

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 1(35)

Poznań 2010

© 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 na okładce:
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. 7,0. Ark. druk. 8,5. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 182/11.
Druk ukończono w listopadzie 2011 r.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	5	<i>Jan Galicki: Zarządzanie czasem pielęgniarek</i>	43
PRACE ORYGINALNE			
<i>Violetta Dobrowolska: Ocena przygotowania do zawodu w opinii pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach szpitalnych</i>	7	<i>Andrzej Klamerek, Maria Danuta Głowacka: Logistyka jako strategiczny element zarządzania jednostek</i>	48
<i>Renata Rasińska, Magdalena Skwierzyńska, Karolina Górniak: Opinie kobiet na temat porodów domowych – prace badawcze studentek położnictwa</i>	14	<i>Bartłomiej Juras: Współczesne zarządzanie a opieka zdrowotna</i>	53
<i>Jolanta Sielska, Monika Matecka, Ewa Wieja: Przygotowanie personelu pielęgniarstwa do pracy z pacjentami uzależnionymi od alkoholu</i>	20	<i>Karolina Niemier: Znaczenie Systemu Zarządzania Jakością w Zakładzie Opieki Zdrowotnej na przykładzie NZOZ w Puszczykowie</i>	56
PRACE POGLĄDOWE			
<i>Eliza Dąbrowska: Audyt wewnętrzny systemu zarządzania jakością w zakładzie opieki zdrowotnej procesem oceny jakości systemu oraz jakości usługi</i>	25	STUDIUM PRZYPADKU	
<i>Hanna Helińska, Beata Bajurna: Pacjent ze schizofrenią paranoidalną z perspektywy opieki pielęgniarstwa</i>	28	<i>Beata Bajurna, Iwona Nowakowska: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem operowanym z powodu zaćmy metodą fakoemulsyfikacji</i>	59
<i>Andrzej Krysztopanis: Samoświadomość i relacje rodzinne u kobiet wykazujących objawy zespołu zaubrzeń pourazowych (PTSD)</i>	34	INFORMACJE	
		<i>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu – informacja, karta zgłoszenia</i>	65
		<i>Podypłomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej – informacja</i>	67
		<i>Informacja o nowym dziale „Prawo w pielęgniarstwie”</i>	68

CONTENTS

<i>Editor's note</i>	6	<i>Jan Galicki: Time management in nursing</i>	43
ORIGINAL PAPERS		<i>Andrzej Klamerek, Maria Danuta Głowacka: Logistic as a strategic element of management</i>	48
<i>Violetta Dobrowolska: Self – assessment of one's job preparation of male and female hospital nurses</i>	7	<i>Bartłomiej Juras: Contemporary management and health care</i>	53
<i>Renata Rasińska, Magdalena Skwierzyńska, Karolina Górniak: Women's opinions about home birth – research study by students of midwifery</i>	14	<i>Karolina Niemier: Meaning of quality management system in Plant of Healthy Protection on example NZOZ in Puszczykowo</i>	56
<i>Jolanta Sielska, Monika Matecka, Ewa Wieja: Preparing the nursing personnel to work with patients addicted to alcohol</i>	20	CASE STUDY	
REVIEW PAPERS		<i>Beata Bajurna, Iwona Nowakowska: The role of a nurse in the care of cataract patients operated with phacoemulsification</i>	59
<i>Eliza Dąbrowska: Internal audit of quality management system in a health care institution as a process of evaluating the quality of the system and quality of service</i>	25	INFORMATION	
<i>Hanna Helińska, Beata Bajurna: Patient with paranoid schizophrenia from the perspective of nursing care</i>	28	Polish Sciences of Health – information, application form	65
<i>Andrzej Krysztopanis: Self-awareness and family relations in women with symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD)</i>	34	Postgraduate Course "The management in Health Care" – information	67
		The information about the new chapter "The law in nursing"	68

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

Kolejny numer naszego pisma oddajemy, kiedy większość z Państwa podejmuje szereg działań naukowych i edukacyjnych. Decydujecie Państwo o podjęciu studiów, szkoleń podyplomowych czy specjalizacji. Świadomość potrzeby edukacji oraz aktywności Państwa w tym zakresie zdeteminowała po raz kolejny postać i zakres poruszanej tematyki, szczególnie istotnej dla pielęgniarek. Autorzy przedstawili prace oryginalne dotyczące oceny przygotowania do zawodu w opinii pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach szpitalnych, a także przygotowania personelu pielęgniarzkiego do pracy z pacjentami uzależnionymi od alkoholu. Cieszy też fakt pisania przez studentki pielęgniarstwa i położnictwa swoich pierwszych prac naukowych. W związku z tym wyróżniamy te przedsięwzięcia publikując je w głównej części pisma. Cieszy nas także fakt nadsyłania do redakcji prac w postaci studium przypadku, np.: Beata Bajurna, Iwona Nowakowska zaprezentowały rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem operowanym z powodu zącmy metodą fakoemulsyfikacji. Zachęcamy do takich doniesień, dzięki którym można wzbogacać swoje doświadczenie zawodowe. Jak zwykle też silną stroną pisma są prace poświęcone zarządzaniu w ochronie zdrowia.

Szczególnie polecamy lekturę pracy pt.: *Znaczenie Systemu Zarządzania Jakością w Zakładzie Opieki Zdrowotnej*

na przykładzie NZOZ w Puszczykowie. To także doskonałe studium przypadku pozwalające na konkretne porównanie i analizę praktycznych rozwiązań związanych z podnoszeniem jakości w ośrodkach ochrony zdrowia.

W pracach prezentowanych w bieżącym numerze zwracamy uwagę na pracę Elizy Dąbrowskiej: *Audyt wewnętrzny systemu zarządzania jakością w zakładzie opieki zdrowotnej procesem oceny jakości systemu oraz jakości usługi*.

W załączniku informacje o Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu i jego aktywności konferencyjno-szkoleniowej, a także podyplomowym studium z zarządzania. Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją zarówno w kwestiach naukowych, jak i rozwiązań oraz porad prawnych.

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 has been published when so many of you are undertaking new scientific and educational actions – you have just taken specialized courses, post-graduate trainings and professional 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, which is of particular interest for nurses.

Our authors presented an original article on evaluation of job preparation of hospital nurses including preparation to care for patients addicted to alcohol. Furthermore, we are especially glad to see that students of nursing and mid-wifery publish their first papers in our periodical so we honor them by placing them in the main part of this volume. We are also pleased that the we receive articles which are case studies. Beata Bajurna and Iwona Nowakowska have shown nurses' role in caring for cataract patients operated by way of phacoemulsification. We encourage our writers to send us this type of papers because they enrich writers' professional experience.

As usual, articles devoted to health care management remain our journal's strength so we particularly encourage you to read the article on the importance of Quality

Management System in a health care institution on the example of Non-public Health Care Entity in Puszczykowo. This is an excellent study, which makes it possible to compare practical solutions of raising quality in health care institutions. We would like to pay attention to Eliza Dąbrowska's paper on internal audit of quality management system in a health care institution as a process of evaluating the quality of the system system and quality of services. In attachment you will find information about Polish Society of Health Sciences, its conferences, trainings and Postgraduate school of Health Care Management. We encourage our readers to send us papers and to keep in touch with the Editorial Staff. You can ask us questions not only about scientific problems but also we can provide you with expert legal advice. We wish you fruitful reading and invite you to participate in conferences organized by Poznan University of Medical Sciences.

*Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief*

*Ewa Mojs, PhD
Scientific Secretary*

OCENA PRZYGOTOWANIA DO ZAWODU W OPINII PIELEŃNIAREK I PIELEŃNIARZY ZATRUDNIONYCH W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH

SELF – ASSESSMENT OF ONE'S JOB PREPARATION OF MALE AND FEMALE HOSPITAL NURSES

VIOLETTA DOBROWOLSKA

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

Streszczenie

Decydując o wyborze zawodu działamy niekiedy pod wpływem chwili, nie zastanawiając się, jakie będzie nasze dalsze życie, jak będziemy realizować się w pracy i czy będzie ona nam dawała satysfakcję. Rola pielęgniarki jest wieloaspektowa. Poziom wymagań stawianych pielęgniarkom i pielęgniarzom wchodzi w zakres roli zawodowej, dotyczy on prezentowanej wiedzy i umiejętności oraz postaw w czasie wykonywania zadań. Każda pielęgniarka powinna być przede wszystkim profesjonalistką, kompetentną w podejmowaniu niezależnych decyzji dotyczących pielęgnowania, organizowania opieki pielęgniarskiej na wszystkich szczeblach systemu ochrony zdrowia i w kierowaniu pielęgnowaniem [1]. Celem badawczym było uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania: co pielęgniarki i pielęgniarze sądzą o swojej pracy zawodowej, możliwościach związanych z podnoszeniem swoich kwalifikacji, jakie wymagania są im stawiane, czy ich wybór zawodu był słuszny.

W pracy wykorzystano doświadczenia i spostrzeżenia pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Pałuckim Centrum Zdrowia w Żninie zebrane od 1.10.2010 do 15.12.2010 r.

Badanie zostało przeprowadzone w formie anonimowej na grupie 100 osób. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z 24 pytań. Pytania zawarte w ankiecie miały charakter zamknięty i otwarty.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, wiedza pielęgniarek.

Summary

When we make decisions about our professional careers, we often act on the spur of the moment, without much thinking about our future job and our chances to fulfill ourselves and at work. The role of a nurse has many aspects. The level of requirements imposed on nurses falls in the scope of the professional role, it regards the level of knowledge they possess and their attitude to their tasks. First and foremost, each nurse should be competent to take independent decisions concerning nursing and be able to organize nursing care at all levels of the healthcare system [1].

The research objective was to learn what nurses think about their professional work, their opportunities to develop personal expertise, the requirements imposed on them and their past career choice.

The experience and observations of nurses working at Pałuki Health care Centre in Konin, which were collected in the fourth quarter of 2010 were used.

The search was conducted anonymously in a group of 100 respondents. The search tool was a questionnaire comprising 24 questions. There were closed – ended and open – ended questions in the questionnaire.

Key words: nurse, knowledge.

Wstęp

We współczesnym świecie pielęgniarstwo staje się coraz bardziej znaczącą dziedziną, zmierza do zapewnienia człowiekowi coraz lepszej pomocy w osiągnięciu optymalnego stanu zdrowia [2]. Jest to zawód o jasno określonych zadaniach, odpowiadających konkretnym potrzebom społecznym, to stale rozwijająca się dyscyplina naukowa i praktyczna.

Pielęgniarstwo to termin wieloznaczny używany w takich znaczeniach, jak:

- szeroko rozumiana działalność zarówno w zakresie kształcenia, jak i doskonalenia zawodowego pielęgniarek

- system organizacyjny tych działań, zespół działań profesjonalnych
- składowa część pojęcia służby zdrowia z jej różnorodną problematyką, techniką, sztuką, wiedzą, nauką [3].

Najogólniej pielęgniarstwo to praktyka i teoria, to młoda rozwijająca się nauka, czerpiąca z własnych pokładów, ale i z istotnego dla pielęgniarstwa dorobku wielu nauk, takich jak: filozofia, psychologia, socjologia, pedagogika, medycyna, antropologia. Pielęgniarki, jak każda grupa zawodowa, żyją i pracują w określonych warunkach politycznych, kulturowych i społecznych, tworząc wraz z członkami innych zawodów opiekuńczych liczną grupę, charakteryzującą się określoną świa-

domością zawodową, kształtowaną przez różne czynniki zewnętrzne, w tym generowane przez sam system – pielęgniarka jako odrębna grupa zawodowa. Oznacza to obecność bardzo wielu różnych opinii, często sprzecznych, dotyczących tego, czym jest pielęgniarstwo oraz jakim ideom powinno być podporządkowane [1].

Jak wynika z definicji pielęgniarka to tytuł zawodowy osoby, która ukończyła obowiązujący w kraju program kształcenia pielęgniarek na poziomie podstawowym i uzyskała prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie swojego kraju. Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki określa Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej [4]. Zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym z określonymi celami, zadaniami, za które odpowiedzialna jest tylko pielęgniarka. Pielęgniarka udziela świadczeń zdrowotnych, których zakres ograniczony jest posiadanymi przez nią kwalifikacjami i kompetencjami.

Zgodnie z zapisem w Ustawie z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, wykonywanie zawodu w Polsce polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje świadczeń:

- pielęgnacyjnych
- zapobiegawczych
- diagnostycznych
- leczniczych
- rehabilitacyjnych
- z zakresu promocji zdrowia.

Każda pielęgniarka powinna być kompetentną profesjonalistką w podejmowaniu niezależnych decyzji dotyczących pielęgnowania i organizowania opieki pielęgniarstwiej na wszystkich szczeblach systemu ochrony zdrowia i do kierowania pielęgnowaniem. Powinna być przygotowana do współpracy z podmiotem opieki i jego rodziną, z zespołem pielęgniarstwiej, z profesjonalistami pracującymi na rzecz zdrowia [3].

Pielęgniarka chcąc wykonywać czynnie zawód powinna:

- posiadać obywatelstwo polskie
- posiadać dyplom ukończenia szkoły pielęgniarstwiej bądź też uzyskany w innym państwie dyplom uznany w RP za równorzędny – zgodnie z odrębnymi przepisami
- odbyć wymagany staż podyplomowy
- posiadać pełną zdolność do czynności prawnych
- posiadać stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu [5].

Pielęgniarka czynnie wykonująca zawód z mocy Ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej staje się automatycznie członkiem samorządu pielęgniarek i położnych.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powstał na mocy Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych. Samorząd skupia około 250 tysięcy członków [6].

Jednostką organizacyjną jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, która skupia 45 okręgowych izb powołanych uchwałą Naczelnej Rady. Okręgowe izby po-

siadają autonomię i osobowość prawną. Organami Samorządu są:

- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
- Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych
- Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
- Naczelna Komisja Rewizyjna.

Odpowiednio do Naczelnej Rady, Okręgowe Rady posiadają:

- Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych
- Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych
- Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Okręgową Komisję Rewizyjną.

Do zadań samorządu należy:

- dbanie o prawidłowe wykonywanie zawodu
- ustalenie zasad etyki zawodowej
- ustalanie standardów zawodowych
- prowadzenie orzecznictwa zawodowego
- wydawanie prawa wykonywania zawodu
- wydawanie zezwolenia na indywidualną praktykę zawodu.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa społeczeństwu, reprezentowanie zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów swoich członków. Naczelne i Okręgowe Rady wraz z przewodniczącymi wybierane są co cztery lata.

Treścią roli zawodowej pielęgniarki są różne zadania i czynności, przy wykonywaniu których obowiązują normy zawodowe, określone jako zasady postępowania zawodowego, tworzące kodeks etyki zawodowej pielęgniarki.

Zawód pielęgniarki to zawód zaliczany do zawodów społecznego zaufania. Pielęgniarka ma za zadanie ochronę wartości zdrowia i życia. W odniesieniu do tych wartości powstaje wiele konfliktów, których ogólne przepisy prawa nie są w stanie rozwiązać. Zawód pielęgniarki jest zawodem z dużym stopniem samodzielności, dlatego dla bezpieczeństwa pacjentów, jak i samych pielęgniarek, współpracowników, rodzin pacjentów utworzono kodeks etyki.

Pierwszy wydany w Polsce kodeks etyki zawodowej opracowały działaczki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w 1973 roku pod nazwą „Zasady etyki zawodowej”. W 1984 roku znowelizowano „Zasady etyki zawodowej” dołączając normy etyczne dotyczące położnych i wydano pod nazwą „Zasady etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej”. Po przemianach polityczno-gospodarczych naszego kraju po roku 1989 ostatecznie kodeks otrzymał nazwę: „Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej” utworzony na II Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Warszawie 2–4 grudnia 1995 roku [7]. Dnia 9 grudnia 2003 roku na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych załącznikiem do uchwały nr 9 wprowadzono zmiany obowiązujące do dnia dzisiejszego [8].

Od pielęgniarki wymagane będzie nie tylko zdrowie fizyczne, ale i psychiczne, sprawność ruchowa, zdolności manualne oraz ukształtowany światopogląd. Pielęgniarka powinna być:

- zdolna
- inteligentna
- sprawna
- odpowiedzialna
- zrównoważona
- niekonfliktowa
- miła
- aktywna
- dojrzała psychicznie
- kulturalna
- cierpliwa
- przygotowana do samodzielnego działania
- posiadać wyrobioną zdolność do obserwacji, która pozwoli jej rozpoznawać potrzeby ludzi chorych i wymagających opieki [9].

Wysoka jakość świadczonych usług przez pielęgniarki powinna być motywowana odpowiednim zarobkiem. Pieniądze są środkiem do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: wyżywienie, poczucie bezpieczeństwa, poważanie, autonomia, często noszą charakter symbolu, a powinny motywować do pracy [10].

System kształcenia pielęgniarek w Polsce i Unii Europejskiej

Polska jako jeden z czterech krajów Europy Środkowej i Wschodniej kształciła pielęgniarki w systemie liceów do początków lat 90. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej podjęło decyzję o wstrzymaniu rekrutacji do liceów medycznych w roku szkolnym 1992/1993 [11].

Do 2000 roku kształcenie było prowadzone w szkołach pomaturalnych i liceach medycznych pielęgniarstwa, a absolwent uzyskiwał tytuł zawodowy pielęgniarki i pielęgniarza.

Zachodzące w Polsce zmiany polityczne, społeczne i gospodarcze spowodowały, że system kształcenia polskich pielęgniarek i położnych został dostosowany do standardów europejskich, uwzględniając regulacje Unii Europejskiej, Dyrektywy Rady Wspólnoty Europy, regulacje krajowe i regulacje programowe. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 13 maja 2005 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia (Dz. U. nr 98 poz. 824 z 2005 r.) [12] określiło wymagania dla studiów licencjackich i magisterskich warunkujących:

- czas trwania
- ogólną liczbę godzin
- grupy przedmiotów
- teorię
- zajęcia praktyczne
- praktyki zawodowe.

Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 maja 2004 roku w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absol-

wentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej dało szansę na uzupełnienie wyższego wykształcenia zawodowego przez studia pomostowe [13].

Czas kształcenia na studiach pomostowych uzależniony jest od typu ukończonej średniej szkoły medycznej, a w przypadku absolwentek liceum medycznego, także od roku rozpoczęcia nauki. Zgodnie z rozporządzeniem czas kształcenia na studiach pomostowych nie może być krótszy niż: w przypadku pielęgniarek absolwentów:

- pięcioletnich liceów medycznych, którzy rozpoczęli naukę w roku szkolnym 1980/81 lub później – trzy semestry lub 1633 godziny
- pięcioletnich liceów medycznych, którzy rozpoczęli naukę wcześniej niż w roku szkolnym 1980/81 – pięć semestrów lub 3000 godzin
- dwuletnich medycznych szkół zawodowych – trzy semestry lub 2410 godzin
- dwuipółletnich medycznych szkół zawodowych – dwa semestry lub 1984 godziny
- trzyletnich medycznych szkół zawodowych – dwa semestry

w przypadku położnych absolwentów:

- dwuletnich medycznych szkół zawodowych – trzy semestry lub 1479 godzin
- dwuipółletnich medycznych szkół zawodowych – dwa semestry lub 1086 godzin.

Podane powyżej okresy kształcenia to minimum wymagane przez regulacje prawne. Poszczególne uczelnie mogą zwiększyć liczbę wymaganych godzin/semestrów. Regulacje prawne dotyczące studiów pomostowych dają uczelniom dowolność w zakresie wydłużenia czasu kształcenia.

Zgodnie z art.11 ust. 2 z dnia 20 kwietnia 2004 roku po ukończeniu tzw. studiów pomostowych pielęgniarka ma uzyskać wiedzę, kwalifikacje i umiejętności odpowiadające wiedzy, kwalifikacjom i umiejętnościom uzyskiwanym po ukończeniu studiów licencjackich trwających w wymiarze 3-letnim [13].

Z dniem 12 kwietnia 2010 roku studia pomostowe dla pielęgniarek absolwentek 5-letnich liceów medycznych i medycznych studiów zawodowych trwają 1150 godzin, czyli 2 semestry i są współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitału Ludzkiego lata 2007–2013.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku Dz. U. PR nr 197, poz. 1922 i Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych [14]. Pielęgniarki i położne mogą uzyskać kwalifikacje specjalistyczne przez uczestnictwo w kursach specjalistycznych – dających kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych, kursach kwalifikacyjnych – pozwalających na uzyskanie specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, kursach doszkalających – pogłębiających i aktualizujących wiedzę zawodową i szkoleniach specjalistycznych.

Do szkolenia specjalizacyjnego, zwanego „specjalizacją”, może przystąpić pielęgniarka, położna, która:

- posiada prawo wykonywania zawodu
- posiada co najmniej dwuletni staż pracy w zawodzie
- została dopuszczona do specjalizacji przez komisję kwalifikacyjną.

Zakwalifikowanie na szkolenie specjalizacyjne uwarunkowane jest co najmniej dwuletnim stażem pracy. Pielęgniarki mogą uzyskać specjalizację z ponad 20 dziedzin.

W 1997 roku kraje europejskie podpisały tzw. Konwencję Lizbońską o uznawalności kwalifikacji związanych z uzyskaniem wyższego wykształcenia w Europie. W maju 1998 roku Francja, Niemcy, Włochy i Wielka Brytania podpisały Deklarację Sorbońską, w której przedstawiono system edukacji w Europie. W czerwcu 1999 roku 29 państw europejskich podpisało Deklarację Bolońską, której główną ideą była harmonizacja systemu kształcenia w rozszerzonej Europie dla zapewnienia porównywalnego poziomu kwalifikacji absolwentów [13]. Warunkiem rozpoczęcia nauki w zawodzie pielęgniarki jest posiadanie co najmniej średniego wykształcenia. Kształcenie pielęgniarek odbywa się w 3-letnich wyższych szkołach, których ukończenie gwarantuje zdobycie wiedzy i umiejętności do wykonywania zawodu licencjonowanej pielęgniarki. Osoby, które pragną podnieść swoje kwalifikacje i zająć wyższe stanowiska zawodowe podejmują naukę na studiach uniwersyteckich, po ukończeniu których uzyskują stopień magistra. W niektórych krajach warunkiem do podjęcia takich studiów jest określony staż pracy.

Pielęgniarki są zobligowane do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych przez uczestnictwo w różnych formach kształcenia, tj. kursach, szkoleniach, sympozjach, a co się z tym wiąże zdobywają nowe umiejętności i kompetencje, nowe obowiązki, większą odpowiedzialność, wyższy stopień kwalifikacji oraz uposażenie.

Materiały i metody pracy

Badaniu poddano grupę 100 pielęgniarek i pielęgniarzy Pałuckiego Centrum Zdrowia w Żninie w okresie od 15.10.2010 r. do 15.12.2010 r. Posłużono się w tym celu sondażem diagnostycznym jako metodą badawczą, natomiast w charakterze narzędzia badawczego wykorzystano samodzielnie skonstruowany kwestionariusz ankiety. Pytania zawarte w ankiecie miały charakter zamknięty i otwarty, a odpowiedzi na niektóre z nich były wyczerpujące i przemyślane, inne natomiast były krótkie na tak lub nie. Nie na wszystkie pytania zostały udzielone odpowiedzi, te uzyskane zostały zebrane i opracowane za pomocą arkusza kalkulacyjnego Excel.

Cel badania

1. Weryfikacja znajomości wiedzy pielęgniarek na temat elementów składowych profilu zawodowego.
2. Wpływ profilu na proces doskonalenia zawodowego.

Charakterystyka badanej grupy

Badanie przeprowadzono w grupie 100 pielęgniarek i pielęgniarzy Pałuckiego Centrum Zdrowia w Żninie.

Badaną populację stanowiło 98 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy. Wiek dominujący w badanej grupie to 45 lat, co stanowiło 42%, natomiast 40% to osoby w wieku od 35 do 45 lat, 12% tej grupy to osoby w przedziale wiekowym między 25. a 35. rokiem życia, a pozostałe 6% obejmuje grupę wiekową do 25 lat.

Miejscem zamieszkania 57% ankietowanych było miasto do 20 tysięcy mieszkańców, 39% badanych mieszka na wsi, 3% w mieście powyżej 50 tysięcy mieszkańców, a 1% stanowi osoba mieszkająca w mieście do i powyżej 100 tysięcy mieszkańców.

Swoją sytuację materialną oceniło jako bardzo dobrą tylko 1% badanych, 40% uważało, że jest ona dobra, 51% oceniło jako przeciętną, złą wymienia 7% respondentów, a 1% nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Wśród uczestników ankiety dominowało wykształcenie średnie medyczne, co stanowiło 50% badanej populacji. Pozostałe osoby to osoby, które ukończyły studium zawodowe pielęgniarskie – 22%, licencjat pielęgniarstwa – 18%, wyższe pielęgniarskie – 6% oraz studia wyższe o innym kierunku – 4%.

Pielęgniarki i pielęgniarze w 53% legitymowali się stażem pracy 21–30 lat, 20% ankietowanych to osoby pracujące powyżej 30 lat w zawodzie, 15% mieści się w przedziale 11–20 lat, a 2% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 86%, zatrudniona jest na pełnym etacie, 12% badanych wykonuje swoją pracę na podstawie umowy kontraktowej, a 2% pracuje na umowę zlecenie.

Zapytani o ukończenie kursów i szkoleń, najwięcej respondentów ukończyło kurs specjalistyczny – 34%, następnie 26% ukończyło kursy dokształcające, 25% ankietowanych ukończyło kurs kwalifikacyjny i 6% osób ukończyło inne kursy związane z pielęgniarstwem.

Badana grupa jest zatrudniona w dwu systemach wymiaru pracy: jednozmianowym – 16% ankietowanych oraz dwuzmianowym – 83% respondentów, 1% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

90% ankietowanych stanowią pielęgniarki zatrudnione na różnych odcinkach poszczególnych komórek szpitala, 8% to pielęgniarki oddziałowe, 2% stanowią osoby pełniące inne funkcje na stanowiskach pielęgniarskich.

Reasumując można stwierdzić, że większość badanej grupy to kobiety, dominujący wiek powyżej 45 lat, miejsce zamieszkania miasto do 20 tysięcy mieszkańców z wykształceniem średnim medycznym i dobrą sytuacją materialną, stażem pracy 21–30 lat w zawodzie, z ukończonymi kursami specjalistycznymi, zatrudnionymi w systemie zmianowym, na umowie o pracę.

Wynik badania

Przeprowadzenie badań miało na celu uzyskanie odpowiedzi między innymi na następujące pytania:

1. Jak oceniasz swoje przygotowanie do zawodu po ukończeniu szkoły?

2. Czy uważasz, że obecny system kształcenia pielęgniarek na poziomie licencjatu przygotowuje je do pracy, tak jak wcześniej przygotowywały do tego licea medyczne?

3. Czym różni się system kształcenia pielęgniarek w krajach UE od polskiego systemu kształcenia?

4. Czy widzisz możliwość uczestnictwa w kursach przedwstępnych, aby być zorientowanym na czym polega praca pielęgniarki?

5. Czy podejmiesz naukę na studiach licencjackich obecnie trwających 1150 godzin?

6. Co skłania cię do podnoszenia kwalifikacji?

7. Czy uważasz, że uczestnictwo w kursach specjalistycznych i innych formach doksztalcenia daje większe możliwości satysfakcji zawodowej lub finansowej niż studia licencjackie?

8. Czy uczestniczyłaś w ostatnich 5 latach w jakiegokolwiek formie doksztalcającej poza szkoleniami wewnątrzoddziałowymi i wewnątrzszpitalnymi?

9. Czy w związku z podniesieniem kwalifikacji zawodowych poprawiła się twoja sytuacja materialna?

10. Czy mając 20 lat i wybór drogi zawodowej wybierasz pielęgniarstwo?

Przeprowadzone badania pozwoliły uzyskać następujące dane:

1. W opinii ankietowanych ocena przygotowania do zawodu po ukończeniu szkoły przedstawia się następująco: bardzo dobre przygotowanie do zawodu deklaruje 14% respondentów, dobre – 70%, dostateczne – 12%, niedostateczne – 3%, 1% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

2. 70% badanej populacji twierdzi, że studia licencjackie nie przygotowują do zawodu tak jak przygotowywały licea. Tylko 15% nie widzi różnic w przygotowaniu do wykonywania zawodu, a 15% nie ma zdania na ten temat.

3. Na pytanie dotyczące systemu kształcenia w Unii Europejskiej, 58% badanych nie wie jak wygląda ten system w krajach Unii Europejskiej, 15% ankietowanych uważa, że system ten różni się od polskiego, taki sam odsetek badanych – 15% twierdzi, że brak jest różnic.

4. Potrzebę uczestnictwa w kursach przedwstępnych widzi aż 82% respondentów, 15% ankietowanych nie widzi takiej potrzeby, 3% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Pytanie to miało charakter otwarty, a pielęgniarki i pielęgniarze zapytani, czy odbycie kursu przedwstępnego w celu poznania zawodu byłoby wskazane, odpowiedzieli potwierdzająco argumentując w sposób następujący:

- możliwość zmiany decyzji
- można stwierdzić, czy chce to robić
- byłyby pewne swego wyboru

- kończąc licencjat nie ma się pojęcia na czym polega uprawianie tego zawodu
- miałyby szerszy zakres wiedzy o pracy pielęgniarki
- mogłyby dokonać świadomej decyzji czy rzeczywiście chcą pracować w tym zawodzie
- teoria różni się od praktyki i realiów pracy
- młode dziewczyny wybierając taki kierunek studiów często nie są świadome, jaki to trudny zawód – wymagający dużej wiedzy, poświęcenia, odporności na stres itp.
- ponieważ każdy powinien wiedzieć, na czym polega ten zawód i czy chce go wykonywać
- wiele osób rozczarowuje się rozpoczynając pracę, spotykając się ze starością, śmiercią
- nabrałyby rozeznania i praktyki
- pozna specyfikę różnych oddziałów
- nie wszystkie osoby wiedzą, co należy do obowiązków pielęgniarki; często wiedząc nie kształciłyby się w tym kierunku
- można określić jak praca wygląda w praktyce i czy rzeczywiście jest to praca dla osoby, która ma inne wyobrażenie i może popełnić błąd w wyborze tego zawodu
- zawód jest ciężki, rola odpowiedzialna, funkcja jest niedoceniana i mało płatna
- wyobrażenie w konfrontacji z rzeczywistością: oprócz białego fartucha zobaczyć wykonywanie toalety, karmienie itp.
- przedwstępna praktyka w każdym zawodzie jest wskazana, zawód pielęgniarki jest specyficzny, nie każda osoba jest w stanie sprostać wymaganiom zawodowym
- rzeczywistość bywa zaskakująca, często nie zdajemy sobie sprawy jak wygląda praca w szpitalu
- miałyby pojęcie co zawód pielęgniarki sobą reprezentuje (to nie tylko krótki biały fartuch), ale i praca ciężka, niejednokrotnie brak słowa dziękuję, często z różnymi osobami (pijanymi, narkomanami, chorymi psychicznie)
- mogą zapoznać się jak wygląda praca pielęgniarek i upewnić się co do swojego wyboru
- to co robi się na praktykach jest zupełnie czymś innym niż to co potem się robi w pracy
- brak orientacji na czym dokładnie ten zawód polega
- różna specyfika pracy na poszczególnych oddziałach
- wiele uczennic nie ma pojęcia jakie są realia w polskich szpitalach i na czym polega praca pielęgniarek.

Natomiast przeciwnicy swoje poglądy uzasadniali:

- kurs jest zbyt krótki by odzwierciedlić profil pracy
- „przed przystąpieniem do nauki w innym zawodzie nie ma kursów przedwstępnych”
- zawód można zmienić
- szkoły przygotowują do zawodu, który już teraz wybiera się świadomie

- nie zdecydują się na pracę w tym zawodzie, ale tylko unikną rozczarowań
- myśleć tym tokiem – każdy bowiem zawód musiałby być poprzedzony podobnym kursem, poza tym uważam, że żaden kurs przygotowawczy w pełni nie przygotowuje człowieka
- żadna nie poszłaby w tym kierunku za taką płacę.

5. Chęć podjęcia studiów licencjackich deklarowało tylko 26% ankietowanych, 45% nie widziało potrzeby podjęcia studiów, 27% respondentów uważało, iż ten fakt ich nie dotyczy, 2% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Zapytani czy podejmą naukę, na to pytanie najczęściej odpowiadali „nie” z powodu:

- wieku
- ukończenia już licencjatu
- braku matury
- braku motywacji
- ukończenia studiów wyższych o innym kierunku
- zainteresowania tylko specjalizacją
- ukończenia 5-letnich studiów pielęgniarzkich
- zlokalizowania miejsca nauki poza pracą.

6. Aż 31% badanych do podjęcia kształcenia skłoniła wyższa pensja, dla własnych ambicji studia podejmie 21% pielęgniarek i pielęgniarzy, 7% ankietowanych uważa, że podjęcie studiów może zapobiec utracie pracy, tylko 5% ankietowanych było przekonanych, że podjęcie studiów wpłynie na podniesienie prestiżu zawodowego. 15% ankietowanych wskazywało na inne względy, 27% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Odpowiedzi najczęściej przemawiające za podniesieniem kwalifikacji dotyczyły:

- chciałam podnieść swoje kwalifikacje
- perspektywa pracy
- rozmowy z koleżankami.

Przeciw podniesieniu kwalifikacji w odpowiedziach było zaznaczane najczęściej:

- brak matury.

7. 63% badanych uważa, że uczestnictwo w kursach daje im satysfakcję zawodową, 33% uważa, że nie, natomiast 4% respondentów nie ma zdania na ten temat.

8. 67% respondentów uczestniczyło w różnego rodzaju formach dokształcających poza szkoleniami wewnątrzoddziałowymi i wewnątrzszpitalnymi, 22% badanych nie brało udziału w różnych formach kształcenia, 11% respondentów nie miało zdania na temat uczestnictwa w różnych formach dokształcających.

Najczęściej wymieniane były następujące kursy i szkolenia:

- reanimacji i resuscytacji
- krwiodawstwo i krwiolecznictwo
- kurs specjalistyczny ekg
- kurs kwalifikacyjny pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej
- kurs pielęgniarstwa rodzinnego
- konferencje z dziedziny zakażeń szpitalnych, segregacji odpadów, stosowania antybiotyków, zasad higieny w placówkach służby zdrowia

- konferencje II top angiologica trends
- kurs pierwszej pomocy
- kurs kwalifikacyjny z anestezjologii
- wiele innych.

Przykłady, które ankietowani wymieniali jako przyczyny uniemożliwiające wzięcie udziału w szkoleniach i kursach:

- brak czasu
- finanse
- niewielka ilość kursów oferowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, trudności logistyczne, ponoszenie dodatkowych opłat
- brak możliwości
- brak czasu, kursy są organizowane najczęściej tak, że praca w naszym systemie i uczestnictwo w kursach jest bardzo trudne
- trudna dostępność do kształcenia, dojazdy, praca zmianowa, koszty
- w tym czasie skończyłam studia licencjackie, a następnie rozpoczęłam magisterskie, na inne kursy nie miałam już czasu
- za krótko pracuję.

9. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych dla 46% respondentów nie ma wpływu na zmianę ich statusu materialnego, 29% ankietowanych ma odmienne zdanie i uważa, że podnoszenie kwalifikacji wpływa na zmianę finansów, 25% badanych nie ma zdania na temat bądź nie udzieliło odpowiedzi.

10. W ostatnim pytaniu ankiety, które brzmiało „Masz 20 lat przed sobą, wybór drogi zawodowej – wybierasz pielęgniarstwo?”, tak odpowiedziało 48% ankietowanych, 46% powiedziało nie, a 6% nie udzieliło odpowiedzi.

Wnioski i podsumowanie

Przeprowadzone badania pozwoliły uzyskać odpowiedzi na postawione powyżej pytania.

Analizując materiał można stwierdzić, iż badana grupa pielęgniarek i pielęgniarzy Pałuckiego Centrum Zdrowia w Żninie została dobrze przygotowana przez szkoły do pełnienia roli zawodowej. Ankietowani stwierdzili, że licea medyczne lepiej przygotowywały do zawodu w przeciwieństwie do obecnie obowiązującego systemu kształcenia na poziomie licencjata i w rezultacie krytycznie ocenili obecny system kształcenia. Badana populacja wykazała się brakiem wiedzy na temat systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza obowiązującego w krajach Unii Europejskiej.

Większość badanych nie wykazywała chęci do podjęcia nauki „nie widziała takiej potrzeby”, a osoby, które zdecydowały się na podniesienie swoich kwalifikacji głównie kierowały się: możliwością zmiany uposażenia po zakończeniu kształcenia, podniesieniem prestiżu zawodu oraz zaspokojeniem własnych ambicji. Zainteresowanie kształceniem na poziomie kursów specjalistycznych i dokształcających wskazuje na potrzebę poszerzenia tego typu oferty edukacyjnej skierowanej do pielęgniarek i pielęgniarzy.

Uzyskane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że tego typu szkolenia cieszą się dużym zainteresowaniem wśród ankietowanych, duża część respondentów uczestniczyła bowiem w tego typu kształceniu w ciągu ostatnich 5 lat. Przykry jest natomiast fakt, że aż 46% pielęgniarek i pielęgniarzy wybrałoby inną drogę zawodową dokonując jeszcze raz wyboru zawodu. Podsumowując to pytanie widzimy celowość prowadzenia kursów przedwstępnych, aby młodzi ludzie mogli głęboko zastanowić się nad wyborem swojej drogi życiowej, a na zadane w przyszłości tego typu pytania odpowiedzieć w 100% na tak.

PIŚMIENNICTWO

1. Górajek-Jóźwik J. (red.), *Filozofia i teoria pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin 2007.
2. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy Pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin 2004.
3. Ciechaniewicz W. (red.), *Pielęgniarstwo ćwiczenia*, PZWL, Warszawa 2001-2002.
4. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 09.15.1217 j.t.).
5. Stychlerz A., *Uregulowania prawne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki*, PZWL, Warszawa 2009.
6. Ustawa z dnia 19.04.1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z dnia 14 maja 1991 r.).
7. Wrońska I., Mariański J. (red.), *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Czelej, Lublin 2002.
8. Uchwała nr 9 II Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie utworzenia Kodeksu Etyki Polskiej Pielęgniarki i Położnej.
9. Bieś B., *Poznajemy i wybieramy zawód*, Stowarzyszenie Promocji Bezpieczeństwa Pracy w Tarnobrzegu, Tarnobrzeg 2009.
10. Antoszkiewicz J.D., *Metody skutecznego zarządzania*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle, Orgmasz, Warszawa 199.
11. Wojnowska-Dawiskiba H., *Kształcenie licencjata pielęgniarstwa, Kluczowe elementy uwarunkowane potrzebami i tendencjami rozwojowymi zawodu*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2001.
12. Rozporządzenie Ministra Edukacji i Sportu z dnia 13.05.2005 Dz. U. nr 98.
13. Wrońska I., Krajewska-Kułak E. (red.), *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*, Czelej, Lublin 2007.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2003 Dz. U. PR nr 197.

Adres do korespondencji:

Violetta Dobrowolska
ul. Podmiejska 15
88-430 Janowiec Wlkp.
Tel.: 665582824
e-mail: vdobrowolska@wp.pl

OPINIE KOBIET NA TEMAT PORODÓW DOMOWYCH – PRACE BADAWCZE STUDENTEK POŁOŻNICTWA

WOMEN'S OPINIONS ABOUT HOME BIRTH – RESEARCH STUDY BY STUDENTS OF MIDWIFERY

RENATA RASIŃSKA¹, MAGDALENA SKWIERZYŃSKA², KAROLINA GÓRNIAK²

¹Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

²studentki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Dla większości kobiet marzeniem jest poród w domu bez pośpiechu, w towarzystwie kochających ludzi oraz przy współudziale położnej, która zajmuje się tylko tą rodzącą. Jednak rodzące kobiety często są przekonane, że poczucie bezpieczeństwa daje jej i dziecku szpitalny sprzęt i opieka lekarzy. W krajach o wysokim poziomie cywilizacyjnym powraca praktyka rodzenia przez kobiety w domu. Również w Polsce zmienia się świadomość kobiet i podejmują one decyzje o porodzie naturalnym w domu.

Słowa kluczowe: poród domowy, wiedza, studenci.

Summary

Most pregnant women dream about peaceable delivery at home with a family and a midwife, who individually assists only them. Future mothers are usually convinced that they and their children are safer in hospital where they can receive medical care. In developed countries practice of childbirth at home returns. Also in Poland women are more and more aware of this possibility and they sometimes decide to give birth at home.

Key words: childbirth at home, knowledge, students.

Wstęp

Poród w domu, bez pośpiechu i w towarzystwie kochanych ludzi, to marzenie chyba każdej kobiety w ciąży. Decydując się na takie narodziny trzeba na pewno spokojnie rozważyć wszystkie argumenty za i przeciw. Na forum ciągle odbywają się dyskusje na temat porodów domowych. Opinie zarówno kobiet, jak i lekarzy i położnych są bardzo różne.

Ginekolog, Michael Odent w książce „Odrodzone narodziny” pisze: „W dniu porodu zachęcamy rodzące, aby zmniejszyły samokontrolę, odrzuciły wszystkie kulturowe wzorce, wyuczone zachowania [1]. Im mniej kobieta wie na temat prawidłowego sposobu rodzenia, tym poród będzie dla niej łatwiejszy”. Jest to zgodne z opiniami położnych, które podkreślają, że kiedy pozwoli się kobiecie rodzić w jej własnym tempie i nie wskazuje „najlepszej” pozycji, a wręcz przeciwnie – zachęca, by sama ją wybrała, zwykle nie dochodzi do uszkodzeń krocza, a jeśli już – to są one bardzo małe. Podczas porodów domowych nacięcie potrzebne jest rzadko. Ale mimo wszystko najważniejszą sprawą jest miła atmosfera oraz kochająca rodzina, która wspiera kobietę rodzącą w trudnych chwilach.

Czy poród w domu jest bezpieczny? Wskazują na to statystyki porodowe z Holandii, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Australii, USA. Jest tak dlatego, że położna zna

oczekiwania rodziców, a oni czują się pewniej, tym bardziej, że wybrali osobę, która budzi ich największe zaufanie. Położna zajmuje się tylko nimi (nie ma pod opieką kilku rodzących). Ponadto kobieta jest u siebie – czuje się swobodnie, niczego się nie wstydzi i dlatego łatwiej jest jej wstąpić do tego, co podpowiada instynkt. Poród przebiega bez interwencji medycznych i leków. Podczas porodów domowych nie stosuje się np. oksytocyny, przebijania pęcherza płodowego, by przyspieszyć akcję porodową. Nie narzuca się również kobiecie pozycji (np. nie musi kłaść się na plecach podczas parcia). Odnajduje ją sama zupełnie spontanicznie. Wywiad jest bardzo dokładny. Aby poród mógł odbyć się w domu, lekarz i położna muszą być absolutnie pewni, że kobieta i dziecko są w dobrej formie. Jeśli jednak kobieta przekonana jest, że poczucie bezpieczeństwa daje jej i dziecku szpitalny sprzęt i opieka lekarzy, to powinna wybrać opcję rodzenia w szpitalu.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia poród naturalny dotyczy 70–80% kobiet w każdej populacji i nie musi odbywać się w szpitalu [2]. Kraje o wysokim poziomie cywilizacyjnym, jak np.: Holandia, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania, Australia czy USA powracają do dawnych praktyk rodzenia przez kobiety w domu. Również w Polsce zmienia się świadomość kobiet i coraz częściej podejmują one decyzję o porodzie naturalnym w przyjaznych warunkach.

Nie ma różnicy pomiędzy bezpieczeństwem planowanego porodu domowego a porodem w szpitalu w wypadku kobiet rodzących po raz pierwszy, natomiast w przypadku kobiet rodzących kolejne dziecko poród domowy jest znacznie korzystniejszy [3].

Dyskusje zarówno w prasie, Internecie, jak również własne rozmowy położnych z położnicami skłoniły studentki studiów niestacjonarnych na kierunku Położnictwo do stworzenia kwestionariusza ankiety na temat porodów domowych.

Problemami badawczymi były:

1. Czy nieufność kobiet przygotowujących się do porodu w stosunku do instytucji szpitala skłania je do poszukiwania innych form porodu?
2. Czy istnieje dostęp do informacji na temat porodów pozaszpitalnych?
3. Czy istnieje społeczna akceptacja pozaszpitalnych form porodu?
4. Jaki wpływ na wybór rodzaju i miejsca porodu ma wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie?
5. Czy bardziej na odbycie porodu w domu są otwarte pierwsiastki czy wieloródki?

Postawiono również następujące hipotezy:

1. Nieufność kobiet przygotowujących się do porodu w stosunku do instytucji szpitala skłania je do poszukiwania innych form porodu.
2. Istnieje utrudniony dostęp do informacji na temat alternatywnych form porodu.
3. Nieakceptowanie pozaszpitalnych form porodu spowodowane jest brakiem dostępu do informacji na ten temat.
4. Wiek ma wpływ na wybór rodzaju i miejsca porodu.
5. Miejsce zamieszkania matki ma wpływ na wybór rodzaju i miejsca porodu.
6. Wykształcenie rodzącej ma wpływ na wybór rodzaju i miejsca porodu.
7. Większą otwartość na odbycie porodu w domu wykazują wieloródki.

Charakterystyka materiału badawczego

Badania zostały przeprowadzone na oddziale ginekologiczno-położniczym w jednym ze szpitali w Poznaniu. Wśród badanej grupy znajdowało się 55% pierwsiastek i 45% wieloródek. Większość kobiet (65%) to osoby poniżej 30. roku życia. Zauważono niewielkie zróżnicowanie w wielkości miejsca zamieszkania (do 5 tys. – 30%, 5–30 tys. – 20%, 30–100 tys. – 30% oraz powyżej 100 tys. – 20%). Większość grupy posiadała wykształcenie wyższe (55%), pozostałe to średnie – 35% oraz zasadnicze zawodowe – 10%.

Metoda i techniki badawcze

Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego. Za główną technikę badawczą obrano

samodzielnie skonstruowany kwestionariusz ankiety. Informacje dotyczące sformułowanych problemów badawczych uzyskiwano poprzez ankietowanie wśród położnic przebywających na oddziale ginekologiczno-położniczym w jednym z poznańskich szpitali.

Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu PASW Statistics 18 (SPSS).

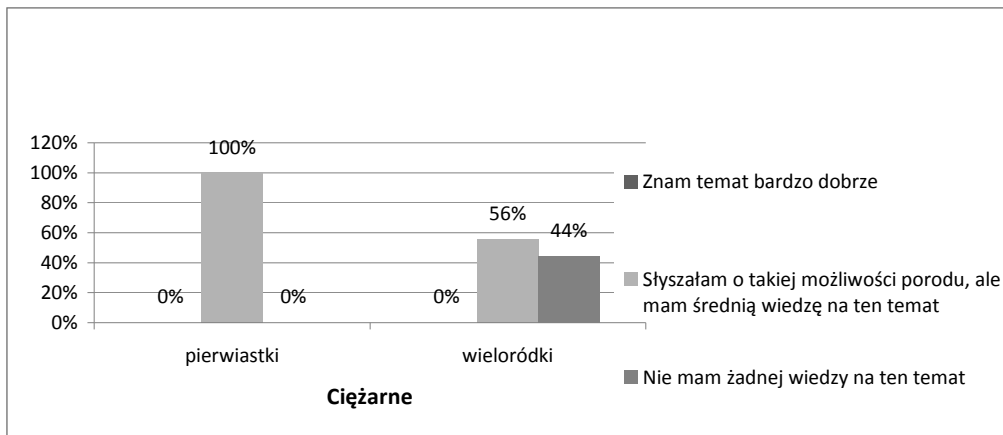
Wyniki

Wyniki badań dotyczące wiedzy osób badanych na temat porodów domowych (ryc. 1.) pokazują, że wszystkie pierwsiastki mają średnią wiedzę na ten temat, choć słyszały o takiej możliwości porodu (100%). Natomiast zdanie wieloródek jest podzielone: 56% badanych słyszało o takiej formie porodu, ale posiadają średnią wiedzę na ten temat, a 44% badanych stwierdziło, że ten temat jest im niezny. Żadna z ankietowanych kobiet nie udzieliła odpowiedzi, że zna ten temat bardzo dobrze (0% w obu badanych grupach).

Zdania ankietowanych kobiet odnośnie możliwości zdobycia wiedzy na temat porodów domowych są podzielone (ryc. 2.). Zarówno w grupie pierwsiastek, jak i wieloródek, część badanych oceniło, że ma możliwość zdobycia wiedzy na ten temat (36% pierwsiastek i 22% wieloródek), część badanych ma ograniczone możliwości (36% pierwsiastek i 33% wieloródek), a część badanych stwierdziło, że nie ma możliwości zdobycia wiedzy na ten temat (27% pierwsiastek i 44% wieloródek).

Badania wykazały, że nie było istotnych różnic w ocenie przez badane osoby porodu domowego jako alternatywy dla porodów szpitalnych (ryc. 3.). Żadna z ankietowanych osób nie potwierdziła, że chce rodzić w domu (0% w obu badanych grupach). Zarówno pierwsiastki, jak i wieloródki mają pewne obawy związane z porodem domowym, choć z badań wynika, że więcej obaw wykazują pierwsiastki (36% pierwsiastek i 22% wieloródek). Znaczna część respondentek uważa, że poród w szpitalu daje im większe poczucie bezpieczeństwa oraz zabezpieczenie dla dziecka (64% pierwsiastek i 78% wieloródek).

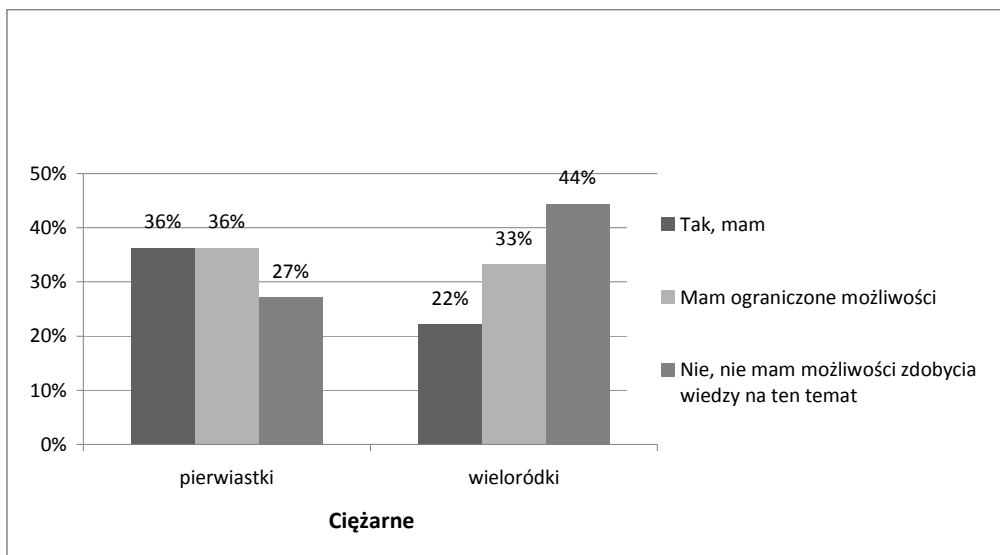
Analiza wyników pokazuje, że różne czynniki mogłyby mieć wpływ na podjęcie decyzji o porodzie domowym (ryc. 4.). Możliwość odbycia porodu w znanym sobie i przyjaznym środowisku (55% pierwsiastek i 33% wieloródek) oraz poczucie większej intymności i swobody podczas porodu (45% pierwsiastek i 33% wieloródek) to jedne z ważniejszych czynników, które mogłyby skłonić ankietowane osoby do odbycia porodu domowego. Dalsza analiza wykazuje większe zróżnicowanie wśród badanych. Ani uczestnictwo w porodzie bliskich osób ciężarnej, ani możliwość urodzenia dziecka w wybranej przez siebie pozycji nie wpłynęłyby na decyzję żadnej z pierwsiastek o odbyciu porodu domowego (0%). Natomiast wśród wieloródek, możliwość uczestniczenia w porodzie tylko znanych im osób (22%) lub możliwość urodzenia dziecka w wybranej przez siebie pozycji (11%) mogłyby skłonić je do odbycia porodu domowego.



Rycina 1. Stan wiedzy osób badanych dotyczący porodów domowych

Figure 1. Women's knowledge about home births

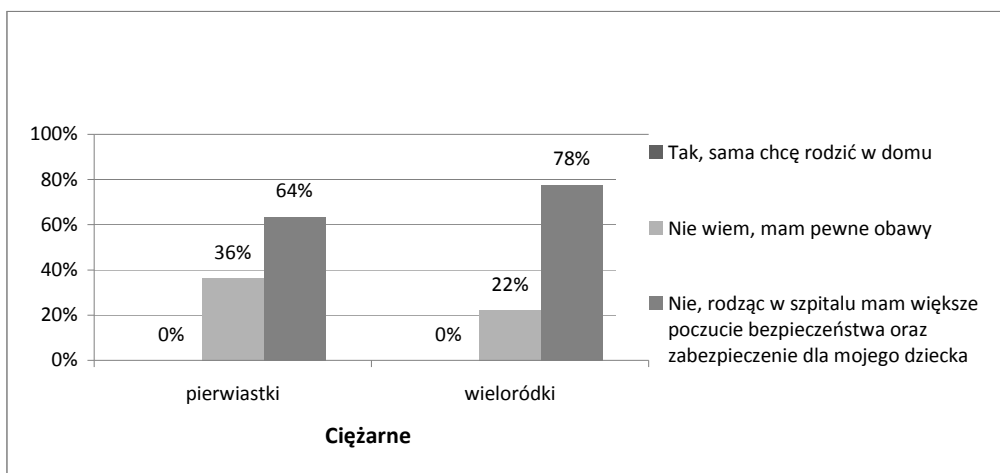
Źródło: badania własne



Rycina 2. Ocena możliwości zdobycia wiedzy na temat porodów domowych

Figure 2. Subjects' assessment of availability of information on home births

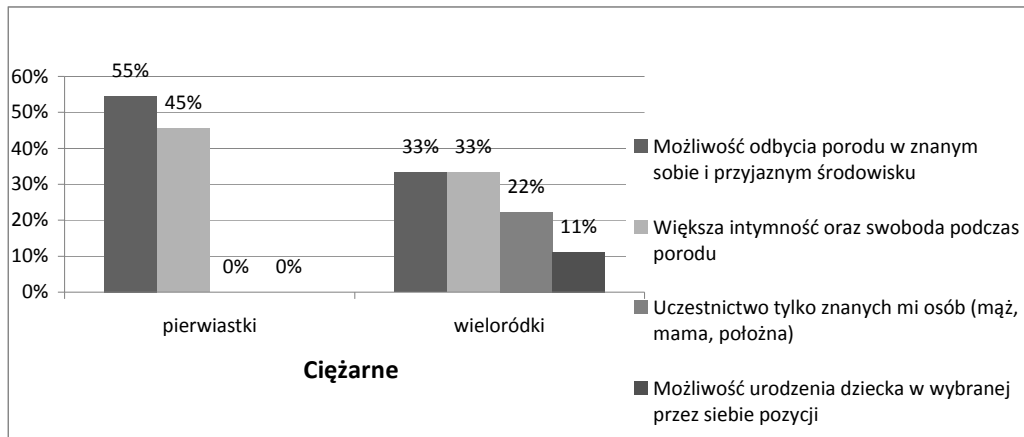
Źródło: badania własne



Rycina 3. Ocena porodu domowego jako alternatywy dla porodów szpitalnych

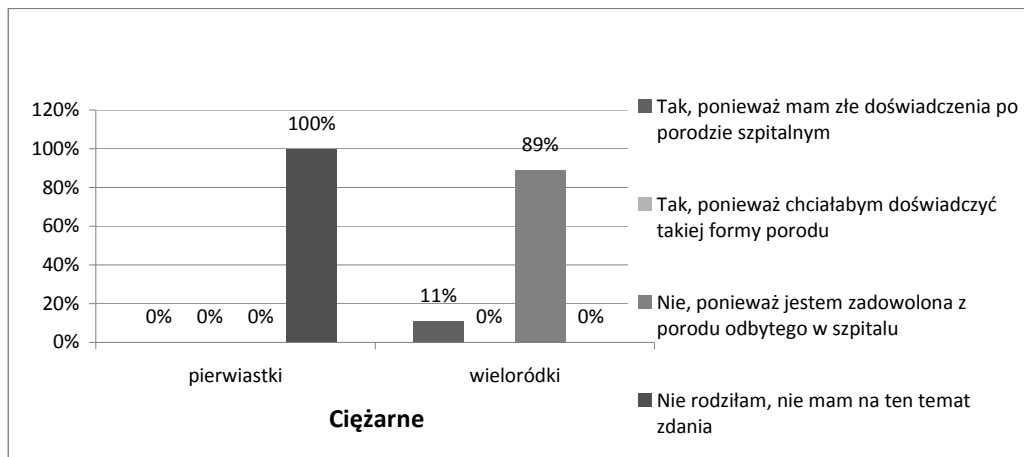
Figure 3. Women's assessment of home birth as an alternative to hospital births

Źródło: badania własne



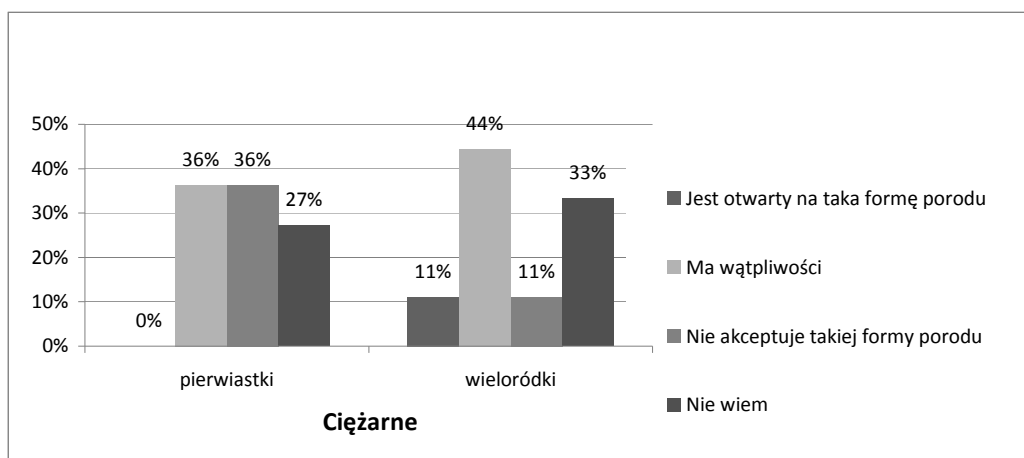
Rycina 4. Czynniki, jakie skłoniłyby osoby badane do odbycia porodu domowego
 Figure 4. Factors which may influence one's decision to deliver a baby at home

Źródło: badania własne



Rycina 5. Opinia badanych osób dotycząca urodzenia kolejnego dziecka w warunkach domowych
 Figure 5. Subjects' opinion on the possibility of giving another birth at home

Źródło: badania własne



Rycina 6. Stosunek ojca dziecka lub partnera życiowego wobec porodu domowego według opinii osób badanych
 Figure 6. Baby's father's or mother's partner's attitude to home birth in the participants' opinion

Źródło: badania własne

Rozpatrując kwestię urodzenia kolejnego dziecka w warunkach domowych na podstawie opinii badanych osób (ryc. 5.) należy stwierdzić, że przeważająca większość wieloródek nie zdecydowałaby się na tę formę porodu, ponieważ są zadowolone z porodu odbytego w szpitalu (89%). Jedynie 11% wieloródek wybrałoby poród domowy ze względu na złe doświadczenia po porodzie szpitalnym. Żadna z ankietowanych osób nie zaznaczyła odpowiedzi, że chciałaby doświadczyć takiej formy porodu (0% w obu badanych grupach). Wszystkie pierwiastki, ze względu na to, że wcześniej nie rodziły, nie mają na ten temat zdania (100%).

Zdania badanych dotyczące stosunku ojca dziecka lub partnera życiowego wobec porodu domowego w obu grupach badanych – pierwiastek i wieloródek – są częściowo zbieżne (ryc. 6.)

Ankietowane kobiety stwierdziły, że ojciec dziecka czy partner życiowy ma wątpliwości wobec tej formy porodu (36% pierwiastek i 44% wieloródek). Według 36% pierwiastek i 11% wieloródek – ojciec dziecka czy partner życiowy nie akceptuje takiej formy porodu. Jedynie 11% wieloródek oceniło, że ojciec dziecka czy partner życiowy jest otwarty na taką formę porodu, w przeciwieństwie do pierwiastek, gdzie żadna z badanych osób nie wybrała takiej odpowiedzi. Część respondentek nie wie, jaki jest stosunek ojca dziecka czy partnera życiowego wobec porodu domowego (27% pierwiastek i 33% wieloródek).

Badając współczynniki korelacji (tab. 1.) dla pytań ankiety w zależności od osoby badanej (pierwiastka/wieloródka), wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia, przy założonym poziomie istotności 0,05, tylko w dwóch przypadkach można powiedzieć o korelacji – w zależności od tego, czy jest to pierwiastka czy wieloródka i od wykształcenia. Stan wiedzy kobiet rodzących dotyczący porodów domowych zależy od tego czy kobieta była pierwiastką czy wieloródką. Pierwiastki słyszały o takiej możliwości, ale mają przeciętną wiedzę na ten temat, natomiast u wieloródek 56% badanych słyszało o takiej formie porodu, ale posiadają przeciętną wiedzę na ten temat, a 44% badanych oceniło, że ten temat jest im nieznan. Przekonanie o korzyściach z urodzenia kolejnego dziecka w warunkach domowych po porodzie w szpitalu wzrasta wraz z poziomem wykształcenia. Kobiety z wykształceniem wyższym nie są skłonne do porodów domowych, bardziej cenią sobie bezpieczeństwo związane ze szpitalem.

Dyskusja i wnioski

Analizując uzyskane od całej grupy badanych respondentek dane stwierdzono, że nie występują istotne różnice w poglądach kobiet na temat porodów domowych. Równocześnie, niewielkie zróżnicowanie zaznaczające się w pewnych kwestiach, na które wypowiadały się badane, wynika zapewne z czynników osobowościowych.

Tabela 1. Tablica korelacji
Table 1. Correlations

Korelacje	Osoby badane		Wiek		Miejsce zamieszkania		Wykształcenie	
	wartość	istotność przybliżona	wartość	istotność przybliżona	wartość	istotność przybliżona	wartość	istotność przybliżona
Jaki jest stan Pani wiedzy dotyczący porodów domowych?	0,6	0,013	0,4	0,101	0,3	0,778	0,4	0,198
Czy miała lub ma Pani możliwość zdobycia wiedzy na temat porodów domowych?	0,2	0,684	0,1	0,85	0,4	0,509	0,4	0,257
Czy uważa Pani, że poród domowy to dobra alternatywa dla porodów szpitalnych?	0,7	0,492	0,02	0,919	0,3	0,853	0,3	0,485
Która z poniższych odpowiedzi skłoniłaby Panią do odbycia porodu w domu?	0,5	0,227	0,3	0,574	0,5	0,253	0,4	0,428
Czy, jeśli rodziła już Pani w warunkach szpitalnych, byłaby Pani skłonna urodzić kolejne dziecko w warunkach domowych?	1	0,000	0,2	0,752	0,4	0,581	0,5	0,035
Jak zapatruje się na ewentualne odbycie porodu domowego ojciec dziecka lub Pani partner?	0,4	0,452	0,4	0,518	0,4	0,525	0,3	0,878

Źródło: badania własne

Zdecydowana większość badanych wieloródek jest zadowolona z porodu odbytego w szpitalu, wobec czego nie poszukują innych form porodu. Wpływ na ich decyzję ma również przekonanie, że poród w szpitalu daje im większe poczucie bezpieczeństwa oraz zabezpieczenie dla ich dziecka. Wszystkie pierwiastki, ze względu na to, że wcześniej nie rodziły, nie mają na ten temat zdania.

Z badań wynika, że istnieje utrudniony dostęp do informacji na temat alternatywnych form porodu, ponieważ większość ankietowanych odpowiedziała, że ma ograniczone możliwości lub nie ma w ogóle możliwości zdobycia wiedzy na temat porodów domowych. Można wysunąć przypuszczenie, że brak dostępu do informacji na ten temat przyczynia się do nieakceptowania pozaszpitalnych form porodu, jednak hipoteza ta wymagałaby dalszych badań.

Na podstawie analizy wyników zaobserwowano, że takie czynniki, jak wiek czy wykształcenie badanych osób nie mają większego wpływu na wybór rodzaju i miejsca porodu. Bez względu na wiek czy wykształcenie większość respondentek jest zdania, że poród w szpitalu daje im większe poczucie bezpieczeństwa oraz zabezpieczenie dla ich dziecka.

Z przeprowadzonych badań wynika, że miejsce zamieszkania ma wpływ na wybór rodzaju i miejsca porodu. Większe obawy dotyczące wyboru porodu domowego mają osoby mieszkające w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców niż osoby z mniejszych miejscowości, nie przekraczających 5 tys. mieszkańców. Zaobserwowano wzrost obaw proporcjonalnie do wielkości miejsca zamieszkania wyrażającej się liczbą mieszkańców. Zdecydowana większość respondentek, zwłaszcza mieszkających w większych miejscowościach uważa, że rodząc w szpitalu ma większe poczucie bezpieczeństwa oraz zabezpieczenie dla swojego dziecka.

Podsumowując, postawione hipotezy potwierdziły się tylko częściowo, tylko dwie z siedmiu można było zweryfikować pozytywnie. Były to: hipoteza dotycząca utrudnionego dostępu do informacji na temat alternatywnych form porodu oraz wpływu miejsca zamieszkania na wybór rodzaju i miejsca porodu. Hipoteza o nieakceptowaniu pozaszpitalnych form porodu spowodowana brakiem dostępu do informacji na temat porodów rodzinnych wymagałaby dalszych badań. Pozostałe hipotezy nie zostały zweryfikowane pozytywnie. Badane kobiety niechętnie myślały o porodzie domowym, szczególnie ze względu na bezpieczeństwo, które zapewnia szpital. Ponadto nie mają one wiedzy na ten temat. Koniecznym staje się szersza edukacja na temat porodów domowych zarówno w mediach, jak i przez lekarzy i położne.

PIŚMIENNICTWO

1. Czerwińska B., Poród w domu, http://ciazaporod.pl/porod_porod_przygotowania_artikul, data dostępu 2.03.2011.
2. Kozakiewicz E., Poród to nie dopust Boży, <http://ebobas.pl/artykuly/czytaj/208/zdrowie/zalety-porodu-w-domu->, data dostępu 2.03.2011.
3. Oleś K., Poród domowy – relikty czy przyszłość? <http://www.rodzicpoludku.pl/Pozaszpitalne-miejsca-do-porodu/Porod-domowy-relikty-czy-przyszlosc.html>, data dostępu 2.03.2011.
4. Olszewski M., Poród w ciemnościach, <http://tygodnik.onet.pl/1,20089,druk.html>, data dostępu 2.03.2011.
5. Tronia A., Domowy poród? Ryzyko rośnie trzykrotnie, http://www.iwomian.pl/uroda/nawosci/domowy_porod_ryzyko_rośnie;trzykrotnie,44,0,647468.html, data dostępu 2.03.2011

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

PRZYGOTOWANIE PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO DO PRACY Z PACJENTAMI UZALEŻNIONYMI OD ALKOHOLU

PREPARING THE NURSING PERSONNEL TO WORK WITH PATIENTS ADDICTED TO ALCOHOL

JOLANTA SIELSKA¹, MONIKA MATECKA¹, EWA WIEJA²

¹Zakład Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

²Katedra Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Wysocki

Streszczenie

Artykuł przedstawia wymagania stawiane pielęgniarcom, które mają rozpocząć pracę z pacjentami uzależnionymi od alkoholu. Omówiono w nim wymagania dotyczące przygotowania zawodowego tej grupy pielęgniarzek, skupiając się m.in. na ich kompetencjach społecznych. Autorki analizują przygotowania Szpitala w Puszczykowie do otwarcia nowego oddziału, w którym leczeni będą pacjenci z chorobą alkoholową. Z przeprowadzonej analizy wynika, że przygotowanie takiego oddziału do otwarcia to proces wielomiesięczny i wieloetapowy. Jednym z ważniejszych zadań ordynatora nowego oddziału oraz psychologa jest przeprowadzenie szkoleń dla personelu pielęgniarstwa. Szkolenia zaplanowane zostały zarówno dla pielęgniarzek, które mają pracować w nowym oddziale, jak i dla pielęgniarzek, ratowników medycznych oraz lekarzy zatrudnionych w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, kwalifikacje personelu pielęgniarstwa, doskonalenie zawodowe.

Wprowadzenie

W ostatnim dwudziestoleciu w Polsce widocznie wzrosła efektywność terapii uzależnień. Dostępne źródła wskazują jednak na zmniejszający się dostęp do leczenia. Wśród przyczyn, na pierwszym miejscu, wymieniane są deficyty kadrowe i lokalowe [1]. Istnieje więc potrzeba tworzenia nowych zakładów leczenia odwykowego. Niejednokrotnie powstawać one będą w strukturze szpitali, które wcześniej nie specjalizowały się w leczeniu pacjentów uzależnionych od alkoholu. Taką sytuację obserwuje się w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – Szpitalu w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego sp. z o.o. W strukturze Szpitala znajduje się 13 oddziałów. Są to zarówno oddziały zabiegowe, jak i zachowawcze, przygotowane do leczenia pacjentów planowych oraz do pomocy osobom w stanach nagłych. Właścicielem Szpitala jest Starostwo Powiatowe w Poznaniu. Zarząd Szpitala stara się dostosować strukturę oddziałów do potrzeb epidemiologicznych mieszkańców powiatu poznańskiego, spośród któ-

Summary

The article presents the demands faced by the nurses who are to begin working with patients addicted to alcohol. It discusses the demands concerning the professional preparation of this group of nurses, focusing among others on their social competence. The authors analyse the preparations of Puszczykowo Hospital to open a new ward where alcoholic patients will be treated. The conducted analysis reveals that the preparation of such a ward is an enduring multi-step process. One of the most important tasks of the new ward's senior registrar and the psychologist is to conduct training for the nursing personnel. The training was planned for both nurses who are to work in the new ward and the nurses, medical rescuers and doctors in the hospital's rescue ward.

Key words: alcoholism, nursing personnel's qualifications, in-service training.

rych rekrutuje się zdecydowana większość pacjentów. Realizując te założenia, w roku 2010 w ramach Oddziału Wewnętrzznego powołany został do życia Pododdział Kardiologiczny, a od marca 2011 roku działalność rozpoczęła Oddział Rehabilitacyjny. Kolejnym etapem wprowadzanych zmian ma być powołanie w pierwszym półroczu 2011 roku Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA).

Przygotowania do uruchomienia działalności leczniczej w ramach OLAZA rozpoczęły się od opracowania planów modernizacji części pomieszczeń znajdujących się na IX piętrze Szpitala i próby pozyskania funduszy na ten cel trwały ponad rok. Niniejszy artykuł poddaje analizie poszczególne etapy przygotowań do powołania oddziału, ze szczególnym uwzględnieniem przygotowania personelu pielęgniarstwa do pracy z pacjentami uzależnionymi od alkoholu. W polu zainteresowań autorek znajdują się zarówno pielęgniarzki, które pracować będą bezpośrednio w OLAZA, jak i personel pielęgniarstwa oraz ratownicy medyczni zatrudnieni w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Proces przygotowawczy do otwarcia OLAZA

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu, oddział leczenia abstynencyjnych zespołów alkoholowych traktowany jest jak zakład leczenia odwykowego. We wskazanym rozporządzeniu określone też zostały zadania oddziału leczenia abstynencyjnych zespołów alkoholowych, do których należy:

- udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób uzależnionych od alkoholu
- prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych mających na celu motywowanie pacjentów do podjęcia psychoterapii uzależnienia [2].

W przypadku Szpitala w Puszczykowie, uruchomienie OLAZA uzależnione było od odpowiedniego przygotowania pomieszczeń wymagających gruntownej modernizacji. Zarząd Szpitala pozyskał na ten cel 217 tys. zł z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego. Jednocześnie z pracami modernizacyjnymi trwały działania ukierunkowane na pozyskanie fachowego personelu medycznego oraz rozmowy z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie podpisania kontraktu na procedury wykonywane na OLAZA.

Do prowadzenia oddziału pozyskano lekarza psychiatrę – terapeutę uzależnień z wieloletnim stażem w zakresie leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Z uwagi na fakt, iż – z wyjątkiem jednej pielęgniarki z doświadczeniem w lecznictwie odwykowym – obowiązki na OLAZA przejmą pielęgniarki pracujące na innych oddziałach Szpitala, zaistniała konieczność przygotowania specjalistycznego szkolenia dla tej kadry.

Za przygotowanie programu szkoleń oraz ich przeprowadzenie odpowiada lekarz prowadzący oddział oraz pielęgniarka posiadająca doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi od alkoholu. Za koordynację szkoleń odpowiedzialna jest naczelna pielęgniarka szpitala.

Zadania pielęgniarki w Szpitalu w Puszczykowie określone zostały w dokumencie wewnętrznym, jakim jest opis stanowiska pracy. Dokument ten zawiera wykaz informacji na temat obowiązków pracowniczych, obowiązków z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz obowiązków na stanowisku pracy. Opis stanowiska pracy został ujednolicony dla pielęgniarek wszystkich oddziałów z uwzględnieniem specyfiki odpowiadającej zadaniom odpowiednim dla stanowiska starszej pielęgniarki oraz pielęgniarki oddziałowej. Dodatkowe zadania pielęgniarek pełniących dyżury w OLAZA, nie ujęte w opisie stanowiska pracy, zawiera opracowany na potrzeby nowego oddziału dokument „Postępowanie przy przyjęciu i podczas pobytu pacjenta w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych”.

Dokument ten wskazuje, że w ramach opieki na oddziale, obok czynności leczniczych i pielęgnacyjnych, pacjent powinien otrzymać:

- pomoc w nabywaniu wiedzy i umiejętności niezbędnych do przywracania zdrowia i utrzymania stanu abstynencji
- motywację do spotkań z terapeutą
- możliwość uczestnictwa w stwarzanych sytuacjach aktywizujących do udziału w mityngach grupy AA
- informację – zarówno sam pacjent, jak i jego rodzina o korzyściach wynikających z udziału w tzw. sesjach rodzinnych.

Wykaz procedur medycznych, za które odpowiedzialne są pielęgniarki znajduje się w Standardach Wykonywania Usług Zdrowotnych w Zakresie Lecznictwa Odwykowego, rekomendowanych przez dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wśród świadczeń znajdujących się w zakresie obowiązków pielęgniarki znajduje się między innymi planowanie procesu pielęgniarskiego oraz czynności zapobiegawczo-pielęgniarskie [3].

Biorąc pod uwagę, że pacjent uzależniony skierowany do OLAZA może być pacjentem obciążonym schorzeniami współistniejącymi, co może skutkować koniecznością leczenia także na innych oddziałach Szpitala, wszystkie pielęgniarki oddziałowe oraz wskazane przez nie inne pielęgniarki wezmą udział w szkoleniu na temat profilu osoby uzależnionej od alkoholu. Szkolenie w formie wykładu przygotowuje psycholog.

Wśród przyczyn powstania i rozwoju uzależnienia od alkoholu wskazuje się zarówno czynniki biologiczne, jak i społeczne oraz psychologiczne. Biorąc pod uwagę charakter pracy personelu pielęgniarskiego w OLAZA, szczególną uwagę poświęcić należy specyficznym cechom psychicznym i zachowaniom, które wydają się wspólne dla pacjentów z chorobą alkoholową. Wymienić tu można na przykład: nastawienie destrukcyjne (niska samoocena, autoagresja, negatywny obraz siebie i własnej egzystencji); destrukcyjne wzorce relacji z otoczeniem społecznym (nastawienie obronne, skłonność do reagowania agresją, podejrzliwość, cechy aspołeczne); brak konstruktywnej wizji życia i pozytywnego systemu wartości (postawa zwątpienia, nihilizm, obniżone poczucie sensu życia) [4]. Osoby uzależnione od alkoholu charakteryzuje często niedojrzałość emocjonalna, która utrudnia im konstruktywne radzenie sobie z różnymi sytuacjami życiowymi. W literaturze przedmiotu wskazuje się także na takie elementy ich funkcjonowania, jak drażliwość, częste zmiany nastroju, obecność konfliktów wewnętrznych oraz wysoki poziom niepokoju [5]. Wymienione cechy mogą stać się źródłem zakłóceń w relacji z personelem leczącym, który postrzegać będzie tę grupę pacjentów jako osoby roszczeniowe, a jednocześnie niezaangażowane we współpracę, co wpłynie niekorzystnie na proces diagnozowania i leczenia. Zjawiskiem charakterystycznym dla osób uzależnionych jest obecność specyficznych mechanizmów obronnych, które odgrywają podstawową rolę w rozwoju, przebiegu i utrzymywaniu się choroby. Mechanizmy te, określane mianem „systemu iluzji i zaprzeczeń”, pozwalają pacjentowi negować istnienie bądź minimalizować znaczenie problemu nadmiernego spożywania alkoholu i związanych

z nim następstw somatycznych oraz zaburzeń w sferze emocji i kontaktów z innymi ludźmi. Występowanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia może powodować niekiedy poważne trudności diagnostyczne.

Zgodnie ze standardami wykonywania usług zdrowotnych z zakresu leczenia odwykowego, wśród jednostek chorobowych rozpoznawanych i leczonych w OLAZA wymienione są między innymi:

- F10 – ostre zatrucie alkoholem
- F10.3 – zespół abstynencyjny
- F10.4 – zespół abstynencyjny z majaczeniem.

U pacjentów z chorobą alkoholową występuje wiele zmian we wszystkich obszarach zdrowia. Wśród zmian psychicznych wskazać można zarówno takie, które związane są z ostrym zatruciem, jak i takie, które są konsekwencją intensywnego spożywania alkoholu przez wiele lat [6]. U pacjentów pojawiają się wówczas różnego rodzaju powikłania psychiatryczne, co znacząco utrudnia kontakt z nimi. Skuteczne realizowanie zadań pielęgnacyjnych i opiekuńczych wymaga od personelu pielęgniarskiego specyficznych kompetencji, które obejmować powinny zarówno elementy wiedzy z zakresu psychologii i psychiatrii, jak i określonych umiejętności pozwalających zbudować relację terapeutyczną. W tym kontekście kluczowe znaczenie ma odpowiednio zaprojektowane szkolenie, którego celem jest przygotowanie pielęgniarki do udzielania profesjonalnej pomocy osobom uzależnionym od alkoholu. Szkolenie to winno być ukierunkowane zarówno na przekazanie wiedzy teoretycznej z zakresu problematyki uzależnień, jak i na rozwój oraz doskonalenie konkretnych umiejętności niezbędnych w pracy z pacjentami, m.in., takich jak:

- obserwacja stanu psychicznego pacjenta (u pacjentów w tej grupie osób występuje podwyższone ryzyko popełnienia samobójstwa) [7]
- aktywne słuchanie (parafrazowanie, odzwierciedlanie emocji, zadawanie pytań, konfrontowanie, urealnianie itp.)
- identyfikowanie i eliminowanie barier komunikacyjnych w kontakcie z pacjentem
- udzielanie adekwatnego wsparcia (emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego)
- motywowanie pacjenta do podjęcia leczenia i brania odpowiedzialności za własne zdrowie
- przyjmowanie akceptującej postawy wobec chorego (nastawienie oceniające pielęgniarki wywołuje bowiem reakcje obronne pacjenta w postaci oporu i wycofania z kontaktu)
- przekazywanie pacjentowi pozytywnych informacji i uświadamianie mu jego mocnych stron (zasobów)
- obniżanie lęku u pacjenta
- budowanie nadziei, wzmacnianie u pacjenta przekonania o możliwości dokonania konstruktywnych zmian we własnym życiu.

Przygotowanie personelu pielęgniarskiego do pracy na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych winno obejmować także zagadnienia związane ze stresem oraz wypaleniem zawodowymi i dostar-

czyć uczestnikom wiedzy na temat technik redukcji napięcia oraz radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i konfliktowymi. Należy dodać, że personel pielęgniarski powinien również poznać problematykę uzależnienia od alkoholu w różnych grupach pacjentów – kobiet, dzieci i młodzieży, osób starszych, osób z zaburzeniami psychicznymi, osób niepełnosprawnych oraz bezdomnych [6]. W każdej z tych grup występują bowiem odrębne problemy, które mogą wpływać na proces diagnostyki i efekt terapeutyczny.

Nowe zadania personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

W Szpitalu w Puszczykowie obowiązują dwie drogi przyjęcia pacjentów na oddziały. Pacjenci planowi, którzy posiadają skierowanie na leczenie, korzystają z Izby Przyjęć Planowych. Pacjenci w stanach ostrych trafiają natomiast do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Powołanie SOR wynika z roli, jaką Szpital w Puszczykowie pełni w systemie ratownictwa medycznego w Wielkopolsce. Oddział ten znajduje się w strukturze Szpitala od grudnia 2008 roku. Jest w pełni wyposażony i zabezpieczony w szerokie możliwości diagnostyczne. Dzięki wyposażeniu we własną salę operacyjną SOR ma możliwość pracy niezależnie od bieżącego obciążenia Bloku Operacyjnego Szpitala. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala w Puszczykowie miesięcznie pomoc uzyskuje około 1000 osób.

Zadania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego to:

- przyjęcie, stabilizacja, wstępna diagnostyka i leczenie pacjentów z szeroko rozumianymi nagłymi zachorowaniami, zatruciami oraz urazami, którzy są przywożeni przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłaszają się do oddziału samodzielnie
- pomoc ofiarom katastrof, zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego planu zabezpieczenia ratunkowego.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, „szpitalny oddział ratunkowy udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego” [8].

Z uwagi na szerokie możliwości kadrowe i diagnostyczne, jakimi dysponuje SOR, tam właśnie następować będzie wstępna diagnostyka i kwalifikacja pacjentów zgłaszających się do Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.

Jak wynika z powyższej tabeli, w procedury, które opracowane zostały dla pacjenta zgłaszającego się do OLAZA zaangażowani są przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych, jakie wykonują zadania w SOR.

Szkoleniami przygotowywanymi z myślą o pielęgniarzach mających podjąć pracę w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych objęty został także personel pielęgniarski oraz ratownicy medyczni zatrudnieni w SOR.

Tabela 1. Etapy postępowania z pacjentami w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – zaangażowanie poszczególnych grup personelu medycznego

Table 1. Patient's admission to hospital Rescue Ward stage by stage. Medical personnel's involvement

Procedura	Zaangażowany personel
Rejestracja pacjenta	Pielęgniarka/ ratownik medyczny
Badanie lekarskie	Lekarz dyżurujący w SOR
Zlecenie badań laboratoryjnych i obrazowych	Zlecenie – lekarz Zaprowadzenie pacjenta do Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej lub Zakładu Diagnostyki Obrazowej – pielęgniarka/ ratownik medyczny
Podpisanie Umowy o udzielanie komercyjnych świadczeń zdrowotnych na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	Pielęgniarka/ ratownik medyczny
Kwalifikacja pacjenta do leczenia w OLAZA na podstawie wyników badań	Lekarz dyżurujący w SOR

*Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z powyższej tabeli, w procedury, które opracowane zostały dla pacjenta zgłaszającego się do OLAZA zaangażowani są przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych, jakie wykonują zadania w SOR.

Szkoleniami przygotowywanymi z myślą o pielęgniarkach mających podjąć pracę w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych objęty został także personel pielęgniarski oraz ratownicy medyczni zatrudnieni w SOR.

Osobą odpowiedzialną za szkolenie jest ordynator OLAZA, lekarz psychiatra z ponad trzydziestoletnim doświadczeniem w pracy z pacjentami uzależnionymi od alkoholu, terapeuta uzależnień.

Osobne szkolenie przygotowano dla lekarzy dyżurujących w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, do których należy będzie kwalifikacja pacjenta do OLAZA. Zakres szkolenia dla lekarzy obejmuje procedurę kwalifikacji pacjenta przyjmowanego przez SOR do OLAZA oraz techniki unikania sytuacji konfliktowych podczas pracy z pacjentem z problemem alkoholowym.

Nadmienić należy również, że pielęgniarki rozpoczynające pracę w OLAZA będą kierowane na dalsze szkolenia i kursy podnoszące kwalifikacje. Do doskonalenia zawodowego i doksztalcania w zakresie udzielania świadczeń leczniczych osobom uzależnionym i współuzależnionym zobowiązuje pracowników zakładów lecznictwa odwykowego między innymi Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji perso-

nelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu.

Zakończenie

Na podstawie przeprowadzonej analizy, można postawić następujące wnioski końcowe:

Wszystkie pielęgniarki rozpoczynające pracę w OLAZA w Szpitalu w Puszczykowie mają zagwarantowane szkolenie, którego celem jest:

- uzyskanie wiedzy teoretycznej na temat uzależnienia od alkoholu – jego przyczyn, mechanizmów, konsekwencji w różnych obszarach zdrowia, diagnostyki i leczenia
- zdobycie wiedzy dotyczącej specyfiki rozwoju i przebiegu uzależnienia oraz problemów występujących w odrębnych grupach pacjentów (kobiety, mężczyźni, młodzież, osoby z podwójnym rozpoznaniem itp.)
- kształtowanie umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy z ludźmi uzależnionymi od alkoholu (techniki komunikowania, wzmacnianie motywacji do leczenia, radzenie sobie z zachowaniami manipulacyjnymi pacjentów itp.).

Z uwagi na fakt, że procedury towarzyszące rejestracji pacjenta i kwalifikacji go do leczenia odbywają się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, szkoleniami objęty został także personel pielęgniarski oraz ratownicy medyczni zatrudnieni w SOR.

Ponieważ kwalifikacja chorych zgłaszających się do OLAZA odbywać się będzie w Puszczykowie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, wszyscy lekarze pełniący dyżury w tym oddziale otrzymają szczegółowe informacje w zakresie kryteriów kwalifikacji tej grupy pacjentów do leczenia. Podczas szkolenia zostaną ponadto wyposażeni w wiedzę pozwalającą na minimalizowanie zdarzeń mogących prowadzić do sytuacji konfliktowych z pacjentem uzależnionym od alkoholu bądź jego rodziną.

W proces przygotowania i koordynacji szkoleń włączona została naczelnia pielęgniarka szpitala, która na bieżąco monitoruje zgłaszane przez pielęgniarki oddziałowe zapotrzebowanie na szkolenia i kursy z zakresu doskonalenia zawodowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na Lata 2000-2005, 47-48; www.parpa.pl
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu, Dz. U. z dnia 21 stycznia 2000 r.

3. Standardy Wykonywania Usług Zdrowotnych w Zakresie Lecznictwa Odwykowego; www.parpa.pl
4. Melibruda J., Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin, IPZ, Warszawa 1999.
5. Cekiera Cz., Toksykomania: narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotynizm, PWN, Warszawa 1985.
6. Woronowicz B.T., Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia, Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009.
7. Chodkiewicz J., Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2005.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego; Dz. U. z dnia 30 marca 2007 r.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

AUDYT WEWNĘTRZNY SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ PROCESEM OCENY JAKOŚCI SYSTEMU ORAZ JAKOŚCI USŁUGI

INTERNAL AUDIT OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN A HEALTH CARE INSTITUTION AS A PROCESS OF EVALUATING THE QUALITY OF THE SYSTEM AND QUALITY OF SERVICE

ELIZA DĄBROWSKA

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

Streszczenie

Dojrzejące systemy zarządzania jakością będą niebawem zmuszone gwarantować odpowiednią jakość usług zdrowotnych. W tym celu może posłużyć audyt wewnętrzny systemu zarządzania jakością. Może on znacząco wykraczać poza ramy normy EN ISO 19011:2002. Tak szerokie wykorzystanie audytu w procesie oceny SZJ oraz w procesie oceny usługi pozwoli na wymierne zarządzanie usługą zdrowotną.

Słowa kluczowe: audyt wewnętrzny, system zarządzania jakością, usługa zdrowotna, poziom jakości.

Summary

Maturing quality management systems will soon be expected to guarantee the accurate quality of health service. For this purpose the internal audit of quality management system can be used. It can significantly exceed the EN ISO 19011:2002 standard. Such a wide usage of audit in the process of service evaluation will allow for balanced management of health service.

Key words: internal audit, quality management system, health-care service, quality level.

Szeroko pojmowane zagadnienia jakościowe dotyczące świadczenia usług medycznych od wielu lat stanowią temat rozważań niemal wszystkich zakładów opieki zdrowotnej. To znak czasów. Przechodzimy swoją transformację myślenia o pacjencie jako o kliencie, który ma potrzeby i oczekiwania w zakresie jakości usługi właściwej i usług towarzyszących oraz, co najistotniejsze, który przynosi pieniądze do organizacji.

Coraz więcej jednostek świadczących usługi zdrowotne dostrzega, jak ważna jest jakość świadczonych usług, jak istotne jest spełnienie wymagań pacjenta. Świadomość ta widoczna jest w rosnącej liczbie jednostek decydujących się na wdrożenie i utrzymywanie systemów zarządzania jakością zgodnych z wymaganiami normy ISO 9001:2008.

Budując dobry system zarządzania jakością winno się skorzystać z wytycznych zawartych zarówno w normie ISO 9001, która jest normą obligatoryjną, jak również z wymagań norm wspierających. Na rodzinę norm służących do budowania systemów zarządzania jakością składają się:

- ISO 9000 – System zarządzania jakością – Podstawy i terminologia
- ISO 9001 – System zarządzania jakością – Wymagania
- ISO 9004 – Systemy zarządzania jakością – Wytyczne do doskonalenia funkcjonowania
- ISO 19011 – Wytyczne dotyczące audytowania systemów zarządzania jakością lub zarządzania środowiskowego.

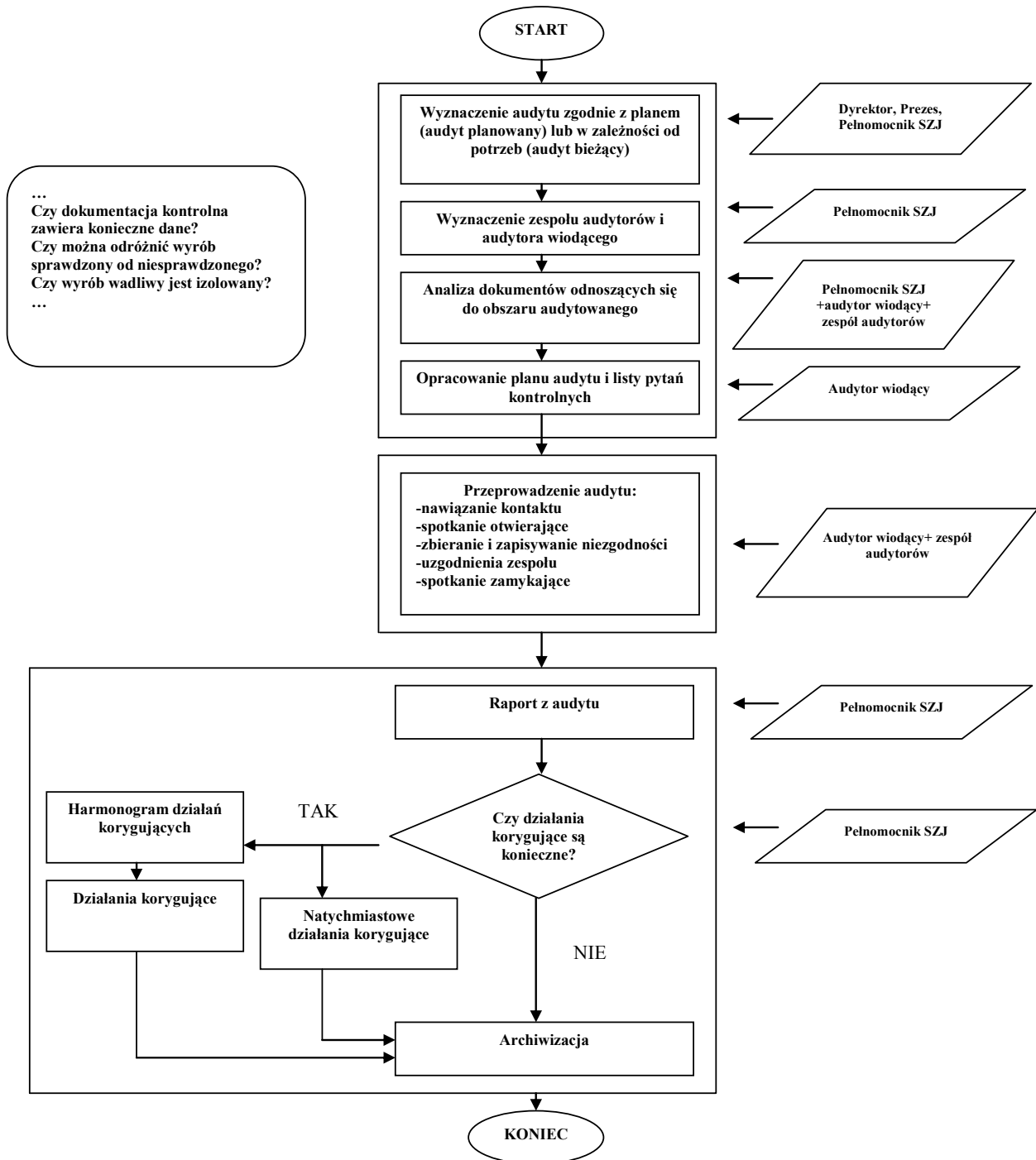
Wiele z funkcjonujących dziś systemów można określić mianem systemów dojrzałych, a zatem systemów cechujących się pewnym wyższym poziomem świadomości jakościowej, wkraczających w nowe obszary doskonalenia. Jednym z fundamentalnych, w świetle wymagań normy, sposobów doskonalenia jest systematyczne przeprowadzanie audytów wewnętrznych systemu zarządzania jakością, a więc wspomniana już norma ISO 19011 definiująca wymagania dla procesu audytowania. Choć norma ta ma obligatoryjny charakter jedynie dla jednostek certyfikujących, to warto wykorzystać ją również w prowadzeniu audytów własnych w jednostce. Proces ten, jeśli jest prawidłowo prowadzony może stanowić potężny oręż w walce o najwyższą jakość.

Audyt systemu zarządzania jakością (SZJ), z definicji (PN-EN ISO 9001:2001) to systematyczny, niezależny i udokumentowany proces uzyskania dowodu i jego obiektywnej oceny w celu określenia zakresu, w jakim kryteria audytu są spełnione.

W punkcie 8.2.2 norma ISO 9001 mówi, że organizacja powinna przeprowadzać audyty wewnętrzne w zaplanowanych odstępach czasu w celu określenia, czy system zarządzania jakością jest zgodny z zaplanowanymi ustaleniami, z wymaganiami niniejszej Normy Międzynarodowej oraz wymaganiami systemu zarządzania jakością ustanowionymi przez organizację, i jest skutecznie wdrożony i utrzymywany.

Zatem wymagania normy odnoszą się li tylko do systemu zarządzania jakością organizacji, dotyczą wewnętrznych mechanizmów, nie traktują o potrzebie oceny jakości usługi. Audyty jednostek zewnętrznych realizowane są w granicach ustanowionych przez normę.

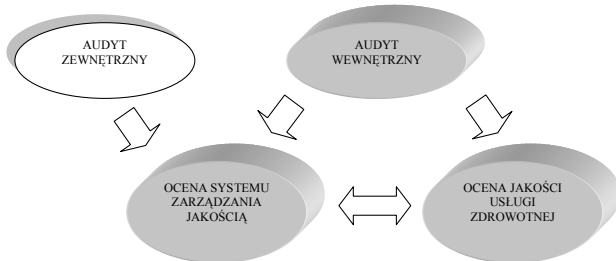
Waga i rola audytu wewnętrznego jest rzecz jasna, z formalnego punktu widzenia niekwestionowana. Wynik procesu certyfikacji stanowi potwierdzenie prawidłowo wdrożonego SZJ, jest gwarancją, że zostały spełnione wymagania standardu PN-EN ISO 9001:2008. O ile jednak



Rycina 1. Algorytm przeprowadzania audytu wewnętrznego
Figure 1. Algorithm of internal audit

Źródło (Source): Hamrol A.; Zarządzanie Jakością. Teoria i Praktyka, Warszawa – Poznań 1999

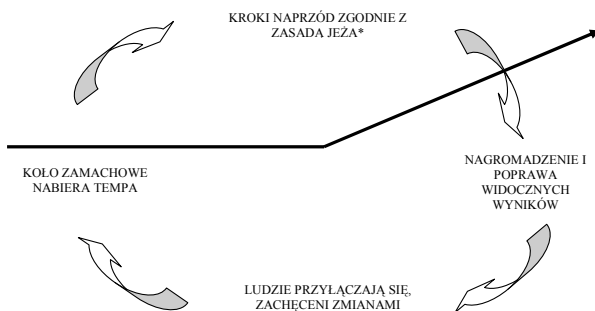
ramy audytu zewnętrznego są ściśle określone normą ISO 19011:2002, to proces audytu wewnętrznego może wykroczyć znacznie dalej, szukając potwierdzeń, że w ramach zachodzących procesów wewnętrznych zapewniono odpowiedni, deklarowany poziom jakości usługi.



Rycina 2. Ocena SZJ oraz Jakości Usługi. Ocena wpływu SZJ na Jakość Usługi

Figure 2. Evaluation of Quality Management System and Quality of Service. The evaluation of the influence of Quality Management System on Quality of Service

Źródło (Source): Opracowanie własne



Rycina 3. Efekt koła zamachowego
Figure 2. The flywheel effect

Źródło (Source): Collins J.; *Od Dobrego Do Wielkiego*, Kraków 2007

Source:

*Zasada jeża – koncentrowanie się na istocie działalności jednostki. Zbiór wspólny dla 3 elementów: a) największa pasja, b) co przynosi korzyści materialne, c) w czym można być najlepszym na świecie.

Rezultat audytu wewnętrznego stanowi obiektywną ocenę zaimplementowanego SZJ. Owa ocena nie musi się jednak ograniczać do odpowiedzi „tak” lub „nie” na pytanie „czy spełnione zostało wymaganie?” oraz „czy dokonywana jest ocena skuteczności podejmowanych działań, funkcjonujących rozwiązań systemowych?”. Siły audytowe należy przede wszystkim skoncentrować na ocenie zdolności, przydatności, skuteczności i efektywności działań organizacji. Tylko wtedy ocena będzie obiektywna i pozwoli okre-

ślić faktyczną jakość systemu zarządzania, a certyfikat uznać za gwarant deklarowanego poziomu jakościowego.

Audyty ograniczający się wyłącznie do uzyskiwania dowodów na zgodność ze standardem ISO nie stanowi wartości dodanej dla organizacji, wpływa demobilizująco na pracowników, w konsekwencji na system zarządzania jakością. Co więcej, w sytuacji, gdy wdrożony system wykazuje cechy młodego, nie w pełni ukształtowanego systemu, niewłaściwie przeprowadzane audyty stanowią mogą przysłowiowy „gwóźdź do trumny”.

Audytorzy wewnętrzni powinni rozumieć mechanizmy SZJ, powinni, w drodze ustawicznego szkolenia osiągnąć umiejętność holistycznego spojrzenia na procesy zarządzania jakością w organizacji i ich przełożenie na jakość oferowaną pacjentom.

Takie podejście podnosi prestiż procesu audytowego, dowodząc jego znaczenia dla jednostki, wywołując efekt koła zamachowego napędzającego maszynę usprawniania systemu.

Obecnie sam fakt posiadania certyfikatu SZJ już nie wystarcza. Pacjenci żądają obiektywnych, wymiernych dowodów na jakość usług oferowanych przez placówki służby zdrowia. Audyty wewnętrzne mogą sprawić, by system był tworem żywym zapewniającym ową obiecywaną jakość

Budujący jest fakt, że świadomość jednostek, które wdrożyły system zarządzania jakością ulega stopniowym przemianom. Zaczynają one dostrzegać rolę profesjonalnych audytów oczekując namacalnych korzyści z wdrożenia i działania SZJ.

Zmiana podejścia świadczy o przemianach w świadomości, dojrzałości. Wymusza poprawę jakości świadczonych usług, a to niezaprzeczalna korzyść dla każdego pacjenta, dla każdego z nas.

PIŚMIENNICTWO

1. Collins J., *Od Dobrego do Wielkiego*, MT Biznes Sp. z o.o., Kraków 2007.
2. Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie Jakością. Teoria i Praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Poznań 1999.
3. Norma ISO 9001:2008. System zarządzania jakością – Wymagania.
4. Norma ISO 19011:2002. Wytyczne dotyczące audytowania systemów zarządzania jakością lub zarządzania środowiskowego.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

PACJENT ZE SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ Z PERSPEKTYWY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

PATIENT WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING CARE

HANNA HELIŃSKA¹, BEATA BAJURNA²

¹Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie

Dyrektor: lek. med. Marian Zalejski

²Zakład Organizacji i Zarządzania

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Pobudzenie w schizofrenii, towarzyszące mu często zachowania gwałtowne, agresywne są istotnym problemem klinicznym, szczególnie ze względu na związane z nim zagrożenie dla samego chorego i innych osób, w tym personelu medycznego. Pobudzenie często towarzyszy zaostrzeniom procesu schizofrenicznego lub jest jednym z objawów pierwszego epizodu psychotycznego.

Celem pracy było przedstawienie problemów pielęgniarzkich wobec pacjenta ze schizofrenią paranoidalną oraz przedstawienie trudnej, a zarazem bardzo ważnej roli pielęgniarki w procesie leczenia pacjenta przejawiającego zachowania agresywne, mogące stanowić zagrożenie dla osób z jego otoczenia.

Słowa kluczowe: schizofrenia paranoidalna, zachowania agresywne, problemy, rola pielęgniarki.

Summary

Agitation in schizophrenia, often accompanying violent behavior and aggression is an important clinical problem, especially because of the associated risk to the patient and other people, including medical personnel. Agitation is often accompanied by exacerbations of schizophrenic process or is one of the symptoms of the first episode of psychosis.

The aim of the study was to describe problems with patients with paranoid schizophrenia manifesting aggressive behavior, and to present the role of nurses in the process of treating a patient manifested aggressive behavior who could pose a threat to surrounding people.

Key words: paranoid schizophrenia, aggressive behavior, problems, the role of nurses.

Agresja i przyczyny zachowań agresywnych chorych na schizofrenię

Agresja jest definiowana jako celowe wyrządzenie fizycznej krzywdy innej osobie, które może obejmować: pobicie, gwałt, rabunek. Do działań agresywnych należą też fizyczne maltretowanie i wykorzystywanie seksualne dorosłych, dzieci oraz osób w wieku podeszłym.

„Agresja w rozumieniu psychologicznym to zachowanie fizyczne lub werbalne zmierzające do skrzywdzenia drugiej osoby lub grupy osób, niszczenia bądź uszkodzenia przedmiotów, zwierząt czy też ludzi, a nawet siebie samego” [3, s. 121].

Zdrowy człowiek, który nie znajduje się w sytuacji ekstremalnej potrafi radzić sobie z budzącą się w nim skłonnością do agresji i nawet dość silny stres nie powinien prowadzić do jawnej agresji. Taki stan rzeczy jest spowodowany działaniem czynników hamujących działania agresywne. Istnieją też ludzie, którzy nie wypracowali skutecznych form kontroli nad agresją i nie będąc chorymi, bywają czasem niebezpieczni dla otoczenia, bowiem mogą wykazywać skłonność do impulsywnego i niczym nieskrępowanego wyładowania agresji na innych.

„Agresja może być w zależności od formy działań – słowna lub fizyczna; czasu reakcji – doraźna lub odroczone; obiektu – bezpośrednia lub przemieszczona. Kiedy podłożem są ostre i przewlekłe psychozy, źródłem agresji są najczęściej urojenia i omamy. Tło zachowań agresywnych związane z pierwotnym czy wtórnym uszkodzeniem i dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego ma źródło agresji w stanach pobudzenia, dezorientacji czy dysforii” [3, s. 122-123].

Poważnym problemem są zachowania agresywne chorych wobec personelu szpitala. Jednym z podstawowych mechanizmów prowadzących do zachowań agresywnych schizofreników jest lęk. Chory przeżywający intensywne urojenia może podjąć działania zmierzające według niego do zlikwidowania zagrożenia lub działania odwetowe wobec prześladowców.

Znaczącą rolę w wyzwalaniu agresji odgrywa społeczeństwo. Duży wpływ na uwarunkowanie agresji mają czynniki środowiskowe, takie jak doświadczenie lub bycie jej świadkiem w dzieciństwie oraz dysfunkcyjna rodzina.

Istotne znaczenie w budzeniu się agresji mają organiczne uszkodzenia centralnego układu nerwowego, szczególnie w zakresie płatów czołowych. Zmiany ogniskowe czę-

ści czołowo-nadoczodołowej kory mózgu związane są ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia agresji. Uszkodzenie tej okolicy objawia się słabą kontrolą impulsów, nagłymi wybuchami agresji, niewłaściwymi wypowiedziami słownymi, nieadekwatnością emocjonalną oraz brakiem samokrytyki.

Ryzyko wystąpienia zachowań agresywnych u schizofreników może wzrastać u chorych, którzy przejawiali zachowania agresywne w przeszłości oraz bezpośrednio przed hospitalizacją.

„Ryzyko szczególnego agresywnego incydentu dziejącego się w szczególnym czasie i miejscu zależy od kombinacji cech charakterystycznych i stanu sprawcy, zbiegu okoliczności w danym czasie i charakteru ofiary” [3, s. 128].

Czynniki pojawiające się systematycznie jako zwiększające ryzyko zachowań agresywnych u ludzi z zaburzeniami psychicznymi na oddziale to: młody wiek, historia przemocy w wywiadzie oraz bycie przyjętym do szpitala bez zgody chorego.

Brytyjskie Królewskie Towarzystwo Psychiatryczne opracowało raport, w którym wymienia się następujące czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia agresji wśród chorych:

- brak zorganizowanych działań mających na celu możliwie aktywne zaangażowanie chorych na oddziale
- częste korzystanie z tymczasowego personelu
- niski poziom interakcji pomiędzy personelem a pacjentem
- niski poziom kwalifikacji personelu
- źle określone zadania personelu
- nieprzewidywalne rozkłady zajęć oddziału
- brak prywatności
- przepełnienie
- niski standard oddziału [3].

Spośród wymienionych czynników ryzyka wystąpienia aktów agresji chorych jest nadużywanie substancji psychoaktywnych.

„Spośród objawów choroby psychicznej czynnikami, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia agresji, są: współlistnienie organiki, urojenia i odczucia, że się jest kontrolowanym oraz omamy słuchowe z treściami nakazującymi wykonywanie określonych czynności. Natomiast osoby aktywnie leczone i mające poczucie wsparcia w społeczności i rodzinie nie są bynajmniej bardziej agresywne niż przeciętny, nieleczony człowiek” [3, s. 134].

Pacjent chory na schizofrenię na skutek urojeń, halucynacji lub pobudzenia może być niebezpieczny dla siebie samego jak również otoczenia. Objawy są niezależne od woli pacjenta, ponieważ ma on zaburzoną rzeczywistość związków z ludźmi. Zachowanie jego często przybiera formę zachowania agresywnego, a agresja może być wyładowana na przedmiotach, na osobach lub na sobie samym.

Poniżej przedstawiono podstawowe zasady kontaktu z pacjentem agresywnym:

- Pożądana jest umiejętność rozmowy i negocjacji

- Mówić normalnym tonem, poruszać się powoli, najlepiej uszanować „przestrzeń osobistą” chorego
- W kontakcie z pacjentem agresywnym należy przestrzegać następujących zasad:
 - pielęgniarka powinna zadbać o to, aby pacjent wiedział co się dzieje i aby poznał otaczające go osoby
 - do pacjenta należy zbliżać się powoli i z kierunku, który nie wywoła u niego zaskoczenia i poczucia zagrożenia
 - nie należy sprzeczać się z chorym, ani podejmować prób wyperswadowania urojeń, gdyż dowodzenie błędności urojeń na ogół umacnia te fałszywe sądy
 - należy mówić wolno, jasno i śmiało, wystarczająco głośno, chory natomiast musi mieć czas na sformułowanie myśli
 - ręce powinno trzymać się w polu widzenia pacjenta i nie odwracać się do niego plecami
 - nie należy wykorzystywać sytuacji umożliwiających wykazywanie przewagi fizycznej lub psychologicznej czy władzy urzędowej
 - należy rozważyć czy pojedyncze osoby z personelu powinny rozmawiać z chorym na osobności, czy w obecności osób trzecich
 - starać się utożsamić z odczuciami, podzielać uczucia, które pacjent ujawnia w kontakcie z tobą; bądź empatyczny [2].

Zadania pielęgniarki związane z opieką nad chorym ze schizofrenią paranoidalną stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku nałożyła nowe zadania na psychiatryczne zakłady opieki zdrowotnej, z której wynikają również zadania dla pielęgniarek sprawujących opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Do najważniejszych zadań związanych z procesem leczenia i hospitalizacji należą:

- informowanie pacjenta o jego prawach
- przestrzeganie praw pacjenta
- informowanie o sposobach i metodach pielęgnacji w sposób zrozumiały
- prowadzenie dokumentacji medycznej w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego wobec chorego
- wykazywanie szczególnej ostrożności i dbałości o dobro pacjenta
- zachowanie w tajemnicy wszystkich informacji uzyskanych w trakcie leczenia.

Zakres obowiązków pielęgniarki psychiatrycznej różni się w znacznym stopniu od obowiązków pielęgniarek na innych oddziałach. Dla pacjenta na oddziale psychicznym pielęgniarka jest kimś wyjątkowym. Antoni Kepiński stwierdził, że lekarz odgrywa dla pacjenta symboliczną rolę ojca, pielęgniarka zaś rolę matki.

Specyfika pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi wymaga od pielęgniarki określonych cech osobowości oraz silnej motywacji do pracy.

„*Od pielęgniarki wymaga się: zdolności do dojrzałego i oryginalnego stwarzania atmosfery sprzyjającej leczeniu, umiejętności nawiązania kontaktu terapeutycznego w atmosferze zaufania oraz indywidualnej dla każdego pacjenta opieki pielęgniarskiej*” [2, s. 127].

Pielęgniarka inicjuje, podtrzymuje i kończy relacje terapeutyczne, czyli jest rzecznikiem pacjenta. Ochronia i popiera prawa do autonomii, prywatności, godności, szacunku oraz dostępu do informacji pacjenta. Aby ułatwić choremu porzucenie niedostosowanych zachowań, pielęgniarka współpracuje z pacjentem, pomaga w identyfikacji potrzeb i znalezieniu skutecznych sposobów ich zaspokajania oraz osiągania celów życiowych. Pielęgniarka stanowi dla pacjenta często pomost, który łączy świat psychotycznych przeżyć chorego ze światem ludzi zdrowych.

Predyspozycje pielęgniarki pożądane w kontakcie z psychicznie chorym to: empatia, akceptacja chorego, tolerancja, zyczliwość, elastyczność w zachowaniu, łatwość w komunikowaniu się.

Pielęgniarka powinna potrafić kontrolować swoje emocje. Pielęgniarka, która tego nie potrafi, może w kontakcie z chorym doprowadzić do niepożądanych sposobów postępowania z nim, takich jak: spieranie się z pacjentem, obmawianie go, niesłuchanie tego, co chce powiedzieć, protekcyjność, uleganie żądaniom pacjenta, aby szybciej się go pozbyć, unikanie pacjenta po to, aby go „ukarać”. Ważne jest też, aby pielęgniarka nie zwracała uwagi na krytykę swojej osoby, jak i na pochlebstwa [2].

Proces pielęgnowania w psychiatrii prowadzi do systematycznego rozpoznania i rozwiązywania problemów dotyczących fizycznych, psychicznych i społecznych potrzeb pacjenta, jego rodziny i środowiska. Proces ten stanowi całościowe podejście do opieki nad psychicznie chorym, jego rodziną i środowiskiem, w którym żyje i rozpoczyna się w momencie pierwszego spotkania z chorym, z jego problemami i oczekiwaniami.

Proces pielęgnowania w psychiatrii ma cztery etapy:

- I Etap – rozpoznanie sytuacji zdrowia i choroby pacjenta, jego rodziny i środowiska. Dane o chorym obejmują informację o jego sferze psychicznej, społecznej i biologicznej, które mają wpływ na funkcjonowanie człowieka w środowisku i stanowią podstawę do sformułowania diagnozy pielęgniarskiej, czyli określenie stanu, w jakim znajduje się chory, aby podjąć odpowiednie zadania pielęgniarskie. Diagnoza pielęgniarska ma ogromne znaczenie, ponieważ służy do opisu i określania stanu pacjenta w godzinach kiedy na oddziale znajdują się wszyscy członkowie zespołu leczącego, jak również w godzinach popołudniowych i nocnych.
- II Etap – planowanie i realizacja opieki pielęgniarskiej, która odnosi się do osiągalnych i realnych celów, możliwych do zrealizowania w aktualnych warunkach.

- III Etap – realizacja planu opieki – obejmuje przeprowadzanie zabiegów oraz działań umożliwiających osiągnięcie zamierzonych i określonych celów.
- IV Etap – ocena zaplanowanej opieki oraz jej wyników [2].

Rola pielęgniarki w opiece nad chorym cierpiącym na schizofrenię nie polega tylko na podawaniu leków, raportowaniu o poważnych objawach choroby lub ubocznym działaniu leków. Opieka pielęgniarska polega na zapewnieniu pacjentowi poczucia bezpieczeństwa, zmniejszeniu poczucia chaosu, lęku i zagubienia.

U osób chorych na schizofrenię mogą wystąpić następujące problemy:

- wycofanie z kontaktów społecznych
- zaburzenia w postrzeganiu i interpretowaniu rzeczywistości
- zaburzenia w komunikowaniu się, zachowania agresywne
- trudności w wykonywaniu czynności życia codziennego
- zaburzenia snu
- objawy uboczne leczenia farmakologicznego.

Rozpoznane problemy w procesie pielęgnacyjnym z zaburzeniami psychicznymi należy traktować kompleksowo, a nie ograniczać się wyłącznie do problemów opiekuńczych. Interwencję pielęgniarki należy ukierunkować na podtrzymywanie zasobów i możliwości sprzyjających zmniejszaniu lub niwelowaniu głównych problemów.

Problemy pielęgniarskie związane z opieką nad chorym ze schizofrenią ze szczególnym uwzględnieniem zachowań agresywnych

I. Ataki agresji wobec siebie i otoczenia spowodowane przeżyciami psychotycznymi, którym towarzyszy poczucie zagrożenia, lęk, chęć obrony.

CEL: zmniejszenie agresji oraz autoagresji oraz zapewnienie bezpieczeństwa choremu i innym pacjentom.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARKI:

- utrzymać niskie natężenie bodźców zewnętrznych (przyciemnione oświetlenie, niskie natężenie dźwięków, mała liczba osób)
- eliminacja z otoczenia chorego przedmiotów niebezpiecznych
- stała, lecz dyskretna obserwacja chorego i jego zachowania
- podejmowanie prób nawiązania kontaktu z pacjentem oraz zdobycia jego zaufania
- pielęgniarka powinna zachować postawę spokoju i opanowania wobec pacjenta
- należy podjąć próbę zmiany kierunku zachowań agresywnych, np. aktywność fizyczna
- podawanie na zlecenie lekarza leków, monitorować ich skuteczność i możliwe objawy uboczne

- dysponować wystarczającą liczbą personelu, aby w razie konieczności zademonstrować pacjentowi przewagę
- w przypadku, kiedy chory nie uspokoił się po rozmowie lub lekach, może zaistnieć konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego za pomocą pasów ochronnych (w oparciu o ust. 1 art. 18 „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego” z dnia 19 sierpnia 1994 roku) zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego „Przymus bezpośredni w formie przytrzymania, przymusowego zastosowania leków, unieruchomienia i izolacji wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi może być użyty tylko wtedy, gdy dopuszcza się ona zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby”. Decyzje podejmuje lekarz, w wyjątkowych sytuacjach może to zrobić pielęgniarzka.

Przy zastosowaniu przymusu należy osobiście nadzorować jego wykonanie, przestrzegając następujących zasad:

- działać spokojnie, szanując godność i prawa pacjenta
- uspokajać chorego i próbować zdobyć jego zaufanie, starając się nakłonić chorego do współpracy
- informować pacjenta i obecną przy chorym rodzinę o: przyczynie, celu i sposobie przeprowadzonej interwencji
- dostosować warunki unieruchomienia do stanu pacjenta
- wyznaczyć przewodniczącego zespołu, który ma doświadczenie w tym zakresie
- podać zlecony lek przed unieruchomieniem, gdy to możliwe
- zorganizować odpowiednią ilość osób (nie mniej niż 5) z personelu, jeżeli nie mamy odpowiedniej ilości personelu można zwrócić się o pomoc do policji i pracowników pogotowia ratunkowego
- położyć chorego na łóżku lub na nosze, pasy ochronne (najlepiej z miękkiej skórki), zakładamy na odwiedzione do boku kończyny (górne i dolne); przestrzeń pomiędzy kończyną a pasami nie może być mniejsza niż grubość jednego palca; głowę chorego należy unieść, aby zapobiec zachłyśnięciu
- po unieruchomieniu, gdy stwierdza się pobudzenie psychoruchowe, należy zaproponować pacjentowi przyjęcie leku, gdy odmawia to podajemy bez zgody
- zapewnić choremu swobodne oddychanie
- obserwacja co 15 minut i dokumentacja – karta przebiegu unieruchomienia i izolacji
- zaspokoić potrzeby higieniczne chorego
- można okresowo zwalniać pacjenta z zabezpieczenia nie rzadziej niż co 4 godziny
- należy pomóc w przywróceniu samokontroli nad zachowaniem (okazywać pacjentowi wolę zakończenia unieruchomienia i wykrywać nieprawidłowości unieruchomienia)

- w razie wystąpienia zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta niezwłocznie powiadomić lekarza
- po upływie 4 godzin (dotyczy to chorych powyżej 18. r.ż.) i ponownej ocenie stanu psychicznego i fizycznego lekarz musi podjąć decyzję o przedłużeniu (na okres 6 godzin), bądź zaprzestaniu stosowania środka przymusu
- po opanowaniu zaburzeń zachowania należy podjąć decyzję o przerwaniu stosowania unieruchomienia
- ograniczenia zdejmować stopniowo i oceniać reakcję pacjenta
- informacje o zastosowaniu przymusu bezpośrednio pielęgniarzka umieszcza w raporcie pielęgniarzkim i karcie obserwacji pielęgniarzkich chorego [1].

II. Występowanie objawów psychotycznych (omamów i urojeń) wynikających z istoty choroby.

CEL: przywrócenie prawidłowej percepcji rzeczywistości.

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARKI:

- obserwacja pacjenta w kierunku objawów psychotycznych, ich rodzaju i nasilenia
- nawiązanie kontaktu z pacjentem
- zdobycie zaufania chorego
- tworzenie atmosfery dającej poczucie bezpieczeństwa
- okazywanie pacjentowi troski i zrozumienia
- koncentracja na uczuciach pacjenta, a nie na autentyczności doznawanych przeżyć
- nie należy negować ani potwierdzać urojeń i omamów, należy wysłuchać chorego
- ustalenie z pacjentem strategii radzenia sobie z objawami psychotycznymi: przeniesienie uwagi, ignorowanie objawów, zaakceptowanie objawów których nie można zredukować, pozytywne mówienie do siebie, słuchanie muzyki, ćwiczenia relaksacyjne
- współudział w farmakoterapii.

III. Wystąpienie pobudzenia psychoruchowego wynikającego z istoty choroby.

CEL: zminimalizowanie lub wyeliminowanie pobudzenia.

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARKI:

- usunięcie bodźców wywołujących pobudzenie z otoczenia chorego (kofeina, jasne światło, muzyka, zabawy)
- odwrócenie uwagi pacjenta od rzeczy i osób, które go drażnią
- zapewnienie warunków do wypoczynku i snu
- zapewnienie potrzeby ruchu
- szukanie z pacjentem porozumienia
- zapewnienie choremu bezpieczeństwa poprzez stałą i dyskretną obserwację pacjenta.

IV. Obecność lęku i niepokoju spowodowanych występowaniem urojeń prześladowczych.

CEL: eliminowanie lub zminimalizowanie lęku i niepokoju.

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARKI:

- poprzez stałą obecność przy pacjencie zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa

- uważne słuchanie opisu przeżyć chorego i co je powoduje
- okazywanie troski, szacunku i zrozumienia choremu
- nie okazywanie pomocy „na siłę” pacjentowi
- mobilizowanie do wykonywania ćwiczeń relaksacyjnych
- informowanie pacjenta o interwencjach jakim zostanie poddany oraz uprzedzenie o zamiarze wykonania zabiegu
- wyjaśnienie pacjentowi konieczności regularnego przyjmowania leków
- zachęcanie do stopniowego osvajania się z sytuacjami powodującymi lęk.

- zauważanie i pozytywne wzmocnienie każdego wysiłku chorego
- zadbanie o higienę pacjenta.

Problemy społeczne i prawne osób chorych na schizofrenię

Chorobie psychicznej – zwłaszcza przewlekłej, takiej jak schizofrenia towarzyszy na ogół zaburzenie relacji chorego z jego najbliższym otoczeniem społecznym. Zaburzone zachowania są niekiedy zwiastunem lub pierwszym symptomem choroby. W toku choroby dochodzi często do deformacji lub zaniku szeregu umiejętności społecznych.

Pielęgniarka w swojej praktyce pielęgniarstwa może zetknąć się ze specyficzną grupą chorych psychicznie, którzy z powodu choroby popełnili groźne przestępstwa, takie jak: zabójstwo, usiłowanie zabójstwa, gwałt, podpalenie, spowodowanie ciężkiego uszkodzenia ciała drugiej osoby, lecz nie jest prawdą, że większość chorych psychicznie to osoby szczególnie niebezpieczne.

Osoby chore na schizofrenię naruszają prawo, ale również doświadczają wielu problemów społecznych:

- niezdolność do nawiązywania kontaktów społecznych i ujawnienie się zachowań o charakterze patologicznym
- istotne obniżenie aktywności społecznej i zawodowej
- obniżona zdolność rozwiązywania problemów społecznych
- poczucie osamotnienia i izolacji.

Wycofanie się z kontaktów społecznych i obniżenie się umiejętności społecznych u osób chorych na schizofrenię można zaobserwować już w okresie poprzedzającym ich zachorowanie.

Wyjaśniając zaburzenia w kontaktach interpersonalnych należy odwołać się do roli czynnika integrującego doświadczenia. U osób zdrowych czynnik integrujący doświadczenia osoby, sprzyja jej dobremu przystosowaniu społecznemu, natomiast u osób chorych na schizofrenię można stwierdzić jego poważne uszkodzenie, a jego następstwem jest wycofanie chorego z kontaktów społecznych i ujawnienie zachowań o charakterze patologicznym.

U większości chorych zaburzenia w zachowaniu adaptacyjnym wynikają z istnienia negatywnych doświadczeń związanych z własną chorobą. Wymienić można między innymi: poczucie naznaczenia społecznego i przynależności do ludzi rzekomo gorszej kategorii, brak siły społecznego przebiccia, obniżony status zawodowy, a także świadomość braku wsparcia społecznego i ekonomicznego. Czynniki te stanowią podstawę pojawienia się niskiej samooceny oraz poczucia bycia dyskryminowanym w wymiarze społeczno-ekonomicznym i kulturowym. Narastająca bierność społeczna i niechęć do wysiłku mogą mieć również uwarunkowania w postawach rodzinnych, społecznych i zawodowych w stosunku do osoby chorej, która często ze względu

V. Występowanie zaburzeń snu spowodowane urojeniami prześladowczymi.

CEL: przywrócenie prawidłowego rytmu snu i czuwania.

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARKI:

- ustalenie przyczyn zaburzeń snu
- przeprowadzenie z pacjentem rozmowy w celu odreagowania napięcia emocjonalnego związanego z bezsennością
- ograniczenie spożywania kawy i mocnej herbaty w godzinach popołudniowych
- zalecanie regularnego odpoczynku, poranne wstawanie o regularnej porze i unikanie snu w ciągu dnia
- przewietrzanie sali przed snem
- dbanie o to, aby pacjent spożywał lekkostrawne kolacje i zmniejszył palenie papierosów wieczorem
- zaleca się, aby pielęgniarka posiedziała przy pacjentce przed zaśnięciem
- podanie leków nasennych na zlecenie lekarza.

VI. Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego – zaniechanie podstawowych potrzeb.

CEL: przywrócenie samodzielności chorego w codziennym funkcjonowaniu i dbałości o zaspokajanie własnych potrzeb, nawiązywania kontaktów społecznych.

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARKI:

- rozpoznanie przyczyn trudności w podejmowaniu samodzielnie i aktywnie czynności życiowych
- udzielanie pomocy przy czynnościach sprawujących trudność choremu
- podejmowanie rozmów dotyczących trudności w aktywnym podejmowaniu czynności życiowych oraz na temat znaczenia poszczególnych umiejętności społecznych
- ustalenie z pacjentem możliwości spędzania wolnego czasu
- stworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu równowagi kontaktów społecznych
- zachęcanie pacjenta do udziału w zajęciach terapeutycznych
- ułatwianie kontaktów emocjonalnych poprzez odwiedziny rodziny i przyjaciół

na istniejącą chorobę jest wyłączona z dotychczas pełnionych ról społecznych.

U chorego na schizofrenię często w okresie około dwóch lat od zachorowania zmniejsza się poczucie tożsamości i przynależności społecznej. Obniżeniu ulega: identyfikacja z grupą społeczną, do której przynależą, poziom motywacji do działania oraz umiejętność realizowania podjętych zadań. Zachowanie to pogłębia się w sytuacji braku odpowiedniego środowiska rodzinnego, społecznego czy szpitalnego [4].

Wycofanie się chorego z kontaktów społecznych ma charakter obronny, staje się sposobem istnienia, który chroni go przed ośmieszeniem, znieważeniem oraz ujawnieniem braku kompetencji społecznych.

Praca chorych na schizofrenię stanowi często jedno z podstawowych kryteriów ich adaptacji do życia w społeczeństwie. Zachorowanie na schizofrenię może mieć głębokie konsekwencje dla funkcjonowania społecznego chorych, którzy przeszli na rentę, przzerwali naukę, zwolnili się z pracy, ograniczyli kontakty z ludźmi, stali się zamknięci. Istnieją również takie przypadki zachorowań na schizofrenię, że poziom kontaktów społecznych, zainteresowań i aktywność chorych nie zawsze koreluje z ich aktywnością zawodową.

Wnioski

1. Osoby chore na schizofrenię paranoidalną przejawiające ataki agresji stanowią większe zagrożenie dla zdrowia lub życia własnego niż dla innych ludzi.

2. W procesie leczniczo-rehabilitacyjnym, obok farmakoterapii, ważną rolę odgrywają interwencje w środowisku chorego, treningi umiejętności społecznych, tworzenie społeczności terapeutycznej na oddziale szpitalnym, a poza szpitalem różnych form oparcia społecznego.

3. Do poprawy jakości życia chorych na schizofrenię niezbędnym powinno być opracowanie skutecznego systemu wczesnego rozpoznawania objawów i ich leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Górna K., Opieka nad pacjentem ze schizofrenią W: Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego, Wilczek-Ruzyczka E. (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
2. Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M., Psychiatria, Wydawnictwo – Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2007.
3. Krzyżowski J., Agresja i choroby psychiczne W: Stany nagłe w psychiatrii, Krzyżowski J., Miller L., Wand T. (red.), Wydawnictwo „Medyk” sp. z o.o, Warszawa 2008.
4. Steuden S., Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią. Badania długofalowe, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Lublin 1997.
5. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dnia 19 sierpnia 1994r. (Dz. U. 94. nr 111, poz. 535 z późn. zm).

Adres do korespondencji:

Hanna Helińska
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie
Plac Paderewskiego 1A
64-000 Kościan

SAMOŚWIADOMOŚĆ I RELACJE RODZINNE U KOBIET WYKAZUJĄCYCH OBJAWY ZESPOŁU ZABURZEŃ POURAZOWYCH (PTSD)

SELF-AWARENESS AND FAMILY RELATIONS IN WOMEN WITH SYMPTOMS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

ANDRZEJ KRYSZTOPANIS

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

Streszczenie

Koncepcja Z. Zaborowskiego – form samoświadomości ukazuje nam, iż osoby cierpiące na PTSD wykazują cechy samoświadomości indywidualnej i obronnej, przy czym znacznie więcej cech samoświadomości obronnej. To pozwala twierdzić, że te osoby przetwarzają informacje przez treści wewnętrzne – emocje ukierunkowane są na przeżywanie, a nie na działanie. Także zauważa się u nich trudności z wchodzeniem w relacje z otoczeniem oraz sprawcą.

W pracy wykorzystano wyniki badań nad kobietami z PTSD będącymi ofiarami przemocy w rodzinie. Przeprowadzona analiza wskazuje, iż znaczna ilość kobiet będących ofiarami długi okres czasu wykazuje cechy PTSD, a co za tym idzie cechy samoświadomości obronnej. To wszystko skutkuje utrudnieniem w nawiązywaniu i realizacji kontaktów społecznych, rodzinnych. Relacje wewnątrz rodziny ulegają patologizacji.

Słowa kluczowe: samoświadomość, samoświadomość obronna, zespół zaburzeń pourazowych, przemoc.

Summary

Z. Zaborowski's concept of self-awareness shows that people suffering from PTSD exhibit features of individual and defensive self-awareness, with the latter being predominant. This may mean that these people process information through internal content – emotions motivating experiencing, not acting. Moreover, they show difficulties in interacting with the outside world and the abuser.

The examined women are victims of domestic violence. This shows that a number of people who were subject to abuse show symptoms of PTSD and features of defensive self-awareness.

The paper features a study of women with PTSD who have been victims of domestic violence. The analysis shows that a significant number of women who were subject to abuse for an extensive period of time exhibit symptoms of PTSD and features of self-defense awareness which constitute an impediment to establishing social and family relations. These relations may deteriorate as a result.

Key words: self-awareness, defensive self-awareness, post-traumatic stress disorder, violence.

Wstęp

Odkąd człowiek zaczął świadomie działać i zaczął zdawać sobie sprawę ze swoich emocji i uczuć chciał poznać siebie. Od starożytności ludzie analizowali myśli, emocje, sny. Spostrzegli związek między samopoczuciem, a zdrowiem fizycznym. Te badania trwają do dziś. Człowiek wyposażony w nowoczesne urządzenia i wiedzę tysięcy lat jest w stanie badać wpływ samoświadomości na relacje wewnętrzne i zewnętrzne jednostki. Dzięki ustrukturalizowaniu i zamknięciu w definicje pewnych pojęć oraz odkryciu zależności pomiędzy zachowaniem a tokiem myślenia możliwe stało się badanie czegoś co od zawsze straszło ludzkość: Gdzie jest kres psychicznej wytrzymałości i co się stanie, gdy przekroczy się tę granicę? Jak funkcjonują osoby, które tę granicę przekroczą i co najważniejsze jaką formę przybierze ich samoświadomość?

Samoświadomość i stosunek kobiet dotkniętych zespołem zaburzeń pourazowych (PTSD)

1. Świadomość i samoświadomość

Świadomość jest stanem psychicznym, w którym jednostka zdaje sobie sprawę ze zjawisk wewnętrznych (procesów myślowych, emocji) oraz zewnętrznych zachodzących w środowisku otaczającym. Dzięki świadomości jednostka jest w stanie odpowiednio reagować na nie [1]. Świadomość, jako charakterystyczna cecha dla *homo sapiens*, w oczach biologów jest niczym innym jak „produktem ubocznym”, „epifenomen wykształcenia się obwodów neuronalnych leżących u podłoża samonakierowania na siebie ośrodka poznawczego w mózgu. Biologiczno-ewolucyjna funkcja i celowość tego samonakierowania związana jest zapewne z bogatą siecią relacji społecznych, wykształceniem się bogatego języka symbolicznego i być może innymi, nieznanymi jeszcze czyn-

nikami” [2]. Podobne spojrzenie mają behawioryści analizując procesy myślowe poprzez zachowanie – jedyny mierzalny sposób analizy procesów myślowych (jak dotąd).

Samoświadomość to rozmaite sposoby i akty poznawania własnej psychiki, takie jak: introspekcja, refleksja, intuicja czy redukcja fenomenologiczna.

2. Samoświadomość w ujęciu Zbigniewa Zaborowskiego

Zbigniew Zaborowski – jeden z czołowych badaczy zgłębiający temat świadomości i samoświadomości doszedł do wniosku, iż świadomość jest tożsama z samoświadomością [2]. Według fizjologów świadomość jest stanem czuwania (wg Zaborowskiego jest to świadomość podstawowa). Nie jest też do końca pewien czym jest świadomość – czy jest procesem, aktem, wytworem, strukturą, odrębnym fenomenem, właściwością procesów wewnętrznych. Naukowcy ciągle zajmują się badaniami nad stworzeniem modelu świadomości, lecz to co dla ludzi jest oczywiste – myślenie – nie jest łatwo opisać i udokumentować, a zwłaszcza odtworzyć i przeanalizować. „Pojęcie świadomości nadal pozostaje niejasne. Jest czymś niełatwo poddającym się analizom, tak że niektórzy filozofowie zaczynają uważać je za nieanalizowalne” [2]. Aby nie pogubić się w gąszczu definicji zajął się badaniem treści świadomości, które – jak to ujął – „mogą być mniej lub bardziej wyraziste, jednoznaczne, proste lub złożone, od form przetwarzania tych treści” [2].

Jednak pomimo trudności definiowania i badania świadomości niezaprzeczalnym jest fakt, że stanowi ona podstawę istnienia ludzkości, kultury, języka, możliwości komunikacji itp.

Świadomość można podzielić (w zależności od perspektywy) na:

- dyspozycyjną (strukturalną)
- aktualnej (procesualnej)
- atrybut przeżyć wewnętrznych.

Treści świadomości ze względu na „umiejscowienie” można podzielić na:

- introspekcyjne (wewnętrzne) – dane jednostce (myśli, sądy, emocje, pragnienia)
- ekstrospekcyjne (zewnętrzne) – własne zachowanie, czynności celowe, reakcje, role społeczne.

Omawiając świadomość jednostki dla tej pracy także istotne są stany świadomości. Stan, kiedy jednostka jest pod wpływem analgezji, medytacji, snu bez marzeń sennych, stuporu, gdy reaguje na bodźce dźwiękowe, dotykowe nazywa się świadomością minimalną. Jednostka posiada wiedzę, postawy, potrzeby, jednak ciężko jest nawiązać interakcję, ponieważ nie można nawiązać kontaktu werbalnego – co nie znaczy, że osoba nie ma świadomości w ogóle.

Gdy jednostka jest w zmienionym stanie świadomości, np. po zażyciu środków psychoaktywnych (także w chwili trwania zdarzenia traumatyzującego) pojawia się zniekształcenie bodźców odbieranych ze świata otaczającego (dźwięków, obrazów), zaburzenie poczucia czasu,

przestrzeni, poczucie oddzielenia od ciała, od swojego życia. Może wystąpić także poczucie mocy, pewności siebie, olśnienia itp.

Każdy człowiek żyje w określonym czasie i przestrzeni. Jednostka na przestrzeni swojego życia posiada wiele rodzajów świadomości, według których postępuje (osoby chore psychicznie także mają świadomość, tylko że jest ona zmieniona lub uzewnętrznianie swoich myśli jest zaburzone – np. schizofrenia, autyzm, parkinsonizm). Według modelu Zaborowskiego centralnym składnikiem jest świadomość aktualna [2]. Jest ona powiązana z aktualnie przekazywanymi treściami zewnętrznymi i wewnętrznymi, które odnoszą się do tzw. konstelacji standardów i zadań [2]. Jeśli aktualnie przeżywane treści stwarzają rozbieżności między standardami i zadaniami powstają wtedy emocje, motywy, np.: niezadowolenie z siebie, motyw obowiązku skorygowania błędu itp. Te treści wewnętrzne i zewnętrzne oraz standardy, zadania i wynikające z nich motywy i emocje mogą być kodowane za pomocą czterech podstawowych form świadomości [2]:

- Forma indywidualna – polega na personalnym, emocjonalnym przetwarzaniu informacji na podstawie struktury „ja” (samooceny i autoschematu)
- Forma obronna – funkcjonuje pod wpływem lęku i zagrożenia
- Forma zewnętrzna – łączy się z przetwarzaniem informacji w sposób opisowy, zobiektywizowany, uspołeczniiony
- Forma refleksyjna – wiąże się z przetwarzaniem syntetycznym, abstrakcyjnym i myśleniem zmierzającym do uzyskania przejrzystości biograficznej.

Formy te istnieją w związku z rodzajem i wyrazistością treści i przetwarzane są w sposób wewnętrzny lub zewnętrzny.

Poszczególne formy świadomości charakteryzują się:

1. Samoświadomość indywidualna – łączy się z emocjonalnym, egocentrycznym kodowaniem i przetwarzaniem informacji o sobie. W procesie jej funkcjonowania aktywizują się osobiste standardy, struktura „ja”, występuje odnoszenie informacji do własnej osoby. Koncentracja na sobie ma charakter podmiotowy. Skutkuje to przeżywaniem silnych emocji, intensyfikacją pamięci i wyobraźni osobistej, atrybucją osobistą, zaangażowaniem personalnym w działalność.
2. Samoświadomość obronna – polega na kodowaniu i przetwarzaniu informacji o sobie na podłożu lęku, niepokoju. Lęk wywołuje zawężenie pola świadomości, zmniejsza się otwartość na nowe informacje, pojawiają się stany perseweracji [13] negatywnych myśli wyobrażeń. Racjonalne abstrakcyjne myślenie ustępuje miejsca myśleniu konkretno-obrazowemu z cechami sztywności, egocentryzmu. Samoświadomości obronnej towarzyszą obniżona samoocena, zmienność nastrojów, skłonność do depresji. Łączy się ona z silnymi mechanizmami obronnymi np. racjonalizacją, projekcją, wyparciem (represją).

3. Samoświadomość zewnętrzna – występuje, gdy informacje są przetwarzane przez jednostkę w sposób opisowy, zobiektywizowany, uspołeczniony. Jednostka staje się wtedy obiektem poznania i percepcji. Ocenia siebie i otoczenie poprzez pryzmat standardów i norm społecznych (standardy dotyczą: walorów zdrowotnych, somatycznych, zawodowych, społecznych, politycznych; za tym sposobem oceniania idą: samoświadomość zdrowotna, profesjonalna, klasowa, polityczna itp.). Wyraźniejsze uświadomienie sobie norm i standardów społecznych sprzyja nasileniu motywacji społecznej, konformizmowi, pozytywnej publicznej autoprezentacji.
4. Samoświadomość refleksyjna – polega na przetwarzaniu informacji wewnętrznych i zewnętrznych o sobie w sposób ogólny. Informacje są integrowane poprzez konfrontację własnych potrzeb, postaw, aspiracji z normami i wartościami społecznymi. Jednym z głównych elementów samoświadomości refleksyjnej jest sprawiedliwość wewnętrzna. Ten typ świadomości może dotyczyć różnych fragmentów własnej osoby lub całości osobowości i form własnej egzystencji, w tym miejscu można mówić o samoświadomości egzystencjalnej. Jej funkcjonowanie często łączy się z aktywacją wartości akceptowanych przez jednostkę, co uruchamia procesy samowiedzy, samooceny i samokontroli. Samoświadomość refleksyjna sprzyja umacnianiu tożsamości, autonomii i podmiotowości [2].

3. Wpływ PTSD na świadomość i samoświadomość kobiet

Objawy PTSD są podobne u kobiet, które przeżyły różne traumy (były poddane różnym czynnikom stresującym). W nieco odmienny sposób będzie reagować ofiara wieloletniej przemocy domowej (ofiara rękoczynów, gwałtów) i matka, która straciła dziecko. Chociaż obie sytuacje są traumatyzujące to siła bodźca, jego częstotliwość jest różna. Zaskakujące jest to, że reakcja stresowa i radzenie sobie z tą reakcją jest pewnym szablonem wykorzystywanym w różnych sytuacjach. Można się spodziewać, iż kobieta dotknięta PTSD charakteryzuje się: depresją, lękiem (co wydawać się może logiczne, natomiast badania Małgorzaty Dąbkowskiej nie potwierdziły tego – niski poziom lęku występował u większości kobiet z PTSD, aczkolwiek wysoki poziom lęku wiązał się z nasilonymi objawami PTSD) [4], obniżeniem zainteresowania sobą, natrętnymi myślami, zawężonymi kontaktami ze światem, obniżeniem samooceny, zachowaniami autodestruktywnymi, emocjonalnością, neurotycznością, nadpobudliwością lub nadmiernym wyciszeniem, obojętnością, perseweratywnością, typem radzenia sobie nakierowanym na emocje, objawami dysocjacyjnymi, nieśmiałością, negatywną afektywnością, często gorszym wykształceniem [5]. Ponadto wykazują cechy osobowości: schizoidalnej, anankastycznej, lękliwej (w mniejszym stopniu zależnej, impulsywnej, paranoicznej, z pogranicza).

Ofiary przemocy domowej w około 92% [5] wykazują objawy PTSD co nie dziwi zważywszy na to, iż zostają zniszczone wszelkie mechanizmy ochronne w postaci: poczucia bezpieczeństwa, prywatności, pomocy bliskich, pewności siebie, bezpieczeństwa materialnego, miłości. Przemoc domowa jest główną przyczyną urazów ponoszonych przez kobiety między piętnastym a czterdziestym czwartym rokiem życia [6]. Jako specyficzny rodzaj przemocy sumujący wiele wydarzeń traumatyzujących bardzo silnie oddziałuje na psychikę ofiar i tworzy patologiczne więzi pomiędzy ofiarą a sprawcą. U ofiar przemocy domowej często uwidacznia się zespół wyuczonej bezradności [7], współzależnienie (większość sprawców przemocy nadużywa środków psychoaktywnych). Zachodzi pytanie – czy PTSD powstaje na gruncie osłabionej przez patologiczne reakcje psychiki kobiety niezdolnej w odpowiedni sposób zareagować, czy może zespół wyuczonej bezradności jest skoncentrowanym na emocje stylem radzenia sobie z problemem – sytuacją traumatyczną?

Wynika z tego, że kobieta z PTSD skupiona na objawach, ma obniżony nastrój, mniejszą chęć eksploracji zewnętrznej, ponieważ jej uwaga jest skupiona na jej emocjach i życiu wewnętrznym. Jej uwaga jest nakierowana na zbieranie zasobów, ochronie ich, a nie na dawaniu, inwestowaniu. Nie oznacza to jednak, iż kobieta z PTSD nie ma świadomości zachodzących w niej procesów psychicznych – im wyższa świadomość własnych uczuć tym mniejsze natężenie PTSD – często jednak jej przemyślenia i analiza uginają się pod ciężarem stresorów. Apatia lub sprzeciw są elementami, które prowokują sprawcę przemocy do kolejnych ataków.

Dla osób z PTSD charakterystyczne jest zjawisko dysocjacji (dwujmyślenie) – czyli umiejętność funkcjonowania jednostki z dwiema świadomościami – pierwszą nieskalaną traumą i drugą ze wspomnieniami traumatycznymi. Jest to doskonale widoczne na przykładzie weteranów (zwłaszcza będących w niewoli), którzy aby chronić swoją równowagę psychiczną cierpią na amnezję i wymazują straszliwe zdarzenia [8]. Ofiary przemocy (gwałtów) relacjonują, iż w momencie traumatycznego zdarzenia miały wrażenie jakby oglądały film w zwolnionym tempie, unosiły się nad ciałem, nie brały w tym udziału, śniło im się to, nie miały emocji, były w stanie odrętwienia, miały halucynacje. Można to tłumaczyć tzw. wchodzeniem w stan autohipnozy [9], aby uchronić się przed niszczycielską mocą bodźców.

Te wszystkie elementy świata wewnętrznego kobiety rzutują na jej zachowanie, a co za tym idzie na jej relacje z innymi ludźmi.

4. Korelacja między PTSD a formami samoświadomości

Jak wynika z tej krótkiej charakterystyki cechy samoświadomości obronnej idealnie odpowiadają cechom osoby cierpiącej na objawy związane z PTSD. Stąd wniosek, iż osoba z PTSD będzie wykazywać cechy samoświadomości obronnej (Tabela 1.).

Kolejnym elementem przemawiającym za relacją samoświadomości obronnej (względnie indywidualnej) a PTSD jest cecha neurotyczności. Badania na temat korelacji cech (reaktywności, ekstrawersji, introwersji, neurotyczności, lęku – cechy, lęku – stanu) a form samoświadomości (indywidualna, obronna, zewnętrzna, refleksyjna) pokazuje badanie wykonane przez dr Z. Oleszkiewicz w 1989 w Pułtusk (Wyższa Szkoła Humanistyczna) na grupie 120 nauczycieli (86 kobiet i 34 mężczyzn) za pomocą czterowymiarowej skali 0-Z złożonej z 80 pytań (Tabela 2.).

Tabela 2 przedstawia dane dzięki którym możemy zauważyć prawidłowości pomiędzy parametrami osobowościowymi a formami samoświadomości:

- Siła procesu pobudzenia dodatnio koreluje z formą refleksyjną i zewnętrzną samoświadomości, a ujemnie z obronną i indywidualną
- Słaby typ układu nerwowego i związana z nim wysoka reaktywność korelują z wyższą samoświadomością indywidualną i obronną
- Wskaźnik ekstrawersji koreluje dodatnio z samoświadomością zewnętrzną i refleksyjną, niższa jest korelacja z samoświadomością indywidualną, natomiast ujemna z obronną

Tabela 1. Podobieństwa w definicjach pojęć: Samoświadomość obronna i PTSD

Table 1. Similarities: self defensive self-awareness and PTSD

Cechy samoświadomości obronnej	Cechy osoby z objawami PTSD
Osoba przetwarza treści zewnętrzne na podłożu lęku	Poczucie zagrożenia
Zawężenie pola świadomości	Ukierunkowanie uwagi na zdarzenie traumatyzujące
Zmniejszona otwartość na nowe informacje	Trudności w koncentracji uwagi, trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych
Persewercja negatywnych myśli i wyobrażeń	Persewercja myśli, stanów towarzyszących zdarzeniu traumatyzującemu – dręczące myśli
Trudności z racjonalną oceną rzeczywistości	Poczucie ciągłego zagrożenia, lęk
Obniżona samoocena	Obniżona samoocena
Zmienność nastrojów	Zmienność nastrojów
Skłonność do depresji	Skłonność do depresji
Silne mechanizmy obronne, np. wyparcie	Silne mechanizmy obronne, np. wyparcie – amnezja
Poczucie bezradności	Poczucie bezradności [10]
Wyczerpanie poznawcze	Wyczerpanie poznawcze [10]
Stosunki typu deficytowego	(Stosunki typu deficytowego) [10] Obojętność
Urojenia	Urojenia
Hamowanie myślenia i działania ukierunkowanego na rozwiązanie problemu	Stagnacja, apatia
Korelacja pomiędzy statusem społecznym? (jednostki o słabszej pozycji społecznej, materialnej, ułomne itp. zadowolają się relacjami w których otrzymują mało emocji, a same dają wiele) – związek sytuacji kryzysowych z zachowaniami agresywnymi – agresja zewnętrzna, autoagresja [11]	Korelacja pomiędzy statusem społecznym a PTSD
Selektywność percepcyjna	Selektywność percepcyjna [12]

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Wyniki badań nad relacją pomiędzy formami samoświadomości a cechami osobowości [13]

Table 2. The results showing correlations between different forms of self-awareness and personality traits

Współczynnik korelacji Pearsona	Samoświadomość				Reaktywność	Lęk – stan	Lęk – cecha
	Indywidualna	Obronna	Zewnętrzna	Refleksyjna			
Reaktywność	-0,18	-0,27	0,42	0,24	x	-0,38	-0,46
Ekstrawersja	0,12	-0,33	0,34	0,26	0,43	-0,39	-0,41
Introwersja	0,39	0,29	-0,23	0,08	0,07	0,3	0,28
Lęk – stan	0,27	0,40	-0,29	-0,22	-0,34	x	0,53
Lęk – cecha	0,24	0,31	0,36	-0,28	-0,46	0,53	x
Neurotyzm	0,28	-0,24	-0,30	-0,24	-0,46	0,40	0,36

- Introwersja koreluje dodatnio w znaczącym stopniu z samoświadomością indywidualną i obronną, ujemnie z formą indywidualną
- Lęk jako cecha i stan korelują ujemnie z samoświadomością refleksyjną, natomiast dodatnio z samoświadomością indywidualną i obronną
- Co ciekawe lęk jako cecha koreluje dodatnio z samoświadomością zewnętrzną, ale już lęk jako stan koreluje ujemnie.

Analizując wyniki można zauważyć, iż samoświadomość funkcjonuje na podłożu parametrów osobowościowych. We wcześniejszej części pracy ukazano także związek pomiędzy osobowością a PTSD. Wnioskować można, iż kłamrą spinającą cechy samoświadomości, a stan umysłu osoby z PTSD jest osobowość oraz lęk.

Badanie Sławomira Śląskiego na 31 więźniach uzależnionych od alkoholu z zakładu karnego na Służewcu w Warszawie uczestniczących w programie terapeutycznym „Atlantis” i 31 osób uczestniczących w spotkaniach Anonimowych Alkoholików, także z tego zakładu, w średnim wieku ok. 42 lat, i średnim okresie uzależnienia ok. 11 lat (badanie wykonano w pierwszym i ostatnim tygodniu trzymiesięcznego programu). Narzędziem była skala Samoświadomości Oleszkiewicz i Zaborowskiego (1989) ujmująca cztery formy samoświadomości.

Większe zmiany na przestrzeni 3 miesięcy zaobserwowano u osób uczestniczących w programie niż u chodzących tylko do AA. Zauważono zmniejszenie nasilenia samoświadomości obronnej ($t = 2,06$, $p = 0,02$). Brak istotnych zmian w innych formach samoświadomości [10].

Na podstawie tego badania i innych badań można postulować tezę, iż osoby uzależnione od alkoholu cechuje wysoka samoświadomość obronna i indywidualna oraz niska refleksyjna i zewnętrzna (co potwierdzałoby tezę o korelacjach między samoświadomością obronną a PTSD – osoby z PTSD często są uzależnione od alkoholu).

Badania, które przeprowadził Wojciech Baryluk wykonane na pacjentach Oddziału Leczenia Nerwic Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotorii na 41 osobach o średniej wieku 37 lat.

Przebieg badań: w pierwszym tygodniu pobytu na oddziale pacjenci udzielali odpowiedzi do Skali Samoświadomości, natomiast w drugim tygodniu odpowiadali na pytania zawarte w Kwestionariuszu Kontroli Działania i Inwentarzu Osobowości. Dla określenia poziomu neurotyzmu zastosowano Inwentarz Osobowości (MPI) Eysencka, w autoryzowanej adaptacji M. Chojnowskiego. Do zdiagnozowania i zbadania funkcjonowania samoświadomości użyto, skali samoświadomości Zaborowskiego i Oleszkiewicz. W celu oceny stopnia kontroli działania zastosowano Kwestionariusz Kontroli Działania [10].

Wyniki: 69% badanych charakteryzuje się wyższym od przeciętnego poziomem neurotyzmu z tendencją do ekstrawersji. Współczynnik korelacji między samoświadomością obronną a neurotyzmem wynosił 0,5313 przy $p = 0,0004$ (zatem istnieje związek pomiędzy samoświadomością obronną a neurotyzmem). Korelacja ($r = -0,7234$) między samoświadomością obronną a sprawnością działania sugeruje

wniosek: im wyższa samoświadomość tym niższa sprawność działania (orientacja jednostki na stan a nie na aktywność lub spadek kontroli działania powoduje nasilenie samoświadomości obronnej).

Aleksandra Zboina w swojej pracy magisterskiej z 1997 roku doszła do wniosku, iż samoświadomość obronna jest wyższa u kobiet uwięzionych niż u mężczyzn, co wiąże się ze stresem i represjami społecznymi oraz pozbawienia roli matki [11].

Małgorzata Dąbkowska prowadziła badania nad 39 kobietami o średniej wieku ok. 37,5 roku, które były ofiarami przemocy domowej. Dane zawarte w pracy naukowej pod tytułem : „Obecność objawów zaburzenia stresowego pourazowego PTSD a poziomu lęku u ofiar przemocy domowej” wnoszą do badań nad „żeńskim PTSD” bardzo wiele [12].

Metoda: Diagnozę i nasilenie objawów PTSD oparto na podstawie skali PTSD Interview autorstwa Watsona i współpracowników (1991). Do badania natężenia lęku wykorzystano kwestionariusz samooceny – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) składający się z dwóch części: ocena lęku w danym momencie, ocena lęku jako cechy. Wyniki:

Tabela 3. Poziom lęku jako stanu i jako cechy wśród kobiet będących ofiarami przemocy

Table 3. The level of anxiety/state and trait in a group of women victims of violence

Poziom	Lęk jako stan % kobiet	Lęk jako cecha % kobiet
Wysoki	0%	3%
Średni	6,1%	12,5%
Niski	93,9%	84,4%

Źródło: [29]

Tabela 4. Nasilenie objawów PTSD wśród kobiet będących ofiarami przemocy

Table 4. The level of PTSD in a group of women victims of violence

Nasilenie PTSD	% kobiet
Znaczne	25,7%
Bardzo znaczne, ekstremalne	51,4%
Brak	1 osoba

Źródło: [29]

Oprócz ukazania zależności pomiędzy byciem ofiarą przemocy domowej a wystąpieniem PTSD Dąbkowska przeprowadziła analizę wyników badań i zauważyła następującą korelację:

- Nasilenie objawów PTSD korelowało z nasileniem lęku jako stanu i lęku jako cechy
- Wyraźniejsza korelacja pomiędzy nasileniem PTSD a nasileniem lęku jako cechy
- Średnie nasilenie objawów było wyższe u kobiet z większym poziomem lęku jako stanu i jako cechy

- Osoby charakteryzujące się lękiem są skłonne do trwania w nieprawidłowych relacjach ze sprawcą przemocy.

W innej pracy ta sama autorka bada zależność pomiędzy traumą a zdolnościami poznawczymi [13]. Z pracy tej wynika, iż osoby będące ofiarami przemocy domowej (często manifestujące objawy PTSD) posiadają deficyty pamięci oraz osoby z zaburzonymi funkcjami poznawczymi są wrażliwe na ujawnienie objawów PTSD. Nie bez znaczenia jest zależność pomiędzy czynnikami emocjonalnymi i poznawczymi aleksytymii a nasileniem PTSD. Kiedy osoba nie jest w stanie zidentyfikować swoich przeżyć wewnętrznych często kontakty interpersonalne ulegają patologicznym procesom – osoba taka wchodzi w relacje z innymi, których to interpretacja jest zaburzona i analizowana przez pryzmat lęku.

Relacje interpersonalne u kobiet z PTSD

PTSD jest jedną z niewielu dysfunkcji, która ma jasną przyczynę – zdarzenie traumatyczne. Zgodnie z teorią zasobów jednostka, która utraci część lub wszystkie swoje zasoby nastawiona jest na to, aby swoje pozostałe zasoby chronić. Żeby mogła wrócić do równowagi, jej braki w zasobach muszą zostać odbudowane – najczęściej sięga do zasobów innych osób: rodziny, przyjaciół, psychologów. Wydawać by się mogło, iż pomoc poszkodowanemu rozwiąże cały problem – niestety nie. Najpierw potrzebujący musi zdać sobie sprawę ze straty, uświadomić sobie, że ma braki w zasobach i jeżeli wyrazi chęć może spróbować przyjąć pomoc. Jest to proces długotrwały i niekiedy powikłany zaburzeniami wtórnymi: alkoholizmem, narkomanią, izolacją społeczną, depresją itd. Dlatego relacje osób cierpiących na PTSD z otoczeniem są skomplikowane.

1. Przeszkody w relacjach z otoczeniem

Główną przeszkodą w kontaktach międzyludzkich pomiędzy kobietami, które doznały traumy a otoczeniem jest samo piętno traumy. Ofiary mają wrażenie, że zostały wybrane – jednocześnie odczuwają złość, że to właśnie je spotkało. Stwarza to problemy w komunikacji, ponieważ nie są w stanie wytłumaczyć i opisać traumy innym ludziom (rodzinie), którzy nie mają takich doświadczeń. Mają świadomość, że zrozumieć je mogą tylko osoby, które to samo przeżyły (co znajduje poparcie w funkcjonowaniu grup wsparcia). Często, aby chronić rodzinę nie rozmawiają z nią na temat traumy – bywa też tak, że rodzina nie wie w ogóle o jej istnieniu, zwłaszcza jeśli chodzi o przemoc rodzinną, gwałt, aborcję, kazirodztwo.

Kolejnym czynnikiem utrudniającym relacje jest poczucie winy. Osoby z PTSD często są złe za to co ich spotkało, ale także czują się winne. Ofiary gwałtu wmawiają sobie, że to one sprowokowały sprawcę, mogły inaczej się zachować, dały się złapać w pułapkę, w sumie to nic złego się nie stało, aby od razu oskarżać kogoś. Najczęściej sprawca jest znany, albo nawet z rodziny, co komplikuje

sytuację i utrudnia dochodzenie swoich praw przez ofiarę. Społeczeństwo, a także i sami stróża prawa oskarżają ofiarę i (nieświadomie) potęgują traumę poprzez nieprofesjonalne traktowanie jej. To jest jeden z czynników niezgłaszalności przestępstw na tle seksualnym [14]. Szacuje się, iż tylko 2% przestępstw kazirodczych jest zgłaszanych, wykrywanych. Najczęściej do zdarzeń kazirodczych dochodzi na wsiach w małych społecznościach, w grupach o niskim wykształceniu, w rodzinach patologicznych [14] – ponieważ rzecz dzieje się w małych społecznościach, gdzie najczęściej wszyscy o wszystkich wszystko wiedzą i każdy z każdym się zna, rzadko ofiara zgłasza nadużycie odpowiednim organom. Takie zachowanie wymaga wielkiej odwagi (na którą nie stać kobiet z PTSD), aby pomimo stygmatu ofiary gwałtu, ofiary kazirodztwa były w stanie opowiedzieć o traumie przed obcymi ludźmi nawet kilkakrotnie, nierzadko także w obecności sprawcy. Dodatkowo społeczeństwo ma niską świadomość na temat seksu i zaburzeń na jego tle. To wszystko potęguje poczucie winy i sprawia, że nie tylko temat jest spychany na margines, ale i ofiara nie chce być w centrum uwagi, aby nikt nie poznał zdarzeń, w których brała udział.

W celu ochrony „swojego sekretnego życia” osoby z PTSD korzystają z dwójświadomości – czyli są w stanie funkcjonować nie ujawniając traumatycznych elementów swego życia i sprawiać wrażenie „normalnych”. Charakterystyczne jest to dla kobiet współzależniowych – nierzadko ofiar przemocy – które próbują tworzyć wizerunek szczęśliwej rodziny i kamuflować patologiczną sytuację. Często też usprawiedliwiają picie męża i jego agresję. Taki fałszywy wizerunek może trwać przez wiele lat dopóki alkoholizm partnera nie zacznie być kłopotliwy dla reszty społeczeństwa, nawet i wtedy partnerka próbuje tłumaczyć i kamuflować picie, przemoc w domu. Zjawisko dwójmyślenia komplikuje relacje ze społeczeństwem, ponieważ samo zdarzenie traumatyczne może zostać zepchnięte w głąb świadomości – problem nie znika, jest spychany na bok i ciągle istnieje [15], ponieważ lęk przed przeżywaniem traumy często blokuje procesy zdrowienia. Niestety leczenie PTSD jest w tym momencie zatrzymane, a co za tym idzie jednostka trwa w patologicznym stanie, który rodzi konflikty międzyludzkie, izoluje.

Obniżony nastrój – tak reagują ludzie, którzy przeżyli uraz, stratę. Często towarzyszy temu depresja. Dysfunkcja ta nie jest zaburzeniem wywołanym przez traumę – raczej może zostać ujawniona i spotęgowana [16] (może także być przyczyną PTSD w wyniku zdarzenia stresującego [17]). Współistnienie z osobą cierpiącą na tę dysfunkcję nastęrcza wielu problemów rodzinie (także same zaburzenia afektywne prowadzą do izolacji) – początkowa chęć pomocy ze strony najbliższych stopniowo zaczyna przeradzać się w frustrację, że chory „nie bierze się w garść”, nic nie robi z problemem, jest leniem itp. Takie postępowanie zaburza relacje pomiędzy chorym a rodziną. Sytuacja komplikuje się w momencie, gdy to objawy zaczynają być przyczyną kolejnych problemów, a istota zaburzenia nie zostaje rozwiązana (co ma też powiązanie z dwójmyśleniem).

W grupie osób z zaburzeniami charakterologicznymi (neurotyczność, depresja, osobowość lękliwa, schizoidalna itp.) częściej występuje PTSD, osoby z PTSD częściej wykazują zaburzenia. Można wnioskować, że relacje interpersonalne mogą być utrudnione nie tylko przez syndrom potraumatyczny, ale także przez zaburzenia charakterologiczne.

Uzależnienie od środków psychoaktywnych jest w stanie zniszczyć większość rodzin. Alkoholizm wśród kobiet nie jest tak popularny jak wśród mężczyzn – uwarunkowania kulturowe. Społeczeństwo jest przeciw nadużywaniu środków psychoaktywnych przez kobiety, ponieważ rola jaką ma do spełnienia wymaga trzeźwości: cięża, bycie matką, utrzymanie domu, opieka nad dziećmi itp. Kobiety z innych pobudek sięgają po alkohol, najczęściej w stanach obniżonego nastroju i w celu złagodzenia stanów lękowych – czyli aby polepszyć swoje chwilowe samopoczucie. Powiązanie z PTSD jest bardzo ściśle, ponieważ kobiety częściej piją po sytuacjach traumatyzujących i stresowych [18], co może komplikować relacje rodzinne. W związku z tym, iż kobiety łatwiej uzależniają się od alkoholu nieudolna lub zbyt późna pomoc może skutkować poważnymi konsekwencjami [19], z rozpadem rodziny włącznie. Dodatkowo w trakcie leczenia PTSD dochodzi problem nałogu. Punktem kulminacyjnym epizodów obniżenia nastroju może być samobójstwo, które w 35% dokonywane jest przez kobiety pod wpływem alkoholu [20].

Ofiara, która potrzebuje pomocy próbuje zwrócić się o pomoc do rodziny – czasem dzieje się tak, iż rodzina ignoruje wołanie o pomoc nie umiejąc pomóc lub nie chcąc jej uwierzyć. Problem ten dotyczy ofiar kazirodztwa, gwałtu, przemocy w rodzinie. Ludzie często nie traktują poważnie słów poszkodowanej [9], niekiedy dochodzi nawet do ataków na ofiarę i oskarżeń w jej kierunku. Postawa taka niewątpliwie przyczynia się do pogłębienia traumy. Nie dość, że brak jest wsparcia i pomocy to jeszcze dodatkowe oskarżenia z ust bliskich osób stanowią kolejną sytuację stresującą. Niewątpliwie osoba taka odsuwa się od obwiniających, pozbawiając się kontaktów rodzinnych.

W leczeniu PTSD jak w leczeniu chorób somatycznych istotne jest pozbycie się czynnika sprawczego. Ta oczywista wydawałoby się uwaga czasem bywa pomijana. Aby można było zacząć walkę z PTSD istotne jest, aby czynnik stresujący przestał działać. Badania nad izraelskimi żołnierzami pokazują, że objawy stresu utrzymywały się u nich dopóki byli rezerwistami i istniało realne ryzyko, że zostaną powołani na front. Dopiero w momencie, gdy zostali zwolnieni ze służby objawy zaczęły słabnąć [21]. Nie inaczej jest w przypadku przemocy domowej – objawy będą występować dopóki kobieta będzie skazana na łaskę sprawcy i realne będzie zagrożenie z jego strony.

2. Wpływ samoświadomości obronnej na postępowanie kobiet

Samoświadomość obronna predysponuje kobiety do stagnacji, niezmienniania zastanej sytuacji, nastawienia na

emocje, a nie na działanie oraz co najistotniejsze analizowania sytuacji przez pryzmat lęku, zagrożenia. Takie zachowanie niesie za sobą poważne konsekwencje. Kobieta, która nie jest w stanie sama podjąć działania mającego na celu zmianę jej sytuacji, która utraciła w jakiejś sytuacji zasoby pozwala dokonywać za siebie wybory (oddając jednocześnie odpowiedzialność za swoje czyny osobie bardziej dynamicznej – to wiąże się z możliwością ochrony swojego „ja”: jeśli sytuacja się uda to uzna, że dobrą decyzję wybrała; jeśli sytuacja się nie uda, obarczy winą nie siebie, lecz osobę, która tę decyzję podjęła) zwraca się do osób silniejszych (często do sprawcy przemocy) o „pomoc” w podjęciu działań, oraz korzysta z zasobów innych ludzi (sprawcy przemocy, członków rodziny, psychologów itp.). Taka sytuacja rodzi konflikty i tworzy nieprawidłowe relacje pomiędzy osobami bliskimi – zależnymi emocjonalnie od siebie – także powoduje, iż kobieta z PTSD często zadowala się mniejszą wyplatą emocjonalną niż zdrowa kobieta, co powoduje powstanie relacji deficytowych. Jeśli taka sytuacja długo się utrzymuje prowadzi ona do zespołu wyuczony bezradności [22], w którym to istnieje zachowanie pomiędzy zasobami wewnętrznymi, a zewnętrznymi (następuje „przeniesienie swojego ja” z własnej osoby na zewnątrz – często pod postacią identyfikacji z silną jednostką w otoczeniu i emocjonalnym identyfikowaniu się z nią).

3. Stosunek wobec własnej rodziny

Jeśli zsyntetyzować powyższe fakty powstaje obraz kobiety, która:

- posiada poczucie lęku (jest ono jej cechą charakteru lub stanem)
- ma uwagę ukierunkowaną na złe aspekty życia, na złe strony rzeczywistości, nie dostrzega dobrych stron swojej sytuacji i możliwości poprawy swojej sytuacji
- nie jest w stanie przyjąć nowych informacji (lub przyjmowanie ich jest upośledzone) wiąże się to ze stresem jako takim oraz z biologicznymi zmianami funkcji mózgu (powikłania neurologiczne po długotrwałej ekspozycji na stres); (często przyjmuje informacje wybiórczo w taki sposób, aby usprawiedliwić swoją bierność)
- przeżywa sytuację traumatyczną, ma dręczące myśli i nie umie się ich pozbyć
- nie potrafi racjonalnie ocenić sytuacji, swoich możliwości poznawczych, socjalnych, behawioralnych itp.
- posiada obniżoną samoocenę, która powoduje usunięcie się w cień (często też brak dbałości o wygląd – co jeszcze bardziej potęguje niską samoocenę)
- ma zmienne nastroje – nie jest stabilna emocjonalnie, a czasem wręcz labilna – taki sposób funkcjonowania często idzie w parze z niską samooceną i obwinianiem siebie za wybuchy gniewu [23], płaczu, nie kontrolowaniu emocji
- uzależnia się od sprawcy przemocy i wiąże się z nim w nieprawidłowych relacjach [24]

- skłonna jest do depresji (w przenośni – jako do stanów obniżenia emocji lub też depresji w sensie klinicznym)
- posiada silne mechanizmy (nieodjrzałe) obronne swojego „ja” – wyparcie, obwinianie otoczenia itp. to wszystko ma na celu ochronę „ja”, które i tak jest mocno obciążone sytuacją traumatyzującą i często nie jest w stanie „udźwignąć” odpowiedzialności, konsekwencji [23]
- ma poczucie bezradności
- jest wyczerpana poznawczo
- często wchodzi z innymi w stosunki typu deficytowego
- często posiada urojenia – uniemożliwiające racjonalną ocenę sytuacji
- hamuje myślenie ukierunkowane na rozwiązanie problemu, natomiast przekierowuje siły na myślenie o emocjach i przeżywanie
- eliminuje ze sposobu myślenia informacje niezgodne z jej samooceną
- często jej status społeczny jest niski, jej wykształcenie jest niskie, jej świadomość świata jest niska
- izoluje się od społeczeństwa, ograniczając tym samym możliwość uzyskania pomocy [25]
- często jest w sytuacji realnego zagrożenia
- jest w stanie funkcjonować w dwóch równoległych światach: świat zagrożenia i cierpienia oraz świat, który jest „zasłoną dymną” w celu ukrycia pierwszego.

Kobieta taka nie jest w stanie prawidłowo spełniać roli społecznych (matki, żony) i gdy zostanie wdrukowana w taką rolę funkcjonuje w sposób patologiczny [26]. Te relacje najlepiej są uwidocznione u kobiet będących ofiarami przemocy domowej (z uwagi na to, iż w tej grupie występuje w znacznej większości ilość przypadków PTSD można uznać, że są one tożsame – reprezentacyjne). W stosunkach z rodziną często są niestabilne emocjonalnie, co skutkuje pomieszaniem ról rodzinnych (często to dziecko dźwiga ciężar emocjonalny dysfunkcyjnych rodziców i czuje się odpowiedzialne za nieprawidłową sytuację w domu) [27]. Nie jest w stanie nawiązać stałych, stabilnych relacji z dziećmi – ponieważ jej uwaga jest skupiona na treściach wewnętrznych, i na przeżywaniu, a nie na działaniu (nie jest w stanie wejść w relacje z innymi, ponieważ jej uwaga jest ukierunkowana na treści wewnętrzne a nie na zewnętrzne) [2].

Podsumowanie

Kobiety dotknięte PTSD wykazują zgodnie z definicją Zaborowskiego cechy samoświadomości obronnej. Idąc tym tropem można wywnioskować, że będą postępować jak osoby z tą formą samoświadomości: przede wszystkim będą ukierunkowane na działanie wewnętrzne, a nie na zewnętrzne (ukierunkowane na przeżywanie emocji, a nie na działanie). Dlatego kobiety z samoświadomością rzadko podejmują działania mające na celu zmianę ich sytuacji. Ponadto sposób funkcjonowania rodzi konflikty interperso-

nalne ze społeczeństwem i najbliższym otoczeniem. Dodatkowo na całą sytuację mogą nałożyć się komplikacje związane z cechami osobowości (neurotyczna, schizoidalna itd.) oraz uzależnienia i zaburzenia psychiczne, zaburzenia nastroju. Apel autora do pracowników służby zdrowia: Jeśli widzicie przemoc domową, kazirodztwo, gwałty nie czekajcie ze zgłoszeniem tego odpowiednim organom – najczęściej ofiara sama się nie zgłosi i patologia trwać będzie nadal.

PIŚMIENNICTWO

1. Werner W., Człowiek, świadomość, społeczeństwo. Splątane korzenie współczesnej psychologii, [w:] O świadomości. Wybrane zagadnienia, M. Wojtowicz-Dacka, L. Zajac-Lamparska [red.], Bydgoszcz 2007, s. 17-39.
2. Zaborowski Z., Świadomość i samoświadomość człowieka, Warszawa 1998, s. 10-53.
3. Tokarski J., Słownik wyrazów obcych, Warszawa 1971, s. 565.
4. http://www.viamedica.pl/gazety/gazeta8/darmowy_pdf.html?indeks=24&indeks_art=189 data wejścia 10.02.10.
5. Dąbkowska M., Czynniki socjodemograficzne i kliniczne a nasilenie objawów PTSD u ofiar przemocy ze strony bliskiego partnera, *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2009, 2, s. 90-97.
6. Strelau J., Osobowość, a ekstremalny stres, Gdańsk 2004, s. 300.
7. Reber A.S., *Dictionary of Psychology*, London 1985, s. 319:
8. <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=sownik&op=spis&id=206> data wejścia 10.02.10:
9. Lewis Herman J., *Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańsk 2007, s. 98.
10. Pytka L., Rudkowski T., *Samoświadomość i jakość życia. Perspektywa Społeczna*, Warszawa 2004, s. 136-149.
11. Zboina A., *Samoświadomość obronna osób uwięzionych*, Warszawa 1997, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.
12. Dąbkowska M., Obecność objawów zaburzenia stresowego pourazowego PTSD a poziomu lęku u ofiar przemocy domowej, *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej*, 2007, 7, 3.
13. Dąbkowska M., Pamięć a trauma w wyniku przemocy w bliskich związkach, *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej*, 2007, 7, 1.
14. http://www.viamedica.pl/gazety/gazeta8/darmowy_pdf.html?indeks=5&indeks_art=46 data wejścia 12.02.10
15. Garland C., *Czym jest trauma – podejście psychoanalityczne*, Warszawa 2009, s. 120.
16. Rajewska-Rager A., Robakowski J., Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji, *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2008, 3, s. 147-152.
17. Kokoszka A., Współzachorowalność zaburzeń depresyjnych i nerwicowych – jej znaczenie w teorii oraz praktyce lekarskiej, *Przew. Lek.*, 2003, 8, s. 90-98.
18. <http://www.akmed.waw.pl/kobieta.htm> data wejścia 12.02.10
19. <http://alkoholizm.com.pl/content/view/572/94/> data wejścia 12.02.10
20. http://www.viamedica.pl/gazety/gazetaO/darmowy_pdf.html?indeks=2&indeks_art=22 data wejścia 12.02.10
21. Hobfoll E., *Stres, kultura i społeczność*, Gdańsk 2006, s. 199.

22. <http://pedagogikaspecjalna.tripod.com/notes/helplessness.html> data wejścia 01.10.10
23. Hajdo P., Poziom złości i mechanizmy obronne a nasilenie symptomów PTSD na przykładzie ofiar przemocy domowej, *Psychoterapia*, 2007, 4 (143), s. 79-86.
24. <http://www.koniecmlczenia.ngo.org.pl/art/17sjsyn.html> data wejścia 01.10.10
25. <http://www.portalwiedzy.pan.pl/images/stories/pliki/publikacje/academia/nr01/12%20-15%20strelau%20PL.pdf> data wejścia 01.10.10
26. http://www.viamedica.pl/gazety/gazeta8/darmowy_pdf.pdf?indeks=16&indeks_art=136 data wejścia 01.10.10
27. <http://www.alkoholizm.jawnet.pl/viewtopic.php?t=2557> data wejścia 01.10.10

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

ZARZĄDZANIE CZASEM PIELEŃNIAREK

TIME MANAGEMENT IN NURSING

JAN GALICKI

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

Motto

*„Jeśli czas to pieniądz – to moralne wydaje się
oszczędzanie czasu – zwłaszcza własnego”*

T.T. Adorno

Streszczenie

W artykule na wstępie objaśniono podstawowe pojęcia dotyczące podjętej problematyki, tj. pojęcie zarządzania, pojęcie czasu i pojęcie zawodu pielęgniarki. Następnie zaprezentowano zasady (normy postępowania) dotyczące zarządzania czasem pielęgniarek. W szczególności przedstawiono te zasady występujące w procesach planowania, organizowania, motywowania i kontrolowania wykorzystanego czasu. W dalszej części przedstawiono podstawowe grupy metod wykorzystywanych w procesach zapewnienia wzrostu sprawności zarządzania czasem pielęgniarek. Do grup tych zalicza się metody diagnostyczne, prognostyczne i analogowe wyróżniające występowanie w tych metodach procesy rozpoznania, projektowania i wdrażania. Wyeksponowano w tych grupach metod techniki badawcze: obserwację bezpośrednią, test samooceniający, wywiad i badania ankietowe oraz burze mózgów, a także technikę delficką.

Słowa kluczowe: zarządzanie, pielęgniarka, zarządzanie czasem.

Summary

The introduction of the article is devoted to explanation of the concept of management, time and the job of nurse. Then, the rules of time management in nursing, particularly those connected with planning, organizing motivating and time controlling, are presented. Next, the basic groups of methods used to increase efficiency of time management in nursing are shown. These include diagnostic, prognostic and analogue methods including processes of recognition, projecting and implementing. In these methods, research techniques such as direct observation, self – assessment tool, interview, survey study, brain storm and Delphi method are exposed.

Key words: management, nurse, time management.

Wstęp

Objaśniając problematykę podejmowanych rozważań, formułując jej język, wypada określić, zdefiniować pojęcia ujęte w tytule, a więc pojęcie zarządzania, pojęcie czasu i pojęcie pielęgniarki.

Ogólnie zarządzanie bywa określane jako ustalanie celów i spowodowanie ich realizacji w organizacji podlegają zarządzającemu. Współcześnie wyczerpujące istotę zarządzania można wyrazić następująco: zarządzanie to „zestaw działań (obejmujących planowanie i podejmowanie decyzji, organizowanie, przewidywanie, tj. kierowanie ludźmi i kontrolowanie) skierowanych na zasoby (ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne) i wykonywanych z zamiarem osiągnięcia celów organizacji w sposób sprawny i skuteczny”¹.

¹ R.W. Griffin, Podstawy zarządzania organizacjami. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 38.

Analizując powyższe określenie można stwierdzić, że istotę zarządzania objaśniają:

- zestaw działań zarządczych
- skierowanych na zasoby organizacji
- zmierzających do osiągnięcia celów organizacji
- realizowanych w sposób sprawny i skuteczny.

W przypadku prowadzonych rozważań dotyczących zarządzania zasobami, na które skierowane są działania zarządcze, będzie czas tychże.

Natomiast czas bywa określany jako „nieprzerwany ciąg chwil, trwanie, jedna z podstawowych form bytu materii”². Czasu nie można kupić, nabierać, posiadać. Nie można też czasu oszczędzać. Niewykorzystany czas po prostu na zawsze i bezpowrotnie przepada. Stąd wykorzystanie ograniczonej ilości czasu, tak by przyniosło maksymalny efekt to zadania do realizacji każdej pielęgniarki.

² Słownik języka polskiego, T. I, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 330.

Powszechnie pojęcie „pielęgniarka” kojarzy się z „pracownicą służby zdrowia należąca do pomocniczego personelu lekarskiego, uprawnioną do pielęgnowania chorych i do wykonywania prostszych zabiegów leczniczych”³. Obszary realizowanych zadań przez pielęgniarki dotyczą procesów diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, niekiedy także procesów psychoterapeutycznych i edukacyjnych.

W zakładach opieki zdrowotnej występuje pewna hierarchia w tym zawodzie. W związku z tym wyróżnia się oprócz pielęgniarek także pielęgniarce odcinkowe, pielęgniarce koordynujące, pielęgniarce oddziałowe, pielęgniarce naczelne, które to wobec zatrudnionych pielęgniarek sprawują funkcje kierownicze⁴.

Ponadto wyróżnia się także pielęgniarki środowiskowe, do których obowiązków należy opieka nad chorymi przebywającymi w domu oraz utrzymywanie kontaktów między pacjentami a lekarzami.

Realizowanie procesu zarządzania czasem pielęgniarek w sposób sprawny i skuteczny wymaga przedstawienia go w dwóch płaszczyznach, a mianowicie:

- w płaszczyźnie normatywnej przez zaprezentowanie zasad, które należy przestrzegać, aby sprawnie zarządzać czasem pielęgniarek
- w płaszczyźnie metodycznej przez zaprezentowanie metod postępowania zapewniających doprowadzenie zarządzania czasem pielęgniarek do wysokiej sprawności.

Zasady zarządzania czasem pielęgniarek

Zasada bywa określana jako norma postępowania uznana za obowiązującą, jako reguła tego postępowania⁵.

W przypadku zarządzania czasem pielęgniarek zasady dotyczą działań skierowanych na zasób jakim jest dysponowany czas tychże zmierzając do sprawnego i skutecznego wykorzystania. Działania takie sprowadzają się do:

- planowania – tzn. do planowanego wykorzystania tego czasu
- organizowania – tzn. do zapewnienia warunków sprzyjających temu wykorzystaniu
- motywowania (przewodzenia) – tzn. do stałego stymulowania rozumnego wykorzystania tego czasu
- kontrolowania – tzn. do zapewniania stałego nadzoru nad rozumnym wykorzystaniem tego czasu.

Planowe wykorzystanie czasu pracy przez pielęgniarki wymaga stosowania przez nie indywidualnych lub zespołowych planów ujmujących przewidywane zadania lub/i czynności w danym przedziale czasu. Plany te mogą być sporządzone na okresy kwartalne, miesięczne, tygo-

dniowe i dzienne, niekiedy dla pielęgniarek pełniących funkcje kierownicze także na okresy roczne.

W planowaniu wykorzystania czasu pielęgniarek winny być przestrzegane następujące zasady:

- Należy planować tylko określoną część czasu pracy (np. 70%) zachowując pozostały czas jako rezerwę na nieprzewidziane czynności, rozmowy telefoniczne, zbyt nisko oszacowany czas wykonania przewidywanych czynności.
- Na początku planowania winno się wymienić wszystkie zadania i/lub czynności i do wykonania w ciągu planowanego czasu, a następnie precyzyjnie określić czas konieczny na wykonanie tych zadań i/lub czynności.
- Należy odróżnić sprawy najważniejsze od pilnych i nie pozwolić tyranizować się tymi ostatnimi, a także od samego początku należy ustalić jakie sprawy muszą być załatwiane przez daną pielęgniarkę, a jakie może ona przekazać innej.
- Należy aktywnie kształtować codzienny czas pracy i zharmonizować swoje plany z planami innych osób.
- Nie należy popadać w skłonność do przesadnego planowania i planować tylko taką ilość zadań, która jest możliwa do zrealizowania, a w wypadkach pozostałych zaległości szybko wyrównywać stracony czas, np. wydłużając czas pracy w danym dniu.

Organizowanie w procesie zarządzania czasem pielęgniarek sprowadza się do racjonalnych rozwiązań w wykorzystywaniu zasobów w danej jednostce służby zdrowia. W szczególności dotyczy to zasobów ludzkich, zasobów rzeczowych i zasobów informacyjnych.

Organizowanie dotyczące zarządzania czasem pielęgniarek w zakresie zasobów ludzkich sprowadza się głównie do:

- Zasadnego ustalania i pełnego sformalizowania struktury organizacyjnej jednostki służby zdrowia w obszarze funkcjonowania pielęgniarek – dotyczy to w szczególności określania:
 - podległości służbowej i funkcjonalnej
 - zadań podstawowych i zakresu obowiązków
 - zakresu uprawnień
 - zakresu odpowiedzialności.
- Racjonalnego przygotowania i przeprowadzenia pracy zespołowej w postaci obrad (odpraw, narad) – dotyczy to w szczególności:
 - precyzyjnego określania celu tej pracy
 - ograniczenia jej uczestników
 - powierzenia przewodnictwa w tej pracy osobie kompetentnej
 - zapewnienia czasowej dyscypliny w czasie realizacji tej pracy
 - właściwe wyekspozowanie czynników tej pracy.

Natomiast organizowanie dotyczące zarządzania czasem pielęgniarek w zakresie zasobów rzeczowych sprowadza się do:

³ Słownik języka polskiego, T. II, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 650.

⁴ Por. Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2002, s. 102-127.

⁵ Por. Słownik języka polskiego, T. III, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 955.

1. Zlokalizowania stanowiska pracy pielęgniarki w pobliżu pomieszczeń związanych z zakresem realizowanych przez nią zadań.

2. Wyposażenia tego stanowiska pracy w funkcjonalne meble i niezbędne nowoczesne i niezawodne środki organizacyjno-techniczne.

Organizowanie dotyczące zarządzania czasem pielęgniarek w zakresie zasobów informacyjnych sprowadza się do:

- Racjonalnego korzystania ze zmaterializowanej informacji przez:
 - eliminowanie tekstów nieprzydatnych zawodowo
 - selektywne traktowanie tekstów przydatnych zawodowo
 - stosowanie właściwej metody zapoznania się z treścią, tzn. czytanie dla uzyskania orientacji treści, czytanie analizujące, czytanie syntetyzujące
 - ewentualne stosowanie techniki szybkiego czytania
 - zaznaczanie treści tekstu do praktycznego jej wykorzystania.
- Rozumne organizowanie kontaktów informacyjnych z osobami z otoczenia jednostki organizacyjnej służby zdrowia przez:
 - ustalanie zasad kontaktowania się
 - weryfikowanie osób kontaktujących się
 - stosowanie niezbędnej dyscypliny czasowej podczas tych kontaktów.
- Racjonalne przeprowadzanie rozmów telefonicznych z osobami z otoczenia jednostki organizacyjnej służby zdrowia przez:
 - eliminowanie przez centralę telefoniczną rozmów niezasadnie adresowanych
 - stosowanie automatycznej sekretarki odczytywanej w określonych przedziałach czasowych
 - przeprowadzanie rozmów w sposób krótki, nie przerywając jej, podsumowując jej wyniki i dokumentując je.

Motywowanie w procesie zarządzania czasem pielęgniarek, jako stymulacja rozumnego wykorzystywania tego czasu, ma spowodować by pielęgniarki realizując zasady planowania miały ten czas zawsze, gdyż jest to wyraz zdyscyplinowania ich życia.

Stąd to motywowanie może przybrać następujące postacie:

- Wyraz osobistej woli, gdyż według estońskiego przysłowia „Kto marnuje czas, ten okrada sam siebie”.
- Zbiorowa postawa środowiska zawodowego medycznego, do którego zalicza się pielęgniarki, a która bywa nazywana kulturą organizacyjną danej jednostki – „kodem genetycznym danej społeczności, zapisanym w świadomości społecznej”
- Oddziaływania organizacyjnego zarządzających danej jednostki służby zdrowia.

Kontrolowanie w procesie zarządzania czasem pielęgniarek, jako wyraz stałego nadzoru nad rozumnym wykorzystaniem tego czasu, winno dotyczyć nie tylko stopnia wykorzystania przez nie tego czasu, ale także procesów zapewniających to wykorzystanie, a więc zarów-

no skuteczność procesów planowania, organizowania i motywowania.

Ten artykuł to domena zarządzania zarówno całą jednostką służby zdrowia, jak i jej wewnętrznymi ogniwami zatrudniającymi pielęgniarki, a także domena zarządzających tą grupą zawodową, tj. pielęgniarkami naczelnymi, oddziałowymi, koordynującymi, odcinkowymi.

Metody zapewniania wzrostu sprawności zarządzania czasem pielęgniarek

Wzrost sprawności zarządzania czasem pielęgniarek można osiągnąć stosując właściwie dobrane metody usprawniania zarządzania tym czasem. Zwykle metody te sprowadzają się do trzech grup, a mianowicie do:

1. Metod diagnostycznych – polegających na rozpoznawaniu zjawisk patologicznych występujących w tym zarządzaniu (zakłóceniach) i ich przyczynach, na zaprojektowaniu zmian usprawniających i na wdrażaniu ich do stałej realizacji.

2. Metod prognostycznych – polegających na prognozowaniu idealnych (wzorcowych) rozwiązań, w tym zarządzaniu, na rozpoznawaniu możliwości ich zastosowania w aktualnej i przewidywalnej rzeczywistości procesu zarządzania czasem, na zaprojektowaniu realnych rozwiązań i na ich wdrożeniu do stałej realizacji.

3. Metod analogowych – polegających na rozpoznawaniu pracy pielęgniarek w innych jednostkach organizacyjnych służby zdrowia charakteryzujących się wzorcowymi rozwiązaniami w zarządzaniu czasem, na ocenianiu możliwości ich zastosowania w aktualnej i przewidywanej rzeczywistości procesu zarządzania czasem, na zaprojektowaniu a następnie na wdrożeniu tych rozwiązań do stałej realizacji.

W każdej grupie tych metod występują:

- procesy rozpoznania
- procesy projektowania
- procesy wdrażania.

Z tym, że procesy rozpoznania w każdej z tych grup składają się z innych czynności:

- rozpoznaniu zjawisk patologicznych, zakłóceniach w sprawności zarządzania czasem
- rozpoznania możliwości zastosowania rozwiązań idealnych (wzorcowych) zarządzania czasem
- rozpoznania możliwości zastosowania wzorcowych rozwiązań zarządzania czasem pielęgniarek stosowanych w innych jednostkach służby zdrowia.

W rzeczywistym działaniu najczęściej spotykamy się ze szczegółowymi metodami zaliczanymi do pierwszej grupy metod – z metodami diagnostycznymi. Do nich można zaliczyć obserwację i samoobserwację procesu pracy pielęgniarek, a także metodę wywiadu i ankietę. Obserwacji procesu pracy pielęgniarek można dokonać:

- badając w sposób ciągły wykorzystanie czasu pracy – rejestrując przez okres dwóch tygodni poszczególne czynności i czas ich trwania, a nastę-

nie wylaniając z nich czynności zbędne i określając ich przyczyny

- badając występowanie w czasie pracy czynności zbędnych – rejestrując przez okres dwóch tygodni poszczególne czynności zbędne, czas ich trwania i określając ich przyczyny.

Samoobserwacji procesu pracy można dokonać:

- badając w sposób ciągły wykorzystanie czasu pracy – czynności rejestracji i analizy dokonuje wówczas sama pielęgniarka

– badając występowanie w czasie pracy czynności zbędnych – czynności rejestracji i analizy realizuje wówczas sama pielęgniarka

- wykorzystując w badaniu test samooceny – przykład takiego testu ujmuje tabela 1., test taki może mieć okresowe zastosowanie dla rozpoznania indywidualnej sprawności zarządzania czasem.

Stosowanie wywiadu polegającego na zbieraniu informacji o rzeczywistym zarządzaniu czasem przez specjalistę – badacza, jak i stosowanie badania ankietowego

Tabela 1. Kwestionariusz zarządzania czasem
Table 1. The questionnaire of time management

Badania stopnia opanowania pracy			
Samoocena:			
1. Przed każdym dniem pracy rezerwuję sobie część czasu na czynności planistyczne i przygotowawcze.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
2. Zlecam innym wszystkie zadania, które wydają się do zlecenia.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
3. Zapisuje zadania i termin ich realizacji.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
4. Staram się każdą czynność wykonywać tylko jeden raz i od początku do końca.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
5. Codziennie sporządzam zestawienie czynności „do wykonania”, uporządkowane według priorytetów. Najważniejsze sprawy załatwiam w pierwszej kolejności.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
6. Staram się tak kształtować dzień pracy, aby był wolny od rozpraszających telefonów, niezapowiedzianych wizyt i nagle zwoływanych zebrań.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
7. Próbuję dopasować czynności wykonywane w ciągu dnia do mojej „krzywej wydajności”.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
8. Mój harmonogram pozwala mi również na pewną swobodę działania aby móc reagować na sprawy „nie cierpiące” zwłoki.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
9. Staram się tak sterować moją aktywnością, aby koncentrować się najpierw na najważniejszych problemach.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
10. Potrafię również powiedzieć „NIE”, jeśli inni chcą wykorzystać mój czas, a ja mam do załatwienia ważniejsze sprawy.			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
prawie nigdy	czasem	często	prawie zawsze
Rozwiązanie:			
Dodaj teraz wszystkie uzyskane podczas sprawdzania swego stylu pracy punkty i sprawdź interpretację wyniku:			
0-15 punktów:	Nie pracujesz według harmonogramu i pozwalasz sobie dowolnie sterować. Niektóre ze swych celów możesz jednak osiągnąć, jeśli wprowadzisz listę priorytetów i będziesz się jej trzymał.		
16-20 punktów:	Starasz się zapanować nad swym czasem, chociaż nie jesteś wystarczająco konsekwentny, aby osiągnąć sukces.		
21-25 punktów:	Poprawnie gospodarujesz swym czasem.		
26-30 punktów:	Jesteś wzorem dla każdego, kto chce się uczyć zarządzania czasem.		

Zródło: L.J. Sejwert, Zarządzanie czasem, Agencja Wydawnicza „Placet”, Warszawa 1998, s.16.

polegającego na zbieraniu tych informacji przez wykorzystanie kwestionariusza anonimowego może mieć także zastosowanie w ustaleniu zjawisk patologicznych w zarządzaniu czasem pielęgniarek w niektórych jednostkach służby zdrowia.

W procesach rozpoznania stosowanych w metodach prognostycznych i analogowych wykorzystuje się także badania polegające na obserwacji i na wywiadach z tym, że przy stosowaniu metod prognostycznych znajduje zastosowanie metoda delficka i metoda burzy mózgów.

Procesy projektowania stosowane w wyróżnionych grupach metod usprawnienia zarządzania czasem pielęgniarek wykorzystują wyniki procesów rozpoznania i możliwości techniczne, finansowe i osobowe niezbędne do realizacji zmian, sprowadzają się do następujących działań:

- opracowania niezbędnej dokumentacji organizacyjnej – schematów struktur organizacyjnych, procedur realizowanych procesów medycznych, instrukcji, regulaminów
- opracowania niezbędnej dokumentacji prawnej – zarządzeń wewnętrznych, okólników
- opracowania niezbędnej dokumentacji technicznej – planów, rysunków technicznych, kosztorysów.

Procesy wdrażania stosowane w wyróżnionych grupach metod usprawniania zarządzania czasem pielęgniarek to procesy zmierzające do zaakceptowania w środowisku pracy nowych rozwiązań – zmian w ich funkcjonowaniu.

Elementami procesów wdrażania zmian są:

- decyzja o wdrożeniu zmian
- preparacja wdrożenia zmian – zabezpieczenie techniczne, osobowe, organizacyjne, legislacyjne
- wprowadzenie zmian

- rozruch zmian
- normalna działalność w warunkach zmian
- zakończenie wdrażania zmian.

Sprawność procesów wdrażania zmian zależy przede wszystkim od:

- jakości projektu zmian
- jakości preparacji wdrażania zmian
- jakości projektów zmian w czasie ich wprowadzania, rozruchu i normalnego działania.

Wzrost sprawności zarządzania czasem przez rozpoznawanie możliwości usprawnień, ich projektowanie i wdrażanie to droga do efektywnej pracy i osobistej satysfakcji pielęgniarek.

PIŚMIENNICTWO

1. Griffin R.W., Podstawy zarządzania organizacjami. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 38.
2. Słownik języka polskiego, T. I, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, 3.
3. Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2002, s. 102-127.
4. Słownik języka polskiego, T. III, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 955.
5. Sejwert L.J., Zarządzanie czasem, Agencja Wydawnicza „Placet”, Warszawa 1998, s. 16.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

LOGISTYKA JAKO STRATEGICZNY ELEMENT ZARZĄDZANIA JEDNOSTEK

LOGISTIC AS A STRATEGIC ELEMENT OF MANAGEMENT

ANDRZEJ KLAMEREK, MARIA DANUTA GŁOWACKA

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Logistyka to proces zarządzania działaniami przemieszczania i składowania, które mają ułatwić przepływ produktów z miejsc pochodzenia do miejsc konsumpcji wraz z związaną z nimi informacją. Logistyka jest jednocześnie systemem, jak i procesem decydowania. Podstawowymi zadaniami logistyki są zatem koordynacja i racjonalizacja kosztów przepływu produktów i informacji. Nieodłącznym elementem logistyki jest zarządzanie procesem planowania, wdrażania i controllingu sprawnego kosztowo przepływu produktów i informacji pomiędzy dostawcą i odbiorcą. Innym ważnym elementem zarządzania logistycznego jest stworzenie strategii logistycznej, do której zaliczyć można optymalizację zapasów, minimalizację przepływu produktów, poziom obsługi i kosztów.

Słowa kluczowe: logistyka, usługa, zaopatrzenie, transport, magazynowanie.

Wstęp

Rozwinięta na gruncie wojskowości, już setki lat temu, logistyka w głównej mierze polega na sztuce kalkulacji przestrzeni i czasu w taki sposób „żeby żołd był wyplacony” [1]. Utożsamiano ją głównie ze sprawnym funkcjonowaniem w zakresie zaopatrzenia, dowozu, komunikacji, administracji, konserwacji, remontów, ewakuacji, wykorzystywania zasobów miejscowych, realizacji przedsięwzięć budowlanych oraz wielu inwestycji, dzięki którym badano całokształt możliwości i zdolności państwa w zakresie zabezpieczenia działań wojennych.

Obecnie jednak liczne definicje i koncepcje logistyczne można rozważać z punktu widzenia wielu różnych aspektów:

- koncepcyjno-funkcjonalnego, odnoszącego się do przepływu dóbr i informacji
- przedmiotowo-strukturalnego, traktującego o przepływach towarowych oraz informacyjnych
- efektywnościowego, zorientowanego na oferowanie klientom poziomu i jakości obsługi logistycznej.

Niejednoznaczne rozumienie pojęcia logistyka ma w związku z tym swoje racjonalne uzasadnienie.

Summary

Logistics is the management of the flow of goods and services between the point of origin and the point of consumption, which involves integration of information. It is both a system and a decision – making process. The purpose of logistics is to coordinate and balance costs of flow of products and information. Management of planning, implementing and controlling of cost – effective flow of products and information between a supplier and a client is a necessary element of logistics. Another important part of logistics is creating logistic strategy which involves efficient, effective flow and storage of goods, services and costs.

Key words: logistics, service, supply, transport, storage.

„Przez logistykę rozumie się z reguły pojęcie oznaczające zarządzanie działaniami przemieszczania i składowania, które mają ułatwić przepływ produktów z miejsc pochodzenia do miejsc finalnej konsumpcji, jak również związaną z nimi informacją w celu zaoferowania klientowi odpowiedniego poziomu obsługi po rozsądnych kosztach” [2].

Logistyka to proces zarządzania sprawnym i efektywnym przepływem surowców, materiałów, wyrobów gotowych oraz związaną z nim informacją w celu zaspokojenia wymagań klienta. Obejmuje ona obsługę klienta, prognozowanie popytu, przepływ informacji, kontrolę zapasów, czynności manipulacyjne, realizowanie zamówień, naprawy i zaopatrzenie w części, lokalizację zakładów produkcyjnych i składów, procesy zaopatrzeniowe, obsługę zwrotów, gospodarowanie odpadami, transport oraz składowanie [3].

Najnowsze podejście określa logistykę jako proces zarządzania łańcuchem dostaw. Występujące określenie „łańcuch dostaw” jest rozumiane jako działalność związana z przepływem produktów i usług – od oryginalnego źródła, przez wszystkie formy pośrednie, aż do postaci, w której produkty i usługi są konsumowane przez ostatecznego klienta. Istota logistyki sprowadza się więc do

integrowania zarządzania z tradycyjnymi obszarami produkcji, finansów i marketingu [4].

Council of Logistics Management definiuje logistykę jako proces planowania, realizowania i kontrolowania sprawnego i efektywnego ekonomicznie przepływu surowców i półfabrykatów do produkcji, wyrobów gotowych oraz informacji z punktu pochodzenia produktu do punktu konsumpcji w celu zaspokojenia wymagań nabywcy [5]. To sekwencja czynności powodujących przepływ surowca od źródła jego pozyskania, poprzez proces jego przetwarzania, aż do postaci, w której wyrób gotowy wykorzystywany jest przez jego ostatecznego nabywcę.

Analizując jednak liczne sformułowania i definicje logistyki, można stwierdzić, że istnieje spójność cech pojęć logistycznych, a mianowicie:

- transformacja czasowo-przestrzenna podmiotu przepływów (usług, dóbr i wartości)
- integracja planowania, sterowania, organizacji i kontroli procesów
- podporządkowanie przepływu informacji przepływom towarów i usług
- orientacja na kryterium efektów i użyteczności rynkowych
- rozdzielność zakresu i struktury działalności logistycznej.

Nie ma zatem jednej spójnej definicji odnoszącej się do badanego terminu i w pełni odzwierciedlającej nowoczesny stosunek do tej dziedziny.

Etapy działalności logistycznej

Logistykę można rozpatrywać z punktu widzenia trzech różnych perspektyw: zasady, koncepcji oraz działania. Jest więc zarówno systemem, jak i procesem decydowania związanym ze skoordynowanym obiegiem towarów, usług oraz informacji. To nieodzowny element kreujący, a także dostarczający nowych wartości i użyteczności rynkowych dla klientów. To wreszcie koncepcja stwarzająca oraz racjonalnie wykorzystująca efek-

tywność i wzrost konkurencyjności. Jej istnienie jest naturalnym elementem prawidłowego funkcjonowania jednostki, stawiania celów w procesie planowania oraz funkcji organizacji.

Podstawowymi zadaniami logistyki są: koordynacja i racjonalizacja kosztów przepływu produktów oraz podporządkowanie ich wymaganiom sprawnego obsługi nabywcy. W ten sposób logistyka koncentruje się przede wszystkim na zaopatrzeniu materiałowo-technicznym jednostek, instytucji oraz organizacji działających nie dla zysku, składowaniu i transporcie surowców, półfabrykatów przed procesem i podczas procesu produkcyjnego, wyrobów gotowych po procesie produkcyjnym oraz realizowaniu umów o dostawę produktów.

Podstawowe etapy działalności logistycznej:

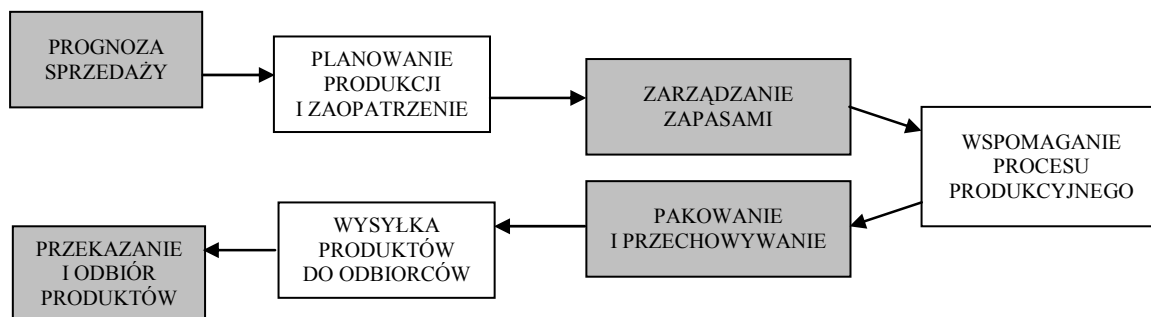
- planowanie produkcji i zakupu surowców czy półfabrykatów na podstawie prognoz sprzedaży
- przechowywanie surowców i półfabrykatów, przed i podczas procesu produkcyjnego
- przemieszczanie „towarów” podczas ich przetwarzania
- pakowanie
- przechowywanie
- wysyłka
- przekazywanie i odbiór jakościowo-ilościowy produktów.

Te podstawowe etapy działalności logistycznej, realizowane w sekwencji, dają możliwość stopniowego dochodzenia do kolejnego etapu a w konsekwencji osiągnięcia wyznaczonego przez dane przedsiębiorstwo celu nadrzędnego.

Dążąc do wypełnienia podstawowych działań w zakresie logistyki, musi zostać spełnionych wiele zadań pośrednich zmierzających do skutecznego i wydajnego:

- przepływu informacji o źródłach zaopatrzenia, dostawach i przedsiębiorstwach transportowych
- przechowywania produktów w składach i magazynach
- zawierania i rozliczania umów
- zagospodarowania odpadów.

Etapy działalności logistycznej prezentuje schemat 1.



Schemat 1. Etapy działalności logistycznej

Figure 1. Stages of logistic activity

Źródło: [5].

W ten sposób logistyka zajmuje niezwykle istotną pozycję jako podstawowe narzędzie umożliwiające istnienie jednostki na rynku oraz sprawne działanie w konkurencji z innymi firmami.

Każdy system logistyczny, aby mógł zostać wdrożony nawet w swojej wersji cząstkowej, musi otrzeć się zarówno o organizację, jak i o strukturę działalności firmy. Za strategiczny cel działalności należy tutaj uznać wzrost wydajności oraz spadek ponoszonych kosztów. Jednak nowa koncepcja gospodarki obejmuje również synchronizację działań jednostki i skierowana jest na potrzeby konsumenta, które w głównej mierze mają wpływ na rodzaj posiadanych towarów oraz ich zbyt. „Wyróżnianie się takimi cechami, jak: gotowość sprostaną żądaniom klientów, gotowość dostarczania żądanej liczby towarów na miejsce i czas oraz umiejętność unikania nadmiernych zapasów warunkuje dostateczny zbyt towarów posiadanych, nabytych lub wytworzonych” [6].

Jeżeli jednak w strukturze organizacyjnej można spotkać się z występowaniem pionów lub służb, przejmujących w takim wypadku funkcje realizacji procesu przepływu materiałów, wówczas istnieje możliwość wydzielenia miejsc powstawania kosztów na bazie jednostek organizacyjnych. Mowa tutaj o kosztach przepływu materiałów ujmowanych według następujących procesów:

- pozyskiwanie materiałów
- magazynowanie materiałów
- transport wewnątrzzakładowy
- magazynowanie półproduktów
- magazynowanie i przekazywanie wyrobów gotowych.

Zastanawiając się nad istotą funkcjonowania logistyki oraz jej znaczeniem dla funkcjonowania organizacji, warto również ocenić sytuację z perspektywy systemu oraz procesu.

Uczestniczące w przestrzenno-czasowej transformacji dóbr systemy – to systemy logistyczne. Wszelkie natomiast dokonujące się w nich procesy – to procesy logistyczne.

Procesy dominują głównie w jednostkach zajmujących się usługami logistycznymi, których celem jest pokonanie bariery przestrzennej i czasowej oraz w firmach, w których pokonanie przestrzeni i czasu to jedynie zadanie cząstkowe dla potrzeb właściwego gospodarowania. Procesy umożliwiają realizację i przepływ dóbr oraz informacji, łącząc system wytwarzania i system ich użytkowania.

W systemach natomiast, realizowane są procesy cyrkulacji. Zachodzi więc tu uzupełnienie systemów produkcji i konsumpcji. Pokonanie przestrzenno-czasowej bariery w gospodarce wiąże się z podziałem pracy i jej rozmieszczeniem, a jednocześnie określone jest przez warunki transferu. Systemy logistyczne spełniają, zatem funkcję „zmiany bytu przestrzenno-czasowego dóbr rzeczowych” [6] powiązaną często z przemianą dóbr pod względem ilościowym i asortymentowym.

Aby dobra mogły przepłynąć między punktem badania a punktem odbioru, niezbędna jest wymiana informacji, która często wyprzedza właściwy przepływ. I tutaj właśnie systemy logistyczne, wspomagane przez liczne procesy, znajdują swoje uzasadnienie.

Skupiając się na funkcjach logistyki, czy zadaniach, jakie się przed nią stawia, należy zwrócić szczególną uwagę na modernizację procesów planowania działalności zarówno w podejściu długo-, średnio-, jak i krótkoterminowym. Procesy te odnoszą się do sfery zaopatrzenia, produkcji oraz dystrybucji.

Długoterminowe (strategiczne) podejście logistyki to przede wszystkim procesy magazynowania i transportu, lokalizacji produkcji i magazynów, struktury zaopatrzenia, produkcji oraz dystrybucji, zapasy materiałowe oraz wyroby gotowe, strategia dystrybucji oraz wybór kooperantów.

W podejściu krótko- oraz długoterminowym należy planować potrzeby w zakresie zaopatrzenia i dystrybucji, zakup, sprzedaż, transport oraz magazynowanie, obsługę dostaw, środki transportu, sterowanie przepływem dóbr, terminy dostaw, rodzaj opakowań oraz komisjonowanie oraz pakowanie towarów.

W rezultacie tak szeroko zarysowanej logistyki i jej sprawnego funkcjonowania można oczekiwać od jednostki rezultatów będących efektem spełnienia założonych funkcji, jakimi są:

- panowanie na rynku zbytu
- optymalizacja przepływu dóbr
- specjalizacja produkcji oraz wzrost elastyczności procesów produkcji i dystrybucji
- minimalizacja zapasów
- przechodzenie jednostki na współpracę z logistycznymi centrami dystrybucji, jako przeszłościowymi rozwiązaniami kojarzenia producentów z konsumentami.

Zarządzanie logistyczne

Definicja zarządzania logistycznego sformułowana przez Międzynarodową Radę Zarządzania Logistycznego głosi, że: „zarządzanie logistyczne jest procesem planowania, wdrażania i controlingu, sprawnego, efektywnego kosztowo przepływu i przechowywania surowców, zapasów produkcyjnych, dóbr końcowych i odpowiadających im informacji od punktu pozyskania surowców do punktów konsumpcji w celu najlepszego dostosowania do wymagań klientów” [7].

Inna natomiast definicja opisuje zarządzanie logistyczne jako formułowanie strategii, planowanie, sterowanie oraz kontrolę procesów przepływu i magazynowania surowców, zapasów produkcji w toku, wyrobów gotowych i odpowiednich informacji w celu jak najlepszego dostosowania się do potrzeb klienta oraz ich zaspokojenia [6].

Skupiając się na zarządzaniu logistycznym należy również zwrócić szczególną uwagę na składowe procesu logistycznego (dobra materialne, informacje, środki finansowe,

ludzie). Głównym, bowiem celem zarządzania jest właśnie spójne planowanie oraz łączenie ze sobą procesów logistycznych w zgodzie z własnymi celami oraz celami partnerów. Owe planowanie oraz łączenie ze sobą procesów logistycznych są jednak ściśle zależne od uwarunkowań oznaczających rzeczywiste ograniczenia i będących ważnym źródłem parametrów. W związku z tym możemy mówić o uwarunkowaniach:

- prawnych – mogą być warunkiem procesu negocjacji
- systemowych, technicznych, finansowych – zależne są od danej sytuacji
- osobowych – nastawione są na realizację celów, zależne od poziomu motywacji pracowników przez kierownictwo czy całość jednostki.

Podstawą sprawnego zarządzania logistycznego jest podział sfer odpowiedzialności za realizację poszczególnych procesów, a także sprawnie działający system informacji czy komputeryzacja systemu.

Wprowadzenie fazowego podziału zmian w zarządzaniu logistycznym pozwala zaobserwować jak zachodzi stopniowe scalanie się systemu dzięki współpracy z systemem informatycznym, realizującym czynności regulacyjne samoczynnie.

Wprowadzenie zasady Just-in-Time, umożliwiającej zapewnienie równomiernego przepływu dóbr i pracy przez system, pozwoliło na pojawienie się wielu nowych strategii doskonalących efekty działań z zakresu logistyki.

W organizacji gospodarującej można wyróżnić pięć obszarów zarządzania logistycznego, mających wpływ na realizację optymalnego przepływu dóbr [6].

Optymalizacja fizycznego przepływu dóbr rzeczowych to:

- budowa łańcuchów logistycznych
- komputerowa stymulacja
- modernizacja struktur organizacyjnych i powołanie służb logistycznych
- sterowanie przepływem materiałów i towarów.

Usprawnienie procesów informacyjno-decyzyjnych obejmuje:

- nowe technologie informatyczne i techniki produkcyjne
- automatyczną identyfikację przez kody kreskowe
- elektroniczną wymianę danych (EDI)
- analizę zamówień handlowych i nowe formy opracowywania zleceń.

Utrzymanie optymalnych zapasów określa:

- nowoczesne koncepcje zarządzania (Just-in-Time)
- dotrzymywanie terminowości dostaw przy podwyższonym poziomie jakości świadczonych usług.

Synchronizacja infrastruktury procesów logistycznych, to głównie:

- koordynacja zamówień z transportem
- koordynacja wyboru źródeł zakupu, programowania oraz planowania potrzeb materiałowych i sterowania zapasami
- dobór systemu automatycznej identyfikacji oraz rodzaju opakowań.

Analiza kosztów procesów logistycznych określa:

- redukcję lub skrócenie czasu realizacji usług transportowych
- zmniejszenie lub redukcję zapasów
- wprowadzenie kontroli w zakresie kosztów
- właściwe wykorzystanie czasu w odniesieniu do przestrzeni.

W każdej organizacji do najważniejszych procesów logistycznych należą: proces zaopatrzenia, proces produkcji, proces dystrybucji, proces transportu oraz proces magazynowania [6].

Proces zaopatrzenia to wymiana dóbr między jednostkami a otoczeniem, która umożliwia zasilanie w niezbędne dobra rzeczowe. Niezwykle istotnym elementem jest tu wybór źródła ze względu na wpływ na wynik ekonomiczny jednostki. Wyodrębnić należy również zarówno procesy fizycznego przepływu dóbr, jak i procesy informacyjne.

Fizycznym przepływem dóbr zajmują się specjalnie wyodrębnione służby transportowe oraz magazynowe. Procesy informacyjne natomiast pozyskują oraz gromadzą informacje i odpowiedzialność za odpowiednie ustalenie i przewidywanie potrzeb materiałowych.

Na logistykę zaopatrzenia składa się przepływ dóbr od dostawcy, przejście produktu przez odbiorcę oraz wprowadzenie w pierwszy pion produkcji danego materiału.

Logistyka zaopatrzenia obejmuje różne strategie w zależności od działania na poszczególnych rynkach. Aby wybrać strategię zaopatrzenia właściwą dla danego przedsiębiorstwa dokonuje się analizy porównawczej zestawiając siłę rynkową nabywcy z siłą rynkową oferenta. Jest to tak zwana analiza typu portfelowego. Pierwszym jej etapem jest klasyfikacja dóbr zaopatrzeniowych wg kryterium wyniku finansowego oraz poziomu ryzyka.

Wyróżnia się cztery klasy dóbr zaopatrzeniowych:

- artykuły strategiczne (duży wpływ na wynik ekonomiczny oraz wysokie ryzyko zaopatrzeniowe)
- artykuły o charakterze „wąskich gardeł” (niski wpływ ekonomiczny oraz duże ryzyko zaopatrzeniowe)
- artykuły o charakterze „dźwigni” (duży wpływ ekonomiczny a niskie ryzyko)
- artykuły pozostałe (mają niski wpływ ekonomiczny oraz niskie ryzyko).

Następnie realizowane są określone sposoby postępowania przy ich zakupie. Przykładowo artykuły strategiczne wymagają szczegółowych informacji o długookresowym rozwoju ich podaży i potrzebach odbiorców, natomiast pozostałe artykuły wymagają jedynie prognoz krótkoterminowych.

Aby jednak towar mógł dotrzeć w sposób pośredni bądź bezpośredni do potencjalnych odbiorców niezbędne jest wdrożenie działań marketingowych. Większość firm preferuje sprzedaż za pomocą pośredników tworzących kanały dystrybucji.

Kanał dystrybucji oznacza liczbę i kolejność występowania pośredników na drodze przesuwania produktu od wytwórcy do ostatecznego nabywcy. Pośrednikami

mogą być firmy lub osoby, które świadczą usługi związane z zakupem lub sprzedażą produktów na drodze ich przesuwania. Wyróżnia się pośredników handlowych działających na własne ryzyko oraz agentów czy przedstawicieli handlowych działających w imieniu innych uczestników kanału.

Pośrednicy mogą być określani różnymi terminami i pełnić rozliczne funkcje, a mianowicie:

- pośrednik to każde ogniwo pośrednie między producentem a klientem
- hurtownik to pośrednik sprzedający innym pośrednikom
- detalista to pośrednik sprzedający konsumentom
- dystrybutor jest pośrednikiem pełniącym funkcje dystrybucyjne np. udzielanie kredytów
- dealer zaś jest synonimem pośrednika.

Pośrednicy umożliwiają przepływ produktów między producentem a klientem, pełniąc przy tym trzy funkcje: transakcyjną, logistyczną oraz wspomagającą.

Strategia logistyczna

Strategia logistyczna umożliwia modernizację procesu zarządzania w kierunku wdrożenia logistyki.

Wstępnym etapem formułowania tej strategii jest opracowanie projekcji systemu, aby następnie przejść do konkretnych wdrożeń logistycznych. Misja firmy, jako główne oświadczenie zakładanych celów i potrzeb, wspierana jest odpowiednimi strategiami. Strategia zawiera, więc sposób realizacji zamierzonego celu.

Tworząc strategię logistyczną należy zwrócić szczególną uwagę na cele wynikające z orientacji logistycznej. Zaliczyć do nich można:

- optymalizację poziomu zapasów
- minimalizację czasu przepływu
- wysoki poziom obsługi klienta
- akceptowalny poziom kosztów.

Formułowanie oraz późniejsza realizacja strategii wymaga jednak określonych warunków. Są nimi:

- znajomość strategii globalnej oraz strategii wspierających
- kształtowanie wielkości i struktury produkcji
- pionowa integracja logistyki
- zorientowanie na rynek

- komputerowy system informacyjny oraz sterowania
- odpowiednio wykwalifikowane kadry.

Strategia logistyczna należy do grup strategii funkcjonalnych, przy czym logistyka spełnia samodzielną funkcję, wiążąc tradycyjne sfery funkcjonowania jednostki, takie jak: zaopatrzenie, produkcja oraz zbył [6]. Jest strategią wykonawczą, służy bowiem realizacji misji przedsiębiorstwa i często jest z nią blisko powiązana poprzez generalne wytyczne w zakresie kształtowania stosunków z dostawcami oraz odbiorcami.

Wybierając określoną strategię logistyk musi wziąć pod uwagę:

- wielkość jednostki oraz wielkość obsługiwanego rynku
- właściwości fizyczne wyrobu lub usługi
- potrzeby zaspokajane przez wyrób lub usługę
- zakres zastosowania strategii
- charakter procesów realizowanych w danej jednostce [6].

Strategia zatem, kształtuje nowe podejście w zakresie analiz marketingowych, priorytetowe skoncentrowanie się na kliencie oraz nieustanną walkę z ogromną konkurencją na rynku.

PIŚMIENNICTWO

1. Skowronek Cz. Saryusz-Wolski Z., Logistyka w przedsiębiorstwie, PWE, Warszawa 2003.
2. Beier F.J., Rutkowski K., Logistyka, AGH, Warszawa 2005.
3. Ciesielski M., Logistyka, Wyd. Terra, Poznań 2002.
4. Ciesielski M., Logistyka we współczesnym zarządzaniu, AE, Poznań 2003.
5. Michalski E., Marketing, podręcznik akademicki, PWN, Warszawa 2004.
6. Abt S., Logistyka w teorii i praktyce, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań 2001.
7. Krawczyk S., Zarządzanie procesami logistycznymi, PWE, Warszawa 1999.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

WSPÓŁCZESNE ZARZĄDZANIE A OPIEKA ZDROWOTNA

CONTEMPORARY MANAGEMENT AND HEALTH CARE

BARTŁOMIEJ JURAS

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

Streszczenie

Współczesne zarządzanie, takie jak: kapitał intelektualny, Reengineering, Lean management, Benchmarking, Outsourcing, jak się sprawdza w służbie zdrowia.

Słowa kluczowe: zarządzanie, kapitał intelektualny, Reengineering, Lean Management, Benchmarking, Outsourcing.

Summary

New methods in management like: intellectual capital, Reengineering, Lean management Benchmarking and Outsourcing how it works in health care.

Key words: Management, intellectual capital, Reengineering, Lean management, Benchmarking, Outsourcing.

Współczesne zarządzanie, to pojęcie zmieniające się z dnia na dzień. Tempo zmian jakie następują w naszej rzeczywistości wymusza podobne tempo w rozwiązaniach jakie używa się w szeroko rozumianym zarządzaniu. Skala tego zjawiska jest zależna od skali zmian w branży i całej gospodarce. Czy zmiany w zarządzaniu są zauważalne w zarządzaniu opieką zdrowotną i w tych częściach gospodarki opartych o zdrowie?

Gospodarka oparta na wiedzy, to pojęcie które nie istniało w ekonomii klasycznej. Wtedy praca, ziemia oraz kapitał stanowiły nakłady wykorzystywane w działalności przedsiębiorstwa. Problematyka wiedzy pojawiła się w neoklasycznej ekonomii pod koniec XX wieku, gdy do czynników produkcji zaczęto zaliczać wiedzę. Pojawiły się głosy, że wiedza jako zmienna wzrostu endogenicznego jest podstawą rozwoju przedsiębiorstw i gospodarki. Zauważono, że charakterystyczną tendencją w gospodarce jest ciągle udział wiedzy jako składnika produktów oferowanych na rynku. Równocześnie występuje wzrost wydatków na techniki informacyjne związane z pozyskiwaniem i przetwarzaniem informacji. W pewnych branżach techniki te stanowią istotną część ogólnych kosztów produkcji [1]. Jedną z najsilniejszych gałęzi gospodarczych współczesnego świata to branża informatyczno-telekomunikacyjna, w której wiedza jest podstawą rozwoju. Wiedza jest pojmowana aktualnie jako wiedza razem z informacją, jako podstawa produkcji, produktywności i konkurencyjności przedsiębiorstw. Wiedza w tym wypadku jest tożsama z informacją. Wiedza w znaczeniu naukowym jako nauka globalna, czyli wiedza świata. Wiedza to także zorganizowana sieć, dająca szybką informację, czyli możliwość pozyskania natychmiastowej wiedzy na dany temat [2]. Rozwój technologii spowodował rozwój komunikacji i co za tym idzie całej gospodarki. Wynalazki ostatnich kilkudziesięciu lat a w szczególności

komputeryzacja spowodowały znaczne przyspieszenie wszelkich procesów w gospodarce i zaczęto używać terminu „gospodarka oparta na wiedzy”.

Wyodrębnić można cztery kategorie wiedzy w gospodarce [1]:

- *Know-what*, odnosi się do wiedzy na temat faktów i w tym przypadku wiedza jest najbliższa ogólnie pojętej informacji.
- *Know-why* oznacza wiedzę naukową oraz zasady i prawa naturalne. Jest to wiedza akademicka, wynalazczość, innowacyjność i stanowi podstawę rozwoju technologicznego. Jest to kapitał niematerialny organizacji.
- *Know-how* odnosi się do umiejętności zrobienia Czegoś. Jest to składnik wartości danego przedsiębiorstwa. *Know-who* jest zasobem, szczególnie w gospodarkach charakteryzujących się dużym rozproszeniem umiejętności, związanych z daleko posuniętym podziałem pracy.

Kapitał intelektualny *intellectual capital* jest składową wartością organizacji. Jedną z jego części jest kapitał innowacyjny czyli wartość intelektualna i wartości niematerialne, do których zaliczyć można znak towarowy, *know-who* rozumiany jako usystematyzowany zbiór informacji o ludziach, którzy posiadają wiedzę *know-what*, *know-how* i *know-why*, tajemnicę handlową, prawa autorskie, patenty. Zarządzanie kapitałem intelektualnym i wyzwalanie procesów jego kreacji łączone jest z zarządzaniem wiedzą. Niektórzy autorzy utożsamiają te dwa procesy, definiując zarządzanie wiedzą jako systematyczne tworzenie, organizowane upowszechnianie kapitału intelektualnego organizacji [3]. Dostrzeżono jakiś czas temu, że wartość rynkowa niektórych przedsiębiorstw przewyższa sumę ich aktywów i że zjawisko to

wynika ze sposobu postrzegania organizacji na rynku przez inwestorów oraz tego, czego nie da się uchwycić w prostym sumowaniu wartości organizacji. Uważa się, że ta dodatkowa wartość niematerialna organizacji stanowi właśnie jej kapitał intelektualny. Kapitał intelektualny to dwie sfery – pierwsza to kapitał ludzki a druga to kapitał strukturalny. Kapitał ludzki związany jest z pracownikami, ich wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem. Kapitał strukturalny określa się jako kapitał organizacyjny oraz relacje z klientami i sposób postrzegania przez nich organizacji. Kapitał organizacyjny to kapitał procesów, czyli sposób, w jakich przeprowadzane są działania w organizacji, bazy danych, procedury, struktura organizacyjna, systemy zarządzania [1]. Postrzeganie przez klienta ma ogromne znaczenie w gałęzi gospodarki związanej ze zdrowiem oraz w systemie państwowym jakim jest służba zdrowia. Klient – pacjent decyduje na podstawie opinii o danej organizacji, nie ma znaczenia czy jest to szpital, przychodnia, poradnia, zakład stomatologiczny, a nawet firma farmaceutyczna, apteka, poradnia dietetyczna itp. Opinia wynika z kapitału intelektualnego czyli specjalistów tam pracujących i procesów, czyli na przykład nowoczesnych metod leczenia czy diagnostyki. Jeśli w danej organizacji pracuje znany specjalista w danej dziedzinie i organizacja ta zastosuje skuteczne metody marketingu jej kapitał intelektualny staje się istotnym elementem i daje przewagę konkurencyjną. Mechanizm ten doskonale sprawdza się w opiece zdrowotnej, bo kapitał intelektualny danej organizacji i opinia o niej może mieć większe znaczenie niż cena i koszty jakie klient musi ponieść by skorzystać z jej usług lub produktów.

Organizacja ucząca się to model nowego typu przedsiębiorczości. Opartej na aktualizacji wiedzy, przejmującej, instytucjonalizującej i wykorzystującej wartości intelektualne jej pracowników. Centralnym komponentem organizacji uczącej się jest jej innowacyjność. Organizacja ucząca się to metoda badania i opisu rzeczywistości empirycznej, która pozwala możliwie precyzyjnie scharakteryzować cechy danego zjawiska. Nie pełni ona roli wzorca dla zjawisk realnych, jest konstrukcją hipotetyczną do której przyrównuje się rzeczywistość. Jeśli model organizacji uczącej się jest poprawnie skonstruowany, to faktyczna realizacja działań odpowiada modelowi w rzeczywistości [1]. W służbie zdrowia mianem organizacji uczącej się można określić szpitale kliniczne wraz z uczelniami medycznymi zarówno na poziomie funkcjonowania ich jako organizacji, jak i na poziomie procesów i sposobów leczenia. Jako jednostki naukowe mają to zapisane w swojej misji. Wprowadzanie nowych metod i sposobów leczenia a także innowacji w innych sferach działalności jest więc istotą ich istnienia.

Benchmarking jest to w samym swoim zamyśle, może nie nowa forma funkcjonowania przedsiębiorstw, ale stosunkowo niedawno zaczęto tak otwarcie formę tę stosować. *Benchmarking* to w uproszczeniu ujmując naśladowanie, a bardziej poprawnie, porównywanie się z najlepszymi, dorównywanie im, orientacja na najlepszą klasę wyrobów lub usług, uczenie się od konkurentów. U podstaw tego leży słuszne założenie, że każde przedsię-

biorstwo ma pewne słabe strony. Aby je przezwyciężyć, trzeba podjąć, niekiedy żmudny, proces usprawnień. W procesie tym występować będą błędy. W rezultacie koszty usprawnień mogą się okazać nieadekwatne do wyników, które ujawniają się przecież po dłuższym czasie. Powstaje więc pytanie, czy nie można dojść do tego samego celu niejako na skróty, właśnie przez równanie do najlepszych i przez naśladowanie. Czyli poszukiwanie wzorcowych sposobów postępowania przez uczenie się od innych i wykorzystywanie ich doświadczenia [4]. W opiece zdrowotnej tego typu „naśladowanie” jest naturalnym sposobem rozwoju wiedzy i metodologii medycznej. Po wprowadzeniu tak zwanych nowoczesnych metod i sposobów leczenia jest pożądanym by inne organizacje korzystały z nich. Często metody te są lepsze z medycznego punktu widzenia, mniej kosztowne i bardziej skuteczne. Jest to korzystne także dla danej organizacji gdyż stosowanie nowoczesnych metod zwiększa kapitał intelektualny organizacji.

Outsourcing to zlecenie innej jednostce (na zewnątrz) wykonania jakiejś części jej działalności. Pojęcie outsourcingu wywodzi się z połączenia dwóch słów angielskich: *outside* – zewnętrzny, zewnątrz, od zewnątrz i *resource* – zasoby, zapasy, środki, możliwości. Zastosowanie tej koncepcji zarządzania łączy się z nowym spojrzeniem na funkcję zaopatrzenia, a także na działalność usługową prowadzoną w przedsiębiorstwie. Nowe pojęcie funkcji zaopatrzenia zakłada przede wszystkim koncentrację na kluczowych obszarach działalności firmy. Oznacza to rezygnację z produkcji szerokiej gamy części, na rzecz tych najważniejszych. Pozostałe części i komponenty zostają dostarczone przez partnerów – taką nazwę nadaje się firmom dostawczym. Partnerzy są dobierani według specjalnych kryteriów. Do funkcji zaopatrzenia należy również zakup kompletnych grup komponentów, systemów lub pewnych funkcji. Przedsiębiorstwo kupuje od swych partnerów *know-how* – nie musi się więc starać o rozwijanie własnych badań. W opiece zdrowotnej outsourcing jest dość powszechny, ponieważ pozwala organizacji skupić się na swojej głównej działalności oraz racjonalnie zarządzać i gospodarować. Podstawowym powodem stosowania takiego rozwiązania jest jednak obniżanie kosztów.

Reengineering to fundamentalne przemyślenie od nowa i radykalne przeprojektowanie procesów w firmie. Jej celem jest dramatyczna poprawa osiąganych wyników [5]. Zakłada całościowe, ponadresortowe myślenie i działanie, wzrost wydajności i skrócenie czasu trwania procesów. Zakładała fundamentalne przemyślenie – czyli postawienie pytania: „Dlaczego robimy te rzeczy i dlaczego akurat w taki sposób?” Odpowiedź na nie to powinien być obraz tego, co należy zmienić i to w sposób zasadniczy. Następnie w koncepcji tej proponuje Hummer radykalne to znaczy „aż do końca” (nie kosmetyczne) zmiany procesu. Proces to wiązka aktywności, skierowana na jedno lub więcej wejść. W wyniku tej aktywności klient dostaje wyrób o pożądanej przez niego wartości. Koncepcja ta jest więc budowaniem wszystkiego od nowa, przy skupieniu się na konkretnym wyznaczonym celu. Koncepcja *reengineeringu* odniosła fiasko i kompletnie się nie przy-

jęła. Powodem mogły być, wysokie koszty wprowadzenia w życie, pomijanie pracowników w trakcie przygotowania reorganizacji, konieczność dużych i nagłych zmian. W opiece zdrowotnej taka koncepcja nie ma możliwości zastosowania, ponieważ wprowadzanie nowych metod i sposobów leczenia wymaga badań naukowych, co trwa wiele lat. Wiedza medyczna oparta jest o wiekowe doświadczenie i metody stosowane od wielu lat. Zmiany w takich dziedzinach to powolny, ewolucyjny proces. W organizacjach zajmujących się zdrowiem racjonalnym sposobem zmian jest więc ewolucyjne wprowadzanie usprawnień.

Lean management to „odchudzone” lub „wyszczupłone” zarządzanie. Jest to eliminacja zbędnych szczebli zarządzania, dzięki temu dokonuje się racjonalizacja komunikacji w organizacji. Zabieg taki to zwiększenie efektywności zarządzania, skrócenie podejmowania decyzji i większa sprawność. Odchudzanie odnosi się nie tylko do zarządzania, ale obejmuje wszystkie obszary organizacji. Odchudzanie produkcji nie jest niczym nowym bo rachunek ekonomiczny od zawsze wymuszał cięcie kosztów i często odnosiło się to do produkcji. To jedna z koncepcji trendu obserwowanego w gospodarce nazywanego: „down-sizing”, co tłumaczy się jako zmniejszanie. Jest to daleko idące redukcja zatrudnienia i dążenie do obniżki kosztów. *Lean production* to odchudzanie produkcji, jest to znaczne ograniczenie zasobów potrzebnych do produkcji: ludzi, powierzchni, nakładów inwestycyjnych, czasu itd. [4]. *Lean management* to trend współczesnego zarządzania, stosowany szczególnie ze względu na wysokie koszty menedżerów. Jest możliwy dzięki rozwiązaniom informatycznym i sieciowym. Odchudzanie zarządzania w opiece zdrowotnej ma miejsce w organizacjach działających racjonalnie i ekonomicznie, czyli w strefie działania konkurencji. W obszarze działania organów państwowych, takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia nie zaobserwowano takich tendencji.

Wirtualna organizacja to taka gdzie nie ma rozbudowanej administracji i komórek. Działają one w różnych segmentach rynku a bazą ich pracy jest informacja. Osoby zatrudnione w takich organizacjach nie działają w tym samym czasie i nie przebywają równocześnie w jednym pomieszczeniu lub na określonym obszarze. Relacje jakie panują to relacje sieciowe, polega to na tym, że organizacja zwraca się do pracowników lub partnerów którzy dysponują odpowiednimi kompetencjami o współpracę w realizacji zlecenia [4]. Wirtualność to pojęcie różnie definiowane według W. Kopalińskiego to teoretycznie możliwy, mogący zaistnieć [6], pojęcie to utożsamiane bywa z wirtualną rzeczywistością, w rozumieniu informatycznym. Wirtualność może być także rozumiana jako sztuczna rzeczywistość lub coś ruchliwego, coś co szybko się dopasowuje, ale także coś co możemy kreować. Wirtualna organizacja polega na włączeniu wszystkich lub tylko niektórych ludzi z różnych organizacji do wspólnej gry na rynku. Stanowią oni pewną całość organizacyjną – nową strukturę, która skupia się na realizacji podstawowego celu działalności gospodarczej, a także dzięki strukturalnym i proceduralnym uproszczeniom osiąga maksimum gospodarności. Rozwijają i oferują innowacyjne produkty lub specjalne usługi, za-

pewnia elastyczność i jest otwarta na wszelkie zmiany. Rozwój wyrobu wirtualnego, razem ze zmianami rynkowymi, doprowadził do powstania wirtualnej organizacji. Historia pokazuje, że wiele pomysłów i innowacji, które znalazły zastosowanie w przemyśle, miało swój początek w badaniach wojskowych [4]. Tak właśnie było z wirtualną rzeczywistością, która znalazła swoje zastosowanie także w medycynie. W 1971 roku grupa amerykańskich badaczy rozwinęła tę metodę w celach symulowanego operowania arterii żylnych. Później próbowano wykorzystać wirtualną rzeczywistość w kształceniu na lekarskich studiach podyplomowych. Złwłaszcza chirurdzy mogli przeprowadzić próbne operacje na wirtualnym ciele. Obecnie można usłyszeć o pracach mających na celu integrację wirtualnej rzeczywistości z urządzeniami rentgenowskimi, ultrasonografami itp. Wirtualna rzeczywistość umożliwia uzyskanie trójwymiarowych obrazów organów wewnętrznych i różnych części ciała ludzkiego, co znakomicie ułatwia diagnozę i proces leczenia. Oczekuje się, że wysokie koszty nowych urządzeń zostaną zrekomensowane lepszą i skuteczną diagnostyką.

PIŚMIENNICTWO

1. Chrisidu-Budnik A., Korczak J., Pakuła A., Supernat J., Nauka organizacji i zarządzania, Kolonia Limited, Wrocław 2005.
2. Luter R.R., Gospodarka oparta na wiedzy a rozwój regionalny na przykładzie regionu Środkowego Meksyku, „Studia regionalne i lokalne” 2004, nr 1.
3. Gruszewski W.M., Hejduk I.K., W jakim celu należy zarządzać wiedzą? *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa* 2004, nr 7.
4. Zieniewicz K., Współczesne koncepcje i metody zarządzania, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009.
5. Hammer M., Champy J., Reengineering w przedsiębiorstwie, PWE, Warszawa 1996.
6. Kopaliński W., Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, PWN, Warszawa 1994.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

ZNACZENIE SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PRZYKŁADZIE NZOZ W PUSZCZYKOWIE

MEANING OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN PLANT OF HEALTHY PROTECTION ON EXAMPLE NZOZ IN PUSZCZYKOWO

KAROLINA NIEMIER

Studentka III roku Zdrowia Publicznego
specjalność: Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Wyjaśnienie znaczenia Systemu Zarządzania Jakością w obecnych realiach na otwartym rynku. Opis wymagań niezbędnych do wprowadzenia Systemu Zarządzania Jakością oraz związanych z nim dla organizacji korzyści. Podjęcie decyzji o wdrożeniu Systemu Zarządzania Jakością w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Puszczykowie, zgodnego z międzynarodową normą ISO 9001–2000 wymagało od kierownictwa zobowiązania się do ciągłego rozwoju i doskonalenia tego systemu przy jednoczesnym określeniu zadań i środków do tego niezbędnych. W związku z powyższym kierownictwo NZOZ w Puszczykowie ustaliło politykę jakości oraz cele niezbędne do spełnienia wymagań dla Systemu Zarządzania Jakością oraz świadczonych przez organizację usług.

Słowa kluczowe: ISO, zarządzanie, opieka zdrowotna.

Współcześnie na rynku istnieje i prężnie działa silna konkurencja. Z tego powodu przedsiębiorstwa, aby zachować obecnych i przysporzyć sobie nowych klientów muszą rozwijać poszczególne dziedziny swojej działalności, czyniąc je jeszcze bardziej wydajnymi i efektywnymi. Wdrożenie systemu zarządzania jakością w przedsiębiorstwie, w tym przypadku w szpitalu jest bardzo skuteczną metodą osiągnięcia tego celu. System zarządzania jakością nie wpływa wyłącznie na rentowność, ale także w znacznym stopniu umacnia pozycję na rynku i zwiększa społeczne zaufanie klientów. To wielkość firmy i zaangażowanie jej pracowników decyduje o właściwym opracowaniu i skutecznym wdrożeniu systemu zarządzania jakością. Gdy system ten zostanie skutecznie wdrożony, będzie przynosił spore i długoterminowe profity zarówno dla firmy, jak i klientów korzystających z jej usług.

Wdrożenie systemu zarządzania jakością oraz uzyskanie certyfikatu na zgodność z normą ISO 9001 przyniesie szpitalowi wiele wymiernych korzyści. Można tu dla przykładu wymienić kilka najistotniejszych, takich jak:

Summary

Clarification of the significance of Quality Management System in current reality of open market. Description of the requirements necessary to introduce Quality Management System and related benefits for the organisation. Decision to implement the Quality Management System compliant with international standard ISO 9001–2000 required some commitment from the management staff in Private Health Care in Puszczykovo. They have been obligated to work on continuous development and improvement of this system, as well as determination of its tasks and required resources. Therefore Management of Private Health Care in Puszczykovo established Quality Policy and Aims necessary to meet the requirements of the Quality Management System and the services provided by the organisation.

Key words: ISO, management, health care.

- Podniesienie prestiżu na rynku usług medycznych wśród lokalnych świadczeniobiorców i świadczeniodawców
- Uruchomienie procesu ciągłego doskonalenia poprzez zarządzanie zasobami ludzkimi, obsługą klienta i posiadaną wiedzę
- Zapewnienie sprawnego systemu przepływu informacji o zadaniach i ich realizacji
- Zwiększenie zaufania świadczeniobiorców
- Sprawniejsze funkcjonowanie organizacji
- Oszczędność nakładów materialnych, czasowych, finansowych
- Unikanie błędów zamiast konieczności naprawy dokonanych
- Możliwość przystąpienia do przetargów, gdy wymaganiem koniecznym do złożenia oferty jest posiadanie certyfikatu jakości
- Przejrzystość procesów.

Norma ISO 9001 jest najpopularniejszym międzynarodowym standardem ściśle określającym wymagania w sprawie systemu zarządzania jakością, a treści jej wyma-

gań mogą być stosowane przez praktycznie każdą organizację.

Wymagania systemu zarządzania jakością:

- Dokumentacja:

1. Księga Jakości, czyli dokument określający system zarządzania jakością w organizacji oraz opis oddziaływania między procesami (np. mapy procesów) tworzony przez specjalistów pracujących w tej organizacji.

2. Procedury, czyli opis ustalonego przebiegu procesu, określają uprawnienia, zakres odpowiedzialności i wskazują osoby odpowiedzialne.

3. Zapisy, czyli szczególnie rodzaj dokumentu w systemie zarządzania jakością zgodnym z normą ISO 9001. Przedstawiają one dowody na skuteczność działania systemu, jego zgodność z wymaganiami normy. Zapis potwierdza wykonanie danego działania i przedstawia jego wyniki.

4. Dokumenty potrzebne do zapewnienia skutecznego planowania, przebiegu i nadzorowania zidentyfikowanych procesów.

- Zaangażowanie kierownictwa poprzez:

- stworzenie Polityki Jakości, która jest w gestii Zarządu określa kierunki działania i zasady doskonalenia systemu zarządzania jakością, zasady te muszą być zbieżne z wizją i pozostałą częścią strategii organizacji
- planowanie celów jakości i ich realizację
- przegląd systemu zarządzania jakością
- monitorowanie wdrożonych procedur
- audyty wewnętrzne (minimum raz w roku kalendarzowym)
- badanie satysfakcji pacjenta.

- Analiza i monitorowanie zidentyfikowanych w organizacji procesów poprzez tworzenie map procesów, ich podział na procesy równoległe, podstawowe i pomocnicze.

W NZOZ im. Prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego w Puszczykowie Zarząd przykłada dużą wagę do wymagań klienta zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego. Klientem wewnętrznym są pracownicy szpitala, a zewnętrznym osoby (pacjenci), instytucje i firmy korzystające z usług oferowanych przez tę jednostkę.

W przypadku klienta zewnętrznego:

- pacjenta – poprawiać warunki pobytu w szpitalu, dostępność świadczeń, organizację opieki oraz doskonaląc stosunek personelu do pacjentów i zapobiegać konfliktom
- płatnika – doskonaląc ofertę świadczonych usług medycznych, zwiększyć techniczne możliwości szpitala i przychodni w zakresie tych usług, podnosić kwalifikacje zatrudnionego personelu w celu szerszych możliwości terapeutycznych.

W przypadku klienta wewnętrznego:

- Personelu – poprawiać warunki i wyposażać stanowiska pracy zgodnie z potrzebami i obowiązującym prawem oraz chronić pracowników przed zagrożeniami na stanowisku pracy i nadzorować

ich stan zdrowia, a także motywować pracowników do podnoszenia kwalifikacji.

W szpitalu w Puszczykowie w pracy nad systemem zarządzania jakością zaangażowany jest Zarząd, jak i pracownicy. Zaangażowanie to polega na:

1. Opracowaniu i rozpropagowaniu Polityki Jakości.

2. Określeniu celów jakości oraz zatwierdzeniu programów ich realizacji.

3. Okresowym przeprowadzaniu przeglądów systemu w celu określenia stopnia realizacji wyznaczonych celów i programów, sprawdzenia efektywności funkcjonowania systemu oraz określenia nowych celów na następny okres.

4. Zapewnieniu niezbędnych zasobów finansowych, ludzkich, sprzętowych, aby doskonaląc wyznaczone procesy oraz poprawić warunki pracy.

Polityka Jakości w NZOZ w Puszczykowie jest jawna i szeroko dostępna wszystkim klientom szpitala. Dokument ten został opracowany przez Zarząd Spółki i wywieszony w niewrażliwych miejscach szpitala. Szpital posiada również Księgę Jakości, w której określono system zarządzania jakością w organizacji. Szpital uzyskał 2 lutego 2006 r. certyfikat jakości ISO 9001–2000. Certyfikat nie obejmował jednak wszystkich komórek szpitala. Przy recertyfikacji w 2008 r. procesowi oceny poddana została cała placówka. W związku z nowelizacją normy ISO system jakości szpitala został przystosowany do nowych wymagań i poddany audytowi zewnętrznemu, który przeszedł pozytywnie. Przegląd systemu jakości oraz planowanie go na kolejny okres odbywa się raz w roku, podobnie jest z audytami wewnętrznymi. Badania satysfakcji klienta prowadzone są minimum dwa razy w roku. Ostatnie badanie przeprowadzono w II połowie 2010 r., dotyczyło warunków bytowych pacjenta oraz stosunku personelu do pacjenta.

W NZOZ w Puszczykowie personel angażuje się w pracę na rzecz systemu jakości, rozwiązuje różne problemy i doskonalą swoją pracę biorąc udział w spotkaniach zespołów roboczych, komitetów i komisji, jak:

- Komitet ds. Zakażeń
- Zespół ds. Zakażeń
- Zespół Koordynujący
- Zespół Terapeutyczny
- Zespół Transfuzjologiczny
- Zespół Analiz Zgonów
- Zespół Oceny Przyjęć
- Zespół Oceny Dokumentacji Medycznej
- Komisja BHP
- Zespół ds. Gospodarki Odpadami
- Zespół ds. Jakości.

Wdrożony w placówce System zarządzania jakością pozwala na osiągnięcie następujących korzyści:

- określenie celów i kierunków polityki jakości prowadzonej przez Szpital
- zidentyfikowanie i nadzorowanie wzajemnie zależnych procesów występujących w Szpitalu oraz zrozumienie ich współzależności
- zarządzanie zasobami Szpitala stosownie do potrzeb pracowników i procesów

- określenie wskaźników jakości usług medycznych i dążenie do ich nadzorowania, dokonywania pomiarów i analiz
- zrozumienie aktualnych i przyszłych potrzeb klienta/pacjenta
- podejmowanie decyzji w oparciu o analizę posiadanych danych i informacji
- zaangażowanie pracowników i wykorzystanie ich zdolności z maksymalną korzyścią dla Szpitala
- opracowanie i wdrożenie procedur i instrukcji postępowania
- nadzór nad dostawcami i firmami zewnętrznymi współpracującymi z placówką
- zapewnienie bezpieczeństwa usług, procesów medycznych oraz właściwego postępowania z odpadami medycznymi.

Podsumowując, wdrożony w szpitalu w Puszczykowie System Zarządzania Jakością odpowiada jego specyfice, jest skuteczny i przydatny placówce.

Wprowadzenie Systemu Zarządzania Jakością w zakładach opieki zdrowotnej jest bardzo istotne, ponieważ wpływa znacząco na wizerunek placówki, a w związku z tym na popyt ich usług i zasobność portfela. Jednak ma to znacznie szersze znaczenie. Jakość jest gwarantem prawidłowo wykonanej usługi, którą każdy klient chce otrzymać. Standaryzowanie systemu zarządzania jakością i certyfikowanie placówek ma także spore znaczenie dla całej polskiej służby zdrowia. Placówki certyfikowane

powinny uchodzić za elitarne i wysoce pożądane przez klientów, a więc (przynajmniej w teorii) rentowne i przynoszące zysk, a nie straty. Powinny więc znaleźć się w kręgu zainteresowań NFZ. Lepsza jakość to lepsze usługi, lepsze usługi to większy popyt, większy popyt to więcej zysków. System Zarządzania Jakością jest bardzo ważny w dobie wszechobecnej globalizacji i unifikacji, a także otwartego rynku, na którym istnieć i funkcjonować mogą tylko jednostki rentowne. Wprowadzenie systemu i posiadanie certyfikatu powinno wspomagać placówkę, stawiając ją w bardzo dobrym świetle, jako gotową na zmiany na lepsze dla swoich obecnych i potencjalnych klientów, dla których to została stworzona.

PIŚMIENNICTWO

1. <http://www.dokumentacja-iso.pl/dokumentacja-iso-9001.php>.
2. <http://www.iso.org.pl/zarzadzanie-jakoscia>.
3. Materiały zebrane i udostępnione dzięki życzliwości personelu NZOZ w Puszczykowie podczas pobytu na praktykach studenckich.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM OPEROWANYM Z POWODU ZAĆMY METODĄ FAKOEMULSYFIKACJI

THE ROLE OF A NURSE IN THE CARE OF CATARACT PATIENTS OPERATED WITH PHACOEMULSIFICATION

BEATA BAJURNA^{1,2}, IWONA NOWAKOWSKA¹

¹Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

²NZOZ LCM „Ventriculus” sp. z o.o. w Lesznie – pielęgniarka oddziałowa

Streszczenie

Wstęp. Główną przyczyną pogarszania się widzenia i ślepoty u ludzi w skali całego świata jest zaćma. Jest najczęściej spotykanym patologicznym stanem soczewki, który polega na częściowym lub całkowitym zmętnieniu. W sprawowaniu opieki nad pacjentką po zabiegu usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji wymagane są wysokie kwalifikacje zawodowe osób ją świadczących, jak również takie cechy, jak odpowiedzialność czy samodzielność w podejmowaniu zadań.

Cel. Za cel pracy przyjęto przedstawienie roli jaką pełni pielęgniarka pracująca w oddziale chirurgii jednego dnia (okulistycznym) w opiece nad pacjentem operowanym z powodu zaćmy metodą fakoemulsyfikacji.

Materiał i metody. Badaniem objęto 69-letnią pacjentkę R.T. ze stwierdzoną zaćmą oka lewego zakwalifikowaną do zabiegu operacyjnego. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, którą zrealizowano przy pomocy wywiadu, rozmowy, obserwacji i analizy dokumentów medycznych.

Wnioski. W procesie sprawowania opieki nad pacjentką po zabiegu usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji dominowały problemy aktualne (8) nad potencjalnymi (5), dotyczyły głównie sfery biologicznej i psychicznej. Pielęgniarka podczas sprawowania opieki pełniła głównie funkcję opiekuńczą i profilaktyczną, a w mniejszym stopniu realizowała funkcję promowania zdrowia i rehabilitacyjną. Zachodzi konieczność zachowania właściwych proporcji pomiędzy rozpoznawaniem aktualnych i potencjalnych problemów wynikających z pielęgnacji pacjentki po zabiegu usunięcia zaćmy a umiejętnością realizowania zadań wynikających z funkcji zawodowych.

Słowa kluczowe: rola pielęgniarki, opieka, operacja zaćmy.

Summary

Introduction. Cataract is the main cause of deterioration of vision and blindness in humans in the whole world. Is the most common abnormal state of the lens, which consists of partial or total opacities. Nurses caring for patients after cataract surgery by phacoemulsification need to have high professional qualifications and personal characteristics such as responsibility and independence.

Objective. The aim of the study was to highlight the role of a nurse working in a surgery ward in one day (eye) in the care of patients operated due to cataract surgery by phacoemulsification.

Material and methods. R.T. 69 year old female patient with symptoms of left eye cataract was qualified to surgery. The paper uses the method of case study, which was carried out using interview, interviews, observation and analysis of medical documents.

Conclusions. Nursing of a patient after cataract surgery by phacoemulsification was dominated by current issues (8) the potential (5) mainly related to biological and psychological spheres. The nurse was chiefly responsible for providing care and preventive maintenance, and to a lesser extent, for health promotion and rehabilitation. There is a need to maintain an appropriate balance between recognizing the current and potential problems arising from the care of patients after cataract surgery and the ability to perform the tasks arising from professional functions.

Key words: the role of nurse, care, cataract surgery.

Wstęp

Pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę zawodową spośród zawodów medycznych, pełnią bardzo ważną rolę w zespole terapeutycznym. Praca ich ulega nieustannym zmianom, co jest związane zarówno z rozwojem wiedzy medycznej, jak również z oczekiwaniami pacjentów. Można zauważyć, że pielęgniarki pracujące w oddziałach zabiegowych, towarzyszą chorym w szczególnie trudnych i stre-

sujących dla nich sposobach diagnozowania i leczenia. To pielęgniarka najczęściej czasu spędza z pacjentem i to od niej oczekuje się szeroko rozumianych umiejętności i kompetencji związanych z opieką przed- i pooperacyjną.

Pielęgniarstwo jest zawodem o określonych celach i zadaniach, dostosowanych do oczekiwań i potrzeb pacjenta. Jednakże zakres i charakter opieki łączy się ze stanem zdrowia chorego, jego wiekiem, bieżącą sytuacją związaną z rodzajem i miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pojęcie roli zawodowej pielęgniarki jest rozumiane jako wszelkie podejmowane przez nią postępowania zawodowe, które są oczekiwane społecznie, a jednocześnie zgodne z obowiązującymi normami oraz znaczące dla jej statusu zawodowego. Rolę tę wyznaczają funkcje zawodowe, definiowane jako zespół złożonych zadań zawodowych i szczegółowych czynności, które podejmowane są na rzecz jednoznacznie określonego wspólnego celu [11, 3].

Nie można jednak zapominać, że poszczególne funkcje pielęgniarki są ze sobą wzajemnie powiązane a kompetencje całego zespołu oraz zaangażowanie chorego i jego rodziny w proces opieki i leczenia mają istotny wpływ na wynik końcowy, jakim będzie uzyskanie przez chorego pełnej niezależności w wykonywaniu codziennych czynności i całkowita integracja społeczna [10].

Rola pielęgniarki opiera się na zbiorze pełnionych przez nią funkcji zawodowych zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich. Zasadniczo można je podzielić na:

- samodzielne – do których zaliczymy funkcję opiekuńczą, wychowawczą, kształcenia, naukową i zarządzania
- współzależne – w skład których wchodzi funkcje profilaktyczna, rehabilitacyjna, jak i promowania zdrowia
- zależne – jest nią funkcja terapeutyczna [2].

Realizacja procesu pielęgnowania w stosunku do pacjenta wykonywana jest poprzez zadania wynikające z różnych funkcji zawodowych [5]. Zakres zadań realizowanych przez pielęgniarkę na rzecz konkretnego podopiecznego uwarunkowany jest celami sformułowanymi w planie opiekuńczym opracowanym na podstawie wyniku oceny stanu i sytuacji pacjenta. Warto podkreślić, jak zauważa K. Zahradniczek, że podczas realizowania opieki nad chorym, zdecydowanie wymagane są wysokie kwalifikacje zawodowe osób ją świadczących, jak również takie cechy, jak odpowiedzialność czy samodzielność w podejmowaniu zadań [12].

W opiece przedoperacyjnej bardzo ważne stają się wszystkie elementy składające się na proces pielęgnowania, tj. pomoc w zaadaptowaniu się pacjenta do pobytu w szpitalu, przygotowanie psychiczne do zabiegu czy też przygotowanie farmakologiczne [4].

Zadaniem pielęgniarki jest stworzenie takiej atmosfery na oddziale, która wpłynęłaby pozytywnie na pomyślność zabiegu, jak i ocenę pobytu w szpitalu. Należy poinformować chorego o istocie operacji i sposobie znieczulenia, ponieważ wszystkie operacje niosą ze sobą poczucie lęku, którego nie można całkowicie wyeliminować. Chorzy mają tendencję do reakcji lękowych, silniej reagują na stres przedoperacyjny [1]. Rozmowa z pacjentem jest ważnym czynnikiem i ma na celu wyjaśnienie wszelkich niezrozumiałych dla niego kwestii. Udzielając wyjaśnień na nurtujące go kwestie oraz starając się rozwiązać wszelkie wątpliwości związane z leczeniem i zabiegiem operacyjnym, pamiętamy o tym, by informacja nie była zbyt obszerna.

W oddziałach zabiegowych niezmiernie ważne staje się systematyczne ocenianie bólu pooperacyjnego i sku-

teczna reakcja personelu [6, 7]. Nie można lekceważyć jakichkolwiek dolegliwości zgłaszanych przez chorego. Bardzo ważne staje się dbanie o ogólny komfort chorego.

W znacznym stopniu zmienia się rola człowieka jako pacjenta. Wpływa na to wyższy poziom wykształcenia społeczeństwa, łatwy dostęp do wiedzy na temat swojej choroby, stanu zdrowia. Pacjenci i ich rodziny oczekują od pielęgniarek wyczerpujących informacji o oferowanych świadczeniach [8].

Cel pracy

Za cel pracy przyjęto przedstawienie roli jaką pełni pielęgniarka pracująca w oddziale chirurgii jednego dnia (okulistycznym) w opiece nad pacjentem operowanym z powodu zaćmy metodą fakoemulsyfikacji¹.

Material i metody

Badaniem objęto 69-letnią pacjentkę R.T. ze stwierdzoną zaćmą oka lewego zakwalifikowaną do zabiegu operacyjnego w trybie planowym. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, którą zrealizowano przy pomocy wywiadu, rozmowy, obserwacji i analizy dokumentów medycznych. Badanie przeprowadzono podczas pobytu pacjentki w oddziale okulistycznym.

Prezentacja przypadku – opis pacjenta

Opisywana pacjentka, to kobieta R.T., lat 69. Została przyjęta na oddział okulistyczny – chirurgii jednego dnia, z rozpoznaniem zaćmy oka lewego, zakwalifikowana wstępnie do zabiegu jej usunięcia metodą fakoemulsyfikacji.

Do kontaktu w sprawie terminu zabiegu oraz innych związanych, np. z konsultacją, jego przebiegiem, czy też odbiorem ze szpitala, podaje telefon córki.

Podczas rozmowy indywidualnej oraz na podstawie przedoperacyjnej ankiety anestezjologicznej i wyniku konsultacji kardiologicznej ustalono, że chorobami współistniejącymi są:

1. Nadciśnienie tętnicze drugiego stopnia – otrzymuje leki na stałe, takie jak:

- Prestarium 5 mg 1 x dziennie tabletka rano
- Tertensif SR 1,5 mg 1 x dziennie tabletka rano.

Pacjentka choruje na nadciśnienie tętnicze od ok. 15 lat. Jest pod stałą kontrolą poradni kardiologicznej. Ostatnią wizytę miała przed zabiegiem operacyjnym, gdzie na karcie informacyjnej dla lekarza kierującego z poradni okulistycznej, zaznaczono, że obecnie ciśnie-

¹ Fakoemulsyfikacja – metoda zewnątrzobrotkowa usunięcia zaćmy z rozdrobnieniem (emulsyfikacją) jądra soczewki pod wpływem wibracji ultradźwiękowej i wysiania mas soczewkowych; technika ta pozwala na stosowanie małego cięcia operacyjnego i wprowadzenie przez niego dotorebkowo miękką soczewkę wewnątrzgałkową [9].

nie jest „unormowane” i może mieć usuwaną zaćmę metodą fakoemulsyfikacji w znieczuleniu miejscowym. W dniu przyjęcia RR wynosiło 110/80 mmHg.

2. Stan po udarze mózgu – w roku 2007 – otrzymuje leki na stałe, takie jak:

- Vicebrol 3 x 5 mg tabletki
- Memotropil 1200 mg – 1200 mg – 0 tabletki
- Tulip 20 mg 1 x dziennie tabletki wieczorem
- Polocard 150 mg 1 x dziennie tabletki rano.

U pacjentki zauważono prawidłową rehabilitację po przebytych udarach mózgu, która doprowadziła do tego, że zostały przywrócone utracone funkcje życiowe. Pani porusza się samodzielnie, podstawowe czynności życia codziennego również wykonuje sama. Nie ma problemu z komunikowaniem się z otoczeniem, odpowiadała na zadawane pytania związane z jej stanem zdrowia i chorobą, z którą się zgłosiła, jednakże można było wyczuć niepokój i okresową trudność w koncentracji, przypomnieniu sobie zdarzeń dotyczących obecnych czy przebytych chorób czy też przyjmowanych leków. Zauważono ogromne wsparcie rodziny w procesie leczenia i opieki nad chora.

3. Cukrzyca typu 2 – insulinozależna – otrzymuje:

- insulinę Insulatard 12 jednostek o godz. 22
- Novorapid wg poziomu cukru
- Siofor 850 mg 3 x 1 tabletki.

Pacjentka choruje na cukrzycę od około 10 lat. Początkowo otrzymywała tabletki, ale ze względu na wysokie wyniki pomiaru cukru (200–300 mg%) od ok. 3 lat jest na insulinie. Jest zapoznana z jednostką chorobową, wie o konieczności stosowania diety, jednakże czasami zdarza się jej coś podjąć dodatkowego, co w konsekwencji doprowadza do konieczności podania dodatkowej dawki insuliny. Poziomy cukru bada sama 3 x dziennie przed posiłkiem i w razie potrzeby, gdy poczuje, że może mieć wzrost jego poziomu. W dniu przyjęcia poziom cukru wynosił 82 mg%.

Analizując dalej pacjentka nie miała wykonywanych wcześniej operacji. W swoim życiu, oprócz chorób przedstawionych wyżej, nigdy poważnie nie chorowała, nie jest uczulona, nigdy nie paliła papierosów. Jej stan fizyczny oceniono jako zadowalający, stan odżywiania prawidłowy (wzrost 160 cm, waga 68 kg, BMI – 26,6 – co w wieku pacjentki można uznać za wagę w normie).

Problemy z oczami rozpoczęły się u pacjentki ok. 2 lata temu. Zauważyła ona pogorszenie ostrości wzroku, co utrudniało funkcjonowanie w dotychczasowym otoczeniu. Choroba uniemożliwiała jej czytanie kolorowych czasopism, czy też oglądanie ulubionych seriali w TV. Zauważyła zwiększoną wrażliwość na światło, zgłaszała utrudniającą widzenie „mgiełkę” przed oczami, czy też podwójne widzenie. Dlatego zgłosiła się do poradni okulistycznej z nurtującym ją problemem. Tam lekarz stwierdził początek zaćmy nabytej – starczej. Dobrał korekcję okularową, która poprawiła funkcjonowanie na krótki czas. Zdając sobie sprawę z czasu oczekiwania na operację, pacjentka po konsultacji z rodziną postanowiła zapisać się na kolejną oczekujących. Czas oczekiwania na zabieg wynosił u pani R.T. 18 miesięcy.

Pacjentka zgłosiła się pierwszy raz do przyjęcia miesiąc wcześniej, ale ze względu na nieodstawienie leków rozrzedzających krew (Polocard) i dodatkowo podwyższony poziom cukru (212 mg%) i RR 160/90 spowodował, że zabieg został przesunięty na późniejszy termin z zaleceniem kontroli w poradni kardiologicznej i diabetologicznej. Ostatnie dwa objawy najprawdopodobniej były spowodowane stresem pacjentki w związku z nieodstawieniem leku i samym faktem przybycia do szpitala, jednakże to przesądziło o konieczności odroczenia operacji.

W kolejnym terminie, ustalonym przez lekarza okulistę, pacjentka zgłosiła się do oddziału szpitalnego. Przestrzegając zalecenia przedoperacyjne – odstawiła Polocard. W dniu przyjęcia RR wynosiło 110/80 mmHg, poziom cukru wynosił 82 mg%. Ze względu na specyfikę oddziału (zabiegi planowe) pacjentka została przygotowywana do operacji. Zaznaczono oko, które miało być operowane (kropka nad okiem pisakiem niezmywalnym) oraz założono kaniulę wg schematu postępowania na rękę lewą. Rozpoczęto również zakrapianie oka kroplami co 10 min wg kolejności:

- Neosynephrin-POS 10% – rozszerzenie źrenicy
- Tropicamidum 1% – rozszerzenie źrenicy, rozluźnienia i poraża mięśnie oka
- Naclof – zatrzymywanie zwięzania źrenicy podczas operacji zaćmy, łagodzenie dolegliwości bólowych i łagodzenie zwiększonej wrażliwości na światło
- Alcaine – o działaniu znieczulającym.

Pacjentka otrzymała premedykację – Dormicum 3,75 tabl. – która miała za zadanie stworzenie zarówno chorej, jak i lekarzowi optymalnego komfortu podczas operacji. Jest to niezmiernie istotne, gdyż podczas zabiegu nie można się poruszać, jest on wykonywany w znieczuleniu miejscowym okołogałkowym.

Po trzykrotnym zakropieniu oka przekazano pacjentkę na salę operacyjną. Lekarz okulista wykonał fakoemulsyfikację zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki MODEL MA60AC – moc 25.5D, do komory tylnej oka lewego.

Zabieg u pacjentki trwał 40 min, po tym czasie została przekazana na oddział szpitalny. Tam przez dwie godziny obserwowano chora, wszystkie parametry życiowe utrzymywały się w normie. Ze względu na cukrzycę podano pacjentce posiłek i herbatę.

Obserwacja pielęgniarska przed- i pooperacyjna pozwoliła na wyłonienie i zarejestrowanie aktualnych i potencjalnych problemów pielęgnacyjnych u pacjentki.

Po dwóch godzinach pacjentka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu z zaleceniem kontroli w poradni okulistycznej w dniu następnym o ustalonej godzinie, opatrunek na oku pozostawiono do wizyty kontrolnej.

Rola pielęgniarki pracującej w oddziale zabiegowym

I. Rozpoznane aktualne problemy pielęgnacyjne i zadania pielęgniarki

1. Odczuwany przez pacjentkę dyskomfort związany z przyjęciem do szpitala

Cel: Zmniejszenie odczuwanego dyskomfortu oraz zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa

Zadania pielęgniarki:

opiekuńcze

- zaznajomienie pacjentki z planem (topografią) oddziału, na którym przebywa oraz z gabinetami i salami, z których będzie korzystać
- przedstawienie lekarzowi prowadzącemu jak również anestezjologowi i pielęgniarce pełniącej w dany dzień dyżur
- zaprowadzenie na wyznaczoną salę i pokazanie przydzielonego łóżka
- przedstawienie pacjenta, który już przebywa na sali chorych
- scharakteryzowanie planu dnia, w którym pacjentka będzie uczestniczyć, a także o czynnościach wynikających z planu pracy pielęgniarki i zasadności ich wykonywania
- poinformowanie o możliwości pobytu rodziny przez cały okres pobytu na oddziale

Kategoria problemu: – psychiczna

2. Obawy pacjentki w związku z planowanym zabiegiem usunięcia zaćmy

Cel: Zmniejszenie niepokoju oraz zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa

Zadania pielęgniarki:

opiekuńcze

- nawiązanie kontaktu z pacjentką
- wprowadzenie miłej i przyjaznej atmosfery

wychowawcze

- wyjaśnienie chorej celu pobytu na oddziale
- informowanie pacjentki o rodzaju i celu każdego wykonywanego zabiegu pielęgniarstwa
- przedstawienie procesu pielęgnowania jaki będzie prowadzony po wykonaniu zabiegu

Kategoria problemu: – psychiczna

3. Brak wiedzy pacjentki na temat zabiegu operacyjnego

Cel: Dostarczenie pacjentce wiedzy na temat zabiegu

Zadania pielęgniarki:

wychowawcze

- edukacja w zakresie usunięcia zaćmy, a także wykonywanych czynności przed zabiegiem
- udzielenie odpowiedzi na wszelkie nurtujące choroby pytania i wyjaśnienie niejasności związanych z jednostką chorobową

opiekuńcze

- informowanie pacjentki o rodzaju i celu każdego wykonywanego zabiegu pielęgniarstwa, który ma za zadanie przygotowanie do operacji
- okazanie chorej wsparcia

Kategoria problemu: – psychiczna

4. Trudności w samodzielności przygotowania się przez pacjentkę do zabiegu z powodu niedowidzenia

Cel: Zmniejszenie występujących trudności

Zadania pielęgniarki:

opiekuńcze

- pomoc w wykonaniu całościowej toalety ciała (zadbanie o intymność, ustawienie przyborów to-

aletowych w miejscu dostępnym pacjentce, zapewnienie odpowiednio długiego czasu, asystowanie i ew. pomoc)

- pomoc w założeniu koszuli operacyjnej
- przypomnienie o niemożności jedzenia i picia
- przypomnienie o wyciągnięciu protez zębowych, zdjęciu kolczyków, obrączki, łańcuszka i ich zabezpieczenie

terapeutyczne

- podanie premedykacji według zlecenia lekarza anestezjologa (Dormicum 3,75 tabl.)
- w ustalonym czasie przekazanie pacjentki pielęgniarce operacyjnej

Kategoria problemu: – biologiczna

5. Trudności pacjentki do samodzielnego sprawowania opieki w związku z niedowidzeniem

Cel: Zmniejszenie występujących trudności

Zadania pielęgniarki:

opiekuńcze

- położenie pacjentki w sali dwuosobowej
- zapoznanie z rozmieszczeniem przedmiotów, które są w obrębie sali pacjentki, a także poinformowanie o rzeczach znajdujących się przy łóżku (stolik przyłóżkowy, wieszak do kroplówki, umywalka, krzesło)

profilaktyczne

- pozostawienie rzeczy pacjentki w tym samym miejscu
- nie dostawianie dodatkowego sprzętu (krzesel, pomp infuzyjnych itp.) bez wiedzy pacjentki

Kategoria problemu: – psychiczna

6. Brak wiedzy na temat samoopieki i wynikające z tego obawy pacjentki przed powrotem do domu

Cel: dostarczenie wiedzy umożliwiającej podjęcie samoopieki

Zadania pielęgniarki:

wychowawcze

- wcześniejsze poinformowanie o godzinie wypisu

profilaktyczne

- poinformowanie o niezdejmowaniu opatrunku do czasu kontroli u lekarza w dniu następnym
- dostarczenie broszury dotyczącej zaleceń dla pacjentów po zabiegu usunięcia zaćmy

promujące zdrowie

- przedstawienie zaleceń co do stosowania diety w związku ze współistniejącymi chorobami (cukrzyca, nadciśnienie) i konieczności przestrzegania diety

opiekuńcze

- poinformowanie o wizycie kontrolnej w dniu następnym w poradni okulistycznej w celu zmiany opatrunku (wizytę ustalono na godz. 9.30)
- poinformowanie pacjentki o systematycznej kontroli w poradni okulistycznej wg wskázówek lekarskich (pierwsza wizyta po ok. 2 miesiącach, ew. zawsze w razie wystąpienia niepokojących objawów)

Kategoria problemu: – psychiczna

7. Brak wiedzy rodziny na temat stanu zdrowia pacjentki i wynikający z niej niepokój

Cel: zmniejszenie niepokoju rodziny i dostarczenie wiedzy na temat stanu zdrowia chorej

Zadania pielęgniarki:

wychowawcze

- umożliwienie kontaktu z lekarzem operującym
- udzielenie odpowiedzi na wszelkie nurtujące pytania i wyjaśnienie niejasności związanych z jednostką chorobową, a także na temat wykonywanych przy pacjentce czynności pielęgniarstwa
- wprowadzenie miłej i przyjaznej atmosfery
- poinformowanie o możliwości popytu rodziny przez cały okres pobytu na oddziale

Kategoria problemu: – społeczna

8. Brak wiedzy rodziny pacjentki w zakresie postępowania pooperacyjnego po zabiegu usunięcia zaćmy

Cel: dostarczenie wiedzy umożliwiającej prawidłowe postępowanie rodziny w okresie pooperacyjnym

Zadania pielęgniarki:

wychowawcze

- umożliwienie kontaktu z lekarzem operującym
- profilaktyczne
- poinformowanie o niezdejmowaniu przez pacjentkę opatrunku do czasu kontroli u lekarza
- poinformowanie o broszurze dotyczącej zaleceń dla pacjentów po zabiegu usunięcia zaćmy

promujące zdrowie

- przedstawienie zaleceń co do stosowania diety przez pacjentkę w związku ze współistniejącymi chorobami (cukrzyca, nadciśnienie) i konieczności przestrzegania diety

opiekuńcze

- poinformowanie rodziny na temat konieczności farmakoterapii i insulinoterapii

rehabilitacyjne

- poinformowanie rodziny na temat profilaktyki urazów

Kategoria problemu: – społeczna

II. Potencjalne problemy pielęgnacyjne i zadania pielęgniarki

1. Ryzyko wystąpienia wysokich wartości ciśnienia tętniczego

Cel: niedopuszczenie do powstania i szybkie wykrywanie pojawiających się powikłań

Zadania pielęgniarki:

terapeutyczne

- regularne mierzenie ciśnienia tętniczego i tętna u pacjentki po zabiegu
- zapisywanie wykonanych pomiarów w dokumentacji chorej
- w momencie podwyższonych wartości RR podanie zaleconych przez lekarza leków

opiekuńcze

- zwrócenie uwagi na pacjenta w kierunku bólu głowy
- zapewnienie warunków do odpoczynku

Kategoria problemu: – biologiczna

2. Ryzyko wystąpienia powikłań wynikających z chorób współistniejących – cukrzyca

Cel: niedopuszczenie do powstania i szybkie wykrywanie pojawiających się powikłań.

Zadania pielęgniarki:

terapeutyczne

- pomiar poziomu cukru i jego udokumentowanie
- udział w insulinoterapii i farmakoterapii
- obserwacja świadomości pacjentki

profilaktyczne

- stosowanie i przestrzeganie diety cukrzycowej

Kategoria problemu: – biologiczna

3. Ryzyko upadku chorego wynikające z niedowidzenia i opatrunku na oku operowanym

Cel: zapobieganie upadkowi chorego

Zadania pielęgniarki:

profilaktyczne

- usunięcie z sali zbędnych przedmiotów (krzesel, stojaków do kroplówek) umożliwiając w ten sposób swobodne poruszanie w obrębie sali
- dostarczenie sprzętu pomocniczego umożliwiającego poruszanie się (laska, chodzik)

Kategoria problemu: – biologiczna

4. Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej

Cel: zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia

Zadania pielęgniarki:

terapeutyczne

- obserwowanie umocowania opatrunku
- obserwowanie przesiąkania opatrunku

profilaktyczne

- zmiana opatrunku tylko w razie konieczności – na zlecenie lekarza, z zachowaniem zasad aseptyki

Kategoria problemu: – biologiczna

5. Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu wkłucia kaniuli

Cel: zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia

Zadania pielęgniarki:

profilaktyczne

- założenie kaniuli dożylniej zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
- zabezpieczenie miejsca wkłucia jałowym opatrunkiem

terapeutyczne

- przestrzeganie określonych zasad w opiece nad dostępem żylnym

Kategoria problemu: – biologiczna

Wnioski

1. W procesie sprawowania opieki nad pacjentką po zabiegu usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji dominowały problemy aktualne (8) nad potencjalnymi (5), dotyczyły głównie sfery biologicznej i psychicznej.

2. Pielęgniarka podczas sprawowania opieki pełniła głównie funkcje opiekuńczą i profilaktyczną, a w mniejszym stopniu realizowała funkcję promowania zdrowia i rehabilitacyjną.

3. Zachodzi konieczność zachowania właściwych proporcji pomiędzy rozpoznawaniem aktualnych i potencjalnych problemów wynikających z pielęgnacji pacjentki po zabiegu usunięcia zaćmy a umiejętnością realizowania zadań wynikających z funkcji zawodowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bączyk G., Poniedziałek M., Skokowska B., Poziom lęku pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie, *Pielęg. Pol.*, 2005, 1(19), 42-45.
2. Ciechaniewicz W., Funkcje zawodowe pielęgniarek, *Pielęgniarstwo*, 2000, 1997, 2, 6-7.
3. Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2002, 38.
4. Ciuruś M.: Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego. [W:] *Pielęgniarstwo operacyjne*, Kubinowska M. (red.), Wydawnictwo MAKMED, Lublin 2007, 247-250.
5. Glińska J., Lewandowska M.: Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych, *Probl. Pielęg.*, 2007, 15, 249-253.
6. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K., Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym, *Pielęg. Pol.*, 2005, 1(19), 9.
7. Juszczyk K., Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego, *Pielęg. Chirug. Angiol.*, 2009, 131-134.
8. Łuszczynska V., Gorchans E., Berezowska E., Wysiecki P., Oczekiwania pacjentów na informacje wobec personelu pielęgniarskiego, *Zdr. Publ.*, 2003, 258-263.
9. Niżankowska M.H., *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, 210.
10. Szewczyk M.T., Ślusarz R. (red.), *Pielęgniarstwo w chirurgii*, Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2006, 10.
11. Wojnarowska-Dawiskiba H., *Wprowadzenie do teorii i praktyki pielęgniarstwa*, Wrocław 2003.
12. Zahradniczek K., *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1996, 36-37.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 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

**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 akademicki 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://amp.edu.pl>

Informacja o nowym dziale „Prawo w Pielęgniarstwie”

The information about the new chapter „The law in nursing”



Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom Czytelników oraz w trosce o ich pełną satysfakcję Redakcja *Pielęgniarstwa Polskiego* informuje, iż na łamach czasopisma został powołany nowy dział „Prawo w Pielęgniarstwie”. Będzie on poświęcony w całości problemom prawnym, z jakimi spotykają się zarówno pielęgniarki, jak i inne osoby związane zawodowo z ochroną zdrowia. Pragniemy przybliżyć naszym Czytelnikom podstawowe regulacje prawne mające zastosowanie w pielęgniarstwie, pomóc w odpowiedniej interpretacji przepisów oraz wyjaśnić ewentualne wątpliwości. Dlatego też gorąco zachęcamy wszystkich zainteresowanych do zapoznawania się z omawianymi kwestiami, a także zadawania pytań oraz dzielenia się swoimi przemyśleniami i spo-

strzeżeniami. Współpracujący z nami prawnik oraz specjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia dołożą wszelkich starań, aby przedstawiane zagadnienia i odpowiedzi na Państwa pytania były rzetelne i w pełni zadowalające.

Wierzmy, że poruszane tematy pomogą lepiej zrozumieć obowiązujące ustawodawstwo, pozwolą działać w granicach prawa oraz uchronią Państwa przed skutkami obowiązującej łacińskiej *paremii ignorantia iuris nocet* (nieznajomość prawa szkodzi).

Wszelkie pytania i sugestie prosimy kierować na adres Redakcji *Pielęgniarstwa Polskiego* lub jzdano@ump.edu.pl. Odpowiedzi na Państwa pytania udzielać będzie prawnik – Joanna Zdanowska