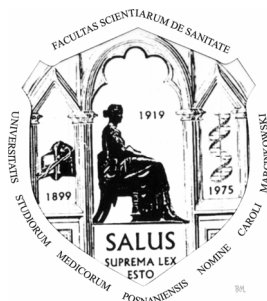


Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 2 (36)

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-Biedermann*

*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. 4,8. Ark. druk. 6,0. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 75/12.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	73	<i>Maia Stanisławska-Kubiak, Monika Matecka, Ewa Mojs: Nastoletni pacjent po próbie samobójczej w szpitalu</i>	104
PRACE ORYGINALNE		PRACA STUDENCKA	
<i>Maria Danuta Głowacka, Radunka Cvejić, Anna Ewa Koprowicz, Alicja Rębała: Profilaktyka raka szyjki macicy w województwie zachodniopomorskim jako jedno z istotnych zadań pielęgniarki</i>	75	<i>Mariola Strycharczyk, Agnieszka Tomczak, Rokszana Szajba, Mateusz Woźniak: Nieprawidłowości w procesie uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu klinicznym</i>	109
PRACE POGLĄDOWE		VARIA	
<i>Anna Butkiewicz, Krzysztof Kaszkowiak: Wpływ inteligencji emocjonalnej na jakość opieki oraz satysfakcję z wykonywania zawodu pielęgniarki</i>	81	<i>Ewa Mojs: Recenzja książki „Rozwój i osiągnięcia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” pod redakcją Michała Musielaka i Włodzimierza Samborskiego</i>	111
<i>Marcin Cybulski: Ratownik medyczny i pielęgniarka systemu w roli kierującego pojazdem uprzywilejowanym w zespole wyjazdowym ratownictwa medycznego – głos w sprawie</i>	86	INFORMACJE	
<i>Magdalena Magierska-Krzysztoń: Implant ślimakowy dla osób niesłyszących – szansa na życie w świecie dźwięków</i>	90	Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska	112
<i>Michał Szarycz: Refleksja nad etycznym podejściem do konkurowania w kontekście misji, wizji i celów firm farmaceutycznych działających na rynku polskim</i>	94	Informacje o nowym dziale „Prawo w Pielęgniarstwie”	114
<i>Eliza Dąbrowska, Ewa Jakubek: Zarządzanie ryzykiem jako systemowe rozwiązanie wkomponowane w system zarządzania szpitalem</i>	98	Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej – informacja.....	115
		Informacja o rekrutacji kandydatów na specjalizację z organizacji i zarządzania	116

CONTENTS

<i>Editor's note</i>	74		
ORIGINAL PAPERS			
<i>Maria Danuta Głowacka, Radunka Cvejić, Anna Ewa Koprowicz, Alicja Rębała: Cervical cancer prevention in the West Pomeranian province as one of the important tasks of the nurse</i>	75		
REVIEW PAPERS			
<i>Anna Butkiewicz, Krzysztof Kaszkowiak: Importance of Emotional Intelligence for quality of nursing care and job satisfaction</i>	81		
<i>Marcin Cybulski: A paramedic and a nurse as a privileged vehicle driver in the emergency ambulance services – an opinion on the issue</i>	86		
<i>Magdalena Magierska-Krzysztoń: A cochlear implant for the hearing impaired – a chance to live in the world of sound</i>	90		
<i>Michał Szarycz: Reflection on an ethic approach to competing in the context of missions, visions and goals of pharmaceutical companies active in the polish market</i>	94		
<i>Eliza Dąbrowska, Ewa Jakubek: Risk management as a system solution integrated hospital management system</i>	98		
		<i>Maia Stanisławska-Kubiak, Monika Matecka, Ewa Mojs: A teenage patient after a suicidal attempt in hospital</i>	104
		STUDENT'S PAPERS	
		<i>Mariola Strycharczyk, Agnieszka Tomczak, Rokszana Szajba, Mateusz Woźniak: Irregularities in acquiring patients' conscious consent on participation in a clinical trial</i>	109
		VARIA	
		<i>Ewa Mojs: The review of the book "Development and success of the Faculty of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences". Michał Musielak, Włodzimierz Samborski (eds)</i>	111
		INFORMATION	
		Polish Society of Health Sciences. Member's declaration	112
		The information about the new chapter "The law in nursing"	114
		Postgraduate Course "The management in Health Care" – information	115
		Information on recruitment of candidates to specialization in organization and management	116

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

W imieniu Komitetu Naukowego mam przyjemność zarekomendować Państwu kolejny numer Pielęgniarstwa Polskiego. Tom ten kontynuuje zmiany zapoczątkowane w 2009 roku, nieustannie reklamujemy dział porad prawnych, gdzie p. mgr Joanna Zdanowska, pracownik naukowy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu udziela informacji i porad w zakresie rozwiązań i regulacji prawnych w ochronie zdrowia, w tym zatrudnienia, kontraktowania, praw pacjenta i innych. Serdecznie zapraszamy do kontaktowania się z p. J. Zdanowską drogą elektroniczną zwłaszcza w związku z ze zmianami regulacji w ochronie zdrowia.

Treści zawarte w tym tomie mają bardzo zróżnicowany charakter, odzwierciedlają jednak obszary zainteresowań poznawczych i klinicznych personelu medycznego jak i kadr nauki uniwersytetów medycznych i innych.

Numer otwiera praca zawierająca informacje dotyczące zagadnień profilaktyki raka szyjki macicy jako jednego z ważniejszych zadań pielęgniarki. Artykuł jest szczególnie ważny i godny polecenia w kontekście najnowszych danych epidemiologicznych dotyczących wzrostu zachorowalności kobiet. Wśród prac poglądowych polecamy artykuł dotyczący form opieki nad pacjentem po próbie samobójczej przebywającym na oddziale szpitalnym, ważne tu wydaje się poznanie i przewidywanie reakcji chorego. W numerze znajdują się także artykuły z zakresu zadań ratownika medycznego oraz pielęgniarki pracujących w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego.

Polecamy ponadto artykuł w którym Autor Michał Szarycz dzieli się refleksjami na temat etycznych aspektów konkurencji w kontekście misji, wizji i celów firm farmaceutycznych działających na rynku polskim. Prace poglądowe poruszają także zagadnienia związane z zarządzaniem w ochronie zdrowia, w tym zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia.

Numer bieżący zamyka praca studencka dotycząca nieprawidłowości w procesie uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu klinicznym.

W końcowej części numeru przedstawiamy informacje o studiach podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia oraz zapraszamy do członkostwa w Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu – kwestionariusz zgłoszeniowy w załączeniu.

Życząc Państwu owocnej lektury uchylimy rąbka tajemnicy, iż w kolejnych tomach czekają nas dalsze zmiany, których celem jest przede wszystkim nieustanne podnoszenie jakości pisma oraz druk materiałów odpowiadających na potrzeby edukacyjne i poznawcze Czytelników.

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Dr Ewa Mojs
Sekretarz Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

On behalf of the Scientific Committee we have a pleasure to recommend to you the current issue of Polish Nursing. This volume is a continuation of changes, which started in 2009 – we are continuously promoting our legal section where Joanna Zdanowska, L.L.M. provides information and advice on legal regulations and solutions in healthcare, including issues connected with employment, contracting, patient's rights and so forth. We gladly invite you to contact Ms. Zdanowska electronically, particularly in matters of changing legal regulations in healthcare.

The contents of this volume are diverse in character but they depict theoretical and clinical interests of both medical personnel and scientific staff of medical universities and other colleges.

The opening article includes information on prevention of cervical cancer as one of most important tasks of the nursing staff. This article is particularly important and worth recommendation in view of recent data on increasing incidence of this condition among females. As far as review articles are concerned, we endorse the paper on forms of caring for a hospitalized patient following a suicidal attempt – here it is important to learn and predict patient's reactions. In this issue of our journal you will also find papers on professional tasks of rescue team members and nurses in ambulance teams.

We also recommend Michał Szarycz's reflections on ethical aspects of competition in the context of mission, vision and goals of pharmaceutical companies operating on the Polish market. Additionally, review articles consider problems connected with healthcare management including risk management in healthcare.

The current issue is closed by a student paper on irregularities in the process of obtaining informed consent from patients in clinical trials. In the final part we present information about postgraduate studies in healthcare management and invite you to join Polish Society of Health Sciences, You can find a membership form in the attachment.

Wishing you fruitful reading we would like to lift the curtain on further changes in subsequent issues of our journal because our goal is to continually increase quality and publish materials which meet educational and intellectual needs of our readers.

*Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief
Ewa Mojs, PhD
Scientific Secretary*

**PROFILAKTYKA RAKA SZYJKI MACICY
W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM
JAKO JEDNO Z ISTOTNYCH ZADAŃ PIELEŃNIARKI**

*CERVICAL CANCER PREVENTION
IN THE WEST POMERANIAN PROVINCE
AS ONE OF THE IMPORTANT TASKS OF THE NURS*

MARIA DANUTA GŁOWACKA¹, RADUNKA CVEJIC², ANNA EWA KOPROWICZ³, ALICJA RĘBAŁA¹

Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Jacek Wysocki
¹Zakład Organizacji i Zarządzania
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka
²Elly Lilly Polska
³Polskie Radio Szczecin

Streszczenie

Rak szyjki macicy należy do tych chorób nowotworowych, które wykryte w stadium przedrakowym lub we wczesnej fazie rozwoju choroby, dają prawie 100% prawdopodobieństwo wyleczenia. Jednym z warunków jest w tym przypadku systematyczne wykonywanie raz na trzy lata, przez kobiety w wieku 25–59 cytologii szyjki macicy. Dzięki wprowadzonej w Polsce w 2005 roku ustawie Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, zapewniono warunki do przeprowadzania między innymi przesiewowych badań mammograficznych, cytologicznych i kolonoskopowych. Obecnie na badania cytologiczne zgłasza się niecałe 30% Polek, a skryning jest skuteczny przy 70–75% zgłaszalności. Dlatego w pracy przedstawiono badania dotyczące źródeł informacji, z których pacjentki z województwa zachodniopomorskiego czerpią wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Z analiz wynika, że wśród wielu źródeł informacji ważną rolę, szczególnie dla kobiet mieszkających na wsi, odgrywa pielęgniarka, która inspirowa do wykonania cytologii szyjki macicy ponad 30% mieszkanki zachodniopomorskich wsi.

Słowa kluczowe: badanie cytologiczne, badania przesiewowe, rak szyjki macicy, profilaktyka.

Summary

Cervical cancer is one of the cancers, which when detected in the pre-cancerous or early stage of development, gives an almost 100% probability of cure. One of the conditions is in this case the systematic performance of a cervical smear test every three years in women aged 25–59. The National Cancer Prevention Programme introduced in Poland in 2005 has assured the conditions to carry out, among others, screening mammography, cervical smear and colonoscopy tests. Currently, less than 30% of Polish women attend for cervical smear tests, and screening is effective at 70–75% of the take-up rate. For this reason the paper presents studies of the sources from which patients in the West Pomeranian province derive information about cervical cancer prevention. The analyses show that from the many sources of information, an important role, especially for women living in rural areas, is the nurse, who inspires over 30% of the women living in West Pomerian villages to undergo cervical smear tests.

Key words: smear test, screening, cervical cancer, prevention.

Wstęp

Na świecie na raka szyjki macicy zapada rocznie ponad pół miliona kobiet, a umiera około 270 000, czyli co dwie minuty jedna pacjentka. W Polsce częstość występowania nowotworów szyjki macicy kształtuje się na poziomie średnim obserwowanym w rejonie Europy Wschodniej i Środkowej, ale wyższym niż w Europie Zachodniej. Na przestrzeni 50 lat obserwowany jest spadek zachorowalności z powodu tego raka, niestety w odniesieniu do umieralności widoczny jest stały wzrost. W 1963 roku zachorowało

4846, a w 2008 – 3320 Polek, natomiast w tych samych latach, tj. w 1963 zmarło 1051, a w 2008 – 1745 kobiet [6].

W 2005 roku wprowadzono w Polsce Ustawę Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, która zapewniła środki finansowe umożliwiające realizację skutecznej profilaktyki onkologicznej [4]. Na mocy ustawy stworzono Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Zapewnia on kobietom w wieku od 25 do 59 lat przeprowadzenie raz na trzy lata przesiewowych (skryningowych) badań cytologicznych. Optymalny skryning to: 70–75% zgłaszalność na

badania, duże prawdopodobieństwo wykrycia choroby, zdolność do identyfikacji osób zdrowych, wysoka wartość testu, niskie koszty, stosunkowo prosta możliwość wykonania i małe ryzyko powikłań [5]. W województwie zachodniopomorskim zgłaszalność kobiet na cytologię oscyluje wokół 30%, stąd w niniejszej pracy przedstawione zostaną badania na temat wiedzy mieszkanki województwa zachodniopomorskiego o profilaktyce raka szyjki macicy oraz o źródłach informacji, z których tę wiedzę czerpią mieszkanki Pomorza Zachodniego.

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie, czy mieszkanki województwa zachodniopomorskiego wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy czerpią między innymi od pielęgniarek.

Material i metody

Osoby badane

Badaniem przeprowadzonym od października 2009 do marca 2011 roku objęto cztery 100-osobowe grupy (400 osób) kobiet z województwa zachodniopomorskiego, które reprezentowały: mieszkanki wsi zachodniopomorskich, mieszkanki Szczecina, amazonki ze Szczecina i uczennice szczecińskich szkół ponadgimnazjalnych.

Metody badań

Badaniu poddano dane statystyczne zebrane w Wojewódzkim Ośrodku Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Szczecinie oraz w Systemie Informatycznym Medycznej Profilaktyki.

W analizie statystycznej otrzymanych wyników rozkłady zmiennych dychotomicznych scharakteryzowano

podając: liczebność grupy (n), (k) i częstość (%) występowania ich kategorii.

Porównań częstości (%) występowania kategorii zmiennych dychotomicznych badanych grup dokonano stosując test niezależności χ^2 z poprawką Yatesa.

Rozkłady zmiennych ciągłych scharakteryzowano podając:

- liczebność grupy (n), (k)
- przedział zmienności (min. – max), gdzie min. – wartość najmniejsza, max – wartość największa
- przedział międzykwartylowy ($Q_1 - Q_3$), gdzie Q_1 – kwartył pierwszy, Q_3 – kwartył trzeci
- medianę
- średnią arytmetyczną (\bar{x}) i odchylenie standardowe (SD)
- poziom istotności (p) według testu Shapiro–Wilka.

Dopuszczalne prawdopodobieństwo p błędu pierwszego rodzaju (poziom istotności testu) przyjęto $p = 0,05$.

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA PL wersja 9 [7].

Wyniki

Charakterystyka badanych grup

W badaniu wzięło udział 400 kobiet z czterech, 100-osobowych grup: amazonki, uczennice ze szczecińskich szkół ponadgimnazjalnych, mieszkanki zachodniopomorskich wsi i szczecinianki. Charakterystykę rozkładu wieku kobiet należących do badanych grup przedstawia tabela 1.

Najmłodsze respondentki (uczennice i szczecinianki) miały siedemnaście lat, a najstarsza szczecinianka osiemdziesiąt dziewięć. Średnia wieku dla wszystkich badanych kobiet wynosiła 44,4 lata. W wieku 25–59 lat, to jest wśród kobiet objętych badaniami w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, było: 52 amazonki, 48 kobiet mieszkających na wsi i 45 szczecinianek.

Tabela 1. Charakterystyka rozkładu wieku amazoek, kobiet mieszkających na wsi, uczennic i szczecinianek

Table 1. Characteristics of the spread of the age of amazoek, women living on the rural territory, pupils (girls) and citizens of Szczecin (women)

Charakterystyka rozkładu	Amazonki	Kobiety mieszkające na wsi	Uczennice	Szczecinianki
Min. – max	35–77	21–80	17–19	17–89
$Q_1 - Q_3$	53–63	44–66	17–18	28,5–66
mediana	58,5	58	18	50,5
\bar{x} (SD)	57,7 (8,0)	54,1 (15,0)	17,8 (0,6)	48,1 (19,9)
skośność	- 0,272	- 0,735	0,017	0,057
p	> 0,57	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Liczba kobiet w wieku 25–59 lat	52	48		45

min. – wartość najmniejsza, max – wartość największa, Q_1 – kwartył pierwszy, Q_3 – kwartył trzeci, \bar{x} – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności (test Shapiro–Wilka)

Wiedza dotycząca profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy docierała do mieszkank Pomorza Zachodniego z wielu źródeł. Wskazania różnych edukatorów, przekazujących informacje na temat profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy zawiera tabela 2.

Ankietowane, spośród źródeł informacji, z których czerpały wiedzę na temat profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy, najchętniej wymieniały radio: uczennice (96%), amazonki (71%), szczecinianki (48%). Kobiety mieszkające na wsi na równorzędnym miejscu podawały radio i telewizję (54%). Edukatorem zajmującym drugą pozycję na liście była telewizja, na którą wskazywało 48% amazoнок i 45% szczecinianek. Ważnym źródłem informacji dla 85% uczennic był Internet. Istotną rolę w prewencji raka szyjki macicy odgrywał ginekolog, którego preferowało 44% amazoнок i 35% uczennic, pielęgniarkę zaś polecało 28% mieszkank wsi oraz 5% uczennic.

Za najważniejsze źródła informacji z zakresu profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy ankietowane (średnia z czterech grup) uznały media. Wśród nich: radio (67,25%),

telewizja (48,5%) i Internet (37,25%). Ginekolog przekazywał wiedzę na ten temat co czwartej, lekarz rodzinny – co piątej, a pielęgniarka – co ósmej osobie. W tabeli 3. przedstawiono różnice statystyczne dotyczące rodzaju źródła informacji, z którego respondentki czerpały wiedzę na temat profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy.

Różnice statystycznie istotne $p \in [0,04-0,001]$ w odniesieniu do prasy, jako źródła informacji na temat prewencji i leczenia raka szyjki macicy, zachodziły między wszystkimi grupami, poza porównaniami: uczennice a amazonki oraz uczennice a kobiety mieszkające na wsi. W przypadku radia $p \in [0,02-0,001]$ obserwowano między wszystkimi grupami oprócz: kobiety mieszkające na wsi a uczennice. W odniesieniu do telewizji istotnie statystyczna $p < 0,04$ różnica zaszła między mieszkankami wsi a uczennicami. Internet wyzwał różnice statystycznie istotne $p \in [0,04-0,001]$ między badanymi grupami bez porównania: kobiety mieszkające na wsi a szczecinianki. Różnice statystycznie istotne $p \in [0,05-0,008]$ zauważono między amazonkami a resztą grup w odniesieniu do lekarza rodzinnego/internisty,

Tabela 2. Źródła informacji, z których respondentki czerpały wiedzę na temat profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy
Table 2. Source of information of the responders connected with the prevention and treatment of cervical cancer

Źródła informacji	Amazonki	Kobiety mieszkające na wsi	Uczennice	Szczecinianki
	%	%	%	%
1. Prasa	47	32	46	17
2. Radio	71	54	96	48
3. Telewizja	48	54	47	45
4. Internet	32	18	85	14
5. Lekarz rodzinny/internista	10	25	21	30
6. Ginekolog	44	12	35	12
7. Pielęgniarka	1	28	5	
8. Rodzina	6	5	41	12
9. Znajomi	7		33	
10. Inne źródła informacji	27	53	41	57

wyniki nie sumują się do 100% ze względu na wielokrotność odpowiedzi

Tabela 3. Różnice statystyczne dotyczące rodzaju źródła informacji, z którego respondentki czerpały wiedzę na temat profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy

Table 3. Statistical differences among responders related to the different source of information connected with the prevention and treatment of cervical cancer

Porównywane kategorie	Źródła informacji									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Poziom istotności ($p \leq 0,05$)									
A vs. K	0,04	0,02	ns	0,03	0,009	0,001	0,001	ns	0,02	0,003
A vs. U	ns	0,001	ns	0,001	0,05	ns	ns	0,001	0,001	ns
A vs. S	0,001	0,002	ns	0,04	0,008	0,001	ns	ns	0,02	0,001
K vs. U	ns	0,001	0,04	0,001	ns	0,002	0,001	0,001	0,001	ns
K vs. S	0,002	ns	ns	ns	ns	ns	0,001	ns	ns	ns
U vs. S	0,001	0,001	ns	0,001	ns	0,002	ns	0,001	0,001	0,03

ns – różnica statystycznie nieistotna ($p > 0,05$)

A – amazonki K – kobiety mieszkające na wsi U – uczennice S – szczecinianki

1. Prasa, 2. Radio, 3. Telewizja, 4. Internet, 5. Lekarz rodzinny/internista, 6. Ginekolog, 7. Pielęgniarka, 8. Rodzina, 9. Znajomi, 10. Inne źródła informacji

natomiast w przypadku ginekologa $p < 0,001$ dostrzeżono pomiędzy amazonkami a mieszkankami wsi i szczeciniankami oraz $p < 0,002$ między uczennicami a kobietami ze wsi i szczeciniankami. Różnice statystycznie istotne $p < 0,001$ wyzwały informacje przekazywane przez pielęgniarkę – między kobietami ze wsi a pozostałymi grupami, natomiast przez rodzinę – między uczennicami a resztą grup.

W tabeli 4. przedstawiono źródła informacji, z których respondentki w wieku 25–59 lat czerpały wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy.

Kobiety w wieku 25–59 lat najwyżej ceniły, jako edukatorów prewencji raka szyjki macicy, radio i telewizję. W przypadku radia, różnice pomiędzy grupami: amazonki vs szczecinianki vs mieszkanki zachodniopomorskich wsi układały się w następujących proporcjach: 73,1% vs 71,7% vs 70,8%. W odniesieniu do telewizji zależności pomiędzy amazonkami, mieszkankami wsi i szczeciniankami wynosiły: 57,7% vs 54,2% vs 51,1%.

Lekarz ginekolog informował przede wszystkim amazonki (40%), następnie szczecinianki (26,7%) oraz kobiety ze wsi (25%). Informacje przekazywane przez pielęgniarki były istotne dla ponad 30% mieszkank zachodniopomorskich wsi.

Tabela 5. zawiera dane dotyczące źródeł informacji, za sprawą których w latach 2007–2010 pacjentki z zachodniopomorskiego zgłosiły się na badania cytologiczne.

Z tabeli 5. wynika, że najważniejszą rolę w zachęcaniu kobiet do badań cytologicznych w poszczególnych latach w województwie zachodniopomorskim odgrywał lekarz specjalista. Istotne też były: zaproszenia imienne, pielęgniarka, inne źródła informacji i media. W rankingu najslabiej wypadły informacje przekazywane za pośrednictwem SMS i lekarza POZ.

W latach 2007–2010 najwięcej osób (wyniki średnie z czterech lat) zdecydowało się na cytologię za namową lekarza specjalisty (67,4%), następnie duży wpływ miały

Tabela 4. Źródła informacji, z których respondentki w wieku 25–59 lat czerpały wiedzę na temat raka szyjki macicy
Table 4. Source of information of the responders age 25–59 connected with the prevention and treatment of cervical cancer

Odpowiedzi badanych	Amazonki n = 52		Kobiety mieszkające na wsi n = 48		Szczecinianki n = 45	
	k	%	k	%	k	%
1. Prasa	26	50	19	39,5	16	35,6
2. Radio	38	73,1	34	70,8	32	71,7
3. Telewizja	30	57,7	26	54,2	23	51,1
4. Internet	20	38,5	14	29,2	5	11,1
5. Lekarz rodzinny/internista	6	11,5	9	18,8	8	17,8
6. Ginekolog	21	40,4	12	25	12	26,7
7. Pielęgniarka			15	31,2		
8. Rodzina	4	7,7	1	2,1	3	6,7
9. Znajomi	5	9,6				
10. Inne źródła informacji	16	30,8	14	29,2	14	31,1

wyniki nie sumują się do 100% ze względu na wielokrotność odpowiedzi

n – liczba kobiet w danej grupie w wieku 25–59 lat

k – liczba kobiet, które wiedzę na temat raka szyjki macicy czerpią z różnych mediów

Tabela 5. Liczba i odsetek wykonanych cytologii szyjki macicy w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w województwie zachodniopomorskim, z podziałem na źródła informacji, które inspirowały pacjentki do zrobienia badania (2007–2010 rok)

Table 5. The number and % of the cervical smear tests performed within the frame of Population Program on prevention and early diagnosis of cervical cancer in the West Pomeranian province including the split of source of information being inspiration for performing tests (2007–2010)

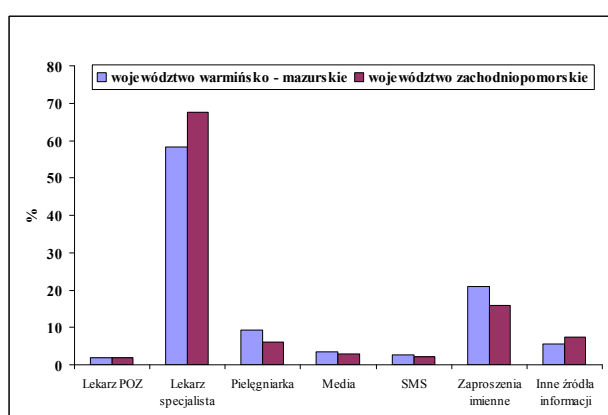
Źródła informacji	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lekarz POZ	1194	3,0	853	1,7	601	1,2	516	1,2
Lekarz specjalista	21516	53	35841	70,8	36974	75,8	30603	70,1
Pielęgniarka	1428	3,5	2028	4,0	2104	4,3	1939	4,4
Media	1469	3,6	1621	3,2	1375	2,8	1036	2,4
SMS	386	1,0	254	0,5	90	0,2	126	0,3
Zaproszenia imienne	11748	28,9	6666	13,2	3949	8,1	5841	13,4
Inne źródła informacji	2845	7,0	3364	6,6	3679	7,5	3584	8,2
Razem	40586	100,0	50627	100,0	48772	100,0	43645	100,0

Źródło (Source): opracowano na podstawie danych zebranych w WOK PPPiWWRSM w Szczecinie i SIMP

zaproszenia imienne (15,9%), inne źródła informacji (7,3%), pielęgniarka (6%) i media (3%). Najgorzej w tym rankingu wypadły: SMS-y (2%) i lekarz POZ (1,8%).

Najlepszą zgłaszalność na badania cytologiczne w Polsce obserwowano w województwie warmińsko-mazurskim. W latach 2007–2010 najczęściej osób z Warmii i Mazur (wyniki średnie z czterech lat) zdecydowało się na cytologię pod wpływem lekarza specjalisty (58,2%), następnie duży wpływ miały zaproszenia imienne (20,9%). Ważniejszą niż w zachodniopomorskim rolę odegrała pielęgniarka, która zachęcała do badania 9,3% pacjentek.

Rycina 1. przedstawia różnice między źródłami informacji o badaniach cytologicznych (wyniki średnie z czterech lat) w województwie zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim.



Rycina 1. Źródła inspirujące pacjentki województw warmińsko-mazurskiego i zachodniopomorskiego do wykonania badania cytologicznego. Średnia z lat 2007–2010.

Figure 1. Inspiring source for motivating women for performing smear tests in the provinces of Warmian-Masurian and Western Pomeranian. The average of value from 2007–2010.

Źródło (Source): opracowano na podstawie danych zebranych w WOK PPPiWWRSM w Olsztynie, Szczecinie i SIMP

Na Warmii i Mazurach większą rolę niż na Pomorzu Zachodnim w zachęceniu kobiet do wykonania mammografii odegrały: pielęgniarka 9,3% vs 8,1% ($p < 0,001$) i zaproszenia imienne 21% vs 16% ($p < 0,001$). W zachodniopomorskim w porównaniu z warmińsko-mazurskim, skuteczniejsi byli lekarze specjaliści 67,4% vs 21% ($< 0,001$).

Omówienie

Dziennie o raku szyjki macicy dowiaduje się około 10, a umiera z jego powodu blisko 5 Polek [6]. Ponieważ wykrycie zmian przedrakowych jest tanie, dosyć proste i opracowano światowe standardy postępowania w sprawie wykrywania i leczenia choroby, istnieją duże szanse, aby te niesatysfakcjonujące statystyki poprawić [1]. W Polsce będzie to prawdopodobnie możliwe między innymi dzięki wprowadzeniu w 2005 roku ustawy Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, na mocy

której stworzono warunki finansowe i organizacyjne dla skutecznej walki z wybranymi nowotworami, w tym z rakiem szyjki macicy [4].

Celem niniejszej pracy było ustalenie, czy pielęgniarki z województwa zachodniopomorskiego mają wpływ na profilaktykę raka szyjki macicy w regionie.

Wprowadzenie w kraju badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy nie przynosi spodziewanych efektów ze względu na niezadowolające uczestnictwo kobiet w programie, szczególnie wśród gorzej wykształconych, z obszarów wiejskich [8].

W celu poznania czynników sprawczych, które spowodowały, że pacjentki brały udział w skryningu, porównano odpowiedzi kobiet z województw: warmińsko-mazurskiego (gdzie zgłaszalność jest najwyższa w kraju) i zachodniopomorskiego (II miejsce zgłaszalności w Polsce) na temat źródeł motywujących do badania. W latach 2007–2010 najczęściej mieszkank Pomorza Zachodniego (wyniki średnie z czterech lat) zdecydowało się na cytologię dzięki lekarzowi specjalście, następnie duży wpływ miały zaproszenia imienne, inne źródła informacji, pielęgniarka i media. Mieszkanke województwa warmińsko-mazurskiego do wykonania cytologii motywowane były (jak w zachodniopomorskim) głównie przez lekarza specjalistę, a następnie zaproszenia imienne i pielęgniarkę. Na Warmii i Mazurach większe znaczenie, niż na Pomorzu Zachodnim miała pielęgniarka i zaproszenia imienne (Tabela 5., Rycina 1.).

Z badania 509 kobiet powyżej 18. roku życia przeprowadzonego przez CBOS w 2002 roku dowiedziano się, że 45% kobiet w ciągu ostatnich trzech lat wykonało badanie cytologiczne, natomiast 30% nigdy cytologii nie zrobiło [9].

Badanie przeprowadzone w Polsce w 2010 roku na grupie 625 kobiet w wieku 25–69 lat wykazało, że Polki miały podstawową wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy i 97% osób było świadomych tego, że systematycznie wykonywana cytologia może chronić przed rakiem narządu. Wykonanie w ciągu roku cytologii w ramach badań przesiewowych lub u prywatnego lekarza deklarowało 64% kobiet [10].

W analizie z 2011 roku „Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych”, wśród 1231 pacjentek w wieku 18–75 lat, o regularnych badaniach cytologicznych wykonanych w ciągu minionego roku informowało 63,5%, na przestrzeni trzech lat 58,7%, pacjentek. Nigdy badaniom tym nie poddało się 14,1% osób. Z powodu zmian chorobowych wykrytych w szyjce macicy minimum raz w życiu leczyło się 20,3% kobiet [11].

W 2002 roku Polki (91%) w badaniu CBOS informowały o tym, że słyszały o znaczeniu badań cytologicznych szyjki macicy. Najczęściej o badaniu dowiadywały się od lekarza i pielęgniarki (39%), z mediów: prasy, radia i telewizji (38%), z ulotek, broszurek itp. (9%), a z zaproszenia w ramach badania przesiewowego (0,4%) [9].

W roku 2010 i 2011 wiedza dotycząca profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy docierała do mieszkank Pomorza Zachodniego z różnych źródeł. Ankietowane, wskazując na źródła informacji na temat profilaktyki i le-

czenia raka szyjki macicy, najchętniej wymieniały radio: uczennice, amazonki, szczecinianki. Kobiety mieszkające na wsi na równorzędnym miejscu podawały radio i telewizję. Edukatorem zajmującym drugą pozycję była telewizja, na którą zwracały uwagę amazonki i szczecinianki. Ważnym źródłem informacji dla uczennic był Internet. Istotną rolę w prewencji raka szyjki macicy odgrywał ginekolog (Tabela 2.). Za najważniejsze źródła informacji z zakresu profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy ankietowane uznały media. Wśród nich radio, telewizję i Internet. Ginekolog przekazywał wiedzę na ten temat – co czwartej, lekarz rodzinny – co piątej, a pielęgniarka – co ósmej osobie. Kobiety objęte Populacyjnym Programem Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (w wieku 25–59 lat), jako edukatorów prewencji raka szyjki macicy, najwyżej ceniły radio i telewizję (Tabela 4.). Przedstawione wyniki mogą świadczyć o tym, że każdy informator dotrzeć może do różnej grupy odbiorców i odegrać istotną rolę w przekazywaniu wiedzy onkologicznej. Im więcej i to na różnych poziomach wiedzy i w różnych miejscach mówić się będzie i pisać na ten temat, tym prawdopodobnie wyższa może być zgłaszalność na badania profilaktyczne, w tym także na cytologię szyjki macicy.

W związku z tym, że około 30% – zgłaszalność pacjentek na badania cytologiczne w województwie zachodniopomorskim, nie daje oczekiwanych efektów w postaci oczekiwanego obniżenia liczby zachorowań i zgonów, warto szukać nowych sposobów dotarcia do kobiet, które to metody zachęcą kolejne pacjentki do badań przesiewowych [12].

Konsekwentne, stałe przestrzeganie założeń ustawy Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, przy zachowaniu standardów i norm jakości, zgodnych z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej, doprowadzić mogą w przyszłości do eliminacji liczby zachorowań i zgonów wywołanych rakiem szyjki macicy w województwie zachodniopomorskim. Warunkiem tego jest jednak poprawa świadomości onkologicznej kobiet, wyrobienie w nich potrzeby wykonywania badań profilaktycznych w ogóle w tym również cytologii szyjki macicy, na co może mieć również ogromny wpływ wyedukowana polska pielęgniarka.

Wnioski

1. Wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy kobiety czerpią z różnych źródeł informacji.

2. Informacje na temat profilaktyki raka szyjki macicy przekazywane przez pielęgniarki zachodniopomorskie najczęściej docierają do kobiet mieszkających na wsiach.

3. Należy dopracować metody edukowania kobiet w kierunku profilaktyki raka szyjki macicy tak, by poprawić zgłaszalność na badania cytologiczne organizowane w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

PIŚMIENNICTWO

1. Spaczyński M, Nowak-Markwitz E, Kędzia W., Skrining raka szyjki macicy w kraju i na świecie, *Ginekol. Pol.*, 2007, 78, 354-360.
2. Bobkiewicz P., Profilaktyka raka szyjki macicy, (W:) Podstawy Onkologii Klinicznej, Meder J. (Red.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, 21-24.
3. Spaczyński M., Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Rekomendacje PTG dotyczące diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, *Ginekol. Pol.*, 2006, 77, 655-659.
4. Dziennik Ustaw Nr 143, poz. 1200, z 2005, o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”.
5. Olszewski W.T., Badania przesiewowe w kierunku nowotworów, (W:) Onkologia Kliniczna, Krzakowski M. (red.), Borgis, Warszawa 2006, 53-60.
6. Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku, COI, Warszawa 2011.
7. Stanisz A., Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny, Wyd. StatSoft, Kraków 2001.
8. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., Nowotwory szyjki macicy w Polsce – epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy, *Ginekol. Pol.*, 2006, 77, 660-666.
9. CBOS. Wiedza o profilaktyce raka piersi i szyjki macicy. Badanie COI z funduszu Banku Światowego, styczeń 2002.
10. Ostrowska A., Profilaktyka raka szyjki macicy i raka piersi. Wiedza postawy i zachowania kobiet. Wybrane wyniki badań, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, kwiecień 2010, Badanie na zlecenie Fundacji Zdrowia Kobiet wykonane metodą CATI 23–30 kwietnia 2010, na próbie 652 kobiet w wieku 25–69 lat /www.fzk.org.pl/ data wejścia: 10 marca 2011, g. 22.15/.
11. Łuszczynska A., Bukowska-Durawa A., Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych? Raport Siemens. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2011.
12. System Informatyczny Medycznej Profilaktyki – Warszawa, styczeń 2012.

Adres do korespondencji:

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

WPLYW INTELIGENCJI EMOCJONALNEJ NA JAKOŚĆ OPIEKI ORAZ SATYSFAKCJĘ Z WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI

IMPORTANCE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE FOR QUALITY OF NURSING CARE AND JOB SATISFACTION

ANNA BUTKIEWICZ¹, KRZYSZTOF KASZKOWIAK²

¹Zakład Edukacji
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
p.o. kierownika: dr n. hum. Mirosława Cyłkowska-Nowak
²Katedra Biologii i Ochrony Środowiska
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. biol. Krzysztof Wiktorowicz

Streszczenie

Zawód pielęgniarstwa wymaga odpowiedniego przygotowania, nie tylko z zakresu wiedzy medycznej, ale też umiejętności budowania kontaktów międzyludzkich. Jakość opieki zapewnianej przez pielęgniarkę w dużym stopniu zależy od właściwego kontaktu z pacjentami oraz interdyscyplinarnym zespołem współpracowników. Coraz większą popularność zdobywa termin Inteligencji Emocjonalnej. Jest to zbiór cech odpowiedzialnych w dużej mierze za kontakty międzyludzkie oraz kontrolę własnych emocji. Określenie to zostało spopularyzowane w 1995 roku przez Daniela Golemana dzięki jego książce „Inteligencja emocjonalna”. Podzielił on IE na 5 podstawowych umiejętności: samoświadomość – znajomość własnych emocji, samokontrola – kierowanie emocjami, motywacja – zdolność motywowania się, empatia – rozpoznawanie emocji u innych, umiejętności społeczne – nawiązywanie i podtrzymywanie związków z innymi osobami.

Pojawia się coraz więcej wyników badań przemawiających za tym, iż IE w znacznym stopniu wpływa na odnoszenie sukcesów w pracy oraz satysfakcję wynikającą z jej wykonywania.

Mimo występowania pewnych kontrowersji związanych z tym tematem, założenie istotnego znaczenia IE w pracy pielęgniarskiej wydaje się być słuszne. Celem poniższej pracy jest próba znalezienia odpowiedzi na pytanie czy poziom IE ma znaczący wpływ na jakość opieki wykonywanej przez pielęgniarkę oraz satysfakcję z wykonywania tego zawodu.

Słowa kluczowe: inteligencja emocjonalna, pielęgniarstwo, emocje.

Summary

Profession of a nurse requires not only medical but also social skills. Quality of nursing care depends on a proper contact with patients and interdisciplinary team of coworkers. Emotional intelligence, a set of attributes responsible for interpersonal contacts and emotional self-control, is becoming a well-known phrase. It was made popular in 1995 by Daniel Goleman, author of the best-selling book „Emotional Intelligence”, who categorized EI into 5 main skills: self-awareness, self-control, motivation, empathy and social skills. There is a growing number of research results which prove that EI influences both successful work and job satisfaction. Despite some controversy related to this theme, assuming the importance of EI in nursing seems justified. The purpose of this paper is to find the answer to the question whether EI is important for quality of nursing care and job satisfaction.

Key words: Emotional Intelligence, nursing, emotions.

Zawód pielęgniarstwa jest zawodem medycznym i nie należy do najłatwiejszych. Osoba decydująca się na ten zawód musi mieć do niego prawdziwe powołanie. Konieczne jest ukończenie studiów, odbycie praktyki a prawo do wykonywania zawodu po zdaniu egzaminu i jest nadane przez Izbę Pielęgniarską. Oprócz posiadania rzetelnej wiedzy medycznej, musi też wykazywać się dużą odpornością na stresujące sytuacje, które spotykają ją w pracy: codzienny kontakt z nie zawsze miłymi pacjentami, długie dyżury, kilkuzmianowy tryb pracy i odpowiedzialność za ludzkie życie, mogą

negatywnie wpływać na wykonywanie przez nią obowiązków. W sytuacji jednak, gdy pacjent jest otwarty na współpracę, słucha i wykonuje zalecenia, to dobrze wykonywane obowiązki, dają dużą satysfakcję z pracy.

Niezaprzeczalnie i w jednej, jak i w drugiej sytuacji pielęgniarka powinna umieć kontrolować swoje emocje i odczucia. Warto też zwrócić uwagę na fakt, iż właściwy kontakt z pacjentem może w znaczny sposób dopełnić proces leczenia i być może jest on dość istotnym elementem terapii.

Pielęgniarki oprócz wiedzy medycznej, muszą również posiadać wiadomości i umiejętności, które pozwolą im na prawidłowe relacje ze spotykanymi pacjentami. Ważne jest tu nie tylko posiadanie czysto zawodowej wiedzy i przygotowania zawodowego. Oprócz wiedzy klinicznej, istotna jest też wiedza z dziedziny nauk społecznych i z zakresu psychologii. Dobry kontakt z pacjentem, wysłuchanie go, zrozumienie jego lęków i obaw, z którymi boryka się podczas trwania leczenia, jest ważne gdyż ułatwia choremu oswojenie się z zaistniałą sytuacją, a przede wszystkim zrozumienie co się z nim dzieje i dlaczego. Pielęgniarki bywają często ogniwem łączącym lekarza z pacjentem. Potrafią w przystępny i zrozumiały dla chorego sposób wyjaśnić zawilości terapii, znaczenie przyjmowania leków oraz korzystny skutek przeprowadzanych zabiegów. Ludzka życzliwość, uśmiech i chwila rozmowy mogą korzystnie wpłynąć na samopoczucie chorego, który znajduje się w nieznanym środowisku, gdzie trudno mu się odnaleźć. Wskazówki, dobre słowo i odrobina uwagi mogą zdziałać więcej dobrego w psychice pacjenta, niż zbywanie go, mechaniczne wykonywanie pracy czy rutynowe podejście do niej.

W periodyku Canadian Nurses Association zwrócono uwagę na następujące wartości, którymi pielęgniarki kierują się w swojej pracy:

1. *Respektowanie potrzeb i uświadamianie pacjenta* – człowiekowi należy się szacunek i indywidualne podejście, co gwarantuje pacjentom pomoc przy podejmowaniu decyzji na temat zabiegów pielęgnacyjnych, po wcześniejszym rzetelnym poinformowaniu go o procedurze.

2. *Godność* – rozpoznawanie i respektowanie wartości każdej osoby i zapewnienie odpowiedniego leczenia każdemu pacjentowi.

3. *Poufność* – dotrzymywanie tajemnicy zawodowej dotyczącej pacjenta, które odtajnić można tylko w szczególnych przypadkach, jak: poinformowanie medycznego personelu zajmującego się pacjentem i gdy zatajenie tych informacji łamie prawo.

4. *Sprawiedliwość* – wszyscy pacjenci traktowani są jednakowo, równo i sprawiedliwie, a sprawiedliwość społeczna jest również promowana.

5. *Odpowiedzialność* – odpowiedzialność za wykonywaną pracę, odpowiedzialność zawodowa i utrzymywanie standardów obowiązujących w praktyce zawodowej pielęgniarek.

6. *Zdrowie i jakość życia* – promowanie zdrowia, poprawa jakości życia oraz pomoc pacjentom w trudnych sytuacjach jak choroby, urazy, niepełnosprawność itp. w osiągnięciu maksymalnego poziomu zdrowia.

7. *Jakość usług pielęgniarskich* – zapewnienie pacjentom kompetentnej i opartej na etycznych zasadach opieki pielęgniarskiej.

8. *Środowisko zawodowe* – szacunek dla współpracowników poprzez wzajemne wspieranie się i dbanie o bezpieczeństwo [1].

Niezwykle ważne są umiejętności społeczne, którymi w swojej pracy posługuje się pielęgniarka. Potrzebne jest więc opisanie dodatkowego czynnika, który dość znacząco wpływa na wykonywanie przez nią zawodu. W ostatnim

czasie podjęte zostały próby określenia czym są umiejętności społeczne, a coraz większą popularność zaczął zdobywać termin Inteligencji Emocjonalnej (IE).

Celem poniższej pracy jest próba znalezienia odpowiedzi na pytanie czy poziom IE ma znaczący wpływ na jakość opieki wykonywanej przez pielęgniarki oraz satysfakcję z wykonywania tego zawodu.

W piśmiennictwie możemy natknąć się na kilka definicji Inteligencji Emocjonalnej. Pierwsza wzmianka na temat IE pojawiła się w 1966 roku w tekście niemieckiego psychiatry H. Leunera [2], jednak dopiero w 1990 roku światło dzienne ujrzała publikacja P. Saloveya i J.D. Mayera, gdzie autorzy opisali to pojęcie w artykule „Emotional intelligence”, a Inteligencję Emocjonalną zdefiniowali jako: umiejętność kontrolowania cudzych i własnych emocji i uczuć oraz rozróżniania ich i wykorzystywania tych informacji do kierowania swoim sposobem myślenia i działania [3]. Za składowe IE uznali oni:

1. Zdolność do postrzegania i wyrażania emocji
 - ▲ rozpoznawanie własnych emocji w stanach fizjologicznych, doznaniach i myślach
 - ▲ rozpoznawanie emocji innych osób na podstawie tego jak wyglądają, jakim tonem mówią, w jaki sposób się zachowują
 - ▲ wyrażania emocji i potrzeb powiązanych z nimi
 - ▲ rozpoznawanie różnic pomiędzy szczerymi i nie-szczerymi oraz zgodnymi i niezgodnymi emocjami.
2. Zdolność do emocjonalnego wspomaganie myślenia
 - ▲ emocjonalne sterowanie uwagą, jak i ukierunkowanie jej na najważniejsze informacje
 - ▲ umiejętność wywołania w sobie określonych emocji mających na celu pomoc zrozumienia przeszłej, aktualnej i przyszłej sytuacji
 - ▲ umiejętność przyjmowania różnych punktów widzenia
 - ▲ stosowanie różnych sposobów rozumienia i podejścia do rozwiązywania problemów, korespondujących z odmiennymi stanami emocjonalnymi.
3. Zdolność do rozumienia i analizowania emocji
 - ▲ rozumienie relacji między słowami, czy odpowiednio nazwanymi emocjami a zaznaczonymi przez nie treściami
 - ▲ umiejętność interpretacji znaczenia emocji i tego jaki mają związek z określonymi międzyludzkimi relacjami (np. utrata kogoś bliskiego)
 - ▲ rozumienie złożonych uczuć, takich jak: miłości połączonej z nienawiścią albo lęku ze zdziwieniem
 - ▲ rozumienie i przewidywanie zmian w przebiegu emocji, np.: przechodzenie ze złości do uczucia wstydu.
4. Zdolność do kontrolowania i regulowania emocji własnych i cudzych
 - ▲ świadome emocjonalne angażowanie się zarówno przyjemne, jak i nieprzyjemne
 - ▲ świadome emocjonalne angażowanie się bądź dystansowanie się od emocji w zależności od oceny ich informacyjnej bądź użytecznej wartości

- ▲ umiejętność świadomego śledzenia swoich emocji, jak i emocji innych osób
- ▲ kierowanie własnymi i cudzymi emocjami, łagodzenie nieprzyjemnych a wzmacnianie przyjemnych, bez ignorowania wszelkich informacji, które ze sobą niosą [4].

Inną definicję IE zaproponował w 1997 roku R. Bar-On. Określił on IE, jako *zespół zdolności osobistych, emocjonalnych i społecznych, które wpływają na zdolność skutecznego radzenia sobie z wymogami i naciskami otoczenia* [5]. Według niego na IE składa się wiele umiejętności, które podzielił na 5 grup:

1. Zdolności intra-personalne
 - ▲ świadomość swojego „ja”
 - ▲ zrozumienie własnych emocji
 - ▲ asertywność
 - ▲ niezależność
 - ▲ dbanie o siebie
2. Zdolności interpersonalne
 - ▲ świadomość i rozumienie uczuć innych osób
 - ▲ związki międzyludzkie
 - ▲ empatia
 - ▲ odpowiedzialność społeczna
3. Umiejętność przystosowania się
 - ▲ weryfikowanie uczuć i myśli swoich i innych osób
 - ▲ rozwiązywanie problemów
 - ▲ elastyczność
 - ▲ analiza otoczenia
4. Radzenie sobie ze stresem
 - ▲ odporność na sytuacje stresowe
 - ▲ zwalczanie stresu
 - ▲ kontrola emocji
5. Czynniki motywujące
 - ▲ optymistyczne nastawienie
 - ▲ szczęście
 - ▲ wyrażanie zadowolenia [6].

Następnie określenie IE zostało spopularyzowane w 1995 roku dzięki D. Golemanowi i jego książce „Inteligencja emocjonalna”. Zdefiniował on IE jako: *samoświadomość polegającą na kontrolowaniu własnych emocji, zapału i wytrwałości w dążeniu do celu, a także zdolności do empatii i umiejętności zachowań społecznych*. Zakłada, że IE nie jest cechą wrodzoną a można ją kształtować, zwłaszcza u dzieci i młodzieży tak, aby zapewnić im jak najwłaściwsze wykorzystanie wrodzonych zdolności w uzyskaniu sukcesu w życiu [6] i podzielił na 5 podstawowych umiejętności:

1. Samoświadomość – znajomość własnych emocji
 - ▲ rozpoznawanie emocji własnych i skutków, które za sobą niosą
 - ▲ wiara w siebie i swoje umiejętności
 - ▲ poczucie własnej wartości, jak i własnych mocnych i słabych stron
2. Samokontrola – kierowanie emocjami
 - ▲ panowanie nad negatywnymi emocjami
 - ▲ moralne zachowanie
 - ▲ odpowiedzialność za swoje czyny
 - ▲ elastyczne podejście do zmian

- ▲ bezproblemowe przyjmowanie nowych informacji, nowatorskich pomysłów i podejść
3. Motywacja – zdolność motywowania się
 - ▲ optymizm
 - ▲ zdolność skupienia się na celu
 - ▲ tłumienie własnej popędliwości
 - ▲ łączenie swoich własnych celów z celami grupy
 - ▲ wykorzystywanie nadarżających się szans i okazji
 - ▲ wytrwałość w dążeniu do wytyczonego celu
 4. Empatia – rozpoznawanie emocji u innych
 - ▲ właściwe odczytywanie emocji u innych osób
 - ▲ wyczuwanie ich potrzeb
 - ▲ altruizm
 - ▲ zdolność do współczucia
 5. Umiejętności społeczne – nawiązywanie i podtrzymywanie związków z innymi osobami
 - ▲ organizowanie grup
 - ▲ negocjowanie rozwiązań
 - ▲ nawiązywanie stosunków osobistych
 - ▲ przeprowadzanie analiz społecznych
 - ▲ inspirowanie innych [6].

Znaną polską badaczką IE jest A. Matczak, która zwróciła uwagę, iż termin IE jest nowym określeniem na wcześniej już istniejące pojęcia. Uważa ona, że IE wcale nie jest aż tak bardzo istotna dla życia człowieka jak tradycyjna inteligencja, a taki pogląd zauważyć można w pracach innych badaczy zagadnienia. Zauważa ona też zagrożenia wynikające z nadmiernego rozwoju poszczególnych cech IE. Zbyt emocjonalne podejście może doprowadzić do zniekształcenia obiektywnych informacji przyjmowanych z otoczenia. Prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie może zostać zaburzone poprzez nadmierne pobudzenie, myślenie i działanie. Do tego zaznacza, iż zbyt ekspresyjne wyrażanie na zewnątrz emocji może zaszkodzić jednostce bądź jej relacjom z innymi [7].

Jak dotychczas nie znaleziono wyraźnej korelacji pomiędzy IE a ilorazem inteligencji (inteligencja logiczna), przez co można założyć, że oba typy inteligencji istnieją od siebie niezależnie. Bardzo trudno jest określić poziom IE, co nie jest problemem w przypadku badania IQ, dlatego też np.: wyniki w nauce, czy końcowa ocena na świadectwie nie są w stanie oddać zdolności wynikających z IE. Dodatkowo G. Matthews, M. Zeidner i R. Roberts w swojej pracy przeglądowej określają koncepcję *Mayera i Saloveya jako najlepiej znaną i najbardziej wpływową w dziedzinie inteligencji emocjonalnej, a badania pokazują, że tylko taki (wydolnościowy) model inteligencji emocjonalnej może być określany jako inteligencja, ponieważ spełnia empiryczne kryteria standardowej inteligencji* [8].

Na podstawie powyższych definicji można stwierdzić, iż IE jest to usystematyzowana wiedza na temat szeroko pojętych umiejętności związanych z ludzkimi emocjami. Podzielić można je na zdolności intrapersonalne, czyli umiejętność radzenia sobie w różnych emocjonalnych sytuacjach, gdzie pomagają one w radzeniu sobie ze stresem i przeciwnościami losu, jak też motywujących do pracy

i działania oraz zdolności interpersonalne pomocne w kontaktach z innymi ludźmi.

Dobrze rozwinięte tego typu zdolności są poszukiwane w zawodach wymagających kontaktu z ludźmi, np. pielęgniarki. Umiejętności interpersonalne pielęgniarek są dość istotne w dwóch aspektach: współpracy z lekarzami i resztą personelu oraz kontaktami z pacjentami. Pacjenci oczekują nie tylko czysto zawodowej wiedzy i rutynowego podejścia ze strony medycznego personelu. A. Niedzwiecka, M. Nowicki i M. Tkaczyk w swoim wystąpieniu pt.: „Oczekiwania chorego dializowanego wobec zespołu pielęgniarskiego w stacji dializ”, podczas XVI Dni Otolaryngologii Dziecięcej odbywających się w dniach 28–30 maja 2009 w Bydgoszczy, przedstawili następujące wyniki badań, m.in.:

- ▲ pacjenci poddawani dializom ocenili pielęgniarki jako bardzo przyjazne osoby, grzeczne oraz bardzo zaangażowane w wykonywaną przez siebie pracę oraz bardzo pozytywnie ocenili miłe i bardzo pogodne podejście do pacjenta
- ▲ zwrócili uwagę na dużą samodzielność w ocenie zaistniałej sytuacji i kompetentność w podejmowaniu przez nie decyzji
- ▲ zaznaczono też, iż ważna jest szczerłość, kultura, uwaga i jako niezmiernie ważne, udzielanie odpowiedzi na zadawane im pytania
- ▲ znaczna ilość chorych przebywających w szpitalu uznała, że pielęgniarki powinny być zawsze uśmiechnięte, i nie przynosiły do pracy własnych problemów
- ▲ chorzy chcieliby, aby pielęgniarki więcej czasu poświęcały na wyjaśnienie im choroby i przebiegu leczenia oraz częściej rozmawiały z pacjentami na interesujące dla nich tematy
- ▲ a za najważniejszą rzecz uznano, iż uśmiech i ciepło oferowane przez pielęgniarkę, są tym, czego nie da się kupić za żadne pieniądze [9].

Można wnioskować, że emocje mają istotne znaczenie dla praktyki pielęgniarskiej. Mają wpływ na profesjonalne relacje, decyzje odnośnie opieki nad pacjentami i na współpracę z innymi pracownikami służby zdrowia. Istnieje przekonanie o tym, jak bardzo ważne jest zrozumienie działania emocji i z niuansów związanych z ich wpływem na organizację pracy w placówkach opieki zdrowotnej. W badaniach klinicznych pojawiają się wątpliwości co do granicy między emocjami a pracą, ale też osobistych kosztów opieki, rosnącym zapotrzebowaniem na rynkowy model opieki zdrowotnej a wpływem emocji na osoby odpowiedzialne za stan pacjentów. Również poszukuje się odpowiedzi na pytania: co znaczy prawidłowe wykorzystywanie emocji i na ile IE wspomaga podejmowanie decyzji [10]?

W literaturze można znaleźć informacje z trzech obszarów: IE a charakter zawodu pielęgniarek, IE a edukacja pielęgniarek i IE a przewodzenie zespołem pielęgniarek.

Pierwszy z nich zobowiązuje pielęgniarki do wykazywania IE przy pełnieniu funkcji zawodowych i to twierdzenie opiera się na zapewnieniu przez pielęgniarkę

opieki pacjentowi, poprzez tworzenie relacji międzyludzkich oraz powiązanych z nimi emocji. Głównym założeniem tej przesłanki jest stwierdzenie, iż zrozumienie i radzenie sobie z emocjami jest istotą umiejętności pielęgniarskich, gdyż zawód ten wymaga swoistego rodzaju wrażliwości [10].

W zakresie edukacji jest dość silne poparcie dla włączenia tematyki IE do programu nauczania studentów pielęgniarstwa. Pojawiły się trzy rodzaje zagadnień, które odnoszą się do charakteru praktyki pielęgniarskiej:

a) studenci muszą zrozumieć rolę emocji w zawodzie pielęgniarki, aby być przygotowanym do zajęć praktycznych

b) studenci muszą zdobyć pewne umiejętności związane z IE, by móc nieść opiekę na odpowiednim poziomie

c) studenci potrzebują IE, by skutecznie wykonywać swoje zadania i radzić sobie z nieprzewidywalnymi sytuacjami w środowisku pracy.

D. Freshwater i T. Stickley uważają, iż podczas praktyk pielęgniarskich powinno kłaść się większy nacisk na kształcenie z zakresu IE, a nie skupiać się wyłącznie na wykonywaniu czysto medycznych zadań [11]. Jeśli model edukacji ignoruje wartość i rozwój IE, to tym samym neguje założenia i istotę pracy pielęgniarskiej. Skupianie się tylko na czysto racjonalnym podejściu stwarza zagrożenie produkowania niezrównoważonych pracowników. Gdy nauczyciel zwraca zbyt mało uwagi na rozwój emocjonalny, nie jest w stanie w pełni przekazać znaczenia relacji międzyludzkich [10].

Liderzy o wysokiej IE pozytywnie wpływają na poziom opieki nad pacjentami poprzez skuteczną motywację pielęgniarek. Emocjonalnie inteligentni przywódcy ustanawiają pozytywne relacje z pielęgniarkami, odzwierciedlające ważność zrozumienia opieki nad pacjentami. Nawiązanie pozytywnych relacji w pracy jest wykorzystywane przez liderów do połączenia klinicznego kontekstu zawierającego praktykę pielęgniarską z zapewnieniem wysokiej jakości opieki [10].

Autorki, takie jak A. C.H. McQueen i P. Muller-Smith proponują, aby pielęgniarki czuły się zawodowo zobligowane do emocjonalnego zaangażowania się w pracę z pacjentami, rodzinami i współpracownikami, mimo tego, iż takie zaangażowanie może stwarzać stresujące sytuacje. Pielęgniarki pracują w interdyscyplinarnych zespołach, w których emocje przenikają do środowiska pracy, gdyż konieczna jest skuteczna wymiana informacji. R. Bar-On, L. Gertis, B. Montes-Berges i J.M. Augusto w swoich pracach znajdują potwierdzenie teorii sugerujących związek pomiędzy kontrolą swoich emocji a osobistą umiejętnością radzenia sobie ze stresem w środowisku pracy [10].

Badania przeprowadzone w 10 tureckich szpitalach psychiatrycznych na 378 pielęgniarkach, wykazały, iż bardzo ważna w ich pracy motywacja zależy w dużej mierze od umiejętności właściwego radzenia sobie z negatywnymi emocjami, zwłaszcza ze złością i gniewem. Pielęgniarki potrafiące kontrolować swoją złość miały wyższy poziom motywacji do pracy niż te, które tłumili w sobie negatywne emocje [12].

Również poczucie humoru jest ważnym, choć nie w pełni wykorzystywanym, narzędziem w relacji pacjent-pielęgniarka. Opisano pięć głównych obszarów, w których humor może pojawiać się w praktyce zawodowej:

- a) radzenie sobie w trudnych sytuacjach i z trudnymi pacjentami
- b) tworzenie więzi pomiędzy pielęgniarkami i pacjentami, jak też i wewnątrz zespołu pielęgniarek
- c) efektywną formą komunikacji pomagającą obniżyć obawy pacjentów, ich depresję i zażenowanie
- d) może być spontaniczny lub zaplanowany
- e) pozytywne doświadczenia pozostają przez długi czas w pamięci zarówno pielęgniarek, jak i pacjentów [13].

W badaniach rozpoczętych w 2010 roku a zaplanowanych do 2015 roku, po przeanalizowaniu dotychczasowych wyników pojawiło się znacznie więcej pytań, niż uzyskanych do tej pory odpowiedzi, ale mimo iż badania nad związkami pomiędzy IE a praktyką zawodową pielęgniarek są ciągle w powijakach, rzucają nowe światło na pojęcie mechanizmów kierujących zaangażowaniem pielęgniarek w swoją pracę oraz zwiększają zadowolenie pacjenta z opieki [14].

Pacjenci zazwyczaj nie posiadają wystarczającej wiedzy, by obiektywnie docenić profesjonalne przygotowanie personelu medycznego i przez co dokonują subiektywnej oceny na podstawie własnych odczuć. Dlatego idealne jest łączenie kompetencji medycznych z wysoką inteligencją emocjonalną [15]. Jest to optymalna sytuacja dla pacjenta, gdyż zapewniona jest mu fachowa opieka medyczna w komfortowej atmosferze.

IE jest jeszcze za mało poznana, aby móc wyciągać jednoznaczne wnioski. Temat ten jest na tyle nowy i wciąż kontrowersyjny, więc pojawiają się głosy zarzucające bezpodstawność twierdzeń na temat znaczenia IE. Mayer i Salovey w 1997 roku uznali, że każdy człowiek może się nauczyć IE od podstaw. D. Goleman w 1998 roku stwierdził, że IE jest ważniejsza niż IQ, a w 2005 r. dodał, że IE nie jest silnie związana z rasą, klasą społeczną, wykształceniem czy statusem społecznym. Bar-On w tym samym roku zaznaczył, że osoby obdarzone wysokim poziomem IE są w stanie łatwiej i szybciej dostosować się do stresujących sytuacji. Twierdzenia te zostały uznane przez część badaczy za przesadzone, niesprawdzone i nieprzekonywujące. Jednak nie wszyscy autorzy byli aż tak negatywnie nastawieni do tych koncepcji. Ashkanasy i Daus w 2005 r. poparli teorie Mayera i Saloveya i obalili twierdzenie krytyków, że IE jest słabo zdefiniowana i nie mierzalna. Uważają oni, że badania nad IE powinny bardziej skoncentrować się na bezpośrednim badaniu emocji, indywidualnym podejściu do emocji i wpływu ich na funkcjonowanie człowieka [10].

Założyć można, iż rozwijanie IE może być obopólnie korzystne dla pielęgniarek i pacjentów. Według C. Saarni wszystkie aspekty inteligencji emocjonalnej można rozwijać

poprzez odpowiednio dobrane ćwiczenia. Należałoby się zastanowić też nad tym które z aspektów inteligencji emocjonalnej są najbardziej przydatne w praktyce zawodowej pielęgniarki, tak aby móc wspierać je w ich rozwoju, np. poprzez organizację odpowiednio przygotowanych warsztatów lub szkoleń [16].

PIŚMIENNICTWO

1. <http://www.cna-aiic.ca/en/> (03.03.2012.)
2. Śmieja M., Orzechowski J., O eksperymentalnych metodach pomiaru inteligencji emocjonalnej, *Psychologia, Edukacja i Społeczeństwo*, 4, 1, 2007.
3. Salovey P., Mayer J.D., *Emotional intelligence, Imagination, Cognition and Personality*, 1990, 9 (3).
4. Salovey P., Sluyter D.J., *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, Wydawnictwo Rebis, Łódź, 1999.
5. Bar-On R., *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i)*, Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 1997.
6. Goleman, D., *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina Poznań, 1997.
7. *Psychologia – Podręcznik akademicki*, pod redakcją J. Strelau i D. Dolińskiego, GWP Gdańsk, 2008.
8. <http://inteligencjaemocjonalna.com/teoria/modele-inteligencji-emocjonalnej/> (03.03.2012.)
9. Niedzwiecka A., Nowicki M., Tkaczyk M., Oczekiwania chorego dializowanego wobec zespołu pielęgniarskiego w stacji dializ, *Pol. Merk. Lek.*, 2009, 26, 154, 311, XVI Dni Otolaryngologii Dziecięcej 28–30 maja 2009, Bydgoszcz.
10. Bulmer Smith K., Profetto-McGrath J., Cummings G.G., *Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review*, *Int. J. Nurs. Stud.*, 2009, 46, 1624-1636, 2009.
11. Freshwater, D., Stickley T., *The heart of the art: emotional intelligence in nurse education*, *Nurs. Inquiry*, 2004, 11.
12. Engin E., Cam O., *Correlation Between Psychiatric Nurses' Anger and Job Motivation*, *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 2006, Vol. 20, No. 6 (December).
13. Tatano Beck C., *Humor in nursing practice: a phenomenological study*, *Int. J. Nurs. Stud.*, 1997, Vol. 34, No. 5.
14. Kooker B.M., Shultz J., Codier E.E., *Identifying Emotional Intelligence in Professional Nursing practice*, *J. Professional Nurs.*, 2007, Vol. 23, No. 1 (January–February).
15. Oboda M., *Inteligencja emocjonalna lekarza dentysty*, *TPS 9/2006*, 2006.
16. Saarni C., *Emotional competence: How emotions and relationship become integrated [w:] R.A. Thompson (ed.), Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln University of Nebraska Press, 1988, Vol. 36.

Adres do korespondencji:

Zakład Edukacji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

**RATOWNIK MEDYCZNY I PIEŁĘGNIARKA SYSTEMU
W ROLI KIERUJĄCEGO POJAZDEM UPZYWILEJOWANYM
W ZESPOLE WYJAZDOWYM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO –
GŁOS W SPRAWIE**

*A PARAMEDIC AND A NURSE AS A PRIVILEGED VEHICLE DRIVER
IN THE EMERGENCY AMBULANCE SERVICES – AN OPINION ON THE ISSUE*

MARCIN CYBULSKI

Zakład Psychologii Klinicznej
Katedra Nauk o Zdrowiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Ewa Mojs
Pracownia Psychologii Transportu – Marcin Cybulski
www.kierowcy.poznan.pl

Streszczenie

Głównym celem pracy jest nakreślenie aktualnej kondycji transportowej części systemu państwowego ratownictwa medycznego. Według obowiązującego prawa kierowcą pojazdu uprzywilejowanego w opiece zdrowotnej może zostać osoba spełniająca szereg wymogów dotyczących predyspozycji i uprawnień. Funkcje kierowcy ambulansu powierzane są coraz częściej, głównie z powodów ekonomicznych, członkom zespołów ratowniczych – najczęściej ratownikom medycznym. Celem dodatkowym pracy jest próba nakreślenia ograniczeń i możliwych rozwiązań w omawianej tematyce.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, kierowca karetki, psychologia transportu, bezpieczeństwo ruchu drogowego.

Zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego wciąż stanowią, w polskich realiach, *novum*. Element społecznego zaskoczenia składa się z dwóch filarów – pierwszym z nich jest zmiana nomenklatury – określenie „pogotowie ratunkowe” zdaje się funkcjonować coraz bardziej w sferze nazewnictwa nieoficjalnego, zastępowane przez poprawne systemowo określenie „ratownictwo medyczne”. Drugi filar „zaskoczenia” definiowany jest przez Ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym [1]. Wprowadza ona terminy „podstawowego i specjalistycznego zespołu wyjazdowego”, funkcjonujące w oparciu o specjalistów medycyny ratunkowej, to jest co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania ratunkowych czynności medycznych, a w przypadku zespołu specjalistycznego również lekarza systemu. Osobami uprawnionymi do wykonywania czynności ratunkowych, oprócz ratowników i lekarzy, są również, według wspomnianej ustawy, pielęgniarki systemu. Wzywając więc dziś „pogotowie ratunkowe” uzyskujemy usługę medyczną często realizowaną przez zespół podstawowy, a więc bez lekarza w obsadzie. Polskie społeczeństwo, nawykłe do odwiedzin lekarskich w ramach pomocy uzy-

Summary

The main purpose of this study is to describe the current situation of the public emergency ambulance services. According to the Polish law only a person who possesses a number of qualities, thus meets the requirements for obtaining necessary permits, may be a privileged vehicle driver within the health care system. Due to the economic reasons paramedics' additional duties include nowadays driving the ambulance. The second objective of this analysis is to describe constraints and outline possible solutions in discussed area.

Key words: nursery, emergency medical services, ambulance driver, traffic and transportation psychology, road safety.

skiwanej w oparciu o pogotowie ratunkowe, wciąż okazywać się może ograniczonym zaufaniem do instytucji ratownika medycznego i nowego systemu.

Pojawiło się też wiele kontrowersji dotyczących uprawnień do prowadzenia funkcjonujących w systemie ratownictwa pojazdów uprzywilejowanych. Stanowisko twórców ustawy jest stanowiskiem otwartym – nie dookreśliła się, czy kierowca ma być członkiem zespołu ratowniczego i wchodzić w skład ustawowego zespołu [2]. Praktyka życia codziennego pokazuje jednak, że przyznawane środki finansowe utrudniają rozbudowę zespołów o specjalistów z zakresu prowadzenia medycznych pojazdów uprzywilejowanych. Tak rozumiane i realizowane założenia systemu ratownictwa prowadzą do wycofywania z obsad ambulansów kierowców-sanitariuszy – ze względu na czynniki ekonomiczne koniecznym staje się zatrudnianie na tych stanowiskach osób posiadających uprawnienia do wykonywania czynności ratunkowych. Odchodzi więc w zapomnienie instytucja kierowcy-sanitariusza, często pełniącego funkcje nieformalnego lidera zespołu, a jeszcze częściej bardziej doświadczonego w procedurach udzielania

pomocy od początkującego lekarza, podejmującego często w zespołach wyjazdowych pierwsze kroki w zawodzie tuż po studiach. Zamiennie rozszerza się uprawnienia zawodowe zatrudnionych kierowców (w oparciu o podnoszenie kwalifikacji przez pracowników już pracujących w opiece zdrowotnej), bądź też nadaje się uprawnienia do prowadzenia karetki ratownikom medycznym. Nadawanie uprawnień polega na oddelegowaniu przez pracodawcę członka zespołu wyjazdowego do pełnienia równoległej funkcji kierującego pojazdem uprzywilejowanym po uprzednim spełnieniu wymogów, o których mówi nam aktualna Ustawa – prawo o ruchu drogowym [3], a także ogłoszona już Ustawa o kierujących pojazdami [4]. W chwili obecnej jedynymi kryteriami kwalifikacyjnymi są: zatrudnienie w instytucji wykorzystującej pojazdy uprzywilejowane, wiek (ukończony 21 rok życia), spełnienie wymagań w zakresie badań lekarskich i psychologicznych oraz posiadanie stosownego zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę. Rok 2013, przynoszący zmiany w tej materii, uszczegóławia te wytyczne, dodając element posiadania prawa jazdy stosownej kategorii oraz ukończenia kursu dla kierujących pojazdami uprzywilejowanymi.

Uregulowania w obrębie systemu ratownictwa medycznego zakładają, że członkowie zespołu posiadający prawo jazdy kategorii B oraz spełniający wymogi z poziomu Ustawy – Prawo o ruchu drogowym mogą prowadzić pojazdy uprzywilejowane. Z takiego zestawienia aktów prawnych wywnioskować wstępnie można, iż zarówno lekarz, jak i pielęgniarka systemu mogą pełnić funkcję kierowcy w zespole wyjazdowym. Nie jest to jednak rozwiązanie często praktykowane. Szczegółowa analiza prawna tej możliwości zostanie przeprowadzona w dziale prawnym czasopisma i zaprezentowana na łamach Pielęgniarstwa Polskiego. Dużo wątpliwości budzi również kurs dla kierujących pojazdami uprzywilejowanymi. Konieczność jego wprowadzenia (głównie dla ratowników medycznych) była już postulowana przez środowiska medyczne i zajmujące się bezpieczeństwem ruchu drogowego [2, 5]. Niezależnie od unormowań prawnych, bazując na dostępnej literaturze tematu [6, 7] założyć można, iż osoba prowadząca pojazd uprzywilejowany winna dysponować określonymi cechami krytycznymi, niezbędnymi w sprawnym operowaniu pojazdem w trudnych warunkach drogowych, żeby wspomnieć tylko sprawność sensomotoryczną, poznawczą, a także osobowość bez oznak nieprzystosowania. Cechy te weryfikowane są w trakcie psychologicznych badań profilaktycznych w oparciu o istniejące akty prawne [3] i wytyczne metodyczne [8, 9, 10]. W analizie Roberta Gałązkowskiego, specjalisty z zakresu ratownictwa medycznego, opisano (niezależnie od płci) predyspozycje psychofizyczne członków zespołu ratowniczego: dobrą koordynację wzrokowo-ruchowo-słuchową, bardzo dobrą sprawność fizyczną, zdolności manualne, decyzyjne, organizacyjne z jednoczesną odpornością psychiczną, zrównoważeniem emocjonalnym i sprawnością mechanizmów intelektualno-poznawczych [11]. Obydwa zestawienia cech niezbędnych do wykonywania czynności kierowcy i ratownika mają wiele punktów stykowych – podkreślają rolę

zasobów i predyspozycji indywidualnych do radzenia sobie z sytuacjami krytycznymi w czasie wykonywania obowiązków służbowych. Niemniej jednak, ze względu na specyfikę poruszania się pojazdami uprzywilejowanymi, równie istotnym elementem uzupełniającym profil zawodowy członka zespołu ratowniczego jest praktyczne szkolenie i budowa zasobów opartych na nawykach i doświadczeniu. Podążając dalej tym tropem założyć więc można, że zarówno ratownik medyczny, lekarz (lekarzka?), czy pielęgniarka (pielęgniarka?) systemu mogą (po spełnieniu wymogów ustawowych) zapewnić podstawowe bezpieczeństwo sobie, pozostałym członkom zespołu, pacjentowi oraz innym uczestnikom ruchu drogowego. Patrząc na metaanalizy z zakresu bezpieczeństwa w ruchu drogowym zwrócić uwagę należy, że płeć i wykształcenie nie różnicują nam do końca grupy kierowców na uczestników „bezpiecznych” i „niebezpiecznych”. Na ten przykład według danych Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego Instytutu Transportu Samochodowego w Warszawie kobieta za kierownicą jest sprawcą wypadku raz na 6,7 miliona przejechanych kilometrów, mężczyzna zaś raz na 4,7 miliona kilometrów [12], zaś dane policyjne wskazują, iż sprawcami ponad 80% wypadków są mężczyźni, zaś niespełna 20% – kobiety [13]. Z drugiej strony warty podkreślenia jest jednak fakt, że zauważalna w ostatnich latach stała się jednak unifikacja stylów uczestnictwa w ruchu drogowym – ze względu na coraz częstsze pełnienie przez kobiety funkcji zarezerwowanych dotychczas dla mężczyzn zaczynają zanikać różnice w zachowaniach drogowych [14].

Niezależnie od płci, stanowiska i wykształcenia kluczowym elementem zdaje się więc być przede wszystkim celowy dobór na stanowisko kierowcy lub ratownika-kierowcy, polegający na określaniu profilu osobowościowego i analizie sprawności psychomotorycznej, inteligencji ogólnej i sprawności poznawczej już na poziomie szkolenia kadr – nawet na poziomie policealnym i akademickim. Tak precyzyjnie wyselekcjonowane kadry, również na tym samym poziomie edukacji, powinny być szkolone w kierunku efektywnego i bezpiecznego poruszania się pojazdami uprzywilejowanymi. Chcąc więc wpisywać w zakres obowiązków pracowników opieki medycznej prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych powinniśmy dać tej grupie zawodowej możliwość właściwego przygotowania się do pełnienia tych obowiązków. Postulować zatem należy wprowadzenie do programów nauczania z zakresu szeroko rozumianej medycyny ratunkowej podstawowych elementów wiedzy i praktyki z zakresu technik kierowania pojazdami. Analizując też nadchodzące zmiany prawne zauważymy, iż wymogiem posiadania omawianych uprawnień będzie ukończenie specjalistycznego kursu – należy jednak wyrazić obawy odnośnie skuteczności tych kursów – w chwili obecnej branżowa rzeczywistość nie jest gotowa na ich prowadzenie, mimo iż za kilkanaście miesięcy nowe przepisy zaczną obowiązywać. Brakuje również aktów wykonawczych uściślających i standaryzujących działania szkoleniowe. Póki co wiązanie funkcji ratun-

kowych i kierowcy jest, według niepublikowanych opinii zbieranych przez autora w środowiskach ratowniczych, jednym z czynników o charakterze stresogennym – nie wiąże się z wymiernymi korzyściami, wymaga dodatkowego wysiłku fizycznego i psychicznego, a także powiązane jest z dodatkową odpowiedzialnością, również tą prawną.

Niezależnie od poziomu wykształcenia, a także cech i predyspozycji indywidualnych do wykonywania tytułowego zawodu trudnego i niebezpiecznego, wymagającego szczególnej sprawności psychofizycznej, kolejną zmienną wpływającą na efektywność operowania pojazdem będzie aktualny, w momencie podejmowania akcji ratunkowej, stan psychoemocjonalny pracownika opieki zdrowotnej. Wykonywanie przez członka zespołu ratunkowego czynności kierowania ambulansem wymaga pełnego zaangażowania i ukierunkowania procesów poznawczych (m.in. uwagi) na procedurę uczestnictwa w ruchu drogowym. W sytuacjach skrajnych członek zespołu w krótkim odstępie czasu musi zmienić tryb funkcjonowania – przejść od czynności ratunkowych do wykonywania zadań kierowcy. Dotyczy to nie tylko funkcjonowania stricte z poziomu sprawności fizycznej, ale też i emocjonalnego. Niezależnie od poziomu reaktywności emocjonalnej i zważności (z poziomu temperamentalnego) pracownika sytuacja nagłej zmiany zakresu wykonywanych czynności wiąże się z koniecznością skutecznej „dysocjacji” – emocjonalnego oddzielenia się od stanu pacjenta, złożoności procedur diagnostycznych i ratunkowych, ale też i od wpływu pozostałych członków zespołu, czy też analizy swoich własnych odczuć. Tak popularny w naukach psychologicznych model podatności-stresu ukazuje nam, iż czynnikiem spustowym nieadaptacyjnej reakcji może być zarówno cecha lub stan jednostki, ale w powiązaniu z czynnikami zewnętrznymi – m.in. cechami okołotraumatycznymi. Założyć jednak należy, iż nie istnieje jednostka całkowicie niepodatna na oddziaływanie czynników stresogennych – istnienie takiej osoby rozpatrywać możemy jedynie na poziomie konstruktów teoretycznych – wszak każdy z nas ma swoje „demony”...

Rozpatrywana powyżej „rozdzielność” zadań i brak „rozdzielności” emocjonalnej wzmacniana jest także poprzez zmęczenie i przemęczenie. Jak wynika z badań przeprowadzonych na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przedstawiciele zespołu ratunkowego pełniący równocześnie funkcje kierowców zdecydowanie częściej od kierowców etatowych w transporcie medycznym prowadzą pojazdy w stanie zmęczenia [5]. Wynika to między innymi z nakładania się obowiązków służbowych ratownika i kierowcy, ale często również z pobudek finansowych, to jest konieczności pracy na dwóch (lub więcej) etatach. Zmęczenie może prowadzić do zjawiska *fatigue-related accident* (w wolnym tłumaczeniu zwiększonej wypadkowości z powodu zmęczenia) [15], wynikającego z obniżenia sprawności poznawczej, m.in. poprzez zaburzenie funkcjonowania podsystemów uwagi – podsystemu orientacyjnego, detekcyjno-egzekucyjnego i czuwaniowo-wzbudzeniowego [16] o blisko 40% po 20 godzinach deprywacji

snu, aż do 60% strat wyjściowej sprawności po 40 godzinach niedoboru snu [17].

Podsumowując powyższe rozważania krótką konkluzją stwierdzić wypada, iż niezależnie od pełnionej w zespole funkcji i kierunkowego wykształcenia łączenie stanowiska kierowcy z prowadzeniem czynności ratunkowych (zarówno z poziomu pielęgniarstwa, ratowniczego, ale i lekarskiego) teoretycznie może być możliwe pod warunkiem właściwego doboru osób do pełnienia danych funkcji oraz profesjonalnego i wszechstronnego ich przeszkolenia. Działania takie mogą, ze względu na różnice w opisach stanowisk kierowcy i członka zespołu ratunkowego, a także wymaganych cechach krytycznych zatrudnianego personelu, jedynie zmniejszyć skalę zagrożenia drogowego w trakcie prowadzonej akcji ratunkowej lub transportu chorego. Ryzyko to jest też stosownie większe, jeśli członek zespołu ratowniczego nie ma możliwości doprowadzenia organizmu do stanu homeostazy i psychicznej równowagi. Stosowniejszym, jeśli już można pozwolić sobie na opiniowanie aktualnego stanu prawnego i stosowanych procedur, rozwiązaniem jest dychotomiczne ujęcie problemu – umożliwiające rozwój, kształcenie i zatrudnianie w systemie państwowego ratownictwa medycznego zarówno specjalistów z zakresu medycyny ratunkowej, pielęgniarstwa i ratownictwa, jak i specjalistów w dziedzinie kierowania pojazdami uprzywilejowanymi. Mimo zwiększonych kosztów utrzymania rozbudowanych zespołów bilans może być dodatni, głównie ze względu na niższą wypadkowość, koszty odszkodowań i napraw taboru, żeby nie wspomnieć o kosztach psychicznych osób pracujących w systemie ratownictwa i przewożonych przez nich pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U.06.191.1410 z dnia 20 października 2006 roku.
2. Ratownictwo medyczne. Miejsce i rola lekarza, pielęgniarki systemu i ratownika medycznego, ratownika oraz dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora. Informator Gazety i Portalu Pielęgniarek i Położnych. Źródło: publikacja on-line z dnia 6 grudnia 2008 roku, serwis internetowy www.pielęgniarki.info.pl, data dostępu 15 lutego 2012.
3. Ustawa Prawo o ruchu drogowym z dnia 20 czerwca 1997 roku. Dz.U. z 2005 nr 108 poz. 908.
4. Ustawa o kierujących pojazdami z dnia 5 stycznia 2011 roku. Dz.U. z 2011 nr 30 poz. 151.
5. Cybulski M., Wybrane uwarunkowania zachowań ryzykownych dla zdrowia u kierowców na przykładzie transportu sanitarnego w województwie wielkopolskim. Niepublikowana rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2011, promotor: dr hab. Maria Danuta Głowacka.
6. Łuczak A., Najmiec A., Badania sprawności psychofizycznej kierowców wypadkowych i bezwypadkowych w aspekcie prewencji wypadkowej i zwiększania kultury bezpieczeństwa w transporcie drogowym. Praca naukowo-badawcza z zakresu prewencji wypadkowej. Central-

- ny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2009.
7. Łuczak A., Wymagania psychologiczne w doborze osób do zawodów trudnych i niebezpiecznych, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa 1998, 23-146.
 8. Metodyka psychologicznych badań kierowców. Wersja znowelizowana. Instytut Transportu Samochodowego, Warszawa 2003, 44-151.
 9. Łuczak A., Tarnowski A., Badania psychologiczne kierowców. Charakterystyka psychometryczna wybranych testów sprawności psychomotorycznej i procesów poznawczych. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2011, 19-76.
 10. Łuczak A., Sobolewski A., Charakterystyka psychometryczna testów psychologicznych. Podręcznik do testów Wiedeńskiego Systemu Testów, przydatnych w doborze osób do zawodów trudnych i niebezpiecznych. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2007, 17-66.
 11. Gałązkowski R., Ratownik medyczny w Polsce – system kształcenia i doskonalenia zawodowego [w:] Edukacja w ratownictwie medycznym. J. Konieczny (red.). Oficyna Wydawnicza Garmond, Inowrocław – Poznań 2007, 24-45.
 12. Zielińska A., Kobieta w ruchu drogowym. Materiały z Konferencji Rzecznika Ubezpieczonych „Być kobietą ubezpieczoną”, Instytut Transportu Samochodowego – Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Warszawa 2006.
 13. Dane Biura Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji za rok 2010. Źródło: publikacja on-line, serwis www.policja.pl, data dostępu: 27 czerwca 2011 roku.
 14. Nallet N., Bernard M., Gadegbeku B., Supernant K., Chiron M., Who takes driving licence point recovery courses in France? Comparison between course-takers and ordinary drivers. *Transport. Res., Part F* 2010, 13, 92-105.
 15. Ogińska H., Pokorski J., Chronoergonomiczne uwarunkowania bezpieczeństwa w transporcie [w:] *Ergonomia transportu. Katedra Psychologii, Zarządzania i Ergonomii*, T. Marek, H. Ogińska, J. Pokorski (red.). Instytut Zarządzania, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, 17-26.
 16. Fąfrowicz M., Marek T., Mechanizmy funkcjonowania uwagi wzrokowej a błąd w procesie kierowania pojazdem [w:] *Ergonomia transportu. Katedra Psychologii, Zarządzania i Ergonomii*, T. Marek, H. Ogińska, J. Pokorski (red.). Instytut Zarządzania, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, 11-16.
 17. Łuczak A., Zużewicz K., Zmęczenie kierowców a bezpieczeństwo pracy. *Bezpiecz. Pracy*, 2006, 4, 20-23.

Adres do korespondencji:

Zakład Psychologii Klinicznej
Katedra Nauk o Zdrowiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

IMPLANT ŚLIMAKOWY DLA OSÓB NIESŁYSZĄCYCH – SZANSA NA ŻYCIE W ŚWIECIE DŹWIĘKÓW

A COCHLEAR IMPLANT FOR THE HEARING IMPAIRED – A CHANCE TO LIVE IN THE WORLD OF SOUND

MAGDALENA MAGIERSKA-KRZYSZTOŃ^{1,2}

¹Zakład Edukacji

Katedra Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr n. hum. Mirosława Cylkowska-Nowak

²Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. med. Witold Szyfter

Streszczenie

Głębokie uszkodzenie słuchu powstałe w okresie prelingwalnym lub w toku dalszego życia, jest bardzo poważną niepełnosprawnością, która uniemożliwia lub w znacznym stopniu utrudnia prawidłowe funkcjonowanie człowieka w środowisku społecznym i rodzinnym. Obecny – dynamiczny rozwój w dziedzinie medycyny, techniki oraz rehabilitacji może być pomocny osobom niesłyszącym. Jedną z istniejących form niesienia pomocy pacjentom z głębokim niedosłuchem jest zastosowanie implantu ślimakowego. Chirurgiczne leczenie głuchoty za pomocą wszczepów ślimakowych umożliwia lub w znacznym stopniu poprawia jakość ludzkiego słyszenia otaczających dźwięków. Dalszym etapem jest prowadzenie systematycznej rehabilitacji pooperacyjnej, która wspomaga naukę odbioru i rozumienia mowy na drodze słuchowej. Prawidłowo realizowana terapia słuchowa stwarza osobom niesłyszącym realną szansę na przebywanie w świecie dźwięków oraz aktywne życie w społeczeństwie.

Słowa kluczowe: implant ślimakowy, osoby niesłyszące.

Głębokie uszkodzenie słuchu powstałe w okresie prelingwalnym, jeszcze w łonie matki lub po narodzinach dziecka jest bardzo poważną niepełnosprawnością, której skutki ujawniają się w toku całego życia. Podstawową konsekwencją tego typu uszkodzenia jest brak rozwoju języka i komunikacji językowej, co prowadzi do różnego rodzaju ograniczeń w rozwoju poznawczym, trudności w funkcjonowaniu społecznym oraz problemów natury psychicznej i emocjonalnej. Niesprawny narząd słuchu niesie ze sobą groźbę izolacji, wyobcowania oraz poczucia niezrozumienia przez cały otaczający świat. Różnica między dzieckiem prawidłowo słyszącym a głuchym ujawnia się dopiero w momencie, kiedy powinno dojść do swoistego „dialogu fonicznego” z otoczeniem. Funkcjonujące wcześniej znaki komunikacji przedjęzykowej przestają być jednym z etapów prowadzących w sposób naturalny do rozwoju mowy dźwiękowej. Który moment życia dziecka można zinterpreto-

Summary

A profound hearing impairment occurring in the pre-lingual phase or later is a serious disability which substantially inhibits or prevents the affected person from proper functioning in social and family life. However, the present-day dynamic developments in medicine, technology and rehabilitation may help the hearing-impaired people. One of the existing forms of support offered to patients with a profound hearing disability is a cochlear implant. Surgical treatment of deafness by means of cochlear implants restores or largely improves the patients' quality of hearing. It requires a second step, which is a systematic postoperative rehabilitation, enhancing the learning of reception and understanding of speech by hearing. A properly conducted hearing therapy gives the hearing-impaired people a real chance to join the world of sound and to lead an active social life.

Key words: cochlear implant, hearing-impaired people.

wać jako znaczący w nabywaniu mowy i języka? Już niemowlęta posiadają umiejętność odróżniania i kategoryzowania prawie wszystkich fonemów: samogłosek, większości spółgłosek, a nawet dźwięków obcej mowy [1]! Można zatem powiedzieć, że każde dziecko przychodzi na świat przygotowane zarówno do odbioru, jak i ekspresji mowy. Jest to możliwe tylko dzięki ludzkiemu mózgowi, który odznacza się dużą plastycznością i zdolnością do przyswajania języka. Według N. Chomsky'ego zdolność tę można postrzegać jako „kompetencję językową”, która stanowi nieuświadomioną wiedzę powstającą w umyśle, pozwalającą użytkownikom danego języka budować zdania gramatycznie poprawne oraz odróżniać zdania sensowne od niepoprawnych [2]. Umiejętność czynnego posługiwania się tymi wrodzonymi zdolnościami jest jednak ograniczona indywidualnymi możliwościami psychicznymi i fizycznymi każdej jednostki. Należy pamiętać, że język przyswajany jest aku-

stycznie i w tym procesie sprawny narząd słuchu i aparat artykulacyjny odgrywa wiodącą rolę. Dziecko słysząc różne dźwięki, będąc nieustannie „zanurzone” w tym ciągu fonicznym, dzięki słuchowemu sprzężeniu zwrotnemu – próbuje je naśladować. Zauważa, że dźwięki, które produkuje samodzielnie – działają na otoczenie, sprzyjając między innymi skuteczniejszemu zaspokajaniu własnych potrzeb. „Aby komunikowanie się było skuteczne, to znaczy, aby umożliwiło wymianę myśli i uczuć, dziecko musi się posługiwać formą języka zrozumiałą dla osób, z którymi się komunikuje oraz musi rozumieć język, którym posługują się inni w celu porozumiewania się z nim” [3]. Dzieci niesłyszące – nie mając słuchowego dostępu do języka mówionego, który jest używany zazwyczaj przez całe najbliższe otoczenie – wykazują duże trudności w komunikowaniu się z osobami słyszącymi. Według Kazimierzy Krakowiak – źródło tych trudności odnaleźć można w istnieniu tak zwanej bariery fonologicznej [4, 5], której wystąpienie staje się realne, gdy upośledzenie słuchu uniemożliwia lub ogranicza odbiór słowa mówionego. Dlatego prawdopodobnym wydaje się stwierdzenie, że „bariera fonetyczna, polegająca na tym, że naturalna postać foniczna wypowiedzi kierowanych do dziecka z uszkodzonym słuchem nie jest wystarczająca, by w naturalnych kontaktach z otoczeniem odkryło ono język” [6]. Znajomość systemu językowego ściśle powiązana jest ze stopniem ubytku słuchu, dlatego osobom niesłyszącym – szczególnie od urodzenia – tak dużą trudność sprawia wyróżniona przez N. Chomsky’ego: kreatywność językowa, gramatyczność przekazu, akceptabilność oraz interioryzacja języka [7]. Funkcjonowanie wrodzonego mechanizmu „kompetencji językowych” zostaje zaburzone w wyniku znacznych ograniczeń możliwości recepcji otaczających dźwięków, w tym dźwięków mowy. Przełamanie tej bariery nie jest możliwe w sposób naturalny, gdyż dziecko niesłyszące nie przyswaja języka w sposób spontaniczny, lecz za pomocą różnych metod edukacyjnych jest nauczane, w jaki sposób ten proces może zaistnieć. Inny problem stanowi stopniowa lub nagła utrata słuchu, która dotyka zazwyczaj osoby z już ukształtowanym systemem językowym. Można by sądzić, że takim osobom łatwiej jest sobie radzić z niepełnosprawnością, łatwiej pogodzić się z zaistniałymi ograniczeniami. Zwykle nie jest to jednak prawdą. Wystąpienie głuchoty, a szczególnie nagłej, jest zawsze ogromnym wstrząsem psychicznym. Życie rodzinne, zawodowe, towarzyskie ulega wielu zakłóceniom, nic nie jest już postrzegane, tak jak dawniej. Dużą trudność sprawia aktywne uczestniczenie w życiu społecznym i kulturalnym. Człowiek dorosły, nagle lub stopniowo tracący słuch w przebiegu na przykład choroby – zna swój język ojczysty w sposób wystarczający do satysfakcjonującego komunikowania się. Ale każdy język, którym posługuje się dana społeczność jest żywym tworem, zmienia się, a taka osoba ma coraz mniej okazji do porozumiewania się, jej słownictwo ubożeje, mowa staje się nieczytelna, zamazana. W Polsce żyje grupa ponad 50 tysięcy osób z dysfunkcją narządu słu-

chu. Istotnym wyzwaniem społecznym wydaje się więc możliwość wydostania osób niesłyszących, głuchych od urodzenia, ale i tych z głuchotą nabytą w wieku późniejszym – ze świata ciszy. Taką możliwość daje zastosowanie systemu implantu ślimakowego, który przywraca zdolność słyszenia. Jakakolwiek realna szansa na minimalizowanie ograniczeń recepcji dźwięków może w końcowym, pozytywnym efekcie prowadzić do przełamania bariery fonetycznej, z którą z racji swej niepełnosprawności borykają się osoby niesłyszące. Oczywiście wydaje się, że prawdopodobieństwo wystąpienia tych trudności staje się tym mniejsze, im większe stają się możliwości słuchowego odbioru dźwięków po zaimplantowaniu. Pierwszymi urządzeniami, których zadaniem było wzmacniać dźwięki, były trąbki słuchowe. Próby poprawiania słyszenia realizowano również za pomocą tak zwanych wachlarzy akustycznych, które trzymane między zębami wykorzystywały drogę kostną jako umożliwiającą i wspomagającą odbiór dźwięków [8]. Obecnie podstawową formę pomocy dla osób niesłyszących i słabo słyszących stanowią analogowe i cyfrowe aparaty słuchowe, które można indywidualnie programować w zależności od rodzaju ubytku słuchu danej osoby. W przypadku osób z głębokim niedosłuchem bardziej skuteczne jest zastosowanie systemu implantu ślimakowego. Początki myśli o zastosowaniu implantów ślimakowych odnaleźć można już w eksperymentach Aleksandra Volty w roku 1790. Za pośrednictwem elektrycznej stymulacji nerwu słuchowego, poprzez wkładanie metalowych pręcików do uszu, usiłował wywołać pierwsze wrażenia słuchowe. Lata sześćdziesiąte ubiegłego stulecia przyniosły wiele naukowych inspiracji oraz duże, społeczne zainteresowanie programem badawczym dotyczącym chirurgicznego leczenia całkowitej głuchoty metodą wszczepów ślimakowych. Prawie 200 lat musiało minąć od pierwszych eksperymentów lekarskich w tej dziedzinie, aby po serii mniej lub bardziej udanych działań mających na celu przywrócenie słuchu rozpoczęto masową produkcję implantów ślimakowych. Po dopuszczeniu protez ślimakowych przez amerykańską FDA do komercyjnego stosowania uznano je za powszechny sposób pomocy osobom niesłyszącym. Początkowo implantowano tylko osoby z głuchotą postlingwalną, gdyż efekty tych działań były szybko widoczne i w znaczny sposób poprawiały jakość życia poszczególnych pacjentów. Dopiero po pewnym czasie zaoferowano taką możliwość leczenia także osobom z głuchotą prelingwalną. Zaznaczyć tutaj należy, że przez długi czas ta metoda leczenia była bardzo kontrowersyjnie oceniana przez środowiska ludzi niesłyszących na całym świecie. Zarzucano jej, że na siłę wyrывa, szczególnie dzieci niesłyszące od urodzenia, ze świata ciszy, tym samym pozbawiając je korzeni, duchowego dziedzictwa kultury niesłyszących, a w konsekwencji własnej tożsamości [9]. Obecnie implantuje się na świecie oraz w Polsce wiele dzieci z rodzin, gdzie obydwój rodzice są osobami niesłyszącymi i ten fakt nie budzi już takiego sprzeciwu i protestu w lokalnych społeczno-

ściach osób głuchych. Zasada działania wszystkich typów implantów ślimakowych jest zbliżona, gdyż wszczep ślimakowy to urządzenie, którego podstawowym zadaniem jest przekształcanie dźwięku w prąd elektryczny. Funkcje uszkodzonych komórek rzeszaty w uchu wewnętrznym przejmują implant, a staje się to możliwe dzięki wprowadzonej operacyjnie do ślimaka elektrodzie stymulującej. Poprzez bezpośrednią elektrostymulację nerwu słuchowego, informacje akustyczne wędrują wprost do mózgu, który interpretuje je jako dźwięki, muzykę lub informacje językowe [10, 11, 12]. Wszczep ślimakowy składa się z części wewnętrznych i zewnętrznych. Części zewnętrzne zostają przymocowane do głowy pacjenta za pomocą magnesu, a części wewnętrzne wprowadzone są do ucha wewnętrznego podczas chirurgicznej operacji. „Odbierane przez mikrofon bodźce akustyczne są przetwarzane w części zewnętrznej aparatu na odpowiednie impulsy elektryczne i poprzez cewkę zewnętrzną przekazywane indukcyjnie do cewki wewnętrznej. Cewka wewnętrzna jest połączona z elektrodą wprowadzoną do wnętrza ślimaka w uchu wewnętrznym przez okienko okrągłe” [13]. Program implantów ślimakowych w Polsce zainicjował prof. H. Skarzyński w roku 1992, kiedy przeprowadził pierwszą operację wszczepienia implantu jednokanałowego [14]. W roku 1994 również Klinika Otolaryngologii Akademii Medycznej w Poznaniu rozpoczęła implantację osób niesłyszących. Wykonano wtedy operację wszczepienia implantu osobie dorosłej, a rok później zaimplantowano dziecko niesłyszące od urodzenia [15, 16, 17, 18]. Implant ślimakowy pozwala osobom będącym do tej chwili praktycznie niesłyszącymi, uzyskanie progu słyszenia w wolnym polu dźwiękowym przeciętnie na poziomie 30-40 dB. To umożliwi przebywanie w jeszcze niedawno całkowicie niedostępnym świecie dźwięków. Szacunkowo przyjmuje się, że na całym świecie w chwili obecnej żyje ponad 180 tysięcy użytkowników implantów ślimakowych – dzieci, młodzieży, dorosłych oraz osób starszych. Program wszczepów ślimakowych i jego skuteczna realizacja odbywa się dzięki stworzeniu interdyscyplinarnego zespołu specjalistów. Lekarze, logopedzi, psychologowie, akustycy i pracownicy szczebla administracyjnego wymieniając na bieżąco informacje oraz zdobyte doświadczenia, czynią program bardziej skutecznym i efektywnym. Program wszczepów ślimakowych składa się z trzech etapów: kwalifikacji przedoperacyjnej, operacji oraz rehabilitacji pooperacyjnej. Procedura kwalifikacyjna polega na przeprowadzeniu oceny klinicznej, wymagającej wielu specjalistycznych badań medycznych. Wykonuje się między innymi badanie audiologiczne oraz logopedyczne. To ostatnie ma na celu określenie językowego poziomu funkcjonowania pacjenta. Dodatkowo przeprowadza się badania psychologiczno-pedagogiczne, których celem jest określenie poziomu funkcjonowania w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz test elektrostymulacji [19]. Zabieg operacyjny trwa przeciętnie około trzech do czterech godzin, po operacji pacjent przebywa w szpitalu przez czas określony wyko-

naną procedurą. Podłączenie procesora mowy następuje po wygojeniu rany operacyjnej, około trzy, cztery tygodnie po zabiegu. Sam moment podłączenia procesora uważany jest często przez pacjentów za przełomowy, gdyż nierzadko po raz pierwszy w życiu mają szansę słyszeć. Ogromnie ważną częścią programu leczenia głuchoty metodą wszczepów ślimakowych jest pooperacyjna rehabilitacja [20, 21], która systematycznie prowadzona, zazwyczaj przynosi wymierne efekty. Należy zdawać sobie sprawę, że samo wszczepienie implantu – nie daje możliwości natychmiastowego odbierania i rozumienia mowy. Niezbędne są systematyczne wizyty pacjenta na których optymalnie dopasowuje się parametry funkcjonowania procesora mowy. Dopiero wtedy można pracować nad rozwijaniem umiejętności słyszenia i słuchania to znaczy świadomego – całkowitego i zarazem selektywnego odbioru dźwięków. Programowanie procesora mowy jest indywidualnym procesem, który przyczynia się do tego, że nowo powstały słuch elektryczny jest w miarę możliwości zbliżony do naturalnego. Należy tutaj jednak zaznaczyć, że „aktywność nerwu słuchowego spowodowana drażnieniem elektrycznym różni się znacznie od aktywności w normalnych warunkach” [22]. Program rehabilitacji obejmuje następujące etapy nauki słuchowego odbioru mowy: wykrywanie sygnału akustycznego w otoczeniu lub jego braku; dyskryminację dźwięków; identyfikację dźwięków; rozumienie dźwięków [23]. Etap wykrywania dźwięków oraz mowy polega na przeprowadzaniu ćwiczeń mających wspomóc dostrzeżenie obecności bodźców słuchowych w otoczeniu oraz uzyskanie odpowiedzi na pytanie; jest dźwięk, czy nie ma? Na etapie dyskryminacji przeprowadza się ćwiczenia w zakresie nabywania umiejętności różnicowania dwóch lub większej ilości bodźców akustycznych, w tym mowy. Szczegółowo analizuje się cechy dźwięków, odpowiednio dobierając zestawy testowe. Pytanie, czy dwa (lub więcej) usłyszane dźwięki są takie same czy różne – towarzyszy pacjentowi podczas przeprowadzanych w tym okresie ćwiczeń. Poziom identyfikacji polega na powiązaniu sytuacji testowych z umiejętnością kojarzenia na poziomie konkretnych desygnatów: co słyhać, kogo słyhać. Osiągnięcie etapu rozumienia mowy umożliwi między innymi uczestniczenie w dialogach oraz satysfakcjonujące komunikowanie się. Prowadzenie szeroko pojętego pooperacyjnego wychowania słuchowego w przypadku dzieci oraz treningu słuchowego w przypadku osób dorosłych, jest możliwe zawsze z zachowaniem zasady stopniowania trudności, uwzględniającej równoczesne pojawianie się kolejnych nabytych umiejętności percepcyjnych. Prowadzenie skutecznej pooperacyjnej rehabilitacji, której zadaniem jest sukcesywne wprowadzanie i zaznajamianie osoby dotąd niesłyszącej ze światem dźwięków, uwarunkowane jest wieloma czynnikami, które należy uwzględnić w całym procesie. Należą do nich: wiek, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu; moment postawienia diagnozy; moment samej implantacji; sposób komunikowania się dominujący w dotychczasowym funkcjo-

nowaniu społecznym; czas użytkowania implantu ślimakowego. Prowadzone badania w ośrodku poznańskim dowiodły, że im dłuższy czas użytkowania wszczepu, tym lepsze osiągnięte wyniki rehabilitacyjne [24]. Dodatkowymi czynnikami, które należy wymienić są: poziom inteligencji; poziom indywidualnej akceptacji urzędnika; zdolność do uczenia się, indywidualna motywacja; metody rehabilitacji; uczestnictwo najbliższej rodziny i bliskich osób w terapii; poziom socjalno-kulturowy środowiska, w którym żyje pacjent. Implant ślimakowy przy spełnieniu określonych warunków – wprowadza osoby niesłyszące – w świat dźwięków i mowy, który z racji ograniczeń percepcyjnych trwających przez całe życie lub jego część – nie był dla nich osiągalny. Rehabilitacja nie u każdego kończy się sukcesem. W zależności od indywidualnych predyspozycji związanych z możliwością odbioru, przetwarzania i wykorzystania informacji płynących drogą audytywną, pacjent po implantacji może osiągać trzy poziomy percepcji słuchowej. Poziom podstawowy, dający poczucie dźwięku, w konsekwencji umożliwia lepsze funkcjonowanie w świecie ludzi słyszących oraz w otaczającym nas świecie dźwięków. Poziom percepcji zwykłej rozmowy daje szansę na tak pożądaną poprawę rozumienia mowy, ze szczególnym naciskiem na użycie kanału słuchowo-wzrokowego wiodącego podstawową rolę w odbiorze komunikatów słownych. Poziom pełnego rozumienia mowy pozwala na swobodne słuchowe funkcjonowanie w zakresie percepcji, dyskryminacji, identyfikacji oraz rozumienia jej poszczególnych aspektów. Podejmując decyzję o implantacji, ludzie niesłyszący mają określone oczekiwania wobec tej metody. Obserwując zwiększającą się liczbę osób zaimplantowanych w Polsce, w Europie, czy też na świecie – odnosi się wrażenie, że chęć i wola przezwyciężania własnych ograniczeń, a zarazem motywacja do poprawienia jakości życia podyktowane są nadzieją na odmianę losu, która stanowi motor ludzkiego działania. Osoby niesłyszące chcące słyszeć otaczający świat, mogą skorzystać z tej formy pomocy, która została wypracowana w toku wieloletnich badań i działań na polu naukowym. Medycyna i nauka w służbie ludziom, to już nie jest deklaracja bez pokrycia w tym przypadku, to realna szansa na pozytywne zmiany.

PIŚMIENNICTWO

- Zimbardo P.G., Psychologia i życie, PWN, Warszawa 2002, 166-167.
- Chomsky N., Zagadnienia teorii składni, Ossolineum, Wrocław 1982.
- Hurlock E., Rozwój dziecka, PWN, Warszawa 1985.
- Krakowiak K., Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem, UMCS, Lublin 1995.
- Krakowiak K., Bariery kształcenia językowego dzieci z głęboko uszkodzonym słuchem, w: Komunikacja językowa i jej zaburzenia, część 7, UMCS, Lublin 1994, 172.
- Kurkowski Z.M., Mowa dzieci sześciolletnich z uszkodzonym narządem słuchu, UMCS, Lublin 1996, 60-70, 141.
- Chomsky N., Zagadnienia teorii składni, Ossolineum, Wrocław 1982.
- Jakubowski S., Środki techniczne w rehabilitacji i edukacji osób z niepełnosprawnością sensoryczną, w: Społeczeństwo równych szans, Gorajewska D. (red.), Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa 2005, 149-167.
- Lane H., Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych, WSIP, Warszawa 1996.
- Horsch U., Cochlear Implant, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002.
- Lehnhardt E., Bertram B., Rehabilitation von Cochlear-Implant – Kindern, Springer Verlag, Heidelberg 1991.
- Pruszewicz A. i in., Zarys audiologii klinicznej, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2000.
- Szczepankowski B., Wyrównywanie szans osób niesłyszących, WSRP, Siedlce 1998.
- Szuchnik J., Skarżyński H., Geremek A. i wsp., Results of total deafness treatment in young pre- and postlingually deafened children, Scand Audiol., 2001, 30, Suppl 52, 42-44.
- Mueller-Malesińska M., Geremek A., Góralówna M. i wsp., Podstawowe założenia rehabilitacji dzieci po zaimplantowaniu wszczepem ślimakowym, Otolaryng. Pol., 1994, supl. 18, 161.
- Gajda S., Jak zbudowane są wyrazy, w: Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Gałkowski T., Jarzębowska G. (red.), Wyd. UO, Opole 1999.
- Szyfter W., Pruszewicz A., Szmaja Z. i wsp., Poznański program leczenia głuchoty dziecięcej metodą wszczepów ślimakowych, Otolaryng. Pol., 1997, 50, supl. 22, 174-178.
- Szyfter W., Leczenie osób niesłyszących metodą wszczepów ślimakowych, Mag. Med., 1995, 6, 7-8.
- Pilecka W., Ozga A., Kurtek P. (red.), Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ekosystemie, Wyd. Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2005.
- Archbold S. Organizacja programu wszczepów ślimakowych w Nottingham, Audiofonologia, 1996, 8, 109.
- Bertram B., Die Beziehung von Eltern Und horgeschadigten Kindern, Spectrum Horen, 2002, Heft 2.
- Mueller-Malesińska M., Geremek A., Góralówna M., Podstawowe założenia rehabilitacji dzieci po implantowaniu wszczepem ślimakowym, Otolaryngol. Pol., 1994, supl. 18, 161.
- Malesińska M., Program rehabilitacji całkowitej utraty słuchu u osób po wszczępieniu implantów ślimakowych, Otolaryng. Pol., 1994, 48, supl 15, 92-104.
- Szyfter W., Kawczyński M., Magierska-Krzysztoń M., Zmiany sposobu komunikacji interpersonalnej u dzieci z głuchotą pre- i perilingwalną po implantacji wszczepem ślimakowym, Otolaryngol. Pol., 2004, 58, 345-348.

Adres do korespondencji:

Zakład Edukacji
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 ul. Bukowska 70
 60-812 Poznań

**REFLEKSJA NAD ETYCZNYM PODEJŚCIEM DO KONKUROWANIA
W KONTEKŚCIE MISJI, WIZJI I CELÓW
FIRM FARMACEUTYCZNYCH DZIAŁAJĄCYCH NA RYNKU POLSKIM**

*REFLECTION ON AN ETHIC APPROACH TO COMPETING
IN THE CONTEXT OF MISSIONS, VISIONS AND GOALS
OF PHARMACEUTICAL COMPANIES ACTIVE IN THE POLISH MARKET*

MICHAŁ SZARYCZ

Katedra Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Celem pracy jest przegląd misji, wizji i celów firm farmaceutycznych działających na rynku polskim ze szczególnym odniesieniem do zjawiska konkurencji rynkowej. Zebrany materiał w formie piśmiennictwa oraz wywiadów pozwala stwierdzić, że wymiar konkurencji zależy od specyfiki obszaru, w którym funkcjonują firmy. W branży farmaceutycznej powinno występować bardziej rozbudowane, jak przy innych rynkach, podejście moralne w metodach kreowania zysków. Organizacje wiodące na rynku nie kryją się z podstawowym celem prowadzenia działalności gospodarczej, jakim jest zysk. Przedstawiają one także szczegółowo wartości występujące w firmie wskazując m.in. na obszar konkurencji. Wśród organizacji o mniejszych przychodach wartości są wyrażane powściągliwie w oparciu o duży stopień ogólności. Można wskazać na istnienie zapisów świadczących o konieczności podejmowania działań związanych z procesem konkurencji. Należy zaznaczyć, że wśród niektórych firm następuje pominięcie misji i wizji w przekazie otwartym, jak i zamkniętym. Okazało się, że obszar misji, który z jednej strony obrazuje wartości organizacji związane z konkurencją, z drugiej sam staje się formą konkurencji pomiędzy organizacjami.

Słowa kluczowe: etyka, konkurencja, organizacja, firma farmaceutyczna.

Polski rynek farmaceutyczny jest wciąż jednym z tych, które budzą ogromne emocje. W ostatnim czasie duże poruszenie wywołało wprowadzenie nowej ustawy refundacyjnej, jednak permanentnie głównym czynnikiem wpływającym na ogromne zainteresowanie wspomnianym rynkiem, jest jego wartość. Według różnych firm badawczych kształtuje się ona w przedziale 30,5–31 mld PLN za 2011 r. i co warto wskazać, wartość ta systematycznie wzrasta. Obecnie istnieje ponad 300 firm, które aktywnie promują swoje leki, suplementy diety oraz wyroby medyczne. Ilość takich przedsiębiorstw i ich metody działania to kolejny aspekt wpływający na zainteresowanie branżą farmaceutyczną.

Firmy farmaceutyczne, tak jak inni uczestnicy wolnego rynku konkurują ze sobą. Podstawowa definicja

Summary

The purpose of my work is to make a review of missions, visions and goals of pharmaceutical companies active in the polish market with a particular reference to a phenomene of competing in the market. With this material, collected in the form of literature and interviews, it can be concluded, that dimension of the competing depends on specificity of the domain in witch these companies are functioning. The moral approach of methods of profit creation in the pharmaceutical branch should be more developed like it has place in the other branches. Leadings organizations function in accordance with a basic business purpose witch is a gain. They also minutely present values important to a firm and show the area of the competing. On the other hand, companies with a smaller income declare values in the more reserved and generally way. There exist records witch prove that there is a necessity to compete. Some companies omit the mission and the vision both in open and close transfer. It turned out that on the one hand mission shows the values of organization about competing and on the other hand it become a form of competing itself between organizations.

Key words: ethic, competition, organization, pharmaceutical company.

konkurencji określa ten termin, jako działanie co najmniej dwóch osób, które dążą do uzyskania tego samego dobra – niepodzielnego i mogącego przypaść tylko niektórym osobom. Natomiast konkurencję gospodarczą definiuje się, jako rywalizację wolnych uczestników rynku o możliwość zakupu lub sprzedaż dóbr rzadkich, będących przedmiotem obrotu [1]. W dużym uproszczeniu – firmy (w tym farmaceutyczne) dążą do systematycznego zwiększania swoich zysków.

Mając na uwadze wzajemne konkurencje należy zwrócić szczególną uwagę na specyfikę obszaru, w którym funkcjonują firmy. W branży farmaceutycznej winno występować bardziej rozbudowane, jak przy innych rynkach, podejście moralne w metodach kreowania zys-

sków. Jak więc ustalić misję, wizję i cele firmy farmaceutycznej, aby *zarabiać moralnie*? Jest to pytanie, na które nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Poszukiwaniem rozwiązań w zakresie harmonijnego połączenia wymagań rynkowych z moralnym podejściem zajmują się etycy, a dokładniej etycy biznesu.

Wróciłbym jednak do terminu konkurencja. Można by wskazać, że są akty prawne regulujące konkurencję w życiu gospodarczym oraz w poszczególnych branżowych obszarach. Owszem takowe wstępują, jednak trudno w nich odszukać moralnych wytycznych. W Polsce już w 1993 r., więc w niedługim czasie po zmianie systemu gospodarczego na wolnorynkowy, została podpisana Ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji – Dz. U. 1993 r. Nr 47, poz. 211. Do dnia dzisiejszego ustawa ta była wielokrotnie nowelizowana. W art. 1 niniejszej ustawy można przeczytać zakres, który obejmuje – *Ustawa reguluje zapobieganie i zwalczanie nieuczciwej konkurencji w działalności gospodarczej, w szczególności produkcji przemysłowej i rolnej, budownictwie, handlu i usługach – w interesie publicznym, przedsiębiorców oraz klientów, a zwłaszcza konsumentów* [2].

Wraz z rozwojem gospodarek wolnorynkowych rozwijało się nie tylko prawo kształtujące pozytywną konkurencję, ale także etyka w biznesie. Zaczęło pojawiać się wiele teorii, koncepcji oraz modeli poddających refleksji etycznej zasady konkurencji. Najbardziej znane z nich to – neoklasyczny model doskonałej konkurencji ekonomicznej, model konkurencji aktywnej, koncepcja dynamicznej i przedsiębiorczej konkurencji czy koncepcja pozytywnej konkurencji Lynn S. Paine [3]. Konkurencja uważana jest przez ekonomistów za zjawisko pozytywne, niemniej należy pamiętać, że w procesie konkurencji dochodzi często do zachowań patologicznych. Konkurencja przynosi zarówno korzyści, jak i szkody. Wymiar wpływu konkurencji nie odnosi się tylko i wyłącznie do konkurentów na rynku, jest on znacznie szerszy i ma znaczący wpływ również na klientów, którzy dzięki konkurencji mogą także zyskać lub stracić.

Wskazuje się, że konkurencja gospodarcza wzmaga dążenia do innowacyjności i poprawy efektywności mierzalnej zadowoleniem konsumentów. Jednak szereg jest przypadków występowania patologii obniżających korzyści czy też tworzących szkody dla konkurentów i klientów. Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia nie można oprzeć się wrażeniu, że możliwe odchylenia od normy w postępowaniach wolnorynkowych na rynku farmaceutycznym mogą doprowadzić do szkód znacznie większej wagi niż na innych rynkach.

Konkurencyjność jest jednym z wielu aspektów branych pod uwagę w kształtowaniu celów, misji a także wizji organizacji, które to każde przedsiębiorstwa winny posiadać. Zdecydowana większość firm farmaceutycznych działających na rynku polskim wskazuje swoją misję, którą definiuje się jako zasadę działalności gospodarczej, której charakter określa kierownictwo organizacji na podstawie przyjętych kryteriów, np. preferencji klientów, oferowanych produktów czy też właśnie

przewagi konkurencyjnej. Jest ona charakterystyczną rolą przedsiębiorstwa wyrażającą jego odrębność. Misja może stanowić pewne hasło identyfikujące pracowników z firmą i jej celami.

Wolnorynkowe konkurencje wywiera także wpływ na kształt wizji organizacji. Za wizję uznaje się opis wizerunku przedsiębiorstwa o odległej przyszłości, przy założeniu wystąpienia korzystnych uwarunkowań. Jest to więc koncepcja pewnego modelu organizacji w przyszłości. Ważne, że to misja ma pomóc określić szczegółowe cele jakie ma spełniać przedsiębiorstwo w zaspokajaniu potrzeb. Definiowanie misji organizacji prowadzącej działalność gospodarczą dla zysku jako idei przewodniej można więc uznać za przesadne [4]. Wynika z tego, że nie można wprost zdefiniować misji przedsiębiorstw farmaceutycznych, jako chęci zarabiania pieniędzy. Należy doszukać się w ich działaniach celów, które znajdują się poza obszarem finansowym.

Posłużę się przykładem amerykańskiej firmy Merck & CO., która na rynku polskim występuje pod nazwą MSD Polska Sp. z o.o. Misja MSD wyrażona jest w sposób następujący – *Merck & Co., Inc. to nie tylko działalność polegająca na odkrywaniu, rozwijaniu i dostarczaniu pacjentom leków i szczepionek, które poprawiają jakość ich życia. Naszą misją jest coś więcej. Jako firma przestrzegamy wysokich standardów etycznych i cenimy uczciwość, rzetelność i przejrzystość wszystkich naszych działań. Chcemy zapewnić najwyższą jakość produktów i usług poprzez innowacyjność i znajdowanie rozwiązań poprawiających jakość życia i spełniających oczekiwania klientów. Pracownikom dajemy szanse wykonywania ciekawej pracy oraz rozwoju zawodowego. Inwestorom możliwość uzyskania godziwych zysków z zainwestowanego kapitału* [5]. Tak rozumiana misja jest przykładem połączenia trzech fundamentów rozwoju gospodarczego organizacji, a więc satysfakcji klienta (pacjenta), rozwoju pracowników oraz zysków.

Czerpiąc z informacji rynkowych można stwierdzić, że wskazana misja znajduje odzwierciedlenie w praktyce – MSD rzeczywiście dostarcza produkty wysokiej jakości, są one cenione i przepisywane na receptach przez wielu lekarzy czego przykładem może być wiele leków, takich jak choćby Singular. Idąc dalej można stwierdzić, że leki promowane przez MSD dążą do poprawy jakości życia pacjentów. Kolejną składową misji firmy MSD jej rozwój i zadowolenie kadry pracowniczej. Po przeprowadzeniu anonimowego badania w formie wywiadu z pracownikami można stwierdzić jednoznacznie, że pracownicy tej firmy są wynagradzani na poziomie przewyższającym średnie wynagrodzenia na tych samych stanowiskach wśród pracowników innych firm farmaceutycznych. Podobnie prawdą jest, że pracownicy MSD uczestniczą w wielu szkoleniach i mają możliwość rozwoju wewnątrz organizacji.

W przedstawionej misji MSD w odróżnieniu od innych przedsiębiorstw pojawia się aspekt kreacji zysku w odniesieniu do inwestorów. Tak rozumiane podejście do biznesu zdaje się niejako dopełniać fundament roz-

woju gospodarczego organizacji. Jako odzwierciedlenie spełniania misji MSD wystąpić może wartość sprzedaży preparatów na receptę na polskim rynku w styczniu 2011 r., która wyniosła ponad 35 mln PLN.

Częstym zjawiskiem wśród amerykańskich korporacji jest bezpośrednie łączenie misji przedsiębiorstwa z jej wartościami, tak też jest w przypadku MSD. Wartości w tej organizacji są rozwinięciem misji, wplecione w górnolotne stwierdzenia zostały te mówiące o konieczności zysków – *Oczekujemy zysków, ale tylko z pracy, która zaspokaja potrzeby naszych klientów i służy całej ludzkości* [5].

Dla porównania odmiennego podejścia do kreowania misji przedsiębiorstwa na rynku farmaceutycznym posłużę się przykładem firmy o wyłącznie polskim kapitale – Adamed sp. z o.o. Misja w tej firmie została określona w sposób następujący – *Inwestowanie w badania i rozwój jest integralną częścią misji naszej firmy. Chcemy tworzyć leki o najwyższej światowej jakości i udostępniać bezpieczną terapię każdemu pacjentowi* [6]. Jako rozwinięcie misji – *Naszym priorytetem jest produkcja leków etycznych. Jesteśmy liderem rynku leków nowej generacji dla wielu grup terapeutycznych, m.in. w kardiologii, psychiatrii, pulmonologii, ginekologii oraz w leczeniu infekcji dróg moczowych. Inwestujemy w badania nad poszukiwaniem skutecznych i nowoczesnych leków oryginalnych na główne choroby cywilizacyjne – cukrzycę, chorobę zakrzepowo-zatorową i nowotwory. W trosce o pacjenta opracowujemy również nowe receptury leków generycznych, które gwarantują wysoką jakość i bezpieczeństwo terapii* [6].

W porównaniu do MSD, misja Adamedu kształtuje się wyraźnie odmiennie. Przede wszystkim brakuje w niej elementów stricte biznesowych, odnoszących się do kreowania zysków. W przeważającej większości można odnaleźć zapisy wskazujące na chęć tworzenia wartości dodanej poprzez poszukiwanie nowych cząsteczek leczniczych. Rozwinięcie misji zawiera trudno-definiowalny priorytet *produkcji leków etycznych*. W językoznawstwie nie sposób odnaleźć jednoznacznej definicji leku etycznego. Można jednak przyjąć, że autorzy mieli na myśli leki produkowane wg GMP (Good Manufacturing Practices), które dzięki swoim właściwościom przysługują się środowisku medycznemu do codziennej pracy. Należy stwierdzić, że misja Adamedu jest formowana w oparciu o wysoki pierwiastek etycznej świadomości funkcjonowania organizacji. Przeprowadzony wywiad w środowisku branży farmaceutycznej nie dał jednoznacznej odpowiedzi czy misja i wizja Adamedu mają odzwierciedlenie w rzeczywistości.

Jeden z najbardziej rozwiniętych systemów wartości organizacji można spotkać w Polpharmie. Ta polska firma farmaceutyczna kładzie duży nacisk na rozwój, który wyraża w misji – *Dążenie do doskonałości w dostarczaniu wysokiej jakości farmaceutyków. W swej codziennej pracy zawsze pamiętamy o tym, że: Jesteśmy by pomóc ludziom cieszyć się zdrowiem, by mogli realizować swoje cele i spełniać marzenia. Jesteśmy by służyć naszą wiedzą i doświadczeniem, by chorzy szybciej po-*

wracali do zdrowia. Jesteśmy by tworzyć nowe rozwiązania i technologie, tak aby nasze leki spełniały najwyższe światowe standardy i jak najskuteczniej pomagały pacjentom. Jesteśmy by budować atrakcyjne miejsca pracy, by najlepsi mogli się rozwijać i osiągać zamierzone cele [8].

Równie szerokie rozumienie moralnego funkcjonowania organizacji odnajdujemy w wartościach przedstawionych obszernie – *Szacunek dla ludzi. Ludzie są dla nas zawsze na pierwszym miejscu. We wzajemnych relacjach przestrzegamy zasad fair play. Komunikacja. Komunikujemy szybko, otwarcie, zrozumiale. Dzielimy się informacjami, działamy proaktywnie. Delegowanie uprawnień. Ufamy sobie, swoim kompetencjom, doświadczeniu i wiedzy. Wszyscy czujemy się odpowiedzialni za przyszłość firmy. Nastawienie na wynik. Stawiamy sobie bardzo ambitne, mierzalne i realizowalne cele. Chcemy być najlepsi, mierzymy wysoko. Nagradzanie najlepszych. Ceniemy rzeczywiste umiejętności. Nasi najlepsi mają otwartą drogę wewnętrznej kariery. Najlepszych wynagradzamy najlepiej. Nastawienie na klienta. Naszym klientom zewnętrznym dajemy najwyższej jakości serwis, rzetelną, fachową informację i wsparcie. Jesteśmy etyczni, dotrymujemy zobowiązań* [8].

Model tak precyzyjnego definiowania wartości przez Polpharmę wyróżnia ją na tle innych organizacji na rynku farmaceutycznym. Podobnie jak w przypadku MSD, Polpharma nie ucieka w przekazywanych komunikatach od konieczności uwzględniania aspektów biznesowych w misji czy też wizji organizacji. Ciekawym rozwiązaniem jest budowanie przekazu do odbiorców (konkurenci, klienci, pracownicy, potencjalni pracownicy), w którym każdy z aspektów ważnych dla tej grupy jest zawarty. Począwszy od szacunku do ludzi, przez nagradzanie najlepszych, kończąc na nastawieniu na klienta i etycznym podejściu do biznesu.

Budzi duże zaciekawienie fakt, że w przypadku wymienionych trzech organizacji można mówić o rzeczywistym odzwierciedleniu sensowności i rozległości katalogu wartości do pozycji rynkowej. Polpharma to jeden z głównych graczy rynku zarówno leków na receptę Rx, jak i tych w sprzedaży odstępnej OTC. Pokazuje to tylko, że warto rozwijać organizację w oparciu o konkretne wartości, komunikując je otwarcie.

Pisząc o Polpharmie nie można zapominać o projekcie, który niejako wprost łączy się z wartościami przedstawionymi przez firmę – Polityka Społecznej Odpowiedzialności Firmy Polpharma, która rozwija wiele tematów poruszonych w misji i wizji, np. odpowiedzialność za produkt, za pracowników, za środowisko, współpraca z partnerami społecznymi, pomaganie ludziom nauki, wsparcie dla studentów, programy edukacyjne, mecenat kultury, sponsoring sportu. Tak szeroki zakres udziału w życiu społecznym niesie za sobą korzyści wielowymiarowe m.in. buduje zaufanie konsumentów, jak i partnerów biznesowych do tej organizacji.

Mniejsze firmy działające na rynku farmaceutycznym starają się czerpać z najlepszych wzorców i w miarę swoich możliwości próbują kształtować swój wizerunek

w oparciu o przedstawione – wizję i misję. Pierwszym przykładem organizacji o przychodach relatywnie mniejszych do wspomnianej trójki jest firma Genexo. W ostatnim czasie znana z dystrybucji synbiotyku Multilac, wcześniej z płytkowych testów ciążowych Quixx. Określenie misji i wizji Genexo, a więc poniekąd tożsamości organizacji okazuje się nie w pełni udane. Misja firmy Genexo – *Jesteśmy firmą, która stale się rozwija. Naszym celem jest działać lepiej, szybciej i odważniej niż konkurencja. Korzystamy z przeszłości, aby tworzyć lepszą przyszłość* [9]. Nie jest typową misją, której definicja przytoczona była już w niniejszym opracowaniu. Wydaje się, że poziom ogólności kreowanej misji organizacji może wynikać z braku chęci przedstawiania kierunku rozwoju firmy. Wizja firmy Genexo podobnie jak jej misja bazuje na wysoce ogólnych komunikatach – *Chcemy być firmą oferującą wysokiej jakości produkty po konkurencyjnych cenach, budującą trwałe relacje z partnerami i klientami, realizującą marzenia właścicieli i ambicje pracowników* [9].

Przykład Genexo pokazuje stosunek mniejszych organizacji do definiowania misji, wizji i celów przedsiębiorstwa, a trzeba stwierdzić, że stosunek ten jest odmienny od tego, który można spotkać w organizacjach dojrzałych. Na potwierdzenie tej tezy przedstawię przykład firm, które nie posiadają swojej misji i wizji, a bynajmniej nie udostępniają jej do publicznej wiadomości, takim przypadkiem jest firma Vitis Pharma.

Vitis Pharma sp. z o.o. to organizacja, która zyskała dużą sławę szczególnie wśród lekarzy pediatrów dzięki probiotykowi Dicoflor, który okazał się być wielkim hitem na rynku probiotyków, do dziś zajmując miejsce w pierwszej trójce sprzedaży wartościowej w tej kategorii. Vitis Pharma nie posiada upublicznionej wizji ani misji. Co ciekawe przeprowadzony wywiad z pracownikami tej firmy wykazał brak przekazu wizji i misji podczas szkoleń wstępnych i cyklicznych. Firma ta posiada jedynie motto – *Najlepsze z badań. Dobro z natury* [10].

Jako że w Polsce aktywnie działa ponad 300 firm farmaceutycznych wydaje się bezcelowe analizowanie każdej z nich pod kątem wizji, misji czy ich celów. Zebrany materiał, analiza piśmiennictwa pozwoliły wysnuć wniosek, że największe firmy działające na rynku nie kryją się z podstawowym celem prowadzenia działalności gospodarczej jakim jest zysk. Przedstawiają one także szczegółowo wartości panujące w firmie, w których nie uciekają od poruszania obszaru: konkurowanie i kreacja zysku. Wśród organizacji o mniejszych przychodach wartości są wyrażane powściągliwie w oparciu o duży stopień ogólności. Można wskazać na istnienie zapisów świadczących o konieczności

podejmowania działań związanych z procesem konkurowania. Należy zaznaczyć, że wśród niektórych firm następuje pominięcie misji i wizji w przekazie otwartym, jak i zamkniętym, co wskazuje na brak chęci do przekazywania celu działalności organizacji poza krąg decyzyjny. Można przyjąć, że każda z firm dąży do osiągnięcia odpowiedniego poziomu zysku. Droga do osiągnięcia tego celu wiedzie jednak przez obranie odpowiedniej wizji i misji. Firmy o największych przychodach zdają sobie sprawę z konieczności konkurowania wielowymiarowego. Okazuje się, że nawet obszar misji, który z jednej strony obrazuje wartości organizacji związane z konkurowaniem, z drugiej sam staje się formą konkurowania z innymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Klimczak B., Rynek kapitałowy. Etyczne otoczenie rynku kapitałowego, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 1997, s. 86-87.
2. Ustawa z dn. 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji – Dz. U. 1993 r. Nr 47, poz. 211.
3. Gasparski W., Etyka a biznes. Stereotypy i rzeczywistość, w: Etyka biznesu w działaniu. Doświadczenia i perspektywy, Gasparski W., Dietl J. (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 101-116.
4. Oblój K., Strategie organizacji, Wydawnictwo PWE, Warszawa 1998, s.235.
5. Misja i wartości Merck & Co., Inc., w: serwis MSD Polska Sp. z o.o. [dostęp: 1 lutego 2012], <http://msd.pl/content/corporate/about/misja.html>
6. Misja firmy, w: serwis Adamed sp. z o.o. [dostęp: 10 kwietnia 2011], <http://www.adamed.com.pl/pl/serwis-korporacyjny/kontakt/>
7. Misja i wartości, w: serwis Grupa Polpharma [dostęp: 01 lutego 2012], <http://www.polpharma.pl/pl/o-firmie/misja-i-wartosci/>
8. Nasze wartości, w: serwis Grupa Polpharma [dostęp: 01 lutego 2012], <http://www.polpharma.pl/pl/o-firmie/misja-i-wartosci/nasze-wartosci/>
9. Misja i wizja, w: serwis Genexo Sp. z o.o. [dostęp 01 lutego 2012]
10. Strona główna, w: serwis Vitis Pharma Sp. z o.o. [dostęp: 01 lutego], <http://www.vitispharma.pl/>

Adres do korespondencji:

Michał Szarycz
Katedra Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel. 604 151 932
michalszarycz@hotmail.com

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM JAKO SYSTEMOWE ROZWIĄZANIE WKOMPONOWANE W SYSTEM ZARZĄDZANIA SZPITALEM

RISK MANAGEMENT AS A SYSTEM SOLUTION INTEGRATED HOSPITAL MANAGEMENT SYSTEM

ELIZA DĄBROWSKA, EWA JAKUBEK

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

Streszczenie

Zarządzanie ryzykiem jest dziś nieodzownym elementem zarządzania każdą organizacją, zapewniającym jej bezpieczeństwo i stymulującym rozwój. Szpitale dysponujące środkami publicznymi zostały w tym zakresie dodatkowo zobowiązane wymaganiami zawartymi w Komunikacie Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych. Rosnąca nieustannie ilość wymagań i standardów mobilizuje jednostki do poszukiwania narzędzi łączących w sobie spełnienie różnorodnych wymagań. Autorki publikacji wskazują na możliwość wykorzystania systemu zarządzania jakością dla potrzeb zarządzania ryzykiem.

Słowa kluczowe: ryzyko, zarządzanie ryzykiem, system zarządzania.

16 grudnia 2009 roku pojawił się Komunikat Nr 23 Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych. Zobowiązał on jednostki wydające finanse publiczne do prowadzenia kontroli zarządczej, której istotnym elementem jest wymaganie dotyczące zarządzania ryzykiem. Pojęcie „ryzyko” od dłuższego już czasu pojawiało się w literaturze i prasie fachowej, lecz w obecnej formie i w zestawieniu ze słowem „zarządzanie” nabiera ono zupełnie innego wymiaru – wymiaru systemowego, procesowego, zarządczego, wymiaru ustawicznych działań realizowanych przez jednostkę.

Biorąc pod uwagę publiczne placówki medyczne – i problemy, z którymi borykają się one w obliczu rosnącej konkurencji (zwłaszcza ze strony niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej) – wydaje się, że propozycja wdrożenia wymagań zawartych w komunikacie Ministra Finansów ma głęboki sens. Wymusza ona bowiem stworzenie przemyślanego narzędzia do zarządzania ryzykiem w szerokim znaczeniu – od ryzyka zarządczego, poprzez ryzyko operacyjne (związane z administrowaniem jednostką czy zaopatrzeniem), aż po ryzyko kliniczne (związane z usługą zdrowotną).

Zarządzanie ryzykiem obejmuje zatem cały system zarządzania jednostką, wszystkimi elementami, które w sposób bezpośredni lub pośredni zagrażają celom

Summary

Risk management is now an essential component of managing any organization, ensuring its security and stimulating growth. Hospitals have been administering public funds in this area required further requirements contained in the Communication Minister of Finance on the management control standards for the public sector. The ever-increasing amount of requirements and standards motivates individuals to search for tools that combine the fulfillment of various requirements. Author of publications indicates the possibility of using the quality management system for risk management.

Key words: risk, risk management, management system.

organizacji oraz prawidłowemu przebiegowi podejmowanych przez jednostkę działań. Zarządzanie ryzykiem rozumiane jest jako minimalizacja ryzyka; ma na celu – i jednocześnie pozwala osiągać – stan, w którym warto realizować długofalowe strategie ukierunkowane zarówno na rozwój własnej organizacji, jak i otoczenia społecznego.

Zarządzanie ryzykiem obejmuje specyficzne działania ukierunkowane na uniknięcie lub minimalizację skutków określonych typów zagrożeń. [7]. Ryzyko to niepewność związana ze zdarzeniem lub działaniem, które wpływa na zdolność organizacji do realizacji celów jej działalności. Może mieć charakter negatywnego zagrożenia lub też pozytywnej możliwości.

Ryzyko jest częścią naszego funkcjonowania, napotyamy je codziennie w życiu prywatnym i zawodowym [11]. Jednakże już w okresie dzieciństwa jednostka uwewnętrznia przekonanie, że porażka jest czymś złym, wiąże się bowiem z utratą cenionych wartości. Doświadczenie niepowodzenia wpływa w konsekwencji negatywnie na samoocenę i dobrostan psychiczny człowieka. To szczególne zaprogramowanie naszych umysłów pozbawia organizację zdolności efektywnego uczenia się na błędach [2].

Do tego, by skutecznie zarządzać ryzykiem niezbędna jest wysoka kultura organizacyjna, kultura uczenia się

na błędach. Umiejętność wyciągania prawidłowych wniosków z zaistniałych sytuacji i zdarzeń niepożądanych jest podstawą dobrego zarządzania. Warto zarządzać ryzykiem, nie tylko z powodu wymagań ministerialnych. Wśród czynników skłaniających zakłady opieki zdrowotnej do opracowania i wdrożenia synergicznego systemu zarządzania ryzykiem warto wyróżnić:

- Nową ustawę o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.). Zapisy ustawy wymagają od jednostki, aby skrupulatnie dysponowała środkami finansowymi pod rygorem przekształceń w spółki kapitałowe (art. 6 ust. 1) [10].
- Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity) określającą zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych (rozdział 13a). Zapisy znacząco upraszczają pacjentowi ścieżkę dostępu do odszkodowań. Dotyczy to takich zdarzeń, jak: zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym; uszkodzenie ciała; rozstrój zdrowia pacjenta; śmierć pacjenta będąca następstwem działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną (art. 67a) [9].
- Projekt Ministerstwa Zdrowia przewidujący powstanie Agencji ds. Jakości w Ochronie Zdrowia. Dzięki niej Ministerstwo chce powiązać jakość usług, które świadczy personel medyczny z wysokością kontraktu z NFZ. Agencja będzie oceniać takie obszary, jak:
 - prawa pacjenta
 - opieka nad pacjentem
 - ciągłość opieki
 - kontrola zakażeń
 - zabiegi i znieczulenia
 - farmakologia
 - diagnostyka obrazowa
 - poprawa jakości
 - zarządzanie
 - zdarzenia niepożądane.

Nastąpi również podział placówek na grupy według spełnianych przez nie standardów:

- szpitale spełniające standardy jakościowe na poziomie 75 proc.
- szpitale spełniające standardy jakościowe na poziomie co najmniej 50 proc., ale niższym niż 75 proc.
- szpitale spełniające standardy jakościowe na poziomie niższym niż 50 proc.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ z dnia 25 stycznia 2010 r.), które stanowi zbiór licznych wymagań, jakie jednostka musi spełnić

starając się o akredytację. Wiele z tych wymagań jednoznacznie wskazuje na konieczność zarządzania ryzykiem w wybranych obszarach. [6]. Oto kilka wybranych wymagań przedstawiono w tabeli 1.

Komunikat Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej ustanawia standardy kontroli zarządczej w pięciu podstawowych grupach [6]:

- Grupa A – środowisko wewnętrzne
- Grupa B – cele i zarządzanie ryzykiem
- Grupa C – mechanizmy kontroli
- Grupa D – informacja i komunikacja
- Grupa E – monitorowanie i ocena

W punkcie B – *Cele i zarządzanie ryzykiem* treść komunikatu wyjaśnia, że jasne określenie misji może sprzyjać ustaleniu hierarchii celów i zadań oraz w rezultacie efektywnemu zarządzaniu ryzykiem. Zarządzanie ryzykiem ma zatem na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań. Cały proces zarządzania ryzykiem powinien być szczegółowo udokumentowany. Działania w obszarze zarządzania ryzykiem powinny być poprzedzone i sprzężone z innymi etapami, takimi jak:

- 1) misja
- 2) określenie celów i zadań oraz monitorowanie i ocena ich realizacji
- 3) identyfikacja ryzyka
- 4) analiza ryzyka
- 5) reakcja na ryzyko.

Powyższe rozważania jednoznacznie akcentują dwie kwestie:

1. Ryzyko powinno być ściśle związane z celami i zadaniami.
2. Całokształt działań związanych z ryzykiem winien być ujęty w ramy procesu.

W tym kontekście powstaje pytanie, w jaki sposób zbudować skuteczne i prawidłowo wkomponowane narzędzie, by nie obciążać jednostki kolejnymi mało skutecznymi działaniami, które nie przynoszą wartości dodanej, a generują różnego rodzaju koszty. Wydaje się, że w tej sytuacji warto wykorzystać system zarządzania jakością i stworzyć wspólny mechanizm dla zarządzania jakością i zarządzania ryzykiem.

Zdecydowana większość szpitali pracuje dziś opierając się na bardziej lub mniej sprawnych systemach zarządzania jakością, zgodnych z normą ISO 9001.

Według Jurana i Gryna, zarządzanie jakością polega na zarządzaniu trzema podstawowymi procesami, takimi jak: planowanie jakości (implementowanie zmian wynikających z analizy procesu poprawy jakości), kontrola jakości (wykrywanie i usuwanie błędów incydentalnych) i poprawa jakości (wykrywanie i usuwanie błędów powtarzalnych) [3].

Zarządzanie jakością według Deminga polega z kolei na stworzeniu prostego systemu zarządzania, jednoznacznego w swoich założeniach, kompatybilnego z technologią, którą organizacja w danym momencie dysponuje, opartego na zdrowym rozsądku [1].

Tabela 1. Systemowe rozwiązanie dla zarządzania ryzykiem w szpitalu
Table 1. System solutions for risk management in a hospital

CO 2	W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych.	Sytuacje szczególne obejmują przynajmniej: a) zgłoszenia osób w stanie nagłego zagrożenia życia z powodu schorzeń nie powiadających profilowi jednostki, b) brak możliwości przyjęcia pacjenta (np. brak miejsca, remont oddziału, niedostatek wyposażenia), c) gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia osoby nie hospitalizowanej, a znajdującej się na terenie szpitala lub w bezpośredniej, określonej przez szpital, okolicy, d) gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej, gdy pomoc przekracza możliwości jednostki. Szpital może określić inne sytuacje szczególne oraz gromadzić informacje o zaistniałych sytuacjach szczególnych.
CO 4	W szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy.	Szpital powinien opracować procedury postępowania na wypadek zdarzenia mnogiego, masowego oraz katastrofy. Personel powinien odbywać regularnie szkolenia z zakresu procedur na wypadek zdarzenia masowego i katastrofy. Procedury powinny być spójne z powiatowymi i wojewódzkimi planami medycznych działań ratowniczych. Procedury powinny uwzględniać takie elementy, jak: a) określenie osób kierujących akcją i ich kompetencji, b) określenie pomieszczeń do segregacji przywożonych pacjentów, c) określenie sposobu przyjmowania w krótkim czasie znacznej liczby pacjentów, d) wzmocnienie obsady szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć w okresie największego przyływu osób poszkodowanych, e) zabezpieczenie niezbędnego sprzętu, f) sposób przeprowadzania dekontaminacji w razie konieczności, g) sposób powiadamiania i wzywania dodatkowego personelu z domu, itp.
KZ 1	W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń.	W szpitalu powinny zostać opracowane i wdrożone skoordynowane procedury redukcji ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń u pacjentów i osób zatrudnionych. Procedury powinny być zgodne z obowiązującym prawem i aktualną wiedzą medyczną, zweryfikowane przez zespół i komitet kontroli zakażeń, dostosowane do specyfiki szpitala, liczby leczonych pacjentów, charakterystyki populacji objętej opieką, liczby personelu. Efektywne wdrożenie procedur wymaga określenia osób odpowiedzialnych, edukacji personelu i właściwej koordynacji w szpitalu.
ŚO 6	W szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.	Zdarzenia nadzwyczajne na terenie szpitala, np. pożar, atak terrorystyczny, naruszenie konstrukcji budynku, powódź, wymagają opracowania planu postępowania. Plan ten powinien obejmować takie elementy, jak: a) określenie osób kierujących akcją i ich kompetencji, b) zabezpieczenie niezbędnego sprzętu, c) określenie sposobu postępowania i ewakuacji.

Źródło: opracowanie własne (Source: owns concept)

Każda jednostka może stworzyć swój własny i niepowtarzalny system. Niedogodnością takiego rozwiązania jest konieczność tłumaczenia otoczeniu, na czym polega specyfika owego systemu. Przewagą standardu ISO jest jego rozpoznawalność i powszechność. Zatem, bazując na systemie zarządzania jakością warto wykorzystać zaaplikowane już wymagania i dostosować je do potrzeb kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem, by nie tworzyć alternatywnych systemów. Norma definiuje także wymagania dotyczące misji, celów i działań zapobiegawczych. Kompilacja tych dwóch wytycznych spełniona w jednym rozwiązaniu wydaje się być najlepszą koncepcją.

W punkcie 0.2 norma ISO 9001 zachęca do zastosowania podejścia procesowego do zarządzania organizacją [8]:

„W celu skutecznego działania organizacja powinna określić liczne powiązane ze sobą działania i nimi zarządzać. Działanie lub zbiór działań wykorzystujące zasoby i zarządzane w celu umożliwienia przekształcenia wejść w wyjścia można rozpatrywać jako proces. (...) Stosowanie systemu procesów w organizacji wraz z ich identyfikacją oraz wzajemnymi oddziaływaniami między tymi procesami i zarządzanie nimi w celu osiągnięcia zamierzonych wyników można określić jako „podejście procesowe”.

W punkcie 8.5.3 norma ISO 9001 definiuje wymagania w odniesieniu do działań zapobiegawczych podejmowanych w odniesieniu do przyczyn potencjalnych niezgodności, które to organizacja ma obowiązek identyfikować. Norma wymaga ustanowienia udokumentowanej procedury regulującej kwestie [8]:

a) określenia potencjalnych niezgodności i ich przyczyn,

b) oceny potrzeby działań zapobiegających wystąpieniu niezgodności,

c) ustalania i wdrażania niezbędnych działań,

d) zapisów wyników podjętych działań i przeglądu skuteczności podjętych działań zapobiegawczych.

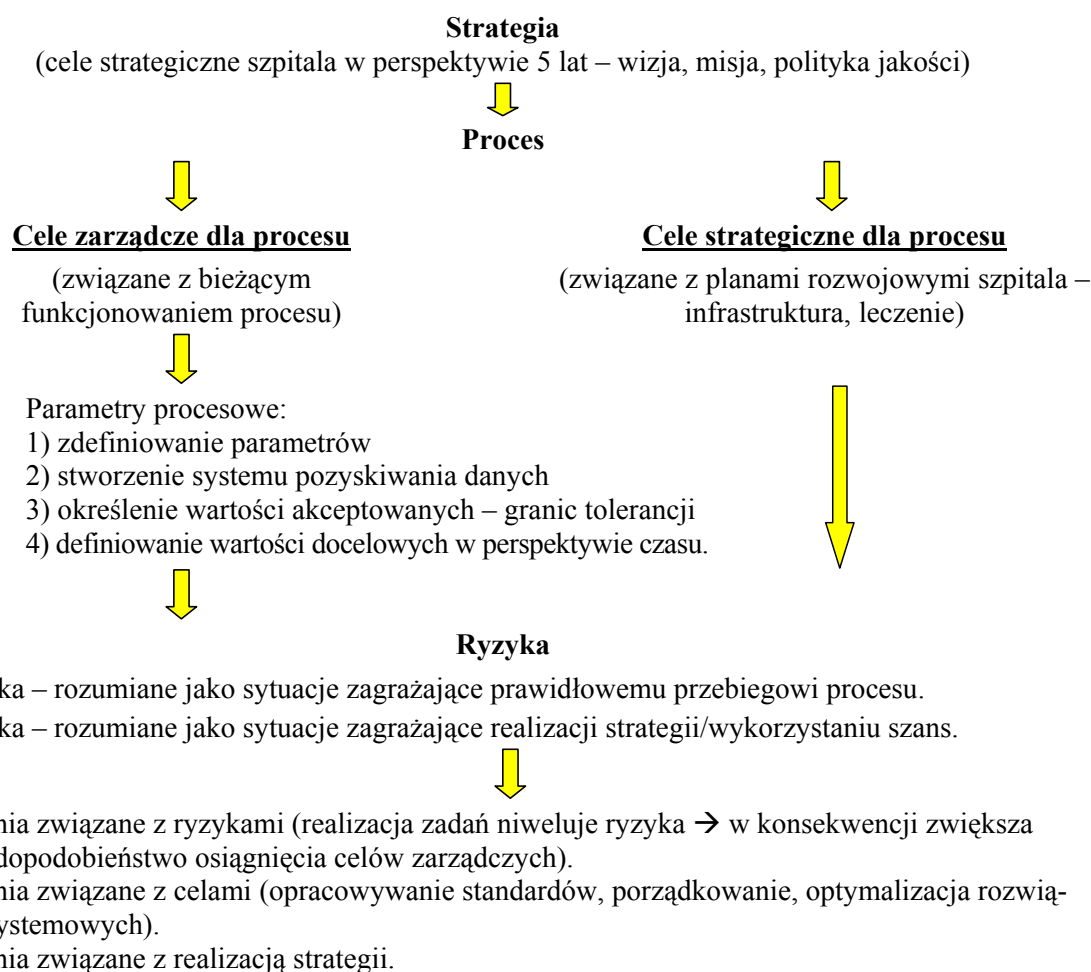
Wymagania punktu 8.5.3 (działania doskonalące) wsparte wymaganiami 0.2 (podejście procesowe) układają się w hasło podejście procesowe do potencjalnych zdarzeń niepożądanych (niezgodności), które to hasło

wprost można zinterpretować jako wymaganie odnoszące się do zarządzania ryzykiem.

Tworząc jeden spójny system należy pamiętać o wymaganiach zawartych w Komunikacie Ministra Finansów. Obecnie brak jest jasnych wytycznych odnośnie do poziomu szczegółowości identyfikowanego ryzyka. Pierwszym krokiem powinien być zatem tematyczny podział organizacji (można wykorzystać tu mapę procesów) i definiowanie ryzyka ogólnego, zagrażającego bezpieczeństwu danego procesu. Oczywiście zarówno proces, jak i ryzyko powinny być mierzalne, czyli sparymetryzowane, gdyż nie można zarządzać tym, czego nie da się zmierzyć [4].

Poniżej zaprezentowany został model zarządzania ryzykiem w procesowym podejściu do zarządzania (łączy wymagania ISO 9001 i wymagania kontroli zarządczej).

Metodyka Procesowego Zarządzania Szpitalem – planowanie, realizacja, ocena



Rycina 1. Model zarządzania ryzykiem.
Figure 1. Risk management model.

Źródło (Source): dokumentacja Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

PIŚMIENNICTWO

1. Deming W.E., Out of Crisis, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology, 1986.
2. Edmondson A. C., Strategie uczenia się na niepowodzeniach, Harvard Business Review Polska, Listopad 2011, 67-76.
3. Juran J.M., Gryna F.M., Quality Planning and Analysis. McGraw-Hill Inc., wyd. 3, New York 1993.
4. Kaplan R.S., Norton, D.P., Strategiczna Karta Wyników. Jak przełożyć strategię na działanie, PWN, Warszawa 2001.
5. Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.
6. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ z dnia 25 stycznia 2010 r.).
7. Opolski K., Waśniewski K., Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych, Wydawnictwo Cedetu, Warszawa 2011. 8, 30-33.
8. PN-EN ISO 9001:2009. System Zarządzania Jakością – Wymagania, wymagania 0.2, 8.5.2
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity).
10. Ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.).
11. Zarządzanie ryzykiem w sektorze publicznym Podręcznik wdrożenia systemu zarządzania ryzykiem w administracji publicznej w Polsce, Ministerstwo Finansów Rzeczypospolitej Polskiej, 6.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-178 Poznań

NASTOLETNI PACJENT PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ W SZPITALU

A TEENAGE PATIENT AFTER A SUICIDAL ATTEMPT IN HOSPITAL

MAIA STANISŁAWSKA-KUBIAK¹, MONIKA MATECKA², EWA MOJS¹

¹Zakład Psychologii Klinicznej
Katedra Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Ewa Mojs
²Zakład Organizacji i Zarządzania
Katedra Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Katedry i Zakładu: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Analiza badań wskazuje na stały wzrost liczby nastolatków podejmujących próby samobójcze. Psychologowie wciąż opracowują programy chroniące dzieci przed tak silną autodestruktywnością. Jak dotąd wydaje się, że najskuteczniejszą metodą zapobiegania aktom autodestruktywności jest wiedza i umiejętności dorosłych opiekunów w zakresie identyfikowania czynników predysponujących do zachowań samobójczych, jak również właściwa interwencja po nieudanych próbach samobójczych. Aby osiągnąć pozytywne rezultaty, potrzebna jest przede wszystkim współpraca i komunikacja z dzieckiem. Świat zewnętrzny może kształtować skłonność nastolatka do zachowań autoagresywnych, jak i rozwijać oraz wzmacniać zachowania prozdrowotne, ukierunkowane na ochronę i potęgowanie własnych zasobów. W budowaniu terapeutycznej relacji z nastolatkiem po nieudanej próbie samobójczej podkreślić należy rolę szeroko pojętego otoczenia społecznego dziecka – rodziców, personelu medycznego oraz szkoły.

Słowa kluczowe: nastolatek, autodestruktywność, próby samobójcze, czynniki ryzyka.

Summary

The analysis of studies indicates a constant increase of the number of teenagers making suicidal attempts. Psychologists still draw up programmes protecting children against such strong autodestruction. So far, it seems that the most effective method of preventing the acts of autodestruction is the knowledge and skills of adult carers in the scope of identifying the factors predisposing to suicidal behaviours, as well as the right intervention after unsuccessful suicidal attempts. In order to achieve positive results cooperation and communication with the child is, first of all, necessary. The outside world may create the teenager's inclination to auto-aggressive behaviours, as well as develop and reinforce pro-health behaviours, directed at protection and enhancement of the resources owned by the child. What should be emphasised in building a therapeutic relation with a teenager after an unsuccessful suicidal attempt is the role of the broadly defined social environment of the child – parents, medical personnel and school.

Key words: teenager, autodestruction, suicidal attempts, risk factors.

Wprowadzenie

Zachowania samobójcze u nastolatków są powszechnym problemem na całym świecie i jedną z najczęstszych przyczyn umieszczania nastoletnich pacjentów na oddziałach psychiatrycznych, toksykologii, ortopedii czy intensywnej terapii. Postrzega się je również jako poważny problem zdrowia publicznego oraz przyczynę co najmniej 10.0000 zgonów w tej grupie wiekowej na całym świecie (WHO 2002) [1]. Dokładna częstość zamachów samobójczych jest trudna do oceny, m.in. z powodu niechęci rodziny do ujawniania trudności w rodzinie, lub też ich lekceważenia. Inny powód wiąże się z tzw. „efektem Wertera” polegającym na tym, że nagłaśnianie samobójstw w prasie i telewizji zwiększa ryzyko wystąpienia samobójstw naśladowczych. Czas utrzymywania się efektu jest zróżnicowany; według Philipsa obejmuje okres 10 dni, natomiast w badaniach Schmidtki i Hafnera trwał od 5 do 11 tygodni [2]. W przekonaniu tych ostatnich badaczy wyodrębnić

można dwa typy efektu Wertera. Pierwszy z nich ma charakter krótkoterminowy i dotyczy samobójstw osób impulsywnych, które już wcześniej ujawniały tendencje samobójcze; w grupie tej znajdują się przede wszystkim osoby w młodym wieku, przeżywające kryzys psychologiczny, które łatwo mogą się utożsamić z samobójcą opisywanym przez środki masowego przekazu. Efekt długoterminowy występuje z kolei u osób mniej impulsywnych [2]. Należy dodać, że ryzyko wystąpienia samobójstwa naśladowczego wzrasta szczególnie wśród dzieci z rodzin, w których członkowie wcześniej podejmowali już próby samobójcze.

Próby samobójcze są trzy razy częściej podejmowane przez dziewczynki niż przez chłopców, podczas gdy prawdopodobieństwo dokonania samobójstwa jest pięć razy wyższe u dorastających chłopców w porównaniu z dziewczynkami w okresie adolescencji [3].

Proporcja prób samobójczych do skutecznych samobójstw jest różnie szacowana – od 6:1 do 50:1, a nawet – jak podają niektóre źródła – 200:1 [1, 4]. Świadomość tych

zależności nabiera szczególnego znaczenia w świetle faktu, że od 14% do 50% osób, które próbowały targnąć się na własne życie, w okresie rozwojowym 12–19 lat, ponawia zachowania autodestruktywne, w tym kolejne próby samobójcze [1, 5]. Z uwagi na to, personel medyczny zapewniający opiekę młodym ludziom przebywającym w szpitalu z powodu obrażeń odniesionych po próbach samobójczych, powinien posiadać określone kompetencje psychospołeczne; wśród nich wymienić należy: umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu, dostrzegania uczuć, udzielania wsparcia emocjonalnego, precyzowania i uściślenia wypowiedzi, zadawania pytań, formułowania poprawnych psychologicznie informacji zwrotnych. Umiejętności psychologiczne odgrywają znaczącą rolę w mobilizowaniu nastolatka do podejmowania konstruktywnej aktywności oraz stymulowaniu sił obronnych jego organizmu w celu przyspieszenia rekonwalescencji.

W związku z faktem, że literatura dotycząca algorytmu postępowania wobec dzieci po próbach samobójczych jest raczej znikoma, często pojawia się konieczność improwizacji w tym obszarze. Wyraża się ona w próbach odczytywania indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjentów w młodym wieku, z silną tendencją autodestruktywną, oraz adekwatnego reagowania na owe potrzeby, w takim zakresie oczywiście, w jakim pozwalają na to reguły funkcjonowania oddziały. Prewencja obejmuje z kolei działania mające na celu zapobieganie negatywnym skutkom podjętej próby samobójczej oraz przeciwdziałanie wystąpieniu kolejnych prób.

Celem niniejszego artykułu jest scharakteryzowanie sytuacji psychologicznej nastolatka, który podejmuje próbę samobójczą, jak również ukazanie zjawisk i mechanizmów predysponujących do skrajnych zachowań autodestruktywnych – począwszy od specyfiki okresu rozwojowego, funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego dziecka w danym stadium rozwoju, a na czynnikach zewnętrznych skończywszy.

Okres adolescencji obejmuje lata od ok. 10. do ok. 20. roku życia i dzieli się na wczesną adolescencję (wiek dorastania) oraz późną adolescencję (wiek młodzieńczy) [6]. Jest to czas licznych i intensywnych zmian, które zachodzą we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka (biologicznej, psychologicznej oraz społecznej). To również czas eksperymentowania, krystalizowania się tożsamości, wchodzenia w nowe role społeczne, określania własnych granic, poszukiwania własnego miejsca w rzeczywistości społecznej oraz formułowania planów na przyszłość. Różnorodność zadań rozwojowych w tym okresie sprawia, że sytuację psychologiczną nastolatka niejednokrotnie określić można jako trudną, związaną z występowaniem sytuacji: konfliktowych (w tym konfliktów intrapsychicznych dotyczących np. norm, wartości oraz konfliktów interpersonalnych – nieporozumień w relacjach z rodzicami, nauczycielami, rówieśnikami); deprivacyjnych (w przypadku niemożności zaspokojenia potrzeb emocjonalnych, poznawczych, seksualnych); zagrożenia (np. obrazu siebie, samooceny); utrudnienia (brak wzorów postępowania oraz wzorów osobowych) i wreszcie przeciążenia (nadmiar

obowiązków szkolnych, stres towarzyszący egzaminom do gimnazjum czy liceum) [7].

Jak twierdzi włoski psychiatra Vittorino Andreoli, wiek młodzieńczy to czas metamorfozy, która niesie ze sobą cierpienie [8]. Cierpienie towarzyszące okresowi dorastania związane jest przede wszystkim z rozczarowaniem (szczególnie w sferze uczuciowej); oczekiwaniem (dotyczącym ostatecznej metamorfozy, wyrażającej się w sformułowaniu odpowiedzi na pytanie: Kim jestem?) oraz konfliktem między potrzebą całkowitego utożsamienia się z grupą a potrzebą bycia oryginalnym [8]. W okresie adolescencji obserwuje się u dzieci nadmierną wrażliwość emocjonalną; często czują się one nierozumiane i osądzone przez osoby z otoczenia, co rodzi poczucie osamotnienia oraz uruchamia postawę izolacji i buntu. Reagowanie buntem lub zachowania prowokacyjne, niekiedy z elementami agresji, traktować można jako jeden z dostępnych, rozwojowych, sposobów budowania własnej tożsamości i autonomii.

Dla osób opiekujących się nastolatkiem najtrudniejsze jest odróżnianie zachowań, które mieszczą się w rozwojowej normie od zachowań, które poza tę normę wykraczają. Kontakt z nastoletnim pacjentem po próbie samobójczej może uruchamiać specyficzne postawy i reakcje, które wynikają z faktu niezrozumienia problemu i braku znajomości sytuacji psychologicznej dziecka, jak również wiążą się z odczuwaniem negatywnych emocji wobec pacjentów, dla których życie i zdrowie nie stanowią wartości najwyższej. Wśród emocji najczęściej doświadczanych przez opiekunów wskazać można: wyczerpanie, poczucie bezradności, złość, smutek oraz lęk i strach. Dorosli pracujący z dziećmi, które podjęły próbę samobójczą odczuwają często chęć korygowania ich zachowania. W przypadku, gdy próba samobójcza postrzegana jest przez nich jako manipulacja, uruchamiają z kolei w kontakcie z pacjentem zachowania, które określić można jako lekceważące lub uwieważniające.

Nastolatek po próbie samobójczej jest pacjentem trudnym i nieprzewidywalnym. Charakterystyczna dla dziecka dysregulacja emocjonalna, poznawcza i behawioralna (wynikająca zarówno z fazy rozwoju, jak i sytuacji psychologicznej), co jest przyczyną licznych zachowań problemowych, jak również prowadzi do pojawienia się zaburzeń nastroju, takich jak: zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe (np. napady paniki, zaburzenia lękowe uogólnione, fobia społeczna) lub zaburzenia pourazowe w wyniku przeżywania silnego i przewlekłego stresu. Często zaburzenia powyższe mogą współwystępować z zaburzeniami związanymi z nadużywaniem i/lub uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (np. od alkoholu), zaburzeniami odżywiania lub zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi. Określenie „nastolatek z wieloma problemami” oznacza podejrzenie wielu zaburzeń psychicznych [1, 4, 5, 9, 10].

Rozróżnianie – z punktu widzenia celów opieki nad dzieckiem – nastolatków, którzy rozmyślnie wyrządzają sobie krzywdę, lecz nie chcą pozbawić się życia od tych, którzy mają zamiary samobójcze, wydaje się pozbawione sensu. Niektóre akty samouszkodzenia nie wiążą się

z tendencjami samobójczymi, a jednak mogą doprowadzić do śmierci, ponieważ towarzyszące im intencje są tak ambiwalentne lub tak szybko się zmieniają, że ich retrospektywna analiza jest wyjątkowo trudna [1].

Z wywiadów przeprowadzonych z dziećmi po próbach samobójczych wynika, iż tylko 1/4 miała zamiar odebrać sobie życie [1]. Specyficzne stresory prowokujące zachowania samobójcze u dzieci zmieniają się wraz z wiekiem; u dzieci starszych (w wieku 16–19 lat) czynnikiem spustowym może być zawód miłosny, podczas gdy u młodszych dzieci (w wieku 12–15 lat) bodźcem wyzwalającym zachowanie autodestruktywne bywa kłótnia z rodzicami.

Czynniki predysponujące do podejmowania prób samobójczych

W literaturze przedmiotu wyodrębnia się określone cechy grup społecznych, w których wskaźniki samobójstw są wyższe niż dla ogółu. Przewidywanie jest trudne i nie zawsze zasadne, jednak wiedza o wskaźnikach wysokiego ryzyka leży u podstaw prewencji i systematycznej opieki terapeutycznej. Wśród czynników zwiększających niebezpieczeństwo wystąpienia zachowań samobójczych wskazuje się [1, 4, 5, 9]:

Zmienne psychiatryczne:

- choroby psychiczne u dziecka lub w jego najbliższej rodzinie
- nadużywanie środków psychoaktywnych (alkohol, leki, narkotyki)
- uprzednie myśli i zachowania samobójcze
- długie hospitalizacje
- depresja
- zachowania autoagresywne
- zaburzenia odżywiania.

Zmienne biologiczne:

- medyczne i neurologiczne problemy w najbliższej rodzinie
- liczne lekkie objawy neurologiczne
- silny popęd seksualny
- homoseksualizm
- problemy zdrowotne
- bezsenność.

Zmienne osobowościowe:

- słaba kontrola impulsów
- niski poziom samooceny
- impulsywność
- perfekcjonizm
- podejrzliwość
- podatność na doznawanie urazów
- wysoki poziom sugestywności na zachowania samobójcze innych
- słaba umiejętność rozwiązywania problemów interpersonalnych

- mało powodów, aby żyć
- negatywny obraz siebie.

Zmienne społeczne:

- łatwy dostęp do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa (broni, leków)
- ubogie relacje z rówieśnikami
- negatywne doświadczenia z wczesnego okresu dzieciństwa
- ogólna liczba problemów życiowych (w szkole, w domu)
- dyskomfort w kontaktach z ludźmi
- chroniczne trudności szkolne i/lub z rówieśnikami.

Zmienne rodzinne [11]:

- psychopatologia rodziców (obecność zaburzeń afektywnych i innych zaburzeń psychicznych)
- przypadki prób samobójczych lub samobójstw w rodzinie
- przemoc w rodzinie (włącznie ze stosowaniem przemocy fizycznej i seksualnej wobec dziecka)
- nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
- utrata matki lub ojca we wczesnym dzieciństwie (w wyniku rozwodu, separacji lub śmierci)
- panujący w rodzinie negatywny klimat emocjonalny będący źródłem nieustannych konfliktów pomiędzy członkami rodziny oraz odrzucenia lub zaniedbywania dziecka.

Warto zauważyć, że w rodzinach dzieci i młodzieży o skłonnościach samobójczych występuje często wiele spośród problemów wymienionych powyżej, co sprawia, że czynniki ryzyka kumulują się. Dzieci te są ponadto lojalne wobec swoich opiekunów, nie poszukują więc pomocy u osób ze swego otoczenia, gdyż nie chcą (lub nie mogą) ujawnić tajemnic rodzinnych [11].

Odwolując się do motywów psychologicznych, zachowania samobójcze można postrzegać jako [1]:

- specyficzną formę zemsty, polegającą na wzburzeniu i obciążeniu osób bliskich trwałym poczuciem winy
- wołanie o pomoc, wymuszanie objawów miłości
- pragnienie połączenia się ponownie ze zmarłą ukochaną osobą
- konieczność ucieczki od ostrych i chronicznych stresów.

Chcąc zrozumieć sytuację psychologiczną pacjenta po próbie samobójczej należy uwzględnić nie tylko fakty, ale także charakterystyczny dla dziecka sposób postrzegania i interpretowania zjawisk oraz zdarzeń. Kluczową rolę odgrywa rozpoznanie subiektywnego znaczenia, jakie nastolatek przypisuje swoim doświadczeniom. Akty autodestrukcji powinny być rozpatrywane w kontekście kryzysów rozwojowych i związanych z nim procesów emocjonalnych. W procesie kształtowania się poczucia własnej tożsamości nastolatek musi uzyskać odpowiedzi na następujące istotne pytania: „Jaki jestem, a jaki chciałbym być? Czego pragnę, a co udało mi się osiągnąć? Co jest ważne dla

mnie, a co istotne dla innych? Jak oceniają mnie i co o mnie myślą inni ludzie?, Czy jestem akceptowany taki, jaki jestem?” [12]. Im starsze dziecko, w tym większym stopniu jego pojęcie własnego „ja” opiera się na cechach wewnętrznych, staje się coraz bardziej abstrakcyjne. Obraz własnej osoby pełni funkcję ważnego mechanizmu psychologicznego, który determinuje proces rozwijania się zachowań autodestruktywnych. Adolescent selekcjonuje dopływające z zewnątrz informacje, zwracając uwagę na niektóre z nich, a ignorując lub negując inne. Zaniżona samoocena, negatywny obraz własnej osoby działają jak swoisty filtr, sprzyjając gromadzeniu takich informacji, które pozostają w zgodzie z posiadaną przez nastolatka negatywną koncepcją siebie. Warto zauważyć, że skłonność do zachowań autodestruktywnych kształtuje się już w okresie dzieciństwa i stanowi wypadkową tak różnych elementów, jak: sytuacja psychospołeczna jednostki, jej pozycja w strukturze społecznej, pełnione przez nią role, a także poczucie własnej wartości oraz indywidualna, subiektywna percepcja rzeczywistości [13].

W procesie poszukiwania odpowiedzi na postawione wyżej pytania adolescenci powinni mieć możliwość uzyskania wsparcia ze strony otoczenia społecznego, szczególnie od osób znaczących (rodziców). Trudności czy niepowodzenia w sformułowaniu odpowiedzi na kluczowe dla okresu adolescencji pytania, w powiązaniu z brakiem wsparcia środowiska zewnętrznego, wpływają negatywnie na dobrostan psychospołeczny nastolatka – jego samopoczucie, nastrój oraz funkcjonowanie w rzeczywistości społecznej. Psychologiczny obraz siebie pełni ważne funkcje w organizacji zachowania. W sytuacji, gdy przeważają treści niejasne, nieadekwatne, maleją umiejętności adaptacyjne dziecka i zwiększa się jego zależność od czynników zewnętrznych. Specyfika funkcjonowania intelektualnego i emocjonalnego w okresie adolescencji sprawia, że obiektywnie niezagrażająca sytuacja zewnętrzna w subiektywnym odczuciu nastolatka może generować lęk.

Oprócz samooceny, która stanowi pewną specyficzną i dynamiczną strukturę, istotny staje się kierunek uwagi (np. koncentracja na własnych negatywnych doznaniach zwiększa liczbę spostrzeganych problemów), oczekiwania oraz emocje. I tak, zmiany związane z dojrzewaniem mogą wywoływać napięcie emocjonalne, wahania nastroju i sprzyjać skupianiu się na negatywnych aspektach rzeczywistości. Warto zauważyć, że w okresie adolescencji pojawia się także skłonność do wyolbrzymiania pewnych zjawisk czy problemów, postrzegania ich w kategorii choroby lub patologii. Młodzi ludzie nie szukają potwierdzeń dla własnej wizji świata w realnych sytuacjach, pozostając na poziomie wyobrażeń, często niezgodnych z rzeczywistością. W procesie budowania wizji siebie w świecie opierają się na informacjach, których źródłem są środki masowego przekazu (Internet, telewizja), co może prowadzić do formowania tożsamości medialnej [7].

Sytuację psychologiczną nastolatka po próbie samobójczej określić należy jako trudną, czyli taką, która

stawia jednostce szczególnie duże wymagania (często przekraczające jej zasoby) i prowadzi do nadmiernego obciążenia psychicznych mechanizmów regulacji zachowania. Styl radzenia sobie ze stresem poprzez próbę samobójczą wskazuje na to, że dziecko ujawnia tendencje ucieczkowe i silnie autodestruktywne. W konsekwencji nastolatek może dążyć do unikania kontaktu z personelem medycznym lub przejawiać zachowania opozycyjno-buntownicze. Próba samobójcza w okresie adolescencji, szczególnie gdy jest poważna lub, gdy jej skutki niosą ze sobą konieczność długiej hospitalizacji i rehabilitacji, w znacznym stopniu obciąża psychikę dziecka i jego rodziny. W tym kontekście ważne staje się nawiązanie z pacjentem takiego kontaktu, który złagodzi stres próby samobójczej oraz pobyt w szpitalu. Celem oddziaływań personelu medycznego winno być zaangażowanie nastolatka w proces odzyskiwania zdrowia i sensu życia oraz wspieranie go w próbach odnalezienia się w nowej sytuacji. Niezbędna w tym kontekście jest wiedza na temat prawidłowości funkcjonowania psychospołecznego nastoletniego pacjenta i zrozumienie istoty kryzysu rozwojowego, który jest źródłem cierpienia. Kolejnym elementem w procesie budowania relacji terapeutycznej z dzieckiem po próbie samobójczej jest akcentowanie pozytywnych aspektów jego sytuacji egzystencjalnej. Koncentracja na mocnych stronach rodziny (która często spotyka się z reakcjami napiętnowania i odrzucenia) zmniejsza negatywny afekt i opór pacjenta przed współpracą, jest źródłem jego nadziei, sprzyja identyfikowaniu czynników ochronnych oraz wzmacnia rolę opiekunów w procesie wychodzenia pacjenta z kryzysu [14].

Interwencje podejmowane przez personel medyczny powinny być skupione na teraźniejszości, zorientowane na działanie oraz wyraźnie określać zadania dla pacjenta i jego rodziny.

Podsumowanie

Jak wskazują badania, zapobieganie samobójstwom wymaga podejmowania wielu różnorodnych działań ukierunkowanych po pierwsze – na stworzenie jak najlepszych warunków wychowywania dzieci i młodzieży, po drugie – na zapewnienie skuteczności leczenia zaburzeń psychicznych, i po trzecie – na podejmowanie prób kontrolowania środowiskowych czynników ryzyka [15]. Niezwykle istotna w tym kontekście jest także odpowiednia popularyzacja wiedzy dotyczącej problematyki samobójstw, szczególnie wśród przedstawicieli takich grup zawodowych, jak lekarze, pielęgniarki, nauczyciele oraz pracownicy socjalni, których praca polega na udzielaniu wsparcia innym ludziom.

Analizując sytuację psychologiczną nastoletniego pacjenta po próbie samobójczej, uwypuklić należy dynamiczny charakter owej sytuacji, związany z obecnością kryzysu rozwojowego, kształtowaniem się tożsamości, funkcjonowaniem procesów emocjonalno-poznawczych oraz stosowanymi przez dziecko schematami zaradczymi. Zwrócenie

uwagi na indywidualne cechy nastolatka i wykorzystywane przez niego strategie radzenia sobie może okazać się przydatne w ocenie możliwości adaptacyjnych pacjenta, i ułatwić jednocześnie znalezienie takiej formy pomocy, która będzie skuteczna.

PIŚMIENNICTWO

1. Rostowski J., Samobójstwa młodzieży a antyspołeczne formy jej zachowania. W: Samobójstwo, B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer M. (red.), Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002, 132-150.
2. Krysińska K., Samobójstwa w środkach masowego przekazu – prewencja czy zagrożenie, W: Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne, Marzena Bińczycka-Anholcer (red.), Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa-Poznań 2001, 144-151.
3. Bee H., Psychologia rozwoju człowieka, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2004.
4. Miller A., Rathus, J., Linehan, M., Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
5. Kozłowska Z.E., Owczarek A., Florkowski A., Gruszczyński W., Wieloczynnikowe uwarunkowania prób samobójczych u dzieci. W: Samobójstwo, B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002, 164-170.
6. Obuchowska I., Adolescencja, W: Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), t.2., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 163.
7. Ziółkowska B., Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: Psychologiczne portrety człowieka, A.I. Brzezińska (red.), GWP, Gdańsk 2005, 379-422.
8. Andreoli V., Zrozumieć cierpienie. Aby ból ustąpił radości, Wydawnictwo Homini, Kraków.
9. Szałański J., Wyjaśnianie zdarzeń i samoocena osób po próbach samobójczych. W: Samobójstwo, B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer M. (red.), Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002, 151-163.
10. Brzozowska A., Czynniki ryzyka prób samobójczych dzieci i młodzieży. W: Samobójstwo, B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer M. (red.), Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002, 207-215.
11. Zapobieganie samobójstwom, Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły. Światowa Organizacja Zdrowia/Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa-Warszawa 2003.
12. Bardziejewska M. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? W: Psychologiczne portrety człowieka, A.I. Brzezińska (red.), GWP, Gdańsk 2005, 345-378.
13. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów, Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa-Warszawa 2003.
14. Henggeler S.W., Lee T., Terapia wielosystemowa poważnych problemów klinicznych. W: Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach, A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
15. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa-Warszawa 2003.

Adres do korespondencji:

Zakład Psychologii Klinicznej
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 ul. Bukowska 70
 60-812 Poznań
 tel. 61 854 72 74

NIEPRAWIDŁOWOŚCI W PROCESIE UZYSKIWANIA ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA UDZIAŁ W BADANIU KLINICZNYM

IRREGULARITIES IN ACQUIRING PATIENTS' CONSCIOUS CONSENT ON PARTICIPATION IN A CLINICAL TRIAL

MARIOŁA STRYCHARCZYK, AGNIESZKA TOMCZAK, ROKSANA SZAJBA, MATEUSZ WOŹNIAK

Zdrowie publiczne II rok STS – specjalność: Monitorowanie Badań Klinicznych

Streszczenie

Artykuł zwraca uwagę na istotę dobrowolnego podjęcia decyzji w sprawie udziału w badaniu klinicznym. Przybliża kwestię eksperymentu, wskazuje wytyczne według których proces uzyskiwania Świadomej Zgody Pacjenta powinien być przeprowadzany, oraz nieprawidłowości, które mają miejsce mimo wielu regulacji i uregulowań prawnych.

Słowa kluczowe: świadoma zgoda, badania kliniczne.

Współcześnie na świecie prężnie działają firmy farmaceutyczne wprowadzając na rynek nowe leki. Każdorazowo procesy te poprzedzane są wieloletnimi badaniami, włączając w to również fazy z udziałem podmiotów ludzkich. Eksperymenty na ludziach dla wielu są kwestią etycznie sporną, dlatego istnieje wiele regulacji prawnych ściśle określających sposób ich przeprowadzania, tak aby były prowadzone w sposób zapewniający jak największe bezpieczeństwo ich uczestników. Według Ustawy o Zawodach Lekarza i Lekarza Dentysty „eksperyment medyczny może być przeprowadzony, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzenia eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodnie z zasadami etyki lekarskiej” [2]. Udział w każdym badaniu klinicznym musi zostać poprzedzony dobrowolnym oświadczeniem woli pacjenta, wyrażonym w formie pisemnej na dokumencie Formularza Świadomej Zgody [2].

Mała świadomość społeczeństwa na temat badań klinicznych jest przyczyną wielu nieprawidłowości podczas przeprowadzania procesu uzyskiwania zgody. Procedura ta musi przebiegać w ściśle określony sposób, zaczynając od konstrukcji dokumentu, jego treści i języka poprzez samą rozmowę z pacjentem, aż do udzielenia w pełni dobrowolnej zgody. Nie znając swoich praw, uczestnicy często nie otrzymują pełnej informacji na temat eksperymentu, a nawet biorą udział w badaniach o nieznanym celu. Artykuł przybliży wytyczne dotyczące całego procesu oraz błędy, które są w nim popełniane.

Uzyskiwanie świadomej zgody na udział w badaniu klinicznym jest złożonym procesem, który wymaga odpo-

Summary

This article underlines the role of voluntary and conscious consent for participating in clinical trial. Acquaints with the experiment issues, indicates correct guidelines for the process of patient's conscious consent acquisition and abnormalities which occur despite multiple regulations and legal rules.

Key words: conscious consent, clinical trial.

wiedniego przygotowania ze strony zarówno sponsora (lub firmy CRO), jak i badacza.

Przed rozpoczęciem każdego badania, Sponsor zobowiązany jest do przygotowania Formularza Zgody oraz załączanej do niego Informacji dla Pacjenta [1]. Forma tych dokumentów jest ściśle określona prawnie i musi każdorazowo zostać zaakceptowana przez Niezależną Komisję Bioetyczną [4].

Zawartość merytoryczna Informacji dla Pacjenta musi spełniać wymagania punktu 4.8.10 ICH GCP i być przekazywana w sposób zrozumiały dla uczestników badania. Powinna zawierać informacje dotyczące charakteru, celowości, przewidywanego czasu badania, sposobu jego przeprowadzenia oraz obowiązujących procedur. W dokumencie muszą zostać przedstawione obowiązki pacjenta, korzyści oczekiwane podczas przeprowadzania eksperymentu, wszelkie możliwe ryzyka z nim związane, a także dostępne alternatywy w leczeniu [1]. Przystępujący powinien zostać poinformowany o odszkodowaniu w przypadku szkody związanej z uczestnictwem w badaniu.

Ważnym elementem jest obowiązkowe umieszczenie informacji o pełnej dobrowolności wzięcia udziału w eksperymencie, możliwości odmowy i rezygnacji z badania w każdym momencie jego trwania, bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji [4, 2]. Sponsor w dokumencie musi zawrzeć zapewnienie o poufności danych pacjenta oraz o dostępie do nich wszystkich podmiotów uprawnionych do ich weryfikacji, w tym osoby monitorującej, Komisji Bioetycznej i innych organów audytujących. Uczestnik otrzymuje również informacje o tym, że wszelkie nowe dane mające wpływ na przebieg badania zostaną mu niezwłocznie przekazane.

Praktycznie każdy sponsor posiada odpowiedni, w swojej strukturze dział zajmujący się weryfikacją zgodności tekstu informacji ze Standardowymi Procedurami Postępowania (SOPs) oraz wymaganiami ICH GCP, a następnie przekazaniem go do akceptacji przez Komisję Bioetyczną – bez zatwierdzenia, dokument jest nieważny i nie może zostać użyty w procesie uzyskiwania zgody pacjenta [1].

Drugą częścią dokumentacji jest sam Formularz Świadomej Zgody, będący formą pisemnego wyrażenia woli pacjenta na udział w badaniu. Musi on zawierać stwierdzenia o zapoznaniu z opisem badania, świadczące o tym, że pacjent miał wystarczająco dużo czasu na zastanowienie się nad przystąpieniem do badania oraz umożliwiono mu uzyskanie odpowiedzi na wszystkie pytania przez niego zadane. Formularz obejmuje również pola, na których uczestnik wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, a także zezwala na dostęp do danych źródłowych wszystkich organów uprawnionych do ich nadzoru, monitorowania i weryfikacji [4]. Ostatnim elementem jest zapewnienie o wiedzy na temat warunków ubezpieczenia oraz ich akceptacja. Formularz Świadomej Zgody może być częścią Informacji dla Pacjenta lub osobnym dokumentem, najczęściej spinanym łącznie z Informacją zszycaczem, dla zapewnienia, że wszelkie informacje zostały badanemu przekazane, a proces uzyskania zgody przebiegł zgodnie z procedurami. W każdym takim dokumencie, dla pełnej identyfikacji, powinny znaleźć się dane dotyczące sponsora, uczestnika, ośrodka badawczego oraz jednoznaczne określenie protokołu badania [1]. Tak samo jak w przypadku Informacji, Formularz, przed przekazaniem do podpisu, musi zostać zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną [4], a także zgłoszony do Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych (CEBK). Każda Zgoda musi być datowana i podpisana osobiście przez pacjenta – niedopełnienie tego obowiązku uniemożliwia włączenie do badania.

Proces uzyskiwania świadomej zgody, to jednak nie tylko dokumenty. Kolejnym, o ile nie najważniejszym elementem, jest rozmowa badacza z pacjentem. Potencjalny uczestnik musi otrzymać wszelkie informacje o badaniu [4, 3], które powinny być mu przekazane ustnie w sposób zrozumiały, w pełni jasny i indywidualnie dostosowany. Pacjent powinien mieć możliwość zadawania pytań, na które badacz musi udzielić wyjaśniających odpowiedzi, tak aby rozwiązać wszystkie istniejące wątpliwości, co do celowości i samego przebiegu eksperymentu [2]. Sam proces powinien odbywać się bez wywierania jakiegokolwiek wpływu na uczestnika, zapewniając w ten sposób jego pełną samodzielność w podjęciu decyzji.

Uzyskanie zgody na udział pacjenta w eksperymencie to jedna z kluczowych części rozpoczęcia badania klinicznego – każda jednostka nadzorująca lub monitorująca badanie, rozpoczyna weryfikację danych właśnie od sprawdzenia zgodności wszystkich elementów tego procesu. Wszystkie akty prawne (polskie i międzynarodowe), dotyczące przeprowadzania eksperymentów me-

dycznych, szczegółowo określają wymagania odnośnie całego procesu. Pomimo obwarowań prawnych oraz jasnych procedur zdarzają się błędy i nieścisłości w odniesieniu do dokumentów i rozmowy z pacjentem.

Najczęstsze niezgodności związane są z nieodpowiednim datowaniem i podpisem zgody [3]. Dokument musi być wypełniony w miejscach daty i podpisu, odpowiednio – badacza i pacjenta, tylko przez te określone podmioty, wykluczając osoby postronne. Zdarzają się poważne błędy w datowaniu Zgody przez badacza w miejscu pacjenta, a także podpisywanie miejsca przeznaczonego dla badacza przez osobę nie będącą lekarzem [1]. Niedopuszczalne jest użycie niezaakceptowanych przez Komisję Bioetyczną lub/ i CEBK druków Informacji dla Pacjenta oraz Formularza [3]. Oprócz nieścisłości w kwestiach dokumentacji, notowane są również zastrzeżenia co do przebiegu rozmowy badacza z pacjentem, która często odbywa się w nieprzystosowanych do niej warunkach, nie dostarcza wszystkich niezbędnych informacji, przekazuje je w sposób niejasny lub budzi zastrzeżenia w kwestii wywierania wpływu na decyzję pacjenta. Przez takie działania uczestnik nie posiada pełnego obrazu badania, a co za tym idzie, jego zgoda nie jest świadoma. Oddzielnym zagadnieniem jest uzyskiwanie świadomej zgody w przypadkach szczególnych dotyczących osób niezdolnych do samodzielnego jej wyrażenia oraz małoletnich – wymagania te określają osobne akty prawne [3].

Wszystkie międzynarodowe uregulowania badań klinicznych, takie jak: ICH (Międzynarodowa Konferencja ds. Harmonizacji), Dobra Praktyka Kliniczna, Deklaracja Helsińska oraz lokalne uregulowania przedstawiają prawa i obowiązki pacjenta wiążące się z udziałem w badaniu klinicznym. Świadoma Zgoda oraz pełen proces jej uzyskiwania, to kwestia objęta szczególną troską wszystkich stron zaangażowanych w przebieg eksperymentu. Jest gwarantem świadomości pacjenta i wyrazem jego nieprzymuszonej woli na uczestnictwo w badaniu. To nie tylko prawne zabezpieczenie sponsora oraz jednostek badawczych, ale przede wszystkim ochrona bezpieczeństwa każdego pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Walter M., Badania kliniczne. Organizacja. Nadzór. Monitorowanie.
2. Dz. U. z 2008 r. Nr 136 poz. 857 O zawodach lekarza i lekarza dentysty. Rozdział 4 Eksperyment medyczny.
3. Dz. U. z 2008 Nr 45 poz. 271 Prawo farmaceutyczne, Rozdział 2a Badanie kliniczne produktów leczniczych.
4. Dz. U. z 2010 Nr 107 poz. 679 Wyroby medyczne, Rozdział 6 Ocena kliniczna wyrobu medycznego lub aktywnego wyrobu medycznego do implantacji.

Adres do korespondencji:

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

Recenzja książki
„Rozwój i osiągnięcia Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”
pod redakcją Michała Musielaka i Włodzimierza Samborskiego,
Wydawnictwo UM, Poznań 2010

The review of the book
„Development and success of the Faculty of Health Sciences,
Poznan University of Medical Sciences”.
Michał Musielak, Włodzimierz Samborski (eds), Poznan 2010

„Każdy jubileusz skłania do refleksji, spojrzenia wstecz i dokonania bilansu sukcesów i porażek”, tak piszą Redaktorzy w słowie wstępnym książki „Rozwój i osiągnięcia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”. Przedstawiają historię Wydziału oraz najważniejsze osiągnięcia naukowe, organizacyjne i dydaktyczne.

Głównym motywatorem do przygotowania tego dzieła był obchodzony w czerwcu 2010 jubileusz 35-lecia Wydziału. Autorzy przedstawili miejsce Wydziału na tle innych, podobnych w kraju oraz wytyczyli ścieżki, cele i misje jednostki na najbliższe lata. Autorzy byli ze wszechmiar uprawnieni do tego typu podsumowań, analiz i projekcji, gdyż prof. Włodzimierz Samborski pełni funkcję Dziekana kadencji 2008–2012 a prof. Michał Musielak – prodziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu.

W pierwszej części Redaktorzy przedstawiają historię istnienia jednostki – od powołania Wydziału Pielęgniarstwa po lata współczesne. Wspominają pierwszego pełnomocnika rektora do spraw organizacji wydziału – prof. Józefa Barona i następnych dziekanów, którzy z powodzeniem rozwijali strukturę organizacyjną, jak i byli inicjatorami powoływania kolejnych kierunków kształcenia, nie tylko w zakresie pielęgniarstwa, ale i położnictwa, zdrowia publicznego, fizjoterapii, elektroradiologii. W 1998 roku decyzją Rady Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu przekształcono ww. jednostkę w Wydział Nauk o Zdrowiu.

Monografia opisuje także zagadnienia związane z dydaktyką, obecnie kształcie się na Wydziale ponad 3 tys. studentów w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym oraz na studiach anglojęzycznych. Oczywiście wszystkie sukcesy Wydziału nie byłyby możliwe bez kadry naukowej, która osiąga kolejne etapy awansu naukowego (warto wspomnieć, że pierwszy przewód profesorski zakończony uzyskaniem tytułu profesora dotyczył obecnego dziekana – prof. Włodzimierza Samborskiego).

Rośnie także liczba jednostek organizacyjnych – katedr i klinik prowadzonych przez samodzielnych pracowników nauki. Zatem można powiedzieć, że monografia to także ciekawy przewodnik po jednostkach klinicznych Wydziału Nauk o Zdrowiu. Pozycja będzie ciekawa szczególnie dla absolwentów Wydziału (uzbierała się już duża grupa!), ale także dla pracowników innych wydziałów, którzy chcieliby porównać strategię rozwoju uczelni wyższych a także dla osób zainteresowanych historią rozwoju jednostek kształcących kadry ochrony zdrowia w Polsce.

Ewa Mojs
Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

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

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

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

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

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



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

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

Data

Podpis

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

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 spostrzeżeniami. 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 (pracownik naukowy Zakładu Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu).

**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>

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
Wydział Nauk o Zdrowiu
w Poznaniu**

proceeds recruitment of candidates for

SPECJALIZACJĘ Z ORGANIZACJI I ZARZĄDZANIA

Specialization will be conducted on the basis of a shortened 12-month program and is intended for persons with a higher master's degree in nursing or midwifery, possessing at least two years of work experience in the profession, occupying managerial positions in organizational health service entities or preparing to take on such positions.

Specialization ends with a state exam conducted in CKPPIP in Warsaw.

Classes will be conducted in a mixed system (lectures on Fridays, Saturdays and Sundays and 1 or 2 1-day seminars from Monday to Sunday).

Applications in person or by mail and **additionally by electronic mail** to:

**Zakładzie Organizacji i Zarządzania
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11 (pokój 201)
tel. /061/ 861 22 50, fax 861 22 51
e-mail: orgzarz@ump.edu.pl**

Cost of participation – 4,000.00 zł (possibility of payment in 4 installments).

Head of specialization in organization and management
dr hab. Maria Danuta Głowacka