadomość, że nie wypełnia swoich obowiązków należycie. Spada jego samoocena, praca nie daje mu już poczucia satysfakcji, pracownik wypada z roli zawodowej i traci poczucie sensu dalszej pracy w zawodzie [12]. Obniżone poczucie dokonań osobistych stanowi dopełnienie pełnoobjawowego zespołu wypalenia, ale rozwija się niezależnie od depersonalizacji, która pojawia się w odpowiedzi na wyczerpanie [14]. U pielęgniarek, proces wypalania często przebiega w mechanizmie sprzężeń zwrotnych [1].

Edelwich i Brodsky wyodrębnili cztery etapy rozwoju wypalenia zawodowego, przedstawiające dynamikę jego rozwoju [14].

Pierwszy etap – entuzjazm – charakteryzuje się dużą motywacją, idealizmem, nierealistycznymi wręcz przekonaniem zawodowymi. Jednostka silnie identyfikuje się z ludźmi na rzecz których pracuje, nadmiernie zużywa swoją energię.

Drugi etap – stagnacja – konfrontacja z rzeczywistością oraz doznane rozczarowania studzą początkowy zapał do pracy, jednostka dochodzi do przekonania, że przesadnie pojmuje swoją rolę zawodową, a sama praca nazbyt pochłania jej energię.

Trzeci etap – frustracja – na skutek kolejnych rozczarowań zawodowych narasta poczucie bezradności, niezadowolony i frustracji z powodu niezaspokojenia potrzeb i pragnień, jednostka zastanawia się nad znaczeniem swojej pracy i wartością zawodu.

Czwarty etap – apatia – jednostka z powodu rozczarowań i frustracji zaczyna się izolować, ogranicza w sensie fizycznym i psychicznym swoją aktywność zawodową, niechętnie wchodzi w bezpośrednie relacje interpersonalne, nieefektywnie wykonuje swoje obowiązki zawodowe, przyjmuje postawę nacechowaną obojętnością i cynizmem w stosunku do innych osób i ich problemów.

Autorzy wyodrębnili jeszcze piąty etap – interwencję – zakładając, że jednostka, która padła ofiarą wypalenia, zacznie sobie uświadamiać to, co się z nią dzieje i zdecydowanie się podjąć działanie. Jednak trzeba mieć świadomość, że im bardziej zaawansowany jest proces wypalenia, tym trudniejsza jest pomoc [12, 14].

Objawy zespołu wypalenia mogą dawać o sobie znać w sposób bardzo specyficzny i różnie nasilony. Często pracownik nie zdaje sobie sprawy albo nie przyjmuje do wiadomości, że to czego doświadcza od jakiegoś czasu, to proces wypalenia zawodowego. Sygnały ostrzegawcze i objawy tego zespołu można pogrupować w zależności od różnych aspektów życia, których dotyczą [12].

W sferze fizycznej uwagę powinny zwrócić: duże zmęczenie po pracy, uczucie wyczerpania fizycznego, nieprzemijające zmęczenie bez wyraźnej przyczyny, zaburzenia snu, zaburzenia apetytu i/lub sposobu odżywiania, zaniebdywanie aktywności fizycznej, występowanie różnych dolegliwości bez wyraźnej przyczyny (np. bóle głowy, bóle mięśniowe, zaburzenia żołądkowo-jelitowe), większa podatność na zachorowania, zmniejszenie potrzeb seksualnych, zwiększona tolerancja wobec stosowania środków

farmakologicznych, palenia papierosów, spożywania alkoholu [6].

Do emocjonalnych i behawioralnych symptomów wypalenia należą: trudności w relaksowaniu się, niezdolność do koncentracji lub słuchania innych, utrata poczucia kontroli nad sytuacją, obniżony nastrój, odbieranie życia jako ciężkiego, negatywne nastawienie, zniechęcenie i obojętność, uczucie niechęci do innych osób, zaabsorbowanie samym sobą, zmienność nastrojów, impulsywność w zachowaniu bez względu na konsekwencje, wrogość, podejrzliwość, gniewne czy wręcz agresywne zachowania, stale utrzymujące się poczucie osamotnienia lub izolacji, uczucie pustki, braku celów i perspektyw, coraz większy deficyt energii przy podejmowaniu zadań.

W aspekcie rodzinnym i społecznym objawy wypalenia znajdują wyraz w: zmniejszeniu zainteresowania członkami rodziny, brak kontroli nad irytacją czy złością w stosunku do bliskich, niechęci do wspólnego wypoczynku, szukaniu samotności, wykorzystywaniu okazji do spędzania czasu bez rodziny, trudnościach w braniu udziału we wspólnych rozrywkach, spędzaniu czasu na oglądaniu telewizji w celu odizolowania się od problemów, zdecydowanie większej podatności na stres związany z dużymi zmianami w życiu, zmniejszeniu poczucia wsparcia [1].

Na gruncie pracy zawodowej objawy wypalenia zaznaczają się: utratą zapału do pracy, poczuciem presji czasu i przeciążenia obowiązkami, trudnościami w kończeniu rozpoczętych zadań i/lub wykonywanie ich z niższą jakością, zmniejszeniem zaangażowania osobistego w pełnieniu obowiązków zawodowych, unikaniem obowiązków związanych z większą odpowiedzialnością, brakiem inicjatywy i inwencji własnej w rozwiązywaniu pojawiających się problemów podczas wykonywania powierzonych zadań, tendencją do ścisłego przestrzegania przepisów, trudnościami w przystosowaniu do zmian, niechęcią do wypowiedzenia własnych opinii, skrajnymi, często nieadekwatnymi do sytuacji reakcjami (np. wybuchami złości lub kamiennym spokojem), szablonowym traktowaniem odbiorców usług/pacjentów, brakiem pozytywnych uczuć do podopiecznych/pacjentów, brakiem cierpliwości i unikaniem kontaktów z pacjentami, trudnościami w koncentracji lub słuchaniu tego co mówi pacjent, cynizmem w kontaktach z pacjentami oraz współpracownikami, częstym uczuciem złości i żywieniem urazy do przełożonych i koleżanek/kolegów z zespołu, poczuciem winy i niekompetencji, poczuciem niezadowolenia z pracy i marnowania czasu, poczuciem porażki, silną niechęcią towarzyszącą wychodzeniu do pracy [1, 12].

Pielęgniarstwo należy do grupy zawodów zaufania społecznego, w których role zawodowe i role społeczne wzajemnie się przenikają, a od ich przedstawicieli oczekuje się profesjonalizmu i postępowania według wyższych standardów etyczno-moralnych niż te, które powszechnie obowiązują resztę społeczeństwa. Osoby decydujące się wykonywać ten zawód spodziewają się, że będą czerpać z pracy zadowolenie i satysfakcję, że dawanie siebie innym będzie źródłem energii dla ich własnego napędu życiowego [9].

Praca w tym zawodzie wiąże się z doświadczaniem stresu na wielu płaszczyznach, co przy braku skutecznych sposobów radzenia sobie, może prowadzić do poczucia obciążenia, zniechęcenia i utraty satysfakcji zawodowej [14]. Codzienne obcowanie z chorobą, cierpieniem i śmiercią zmusza pielęgniarkę do częstej konfrontacji z nieodwołalnością utraty życia i zdrowia. Świadczenie opieki pielęgniarskiej opiera się na nawiązywaniu i utrzymywaniu bliskich, podmiotowych relacji z pacjentem i jego bliskimi, współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego oraz innymi pracownikami medycznymi i pozamedycznymi [2]. Właśnie ten specyficzny rodzaj stresu generowany przez relację pracy z drugim człowiekiem, czyni zawód pielęgniarki jednym z najbardziej eksponowanych na wypalenie zawodowe. Chociaż zaangażowanie, duża wrażliwość i poczucie odpowiedzialności za innych, a także zaradność i spolegliwość są cechami bardzo pożądanymi, gdyż pozwalają być dobrą pielęgniarką, to jednocześnie bardzo sprzyjają emocjonalnemu przeciążeniu [11]. Do podatności na wypalenie predysponuje również wielozadaniowy charakter pracy oraz jej złożona struktura i organizacja. Wymagania zawodowe w stosunku do pielęgniarek ciągle rosną, aby im sprostać konieczne jest stałe podnoszenie poziomu wiedzy i kwalifikacji zawodowych oraz umiejętności społecznych [14]. W trakcie przeprowadzonych badań nad zjawiskiem wypalenia zawodowego u pielęgniarek, wyłoniono uciążliwe i negatywnie postrzegane cechy zawodu, które pogrupowano w następujące kategorie [3].

Wymagania związane ze specyfiką zawodu (można je poddać analizie przed decyzją o wyborze zawodu, gdyż są przewidywalne, ale niemożliwe do wyeliminowania): np. nieregularny tryb życia spowodowany pracą na zmiany, szczególnie w godzinach nocnych, możliwość zarażenia się poprzez bliski kontakt fizyczny z chorym, kontakt z wydziałinami, odchodami i brudem. Do uciążliwych zaliczono również elementy pracy fizycznej towarzyszącej wykonywaniu czynności zabiegowych i pielęgnowaniu chorych.

Do obciążeń psychicznych zaliczymy (możliwe do przewidzenia, ale ich trud daje o sobie znać dopiero w trakcie pracy zawodowej) ogromną odpowiedzialność z jaką wiąże się podawanie leków i wykonywanie zabiegów oraz świadomość, że skutkiem popełnienia błędu może być pogorszenie stanu zdrowia pacjenta lub nawet jego śmierć. Obciążająco działa też konieczność zachowania czujności i kontroli wobec częstego kontaktu z bólem, cierpieniem, kalectwem i śmiercią [3].

Brak warunków do leczenia (to elementy, które utrudniają lub uniemożliwiają proces leczenia i sprawowania opieki pielęgniarskiej, a pielęgniarki nie mają wpływu na ich występowanie): braki instrumentalne (np. brak leków, środków opatrunkowych, sprzętu jednorazowego użytku, aparatury medycznej), braki ogólne (np. za mała obsada pielęgniarska w stosunku do liczby pacjentów, bariery architektoniczne, złe warunki lokalowe) i braki systemowe (np. przestarzałe przepisy, nieekonomiczna organizacja opieki medycznej).

Niskie zarobki, czyli niewspółmierność wynagrodzenia pielęgniarek do wymagań zawodowych i indywi-

dualnego wysiłku wkładanego przez pielęgniarki w jego wykonywanie, także niekorzystna dla pielęgniarek dysproporcja w wynagrodzeniu w porównaniu do innych grup zawodowych [14].

Niski status zawodowy, który przejawia się brakiem rzeczywistego uznania społecznego dla trudu pracy pielęgniarek, brak aktów prawnych regulujących pozycję pielęgniarek w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia [3].

Zła współpraca zespołu leczącego, największe znaczenie mają tu problemy wynikające z hierarchicznej struktury zawodowej, takie jak: otrzymywanie sprzecznych poleceń od przełożonych różnych szczebli i zrzucanie odpowiedzialności za skutki terapii na pielęgniarki. Do uciążliwych zaliczono tu również trudności w kontaktach interpersonalnych z osobami zaangażowanymi w ten sam problem zawodowy, np. z personelem medycznym, technicznym, pomocniczym, pracownikami administracji. W tej kategorii wymienia się również deprecjonowanie pracy pielęgniarek przez osoby bezpośrednio z nimi pracujące, w sytuacji, kiedy okazanie uznania stanowiłoby dla nich istotną gratyfikację.

Zła współpraca z pacjentami i ich rodzinami: trudności w budowaniu prawidłowych relacji spowodowane cechami osobowości pacjentów oraz nieodpowiednim rozumieniem przez nich roli pielęgniarki, instrumentalne traktowanie pielęgniarek, brak szacunku, wygórowane wymagania i żądania chorych, brak informacji zwrotnej od pacjentów o zadowoleniu z pracy pielęgniarek, co pozbawia je jednej z najważniejszych gratyfikacji w tym zawodzie, a mianowicie uznania w oczach pacjenta i jego rodziny [14].

Z przeglądu piśmiennictwa na temat wypalenia zawodowego wyraźnie widać, że przyczyny jego powstawania są bardzo złożone. Liczni autorzy są zgodni, że w ogólnym ujęciu wypalenie jest efektem przewlekle stresowego charakteru interakcji, jaka zachodzi pomiędzy osobą i sytuacją pracy. Dlatego działania zapobiegające wypaleniu związane są bezpośrednio z działaniami przeciwestresowymi [4]. Prewencja pierwotna dotyczy sytuacji pracy. Powinna polegać na oszacowaniu ryzyka psychicznego w miejscu pracy i wyeliminowaniu lub zmodyfikowaniu czynników, które stresują pracowników, aby zminimalizować liczbę możliwych do uniknięcia napięć. Prewencja wtórna dotyczy osoby. Jej zadaniem jest nauczanie pracownika, jak może skutecznie sobie radzić z zaistniałymi sytuacjami stresowymi. Prewencja wtórna skierowana jest na zmiany w osobie, a nie w jej środowisku pracy. Prewencja trzeciorzędowa także dotyczy osoby, ale polega na leczeniu skutków zdrowotnych doświadczanego przez pracownika stresu [14].

Według H. Sęk [13] czynnikami przeciwdziałającymi wypaleniu zawodowemu są: poczucie kontroli poznawczej, które wynika z pozytywnego wartościowania doświadczeń i nastawienia na zmianę we własnej osobie; ogólne poczucie własnej skuteczności zawodowej rozumiane jako poczucie skuteczności zaradczej. W związku z tym, działania zapobiegające rozwinięciu się objawów wypalenia powinny uwzględniać poprawę samooceny

pracownika, głównie przez: zwiększanie poczucia kompetencji zawodowych; wzmocnienie pierwotnej oceny typu wyzwania, czyli oceniania przez pracownika sytuacji jako wyzwania. Zdaniem H. Sęk w profilaktyce wypalenia zawodowego zastosowanie powinny znaleźć zarówno strategie pozytywne, jak i negatywne [13].

Strategie pozytywne mają na celu wzmocnianie zasobów podmiotowych i środowiskowych. W odniesieniu do zawodu pielęgniarki, podejście pozytywne polegałoby na wyposażeniu osób wykonujących ten zawód oraz adeptów studiów pielęgniarskich w ogólne kompetencje radzenia sobie ze stresem. Doskonalenie umiejętności społecznych, właściwe wykorzystanie pokładów zaangażowania i empatii, jest tu również ważne, jak przygotowanie merytoryczne. Istotne jest także rozwijanie umiejętności korzystania z pozytywnych doświadczeń życiowych oraz kształtowanie realistycznych przekonań zawodowych [1].

Strategie negatywne nastawione są na zminimalizowanie czynników ryzyka. Polegają na zmniejszaniu i eliminowaniu uciążliwości zawodowych, zwłaszcza na poziomie makrosocjalnym, np. przez zmianę wysokości wynagrodzeń, podnoszenie statusu społecznego zawodu, zmniejszanie braków materialnych i organizacyjnych. Intensywność i czas oddziaływania stresu można też zmniejszać przez działania jednostkowe, np. poprzez właściwy odpoczynek, relaks, zachowywanie równowagi między życiem zawodowym i pozazawodowym. Do strategii negatywnych należy również modyfikowanie sprzyjających wypaleniu postaw i cech osobowości oraz uzupełnianie rzeczywistych niedoborów kompetencji zawodowych [1].

Większość autorów proponuje, aby działania prewencyjne i zaradcze wobec wypalenia zawodowego odbywały się na kilku poziomach: indywidualnym, indywidualno-instytucjonalnym i instytucjonalnym [4].

Działania na poziomie indywidualnym opierają się na wykorzystywaniu osobistych zasobów jednostki do zapobiegania negatywnym skutkom stresu. Najczęściej stosuje się strategie służące samopoznaniu pracownika oraz strategie obliczone na redukcję skutków stresu. Pierwsze polegają na uczeniu pracownika technik samoobserwacji, samooceny metrycznej z użyciem profesjonalnych narzędzi pomiarowych do wykrywania objawów wypalenia, kontroli stresu przez bierne i czynne poszerzanie wiedzy na ten temat. Do strategii służących redukcji skutków stresu należą: promowanie zdrowego stylu życia (regularnej aktywności ruchowej, prawidłowego żywienia się, wystarczającej liczby godzin snu, przestrzegania naprzemienności pracy i odpoczynku, niepalenia tytoniu), stosowanie różnych technik relaksacji (w celu zniesienia niepożądanych, fizjologicznych reakcji na stres), technik poznawczo-behawioralnych korygujących błędne i szkodliwe przekonania dotyczące wykonywanej pracy [12].

Działania na poziomie relacji jednostka – instytucja skierowane są głównie na zwiększenie odporności pracownika na stresory związane z wykonywaną pracą. Zadaniem interwencji podejmowanych w tym zakresie jest: zwiększe-

nie wiedzy pracownika na temat jego własnych możliwości i ograniczeń, rozwijanie skutecznych strategii radzenia sobie z problemami zawodowymi i negatywnymi emocjami, udostępnienie emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego wsparcia w miejscu pracy, dostępność terapii dla osób zagrożonych wypaleniem zawodowym oraz rehabilitacji dla osób „wypalonych”. Wśród możliwych do podjęcia działań profilaktycznych na poziomie pracownik – zakład pracy należy wymienić: wdrażanie programów edukacyjnych na temat stresu i wypalenia zawodowego, organizowanie treningów umiejętności interpersonalnych, prawidłowej komunikacji i rozwiązywania konfliktów, warsztatów radzenia sobie ze stresem, treningów zarządzania własnym czasem i prawidłowego wykorzystania czasu pracy, promowanie realistycznej wiedzy o zawodzie oraz „życia pozazawodowego” [1, 4].

Ważnym elementem profilaktyki stresu i wypalenia zawodowego na omawianym poziomie interwencji jest zorganizowanie w zakładzie pracy systemu wsparcia społecznego. Pracownicze grupy wsparcia zapewniłyby tworzenie odpowiedniego klimatu społecznego w środowisku pracy, dawałyby możliwość emocjonalnego odciążenia problemów zawodowych oraz uzyskania porad od osób bardziej doświadczonych [1, 5]. Wsparcie społeczne otrzymywane w wyniku innych działań zespołowych niż formalne grupy wsparcia prowadzone przez przeszkolonych liderów także pełni funkcję ochronną przed wypaleniem zawodowym. Szczególnie zaangażowanie współpracowników w tworzenie atmosfery koleżeństwa i życzliwości, pomoc w adaptacji zawodowej nowych pracowników, wspólne omawianie problemów opiekuńczych, możliwość wymiany doświadczeń zawodowych, okazywanie sobie przez współpracowników wzajemnego szacunku i uznania [1].

Działania zapobiegające rozwojowi objawów zespołu wypalenia na poziomie instytucji są ukierunkowane na podniesienie jakości pracy i obniżenie jej kosztów.

W tym celu proponuje się przeprowadzanie wśród pracowników regularnych, anonimowych badań, pozwalających oszacować problem stresu i zagrożenie wypaleniem zawodowym. Pracownicy oprócz obowiązkowych badań profilaktycznych stanu zdrowia, powinni mieć możliwość przeprowadzenia dobrowolnego badania oceniającego objawy wypalenia. Zakład pracy może i powinien dążyć do polepszenia środowiska pracy przez usunięcie lub modyfikowanie stresorów, poprawę wzajemnej komunikacji pracowników, zapobieganie nawarstwianiu się konfliktów w pracy, wprowadzenie dodatkowych dni wolnych albo przerw w pracy umożliwiających efektywniejszą regenerację sił, umożliwienie pracownikom udziału w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych. Inne propozycje dotyczą wprowadzenia elastycznego planu pracy, adekwatnego do wkładu pracy systemu nagradzania, ustalenia jasnych i sprawiedliwych zasad zarządzania, jasnego określania obowiązków zawodowych, włączenia pracowników w planowanie rozwoju zawodowego. Za zasadne uważa się też utworzenie działu służb medycyny pracy, który zajmowałaby się

prowadzeniem profesjonalnego poradnictwa dla osób zagrożonych wypaleniem oraz realizowaniem programów profilaktycznych [1, 4]. Jak widać możliwości zapobiegania wypaleniu zawodowemu w zawodzie pielęgniarstwa jest wiele. Profilaktyka przeciwwypaleniowa powinna zaczynać się już na etapie kształcenia zawodowego i trwać przez cały okres kariery zawodowej. Wydaje się, że wprowadzenie systemowych działań zapobiegawczych pozwoliłoby na ograniczenie występowania tego niekorzystnego zjawiska wśród pielęgniarów.

Cele pracy

Celem pracy było poznanie opinii badanych pielęgniarek na temat zagrożenia wypaleniem zawodowym w środowisku pracy, ich samooceny w zakresie występowania symptomów tego zespołu oraz zainteresowania wprowadzeniem profilaktyki wypalenia w środowisku zawodowym. W wyniku analizy danych założono odpowiedzieć na poniższe pytania: czy według badanych pielęgniarek istnieje zagrożenie wypaleniem zawodowym w ich miejscu pracy i czy dostrzegają obecność jego symptomów w środowisku zawodowym, czy sposób postrzegania specyfiki i warunków prac w oddziale szpitalnym znajduje odzwierciedlenie w występowaniu objawów wypalenia zawodowego, czy miejsce pracy ma wpływ na stopień nasilenia występowania u nich objawów komponentów zespołu wypalenia zawodowego: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, obniżonego poczucia dokonań osobistych i czy badane uważają za zasadne wprowadzenie profilaktyki wypalenia zawodowego w środowisku pracy.

Material i metoda badań

Praca powstała na podstawie badania przeprowadzonego wśród pielęgniarek zatrudnionych w trzech, różniących się pod względem specyfiki pracy oddziałach szpitalnych: intensywnej opieki medycznej, wewnętrznym i pediatrycznym. Dla ułatwienia przedstawienia wyników badania, oddziały nazwano literami alfabetu: A – oddział intensywnej opieki medycznej, B – wewnętrzny i C – pediatryczny. Badanie przeprowadzono metodą sondażu, stosując technikę ankiety. Narzędzie badawcze zostało skonstruowane samodzielnie, po uprzednim zapoznaniu się z piśmiennictwem na temat wypalenia zawodowego. Kwestionariusz ankiety zawierał 32 pytania. Po uzyskaniu pisemnej zgody dyrekcji szpitala przystąpiono do badań. Zespoły pielęgniarskie poszczególnych oddziałów, tworzone przez pielęgniarki biorące udział w badaniu, różniły się między sobą strukturą: wieku, stażu pracy w zawodzie, stażu pracy w oddziale, wykształceniem zawodowym i posiadaniem dodatkowych kwalifikacji zawodowych. Badanych nie pytano o rodzaj i zakres wykonywanych obowiązków ani o funkcje pełnione w oddziale.

Wyniki badań

Badaniem objęto pielęgniarki zatrudnione w trzech wybranych oddziałach szpitalnych. Dla ułatwienia przedstawienia wyników przeprowadzonego badania, poszczególne oddziały nazwano kolejnymi literami alfabetu: A – oddział intensywnej opieki medycznej, B – wewnętrzny i C – pediatriczny.

Najdłuższy średni staż pracy w zawodzie był u pielęgniarek z oddziału C – 19,85 lat, a najkrótszy z oddziału B – 15,05 lat.

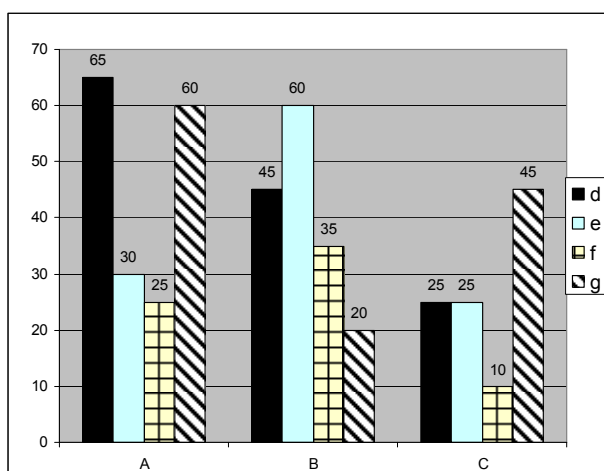
Wariant „d”, czyli „gorsze wykonywanie powierzonych zadań, unikanie obowiązków związanych z większą odpowiedzialnością”, dostrzegало 65% pielęgniarek z oddziału A, 60% z A, 45% z C zwróciło uwagę na wariant „g”, czyli „manifestowanie przekonania o bezowocności podejmowanych działań, brak inicjatywy i inwencji własnej w rozwiązywaniu napotkanych problemów związanych z wykonywaniem powierzonych zadań”. Natomiast 60% z oddziału B wskazało na wariant „e”, czyli „zmienność nastrojów, częste poirytowanie, wybuchy gniewu i agresji wobec otoczenia”. Wariant „f”, czyli „cyniczny stosunek do innych osób, bezosobowe traktowanie chorych, obojętność wobec problemów pacjentów” wskazywały rzadziej (wykres 1.).

Tabela 1. Staż pracy w zawodzie
Table 1. Practice of work in occupation

Przedziały stażu pracy w zawodzie badanych pielęgniarek	A		B		C	
	L	%	L	%	L	%
do 10 lat	18	30%	21	35%	12	15%
11–20 lat	12	20%	21	35%	18	30%
21–30 lat	30	50%	18	30%	30	55%
Średnia stażu pracy w zawodzie w latach	17,45	100%	15,05	100%	19,85	100%

Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

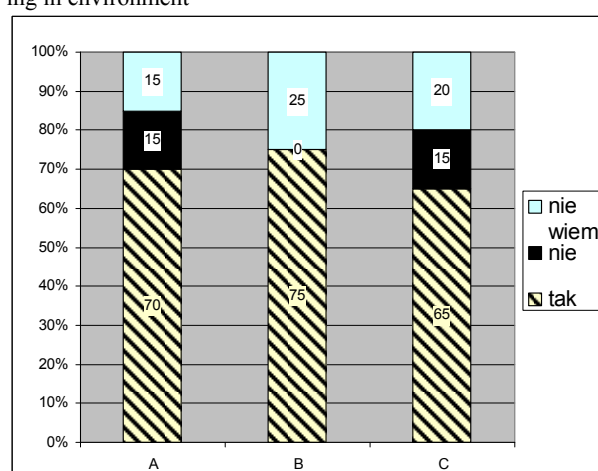
Wykres 1. Dostrzeganie objawów
The graph 1. Perception the symptoms



- d – gorsze wykonywanie powierzonych im zadań, unikanie obowiązków związanych z większą odpowiedzialnością
e – zmienność nastrojów, częste poirytowanie, wybuchy gniewu i agresji wobec otoczenia
f – cyniczny stosunek do innych osób, bezosobowe traktowanie chorych, obojętność wobec problemów pacjentów
g – manifestowanie przekonania o bezowocności podejmowanych działań, brak inicjatywy i inwencji własnej w rozwiązywaniu napotkanych problemów związanych z wykonywaniem powierzonych zadań.

Źródło: opracowanie własne; Source: own's concept

Wykres 2. Wprowadzenie profilaktyki wypalenia zawodowego w środowisku pracy
The graph 2. Introduction of prophylaxis of professional burning in environment



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

Większość badanych pielęgniarek była przekonana o zasadności wprowadzenia profilaktyki wypalenia zawodowego w środowisku pracy. Tak uważało 75% z oddziału B, 70% z A i 65% z C. Po 15% z A i C nie widziało takiej zasadności. Część badanych nie miała zdania na ten temat: 15% z oddziału A, 25% z B i 20% z C.

Omówienie wyników

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem bardzo złożonym. Na jego powstawanie mają wpływ różnorodne czynniki: indywidualne, interpersonalne oraz organizacyjne i instytucjonalne. Jego następstwa mają szeroki zasięg zarówno dla pracownika, jak i zakładu pracy. Objawy mogą być jednocześnie przyczyną i skutkiem [14]. Nie oznacza to jednak, że osoby wykonujące zawody będące w grupie podwyższonego ryzyka wypalenia zawodowego, muszą paść jego ofiarą. Istotne jest, żeby umieć rozpoznać alarmujące objawy, bo proces wypalenia zawodowego nie musi wcale nieuchronnie zmierzać do pełnoobjawowego stanu wypalenia [12]. Ważne jest, żeby zapobieganiem rozwojowi wypalenia były zainteresowane osoby wykonujące zawód pielęgniarki, jak i osoby odpowiedzialne za tworzenie szeroko rozumianego środowiska pracy pielęgniarek [4]. E. Wilczek-Różycka zauważa, że do tej pory, nie doceniano znaczenia miejsca pracy w zakresie zapobiegania zespołowi wypalenia, koncentrując podejmowane działania profilaktyczne na strategiach indywidualnych. A przecież pracownik nie ma możliwości kontrolować czynników stresujących w środowisku pracy w takim stopniu, aby uchronić się przed ich szkodliwymi dla siebie skutkami [14].

W celu poznania opinii pielęgniarek na temat zagrożenia wypaleniem zawodowym w środowisku pracy, ich samooceny w zakresie występowania symptomów tego zespołu oraz zainteresowania wprowadzeniem profilaktyki wypalenia w ich środowisku zawodowym, badaniem objęto pielęgniarki z trzech oddziałów szpitalnych. Wybrane oddziały różnią się między sobą specyfiką pracy i jako osobne komórki organizacyjne, tworzą odmienne środowiska pracy. Założono, że uzyskane wyniki należy analizować w kontekście ewentualnych różnic, mogących mieć związek z miejscem pracy badanych. Omówienie rozpoczęto od prześledzenia samooceny badanych pielęgniarek w zakresie nasilenia występowania u nich objawów, odnoszących się do trzech wymiarów zespołu wypalenia: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonania osobistych. Do występowania takich objawów, jak: uczucie zmęczenia, brak sił, ogólny brak energii do działania, „często” przyznaje się 60% badanych z oddziału B, 45% z A i tylko 15% z C. „Czasami” stwierdza je u siebie 65% z C, 50% z A i 35% z B, „sporadycznie” 20% z C i po 5% z A i B. Trudności w koncentracji i zapominanie o istotnych sprawach „często” zauważa u siebie 20% z oddziału B i 10% z A. „Czasami” po 50% z A, B i C. „Sporadycznie” 50% z C 35% z A i 30% z B. 5% z A „nigdy” nie zauważyło u siebie powyższych objawów. Dolegliwości fizyczne, których przyczynę trudno ustalić (np. częste bóle głowy, mięśni, brak apetytu, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, trudności w zasypianiu, częste infekcje itp.) obserwuje u siebie „często” 35% badanych z oddziału B, 10% z A i 5% z C, „czasami” 80% z A, 60% z C i 45% z B, „sporadycznie” 35% z C, 20% z B i 10% z A. Trudności w panowaniu nad

rozdrażnieniem i impulsywnymi reakcjami wobec swojego otoczenia „często” miewa 20% badanych pielęgniarek z oddziału B, 15% z A i 5% z C, „czasami” 60% z B, 50% z A, 40% z C. „Sporadycznie” powyższe trudności ma 50% badanych z C i po 20% z A i B, „nigdy” nie dostrzega ich u siebie 15% z A i 5% z C. Wrażenie uczucia przygnębienia, melancholii ma „często” 30% badanych pielęgniarek z oddziału B, 20% z A i 5% z C, „czasami” 50% z B, 40% z C i 35% z A. „Sporadycznie” takie wrażenie ma 40% badanych z oddziału C, 30% z A i 15% z B, „nigdy” po 15% z A i C i 5% z B. Odczuwanie bezsilności, bezradności wobec oczekiwań innych osób, braku gotowości do niesienia pomocy towarzyszy „często” 25% badanych pielęgniarek z oddziału A, 15% z B i 5% z C, „czasami” 60% z B, 40% z C i 30% z A, „sporadycznie” 30% badanych z A i C oraz 15% z B, „nigdy” 25% pielęgniarek z C, 15% z A i 10% z B. W odpowiedziach na pytania odnoszące się do stopnia natężenia występowania objawów wyczerpania emocjonalnego wyraźnie widać, że badane pielęgniarki z oddziału C, odpowiedź „często” wskazują znacznie rzadziej niż pielęgniarki z oddziałów A i B. Pielęgniarki z C zdecydowanie częściej niż z A i B wybierają odpowiedź „sporadycznie”. Jeżeli porównamy zsumowane wartości procentowe dla odpowiedzi „często” i „czasami”, to również okazuje się, że w C osiągają one najniższe wartości. Według samooceny badanych, wśród pielęgniarek z oddziału C – pediatrycznego, objawy wyczerpania emocjonalnego mają zdecydowanie mniejsze natężenie niż wśród pielęgniarek z A i B. W oddziałach A i B różnice nie są już tak wyraźne. Według samooceny badanych, stopień natężenia objawów wyczerpania emocjonalnego jest nieco większy u pielęgniarek z oddziału B – wewnętrznego, niż u pielęgniarek z oddziału A – intensywnej opieki medycznej.

Zniechęcenie w kontaktach z pacjentami i ograniczanie ich do niezbędnego minimum potwierdza u siebie „często” po 10% badanych z oddziałów A i B oraz 5% z C, „czasami” 40% z C i po 30% z A i B. Występowanie powyższych objawów „sporadycznie” zauważa u siebie po 50% pielęgniarek z A i B i 30% z C, „nigdy” nie stwierdza 25% z A i po 10% z A i B. Do negatywnych uczuć żywionych do chorych przyznaje się „często” jedynie 5% badanych pielęgniarek z oddziału C, „czasami” po 20% z C i B oraz 10% z A, „sporadycznie” 60% badanych z A, 35% z B i 25% z C, natomiast nie stwierdza „nigdy” 50% pielęgniarek z C, 45% z B i 30% z A. Do myślenia/wyrażania się o chorych w kategoriach jednostek chorobowych przyznaje się „często” 10% badanych z oddziału A i 5% z B, „czasami” po 25% z C i B i 20% z A, „sporadycznie” 30% z A i po 15% z B i C, „nigdy” 60% z pielęgniarek z C, 55% z B i 40% z A. Cynizm i dystans w stosunkach z innymi osobami, brak tolerancji odczuwa „często” po 5% badanych z oddziałów A i B, „czasami” 30% z C, 25% z A i 15% z B, „sporadycznie” po 50% pielęgniarek z A i B oraz 30% z C, nie miewa „nigdy” 40% z C, 30% z B i 20% z A. Brak ochoty na kontakty z innymi ludźmi, poczucie

obciążenia oczekiwaniami i zainteresowaniem ze strony współpracowników, przyjaciół, a nawet rodziny „często” stwierdza u siebie 10% badanych z oddziału A i 5% z B, „czasami” 65% z B, 35% z C i 30% z A, „sporadycznie” takie odczucia ma 30% pielęgniarek z A, 25% z B i 15% z C, nie stwierdza „nigdy” 50% badanych z C, 30% z A i 5% z B. Na uwagę zasługuje fakt, że w odpowiedziach na pytania dotyczące samooceny badanych w zakresie występowania u nich objawów depersonalizacji, wariant „często” stanowił niewielki procent we wszystkich trzech oddziałach, jego wartość wahała się od 0% do 10%. Wariant „nigdy” był wybierany przez 5% nawet do 60% badanych pielęgniarek z poszczególnych oddziałów. Jednak różnice w stopniu nasilenia objawów, mogących świadczyć o depersonalizacji, według samooceny nie rysują się zbyt wyraźnie pomiędzy poszczególnymi oddziałami. Wartości procentowe dla odpowiedzi „czasami” wahały się od 10% do 40%, tylko w jednym pytaniu, które nie dotyczyło bezpośrednio stosunku badanych pielęgniarek do pacjentów, osiągnęły wartość 65%. Nawet po zsumowaniu wartości procentowych „często” i „czasami” dla odpowiedzi na pytania dotyczące objawów depersonalizacji, bardzo trudno jest określić, w którym z oddziałów: A, B czy C, stopień ich nasilenia jest największy. Wydaje się, że delikatna przewaga w nasileniu występowania objawów, mogących świadczyć o depersonalizacji, zaznacza się w oddziale C, nieco mniejsze nasilenie występuje w B i zbliżone do B w oddziale A.

Zmniejszenie zainteresowania sprawami zawodowymi i spadek osobistego zaangażowania w pracę zawodową „często” zauważa u siebie tylko po 5% badanych w oddziałach A i C, „czasami” 60% z A i 55% z C i tylko 35% z B, „sporadycznie” takie objawy dostrzega 55% pielęgniarek z oddziału B, 25% z A i 15% z C, a „nigdy” nie występują u 25% z C i 10% z A i B. Wrażenie spadku kompetencji, brak zadowolenia z efektywności swojego działania ma „często” 15% badanych pielęgniarek z oddziału A i 10% z B, „czasami” 50% z C, 40% z B i 30% z A, „sporadycznie” ma 45% badanych z oddziału B, 30% z A i 20% z C, zaś „nigdy” 30% z C, 25% z A i 5% z B. Poczucie braku satysfakcji z wykonywanej pracy i osiągnięć zawodowych ma „często” 25% badanych z oddziału A, 20% z C i 15% z B, „czasami” 70% z B, 45% z A i 35% z C, „sporadycznie” 25% pielęgniarek z C, 20% z A i 10% z B, a „nigdy” 20% z C, 10% z A i 5% z B. Z niechęcią o wyjściu do pracy myśli „często” po 35% badanych z oddziałów A i B oraz 15% z C, „czasami” tak myśli 50% pielęgniarek z C, 40% z B i 30% z C, „sporadycznie” 30% badanych z oddziału A, 25% z B i 20% z C, a „nigdy” 15% z C i 5% z A. Zmianę pracy, charakteru pracy rozważa „często” 35% badanych pielęgniarek z oddziału B i 10% z A i C, „czasami” 40% z A, 35% z B i 30% z C. „Sporadycznie” o tym myśli 35% badanych z A, 20% z C i 10% z B, natomiast „nigdy” takiej możliwości nie brało pod uwagę 40% z oddziału C, 20% z B i 15% z A.

Reasumując, z powyższej analizy wyników uzyskanych z samooceny badanych pielęgniarek w zakresie

stopnia nasilenia występowania u nich objawów poszczególnych komponentów wypalenia zawodowego wynika, że objawy mogące świadczyć o wyczerpaniu emocjonalnym i obniżonym poczuciu osiągnięć osobistych mają podobny stopień nasilenia ich występowania u pielęgniarek z oddziałów A, B i C. To znaczy dla obydwu wyżej wymienionych wymiarów wypalenia, największy stopień nasilenia występowania objawów dał się zauważyć u pielęgniarek z oddziału B, nieco mniejszy z A i najmniejszy z C. Zależność ta nie miała miejsca jeżeli chodzi o stopień nasilenia objawów mogących świadczyć o depersonalizacji. Ogólnie według badanych pielęgniarek ze wszystkich trzech oddziałów, stopień ten był niższy niż w przypadku pozostałych komponentów zespołu wypalenia, a niewielkie różnice nie przypominały wyżej opisanych zależności. Wyniki przeprowadzonego badania nie wykazują, że stopień nasilenia występowania objawów, mogących świadczyć o depersonalizacji zależy bezpośrednio od miejsca pracy. Jeżeli objawy depersonalizacji pojawiają się w odpowiedzi na poczucie wyczerpania emocjonalnego, jak uważa Ch. Maslach, to stopień ich nasilenia może być bardziej związany z osobniczymi cechami badanych pielęgniarek, a w szczególności z preferowanymi przez nie mechanizmami radzenia sobie ze stresem zawodowym. Z kolei stopień nasilenia objawów, mogących świadczyć o obniżonym poczuciu osiągnięć osobistych u badanych pielęgniarek, nie wydaje się silnie związany ze stopniem nasilenia występowania u nich objawów depersonalizacji. Przemawia za tym fakt, że według samooceny badanych, stopień nasilenia objawów odnoszących się do obniżonego poczucia osiągnięć osobistych jest większy niż w przypadku stopnia nasilenia objawów odnoszących się do depersonalizacji. Jednocześnie objawy związane z obniżonym poczuciem dokonań osobistych u badanych pielęgniarek z poszczególnych oddziałów występują w podobnym stopniu nasilenia jak objawy odnoszące się do wyczerpania emocjonalnego, o czym była już mowa powyżej. [14, 7]. Z przeprowadzonego badania wynika, że według badanych pielęgniarek, potwierdza się wpływ miejsca pracy na stopień nasilenia występowania objawów odpowiadających wyczerpaniu emocjonalnemu i obniżonemu poczuciu dokonań osobistych. Brak chęci do pracy lub na przepracowanie wskazywało 100% badanych pielęgniarek z oddziału B, 90% z A i 80% z C. „Nie wiem” na pytanie poruszające tę kwestię odpowiedziało 20% badanych z oddziału C i 10% z A.

Badane zostały zapytane, czy dostrzegają objawy, które dla ułatwienia zostały następująco pogrupowane: d – gorsze wykonywanie powierzonych im zadań, unikanie obowiązków związanych z większą odpowiedzialnością, e – zmienność nastrojów, częste poirytowanie, wybuchy gniewu i agresji wobec otoczenia, f – cyniczny stosunek do innych osób, bezosobowe traktowanie chorych, obojętność wobec problemów pacjentów, g – manifestowanie przekonania o bezowocności podejmowanych działań, brak inicjatywy i inwencji własnej w rozwiązywaniu napotkanych problemów związanych z wykonywaniem powierzonych zadań. W każdym z oddziałów

badane pielęgniarki dostrzegały wśród personelu pielęgniarskiego swojego oddziału, obecność wszystkich wymienionych wyżej objawów, z tym, że odmiennie w każdym z oddziałów przedstawiał się procentowy udział poszczególnych grup objawów, co widać na wykresie nr 30. W oddziale A na wariant „d” wskazało 65% badanych, „g” 60%, „e” 30%, „f” 25%. W oddziale B 60% pielęgniarek dostrzega obecność objawów z grupy „e”, 45% z „d”, 35% z „f” i 20% z „g”. Natomiast z oddziału C rzadziej dostrzegały występowanie powyższych objawów u koleżanek z oddziału, 45% z nich wskazywała wariant „g”, 25% „d”, 25% „e” i tylko 10% wariant „f”. Wynika z tego, że pielęgniarki z oddziału A – intensywnej opieki medycznej, najczęściej spotykają się w swoim zespole pielęgniarskim z „gorszym wykonywaniem powierzonych im zadań, unikaniem obowiązków związanych z większą odpowiedzialnością”, pielęgniarki z oddziału B – wewnętrznego, najczęściej mają do czynienia ze „zmiennością nastrojów, częstym poirytowaniem, wybuchami gniewu i agresji wobec otoczenia”, a pielęgniarki z oddziału C – pediatrycznego najczęściej obserwują „manifestowanie przekonania o bezowocności podejmowanych działań, brak inicjatywy i inwencji własnej w rozwiązywaniu napotkanych problemów związanych z wykonywaniem powierzonych zadań”.

Warunki pracy w swoim oddziale jako „bardzo dobre” ocenia tylko 15% badanych z oddziału C i 10% z B. Za „wystarczające” uważa je po 70% pielęgniarek z A i C oraz 35% z B, natomiast za „trudne i niekorzystne” 55% z B, 30% z A i 15% z C. Za „bardzo obciążającą”, pod względem psychicznym i fizycznym, swoją pracę uważa 100% badanych z oddziału A, 90% z B i zaledwie 20% z C, jako „umiarkowanie obciążającą” ocenia ją 80% pielęgniarek z oddziału C i tylko 10% z B. Przeżywanie stresu z wykonywaną pracą zawodową kojarzy „często” 80% badanych oddziału B, 65% z A i 40% z C, „czasami” 45% z C, 30% z A i 15% z B, natomiast „sporadycznie” 15% z C i zaledwie 5% z A i B.

Z powyższej analizy wynika, że badane pielęgniarki z oddziału A – intensywnej opieki medycznej, w większości oceniają warunki swojej pracy jako wystarczające, ale wszystkie uważają, że ich praca jest bardzo obciążająca psychicznie i fizycznie, często też przyznają, że przeżywany stres związany jest z pracą zawodową. Natomiast według większości badanych pielęgniarek z oddziału B – wewnętrznego, ich warunki pracy są trudne i niekorzystne, a praca obciążająca psychicznie i fizycznie, także zdecydowana większość z nich uważa, że przeżywanie przez nie stresu ma związek z pracą zawodową. Pielęgniarki z oddziału C – pediatrycznego, najlepiej ze wszystkich badanych oceniają warunki pracy w swoim oddziale, przeważnie uważają swoją pracę za umiarkowanie obciążającą psychicznie i fizycznie, najrzadziej też kojarzą przeżywanie stresu z wykonywaną pracą zawodową. Wynika, że w A długość stażu pracy badanych pielęgniarek w oddziale jest dość wyrównana pod względem przyjętych przedziałów stażowych. W C pracuje najwięcej pielęgniarek ze stażem w oddziale

między 21–30 lat i najmniej ze stażem do 10 lat, co wskazywałoby na małą płynność kadry pielęgniarskiej w tym oddziale. Za to w B jest najwięcej pielęgniarek ze stażem pracy w oddziale do 10 lat, a pielęgniarki w pozostałych przedziałach stażowych: między 21–30 lat i 11–20 lat stanowią tu mniej niż połowę zespołu, co z kolei może sugerować znaczną płynność kadry pielęgniarskiej w tym oddziale. Być może ma to związek z odbiorem specyfiki i warunków pracy w oddziale zaobserwowanym wśród badanych pielęgniarek. Negatywne postrzeganie przez badane pielęgniarki z oddziału B, specyfiki i warunków pracy w oddziale znajduje odzwierciedlenie w większym niż u badanych z pozostałych oddziałów, stopniu nasilenia występowania objawów mogących świadczyć o wyczerpaniu emocjonalnym i obniżonym poczuciu osiągnięć osobistych. Tak samo wygląda ta zależność u badanych pielęgniarek z pozostałych oddziałów. Pielęgniarki z oddziału C zdecydowanie lepiej niż pozostałe badane oceniły specyfikę i warunki pracy w swoim oddziale, u nich też stopień nasilenia objawów mogących świadczyć o wyczerpaniu emocjonalnym i obniżonym poczuciu osiągnięć osobistych był najmniejszy. Niejednoznaczna ocena specyfiki i warunków pracy przez badane pielęgniarki z oddziału A znalazła wyraz w pośrednim stopniu nasilenia powyżej wymienionych objawów. W analizie wyników przeprowadzonego badania nie znaleziono argumentów przemawiających za zależnością postrzegania specyfiki i warunków pracy w oddziale a występowaniem objawów wypalenia odnoszących się do depersonalizacji. Według badanych pielęgniarek we wszystkich trzech oddziałach, odpowiedzi na poszczególne pytania odnoszące się do tego wymiaru wypalenia były dosyć zróżnicowane, ale nasilenie jego objawów osiągało znacznie mniejsze wartości w stosunku do objawów pozostałych wymiarów wypalenia i nie wykazywało wyraźnych różnic u pielęgniarek z poszczególnych oddziałów.

W zasadzie większość badanych pielęgniarek „często” spotyka się z zagadnieniem wypalenia zawodowego: 80% z oddziału B, 65% z A i 55% z C, „czasami” 35% z A i C oraz 10% z B, „sporadycznie” 10% z C i 5% z B, „nigdy” tylko 5% z B. Zdecydowana większość badanych pielęgniarek dostrzega realne zagrożenie wypaleniem zawodowym w swoim środowisku pracy: 95% z oddziału A, 85% z B i 75% z C, przeciwne zdanie ma tylko po 5% w każdym z oddziałów, 20% z C i 10% z B nie ma zdania na ten temat. Więcej niż połowa zetknęła się z informacjami na temat podnoszenia swojej odporności na wypalenie zawodowe: 75% z oddziału B, 60% z C i 55% z A. Na takie informacje nie natknęło się 25% z A i po 20% z B i C, natomiast odpowiedź „nie pamiętam” zaznaczyło 20% z A i C i 5% z B. Na pytanie, czy badane pielęgniarki korzystają ze wskazówek dotyczących podnoszenia odporności na wypalenie zawodowe, twierdząco odpowiedziało po 45% badanych z oddziału B i C oraz 35% z A. Czyli o 30% mniej w oddziale B, o 20% mniej w A i o 15% mniej w C, w stosunku do ilości pielęgniarek, które zetknęły się z takimi

informacjami. Na pytanie, czy badane pielęgniarki uważają za zasadne wprowadzenie profilaktyki wypalenia zawodowego w środowisku pracy (np. treningów psychologicznych, uczących radzenia sobie ze stresem zawodowym, uczących rozpoznawania predyspozycji do wypalenia i/lub symptomów wypalenia oraz zachęcania do korzystania ze wsparcia i fachowej pomocy) „tak” odpowiedziało 75% z B, 70% z A i 65% z C, nie widziało takiej zasadności po 15% z A i C nie miało zdania w tej kwestii 25% badanych z oddziału B, 20% z C i 15% z A (wykres 2.). Zatem gdyby wprowadzenie profilaktyki wypalenia zawodowego zależało od wyników to we wszystkich trzech oddziałach powinna być ona prowadzona. Świadczy to o tym, że badane pielęgniarki uważają za realne zagrożenie wypaleniem zawodowym w swoim środowisku pracy.

Wnioski

Przeprowadzone badanie ankietowe wśród pielęgniarek zatrudnionych w wybranych oddziałach szpitalnych pozwoliło poznać ich opinię na temat zagrożenia wypaleniem zawodowym w środowisku pracy, samoocenę w zakresie występowania symptomów tego zespołu oraz zainteresowanie wprowadzeniem profilaktyki wypalenia w środowisku pracy. Na podstawie analizy danych otrzymanych z ankiet wyciągnięto następujące wnioski, że istnieje zagrożenie wypaleniem zawodowym w miejscu pracy także dostrzegają obecność symptomów w środowisku pracy. Sposób postrzegania specyfiki i warunków pracy w oddziale szpitalnym znajduje odzwierciedlenie w występowaniu objawów odnoszących się do wymiarów: wyczerpania emocjonalnego i obniżonego poczucia dokonań osobistych, nie zaobserwowano natomiast powyższej zależności w zakresie występowania objawów depersonalizacji. Miejsce pracy, według badanych, ma wpływ na stopień nasilenia występowania objawów dwóch komponentów: wyczerpania emocjonalnego i obniżonego poczucia dokonań osobistych. Nie zaobserwowano wyraźnego wpływu miejsca pracy na stopień nasilenia występowania objawów depersonalizacji. Większość badanych, co jest bardzo ważne, we wszystkich trzech oddziałach uważa za zasadne wprowadzenie profilaktyki wypalenia zawodowego w środowisku pracy.

PIŚMIENNICTWO

1. Anczewska M., Roszczyńska J., Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorymi, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004, 13-21, 26-38.
2. Andruszewicz A., Banaszkiewicz M., Sobczak M., Perliński J., Syndrom wypalenia zawodowego – problem współczesnych pielęgniarek, *Prob. Piel.*, 2006, 1-2, 34-37.
3. Beisert M., Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia się pielęgniarek, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2009, 182, 202-2004.
4. Formański J., Zapobieganie wypaleniu, *Mag. Piel. Położ.*, 2009, 10, 4-5.
5. Kulik H., Eszyk J., Jara K., Dutkiewicz S., Stosunek pielęgniarek do zawodu, *Prob. Piel.*, 2004, 1-2, 80-83.
6. Litzke S. M., Schuh H., Stres, mobbing i wypalenie zawodowe, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne sp. z o.o., Gdańsk 2007, 165-180.
7. Maslach Ch. Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2009, 13-31.
8. Ogińska-Bulik N., Stres zawodowy w zawodach usług społecznych, Centrum doradztwa i Informacji Difin sp. z o.o., Warszawa 2006, 72-82.
9. Pines Ayala M., Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2009, 32-57.
10. Radkiewicz P., Widerszal-Bazyl M.: Obciążenie emocjonalne europejskich pielęgniarek, *Mag. Piel. Położ.*, 2005, 5, 6-7.
11. Raj A., Wypalenie zawodowe. Jak sobie z tym poradzić? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 1-2/2005, 28.
12. Rogala-Pawelczyk G., Walenciuk R., Pielęgniarka i położna – zawody ryzyka, *Mag. Piel. Położ.*, 2007, 12, 6-7.
13. Sęk H., Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2009, 83-112.
14. Wilczek-Różycka E., Wypalenie zawodowe a empatia, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, 11-58.

Adres do korespondencji:

Mieczysława Wyderka
ul. Pływacka 112
94-127 Łódź
lub
Mieczysława Wyderka
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Madurowicza w Łodzi
ul. Wileńska 37 (sekretariat szpitala)
Łódź

SKALA APGAR A ROZWÓJ FUNKCJONALNY DZIECI OD 0–2 LAT

APGAR SCORE AND THE FUNCTIONAL DEVELOPMENT OF CHILDREN AGED 0–2 YEARS

JULIA JAJOR

Zakład Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr n. biol. Ewa Gajewska

Streszczenie

Wstęp. Niezwykle istotna jest wczesna ocena rozwoju dziecka i przewidywanie jego realnych możliwości w przyszłości. Służą temu różne opracowane schematy oceny rozwoju. Jedną z nich jest skala Apgar, oceniająca 5 podstawowych czynności życiowych. Umożliwia ona wyselekcjonowanie noworodków z zaburzeniami adaptacyjnymi do życia pozałożowego i udzielenie szybkiej pomocy.

Cel. Celem pracy była próba ustalenia czy Apgar mierzony w 1. i 5. minucie życia może wpływać na rozwój psychoruchowy dzieci w wieku do 2 lat.

Material i metody. Badaniem objęto 52 dzieci w wieku od 0–2 lat, które usprawniane były w Poradni Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci przy ul. Grunwaldzkiej 50 w Poznaniu. Dokonano analizy dokumentacji medycznej, w tym wyników oceny rozwoju psychoruchowego według Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej.

Wnioski. W wyniku przeprowadzonych badań, stwierdzono zależność między ilością punktów uzyskanych według skali Apgar w 1. i 5. minucie życia, a rozwojem psychoruchowym. Dzieci z Apgar 4-7 okazały się najmniej opóźnione w rozwoju, z kolei największa retardacja występowała u grupy z Apgar 0-3. Dzieci z Apgar 8-10 przedstawiły średnie opóźnienie w rozwijaniu danych umiejętności.

Słowa kluczowe: skala Apgar, Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa, rozwój dzieci.

Summary

Introduction. It is essential to evaluate early child development and predict its real possibilities in the future. For this purpose, there are several different evaluation schemes to rate the children's development. One of them is the Apgar score, which assesses five basic vital functions. It allows for the selection of newborns with adaptive disorders to live outside the womb and provide the instant aid.

Aim. The aim of this study was to determine whether the Apgar score measured at 1 and 5 minute of life may affect the psychomotor development of children under the age of 2 years.

Material and methods. The study involved 52 children aged 0–2 years who were being improved in The early Diagnostics and Children's Rehabilitation Clinic located at Grunwaldzka street in Poznan. An analysis of medical records, including results of the psychomotor development according to the Munich Functional Development Diagnostics was conducted.

Conclusions. Following this study, there was correlation between the number of points obtained according to the Apgar score at 1 and 5 minute of life and psychomotor development. Children with Apgar 4-7 proved to have the least delayed development, while the greatest retardation occurred in the group with Apgar score 0-3. Children with Apgar 8-10 have provided the average retardation in the development of skills.

Key words: Apgar score, Munich Functional Developmental Diagnostics, children's development.

Wstęp

Ukończenie ciąży przed końcem 37. tygodnia wiąże się z niekorzystnymi konsekwencjami dla noworodka. Niektóre rodzą się w bardzo złym stanie, mają duże problemy adaptacyjne i w związku z tym wymagają natychmiastowej intensywnej opieki medycznej. Dlatego istotna jest szybka i precyzyjna ocena stanu zdrowia dziecka bezpośrednio po porodzie. Ważne jest dokonanie oceny rozwoju dziecka i jego realnych możliwości w przyszłości. W tym celu można korzystać z różnych opracowanych i autoryzowanych schematów oceny rozwoju. Jedną z nich jest opracowana w 1952 roku skala amerykańskiej anestezjolog – Virginii Apgar [1, 2]. Pozwala stwierdzić nieprawidłowości w zakresie pięciu podstawowych funkcji życiowych:

- częstość rytmu serca
- czynność oddechowa
- napięcie mięśniowe
- odruchy – reakcje na bodźce
- zabarwienie powłok skórnych [3, 4].

Oceny noworodka dokonuje położna lub lekarz – położnik. Przeprowadza się ją w 1, 3 i 5 minucie po porodzie, w szczególnych przypadkach również w 10 i 15 [5]. Każdy objaw oceniany jest na 0, 1 lub 2 punkty. Wynik uzyskuje się poprzez dodanie wszystkich punktów [3].

Wyniki badania skalą Apgar:

- noworodek w ciężkim stanie ogólnym otrzymuje sumę punktów 0-3 – wskazuje na konieczność wentylacji, a czasem wspomaganie pracy serca
- noworodek w średnim stanie otrzymuje 4-7 punktów – wskazuje na potrzebę dodatkowego stymu-

lowania noworodka i uzupełnianie wdychanego powietrza tlenem

- noworodek w dobrym stanie uzyskuje 8-10 punktów – wskazuje, że noworodek nie potrzebuje natychmiastowej resuscytacji, ponieważ jego układ oddechowy pracuje prawidłowo [3, 4].

Skala Apgar po pierwszej minucie identyfikuje noworodki wymagające bezpośredniej pomocy poprzez ocenę funkcji ośrodkowego układu nerwowego i sercowo-naczyniowego. Ocena w piątej minucie dotyczy skuteczności udzielanej pomocy w przywracaniu prawidłowych funkcji życiowych i adaptację noworodka do świata zewnętrznego lub wskazuje na pogorszenie stanu dziecka [4, 6].

Prawidłowy rozwój psychoruchowy uzależniony jest od odpowiedniej pracy ośrodkowego układu nerwowego, który utrzymuje postawę ciała. W przypadku opóźnienia rozwoju, konieczna staje się kontrola rozwoju, analiza czynników ryzyka oraz rozpoczęcie usprawniania [7, 8]. Poprzez obserwację rozwoju zdrowych dzieci wyłoniono pewne prawidłowości, typowe dla danego okresu rozwoju. Na tej podstawie powstały skale prawidłowego rozwoju dziecka, do których zalicza się między innymi Monachijską Funkcjonalną Diagnostykę Rozwojową (MFDR) [9, 10].

Służy ona przede wszystkim do wczesnego wykrywania opóźnień lub deficytów rozwoju [9]. Podstawą oceny wg Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej jest tzw. skorygowany pourodzeniowy wiek kalendarzowy. Odchylenia o 1–2 tygodnie od normalnego trwania ciąży można ominąć [10].

Wiek skorygowany oblicza się w następujący sposób:

$$\text{Wiek skorygowany} = \text{wiek metrykalny} - \text{brakujące tygodnie do terminu porodu}$$

Ocenę rozwoju psychoruchowego wcześniaków przeprowadza się przy użyciu wieku skorygowanego. Stosuje się go aż do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia, a według niektórych autorów nawet do 3. roku życia [11].

Cel

Celem pracy było określenie zależności pomiędzy punktacją w skali Apgar, mierzonej w 1. i 5. minucie życia, a rozwojem funkcjonalnym dzieci w wieku do 2 lat w oparciu o Monachijską Funkcjonalną Diagnostykę Rozwojową. Pod uwagę wzięto 8 najważniejszych funkcji wieku niemowlęcego: raczkowanie, siadanie, chodzenie, chwytanie, percepcję, rozumienie mowy, mówienie i funkcję społeczną.

Material badawczy

Badaniem objęto grupę dzieci usprawnianych w Poradni Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci przy ul. Grunwaldzkiej 50 w Poznaniu. Wśród wszystkich pacjentów danej Poradni wybrano te, które posiadały pełną dokumentację medyczną i ocenę wg Monachijskiej

Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej. Ocenie poddano 52 dzieci w wieku od 0 do 2 lat.

Pomiar wg skali Apgar przeprowadzony został w 1. i 5. minucie życia. Dzieci mogły uzyskać od 0-10 punktów w zależności od ich stanu ogólnego.

Metody badań

W pracy wykorzystano następujące metody badawcze: analizę dokumentacji medycznej dzieci leczonych w Poradni Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci przy ul. Grunwaldzkiej 50 w Poznaniu oraz ocenę rozwoju ruchowego z wykorzystaniem Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej.

Dokonano analizy tylko pełnej dokumentacji medycznej, zawierającej informacje na temat diagnozy skierowania do Poradni, tygodnia ciąży, sposobu rozwiązania ciąży, rodzaju ciąży (pojedyncza, mnoga), płci, masy ciała, wieku w chwili badania i oceny wg skali Apgar w 1. i 5. minucie po porodzie.

Przed badaniem ustalono dokładny wiek dziecka, jeśli istniała taka potrzeba obliczono wiek skorygowany. Jest on wymagany szczególnie w przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych, ponieważ wyniki same w sobie (np. 5. lub 10. miesiąc wg Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej) nie przedstawiają sobą żadnych informacji na temat ewentualnych opóźnień. Dopiero odniesienie do wieku skorygowanego obrazuje opóźnienie w rozwoju danych umiejętności.

Bazę danych, otrzymane wyniki, zależności oraz ich graficzne przedstawienie poddano obliczeniom w programie Microsoft Excel 2010.

W pracy wykorzystano profil rozwojowy, który został stworzony na potrzeby tej skali diagnostycznej [12]. Profil rozwojowy określa w sposób graficzny związki pomiędzy wartościami dla poszczególnych dziedzin funkcji. Analizuje się go pod kątem odchylenia negatywnych, czyli czy każdy wiek rozwojowy odpowiada danemu skorygowanemu wiekowi kalendarzowemu [10]. Na podstawie tych odchylenia, oszacowano opóźnienie w rozwoju danych funkcji.

Wyniki analizy danych

Grupa badawcza liczyła 52 dzieci, z czego 62% to chłopcy, pozostałe 38% to dziewczynki. Dzieci urodziły się między 27. a 41. tygodniem ciąży, przy czym średni czas trwania ciąży to 37 tygodni. Średnia masa ciała wynosiła 2876 g.

W przebadanej grupie dzieci zdiagnozowano następujące zaburzenia: mózgowo-porażenie dziecięce u 4 dzieci, 15 dzieci – zaburzenia napięcia mięśniowego, 4 dzieci – ośrodkowe zaburzenia rozwoju ruchowego, 4 badanych – obciążony wywiad okołoporodowy, 14 dzieci – wcześniactwo, 9 dzieci – opóźnienie rozwoju psychoruchowego, 2 dzieci z innymi zaburzeniami.

Wystąpiły 3 cięższe mnogie i 49 pojedynczych.

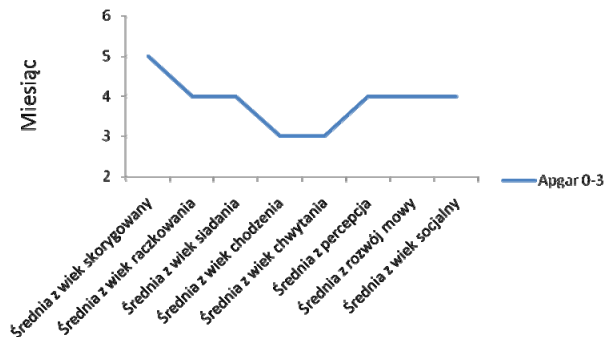
Badanie zostało przeprowadzone dwukrotnie. Dzieci poddano ocenie w 1., a następnie w 5. minucie życia. Podczas badania w 1. minucie wyodrębniono:

- grupę 32 dzieci z punktacją 8-10 punktów wg Apgar
- grupę 13 dzieci z punktacją 4-7 punktów wg Apgar
- grupę 7 dzieci z punktacją 0-3 punktów wg Apgar

Podczas badania w 5. minucie życia zależności przedstawiały się następująco: 47 dzieci uzyskało 8-10 punktów wg Apgar, 4 dzieci uzyskało 4-7 punktów wg Apgar i 1 dziecko reprezentowało grupę z Apgar 0-3.

W celu zobrazowania zależności pomiędzy skalą Apgar a rozwojem dzieci, wykorzystano profile rozwojowe, które służą do graficznej prezentacji Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej. Należy zaznaczyć, iż wszystkie dane przedstawiane są jako średnie wyniki dla określonej grupy dzieci (średnie zaokrąglono do pełnych jednostki, tak aby odzwierciedlały metodologię Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej, która zakłada, że średnia mogłaby doprowadzić do błędnej oceny stanu rozwoju dziecka).

Poniżej znajduje się profil dla dzieci, które podczas badania w 1. minucie otrzymały 0-3 punktów wg skali Apgar.

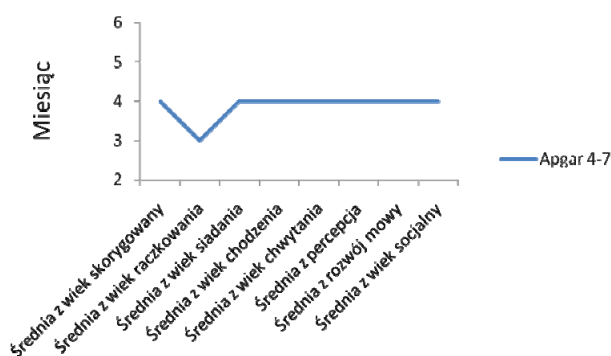


Rycina 1. Profil rozwojowy dla dzieci z Apgar 0-3 podczas badania w 1. minucie życia, n = 7.

Figure 1. Developmental profile of children with Apgar 0-3 in the 1st minute, n = 7.

Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

Średni wiek skorygowany danej grupy kształtuje się na poziomie 5 miesięcy. Dzieci wykazują ogólne opóźnienie, z tym, że największe pojawia się w zakresie funkcji chodzenia i chwytania (średnio 2 miesiące opóźnienia). Pozostałe umiejętności, a mianowicie raczkowanie, siadanie, percepcja, rozwój mowy oraz rozwój socjalny rozwijają się o 1 miesiąc później niż wskazywałyby na to wiek skorygowany (rycyna 1.).

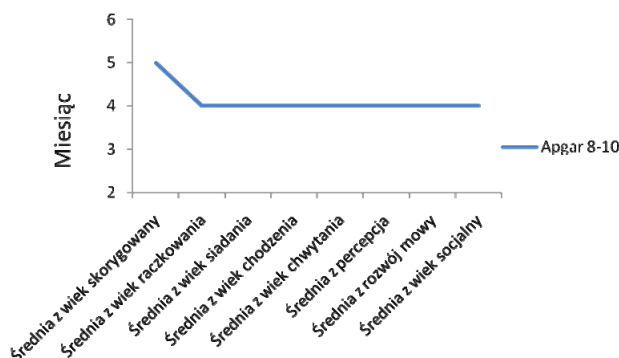


Rycina 2. Profil rozwojowy dla dzieci z Apgar 4-7 podczas badania w 1. minucie życia, n = 13.

Figure 2. Developmental profile of children with Apgar 4-7 in the 1st minute, n = 13.

Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

Grupa dzieci, która podczas badania w 1. minucie życia uzyskała średnio 4-7 punktów wg Apgar wykazuje opóźnienie w zakresie tylko jednej funkcji. Jest to wiek raczkowania, który zaczyna rozwijać się z jednoczesnym opóźnieniem w stosunku do pozostałych umiejętności, które pojawiają się zgodnie z wiekiem skorygowanym (rycyna 2.).



Rycina 3. Profil rozwojowy dla dzieci z Apgar 8-10 podczas badania w 1. minucie życia, n = 32.

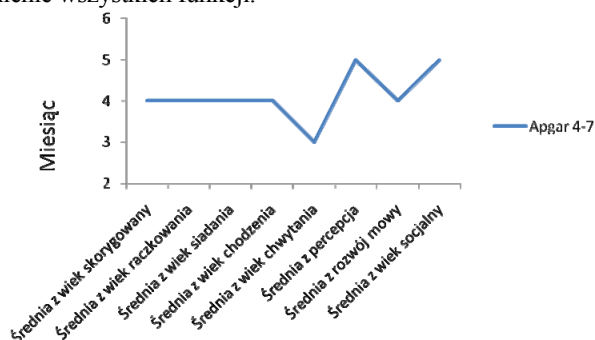
Figure 3. Developmental profile of children with Apgar 8-10 in the 1st minute, n = 32.

Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

Trzecia badana grupa dzieci, która uzyskała 8-10 punktów wg skali Apgar charakteryzuje się ogólnym opóźnieniem. Wszystkie umiejętności rozwijają się z miesięczną retardacją w stosunku do normy wieku skorygowanego (rycyna 3.).

Grupa dzieci z Apgar 0-3 nie została przedstawiona w formie wykresu, ponieważ jest reprezentowana tylko przez 1 dziecko. Uzyskało ono 2 punkty wg Apgar podczas badania w 5. minucie życia. Wiek skorygowany w tym przypadku wynosi 8 miesięcy, jednak wszystkie umiejętności

wykonywane są na poziomie noworodka. Występuje opóźnienie wszystkich funkcji.

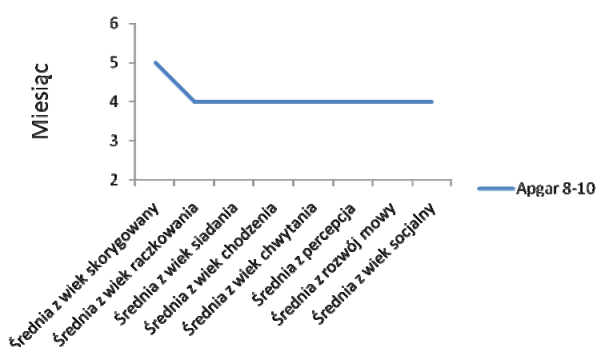


Rycina 4. Profil rozwojowy dla dzieci z Apgar 4-7 podczas badania w 5. minucie życia, n = 4.

Figure 4. Developmental profile of children with Apgar 4-7 in the 5th minute, n = 4.

Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

Grupa 4 dzieci, która podczas badania w 5. minucie uzyskała wg skali Apgar 4-7 punktów cechuje się opóźnieniem jednej funkcji – chwytania. Umiejętność ta powinna być rozwinięta na poziomie wieku skorygowanego (tzn. 4. miesiąca), tymczasem jest rozwinięta na poziomie 3-go miesiąca (co oznacza miesięczne opóźnienie). Stosownie do wieku skorygowanego ukazuje się raczkowanie, siadanie, chodzenie i mowa. Z kolei percepcja i rozwój socjalny wskazują na przyspieszony rozwój tych dwóch umiejętności, ponieważ wyprzedzają normę o 1 miesiąc (rycina 4.).



Rycina 5. Profil rozwojowy dla dzieci z Apgar 8-10 podczas badania w 5. minucie życia, n = 47.

Figure 5. Developmental profile of children with Apgar 8-10 in the 5th minute, n = 47.

Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

U 47 dzieci, które otrzymały 8-10 punktów wg skali Apgar w 5. minucie, średni wiek skorygowany kształtuje się na poziomie 5 miesięcy, jednak wszystkie funkcje pojawiają się z jednomiesięcznym opóźnieniem (rycina 5.).

Dyskusja

Powszechnie uważa się, że im wyższa punktacja w skali Apgar, tym rokowania co do prawidłowego rozwoju są lepsze. W niniejszej pracy rozwój został oceniony według Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej (MFDR), która to metoda diagnostyki okazała się bardzo rzetelnym, trafnym i obiektywnym sposobem oceny rozwoju psychoruchowego [9, 10]. Należy dodać, że rozwój każdego noworodka przebiega według pewnych ustalonych i stałych schematów. Dzięki temu, można oczekiwać, że w określonych momentach pojawią się określone zmiany i postępy w rozwoju dziecka [7].

Przykładem za tym przemawiającym jest opinia Dymczak-Ociepka i wsp. [13], którzy uważają, że niska punktacja wg Apgar (poniżej 6 pkt.) predysponuje w późniejszym okresie życia do gorszego rozwoju pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Opracowany materiał nie do końca potwierdza tę teorię. Dzieci, które uzyskały 4-7 punktów wg Apgar rozwijały się lepiej niż grupa dzieci z Apgar 8-10. Natomiast Sikora wraz z wsp. [14] twierdzą, że punktacja w 1. i 5. minucie w skali Apgar nie koreluje w żaden sposób z późniejszym rozwojem psychomotorycznym dzieci. Według nich dzieje się tak dlatego, ponieważ niska skala Apgar jest bodźcem do wdrożenia intensywnej opieki medycznej. Badania własne przedstawiły inne zależności. Na ich podstawie można wyciągnąć wniosek, że niezależnie od ilości punktów uzyskanych z badania Apgar, ich wpływ w 1. i 5. minucie jest podobny. Przykładem może być grupa dzieci, która podczas badania w 1. minucie uzyskała 8-10 punktów wg Apgar. Badanie w 5. minucie potwierdziło prawie identyczny profil rozwojowy (takie samo opóźnienie).

Zgodnie z obowiązującymi normami ocena wg Apgar przeprowadzona została w 1. i 5. minucie życia. Dymczak-Ociepka i wsp. [13] doszli w swoich badaniach do wniosku, iż w 1. minucie po urodzeniu stan dzieci wg skali Apgar jest znacznie gorszy niż w 5. minucie. W niniejszych badaniach zostało to udowodnione. Liczba dzieci z dobrą punktacją wzrosła, zmalała za to ilość przypadków ze słabą punktacją. Średni Apgar w 1. minucie życia w badanej grupie wyniósł 7,52; dla porównania, średni Apgar w 5. minucie życia dla tej samej grupy to 9,08.

Wartość jednoczynowej skali Apgar związana jest bardziej z bezpośrednim stanem dziecka po porodzie niż jego przyszłym rozwojem [15]. Wśród badanej grupy dzieci najbardziej opóźniony rozwój prezentuje grupa z najmniejszą ilością punktów (0-3). Żadna z umiejętności oceniana wg MFDR nie pojawia się w uśrednionym profilu dla tej grupy zgodnie z wiekiem skorygowanym, a najbardziej opóźnione były chodzenie i chwytanie. W związku z retardacją całego rozwoju, można podejrzewać opóźnienie w rozwoju umysłowym, ponieważ wg MFDR ogólny zastój w rozwoju kwalifikuje się jako objawy wskazujące właśnie na tego typu opóźnienia. Jeśli chodzi o Apgar 8-10, który osiągnęło 32 dzieci podczas badania w 1. minucie życia, grupa ta również może wskazywać na opóźnienie w rozwoju umysłowym ze względu na to, że żadna umiejętność nie

rozwijają się zgodnie z wiekiem skorygowanym. Z kolei dzieci w średnim stanie (4-7 punktów wg Apgar) są wg materiału badawczego najlepiej rozwijającą się grupą.

Oceniając wiek raczkowania w 1. minucie życia u dzieci z niską ilością punktów wg Apgar (poniżej 6 pkt) 10 dzieci (62,5%) rozwijało daną funkcję zgodnie z wiekiem skorygowanym. 12 dzieci (75%) rozwinęło siadanie na poziomie wieku skorygowanego. Następujące umiejętności odpowiednio – chodzenie 11 dzieci (69%), chwytanie 12 dzieci (75%), percepcja 13 dzieci (81%), rozwój mowy 10 dzieci (63%), wiek socjalny 11 dzieci (69%). Zajkiewicz i wsp. [16] wykonali podobne badanie, jednakże polegało ono na ocenie rozwoju psychoruchowego 50 dzieci z niską punktacją wg skali Apgar (poniżej 6 pkt) w 1., 6. i 12. miesiącu życia dzieci. W 1. miesiącu życia wiek raczkowania równy lub przewyższający normę wieku skorygowanego prezentowało 28% dzieci z wszystkich przebadanych. Kolejną funkcją podlegającą ocenie było siadanie. Osiągnęło je prawidłowo 16% dzieci. Następne umiejętności odpowiednio – chodzenie niski odsetek dzieci, chwytanie 57% dzieci, percepcja 70–82% dzieci, rozwój mowy – ponad połowa badanych, a wiek socjalny 84–92% dzieci. Funkcje psychiczne, czyli percepcja, rozwój mowy oraz rozwój socjalny wypadły zdecydowanie korzystniej w stosunku do umiejętności ruchowych. Zostało wykazane, iż większe opóźnienia u badanych dzieci dotyczą funkcji ruchowych, czyli raczkowania, siadania, chodzenia i chwytania niż funkcji psychicznych. Przeprowadzone badania w 1. minucie życia wykazały, iż nie jest ona aż tak wyraźna. Lepiej w stosunku do umiejętności ruchowych rozwijają się jedynie percepcja.

Niska punktacja w 5. minucie wiąże się często z nieprawidłowym rozwojem w przyszłości. W przedstawionym badaniu tylko jedno dziecko reprezentowało taką grupę z punktacją 0-3 wg Apgar. Według Gajewskiej i Samborskiego [17] niska punktacja w 5. minucie może predysponować w przyszłości do wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego (MPD).

Dzieci ocenione na 4-7 punktów wg Apgar w 5. minucie życia, podobnie jak w 1. minucie, rozwijają się najlepiej. Jedynie chwytanie pojawia się z miesięcznym opóźnieniem.

Przeprowadzone badania wykazały, iż wiek rozwojowy nie zawsze przebiega zgodnie z wiekiem skorygowanym. Tylko niecałe 33% przebadanych dzieci rozwijało się zgodnie z normą. Pozostałe były w większym lub mniejszym stopniu opóźnione. Podobne wyniki uzyskała Kempka-Dobra i wsp. [12] w badaniach dotyczących oceny rozwoju ruchowego dzieci z okołoporodowym uszkodzeniem mózgu. Korzystając z MFDR zauważyła niezgodności pomiędzy wiekiem kalendarzowym a skorygowanym.

Wołosewicz i wsp. [18] zbadali zależność między sprawnością motoryczną, a stopniem skali Apgar u 44 zdrowych dzieci oraz u 44 dzieci z MPD. Tym sposobem wykazali istnienie bezpośredniej zależności dobrej sprawności w powiązaniu z wysoką punktacją skali Apgar. Natomiast u 44 przebadanych z MPD nie zawsze wysoka wartość stopnia w skali Apgar świadczy o możliwościach

osiągnięcia dobrej sprawności motorycznej. W przeprowadzonych badaniach nie wykazano takiej zależności, można więc przypuszczać, że ta zasada nie przekłada się na dzieci wymagające usprawniania ruchowego. Dzieci z najwyższą punktacją Apgar (8-10) zarówno w 1. jak i w 5. minucie posiadały obniżoną sprawność motoryczną. W obu przypadkach cały rozwój badanej grupy opóźniony był o mniej więcej miesiąc, co może nasuwać podejrzenie diagnozy opóźnienia w rozwoju umysłowym wg koncepcji MFDR.

Analiza przedstawionych badań pozwala ocenić zależność między ilością punktów uzyskanych wg Apgar a rozwojem funkcjonalnym dzieci. Niestety ze względu na niewielką reprezentatywność grupy dzieci z Apgar 0-3 w 5. minucie życia, nie można było przeprowadzić analizy porównawczej z dziećmi, które uzyskały ten sam pułap punktowy w 1. minucie. Badania wykazały natomiast podobną zależność między Apgar 8-10 w 1. i 5. minucie życia a rozwojem funkcjonalnym dzieci. Z kolei grupa z Apgar 4-7 w obu przypadkach wykazała najmniejsze opóźnienie rozwojowe.

Wnioski

1. W badanej próbie stwierdzono zależność między ilością punktów wg skali Apgar a rozwojem funkcjonalnym dzieci.
2. Grupa dzieci z Apgar 4-7 wykazuje najmniejsze opóźnienie w rozwoju.
3. Największe odchylenie od normy zaobserwowano u dzieci z Apgarem 0-3.
4. Przeciętne opóźnienie rozwoju funkcjonalnego przedstawiała grupa, która uzyskała 8-10 punktów wg punktacji Apgar.

PIŚMIENNICTWO

1. Sikora J., Bakon J., Włoch S. i wsp., Przyczyny urodzenia noworodków z niską punktacją w skali Apgar, *Klin. Piernat. Ginek.*, 2007, 43, 62-64.
2. Klimek R., Wolski H., Skala Apgar – historia i rzeczywistość, *Ginek. Pol.*, 2003, 74, 73-78.
3. Dworkin P., *Pediatrics*, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000, 174.
4. Łozimska D., Twarowska I., *Neonatologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 49.
5. Gadzinowski J., Kęsiak M., Definicje, terminologia, zasady organizacji opieki nad noworodkiem, w: *Podstawy neonatologii*, Szczapa J., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 20-42.
6. Kubiśka K., Kawalec W., *Pediatrics*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 133.
7. Stoińska B., Gajewska E., Pusz B., Ocena rozwoju psychoruchowego noworodków z grup ryzyka. Metody wczesnego usprawniania noworodków i niemowląt, *Ginek. Prakt.*, 2000, 8, 37-41.
8. Stoińska B., Gajewska E., Ocena rozwoju i rehabilitacja noworodków, w: *Neonatologia*, Gadzinowski J., Vidyasager. Ośrodek Wyd. Naukowych, Poznań 2000, 655-662.

9. Sadowska L., Neurokinezyologiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego. Cz. 1. Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, 2000, 7-8.
10. Hellbrügge T., Lajosi F., Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa. Pierwszy rok życia, Antykwa, Kraków 1994, 30-92.
11. Stoińska B., Rozwój somatyczny i psychoruchowy dzieci z urodzeniową masą ciała 500-1500g w pierwszych dwóch latach życia, Seminaria z medycyny perinatalnej XXI, Ośrodek Wyd. Naukowych, Poznań 2009, 22-23.
12. Kempka-Dobra E., Steinborn B., Ocena rozwoju ruchowego dzieci z okołoporodowym uszkodzeniem mózgu, Por. Lek., 2005, 64-72.
13. Dymczyk – Ociepka K., Caus I., Leszczyńska K. i wsp., Najczęstsze powikłania noworodkowe z ciąż objętych wysokim ryzykiem porodu przedwczesnego, Klin. Perinat. Ginek., 2007, 43, 56-59.
14. Sikora J., Bakon J., Włoch S.T. i wsp., Przyczyny urodzenia noworodków z niską punkcją w skali Apgar, Klin. Piernat. Ginek., 2007, 43, 62-64.
15. Klimek R., Wolski H., Skala Apgar – historia i rzeczywistość, Ginek. Pol., 2003, 74, 73-78.
16. Zajkiewicz K., Pop T., Korab D. i wsp., Ocena rozwoju psychoruchowego dzieci w pierwszym roku życia urodzonych z niską punkcją w skali Apgar, Fizjoter. Pol., 2005, 5, 417-422.
17. Gajewska E., Samborski W., Zastosowanie diagnostyki według Wojty dla wczesnego wykrycia zaburzeń w rozwoju oraz wpływ czynników takich jak punkcja w skali według Apgar oraz asymetria ułożenia u dzieci z bardzo małą masą ciała, Ann. Acad. Med. Stetin., 2006, 52, 101-104.
18. Wołosewicz M., Kowalski J., Tomaszewski W., Sprawność motoryczna pacjentów z MPD i u dzieci zdrowych w zależności od pourodzeniowej oceny w skali Apgar, Fizjoter. Pol., 2005, 5, 390-398.

Adres do korespondencji:
Julia Jajor
ul. Botaniczna 4/3
60-586 Poznań
Tel. kontaktowy 793389071

WPLYW ZAJĘĆ HIPOTERAPEUTYCZNYCH NA ROZWÓJ DZIECI Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM

THE INFLUENCE OF HYPOTHERAPEUTIC ACTIVITIES ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH INFANTILE CEREBRAL PALSY

MARIA SZYMCZAK

Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik i opiekun: dr n. biol. Aneta Klimberg

Streszczenie

Celem pracy jest ocena wpływu zajęć hipoterapeutycznych na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (mpd). Badaniom poddano sześć osób z rozpoznaniem klinicznie mpd (3 dziewczyny i 3 chłopcy). Badania przeprowadzono w grudniu 2008 i powtórzono je w czerwcu 2009 roku, oceniając m.in.: koordynację wzrokowo-ruchową, postawę ciała na koniu, pomoc potrzebną przy wsiadaniu na konia, wymaganą asekurację, liczbę powtórzeń ćwiczeń kończyn dolnych i górnych, pomoc przy wykonywaniu ćwiczeń, lęk przed koniem. Wyniki badań wykazują korzystny wpływ hipoterapii na sferę fizyczną dzieci z mpd.

Słowa kluczowe: hipoterapia, mózgowie porażenie dziecięce, rehabilitacja.

Summary

The purpose of the paper is to evaluate the influence of hypotherapeutic activities on the development of children with infantile cerebral palsy (ICP). The research group consisted of six children with ICP, three girls and three boys. They were examined in December 2008 and again in June 2009, evaluating, inter alia, their visual-motor coordination, the posture on the horse, the assistance required to mount the horse, the need for security, the number of exercise repetitions on both lower and upper limbs, the aid in exercising and the fear of the horse. The research results indicate an advantageous impact of hypotherapy on the physical sphere of children with ICP.

Key words: hypotherapy, infantile cerebral palsy, rehabilitation.

Wstęp

W piśmiennictwie polskim i zagranicznym można spotkać się z wieloma definicjami (pojęciami) mózgowego porażenia dziecięcego (mpd). Mózgowe porażenie dziecięce nie stanowi określonej, odrębnej jednostki chorobowej, lecz jest różnorodnym etiologicznie zespołem objawów chorobowych [1]. Przez określenie mpd rozumie się nie postępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego (oun), a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego, powstałe w czasie ciąży, porodu lub w okresie okołoporodowym [2].

W Polsce termin mpd zaczął obowiązywać w nazewnictwie medycznym od czasu obrad Sekcji Neurologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w Gdańsku w 1965 r. Odpowiada on obcojęzycznym: „*cerebral palsy*”, „*diplegia spastica infantilis*” – z angielskiego, „*infirmitate cerebrice cèrèbrale*” – z francuskiego, „*zentrale kinder lähmung*”, „*infantile zerebralparese*” – z niemieckiego, „*dietskij mozgowej paralicz*” – z rosyjskiego, „*paralysis cerebialis infantum*” (łac.) [2].

Nazwa hipoterapia wywodzi się z języka greckiego: hippos – koń, terapia – terapia [3]. Według Włodarczyk i Gasińskiej hipoterapia to ogół zabiegów terapeutycznych, do których wykorzystuje się konia i stanowi jedną z form rehabilitacji wieloprofilowej [5].

Według Strumińskiej, słowo hipoterapia w Niemczech i krajach Anglosaskich oznacza tylko i wyłącznie fizjoterapię i gimnastykę leczniczą na koniu, natomiast w Polsce oznacza ogół działań terapeutycznych związanych z koniem i jazdą konną. Obejmuje wszelkie działania przywracające zdrowie i sprawność poprzez wykorzystanie jazdy konnej i kontaktu z koniem [4].

Do terapeutycznych działań wywołanych ruchem konia należą m.in.:

- kodowanie w mózgu prawidłowego wzorca ruchu miednicy podczas chodu
- normalizacja napięcia mięśniowego
- doskonalenie równowagi, koordynacji, orientacji w przestrzeni, schematu własnego ciała, poczucia rytmu
- stymulacja i normalizacja czucia powierzchniowego [5].

Hipoterapia wpływa ponadto na sfery psychologiczne, poznawcze, behawioralne i komunikowania się [6].

Według Winger, przy wyborze konia do hipoterapii konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi na jego dwie główne cechy: temperament i jakość chodu. W odniesieniu do pierwszego warunku (dotyczącego temperamentu) – koń powinien być: łagodny, ułożony, pogodny i niepłochliwy. Musi jednak posiadać odpowiednią energię oraz być chętny

nym do wykonywania ciągłych poleceń dotyczących pozycji, obciążenia oraz długości kroku. Jeśli chodzi o drugi warunek (jakość chodu) – z uwagi na fakt, że większość koni hipoterapeutycznych używanych jest prawie zawsze w stępie, musi być on regularny, elastyczny, o długości i częstotliwości kroku zbliżonej do długości kroku przeciętnej osoby dorosłej. Optymalne jest dysponowanie w programie terapeutycznym kilkoma końmi poruszającymi się stępem o różnej częstotliwości i amplitudach [7].

Material i metody badań

Badaniom poddano sześcioro dzieci z rozpoznaniem klinicznie mózgowym porażeniem dziecięcym (mpd), które uczęszczały na zajęcia hipoterapii prowadzone przez Poznańskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne na terenie Centrum Wyszkozenia Jeździeckiego Hipodrom-Wola w Poznaniu, przy ul. Lutyckiej 34. Każde z zajęć trwało 30 minut. Badania przeprowadzono w grudniu 2008 r. i powtórzono je w czerwcu 2009 r. Wśród dzieci objętych badaniami były 3 dziewczyny i 3 chłopców. Średnia wieku badanych wynosiła 14 lat.

W poszczególnych przypadkach czas, jaki był potrzebny na postawienie ostatecznego rozpoznania klinicznego, był różny. U jednej osoby diagnozę postawiono już w wieku 6 miesięcy, u kolejnych w wieku 10–12 miesięcy. Troje dzieci zostało zdiagnozowane bardzo późno: jedno w wieku 2 lat, a dwoje w wieku aż 6 lat. Średni czas jaki upłynął od rozpoznania mpd do rozpoczęcia rehabilitacji wynosił 6,5 miesiąca.

Troje dzieci miało łagodną postać *hemiplegia spastica*, dwoje z badanych *diplegia spastica*. U jednego z dzieci rozpoznano mpd jako *hemiplegia bilateralis*.

Masa urodzeniowa u 4 dzieci była w granicach normy (2,2–4 kg). Jedno z dzieci urodziło się z małą masą urodzeniową (poniżej 2,5 kg), a kolejne z bardzo małą masą urodzeniową (poniżej 1,5 kg).

Troje dzieci uczęszczało na hipoterapię dłużej niż 10 lat, jedno dziecko 3 lata, a dwoje poniżej 1 roku.

Z zabiegów fizjoterapii w przeszłości nie korzystało tylko jedno dziecko. Obecnie metody te są stosowane tylko u dwojga badanych.

Pięcioro dzieci uczęszczało na turnusy rehabilitacyjne, natomiast każde było pod opieką chociaż jednej przychodni specjalistycznej. Pięcioro ćwiczyło w domu; w szkole lub przedszkolu, rehabilitowani byli wszyscy badani, natomiast w szpitalu tylko 1 badany. Obecnie dwoje dzieci ćwiczy w domu, 3 w szkole, 3 korzysta z porad przychodni specjalistycznych, a dwoje jeździ nadal na turnusy rehabilitacyjne. Wynika z tego, że pacjenci korzystają z więcej niż jednego miejsca, gdzie zajmuje się nimi wykwalifikowany personel medyczny lub ich rodzice.

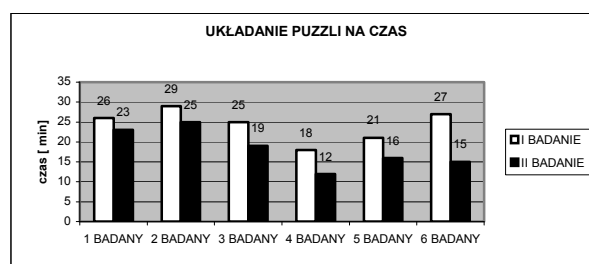
Pięcioro dzieci było poddanych leczeniu operacyjnemu w przeszłości. Wśród najczęściej wykonywanych operacji w grupie badawczej można wymienić: tenotomię m. smukłego, wydłużenie m. brzuchatego łydki oraz zginaczy kolan.

Metoda badawcza opierała się o:

- 1) wywiad zebrany za pomocą kwestionariusza ankiety przez badacza od rodzica dziecka,
- 2) obserwację zdolności ruchowych dziecka poczynioną jednocześnie przez badającego i rodzica dziecka,
- 3) badanie koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- 4) obserwacje dziecka na zajęciach hipoterapii.

Wyniki badań

Jednym z zadań sprawdzających koordynację wzrokowo-ruchową było przeprowadzenie testów na szybkość zapinania guzików i zawiązywania sznurowadeł. W przypadku zapinania guzików czworo pacjentów uzyskało gorsze wyniki niż za pierwszym razem. O wiele lepiej wypadła wszystkim dzieciom próba wiązania sznurowadeł, w której to wszyscy znacząco poprawili swój czas. Wynik uzyskany w czasie testu z układaniem 54-elementowych puzzli w drugim badaniu był u wszystkich dzieci lepszy niż w pierwszym badaniu. Każde z dzieci w drugiej próbie uzyskało lepszy wynik (rycina 1.).



Rycina 1. Układanie puzzli na czas.

Figure 1. Completing a puzzle on time.

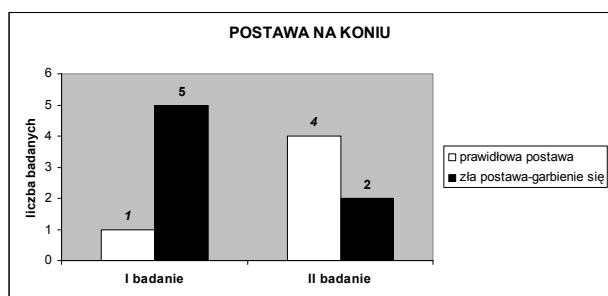
Źródło: opracowanie własne

Source: own's concept

Otrzymane wyniki badań wykazały jednak, że dzieci poczyniły największą poprawę w ostatniej części badań związanej z ćwiczeniami i bezpośrednim kontaktem z koniem.

Po półrocznej obserwacji zanotowano, że połowa dzieci pokonała swój strach przed koniem. Jedno dziecko zaczęło podawać koniowi marchewkę z ręki, drugie nie potrzebowało obecności rodzica na zajęciach, trzecie natomiast przestało się trzymać kurczowo pasa i bez obaw potrafiło położyć się na zadzie konia i rozluźnić. Wszystkie dzieci bardziej się otworzyły i reagowały entuzjastycznie na nowe, nieznane ćwiczenia, czego nie można było stwierdzić 6 miesięcy wcześniej.

Podczas I badania 5 dzieci przyjmowało złą pozycję na koniu (zgarbioną) a 1 prawidłową. Podczas II badania aż 4 dzieci wykazało prawidłową pozycję na koniu, a liczba dzieci mających złą postawę z 5 spadła do 2 (rycina 2.).

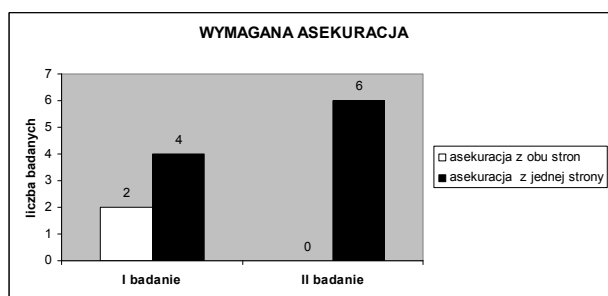


Rycina 2. Postawa na koniu.
Figure 2. The posture on the horse.

Źródło: opracowanie własne Source: own's concept

Otrzymane wyniki pokazują także, że zmniejszyła się liczba osób potrzebnych dziecku przy wsiadaniu na grzbiet konia. Podczas I badania 1 dziecko potrzebowało aż 3 osób by wsiąść na konia, 3 osoby wsiadały z pomocą 2 osób, a reszta potrzebowała pomocy 1 osoby. Po 6-miesięcznej obserwacji, żadne z dzieci nie potrzebowało 3 osób do wsiadania, natomiast 3 badanych wsiadało już tylko z pomocą 1 osoby.

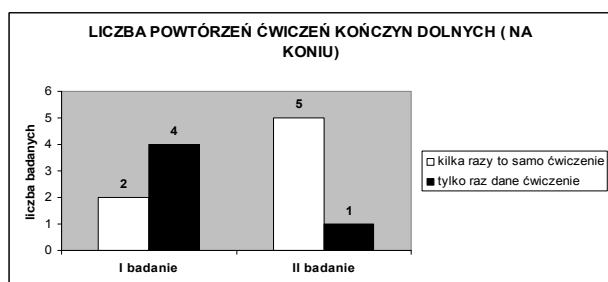
Podczas I badania 2 dzieci wymagało asekuracji z dwóch stron. W II badaniu wszystkie dzieci wymagały asekuracji tylko z jednej strony (rycina 3.).



Rycina 3. Wymagana asekuracja.
Figure 3. The need for security.

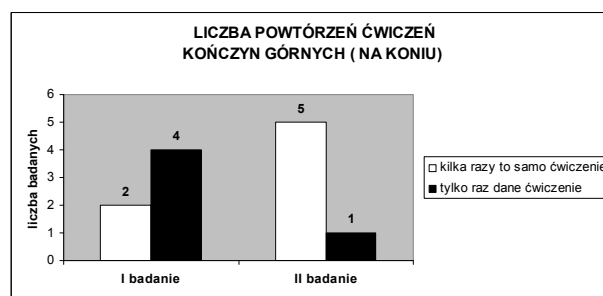
Źródło: opracowanie własne Source: own's concept

Obserwacja badanych na zajęciach hipoterapii ukazała widoczną poprawę w wykonywaniu ćwiczeń kończynami górnymi i dolnymi. Pięcioro badanych w drugiej próbie potrafiło wykonać więcej powtórzeń ćwiczeń kończyn dolnych a w pierwszej próbie tylko dwoje (rycina 4.).



Rycina 4. Liczba powtórzeń ćwiczeń kończyn dolnych (na koniu).
Figure 4. The number of exercise repetition on lower limbs.

Źródło: opracowanie własne Source: own's concept



Rycina 5. Liczba powtórzeń ćwiczeń kończyn górnych (na koniu).
Figure 5. The number of exercise repetition on upper limbs.

Źródło: opracowanie własne Source: own's concept

Taka sama liczba badanych poczyniła postępy w zakresie możliwej do wykonania liczby powtórzeń ćwiczeń kończyn górnych (rycina 5.).

Prawie u wszystkich dzieci terapeuta pod koniec okresu badawczego mniej ingerował w wykonywane ćwiczenia kończynami dolnymi. Podczas II badania aż 3 dzieci potrafiło samodzielnie wykonać ćwiczenie kończynami dolnymi od początku do końca, co podczas I badania było niemożliwe.

Ocenie punktowej poddano także ogólne zdolności motoryczne dzieci, tj.: ocena postawy siedzącej, stojącej czy przejście z pozycji siedzącej do stojącej. Jedno dziecko wykazało poprawę w zakresie przejścia z pozycji siedzącej do stojącej otrzymując większą ilość punktów w II badaniu.

Poprawa sprawności motorycznej na koniu po półrocznej obserwacji objawia się przede wszystkim jako:

- poprawa równowagi (4 dzieci)
- poprawa koordynacji (2 dzieci)
- wzmocnienie mięśni posturalnych (3 dzieci)
- umiejętność wykonywania ćwiczeń tyłem do kierunku ruchu konia (2 dzieci)
- stabilniejszy siad na koniu (1 dziecko)
- umiejętność chwytania przedmiotów rzucanych podczas jazdy (1 dziecko)
- poprawa umiejętności jeździeckich (1 dziecko).

Dyskusja

W pracy podjęto próbę oceny wpływu zajęć hipoterapeutycznych na rozwój dzieci z mpd.

Badania rozpoczęto od zebrania szczegółowego wywiadu od matek dzieci poddanych badaniom.

Czynnikami wpływającymi na wystąpienie mpd jak podaje Lennon i Stokes są m.in.: niska masa urodzeniowa, wcześniactwo, niedotlenienie oraz uszkodzenia naczyniowe [10]. Jedną z ważniejszych informacji, które wypłynęły z wywiadu jest fakt, że w badanej grupie wystąpił przynajmniej jeden czynnik etiologiczny mpd u każdego dziecka, w niektórych przypadkach nawet trzy. Dwie matki przyznały, że w czasie ciąży paliły papierosy, średnio 1 paczkę dziennie. Poza tym dwoje dzieci przyszło na świat dużo przed planowanym termi-

nem porodu a jedno było przenoszone. Dwoje dzieci urodziło się z małą i bardzo małą masą urodzeniową.

Pomimo uczestnictwa w zajęciach hipoterapeutycznych wszystkie dzieci poddawane były innym zabiegom rehabilitacyjnym – kinezyterapii, fizykoterapii oraz wyjeżdżały na turnusy rehabilitacyjne, gdzie zajmował się nimi wykwalifikowany personel medyczny. Według Sadowskiej, korzystne jest łączenie neurofizjologicznych metod usprawniania z leczeniem farmakologicznym i fizykoterapią [11]. Dodatkowo oprócz neurorozwojowej rehabilitacji ruchowej, dołączyć należy ćwiczenia w wodzie, metodę integracji sensorycznej czy ćwiczenia poprawiające funkcję rąk [12].

Dla pacjentów koń jest zwierzęciem o wiele większym niż te, z którymi mieli kontakt do tej pory. Kontakt z koniem staje się okazją do konfrontacji z własnym lękiem [8]. Analiza zachowania dzieci w bezpośrednim kontakcie z koniem w przedstawionych badaniach wykazała znacznie mniejszy poziom lęku przed dużym zwierzęciem.

Prawidłowa pozycja na koniu, to taka pozycja, w której głowa nie może być opuszczona, zadarta do góry, ani też skrzyżowana. Tułów powinien być wyprostowany, a barki i ramiona rozluźnione [9]. Analiza postawy na koniu w grupie badawczej wykazała znaczącą poprawę u ponad połowy badanych.

O poprawie ogólnej sprawności fizycznej dzieci świadczy fakt, że zmniejszyła się liczba wymaganych osób asystujących i osób potrzebnych dzieciom podczas wsiadania na grzbiet konia.

Postępy w zakresie możliwej do wykonania liczby powtórzeń ćwiczeń kończyn górnych oraz kończyn dolnych mogą świadczyć o wzroście ogólnej funkcjonalności.

Wnioski

1. Hipoterapia wydaje się wpływać pozytywnie na sferę fizyczną dzieci z mpd.

2. U pacjentów poddawanych tej formie rehabilitacji stwierdza się poprawę ogólnej sprawności fizycznej.

3. Hipoterapia ma korzystny wpływ na sferę psychiczną dzieci z mpd przejawiającą się przede wszystkim obniżeniem poziomu lęku.

PIŚMIENNICTWO

1. Michałowicz R., Dziecko ryzyka. Mózgowe Porażenie Dziecięce, w: Michałowicz R., Józwiak S. (red.), Neurologia Dziecięca, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 2000, 99-104.

2. Michałowicz R., Definicja, obraz kliniczny, podział, w: Michałowicz R. (red.), Mózgowe porażenie dziecięce, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 17-25.
3. Szymańska A., Elementy psychoterapii w zajęciach hipoterapeutycznych, w: Strumińska A. (red.), Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, Państwowe Wydawnictwo Rolnicze i Leśne, Warszawa 2003, 134-158.
4. Strauss I., Metodyka gimnastyki leczniczej na koniu, Hipoterapia 1993, 1, 18-38.
5. Włodarczyk A., Gasińska M., Kanony polskiej hipoterapii, Rehab. Med., 2002, 6, 3, 73-75.
6. Heine B., Hipoterapia – wielosystemowe podejście do leczenia zaburzeń nerwowo-mięśniowych, Rehab. Med., 1998, 2, 2, 104-107.
7. Winger N., Dostosowanie i ruch konia hipoterapeutycznego, w: Reichmann-Engel B. (red.), Terapeutyczna jazda konna II. Strategie rehabilitacji, Wyd. Fundacja Hipoterapia – na rzecz Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych, Kraków 2004, 109-110.
8. Szymańska A., Elementy psychoterapii w zajęciach hipoterapeutycznych, w: Strumińska A. (red.), Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, Państwowe Wydawnictwo Rolnicze i Leśne, Warszawa 2003, 134-158.
9. Krupiński J., Hipoterapia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym – model neurofizjologiczny, Prz. Hipoter., 2007, 1 (4), 26-27.
10. Stokes M., Lennon S., Najczęstsze dysfunkcje neurologiczne, w: Stokes M., Lennon S. (red.), Fizjoterapia w rehabilitacji neurologicznej, Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009, 49-67.
11. Sadowska L., Przegląd neurofizjologicznych metod usprawniania dzieci z m.p.dz., w: Kwolek A. (red.), Rehabilitacja Medyczna, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 2003, 416-432.
12. Banaszek G., Mózgowe porażenie dziecięce, w: Banaszek G. (red.), Rozwój niemowląt a rehabilitacja metodą Vojty, Wyd. α-medica press, Bielsko Biała 2004, 131-138.

Adres do korespondencji:

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Zakład Higieny
ul. Rokietnicka 5c
60-806 Poznań

PRZESZCZEP WĄTROBY U DZIECKA

LIVER TRANSPLANT IN CHILDREN

MIECZYŚLAWA WYDERKA, AGATA GAĞAŁKA, EWA SZELAĞ

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Kierownik: dr n. hum. Zbigniew Tokarski

Streszczenie

Transplantacja to metoda ratowania życia osobie chorej, która potrzebuje zdrowego narządu by przeżyć. Niektóre narządy, jak np. fragment wątroby można pobierać od osób żywych, osoba ta musi naturalnie wyrazić zgodę, a jej życie nie może zostać narażone na niebezpieczeństwo. Jednak większość narządów pobiera się po śmierci osób, które za życia nie sprzeciwiły się temu [16]. Celem pracy jest zbadanie roli i zadań, jakie pełni pielęgniarka w edukacji rodziców dzieci po zabiegu przeszczepienia wątroby, czy wiedza przez nią przekazywana jest wystarczająca i zrozumiała, a także czy pełni rolę edukatora? Dzieci badanych rodziców były na bardzo różnych etapach leczenia, od kilku dni po zabiegu aż do kilku lat. Duża była też rozbieżność wiekowa, ale ankieta dotyczyła tylko rodziców pacjentów szpitala dziecięcego. Według badanych wiedza przekazywana im przez pielęgniarki była dla nich zrozumiała. Jednak ich poziom wiedzy uznano za niewystarczający. Przyznali, że pielęgniarka pełniła rolę edukatora, ale w znacznym stopniu opierali się na wiedzy przekazywanej przez lekarzy. Z badań wynika, że nie tylko pielęgniarka była źródłem wiedzy na temat opieki nad dzieckiem po przeszczepie wątroby. Korzystali oni także z wiedzy lekarzy, dietetyka i psychologa. Pozwala to stwierdzić, że pacjent był objęty opieką holistyczną zespołu ludzi ściśle ze sobą współpracujących.

Słowa kluczowe: transplantacja, wątroba, rodzice, dziecko, edukacja.

Wstęp

Transplantacja jest to metoda ratowania życia osobie chorej, która potrzebuje zdrowego narządu by przeżyć. To zabieg chirurgiczny, który polega na przeszczepieniu narządu lub jego części w obrębie jednego organizmu lub z jednego do drugiego. Niektóre narządy, jak nerka czy fragment wątroby można pobierać od osób żywych, osoba ta musi naturalnie wyrazić zgodę, a jej życie nie może zostać narażone na niebezpieczeństwo. Jednak większość narządów pobiera się po śmierci osób, które za życia nie sprzeciwiły się temu. Można to zrobić, kiedy nie ma żadnej możliwości leczenia, i została stwierdzona komisyjnie

Summary

Transplantation is a way to save lives of sick person who need a healthy organ to survive. Some organs, like for example a piece of liver can be taken from living persons, who of course agreed to it. What is more, their life cannot be exposed to danger. However, the majority of organs are taken after the death from people who did not state any objections [16]. The main aim of the thesis is to examine the role of the nurses who educate parents of children after liver transplantation surgery. Is the knowledge passed by nurses sufficient and understandable, or are the nurses educators? Furthermore, the aim is also the proof that the nurses are a source of knowledge about the care of a child after liver transplantation surgery. In my opinion it is important to choose a suitable test. In my opinion the information how to do research, which will allow to carry out such studies in the future is also important. This enable us to assess the situations changes in time. Children of surveyed parents were at very different stages of treatment, from a few days after the operation to several years. The age gap was huge. The survey covered only the parents of patients from children's hospital. According to surveyed parents the knowledge given to them by the nurses is understandable. However, in my opinion their level of knowledge is insufficient. Respondents admitted that the nurses fulfill the role of educator, but mostly their knowledge is provided by physicians. The research shows that nurses are not only a source of knowledge about the care of a child after liver transplantation. Parents also benefited from the knowledge of doctors, dietitian and psychologist. This allows to conclude that the patient is covered by the holistic care team closely cooperating with each other.

Key words: transplantation, liver, parents, children, education.

śmierć mózgową [16]. Transplantacje wątroby to w dalszym ciągu najtrudniejsze zabiegi chirurgiczne zarówno pod względem technicznym, jak i dużą ilością skomplikowanych powikłań pooperacyjnych [16].

W ostatnich latach istniał w Polsce ogromny rozwój transplantologii. Przeszczepia się nerkę, serce, płuca, wątrobę, szpik, rogówkę, a nawet jelita. Stale rośnie liczba potencjalnych biorców wątroby, jednak bardzo ograniczona jest liczba narządów od osób zmarłych, dlatego transplantolodzy poszukują możliwości dalszego rozwoju programów przeszczepiania [5].

W ciągu ostatnich lat duży nacisk kładzie się, na jakość usług w polskich szpitalach, szczególnie w oddzia-

łach pediatrycznych. Rodzice dzieci leczonych w szpitalu mają prawo do tego by być stale obecnym przy swoim dziecku. Hospitalizacja, to ciężkie przeżycie dla dzieci i ich rodziców. Rodzice często są bezradni wobec choroby dziecka i pragną jak najwięcej dowiedzieć się na temat choroby i sposobu pielęgnacji dziecka w tej szczególnej sytuacji. Chcą w jak największym stopniu mieć udział w leczeniu i pielęgnacji dziecka, by w ten sposób zmniejszyć stres dziecka związany z pobytem w szpitalu.

Zgodnie z polskim prawem dawcą narządu może być tylko osoba pełnoletnia, która oddaje narząd lub jego fragment dla krewnego w linii prostej, rodzeństwa, małżonka, osoby przysposobionej oraz osoby bliskiej, w tym ostatnim wypadku po uzyskaniu zgody sądu i udowodnieniu trwałych więzów łączących obie strony. Wymagana jest też zgoda współmałżonka. Stale wzrasta ilość osób potrzebujących przeszczepu wątroby, dlatego coraz częściej wykonuje się przeszczepy od dawcy spokrewnionego [5]. Podarowanie komuś narządu lub jego części jest darem nieprzeliczalnym na żadne wartości materialne. Jest to bardzo osobista decyzja, mająca ogromny wpływ na całe dalsze życie człowieka [7]. Dla chirurga transplantologa sprawą bardzo ważną jest ochrona zdrowia dawcy fragmentu wątroby. Musi on mieć świadomość, że czas rekonwalescencji to czas nieobecności w pracy, ograniczenia wysiłku fizycznego nawet do kilku miesięcy od operacji, co może wpływać na możliwość wykonywania pracy. W trakcie badań kwalifikacyjnych potencjalny dawca może się wycofać w każdej chwili, bez podania przyczyny. Według badań opinii publicznej większość społeczeństwa uważa oddanie narządu za życia nawet osobie obcej za coś naturalnego i słusznego moralnie. Podobne zdanie społeczeństwo ma na temat dawstwa ze zwłok. Jednak zdecydowanie łatwiej jest nam pochwalić cudze poświęcenie, niż samemu podjąć taką decyzję.

Terapia transplantacyjna jest koniecznym etapem na drodze rozwoju medycyny. Nie mamy podstaw by odrzucać taki sposób leczenia i nie jest to już możliwe. Istnieje domniemanie, że każda skuteczna terapia zostanie w końcu zaakceptowana, a nawet usprawiedliwiona etycznie nawet, jeżeli dzisiaj wzbudza moralny protest [7]. Przeszczepy wątroby u dzieci różnią się od przeszczepów u dorosłych. Inne są wskazania do przeszczepu, inne przyczyny niewydolności wątroby. Kwalifikując dziecko do przeszczepu bierze się pod uwagę także potrzeby fizycznego rozwoju dziecka. Techniki chirurgiczne przeszczepu są także odmienne od tych stosowanych u dorosłych [2]. Wskazaniem do przeszczepu wątroby będzie każdy przypadek schyłkowej niewydolności wątroby a także wszystkie choroby zagrażające życiu, których nie można wyleczyć nie usuwając całego narządu.

Edukacja rodziców dziecka po przeszczepie wątroby odbywa się pod kątem przekazania wiedzy o chorobie, radzenia sobie z jej następstwami. Podstawowym warunkiem skutecznej edukacji jest aktywny udział i dobrowolna współpraca rodziców. Edukacja dotyczy także dzieci. Ważne jest ich świadome uczestniczenie w procesie leczenia. Większe dzieci same potrafią dotrzeć do literatury i wiado-

mości z Internetu nie zawsze zgodnych z rzeczywistością [5, 13]. Rodzice znajdują się w jednym z najtrudniejszych momentów swojego życia. Już zawsze będzie im towarzyszyć obawa o zdrowie i życie dziecka. W jednej niemal chwili ich życie diametralnie się zmienia. Często muszą być wsparciem dla dziecka, a jednocześnie dla współmałżonka lub kogoś z najbliższej rodziny – potencjalnego dawcy narządu. U dziecka przyjętego z oddziału pooperacyjnego monitorowane są podstawowe funkcje życiowe, zostaje więc podłączony do kardiomonitora. Ma założony cewnik do pęcherza moczowego, sondę do żołądka, często drenaż opłucnej oraz kilka drenów rekona wyprowadzonych z rany pooperacyjnej i dren żółciowy. Rodzice informowani są o tym, że pacjent ma mierzone wszystkie wydzieliny, także wymiociny i mocz w pampersie. Jest to konieczne do prowadzenia dokładnego bilansu płynów. Mierzone ma także wszystkie płyny, jakie dziecko przyjmuje, np. jogurt, zupę. Dziecko ma systematycznie podawane leki przeciwbólowe i uspakajające. Należy zwrócić uwagę na wszystkie objawy, jakie mogą świadczyć o dolegliwościach bólowych, płacz, niepokój, przyspieszenie tętna i niewielki wzrost ciśnienia, spłyconie i przyspieszenie oddechu czy wyraźne ograniczenie wszystkich ruchów. Jeżeli waga dziecka nie przekracza 10 kg często przeszczepiana wątroba jest zbyt duża w stosunku do pojemności jamy brzusznej i narażona na ucisk, niedokrwienie, zaburzenia przepływu a nawet martwicę. W takiej sytuacji zostaje odroczone zamknięcie jamy brzusznej, a w powłoki zostaje wszyta siatka wikrylowa. Po około 4–7 dniach wykonuje się zamknięcie najczęściej tylko skóry, a po 12–18 miesiącach operację przepukliny brzusznej [5]. Opatrunek taki jest zmieniany codziennie w warunkach pełnej aseptyki, lekarze i osoby asystujące zakładają sterylny fartuch, maskę, czepek i rękawice. Z tego powodu rodzice nie są obecni na sali, ale mogą zobaczyć jak wyglądają wszystkie czynności poprzez oszklone drzwi i ściany między salami. Zdarza się i tak, że nie chcą oglądać swego dziecka w takiej sytuacji. Przed wykonaniem opatrunku dziecko ma podawane leki przeciwbólowe i uspakajające. Dużo prościej wygląda zmiana opatrunku, kiedy dziecko już ma zamkniętą skórę. Rodzice pacjentów, którzy są planowo przygotowywani do przeszczepu mają czas by wcześniej zobaczyć oddział i inne dzieci już po przeszczepie, ale przy pilnym zabiegu jest inaczej. Widząc swoje dziecko z taką ilością aparatury i rozległym opatrunkiem są przerażeni. Rolą pielęgniarki jest uspokojenie ich i wyjaśnienie wszystkich wątpliwości. Dziecko może mieć podłączone nawet do 8 leków w stałym wlewie oraz żywienie pozajelitowe. Jednym z kolejnych elementów, które mają ogromne znaczenie jest dbanie o higienę osobistą dziecka, jak i czystość otoczenia. Naturalnie po zabiegu te czynności wykonuje pielęgniarka. Rodzice boją się, że przez nieumiejętne działanie mogą zaszkodzić dziecku, ale są obecni podczas toalety i pomagają w miarę możliwości jednocześnie ucząc się. Współpracując z fizykoterapeutą, pielęgniarki wprowadzają rehabilitację oddechową, często oklepują dziecko oraz wcześniej uruchamiają, co pomoże uniknąć powikłań ze strony układu oddechowego i powstania odleżyn. Rodzice są uczeni jak wykonać inhalację, czy zasto-

sować nawilżenie powietrza na sali dzieci. Chętnie uczestniczą w opiece nad dzieckiem, ich obecność uspokaja dziecko a oni sami mają poczucie, że mogą coś zrobić. Nawet, jeśli są to tylko proste czynności, jakie wykonują na początku. Należy ich też poinformować, że w warunkach domowych jest to także konieczne. Bardziej wskazana jest kąpiel pod prysznicem niż w wannie, należy używać mydła w płynie z dozownikiem, myć ręce przed posiłkami i po wizycie w toalecie. Należy rozmawiać z rodzicami jak i z małymi pacjentami, tak by nie robiąc im przykrości przekazać informacje, które są bardzo istotne w dalszym życiu.

Pacjent po przeszczepieniu wątroby musi unikać kontaktu z różnego rodzaju drobnoustrojami w swoim otoczeniu, dużych skupisk ludzi a szczególnie osób z infekcją. Nie znaczy to jednak, że musi żyć w zupełnej izolacji, powinien aktywnie spędzać czas, podróżować, odpoczywać i pracować. Musi się jednak przystosować do życia w nowych warunkach. Dla pacjentów po przeszczepieniu wątroby zdrowienie to proces, który wymaga czasu. Powrót do domu to wiele emocji. Wielka radość, ale też często niepokój a nawet depresja, która może trwać kilka tygodni. Zarówno rodzina, jak i pacjent wiedzą, że mogą się w każdej chwili skontaktować ze szpitalem w razie jakichkolwiek wątpliwości, ale często w momencie wypisu pojawia się po prostu strach jak sobie poradzą w domu. Zawsze też mogą skorzystać z pomocy psychologa zarówno w szpitalu, jak i po wyjściu do domu. Jednak ta forma pomocy jest ciągle mało popularna i rodzice raczej niechętnie z niej korzystają. Po około 12–18 miesiącach część dzieci wraca na oddział na operację przepukliny brzusznej, za zgodą rodziców można ich „pokazać” rodzicom i dzieciom które są „na początku drogi”. To pomaga przekonać ich, że są w stanie poradzić sobie ze wszystkimi problemami. Często dzieci przychodzą na oddział. Odwiedzają swoich kolegów i przyjaciół. Rodzice również nawiązują wiele znajomości i przyjaźni. Doskonale się rozumieją i wspierają. Czas oczekiwania na przeszczep powinno się wykorzystywać jak najbardziej efektywnie, poprawić stan odżywienia, wykonać zalecane szczepienia, a także uzupełnić leczenie stomatologiczne. Dzieci, które nie zdążyły wyleczyć zębów wcześniej kontynuują leczenie w trakcie pobytu na oddziale [5, 11]. Po wypisaniu do domu obowiązują wizyty u dentysty, co pół roku a także osłona antybiotykowa przy każdej interwencji stomatologa, ponieważ pacjenci mają osłabioną odporność, a chore zęby to duże źródło zakażenia. Należy używać miękkiej szczoteczki do zębów unikając w ten sposób podrażnienia dziąseł oraz płynu antyseptycznego do płukania jamy ustnej [1].

Kolejnym ważnym problemem jest właściwe odżywianie. Ma ono ogromne znaczenie w zdrowieniu i rehabilitacji, jak również wpływa na przebieg gojenia rany. U dzieci z cholestazą, która występuje już w wieku niemowlęcym może dojść do zaburzeń odżywienia a nawet niedożywienia w krótkim okresie czasu. Stan taki może dodatkowo uszkadzać wątrobę, gdyż do prawidłowej funkcji syntezy, detoksykacji i magazynowania zużywa ona dużą ilość energii dostarczaną z pożywieniem. W takich przypadkach dziecko powinno być pod

kontrolą dietetyka, który oceni wartość odżywczą jadłospisu oraz poleci zastosowanie na przykład specjalistycznej diety [14]. Większość pacjentów szczególnie bezpośrednio po przeszczepie zażywa kortykosteroidy, które powodują duży wzrost łaknienia, co może w krótkim czasie powodować nadwagę i otyłość. W diecie należy ograniczyć ilość tłuszczów i węglowodanów. Powinny się za to znaleźć warzywa, owoce, ciemne pieczywo, nabiał, ryby, chude mięso. Należy regularnie kontrolować masę ciała, nie „podjadać” między posiłkami i wypijać odpowiednią ilość płynów w zależności od wieku dziecka. Mogą być to soki owocowe i warzywne, woda mineralna, mleko i herbatki ziołowe. Wskazana jest aktywność fizyczna, powinna być ona uzależniona od czasu, jaki upłynął od przeszczepu dobrana indywidualnie do pacjenta [1, 8]. Od pierwszych dni pobytu w oddziale rodzice i dzieci są przygotowywani do podawania leków. Zasad podawania a także obliczania właściwej dawki. Nigdy nie można zapomnieć o przyjęciu leków ani zmieniać samodzielnie dawki. Nie można podawać żadnych leków bez porozumienia z lekarzem transplantologiem, jeśli są to leki od lekarza domowego czy nawet specjalisty w innej dziedzinie. Po podaniu leków immunosupresyjnych dziecko nie może jeść i pić przez godzinę, nie może również przyjmować innych leków. Ważne jest przestrzeganie godzin podawania leków, a co za tym idzie odstępów między kolejnymi dawkami. Schemat leczenia jest dopasowywany indywidualnie do każdego pacjenta, nie należy sugerować się tym, że inni pacjenci przyjmują inne lub mniejszą lub większą ilość. Przed wizytą w poradni nie podaje się dziecku rannej dawki leków immunosupresyjnych, należy zawsze jednak pamiętać o zabraniu ich z domu i podaniu ich po pobraniu krwi. Wszystkie leki powinny być rozpuszczane w wodzie, jak również popijane wodą. Przyjmując leki immunosupresyjne nie można pić soku grejfrutowego, gdyż może on spowodować wzrost ich stężenia we krwi. Ważny jest też sposób przechowywania. Należy natychmiast poinformować lekarza o wszystkich objawach ubocznych, a także o każdej pomyłce w ich podawaniu. Przed każdym wyjazdem i przerwą świąteczną należy sprawdzić czy mamy odpowiedni zapas leków [1, 8, 9, 10, 12]. Po transplantacji wątroby pacjent nie może otrzymywać żywych szczepionek ani tych zawierających osłabione drobnoustroje (doustna *poliomyelitis*, różyczka i inne). Inne szczepionki mogą być stosowane, ale tylko po konsultacji z lekarzem. Szczepienia można rozpocząć dopiero pół roku po transplantacji, nie należy jednak szczepić w momencie odrzucania przeszczepu. Żywej szczepionki *poliomyelitis* nie powinny również otrzymywać osoby z najbliższego otoczenia dziecka po przeszczepie, np. rodzeństwo [8, 9, 12]. Pomimo możliwości wystąpienia różnych powikłań około 3 miesięcy od przeszczepu niemal wszyscy pacjenci powracają do normalnej aktywności. Chodzą do przedszkola, szkoły, studiują, uprawiają sport, zakładają rodziny, zostają szczęśliwymi rodzicami, ale zawsze pamiętają o wizytach u specjalisty.

Cele pracy

Celem pracy było zbadanie roli i zadań, jakie pełni pielęgniarka w edukacji rodziców dzieci po zabiegu przeszczepienia wątroby.

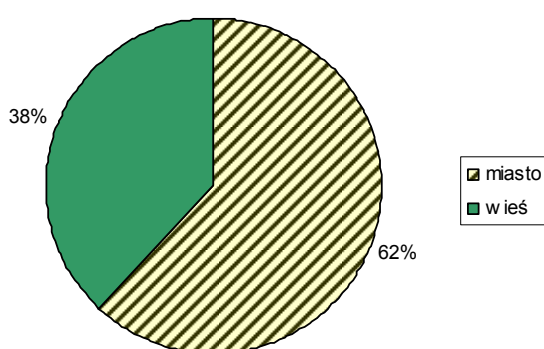
Na podstawie analizy danych, które otrzymano z kwestionariuszy ankiet założono uzyskać odpowiedzi czy według badanych rodziców wiedza przekazywana przez pielęgniarki na temat opieki nad dzieckiem po zabiegu przeszczepiania wątroby była dla nich wystarczająca i zrozumiała, czy pielęgniarka pełniła rolę edukatora odnośnie opieki po zabiegu i czy źródłem wiedzy na temat opieki nad dzieckiem po zabiegu była pielęgniarka.

Material i metody badań

Do realizacji postawionych celów użyto kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Na przeprowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę dyrekcji Instytutu i kierowników klinik. Ankieta zawierała 31 pytań. Były pytania zamknięte oraz takie gdzie pozostawiono możliwość własnej odpowiedzi. Założono by badani rodzice mieli możliwość jak najobszerniej wypowiedzieć się na temat roli edukacyjnej pielęgniarki, co było celem tej pracy. Wszyscy zostali poinformowani o anonimowości ankiety, a także całkowitej dobrowolności wypełnienia jej. Zbadano wiedzę rodziców dzieci po zabiegu przeszczepienia wątroby, na temat opieki nad nimi a także rolę pielęgniarki w ich edukacji. W chwili badania dzieci były na różnych etapach leczenia, po przeszczepie rodzinnym i ze zwłok, rozpiętość wieku dzieci od kilku miesięcy do około 18 roku życia.

Wyniki badań

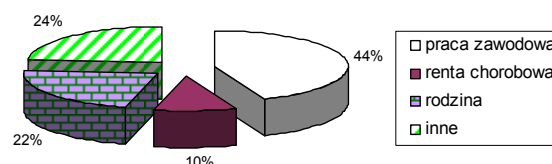
Wykres 1. Miejsce zamieszkania
The graph 1. Place of residence



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

Miejsce zamieszkania badanych rodziców: 62% miasto, 38% wieś

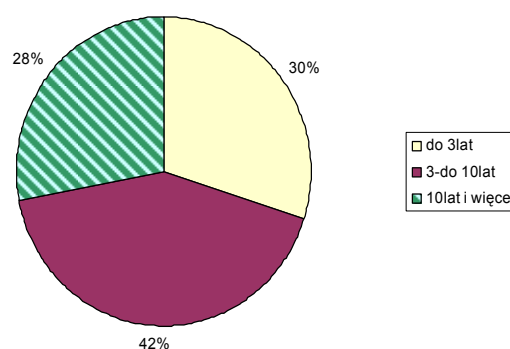
Wykres 2. Źródło utrzymania
The graph 2. Source of maintenance



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

Źródło utrzymania ankietowanych: 44% praca zawodowa, 22% jest na utrzymaniu rodziny, 10% renta chorobowa/socjalna.

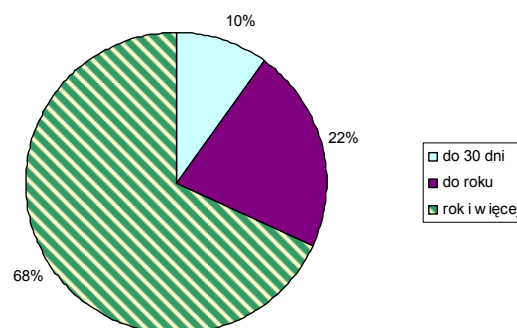
Wykres 3. Wiek dziecka
The graph 3. The child's Age



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

42% dzieci była w wieku 3–10 lat, 30% do 3 lat, 28% 10 lat i więcej.

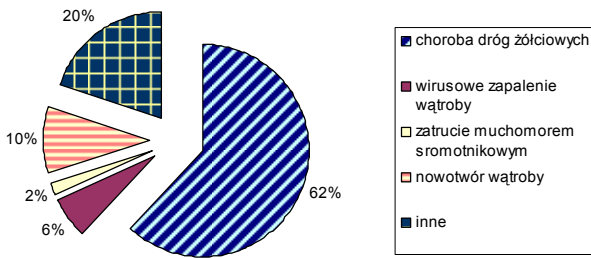
Wykres 4. Czas od zabiegu przeszczepienia wątroby
The graph 4. Time from intervention of transplantation of liver



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

68% badanych podało, że rok i więcej, 22% do roku czasu, 10% do 30 dni.

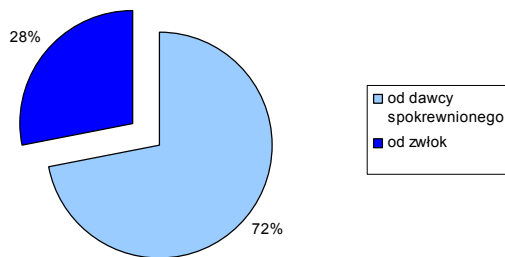
Wykres 5. Powód przeszczepienia wątroby
The graph 5. Reason of transplantation of liver



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

62% dzieci miało zabieg przeszczepienia wątroby z powodu choroby dróg żółciowych, 10% z powodu nowotworu wątroby, 20% podało inne przyczyny.

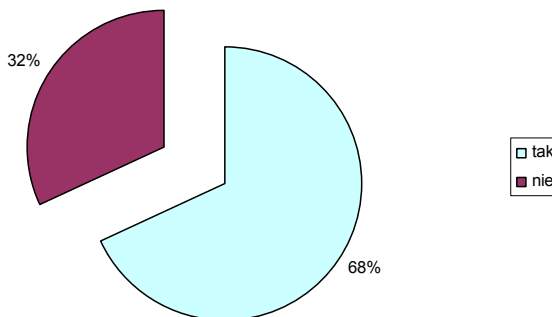
Wykres 6. Rodzaj przeszczepu
The graph 6. Kind of transplant



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

72% badanych dzieci miało przeszczep od dawcy spokrewnionego, 28% ze zwłok.

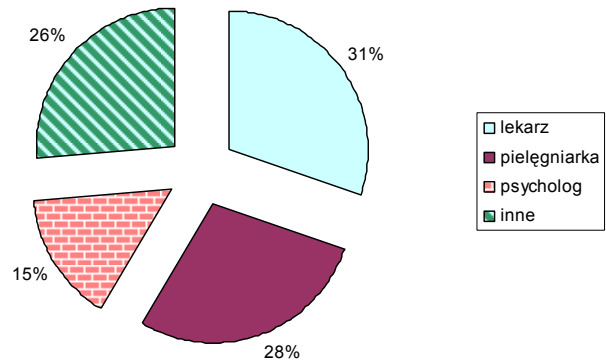
Wykres 7. Udzielenie rodzicom wsparcia emocjonalnego
The graph 7. Allowing the parents of emotional support



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

68% badanych udzielono wsparcia emocjonalnego, 32% nie.

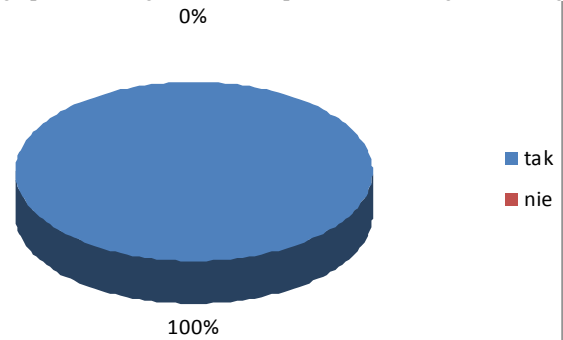
Wykres 8. Kto udzielił wsparcia emocjonalnego rodzicom?
The graph 8. Who gave the emotional support the parents?



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

31% badanych rodzicom wsparcia udzielił lekarz, 28% pielęgniarka, 26% inne, 15% psycholog.

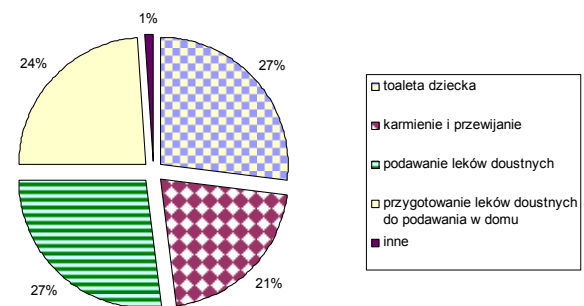
Wykres 9. Włączenie rodziców w działania pielęgnacyjne i lecznicze
The graph 9. Nursing Inclusion the parents in working and healing



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

100% badanych zostało włączonych w działania pielęgnacyjne i lecznicze.

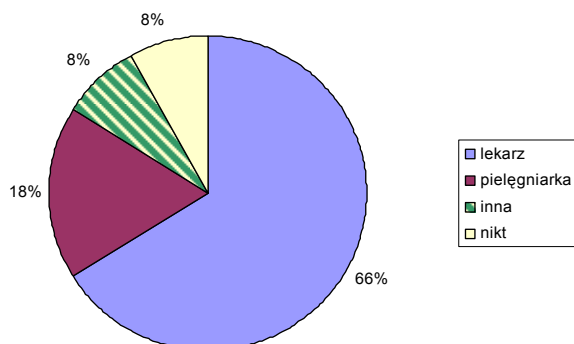
Wykres 10. Udział rodziców w działaniach pielęgnacyjnych i leczniczych
The graph 10. The parents' Part in workings nursing and healing



Źródło: opracowanie własne
Source: own's concept

27% rodziców uczestniczyło w toalecie dziecka, 27% w podawaniu leków doustnych, 24% w przygotowaniu się do podawania leków doustnych w domu.

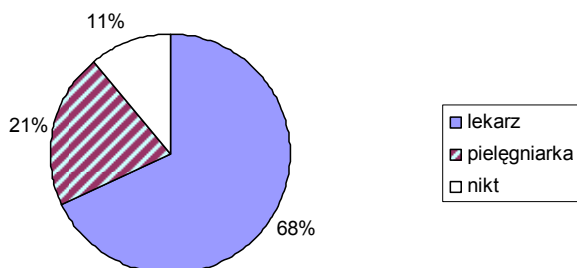
Wykres 11. Zapoznanie rodziców z objawami niepokojącymi związanymi z przeszczepieniem wątroby
The graph 11. Introduction with disturbing connected from transplanted the liver symptoms the parents



Źródło: opracowanie własne Source: own's concept

66% badanych informacje uzyskało od lekarza, 18% od pielęgniarki, 8% nie uzyskało takiej informacji lub uzyskało ją od innych osób.

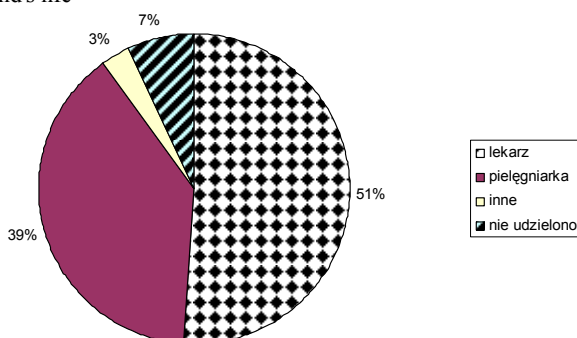
Wykres 12. Kto poinformował rodziców o postępowaniu z dzieckiem w czasie wystąpienia niepokojących objawów w domu?
The graph 12. Who informed the parents about conduct with child in time the pronouncement the disturbing symptoms in house?



Źródło: opracowanie własne Source: own's concept

68% rodziców zostało poinformowanych przez lekarza, 21% przez pielęgniarkę, 11% nie uzyskało takiej informacji.

Wykres 13. Udzielenie wskazówek co do trybu życia dziecka
The graph 13. The Allowing the hands what to mode of the child's life



Źródło: opracowanie własne Source: own's concept

51% ankietowanych wskazówki otrzymało od lekarza, 39% od pielęgniarki, 7% nie otrzymało.

Omówienie wyników

Prawidłowe zaadaptowanie przeszczepionej wątroby w organizmie biorcy umożliwia już w 3–4 dobie przeniesienie pacjenta z oddziału intensywnej terapii. Przy braku powikłań w 14. dobie po operacji chory może już być całkowicie wypisany ze szpitala. Pierwsze 3 wizyty w ośrodku transplantacyjnym odbywają się co 14 dni, przez następne 2 lata pacjent stawia się na wizytę co miesiąc, a następnie (jeśli nie ma przeciwwskazań) co 3 miesiące. Powinien znaleźć się pod kontrolą ośrodka transplantacyjnego także w przypadku każdego większego stanu chorobowego, zaś w przypadku planowanych terapii lub zabiegów nie związanych z przeszczepem ich przebieg powinien zostać uzgodniony z ośrodkiem prowadzącym [8].

Grupa badanych rodziców była zróżnicowana pod względem wieku, płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia. Jedyną wspólną cechą było to, że mieli dziecko po zabiegu przeszczepienia wątroby. Mężczyźni stanowili 20%, kobiety 90%. Pomimo wielu zmian ustrojowych i obyczajowych to na nich w dalszym ciągu spoczywa obowiązek opieki nad dzieckiem, szczególnie dzieckiem przewlekle chorym. Wiek badanych to 48% 30–40 lat, 32% 20–30 lat i 20% 40 lat i więcej. Wykształcenie 44% średnie, 18% wyższe, po 16% wyższe zawodowe-licencjat oraz zasadnicze i 6% podstawowe. Miejsce zamieszkania 62% miasto i 38% wieś. Z tej części ankiety zwanej metryczką wynika, że tak ciężka choroba może dotyczyć każdego. Jest ponad wszelkimi podziałami.

Pielęgniarka pełniąc funkcję edukacyjną musi umieć dotrzeć do każdego człowieka niezależnie od jego wieku, wykształcenia i pochodzenia. Na ocenę pracy w tym także, jakości edukacji a później także ocenę jakości swojego życia po powrocie do domu mają wpływ własne osiągnięcia życiowe badanych, relacje z rodziną i przyjaciółmi oraz wykonywana praca przed chorobą dziecka. Istotnym czynnikiem będzie też aktualny stan zdrowia dziecka i efekty leczenia. W badanej grupie 30% dzieci było w wieku do 3 lat, 42% od 3 do 10 lat, 28% 10 lat i więcej. Jest to ściśle powiązane z tym, jakiego rodzaju przeszczep miało dziecko i tak, 72% to przeszczepy od dawcy spokrewnionego, 28% ze zwłok oraz z chorobą, która była powodem wykonania transplantacji u dziecka. Aż 62% dzieci cierpiało na choroby dróg żółciowych, w wyniku, których dochodzi do przeszczepu wątroby we wczesnym okresie życia. Właśnie u tych dzieci istnieje możliwość szybkiej pomocy poprzez pobranie fragmentu wątroby od członka najbliższej rodziny [15]. Kolejny ważny element leczenia u dzieci, niezależnie nawet od jednostki chorobowej to obecność rodziców przy dziecku. 100% badanych przyznało, że ich obecność ma korzystny wpływ na wynik leczenia. Istotna jest tu jednak nie sama obecność, ale też relacja rodzica z dzieckiem. Często należy uświadamiać rodzicom, że nawet małe dziecko zauważy i odczuje każde zdenerwowanie, niepokój i łzy u rodzica, dlatego też wszystkie swoje obawy należy zostawić przed drzwiami sali szpitalnej. Dla dziecka wszyscy powinniśmy być wsparciem. Należy zapewnić dziecku poczucie bezpieczeństwa i pokazać, że poradzą sobie w każ-

dej trudnej sytuacji. Dla dziecka najważniejsze jest jednak wsparcie ze strony osób, z którymi jest związany najbliższ, to znaczy rodziców, przyjaciół. Jeżeli mały pacjent ma takie wsparcie w dużo mniejszym stopniu obawia się badań i zabiegów. Personel oddziału nigdy nie będzie w stanie zrekompensować dziecku braku rodziców, nawet, jeśli więź będzie się opierać na zasadzie empatii i zaufania [1]. 42% badanych najbardziej obawiało się o życie dziecka, możliwość odrzucenia przeszczepu 25%, cierpienie dziecka 17%, możliwość powikłań 14%. Wsparcia emocjonalnego udzielono 68%, z czego 68% udzielił go lekarz, 29% pielęgniarka, psycholog 15%, a 26% to były inne osoby i badani wskazywali najczęściej rodzinę, przyjaciół, a także rodziców innych dzieci. Między rodzicami nawiązują się trwale przyjaźnie i pozostają oni ze sobą w stałym kontakcie. 32% podało, że nie udzielono im wsparcia emocjonalnego, co pokazuje, że ciągle zbyt mało czasu pracownicy ochrony zdrowia poświęcają aspektom psychologicznym. Część pacjentów po przeszczepieniu wątroby oraz ich rodziców ma obniżony nastrój a nawet cierpi na depresję. W szpitalu są pod opieką psychologa a w razie potrzeby psychiatry, po wyjściu do domu rzadko korzystają z takiej pomocy często obawiając się reakcji otoczenia. Skorzystanie z takiej formy pomocy powinno być tak naturalne, jak wizyta u stomatologa czy internisty. Depresja obniża motywację do przestrzegania zaleceń i opóźnia proces rehabilitacji i zdrowienia.

Kontakty między personelem a pacjentem i jego rodziną to także niezwykle trudny aspekt leczenia. Podstawą dobrego kontaktu jest wzajemne zrozumienie. Dla rodziców choroba dziecka to jeden z najtrudniejszych momentów w życiu, często podważają wiarygodność, krytykują niemal każdą czynność wykonywaną, obwiniają wszystkich wokół o chorobę dziecka, mają wątpliwości, co do celowości niektórych badań. Trudna sytuacja ekonomiczna placówek ochrony zdrowia sprawia, że oczekiwania pacjentów i ich rodzin często mijają się z możliwościami szpitala. Trzeba zrozumieć, że jest to rodzaj mechanizmu obronnego, a każdy człowiek inaczej radzi sobie ze stresem. Proces pogodzenia się z chorobą to nie natychmiastowa reakcja, ale długotrwały proces, który wymaga czasu. Podejście i zachowanie rodziców ma duży wpływ na problemy emocjonalne dziecka. Ważna jest tu umiejętność edukacji, także w tym aspekcie. Informacje nie mogą być odbierane jako zagrożenie. Muszą być przekazywane pozytywne emocje, aby uświadomić pacjentowi, że taki stan trwa przez określony czas, a za kilka dni sytuacja może wyglądać dużo lepiej. Należy też pomóc pacjentowi i rodzicom zaakceptować własne emocje i pozwolić na przeżywanie tego, co czują. Ważna jest umiejętność rozmowy z dzieckiem i jego rodziną. Pacjentem i jego rodziną powinno się zająć tak, jak sami chcielibyśmy być potraktowani [1]. Od pierwszych chwil pobytu dziecka w oddziale staramy się włączać rodziców w opiekę nad dzieckiem. Ma to na celu edukację oraz przygotowanie ich do opieki w domu. 100% przyznało, że zostało włączonych w opiekę nad dzieckiem przez personel pielęgniarski. Brali oni udział w toalecie dziecka 27%, podawaniu leków doustnych 27%, przygotowaniu się do podawania leków doustnych w domu 24%, karmieniu

i przewijaniu dziecka 21%. 22% przyznało, że obawiali się włączenia w opiekę, ale jest to naturalna reakcja rodzica, który widzi własne dziecko z dużą ilością aparatury medycznej. Największą trudność w opiece nad dzieckiem po przeszczepie wątroby rodzicom sprawia regularne i dokładne podawanie leków tak stwierdziło 29%, ochrona dziecka przed infekcjami 13%, obawa przed powikłaniami 9%, lęk czy wszystko jest dobrze 7%, 17% badanych podało, że nie mało żadnych trudności w opiece. Z czego wynika, że są to osoby dobrze wyedukowane.

Pacjent i jego rodzice muszą się czuć współdecydentami w procesie leczenia. Wyedukowany pacjent, rodzina, lepiej poradzi sobie z chorobą i jej skutkami, a także nowymi obowiązkami i wymaganiami wobec niego. Musi przestrzegać terminów wizyt kontrolnych, często nauczyć się skomplikowanych procedur. Niektóre dzieci są wypisywane do domu, kiedy jest jeszcze pozostawiony dren żółciowy. Rodzice muszą nauczyć się między innymi zmiany opatrunku przy drenie, czy wymiany worka. Taki problem nie został poruszony w ankiecie, ponieważ dotyczy bardzo niewielkiej ilości dzieci. 25% ankietowanych podało inne problemy, takie jak obawa przed badaniami kontrolnymi, częste pobyty w szpitalu, czy brak wiedzy na temat choroby dziecka od lekarzy w rejonie. W skali kraju są to przypadki ciągle rzadko spotykane i niektórzy lekarze po raz pierwszy spotykają się z pacjentem po przeszczepie wątroby, a ich obawy przed podjęciem leczenia bywają uzasadnione. W takiej sytuacji pacjenci są odsyłani do ośrodka transplantacyjnego niestety często bardzo odległego [5].

Otrzymali także zalecenia i wskazówki w przypadku kontaktu z osobami chorymi zakaźnie. Dla 59% był to lekarz, pielęgniarka dla 31%, 7% nie udzielono wskazówek. Z kolei o konieczności podawania leków immunosupresyjnych poinformowano wszystkich ankietowanych. 96% badanych dodatkowo korzystało z literatury medycznej, chcąc jak najwięcej dowiedzieć się o chorobie dziecka. O objawach niepokojących 68% rodziców zostało poinformowanych przez lekarza, przez pielęgniarkę 18%, 8% nie zostało poinformowanych. O postępowaniu z dzieckiem w analogicznej sytuacji w domu 68% badanych poinformował lekarz, 21% pielęgniarka i 11% nie zostało poinformowanych. Dane te pokazują, że pielęgniarki powinny częściej rozmawiać z rodzicami o opiece nad dzieckiem w domu. Informacje powinny być przekazywane w sposób zrozumiały i dostosowany do możliwości osoby, której są przekazywane. Lekarze tłumacząc rodzicom techniczną stronę zabiegu często po prostu rysują to, na czym będzie polegał zabieg. Ważne są także wskazówki, co do diety i trybu życia dziecka. Zaleceń dietetycznych dla 51% ankietowanych udzielił lekarz, dietetyk 33%, pielęgniarka 13%, 3% nie otrzymało żadnych. O trybie życia dziecka informował lekarz tak stwierdziło 59%, pielęgniarka 31%, 7% nie zostało poinformowanych. Zaleca się, by dziecko miało w domu własny pokój, informację taką uzyskało 76% badanych. Jednak ciągle spotykamy się z sytuacją, że dziecko nie ma własnego pokoju, a nawet własnego łóżka. Powrót do domu to ogromna radość, ale też wiele obaw z tym

związanych. Wiąże się to często z dużą odległością od ośrodka transplantacyjnego, trudną sytuacją rodzinną i materialną. 70% przyznało, że choroba dziecka miała niekorzystny wpływ na sytuację materialną rodziny. O możliwości skorzystania z pomocy pielęgniarki środowiskowej i gminnego ośrodka pomocy społecznej zostało poinformowanych tylko 54% ankietowanych. Jednocześnie przyznali oni, że bardzo rzadko taką pomoc można wyegzekwować, nawet, jeśli dla konkretnego dziecka występuje ośrodek transplantacyjny. Istnieją też takie sytuacje, że osoby, które najbardziej potrzebują pomocy bardzo rzadko o taką pomoc występują. Tylko 14% badanych obawiało się braku akceptacji w środowisku rodzinnym i szkolnym, co może wskazywać, że w naszym otoczeniu coraz częściej spotykamy pacjentów po przeszczepach narządów, a społeczeństwo jest lepiej wyedukowane.

Temat transplantologii wzbudza ciągle wiele kontrowersji i nawet pracownicy ochrony zdrowia nie zawsze są pewni, jaką decyzję by podjęli, jeśli miałyby dotyczyć kogoś bliskiego. Podobną opinię wyrazili studenci Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, gdzie przeprowadzono ankietę na ten temat [17]. Zdarzają się jednak ciągle przypadki braku akceptacji, częste hospitalizacje odrywają dziecko od tego środowiska, w którym mieszka, występują trudności w nauce, dlatego często dzieci swobodniej czują się w szpitalu, gdzie nie odczuwają swojej inności. Jednocześnie mogą kontynuować naukę i zdobywać oceny, które są równoważne z ocenami w typowej szkole. Rodzice zdrowych dzieci często boją się, że ich dziecko może się „zarazić chorobą” i zdarza się, że izolują swoje dziecko od chorego kolegi.

Każda choroba przewlekła, do jakich z pewnością można zaliczyć niewydolność wątroby trwale zmienia dotychczasową sytuację dziecka i jego rodziny. Stawia przed nimi wymagania i ograniczenia, jakim muszą sprostać. 62% badanych stwierdziło, że choroba zmieniła jego relacje z dzieckiem. Jednocześnie podawano, że wystąpiły silniejsze więzy emocjonalne. Niekiedy jest to niemal emocjonalne uzależnienie się od rodziców, domaganie się wzmożonej opieki nawet kosztem zaniedbywania rodzeństwa. Rodzice chcąc zaspokoić potrzeby dziecka nic od niego nie egzekwują, nie potrafią mu niczego odmówić. Nie uczą dziecka samodzielności. Diametralnie odmienna sytuacja to taka, kiedy choroba przewlekła dziecka niejako przyspiesza jego dorastanie. Stają się bardziej otwarte i komunikatywne. Pielęgniarka, jako osoba przebywająca najdłużej z dzieckiem i jego rodzicami w oddziale powinna być dla nich wsparciem, ale też pełnić funkcję edukacyjną. Uzyskać od niej jak najwięcej informacji na temat choroby, co poprawi ich jakość życia, a także będzie miało korzystny wpływ na wynik leczenia i rehabilitacji. Uzyskane wyniki badań ukazały słabsze i mocne strony opieki pielęgniarskiej w zakresie pielęgnacji, edukacji, dając tym samym możliwość przeniesienia wyników badań do codziennej pracy i poprawy tej sytuacji. Zauważono, że potrzebne jest

stałe szkolenie personelu, co w znaczący sposób poprawiłoby jakość opieki i edukacji.

Wnioski

W wyniku analizy danych otrzymanych z ankiet stwierdzono, że według badanych rodziców wiedza przekazywana im przez pielęgniarki była dla nich zrozumiała. Jednak ich poziom wiedzy był niewystarczający. Nie wszystkie przekazane, ważne informacje dotarły co dało obraz podczas dalszej opieki nad dzieckiem. Rodzice przyznali, że pielęgniarka pełniła rolę edukatora, ale w znacznym stopniu opierali się na wiedzy przekazywanej przez lekarzy. Źródłem wiedzy na temat opieki nad dzieckiem po przeszczepie wątroby byli lekarze, dietetycy, psychologowie a także w znaczącym stopniu pielęgniarki. Pozwala to stwierdzić, że pacjent był objęty opieką holistyczną zespołu ludzi ściśle ze sobą współpracujących.

PIŚMIENNICTWO

1. Kaliciński P., Dziecko po przeszczepie pod redakcją Wagner A.A., Chirurgia dziecięca – Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu, PZWL, Warszawa 2003, 286-294.
2. Kaliciński P., Przeszczepianie wątroby u dzieci, *Pediatr. Współcz.*, 2001, 4, 331-334.
3. Konturek J., pod redakcją, Gastroenterologia i hepatologia kliniczna, PZWL, Warszawa 2001, 540-678.
4. Kózka M., Płaszewska-Żywko L., Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie, PZWL, Warszawa 2009, 218-258.
5. Krawczyk M., Patkowski W., pod redakcją, Przeszczepienie wątroby od żywego dawcy, Czelej, Lublin 2008, 1-133.
6. Małkowski P., Czerwiński J., Pacholczyk M. i wsp., Stan przeszczepiania wątroby w Polsce, *Prz. Epid.*, 2005, 59, 559-565.
7. Nowacka M., Etyka a transplantacje, PWN, Warszawa 2003, 136-228.
8. Ołdakowska-Jedynak U., Pawłowska J., Pączek L., Opieka ambulatoryjna i monitorowanie pacjentów po transplantacji wątroby, *Stand. Med.*, 2004, 4, 410-415.
9. Pawłowska J., Bernatowska E., Jankowska I. i wsp., Zalecenia dotyczące szczepień pediatrycznych biorców przed i po przeszczepieniu wątroby, *Stand. Med.*, 2006, 2, 168-175.
10. Pawłowska J., Jankowska I., Teisseyre M., Leki immunosupresyjne stosowane po przeszczepieniu wątroby, *Stand. Med.*, 1, 2004, 100-103.
11. Pawłowska J., Jankowska I., Teisseyre M., Opieka nad pediatrycznym pacjentem transplantologicznym ze szczególnym uwzględnieniem nawrotu infekcji wirusowych, *Stand. Med.*, 2005, 3, 86-1690.
12. Pawłowska J., Jankowska I., Teisseyre M., Pacjent po przeszczepieniu wątroby, *Klinika Pediatryczna*, 2002, 3, 361-365.
13. Pawłowska J., Jankowska I., Teisseyre M., Przewlekła niewydolność wątroby u dzieci, *Klin. Pediat.*, 2004, 3, 345-347.
14. Pawłowska J., Stolarczyk A., Żywnienie w chorobach wątroby, *Klin. Pediat.*, 2002, 3, 366-368.

15. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L., pod redakcją, *Transplantologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 2004, 21-382.
16. Skolimowska A., Łaba M., *Transplantacja wątroby*, *Mag. Pielęg. Położ.*, 2008, 9, 35-36.
17. Szymańska I., Strzelczyk J., *Postawy studentów studiów niestacjonarnych Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wobec transplantacji narządów*, *Pielęg. XXI wieku*, 2008, 1, 5-9.

Adres do korespondencji:

Mieczysława Wyderka
ul. Pływacka 112
94-127 Łódź
ul. Pływacka 112
lub
Mieczysława Wyderka
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Madurowicza w Łodzi
ul. Wileńska 37 (sekretariat szpitala)

UWAGA KPC – COŚ NOWEGO I TAJEMNICZEGO

BEWARE KPC – SOMETHING NEW AND SECRET

ALINA ROSZAK

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie
Dyrektor ds. Lecznictwa: lek. med. Krystian Karbowy

Streszczenie

Szpital pełni dwa równoległe zadania. Pierwsze, jest miejscem pracy i drugie, jest instytucją w której realizuje się świadczenia medyczne. Musi więc być miejscem bezpiecznym zarówno dla pracowników, jak i wobec chorych. Osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo epidemiologiczne otrzymując informację w formie wytycznych, tak jak to miało miejsce wobec bakterii KPC, są bezwzględnie zobowiązani do ich wdrożenia i przestrzegania. Celem mojej pracy jest krótka charakterystyka bakterii Gram-ujemnej oraz przedstawienie w sposób praktyczny metod postępowania wobec pacjenta już zidentyfikowanego.

Słowa kluczowe: KPC, izolacja, grupa ryzyka, wytyczne.

Summary

A hospital fulfills two parallel tasks. Firstly, it is a work place and secondly it is an institution where medical services are performed. So it has to be a safety place for both workers and patients. People responsible for epidemiological safety have guidelines information, as it was with KPC bacteria, and are absolutely obliged to implement and keep them. The aim of my dissertation is to describe shortly Gram-negative bacteria. Also, I would like to show in a practical way the procedures of contacting the infected patient.

Key words: KPC, isolation, risk group, guidelines.

Rozszyfrujmy skrót KPC z ang: *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* [1]. Dlaczego więc o bakterii Gram-ujemnej *Klebsiella pneumoniae* mówi się w kategoriach „coś nowego i tajemniczego” skoro wszyscy związani z pracą w zakładach opieki zdrowotnej potrafią sklasyfikować szczep, podjąć działania lecznicze, przerwać drogi rozprzestrzeniania się drobnoustroju. W miesiącu lutym 2010 r. zalecenia opracowane przez panią prof. dr hab. n. med. Walerię Hryniewicz, Konsultanta krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej z Narodowego Instytutu Leków w Warszawie zostały podpisane (dnia 16. 02. 2010 r.) przez Podsekretarza Stanu z upoważnienia Ministra Zdrowia pana Marka Habera i rozesłane do każdego zakładu opieki zdrowotnej z nakazem do natychmiastowego wdrożenia.

Tajemniczy szczep KPC (+) to pałeczka z rodziny *Enterobacteriaceae*, która wytwarza beta – laktamazy, czyli enzymy, które hydrolizują (dyzaktywują) antybiotyki z grupy karbapenem (imipenem, meropenem, ertaprenem, doripremem). Często antybiotyki z tej grupy nazywane są lekami „ostatniej szansy” w leczeniu zakażeń, których sprawcą są pałeczki Gram-ujemne [2]. Dodatkowo prowadzone badania wykazały, że KPC (+) jest oporna na większość leków przeciwbakteryjnych należących także do innych grup, a ona sama ma najniebezpieczniejszy mechanizm oporności z dotychczas znanych i opisanych leków [2].

Niestety brak jest także leków o udowodnionej naukowo 100% skuteczności klinicznej wobec szczepów KPC (+) [1].

Przypuszcza się, że szczepy te mogą być jedynie wrażliwe na kolistynę, tygecyklinę, gentamycynę i niekiedy na amikacynę [2]. To ogromne niebezpieczeństwo dla pacjentów, zakładów opieki zdrowotnych, dla personelu tym bardziej, że brak jest antybiotyków w fazie badań klinicznych, które mogłyby być skuteczne w procesie leczenia zakażeń, a one same mają ogromny wewnętrzny potencjał epidemiczny. Geny kodujące karbapenemazy KPC są zlokalizowane na plazmidach co niestety ułatwia przekazywanie oporności od szczepu do szczepu [2]. Plazmid bowiem to pozachromosomowa cząsteczka DNA, która replikuje się niezależnie od chromosomu. Sam plazmid może być przenoszony w czasie koniugacji, czyli DNA jest przekazywane bezpośrednio z jednej komórki do drugiej, kiedy wchodzi one ze sobą w kontakt co z kolei prowadzi do zwiększenia równoważności genetycznej bakterii [3].

Czy w związku z powyższymi faktami przedstawione przez panią Konsultant wytyczne są wdrożone i czy każdy zakład opieki zdrowotnej jest przygotowany do działań na własnym terenie? Czy może KPC (+) pojawi się w nich w sposób tajemniczy i przez przypadek, a wówczas okaże się, że tak naprawdę to KPC jest w nim od dawna i nie mamy już do czynienia z pojedynczym zakażonym lub skolonizowanym pacjentem, ale niestety z ogniskiem epidemicznym obejmującym równoległe kilka oddziałów. Współczesny pacjent jest „chorym globalnym”. W dobie Internetu i pełnej mechanizacji zdobywanie wiedzy na temat szpitali i przemieszczanie się

z jednego do drugiego nie stanowi już żadnego problemu właściwie dla nikogo. Wraz z chorym „wędrują” i niezidentyfikowane drobnoustroje. Niezidentyfikowane pozostaną nadal, jeśli zakład opieki zdrowotnej nie podejmie działań i nie będzie wykonywał badań w kierunku nosicielstwa szczepów. Ogromne znaczenie ma tu do spełnienia każdy Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, który poprzez siłę argumentów potrafi przekonać Dyrektora Szpitala do zainwestowania w badania przesiewowe niż później ponosić ogromne koszty związane z wygaszeniem ogniska epidemicznego. Te koszty są naprawdę ogromne. Wynikają one, zgodnie z wytycznymi Konsultanta, chociażby z faktu konieczności wykonywania badań przesiewowych u wszystkich pacjentów w skrynkach jednodniowych w objętych ogniskiem oddziałach szpitalnych. Później powtarzanie tych badań 1 x w tygodniu u wszystkich pacjentów z dodatnimi wynikami badań i kontynuowanie, aż do momentu wypisu chorego [1]. Badaniami przesiewowymi w ognisku należy objąć także personel medyczny i rozważyć możliwość wykonania wymazów środowiskowych. Do poniesionych już kosztów należy także dodać koszty związane z wprowadzoną i kontynuowaną izolacją, czyli ze zwiększoną ilością zużytych środków ochrony osobistej, środków do dezynfekcji rąk, czy środków myjąco-dezynfekcyjnych przeznaczonych do procesu sprzątnięcia. Na wygaszenie tak dużego ogniska epidemicznego wcześniej nie rozpoznanej potrzeby jest także czas. Zwykle to około 2 lata.

Jakich więc chorych należy zaliczyć do grupy ryzyka, którym bezwzględnie należy wykonać badania? Na pewno tym którzy są [1], [2]:

- pacjentami dializowanymi
- pacjentami z oddziałów: onkologii, kardiologii, IOM
- pacjentami z zakażeniami dróg moczowych
- pacjentami z wyniszczającą chorobą podstawową
- pacjentami, u których wcześniej wyizolowano KPC (+)
- pacjentami wcześniej leczonymi w innych zakładach opieki zdrowotnej.

Proste badanie – wymaz okołodbytniczy, chociaż nieprzyjemny dla pacjenta chroni zakład opieki zdrowotnej przed wprowadzeniem „tajemniczego i nieznanego”, szybko rozprzestrzeniającego się drobnoustroju. Uchroni przed ogromnymi niepotrzebnymi kosztami, wpłynie na czujność personelu, a sam pacjent będzie pod względem epidemiologicznym bezpieczny.

Idealnym rozwiązaniem dla każdego zakładu opieki zdrowotnej jest prowadzony ciągle i na bieżąco uzupełniany monitoring przyjęć pacjentów zakażonych/skolonizowanych KPC (+). Pacjent, który został już zidentyfikowany i raz wpisany na tą listę przy każdym kolejnym przyjęciu poprzez swój PESEL będzie weryfikowany i na poziomie już Izby Przyjęć personel oddziału docelowego otrzyma informację o konieczności izolacji pacjenta od momentu jego przyjęcia na oddział. Sposób szybki, prosty, a przede wszystkim skuteczny. Proszę jednak pamiętać, że pacjent,

który zostaje objęty procedurą izolacji bezwzględnie musi być o celowości tego działania poinformowany. Nie wolno bowiem dopuścić, aby pacjent czuł się w szpitalu jak w więzieniu, chociaż słowo „izolacja” oznacza „odosobnienie, oddzielenie od otoczenia” [4].

Zasady działania w zapobieganiu zakażeniom poprzez izolację to przede wszystkim wydzielenie sali w której umieszczamy chorego lub kohortujemy (grupujemy) chorych zakażonych tym samym drobnoustrojem i zapewniamy stały dostęp do środka przeznaczonego do dezynfekcji rąk z którego korzysta zarówno rodzina, sam pacjent i personel. Wskazane jest, celem przerwania dróg transmisji wydzielenie personelu do opieki nad pacjentami [1].

Środki ochrony personelu czyli: rękawiczki, fartuchy, maski (gdy istnieje ryzyko przeniesienia czynnika zakaźnego drogą kropelkową), buty ochronne (gdy istnieje duże prawdopodobieństwo rozprysnięcia się płynów ustrojowych) będą stanowić ochronę dla personelu tylko wówczas, gdy w sali zostaną one założone i po czynnościach wykonanych przy pacjencie w jej ramach zdjęte. Dezynfekcja rąk zawsze przed i po każdym kontakcie z pacjentem, jak również po zdjęciu rękawiczek i fartucha.

Sprzęt medyczny jednorazowy jest traktowany po użyciu jako odpad niebezpieczny, natomiast sprzęt wielorazowego użytku musi być dedykowany (wydzielony) do czasu wypisu pacjenta i nie może być używany przez innych pacjentów bez końcowej dezynfekcji, a jeśli producent dopuszcza dedykowany sprzęt medyczny do sterylizacji należy poddać go temu procesowi.

Bielizna szpitalna podobnie jak odpady medyczne z sali są traktowane jako materiały skażone, bezwzględnie więc worki transportujące muszą być opisane.

Powierzchnię skażoną materiałem biologicznym najpierw należy oczyścić ręcznikiem jednorazowym i suchą powierzchnię poddać procesowi dezynfekcji środkiem o pełnym spektrum działania, czyli aktywnym wobec bakteriom, wirusom, grzybom.

Bezwzględnie należy ograniczyć do niezbędnego minimum transport chorego do innych oddziałów, jak również wewnątrzoddziałowe konsultacje i osoby odwiedzające. Zawsze o pomoc w przekazywaniu istotnych informacji zarówno samemu pacjentowi, jak i jego rodzinie można poprosić pielęgniarkę epidemiologiczną pracującą w szpitalu.

Materiał biologiczny pobrany od chorego bezwzględnie należy transportować do laboratorium w szczelnie zamkniętych pojemnikach jednorazowego użycia. Same zwłoki nie są niebezpieczne pod warunkiem, że wszystkie krwawiące miejsca są zabezpieczone opatrunkami wodoodpornymi.

Warto także celem podniesienia bezpieczeństwa epidemiologicznego w całym oddziale, salę chorego izolowane oznaczyć. Może to być np. napis „Stop” lub „Reżim”. Taki napis wzbudza w zachowaniu personelu dyscyplinę.

Oryginalna wersja wytycznych pani Konsultant można uzyskać na stronie www.korl.d.edu.pl

PIŚMIENNICTWO

1. www.korid.edu.pl – wytyczne dotyczące postępowania w przypadku identyfikacji w zakładach opieki zdrowotnej szczepów bakteryjnych *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC.
2. Kania-Pudło M., Oporność na karbapenemy u *Klebsiella pneumoniae* KPC (+), Biuletyn Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, 4 (37), 2009, 6-10.
3. Zaremba M.L., Borowski J., Mikrobiologia Lekarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 145.
4. Fleischer M., Bober-Greek B., Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2006, 415.

Adres do korespondencji:
mgr Alina Roszak
ul. Margaretkowa 1/66
62-510 Konin
Tel. kom.: 600475671
e-mail: zibir@konin.lm.pl

ANALIZA KOSZTÓW WŁASNYCH W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

PRIME COST ANALYSIS IN A PUBLIC HEALTH CARE ENTITY

JAN NOWOMIEJSKI¹, ANDRZEJ KLAMEREK¹, MAGDALENA KOŚCIAŃSKA²

¹Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka
²Kancelaria Prawno-Podatkowa
Krzysztof Niedziński

Streszczenie

Nadrzędnym celem prowadzenia każdej działalności gospodarczej jest rozwój, utrzymywanie się na rynku, a także maksymalizacja bogactwa właścicieli. Zakłady opieki zdrowotnej są szczególnym rodzajem przedsiębiorstw, które zobowiązane są do racjonalnego działania. Ich produktem jest wyleczony pacjent, a proces jego leczenia to etapy świadczenia usługi medycznej. W efekcie takiego definiowania przedmiotu działalności zakładów opieki zdrowotnej, osoby zarządzające nimi powinny optymalizować działania tak, by również te organizacje rozwijały się i osiągały zysk. Stąd ważnym narzędziem zarządzania jest sporządzanie analizy ekonomicznej, w skład której wchodzi między innymi analiza kosztów. Systematyczne i obiektywne badanie kosztów, przeprowadzane w różnych przekrojach klasyfikacyjnych, przyczynia się do racjonalizacji działalności.

Słowa kluczowe: koszty, analiza kosztów, klasyfikacja kosztów.

Summary

Development, market maintenance and profit maximization is the main goal of all economic activity. Public health care entities are a particular type of economic entity which are obliged to reasonable actions. The result of their actions is a cured patient while the treatment process can be compared to the stages of providing a health service. This definition makes it necessary to optimize economic actions in such a way that the organizations are able to develop and make profit. Because of that, economic analysis including, among others, costs analysis, is an important tool of management. Systematic and objective cost research in accordance with various classifications makes economic activity reasonable.

Key words: costs, cost analysis, classification of costs.

W literaturze spotkać można wiele interpretacji pojęcia kosztu. Wynika to z różnorodnej klasyfikacji kosztów w rachunkowości. Według K. Sawickiego koszty stanowią celowe zużycie składników majątku przedsiębiorstwa, usług obcych, nakładów pracy oraz niektóre wydatki związane z prowadzeniem normalnej działalności gospodarczej, a wszystko to jest wyrażone w pieniądzu [1]. Podobnie koszty definiuje E. Burzymowa, według której koszty przedsiębiorstwa to niezbędne zużycie środków rzeczowych oraz usług obcych, wyrażone w cenach, a także niezbędne wykorzystanie pracy żywej, wyrażone w płacach, związane z wytworzeniem użytecznych wyrobów [2]. Natomiast J. Więckowski określa koszty jako wszelkie nakłady ujęte wartościowo i opłaty związane z całokształtem działalności produkcyjnej, poniesione przez przedsiębiorstwo w danym okresie [3]. Przytoczone definicje są do siebie bardzo podobne i wszystkie zawierają kilka kluczowych elementów – koszty są wyrażane w pieniądzu, stanowią poniesione nakłady oraz dotyczą konkretnego okresu. Dzięki zastosowaniu miernika pieniężnego możliwe stało się:

- ustalenie ogólnej wielkości zużycia poszczególnych czynników

- porównanie wielkości kosztów ponoszonych w różnych jednostkach gospodarujących
- porównanie kosztów ponoszonych w kolejnych okresach rozliczeniowych
- obliczenie rentowności produkcji, usług
- ustalenie opłacalności wdrażania nowych technologii, automatyzacji czy innych nowoczesnych metod działania podmiotu.

Definicja kosztów zawarta w ustawie o rachunkowości jest zbieżna z definicją znaną z Międzynarodowych Standardów Rachunkowości. Zgodnie z art. 3, ust. 1, pkt. 31 ustawy o rachunkowości (Ustawa z dnia 29 września 1994 r. z późniejszymi zmianami) przez koszty i straty rozumie się uprawdopodobnione zmniejszenie w okresie sprawozdawczym korzyści ekonomicznych, o wiarygodnie określonej wartości, w formie zmniejszenia wartości aktywów albo zwiększenia wartości zobowiązań i rezerw, które doprowadzą do zmniejszenia kapitału własnego lub zwiększenia jego niedoboru w inny sposób niż wycofanie środków przez udziałowców lub właścicieli. Definicja kosztów i strat zawarta w ustawie obejmuje zarówno koszty, jak i straty. Powstaje zatem problem odróżnienia tego, co stanowi koszt, od tego, co jest stratą. Rozróżnienie to staje się moż-

liwe dzięki zawartej w ustawie definicji strat nadzwyczajnych (straty powstające na skutek zdarzeń trudnych do przewidzenia, poza działalnością operacyjną jednostki i niezwiązane z ogólnym ryzykiem jej prowadzenia) oraz definicji kosztów przedstawionej w Międzynarodowych Standardach Rachunkowości. W Założeniach Konceptyjnych Komitetu Międzynarodowych Standardów Rachunkowości koszty zostały zdefiniowane jako zmniejszenia korzyści ekonomicznych w trakcie roku obrotowego w formie rozchodu lub spadku wartości aktywów albo powstania zobowiązań, powodujące zmniejszenie kapitału własnego, z wyjątkiem podziału kapitału na rzecz właścicieli [4].

Podstawowym celem analizy kosztów własnych jest ocena wielkości i struktury poniesionych kosztów rozpatrywanego okresu na tle przyjętej podstawy porównania. Ponadto analiza ta ma na celu ocenę zasadności poniesionych kosztów z wielkością i strukturą realizowanych zadań. Cel analizy kosztów ma jednak podwójny charakter. Cel bezpośredni jest wprost skierowany na koszty, a cel pośredni jest zorientowany na przedsięwzięcia prowadzące do ich obniżki.

Do najważniejszych zadań analizy kosztów własnych należy zaliczyć:

- ocenę gospodarności przedsiębiorstwa przez porównanie wielkości kosztów własnych badanego okresu z ich wielkością planowaną (porównanie statyczne), w poprzednim okresie (porównanie dynamiczne) i w podobnych przedsiębiorstwach (porównanie w przestrzeni)
- rozpoznanie czynników o zasadniczym znaczeniu wpływających na wysokość kosztów własnych oraz ocenę siły i kierunku wpływu poszczególnych czynników (zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych)
- wykrywanie błędów w działalności gospodarczej jednostki, ujawnianie rezerw wewnętrznych w celu obniżenia kosztów
- ustalenie i ocenę obniżki lub zwyczajki kosztów własnych
- ułatwienie sprawowania funkcji zarządzania w różnych komórkach organizacyjnych i w całym zakładzie
- dostarczenie danych do planowania kosztów własnych [5].

Analiza kosztów, jako instrument zarządzania, powinna służyć celom praktycznym. Skuteczne wykorzystanie jej wyników możliwe jest tylko wtedy, gdy analiza wykazuje wymienione poniżej cechy [5]:

1. Z analizy uzyskać należy rzetelne stwierdzenia i oceny. Materiały wykorzystywane do analizy powinny być uprzednio zweryfikowane, a wskaźniki dobrane w taki sposób, by obiektywnie przedstawiały badane zjawiska i procesy. Wyniki analizy muszą być zgodne z prawdą i odzwierciedlać stan rzeczywisty.

2. W analizie trzeba stosować prawidłową metodę badań, która umożliwi określenie czynników wpływających na poziom kosztów, ustalenie roli i kierunków działania tych czynników, wskazanie związków przy-

czynowo-skutkowych zachodzących między badanymi zjawiskami, itp.

3. Analiza powinna być elastyczna – dostosowana do zmieniających się celów, zadań i zakresów badań. Stąd też należy posługiwać się różnymi rodzajami analizy.

4. Wyniki badań analitycznych powinny być zwięzłe. Koszty mogą być analizowane w wielu przekrojach, lecz we wnioskach końcowych należy podać zwięzłe sformułowane wyniki analizy.

5. Stosować należy metody badań wymagające możliwie minimalnych nakładów pracy (zarówno przy przygotowywaniu, jak i przeprowadzaniu badań).

6. Analizę należy przeprowadzać sprawnie i szybko. Właściwe określenie celu, problematyki i zakresu badań umożliwia odpowiednie przygotowanie prac, dobrą organizację czynności, czy też zastosowanie sprzętu komputerowego, co umożliwi realizację tej cechy. We współczesnej literaturze zwraca się na to szczególną uwagę, ponieważ w wielu przypadkach szybkość uzyskania wyników analizy odgrywa większą rolę niż ich dokładność. Na przykład przeprowadzenie z mniejszą dokładnością bieżących badań przyczyn wzrostu kosztów materiałowych i podjęcie na tej podstawie (natychmiast) środków zaradczych jest skuteczniejsze od drobiazgowej analizy, dokonanej po upływie dłuższego okresu, kiedy nie ma już możliwości likwidacji przekroczenia kosztów.

7. Analiza kosztów musi być konkretna, co wynika z faktu, że zjawiska będące przedmiotem badania powstają w określonym czasie, w konkretnych wydziałach, przy udziale pracowników o odpowiednich zawodach i kwalifikacjach. Wnioski z analizy powinny więc być adresowane do właściwych odbiorców, którzy są zobowiązani do praktycznego wykorzystania wyników analizy. Analiza powinna służyć zarówno zarządowi, jak i poszczególnym pracownikom wykonującym różne funkcje, stąd wyniki badań i zalecenia do realizacji należy przedstawiać poszczególnym pracownikom w formie dostosowanej do ich poziomu wykształcenia, wiedzy ekonomicznej, rodzaju zawodu, itp. Konkretność ocen, odpowiednie adresowanie wyników analizy oraz zaleceń, ustalenie konkretnych terminów oraz środków wykonania zaleceń – to niezbędne charakterystyczne cechy analizy. Pozbawiona tych cech analiza kosztów nie może być w praktyce w pełni wykorzystana.

O wynikach analizy kosztów decydują materiały źródłowe, które dzieli się na:

- materiały wewnętrzne – zawierają dane o jednostce gospodarczej
- materiały zewnętrzne – dostarczają informacji o otoczeniu jednostki, np. opracowania GUS, informacja prasowa, rynek.

Wśród materiałów źródłowych wewnętrznych wyróżnia się dwie grupy: materiały pozaewidencyjne i ewidencyjne. Do wewnętrznych pozaewidencyjnych materiałów źródłowych zaliczyć można:

- plany gospodarcze krótko- i długoterminowe, wstępne kalkulacje i kosztorysy, biznesplany
- wyniki poprzednio przeprowadzonych analiz

- wyniki z przeprowadzonych kontroli
- uzyskane materiały informacyjne dotyczące konkurencji.

Materiały źródłowe pozaewidencyjne mają najczęściej charakter uzupełniający i pomocniczy, jednak niekiedy ich brak może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać przeprowadzenie analizy.

W analizie kosztów własnych kluczowym źródłem informacji jest sprawozdanie finansowe obejmujące swym zakresem usystematyzowane zbiory wybranych informacji,

tworzonych zarówno przez rachunkowość, jak i poza nią, charakteryzujące minioną i obecną sytuację finansowo-majątkową jednostki gospodarczej oraz wielkości osiągniętego wyniku finansowego, jako rezultatu działalności tej jednostki [6]. Zakres analizy kosztów wynika z jej celów i zadań. Dlatego też w poszczególnych organizacjach analiza kosztów może być prowadzona przy wykorzystaniu różnorodnych kryteriów klasyfikacji.

Najczęściej wykorzystywane klasyfikacje kosztów przedstawia poniższa tabela.

Ogólna klasyfikacja kosztów

Kryterium klasyfikacji	Podział kosztów
Rodzaj działalności	Koszty działalności operacyjnej Koszty działalności finansowej Koszty działalności inwestycyjnej Koszty związane z funduszami specjalnymi
Sfera działalności (cel poniesienia)	Koszty zakupu Koszty produkcji Koszty zarządzania Koszty sprzedaży
Działalność gospodarcza	Koszty normalnej działalności operacyjnej Pozostałe koszty operacyjne Koszty finansowe
Struktura wewnętrzna kosztów	Koszty proste Koszty złożone
Rodzaj kosztów (układ rodzajowy)	Zużycie materiałów i energii Usługi obce Wynagrodzenia Ubezpieczenia i inne świadczenia na rzecz pracowników Podatki i opłaty Amortyzacja Pozostałe koszty
Miejsca powstawania kosztów (układ funkcjonalny)	Koszty wydziałów podstawowych Koszty wydziałów pomocniczych Koszty zarządu Koszty zakupu Koszty sprzedaży
Sposób odnoszenia kosztów na produkty/usługi (układ kalkulacyjny)	Koszty bezpośrednie Koszty pośrednie
Sposób ujęcia w sprawozdaniu finansowym	Koszty produktów/usług (aktywa bilansu) Koszty okresu (rachunek zysków i strat)
Stopień zależności od wielkości działalności	Koszty stałe Koszty zmienne
Tryb ustalania kosztów	Koszty ustalone ex ante (z góry) Koszty ustalone in tempora (bieżąco) Koszty ustalone ex post (po ich poniesieniu)
Celowość i możliwość kontroli	Koszty kontrolowane Koszty niekontrolowane
Związek kosztów z produktami pracy	Koszty indywidualne Koszty wspólne
Związek z osiągniętymi przychodami	Koszty uzyskania przychodów Koszty nie stanowiące kosztów uzyskania przychodów
Istotność kosztów przy podejmowaniu decyzji	Koszty decyzyjne Koszty niedecyzyjne
Stopień wykorzystania zdolności produkcyjnej/usługowej	Koszty stałe użyteczne Koszty stałe nieużyteczne
Inne cele decyzyjne	Koszty utraconych korzyści Koszty zapadłe (nieodwracalne) Koszty uznaniowe

Źródło: K. Sawicki, Analiza kosztów firmy, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2000, s. 83-84.

Source: K. Sawicki, Analiza kosztów firmy, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2000, s. 83-84.

W rachunkowości finansowej przyjęto kilka głównych kryteriów klasyfikacji kosztów, wykorzystywanych przez zakłady opieki zdrowotnej. Zdecydował o tym ustawowy standard sprawozdawczy rachunku zysków i strat oraz zasady wyceny bilansowej. Zgodnie z tymi kryteriami, koszty własne klasyfikowane są najczęściej w trzech układach. Stanowią je:

- układ rodzajowy – pozwala na ocenę wewnętrznej struktury kosztów i daje odpowiedź na pytanie – jakiego rodzaju koszty poniósł podmiot w określonym czasie
- układ funkcjonalny – umożliwia ocenę wewnętrznej struktury kosztów i pozwala odpowiedzieć na pytanie – w jakich ośrodkach odpowiedzialności/miejscach powstawania zostały poniesione koszty
- układ kalkulacyjny – prowadzi do rachunkowego ustalenia jednostkowego kosztu wytworzenia i świadczenia np. usługi; według tego kryterium rozróżnia się koszty bezpośrednie i pośrednie.

Wybór kryteriów stosowanych w danej jednostce gospodarczej, w konkretnej analizie, jest zależny od rodzaju i celu rachunku ekonomicznego [7]. Tradycyjnie rachunek ekonomiczny definiuje się jako ogół działań zmierzających do odzwierciedlenia zachodzących w przedsiębiorstwie procesów, poprzez ujęcie, zgrupowanie i interpretację w różnych przekrojach kosztów własnych. Celem jest uzyskanie możliwie wszechstronnych informacji potrzebnych do ustalenia wyników i kierowania przedsiębiorstwem.

Poniesione przez jednostkę gospodarczą koszty zwykłej działalności operacyjnej zgrupowane według elementów składowych procesu pracy, noszą nazwę układu rodzajowego kosztów [9]. Układ rodzajowy obejmuje koszty proste, stanowiące jednorodne elementy procesu pracy.

Układ kosztów według rodzajów obejmuje koszty podstawowej (zwykłej) działalności operacyjnej, niezależnie od celu i miejsca ich poniesienia oraz okresu sprawozdawczego, do wyników którego zostaną one zaliczone [1]. Układ ten nie uwzględnia kosztów prostych pozostałej działalności operacyjnej, działalności inwestycyjnej, finansowej oraz kosztów dotyczących funduszy specjalnych.

Układ rodzajowy obejmuje następujące pozycje kosztów:

- koszty zużycia materiałów i energii
- koszty usług obcych
- podatki i opłaty
- koszty wynagrodzeń
- ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia
- koszty amortyzacji
- pozostałe koszty rodzajowe.

Zużycie materiałów i energii obejmuje koszty zużytych surowców, materiałów pomocniczych, paliwa, itp., zarówno wydanych z magazynu, jak i wliczanych do kosztów bezpośrednio po ich nabyciu oraz zużycie wszelkich rodzajów energii zakupionej od dostawców zewnętrznych [1], np. energii elektrycznej, gazu, wody oraz sprężonego powietrza. Wyceny zużycia materiałów i energii dokonuje się według cen ich pozyskania (w przypadku materiałów nabywanych z zewnątrz – cen nabycia, zakupu; w przypadku

materiałów wytwarzanych we własnym zakresie – koszty ich wytworzenia). Wycena zużycia materiałów z magazynu jest dokonywana przy zastosowaniu jednej z metod: cen przeciętnych, FIFO, LIFO lub szczegółowej identyfikacji cen. Sposób wyceny jest określony przez jednostkę gospodarującą [7].

Usługi obce jako koszt rodzajowy, przedstawiają wartość świadczonych danej jednostce usług przez jednostki zewnętrzne [7]. Rodzaj usług nabywanych przez jednostkę na zewnątrz w dużej mierze zależy od charakteru działalności podmiotu. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej często są to:

- usługi transportowe
- usługi remontowe
- usługi cateringowe
- usługi sprzątnia, pralnicze
- usługi sprzętowe
- usługi informatyczne
- usługi ochrony mienia.

Do podatków i opłat zalicza się dwie kategorie kosztów zwykłej działalności operacyjnej obciążających jednostkę:

- płacone przez jednostkę podatki (podatek od nieruchomości, gruntowy, od środków transportu, VAT naliczony, itp.)
- opłaty ponoszone przez jednostkę (np. opłaty za wieczyste użytkowanie gruntów, opłaty skarbowe, notarialne i sądowe, lokalne).

Wynagrodzenia obejmują ogół wynagrodzeń pieniężnych oraz w naturze, wypłacanych pracownikom jednostki lub innym osobom fizycznym za wykonaną pracę, niezależnie od rodzaju stosunku pracy. Wynagrodzenia osobowe wypłacane są pracownikom stale zatrudnionym w jednostce, a wynagrodzenia bezosobowe – osobom fizycznym z tytułu umów cywilnoprawnych, takich jak umowa zlecenie i umowa o dzieło.

Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia są kosztem ogółu świadczeń na rzecz pracowników zatrudnionych przez jednostkę, do których jest ona zobowiązana. Występują też:

- narzuty na wynagrodzenia – składki z tytułu ubezpieczeń społecznych płaconych przez pracodawcę, odpisy na fundusze specjalne
- inne świadczenia – wydatki związane z bhp, koszty odzieży ochronnej, obowiązkowe ubezpieczenia osobowe pracowników, koszty szkolenia pracowników, itp.

Amortyzacja obejmuje planowe odpisy amortyzacyjne od środków trwałych, inwestycji w obcych środkach trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych. Odpisy amortyzacyjne od tych składników są dokonywane w celu uwzględnienia w kosztach działalności zmniejszenia ich wartości na skutek używania lub upływu czasu [7]. Jednostka może wybrać metodę amortyzacji kierując się warunkami użytkowania składnika oraz zaleceniami ustawowymi. Odpisy te powinny odzwierciedlać przewidywane zużycie składnika w poszczególnych okresach sprawozdawczych w całym jego okresie użytkowania.

Pozostałe koszty rodzajowe są grupą kosztów, do której zalicza się wszystkie inne koszty podstawowej działalności operacyjnej, nie zaliczone do wcześniej wymienionych grup. Są to np.: ubezpieczenia majątkowe, składki na rzecz organizacji, do których przynależność jest obowiązkowa, koszty podróży służbowych oraz koszty reprezentacji i reklamy.

Układ kosztów według rodzaju jest układem uniwersalnym. Jest obligatoryjny dla wszystkich przedsiębiorstw prowadzących tak zwaną księgę handlową, czyli posiadających własny plan kont do ewidencji procesów gospodarczych. Ustalone w tym układzie koszty można sumować w skali całej gospodarki narodowej, gdyż takie same pozycje kosztów wystąpią w zakładach opieki zdrowotnej, przedsiębiorstwach produkcyjnych, handlowych, itp.

W praktyce minimalny zestaw kosztów według rodzaju często bywa rozszerzany i obejmuje oddzielnie zużycie materiałów i koszty zużycia energii, a także: ubezpieczenia społeczne, narzuty na wynagrodzenia, podróże służbowe, koszty reprezentacji i reklamy, usługi bankowe, itp.

Ewidencja kosztów w układzie rodzajowym umożliwia:

- porównanie dynamiki kosztów całkowitych z dynamiką produkcji oraz dynamiką poszczególnych ich pozycji
- porównanie kosztów danego okresu z kosztami okresów poprzednich
- ocenę struktury kosztów w danym okresie oraz w okresach poprzednich
- wyodrębnienie tych elementów kosztów, które powodują największe zmiany w poziomie i strukturze kosztów własnych [10].

Badanie kosztów w układzie rodzajowym ma charakter wstępnej analizy kształtowania się kosztów jednostki gospodarczej. Analizę tę rozpoczyna się od ustalenia i zbadania dynamiki kosztów, co zmierza do określenia tendencji zmian w całkowitych kosztach rodzajowych i w poszczególnych ich pozycjach. Następnie analiza struktury rodzajowej kosztów pozwala ocenić proporcje między kosztami, co wskazuje koszty, które powinny być poddane szczegółowej analizie (te o największym udziale w ogóle kosztów) [1].

Układ rodzajowy obejmuje wszystkie koszty poniesione przez jednostkę w danym okresie, lecz bez wskazania komórek organizacyjnych, w których powstały, ani produktów, na które zostały poniesione. Te możliwości stwarzają kolejne, fakultatywne podziały kosztów – w układzie funkcjonalnym oraz układzie kalkulacyjnym.

Układ kosztów według miejsca powstawania oraz nośników kosztów w rachunkowości, przyjmuje nazwę układu funkcjonalnego kosztów własnych jednostki gospodarczej (M. Jerzemowska nazywa ten podział układem funkcjonalno-przedmiotowym [11], L. Gąsioriewicz układem kosztów według miejsc ich powstawania [10], a K. Sawicki – układem stanowiskowym [1]). W przeciwieństwie do układu rodzajowego, koszty w układzie funkcjonalnym tworzą grupy kosztów złożonych, co wynika ze specyfiki tworzenia tych grup kosztów – tworzone są ze zbioru

kosztów układu rodzajowego. Regułą jest, że suma kosztów układu rodzajowego jest równa sumie kosztów układu funkcjonalnego.

Układ funkcjonalny obejmuje koszty według miejsc ich powstawania, przez które rozumie się wyodrębnione w podmiocie na potrzeby ewidencji i analizy: komórki organizacyjne (wydziały, oddziały, pracownie, poradnie) lub określone funkcje (zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy, szkolenia, remonty, zarządzanie).

W literaturze występują różne podziały kosztów w układzie funkcjonalnym. Najczęściej wyróżnia się tu następujące koszty:

- działalności podstawowej
- działalności pomocniczej
- zakupu
- sprzedaży
- zarządu.

Do kosztów komórek działalności podstawowej (medycznej) zalicza się koszty ponoszone na zasadniczą działalność jednostki gospodarczej, taką jak wykonywanie usług. Obejmują one zarówno koszty bezpośrednie, jak i pośrednie, które można odczytać z kont analitycznych np. poszczególnych świadczonych usług.

Koszty komórek działalności pomocniczej, czyli niemedycejskiej (kotłownia, kuchnia, itp.) obejmują pozycje, które świadczone były na rzecz innych komórek zakładu, a w szczególności na rzecz komórek działalności podstawowej.

Koszty zakupu to koszty ponoszone na zakup materiałów i surowców, które będą wykorzystywane w procesie świadczenia usług. W zakładach opieki zdrowotnej są one często wliczane bezpośrednio do kosztów działalności podstawowej.

Koszty sprzedaży w zakładach opieki zdrowotnej również są nie wyszczególniane, gdyż kwalifikowane są do innych grup kosztów. Są to między innymi: koszty reklamy i marketingu oraz koszty wyładunku materiałów.

Koszty komórek zarządu obejmują koszty związane z zarządzaniem zakładem jako całością oraz utrzymaniem odpowiedniego poziomu ogólnogospodarczego, który dotyczy między innymi utrzymania terenu, mienia, bezpieczeństwa. Za zarząd jednostki gospodarczej uważa się kierownictwo i jego komórki funkcjonalne, do których obowiązków należy kierowanie, nadzór, koordynacja i kontrola całości procesów mających miejsce w tej jednostce [6].

Koszty zarządu obejmują:

- koszty ogólnoadministracyjne (wynagrodzenia kierownictwa, koszty podróży służbowych, koszty biurowe i łączności, koszty reprezentacji)
- koszty ogólnogospodarcze (koszty utrzymania obiektów o charakterze ogólnym i zarządu, koszty utrzymania służbowych samochodów, koszty szkoleń o charakterze ekonomiczno-organizacyjnym i koszty związane z ochroną obiektów).

Grupowanie kosztów w układzie stanowiskowym umożliwia zarówno kontrolę i ocenę działalności poszczególnych komórek organizacyjnych oraz dokładniejsze rozliczenie kosztów na wykonywane usługi [1].

Badając koszty w układzie funkcjonalnym należy pamiętać, że ich wysokość zależy między innymi od stopnia wykorzystania zdolności produkcyjnych/usługowych [11].

Analiza kosztów w układzie funkcjonalnym polega na:

- porównaniu kosztów rzeczywiście poniesionych w danym okresie z kosztami planowanymi lub z kosztami okresu poprzedniego
- obliczeniu wskaźników dynamiki dla wybranych grup kosztów i porównaniu ich z dynamiką produkcji mierzoną przychodem ze sprzedaży
- ocenie struktury kosztów rzeczywiście poniesionych w odniesieniu do struktury planowanej lub z okresu poprzedniego
- rozpoznaniu czynników powodujących zmianę kosztów względem planu i roku poprzedniego [11].

Ważną klasyfikacją kosztów własnych w rachunkowości (szczególnie prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej), jest ich podział ze względu na jednostkę kalkulacyjną.

Zadaniem układu kalkulacyjnego kosztów jest takie zgrupowanie kosztów, by można było ocenić wielkość i strukturę kosztów jednostkowych oraz całkowitych kosztów prowadzonej działalności usługowej. Cechą charakterystyczną tego układu jest podział kosztów na koszty bezpośrednie i koszty pośrednie.

Koszty bezpośrednie stanowią koszty, które na podstawie dokumentów źródłowych można dokładnie ustalić dla określonej jednostki kalkulacyjnej – usługi [12]. Do tej grupy kosztów zalicza się:

- materiały bezpośrednie w skalkulowanej cenie nabycia (cena ewidencyjna materiałów \pm odchylenia od cen ewidencyjnych) plus koszty związane z ich nabyciem (koszty zakupu), których zużycie może być odniesione na określoną usługę za pomocą źródłowych dokumentów pobrania materiałów
- płace bezpośrednie – obejmują płace pracowników bezpośrednio wykonujących usługę, a więc wynagrodzenia za czynności podlegające udokumentowaniu w przekroju świadczonych usług
- inne koszty bezpośrednie, które poza materiałami i płacami bezpośrednimi mogą być odniesione na jednostkę usługi (np. paliwo i energia na cele technologiczne, zużycie narzędzi specjalnych, koszty usług obcych związanych bezpośrednio z procesem świadczenia usługi, itp.) [10].

Koszty pośrednie są kosztami, których nie można wprost odnieść do określonej jednostki kalkulacyjnej, na podstawie dokumentów źródłowych. Są to również koszty, których nie opłaca się odnosić w momencie powstawania, np. ze względu na małą sumę tych kosztów przypadającą na jednostkę kalkulacyjną. Z tego względu koszty pośrednie rozlicza się na poszczególne jednostki po pewnym okresie za pomocą różnych kluczy podziałowych – mają one najczęściej formę narzutu procentowego kosztów pośrednich w stosunku do całości lub wybranego składnika kosztów bezpośrednich.

Do kosztów pośrednich zalicza się koszty wydziałowe, ogólnozakładowe i sprzedaży. Koszty wydziałowe

dotyczą funkcjonowania poszczególnych wydziałów usługowych. Koszty ogólnozakładowe to pozostałe koszty wydziałowe związane z organizacją udzielania świadczeń i kierowania wydziałami.

Układ kalkulacyjny jest bardzo przydatny w analizie, co wynika z faktu, że umożliwia on w znacznym stopniu powiązanie sumy kosztów z liczbą świadczonych usług. W praktyce koszty bezpośrednie są zwykle kosztami zmiennymi [1]. W miarę zwiększania ilości świadczonych usług wzrastają odpowiednio koszty bezpośrednie, chociaż nie zawsze jest to wzrost proporcjonalny do wzrostu ilości usług świadczonych przez zakład. Większość kosztów pośrednich powinno się traktować jako koszty umownie stałe, zależne w większym stopniu od czasu niż od ilości świadczonych usług.

W badaniach należy zwrócić uwagę na wzajemny stosunek kosztów pośrednich do kosztów bezpośrednich. Ozwierciedla on bowiem stopień dokładności prowadzonego rachunku kosztów, a zwłaszcza obliczeń kalkulacyjnych. Ponieważ koszty bezpośrednie ujmowane są w przekroju usług bez jakichkolwiek rozliczeń, to im większy jest udział tych kosztów w koszcie całkowitym, tym ściślejsze są dane liczbowe niezbędne do obliczenia kosztu jednostkowego [1].

Rozpatrując relacje między kosztami bezpośrednimi a kosztami pośrednimi, można sformułować kilka postulatów w zakresie racjonalności kalkulacyjnego układu kosztów, a mianowicie:

- należy dążyć do zwiększenia udziału kosztów bezpośrednich i zmniejszenia udziału kosztów pośrednich
- wewnętrzne relacje pomiędzy kosztami wydziałowymi a kosztami ogólnymi zarządu powinny kształtować się na korzyść kosztów wydziałowych [12].

Ogólne badanie kosztów w układzie kalkulacyjnym obejmuje również ocenę struktury tegoż układu. Struktura ta zależna jest głównie od typu organizacji i rozmiarów działalności usługowej. Celem analizy struktury kosztów w układzie kalkulacyjnym jest określenie udziału kosztów bezpośrednich i kosztów pośrednich w całkowitych kosztach własnych. Ponadto istnieje możliwość dokonywania oceny znaczenia każdej pozycji kalkulacyjnej w zależności od wielkości wskaźnika procentowego, wyrażającego udział poszczególnych pozycji w całości kosztów produkcji [1].

Oceniając strukturę kosztów w układzie kalkulacyjnym i zachodzące zmiany, należy pamiętać, że zaobserwowane różnice mogą mieć wiele przyczyn. Dlatego też nie należy bezkrytycznie wyciągać jednoznacznych wniosków. Zmiany w strukturze kosztów mogą odzwierciedlać np. zmiany w liczbie świadczonych usług, wpływ postępu technicznego i organizacyjnego, przesunięcia, a także wiele innych pozytywnych, bądź negatywnych skutków działalności podmiotu gospodarczego. Dlatego opierając się na ogólnej analizie struktury kalkulacyjnej kosztów, trzeba przeprowadzić dalsze badania przyczynowo-skutkowe, jak np. analizę kosztów sprzedaży, ustalenie wpływu różnych czynników

na faktyczną wysokość kosztów oraz określenie przyczyn powstałych odchyłeń od kosztów planowanych.

Analiza kosztów w układzie kalkulacyjnym (podobnie jak analiza kosztów w układzie rodzajowym) ma charakter analizy ogólnej i polega na:

- porównaniu kosztów faktycznych badanego okresu z kosztami planowanymi lub z kosztami poniesionymi w okresach poprzednich
- ustaleniu dynamiki całkowitych kosztów oraz poszczególnych pozycji kalkulacyjnych
- ocenie struktury kosztów w układzie kalkulacyjnym
- porównaniu wskaźników struktury kosztów badanej jednostki i innymi podobnymi jednostkami gospodarczymi
- rozpoznaniu czynników powodujących zmiany w wielkości i strukturze całkowitych kosztów własnych [5].

Przeprowadzając analizę kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu przedstawionych kryteriów musimy także uwzględnić zależność powiązania kosztu z efektem działalności, dlatego że ponoszenie kosztów zawsze musi być celowe i na optymalnym poziomie.

PIŚMIENNICTWO

1. Sawicki K., Rachunek kosztów, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996.
2. Burzymowa E., Rachunkowość przedsiębiorstw i instytucji, PWE, Warszawa 1980.
3. Więckowski J., Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie przemysłowym, PWE, Warszawa 1988.
4. Międzynarodowe Standardy Rachunkowości, Stowarzyszenie Księgowych w Polsce, Warszawa 2001.
5. Kurtys E. (red.), Analiza ekonomiczna przedsiębiorstwa, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2003.
6. Kołaczyk Z., Rachunkowość finansowa, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1997.
7. Nowak E., Analiza kosztów w zarządzaniu finansami, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1995.
8. Kochalski C., Analiza kosztów własnych w zarządzaniu strategicznym przedsiębiorstwem przemysłowym, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2000.
9. Matuszewicz J., Rachunek kosztów, Finans-Serwis, Warszawa 2000.
10. Gąsioriewicz L., Analiza ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstw, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2002.
11. Jerzemowska M. (red.), Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.
12. Gabrusewicz W., Podstawy Analizy Finansowej, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2005.

Adres do korespondencji:
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 Zakład Organizacji i Zarządzania UM
 ul. Smoluchowskiego 11
 60-179 Poznań

MUZYKA RELAKSACYJNA I AKTYWIZUJĄCA W DZIAŁANIACH TERAPEUTYCZNYCH I LECZNICZYCH

RELAXING AND STIMULATING MUSIC IN THERAPY AND TREATMENT

WOJCIECH STRZELECKI

Zakład Psychologii Klinicznej
Katedra Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Zakładu: dr n. biol. Ewa Mojs

Streszczenie

Wpływem muzyki na zdrowie człowieka zajmuje się muzykoterapia. Jest to dziedzina stosunkowo młoda w sensie istnienia na gruncie naukowym, jednak wpływ muzyki na funkcjonowanie człowieka był obecny od początków ludzkości. Historycznemu aspektowi wykorzystania muzyki w leczeniu poświęcono szereg prac, w których odnaleźć można przykłady jej stosowania już przez ludy pierwotne, a także w Starożytnym Egipcie, Babilonie, Asyrii, Chinach, Indiach czy Grecji.

Źródła założeń teoretycznych muzykoterapii są liczne i bardzo różnorodne. Można je znaleźć w koncepcjach i poglądach filozoficznych, psychologicznych, socjologicznych; w naukach przyrodniczych, medycznych i innych.

Istnieje coraz więcej obszarów zastosowania muzykoterapii, jako że dziedzina ta rozwija się zarówno na gruncie działań praktycznych, jak i badań naukowych. Obecnie stosowana jest jako forma terapii wspierającej w zaburzeniach neurologicznych, psychosomatycznych w psychiatrii, rehabilitacji oraz położnictwie.

Muzykoterapeuci najczęściej dzielą muzykę stosowaną w terapii na aktywizującą i relaksacyjną. Te dwa rodzaje muzyki mają odmienne cele i zastosowanie. Wydaje się więc być istotne, ażeby wiedzieć jaki rodzaj muzyki może być użyty w terapii różnych schorzeń.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, muzyka aktywizująca, muzyka relaksacyjna.

Summary

Music therapy is the influence of music on a person's health. This is a field that is relatively young in the sense of its existence on scientific grounds; however, the influence of music on functioning has been present since the beginning of mankind. Several works have been dedicated to the historical aspect of using music in treatment, in which examples of its use by primitive peoples can be found, as well as people of Ancient Egypt, Babylon, Assyria, China, India and Greece.

The sources of theoretical assumptions of music therapy are numerous and very diverse. They can be found in concepts and philosophical, psychological outlooks; in natural, medical and other sciences.

More and more fields of using music therapy has come into existence, as this field is developing both on the grounds of practical activities, as well as scientific studies. Currently, it is used as a form of support therapy in neurological disorders, psychosomatics in psychiatry, rehabilitation and obstetrics.

The most often music therapists divide music used in therapy in stimulating music and relaxing music. These two types of music have different aims and applications. It seems to be important to know what kind of music can be used in different diseases.

Key words: music therapy, stimulating music, relaxing music.

Wstęp

Zastosowanie muzyki w działaniach o charakterze terapeutycznym posiada już wieloletnią tradycję. Dziedziną zajmującą się leczniczym oddziaływaniem muzyki na człowieka jest muzykoterapia. Często uznaje się ją za jedną z form arteterapii bądź kulturoterapii. Arteterapia oprócz muzykoterapii obejmuje choreoterapię, biblioterapię oraz działania terapeutyczne przy zastosowaniu filmu, teatru a także sztuk plastycznych [1].

Jako dziedzina naukowa jest ona stosunkowo młoda, jednak wpływ muzyki na funkcjonowanie człowieka był obecny od początków ludzkości. Leczniczemu stosowaniu muzyki w ujęciu historycznym poświęcono szereg prac [2, 3, 4, 5], przy czym za istotne należy uznać, że

opracowania te opisują stosowanie muzyki już przez ludy pierwotne oraz kultury starożytne, np. Egipt, Babilon, Asyrię, Chiny, Indie czy Grecję.

Pierwsza trudność na jaką napotyka się przy analizie terminu muzykoterapii jest niejednoznaczność samego pojęcia. Jest ona bardzo różnie definiowana, jako że istnieją zarówno różne szkoły muzykoterapii¹ [2], jak

¹ Główne szkoły w muzykoterapii to szkoła amerykańska i szkoła szwedzka. Szkoła amerykańska charakteryzuje się orientacją empiryczno-kliniczną. Największe zasługi dla powstania tego kierunku muzykoterapii przypisuje się J. Altschulerowi ze szpitala Heloizy w Detroit. Szkoła ta zajmuje się głównie obserwacją działań i reakcji przy zastosowaniu bardzo różnych stylów muzyki z uwzględnieniem jazzu i współczesnej

i odmienne nurty, przy czym główne nurty w muzykoterapii polskiej² [6] różnią się od podstawowych trendów światowych [7, 8, 9]³. Przez to więc, że istnieją różne podejścia do tej właśnie formy terapeutycznej, również i założenia dotyczące oddziaływania muzyki są bardzo odmienne⁴. Dodatkowo muzykoterapia leży na pograniczu wielu nauk: medycyny, muzyki, psychologii, pedagogiki, socjologii, muzykologii, itd., przez co również źródła założeń teoretycznych muzykoterapii są liczne i różnorodne [2]⁵. Można je znaleźć w koncepcjach i poglądach filozoficznych, psychologicznych, socjologicznych; w naukach przyrodniczych, medycznych i innych. Wypływają również z kulturowanych tradycji, zwyczajów oraz z poglądów mądrości potocznej [10, 11]. Dodatkowo sam zawód muzykoterapeuty jest dość niejednoznaczny, jako że większość uprawiających ten zawód praktyków jest kształcona w trybie podyplomowym co sprawia, że podstawowa specjalność: muzyka, lekarza, psychologa, pedagoga muzycznego czy muzykologa determinuje podejście do pacjenta i samej muzykoterapii [5].

Dla potrzeb niniejszego artykułu przyjęta zostanie jedna z wielu definicji terapii muzycznej, sformułowana przez Światową Federację Muzykoterapii, według której jest ona „wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla i/lub ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji

muzyki popularno-rozrywkowej. Orientację tą określa się też mianem farmakologii muzycznej. Szkoła amerykańska przyczyniła się znacząco do rozwoju grupowych form leczniczych. Szkoła szwedzka opiera się głównie na psychoterapii wynikającej z osiągnięć psychologii głębi. Muzykoterapia była uznawana w tej szkole za centralną funkcję leczenia. Za twórcę szkoły szwedzkiej uchodzi Pontvik. Uznawał on muzykę za zjawisko uniwersalnego pochodzenia. Aktualnie koncepcja ta ma znaczenie raczej historyczne, a przyznawanie muzykoterapii roli centralnej w leczeniu to pogląd odosobniony. Obecnie nie można mówić o liczącej się działalności terapeutycznej opartej o szkołę szwedzką.

² Główne nurty w muzykoterapii polskiej to: nurt psychofizjologiczny, nurt psychomotoryczny oraz nurt psychologiczny, w ramach którego wyróżnić można orientację emocjonalną oraz orientację poznawczą.

³ Podstawowe nurty muzykoterapii na świecie to: kierunek psychagogiczny, kierunek psychofizjologiczny, kierunek analityczny, kierunek behawioralny, kierunek komunikacyjny oraz kierunek poznawczy.

⁴ W stosunku do muzykoterapii na świecie (szczególnie w Europie), która w pierwszym etapie swojego rozwoju koncentrowała się na formułowaniu założeń teoretycznych, w Polsce – podobnie jak w Stanach Zjednoczonych skupiono się na pracy empiryczno-klinicznej. Warto też zauważyć, że muzykoterapia na świecie najczęściej opiera się na założeniach psychoanalitycznych, które w Polsce nie są rozpowszechnione.

⁵ Podstawowe kierunki muzykoterapii wywodzą się z koncepcji psychoanalitycznych, z teorii uczenia oraz z heideggerowskiej filozofii egzystencjalnej.

jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia” [12].

Muzyka w terapii i medycynie

Istnieje bardzo wiele obszarów zastosowania muzyki w leczeniu, przy czym w związku ze wzrostem popularności tej właśnie formy terapii, możliwości tych jest coraz więcej. Zasygnalizowane zostaną zatem jedynie wybrane płaszczyzny oddziaływania muzyką, jednak dla ukazania rangi muzykoterapii i roli jaką odgrywa ona we współczesnym leczeniu konieczne wydaje się być wspomnienie, choćby tych istotniejszych. Szczególna rola przypada muzykoterapii w rehabilitacji [13, 14, 15], neurologii [16, 17], zaburzeniach psychosomatycznych [18], w psychiatrii [19, 20, 21, 22], w ginekologii i położnictwie [5] oraz w pracy z dziećmi [23, 24, 25, 26].

Dobór muzyki terapeutycznej

Istotnym problemem przed jakim staje muzykoterapia jest właściwy dobór muzyki zastosowanej w terapii. Często autorzy prac badawczych w dziedzinie muzykoterapii nie poświęcają zbyt wiele uwagi użytemu materiałowi muzycznemu. Ograniczają się oni przeważnie do poinformowania, jaki utwór którego kompozytora wykorzystano, a czasem brak nawet tych informacji. Wiemy np. jedynie, że wykorzystano utwór muzyki barokowej lub też utwór o charakterze spokojnym [11]. W związku z trudnością jednoznacznego określenia muzyki terapeutycznej w sposób naukowy, terapeuci przy jej doborze najczęściej opierają się na doświadczeniach własnych i cudzych, na własnym wyczuciu i guście, wreszcie na opinii muzyków zawodowych. Dobór muzyki terapeutycznej dotyczy również ilości stosowanych utworów, a także ich kolejności. Nie może to być wybór przypadkowy, gdyż zależy od szeregu czynników, takich jak cel terapeutyczny, stan pacjenta czy pożądane oddziaływanie przebiegu seansu [2].

Według T. Natansona – twórcy terminu „programowanie muzyki terapeutycznej rozumieć należy jako dyscyplinę zajmującą się naukowymi podstawami analizy substancji muzycznej pozwalającymi określić terapeutyczną przydatność jej rozmaitych upostaciowań w rozmaitych sytuacjach terapeutycznych” [11]. Autor uważa, że głównymi elementami muzykoterapii są człowiek, muzyka i wynikające stąd relacje, przez co dla zbudowania całościowej koncepcji muzykoterapii niezbędne jest możliwie obiektywne poznanie tych elementów i ich naukowe opisanie. Za koniecznością obiektywizacji przemawia też fakt, że w ramach działań terapeutycznych muzyka pełni rolę leku, przez co musi być zbadana, jak to się czyni ze środkami farmakologicznymi. „Programowanie muzyki terapeutycznej, a więc świadome i na naukowych podstawach oparte dobieranie muzyki najlepiej spełniającej potrzeby zamierzonych celów

terapeutycznych jest istotną częścią działań muzykoterapeutycznych. (...) Można jednak założyć, że w sytuacji, kiedy to znane nam są różne koncepcje terapii uwzględniające obecny stan wiedzy o psychosomatycznym ustroju człowieka, koncepcji terapeutycznej, która wyróżnia się tym, że jej środkiem oddziaływania jest głównie muzyka, nie da się zbudować dopóki ta właśnie muzyka, jej podstawowy element, pozostanie niezbadana” [11]. Ideałem byłoby, gdyby na podstawie obiektywnych badań nad muzyką muzykoterapeuta potrafił dobrać właściwy materiał muzyczny dla określonych metod, takich jak treningowe, projekcyjne, relaksacyjne i inne, jak również dla częściowych celów terapii, jak na przykład wywołanie agresji czy uruchomienie procesów wyobraźniowych [27].

Na poziomie fizjologicznym ustalono pewne względnie stałe reakcje wiążące się z danym rodzajem muzyki. T. Natanson i N. Janiszewski stwierdzili, że słuchanie muzyki dawnej charakteryzującej się prostą konstrukcją tonalną oraz przejrzystością formy powoduje pobudzenie układu cholinergicznego, muzyki współczesnej eksponującej dynamikę ruchu, silne kontrasty, atonalność i polirytmię powoduje pobudzenie układu adrenergicznego, a muzyki romantycznej, cechującej się bogatą melodyką oraz bogatą kolorystyką powoduje u jednych osób przewagę napięcia układu adrenergicznego, u innych cholinergicznego [19].

Zakładając, że Natansonem, że podstawowymi elementami muzykoterapii są człowiek i muzyka, należy zwrócić uwagę na rolę cech odbiorcy w określaniu użytej w terapii muzyki. Oddziaływanie muzyki na poszczególne osoby jest bardzo różnorodne. Zależy od cech osobowościowych pacjenta, jego wrażliwości muzycznej, typu odbioru muzyki, sposobu słuchania, wreszcie od cech, takich jak np. wiek. Przede wszystkim ludzie w różny sposób percypują muzykę. J. Wróblowa-Kobłowska wyróżniła pięć typów przeżyć muzycznych: typ polisensoryczny, typ wyobraźniowy, typ interpretujący, typ analityczno-formalny oraz typ awersyjny⁶, z których każdy inaczej odbiera muzykę [2]. Inny podział wyodrębnia dwa główne sposoby słuchania: styl obiektywno-analityczny (w którym słuchacz skupia się na technicznych i strukturalnych aspektach muzyki) oraz styl afektywny (związany z koncentracją na emocjach) [28]. Różne też mogą być cele słuchania muzyki. A. Jordan-

⁶ Według autorki przedstawiciele typu polisensorycznego doznają przy słuchaniu muzyki jednocześnie wrażeń słuchowo-węchowych, wzrokowych, ruchowych, ustrojowych itp. Typ wyobraźniowy charakteryzuje się przewagą wyobrażeń pochodnych, twórczych lub odtwórczych. W przypadku odtwórczych chodzi o powstawanie obrazów z dalekiej przeszłości, w przypadku twórczych – o powstawanie obrazów nowych. Odbiorca typu interpretującego poszukuje w muzyce znaczenia, traktuje ją jako symbol. Utwór muzyczny jest dla takiego słuchacza reprezentantem innego przedmiotu, ale jednocześnie pozostaje centralnym przedmiotem przeżycia. Typ analityczno-formalny koncentruje się na analizowaniu struktury utworu, cech wykonawstwa itp. Dominują tu procesy intelektualne. Przedstawiciel typu awersyjnego nie lubi muzyki lub też jest mu obojętna.

Szymańska wyróżniła dwa podstawowe cele słuchania: słuchanie dla poznania utworu, jego znaczenia oraz przeżycia pod jego wpływem określonych doznań emocjonalnych oraz słuchanie dla zrelaksowania się lub aktywizacji, dla wytworzenia w sobie określonego stanu emocjonalnego [28].

Inne ważne czynniki wpływające na odbiór muzyki to np. poziom muzykalności [11], wiek [2] i preferencje muzyczne [28], a także wybrane zmienne osobowościowe, takie jak ekstrawersja, neurotyzm, psychotyzm [28] czy poczucie umiejscowienia kontroli [29].

Muzyka relaksacyjna i aktywizująca

Jednym z wyróżnionych przez A. Jordan-Szymańską celów słuchania muzyki jest słuchanie dla zrelaksowania się lub aktywizacji oraz dla wytworzenia w sobie określonego stanu emocjonalnego [28]. Również i większość muzykoterapeutów określając swoje programy muzyczne opiera się na „pobudzającym” lub „uspokajającym” charakterze muzyki. O tym w jaki sposób muzyka będzie oddziaływać na poddawaną muzykoterapii jednostkę decydują jej elementy rozpatrywane na poziomie akustycznym (określającym sam materiał muzyczny i warunki jego transmisji od źródła do odbiorcy), na poziomie semantycznym (obejmującym elementy dzieła muzycznego, takie jak: interwał i melodykę; rytm, metrum i tempo; dynamikę; tonalność, fakturę homofoniczną i polifoniczną; artykulację i frazowanie; barwę oraz budowę formalną i zajmującym się określaniem praw rządzących ich koordynacją w dziele muzycznym) oraz na poziomie estetycznym (w którym na gruncie poglądów filozoficznych dokonuje się próba definiowania i wartościowania muzyki, a wiąże się on z takimi czynnikami, jak wyraz muzyczny, gust i wykonawstwo) [2, 30].

Wszystkie wspomniane czynniki decydują o aktywizującym bądź relaksującym charakterze utworu muzycznego. Jest to istotne z tego względu, że cel terapeutyczny wyznacza potrzebę zastosowania któregoś z dwóch rodzajów muzyki. Jednak w najwyższym stopniu to rytmika i dynamika odtwarzanego utworu decydują najczęściej o tym, czy zostaną one uznane za aktywizujące czy relaksujące.

Muzyka aktywizująca, nazywana też często muzyką pobudzającą, cechuje się: szybkim lub przeciwstawnym tempem, kontrastującą melodyką, niespokojnością metryczną, silnymi akcentami metrycznymi i zróżnicowaniem dynamiki [19]. „Utwory aktywizujące mogą pomagać np. w wykonywaniu pracy fizycznej, ćwiczeń gimnastycznych, towarzyszyć codziennym czynnościom (myciu, ubieraniu, sprzątanu itp.), stanowić oręż w walce z niepożądanym snem podczas czuwania itp. Dźwięki aktywizujące muzyki mogą pomagać koncentrować się na zadaniu, mobilizując, pobudzając organizm do działania” [24]. Warto wskazać rolę utworów o charakterze aktywizującym w połączeniu z ruchem. Stanowią one wówczas kulminację działań odreagowujących, niezwy-

kle istotnych w pracy z pacjentami zahamowanymi ekspresyjnie [31].

Muzyka uspokajająca charakteryzuje się: wolnym tempem, melodyjnością tematów, spokojną metrycznością, ograniczeniem akcentów rytmicznych i jednolitością dynamiki [19]. Utwory relaksacyjne charakteryzują się tempem wolnym lub bardzo wolnym. „Najlepiej, gdy jest to muzyka z: powolnym miarowym pulsem rytmicznym, małym natężeniem dźwięku, niewielkimi i łagodnymi zmianami dynamicznymi, brzmieniem konsonansowym, melodią łatwo wpadającą w ucho, dźwiękami w średnich rejestrach, prostą linią melodyczną (pozbawioną dużych skoków interwałowych), o łagodnym charakterze wyrazowym, delikatnym, miękkim brzmieniu i niewielkim ładunku emocjonalnym” [24]. Muzyka relaksacyjna m.in.: ułatwia wykonywanie ćwiczeń oddechowych, wywołuje spokojne krążenie krwi, ruch izometryczny; stanowi tło sugestii słownych, towarzyszy działaniom plastycznym, zwiększa koncentrację i pogłębia wyobraźnię [31].

Podsumowanie

Związki muzyki i medycyny posiadają długą tradycję. Dobroczynny wpływ muzyki na zdrowie człowieka obecny od początku ludzkości dopiero niedawno zauważony został na gruncie naukowym. Istotne więc wydaje się być wskazanie jak największej ilości możliwości zastosowania tej formy terapeutycznej, która nie dość, że ma niewiele przeciwwskazań [16, 32]⁷, to jeszcze może być stosowana, kiedy zawodzą werbalne formy terapii [33].

Aktywizująca rola muzyki w mobilizowaniu do działania np. w rehabilitacji [13, 14, 15], przez co wzrasta jej efektywność, bądź w depresji [34], gdzie jej rolą jest mobilizowanie do działania zasługuje na uwagę.

Bardziej znana forma oddziaływania muzyki – relaksacyjna posiada jeszcze więcej zastosowań: obniża ciśnienie, reguluje oddech i tętno oraz obniża poczucie stresu [35, 36].

Ważne jest jednak, aby materiał dźwiękowy dobrany był właściwie do celu terapeutycznego oraz do percepcji i preferencji jednostki.

PIŚMIENNICTWO

1. Konieczna E.J., *Arteterapia w teorii i praktyce*, IMPULS, Kraków 2004.
2. Natanson T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Ossolineum, Wrocław 1979.
3. Janicki A., Aktualny stan muzykoterapii w Polsce i innych krajach świata – poglądy, trendy, szkoły, organizacja, kształcenie muzykoterapeutów, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1998, (73), Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson 76-79.
4. Galińska E., *Poglądy na lecznicze działanie muzyki*, Albo, Albo – Inspiracje jungowskie, 1992, (1), 41-57.
5. Kierył M., *Muzyczna apteczka, czyli profilaktyka i terapia muzyczna na co dzień*, Maciej Kierył, Warszawa 1996.
6. Galińska E., Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1988, (45), 155-158.
7. Galińska E., Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1990, (52), 32-44.
8. Stachyra K., *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.
9. Strzelecki W., Cybulski M., *Opieka muzykoterapeutyczna*, [w:] *Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne*, Skrzypczak J., Żołądź-Strzelczyk D., Cylkowska-Nowak M. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2009, 199-210.
10. Galińska E., Muzykoterapia jako jedna z form terapii poprzez sztukę, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1989, (48), 73-84.
11. Natanson T., *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, Akademia Muzyczna we Wrocławiu, Wrocław 1990, 111-138.
12. Szulc W., *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
13. Janiszewski M., *Muzykoterapia aktywna*, PWN, Warszawa-Lódź 1993.
14. Zalewski M., *Muzyczna zabawa*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2008.
15. Szostak-Gąsienica A., *Muzykoterapia w rehabilitacji i profilaktyce*, PZWL, Warszawa 2003.
16. Sacks O., *Muzykofilia. Opowieści o muzyce i mózgu*, Zysk i S-ka, Poznań 2008.
17. Brust J.C., Music and the neurologist: An historical perspective, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2001, (930), 143-152.
18. Janicki A. G., Przesłanki dla muzykoterapii chorób psychosomatycznych, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1983, (34), 1983, 69-81.
19. Janicki A., Muzykoterapia w leczeniu psychiatrycznym, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1983, (34), 7-27.
20. Cesarz H., Dialog w muzykoterapii chorych psychicznie, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1998, *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson* (73), 47-52.
21. Galińska E., Muzykoterapia w schizofrenii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1990, *Arteterapia III* (57), 45-61.
22. Strzelecki W., Dobaczewski J., Zastosowanie muzykoterapii u chorych na schizofrenię [w:] *Pomoc psychologiczna w chorobach somatycznych*, Mojs E. (red.), Jeżeli P to Q, Poznań, 2009, 133-153.
23. Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca*, OPTIMA, Gdańsk 2001.

⁷ Przeciwwskazania dla stosowania terapii muzyką dotyczą właściwie jedynie ostrych stanów psychoz, padaczki muzycznej (tzw. muzykolepsji) i głębokich stanów depresyjnych.

24. Cylulko P., Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, Wrocław 2004.
25. Cylulko P., Znaczenie wczesnej muzykoterapeutycznej interwencji dla rozwoju małego niepełnosprawnego dziecka, *Muzykoter. Pol.*, 2003, 7/8 (3/4), 13-18.
26. Jaklewicz H., Muzykoterapia u dzieci, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1975, (9), 161-166.
27. Kukielczyńska K., Koncepcja programowania muzyki przydatnej w terapii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1998, *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson* (73), 71-75.
28. Klimas-Kuchtowa E., Muzyczne preferencje a profilaktyka muzyczna, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1998, *Moc muzyki-pro memoria Tadeusz Natanson* (73), 42-46
29. Strzelecki W., Analiza zależności pomiędzy preferencjami muzycznymi a zachowaniami zdrowotnymi uczniów szkół ponadpodstawowych, niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Włodzimierza Samborskiego, na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010.
30. Wierszyłowski J., *Zarys psychologii muzyki*, PWN Warszawa 1968.
31. Kierył M., Gurgoń B., Wykorzystanie muzyki ocenianej przez odbiorców jednoznacznie jako muzyka relaksująca lub aktywizująca, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 2000, *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu* (76), 59-63.
32. Poskanzer D.C., Brown A.E., Miller H., Musicogenic epilepsy caused only by a discrete frequency band of chuch bells, *Brain*, 1962, (85), 77-92.
33. Galińska E., Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania, Galińska E. [w:] *Człowiek – muzyka – psychologia*, Jankowski W., Kamińska B., Miśkiewicz A. (red.), Akademia Muzyczna im. F. Chopina, Warszawa 2000, 473-486.
34. Janicki A., O potrzebie wprowadzenia muzykoterapii do lecznictwa, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1989, (48), 85-94.
35. Hora Z., Klein I., Próba oceny zachowania się niektórych wskaźników biomedycznych przy odbiorze muzyki przyjemnej i drażniącej, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1978, (17), 7-12.
36. Miłuk-Kolasa B., Obmiński Z., Stupnicki L., Golec L., Effects of music treatment on salivary cortisol in patients exposed to presurgical stress, *Exp. Clin. Endocrinol.*, 1994, 102-108.

Adres do korespondencji:
Zakład Psychologii Klinicznej UM
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

ZAWODOWE ZAGROŻENIA BIOLOGICZNE PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

PROFESSIONAL BIOLOGICAL RISK OF MEDICAL WORKERS

ALINA ROSZAK

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie
Dyrektor ds. Lecznictwa: lek. med. Krystian Karbowy

Streszczenie

Bezpieczeństwo w miejscu pracy to podstawa do prawidłowego wykonywania swoich obowiązków zawodowych. Zagrożenie biologiczne w zakładach opieki zdrowotnej jest duże. Świadomość pracowników, że są oni chronieni przez pracodawcę podnosi ich wydajność. Celem mojej pracy jest wskazanie metod postępowania wobec zagrożenia biologicznego zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

Słowa kluczowe: zagrożenie biologiczne, środki ochrony, szczepienia.

Szkodliwe czynniki biologiczne zgodnie z definicją zawartą w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia „obejmują drobnoustroje komórkowe, pasożyty wewnętrzne, jednostki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub do przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe, które mogą być przyczyną alergii, zakażeń lub zatruc” [1]. To szeroka definicja. W związku z nią, klasyfikacja i wykaz szkodliwych czynników biologicznych są podzielone na cztery grupy zagrożenia. Pierwsze dwie zawierają czynniki, które mogą wywoływać w populacji ciężkie choroby, są niebezpieczne dla pracowników, a ich rozprzestrzenianie w populacji jest bardzo prawdopodobne. W grupie trzeciej są czynniki, które wywołują chorobę, ale są skuteczne metody profilaktyki lub leczenia ekspozycji. Natomiast w czwartej tych metod nie ma. W wykazie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do drugiej grupy zagrożenia jest, aż 130 gatunków bakterii, 57 wirusów, 51 pasożytów i 20 pozycji grzybów. Natomiast w wykazie należącym do trzeciej grupy zagrożenia jest 28 wyszczególnionych bakterii, 44 pozycji związanych z wirusami, 10 gatunków pasożytów i 7 grzybów. W wykazie czwartej grupy zagrożenia są wyłącznie wirusy, 14 pozycji, bardzo niebezpieczne dla życia i zdrowia ludzi np. wirus Ebola czy ospy wietrznej [1]. Załącznik nr 2 ww. Rozporządzenia dostarcza informacji związanych z miejscem pracy, w których pracownicy są w szczególności narażeni na działanie czynników biologicznych, czyli praca: w zakładach produkujących żywność, w rolnictwie, w laboratoriach, w zakładach gospodarki odpadami i ścieków oraz w pozycji nr 4 są wymienieni pracownicy zakładów opieki

Summary

Protection in a work place is the basis to perform our professional duties properly. The biological risk in health centres is high. Workers' consciousness that they are protected by their employer increase their efficiency. The aim of my thesis is to show the procedure methods with biological risk according to law documents in force.

Key words: biological risk, protective measures, vaccinations.

zdrowotnej. Co to dla osób pracujących w różnych komórkach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej to oznacza. Otóż, że pomimo wspólnego miejsca pracy poszczególne grupy zawodowe są narażone na działanie czynników biologicznych w inny, często odmienny sposób. Pracodawca, który w swoim zakładzie dokona podziału i wyłoni strefy zagrożenia będzie miał „proste” zadanie „dopasowania” środków ochrony osobistej i zbiorowej (np. szczepienia) do rodzaju niebezpieczeństwa. To ważna informacja i zarazem punkt wyjścia do stworzenia bezpiecznego miejsca pracy, tym bardziej, że określenie „ryzyko zawodowe” jest ściśle związane z wykonywanymi czynnościami. Dlatego też istotne jest, czy dana osoba ma regularny kontakt fizyczny z krwią lub z innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym. Warto także zdecydowanie określić, czy przy wykonywanych czynnościach istnieje możliwość zranienia pracownika zakaźną igłą lub innym ostrym narzędziem i jaka jest częstotliwość tych ryzykownych sytuacji. Zatem pracodawca bezwzględnie musi znać odpowiedź na pytanie: czy proces, w którym może zaistnieć zagrożenie zaliczany jest do czynności zamierzonych (hodowla mikroorganizmów) czy do niezamierzonych (produkcja środków spożywczych)? [2]. Oddzielną grupą, którą każdy kierownik zakładów opieki zdrowotnej musi uwzględnić w określeniu stopnia narażenia to studenci i uczniowie odbywający praktyki zawodowe. Dla nich jest to ogromne niebezpieczeństwo tym bardziej, że praktykanci nie mają wyuczonych poprawnych nawyków.

Wyróżniamy 3 rodzaje zachorowań spowodowanych czynnikami biologicznymi [2]:

- zakażenie wywołane przez bakterie, wirusy, pasożyty, grzyby

- alergię na skutek kontaktu z różnymi czynnikami biologicznymi
- zatrucia lub działania toksyczne (endotoksyny, mykotoksyny)

Drogi przenoszenia się organizmu [2]:

- droga powietrzna
- przez krew i inne płyny ustrojowe
- droga feralno-oralna
- przez wektory (borelioza, kleszczowe zapalenie mózgu).

Oto środki ostrożności:

- uniwersalny i ponadczasowy środek ostrożności, który sprawdza się w każdej sytuacji TO ZAŁOŻENIE, że pacjenci mogą być zakażeni patogenami przenoszonymi przez krew lub inny potencjalny materiał zakaźny, czyli poprzez wydzielinę z pochwy, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn z opłucnej, osierdzia, otrzewnej, płyn stawowy, poprzez ślinę, kał, mocz, wymiociny, wydzielinę z nosa itp.
- bezpieczna praca to zakładanie na otarcia i drobne zranienia przylepców wodoodpornych
- wprowadzenie zamkniętych systemów do pobierania materiałów biologicznych
- zautomatyzowanie pracowni laboratoryjnych
- wyposażenie każdego pracownika w osobisty sprzęt ochronny (okulary, osłony, gogle, fartuchy wodoodporne, maski, obuwie)
- systematyczna kontrola miejsc obciążonych dużym stopniem ryzyka zakażenia
- systematyczne unowocześnianie używanego sprzętu
- cykliczne szkolenia, także szkolenia stanowiskowe
- zaplanowanie działań – algorytmy i procedury postępowań
- dobór środków ochrony osobistej do wykonywanych czynności – rękawice medyczne, a rękawice chroniące przed działaniem środków chemicznych
- prawidłowa technika zdejmowania rękawic
- dezynfekcja rąk – technika wg Ayliffe
- segregacja odpadów medycznych
- eliminacja ręcznego procesu dezynfekcji
- stworzenie bezpiecznego (wentylowanego) pomieszczenia do przechowywania i przygotowywania rozтворów dezynfekcyjnych
- przestrzeganie zasad bezpiecznego postępowania ze skażonym sprzętem jednorazowego użytku (nie przenosić pojemników przed sobą)
- systematycznie prowadzenie procesu dezynfekcji swojego miejsca pracy (np. blaty w gabinecie zabiegowym)
- ochronne ubrania przechowywać w wydzielonych szafach innych niż ubrania osobiste
- regularnie prowadzenie badań okresowych
- wystarczająca ilość i ogólny łatwy dostęp do środków ochrony osobistej i sprzętu zabezpieczającego, który chroni ubrania, ręce i twarz
- ograniczenie do minimum liczbę manipulacji z materiałem biologicznym

- dokładne opisywanie materiału biologicznego, informacje przekazywane w formie papierowej zabezpieczyć przed zalaniem i zabrudzeniem
- wydzielenie osobnych pomieszczeń do np. sprzętu sterylnego i do sprzętu brudnego (po użyciu)
- zaplanować proces systematycznego mycia i dezynfekcji lodówek i zamrażarek w których przechowywana jest żywność, jak i wszelkiego rodzaju próbek biologicznych
- poddawanie systematycznemu procesowi dezynfekcji używanych środków transportu [3].

W Polskim Kodeksie Pracy podane są obowiązki pracodawcy, który powinien ocenić ryzyko dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa pracowników, a następnie na podstawie danych dostosować środki, które są konieczne dla jego ochrony. Na „barkach” pracodawcy spoczywa także zgodnie z Kodeksem obowiązków poinformowania pracowników o ryzyku zawodowym [2].

Punkty zwrotne, w których pracodawca ocenia po raz kolejny narażenia pracownika na działanie czynników biologicznych to [2]:

- przed rozpoczęciem pracy
- przy zmianie warunków pracy
- przy wystąpieniu choroby zawodowej związanej z miejscem pracy.

Pracodawca musi bezwzględnie współpracować z Inspekcją Sanitarną. W jego obowiązkach są zadania z zakresu ochrony zdrowia publicznego, w tym działania zapobiegające powstawaniu chorób także zawodowych [4].

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi postępowanie administracyjne i wydaje decyzje o stwierdzeniu choroby zawodowej bądź o braku podstaw do jej wydania [2]. To pracodawca przesyła informację do Inspekcji Sanitarnej dotyczące narażenia pracownika na działanie biologicznych czynników w środowisku pracy [1], [2]:

- co najmniej 30 dni przed użyciem po raz pierwszy czynnika biologicznego należącego do grupy drugiej i trzeciej lub czwartej
- w każdym przypadku, gdy zachodzą istotne zmiany, które bezpośrednio wpływają na życie i zdrowie pracowników w miejscu pracy
- w ciągu 30 dni po zakończeniu działalności przez pracodawcę
- w przypadku każdej awarii lub wypadku, które doprowadziły do uwolnienia czynnika biologicznego z grupy drugiej, trzeciej lub czwartej zagrożenia.

Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską przyjął Dyrektywę 2000/54/WE z dnia 18 września 2000 r. „w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy”, obejmuje ona oszacowanie i ocenę ryzyka na stanowisku pracy [2]. Dyrektywa jest aktem prawnym Unii Europejskiej, która ma wspólny cel, pozostawia jednak swobodę wyboru formy i środków do ich realizacji [2]. To właśnie „nasze” Rozporządzenie [1] jest odpowiedzią na podjęte działania i w każdym zakładzie

opieki zdrowotnej jest lub jest tworzony rejestr prac narażających pracowników na działanie czynnika biologicznego, zapobieganie im, metody postępowania, podjęte działania celem zmniejszenia ryzyka [3]. Czynnika biologicznego nie można całkowicie wyeliminować, można go jednak ograniczyć chociażby poprzez najkrótszy czas przebywania w jego środowisku. Działania ochronne to także [3]:

- prawidłowe oznakowania obszarów zagrożenia
- stworzenie miejsc do bezpiecznego spożywania posiłków i napoi
- wydzielenie pomieszczeń do niszczenia środków ochrony indywidualnej
- szczepienie osób najbardziej ekspozowanych.

Zgodnie z zapisami w Rozporządzeniu pracownicy, którzy bezwzględnie muszą być poddani procesowi szczepienia to [5]:

- osoba, która ma kontakt z materiałem biologicznym: szczepienie p/WZW B
- osoba, która ma kontakt z odpadami i ściekami: szczepienie p/WZW B, p/tężcowi i p/durowi brzusz-nemu
- osoby, które mają kontakt z czystą glebą: szczepionka p/tężcowi
- osoby pracujące z materiałem biologicznym zawierającym wirus wścieklizny: obowiązkowe szczepienie p/wściekliznie
- osoby pracujące w kompleksie leśnym: szczepienie p/kleszczowemu zapaleniu mózgu.

Chciałabym jeszcze, na łamach tego artykułu zwrócić uwagę na fakt w kontekście zagrożenia biologicznego, że zakłady opieki zdrowotnej, i coraz częściej się o tym mówi, mogą być lub są doskonałym miejscem bytowania i intensywnego rozwoju szkodników sanitarnych zwłaszcza owadów oraz gryzoni. Często są one rezerwuarem czynników chorobotwórczych.

Profilaktyka, to przede wszystkim [3]:

- likwidacja kryjówek
- niedopuszczenie do miejsc wylęgu larw
- ograniczenie populacji poprzez zastosowanie środków chemicznych, lamp, pułapek owadobójczych
- odcięcie dostępu do wody i pokarmu
- dbanie o dobry stan techniczny pomieszczeń
- zakładanie siatek ochronnych w oknach
- dbanie o szczelność rur systemu wodno-kanalizacyjnego.

Należy także pamiętać, że zakład opieki zdrowotnej to teren wokół tego budynku. W nieskoszonej trawie i zarzewionym otoczeniu są dogodne kryjówki dla owadów, a dodatkowo w okolicy zbiorników wodnych istnieją doskonałe warunki do rozwoju komarów i meszek. Dezynsekcja i deratyzacja musi, więc być przeprowadzona zawsze w obecności pracownika zakładu opieki zdrowotnej, który profesjonalistom z tych dziedzin wskaże słabe punkty obiektu. Konieczność zwalczania gryzoni w zakładach opieki zdrowotnej to działania skierowane przeciwko rozprzestrzenianiu się chorób, jak również przeciwko minimalizacji strat w infrastrukturze budynku oraz w przechowywanej żywności i materiałach medycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005, Dz. U. Nr 81, poz. 716 w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zarówno narażonych na te czynniki.
2. Dulna G., Lajbrandt E. (red.), Higiena w placówkach opieki medycznej, Wydawnictwo Verlag Dashofer sp. z o.o., Warszawa 2010.
3. Kanclerski K., Kurzewski K., Tadeusiak Barbara (red.), Wybrane zasady ochrony pracowników medycznych przez zawodowymi zagrożeniami biologicznymi. Wydawnictwo Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2001, 9-119.
4. Ustawa z dnia 14 marca 1985, Dz. U. Nr 90, poz. 575 O Państwowej Inspekcji Sanitarnej wraz ze zmianą.
5. Ustawa z dnia 3 czerwca 2005, Dz. U. Nr 130, poz. 1086 O Państwowej Inspekcji Sanitarnej Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 listopada 2005, Dz. U. Nr 250, poz. 2113 w sprawie wykazu stanowisk pracy oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach.

Adres do korespondencji:
mgr Alina Roszak
ul. Margaretkowa 1/66
62-510 Konin
Tel. kom.: 600475671
e-mail: zibir@konin.lm.pl

WYBRANE PROBLEMY WYRAŻANIA ZGODY NA INTERWENCJE MEDYCZNE W PRAWIE WŁOSKIM

SELECTED PROBLEMS OF CONSENTING TO MEDICAL TREATMENT IN ITALIAN LAW

MONIKA URBANIAK

Zakład Organizacji i Zarządzania
Pracownia Prawa w Ochronie Zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Podstawą działania lekarza jest zgoda udzielona przez pacjenta. Jest ona warunkiem bez którego działalność ta nie może zostać podjęta zgodnie z prawem. Aby zgoda była ważna, powinna ona zostać udzielona dobrowolnie przez pacjenta. We Włoszech prawo do wyrażania zgody przez pacjenta wynika z Konstytucji, jak również ustaw regulujących zagadnienia związane z ochroną zdrowia, wielu aktów regionalnych, a także aktów prawa międzynarodowego. Zasadą jest, iż lekarz przy udzielaniu świadczeń medycznych musi uwzględniać wolę pacjenta, a także pacjenta małoletniego w zależności od jego zdolności rozumienia, z poszanowaniem praw jego przedstawiciela ustawowego. W każdym przypadku lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o skutkach działania diagnostycznego lub terapeutycznego, w taki sposób, aby pacjent mógł udzielić zgody w sposób świadomy.

Słowa kluczowe: zgoda pacjenta, świadoma zgoda, Włochy.

Podstawą jakiegokolwiek działania lekarza jest zgoda udzielona przez pacjenta (lub innej osoby uprawnionej). Zgoda pacjenta jest warunkiem bez którego działalność ta nie może zostać podjęta zgodnie z prawem. Aby zgoda była ważna, powinna ona zostać udzielona dobrowolnie przez pacjenta [1]. Wykonywanie czynności przez lekarza lub inny personel medyczny bez zgody pacjenta pociąga za sobą bezprawność tego postępowania zarówno pod względem prawa cywilnego, a co za tym idzie powoduje możliwość dochodzenia przez pacjenta roszczeń odszkodowawczych.

Prawo do wyrażania zgody przez pacjenta wynika z art. 2, 13 i 32 Konstytucji Włoch, jak również ustaw regulujących zagadnienia związane z ochroną zdrowia, a także z wielu aktów regionalnych. Podstawowe rozwiązania dotyczące możliwości wyrażania zgody na świadczenia medyczne znajdują się w Konstytucji. Według postanowień art. 13 Konstytucji wolność osobista jest nienaruszalna, w tym w szczególności nie jest dopuszczalna jakakolwiek forma oględzin ani jakiegokolwiek inne ograniczenie wolności osobistej. W wyroku nr 471/1990 włoski Trybunał Konstytucyjny orzekł po raz pierwszy, że wolność osobista obejmuje wolność każde-

Summary

The basis of physician's activity is a consent given by a patient. It is a condition without which this activity cannot be undertaken, according to the law. For the consent to be valid it has to be given voluntarily by a patient. In Italy the patient's right to assent results from the Constitution, ordinary laws regulating the problems connected with health protection, many regional acts, as well as international acts. As a rule, a physician offering medical services must take into consideration the will of a patient. He must also respect the will of a juvenile person with relation to his ability to understand, and with respect for the rights of his/her legal representative. In any case a physician has the duty to inform a patient about the effects of diagnostic and therapeutic activity so that this patient can give an informed consent.

Key words: patient's consent, informed consent, Italy.

go do dysponowania własnym ciałem. Podstawę do wyrażenia zgody przez pacjenta stanowi również art. 2 Konstytucji, który zawiera zasadę zagwarantowania nienaruszalnych praw człowieka zarówno jako jednostki, jak i uczestnika grup społecznych, również w odniesieniu do ochrony zdrowia i integralności fizycznej. Podkreślić przy tym należy, iż ogólne prawo do ochrony zdrowia wynika z art. 32 Konstytucji, które stanowi rozwinięcie zasady zawartej w art. 2 Konstytucji i gwarantuje każdemu ochronę zdrowia, jako podstawowego prawa jednostki i interesu zbiorowego [2]. Również art. 33 ustawy z dnia 23 grudnia 1978 roku nr 833 [3], która utworzyła Narodową Służbę Zdrowia (Servizio Sanitario Nazionale) wyłącza możliwość leczenia pacjenta niezgodnie z jego wolą, wprowadzając zasadę, zgodnie z którą poddanie się badaniom kontrolnym oraz terapiom prowadzonym w ramach zapewnianej opieki zdrowotnej co do zasady odbywa się na zasadzie dobrowolności. Z zasady udzielania zgody przez pacjenta na świadczenia medyczne wynika zakaz interwencji niezgodnie z wolą pacjenta. Ustawa 1978/833 przewiduje jednakże określone wyjątki, w których władze sanitarne mogą zarządzić przeprowadzenie badań kontrolnych i zastosowanie

terapii o charakterze obowiązkowym, przy jednoczesnym poszanowaniu godności osoby ludzkiej oraz praw obywatelskich i politycznych, w tym również, na tyle na ile to możliwe, prawa do swobodnego wyboru lekarza i miejsca leczenia. Decyzję w tej sprawie podejmuje wójt działający jako organ władzy sanitarnej, na uzasadniony wniosek lekarza. Na uwagę w kontekście obowiązku ustawowego wyrażania świadomej zgody przez pacjenta zasługuje art. 2 ust. 2 ustawy z 26 czerwca 1867 roku w sprawie transplantacji nerek [4] zgodnie z którym dawca nerek musi być świadom konsekwencji osobistych dokonanego poświęcenia, a także, iż transplantacja nerki pobranej zgodnie z prawem i przekazanej określoneemu pacjentowi nie może mieć miejsca bez zgody dawcy, chyba że zachodzi w stanach wyższej konieczności. Podobnie art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 4 maja 1990 roku [5] określa, iż poprzez oddanie krwi lub preparatów krwiopochodnych rozumie się darmową ofertę krwi poprzedzoną udzieleniem świadomej zgody przez i zbadanie godności fizycznej dawcy.

Prawo do wyrażania zgody na interwencje medyczne regulowane jest również w aktach o charakterze międzynarodowym, ratyfikowanych przez Włochy. Zgodnie ze standardami międzynarodowymi, aby zgoda była skuteczna, musi być „świadoma” i „swobodna” [6]. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny zawarta w dniu 4 kwietnia 1997 roku w art. 5 stanowi, iż nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby zainteresowanej. Przed wykonaniem świadczenia osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku.

Nie istnieją w prawie włoskim regulacje nakazujące sporządzanie zgody przez pacjenta dla swojej ważności w formie pisemnej. Pacjent może wyrazić zgodę dla działań lekarza poprzez akt wyrażony w dowolnej formie: ustnej, pisemnej oraz dokonany w sposób konkludentny, pod warunkiem, że można odczytać prawidłowo intencje pacjenta. Podkreślić przy tym należy, że zgoda nie może być domniemana. Zgoda może zostać dokonana w najwłaściwszy dla stron sposób, również w formie ustnej, a także milczącej w znaczeniu zachowania zrealizowanego, natomiast w przypadkach przewidzianych w ustawie zgoda powinna być dokonana w formie pisemnej.

Zgodnie z art. 35 ust. 2 kodeksu deontologicznego zgoda w formie pisemnej konieczna jest w przypadkach określonych w ustawie, a także w przypadkach, w których szczególnie charakter działań diagnostycznych i/lub terapeutycznych oraz ich możliwych poważnych konsekwencji na stan zdrowia pacjenta wymaga niedwuznacznego wyrażenia woli. Szczególna forma pisemna pozwala lekarzowi na uniknięcie nieprzyjemnych konsekwencji [7]. Artykuł 31 lit. C nowego kodeksu deontologicznego określa, że pisemna forma może stanowić integralną część zgody pacjenta, jednakże nie może zastąpić świadomej zgody. Lekarz powinien uzyskać pisemny dokument, określający cechy zabiegu, które w trakcie rozmo-

wy lekarza z pacjentem zostały mu przedstawione [8]. W literaturze przedmiotu uznaje się, iż zgoda wyrażona przez pacjenta stanowi odejście od paternalistycznego modelu relacji pacjent – lekarz, na rzecz modelu w którym pacjent posiada bardzo dużą autonomię i sam podejmuje decyzję o metodzie leczenia. Z jednej bowiem strony zgoda pozwala choremu na kontrolowanie wyborów terapeutycznych, a z drugiej pozwala lekarzowi na spokojne działanie, podjęte z maksymalnym pożytkiem dla pacjenta, ponieważ razem z nim lekarz ponosi ewentualne ryzyko zabiegu [9]. Nie można jednakże uznać, że udzielenie zgody przez pacjenta stanowi okoliczność wyłączającą odpowiedzialność lekarza. Zgoda wyrażona przez pacjenta może mieć charakter warunkowy, albowiem pacjent może ją uwarunkować od tego czy określone świadczenie medyczne będzie dokonane przez ściśle wskazanego lekarza [10].

Z analizy przepisów wynika, iż osobą uprawnioną do udzielenia zgody na świadczenia medyczne w pierwszej kolejności jest sam pacjent. Jedynie w przypadku, w którym pacjent nie ma możliwości udzielenia zgody (np. jest pacjentem małoletnim, znajduje się w stanie wyłączającym świadome wyrażenie woli etc.) zgoda na świadczenia medyczne może również być udzielona przez inne uprawnione osoby. Podkreślić jednakże należy uprawnienie lekarza równoległego działania z uprawnionymi osobami, również w sytuacji, w której pacjent nie udzielił zgody. W przypadku w którym nie jest możliwe uzyskanie zgody przez lekarza z uwagi na jego stan nieświadomości wynikający z traumy lub ze stanu ogólnego znieczulenia lekarz musi szukać hipotetycznej uprzedniej zgody lub też działać w stanie wyższej konieczności lub w stanie niecierpiącym zwłoki [11].

Kodeks deontologiczny lekarzy w art. 37 przewiduje, iż w każdym przypadku, który dotyczy małoletniego, osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie zgoda na leczenie diagnostyczne i terapeutyczne, jak również przetwarzanie danych wrażliwych powinna być wyrażona przez przedstawiciela ustawowego. Lekarz, w przypadku, w którym został wskazany przez sąd opiekuńczy jako zarządca pomocniczy jest zobowiązany go informować i traktować ze szczególnym uwzględnieniem formułowane (składane) przez niego wnioski. W przypadku sprzeciwu przedstawiciela ustawowego na konieczne i niemożliwe do przełożenia leczenie małoletniego bądź osoby ubezwłasnowolnionej lekarz powinien poinformować sąd. W przypadku zagrożenia życia lub ciężkiego narażenia zdrowia małoletniego lub osoby ubezwłasnowolnionej lekarz powinien przystąpić do leczenia bez zbędnej zwłoki według konieczności leczenia.

Podstawy do udzielenia zgody przez pacjenta należy szukać w art. 5 włoskiego kodeksu cywilnego, który chroni integralność fizyczną jednostki. Zgodnie z postanowieniami tego artykułu czynność prawna rozporządzająca własnym ciałem jest zabroniona, jeśli powoduje trwałe zmniejszenie integralności fizycznej lub jeśli jest sprzeczna z prawem, porządkiem publicznym, lub dobrymi obyczajami. Z przepisu tego wynika, iż lekarz nie

może, z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych (np. stanu wyższej konieczności) interweniować bez zgody pacjenta. Pamiętać bowiem należy, że każda kuracja lecznicza, chirurgiczna czy farmakologiczna powoduje powstanie efektów ubocznych w postaci powikłań, cierpienia etc., a więc wyłącznie do pacjenta należeć powinna zatem decyzja czy preferuje on to zamiast choroby [12].

W literaturze przedmiotu podkreśla się osobisty charakter zgody pacjenta. Dla ważności zgody konieczne jest dokonanie jej przez pacjenta w niedwuznaczny sposób, aby lekarz mógł przed rozpoczęciem jakiegokolwiek działania terapeutycznego jasno ją zrozumieć [12]. Pacjent co do zasady wyraża zgodę na świadczenia zdrowotne po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Zgoda udzielona przez pacjenta powinna być rezultatem realnego, a nie jedynie pozornego stosunku pomiędzy lekarzem a pacjentem, w którym lekarz ma obowiązek uzyskać efektywną i świadomą zgodę, a nie jedynie upoważnienie udzielone przez pacjenta na piśmie, którego celem ma być jedynie przekształcenie aktu bezprawnego, który polega na naruszeniu integralności psychofizycznej jednostki, w akt zgodny z prawem [13]. Praktyka udzielania świadomej zgody przez pacjenta sprawia, że pacjent jest świadomy normalnego ryzyka świadczeń medycznych mu udzielanych, również biorąc pod uwagę inne negatywne konsekwencje, które mogą powstać pomimo właściwego udzielania mu świadczeń przez lekarza [11]. Informacja udzielona pacjentowi przez lekarza musi być pełna. Zgoda jest uważana za ważną, jeśli pacjent udzielił ją w sposób świadomy, a została ona poprzedzona odpowiednią informacją na temat działania terapeutycznego, które lekarz zamierza podjąć [14].

Co do zasady zgoda wyrażona przez pacjenta ma charakter aktualny i prewencyjny – lekarz przed podjęciem jakichkolwiek działań medyczno-chirurgicznych powinien uzyskać zgodę pacjenta i musi ona obejmować cały proces leczenia. Wyjątek dotyczy wyłącznie sytuacji nagłych, w których niemożliwe jest wystąpienie i uzyskanie zgody pacjenta [15]. Sąd Kasacyjny w wyroku z dnia 25 listopada 1994 roku nr 12621 znał, iż nie ponosi odpowiedzialności lekarz, który działał na podstawie racjonalnego przekonania, które później okazało się złudne, o istnieniu stanu niecierpiącego zwłoki i konieczności, pomijając zapytanie o uprzednią zgodę pacjenta.

Zgodnie z postanowieniami art. 35 kodeksu deontologicznego [16] lekarz nie może podjąć działania diagnostycznego i/lub terapeutycznego bez uzyskania świadomej zgody pacjenta. Z kolei art. 33 kodeksu deontologicznego wprowadza zasadę, zgodnie z którą lekarz powinien przekazać pacjentowi możliwie najpełniejsze informacje dotyczące diagnozy, rokowań, ewentualnych zastępczych metod diagnostyczno-terapeutycznych i przewidywanych następstw dokonanych przez lekarza wyborów. Lekarz komunikując się z pacjentem powinien brać pod uwagę jego możliwości zrozumienia, w celu uzyskania maksymalnego uczestnictwa pacjenta w wyborach dotyczących wyrażenia zgody na propozycje diagnostyczno-terapeutyczne. Lekarz powinien zachować

wstrzemięźliwość w udzielaniu informacji pacjentowi, nie używając terminów medycznych, których pacjent może nie zrozumieć [17].

Istnieją odstępstwa od zasady, iż zgoda powinna być udzielona jedynie przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni, cierpi na zaburzenia umysłowe, albo niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wówczas wymagana jest zgoda zastępcza. W przypadku jeśli pacjent jest małoletni, ubezwłasnowolniony całkowicie bądź częściowo, zgodnie z art. 37 kodeksu deontologicznego zgoda na interwencje diagnostyczne i terapeutyczne, jak również ochrona danych wrażliwych musi zostać wyrażona przez jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku sprzeciwu przedstawiciela ustawowego na konieczne leczenie, lekarz ma obowiązek poinformować o tym sąd. Problem udzielania zgody na świadczenia medyczne ujmowany jest dwójako: z jednej strony zakłada się, iż pacjent może udzielić świadomej zgody dopiero po osiągnięciu przez niego pełnoletności, jednakże z drugiej strony podnoszone są głosy w doktrynie, iż pacjent małoletni, który ukończył 14 rok życia działa z rozeznaniami i rozumie konsekwencje własnego działania. Przedstawicielem ustawowym małoletniego, zgodnie z art. 316 kodeksu cywilnego są rodzice. Do czasu ukończenia przez małoletniego 18. roku życia rodzice mają łączne obowiązki – prawo do udzielania w jego imieniu zgody na świadczenia medyczne [18]. W przypadku braku zgody pomiędzy rodzicami, zgodnie z normą art. 316 ust. 3 kodeksu cywilnego każdy z rodziców może wystąpić do sądu wskazując procedury, które uważa za najbardziej odpowiednie dla zabezpieczenia zdrowia dziecka, które po ukończeniu 14. roku życia musi zostać przez sąd wysłuchany. Podkreślić przy tym należy, iż w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia dziecka ojcu przysługuje podjęcie środków nagłych i niemożliwych do przełożenia (art. 316 ust. 4 kodeksu cywilnego). Jeśli opieka nad dzieckiem została powierzona opiekunowi, to zgodnie z art. 357 kodeksu cywilnego, wyraża on zgodę na udzielenie zgody w imieniu małoletniego. Jeśli chodzi o status prawny dziecka poczętego, art. 1 ust. 1 kodeksu cywilnego przyznaje dziecku zdolność prawną od momentu urodzenia. Podkreślić należy, iż również kodeks deontologiczny lekarzy reguluje pozycję pacjentów małoletnich, nakładając na lekarzy obowiązek udzielenia im odpowiednich informacji i wzięcia ich woli pod uwagę, zgodnie z ich wiekiem, zdolnością zrozumienia i dojrzałością. Lekarz ma obowiązek stosować się, w granicach autonomii i niezależności swojego zawodu, do woli swobodnie wyrażonej przez pacjenta, a także działać w taki sposób, aby nie naruszyć jego godności, wolności i autonomii. Podobnie kształtuje się sytuacja osób ubezwłasnowolnionych.

We wszystkich przypadkach, w których nie jest możliwe wyrażenie zgody przez pacjenta stosowana jest koncepcja stanu wyższej konieczności. Dotyczy to przypadków, w których lekarz działa w celu ochrony życia pacjenta lub uniknięcia ciężkiej szkody na osobie. Zauważyć należy, iż działanie lekarza musi być proporcjo-

nalne do nieuchronnego i bliskiego niebezpieczeństwa, a także nie może prowadzić do cięższych konsekwencji [19]. Zgodnie z art. 54 włoskiego kodeksu karnego nie podlega karze ten, kto dokonał czynu, do którego popełnienia został zmuszony przez konieczność ochrony własnej lub innych przed bezpośrednim zagrożeniem, którego konsekwencją będzie niezawiniona szkoda na osobie, jeżeli nie można go było inaczej uniknąć, a czyn ten będzie proporcjonalny do grożącego niebezpieczeństwa. Jeśli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, lekarz, nie biorąc pod uwagę woli krewnych, może podjąć działanie powołując się na stan wyższej konieczności, pod warunkiem, że interwencja medyczna jest środkiem proporcjonalnym do grożącego pacjentowi niebezpieczeństwa [20]. W wyroku Sądu Apelacyjnego we Florencji z dnia 27 października 1990 roku sąd uznał, że przekroczeniem dyspozycji art. 54 kodeksu karnego, jest sytuacja, w której dokonuje się sterylizacji kobiety po porodzie dokonanym w wyniku cesarskiego cięcia, przeprowadzonym w fazie pęknięcia macicy, odnosząca się do ewentualnej przyszłej ciąży. W doktrynie przedmiotu uważa się, że art. 54 kodeksu karnego nie pozwala na podjęcie przez lekarza jakichkolwiek działań niezgodnych z prawem w celu ochrony życia ludzkiego, a jedynie takich, które są proporcjonalne do grożącego niebezpieczeństwa [10].

Włoski kodeks deontologiczny lekarzy w art. 48 wprowadza szczególną regulację dotyczącą eksperymentów medycznych, podporządkowując możliwość ich przeprowadzenia od uzyskania zgody pacjenta. Eksperymenty naukowe na człowieku muszą opierać się o niederogowaną zasadę ochrony integralności psycho-fizycznej, jak również godności osoby ludzkiej. Wyraża się to w obowiązku uzyskania pisemnej zgody osoby biorącej udział w badaniu. Zgoda ta musi zostać udzielona w sposób świadomy i swobodny, po uzyskaniu szczegółowej informacji dotyczącej celów, metod, przewidywanych korzyści, jak również potencjalnego ryzyka, a także możliwości wycofania zgody w każdym momencie eksperymentu.

Reasumując powyższe rozważania należy stwierdzić, iż podstawowym warunkiem legalności zabiegów medycznych wykonywanych we Włoszech, podobnie jak w innych państwach, np. w Polsce jest zgoda pacjenta lub innej osoby uprawnionej. Podstawowe rozwiązania dotyczące zakresu zgody wynikają z przepisów włoskiej Konstytucji, które rozwinięte zostały przez właściwe przepisy ustaw zwykłych. Włochy ratyfikowały Konwencję Bioetyczną, tak więc również jej postanowienia stanowią część prawa wewnętrznego i są bezpośrednio stosowane. Co do zasady lekarz przy udzielaniu świadczeń medycznych musi uwzględniać wolę pacjenta, a także pacjenta małoletniego w zależności od jego zdolności rozumienia, z poszanowaniem praw jego przedstawiciela ustawowego. W każdym przypadku lekarz musi poinformować pacjenta o skutkach działania diagnostycznego lub terapeutycznego, w taki sposób, aby pacjent mógł udzielić zgody w sposób świadomy.

PIŚMIENNICTWO

1. Marzot S., Il consenso informato: alcune considerazioni sul consenso nella attività medico terapeutica, *Ragiusan* nr 215/216, s. 198.
2. Urbaniak M., Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji Republiki Włoskiej, „*Prawo i Med.*”, 2009, 34 (1).
3. Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *G. U.* 28 dicembre 1978, n. 360.
4. Legge 26 giugno 1967, n. 458, *Gazz. Uff.* 27 giugno 1967, n. 160.
5. Legge 4 maggio 1990, n. 107, *Gazz. Uff.* 11 maggio 1990, n. 108.
6. Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004, s. 321.
7. Zabrano V., Interesse del paziente e responsabilita medica, *Ragiusan*, 3011302, 181.
8. De Roberto A., *La salute nella costituzione*, [w:] *La tutela della salute. Tra tecnica e potere amministrativo* M. Andreis (red.), Giuffrè Editore Milano 2006, s. 40.
9. Iadecola G., In tema di rilevanza penale – come delitto doloso contro la vita e l’incolumità individuale- del trattamento medico eseguito senza il consenso del paziente, *Rivista italiana di medicina legale* 2001 nr 2, s. 220.
10. Cerqua L.D., Consenso del paziente e responsabilità penale del medico: discussione di un caso, *Indice penale* 1999 nr 2, s. 581, 588.
11. Ferrando G., Consenso informato del paziente e responsabilità del medico, principia, problemi e linee di tendenza, *Riv. Crit. Dir. Prix* 1998, s. 65, 43.
12. Facci G., Il consenso informato all’atto medico: esercizio di un diritto costituzionalmente garantito per il paziente o una “trappola” per il sanitario, *La Responsabilità Civile*, Giugno 2006, s. 487.
¹ *Ibidem*, s. 31.
13. La Torre G., Rubrica della Sanità e della Sicurezza Pubblica, *L’amministrazione italiana*, 2006, 3, 447.
14. Fontanella M.I., Il diritto di autodeterminazione del paziente: il consenso informato ed il testamento biologico, *Iustitia*, 2003, 3, 472-473.
15. Cerqua L.D., Consenso del paziente e responsabilità penale del medico: discussione di un caso, *Indice penale* 1999, 2, 551
16. Codice di deontologia medica z dnia 16 grudnia 2006, opublikowany dnia 10 stycznia 2007 roku.
17. Cataldi R., Matricardi C., Romanelli F., Vagnoni S., Zatti V., *La responsabilita professionale del medico*, Maggioli Editore 2006, s. 32.
18. Pederzoli C., Il consenso al trattamento medico e la capacità di agire del paziente, *Ragiusan* nr 120, s. 165.
19. Ambrosetti F., Piccinelli M., Piccinelli R., Il consenso al trattamento medico, *Ragiusan* N. 2351236 - Sez. 4, s. 347.
20. Croci M.C., L’informazione al paziente ed il consenso consapevole del paziente, *Toga picena*, 1998, I, 30.

Adres do korespondencji:

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Zakład Organizacji i Zarządzania
ul. Smoluchowskiego 11
60-779 Poznań

OBOWIĄZKOWA PROCEDURA W KAŻDYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

AN OBLIGATORY PROCEDURE IN EACH HEALTH CENTRE

ALINA ROSZAK

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie
Dyrektor ds. Lecznictwa: lek. med. Krystian Karbowy

Streszczenie

Każdy pracownik zakładu opieki zdrowotnej wie, że praca z chorym to ciągłe narażenie na działanie materiału biologicznego, są jednak sytuacje, w których to narażenie jest zdecydowanie wyższe. Procedura często nazywana „Po ekspozycji zawodowej” wyjaśnia te sytuacje, mówi o metodach postępowania i o zapobieganiu im. Celem mojej pracy jest przedstawienie argumentów, które bezwzględnie będą przemawiać za koniecznością napisania takiej właśnie Procedury.

Słowa kluczowe: procedura, ekspozycja zawodowa, zakażenie, badania przesiewowe.

Otwarte granice, możliwość podróżowania, wewnętrzna ciekawość i wiążące się z tym trudne często do przewidzenia zaskakujące sytuacje prowadzą do założenia, że każdy pracownik zakładu opieki zdrowotnej jest narażony na zakażenie wirusem HIV, HBV, HCV i innymi patogenami szerzącymi się poprzez krew. Dlatego też w każdym zakładzie niezależnie od jego wielkości, specjalistyki, godzin pracy i ilości zatrudnionych osób w swojej wewnętrznej dokumentacji musi znajdować się Procedura dotycząca „Zasad postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalny materiał zakaźny”.

To trudna Procedura. Jej trudność polega przede wszystkim na tym, że treści w niej zawarte muszą być dostosowane do rzeczywistej sytuacji zakładu opieki zdrowotnej i pracujących w nim osób, a nie napisana (przepisana/skopiowana) z miejsc w których taka Procedura już funkcjonuje. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, który „posiada” taką wewnętrzną, ale SWOJĄ Procedurę chroni się przed oskarżeniami pracowników, którzy mogliby w przyszłości wskazać dawne lub obecne miejsce pracy za punkt w którym doszło do ekspozycji zawodowej i w konsekwencji do choroby przewlekłej lub choroby zawodowej. Druga korzyść z Procedury to ta, że ujednotacza ona postępowanie wszystkich pracowników danego zakładu opieki zdrowotnej, chroni przed paniką, nieprzemyślanymi działaniami, wprowadza spokój w działaniu i daje poczucie bezpieczeństwa. Procedura rzeczywiście jest bardzo trudna, ma kilka obszarów na poziomie, których pracodawca musi jednoznacznie się określić.

Summary

Every health centre worker knows that working with the sick means continuous exposure to biological substance but there are situations when this exposure is certainly higher. Procedure often called “ After working exposure” explains these situations and tells about proceeding methods and about prevention. The aim of my thesis is to show arguments which will implicitly support the necessity of writing this kind of procedure.

Key words: procedure, working exposure, infection, screening.

Co więc taka Procedura „Zasady postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalny infekcyjny materiał” musi zawierać i na co szczególnie pracodawca powinien zwrócić uwagę. Otóż należy przede wszystkim rozpocząć od wyjaśnienia definicji:

- Co to jest zakażenie krwiopochodne?
- Co oznacza termin „inny potencjalny infekcyjny materiał”?
- Osoba ekspozowana?
- Ekspozycja zawodowa?
- Pacjent, który jest „powodem” ekspozycji zawodowej?

Wyjaśnię te pojęcia.

Zakażenie krwiopochodne – to takie w którym czynnik zakaźny z krwi jednej osoby może być przeniesiony na inną osobę i prowadzić do zakażenia [1], [2].

Inny potencjalny infekcyjny materiał – to płyny ustrojowe, każda tkanka człowieka żywego lub martwego, komórki, hodowle tkankowe, pożywki zawierające materiał biologiczny z wirusami HIV, HBV, HCV, zwierzęta doświadczalne i ich tkanki, narządy oraz krew [1], [2].

Osoba ekspozowana – to osoba narażona na zakażenie w wyniku kontaktu z krwią lub innym materiałem biologicznym [1].

Ekspozycja zawodowa – to kontakt z krwią lub innym potencjalnym infekcyjnym materiałem zakaźnym przez skórę, oko, jamę ustną lub inną błonę śluzową do której doszło w czasie wykonywania przez pracownika jego obowiązków [1].

Pacjent będący powodem ekspozycji – to chory, którego krew lub inny potencjalny infekcyjny materiał może być dla pracownika źródłem zakażenia w ekspozycji [1].

Jakie są więc rodzaje ekspozycji [2]:

- ekspozycja na skórę nieuszkodzoną
- ekspozycja wątpliwa
- ekspozycja prawdopodobna
- ekspozycja ewidentna
- ekspozycja masywna

Ekspozycja wątpliwa – czyli taka w której doszło do skaleczenia, ale bez widocznego krwawienia i uznana za nieskażoną krwią lub innym materiałem infekcyjnym [2].

Ekspozycja prawdopodobna – doszło do skaleczenia bez widocznego krwawienia, ale miejsce skaleczenia zostało skażone krwią lub innym materiałem infekcyjnym [2].

Ekspozycja ewidentna – to taka w wyniku której doszło do wprowadzenia krwi lub innego materiału potencjalnie infekcyjnego przez uszkodzoną skórę np. przez igłą [2].

Ekspozycja masywna – różni się od ekspozycji ewidentnej ilością wprowadzonej krwi lub innego materiału potencjalnie zakaźnego, czyli w ilości powyżej 1 ml [2].

Ważnym elementem Procedury jest ujednoczenie postępowania i wskazanie kogo i w jakich okolicznościach ona obowiązuje. Równocześnie wyznacza miejsca, w których wymagane czynności należy wykonać.

Moim zdaniem najważniejszymi zasadami działania są:

1. Osoba eksponowana informuje o zdarzeniu swojego bezpośredniego przełożonego. To ważny zapis, ale mało wyjaśniający, gdyż do ekspozycji zawodowej może dojść zarówno na dyżurze rannym, nocnym, świątecznym, w karetce itp. Ścisłe określenie postępowania zaoszczędzi niepotrzebnemu zdenerwowaniu.

2. Wdrożenie Procedury – zachęcam każdą osobę odpowiedzialną za wprowadzanie procedur w miejscu pracy do krótkich, ale częstych wewnętrznych szkoleń. Punkty strategiczne wszystkich procedur, także omawianej muszą być znane każdemu pracownikowi, ale z doświadczenia własnego wiem, że osoba eksponowana w stresie rzadko ma przemyślane działania. A tymczasem spokojne i usystematyzowane czynności zapewnią bezpieczeństwo.

3. Na pewno osoba eksponowana, ze skóry nieuszkodzonej usuwa krew i inny materiał biologiczny gazą zwilżoną środkiem do dezynfekcji skóry, a następnie całą powierzchnię skóry z obszaru ekspozycji dezynfekuje.

4. W ekspozycji skóry uszkodzonej po usunięciu materiału zakaźnego, skażoną okolicę splukuje dużą ilością wody nie hamując wypływu krwi. Nie wolno wyciskać rany. Oczy, które uległy ekspozycji zawodowej przepłukać (otwarte powieki) dużą ilością preparatu 0,9% NaCl lub Aqva.

5. Kolejnym bardzo ważnym etapem omawianej Procedury jest ustalenie rodzaju pobieranych badań. Procedura i zawarte w niej działania mają dopiero sens, gdy równoległe zarówno od osoby eksponowanej, jak i od pacjenta będącego powodem ekspozycji są jednocześnie

wo pobierane badania. Zalecam, aby od chorego pobierać krew na obecność HBsAg, anty – HCV, anty – HIV. Natomiast od personelu zalecam badania HBsAg, anty – HBV, anty – HCV, anty – HIV, próby wątrobowe. Pacjent o rodzaju pobieranych badań musi być poinformowany, a w jego dokumentacji medycznej koniecznie należy umieścić wpis wyjaśniający celowość tych badań (opis zdarzenia). Często, niestety pacjent nie wyraża zgody na pobranie badań, czuje się niekomfortowo i niezręcznie, gdy ta zgoda dotyczy badania na obecność wirusa HIV. Kodeks Etyki Lekarskiej stworzył możliwość przeprowadzenia badania bez zgody pacjenta pozwalając się na „stan wyższej konieczności, tj. zagrożenie życia i zdrowia innych osób” [3]. Z własnego doświadczenia jednak wiem, że pacjent po rozmowie z personelem, który w sposób rzetelny, uczciwy i wyczerpujący wyjaśni konieczność wykonania badania, wyraża na nie zgodę tym bardziej, że jest ono anonimowe i w rubryce „dane pacjenta” wpisuje się inicjały lub pseudonim wskazany przez chorego.

6. Innym równie ważnym etapem w tworzeniu zasad postępowania jest ustalenie kolejności czynności. Może to być np. opis zdarzenia w „Indywidualnej Karcie Ekspozycji Zawodowej” wraz z wskazaniem kto dokonuje w niej wpisów, kto przechowuje i archiwizuje. Obecnie w świetle prawa dokumentacja jest przechowywana przez okres 10 lat [4], [5].

7. Koniecznie i bezwzględnie należy ustalić miejsce wykonywania badań. To kolejny, często trudny do realizacji punkt Procedury, a moim zdaniem niezwykle ważny.

8. Zgodnie ze standardami, jeżeli osoba eksponowana oczekuje na wyniki badań w kierunku wirusa HIV na które pacjent także wyraził zgodę TO NA CZAS OCZEKIWANIA OSOBA EKSPONOWANA MUSI OTRZYMAĆ LEK, KTÓRY OBNIŻA WIREMIĘ WIRUSA (lek antyretrowirusowy). Jeżeli wynik w kierunku wirusa w pierwszym przesiewowym badaniu jest dodatni lub wątpliwy to na pracodawcy ciąży obowiązek „zabezpieczenia” pracownika w lek w takiej ilości, aż będzie on mógł skorzystać z pomocy referencyjnego ośrodka [6]. Profilaktyka powinna być wdrożona jak najszybciej, jak to możliwe do dwóch godzin i nie później niż 36 do 48 godzin od czasu ekspozycji [2]. PODSUMUJE: Lek przeciwko obniżeniu wiremii wirusa HIV jest włączony w proces leczenia, gdy pracownik i pacjent mają pobierane jednocześnie badania w kierunku wirusa HIV. Leczenie jest przedłużane wobec pracownika wówczas, gdy wynik badania PACJENTA jest DODATNI lub WĄTPLIWI. Gdy wynik badania PRACOWNIKA jest DODATNI lub WĄTPLIWI leku NIE NALEŻY PODAWAĆ. Pracownik uległ zakażeniu wirusem HIV co najmniej 6 tygodni wcześniej [7].

9. Chciałabym zwrócić uwagę na fakt, że to pracodawca jest zobligowany do zapewnienia takich środków ochrony osobistej, aby praca jego pracowników była bezpieczna [6].

10. Uwaga ! Wyniki badań w kierunku HIV zarówno pacjenta jak i pracownika muszą być przesyłane w spo-

sób zapewniający ochronę danych osobowych, może np. to być zaklejona koperta [6].

11. Na pewno koszty związane z zakupem leku antyretrowirusowego dla pracowników są duże, zważając na fakt, że koszt 1 tabletki to około 50–60 zł (czas działania leku 12 godzin).

12. Innym ważnym punktem Procedury są kontrolne badania. W kierunku wirusa HIV po 6 tygodniach po ekspozycji i kolejne po 3 i 6 miesiącach. Jeżeli po 6 miesiącach wynik badania jest ujemny osoba ta jest niezakażona i kończy się obserwację. Do czasu uzyskania ujemnych ostatecznych wyników badań serologicznych osoba, która uległa ekspozycji powinna zachować wstrzemięźliwość seksualną (bądź przestrzegać zasad bezpiecznego seksu), unikać ciąży, nie karmić piersią, wstrzymać się od oddawania krwi, plazmy, nasienia, tkanek [2].

13. Badanie kontrolne w kierunku wirusa HCV wykonane po 3 miesiącach i uzyskanie wyniku ujemnego kończy obserwację.

14. Wszystkie badania wykonywane w dniu ekspozycji tworzą obraz stanu zdrowia pracownika tzw. „na wejście” w procesie pełnego monitorowania. Oczywiście, że pracownik może być w „okienku serologicznym” stąd w badaniach zalecam pobieranie antygenu wirusa HBV (HBsAg) oraz prób wątrobowych, gdyż są to pierwsze wyznaczniki pracy wątroby. Średnio HBsAg pojawia się po 2–4 tygodni po zakażeniu [7]. Rzeczywiście tutaj może pojawić się kolejne pytanie „że przecież wszyscy pracownicy zakładów opieki zdrowotnej muszą być zaszczepieni p/WZW typu B” przed rozpoczęciem pracy zawodowej [8]. I tak jest, ale czy każda osoba zarówno pacjent, jak i pracownik przed rozpoczęciem swoich szczepień miał wykonane badanie potwierdzające, że na pewno nie uległ wcześniejszemu zakażeniu? Rzadko także pilotuje się w trakcie trwania umowy o pracę, pracownikowi poziomu p/ciał anty – HBV. Obecnie zgodnie z zaleceniami nawet przy niskim poziomie p/ciał „nie odszczepia się”, jak również nie rozpoczyna się nowego cyklu szczepień [8]. Od decyzji lekarza prowadzącego zależy jaką metodę zastosuje wobec pracownika czy będzie on „odszczepiony”, czy może rozpocznie nowy cykl szczepień. Paradoksalnie więc ekspozycja zawodowa to dobra okazja na monitorowanie stanu swojego zdrowia.

Z przedstawionej analizy nasuwa się przede wszystkim jeden podstawowy wniosek – PROCEDURA „PO EKSPOZYCJI” JEST BARDZO DROGA. W rzeczywistości może okazać się, że koszt NIE POSIADANIA tej Procedury jest wyższy niż jej przestrzeganie. Dlatego musi być ona przemyślana, rzeczywista i możliwa do realizacji. Ścisłe podzielenie kosztów na te które ponosi pracodawca i te, które np. ze względu na trudną sytuację ekonomiczną będzie musiał ponieść pracownik jest podstawą i punktem wyjścia do rzetelnej ochrony. Idealnie byłoby także uzyskać od radcy prawnego zapis potwierdzający, że zasady postępowania są zgodne z obowiązują-

jącym w Polsce prawem tym bardziej jeśli są stworzone na jej potrzeby wewnętrzne druki.

Zapobieganie ekspozycji:

- zaopatrywać rany i inne otwarte zmiany na skórze wodoodpornym opatrunkiem
- stosować środki ochrony osobistej
- unikać kontaktu z materiałem biologicznym
- unikać stosowania ostrych narzędzi
- ostry sprzęt jednorazowy, bezpośrednio po użyciu należy wyrzucić do specjalnych,
- odpornych na przekłucie pojemników, pojemniki te uzupełniane są do 2/3 swojej objętości
- nie nakładać na użytą igłę lub inny ostry sprzęt osłonek
- dezynfekować ręce

Dane epidemiologiczne w Polsce HIV i AIDS od początku epidemii (1985 r.) do dnia 31.03.2010 r. opracowane na podstawie danych NIŻ – PZH [9]:

- 12 834 zakażonych ogółem
- co najmniej 5 636 zakażonych w związku z używaniem narkotyków
- 2 348 zachorowań na AIDS
- 1 022 chorych zmarło.

PIŚMIENNICTWO

1. Fleischer M., Bober-Greek B., Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2006, 19-385.
2. Ministerstwo Zdrowia. Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS, obowiązkowe standardy postępowania dla pracowników medycznych, Krajowe Centrum ds. AIDS IV 2002, 45-52.
3. Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 15 ust. 3
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010, Dz. U. Nr 100, poz. 645 w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005, Dz. U. Nr 81, poz. 716 w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zarówno narażonych na te czynniki.
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008, Dz. U. Nr 234, poz. 1570. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
7. Dziubek Z. (red.), Choroby zakaźne i pasożytnicze, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 278, 341.
8. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 22 października 2009 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2010.
9. www.aids.gov.pl

Adres do korespondencji
mgr Alina Roszak
ul. Margaretkowa 1/66
62-510 Konin
Tel. kom.: 600475671
e-mail: zibir@konin.lm.pl

ROPNIE ODBYTU I ICH NASTĘPSTWA

ANAL ABSCESS AND THEIR RESULTS

EWA PŁACHECKA

Proktologia, Pododdział Chirurgii Ogólnej
Śródmiejski Szpital Urazowy w Warszawie – ul. Solec 93
Ordynator: dr n. med. Małgorzata Kołodziejczak

Streszczenie

Ropień okolicy odbytu jest najczęstszą chorobą proktologiczną, z powodu której pacjent zgłasza się do szpitala na ostry dyżur. Jest chorobą powszechną i prostą w leczeniu, jeżeli przestrzega się kilku zasad: należy szybko otworzyć ropień, ważny jest prawidłowy dostęp do ropnia, operator musi ocenić, jaką część mięśnia można bezpiecznie przeciąć u konkretnego chorego. Należy nadmienić, że jeśli lekarz wykonujący ten zabieg nie ma doświadczenia proktologicznego, metoda ta może skutkować pooperacyjnym nietrzymaniem gazów u pacjenta.

Słowa kluczowe: ropień odbytu, operacja, powikłania.

Summary

Perianal abscess is the most frequent proctologic disease which requires taking a patient to the hospital emergency department. It is a disease that is common and easy to treat if a few rules are obeyed: the abscess has to be immediately cut open, it is important to have a proper access to the abscess. The surgeon has to judge which part of muscle of a particular person can be safely cut. It is worth mentioning that if the surgeon performing the treatment has no proctologic experience, this method can result in postoperative gas incontinence.

Key words: anal abscess, surgery, complications.

Wstęp

Odbytnica jest końcowym odcinkiem jelita grubego. Jej zadaniem jest magazynowanie i wydalanie stolca. Zasadniczą jej część stanowią bańkowato poszerzone odcinek jelita, wścielony błoną śluzową, zwężającą się ku dołowi w kanał odbytu. Kanał odbytu jest końcowym odcinkiem przewodu pokarmowego, przez który następuje wydalanie stolca na zewnątrz. Na poziomie 1/3 kanału odbytu znajduje się szereg naprzemiennie leżących zagłębień i wyniosłości (krypty i brodawek). Miejsce to nazywane jest kresą grzebieniastą. Ponad tą linią kanał odbytu wyścielony jest błoną śluzową, zwaną anoderma. W dnice krypty znajdują się gruczoły, zaś w samych kryptach mogą zatrzymywać się resztki pokarmowe, powodując ich stan zapalny. Stąd też krypty stanowią punkt wyjścia dla wielu schorzeń. Większość stanów zapalnych odbytu wiąże się z zakażeniem gruczołów okołoodbytowych. Zakażenie pochodzenia kałowego wnika przez zatokę do przewodów gruczołowych i do tkanki gruczołowej, wywołując odczyny zapalne w postaci nacieków. Zasięg zmian zapalnych w głąb ściany kanału odbytniczego odpowiada rozmieszczeniu gruczołów. Zmiany zapalne obejmują przede wszystkim zatokę i jej otoczenie, powodując kliniczne objawy zapalenia ostrego i przewlekłego, często z okresowymi zaostrzeniami. W okresie zaostrzenia występuje piekący ból w odbycie, który nasila się po oddaniu stolca. Lekarz proktolog badając palcem przez odbyt stwierdza wzmożone napięcie zwieracza wewnętrznego i bolesność w otoczeniu

chorej zatoki. Podczas badania wziernikiem nie zawsze uwidaczniają się zmiany zapalne, często jednak dostrzeżać się ograniczone przekrwienie, a w bardziej ostrych stanach można stwierdzić pogłębienie zatoki, miejscowe obrzmienie, a brzegiem wziernika daje się niekiedy wycisnąć z niej kroplę ropy. Po wielu powtarzających się zaostrzeniach ulega powiększeniu brodawka sąsiadująca z chorą zatoką, dochodzi do zastojów chłonki i tworzy się obrzękły brzośny fałd skórny w obrębie chorej zatoki (guzek wartowniczy), który w okresach zaostrzeń staje się nacieczony, sztywny, często przyjmuje kształt łódkowaty, zwrócony wklęsłością w stronę kanału odbytniczego. Chorzy skarżą się na silne bóle nasilające się przy próbach siadania. Po kilku dniach ostry stan mija i choroba stopniowo przyjmuje stan przewlekły. Należy liczyć się z możliwością nawrotów po upływie miesięcy, a nawet lat. W ostrym stanie zapalnym stosuje się leczenie zachowawcze: leżenie w łóżku, zaleca się leki o miejscowym działaniu przeciwzapalnym, przeciwbólowym i przeciwobrzękowym. W okresie przewlekłym zaleca się leczenie operacyjne, które zapobiega dalszym nawrotom i rozwojowi innych form zakażenia zatokowego.

Klasyfikacja ropni odbytu

Wśród badaczy zajmujących się proktologią a głównie ropniami i przetokami, panuje pogląd, że ropień przetoka odbytu to ostra i przewlekła faza tej samej choroby. Za główną przyczynę powstawania ropni uważa

się infekcję bakteryjną gruczołów Hermana, które znajdują się w dnie krypt odbytowych. Infekcja ropna szerzy się wśród szczelin anatomicznych sąsiadujących z odbytem. Może przechodzić pod błonę śluzową, może rozwijać się w przestrzeni międzyzwieraczowej, poza zwieraczami do tkanki podskórnej w okolicy odbytu, do tkanek krocza, do jednego lub obu dołów kulszowo-odbytniczych. Ropnie torują sobie drogę pod ciśnieniem i przebijają się przez skórę na zewnątrz lub do kanału odbytu. Rozpoznanie ropni odbytu opiera się na wywiadzie, badaniu przedmiotowym i badaniach dodatkowych. Objawy ropni odbytu są podobne do objawów ropnia występującego w innych miejscach organizmu. Może to być wysoka temperatura, dreszcze, ból, rozpieranie w odbycie.

Charakterystyczną cechą tej okolicy jest to, że im wyżej położony ropień od brzegu odbytu, objawy są słabsze, dominują objawy ogólne. Natomiast w ropniach nisko położonych prawie zawsze stwierdza się chęłbotanie i wizualnie zmieniona okolica odbytu. Największym problemem diagnostycznym są ropnie wysokie międzyzwieraczowe – ból pojawia się późno, a objawy chęłbotania są niewielkie. W tym przypadku pomocnym badaniem jest badanie ultrasonograficzne transrektalne [1].

Podstawą klasyfikacji ropni odbytu jest ich lokalizacja w przestrzeniach anatomicznych. W piśmiennictwie najczęściej stosowana jest klasyfikacja Cormana. Według autora ropnie można podzielić na:

- przyodbytowe
- kulszowo-odbytnicze
- miedniczno-odbytnicze
- międzyzwieraczowe
- nietypowe.

Częstość występowania poszczególnych ropni jest różna u różnych autorów. Nie wszyscy autorzy stosują jednolitą klasyfikację ropni. Jedni oddzielnie klasyfikują ropnie podśluzowe, inni „wrzucają” je do grupy ropni nietypowych. W większości opracowań jednak ropień podskórny jest tym ropniem, który pojawia się najczęściej. Do ropni nietypowych zaliczamy między innymi tzw. ropnie podkowiaste, w których infekcja rozpoczyna się w kryptcie odbytu poprzez tylną przestrzeń zaodbytową, rozprzestrzenia się w obie strony do dołów kulszowo-odbytniczych. Ropnie podkowiaste często są początkiem przetok podkowiastych. Obserwując pewne różnice w częstości występowania ropni należy wziąć pod uwagę, że np. często ropnie kulszowo-odbytnicze są postrzegane jako ropnie podskórne, jeśli pacjent zgłasza się do chirurga w późnym okresie choroby, wtedy ropień kulszowo-odbytniczy „torując sobie drogę” pod ciśnieniem przebijają się pod skórę. Również tak rzadko opisywane ropnie miedniczno-odbytnicze mogą być czasem zaliczane do ropni kulszowo-odbytniczych, kiedy infekcja z przestrzeni miedniczno-odbytniczej przejdzie do dołu kulszowo-odbytniczego [2]. W moim Oddziale Proktologii zaobserwowano większą ilość ropni międzyzwieraczowych, niż w statystykach innych oddziałów.

Wydaje się, że przyczyną dużej liczby ropni międzyzwieraczowych w moim oddziale jest fakt, że jest to

oddział specjalistyczny i przysyłani są tu na konsultację chorzy z trudnymi ropniami z innych szpitali.

ROPIEŃ PODSKÓRNY: jest to ropień z którym chirurg proktolog spotyka się na co dzień i który nie przedstawia większych trudności w rozpoznawaniu. Ropień podskórny uwidacznia się jako bolesny, chęłbotający guz przy odbycie. Skóra nad nim jest zaczerwieniona i bolesna. Ropień taki otwiera się cięciem promienistym, odpowiednio szerokim, tak aby nie było zacieków i kieszeni. Przy ropniach tylnych dopuszczalne jest cięcie łukowate. Po otwarciu kontrolujemy dno jamy ropnia, gdyż ropień ten może stanowić zejściową formę nie leczonego ropnia kulszowo-odbytniczego. W takim przypadku może dojść do powstania ropnia „klepsydrowatego”, który wymaga poszerzenia „szyi klepsydry” i wysokiego drenażu.

ROPIEŃ KULSZOWO-ODBYTNICZY – sposób operowania przebiega, tak jak w ropniach podskórnych. W przypadkach ropni kulszowo-odbytniczych stosuje się z reguły cięcie promieniste i „na tępo”, palcem kontroluje dno rany. Dostęp do ropnia kulszowo-odbytniczego można też uzyskać stosując cięcie równoległe do brzegu odbytu, między kością guziczną a zwieraczem zewnętrznym. W tylnej części dołu kulszowo-odbytniczego przebiega nerw odbytniczy dolny. Jest on odgałęzieniem nerwu sromowego i odpowiada za unerwienie ruchowe mięśnia zwieracza zewnętrznego. Nacinając ropnie kulszowo-odbytnicze należy pamiętać o istnieniu tego nerwu i penetrować dno rany „na tępo” tak, żeby nie uszkodzić nerwu odbytniczego dolnego. Ważną z praktycznego punktu widzenia sprawą jest odróżnienie ropnia podkowiastego od jednostronnego kulszowo-odbytniczego, gdyż zdrenowanie tylko jednej strony ropnia może okazać się nieskuteczne. Nie powinno się drenować tych ropni przez odbytnicę, gdyż można stworzyć przetokę pozazwieraczową, mającą swoje ujście wysoko w odbytnicy. Przetokę taką z reguły trzeba leczyć dwuetapowo z wytworzeniem stomii.

ROPIEŃ PODKOWIASTY – infekcja z reguły ma swój początek w tylnej kryptcie i przechodzi do głębokiej przestrzeni zaodbytowej, a następnie rozchodzi się w obie strony do dołów kulszowo-odbytniczych. Ropień podkowiasty może rozprzestrzenić się do powierzchniowej przestrzeni zaodbytowej. Przestrzeń zaodbytowa głęboka znajduje się między powierzchniową częścią mięśnia zwieracza zewnętrznego a mięśniem dźwignaczem odbytu, zaś przestrzeń zaodbytowa powierzchniowa znajduje się między podskórną częścią mięśnia zwieracza zewnętrznego a skórą. Postępowanie w ropniach podkowiastych od lat jest przedmiotem wielu sporów. W naszym Oddziale Proktologii zaleca się nacięcie ropnia podkowiastego w pierwszym etapie dotarcie do głównej jamy ropnia cięciem poprzecznym między brzegiem odbytu a kością guziczną, rozwarstwiając powierzchniowe włókna mięśnia zwieracza zewnętrznego i docierając do tylnej przestrzeni zaodbytowej, a następnie otwierając szeroko i setonując boczne zacieki. Dużej ostrożności wymaga nacięcie przednich ropni podkowiastych, szczególnie u kobiet, u których mięsień zwieracz zewnętrzny jest z przodu cieńszy, niż u mężczyzn. Na

przednim obwodzie brak jest bowiem „protekcji” mięśnia łonowo-odbytniczego, który to mięsień ma podstawowe znaczenie w mechanizmie trzymania stolca. W drenażu tych ropni powinno się unikać sztywnych drenów (możliwość uszkodzenia lub odleżyny w ścianie odbytnicy), na korzyść wymienionych setonów.

ROPIEŃ MIĘDZYZWIERACZOWY – występuje między zwieraczem wewnętrznym a zewnętrznym. Ropień ten może być trudny do rozpoznania, szczególnie wtedy, kiedy jest „wysoki”, czyli gdy infekcja dotyczy obszaru umiejscowionego powyżej linii grzebieniastej. W takich przypadkach nie odczuwa się bólu, a jedynie uczucie dyskomfortu i rozpierania w bańce odbytnicy. Powyżej linii grzebieniastej nie ma bowiem unerwienia somatycznego. Pacjent może odczuwać bóle w dole brzucha oraz może mieć zatrzymanie moczu. W przypadku, kiedy ropień międzyzwieraczowy znajduje się nisko, można wyczuć chęłbotanie „biorąc” w dwa palce brzeg odbytu. Może być wtedy wyczuwalne chęłboczące, bolesne zgrubienie. Dobrze jest zbadać pacjenta w pozycji Simsa, na boku, poszukując palcem w linii grzebieniastej bolesnego punktu. Trzeba pamiętać, że w pozycji litotomijnej zgrubienie może się „zapaść” i ropień może być trudny do zlokalizowania. Często pierwszym objawem ropnia międzyzwieraczowego jest ropny wyciek z kanału odbytu, kiedy dochodzi do samoistnego przebiccia się ropnia do krypty. W anoskopie może być widoczny otwór w krypcie sączący ropną wydzielinę. Z reguły jednak w wyniku samoistnego opróżnienia się ropnia drenaż jamy ropnia nie jest wystarczający i trzeba poszerzyć ujście kryptowe śródoperacyjnie. Jeśli ropień nie przebił się samoistnie do krypty, można wykonać punkcję „podejrzaną” krypty. Po określeniu lokalizacji ropnia należy poszerzyć ujście kryptowe swobodnie w dół do brzegu odbytu, a ostrożnie do góry, w kierunku odbytnicy. Jeśli ropień położony jest nisko, poniżej linii grzebieniastej, powinno się przeciąć włókna zwieracza wewnętrznego, otwierając całkowicie jamę ropnia. Najważniejszą zasadą nacinania wysokich ropni międzyzwieraczowych jest to, żeby je otwierać od strony kanału odbytu, poszerzając ujście kryptowe, a nie od zewnątrz, od strony skóry. Jeśli ropień międzyzwieraczowy otworzy się cięciem skórnym, stwarza to idealne warunki do wytworzenia przetoki nadzwieraczowej. Dlatego tak bardzo ważne jest określenie lokalizacji takiego ropnia przed zabiegiem, zanim podejmie się decyzję o sposobie jego nacięcia.

ROPIEŃ MIĘDNICZNO-ODBYTNICZY (NADDŹWIGACZOWY) – etiologia tych ropni rzadko jest związana z zapaleniem krypty odbytovej. Przyczyną powstawania tych ropni może być choroba zapalna występująca w jamie brzusznej (zapalenie przydatków, zapalenie uchyłków jelita grubego, zapalenie wyrostka robaczkowego). Pacjent może chorować kilka tygodni, a rozpoznanie tego typu ropni często nie jest łatwe. Ból może nie występować, a jedynie parcie na odbytnicę, kłopoty z oddawaniem moczu, uczucie dyskomfortu. Pacjent może być w złym stanie ogólnym, z reguły hektycznie gorącz-

kuje z dreszczami, może być podwyższony poziom leukocytów we krwi. W późnym okresie mogą dołączyć się bóle w podbrzuszu, zaburzenia perystaltyki i zatrzymanie moczu.

W rozpoznaniu tego ropnia pomaga ultrasonograficzne badanie przedodbytnicze i ultrasonograficzne badanie jamy brzusznej oraz, jeżeli jest to możliwe, tomografia komputerowa. Zdarza się, że tego typu ropień rozpoznaje się dopiero po otwarciu ropnia kulszowo-odbytniczego, kiedy widzimy wypływającą ropę z przestrzeni naddźwigaczowej. Należy wtedy bardzo ostrożnie poszerzyć otwór łączący dół kulszowo-odbytniczy z przestrzenią naddźwigaczową palcem lub kleszczykami, a następnie założyć dren lub seton. Sposób operacji ropnia miedniczno-odbytniczego powinien być uzależniony od przyczyny tego ropnia. Jeżeli przyczyną jest choroba zapalenia jamy brzusznej (zapalenie uchyłków), to najlepszym sposobem drenażu jest otwarcie ropnia przez laparotomię. Jeśli jest to występująca infekcja odkryptowa, to dopuszczalny jest drenaż przez odbytnicę [3, 4].

Metody leczenia ropni

Główną i pierwszą metodą leczenia ropni to nacięcie ropnia. Nacięcie ropnia dokonuje się od strony skóry lub od strony kanału odbytu poprzez kryptę. Większość ropni niskich nacina się od strony skóry, natomiast duża część ropni wysokich otwierana jest od strony krypty.

Ropień podskórny jest to ropień z którym chirurg proktolog spotyka się na co dzień i który nie przedstawia większych trudności w rozpoznaniu. Ropień podskórny uwidacznia się jako bolesny, chęłboczący guz przy odbycie. Skóra nad nim jest zaczerwieniona i bolesna.

„Ropień taki otwiera się cięciem promienistym, odpowiednio szerokim tak, aby nie było zacieków i kieszeni. Przy ropniach tylnych dopuszczalne jest cięcie łukowate. Po otwarciu kontrolujemy dno jamy ropnia, gdyż ropień ten może stanowić zejściową formę nie leczonego ropnia kulszowo-odbytniczego. W takim przypadku może dojść do powstania ropnia „lepsydrowego”, który wymaga poszerzenia „szyi klepsydry” i wysokiego drenażu.

Ropień kulszowo-odbytniczy – sposób operowania przebiega, tak jak w ropniach podskórnych.

W przypadkach ropni kulszowo-odbytnicznych stosuje się z reguły cięcie promieniste i „na tępo”, palcem kontroluje dno rany. Dostęp do ropnia kulszowo-odbytniczego można też uzyskać stosując cięcie równoległe do brzegu odbytu, między kością guziczną a zwieraczem zewnętrznym. W tylnej części dołu kulszowo-odbytniczego przebiega nerw odbytniczy dolny. Jest on odgałęzieniem nerwu sromowego i odpowiada za unerwienie ruchowe mięśnia zwieracza zewnętrznego. Nacinając ropnie kulszowo-odbytnicze należy pamiętać o istnieniu tego nerwu i penetrować dno rany „na tępo” tak, żeby nie uszkodzić nerwu odbytniczego dolnego. Ważną, z praktycznego punktu widzenia, sprawą jest odróżnienie ropnia podkowiastego od jednostronnego kulszowo-odbytniczego, gdyż zdrenowanie

tylko jednej strony ropnia może nie okazać się skuteczne. Nie powinno się drenażować tych ropni przez odbytnicę, gdyż można stworzyć przetokę pozazwieraczową, mającą swoje ujście wysoko w odbytnicy. Przetokę taką z reguły trzeba potem leczyć dwuetapowo, z wytworzeniem stomii.

Ropień podkowiasty – infekcja z reguły ma swój początek w tylnej krypcie i przechodzi do głębokiej przestrzeni zaodbytowej, a następnie rozchodzi się w obie strony do dołów kulszowo-odbytniczych. Ropień podkowiasty może rozprzestrzenić się do powierzchniowej przestrzeni zaodbytowej. Przestrzeń zaodbytowa głęboka znajduje się między powierzchnią częścią mięśnia zwieracza zewnętrznego a mięśniem dźwigaczem odbytu, zaś przestrzeń zaodbytowa powierzchniowa znajduje się między podskórną częścią mięśnia zwieracza zewnętrznego a skórą. Postępowanie w ropniach podkowiastych od lat jest przedmiotem wielu sporów. W naszym Oddziale Proktologii zaleca się przy nacięciu ropnia podkowiastego w pierwszym etapie dotarcie do głównej jamy ropnia cięciem poprzecznym między brzegiem odbytu a kością guziczną, rozwarstwiając powierzchniowe włókna mięśnia zwieracza zewnętrznego i docierając do tylnej przestrzeni zaodbytowej, a następnie otwierając szeroko i setonując boczne zacieki. Dużej ostrożności wymaga nacięcie przednich ropni podkowiastych, szczególnie u kobiet, u których mięsień zwieracz zewnętrzny jest z przodu cieńszy, niż u mężczyzn. Na przednim obwodzie brak jest bowiem „protekcji” mięśnia łonowo-odbytniczego, który to mięsień ma podstawowe znaczenie w mechanizmie trzymania stolca. W drenażu tych ropni powinno się unikać sztywnych drenów (możliwość uszkodzenia lub odleżyny w ścianie odbytnicy), na korzyść wymiennych setonów.

Ropień międzyzwieraczowy – występuje między zwieraczem wewnętrznym a zewnętrznym. Ropień ten może być trudny do rozpoznania, szczególnie wtedy, kiedy jest „wysoki”, czyli gdy infekcja dotyczy obszaru umiejscowionego powyżej linii grzebieniastej. W takich przypadkach pacjent nie odczuwa bólu, a jedynie uczucie dyskomfortu i rozpierania w bańce odbytnicy. Po wyżej linii grzebieniastej nie ma bowiem unerwienia somatycznego. Pacjent może odczuwać ból w dole brzucha oraz może mieć zatrzymanie moczu. W przypadku kiedy ropień międzyzwieraczowy znajduje się nisko, można wyczuć chełbotanie „biorąc” w dwa palce brzeg odbytu. Może być wtedy wyczuwalne chełboczące, bolesne zgrubienie. Dobrze jest zbadać pacjenta w pozycji Simsa, na boku, poszukując palcem w linii grzebieniastej bolesnego punktu. Trzeba pamiętać, że w pozycji litotomijnej zgrubienie może się „zapaść” i ropień może być trudny do zlokalizowania. Często pierwszym objawem ropnia międzyzwieraczowego jest ropny wyciek z kanału odbytu, kiedy dochodzi do samoistnego przebiccia się ropnia do krypty. W anoskopie może być widoczny otwór w krypcie sączący ropną wydzielinę. Z reguły jednak w wyniku samoistnego opróżnienia się ropnia drenaż jamy ropnia nie jest wystarczający i trzeba poszerzyć ujście kryptowe śródoperacyjnie. Jeśli ropień

nie przebił się samoistnie do krypty, można wykonać punkcję „podejrzaną” krypty. Po określeniu lokalizacji ropnia należy poszerzyć ujście skryptowe swobodnie w dół do brzegu odbytu, a ostrożnie do góry, w kierunku odbytnicy. Jeśli ropień położony jest nisko, poniżej linii grzebieniastej, powinno się przeciąć włókna zwieracza wewnętrznego, otwierając całkowicie jamę ropnia. Najważniejszą zasadą nacinania wysokich ropni międzyzwieraczowych jest to, żeby je otwierać od strony kanału odbytu, poszerzając ujście skryptowe, a nie od zewnątrz, od strony skóry. Jeśli ropień międzyzwieraczowy otwory się cięciem skórnym, stwarza się idealne warunki do wytworzenia przetoki nadzwieraczowej. Dlatego tak bardzo ważne jest określenie lokalizacji takiego ropnia przed zabiegiem, zanim podejmie się decyzję o sposobie jego nacięcia.

Ropień miedniczno-odbytniczy (naddźwigaczowy) – etiologia tych ropni rzadko jest związana z zapaleniem krypty odbytowej. Przyczyną powstawania tych ropni może być choroba zapalna występująca w jamie brzusznej (zapalenie przydatków, zapalenie uchyłków jelita grubego, zapalenie wyrostka robaczkowego). Pacjent może chorować kilka tygodni, a rozpoznanie tego typu ropni często nie jest łatwe. Ból może nie występować, a jedynie parcie na odbytnicę, kłopoty z oddawaniem moczu, uczucie dyskomfortu. Pacjent może być w złym stanie ogólnym, z reguły hektycznie gorączkuje z dreszczami, może być podwyższony poziom leukocytów we krwi. W późnym okresie mogą dołączyć się bóle w podbrzuszu, zaburzenia perystaltyki i zatrzymanie moczu. W rozpoznaniu tego ropnia pomaga ultrasonograficzne badanie przez odbytnicę i ultrasonograficzne badanie jamy brzusznej oraz, jeżeli jest to możliwe, tomografia komputerowa. Zdarza się, że tego typu ropień rozpoznaje się dopiero po otwarciu ropnia kulszowo-odbytniczego, kiedy widzimy wypływającą ropę z przestrzeni naddźwigaczowej. Należy wtedy bardzo ostrożnie poszerzyć otwór łączący dół kulszowo-odbytniczy z przestrzenią naddźwigaczową palcem lub kleszczykami, a następnie założyć dren lub seton. Sposób operacji ropnia miedniczno-odbytniczego powinien być uzależniony od przyczyny tego ropnia. Jeżeli przyczyną jest choroba zapalenia jamy brzusznej (zapalenie uchyłków), to najlepszym sposobem drenażu jest otwarcie ropnia przez laparotomię. Jeśli jest to występująca infekcja odkryptowa, to dopuszczalny jest drenaż przez odbytnicę.

Powikłania po operacji ropni odbytu

O powikłaniu mówimy wówczas, gdy po nacięciu ropni pojawi się:

- następny ropień
- niewydolność zwieraczy
- zatory i martwica tkanek krocza (Zespół Fourniera)
- przetoka.

Jeżeli w krótkim czasie od nacięcia ropnia (do 2–3 tygodni) wytworzy się następny ropień, świadczy to z reguły o niedoszczętnym opróżnieniu jamy ropnia podczas

pierwszego zabiegu. Jest to z reguły ten sam ropień, tylko niedoszczętnie zdrenowany. Złe prowadzenie pooperacyjnego pacjenta, niedostateczne częste płukanie rany może doprowadzić do zbyt szybkiego zagojenia rany od dołu i nawrotu ropnia w tym samym miejscu.

Niewydolność zwieraczy jest rzadkim powikłaniem po nacięciu ropnia. Może być skutkiem uszkodzenia mięśnia zwieracza zewnętrznego w trakcie nacięcia ropnia. Do nietrzymania gazów może też dojść w wyniku przecięcia mięśnia zwieracza wewnętrznego, co może mieć miejsce przy otwieraniu ropni międzyzwieraczowych.

Zespół Fourniera jest to najcięższe, na szczęście rzadkie powikłanie septyczne „przetrzymanych” ropni. Polega ono na rozległej martwicy tkanek krocza spowodowana jest zatorami bakteryjnymi w naczyniach. Powikłanie to często dotyczy otyłych cukrzyków oraz pacjentów o obniżonej odporności z inną chorobą uogólnioną, np. z gruźlicą, rozsianym procesem nowotworowym. Pacjenci z tym powikłaniem są w skrajnie ciężkim stanie, wysoko gorączkują, mają objawy wstrząsu septycznego. Pacjent może mieć zaburzenia świadomości i choroba może zakończyć się zgonem. Żeby uratować chorego z zespołem Fourniera, leczenie musi być bardzo energiczne. Przede wszystkim polega na szybkim, bardzo rozległym usunięciu martwiczych tkanek krocza. W zespole Fourniera tkanki krocza mają bardzo charakterystyczny wygląd: skóra może być czarna, a mięśnie szare, „jakby ugotowane”, nie krwawiące. Należy wyciąć wszystkie martwe tkanki aż do uzyskania krwawienia, które świadczy o żywotności tkanki. Trzeba mieć świadomość, że jest to zabieg ratujący życie pacjenta. Rany należy w miarę możliwości zostawić otwarte, obficie płukać wodą utlenioną i roztworami antybiotyków [4].

Przetoka odbytu źle naciętego ropnia nie jest powikłaniem. Przetoka może powstać po prawidłowo wykonanym zabiegu nacięcia ropnia. Jeżeli jednak ropień nie zostanie szybko i w sposób dostatecznie szeroko nacięty, infekcja rozprzestrzenia się do przestrzeni anatomicznych sąsiadujących z odbytem. Ropa toruje sobie drogę pod ciśnieniem, tworząc kanały i zacieki w przestrzeniach anatomicznych wokół odbytu i przetoka, która wtedy powstanie jest dużo bardziej rozgałęziona i trudniejsza do leczenia. Z obserwacji klinicznych przeprowadzonych w moim Ośrodku Proktologicznym wynika, że istnieje ogromne zapotrzebowanie na zwiększenie liczby łóżek w celu tak gwałtownie rosnącej liczby pacjentów z ropniem odbytu. Obecnie istniejący jedyny oddział w Polsce zajmujący się leczeniem ropni odbytu mieści się w Szpitalu Śródmiejskim w Warszawie. Oddział nasz liczy 17 łóżek, co jest liczbą ciągle niewystarczającą.

Opieka pielęgniarska przed- i pooperacyjna

Pacjent przybywający do oddziału proktologicznego wie, że czeka go operacja, której zazwyczaj się boi, kojarzy się ona z bólem i utratą poczucia swobody. Pierwszą osobą,

którą spotyka pacjent jest pielęgniarka. Dlatego też powinna ona umieć szybko nawiązać kontakt z chorym, zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa, ułatwić adaptację do warunków oddziału. Po przybyciu pacjenta do oddziału należy zaprowadzić go do sali, w której będzie przebywać przez większą ilość czasu, poznać z innymi pacjentami. Obowiązkiem pielęgniarki jest pokazanie pacjentowi pomieszczeń oddziału, udzielenie odpowiedzi na zadane pytania oraz wyjaśnienie wszystkich wątpliwości.

W czasie wykonywania podstawowych pomiarów: wzrostu, wagi, ciśnienia tętniczego i tętna, można przy wnikliwej obserwacji wstępnie określić reakcję pacjenta na hospitalizację. Przebiega ona pod różnymi postaciami, np. gadatliwości, nerwowości, zamknięcia w sobie. Właściwa diagnoza pielęgniarska pozwala na określenie postępowania z chorym. Przybycie pacjenta do szpitala jest wielkim przeżyciem, stresem. Zaobserwować można u pacjenta przerażenie, lęk i niepokój swoje życie. Przybywając na oddział, pierwszą osobą z którą się spotyka jest pielęgniarka. Jej postawa, spokój, opanowanie i profesjonalne postępowanie z pacjentem zmniejsza napięcie emocjonalne. Pielęgniarka stara się pozyskać zaufanie pacjenta, jak i jego rodziny, staje się rzecznikiem jego praw w sprawach leczenia i opieki. Realizowanie ogólnych zasad przez pielęgniarkę w chwili przyjęcia pacjenta do oddziału przyczynia się do zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa psychicznego. W rozmowie powinna cechować ją wyrozumiałość i uprzejmość a wyjaśnienia należy udzielić w sposób najprostszy i w pełni zrozumiały. Pielęgniarka informuje chorego o osobach, które będą z nim przeprowadzać wywiad – lekarz anestezjolog, który wyjaśni wątpliwości dotyczące znieczulenia, lekarz proktolog, który wyjaśni przebieg operacji. Celem takiej rozmowy jest uspokojenie pacjenta, dodanie mu otuchy, wiary w leczenie, zachęcenie do podporządkowania się zasadom panującym w oddziale [12, 13].

Na powodzenie zabiegu operacyjnego w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego wpływa dobre oczyszczenie jelit. W naszym oddziale stosujemy płukanie roztworem płynu fosforanowego w postaci dwóch wlewk co powoduje, że chory po operacji nie ma problemu w oddaniu stolca, a rana goi się prawidłowo. Dzień przed zabiegiem pacjent przyjmuje tylko płyny i swoje leki, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania jego organizmu oraz pielęgniarka wykonuje manometrię – badanie ciśnienia zwieracza zewnętrznego, zwieracza wewnętrznego oraz ciśnienie w kanale odbytu. W dniu zabiegu lekarz operujący chorego wykonuje rektoskopię w celu sprawdzenia przygotowania dolnego odcinka kanału odbytu.

Po operacji, jeśli parametry życiowe chorego są prawidłowe, pacjent wraca na swoją salę. Pielęgniarka otrzymuje od lekarza anestezjologa indywidualną kartę zleceń, z której wykonuje zlecenia i przez okres dwóch do trzech dni monitoruje go [14, 16]. Zwraca szczególną uwagę na opatrunek na ranie pooperacyjnej. Gojenie się rany po operacji ropnia odbytu jest różne, zależy od typu ropnia i rodzaju wykonanej operacji. Jeśli gojenie się rany przebiega prawidłowo lekarz prowadzący decyduje o dal-

szym pobycie chorego w oddziale i on wykonuje osobiście opatrunki. Z reguły chorzy są wypisywani na czwartą lub piątą dobę po zabiegu, z zaleceniem kontrolnych wizyt u lekarza leczącego w ambulatorium. Wizyty powinny odbywać się dwa razy w tygodniu, a w niektórych przypadkach codziennie. Rana po operacji ropnia odbytu powinna goić się od dna, w innym przypadku rana się zasklepi i może powstać ropień lub przetoka. Po trzech miesiącach i po roku od operacji pacjent powinien zgłosić się na badania kontrolne, ponieważ jest to okres, w którym liczba nawrotów bywa największa [17].

Wnioski

Z obserwacji klinicznych przeprowadzonych w moim Ośrodku Proktologicznym wynika, że istnieje ogromne zapotrzebowanie na zwiększenie liczby łóżek w celu tak gwałtownie rosnącej liczby pacjentów z ropniem odbytu. Obecnie istniejący jedyny oddział w Polsce zajmujący się leczeniem ropni odbytu mieści się w Szpitalu Śródmiejskim w Warszawie. Oddział nasz liczy tylko 17 łóżek co jest liczbą ciągle niewystarczającą.

PIŚMIENNICTWO

- Kołodziejczak M., Ropnie i przetoki odbytu, WM „Borgis”, Wydanie I, Warszawa 2003, 18-26.
- Sudoł-Szopińska I., Kołodziejczak M., Diagnostyka i leczenie ropni i przetok odbytu. WM „Borgis”, Wydanie II, Warszawa 2008, 23-25.
- Kołodziejczak M., Ropnie i przetoki odbytu. WM „Borgis”, Wydanie I, Warszawa 2003, 29-33.
- Tylicki M., Operacje proktologiczne, PZWL, Warszawa 1973.
- Bielecki K., Dziki A., Proktologia, PZWL, Warszawa 1978.
- Rosa G., Lolli P. i wsp., Przetoka okołoodbytnicza, Proktologia, 2002, 2, 3, 185-187.
- Kościński T., Wybór skali oceny klinicznej funkcji odbytu i odbytnicy, Proktologia, 2001, 4(5), 2, 185-187.
- Kołodziejczak M., Stefański R., Zastosowanie ultrasonografii przezodbytnicznej w diagnostyce wysokich ropni odbytu, Proktologia, 2000, 1, 1.
- Gruber I., Kołodziejczak M., Patofizjologia bólu w proktologii, Proktologia, 2004, 5, 3, 214-221.
- Maletka A., Kołodziejczak M., Problemy proktologiczne w okresie okołoporodowym i porodu, Proktologia, 315-328.
- Ciechanowicz W., Pielęgniarstwo ćwiczenia T 1, 2, Podręcznik dla studiów Medycznych. WL PZWL, Warszawa 2001-2007.
- Rowiński W., Dziaka A., Chirurgia dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1991.
- Gruber I., Kołodziejczak M., Znieczulenie w operacjach proktologicznych oraz pooperacyjne postępowanie przeciwbólowe, Proktologia, 2004, 5(2), 141-153.
- Kołodziejczak M., Patofizjologia bólu w proktologii, Proktologia, 2004, 5(3), 214-221.
- Gryglewski A., Podstawy proktologii praktycznej, WM VIA „Medica”, Gdańsk 2001.
- Bielecki K., Dziki A., Przewlekłe i samoistne zespoły bólowe odbytu i odbytnicy, Proktologia, PZWL, Warszawa 2000, 204-209.
- Ziembikiewicz A., Grochowicz P., Choroby odbytu, odbytnicy i jelita grubego. Poradnik dla lekarzy i pacjentów, WM „Borgis”, Warszawa 2003, 51-55.

Adres do korespondencji:
Ewa Plachecka
ul. Teodora 5 m 21
92-236 Łódź
tel.: 502378106

KARIERA I ROZWÓJ PRACOWNICZY PIELEŃNIAREK– ASPEKTY PRAWNE

NURSES CAREER AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT – LEGAL ASPECTS

JOANNA ZDANOWSKA

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Zazwyczaj w celu awansowania pracowników konieczne jest dokonanie oceny przez pracodawcę. Przepisy prawa nie przewidują w tym zakresie żadnych ograniczeń. Może więc ono odbywać się incydentalnie, np. gdy pracodawca zamierza powierzyć pracownikowi stanowisko kierownicze lub na podstawie opracowanego i wdrożonego systemu ocen pracowniczych. W drugim przypadku ocena dokonywana jest w stałych odstępach czasu (tzw. ocena okresowa). Należy jednak pamiętać, że pracodawca powinien określić obiektywne i sprawiedliwe kryteria oceny pracowników i wyników ich pracy, a także działać tak, aby nie naruszać zasady niedyskryminowania w zatrudnieniu. Ponadto pracodawca obowiązany jest ułatwiać pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych. W tym celu – zgodnie z nowelizacją prawa pracy – musi udzielić urlopu szkoleniowego. Może również przyznać dodatkowe świadczenia.

Słowa kluczowe: ocenianie pracowników, dyskryminacja, mobbing, ułatwienia przy podnoszeniu kwalifikacji zawodowych.

Wstęp

Zatrudnienie, awansowanie czy zwolnienie pracownika zazwyczaj wiąże się z dokonaniem oceny przez pracodawcę. Już na etapie rekrutacji stwierdza on kompetencje osoby do pracy na określonym stanowisku. Po zatrudnieniu – w celu przyznania premii, nagrody czy awansu też konieczne jest dokonanie oceny dotychczasowych osiągnięć pracownika. Wreszcie przyczyną rozwiązania z pracownikiem stosunku pracy może być negatywna ocena jego pracy.

Ocenianie pracownika musi być dokonane zgodnie z przepisami prawa pracy, gdyż w przeciwnym razie spowoduje odpowiedzialność pracodawcy. Warto również pamiętać, że awans pracownika jest często uzależniony od posiadanych przez niego kwalifikacji, a pracodawca powinien ułatwiać mu ich podnoszenie zgodnie z przepisami Kodeksu pracy [1].

Ocenianie pracowników

Przepisy prawa pracy w zasadzie nie nakładają na pracodawcę żadnych ograniczeń w zakresie doboru i oceniania

Summary

Usually to promote employees it is necessary to make an assessment by employer. The law regulations do not provide any restrictions in this aspect. It could be done incidentally i.e. if employer wants to give an employee a managerial position or under developed and implemented employee evaluations system. In the second case evaluation is made in fixed interval (interim evaluation). It should be noted that employer should define fair and objective criteria for evaluating employees and results of their work and do not discriminate employees for any reasons. Also an employer should make an improvement of employee professional qualifications easier. For this purpose he has to give an employee educational leave. He can also give additional benefits.

Key words: evaluating employees, discrimination, mobbing, facilitate the improvement of professional qualifications.

pracowników. Sąd Najwyższy podkreślił, iż uprawnienia pracodawcy obejmują dobór właściwych pracowników, szczególnie na kierowniczych stanowiskach i ocenę przydatności pracowników do dalszej pracy na danym stanowisku. W określonych sytuacjach, mając na uwadze właściwe funkcjonowanie zakładu, negatywna ocena wykonywanej pracy i postawy pracownika może stanowić uzasadnioną przesłankę wypowiedzenia umowy o pracę (wyrok SN z 11.07.1979 r., I PRN 94/79, PiZS 1980/12/70).

Artykuł 94 pkt 9 K.p. wprowadza wymóg, aby kryteria oceny pracowników i wyników ich pracy były obiektywne i sprawiedliwe. Oznacza to, że pracodawca lub osoba przez niego upoważniona powinna dokonywać oceny wyłącznie w kontekście właściwego wykonywania przez nich obowiązków.

Ocenianie pracowników następuje zazwyczaj na krótko przed podjęciem decyzji w konkretnej sprawie – na przykład przy premiowaniu, awansowaniu lub typowaniu do zwolnień grupowych. W takich sytuacjach pracodawca powinien – na jednolitych zasadach – posługiwać się jawnymi i sprawdzalnymi kryteriami oceny, które umożliwiają pomiar efektów wykonywanej pracy. Uznanie w zakresie przyznawania nagród nie tworzy wcale ani uprawnienia do stosowania dowolności, ani do

nadużywania kompetencji, ani też do dyskryminowania określonych osób czy grup (wyrok SN z 19.12.1990 r., I PR 170/90, OG 1991, nr 3, poz. 64).

Pracodawca może dokonywać oceny pracowników incydentalnie, np. zamierzając awansować kogoś z nich na stanowisko kierownicze lub opracować i wdrożyć system ocen pracowniczych. Wówczas ocena pracowników dokonywana jest w stałych odstępach czasu (ocena okresowa) według z góry ustalonych kryteriów [2]. Dzięki takim ocenom pracodawca zdobywa wiedzę o potencjale zawodowym pracowników czyli kwalifikacjach, możliwości rozwoju, zdolności do podejmowania decyzji oraz osiąganych przez pracowników efektach pracy, umiejętności organizacji pracy i stopniu samodzielności. Ocenie podlegają również cechy osobowościowe. Oceny okresowe są źródłem wiedzy również dla samych ocenianych, którzy uzyskują informacje o swojej pracy i osiągnięciach zawodowych. Daje to pracownikom możliwość zmiany swojego sposobu pracy lub zachowań, a pozytywna ocena stanowi motywację do dalszej pracy.

Ogólne założenia systemu ocen pracowniczych powinny być ukierunkowane głównie na realizację indywidualnych celów i wyniki poszczególnych pracowników oraz posiadane kompetencje do pracy na danym stanowisku. Jednakże w niektórych przypadkach do oceny pracownika powinny być zastosowane bardziej surowe kryteria niż względem innych pracowników. Zdaniem Sądu Najwyższego może to mieć miejsce w przypadku oceny pracownika zajmującego stanowisko samodzielne lub kierownicze (wyrok SN z 2.09.1998 r., I PKN 271/98, OSNAPiUS 1999, nr 18, poz. 577).

Warto pamiętać, że ocenianie pracowników podlega kontroli sądów pracy zarówno z punktu widzenia zasad ewentualnego trybu danej oceny, jak i pod względem jej merytorycznej treści nawet jeśli ta kontrola ma najczęściej pośredni charakter tzn. stanowi wstępną przesłankę rozstrzygnięcia w sprawach o pozbawienie lub ograniczenie uprawnień gwarantowanych pracownikowi w umowie lub przepisach prawa pracy [3].

Podkreślić należy, iż ocena pracownicza odgrywa istotną rolę również przy zwolnieniach grupowych. Na mocy art. 3 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników pracodawca zatrudniający co najmniej 20 pracowników, dokonujący takich zwolnień, powinien w porozumieniu zawierającym z zakładowymi organizacjami związkowymi lub przedstawicielstwem pracowników albo w regulaminie – określić obiektywne i sprawiedliwe kryteria oceny pracowników i wyników ich pracy, którymi będzie kierował się przy doborze pracowników do zwolnienia (zgodnie z art. 94 pkt 9 K.p.) [4]. Przede wszystkim nie mogą być one dyskryminujące.

Ocenianie pracownika nie jest uwarunkowane uzyskaniem jego zgody. Ponadto Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 stycznia 2005 roku (IIPK 198/04, niepubl.) uznał, że wykonywanie czynności kontrolnych wobec pracownika może naturalnie łączyć się dla niego ze stre-

sem, co nie oznacza szykanowania go. W związku z powyższym, jeśli pracodawca zastosuje obiektywne i sprawiedliwe kryteria oceny to nie musi obawiać się takiego zarzutu.

Zasada niedyskryminowania w zatrudnieniu

Stosowanie przez pracodawcę obiektywnych i sprawiedliwych kryteriów oceny pracowników i wyników ich pracy, które będą znane wszystkim w zakładzie pracy, chroni go przed zarzutem dyskryminacji przy przyznawaniu określonych świadczeń. Zgodnie bowiem z art. 11³ K.p. jakkolwiek dyskryminacja w zatrudnieniu, bezpośrednia lub pośrednia, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także ze względu na zatrudnienie na czas określony lub nie określony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy – jest niedopuszczalna. W świetle wskazanego przepisu przez dyskryminację należy rozumieć bezprawne pozbawienie lub ograniczenie praw wynikających ze stosunku pracy lub nierównomierne traktowanie, a także przyznanie z podanych wyżej względów niektórym pracownikom mniejszych praw niż te, z których korzystają inni pracownicy znajdujący się w tej samej sytuacji faktycznej i prawnej (wyrok SN z 10.09.1997 r., I PKN 246/97, OSNAPiUS 1998, nr 12, poz. 360).

Podkreślić należy, iż dokonywanie ocen pracowniczych nie może naruszać wyrażonej w art. 18^{3a} K.p. zasady niedyskryminowania w zatrudnieniu, zgodnie z którą pracownicy powinni być równo traktowani w zakresie nawiązania i rozwiązania stosunku pracy, warunków zatrudnienia, awansowania oraz dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, w szczególności bez względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także bez względu na zatrudnienie na czas określony lub nie określony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Artykuł ten w sposób bardziej szczegółowy określa zakres równego traktowania pracowników. Równe traktowanie nie oznacza jednakowego traktowania. Zarzut nierównego traktowania nie może być podniesiony, jeśli dane działanie ma obiektywne uzasadnienie. Jeżeli pracodawca nie zatrudnia pracownika ze względu na jego płeć, wiek, niepełnosprawność itp., a decyzja taka związana jest z rodzajem pracy, warunkami jej wykonywania lub wymaganiami zawodowymi stawianymi pracownikom, takie praktyki nie mogą zostać uznane za dyskryminujące. Przykładowo, jeśli pracodawca poszukuje pracownika na stanowisko wymagające wyjątkowo dużej zręczności fizycznej i odporności na stres, a kandydat ma 60 lat, pracodawca może brać pod uwagę wiek jako kryterium decydujące o przyjęciu kandydata do pracy [5].

Zasady równego traktowania w zatrudnieniu nie naruszają również działania polegające na: wypowiedzeniu pracownikowi warunków zatrudnienia w zakresie wymiaru czasu pracy, jeżeli jest to uzasadnione przyczynami niedotycającymi pracowników, stosowaniu środków, które różnicują sytuację prawną pracownika, ze względu na ochronę rodzicielstwa lub niepełnosprawność oraz stosowaniu kryterium stażu pracy przy ustalaniu warunków zatrudnienia i zwalniania pracowników, zasad wynagradzania i awansowania oraz dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, co uzasadnia odmienne traktowanie pracowników ze względu na wiek.

Równe traktowanie w zatrudnieniu dotyczy przede wszystkim jednakowego wynagradzania za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Takie prawo gwarantuje pracownikom art. 18³c K.p. Wynagrodzenie to obejmuje wszystkie jego składniki, bez względu na ich nazwę i charakter, a także inne świadczenia związane z pracą, przyznawane pracownikom w formie pieniężnej lub innej (np. odprawy emerytalne, rentowe, odszkodowania, świadczenia z zakładowego funduszu socjalnego). Natomiast pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku [3].

W świetle powyższego dla pracodawcy istotną rolę odgrywa ocena okresowa pracowników. Pozwala ona bowiem wykazać czy praca poszczególnych pracowników posiada jednakową wartość, czy też różni się od siebie. Jej wyniki mogą być obiektywnym powodem różnicowania poszczególnych pracowników przykładowo przy przyznawaniu premii, awansowaniu czy kierowaniu na szkolenia [2].

Ponadto niewłaściwie dokonana ocena pracownika skutkująca przyznaniem pracownikowi wyższego wynagrodzenia, premii lub nagrody może spowodować wystąpienie pozostałych pracowników z zarzutem dyskryminacji w zakresie wynagradzania oraz pozbawiać ich szans na faktycznie zasadny awans.

W razie stwierdzenia naruszenia zasady równego traktowania pracownika (a także kandydata na pracowników) przez pracodawcę, zainteresowany ma prawo żądać odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalone na podstawie odrębnych przepisów. Kodeks pracy nie zawiera górnej granicy wysokości odszkodowania, które ustala sąd stosownie do okoliczności sprawy. Właściwym do rozpatrzenia sprawy o odszkodowanie jest sąd pracy. Warto również podkreślić, iż skorzystanie przez pracownika z uprawnień przysługujących z tytułu naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu (czyli żądania odszkodowania) nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy lub jego rozwiązanie bez wypowiedzenia.

Obowiązek przeciwdziałania mobbingowi

Kariera i rozwój pracownika może zostać zahamowany zarówno poprzez działania dyskryminujące, jak i stosowanie wobec niego mobbingu. Dlatego też art. 94³ K.p. § 1 nakłada na pracodawcę obowiązek przeciwdziałania temu zjawisku (obowiązujący od 1 stycznia 2004 roku).

Zgodnie z § 2 art. 94³ K.p. mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników.

Przykładem omawianego zjawiska może być sytuacja, w której pracodawca chcąc, aby pracownik – specjalista w danej dziedzinie – wypowiedział umowę o pracę powierza mu wyłącznie zadania przeznaczone dla osób o znacznie niższych kwalifikacjach, powodując tym samym u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej.

Zdaniem M. Sidor-Rządkowskiej mobbing jest patologią, na wystąpienie której ma wpływ wiele czynników. Zagrożenie jego występowaniem w zakładzie pracy wzrasta w okresach wysokiego bezrobocia. W takiej sytuacji wielu pracodawców stosuje strategię zarządzania ludźmi, którą można byłoby określić jako „motywowanie przez zastraszanie” [6]. Jednocześnie warto zauważyć, że stosowanie mobbingu ma zazwyczaj negatywny wpływ na produktywność zakładu pracy. Generuje ono bowiem koszty związane z absencją chorobową, zmniejszeniem efektywności pracy, brakiem motywacji pracownika – ofiary do współdziałania z pozostałymi zatrudnionymi oraz osobami z zewnątrz.

Niezależnie od tego, kto dopuszcza się działań zabronionych – prawne konsekwencje mobbingu obciążają zawsze pracodawcę. Pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia, może dochodzić odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznana krzywdę. Natomiast, jeśli wskutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę, ma prawo dochodzić odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalone na podstawie odrębnych przepisów. Uprawnienie do dochodzenia odszkodowania przysługuje wyłącznie pracownikom, których stosunek pracy powstał na podstawie umowy o pracę. Natomiast nie zostały nim objęte osoby zatrudnione na podstawie mianowania, powołania, wyboru oraz spółdzielczej umowy o pracę.

Przepisy Kodeksu pracy nie określają górnej granicy odszkodowania za poniesioną przez pracownika szkodę. Wskazana została tylko najniższa jego wysokość. Zatem zasądzone przez sąd odszkodowanie powinno odpowiadać pełnej wysokości tej szkody.

Ocena wystąpienia w danych okolicznościach zjawiska mobbingu należy każdorazowo do sądu pracy, który działa w oparciu o całokształt okoliczności faktycznych sprawy. Niewątpliwie nie będzie tym zjawiskiem uza-

sadniona negatywna ocena wyników pracownika, zwłaszcza jeśli została dokonana zgodnie z ustalonymi wcześniej w zakładzie pracy zasadami.

Warto dodać, iż pielęgniarki są grupą zawodową, w której stosunkowo często występuje zjawisko mobbingu. Z badań przeprowadzonych przez Kazimierę Zdziebło i Ewę Kozłowską wynika, że 40,4% badanych pielęgniarek doświadczyło mobbingu. Jako mobberów 83% badanych wskazało swoich przełożonych (w tym najwięcej 57,3% – pielęgniarki, a 23,2% – lekarzy). Aż 87,6% respondentek zgłaszało problemy zdrowotne spowodowane mobbingiem. Zdaniem 80,5% badanych mobbing wpłynął negatywnie na efektywność pracy [8].

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pracowników w świetle nowelizacji Kodeksu pracy

Zgodnie z art. 17 K.p. pracodawca ma obowiązek ułatwiać pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Ta podstawowa zasada prawa pracy została powtórzona w art. 94 pkt 6 K.p. zawierającym katalog obowiązków pracodawcy oraz skonkretyzowana w art. 103¹ do 1036 K.p. (wprowadzonych ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o podatku dochodowym od osób fizycznych [7], która weszła w życie 16 lipca 2010 roku).

W tym miejscu należy podkreślić, iż na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 31 marca 2009 roku (Dz. U. 09 nr 58 poz. 485) stwierdzającego niezgodność z Konstytucją art. 103 K.p. – utracił on moc w dniu 11 kwietnia 2010 roku. Nieaktualne stało się również wydane na jego podstawie rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz. U. Nr 103, poz. 472 ze zm.), które regulowało między innymi kwestię udzielania urlopów szkoleniowych pracownikom podnoszącym kwalifikacje zawodowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę.

Termin „ułatwienie” podnoszenia kwalifikacji należy rozumieć jako nieodmawianie bez uzasadnionych przyczyn udziału w wybranej przez pracownika formie szkolenia oraz tworzenie pozytywnej atmosfery wobec uczących się pracowników, a nie obowiązek pracodawcy stwarzania warunków do osiągnięcia kwalifikacji. Oznacza to, że pracownik na podstawie art. 94 pkt 6 Kp nie może domagać się od pracodawcy zorganizowania określonego szkolenia. Przepis ten wskazuje na ogólną powinność sprzyjania staraniom własnym pracownika o zdobycie kwalifikacji przydatnych lub niezbędnych do należytego wykonywania aktualnej lub przyszłej pracy (wyrok SN z 25.05.2000 r., I PKN 657/99, OSNAPiUS 2001, nr 22, poz. 660) [3].

Przez podnoszenie kwalifikacji zawodowych rozumie się zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności przez pracownika, z inicjatywy pracodawcy albo za jego zgodą (art. 103¹ §1 K.p.).

W takiej sytuacji pracownikowi przysługuje urlop szkoleniowy oraz zwolnienie z całości lub części dnia pracy w celu punktualnego przybycia na obowiązkowe zajęcia, przy zachowaniu prawa do wynagrodzenia. Pracodawca może także przyznać pracownikowi świadczenia dodatkowe obejmujące zwrot kosztów zakwaterowania, przejazdu i podręczników, a także pokryć opłaty za naukę (czesne).

Wymiar urlopu szkoleniowego należnego pracownikowi wynosi:

- 6 dni – dla pracownika przystępującego do egzaminów eksternistycznych
- 6 dni – dla pracownika przystępującego do egzaminu maturalnego
- 6 dni – dla pracownika przystępującego do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe
- 21 dni w ostatnim roku studiów – na przygotowanie pracy dyplomowej oraz przygotowanie się i przystąpienie do egzaminu dyplomowego (art. 103² K.p.).

Urlopu udziela się w dni będące dla pracownika dniami pracy zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy.

Nowe przepisy w sposób znaczący zmieniły uprawnienia pracownicze związane z korzystaniem z urlopu szkoleniowego. W poprzednim stanie prawnym – w przypadku skierowania pracownika na szkolenie przez pracodawcę, przysługiwało mu do 28 dni roboczych urlopu szkoleniowego w ciągu całego okresu trwania nauki (w przypadku nauki trwającej dłużej niż rok wymiar urlopu dotyczy każdego roku nauki osobno). Dodatkowo zwolnienie z części dnia pracy nie przekraczające 5 godzin tygodniowo, jeśli czas pracy nie pozwalał pracownikowi na punktualnie przybywanie na zajęcia oraz do 6 dni roboczych urlopu szkoleniowego na przygotowanie się i przystąpienie do egzaminu końcowego (rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych, które utraciło moc 11 kwietnia 2010 roku). Obecnie prawo do urlopu szkoleniowego przysługuje pracownikom decydującym się na naukę zarówno z inicjatywy pracodawcy, jak i za jego zgodą, ale wymiar tego urlopu został ograniczony. Niemniej jednak na pracodawcę został nałożony obowiązek zawarcia pisemnej umowy z pracownikiem szkolącym się, określającej wzajemne prawa i obowiązki stron. Jej postanowienia nie mogą być mniej korzystne niż stanowi Kodeks pracy. Nic nie stoi więc na przeszkodzie, aby strony ustaliły bardziej przychylne warunki do nauki jak na przykład większą liczbę dni urlopu szkoleniowego.

We wskazanej wyżej umowie pracownik może zobowiązać się do przepracowania określonego czasu w zakładzie pracy po ukończeniu nauki (nie dłuższego niż 3 lata), a w razie niedotrzymania zobowiązania – do zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę w związku z nauką. Najczęściej zwrot kosztów będzie uzasadniony w sytuacjach, gdy przed terminem określonym w umowie pra-

cownik rozwiąże stosunek pracy za wypowiedzeniem (z wyjątkiem rozwiązania umowy o pracę z powodu stosowania mobbingu), gdy zakład pracy rozwiąże z nim stosunek pracy bez wypowiedzenia z jego winy lub gdy porzuci pracę (wówczas stosunek pracy wygasa), lub gdy nie podejmie nauki lub ją przerwie bez uzasadnionych przyczyn. Wówczas pracownik ma obowiązek zwrotu kosztów przeznaczonych na naukę w wysokości proporcjonalnej do czasu przepracowanego po ukończeniu nauki lub w czasie nauki, chyba że zakład pracy odstąpi od żądania zwrotu kosztów w części lub w całości. Należy dodać, iż przepisy prawa pracy zwalniają strony z obowiązku zawarcia umowy, jeśli pracodawca nie zamierza zobowiązywać pracownika do pozostawania w zatrudnieniu po zakończeniu nauki.

Odmienna jest natomiast sytuacja pracownika podejmującego szkolenie bez inicjatywy lub zgody pracodawcy. Może być mu przyznany urlop bezpłatny i zwolnienie z całości lub części dnia pracy, ale bez zachowania prawa do wynagrodzenia, w wymiarze ustalonym na zasadzie porozumienia (umowy) pomiędzy pracodawcą i pracownikiem. Przyznany urlop bezpłatny wlicza się do okresu zatrudnienia. Pracodawca może też pokryć pracownikowi koszty związane z nauką. Nie przysługuje mu jednak roszczenie o urlop szkoleniowy i inne świadczenia związane z nauką.

Warto również nadmienić, iż pracodawca nie może zobowiązywać pracownika do uczestnictwa w szkoleniach organizowanych w zakładzie pracy, jeśli obowiązek taki nie został określony w umowie o pracę, regulaminie pracy lub układzie zbiorowym pracy. Jednakże pracownik powinien mieć na uwadze fakt, że brak odpowiednich kwalifikacji zawodowych stanowić będzie o jego nieprzydatności dla zakładu pracy i może być podstawą wypowiedzenia sto-

sunku pracy. Podobnie będzie w przypadku zatrudnienia przez pracodawcę osoby nie posiadającej odpowiednich kwalifikacji do pracy na danym stanowisku, która nie uzupełni ich w wyznaczonym terminie.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy, Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm. – dalej K.p.
2. Ciszek P., Ocenienie pracowników – aspekty prawne, online www.kadry.pl [dn. 20.08.2009].
3. Muszalski W. (red.), Kodeks pracy. Komentarz, Wyd. 6, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2007, 330-429.
4. Ustawa z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, Dz. U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844 ze zm.
5. Wojciechowski P., Praktyczny poradnik prawa pracy dla pracownika, Warszawa 2005, 32.
6. Sidor-Rządowska M., Mobbing – zagrożenie dla firmy i pracowników, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi 2003, Nr 2, 77.
7. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz. U. nr 105, poz. 655.
8. Zdziebło K., Kozłowska E., Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek, Prob. Piel., 2010, 2.

Adres do korespondencji:
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Zakład Organizacji i Zarządzania
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

**ANALIZA LITERATURY
Z ZAKRESU EDUKACJI ZDROWOTNEJ DLA DZIECI
I MOŻLIWOŚCI JEJ WYKORZYSTANIA W SZKOLE PODSTAWOWEJ**

*THE ANALYSIS OF CHILDREN'S LITERATURE IN THE SCOPE
OF HEALTH EDUCATION AND THE POSSIBILITIES OF ITS USING IN PRIMARY SCHOOL*

MARZENA RATAJCZAK

Zakład Edukacji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Studenckie Koło Naukowe Badań nad Zdrowiem
Opiekun Koła: dr Mirosława Cyłkowska-Nowak

Streszczenie

Artykuł dotyczy analizy środka dydaktycznego, medium stosowanego w edukacji od lat. Jest nim książka. O ile w nauczaniu tradycyjnych przedmiotów i osób dorosłych, książki są sprawdzonym medium, o tyle w edukacji zdrowotnej dzieci ich wykorzystanie nie jest aż tak popularne. Celem analizy jest zbadanie możliwości wykorzystywania w edukacji zdrowotnej, dostępnej polskim dzieciom literatury. Szczególną uwagę zwrócono na jej wartość, jako literatury samej w sobie, możliwość zainteresowania nią dzieci (ludyczność) oraz wartość w edukacji zdrowotnej.

W pracy posłużono się metodą analizy zawartości mediów. Zbadano 40 pozycji literackich. Utwory zaklasyfikowano do 6 kategorii: literatura popularnonaukowa, opowiadania, bajki wierszowane, broszury, poradniki i encyklopedie. Analiza wykazała, że utworów o tematyce zdrowia jest wiele. Nie licząc wyjątków, są poprawne merytorycznie, przyciągają odbiorców ciekawym warszatem edytorskim i pomysłowością autorów. Większość porusza tematykę ogólną, taką jak anatomia, fizjologia. Książek o zapobieganiu otyłości, wypadkom, o prozdrowotnych wyborach oraz dla dzieci z konkretnymi jednostkami chorobowymi jest już mniej. Bardzo niewiele, z analizowanych książek, porusza kwestię zdrowia psychicznego.

Książki, które przeanalizowano mają potencjał edukacyjny, uczą, że zdrowie jest wartością, poprzez przekazywanie różnego rodzaju informacji wzmacniają lub kreują prozdrowotne postawy, rozbudzają dziecięcą aktywność, co jest krokiem ku zmianie zachowań oraz stylu życia. Odpowiednio wykorzystane i wzbogacone ilustracją czy zabawą przez nauczyciela zdrowia, mogą stanowić znakomitą bazę zajęć na temat zdrowia.

Słowa kluczowe: dziecko, literatura dziecięca, edukacja zdrowotna.

Wstęp

Edukacja zdrowotna w szkołach była realizowana na różne sposoby od lat. Jej rozkwit przypada na czasy nazywane przez E. Charońską „Edukacją zdrowotną w promocji zdrowia” [1] oraz powstanie koncepcji szkoły promującej zdrowie. Mówimy tu więc o okresie około 30 lat. Przez ten

Summary

This article is on a didactic aid, a medium which has been used in education for years; namely a book. Though books have been well tested in traditional subjects or adult education, it may be said that they are not so popular in health education for children. The aim of this research is to analyze the possibilities of using of Polish books for children in health education.

During the research a special attention was paid to: the value of a book in and of itself, the possibilities to interest children with such a book and its importance for health education.

A method of the analysis of the media content was used. Forty children's books about health and illness were surveyed. Literary works were classified into six categories: popular science literature, short stories, poetic tales, brochures, handbooks, and encyclopedias. The analysis has proved that there are many literary works about health for children. The majority is correct in terms of the scientific content and appeals to the young reader because of an interesting editorial technique and the inventiveness of writers. Most of them discuss general issues such as anatomy and physiology. There are fewer books about obesity or accidents prevention; about pro-health choices and special books for ill children. Very few of the analyzed books raise an issue of mental health. Books, which were analyzed, have an educational potential. They teach that health is a value. They create or reinforce pro-health attitudes and stimulate children's activity, which is a great step forward leading to behavior and lifestyle modifications. Enriched with some illustrations or games, books can be an excellent class tool.

Key words: child, children's literature, health education.

czas edukatorzy zdrowia próbowali coraz to nowych metod, technik, narzędzi i środków dydaktycznych. Dziś mamy do dyspozycji cały ich dorobek i wiedzę na temat skutecznych i nieskutecznych sposobów realizacji zajęć edukacji zdrowotnej. Badania nad ich skutecznością nie są jednak jeszcze zamknięte. Nadal próbuje się coraz to nowych sposobów, powraca lub modyfikuje stare. Niniejszy artykuł dotyczy

właśnie analizy środka dydaktycznego, medium stosowanego w edukacji od lat. Jest nim książka. O ile w nauczaniu tradycyjnych przedmiotów i osób dorosłych, książki są sprawdzonym medium, o tyle w edukacji zdrowotnej dzieci ich wykorzystanie nie jest aż tak popularne. Celem analizy jest zbadanie możliwości wykorzystania w edukacji zdrowotnej dostępnej w Polsce literatury dziecięcej oraz sprawdzenie czy dostępna polskim dzieciom literatura dotycząca zdrowia i chorób może, i czy powinna być wykorzystywana w edukacji zdrowotnej. Szczególną uwagę zwrócono na jej wartość, jako literatury samej w sobie, możliwość zainteresowania nią dzieci (ludyczność) oraz na wartość w edukacji zdrowotnej.

Analizując literaturę dziecięcą należy pamiętać o dostosowaniu przekazu do dziecięcego odbiorcy. Najważniejsza jest prostota języka i środków obrazowania, ale także zabawa słowem. Relacje nadawczo-odbiorcze w literaturze dla dzieci wymagają szczególnych predyspozycji i kompetencji pisarzy, zwłaszcza wiedzy z zakresu pedagogiki, psychologii rozwojowej oraz teorii komunikacji literackiej (szczególnie odbioru i przeżywania dzieła).

Książkę dla dziecka wyróżnia intersemiotyczność. Tworzą ją zwykle trzej nadawcy: autor, grafik i edytor. Coraz częściej staje się ona przekazem multimedialnym – poszerzając kategorię nadawcy i wzbogacając kod [2]. Dodatkowym atutem są innowacje artystyczne służące ułatwieniu przyswajania wiedzy zawartej w treściach poznawczych i wychowawczych, oraz dwuadresowość, (choć, napisana dla dziecka, potrafi także zainteresować, z różnych względów, dorosłego) [2, 3].

Podkreśla się także, że dobra książka dla dzieci powinna jednocześnie funkcjonować w modelu dydaktycznym, ludycznym oraz autotelicznym, a więc rozwijać postawę estetyczną, wzbogacać intelektualnie i osobowościowo [4]. Warto nadmienić, że specjaliści hierarchizują te modele, wystawiając na piedestał wartość estetyczną. Dlatego, zdaniem H. Ratyńskiej, nawet jeżeli książka ma znakomite walory wychowawcze, a nie posiada żadnych estetycznych, nie należy wykorzystywać jej w nauczaniu [5]. Argumentem za odrzucaniem książek nieposiadających wartości estetycznych jest podatność dziecka na wpływy otoczenia i brak u niego krytycyzmu, odróżniania rzeczy pięknych i wartościowych od innych. To stawia wydawców i wychowawców na straży wartości estetycznych literatury dziecięcej. Przedmiotem oceny w kategorii estetycznej powinny być: warstwa językowo-stylistyczna utworu, cechy kompozycji i oprawa graficzna. Nie wystarczy jednak zwrócić uwagę na mnogość takich środków, jak: porównania, przenośnie, epitety, ale trzeba również zastanowić się czy potrafią one przemówić do wyobraźni dziecka [4].

Badacz, analizując książkę dla dzieci, musi mieć świadomość, że jego odczytanie dzieła będzie różne od percepcji dziecka. Mimo to, pisarz, tworząc utwór, powinien sięgać do doświadczenia, jakim jest jego własna „dziecięcość”, krytyk natomiast powinien na tę pisarską inspirację zwrócić uwagę. Inaczej mówiąc pisarz powinien wykazać się swego rodzaju empatią, zdolnością współczucia psychologicznego, w tym przypadku czucia

świata, tak jak czuje go dziecko. Krytyk może również zasięgnąć opinii od samego dziecka lub powoływać na rzekomo znane postawy, czy potrzeby młodego odbiorcy (są to jednak ujęcia jednostkowe, a zatem i kontrowersyjne). Takie ujmowanie sprawy z perspektywy dziecięcej to krytyka paistyczna. Ujmuje ona „horyzont oczekiwań i doświadczeń” małolata [6].

Jako że dla dziecka książka istnieje, jako przedmiot materialny, a nieodseparowany od niego tekst – rola ilustracji jest niezwykle ważna. Analizując grafikę należy zastanowić się czy obrazki wzbogacają i poszerzają oddziaływanie tekstu, w jaki sposób obrazują treść, czy konwencje plastyczne nawiązują do kierunków współczesnego malarstwa, sztuki ludowej albo dziecięcej twórczości plastycznej, a także czy są w ogóle dostępne dla dzieci i mogą kształtować ich poczucie estetyki i dobrego smaku? Można również analizować nastrój ilustracji, który powinien być, rzecz jasna, radosny i spokojny (dziecięca niechęć do smutnych i budzących lęk scen, dotyczy także tekstu utworu). Wokół formy szaty graficznej książki dla dzieci toczy się spór; nauczyciele zarzucają twórcom nadmierną oryginalność, która zakłóca możliwości percepcyjne małego odbiorcy; pedagogom natomiast zarzuca się zbyt ciasne i natrętne dydaktyzowanie. Mimo tego, ilustracje w książce dziecięcej są często dużo wartościowsze niż tekst literacki im towarzyszący. Dlatego przy wyborze właściwej książki nie należy sugerować się jedynie warstwą graficzną [4, 5].

Osobny aspekt oceny powinien stanowić profesjonalizm wydawniczy, uwzględniający perspektywę dziecka w warstwie dydaktyczno-wychowawczej oraz w zakresie reguł odbioru przez małolata [2].

Istotą piśmiennictwa dla dzieci zwłaszcza nastawionego na cele edukacyjne jest pobudzenie aktywności dziecka. W przypadku edukacji zdrowotnej dzieci, najbardziej prawdopodobne będzie wyzwolenie aktywności intencjonalnej oraz naśladowczej.

Aktywność intencjonalna może być inspirowana przez twórców książki lub pośrednika, zwykle wywołują ją utwory edukacyjne, rzadziej literatura piękna. Aby ją uruchomić podsuwa się dziecku różne zadania kształtujące samorozwój i sprawność. W książkach dla dzieci często taką rolę spełniają przedmowy, zwroty bezpośrednie, zaproszenia do „środka tekstu” poprzez np. pozostawienie strony w książce na rysunek bądź rozwiązanie zadania.

Aktywność naśladowcza wiąże się natomiast z przenoszeniem doświadczeń kulturowych na życie. Naśladownictwo jest naturalnym składnikiem rozwoju intelektualno-osobowościowego. Budowę tożsamości młodego człowieka poprzedza identyfikacja i poszukiwanie wzorów osobowościowych w najbliższym środowisku, a następnie w kulturze (bohater literacki może zostać idolem). Pod wpływem książki, dziecko podejmuje decyzje i działania, które bardzo często reprodukują wzorce zachowań bohaterów książkowych odnoszących się zarówno do otaczającego środowiska, jak i do życiowych planów. Między aktywnościami nie można wyznaczyć granic. Zwykle dany utwór uruchamia ich wiele [2].

Material i metody

W pracy posłużono się metodą analizy zawartości. Jest to, wg Earla Babbiego, „badanie zarejestrowanych ludzkich przekazów” [7]. Jak twierdzi Walery Pisarek, analizę zawartości stosuje się „po to, żeby scharakteryzować jakiś tekst i porównać go z innymi tekstami (...)” [8]. Analiza treści jest metodą używaną w badaniach czasopism, zawartości stron internetowych, obrazów, książek, tekstów piosenek i innych wytworów o charakterze artystycznym. „Analiza treści to powszechnie akceptowana metoda badania tekstów, szczególnie w sferze komunikowania masowego” [9]. Walery Pisarek zwraca uwagę, iż analiza treści jest metodą, która w pewien sposób ucieka prostemu rozróżnieniu na metody ilościowe i jakościowe. W jej ramach stosuje się, bowiem, stałe kategorie, umożliwiające porównanie różnorodnego materiału badawczego, dzięki czemu minimalizowane jest niebezpieczeństwo subiektywności oceny i utraty systematyczności badań (a więc brania pod uwagę całego materiału, a nie tylko tej jej części, która sprzyja tezom postawionym przez badacza). Za jednostkę analizy, a więc „to, co ma być poddawane badaniu” [7], uznano pozycję literatury dziecięcej.

Biorąc pod uwagę wymienione we wstępie wytyczne dotyczące analizy literatury, w celu ewaluacji utworów sporządzono klucz kategoryzacyjny, w którym wyróżniono kategorie służące ocenie ogólnej wartości książek, oraz specjalistyczne, związane z edukacją zdrowotną.

Wśród kategorii ogólnych zastosowano, takie jak: nadawca, odbiorca, bohater rówieśniczy, jakość wydania, adekwatność treści do wieku odbiorcy, warstwa językowa, rzeczywistość utworu, ilustracje, modele funkcjonowania, cel/intencja twórcy, zdolność do pobudzania aktywności, zdolność do zaspokajania potrzeb czytelników, braki i dodatkowe wartości.

Spśród specjalistycznych, posłużono się następującymi kategoriami: zadania i treści wychowania zdrowotnego, zakres tematyczny, poruszany problem zdrowotny, promowane postawy i wartości, zgodność informacji ze współczesną wiedzą naukową, kwalifikacje – wiedza autora odnośnie treści zdrowotnych, możliwości wykorzystania utworu w edukacji zdrowotnej.

Mimo istoty wartości estetycznej treści utworów dla dzieci, autorka nie czuje się kompetentna by dokonać jej szczegółowej oceny, pozostawiając krytykę tego obszaru specjalistom z zakresu języka polskiego. Poziom artystyczny ilustracji, ocenia natomiast okiem przeciętnego odbiorcy sztuki, jakim są dzieci i większość ich opiekunów obcujących z daną książką, tzn. oczami własnymi a nie krytyka sztuk plastycznych.

Wyniki

Dla potrzeb badań za literaturę dziecięcą uznano wszelkie wydawnictwa, których składniki, takie jak wielkość książki, rodzaj i wielkość druku, występowanie i charakter ilustracji, typ okładki, prymat funkcji dydaktycznej,

prostota języka oraz tematyka wskazują na to, że ich odbiorcą ma być właśnie dziecko. Ponieważ analizowane pozycje mają spełniać rolę w edukacji zdrowotnej należało zawęzić całą literaturę dziecięcą do książek potencjalnie w niej przydatnych.

Analizie podlegały utwory dostępne w Polsce, wybrane spośród zbiorów dziecięcych filii poznańskiej Biblioteki Raczyńskich, z regałów opatrzonych tytułem zdrowie, medycyna, sport oraz z własnej dziecięcej biblioteczki autorki. Analizie poddano łącznie 40 utworów.

Systematyka utworów okazała się rzeczą niezwykle trudną a wiąże się to ze specyfiką tej grupy książek. Charakterystyczne jest mianowicie krzyżowanie się w utworach dziecięcych cech rodzajowo-gatunkowych oraz synkretyzm w obrębie odmian. Trudności w kategoryzacji literatury dziecięcej pozwalają wysnuć jednak pozytywny wniosek, że utwory te wyłamują się ze schematu i można porównać je do zwiększających efektywność polimetodycznych szkolnych działań edukacyjnych. Im trudniej sklasyfikować tekst literacki tym prawdopodobnie bardziej zaskakuje on i aktywizuje odbiorcę [2].

Dość jasny podział można wprowadzić rozróżniając te utwory, które traktują o zdrowiu od tych, które koncentrują się bardziej na chorobie aniżeli zdrowiu.

Pierwsze to przede wszystkim wszystkie te, które opisują normalne stany fizjologiczne człowieka oraz jego anatomię, zachęcają do prozdrowotnych postaw i zachowań oraz przestrzegają przed zachowaniami mogącymi negatywnie oddziaływać na zdrowie. Książki o chorobach mogą być kierowane do dzieci zdrowych, jak i chorych. Część z nich jest kierowana do dzieci z konkretnymi schorzeniami. Nie znajdziemy w nich raczej profilaktycznych zaleceń ani typowych informacji krzewiących zdrowie. Ich możliwości wpływania na zdrowie odnoszą się raczej do zdrowia psychicznego dzieci, dodają im otuchy, podają wskazówki jak sobie radzić w sytuacjach, z którymi inne dzieci raczej się nie spotykają. Ponieważ kontakt z taką książką wpływa zdecydowanie pozytywnie na ich jakość życia, ich analiza jest uzasadniona. Inny typ to książki o chorowaniu, ale nie koniecznie samych dzieci. Wzbogacają one wiedzę czytelnika dotyczącą świata chorób i medycyny, co stanowi ich wartość w edukacji zdrowotnej, a często także wywierają pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne małych czytelników, co jest ich głównym założeniem. Realizacja podziału na literaturę dla dzieci zdrowych i chorych została dokonana wewnątrz wiodącego podziału według rodzajów literatury. Taki podział nie występuje jednak w każdej z kategorii.

Dla potrzeb badań, wprowadzono także podział utworów na podstawie podobieństw formy literackiej czy wydawniczej. Należy jednak pamiętać, że podział taki nie jest doskonały. Wiele utworów można przypisać do kilku kategorii jednocześnie. Zwracając uwagę na najbardziej znaczące cechy, podzielono literaturę na sześć kategorii/rodzajów:

1. Broszury, czyli krótkiej treści książeczki wydawane przez instytucje związane z ochroną zdrowia lub sponzorowane przez firmy komercyjne.

2. Poradniki, których część jest kierowana do dzieci zdrowych, a inne są tworzone specjalnie dla dzieci chorych.

3. Bajki wierszowane, czyli literatura piękna, kierowana do wszystkich dzieci, mogąca być zarazem znakomitym narzędziem profilaktyki I stopnia oraz promocji zdrowia. Są to utwory rymowane, gromadzone w tomach wierszy dziecięcych, bądź często mimo krótkiej treści wydawane osobno.

4. Encyklopedie, które choć nie niosą informacji bezpośrednio promujących zdrowie, bądź profilaktycznych, ułatwiają zdobywanie wiedzy ogólnej o własnym ciele, procesach w nim zachodzących. Są one podstawą zdobywania dalszych informacji w edukacji zdrowotnej, gdyż znajomość ludzkiej anatomii i fizjologii jest umiejętnością niezbędną dla prawidłowego odczytywania zdrowia.

5. Opowiadania, czyli kategoria, w której można wydzielić książki kierowane do dzieci zdrowych i kierowane do dzieci chorych. Część z nich to klasyczne przykłady literatury pięknej, część natomiast stanowią opowiadania utworzone z pierwotnie ustalonym celem przekazania dzieciom treści z zakresu edukacji zdrowotnej.

6. Literatura popularnonaukowa to utwory, których nie można było zaklasyfikować do pozostałych grup. Opisuje się w nich fizjologię, anatomię, zdrowie i chorobę, stosując słownictwo na tyle naukowe na ile mały czytelnik je może zrozumieć. Wykorzystują wiele różnorodnych technik ułatwiających dzieciom zrozumienie trudnych spraw, a zarazem dostarczają rozrywki, dzięki czemu lektura o poważnych sprawach, staje się w ogóle możliwa, w tak młodym wieku.

Analiza wykazała, że większość utworów na rynku i w bibliotekach można zaliczyć do literatury popularnonaukowej. Książki te mogą być przeznaczone dla celów promocji zdrowia lub profilaktyki pierwotnej. Dotyczą one zwykle ogólnych zagadnień związanych z anatomią i fizjologią człowieka. Warto zauważyć, że nie znajdziemy w tej grupie książek napisanych specjalnie dla dzieci z określoną chorobą. Literatura popularnonaukowa wyróżnia się pomysłowością autorów w zakresie sposobów przyciągania odbiorcy. Szczególnej uwagi godne są: wysoki wkład edytorski i barwne ilustracje. Przekazywane treści są zwykle konsultowane ze specjalistami, jedynie w niektórych pozycjach znajdziemy nieliczne błędy merytoryczne. Umiejętności przekazywania wiedzy, znajomość zasad dydaktycznych są przeważnie na dobrym poziomie. Przykładowe pozycje to: „U lekarza”, „Magiczna księga ciała”, „Sekrety ludzkiego ciała”, „Ciekawe dlaczego burczy mi w brzuchu i inne pytania na temat ciała.” Co ciekawe wszystkie z wymienionych powyżej pozycji napisane zostały przez autorów zagranicznych.

Dla przykładu przytoczono opis jednej z książek z tej kategorii, której korzystanie należy odradzić. „Ciało człowieka” wydawnictwa JEDNOŚĆ pod redakcją Kingi Małowskiej cechuje rozbieżność nadawcza treści i ilustracji oraz nieadekwatność dostosowania ilustracji do młodszej grupy wiekowej, które miejscami są nieco brutalne i odrażające. O ile starsze dzieci rozumieją humor ilustracji, o tyle młodsze mogą odebrać przekaz zbyt bezpośrednio (uśmie-

rzanie bólu za pomocą uderzenia młotkiem w głowę, skaryfikacja ciała w celu podania leku). Również merytorycznej warstwie tegoż utworu można sporo zarzucić. Część błędów to pomyłki edytorskie, np. pojawienie się tego samego tytułu nad dwoma różnymi fragmentami tekstu, postawienie znaku równości między soczewką a źrenicą oka na obrazku. Dziwi także pominięcie dotyku w rozdziale o zmysłach oraz opisanie jednego ze zmysłów: smaku, w zupełnie innym rozdziale. Poza tym rozprowadzanie tlenu do komórek organizmu opatrzone tytułem „Jedzenie”, bez uzasadnienia podano fałszywą wiedzę dotyczącą składu powietrza wydychanego, pisząc, że składa się prawie wyłącznie z dwutlenku węgla, a schemat wymiany gazowej jest niejasny nawet dla osoby dorosłej.

Powyższy opis jednej z książek to tylko przykład, ale i dowód na to, że podobne książki dzieci mogą wypożyczać w bibliotece, a nieświadomi rodzice kupować w księgarniach. Jest to też przestroga dla edukatorów zdrowia, by zawsze przed dokonaniem wyboru środków dydaktycznych do zajęć, dokonywali ich dogłębnej analizy.

Pojedyncze nieudane pozycje nie powinny jednak zniechęcać, bowiem w tej kategorii wydano wiele cennych i wartościowych dla edukacji zdrowotnej utworów. Dla przykładu ilustracje książek popularnonaukowych przemawiają językiem dzieci, prezentując to, co trudne do zrozumienia, w sposób przystępny. Wykorzystuje się w nich zabieg personifikacji wszelkich znajdujących się w organizmie komórek, cząsteczek, tkanek i narządów. Wybrane ilustracje książek można pokazywać na dużym ekranie, co wzmocni zainteresowanie dzieci i ułatwi wytłumaczenie zachodzących w organizmie procesów. Część tego typu książeczek jest zrobionych z podwójnych kartonowych stron, co daje możliwość samodzielnego zaglądania do wnętrza organizmu, do szafek gabinetu lekarskiego, czy też obejrzenia powiększonych komórek pod imitowanym mikroskopem. Inną często stosowaną techniką w literaturze popularnonaukowej dla dzieci jest stosowanie zwrotów bezpośrednich, które czynią bohaterem książki, właśnie odbiorcę. Bezpośredniość przekazu powoduje, że treści są odbierane bardziej „serio” i lepiej zapamiętywane. Przedstawiane w książkach „pomysły na przekazywanie wiedzy” powinny zachęcić edukatorów zdrowia do czerpania z nich oraz ich rozwijania. Przykładem pomysłowości autorów są obrazowe porównania, takie jak „strzemiączko w uchu i w siodle”, proste do wykonania przez dzieci eksperymenty, treningi emocji, czy też odpowiedzi na najbardziej nurtujące dzieci pytania („Dlaczego niemowlęta cały czas płaczą?” „Dlaczego włosy siwieją”, „Skąd pochodzi wosk w uszach?”, „Dlaczego głodniejemy?”, „Dlaczego mamy zamiędla?”, „Dlaczego ziewamy?”). Niektóre pozycje zawierają testy wiedzy, sprawdzające, co zapamiętało dziecko po przeczytaniu danej książeczki, inne operują humorem i lubianą przez dzieci formą komiksu.

Drugą grupą pod względem liczebności pozycji są opowiadania. Można wyszczególnić w niej książki skierowane do dzieci zdrowych oraz do dzieci chorych. Choć oczywiście z książek ukierunkowanych na promowanie zdrowia mogą czerpać korzyści wszystkie dzieci.

Chodzi bardziej o to, że te pierwsze traktują o zdrowiu, drugie o konkretnej jednostce chorobowej. Napisanie dobrej książki o zdrowiu w postaci opowiadania jest niewątpliwie sztuką. Autorzy analizowanych książek dzięki swym umiejętnościom nadali im wysoką wartość literacką. Dla przykładu można wymienić: wybrane opowiadania z „Gromadki Misia Uszatka” Czesława Janczarskiego czy z „Wesołego Przedszkola” Marii Kownackiej oraz tytuły: „Ostrożnie! Wszystko, co powinno wiedzieć dziecko, żeby mogło bezpiecznie bawić się w domu” Grzegorza Kasdepke i „Wyprawę po zdrowie” Ireny Krzeskiej. Wśród książek autorów zagranicznych: „Mój podręcznik pierwszej pomocy”, „Poznajemy razem z dziećmi nasz organizm” oraz znany tytuł w środowisku medycznym: „Muko- widzi- koza”.

Utworki te są łatwe i przyjemne w odbiorze z racji formy opowiadania, którą prezentują, przekazują przy tym wiele treści zdrowotnych. Bohaterami są dzieci w wieku odbiorców oraz zwierzątka. Wykorzystywanie bohaterów w edukacji wiąże się z teorią społecznego uczenia się, autorstwa A. Bandury [1]; dotyczy ona głównie dzieci, które uczą się nie tylko poprzez instruktora, ale i poprzez obserwację. Teoria zakłada, że ludzkie zachowania powstają lub ulegają zmianie w wyniku obserwowania zachowań innych, znaczących dla jednostki osób, przy czym mogą to być zarówno postacie rzeczywiste, jak i nierealne, a więc obok rodziców, nauczycieli, rówieśników i idoli, także ulubieni bohaterowie książek i komiksów. Postacie te pełnią rolę modeli do naśladowania. Cały proces uczenia się przez obserwowanie i przejmowanie przez obserwatora nowych zachowań nazywa się modelowaniem. Proces ten nie jest wymuszony, a przebiega tym szybciej i efektywniej im bardziej atrakcyjny jest model oraz im większe są oczekiwania związane ze zmianą zachowania.

Analizowane opowiadania wykreowały właśnie takich pozytywnych i negatywnych bohaterów, którzy swoim zachowaniem modelują zachowania czytelników. Początkowo dzieci przenoszą zapamiętane „zachowania” do zabawy, odgrywają zasłyszane sceny samodzielnie lub przy pomocy kukielek. Jest to swego rodzaju przygotowanie do działań prozdrowotnych w przyszłości.

Tematyka opowiadań jest bardzo różna, część z nich dotyczy zdrowego odżywiania, inne bezpieczeństwa, higieny, pierwszej pomocy, profilaktyki chorób, czy też bycia chorym. Mogą one być wspaniałym wstępem do zajęć na temat higieny, czy chorób i ich leczenia, pobudzają wyobraźnię, ilustracje mogą stać się materiałem wstępnym do rozmowy. Polecenie „Poznajemy razem z dziećmi nasz organizm” oprócz całego utworu prozą, zawiera także: komiksy, „podręczny poradnik” na temat dbania o zęby, gdzie znajdziemy także miejsce na umieszczenie własnych propozycji dziecka; zabawy i gry oraz rozdział „Co robić, żeby dziecko nie bało się dentystry? Dziesięć wskazówek dla rodziców”. Znajdziemy w niej również ramki z wiedzą naukową dla dorosłych lub szczególnie zainteresowanych dzieci, kilka rozdziałów o charakterze popularnonaukowym, ale skierowanych do dzieci, a także teksty do skeczy, propozycje zabaw i gier ruchowych, pomysły na majsterkowanie, piosenki, prze-

pisy kulinarne na zdrowe przysmaki, tygodniowy jadłospis śniadaniowy oraz rozdział dla dorosłych o ćwiczeniach korekcyjnych. Część książek z tej kategorii zawiera też wyrażone wprost lub ukryte porady dla rodziców. Można, zatem stwierdzić, że czytanie opowiadań będzie najbardziej skuteczne, gdy wystąpi w nim osoba pośrednicząca, która skorzysta z występujących w książce porad dla dorosłych, (jeśli takowe się znajdują) i nakieruje dziecko na właściwy tok myślenia, tak aby książka nie spełniała jedynie funkcji autotelicznej, ale i funkcję dydaktyczną.

Polscy pisarze i poeci zasłużyli się edukacji zdrowotnej w znacznym stopniu. Ich wiersze, w szczególności pisane dla najmłodszych dzieci są równie przyjemne w odbiorze jak proza, część z nich mogłaby zostać zaliczona do kanonu lektur obowiązkowych w szkole podstawowej. Posiadają one wysoką wartość dydaktyczną w zakresie edukacji zdrowotnej i bez wątpienia należą do literatury pięknej. Szlagierowym przykładem jest „Pan Kotek był chory” Stanisława Jachowicza, ale utwory takie jak „Sowa” Jana Brzechwy, „Zwierzęta na wycieczce” Ewy Piechnej-Pietrzyk, czy nowatorski „Lenio, czyli mania mniemania” Agaty Muszalskiej, nie odstępują od niego poziomem. Wiersze te mogą być wspaniałym urozmaicheniem zajęć, narzędziem promocji zdrowia i profilaktyki. Co więcej, do zbiorów wierszy najczęściej załączane są barwne ilustracje, które warto wykorzystać. W połączeniu z dialogiem dydaktycznym i prostymi zadaniami do wykonania, mogą one stać się dobrym scenariuszem zintegrowanych zajęć.

Należy zwrócić uwagę, że wiersze stanowią doskonały materiał do tworzenia takich zajęć, gdyż zwykle obok tematu głównego zahaczają o inny. Na przykład wiersz „Sowa” możemy zastosować zarówno przy okazji zajęć o ptakach, o czytaniu książek, jak i o zdrowiu. Czytanie ich i recytowanie to ćwiczenie języka polskiego. Niektóre wydawnictwa wychodzą naprzeciw oczekiwaniom odbiorców zamieszczając zadania dla dzieci wewnątrz książki, obok tekstu, tak jest np. w „Lenio, czyli mania mniemania”. Najważniejszym ich atutem są jednak rymy, które bawią i pozwalają na zapamiętanie dzieciom podstawowych zasad zdrowego stylu życia.

Oto przykłady:

„Zaskrzeczała więc papuga:

– Gdy czerwone oczkiem mruga,
/Musisz stać i czekać
moment/, żeby przejść na drugą stronę”

(Ewa Piechna-Pietrzyk)

„Patrzcie, jak złe łakomstwo! Kotek przebrał miarę;
/Musiał więc nieboraczek srogą ponieść karę”

(Stanisław Jachowicz)

„Nie opycha się już Lenio /świństwem zabarwionym
chemią./ Każdy dzień nam szansę daje,
aby zmienić złe zwyczaje”

(Agata Muszalska)

„Kto czyta gdy jest mrok, może łatwo stracić wzrok”
„Czyta się, gdy światło świeci,
To zły przykład jest dla dzieci!”

(Jan Brzechwa)

W bibliotekach odnajdziemy także poradniki dla dzieci, które wyraźnie dzielą się na te przeznaczone dla zdrowych i te dla chorych dzieci. Poradniki pisane są dla odbiorców w różnym wieku, ich forma i sposób przekazywania porad zachęcają do korzystania określonych grup wiekowych. Zawarte w nich zalecenia są podawane bardzo obrazowo, albowiem zawierają wiele ilustracji. Poradniki są na ogół dobrze przygotowane merytorycznie. Wiedza, którą przekazują jest naukowa i zaprezentowana zgodnie z regułami pisania poradników. Z tego względu jest to grupa książek, które najłatwiej zaklasyfikować. Spośród dorobku polskich autorów udało się odnaleźć tylko jeden przykład: „Sam(a) dbam o zdrowie” Moniki Walkowiak i Andrzeja Mielnikowa. Pozycje zagraniczne to np. „Czy wiesz co jesz? Dieta XXL Poradnik nie tylko dla nastolatków”, „Dlaczego idę do szpitala? Ilustrowany poradnik dla chorych dzieci”, czy z tej samej serii „Dlaczego noszę okulary?”.

Część poradników ma charakter specjalistyczny, dotycząc szczególnego problemu (np. przemocy seksualnej, wad wzroku), inne są bardzo ogólne, tak jak polski „Sam(a) dbam o zdrowie”. Oprócz typowych porad typu: „co robić by zdrowo żyć”, poradniki dostarczają dobrych pomysłów do zajęć, znajdują się w nich, np. propozycje ćwiczeń gimnastycznych, wierszyki oraz numery ważnych telefonów. Zdarza się, że wprowadza się w nich nieco bardziej specjalistyczną terminologię, jest ona jednak zawsze w przystępny sposób tłumaczona.

Wydawnictw encyklopedycznych, pomocnych w edukacji zdrowotnej jest bardzo wiele. Ich charakterystyczną cechą jest to, że przeznaczone są dla ogółu dzieci. Właściwie dla każdej grupy wiekowej stworzono specjalne wydania, zgodnie z koncepcją nauczania w układzie spiralnym, który zakłada uczenie od najprostszyc form i powracanie do nich w kolejnych etapach życia poszerzając coraz bardziej zakres treści i metod. Nauczanie w edukacji zdrowotnej wymaga postępowania zgodnie z tą koncepcją m.in. z powodu zmian w rozwoju biologicznym i psychospołecznym, a także co raz to nowych zainteresowań i potrzeb dzieci [1].

Mamy więc encyklopedie dla przedszkolaków, uczniów szkół podstawowych oraz nastolatków. Wszystkie, analizowane przez autorkę, pozycje zostały przygotowane przez autorów zagranicznych. Nie poruszają one z reguły tematyki konkretnych problemów zdrowotnych lub zaleceń odnośnie stylu życia, a jedynie w rzetelny sposób prezentują informacje i fakty dotyczące ludzkiej anatomii, fizjologii i medycyny. Książki encyklopedyczne pełnią zwykle funkcje informatorów dostarczających wiedzy naukowej potrzebnej w toku edukacji szkolnej oraz ciekawostek. Bogate, wielkoformatowe ilustracje stwarzają szerokie możliwości poznawcze oraz ułatwiają zrozumienie procesów fizjologicznych. Z założenia nie czyta się jednak takich książek za jednym razem, jak ciekawą bajkę. Dlatego autorka zaleca rozpowszechnianie tego typu wydawnictw w szkołach i domowych biblioteczkach by w każdej chwili czy to na kole zainteresowań, czy po dyskusji na temat ludzkiego organizmu, dziecko mogło

samodzielnie zasięgnąć dodatkowej wiedzy, rozjaśnić wątpliwości czy też lepiej zrozumieć swój organizm lub poruszany temat w szkole. Ich wykorzystanie w edukacji zdrowotnej to głównie stworzenie do nich dostępu. Zawarte w nich ilustracje mogą być natomiast świetną pomocą dydaktyczną, uzupełniającą lekcje przyrody, wychowania seksualnego czy zdrowotnego.

Najmniejszą grupę wśród analizowanych utworów stanowią broszury, nie wynika to jednak z faktu, że wydaje się ich niewiele, a z tego, że są wydawane zwykle jednorazowo i ich forma często decyduje o nieumieszczeniu ich w bibliotekach. Z tego powodu autorce trudno było pozyskać dla analizy utwory tego rodzaju. Niemniej część z nich nie powinna budzić zastrzeżeń, bo jest sponsorowana przez instytucje lub fundacje związane z ochroną zdrowia. Takie wydania są zwykle konsultowane ze specjalistami, a ich cel jest z góry określony i zawsze związany z promocją zdrowia lub profilaktyką. Zdarza się, że poruszają trudne tematy, takie jak HIV czy nowotwór, w związku z czym na autorach spoczywa szczególnie duża odpowiedzialność za odbiór przekazywanych w nich treści. Bywa, że konieczne jest wtedy pośredniczenie opiekuna w odbiorze. Możemy tu wymienić takie pozycje, jak: „Mali przyjaciele” przygotowaną przez Krajowe Centrum ds. AIDS z ilustracjami Marty Pokorskiej oraz mimo pozytywnej opinii psychologa i onkologa kontrowersyjna pozycja „Moja mama ma raka” Moniki Zięby.

Wydawaniem takich broszur zajmują się jednak także producenci różnych produktów (najczęściej spożywczych i higienicznych). Wiedząc, że głównym celem takich firm jest przede wszystkim zysk ze sprzedaży produktów, należy zwrócić szczególną uwagę czy informacje podawane w broszurach są rzetelne. Analizowany przykład takiej broszury wydanej przez Wrigley Poland nie budził merytorycznych zastrzeżeń.

Wnioski

Analiza 40 utworów literatury dziecięcej pozwala na wyciągnięcie ogólnych wniosków na jej temat. Biorąc pod uwagę wszystkie analizowane pozycje trzeba stwierdzić, że rynek czytelniczy jest na pierwszy rzut oka wręcz przesycony utworami o tematyce zdrowotnej. Samej autorce udało się znaleźć czterdzieści utworów, a wydano ich w Polsce z pewnością znacznie więcej.

Charakteryzując literaturę pod względem treści trzeba zaznaczyć, że znaczna większość porusza tematykę ogólną. W pierwszej kolejności ciało człowieka, następnie ogólne kwestie dotyczące zdrowia i medycyny. Część pozycji zawiera zalecenia profilaktyczne lub dotyczące zdrowego stylu życia: niektóre bardziej, inne mniej szczegółowe. Tylko nieliczne pozycje dotyczą konkretnych problemów zdrowotnych albo konkretnych jednostek chorobowych. Można zatem stwierdzić, że książek, które mogą się przyczynić do poprawy zdrowia dzieci poprzez przekazywanie wiedzy o prawidłowo funkcjonującym organizmie, (co jest niezwykle ważne) jest bardzo wiele, a czytelnicy i edukato-

rzy zdrowia mają wybór. Innych książek np. o zapobieganiu otyłości, wypadkom; prozdrowotnych wyborach, jak i tych stricte dla dzieci z konkretnymi jednostkami chorobowymi jest już znacznie mniej. Bardzo niewiele, z analizowanych książek, porusza kwestię zdrowia psychicznego. Nie brano pod uwagę bajek terapeutycznych, które oczywiście mogą wpływać na zdrowie psychiczne dzieci, nie są jednak książkami o zdrowiu psychicznym i nie ukazują bezpośrednio jak dbać o to zdrowie.

Książki, które przeanalizowano mają potencjał edukacyjny, uczą, że zdrowie jest wartością, a poprzez przekazywanie różnego rodzaju informacji wzmacniają lub kreują prozdrowotne postawy i rozbudzają dziecięcą aktywność, co jest krokiem ku zmianie zachowań oraz stylu życia. Można stwierdzić, że mogą one kształtować prawie wszystkie zakładane w celach edukacji zdrowotnej dyspozycje, tj. wiedzę, przekonania, postawy, umiejętności i zachowania.

Ponadto, wykorzystywane pośrednio w edukacji zdrowotnej przez nauczyciela zdrowia, odpowiednio wzbogacone mogą stanowić znakomitą bazę zajęć na temat zdrowia. Dostarczają także ciekawych pomysłów na ich realizację. Każdy z utworów niesie w sobie wartości, a realizatorom edukacji zdrowotnej pozostaje to wykorzystać.

PIŚMIENNICTWO

1. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
2. Adamczykowa Z., Literatura dziecięca: funkcje – kategorie – gatunki, WSP TWP, Warszawa 2004.
3. Frycie S., Kaniowska-Lewańska I., Kultura literacka w przedszkolu, cz. I., Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1988.
4. Ratyńska H., Rola książki i czasopisma w wychowaniu przedszkolnym, w: Frycie S., Kaniowska-Lewańska I. (edytorzy), Kultura literacka w przedszkolu, cz. I., Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1988.
5. Ratyńska H., Literatura dziecięca w pracy przedszkola, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1991.
6. Leszczyński G., Literatura i książka dziecięca: słowo, obieg, konteksty, Wydaw. CEBID, Warszawa 2003.
7. Babbie E., Badania społeczne w praktyce, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
8. Pisarek W., Wstęp do nauki o komunikowaniu, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
9. Silverman D., Interpretacja danych jakościowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Adres do korespondencji:
Zakład Edukacji
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI STUDENCKIEGO PSYCHOLOGICZNEGO KOŁA NAUKOWEGO ZA OKRES 2007–2010

THE REPORT ON STUDENTS' PSYCHOLOGICAL RESEARCH ASSOCIATION (2007–2010)

WOJCIECH STRZELECKI

Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr n. biol. Ewa Mojs

Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu założone zostało w październiku 2005 roku z inicjatywy studenta wówczas III roku Pielęgniarstwa – Michała Mandeckiego, który został także przewodniczącym koła. Od samego początku istnienia Koła jego opiekunem jest asystent w Zakładzie Psychologii Klinicznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMP – Wojciech Strzelecki. Na stanowisko to powołany został z inicjatywy studentów. Podstawowym celem Koła było propagowanie i szerzenie oraz odpowiedź na potrzeby studentów w dziedzinie wiedzy psychologicznej, wykraczającej ponad program nauczania. Aktualnie Koło skupia studentów Wydziału Farmacji, Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Wydziału Lekarskiego.

W latach 2005–2008 przewodniczącym Koła był jego założyciel – student Pielęgniarstwa Michał Mandeck, następnie w latach 2008–2010 – studentka Zdrowia Publicznego – Kinga Blumska, pełniąca równolegle funkcję przewodniczącej Studenckiego Towarzystwa Naukowego Uniwersytetu Medycznego. W bieżącym roku akademickim (2010/2011) przewodniczącą koła została studentka kierunku Analityka Medyczna na Wydziale Farmacji – Kamila Malinowska.

Podstawową formą działalności Koła jest organizowanie spotkań tematycznych z pracownikami różnych placówek – najczęściej psychologami, którzy dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniami ze studentami. Dobór tematyczny spotkań podyktowany jest zawsze oczekiwaniami członków Koła. Sprawozdanie za okres 2005–2007 zostało już opublikowane stąd nieco skrótowe potraktowanie tego okresu działalności Koła. Rok akademicki 2005/2006 przyniósł siedem spotkań merytorycznych¹, 2006/2007 trzy² oraz dwudniowe warsztaty.

¹ Szczegółowy spis spotkań w roku akademickim 2005/2006 znaleźć można w „Sprawozdaniu z działalności Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego”, opublikowanego w Pielęgniarstwie Polskim, 1 (27) 2008, 84-85.

² Szczegółowy spis spotkań w roku akademickim 2005/2006 znaleźć można w „Sprawozdaniu z działalności Studenckiego

Rok akademicki 2007/2008 przyniósł cztery spotkania tematyczne: „Rola psychologa w Domu Pomocy Społecznej” gościem był mgr Jędrzej Dobaczewski (kierownik Działu Terapeutyczno-Opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej w Lesznie, psycholog w Domu Pomocy Społecznej w Mościczkach); „Co jest normalne? Czyli norma w seksuologii” gościem była mgr Anna Dolczewska-Samela (wówczas asystent w Zakładzie Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Psycholog jako biegły sądowy” gościem był mgr Marcin Żabicki (Rodzinny Ośrodek Diagnostyczno-Konsultacyjny przy Sądzie Okręgowym w Poznaniu) oraz „Zaburzenia odżywiania” – gościem była mgr Maria Skommer (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu, Centrum Profilaktyki Uzależnień, V-ce prezes Polskiego Stowarzyszenia Choreoterapii).

W roku akademickim 2008/2009 odbyło się siedem spotkań: „Wsparcie pacjenta onkologicznego” – gościem była mgr Dorota Gołąb (Wielkopolskie Centrum Onkologii); „Wybrane narzędzia diagnostyczne w psychologii” – gościem byli mgr Wojciech Strzelecki i mgr Marcin Cybulski (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Praca psychologa szkolnego” – gościem była mgr Maja Strzelecka (Szkoła Podstawowa nr 82 im. Przemysła II w Poznaniu, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej na WNoZ UM w Poznaniu); „Elementy kulturoterapii” – gościem był mgr Wojciech Strzelecki (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Historia żywienia” – gościem był dr Rafał Wójciak (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Zaburzenia psychosomatyczne część 1” – gościem była mgr Maja Strzelecka (Szkoła Podstawowa nr 82 im. Przemysła II w Poznaniu, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej na WNoZ UM w Poznaniu) oraz „Zaburzenia psychosomatyczne część 2” – gościem była mgr Maja Strzelecka (Szkoła Podstawowa nr 82 im. Przemys-

Psychologicznego Koła Naukowego”, opublikowanego w Pielęgniarstwie Polskim, 1 (27) 2008, 84-85.

sła II w Poznaniu, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej na WNoZ UM w Poznaniu).

W roku akademickim 2009/2010 odbyło się osiem spotkań: „Obszary zastosowania muzykoterapii” – gościem był mgr Wojciech Strzelecki (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Strata dziecka” – gościem była dr Marta Czarnecka-Iwańczuk (Klinika Perinatologii i Ginekologii, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny nr 3 w Poznaniu, Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Psychologia w onkologii dziecięcej – ujęcie praktyczne” – gościem był mgr Jakub Pilarczyk (Klinika Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu); „Wypalenie zawodowe wśród pracowników służby zdrowia” – gościem był mgr Michał Mandrecki (Katedra Nauk Społecznych na WNoZ UM w Poznaniu); „Radzenie sobie ze stresem” – gościem był mgr Marcin Cybulski (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Kiedy umiera pacjent” – gościem był dr Bogusław Stelcer (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Dorośle Dziecko Alkoholika” – gościem była mgr Maria Skommer (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); „Hipnoterapia” – gościem była mgr Izabela Przybek-Czuchrowska (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu); oraz „Podstawowe założenia terapii Lowenowskiej” – gościem była mgr Maja Strzelecka (Szkoła Podstawowa nr 82 im. Przemysła II w Poznaniu, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej na WNoZ UM w Poznaniu). To ostatnie spotkanie zaowocowało następnie warsztatem, na którym mgr Maja Strzelecka zademonstrowała założenia terapii Lowenowskiej w praktyce.

Rok akademicki 2010/2011 przyniósł jak dotąd dwa spotkania tematyczne: „Podstawy psychologii społecznej” – gościem był dr Wojciech Strzelecki (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu) oraz „Psychologia tłumy” – gościem był również dr Wojciech Strzelecki (Zakład Psychologii Klinicznej na WNoZ UM w Poznaniu).

Inną istotną formą działalności Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego jest organizowanie konferencji. Konferencje organizowane przez Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe odbywają się pod wspólnym hasłem „Humanistyka w medycynie”. Do tej pory zorganizowano cztery konferencje.

Pierwsza z nich odbyła się 16 marca 2007 roku. Zorganizowana została przy współpracy ze Studenckim Towarzystwem Naukowym, Polskim Towarzystwem Schweitzerowskim i Zakładem Psychologii Klinicznej i nosiła tytuł „Wzorzec etyki medycznej w świetle życia i dzieła Alberta Schweitzera”. Konferencja została objęta patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – prof. dr. hab. Grzegorza H. Bręborowicza, Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu – prof. dr. hab. Tomasza Opali oraz kierownika Katedry Nauk o Zdrowiu – prof. UM dr hab. Marii

Danuty Głowackiej³. Owocem konferencji jest monografia zatytułowana „Życie i dzieło Alberta Schweitzera inspiracją dla współczesnej bioetyki” pod red. Bogusława Stelcera. Poznań, 2008 wydana w cyklu „Konteksty społeczno-kulturowe zdrowia i medycyny” nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

4 kwietnia 2008 roku odbyła się druga konferencja współorganizowana przez Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe. Nosiła tytuł „Psychologia w medycynie” i zorganizowana została przy współpracy ze Studenckim Towarzystwem Naukowym i Zakładem Psychologii Klinicznej. Konferencja została objęta patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – prof. dr. hab. Grzegorza H. Bręborowicza, Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu – prof. dr. hab. Tomasza Opali oraz kierownika Katedry Nauk o Zdrowiu – prof. UM dr hab. Marii Danuty Głowackiej. Partnerami organizatorów byli: Pracownia Psychologii Transportu w Poznaniu, miesięcznik „Terapia” oraz Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne⁴. Owocem konferencji jest monografia zatytułowana „Psychologia w naukach medycznych” pod red. Marcina Cybulskiego i Wojciecha Strzeleckiego, Poznań, 2010 wydana nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu⁵.

Kolejna konferencja z cyklu „Humanistyka w medycynie” odbyła się 21 listopada 2009 roku. Nosiła tytuł „Zdrowy człowiek i społeczeństwo w wizjach Alberta Schweitzera i Ericha Fromma” i miała charakter międzynarodowy – gośćmi byli m.in. Kurt Heimann – przedstawiciel Koła Przyjaciół im. Alberta Schweitzera działającego na terenie Saksonii, dr Horst Peter Reichardt z Drezna, prof. dr. hab. Stanisław Kowalik oraz prof. dr. hab. Ryszard Stachowski. Oprócz Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego konferencję współorganizowali: Studenckie Towarzystwo Naukowe UM w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Schweitzerowskie oraz Zakład Psychologii Klinicznej. Przedsięwzięcie objęło patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – prof. dr. hab. Jacek Wysocki oraz Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu – prof. dr. hab. Włodzimierz Samborski. Planowana jest publikacja związana z konferencją, zatytułowana „Zdrowy człowiek i społeczeństwo w wizjach Alberta Schweitzera i Ericha Fromma”. Monografia ma ukazać się w roku 2011 nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, pod redakcją Bogusława Stelcera, Wojciecha Strzeleckiego, Marcina Cybulskiego oraz Piotra Pawlaka.

³ Szczegółowe sprawozdanie z konferencji „Wzorzec etyki medycznej w świetle życia i dzieła Alberta Schweitzera” znaleźć można w *Pielęgniarstwie Polskim*, 1 (27) 2008, 86-87.

⁴ Szczegółowe sprawozdanie z konferencji „Psychologia w medycynie” znaleźć można w *Pielęgniarstwie Polskim*, 1 (27), 2008, 88-91.

⁵ Recenzję książki, autorstwa Mai Stanisławskiej-Kubiak znaleźć można w *Pielęgniarstwie Polskim*, 2 (32), 2009, 173.

Ostatnia jak dotąd konferencja, zatytułowana „Psychologia w medycynie II” odbyła się 24 kwietnia 2010 roku. Organizatorami konferencji byli: Studenckie Towarzystwo Naukowe UMP, Zakład Psychologii Klinicznej UM, Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe oraz Koło Medycyny Psychosomatycznej. Konferencję patronatem objęli JM Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – prof. dr hab. Jacek Wysocki, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu – prof. dr hab. Włodzimierz Samborski oraz Dziekan Wydziału Lekarskiego I – prof. UM dr hab. Ryszard Marciniak⁶. W związku ze wspomnianą konferencją w roku 2011 ma ukazać się monografia pod redakcją Wojciecha Strzeleckiego, Marty Czarneckiej-Iwańczuk oraz Marcina Cybulskiego zatytułowana „Psychologia w naukach medycznych. Część 2”.

Planowane są kolejne konferencje w organizacji których weźmie udział Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe: w maju 2011 roku ma odbyć się konferencja „Psychologia w medycynie III”, natomiast w październiku 2011, przy współpracy z Instytutem Kultury Europejskiej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu planowana jest międzynarodowa konferencja „Kultura, Media, Etyka”.

Działalność Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego ma także na celu mobilizować studentów do pracy naukowo-badawczej. Do tej pory ukazały się:

1. Michał Mandeki, Znaczenie właściwej komunikacji między personelem medycznym, a pacjentem w opiece zdrowotnej, *Pielęg. XXI wieku*, 4 [13] 2005.

2. Michał Mandeki, Wypalenie zawodowe – czy wszyscy jesteśmy na nie skazani? [w:] *Leczenie, pielęgnowanie i zarządzanie – wybrane elementy opieki nad pacjentem*, (red.) J. Konieczny, Z. Kartuzi, Bydgoszcz 2006.

3. Michał Mandeki, Jeśli nie reklama to co? – czyli wpływ reklamy na kształtowanie się postaw konsumencjki względem produktów spożywczych przeznaczonych dla dzieci, [w:] *Zarządzanie zdrowiem społecznym i edukacją menedżera ochrony zdrowia* (red.) M.D. Głowacka, Wyd. Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu, Poznań 2007.

4. Bogusław Stelcer, Wojciech Strzelecki, Marcin Cybulski, Michał Mandeki, *Sprawozdanie z Konferencji Naukowej „Wzorzec etyki medycznej w świetle życia i dzieła Alberta Schweitzera”*, *Sztuka Lecz.*, 2006, 13, 3-4.

5. Wojciech Strzelecki, Marta Czarnecka, Marcin Cybulski, Maja Strzelecka, Michał Mandeki, *Sprawozdanie z konferencji „Psychologia w medycynie”*, *Pielęg. Pol.*, 2008, 1 (27).

6. Wojciech Strzelecki, Michał Mandeki, *Sprawozdanie z działalności Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego*, *Pielęg. Pol.*, 2008, 1 (27).

7. Julianna Paluch, Wojciech Strzelecki, *Ocena świadomości potocznej na temat zawodu pielęgniarki i zawodu położnej*, *Pielęg. Pol.*, 2008, 1 (27).

8. Michał Mandeki, Marta Czarnecka, Wojciech Strzelecki, Katarzyna Stefaniak, *Poczucie koherencji i zadowolenie z życia u kobiet w ciąży fizjologicznej i wysokiego ryzyka*, *Pol. Prz. Nauk o Zdr.*, 2008, 1 (14).

9. Wojciech Strzelecki, Marta Czarnecka-Iwańczuk, Marcin Cybulski, Kinga Blumska, *Sprawozdanie z II konferencji „Psychologia w medycynie”*, *Pielęg. Pol.*, 2008, 1 (27).

Na druk oczekuje niemieckojęzyczna wersja sprawozdania konferencyjnego – Marcin Cybulski, Wojciech Strzelecki, Bogusław Stelcer, Michał Mandeki, *Bericht von der wissenschaftlicher Konferenz „Vorlage der medizinischen Ethik bezogen auf Albert Schweizers Leben und seine wissenschaftliche Errungenschaften”*.

W ramach działalności Koła zrealizowanych zostało pięć projektów badawczych:

1. „Poczucie koherencji i zadowolenie z życia u kobiet w ciąży fizjologicznej i wysokiego ryzyka” – Michał Mandeki, Katarzyna Stefaniak, Wojciech Strzelecki, Marta Czarnecka.

2. „Ocena świadomości potocznej na temat zawodu pielęgniarki i zawodu położnej” – Julianna Paluch, Wojciech Strzelecki.

3. „Wpływ reklamy na kształtowanie się postaw konsumenckich względem produktów spożywczych przeznaczonych dla dzieci” – Michał Mandeki.

4. „Świadomość niepożądanych efektów zdrowotnych stosowania dopingu przez sportowców wśród uczniów szkół średnich” – Zuzanna Manicka, Wojciech Strzelecki.

5. „Wpływ wybranych cech osobowości na kształtowanie się zainteresowań studentów uczelni wyższych” – Jolanta Tomczak, Wojciech Strzelecki.

Ostatnie dwa projekty są w fazie ostatecznego opracowania i planowana jest ich szybka publikacja. Oba zostały zaprezentowane w postaci referatów w sesji studenckiej na konferencji zatytułowanej „Wyzwania naukowe i dydaktyczno-organizacyjne Wydziałów Nauk o Zdrowiu”, która odbyła się w dniach 25–26 czerwca 2010 roku w Poznaniu na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Aktualnie prowadzone są kolejne dwa projekty badawcze:

1. „Świadomość studentów kierunków medycznych na temat roli czynników psychologicznych w procesie leczenia” – Katarzyna Bobrzyk, Wojciech Strzelecki.

2. „Motywowanie ekonomiczne i pozaekonomiczne personelu medycznego” – Kinga Blumska, Wojciech Strzelecki.

Planowana dalsza działalność Koła skupiać się będzie na wspomnianych formach aktywności, wzbogacając je o współpracę z innymi jednostkami. Wśród najbliższych planów działalności Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego znajdują się bowiem również plany wyjazdowe, których celem ma być przybliżenie studentom form pracy psychologicznej w różnych jej

⁶ Szczegółowe sprawozdanie z konferencji „Psychologia w medycynie II” znaleźć można w *Pielęg. Pol.*, 2009, 2 (32), 170-172.

aspektach w praktyce. Oprócz tego Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe nawiązało współpracę z Kołem Medycyny Psychosomatycznej (którego opiekunami są dr Marta Czarnecka-Iwańczuk oraz mgr Maria Skommer z Zakładu Psychologii Klinicznej WNoZ UMP). Konferencja „Psychologia w Medycynie II” była już organizowana przy współpracy dwóch wspomnianych kół. Ponadto jedno ze spotkań tematycznych – „Podstawowe założenia terapii Lowenowskiej”, jak również i następujący po tym spotkaniu warsztat były organizowane wspólnie przez obie jed-

nostki. Ponadto opiekun Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego – dr Wojciech Strzelecki był gościem na spotkaniu Koła Medycyny Psychosomatycznej, gdzie przedstawił temat „Muzykoterapia”.

Adres do korespondencji:
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Zakład Psychologii Klinicznej
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu powstało w 1998 roku. Inicjatorami powstania Towarzystwa była grupa entuzjastów nauk o zdrowiu i promocji zdrowia pod kierunkiem Pani dr hab. Marii Danuty Głowackiej.

Towarzystwo powołano w celu inspirowania, popierania i popularyzowania rozwoju nauk o zdrowiu oraz promocji zdrowia. W zatwierdzonym statucie Towarzystwa przedstawiono środki umożliwiające realizację wyżej wymienionych celów, do których zalicza się działalność naukową, popieranie działalności wydawniczej, popieranie badań naukowych, organizowanie wymiany naukowej z zagranicą, organizowanie konferencji, sympozjów i seminariów, dofinansowywanie uczestnictwa członków w innych konferencjach, sympozjach i seminariach. Członkowie Towarzystwa aktywnie uczestniczą w działalności naukowej, badawczej i publikacyjnej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Towarzystwo dofinansowuje uczestnictwo swoich członków w konferencjach organizowanych przez inne uczelnie a także współuczestniczy w organizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu konferencjach i sympozjach. Zgodnie z prawem o działalności stowarzyszeń i towarzystw, PTNoZ składa na bieżąco sprawozdania finansowe i podatkowe oraz organizuje walne zebrania członków Towarzystwa zatwierdzając sprawozdania i oceniając działalność statutową.

W roku bieżącym Towarzystwo jest głównym organizatorem m. in. konferencji „Profilaktyka zagrożeń zdrowotnych u dzieci w młodszym wieku szkolnym” i „Ochrona Zdrowia Społecznego”. Zgodnie z uchwałą podjętą na walnym zebraniu planowane jest wydawanie zeszytów naukowych Towarzystwa.



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

Proszę o przyjęcie mnie do Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu.
Zapoznałem/am się ze statutem Towarzystwa.
Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w realizacji celów Towarzystwa
i regularnego opłacania składek członkowskich.

Data

Podpis

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu
ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel. (0-61) 655-92-50, fax. (0-61) 655-92-51, e-mail: ptnoz@poczta.onet.pl
NIP: 781-16-48-520, REGON: 639578796, KRS: 0000074710
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
zaprasza do udziału w XXXIV edycji

**PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA
W OPIECE ZDROWOTNEJ**

– jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia.

Studium jest propozycją dla osób z wyższym wykształceniem, pracujących w podmiotach organizacyjnych służby zdrowia lub planujących karierę zawodową w tych strukturach.

Kadrę dydaktyczną tworzą wysokiej klasy wykładowcy akademicy i specjaliści, których celem jest przekazanie słuchaczom wiedzy oraz umiejętności w zakresie:

zarządzania, prawa w ochronie zdrowia, ubezpieczeń społecznych, analizy ekonomicznej, rachunkowości oraz marketingu w jednostkach organizacyjnych opieki zdrowotnej.

Zajęcia prowadzone są w trybie zaocznym,
trwają od kwietnia 2011 do kwietnia 2012.
Nabór już trwa, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11 (pokój 218)
tel./fax 61 8612-251 e-mail stud-pod@ump.edu.pl

Szczegółowe informacje dotyczące studium zamieszczone są na stronie internetowej: <http://ump.edu.pl>