

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

Polish Nursing



praktyka kliniczna



badania naukowe



*promocja zdrowia
w pielęgniarstwie*



zarządzanie w pielęgniarstwie



Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Nr 4 (38) 2010

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Zastępcy Redaktora Naczelnego:

dr hab. Krystyna Jaracz

prof. dr hab. Tomasz Opala

prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

prof. dr hab. Jacek Wysocki

Sekretarz Naukowy: dr Ewa Mojs

Sekretarz Redakcji: dr Ewa Mojs

RADA NAUKOWA

dr hab. Antoni Czupryna

dr hab. Danuta Dyk

dr hab. Jolanta Jaworek

prof. Lotte Kaba-Schönstein

mgr Irmeli Katainen

prof. Christina Koehlen

prof. dr hab. Jerzy Konieczny

dr Maria Kózka

prof. UM dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Piotr Małkowski

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Jerzy Stańczyk

dr Frans Vergeer

prof. dr hab. Jerzy Warchoń

prof. UM dr hab. Maciej Wilczak

prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz

prof. dr hab. Jan Wilczyński

ADRES REDAKCJI:

Pielęgniarsztwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, Poznań

tel. (61) 861-22-50, fax (61) 861-22-51

e-mail: pielengniarstwo.polskie@ump.edu.pl

KOLPORTAŻ

Prowadzi Dział Promocji Wydawnictw Uczelnianych
i Redakcja

POLISH NURSING

EDITORIAL COMMITTEE

Editor-in-Chief: Maria Danuta Głowacka, PhD, RN

Vice Editor-in-Chief:

Krystyna Jaracz, Associate Professor, PhD,

Tomasz Opala, Professor, PhD, MD

Włodzimierz Samborski, Professor, PhD, MD

Jacek Wysocki, Professor, PhD, MD

Scientific Secretary: Ewa Mojs, PhD

Editorial Secretary: Ewa Mojs, PhD

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Antoni Czupryna, Associate Professor, PhD, MD

Danuta Dyk, Associate Professor, PhD, RN

Jolanta Jaworek, Associate Professor, PhD, RN

Lotte Kaba-Schönstein, Professor, PhD, RN

Irmeli Katainen, MA

Christina Koehlen, Professor, PhD, RN

Jerzy Konieczny, Professor, PhD, MD

Maria Kózka, PhD, RN

Anna Ksykiewicz-Dorota, Professor, PhD, RN

Piotr Małkowski, Associate Professor, PhD

Hildebrand Ptak, Professor, PhD

Jerzy Stańczyk, Professor, PhD, MD

Frans Vergeer, PhD

Jerzy Warchoń, Professor, PhD

Maciej Wilczak, Professor, PhD, MD

Krzysztof Wiktorowicz, Professor, PhD

Jan Wilczyński, Professor, PhD, MD

EDITOR'S ADDRESS:

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., Poznań, Poland

phone (+4861) 861-22-50 int. 191, fax (+4861) 861-22-51

e-mail: pielengniarstwo.polskie@ump.edu.pl

DISTRIBUTION

By the Publishing House and Editor

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 4 (38)

Poznań 2010

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

Korekta:
Ewa Mojs
Magdalena Knapowska-Niziolek

Korekta tekstów w j. ang.:
Katarzyna Warchoń-Biedermann

Skład komputerowy:
Barbara Guździol

Projekt okładki:
Rafał Staszewski

Zdjęcia na okładce:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski

Sprzedaż:
Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP
60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37a
tel./fax (61) 854-64-87
e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

*Redakcja deklaruje, że wersja papierowa
„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną).*

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

Ark. wyd. 4,5. Ark. druk. 5,5. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 139/13.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	171	<i>Paweł Niezborala, Maia Stanisławska-Kubiak: Zaburzenia psychosomatyczne w cukrzycy</i>	195
PRACE ORYGINALNE		PRACE STUDENCKIE	
<i>Zuzanna Manicka, Wojciech Strzelecki: Świadomość niepożądanych efektów zdrowotnych stosowania dopingu przez sportowców wśród uczniów szkół średnich</i>	173	<i>Alina Piasecka: Rozwój społeczny w okresie dzieciństwa i adolescencji – wspierające możliwości dogoterapii. Studencki głos w sprawie</i>	202
PRACE POGLĄDOWE		VARIA	
<i>Martyna Popiołek, Paweł Grocki, Jacek Zieliński: E-dokumentacja w kontekście ochrony danych osobowych i ich przetwarzania na przykładzie fundacji i stowarzyszeń</i>	181	Recenzja wydawnicza monografii „Psychologia w naukach medycznych. Część II” pod red. Wojciecha Strzeleckiego, Marty Czarneckiej-Iwańczuk i Marcina Cybulskiego	205
<i>Martyna Popiołek, Paweł Grocki, Jacek Zieliński: Uznanie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego będącego fundacją za pracodawcę</i>	186	INFORMACJE	
<i>Marcin Cybulski, Maria Grzymiśławska-Cybulska, Ewa Mojs, Agata Dąbrowska, Marek Dąbrowski: Pielęgniarka a systemy ratownictwa w wybranych krajach Unii Europejskiej i na świecie. Opinie przedstawicieli narodowych systemów ratownictwa medycznego i intensywnej opieki medycznej</i> ...	190	Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska	206
		Informacje o nowym dziale prawnym „Prawo w pielęgniarstwie”	208
		Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej	209

CONTENTS

Editor's note 172

ORIGINAL PAPERS

Zuzanna Manicka, Wojciech Strzelecki: The awareness of adverse health effects of using doping by athletes among high school students 173

REVIEW PAPERS

Martyna Popiolek, Paweł Grocki, Jacek Zieliński: Medical e-records in the context of personal data security and processing exemplified by foundations and associations 181

Martyna Popiolek, Paweł Grocki, Jacek Zieliński: Regarding medicinal entity's foundation enterprise as the employer 186

Marcin Cybulski, Maria Grzymisławska-Cybulska, Ewa Mojs, Agata Dąbrowska, Marek Dąbrowski: A professional nurse and Emergency Medical Systems in several European Union Member States and in the world. Opinions of emergency service and intensive medical care professionals 190

Paweł Niezborala, Maia Stanisławska-Kubiak: Psychosomatic disorders in diabetic 195

STUDENTS' PAPERS

Alina Piasecka: The social development in childhood and adolescence – dogotherapy support capabilities. Students vote on 202

VARIA

Editor's review of the monography "Psychology in medical sciences. Part II" edited by Wojciech Strzelecki, Marta Czarnecka-Iwańczuk and Marcin Cybulski 205

INFORMATION

Polish Society of Health Sciences. Member's declaration 206

The information about the new chapter "The law in nursing" 208

Postgraduate Course "The management in Health Care" – information 209

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 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. Mamy nadzieję, że spotkają się z pozytywnym odbiorem przez Czytelników.

Bieżący numer przedstawia pracę „*E-dokumentacja w kontekście ochrony danych osobowych i ich przetwarzania na przykładzie fundacji i stowarzyszeń*”, niesłuchanie aktualną w kontekście dynamicznych zmian oraz wprowadzania nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia. Kontynuację i poszerzenie tematu stanowi praca pt. „*Uznanie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego będącego fundacją za pracodawcę*”. Zapraszamy do lektury.

Rekomendujemy także artykuł szczególnie ważny i godny polecenia w kontekście ustawy o ratownictwie medycznym: „*Pielęgniarka a systemy ratownictwa w wybranych krajach Unii Europejskiej i na świecie. Opinie przedstawicieli narodowych systemów ratownictwa medycznego i intensywnej opieki medycznej*”.

W numerze znajdują się także artykuły z zakresu medycyny psychosomatycznej (cukrzyca i problemy chorych dzieci). Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu dzieli się refleksjami na temat dogoterapii jako wspomagającej metody wspierającej rozwój psychospołeczny dzieci.

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 potrzebom edukacyjnym i poznawczym Czytelników.

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Dr hab. Ewa Mojs
Redaktor Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

On behalf of the Scientific Committee, I have a pleasure to recommend to you the new issue of the Polish Nursing.

This volume is a continuation of the evolution, which started in 2009: we continuously wish to advertise our legal section where Joanna Zdanowska, who is a research worker at Poznan University of Medical Sciences, provides consultation on legal solutions and regulations in healthcare including employment, contracts, patient's rights and other issues. We encourage you to contact Joanna Zdanowska via electronic mail, particularly to discuss issues connected with the changes in healthcare regulations.

The contents of this volume are diverse in their character but they express the scope of clinical and scientific interests of medical personnel and research workers of medical universities and other colleges. We hope this issue will meet with a positive response of our readers.

In the current issue you will find an article entitled "*E-documentation in the context of personal data security and their processing on the example of foundations and associations*". This article is especially important particularly in the wake of dynamic changes and implementation of modern technology in health care. The further paper on recognition of an enterprise which is a medical care entity as an employer will be continuation of the previous article and will broaden its ideas. Have a good time reading it.

We also recommend an article entitled "*A nurse and emergency systems in selected EU member states and in the world. The opinions of representatives of national systems of medical emergency and intensive medical care*". This paper is particularly important and worth recommendation in the context of the medical emergency bill.

In this issue of our journal you can also find articles on psychosomatic medicine (diabetes and problems of ill children). To add, a student of Faculty of Health Sciences reflects on dog therapy as a complimentary method supporting children's psychosocial development.

In the final part of the issue we provide you with information about Postgraduate School of Health Care Management. We also encourage you to become members of the Polish Society of Health Sciences (please find a membership form attached).

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

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

ŚWIADOMOŚĆ NIEPOŻĄDANYCH EFEKTÓW ZDROWOTNYCH STOSOWANIA DOPINGU PRZEZ SPORTOWCÓW WŚRÓD UCZNIÓW SZKÓŁ ŚREDNICH

*THE AWARENESS OF ADVERSE HEALTH EFFECTS OF USING DOPING
BY ATHLETES AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS*

ZUZANNA MANICKA¹, WOJCIECH STRZELECKI²

¹Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
²Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Zakładu: dr hab. Ewa Mojs

Streszczenie

Wstęp. U podstaw sportu wyczynowego leży dążenie zawodnika do doskonałości. Trening powinien służyć rozwojowi psychofizycznemu sportowca i kształtować postawę szacunku wobec rywali. Jednak już podczas zawodów rozgrywanych w starożytności poszukiwano nieuczciwych sposobów zdobywania przewagi nad konkurentami. Doping farmakologiczny to stosowanie przez zawodnika substancji, które są zabronione w sporcie. Na pokusę lub presję (ze strony środowiska) sięgania po zakazane środki wspomagające narażeni są nawet młodzi sportowcy. Należy mieć na uwadze, że stosowanie substancji dopingujących, w wyniku zakłócenia homeostazy organizmu, może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie.

Cel pracy. Głównym celem przeprowadzonych badań było określenie poziomu świadomości negatywnych dla zdrowia skutków stosowania dopingu przez sportowców wśród uczniów liceum. Cele szczegółowe dotyczyły ustalenia poziomu wiedzy na temat: środków niedozwolonych w sporcie, fizycznych i psychicznych objawów stosowania dopingu oraz działania uzależniającego środków stosowanych przez sportowców.

Materiał i metoda. Badanie objęło 124 uczniów Liceum Ogólnokształcącego w Zespole Szkół Mistrzostwa Sportowego w Poznaniu w wieku 16–20 lat. Narzędziem badawczym była samodzielnie opracowana ankieta.

Wyniki. Sterydy anaboliczno-androgenne to jedyna grupa środków dopingujących wskazana przez zdecydowaną większość badanych. Ponad połowa ankietowanych wskazała prawidłowo na wszystkie możliwe fizyczne objawy stosowania dopingu. Mniej niż 90% spośród pytanym młodym sportowców uważa, że stosowanie alkoholu, narkotyków i papierosów prowadzić może do uzależnienia. 12% badanych przyznało się, że sięgnęłoby po substancję, która pozwoliłaby im poprawić osiągnięcia sportowe, pomimo jej negatywnego wpływu na zdrowie.

Wnioski. W badaniu określono poziom wiedzy o rodzajach środków dopingujących oraz ich niepożądanych efektach fizycznych i psychicznych, a także o możliwym działaniu uzależniającym środków wspomagających. Ankietowana młodzież posiadała niewystarczający zasób informacji na ten temat.

Słowa kluczowe: doping farmakologiczny, działania niepożądane, adolescencja, zachowania antyzdrowotne.

Summary

Introduction. At the core of sports there is an aspiration to perfection. Training should support athlete's psychophysical development and teach them respect for opponents. However even during the antique contests, the ways to gain unfair advantage over competitors were sought. Pharmacological doping is the use of substances which are prohibited in sport. Even young athletes' are exposed to temptation or pressure (from their environment) to use doping. It should be noted that using of substances prohibited in sport may have an adverse effect on athletes' health because of disturbing homeostasis.

Aim of the study. The main objective of the study was to determine the level of awareness of the negative health effects of doping by athletes of high school students. Specific goals were to ascertain the level of knowledge about: substances prohibited in sport, physical and psychological effects of doping and addictive action of substances used by the athletes.

Material and method. The assessment involved 124 students from sport high school in Poznań in the age range 16–20. The tool used for research was independently prepared questionnaire.

Results. Anabolic-androgenic steroids were the only of doping substances indicated by vast majority of respondents. All of possible adverse physical effects of doping were indicated by more than half of students. Less than 90% of respondents thinks that alcohol, drug and cigarette use can lead to addiction. 12% of young athletes admitted they would use the substance, which allows them to increase their sport achievement, in spite of its adverse effect on health.

Conclusion. The level of awareness of pharmaceutical doping, its physical and psychological side effects and possible addictive effect of drugs and supporting substances was evaluated. Respondents had an insufficient level of knowledge of these questions.

Key words: pharmacological doping, side effects, adolescence, anti-health behaviors.

Doping farmakologiczny

Doping farmakologiczny polega na przyjmowaniu środków, których wykorzystywanie w sporcie jest zabronione przez WADA – Światową Agencję Antydopingową. Stosowanie dopingu farmakologicznego prowadzi do zaburzenia biologicznej równowagi w organizmie, a co za tym idzie może powodować zakłócenie pracy niektórych narządów, układów lub nawet całego organizmu, w skrajnych zaś przypadkach – doprowadzić do śmierci [1].

Lista Substancji i Metod Zabronionych¹ [2] jest publikowana co roku, niedozwolone środki są sklasyfikowane według kategorii:

1. Substancje i metody zabronione w każdym czasie (na zawodach, jak i poza zawodami)
 - S1. Środki anaboliczne
 - steroidy anaboliczno-androgenne
 - inne środki anaboliczne
 - S2. Hormony peptydowe, czynniki wzrostu i substancje pokrewne
 - S3. Beta-2 agoniści
 - S4. Środki anty-estrogenowe
 - S5. Diuretyki i inne środki maskujące
2. Substancje zabronione podczas zawodów
 - S6. Stymulanty
 - S7. Narkotyki
 - S8. Kanabinoidy
 - S9. Glukokortykosteroidy
3. Substancje zabronione w niektórych sportach
 - P1. Alkohol
 - P2. Beta-blokery

Steroidy anaboliczno-androgenne (AAS) to grupa środków o silnym działaniu anabolicznym (pobudzają biosyntezę białka) i antykatabolizmem (hamują rozpad białka) oraz słabym działaniem androgenicznym [3]. Stosowanie ich w okresie dojrzewania powoduje wzrost liczby i rozwój włókien mięśni poprzecznie prążkowanych, a po okresie dojrzewania – wyłącznie rozwój już istniejących włókien (następuje zwiększenie masy mięśniowej często będące wynikiem uwodnienia, bez wzrostu siły, szybkości i wytrzymałości) [4]. Zaliczają się do nich głównie pochodne hormonów płciowych męskich (np. testosteron, dihydrotestosteron, dihydrometylt testosteron) oraz żeńskich (np. nandrolon) [5]. W celach terapeutycznych są stosowane w przypadku kacheksji, wyniszczenia i wychudzenia, chorób wątroby lub jelit (z ujemnym bilansem azotowym), osteoporozy, a także uzupełniająco w anemii aplastycznej lub hipoplastycznej, profilaktycznie podczas leczenia glukokortykosteroidami albo miejscowo do leczenia trudno gojących się ran, oparzeń,

odmrożeń [3]. W celach dopingujących najczęściej są przyjmowane długotrwale i w dawkach wielokrotnie przewyższających dawki terapeutyczne. Aby ich działanie anaboliczne było skuteczne, należy dostarczać równocześnie organizmowi odpowiednich substancji odżywczych (budulcowych – białka pełnowartościowego oraz energetycznych – węglowodanów i tłuszczów), jak również witamin i soli mineralnych [4].

Stosowanie steroidów anaboliczno-androgenicznych w wysokich dawkach i przez długi czas wywiera działanie androgenne [3]. U kobiet może prowadzić do maskulinizacji (nadmierny rozwój mięśni szkieletowych i męska budowa ciała, trwałe obniżenie głosu, zaburzenia miesiączkowania, przerost łechtaczki, zmniejszenie piersi, łysienie typu męskiego, nadmierne owłosienie ciała, wzrost libido, deformacja płodu u ciężarnych). U mężczyzn zaś może wywołać krótkotrwale zwiększenie popędu płciowego, po którym następuje spadek naturalnie wytwarzanego testosteronu (na skutek ujemnego sprzężenia zwrotnego – zahamowania wydzielania LH i FSH przez przysadkę), który może skutkować zaburzeniami erekcji oraz spermatogenezy, a nawet atrofią jąder i bezpłodnością. AAS mogą także wywołać ginekomastię oraz przerost prostaty i jej zmiany nowotworowe [5].

Steroidy anaboliczno-androgenne, a szczególnie formy przyjmowane doustnie, ze względu na budowę chemiczną działają toksycznie na wątrobę [3]. Może dojść do cholestazy wewnątrzwątrobowej, plamicy wątrobowej, krwiaków oraz rozwoju nowotworów pierwotnych [5]. Przyjmowanie steroidów anaboliczno-androgenicznych wywołuje również liczne zmiany w układzie krążenia, m.in. przerost mięśnia sercowego (bez rozwoju naczyń wieńcowych), przyspieszenie pracy serca, nadciśnienie (spowodowane retencją sodu), zwłóknienie lub miażdżycę naczyń wieńcowych, zaburzenie gospodarki lipidowej (obniżenie frakcji HDL, wzrost frakcji LDL cholesterolu) [4]. Te zmiany mogą doprowadzić do niewydolności wieńcowej, arytmii, a nawet zawału serca lub udaru mózgu.

Steroidy anaboliczno-androgenne wpływają również na ośrodkowy układ nerwowy. Podwyższony poziom męskich hormonów płciowych i ich pochodnych skutkuje zwiększeniem skłonności do zachowań agresywnych i irytacji, drażliwością, zmniejszeniem cierpliwości oraz spadkiem tolerancji na sytuacje frustrujące. Pociąga to za sobą skutki psychospołeczne – pogorszenie relacji interpersonalnych, epizody przemocy fizycznej, wahania nastroju, ataki złości, uzależnienie (a co za tym idzie – depresję, obniżenie samooceny, poczucie bezsensu życia włącznie z myślami, a nawet próbami samobójczymi w okresie odstawienia środków), zmiany behawioralne (np. popełnianie brutalnych przestępstw przez osoby, które przed okresem przyjmowania steroidów anaboliczno-androgenicznych nie wykazywały cech osobowości antyspołecznej ani nie dopuszczały się przemocy) [5].

U osób rozwijających się steroidy anaboliczno-androgenne powodują zahamowanie wzrostu w wyniku przedwczesnego zarośnięcia nasad kości długich [3]. Poza tym środki te przyczyniają się do rozwoju skóry właściwej

¹ WADA – Lista Substancji i Metod Zabronionych, WADA, 2010. W Liście Substancji i Metod Zabronionych ogłoszonej w 2012 r. wyróżniono nową grupę: S0 – Substancje niezatwierdzone. Ponadto, dopuszczono stosowanie formoterolu (gr. S3) w dawkach terapeutycznych bez obowiązku uzyskania wyłączenia dla celów terapeutycznych. Pozostałe substancje i metody – zasadniczo bez zmian w porównaniu do roku 2010.

i tkanki podskórnej oraz pobudzają wzrost i czynność gruczołów łojowych, co powodować może wystąpienie trądziku lub rozstępów skórnych [4]. Do innych skutków stosowania steroidów anaboliczno-androgenicznych należą: obniżenie odporności (z powodu zwiększenia wydzielania glukokortykosteroidów, które hamują odpowiedź immunologiczną organizmu), podatność ścięgien na urazy (spowodowana niewłaściwą budową włókien kolagenowych), zaburzenia wydzielania innych hormonów (np. osteomalacja i osteoporoza w wyniku zwiększonego poziomu glukokortykosteroidów), objawy alergiczne i zaburzenia żołądkowo-jelitowe [5].

Dożylne przyjmowanie steroidów anaboliczno-androgenicznych wiąże się z ryzykiem zakażenia wirusami HIV, HBV i HCV [5].

Hormon wzrostu (hGH, somatotropina, STH) wykazuje silne działanie anaboliczne (zwiększa syntezę białek), jak również przyspiesza rozpad komórek tłuszczowych. Działa przeciwnie do insuliny, stymulując wydzielanie glukagonu, przez co podwyższa stężenie glukozy we krwi. Jest stosowany u małych dzieci w leczeniu karłowatości przysadkowej. Dzięki zdolności pobudzania procesów regeneracji może być także wykorzystywany w trudno gojących się ranach, odleżynach, złamaniach, chorobie Glinńskiego-Simmondsa. Stosowanie taniej somatotropiny pozyskanej ze zwłok niesie za sobą ryzyko zakażenia prionami i w efekcie rozwoju choroby Creutzfeldta-Jakoba, dlatego w terapii sięga się po hormon uzyskany metodami inżynierii genetycznej [3]. Doping somatotropiną powoduje przyrost masy mięśniowej porównywalny do efektów przyjmowania steroidów anaboliczno-androgenicznych, bez niektórych skutków ubocznych tych ostatnich, np. podatności na urazy struktur z tkanki łącznej. Jednak hormon wzrostu wpływa na cały organizm, nie tylko mięśnie i ścięgna. Może spowodować akromegalię (przerost żuchwy, dłoni, stóp, uszu, języka oraz narządów wewnętrznych). Zbyt duże zwiększenie masy ciała grozi niewydolnością układu krążenia. Wzmocniona przemiana tłuszczów zwiększa ryzyko urazu narządów wewnętrznych (rozpadają się komórki tłuszczowe będące dla nich ochroną), a podwyższenie stężenia kwasów tłuszczowych we krwi może skutkować rozwojem cukrzycy typu II [5].

Insulina jest hormonem peptydowym, wydzielanym przez komórki β wysp trzustkowych. Uczestniczy w przemianach węglowodanów, białek i tłuszczów. Zastosowanie terapeutyczne znajduje w leczeniu cukrzycy typu I, ponieważ obniża stężenie glukozy we krwi, przyspiesza jej spalanie i zmniejsza jej wydalanie z moczem oraz zwiększa syntezę glikogenu i hamuje jego rozpad [3]. Insulina działa również anabolicznie poprzez zwiększenie transportu aminokwasów do tkanek [5]. Spadek poziomu glukozy we krwi powoduje osłabienie, poty i wzrost apetytu. Przedawkowanie insuliny (np. przez nie-diabetyka) może doprowadzić do wstrząsu hipoglikemicznego, któremu towarzyszą drgawki, zaburzenia równowagi i utrata przytomności, a nawet śpiączka.

Przedłużająca się hipoglikemia może doprowadzić do uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego [3].

β 2-agoniści to leki oddziałujące na receptory β 2-adrenergiczne. Są wykorzystywane do leczenia astmy oskrzelowej (rozkurczają mięśnie oskrzeli) oraz w zagrożającym poronieniu lub przedwczesnym porodzie (hamują skurcze macicy). W dawkach terapeutycznych nie wpływają na pracę serca ani nie obniżają ciśnienia tętniczego. Przyjmowane w dużych ilościach (w dawkach 8–10-krotnie wyższych od stosowanych w astmie) działają anabolicznie – hamują katabolizm białka. Do działań niepożądanych tej grupy środków należą: drżenia mięśniowe, arytmia (nawet zagrażająca życiu), bóle i zawroty głowy, niepokój, a także bóle w klatce piersiowej i bóle stawów [3, 5].

Erytropoetyna (EPO) jest hormonem peptydowym, który pobudza różnicowanie się komórek macierzystych i prekursorowych dla krwinek czerwonych. Znajduje zastosowanie w leczeniu anemii aplastycznej towarzyszącej niewydolności nerek oraz niedokrwistościom u wcześniaków i osób z chorobą nowotworową (przy niedoborze lub braku endogennej erytropoetyny). Doping erytropoetyną pociąga za sobą możliwość wystąpienia nadciśnienia tętniczego, hiperkaliemii lub powikłań zakrzepowo-zatorowych [3]. Znaczne zagęszczenie krwi i wzrost jej lepkości obciążają serce. Prawdopodobieństwo powstania zakrzepów wewnątrznaczyniowych, zawału serca lub udaru mózgu jest najwyższe w nocy, gdy przepływ krwi jest zwolniony [4, 5].

Amfetamina należy do grupy środków określonych przez WADA jako stymulanty. Obecnie nie ma zastosowania terapeutycznego, a jej stosowanie jest zabronione z powodu dużego ryzyka rozwoju uzależnienia [3]. Bywa przyjmowana jako środek pobudzający przed wysiłkiem fizycznym, maskujący zmęczenie, zwiększający koncentrację lub do wspomagania odchudzania (hamuje łaknienie) [5]. Nie jest narkotykiem, ale nagłe jej odstawienie może spowodować objawy abstynencji. W związku ze zwiększaniem dawek z powodu rozwoju tolerancji podczas długotrwałego stosowania, może dojść do zatrucia ostrego. Do jego objawów należą: niepokój, nadmierne podniecenie psychiczne, bezsenność, drżenia mięśniowe, drgawki, bóle głowy, omamy, skłonność do brutalnych reakcji z tendencjami samobójczymi, nadciśnienie z białą skądą, zaburzenia rytmu serca, w końcowych stadiach nawet niewydolność mięśnia sercowego prowadząca do zgonu, suchość w jamie ustnej, wymioty lub biegunki. Przewlekłe stosowanie amfetaminy może prowadzić do wychudzenia (w pewnym stopniu z powodu anoreksji), zaparc, obniżonego ciśnienia krwi, arytmii, bezsenności, drażliwości, stanów lękowych lub euforycznych oraz drżenia rąk [3].

Marihuana jest środkiem psychodysleptycznym – wywołuje zaburzenia psychiczne zbliżone do objawów obecnych w psychozach. Jej stosowanie, podobnie jak amfetaminy, jest w Polsce zabronione. Marihuana wywołuje odprężenie, zadowolenie, wesołość, nadwrażliwość na dźwięk i obraz, kolorowe wizje, zaostża apetyt

i rozszerza naczynia krwionośne oraz oskrzela, przyspiesza czynność serca. Dodatkowo obniża koncentrację, zmniejsza napięcie i siłę mięśni, powoduje zaburzenia równowagi [3, 4].

Glukokortykosteroidy to hormony kory nadnerczy. Regulują gospodarkę węglowodanową, a także zwiększają katabolizm białek, powodując wzrost stężenia glukozy we krwi, poza tym hamują spalanie tłuszczów. Działają przeciwzapalnie i przeciwalergicznie (zapobiegają powstaniu substancji histaminowych w ognisku zapalnym lub miejscu odczynu alergicznego), przeciwgościcowo, zdecydowanie obniżają odporność (wskutek zmniejszenia stężenia globulin we krwi). Są stosowane w terapii zastępczej przy niedoborach hormonów. Objawowo wykorzystuje się je w chorobach alergicznych, kolagenozach, chorobach zakaźnych, nowotworowych, nerczycach oraz alergicznym i toksydematycznym. Glukokortykosteroidy mogą doprowadzić do zaniku przysadki i nadnerczy, wywołać: nawroty objawów choroby wrzodowej, osteoporozę i samoistne złamania kości, obrzęki i nadciśnienie (spowodowane retencją sodu), osłabienie mięśniowe (wskutek niedoboru potasu), zaburzenia procesów regeneracji, hirsutyzm, cukrzycę steroidową, jatrogeny zespół Cushinga oraz zaburzenia psychiczne [3].

Alkohol w sporcie niedozwolony jest w dyscyplinach wymagających dużej koncentracji, między innymi w łucznictwie, pięcioboju nowoczesnym, sportach motocyklowych i motorowych, szermierce [4]. Ma działanie uspokajające na ośrodkowy układ nerwowy – spowalnia reakcje mózgu i ciała. Bywa stosowany w celu osłabienia uczucia niepokoju, zmniejszenia drżenia, rozluźnienia, zwiększenia poczucia pewności siebie i agresywności, jednak bezpośrednio nie wpływa na poprawę osiągnięć sportowych. Jest silnie uzależniający, a odstawienie po długotrwałym stosowaniu może wywołać niepokój, zaburzenia percepcji oraz delirium tremens [3].

Zachowania ryzykowne, destrukcyjne, antyzdrowotne

W kontekście podjętego tematu pracy na uwagę zasługuje pojęcie zachowań ryzykownych. Stosowanie różnego rodzaju środków dopingujących może być przyczyną poważnych zaburzeń i chorób. Nie zmienia to jednak faktu, że tego typu działania w środowisku sportowców pojawiają się nader często. Tymczasem skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych jest stabilną i powszechną cechą codziennego funkcjonowania człowieka. Często zachowania ryzykowne kojarzy się z bilansowaniem zysków i strat. Psychologiczne ujmowanie ryzyka skupia się albo wokół oceny na poziomie strat, np. w koncepcji straty oczekiwanej wg Fishburna czy Ratajczaka, albo określa ryzyko jako zjawisko wynikające z chęci odczucia ekscytacji [6].

Stosowanie środków dopingujących wiąże się również z zachowaniami destrukcyjnymi, a ściślej z autodestrukcyjnymi. Zachowania autodestruktywne to dowolne zachowania człowieka, które zagrażają jego życiu i zdrowiu. Opisuje się je również jako intencjonalnie podjęte

działania podmiotu o doraźnych, potencjalnych skutkach zagrażających jego zdrowiu lub życiu [7].

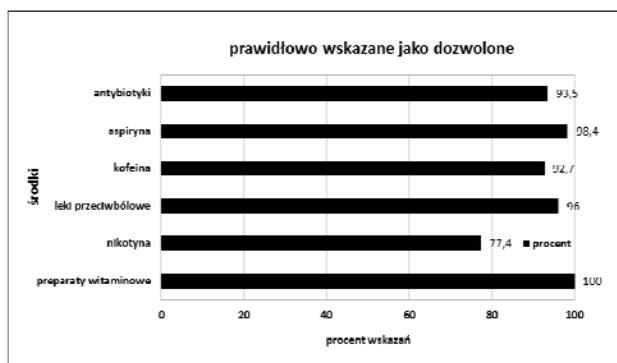
Pojęcie „zachowań ryzykownych” jest definicyjnie podobne „zachowaniom destrukcyjnym”. Blisko znajduje się również termin zachowań zdrowotnych, a dokładnie zachowań antyzdrowotnych. W literaturze odnaleźć można również termin „ryzykowne zachowania zdrowotne”, który jednoznacznie łączy omawiane typy zachowań [8]. Według Gochmana zachowania zdrowotne obejmują takie elementy, jak: przekonania, oczekiwania i przewidywania, motywy, myślenie i emocjonalne mechanizmy osobowości oraz wewnętrzne wzory zachowań, związane z utrzymywaniem, umacnianiem i przywracaniem zdrowia. Mają one charakter reaktywny (odpowiedź na wymagania społeczne, mody), nawykowy (efekt socjalizacji), intencjonalny [9]. Biorąc pod uwagę wpływ na stan zdrowia jednostki, zachowania zdrowotne podzielić można na dwie grupy, a mianowicie na zachowania sprzyjające zdrowiu, które nazywane są zachowaniami prozdrowotnymi oraz na zachowania antyzdrowotne, wpływające w sposób negatywny na stan zdrowia jednostki [10].

Z punktu widzenia rozważań niniejszego artykułu, jak również z uwagi na podobieństwo znaczeniowe, na szczególną uwagę zasługują zachowania antyzdrowotne. Są to wszelkie formy aktywności podejmowane przez jednostkę, które przyczyniają się do powstawania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze emocjonalnej, fizycznej i psychospołecznej. Istotne jest to, że nie są podejmowane świadomie w celu samozniszczenia, ale taki mają skutek. Świadome uszkodzenie własnemu zdrowiu jest zachowaniem rzadkim. Częściej spotkać się można ze zjawiskiem moratorium, zawieszenia motywacji prozdrowotnej. Dzieje się tak w przypadku, gdy skutek antyzdrowotny jest bardzo odległy (np. palenie tytoniu czy też właśnie stosowanie środków dopingujących), w celu zaspokojenia doraźnych potrzeb psychologicznych lub gdy osłabiona jest funkcja samoregulacji organizmu. Zawieszeniu motywacji prozdrowotnej mogą towarzyszyć mechanizmy obronne: alternatywne racjonalizacje, zaprzeczenia czy negacje [11]. Zachowania antyzdrowotne podejmowane są częściej przez młodzież niż osoby dorosłe. Oprócz typowo destrukcyjnych dla organizmu skutków, mają również funkcje ukryte. Realizacja tych funkcji wydaje się dominującym powodem ich atrakcyjności. Na decyzję o podjęciu tego typu działań ma wpływ szereg czynników, w tym: grupa rówieśnicza, normy społeczno-kulturowe akceptowane w grupach społecznych, w których jednostka uczestniczy oraz jej sytuacja rodzinna. Wpływ wspomnianych czynników może być na tyle silny, że jednostki nawet pomimo świadomości szkodliwości podejmowanych zachowań, nie rezygnują z nich. Dzieje się tak zwłaszcza, jeśli wiążą się one np. (szczególnie w przypadku młodzieży) z prestiżem w grupie rówieśniczej, bądź choćby z możliwością przynależności do niej, poczuciem solidarności wewnątrzgrupowej czy też zaspokojeniem potrzeby osiągnięć, a co za tym idzie mogą

ankietowani prawidłowo uznali preparaty witaminowe za dozwolone. Zdecydowana większość wskazała na stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków i kofeiny jako dopuszczalne. Natomiast co piąty z ankietowanych uczniów (22,6%) uważał, że w sporcie zabroniona jest nikotyna.



Rys. 2. Środki prawidłowo wskazane jako zabronione w sporcie.
Figure 2. Substances indicated correctly as prohibited in sport.

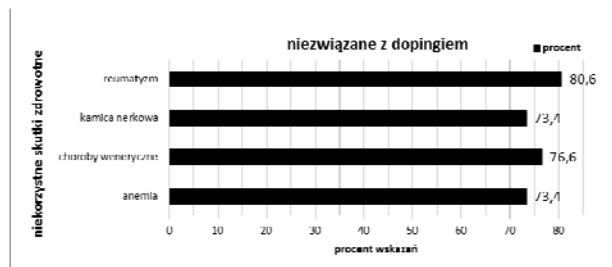


Rys. 3. Środki prawidłowo wskazane jako dozwolone w sporcie.
Figure 3. Substances indicated correctly as allowable in sport.

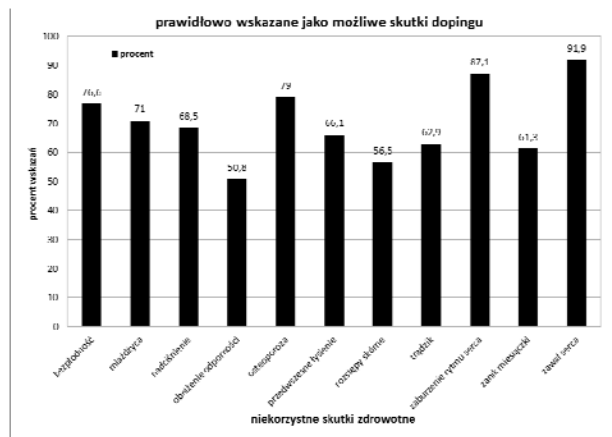
W drugim pytaniu należało wskazać spośród wymienionych objawów fizycznych te, które mogą być następstwem zastosowania dopingu (rys. 4 i 5). Kardiologiczne skutki dopingu farmakologicznego zostały wskazane przez zdecydowaną większość badanych (87,1% dla zaburzeń rytmu i 91,9% dla zawału serca). Prawie połowa uczniów nie uznała obniżenia odporności za możliwy efekt działania środków dopingujących. Większość ankietowanych (56,5–79%) poprawnie wybrała pozostałe niepożądane skutki przyjmowania zabronionych substancji. Co czwarty badany (19,4–26,6%) nieprawidłowo wskazywał na objawy niezwiązane ze stosowaniem środków niedozwolonych.

Kolejne pytanie dotyczyło niekorzystnych psychicznych skutków dopingu farmakologicznego (rys. 6 i 7). Zdecydowanie wskazano na agresję (88,7%), nadmierne pobudzenie (83,1%) oraz uzależnienie (77,4%) jako możliwe następstwa przyjmowania zabronionych środków. Ponad połowa ankietowanych prawidłowo uznała za psychiczne efekty niedozwolonych substancji jeszcze: zaburzenia osobowości i zmiany nastroju (po 56,5%) oraz zmniejszenie odczuwania bólu (67,7%). 65,3%

badanych błędnie nie uznało irytacji jako skutku stosowania dopingu, zaś ponad połowa (54,8%) mylnie sądziła, że przyjmowanie zabronionych środków zwiększa poczucie własnej wartości. Także bezsenność 62,1% uczniów nieprawidłowo uznała za efekt dopingu.



Rys. 4. Objawy zdrowotne prawidłowo wskazane jako niezwiązane z dopingiem.
Figure 4. Health symptoms indicated correctly as not related to doping.



Rys. 5. Objawy zdrowotne prawidłowo wskazane jako związane z dopingiem.
Figure 5. Health symptoms indicated correctly as related to doping.



Rys. 6. Objawy psychiczne prawidłowo wskazane jako możliwe skutki stosowania dopingu.
Figure 6. Psychic symptoms indicated correctly as possible effects of doping.

Psychic symptoms indicated correctly as possible effects of doping.



Rys. 7. Objawy psychiczne prawidłowo wskazane jako niezwiązane z dopingiem.

Figure 7. Psychic symptoms indicated correctly as not related to doping.

W pytaniu czwartym młodzież miała wybrać z podanych substancji pobudzających, uspokajających i pomagających utrzymać pożądaną masę ciała te, które uważa za mogące doprowadzić do uzależnienia (rys. 8 i 9). Co dziesiąty ankietowany nie wskazał alkoholu, narkotyków i papierosów jako środków uzależniających (prawidłowych odpowiedzi udzieliło odpowiednio 85,5%, 89,5% i 87,1% licealistów). Zaledwie 28,2% badanych poprawnie uznało środki przeczyszczające za mogące prowadzić do uzależnienia. Dwa razy więcej (56,5%) było wskazań na preparaty spalające tkankę tłuszczową, które zawierają efedrynę, kofeinę i aspirynę. Duża grupa ankietowanych uważała, że kawa, napoje energetyzujące oraz odżywki mają działanie uzależniające (odpowiednio: 67,7%, 63,7% i 66,1%).

Ostatnie pytanie oraz udzielone na nie odpowiedzi zaprezentowano na wykresie (rys. 10).

Zastosowano test chi-kwadrat dla porównania poziomu wiedzy między badanymi dziewczętami a chłopcami oraz między trzema najliczniej reprezentowanymi dyscyplinami sportowymi (hokej na trawie, piłka nożna, siatkówka). Istotnie statystycznie różnice wykazano dla wskazań erytropoetyny i glikokortykosteroidów jako substancji niedozwolonych – chłopcy znacząco częściej wybierali poprawnie. Dziewczeta istotnie częściej wskazywały na anemię jako objaw niezwiązany ze stosowaniem dopingu. Uczennice zdecydowanie rzadziej niż uczniowie niepoprawnie wskazywały na wzrost poczucia własnej wartości jako efekt zastosowania środka dopingującego. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w wiedzy między piłkarzami, hokeistami i siatkarzami.



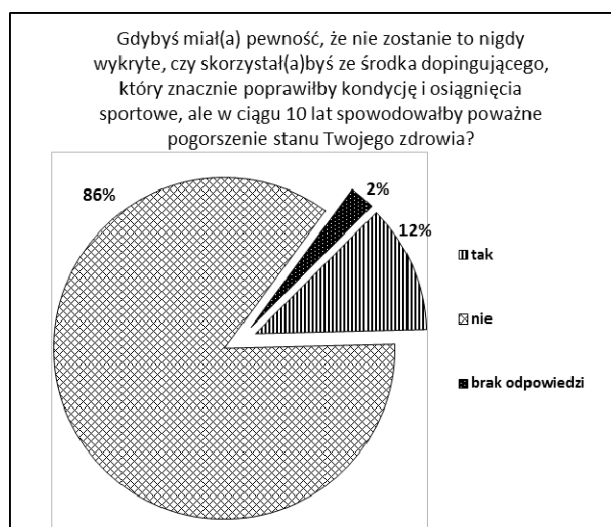
Rys. 8. Środki prawidłowo wskazane jako mogące prowadzić do uzależnienia.

Figure 8. Means indicated correctly as addictive.



Rys. 9. Środki prawidłowo wskazane jako nie prowadzące do uzależnienia.

Figure 9. Means indicated correctly as nonaddictive.



Rys. 10. Odpowiedzi na pytanie o skorzystanie ze środka dopingującego.

Figure 10. Responses to question about using doping.

Wnioski

1. W badaniu wykazano niski poziom wiedzy licealistów na temat środków zabronionych w sporcie.
2. Ankietowani mieli niewielki zasób wiadomości o niepożądanych efektach fizycznych i psychicznych dopingu.
3. Młodzież nie miała świadomości uzależniającego działania środków wspomagających stosowanych przez sportowców.
4. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie wiedzy między dziewczętami a chłopcami oraz między uczniami uprawiającymi hokej na trawie, piłkę nożną i siatkówkę.
5. Dla części zbadanej grupy osiąganie jak najlepszych wyników sportowych jest ważniejsze niż konsekwencje zdrowotne substancji stosowanych dla poprawienia osiągnięć.

PIŚMIENNICTWO

1. Sankowski T., Wybrane psychologiczne aspekty aktywności sportowej, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, Poznań 2001.

2. WADA – Lista Substancji i Metod Zabronionych, WADA, 2010.
3. Danysz A. (red.), Kompendium farmakologii i farmakoterapii dla lekarzy, farmaceutów i studentów, Urban & Partner, Wrocław 2002.
4. Rewerski W., Nazar K. (red.), Doping, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
5. Sas-Nowosielski K., Doping nie tylko w sporcie. Przyczyny – skutki – przeciwdziałanie, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, Katowice 2002.
6. Goszczyńska M., Studenski R., Przedmowa [w:] Psychologia zachowań ryzykownych. Koncepcje, badania praktyka. M. Goszczyńska, R. Studenski, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2006.
7. Suchańska A., Autodestruktywność pośrednia – samoagresja czy deficyt ochrony? [w:] M. Binczycka-Anholcer (red.), Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa-Poznań 2001.
8. Grochowska A., Schlegel-Zawadzka M., Palenie tytoniu jako przykład antyzdrowotnych zachowań wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Studia Medyczne* 2008, 11, 29-32.
9. Sęk H., Zdrowie behawioralne [w:] J. Strelau (red), Psychologia. Podręcznik akademicki t. III, GWP, Gdańsk 2000, 533-553.
10. Kasperek E., Zachowania prozdrowotne nauczycieli, Oficyna Wydawnicza G&P, Poznań 1999.
11. Jacennik B., Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko, Wydawnictwo Vizja Press & IT, Warszawa 2008.
12. Strzelecki W., Rola muzyki rockowej w kształtowaniu zachowań zdrowotnych młodzieży [w:] G. Bartkowiak (red.), Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Teoria i praktyka, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008, 46-67.
13. Obuchowska I., Adolescencja, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Psychologia rozwoju człowieka t. II, PWN, Warszawa 2001, 163-201.
14. Ziółkowska B., Specyfika stadium adolescencji jako kontekst ekspresji „anorexia nervosa”, [w:] A. Brzezińska, M. Bardziejewska, B. Ziółkowska (red.), Zagrożenia rozwoju w okresie dorastania, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003, 153-172.
15. Sęk H., Wprowadzenie do psychologii klinicznej, Scholar, Warszawa 2001.
16. Erikson E.H., Identity and the Life Cycle, W.W. Norton & Company, New York-London, 1980.
17. Kasperek-Golimowska E., Orientacje zdrowotne młodzieży w okresie dorastania [w:] M. Piorunek (red.), Młodzież w świecie współczesnym. Z badań orientacji biograficznych młodych okresu transformacji, RYS, Poznań 2004, 141-166.
18. Gąsiorek P., Zdrowie w cyklu życia jednostki [w:] M.D. Głowacka (red.), Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe, WOLUMIN, Poznań 2000, 161-177.

Adres do korespondencji:

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

E-DOKUMENTACJA MEDYCZNA W KONTEKŚCIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH I ICH PRZETWARZANIA NA PRZYKŁADZIE FUNDACJI I STOWARZYSZEŃ

*MEDICAL E-RECORDS IN THE CONTEXT OF PERSONAL DATA SECURITY
AND PROCESSING EXEMPLIFIED BY FOUNDATIONS AND ASSOCIATIONS*

MARTYNA POPIOLEK, PAWEŁ GROCKI, JACEK ZIELIŃSKI

Wydział Nauk o Zdrowiu UMP
Zakład Organizacji i Zarządzania
Kierownik: dr hab. M.D. Głowacka

Streszczenie

Zagadnienia związane z ochroną informacji w podmiotach leczniczych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, stwarzają wiele problemów natury teoretycznej, ale także praktycznej ze względu na fakt krzyżowania się uregulowań prawnych dotyczących ochrony danych oraz konieczności zapewnienia prawidłowego procesu świadczeń medycznych.

Autorzy publikacji poddali analizie zasadność dokonanych w polskim ustawodawstwie zmian, wiążących się z koniecznością prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej przez podmioty lecznicze prowadzone także przez takie podmioty jak fundacje i stowarzyszenia.

Niniejsze opracowanie przedstawia obowiązki fundacji i stowarzyszeń jako administratorów danych osobowych pacjentów, w tym nowe obowiązki związane z koniecznością prowadzenia tej e-dokumentacji medycznej. Pod rozważenie poddano także kwestie kluczowe dla owego zagadnienia, w szczególności związane z ochroną przed nieuprawnionym dostępem do danych osobowych pacjentów o charakterze wrażliwym, a także szczegółowo rozważono zasadność zmian prawa w tym zakresie.

Słowa kluczowe: ochrona danych osobowych, podmioty lecznicze, dokumentacja medyczna, elektroniczna dokumentacja medyczna.

Summary

The issue of information security in medicinal entities, including the data in patients' medical records, causes many theoretical as well as practical problems. The main reason for this is the intersection of legal regulations referring to data security and the necessity to provide the proper medical benefits process.

The authors of the publication have analyzed the relevance of the changes made in Polish legislation, which are related to the necessity of keeping medical records in electronic form by medicinal entities also run by foundations and associations.

The present study describes the responsibilities of foundations and associations as administrators of patients' personal data, including the new duties related to the requirement of keeping medical e-records. Some other significant issues that have been taken into consideration are related to protecting personal data of sensitive nature patients from an unauthorized access, and the relevance of the changes in legislation in this aspect has also been analyzed in detail.

Key words: personal data security, medicinal entities, medical records, medical e-records.

Wstęp

Przedmiot rozważań opracowania stanowią przede wszystkim wynikające z przepisów Ustawy o ochronie danych osobowych obowiązki takich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak fundacje i stowarzyszenia [1].

Wobec zmian, do jakich zobowiązane zostaną podmioty lecznicze w związku z koniecznością wdrożenia elektronicznych systemów przetwarzania informacji, nie sposób pominąć tej problematyki. Przygotowania do wprowadzenia w Polsce od 1 sierpnia 2014 r. systemu elektronicznej dokumentacji medycznej, jej przesyłania i magazynowania stwarzają nowe problemy podmiotom leczniczym.

Na wstępie należy wskazać, iż problematyka ochrony informacji w podmiotach leczniczych, w tym danych

o stanie zdrowia pacjentów, jest problematyką trudną i stwarzającą wiele problemów zarówno na płaszczyźnie teoretycznej, jak praktycznej, w szczególności ze względu na fakt krzyżowania się rozmaitych uregulowań prawnych dotyczących ochrony danych – w tym tajemnicy lekarskiej, poufności danych osobowych – oraz konieczności zapewnienia prawidłowego procesu świadczeń medycznych.

Wykonywanie działalności leczniczej a ustawa o ochronie danych osobowych

W świetle przepisów Ustawy o działalności leczniczej [2] fundacja lub stowarzyszenie mogą prowadzić działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 4 ust. 1 pkt 5). Świadczenia

zdrowotne, zgodnie z przepisami ww. ustawy, są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne, wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Fundacja czy stowarzyszenie, działając jako podmiot leczniczy, realizuje świadczenia zdrowotne w ramach prowadzonego przezeń przedsiębiorstwa.

Podmioty lecznicze w ramach wykonywanej działalności gospodarczej czy też statutowej są podmiotami gromadzącymi i przetwarzającymi dane osobowe. Jednoznaczne jest zatem, iż w tym zakresie podlegają regulacjom aktów prawnych normujących ochronę danych osobowych. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wiąże się z tworzeniem zbiorów danych oraz ich przetwarzaniem, także przy użyciu systemów informatycznych. W związku z powyższym z chwilą rozpoczęcia działalności leczniczej podmiot leczniczy staje się administratorem danych osobowych, ciąży więc na nim obowiązek zabezpieczenia danych przed nieuprawnionym dostępem, zapewnienie ich poufności i integralności.

Gromadząc dane osobowe, rozumiane przez ustawodawcę jako wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej (art. 40 uodo), administrator danych jest obowiązany zgłosić zbiór danych do rejestracji do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych [3], o ile obowiązek takiego zgłoszenia nie podlega wyłączeniu na mocy przepisów tejże ustawy.

Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 5 uodo z obowiązku rejestracji zbioru danych zwolnieni są administratorzy danych dotyczących osób korzystających z usług medycznych. Nie podlega tym samym obowiązkowi zgłoszenia do rejestracji zbiorów danych pacjentów, na rzecz których świadczone są usługi medyczne przez podmiot leczniczy, jakim jest fundacja czy stowarzyszenie.

W odniesieniu do danych osobowych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych ich rejestracja podlega również wyłączeniu. Zgodnie z art. 43 ust. 4 uodo administrator nie ma obowiązku rejestracji zbioru danych osobowych przetwarzanych przez niego w związku z zatrudnieniem u niego, świadczeniem na jego rzecz usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz osób u niego zrzeszonych lub uczących się.

Jednakże sam fakt braku konieczności dokonania przez podmiot leczniczy zgłoszenia zbiorów danych do GIODO nie oznacza, iż podmioty te nie są zobowiązane do przestrzegania przepisów uodo w pozostałym zakresie [3].

Należy mieć na względzie, że podmiot leczniczy, jakim jest fundacja czy stowarzyszenie, wykonuje także operacje związane z przetwarzaniem danych. Przez przetwarzanie danych rozumie się jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak: zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie.

Art. 27 uodo zabrania przetwarzania danych o stanie zdrowia z wyjątkiem sytuacji, gdy dokonywane jest ono w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług me-

dycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych. Stworzono też pełne gwarancje ochrony tychże danych.

Dopuszczalne jest także przetwarzanie danych niezbędne do wykonania zadań przez administratora w stosunku do pracowników i innych osób, a zakres przetwarzania został określony w ustawie.

Dane osobowe w dokumentacji medycznej

Podmiot leczniczy dane osobowe pacjentów gromadzi w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Dane te zawarte są przede wszystkim w dokumentacji medycznej, do której prowadzenia podmiot leczniczy zobowiązany jest na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [4].

Dokumentacja medyczna zgodnie z art. 25 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [5] powinna zawierać:

1/ oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,

e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

f) w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;

2/ oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;

3/ opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;

4/ datę sporządzenia.

Dokumentację medyczną zgodnie z § 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania można podzielić na:

1/ dokumentację indywidualną, która odnosi się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, dzielącą się na:

a) wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i obejmującą:

- historię zdrowia i choroby;
- historię choroby;
- kartę noworodka;
- kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;

- kartę wizyty patronażowej;
- kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego;
- b) zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot, uwzględniającą:
 - skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
 - skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację;
 - zaświadczenie, orzeczenie, opinię lekarską;
 - kartę przebiegu ciąży;
 - kartę informacyjną z leczenia szpitalnego;

2/ dokumentację zbiorczą – odnoszącą się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

W praktyce w skład dokumentacji medycznej wchodzi wszelkie dokumenty opisujące przebieg pobytu pacjenta w podmiocie leczniczym, a więc wpisy w księdze przyjęć do szpitala, w historii choroby, do której załącza się wyniki wszelkich badań diagnostycznych, testy, opisy terapii, karty pielęgnacyjne, zlecenia, karty zastosowania przymusu itd., a ponadto karta informacyjna oraz informacje o wypisie ze szpitala.

Nie sposób nie wziąć pod uwagę wartości informacji – zawartych w dokumentacji medycznej – dla samego pacjenta, które to informacje stanowią tajemnicę lekarską, dotyczą bezpośrednio życia prywatnego pacjenta, a nadto podlegają ochronie na mocy przepisów o ochronie danych osobowych. Nie można również zaprzeczyć, że od informacji zawartych w dokumentacji medycznej, danych jakby nie było poufnych, zależy zdrowie pacjenta, a może także zależeć status zawodowy, społeczny, rodzinny.

Dokumentacja medyczna w świetle powyższego zawiera szereg informacji o pacjencie podlegających ochronie. Dane osobowe pacjentów, zwłaszcza w zakresie związanym ze stanem zdrowia, należą do danych określonych mianem danych wrażliwych. Stąd też tak ważką rolę pełni w podmiotach leczniczych ochrona danych osobowych oraz tajemnicy lekarskiej.

Sposób postępowania z dokumentacją medyczną

Sposób postępowania z danymi zwanymi w dokumentacji medycznej określają powszechnie obowiązujące przepisy – od ustaw, poprzez rozporządzenia – ale także wewnętrzne akty prawne podmiotu leczniczego, do których wprowadzenia są one zobowiązane, przyjmujące formę regulaminów, instrukcji, procedur czy polityk.

Dokumentacja medyczna zawierająca dane osobowe, w tym dane wrażliwe, a nadto objęte tajemnicą lekarską, zgodnie z § 80 rozporządzenia może być prowadzona także w formie elektronicznej, gdy spełnia poniżej wymienione warunki:

- zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą,
- zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji,

– stały dostęp do dokumentacji osób uprawnionych oraz zabezpieczenie zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych,

- identyfikacja osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian,
- udostępnienie dokumentacji w formacie XML i PDF,
- eksport całości danych w formacie XML w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym,
- sporządzanie wydruków.

Dane osobowe, które zawiera dokumentacja medyczna, podlegają szczególnej ochronie. Kierownik podmiotu leczniczego powinien określić sposób jej przechowywania, uwzględniając w szczególności:

- poufność,
- możliwość dostępu osób nieupoważnionych,
- zniszczenie lub zagubienie.

Sposób i zakres udostępnienia danych zależy od instytucji wnioskującej lub od zgody samego pacjenta na ich udostępnienie. Inaczej kształtuje się zestaw danych (dokumentacji medycznej) możliwy do udostępnienia, o który wnioskuje np. jednostki badawcze, a inaczej organy państwowe, jak np. prokuratura, policja, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, instytucje ubezpieczeniowe, czy wreszcie upoważnieni członkowie rodzin [6].

Problematyka elektronicznego dostępu do informacji osobopoznawczych

Dnia 1 stycznia 2012 r. weszła w życie Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia [6]. Artykuł 56 ustawy zawiera zapis dotyczący nowelizacji art. 24 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w następującym brzmieniu „dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej”, ustanawiając jednak *vacatio legis* wskazanego przepisu do dnia 31 lipca 2014 r. Do tego czasu dokumentacja może być prowadzona zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej. Wobec powyższego od dnia 1 sierpnia 2014 r. cała dokumentacja medyczna pacjentów będzie musiała być prowadzona wyłącznie w postaci elektronicznej.

W ocenie GODO stopień informatyzacji minimalizuje problemy związane z ochroną danych w placówkach świadczących pomoc medyczną, ze względu na fakt, iż twórcy systemów informatycznych mają świadomość, iż systemy te muszą sprostać wielu wymaganiom określonym w prawie. GODO podkreśla również, że podstawowym problemem związanym z ochroną danych osobowych pacjentów będą – w związku z digitalizacją dokumentacji medycznej – wyłącznie włamania do systemów informatycznych, wykradania z niego danych czy nieprzestrzeganie procedur związanych z ich zabezpieczeniem [7].

Jednak w ocenie autorów problemów związanych z elektronicznym przetwarzaniem informacji, które z jednej strony są danymi osobowymi, z drugiej zaś podlegają

ochronie jako tajemnica lekarska, jest znacznie więcej, i to zarówno w płaszczyźnie prawnej, jak i ekonomicznej.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że ustawodawca, wprowadzając obowiązek prowadzenia przez podmioty lecznicze e-dokumentacji, nie określił, czy każdy lekarz powinien mieć dostęp do całości dokumentacji medycznej. Wiele wątpliwości budzi stanowisko, zgodnie z którym do wielu informacji o pacjencie powinni mieć dostęp wszyscy lekarze placówki medycznej, a bulwersujące wręcz jest stwierdzenie, że większość chorych zgodziłaby się na wskazane powyżej udostępnienie informacji o ich stanie zdrowia [8].

Takie domniemanie zagraża prawu do prywatności jednostki i stwarza ogromne pole do nadużyć, jeśli wziąć pod uwagę, że każdy podmiot leczniczy będzie miał odrębne regulacje w tej materii. Brak precyzyjnych wskazań, jakie dane i w jakich sytuacjach mogą zostać udostępnione powszechnie lekarzom danego podmiotu leczniczego, stanowi więc poważne niedopatrzenie, które w praktyce doprowadzić może do ujawnienia tajemnicy lekarskiej oraz naruszenia poufności danych osobowych o charakterze wrażliwym i to bez względu na to, czy podmiotem leczniczym będzie fundacja, stowarzyszenie czy jednostka szpitalna.

E-dokumentacja medyczna w podmiotach leczniczych prowadzonych przez fundacje i stowarzyszenia

Należy mieć na względzie, że przetwarzanie danych w formie elektronicznej spowoduje konieczność wprowadzenia w podmiotach leczniczych – także tych mniejszych, prowadzonych przez fundacje czy stowarzyszenia – dodatkowych środków ochrony danych osobowych. Ustawodawca nakłada na administratora danych obowiązek zabezpieczenia danych osobowych, w szczególności przez:

- zastosowanie środków technicznych i organizacyjnych, zapewniających ochronę odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną (art. 36 ust. 1 uodo),
- zabezpieczenie danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą lub zniszczeniem (art. 36 ust. 1 uodo),
- prowadzenie dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych oraz środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych (art. 36 ust. 2 uodo).

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych [9], precyzuje obowiązek dotyczący ww. dokumentacji. Na dokumentację składa się polityka bezpieczeństwa i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych (§ 3 ust. 1). Roz-

porządzenie wskazuje na obowiązek wyznaczenia administratora bezpieczeństwa informacji, nadzorującego przestrzeganie zasad ochrony danych osobowych [10]. Administrator danych zwolniony jest z tego obowiązku w przypadku osobistego wykonywania tych czynności (art. 36 ust. 3 uodo), co w praktyce jest mało prawdopodobne w placówkach medycznych.

Konieczność wprowadzenia w podmiotach medycznych – bez względu na to, przez jaki podmiot są one prowadzone – dodatkowych wewnętrznych aktów prawnych, jak polityka bezpieczeństwa i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, a także w większości tych placówek powołania administratora bezpieczeństwa informacji (ABI) spowoduje znaczne podwyższenie kosztów obsługi tychże jednostek. Niejednokrotnie wiązać się będzie z koniecznością stworzenia nowego stanowiska pracy dla ABI, czy też zlecenia wykonywania tychże usług przedsiębiorstwu zewnętrznemu, co w przypadku podmiotów medycznych stanowić będzie znaczące obciążenie finansowe.

Oprócz powyższego należy także podkreślić, iż nabycie i wdrożenie przez podmiot leczniczy, prowadzony przez fundację czy stowarzyszenie, specjalistycznego oprogramowania informatycznego, służącego do prowadzenia e-dokumentacji wygeneruje ogromne koszty dla tychże podmiotów, wiążące się prawdopodobnie z koniecznością zawarcia umów kredytowych czy leasingowych w celu dostosowania swojej działalności do powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Uwagi końcowe

W ocenie autorów nie sposób uznać wprowadzonych w polskim ustawodawstwie zmian i obligatoryjnego prowadzenia e-dokumentacji medycznej – w kontekście obowiązków wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych i ich przetwarzania w podmiotach leczniczych prowadzonych przez fundacje i stowarzyszenia – za racjonalne. Natomiast ekonomiczne obciążenie tychże podmiotów, w związku z koniecznością wprowadzenia zmian w zakresie gromadzenia, przechowywania i przetwarzania danych medycznych, może doprowadzić część tych placówek do likwidacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.), dalej – uodo.
2. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
3. Dalej: GIODO.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.).

5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.) – dalej usioz.
7. Wiewiórowski W.R., Stopień informatyzacji minimalizuje kłopoty z ochroną danych osobowych, Serwis kadry zarządzającej ZOZ, nr 10/2012, s. 39.
8. Zientek-Varga J., Sposób dostępu do e-dokumentacji medycznej nie może naruszać tajemnicy lekarskiej, Serwis kadry zarządzającej ZOZ, nr 10/2012, s. 40.
9. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. Nr 100, poz. 1024).
10. Glen P., Polityka bezpieczeństwa informacji zabezpieczy przed dostępem osób nieupoważnionych, Serwis kadry zarządzającej ZOZ, nr 10/2012, 14–15.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11

60-179 Poznań

e-mail: orgzarz@ump.edu.pl

UZNIANIE PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU LECZNICZEGO BĘDĄCEGO FUNDACJĄ ZA PRACODAWCĘ

REGARDING MEDICINAL ENTITY'S FOUNDATION ENTERPRISE AS THE EMPLOYER

MARTYNA POPIOLEK, PAWEŁ GROCKI, JACEK ZIELIŃSKI

Wydział Nauk o Zdrowiu UMP
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania Opiece Zdrowotnej
Kierownik: dr hab. M.D. Głowacka

Streszczenie

Przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wnosły wiele wątpliwości, związanych między innymi z realizacją świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze (w tym fundacje) na gruncie prawa pracy.

Autorzy niniejszego opracowania podjęli próbę udzielenia odpowiedzi na pytania: czy w świetle obowiązujących przepisów przedsiębiorstwo realizujące świadczenia medyczne w ramach fundacji, jako podmiotu leczniczego, może być – w ściśle określonych stanach faktycznych – wyodrębnione zarówno finansowo jak i organizacyjnie, a zatem czy może być uznane za pracodawcę w rozumieniu art. 3 Kodeksu pracy, a także czy jednostka wyodrębniona w strukturze organizacyjnej utraciła status pracodawcy w związku ze zmianami wprowadzonymi Ustawą o działalności leczniczej.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, pracodawca wewnętrzny, wyodrębniona jednostka organizacyjna.

Wstęp

Przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [1] (dalej: udl) wnosły wiele wątpliwości co do wprowadzonych rozwiązań prawnych związanych nie tylko z realizacją świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze (w tym fundacje), ale także na wielu innych płaszczyznach – w tym na gruncie prawa pracy.

Przed wejściem w życie ww. ustawy fundacja wykonywała świadczenia zdrowotne w ramach wyodrębnionej na podstawie jej statutu jednostki organizacyjnej, jaką był niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. W poprzednim stanie prawnym to niepubliczny zakład opieki zdrowotnej był z reguły pracodawcą dla zatrudnionych w nim pracowników w rozumieniu art. 3 Kodeksu pracy [2].

W obecnym stanie prawnym, zgodnie z art. 205 udl, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej są przedsiębiorstwami podmiotu leczniczego – organu założycielskiego, czyli fundacji, na podstawie zaś art. 210 ust. 1 udl pracownicy zatrudnieni w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej stali się pracownikami odpowiednich podmiotów leczniczych – fundacji, stowarzyszeń, spółek prawa handlowego itd.

Summary

The regulations of the Act on Medical Activity of 15 April 2011 generated doubts related not only to medical benefits realization by medicinal entities like foundations, including the Labour Law ground.

The authors of the present study have made the attempt to answer the questions like: can the enterprise executing medical benefits within the framework of a foundation as a medicinal entity be, in the light of the regulations in force – in clearly defined factual findings – separated financially as well as organizationally, and thus whether it can be considered as the employer as defined in regulations of Article III of the Labour Code, and whether the unit singled out from the industrial setup loses the attribute of an employer in relation to the changes introduced by the Medical Activity Legislation.

Key words: medicinal entity, medical entity's enterprise, internal employer, separated industrial unit.

Wobec powyższego wydawać by się mogło, że przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego będącego fundacją – działające uprzednio jako wyodrębniona w jej strukturze jednostka organizacyjna – straciło status pracodawcy.

Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego jako pracodawca

Na wstępie rozważań należy udzielić odpowiedzi na pytanie, czy w świetle obowiązujących przepisów prawa pracy przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego będącego fundacją mogłoby zostać uznane za pracodawcę.

Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Kodeksu pracy pracodawcą jest jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudniają one pracowników.

Uzyskanie statusu pracodawcy przez pozbawioną osobowości prawnej samodzielną jednostkę organizacyjną uzależnione jest od łącznego spełnienia dwóch przesłanek, tj.: organizacyjnego wyodrębnienia przedmiotowej jednostki w strukturze danego podmiotu oraz przy-

znania jej tzw. zdolności pracodawczej. W przypadku spełnienia wskazanych przesłanek jednostka organizacyjna uzyskuje podmiotowość prawną w zakresie prawa pracy. W tym miejscu należy podkreślić, iż wyposażenie w zdolność w zakresie prawa pracy jednostek organizacyjnych nie jest równoznaczne z przyznaniem tym jednostkom zdolności cywilnoprawnej w obrocie prawnym [3]. Podobnie jak zdolność osoby fizycznej do zatrudniania pracowników nie jest uzależniona od żadnych dodatkowych warunków, w szczególności przysługuje również osobom ograniczonym w zdolności do czynności prawnych lub pozbawionym tej zdolności [4].

Zgodnie z utrwalonym w orzecznictwie stanowiskiem, które po raz pierwszy wyrażone zostało w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1991 r., w sprawie sygn. akt I PRN 57/91, każda osoba prawna jest pracodawcą w rozumieniu art. 3 KP dla zatrudnionych przez nią pracowników, chyba że dla niektórych z nich za pracodawcę należy uznać jednostkę organizacyjną stanowiącą jakąś jej część składową, mimo nieposiadania przez nią osobowości prawnej.

W doktrynie utrwalony jest pogląd, zgodnie z którym aby uznać jednostkę organizacyjną osoby prawnej za pracodawcę muszą zostać spełnione następujące przesłanki:

- możliwość dokonywania czynności z zakresu prawa pracy w szczególności zatrudnianie pracowników
- wyodrębnienie organizacyjne
- wyodrębnienie finansowe [5].

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 listopada 1995 r., w sprawie sygn. akt I PRN 84/95 wskazał, iż pracodawcą może być także jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną ani wchodząca w jej skład. W szczególności dotyczy to wyodrębnionej jednostki organizacyjnej spółki cywilnej zatrudniającej pracowników.

W świetle powyższego jednoznaczne jest, że jeżeli przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego – fundacji:

1) otrzyma statutowe upoważnienie do dokonywania czynności prawnych w zakresie stosunków pracy we własnym imieniu* [6] z jednoczesnym wskazaniem osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w jego imieniu jako pracodawcy oraz

2) zostanie wyodrębnione organizacyjnie i finansowo w wewnętrznych przepisach,

wówczas na gruncie art. 3 Kodeksu pracy nabędzie status pracodawcy.

Wyodrębnienie pod względem organizacyjnym przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

Nie budzi zasadniczych wątpliwości możliwość zawarcia w statucie fundacji upoważnienia dla określonej

* W tym miejscu należy wskazać iż za pracodawcę, w rozumieniu art. 3 KP, uważać należy taką jednostkę organizacyjną, która jest uprawniona do samodzielnego zatrudniania pracowników, nie można jednak uznać za pracodawcę jednostki organizacyjnej, której kierownik przyjmuje i zwalnia pracowników wyłącznie na podstawie upoważnienia (uchwała SN z 16 listopada 1977 r., sygn. akt I PZP 47/77).

osoby – np. dyrektora jednostki – do dokonywania czynności z zakresu prawa pracy w imieniu jednostki, czy też udzielenia przez zarząd fundacji pełnomocnictwa do dokonywania czynności we wskazanym zakresie w imieniu jednostki. Jednak aby udzielić twierdzącej odpowiedzi na pytanie, czy przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego może zostać uznane za pracodawcę w świetle art. 3 Kodeksu pracy, należy rozważyć, czy faktycznie owo przedsiębiorstwo może zostać organizacyjnie i finansowo wyodrębnione.

W pierwszej kolejności przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego powinno zostać wyodrębnione w statucie fundacji jako jednostka organizacyjna realizująca świadczenia zdrowotne pod firmą: np. Fundacja X – Zakład Opieki Zdrowotnej, co uczynione powinno być w formie jednego z postanowień statutu. Należy jednak wskazać, iż samo wyodrębnienie w statucie fundacji jednostki organizacyjnej nie pozwala uznać jej za pracodawcę.

Wyodrębnienie organizacyjne to wyodrębnienie z majątku – w tym przypadku podmiotu leczniczego – odrębnych zespołów składników materialnych i niematerialnych. Wydaje się także konieczne, aby jednostka była wyodrębniona w strukturze organizacyjnej podmiotu jako np. dział, wydział, oddział itd.

Wyodrębnieniu organizacyjnemu musi towarzyszyć wyposażenie jednostki organizacyjnej „w niezbędne środki i urządzenia umożliwiające organizowanie pracy i kierowanie jej procesem” [7]. Funkcjonowanie wyodrębnionej organizacyjnie jednostki jako pracodawcy związane jest bezpośrednio z określoną częścią majątku macierzystej osoby prawnej lub innej jednostki organizacyjnej.

Zasadne jest twierdzenie, iż przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego może posiadać wyodrębniony majątek służący do realizacji świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z brzmieniem art. 17 i art. 22 udl podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne jest obowiązany spełnić następujące warunki:

1. posiadać pomieszczenia lub urządzenia odpowiadające normatywnym wymaganiom (odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, dotyczącym: warunków ogólnodostępnych, sanitarnych i instalacyjnych);

2. stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 102, poz. 586);

3. zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;

4. zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 udl umowę ubezpieczenia:

a) odpowiedzialności cywilnej,

b) na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu prowadzącego szpital.

Ponadto w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego jest jednostką lo-

kalną w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym. Możliwe jest zatem, aby na mocy postanowień regulaminu organizacyjnego przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego było podmiotem, dla którego sporządzany będzie odrębny – od podmiotu macierzystego – bilans. Należy przy tym wskazać, iż zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego jednostka lokalna jest to zorganizowana całość (zakład, oddział, filia) położona w miejscu zidentyfikowanym odrębnym adresem, pod którym lub z którego prowadzona jest działalność przez co najmniej jedną osobę pracującą.

Oczywiste jest, iż w świetle powyższych rozważań nie sposób przyjąć, aby przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego nie mogło być wyodrębnione pod względem organizacyjnym z jednostki tworzącej – fundacji.

Wyodrębnienie pod względem finansowym przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

W związku z istnieniem możliwości wyodrębnienia organizacyjnego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w jego strukturze, należy pod rozwagę poddać kwestię, czy również możliwe jest takie wyodrębnienie na płaszczyźnie finansowej.

Wymaga podkreślenia, iż wyodrębnienie finansowe jednostki – przedsiębiorstwa – nie jest równoznaczne z jej pełną samodzielnością. Przyjmuje się, iż jest to stan, w którym możliwe jest przyporządkowanie kosztów i przychodów, należności i zobowiązań do określonej jednostki. Wobec tego przedmiotowe wyodrębnienie nie musi zawsze pociągać za sobą konsekwencji w sferze gospodarczej. Podobnie jak w przypadku wyodrębnienia oddziału spółki prawa handlowego dalej będzie on pozostawał jej integralną częścią, w związku z czym to spółka w razie zaistnienia takiej konieczności, zobowiązana będzie do „finansowania” działalności oddziału [3].

Jak słusznie wskazuje P. Wąż, „wyodrębnienie finansowe w analizowanym kontekście należy w głównej mierze rozumieć jako samodzielność w zakresie realizacji (tu: formalnego wykonywania) zobowiązań finansowych wynikających ze stosunku pracy, co teoretycznie sprowadza się do obowiązku wypłaty wynagrodzenia i innych świadczeń związanych z pracą” [3]. Należy podkreślić, iż jednostka – co do zasady – nie prowadzi samodzielnej polityki finansowej na zasadach odrębności majątkowej.

Pracodawca będący jednostką organizacyjną powinien być upoważniony do dysponowania wyodrębnionymi przez podmiot leczniczy środkami finansowymi we własnym imieniu tak, aby mógł wywiązywać się ze zobowiązań wynikających ze stosunku pracy. Wyodrębnienia finansowego nie można jednak utożsamiać z faktycznym dysponowaniem odpowiednimi środkami pieniężnymi, gdyż pracodawcą może być także podmiot niewypłacalny [8].

W praktyce posiadanie przez jednostkę własnego rachunku bankowego, który pozwala na dysponowanie środkami finansowymi – czy to przekazanymi przez podmiot leczniczy, czy też innymi – jest jednym z przejawów wyodrębnienia finansowego.

Należy wskazać również, iż wyodrębnienie finansowe jest wyłącznie zabiegiem wewnątrzorganizacyjnym w ramach podmiotu, nie mającym tak naprawdę wpływu na odpowiedzialność wobec wierzycieli – w tym pracowników. Jednostka organizacyjna samodzielnie nie będzie ponosiła odpowiedzialności majątkowej za zobowiązania wynikające ze stosunków pracy, w których występuje jako pracodawca. Celem skutecznego prowadzenia egzekucji świadczeń pracowniczych pracownik będzie musiał uzyskać tytuł egzekucyjny wydany przez samemu podmiotowi leczniczemu – fundacji [3].

W ocenie autorów w świetle powyższej analizy oczywiste jest, iż istnieje możliwość wyodrębnienia przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jako jednostki organizacyjnej nie tylko na płaszczyźnie organizacyjnej, ale także finansowej.

Uwagi końcowe

Kwestię, jak interpretować przepis art. 210 ust. 1, autorzy pozostawiają otwartą, zwracając jednak uwagę na kontrowersje, jakie mogą powstać przy próbie jego zastosowania w praktyce, tj. w szczególności ze względu na sprzeczność z przyjętą w prawie pracy definicją pracodawcy.

Nie budzi wątpliwości, że komentowany przepis ustawy doprowadził do paradoksu, w świetle którego osoby wykonujące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych (umowy zlecenia, umowy o dzieło) mogą dalej ją świadczyć na rzecz przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, zaś osoby świadczące pracę na podstawie umowy o pracę w dawnych „nzoach” stały się ex lege pracownikami jednostek tworzących – fundacji, stowarzyszeń, spółek prawa handlowego [9].

Zgodnie z brzmieniem art. 6. ust. 1. pkt. 4 Ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych [10] obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym podlegają – poza wskazanymi w ustawie wyjątkami – osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Wobec powyższego niezrozumiałym jest, iż jednostki organizacyjne, którym w poprzednim stanie prawnym nadano numer identyfikacji podatkowej odrębny od jednostki macierzystej na podstawie art. 2 ust. 2 i 3 Ustawy o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników [11] – jako płatnikom składek na ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenia zdrowotne – mogą na dzień dzisiejszy odprowadzać składki na ubezpieczenie społeczne wyłącznie w związku z zawartymi przed wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej

umowami cywilnoprawnymi rodzącymi po stronie tychże podmiotów taki obowiązek.

W ocenie autorów ze względu na fakt, iż przedsiębiorstwo realizujące w ramach fundacji, jako podmiotu leczniczego, świadczenia medyczne może być – w ściśle określonych stanach faktycznych – wyodrębnione zarówno finansowo jak i organizacyjnie, może też być uznane za pracodawcę w rozumieniu art. 3 Kodeksu pracy. A contrario zatem do przedstawionego w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 2010 r. w sprawie sygn. akt I PK 80/10 poglądu, jednostka organizacyjna – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w tym także fundacji – będzie mogła być uznana za pracodawcę w przypadku dokonania właściwego wyodrębnienia przedsiębiorstwa pod względem organizacyjnym, finansowym i majątkowym. Jeżeli fundacja prowadząca działalność leczniczą w przedsiębiorstwie sama nie kieruje i nie zarządza tą jednostką, nie organizuje jej pracy, samodzielnie nie zatrudnia pracowników i nie wykonuje osobiście wszelkich czynności związanych z jej funkcjonowaniem, tj. powierza je innej osobie, nie skupia w sobie przymiotów pracodawcy.

Wobec powyższego nie sposób przyjąć, że przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, pozostające jednostką wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej fundacji, utraciło status pracodawcy w związku ze zmianami wprowadzonymi Ustawą o działalności leczniczej.

Wydaje się, że przyjęta przez ustawodawcę ww. konstrukcja jest nie do końca przemyślana i sztuczna, a ponadto powoduje wiele wątpliwości na płaszczyźnie stosowania prawa – nie tylko prawa pracy.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.).
3. Wąż P., Koncepcja pracodawcy rzeczywistego w świetle art. 3 KP, Monitor Prawa Pracy 2007, 3 (System Informacji Prawnej Legalis).
4. Hajn Z., Pojęcie pracodawcy po nowelizacji kodeksu pracy, cz. I., Prawo i Zabezpieczenie społeczne, 1997, 5, 1-48.
5. Jaśkowski K., Maniewska E., Kodeks pracy. Komentarz, Zakamycze, Kraków, 2004, 1 – 1928, tak też Baran W., Kodeks pracy. Komentarz, LEX, Warszawa, 2012, (System Informacji Prawnej Lex).
6. Uchwała SN z 16 listopada 1977 r. sygn. Akt I PZP 47/77.
7. Pietrzykowski J., Pojęcie zakładu pracy według Kodeksu pracy, Państwo i Prawo, 1976, 1-156.
8. Pisarczyk Ł., Pracodawca Wewnętrzny, Monitor Prawa Pracy, 2004, 12, (System Informacji Prawnej Legalis).
9. Dercz M., Rek T., Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa, 2012, 5-540.
10. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 1998 Nr 137 poz. 887 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 13 października 1995r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz. U. z 2004 r. Nr 269, poz.2681 z późn. zm.).

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
w-mail: orgzarz@ump.edu.pl

**A PROFESSIONAL NURSE AND EMERGENCY MEDICAL SYSTEMS
IN SEVERAL EUROPEAN UNION MEMBER STATES AND IN THE WORLD.
OPINIONS OF EMERGENCY SERVICE AND INTENSIVE MEDICAL CARE PROFESSIONALS**

*PIELĘGNIARKA A SYSTEMY RATOWNICTWA
W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ I NA ŚWIECIE.
OPINIE PRZEDSTAWICIELI NARODOWYCH SYSTEMÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
I INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ*

MARCIN CYBULSKI¹, MARIA GRZYMISŁAWSKA-CYBULSKA²,
EWA MOJS¹, AGATA DĄBROWSKA³, MAREK DĄBROWSKI³

¹Department of Clinical Psychology Faculty of Health Science
Poznan University of Medical Sciences
Head of the Department: Ewa Mojs

²The Poznan School of Social Sciences
President of The Poznan School of Social Sciences: prof. Michał Iwaszkiewicz

³Department of Disaster Medicine
Faculty of Health Science
Poznan University of Medical Sciences
Head of Department: Magdalena Witt

Summary

The main purpose of this study is to describe the current situation of nursing in selected national emergency services in European Union and United States of America. An undoubted advantage of the article is referring to unpublished interviews with emergency services staff from Belgium, the Netherlands and US-experienced Polish paramedic.

Key words: nursery, emergency services, law.

Streszczenie

Głównym celem pracy jest nakreślenie roli personelu pielęgniarskiego w wybranych narodowych systemach ratownictwa medycznego w Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Niewątpliwym atutem artykułu jest odwołanie się do niepublikowanych wywiadów przeprowadzonych z pracownikami systemów ratownictwa medycznego w Belgii i Holandii oraz amerykańskich doświadczeń polskiego ratownika medycznego.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, służby ratunkowe, prawo.

The National Emergency Medical System Act¹, which is the current law, was legislated in order to ensure that every individual in a situation of unexpected medical distress is given assistance (Art. 1). In this manner the legislator made sure that the State's obligations are fulfilled. The law outlines how the system works and in what its structure is as well as how it is financed. Additionally, the aforementioned Act provides a framework for First Aid education in Poland. It is important to underline that although the bill was passed after May, 1 2004, in terms of its accordance with the EU law, this Act deals with the areas which are not within the scope of EU legislation.²

Firstly, a nurse is mentioned only five times in the National EMS Act, therefore it is difficult to cast some light on a nurse's legal status within the EMS. Secondly,

¹ Journal of Laws No.191, Item 1410 of 2006.

² Project of justification of the National EMS Act by the Polish Sejm of V turn, print 853.

a nurse working in the EMS is either a specialized nurse or undergoing specific training in the fields such as: emergency nursing, anaesthesiology, intensive care, surgery, cardiology, paediatrics, or is a nurse qualified in EMS nursing, anaesthesiology, intensive care, surgery, cardiology, paediatrics with at least 3-year experience in working at those specialties in wards, ambulatories, ERs or Emergency Service. The nurses who comply with the Art. 3, p.6 of the National EMS Act are called by the legislator "EMS nurses".

An EMS nurse, according to the law, is a specialized nurse but also a nurse undergoing the training in the field of EMS. The process of specialization was regulated by the Health Minister's regulation of October, 29, 2003 listing nursing specializations together with other health related areas in which specialization and qualifications may be obtained, and list of framework programs for nurses and midwives.³

³ Journal of Laws No.197, Item 1922.

A framework for a specialized EMS training for nurses was presented in the appendix 19 of the aforementioned Polish Health Ministry's regulation. According to this document such a training preparing a nurse to cope with demands of working in the EMS requires 1111 hours. During this time a nurse should gain knowledge of, among many other subjects, how EMSs are organized in Poland, Europe and in the world (p. 3).

Another task was assigned to the "EMS nurse" by the legislator – as they should be involved in First Aid education.⁴ Those nurses can be members of basic as well as specialized and flight rescue teams, in other words the Emergency Medical System's units, complying the legal requirements and performing emergency medical procedures outside hospital premises.

In the reference literature a great attention is drawn to the problem that, although in the EMS all the rescue procedures should be performed exclusively by the nurses (a doctor or an EMT) with specific qualifications in emergency nursing, this is in fact difficult to implement. The main reason of this being the lack of an adequate number of nurses specialized in this field. Moreover this adequate personnel scarcity is common for all the Member States of the EU as well as for other countries [1].

According to estimates, three years after Poland joined the EU, 1.5-3% of Polish nurses have tried to migrate in order to find employment [2]. It became possible as the EU Member States have worked to standardize nursing professionals' curricula and specialized career paths. One of the steps, to unify the laws applicable to nurses' education and qualifications, undertaken by the Council of Europe, was "the European Agreement on the Instruction and Education of Nurses", drafted in Strasbourg in 1967. The Polish government in 1995 ratified the document. It was planned that the year 2000 will be a breakthrough in the efforts aiming at bringing national regulations closer.

Another important initiative was the Bologna Declaration, which resulted in conclusions on the university education of nurses in Europe [3].

Owing to fruitful outcomes, it has become possible now for nursing staff to work outside their home countries [4] as well as develop professionally in Poland [5]. Thus, a notion of a Union nurse should be interpreted broadly based on their excellent skills and professional education. However, it is not enough, since those individuals should also be equipped with what is common for all Europeans. Those shared ideas are: human values, ethics, humanitarian bedside manners [6,7]. Moreover the nurses should be familiar with common European socio-cultural preconditions as far as respect for religion, beliefs and ethnic background are concerned [8]. None of those elements should impact the care provided by nursing professionals, whether it concerns ER, ICU or palliative wards. The respect and understanding which is

required from nurses is relevant not only for professionals migration processes, but they should be even more significant for providing first aid to individuals with diverse cultural and religious background.

Efforts to introduce uniform laws and regulations, present within the European Union, include, among other areas, education and training of medical personnel. Because of this, the professionals educated in one of the EU Member States would have chance to find employment outside their home country. Despite some discrepancies in how medical care system is being financed, organized or what patterns of nursing, obstetrics or emergency services are implemented, the qualifications procedures for professionals seem to be more standardized and unified. Therefore, it enables non-nationals to displace and get employed, which is a common practice between the EU Member States. In many countries (with Great Britain among them) not strictly medical procedures (eg. occupational health services, ethics or IT systems) vary between different medical facilities (hospitals, clinics, private practices), therefore an initial training for newly employed medical professional is necessary. This enables them to adapt to local rules and practices [9]. One of the main aims of this chapter is to underline the different roles carried out by nursing professionals in both some of the EU Member States and outside of it. In order to reach this goal available literature and professionals in different fields of medicine were consulted.

In many cases the European countries regulate these issues in a similar manner. Due to a uniqueness of the Dutch EMS, the authors concentrated on the role that nurses play in providing emergency care.

The World Health Organization presented a report evaluating the functioning of the national EMSs [10] (WHO, 2008). WHO concluded that, although there are some significant differences between the national EMSs, financing or how the systems are organized seem to be quite similar. The today's Systems have been shaped by historical, socio-political events. The EMSs in Benelux and Eastern European countries seem to extend outside their national borders. The WHO aims at functional unification of the Systems, with respect for discrepancies in how they are funded or what their structure is. Therefore, a need for unification has been pressing in Poland as well.

To adjust Polish public Emergency Medical System to European Union's, the Minister of Health approved September 30th 2009, a systemic project "Profesjonalne pielęgniarsstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego" ('Professional nursing in the Polish EMS – supporting postgraduate education'), to be carried out by Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (the Centre for Postgraduate Education of Nurses and Midwives). It received financial support from the European Social Fund. The main purpose of this initiative is to educate and increase the number of nursing professionals within the Polish public EMS.

⁴ Art. 2 of the National EMS Act.

The Public Emergency Medical System Act created a new and separate medical profession – an EMS nurse. Its legal definition is stipulated in Art. 3 p. 6 of the National Emergency Medical System Act (2006)⁵. According to the Act, to become an EMS nurse, one must “be a specialist or be undergoing training in EMS nursing, anaesthesiology, intensive care, surgery, cardiology, paediatrics, or be a nurse after an EMS training in EMS nursing, anaesthesiology, intensive care, surgery, cardiology, paediatrics with at least 3-year experience in working at those specialties’ wards, ambulatories, ERs or Emergency Service”.

According to Polish law, a nurse of the Polish EMS may act without doctor’s supervision when performing diagnostic and therapeutic tasks. The lack of such supervision is guaranteed by the Minister of Health Regulation⁶, whilst a nurse’s place and role in the entire EMS is defined by the National EMS Act⁷. The law states that a nurse is a full-fledged and an equal member of an emergency medical team. The Act enables a nurse to serve as an emergency dispatch. It defines a set of requirements for the job, namely it needs to be “a person with a capacity to perform acts in law, with a required education ranging from a doctor, a nurse to an EMT title; have at least 5 years of professional experience in an emergency medical unit, a trauma ward, an anaesthesiology ward, an ICU or an ER”⁸. In Poland there is great pressure put on continuous education of nurses working in the EMS. Research conducted in 2010 indicates that the nurses upgrade their qualification, but they are still not fully aware of the rules and legal regulations applicable to their professions.

Moreover, an EMS nurse may be an ambulance driver for both general and specialized Emergency Services [11, 12] when simultaneously performing duties of an EMS nurse. When EMS recruitment processes are concerned a driving license is also a job requirement, among some others, in the Netherlands. Both in the Netherlands and in Belgium there are male and female nurses employed in ambulances [13]. The Dutch system bases on the principle that the ambulance driver is a qualified professional in safe and responsible driving and performing medical procedures.

Considering all the European countries, the broadest spectrum of medical emergency competences was given to the nursing personnel in the Netherlands. The EMS is based on highly trained emergency nursing professionals.

Iwona Kramarz, a Polish nurse certified by the SOSA (the Dutch Board for EMS), working in RAV Brabant

Zuid-Oost Hospital in Eindhoven was questioned about the EMS system in the Netherlands [13]. She claims that the country may be proud of one of the best EMSs in the world. It has a national reach and is entirely based on the nursing staff. In the USA, which case will be touched on in more detail further in the article, there are Emergency Medical Systems separate for each State whilst in the Netherlands there is a single System with a unified structure. Starting from a basic first aid kit, through education, ending with the same skills verification procedures, they are all standardised in Amsterdam, Utrecht or Venlo.

In order to be employed within the Dutch EMS one needs to fulfil a list of requirements. Some of the indispensable skills are:

- a general nursing diploma (eg. HBO level - Hoger Beroeps Onderwijs)
- specialisation in EMS nursing, cardiac intensive care, intensive care or anaesthesiology
- experience of at least 5 years working, in a hospital, as a specialised nurse
- driving license.

Only the candidates who comply with all the requirements (education, qualification and professional experience) may apply for a position in the Emergency Department.

If successfully employed, one has to drive in the ambulance under instructor’s supervision, responsible for the on-job training. That is the case until one passes the practical and theoretical part of the SOSA examination (Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening).

In the Dutch EMS system there is one exception from this rule – in Helicopter Emergency Medical Services (Traumaheli – a rescue chopper). This kind of team with a doctor on board is mainly dispatched to accidents, namely neurotrauma or child resuscitation procedure. A patient needs to be classified according with LPA7 (National Protocol for Ambulance Care) then the decision is made whether they require a helicopter transport or not.

A nurse working in the Dutch EMS is independent in their decision – to administer drugs, to perform intubation, cricothyrotomy, emergency tracheotomy, electrostimulation, and defibrillation or to lead through a CPR protocol. Moreover, they deal with injuries, transport patients to psychiatric wards and diagnose myocardial infarction, or transports cases of a severe cardiac problems to hemodynamic wards. The certificate SOSA (for ambulance medical rescue professionals) is valid for 5 years, therefore central practical renewal exams take place just before the lapse date. It aims at ensuring the current employers that professional skills are updated and meet requirements. If a nurse fails the central exam twice, they need to be accompanied by a tutor for the following 8 weeks to reveal shortcomings and implement proper changes. After being under supervision a nurse may take the exam, but if they fail again, their SOSA is cancelled and they cannot work in an ambulance.

⁵ National Emergency Medical System Act of September 8, 2006 (Journal of Laws No. 191, Item 1410).

⁶ Minister of Health Regulation of November 7, 2007 on the kind and the scope of preventive, diagnostic, therapeutic services provided by a nurse or a midwife without a doctor’s order.

⁷ National Emergency Medical System Act of September 8, 2006 (Journal of Laws No. 191, Item 1410).

⁸ Ibidem.

During one of normal shifts a nurse may be called by surprise to a medical simulation centre. It is a call for an internal practical exam. A driver and a nurse are required to pass it. The most common is a CPR scenario. There are internal trainings available both of theoretical and practical nature. If completed, a person is awarded some credits which after 5 years make them eligible to take the central practical renewal exams – SOSA.

The Dutch healthcare system is costly and every citizen has to pay a health insurance premium. If the EMS system did not work properly and resulted in medical complications or immediate threat to life and health it would require changes due to amount of damages. Iwona Kramarz claims that in fact the EMS system, fortunately, works very well and both the Dutch and the health insurance companies are satisfied. In fact they need to be pleased as they pay around 1200 euros for one ambulance intervention. If the number of mistakes was high, nobody would be willing to pay that much. In recent ranking conducted among 30 European countries the Dutch EMS has placed first in Europe.

Delphine Desimelaere – a Belgium EMT provides some insight into their national EMS [14]. According to her to be employed by the Emergency Medical Services (EMS) in Belgium every nurse must follow one year course of emergency and first aid, finished with examination and internship (of one month). Then, after evaluation, a well-trained nurse may begin working in EMS ambulances. Every year EMS' personnel have reproducible trainings (with minimum 3 days duration) and, after each five years of duty, another evaluation. Usually, when there is a 112 call, an EMS team starts only with the basic ambulance and if the case is more complex the SAMU is called to the scene (Service d'Aide Médicale Urgente – it is an EMS ambulance with one nurse, one doctor and the driver).

The Polish EMS was build upon 30 years of experience of Anglo-Saxon countries. The Emergency Medicine Model, which exists in Great Britain and Australia was therefore carefully researched.

The American EMS and Intensive Care are based on many coexisting systems. Due to the USA administrative division, in which some prerogatives and powers were delegated onto a single state, the laws concerning EMS differ from one state to another. Nursing staff is usually onsite and in ICUs (Intensive Care Unit). According to witnessed situation in ICUs each nurse is responsible for providing care to two patients with a stable status. Nevertheless, in situations of high alert, or immediate danger to life and health, the ratio is one on one. The author of these observations, Marek Dąbrowski from Poznan University of Medical Sciences, claims that American Systems stand out with their number of specialised personnel, namely a nurse intensivist. In hospital such a nurse is a highly qualified and competent professional, who is often called before doctor's arrival. A person holding this position is responsible for cooperating with a doctor, supervising the state of a hospital in case new patients

are being admitted. Moreover, this person has administrative duties such as: admitting the patients or moving them onto other wards or ICUs. Another role fulfilled by this individual is helping other nurses in dealing with serious cases and when health of some patients outside of the ICUs is deteriorating [15].

Besides, in the Intensive Care Units in the United States of America there are so called Emergency Rooms. Mobile units (ambulances) are staffed by paramedic personnel – Emergency Medical Technicians (EMTs), and Emergency Medical Paramedics (EMPs) [16]. Some of the duties of the nurses in European countries are performed by the EMTs in North America. According to Dąbrowski's observations it is common that those posts are occupied by women who are both EMTs and ambulance drivers.

Rescue actions are not solely carried out by independent Medical Emergency teams. In 2005 a rapid Response System was created which included MET (Medical Emergency Teams) into hospital system. The teams consist of doctors and nurses qualified in advanced resuscitation protocols. Within the hospital they constitute internal and mobile emergency teams performing their duties where needed. As the model succeeded in the USA and Australia it receives more and more recognition in Europe in supporting ICU teams [17].

The METs' activity may even cause a drop in patients admitted into ICUs. According to Polish authors a nurse is the core of a MET. They are mainly responsible for assisting during a rescue action by handling the intubation's equipment, setting intravenous infusions, preparing defibrillator's electrodes and administering medicines [17].

Another area where nurses are indispensable, both in the world and European EMSs, is Triage. It is the Patient Classification System (PCS) introduced in the USA during the 40's. It enables for better assessment of how many staff is needed to handle certain event. It is used in EMS and in general medicine. Ksykiewicz-Dorota took on the task to adapt the American PCS to Polish reality and situation [18]. The American approach specifies an average time span a nurse should handle one patient and which procedures should be applied by the members of a rescue team with respect to ambulances and ICUs.

The most common models describing medical classification which takes into account nurses activity are: Butler's [19, 20] and Nelson's [20, 21] models, but also Nursing Activities Score is applied. Another adaptation of the American model was carried out by Danuta Dyk and Katarzyna Cudak, from the University of Medical Sciences in Poznań [22]. In the Air Force Base Andrews, in Maryland, a nurse is a key element of the rescue system as after giving a diagnose an appropriate medical algorithm follows [20]. In another example of application of the American model (Nyack Hospital in New York) patients requiring intensive care need continuous 24/7 nursing care, therefore, two nurses are assigned to them [20].

The analysis indicates that the role that nursing professionals play in EMSs and ICUs, despite being sometimes similar, is defined differently in every country. The education systems, historical background and discrepancies in levels and sources of funding result in the nursing profession being regulated according to national standards. However, there were some European efforts to bring those national systems together, they basically differ a lot from each other.

REFERENCES

- Gula S., Pożdżioch T., Filarski J., Kycia M., Mikos P., Pochopień M. i wsp. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz. Warszawa: Lex Omega; 2008.
- Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I., Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia, *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15 (2,3): 120-127.
- Cuber T., Figarska K., Ślusarska B., Zarzycka D., Dobrowolska B., Analiza porównawcza wybranych elementów systemu szkolnictwa pielęgniarskiego na poziomie licencjatu w Polsce i w Finlandii, *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (3): 273-281.
- Blak-Kaleta A., Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek na poziomie podstawowym. In: Blak-Kaleta A (ed.). *Praktyczny poradnik dla pielęgniarek. Fachowe informacje i wskazówki z zakresu praktyki pielęgniarskiej*. Warszawa: Publishing Verlag Dashoefer Sp.; 2012.
- Zdanowska J. Kariera i rozwój pracownicy pielęgniarek – aspekty prawne. *Pielęgniarstwo Polskie* 2009; 4 (34): 326-330.
- Stefaniak K., Basa A., Wójcik R., Mocarska D., Rola i funkcje zawodowe pielęgniarki. *Pielęgniarstwo Polskie* 2009; 3 (33): 187-191.
- Stefaniak K., Basa A., Wójcik R., Glapa B., Etyka zawodu pielęgniarki i odpowiedzialność zawodowa, *Pielęgniarstwo Polskie* 2009; 3 (33): 206-211.
- Majda A., Zalewska-Puchała J., Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej, *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (2): 253-258.
- Kapała W., Rucki P., Wprowadzenie do zawodu pielęgniarskiego (Wielka Brytania). *Rozmowa. Wirtualny Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 9.2012. Available from: http://www.nursing.com.pl/PielęgniarkaPolozna_Wprowadzenie_do_zawodu_pielgniarstkiego_w_UK_83.html.
- World Health Organization (WHO). *Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization*. Data Book; 2008.
- Cybulski M., Ratownik medyczny i pielęgniarka systemu w roli kierującego pojazdem uprzywilejowanym w zespole wyjazdowym ratownictwa medycznego – głos w sprawie. *Pielęgniarstwo Polskie* 2010; 2(36):86-89.
- Zdanowska J., An unpublished legal commentary on privileged vehicle driver's qualifications. Research conducted for the purpose of giving lectures at the University of Medical Science in Poznań; 2012.
- Sygit M., *Zdrowie Publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Business Publishing; 2010: 362-374
- Dąbrowski M., Based on unpublished interview with Iwona Kramarz – a SOSA nurse in the Duch EMS in RAV hospital in Brabant Zuid-Oost, Eindhoven; 2012.
- Dąbrowski M., Based on unpublished interview with Delphine Desimpelaere – an EMT of the Belgium EMS; 2012.
- Dąbrowski M., Fenomen ratownictwa amerykańskiego – cz. I. American Exchange Programme – czerwiec-lipiec 2006. *Na ratunek* 2007; (3): 34-38.
- Dąbrowski M., Fenomen ratownictwa amerykańskiego – cz. II. American Exchange Programme – czerwiec-lipiec 2006. *Na ratunek* 2007; (4): 28-30.
- Roman M., Gaca M., Medical Emergency Team: kosztowny wymysł, czy nowa jakość? *Anestezjologia i Ratownictwo* 2010; 4: 250-257.
- Ksykiewicz-Dorota A., Weryfikacja kryteriów opieki pielęgniarskiej w metodzie klasyfikacji pacjentów, *Zdrowie Publiczne* 1999; 109:15-21.
- Butler W.R., ED patient classification matrix: development and testing of a tool. *J Emerg Nurs* 1986; 12:279-85.
- Klukow J., Ksykiewicz-Dorota A., Przegląd zachodnich metod klasyfikacji pacjentów dla potrzeb planowania obsad pielęgniarskich w szpitalnych oddziałach ratunkowych. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2010; 4: 373-381.
- Nelson M.S., A triage-based emergency department patient classification system. *J Emerg Nurs* 1994, 20: 513.
- Dyk D., Cudak E.K., Zastosowanie skali czynności pielęgniarskich (Nursing Activities Score) do planowania obsad pielęgniarskich na oddziałach intensywnej terapii. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2008; 1: 70-75.

Corresponding author:

Marcin Cybulski
 Department of Clinical Psychology
 Faculty of Health Science
 Poznan University of Medical Sciences
 70, Bukowska St.
 60-195 Poznań
 Poland

ZABURZENIA PSYCHOSOMATYCZNE W CUKRZYCY

PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN DIABETIC

PAWEŁ NIEZBORAŁA¹, MAIA STANISŁAWSKA-KUBIAK²

¹Fizjoterapia, studia licencjackie 2 rok, stacjonarne

²Zakład Psychologii Klinicznej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Ewa Mojs

Streszczenie

Geneza, proces i skutek zaburzeń działania układu dokrewnego są ściśle związane z czynnikami psychologicznymi i społecznymi. Najpowszechniejszym zaburzeniem układu dokrewnego jest cukrzyca, która według badań wpływa na sferę psychiczną. Wyniki badań „The Diabetes Control and Complications Trial” wyznaczają powszechne metody leczenia cukrzycy. W leczeniu cukrzycy ważna jest redukcja hemoglobiny glikowanej HbA1c, która ma silny związek z występowaniem powikłań i depresji w cukrzycy (wg skali PHQ-9 i BDI). W cukrzycy typu 2 również może pojawić się schizofrenia. Ciągłe kontrolowanie cukrzycy polepsza rokowania, lecz intensywne leczenie jest bardzo trudne do zastosowania w praktyce, może powodować wzrost wagi i poczucie zmęczenia.

Słowa kluczowe: cukrzyca, hemoglobina glikowana, depresja, zaburzenia psychosomatyczne.

Summary

Genesis, process, and effect of endocrinedisorders, are strictly linked with psychological and social factors. The most common disorder of endocrine system is diabetes. According to the latest research, diabetes has also strong correlation with mental sphere. The scores of studies “The Diabetes Control and Complications Trial” complete universal treatment methods in diabetes type I. In diabetes type II treatments reduction of A1c Hemoglobine lowers complication. A1c has strong association with occurrence of depression in diabetes (according to scale PHQ-1 and BDI). Another common disease is schizophrenia. Frequent control of diabetes improves outcome, but also can cause weight gain and weariness.

Key words: diabetes, hemoglobin A1c, depression, psychosomatic disorders.

Wstęp

Cukrzyca uznawana jest za chorobę cywilizacyjną, która wymaga leczenia z uwzględnieniem indywidualnych czynników psychologicznych pacjenta. Organizacja Narodów Zjednoczonych (United Nations, UN) uznała wzrost zachorowań na cukrzycę za epidemię XXI wieku. Międzynarodowa Federacja Cukrzycy (International Diabetes Federation, IDF) zebrała dane, z których wynika, że około 8,5% populacji europejskiej w wieku od 20. do 79. roku życia choruje na cukrzycę typu 2. Prawie połowa dorosłych chorujących na cukrzycę to osoby stosunkowo młode, poniżej 60 roku życia. Cukrzyca typu 1 najczęściej występuje w populacji dzieci i młodzieży, w Europie średnio w około 18 przypadkach na 100 000 osób. Daje to 10–15% udziału w całkowitej liczbie chorych na cukrzycę obu typów.

Cukrzyca typu 1

Cukrzyca typu pierwszego jest przewlekłym autoimmunologicznym zaburzeniem. Dzieci chorują najczęściej (99%) na cukrzycę typu 1, o podłożu autoimmunologicznym. Choruje na nią około 150 tysięcy osób w

Polsce [1]. Ponad 40% pacjentów z tą postacią cukrzycy ma mniej niż 20 lat, co czyni ją jedną z najczęstszych chorób przewlekłych wieku dziecięcego. Badania populacyjne wykazują stały wzrost zachorowań na cukrzycę typu 1. Aktualne wskaźniki zapadalności pokazują utrzymywanie się 5–8-procentowego rocznego wzrostu zachorawalności na cukrzycę typu 1 w Polsce, który należy do jednych z najwyższych na świecie.

Cukrzyca typu 1 najczęściej dotyczy dzieci i młodych dorosłych, szczyt wykrywania choroby przypada na okres pokwitania, tzn. 10–12 lat u dziewcząt i 12–14 u chłopców. Natomiast najszybszy wzrost zapadalności dotyczy dzieci poniżej 5. roku życia. Etiologia choroby jest wieloczynnikowa, czynniki dziedziczne (m.in. predyspozycja układu immunologicznego) i środowiskowe, takie jak infekcje wirusowe, wywołują odpowiedź autoimmunologiczną, która niszczy insulinotwórcze komórki beta w trzustce. Przedłużająca się hiperglikemia może doprowadzić do mikro- i makronaczyniowych uszkodzeń, takich jak niewydolności układu krwionośnego, retinopatia, nefropatia oraz neuropatia nerwów obwodowych i autonomicznych [2].

The Diabetes Control and Complications Trial (badanie kontroli i powikłań cukrzycy), 9-letnie wielośrodkowe badania w Stanach Zjednoczonych ustaliły, że polepszenie

kontroli cukru opóźnia i spowalnia wystąpienie powikłań cukrzycowych. Odkrycia badaczy z DCCT uzupełniły sposób standardowego leczenia cukrzycy typu 1. Leczenie ukierunkowane jest na obniżenie i utrzymanie poziomu hemoglobiny glikowanej zbliżonego do wartości prawidłowych poprzez zalecenia dietetyczne, ćwiczenia fizyczne, monitorowanie poziomu glukozy oraz model intensywnej insulinoterapii. Intensywna insulinoterapia zazwyczaj wymaga co najmniej trzech iniekcji insuliny na dzień lub ciągłego używania insulinowej pompy osobistej. Celem jest możliwie wierne naśladowanie fizjologicznych wzorców uwalniania insuliny, co pozwala na utrzymania cukru we krwi na poziomie zbliżonym do normy. Hemoglobina glikowana jest laboratoryjną wartością odzwierciedlającą średnie stężenie cukru we krwi w okresie ostatnich 2 do 3 miesięcy życia. Jest używana jako standardowa miara skuteczności terapii osób chorujących na cukrzycę (celem leczenia jest osiągnięcie wartości HbA1c 6,5–7% zawartości we krwi, podczas gdy u osób zdrowych poziom kształtuje się na poziomie 4–6%).

Cukrzyca typu 2

Cechą charakterystyczną tej choroby jest insulinooporność, która powoduje, że organizm wymaga stopniowego wzrostu produkcji insuliny przez trzustkę, aby uzyskać normalną glikemię. U pacjentów z cukrzycą typu drugiego trzustka przestaje produkować wystarczającą ilość insuliny, co powoduje chroniczną hiperglikemię. Czynnikiem ryzyka dla cukrzycy typu 2 jest otyłość oraz siedzący tryb życia. Schorzenie to rozpoczyna się zazwyczaj w średnim wieku, lecz z powodu coraz częstszej otyłości u młodych ludzi dotyczy również dzieci i młodzieży [3]. Cukrzyca typu 2 jest przyczyną skrócenia średniej długości życia o 5-10 lat, a główną przyczyną zgonów są powikłania i choroby układu sercowo-naczyniowego. U około 50% osób chorych na cukrzycę typu 2 dochodzi do rozwoju co najmniej jednego powikłania zanim jeszcze choroba zostanie rozpoznana [4]. The United Kingdom Prospective Diabetes Study, największe jak dotąd perspektywiczne badania nad cukrzycą typu drugiego, wskazują, że każda jednopunktowa redukcja hemoglobiny glikowanej powoduje 35% spadek ryzyka wystąpienia komplikacji cukrzycowych. Podobnie skuteczne leczenie nadciśnienia prowadzi do zmniejszenia ryzyka komplikacji ze strony układu krążenia [5].

Leczenie cukrzycy typu 2 ukierunkowane jest na obniżenie i utrzymanie poziomu cukru we krwi poprzez redukcję wagi, stosowanie odpowiedniej diety, ćwiczenia fizyczne, kontrolowanie poziomu cukru i jeśli to konieczne aplikowanie insuliny w przypadku utrzymywania się hiperglikemii.

Profil osobowości chorego

Cukrzyca są zazwyczaj świadomi swojej choroby. Wiąże się to z ciągłym poczuciem zagrożenia i lękiem

przed powikłaniami. Choroba może mieć swoje negatywne oddziaływanie na wszystkie aspekty życia chorego, ponieważ często jest on zmuszony całkowicie podporządkować się chorobie. Bleuler (1975) określił właściwości osobowości, które pozwalają odróżnić chorych z typem 2 od pacjentów z typem 1 cukrzycy. Pacjenci z cukrzycą insulinoniezależną rzadko wykazują lęki, choć czasami wykazują cechy zamaskowanej depresji. U chorych z cukrzycą insulinozależną wg Bleulera możliwe są objawy schizoidalne. W trudnych sytuacjach osoby takie często negują problemy i dystansują się [6].

Koncepcje psychosomatyczne rozwoju cukrzycy opracowane przez Rudolfa:

1. Potrzeby spoza sfery oralnej są zaspokajane poprzez jedzenie. Zbyt duży apetyt przyczynia się do nadwagi oraz hiperglikemii, co niszczy wysepki Langerhansa w trzustce.

2. Konsumowanie pokarmu zastępuje brak poczucia miłości. Pomimo coraz częstszego jedzenia organizm przechodzi w tryb metabolizmu głodowego, podobnie jak w cukrzycy.

3. Podświadome lęki i ciągły strach wciąż powodują hiperglikemię. Utrzymuje się ona tak długo, jak trwa napięcie psychiczne, czyli praktycznie bez przerwy [6].

Pomimo znajomości powyższych koncepcji nie możemy jednoznacznie określić szczególnego typu osobowości chorych na cukrzycę. Czynniki psychiczne nie mają w leczeniu chorego podstawowego znaczenia, szczególnie gdy mówimy o cukrzycy typu 1. Alexander zwraca szczególną uwagę na dużą potrzebę opieki i bycia zależnym od innych. Gdy te potrzeby nie zostaną spełnione, u chorych może pojawić się silny niepokój i poczucie krzywdy. Reindell określił postawę cukrzyków, jako „miotającą się” między zdenerwowaniem, strachem i ciągłą pogonią a chęcią odczucia bezpieczeństwa [6].

Stres i cukrzyca

Istnieją sprzeczne dowody na to, czy stres bezpośrednio wpływa na zachorowanie i przebieg cukrzycy [7]. Hormony stresu są powiązane kontrolującą odpowiedzią na insulinę, więc jest możliwe, że stres odgrywa rolę w metabolizmie glukozy. Wiele badań pokazało, że kontrola glikemii jest słabsza u pacjentów odczuwających większy stres [8]. Jednakże nie jest jasne, czy stres bezpośrednio wpływa na metaboliczną regulację glukozy, czy też ludzie pod wpływem stresu przestają dbać o siebie. Ostatnia analiza pokazuje, że psychologiczne stresory, zwłaszcza brak wsparcia, są powiązane z niską kontrolą metabolizmu [9]. Aby ocenić wpływ stresu w kontrolowanych warunkach podjęto kilka badań, z których wynika, że stres może wpływać zarówno na cukrzycę typu pierwszego, [10] jak i drugiego [11]. Inne badania nie potwierdziły tej tezy. Wynika z tego, że nadal nie jest jasne, jakie wydarzenia bezpośrednio wpływają na fizjologię regulacji glukozy. Prawdopodobnie nie tylko sam fakt zachorowania generuje

reakcje stresu, ile znaczenie, jakie chory nadaje chorobie i związanej z nią terapii [12].

Zaburzenia psychiczne w cukrzycy

Publikacje badań The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) oraz United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) ustaliły, że ciągłe kontrolowanie cukrzycy pierwszego i drugiego typu polepsza odległe rokowania w cukrzycy [13]. Jednakże uzyskanie podobnego do fizjologicznego poziomu glukozy we krwi wymaga kompleksowych działań i rozwiązywania pojawiających się problemów. Wielu pacjentów ma trudności z utrzymaniem przez długi czas zaleceń związanych z leczeniem. Stres związany z radzeniem sobie z chorobą przewlekłą jest główną przyczyną nie dostosowania się do zaleceń lekarskich. Rośnie liczba badań nad związkiem cukrzycy typu 1 i 2 z zaburzeniami psychiatrycznymi, takimi jak depresja, niepokój i zaburzenia odżywiania. W obu typach cukrzycy psychiczne zaburzenia wiążą się z nieprzestrzeganiem zaleceń, gorszą kontrolą poziomu glikemii i ostatecznie z komplikacjami mikro- i makronaczyniowymi. Ponieważ następstwa choroby w dużej mierze zależą od zachowań pacjenta, optymalne leczenie powinno być multidyscyplinarne i zawierać w sobie konsultacje pielęgniarki edukacyjnej, dietetyka, psychologa, powinno też być dopasowane do psychiki pacjenta, jego systemu wsparcia i relacji z lekarzem. Dr Rosanna Fiallo-Scharer z Denver podczas 72 zjazdu naukowego Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Filadelfii omówiła znaczenie ciągłego monitorowania glikemii (w skrócie CGM, Continuous Glucose Monitoring) u dzieci i młodzieży w oparciu o algorytm ułatwiający diabetikom dostosowywanie dawki insuliny [14]. Fiallo-Scharer przedstawiła szczegółowo opracowany algorytm DATA, stworzony na podstawie opisanych przez chorego trudności, oceny poziomu glikemii analizy minionych wydarzeń oraz modyfikacji dawki insuliny. Dużą część swojego wykładu lekarka z Denver poświęciła również zagadnieniu motywacji pacjenta do stosowania CGM oraz zjawisku zmęczenia chorobą pojawiającemu się często podczas jego stosowania. CGM przyczynia się do narastania psychicznego obciążenia chorobą w bardzo wielu przypadkach. Aby maksymalnie ograniczyć to powikłanie, wymagane jest stałe wsparcie i monitoring zespołu specjalistów opiekującego się danym pacjentem. Jeżeli zespół ten stwierdzi niepokojące objawy sugerujące zmęczenie CGM, wskazana jest przerwa w jego stosowaniu [14].

Depresja i cukrzyca

Wśród chorych na cukrzycę częściej niż w populacji ogólnej pojawiają się choroby psychiczne. Najczęstsze problemy występujące u pacjentów z cukrzycą to depresja, podwyższony poziom lęku, trudności adaptacyjne

i zaburzenia odżywiania. Występowanie depresji w obu typach cukrzycy jest 2 do 3 razy częstsze niż w pozostałej części populacji. Wiele badań wskazuje, że pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi wykazują gorszą kontrolę cukru i mają wyższy wskaźnik ryzyka występowania powikłań cukrzycy, takich jak retinopatia, nefropatia, nadciśnienie, choroby serca i dysfunkcje seksualne. Jednakże nie jest jasne, czy depresja jest powodem czy rezultatem gorszego leczenia cukrzycy. W analizie 24 przypadków depresji, hiperglikemii i cukrzycy Lustman stwierdził silny związek pomiędzy podwyższoną wartością hemoglobiny glikowanej i depresją. Badacze nie byli w stanie określić kierunku tej zależności, więc pozostaje niejasne, czy hiperglikemia powoduje depresję czy hiperglikemia jest rezultatem depresji. Ponadto badacze zauważyli, że relacja może być wzajemna i hiperglikemia jest prowokowana przez depresję a jednocześnie przyczynia się do nasilenia depresji [15].

Objawy niepokoju są często zgłaszane przez pacjentów i depresja może w sposób niezależny wpływać na obniżenie jakości życia u tych pacjentów. Po uwzględnieniu depresji jedne badania odkryły, że objawy paniki korelują z podniesionym poziomem hemoglobiny glikowanej, częstszymi powikłaniami oraz niską samooceną własnego funkcjonowania [13].

Chociaż depresja może być rezultatem powikłań i długiego trwania choroby, pojawia się również stosunkowo wcześniej w cukrzycy typu 1 przed wystąpieniem powikłań. Wobec tego zwiększone występowanie depresji w cukrzycy nie może być wyjaśnione jedynie poprzez emocjonalną reakcję na przewlekłą chorobę z powikłaniami. Kolejne badania de Groota wykazało, że wzrost symptomów depresji był związany z ciężkością choroby i liczbą powikłań [16]. Powiązane badanie wykazało, że liczba objawów cukrzycowych była związana z liczbą objawów depresyjnych zgłaszanych przez pacjentów. Korelacja ta była silniejsza niż związek pomiędzy objawami cukrzycy a poziomem hemoglobiny glikowanej. Depresja może powodować gorsze odległe wyniki leczenia cukrzycy poprzez mechanizmy biologiczne i behawioralne, ponieważ objawy depresji takie jak zmniejszona motywacja, brak energii i poczucie beznadziejności ściśle wiążą się z gorszym przestrzeganiem zaleceń i słabszą kontrolą glikemii [13]. W konsekwencji depresja wiąże się ze zwiększoną umieralnością pacjentów z cukrzycą typu 1, jako że jedną z konsekwencji depresji są myśli i próby samobójcze, a przy ułatwionym i nieograniczonym dostępie do insuliny może to być szczególnie niebezpieczne.

Badania pacjentów z cukrzycą typu drugiego są mniej jasne w odniesieniu do rozwoju depresji. Zwiększone występowanie depresji w cukrzycy typu 2 zdaje się niekiedy wyprzedzać początek choroby, przez co pojawia się hipoteza na temat tej relacji – mianowicie, że pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi są predestynowani do rozwoju cukrzycy 2 [13]. Katon zaproponował złożony model powiązań pomiędzy depresją i przewlekłymi chorobami somatycznymi, który uwzględnia relacje pomiędzy stresem, nieko-

rzystnymi przeżyciami, stylem życia, obciążeniami genetycznymi i biologicznymi. Inny biologiczny mechanizm powoduje zmiany w transporcie glukozy i wzrost aktywności prozapalnej. Depresyjni pacjenci mają zmniejszony wskaźnik aktywności fizycznej oraz zwiększają ryzyko wystąpienia chorób serca poprzez palenie papierosów i tłustą dietę, co plasuje ich w grupie wysokiego ryzyka cukrzycy typu 2. Z badań wynika, że pacjenci przed wystąpieniem depresji w 37% znajdowali się w grupie ryzyka zachorowania na cukrzycę typu drugiego. Dwukierunkowe relacje między depresją i cukrzycą zostały zbadane przez Golden i współpracownicy, które odnotowały niewielki związek pomiędzy przedchorobowymi objawami depresji i dopiero co zdiagnozowaną cukrzycą. Odnotowano też związek pomiędzy nieleczoną cukrzycą i wystąpieniem objawów depresji [17].

Niektórzy badacze sugerują, że problemy z metabolizmem glukozy objawiające się hipo- i hiperglikemią mogą przyczyniać się do rozwoju depresji. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że cukrzyca powoduje zmiany w istocie białej mózgu i te zaburzenia w istocie białej istniejące w obszarze odpowiedzialnym za regulację afektu mogą prowadzić do rozwoju depresji [13]. W tym momencie te zmiany w istocie białej są nieznanego pochodzenia, mogą być związane z przyspieszoną chorobą naczyń w cukrzycy. Faktem jest związek pomiędzy chorobami mózgowo-naczyniowymi i depresją u starszych pacjentów z cukrzycą [13].

Wyniki badań nadal są niejasne, co do tego czy określone leczenie depresji może prowadzić do poprawy kontroli glikemii w cukrzycy. Leczenie farmakologiczne nie daje jednoznacznych efektów, natomiast psychoterapia w nurcie poznawczo-behawioralnym wydaje się przynosić pozytywne efekty. Badanie, w którym pacjenci byli jedynie edukowanymi na temat cukrzycy, w porównaniu z pacjentami uczestniczącymi w terapii poznawczo-behawioralnej, pokazało poprawę w poziomie hemoglobiny glikowanej. Inne badanie wykazało poprawę nastroju u pacjentów uczestniczących w terapii poznawczo-behawioralnej, ale nie wykazało zmian w poziomie hemoglobiny HbA1c podczas terapii ani rok później [13]. Wydaje się, że leczenie depresji prowadzi do łagodzenia objawów, jak również w niektórych przypadkach do lepszej kontroli glikemii. Jednakże pozostaje niejasne, czy leczenie psychiatryczne w depresji może prowadzić do polepszenia odległych rezultatów psychologicznych i biomedycznych. Badanie Parthwaya, oparte na przeprowadzonej na dużą skalę próbie losowej, dotyczyło nowatorskiego podejścia do leczenia depresji i cukrzycy w podstawowej opiece medycznej, polegającego na dostarczaniu pacjentom szerokiej wiedzy i wsparcia w braniu antydepresantów. Pacjenci ci uzyskali zmniejszenie objawów depresji, jednak nie stwierdzono różnic w poziomie hemoglobiny HbA1c pomiędzy grupą kontrolną a tymi pacjentami. Pacjenci, którzy mieli mniej niż dwa cukrzycowe powikłania odczuli taką samą poprawę jak pacjenci bez tego specjalnego wsparcia, jednak pacjenci z licznymi powikłaniami odczuli znacznie

większą poprawę dzięki takiemu wsparciu [13]. Wsparcie nie wiązało się ze zwiększeniem kosztów leczenia, nawet wiązało się ze zmniejszeniem ogólnych kosztów leczenia u pacjentów z licznymi powikłaniami.

Podsumowując, częste występowanie depresji i jej niekorzystnych skutków w cukrzycy w połączeniu z klinicznie skutecznym leczeniem przemawiają za jak najwcześniejszym rozpoznawaniem i leczeniem depresji u pacjentów chorujących na cukrzycę. Depresja zawsze powinna być brana pod uwagę w procesie leczenia pacjentów mających trudności z zaakceptowaniem cukrzycy i z prawidłową kontrolą glikemii.

Zaburzenia dwubiegunowe. Schizofrenia i cukrzyca

Kilka badań ukazało znacznie częstsze występowanie cukrzycy (główne typu drugiego) u osób z zaburzeniami dwubiegunowymi i schizofrenią. Około 10–15% pacjentów z tymi zaburzeniami cierpi na cukrzycę, co jest dwu- lub trzykrotnie częstsze niż w ogólnej populacji [18]. Powody tego zwiększonego ryzyka są niejasne. Mogą być związane z częstszą otyłością w obydwu grupach pacjentów, co z kolei wiąże się (lecz nie może być w pełni wyjaśnione przez ten jeden czynnik) ze wzrostem wagi spowodowanym lekami psychotropowymi. Zwiększone występowanie cukrzycy u pacjentów psychiatrycznych może również odzwierciedlać ich niezdrowy siedzący tryb życia, uzależnienie od nikotyny i spożywanie nadmiernej ilości węglowodanów i żywności bogatej w tłuszcz [19].

Zaburzenia odżywiania i cukrzyca

Chociaż intensywne leczenie cukrzycy typu pierwszego redukuje ilość odległych powikłań to jednak wiąże się ze wzrostem wagi. Podczas pierwszych 6 lat pacjenci w intensywnie leczonej grupie zyskali na wadze średnio 4–5 kg więcej niż w grupie leczonej standardowo, a późniejsze 9-letnie obserwacje pokazały, że masa ciała ta była trudna do stracenia (badania 1998 i 2001) [13]. Przeprowadzona analiza opinii pacjentów wykazała, że kobiety z cukrzycą typu pierwszego niechętnie kontrolują poziom glukozy, co powodowało wzrost wagi [20]. Zwrócono uwagę na to, że zwiększone przejmowanie się porcjami jedzenia, poziomem cukru we krwi i ryzykiem wzrostu wagi w grupie leczonej intensywnie koreluje z obsesyjnym myśleniem o jedzeniu i wyglądzie, które jest charakterystyczne dla kobiet z zaburzeniami odżywiania i to plasuje kobiety z cukrzycą w grupie zwiększonego ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania.

Nieprawidłowe nawyki odżywiania (zazwyczaj łagodne) są popularne wśród nastolatek i młodych kobiet w ogólnej populacji, jednakże kobiety z cukrzycą typu pierwszego częściej miały dwa lub więcej nieprawidłowych nawyków żywieniowych, niż ich rówieśnice bez cukrzycy [21]. Olstet i współpracownicy zdefiniowali

nieprawidłowe nawyki żywieniowe jako zaburzenia odżywiania nienasilone na tyle, aby postawić formalną diagnozę. Zachowania te obejmują odchudzanie się, nadmierne objadanie się lub pozbywanie się kalorii poprzez wywoływanie wymiotów, używanie środków przeczyszczających i odwadniających, intensywne ćwiczenia fizyczne lub ograniczenie podaży insuliny [13]. Badania nad zaburzeniami odżywiania w cukrzycy typu pierwszego wskazują na uporczywość tych zachowań i wzrost ich intensywności wraz z czasem trwania choroby wśród młodych ludzi [21]. Dowody sugerują, że kobiety z cukrzycą typu pierwszego są 2,4 raza bardziej narażone na rozwój zaburzeń odżywiania i 1,9 raza bardziej narażone na rozwój podprogowego zaburzenia odżywiania niż kobiety bez cukrzycy [22]. Kobiety z cukrzycą pierwszego typu przyjmują zmniejszone dawki insuliny albo omijają dawki, traktując to jako sposób zmniejszenia ilości przyjmowanych kalorii. Celowo wywołany cukromocz, który jest skutecznym postępowaniem w celu utraty wagi i objawem zaburzeń odżywiania dla cukrzycy typu pierwszego. Pytania takie jak: „Czy kiedykolwiek zmieniasz dawki insuliny lub je opuszczasz w celu kontroli wagi?” lub „Jak często bierzesz mniej insuliny niż jest zalecone przez lekarza?” mogą być pomocne w wyszukiwaniu osób omijających dawki insuliny, zwłaszcza wśród pacjentów ze stale podniesionym poziomem hemoglobiny HbA1c lub niewyjaśnioną kwasicy ketonową. Około 31% kobiet z cukrzycą typu pierwszego przyznaje się do celowego zmniejszenia dawek insuliny i to zachowanie jest najczęstsze w późniejszym okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości. Dotyka ono aż 40% kobiet pomiędzy 15. i 30. rokiem życia [23]. To zachowanie, nawet jeśli nie jest bardzo nasilone, plasuje kobiety w grupie podwyższonego ryzyka rozwoju powikłań cukrzycy. Kobiety przyznające się do celowej redukcji insuliny miały wyższe wartości hemoglobiny HbA1c (w przybliżeniu 2 lub więcej punktów procentowych wyżej niż w grupie kontrolnej kobiet bez zaburzeń odżywiania), większą częstotliwość pobyków w szpitalu i częstsze występowanie neuropatii i retinopatii niż kobiety, które nie zgłaszały omijania dawek insuliny [24]. Nawet niewielkie zaburzenia odżywiania łączą się ze znaczącymi skutkami medycznymi i psychologicznymi [25]. Udowodniono, że ograniczanie insuliny 3-krotnie zwiększa ryzyko śmierci w przeciągu 11 lat [26].

Otyłość z kolei jest znaczącym czynnikiem ryzyka w cukrzycy drugiego typu. Powtarzające się objadanie może zwiększać szanse jej rozwoju z powodu zwiększonego BMI [27]. Z badań Kenardy wynika, że 14% nowo zdiagnozowanych pacjentów z cukrzycą drugiego typu doświadczało nadmiernego objadania się w porównaniu z 4% osób z grupy kontrolnej. Jedzenie w nocy również wiązało się z otyłością i słabą kontrolą cukrzycy [28]. Badanie Moarse wykazało, że pacjenci przyznający się do jedzenia w nocy częściej byli otyli, mieli wyższy poziom hemoglobiny HbA1c od pożądanego i mieli dwa lub więcej powikłań cukrzycowych [29].

Zaburzenie odżywiania samo w sobie jest chorobą przewlekłą, trudną do leczenia. Jeśli występuje z cukrzycą, konieczny jest zespół składający się z wielu specjalistów (endokrynologa, diabetologa, psychologa, pielęgniarki, dietetyka) w celu konsultacji współistniejących zaburzeń odżywiania i cukrzycy [30]. W zależności od nasilenia zaburzeń odżywiania i innych współistniejących patologii może być również potrzebny psychiatra do oceny pacjenta i jego leczenia. Leczenie powinno uwzględniać rolę insuliny jako środka zmniejszania ilości kalorii. Na początku leczenia u osób mających jednocześnie cukrzycę i zaburzenia odżywiania intensywna kontrola glikemii nie jest pożądanym celem. Jak zauważono wcześniej intensywne leczenie cukrzycy może nasilić obsesyjne myślenie o jedzeniu i wadze u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Pierwszym celem powinna być stabilizacja stanu chorego. Stopniowo należy zwiększać dawki insuliny, ilość przyjmowanego jedzenia i częściej monitorować poziom glukozy [13].

Funkcje poznawcze i cukrzyca

Wielu badaczy badało wpływ cukrzycy na funkcje badawcze. Rezultaty analizy 31 badań opublikowanych pomiędzy 1980 a 2004 rokiem wykazały, że osoby młode i w średnim wieku pomiędzy 18 i 50 rokiem życia chore na cukrzycę, osiągnęły gorsze rezultaty w testach badających inteligencję, koncentrację uwagi, sprawność psychomotoryczną, zdolności poznawcze i percepcję wizualną [13]. Realizacja wszystkich zadań wymagających szybkiego reagowania lub elastycznego myślenia była upośledzona w pewnym stopniu, podczas gdy zdolności uczenia się i pamięć były upośledzone w znacznie mniejszym stopniu. Pochodzenie tych neuropoznawczych różnic pozostaje niejasne. Wczesne badania podkreślały rolę powtarzających się epizodów ciężkiej hipoglikemii [31]. Kilka badań łącznie z 18-letnim monitorowaniem ponad 1300 pacjentów z DCCT nie znalazło związku pomiędzy ciężką hipoglikemią a zdolnościami poznawczymi [32]. Inne badania wskazują na podniesiony poziom hemoglobiny HbA1c z dysfunkcjami poznawczymi pojawiającymi się w przebiegu choroby [33]. Długotrwałe narażenie na hiperglikemię i uszkodzenia naczyń krwionośnych również zwiększa ryzyko demencji i spadku zdolności poznawczych. Dwa badania wskazały na 60-100% zwiększone ryzyko osłabienia funkcji poznawczych wśród pacjentów z cukrzycą w porównaniu z tymi bez cukrzycy [13].

Hipoglikemia i lęk

Hipoglikemia przez długi czas była popularnym wyjaśnieniem dla objawów niepokoju, zwłaszcza ataków paniki. Chociaż znaczna hipoglikemia powoduje objawy wzmożonej aktywności adrenergicznej, objawy mogą być przez pacjentów z łatwością odróżnione od napadów paniki [13]. Jednakże hipoglikemia, będąc negatywnym

przeżyciem sama w sobie, powoduje strach przed hipoglikemią, prowadząc u cukrzyków do słabszej kontroli choroby [13]. Zaburzenia lękowe u pacjentów z cukrzycą przejawiają się pod postacią zespołu lęku uogólnionego (14%), nieodróżnionych zaburzeń lękowych (27%) i nasilonych objawów lękowych (40%). Innym obserwowanym problemem jest fobia przed wykonaniem iniekcji, której towarzyszą silne objawy vegetatywne. Charakteru fobii nabiera również lęk przed hipoglikemią, co objawia się przesadną częstością sprawdzania poziomu glukozy we krwi, strachem przed zostaniem samemu w domu czy przed wysiłkiem fizycznym lub unikaniem niedocukrzenia przez dojadanie lub zmniejszanie dawki insuliny, co w konsekwencji prowadzi do wysokich stężeń glukozy we krwi. Diagnoza objawów zaburzeń lękowych jest utrudniona, ponieważ objawy mogą być podobne do objawów hipoglikemii. Współistnienie zaburzeń psychicznych z cukrzycą nie tylko pogarsza funkcjonowanie psychiczne pacjenta, ale także niesie ze sobą komplikacje somatyczne związane z gorszą kontrolą glikemii i nawracającymi epizodami kwasicy ketonowej.

Brak perspektywy na wyzdrowienie i ryzyko powikłań, własna odpowiedzialność za przebieg choroby w cukrzycy, stanowi dla chorych i ich rodzin duże obciążenie. Codzienny wysiłek leczenia spoczywa głównie na chorym i/lub jego rodzinie. Przestrzeganie diety, kilkakrotne w ciągu dnia pomiary poziomu glukozy, iniekcje insuliny oraz dostosowywanie jej dawek do aktualnej sytuacji chorego mogą powodować permanentne napięcie i w konsekwencji poczucie wyczerpania, zmęczenia, smutku czy złości. Trudności psychologiczne związane z chorobą to stres związany z diagnozą i hospitalizacją, podczas której następuje często trudna dla pacjenta edukacja związana z prowadzeniem choroby, oraz wymóg zmiany stylu życia jako forma leczenia. To, jak chory poradzi sobie z nową sytuacją, zależy od osobowości pacjenta, poziomu inteligencji, umiejętności radzenia sobie ze stresem, emocji, uruchamianych mechanizmów obronnych i zachowania w obliczu choroby oraz od zewnętrznego wsparcia diabetologa, pielęgniarki edukacyjnej czy psychologa.

PIŚMIENNICTWO

- Jarosz-Chobot P., Cukrzyca typu 1 i inne zaburzenia metabolizmu węglowodanów u dzieci i młodzieży. w: red. J. Sieradzki, Cukrzyca, Wydawnictwo VIA MEDICA. Gdańsk 2007, s. 576-602.
- Kahn C.R., Weir G.C., King G.L. et al., Joslin's Diabetes Mellitus, 14th Edition. New York, Lippincott Williams & Wilkins 2005.
- Beaser R.S., Joslin Diabetes Deskbook: A Guide for Primary Care Providers. Joslin Diabetes Center, Boston, MA 2001.
- http://www.novonordisk.pl/documents/Attachments/Cukrzyca_ukryta_pandemia_Sytuacja_w_Polsce_IX_2011.pdf
- Krentz A.J., UKPDS and beyond: into the next millennium. United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Obes Metab.*, 1999, 1, 13-22.
- Luban-Plozza B., Poldinger W., Wasilewski B. i wsp., Zaburzenia Psychosomatyczne w Praktyce Lekarskiej, PZWL, Warszawa 1995, 105-107.
- Helz J.W., Templeton B., Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: a review. *Am J Psychiatry* 147: 1275-1282, 1990.
- Garay-Sevilla M.E., Malacara J.M., Gonzales-Contreras E. et al., Perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2, *Rev. Invest. Clin.*, 2000, 52, 241-245.
- Chida Y. i Hamer M., An association of adverse psychosocial factors in diabetes mellitus: a meta-analytic review of longitudinal kohort studiem. *Diabetologia*, 2008, 51, 2168-2178.
- Moberg E., Kollind M., Lins P.E. et al., Acute mental stress impairs insulin sensitivity in IDDM patients. *Diabetologia* 37: 247-251, 1994.
- Goetsch V.L., VanDorsten B., Pbert L.A. et al., Acute effects of laboratory stress on blood glucose in noninsulin-dependent diabetes. *Psychosom Med* 55:492-496, 1993.
- Kemmer F.W., Bisping R., Steingruber H.J., et al: Psychological stress and metabolic control in patients with type I diabetes mellitus. *N Engl J Med* 314:1078-1084, 1986.
- Goebel-Fabbri A, Musen G., Levenson J.L., Endocrine and Metabolic Disorders, w: Psychosomatic Medicine. Psychosomatic Care of the Medically Ill, Levenson J.L., The American Psychiatric Publishing Inc. 1000 Wilson Boulevard Arlington, VA 22209-3901, 503-524.
- Czupryniak L., Konsekwencje hipoglikemii, samokontrola i ciągłe monitorowanie glikemii oraz znaczenie zmienności glikemii – doniesienia z 72. Zjazdu naukowego Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (ADA) Filadelfia, 8-12 czerwca 2012 r., *Diabetologia Kliniczna, Via medica*, 2012,I, 165-168.
- Lustman P.J., Freedland K.E., Griffith L.S., et al., Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebocontrolled trial, *Diabetes Care*, 2000, 23, 618-623.
- de Groot M., Anderson R.J., Freedland K.E. et al., Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis, *Psychosom. Med.*, 2001, 63, 619-630.
- Golden S.H., Lazo M., Carnethon M. et al., Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA*, 2008, 299, 2751-2759.
- DeHert M., Dekker J.M., Wood D. et al., Cardiovascular disease and diabetes In people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Cardiology (ESC) *Eur Psychiatry*, 2009, 24, 412-424.
- Newcomer J.W., Haupt D.W., Fucetola R. et al., Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiatry*, 2002, 59, 337-345.
- Thompson C.J., Cummings J.F., Chalmers J., et al, How have patients reacted to the implications of the DCCT? *Diabetes Care*, 1996, 19, 876-879.
- Colton P., Olmsted M., Daneman D. et al., Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case-controlled study, *Diabetes Care*, 2004, 27, 1654-1659.

22. Jones J.M., Lawson M.L., Daneman D., et al., Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study, *BMJ*, 2000, 320, 1563-1566.
23. Polonsky W.H., Anderson B.J., Lohrer P.A., et al: Insulin omission in women with IDDM. *Diabetes Care*, 1994, 17, 1178-1185.
24. Bryden K.S., Neil A., Mayon R.A., et al., Eating habits, body weight, and insulin misuse: a longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 22: 1956–1960, 1999.
25. Verrotti A., CAfino M., De Luca F.A., et al., Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes mellitus, *Acta Diabetol.*, 1999, 36, 21-25.
26. Goebel-Fabbri A.E., Fikkan J., Franko D.L., et al., Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes, *Diabetes Care*, 2008, 31, 415-419.
27. Striegel-Moore R.H., Wilfley D.E., Pike K.M., et al., Recurrent binge eating in black American women, *Arch. Fam. Med.*, 2000, 9, 83-87.
28. Kenardy J., Mensch M., Bowen K., et al., A comparison of eating behaviors in newly diagnosed NIDDM patients and casematched control subjects, *Diabetes Care*, 1994, 17, 1197-1199.
29. Morse S.A., Ciechanowski P.S., Katon W.J., et al., Isn't this Just bedtime snacking? The potential adverse effects of Wight-eating symptoms on treatment adherence and outcomes In patients with diabetes, *Diabetes Care*, 2006, 29, 1800-1804.
30. Kahn C.R., Weir G.C., King G.L. et al., *Joslin's Diabetes Mellitus*, 14th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, New York 2005.
31. Bjorgaas M., Gimse R., Vik T., et al., Cognitive function in type 1 diabetic children with and without episodes of hypoglycaemia, *Acta Paediatr* 86, 148-153, 1997.
32. Austin E.J., Deary I.J., Effects of repeated hypoglycemia on cognitive function: a psychometrically validated re-analysis of the Diabetes Control and Complications Trial dat., *Diabetes Care*, 1999, 22, 1273-1277.
33. Fergusson S.C., Blane A., Perros P. et al., Cognitive ability and brain structure in type 1 diabetes: Relation to microangiopathy and preceding severe hypoglycemia, *Diabetes*, 2003, 52, 149-156.

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

ROZWÓJ SPOŁECZNY W OKRESIE DZIECIŃSTWA I ADOLESCENCJI – WSPIERAJĄCE MOŻLIWOŚCI DOGOTERAPII. STUDENCKI GŁOS W SPRAWIE

THE SOCIAL DEVELOPMENT IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE – DOGOTHERAPY SUPPORT CAPABILITIES. STUDENTS VOTE ON

ALINA PIASECKA

Terapia zajęciowa, rok I
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Artykuł przedstawia najważniejsze aspekty rozwoju społecznego w okresie dzieciństwa i adolescencji. Rozwój społeczny wiąże się głównie ze zmianą rodzaju interakcji jednostki z innymi ludźmi. Dziecko kształtuje pewien wzorzec postępowania, wykorzystywany do tworzenia oczekiwań dotyczących przyszłych interakcji społecznych. W okresie adolescencji relacje z rodziną ulegają gwałtownej zmianie. Przyczyną tego jest wzrost samodzielności młodego człowieka oraz ograniczenie autorytetu rodziców.

Na rozwój psychospołeczny jednostki korzystny wpływ ma terapia z udziałem zwierząt. Jej istotą jest nawiązanie więzi emocjonalnej ze zwierzęciem. Obecność psa wzbudza pozytywne emocje i dzięki temu daje motywację do podjęcia działań wspomagających leczenie. W Poznaniu taki rodzaj terapii prowadzi m.in. Fundacja „Mały Piesek Zuzi”.

Słowa kluczowe: rozwój społeczny, terapia z udziałem zwierząt.

Na całościowy rozwój człowieka jako istoty społecznej ma wpływ wiele różnorodnych czynników, zarówno tych wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Do tych drugich zaliczyć można przede wszystkim środowisko życia, jak też kontekst kulturowy, w jakim jednostka się znajduje. Jednak równie istotnym elementem kształtującym wielowymiarowo osobę, jest kontakt ze zwierzęciem. Pozwala on wkroczyć w te sfery funkcjonowania społecznego, których struktura jest z jakiegoś powodu zachwiana, oraz wytworzyć nowe wzorce zachowania pozwalające na powrót do normy. Czynniki ograniczającymi rozwój mogą być między innymi: uwarunkowania osobowościowe, nieprawidłowości wynikające z błędów wychowawczych (w tym różnego rodzaju zaburzenia i patologie) czy po prostu niepełnosprawność intelektualna lub inne choroby. W moich rozważaniach chciałabym w pierwszej kolejności krótko omówić najważniejsze aspekty rozwoju społecznego w okresie dzieciństwa i adolescencji, by następnie przejść do zagadnienia dogoterapii i jej wspierających ten rozwój możliwości.

Rozwój społeczny człowieka wiąże się głównie ze zmianą rodzaju interakcji z innymi ludźmi, jak i jego oczekiwań wobec społeczeństwa. Zgodnie z koncepcją

Summary

This article presents the most important aspects of social development in childhood and adolescence. Human development is mainly the change of the type of interaction with other people. The child forms a pattern of advance, which is used to create expectations about future social interactions. During adolescence, family relationships undergo rapid change. The reason for this is to increase the autonomy of young people and reduce the authority of the parents.

On the psychosocial development of the beneficial effects has Animal Assisted Therapy. Its essence is to establish an emotional bond with the animal. The presence of a dog evokes positive emotions and thus provides the motivation for action to support the treatment. In Poznan, among others Foundation “Mały Piesek Zuzi” is conducting this type of therapy.

Key words: social development, Animal Assisted Therapy.

Eriksona każda istota ludzka w swoim życiu musi pomyślnie przejść przez wszystkie wyróżnione etapy rozwoju psychospołecznego. Każdy z nich charakteryzuje się innego rodzaju stawianymi przed jednostką zadaniami, którym towarzyszą liczne konflikty i kryzysy.

Już w momencie przyjścia na świat dziecko zaczyna się rozwijać, także społecznie. Pierwotnym zadaniem małego człowieka jest wytworzenie relacji z opiekunami, która zapewni tej bezbronnej i jeszcze niesamodzielnej istocie przetrwanie. Jest to szczególnie rodzaj relacji wiążącej rodziców z potomstwem, która określana jest jako przywiązanie. Niemowlęta mają wrodzoną zdolność do wydawania wielorakich sygnałów umożliwiających im kontaktowanie się z otoczeniem i zwracanie na siebie uwagi, np. płacz, śmiech czy krzyk. Jednak powstanie prawidłowego przywiązania w znacznej mierze zależy też od empatii i wrażliwości dorosłego oraz jego skłonności do reagowania na te znaki. Bliska więź z opiekunem jest pierwszym krokiem do uzyskania w przyszłości dobrego wzorca stosunków z innymi ludźmi. Przywiązanie stanowi bowiem fundament, na którym jednostka bazuje w dalszym życiu podczas budowania relacji ze społeczeństwem. To, jak wyglądają relacje dziecka z naj-

bliższymi, oddziaływać będzie później na ogólną strukturę funkcjonowania człowieka, gdyż w pamięci każdego z nas w początkowym okresie życia tworzy się pewien szablon – wzorzec postępowania. Na podstawie tego wzorca tworzone są w późniejszych etapach życia nasze oczekiwania dotyczące przyszłych interakcji społecznych. Jednocześnie poszerzanie się wokół dziecka grona najbliższych, z którymi wytwarza ono nowe relacje, pozwala rozpoznawać i reagować na potrzeby własne, a także na potrzeby innych, co również jest ważną umiejętnością wykorzystywaną w przyszłości.

Okres dorastania, inaczej zwany adolescencją, umownie rozpoczyna się wraz z początkiem pokwitania, kiedy jednostka osiąga dojrzałość płciową, czyli zdolność do rozmnażania się. Tradycyjny pogląd na okres dorastania, charakteryzujący go jako „czas burzy i naporu”, głosi, że jest to wyjątkowo niespokojny okres życia, który cechuje skrajna zmienność nastroju i nieprzewidywalne, często stwarzające problemy zachowania [1]. Wraz z osiągnięciem przez daną osobę pewnej dojrzałości fizycznej oraz psychicznej, pojawiają się przed nim nowe społeczne i osobiste wyzwania, z którymi prędzej czy później każdy młody człowiek będzie musiał się zmierzyć. W rozwoju społecznym adolescencji uwidacznia się zmiana znaczenia, jakie w życiu młodych ludzi odgrywa rodzina, a jakie znajomi. Okres ten wyróżnia szczególnie rodzaj rywalizacji pomiędzy rodzicami a grupą rówieśniczą w kształtowaniu postaw i zachowań jednostki. To właśnie dzięki kontaktowi z rówieśnikami każda młoda osoba ma możliwość stopniowego określenia społecznego aspektu swojej kształtującej się właśnie tożsamości, poprzez podjęcie decyzji, jakim człowiekiem chce zostać oraz jak będą wyglądały zawierane przez nią relacje. Główną przyczyną zmiany relacji z rodzicami w tym czasie staje się wzrost autonomii dorastającego człowieka w podejmowaniu samodzielnych decyzji dotyczących własnej osoby oraz, co za tym idzie, ograniczenie autorytetu rodziców.

Już od dawna wiadomo, że kontakt ze zwierzętami ma korzystny wpływ zarówno na naszą kondycję fizyczną, jak i psychiczną. Pies od stuleci towarzyszy człowiekowi w życiu codziennym. Uważa się, że został on udomowiony jako jedno z pierwszych zwierząt i od tego czasu żyje w prawdziwej przyjaźni z człowiekiem. Natomiast wykorzystanie psów w terapii zostało wprowadzone całkiem niedawno, a samego terminu „dogoterapia” po raz pierwszy użyła Maria Czerwińska w 1996 r. podczas konferencji prasowej zorganizowanej z okazji Światowego Dnia Zwierząt [2]. Co zatem kryje się pod pojęciem dogoterapii i w jaki sposób oddziałuje ona na nasze życie?

Dogoterapia to jedna z form animaloterapii wykorzystująca psy. Ten rodzaj terapii polega przede wszystkim na nawiązaniu więzi psychicznej ze zwierzęciem, co przyspiesza leczenie i ma korzystny wpływ na rozwój psychospołeczny jednostki. Kontakt z psem umożliwia głęboki relaks, co poprawia samopoczucie chorego, a to z kolei motywuje go do podjęcia walki z chorobą [3]. W

wielu sytuacjach nie tylko dzieciom, ale także osobom dorosłym znacznie łatwiej jest się porozumieć i wytworzyć pewną więź emocjonalną właśnie ze zwierzęciem, niż z drugim człowiekiem. Ma to swoje uzasadnienie w tym, że pies nie ocenia nikogo po wyglądzie, statusie społecznym czy stopniu niepełnosprawności. Akceptuje człowieka takim, jakim jest, ciesząc się z jego bliskości i nie zważając na jego wzloty i upadki. Ponadto obcowanie z czworonogiem wzbudza pozytywne emocje, które pozwalają na wytworzenie motywacji do podjęcia niezbędnej aktywności zmierzającej do poprawy stanu zdrowia. Jednak największą korzyścią, jaką przynosi kontakt z psem, jest z pewnością zaspokojenie najbardziej instynktownych ludzkich potrzeb: dotyku, przyjemności i ciepła.

Swoista natura każdego człowieka wyraża się poprzez jego ciągłe pozostawanie w związkach z innymi ludźmi. Zastosowanie terapii kontaktowej pomaga nawiązać łączność z otoczeniem za pomocą bliskiego, dotykowego kontaktu z psim terapeutą. Ten podstawowy, zmysłowy kontakt stanowi bazę dla rozwoju wyższych form relacji: intelektualnej i duchowej [4]. Terapeutyczne znaczenie psa widoczne jest nie tylko w sesjach z osobami chorymi czy niepełnosprawnymi intelektualnie, ale również z dziećmi po traumatycznych przeżyciach. Głaskanie psa rozwija zmysł dotyku, wpływa kojąco na umysł dziecka oraz pomaga przywrócić do normy jego zachwianą równowagę emocjonalną. To wszystko składa się na budowanie zaufania, początkowo do samego zwierzęcia, a później także do osób w najbliższym otoczeniu. To z kolei umożliwia dziecku otwarcie się przed innymi, by zdołało mówić o krzywdach, jakich doznało. Kontakt ze zwierzęciem ułatwia radzenie sobie z uczuciem osamotnienia i pomaga odkrywać poczucie własnej wartości. Przebywanie w pobliżu czworonoga korzystnie oddziałuje też na rozwój poznawczy dziecka i pozytywnie wpływa na kształtowanie jego zdolności do empatii. Już sama zabawa z psem, pielęgnacja i opieka nad nim uczy odpowiedzialności i rozumienia istoty miłości bezwarunkowej.

Od 2006 r. w Poznaniu funkcjonuje Fundacja na Rzecz Wspomagania Rehabilitacji i Szerzenia Wiedzy Kynologicznej „Mały Piesek Zuzi” [5]. Zajmuje się ona głównie prowadzeniem terapii z udziałem zwierząt, jak również edukowaniem społeczeństwa poprzez przekazywanie mu wiedzy na temat tych czworonogów. Przez specjalistów Fundacji „Mały Piesek Zuzi” dogoterapia rozumiana jest jako zaplanowana interwencja, która ma na celu wspomaganie przebiegu rehabilitacji i terapii osób niepełnosprawnych w określonych sferach funkcjonowania. Zespół kierunkowo wykształconych osób czuwających nad procesem terapeutycznym wypracował własny program wykorzystania psa w dogoterapii. Do jego głównych zadań należy bowiem odgrywanie roli motywatora dla dziecka, które w nagrodę za wysiłek i zaangażowanie włożone w wykonanie polecenia terapeuty ma możliwość nawiązania interakcji ze zwierzęciem. Zazwyczaj odbywa się to podczas wykonania z psem jakiejś aktywności, która sprawia dziecku przyjemność. Może to być m.in. karmienie psa, czesanie czy

po prostu przytulenie się do niego. Aktywności te mają w sobie dodatkowe walory, gdyż stymulują sferę emocjonalną poprzez doskonalenie umiejętności poprawnego wyrażania uczuć. Jednocześnie mogą one stanowić pewien element treningu empatii i kształtować postawę odpowiedzialności dziecka za zwierzę.

Zajęcia dogoterapeutyczne mogą przybierać różne formy, od jednorazowych do cyklicznie powtarzających się spotkań z psami, których głównym zadaniem jest dostarczenie wielu pozytywnych emocji lub ukształtowanie konkretnych funkcji poznawczych dziecka. Jednocześnie ten rodzaj terapii, poprzez wzmacnianie efektywności podstawowych działań podejmowanych w celu usprawnienia podopiecznego, może stanowić tylko uzupełnienie procesu rehabilitacji. Aby jednak zajęcia z udziałem psa mogły przynieść oczekiwane skutki, konieczne jest zapewnienie całkowitego bezpieczeństwa podczas pracy. Spełnienie tego podstawowego warunku ma decydujący wpływ na przebieg całego procesu terapeutycznego. Ogromne znaczenie mają w tej kwestii zarówno wyższe wykształcenie kierunkowe terapeuty, kwalifikacje przewodnika psa oraz sam dobór zwierzęcia. Wybór psa pracującego w dogoterapii nie może być przypadkowy. Zwierzę musi być odpowiednio wyselekcjonowane i specjalistycznie przeszkolone, aby skutecznie spełniało swoje zadanie. Oprócz dobrego przewodnika musi posiadać predyspozycje do pracy, czyli cały bagaż umiejętności niezbędnych w trakcie zajęć z dziećmi. Nie jest konieczne, by pies do dogoterapii był rasowy, gdyż największe znaczenie w jego wyborze mają jego cechy osobnicze. Definitywnie rezygnuje się w tym przypadku ze zwierząt będących przedstawicielami ras agresywnych oraz tych, których wygląd zewnętrzny budzi niepokój podopiecznych. Ponadto wiele organizacji wyklucza również używanie psów, których przodkowie byli hodowani do walk, obrony czy stróżowania. Dlatego właśnie wspomniana wcześniej Fundacja „Mały Piesek Zuzi” dyskwalifikuje w pracy psy schroniskowe oraz wszelkie inne, których przeszłość jest nieznana. Może to bowiem w przyszłości zaowocować brakiem przewidywalności zachowań osobnika i znacznie obniżyć poziom bezpieczeństwa dziecka na zajęciach dogoterapii, które stanowią priorytet w tego rodzaju terapii. Szczeniak przeznaczony do pracy z ludźmi bardzo wcześnie zostaje zabrany od matki i w tym momencie zaczyna się już jego szkolenie. Jego podstawowym punktem jest proces socjalizacji, czyli zapoznawania zwierzęcia z jak największą liczbą bodźców, przedmiotów czy miejsc, z którymi będzie miał styczność w przyszłości. Ma to na celu wyeliminowanie zachowań agresywnych w dalszej pracy psa, będących często konsekwencją poczucia zagrożenia i strachu przed nowym otoczeniem bądź sytuacją [6].

Podsumowując należy stwierdzić, że dogoterapia ma obszerny zakres oddziaływania na wiele różnych sfer funkcjonowania człowieka. Jej zbawienne oddziaływanie zauważyć można począwszy od usprawniania możliwości ruchowych, a skończywszy na korzystnym wpływie, jaki wywiera na naturę psychospołeczną jednostki. Ogromne znaczenie ma szczególnie w rozwoju społecznym dzieci i dorastającej młodzieży. Tworząca się między psem a małym pacjentem więź staje się nieraz wielkim krokiem naprzód w nawiązaniu kontaktu dziecka z otaczającym je światem zewnętrznym. Pies może stać się także wiernym i kochającym towarzyszem zarówno podczas zabawy, jak i w chwilach zwątpienia, gdyż jego obecność może pomóc pokonać kryzys i podnieść się po doznanych niepowodzeniach. Fundacja „Mały Piesek Zuzi” działająca na terenie Poznania, wykorzystuje dogoterapię jako metodę wspomaganie rehabilitacji i terapii osób zarówno niepełnosprawnych fizycznie, intelektualnie, emocjonalnie, jak również społecznie. Nad prowadzeniem zajęć z wykorzystaniem specjalnie wyselekcjonowanych i wyszkolonych psów czuwa tam zespół kierunkowo wykwalifikowanych terapeutów, którzy dostosowują działania do potrzeb i możliwości danego dziecka. Jednocześnie na bezpieczeństwo podczas każdej sesji terapeutycznej znaczny wpływ ma odpowiedni dobór szczeniaka, który zdaniem szkoleniowca wykazuje największe predyspozycje do pracy z ludźmi. Dlatego jego szkolenie rozpoczyna się możliwie jak najwcześniej.

PIŚMIENNICTWO

1. Zimbardo P. G., Psychologia i życie, Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2006, s. 334.
2. Fundacja „CZE-NE-KA” <http://www.czeneka.org/index.php?dzial=dogoterapia>, data dostępu: 16.04.2013
3. Franczyk A., Krajewska K., Skorupa J., Animaloterapia: Program Przedszkolnego Klubu Animals „Cztery łapy”, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007, s. 25.
4. Pawlik-Popielarska B., Terapia z udziałem psa, Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2005, s. 5.
5. Fundacja „Mały Piesek Zuzi” <http://www.psiaterapia.pl/O-Fundacji.html>, data dostępu: 16.04.2013
6. Pieczyńska N., Nawrocka-Rohnka J., Dogoterapia – motywująca rola psa w procesie terapeutycznym, w: Psychologia w naukach medycznych, Strzelecki W., Czarnicka-Iwańczuk M., Cybulski M. (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2012, s. 109-130.

Adres do korespondencji:

Zakład Edukacji Medycznej
 Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
 ul. Bukowska 70
 60-812 Poznań
 alcia-halcia@wp.pl

**Recenzja wydawnicza monografii
„Psychologia w naukach medycznych. Część II”
pod red. Wojciecha Strzeleckiego, Marty Czarneckiej-Iwańczuk i Marcina Cybulskiego**

*Editor's review of the monography
"Psychology in medical sciences. Part II"
edited by Wojciech Strzelecki, Marta Czarnecka-Iwańczuk and Marcin Cybulski*

Monografia „Psychologia w naukach medycznych. Część II” pod redakcją pracowników Zakładu Psychologii Klinicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – Wojciecha Strzeleckiego, Marty Czarneckiej-Iwańczuk i Marcina Cybulskiego stanowi kontynuację wydawniczych wysiłków zmierzających do konsolidacji środowisk psychologicznych działających w obrębie nauk medycznych. Już pierwsza część prezentowanej publikacji („Psychologia w naukach medycznych” z 2010 roku) opierała się na założeniu: „budujmy płaszczyznę porozumienia między naukami i szukajmy punktów stycznych w obrębie medycyny i psychologii”¹. Aktualnie publikowana druga część monografii powiązana jest, przede wszystkim tematycznie, z organizowanym przez zespół redaktorski cyklem konferencji „Humanistyka w medycynie”, stanowiąc wypadkową rozważań konferencyjnych i codziennych doświadczeń psychologów i lekarzy – pracowników opieki zdrowotnej. Wykraczając jednak poza ramy psychologii akademickiej, doskonale wpisuje się w nieustannie rozwijający się nurt psychologii medycznej, gromadząc treści z zakresu psychologii i neuropsychologii, psychiatrii i anestezjologii, muzykoterapii i dogoterapii, a także dziedzin pokrewnych.

Prezentowana pozycja jest czytelna zarówno w strukturze, jak i formie. Napisana jest językiem uporządkowanym, atrakcyjnym w odbiorze i pozbawionym nadmiaru terminologii psychologicznej, przez co jest w pełni zrozumiała dla studentów zawodów medycznych. Dzięki temu książka może stać się drogowskazem dla przyszłych i obecnych kadr różnych specjalności, na co dzień poruszających się w obrębie problemów opieki zdrowotnej.

Jest to pozycja wartościowa również i z tego względu, że dzisiejsze pojmowanie zdrowia i opieki nad pacjentem ujmuje się w modelu holistycznym, co zakłada konieczność wszechstronnego traktowania człowieka jako systemu poszukującego dobrostanu jednocześnie w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Powiązanie owych płaszczyzn stanowi podstawę w publikacji „Psychologia w naukach medycznych. Część II”. Autorami artykułów są w przeważającej mierze osoby prowadzące praktykę psychologiczną, co sprawia, że problemy ujęte są od strony praktycznej i ukazują mechanizmy dochodzenia do zdrowia.

Wyrażam nadzieję, że publikacja ta będzie nie tylko pomocnym narzędziem dydaktycznym dla studentów, ale także cenną wskazówką dla organizatorów i kreatorów działań promocyjnych w zakresie szeroko pojmowanego zdrowia.

Wart podkreślenia jest również fakt, iż strona techniczna wydawnictwa została dobrze przez redaktorów dopracowana. Na słowa uznania zasługuje nie tylko zawartość merytoryczna pozycji, ale także okładka i nowatorskie podejście do projektu wydawnictwa elektronicznego, które może stanowić wyznacznik i wskazówkę dla kolejnych redaktorów publikujących w wersjach elektronicznych.

*Prof. dr hab. med. Włodzimierz Samborski
Kierownik Katedry Fizjoterapii,
Reumatologii i Rehabilitacji UMP*

¹ Przedmowa do monografii „Psychologia w naukach medycznych”, red. M. Cybulski, W. Strzelecki, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010, s. 7.



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 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

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 spe-

cjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia dołożą wszelkich starań, aby przedstawiane zagadnienia i odpowiedzi na Państwa pytania były rzetelne i w pełni zadowalające.

Wierzimy, 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 XXXVI edycji**

**PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA
W OPIECE ZDROWOTNEJ**

- jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia.

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

Kadrę dydaktyczną tworzą wysokiej klasy wykładowcy akademicy i specjaliści, których celem jest przekazanie słuchaczom wiedzy oraz umiejętności w zakresie: zarządzania, prawa w ochronie zdrowia, ubezpieczeń społecznych, analizy ekonomicznej, rachunkowości oraz marketingu w jednostkach organizacyjnych opieki zdrowotnej.

Zajęcia prowadzone są w trybie zaocznym, trwają od listopada 2013 do listopada 2014.

Nabór już trwa, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem

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

Szczegółowe informacje dotyczące studium zamieszczone są na stronie internetowej:

<http://ump.edu.pl>

ZASADY RECENZJI NADSYŁANYCH PRAC DO PIEŁĘGNIARSTWA POLSKIEGO

1. Autorzy, przysyłając pracę, wyrażają zgodę na proces recenzji. Wszystkie nadesłane prace są poddawane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie przez Recenzenta. W przypadku recenzji negatywnej Autor jest informowany o wyniku recenzji. Ostateczną decyzję w sprawie przyjęcia do druku podejmuje redaktor naczelna w porozumieniu z Komitetem Naukowym.
2. Redakcja nie zwraca nadesłanych prac autorom.
3. Redakcja stara się dbać o merytoryczną zawartość czasopisma, jednak za treść artykułu odpowiada Autor. Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za ewentualne nierzetelności wynikające z naruszenia przez Autora praw autorskich.
4. Recenzenci opiniują pracę uwzględniając jej wartość merytoryczną, wnioskowanie statystyczne, poprawność językową.
5. Redakcja zastrzega sobie prawo do korekty pracy z uwzględnieniem uwag recenzenta dotyczących tabel, rycin, stylu pracy i błędów edytorskich. W niektórych wypadkach, kiedy prace wymagają znaczących poprawek odsyłane są do Autorów z prośbą o ich modyfikację.
6. Za opublikowanie pracy autorom nie są wypłacane honoraria.

REVIEW SYSTEM OF THE POLISH NURSING

1. By sending the article, authors automatically give the Editorial Board their permission to the reviewing process. All articles are firstly evaluated by the Editorial board and then by the Reviewer. If the evaluation is negative, the author is informed about the decision. The final decision about publication is made by the Editor – in – chief in agreement with The Scientific Committee.
2. The Editorial Board does not send the articles back to authors.
3. The Editorial Board makes every effort to maximize informative value of the journal but it is the author who is responsible for the contents. Neither the Editorial Board nor the Publisher bear responsibility for any dishonesty resulting from Author's violation of copyright laws.
4. Reviewers provide their opinion on the article's scientific value, statistical reasoning and linguistic correctness.
5. The Editorial Board reserves the right to correct the article with regard to reviewer's remarks considering the tables, figures, writing style and editorial errors. In some cases, if major corrections are necessary, articles are sent back to their Authors.
6. Authors do not receive remuneration for the publication of their articles.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC

„**Pielęgniarstwo Polskie**” zamieszcza prace oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, sprawozdania ze zjazdów i konferencji, recenzje z książek oraz opracowania z zakresu historii pielęgniarstwa w języku polskim oraz angielskim.

Prace należy przysyłać na adres redakcji w dwóch egzemplarzach drukowanych oraz na nośniku elektronicznym – CD lub dyskietka 3,5” zapisanym w edytorze tekstu program Word. **Tekst nie powinien być adiustowany.** Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie Autorów, iż praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie oraz zgodę kierownika jednostki na publikację.

Do pracy należy na osobnej kartce dołączyć adres do korespondencji oraz numer telefonu kontaktowy do Autora pracy.

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

- tytuł pracy w języku polskim i angielskim
- Autora (Autorów)
- afiliację Autora
- nazwisko kierownika jednostki
- streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenia powinny mieć charakter strukturalny – zawierać w sobie cel, materiał i metody badań, wyniki oraz podsumowanie, nie powinny przekraczać objętością 200 słów
- słowa kluczowe – nie więcej niż pięć.

Prace podlegają dwóm recenzjom, przy czym recenzenci nie znają nazwisk autorów, ani też nazwy ośrodka, z którego praca pochodzi. Recenzenci decydują o dopuszczeniu pracy do druku oraz wskazują na konieczność dokonania poprawek jako warunek dopuszczenia do druku. Autorzy mają obowiązek ustosunkować się na piśmie do poprawek oraz nanieść je w tekście w określonym przez redakcję terminie. Niedotrzymanie terminu wiąże się z niedopuszczeniem pracy do druku.

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z Autorem.

Artykuły należy zredagować poprawnie pod względem stylistycznym, zgodnie z obowiązującą pisownią i mianownictwem. Skróty muszą być wyjaśnione w tekście.

Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej.

Tytuły w języku polskim i angielskim nad tabelami.

Tabele powinny być oznaczone numerami rzymskimi bądź arabskimi. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm.

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie – wg kolejności cytowania na stronach. Należy podać: kolejny numer pozycji; nazwiska autorów i pierwsze litery imion (w przypadku, gdy jest więcej niż trzech autorów, należy podać trzech pierwszych i dodać: „i wsp.”, tytuł pracy. Następnie:

- a. tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów (wg Index Medicus), rok, tom, numer strony pierwszej i ostatniej, np.: Kowalski J., Nowak J., Nozologiczne aspekty bólów głowy, *J. Med.*, 2007, 1, 12–27.
- b. tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej, np.: Pawlak P., *Życie i umieranie*, w: Gerontologia, Malinowski A. (red.), PWN, Warszawa 2007, 12–32.
- c. tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion Autora/Autorów tegoż rozdziału, tytuł książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Wymagania co do objętości prac

Prace oryginalne: objętość prac nie może przekraczać 12–15 stron, wliczając w to stronę tytułową, streszczenie, tekst właściwy oraz piśmiennictwo.

Prace kazuistyczne: objętość prac kazuistycznych nie powinna przekraczać 3–4 stron, wliczając w to stronę tytułową, słowa kluczowe, streszczenie oraz piśmiennictwo.

Prace poglądowe: objętość prac poglądowych nie powinna przekraczać 15–20 stron. Sprawozdania ze zjazdów i recenzje – 2 strony.

Zjawiska „ghostwriting” oraz „guest authorship” są przejawem nierzetelności naukowej. Aby przeciwdziałać przypadkom „ghostwriting” oraz „guest authorship” Redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy – autorzy powinni podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polega na opracowaniu koncepcji, założeniach, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenia powinny być podpisane przez poszczególnych autorów zgłaszanej pracy.

Uwaga: Wszelkie przejawy nierzetelności naukowej będą przez Redakcję demaskowane włącznie z powiadaniem odpowiednich podmiotów.

Adres Redakcji:

Pielęgniarstwo Polskie, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
e-mail: pielęgniarstwo.polskie@ump.edu.pl

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE EDITOR'S REQUIREMENTS
GUIDANCE FOR POTENTIAL CONTRIBUTORS

Papers should be submitted to the Editor's Office in two hard copies and one soft copy on CD or 3.5" floppy disk in the Word format. **The text must not be edited.** Each submission should be accompanied by a written Author's statement that the work has not been published in any other journal and a publishing agreement by the head of the research unit.

The Author's address for correspondence and phone number should be provided on a separate sheet.

The first page of a paper should include:

- paper title in Polish and in English
- author's (Authors') name(s)
- author's affiliations
- structured abstract of up to 200 words in Polish and in English (including study objectives, material, methods, results and summary)
- up to five key words.

Submitted papers are reviewed by two reviewers, who do not know Authors' names or the name of Authors' institution. The reviewers decide whether or not a manuscript should be published and suggest corrections that must be made prior to publication. Authors are then required to express their opinion on the recommended corrections in writing and to meet the revision deadline set by the Editor's Office. As a result of a failure to meet the deadline, a paper is not considered for publication.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version, without asking for the Author's consent. Articles must be edited in line with the adopted style, spelling and terminology requirements. Abbreviations must be defined in full in the text.

Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals. Table titles in both Polish and English should be placed above tables. All tables should be numbered using either Roman or Arabic numerals. Table width should not exceed 8 cm or 16 cm.

References should appear in the order in which they are first cited in the text and listed in numerical order at the end of the article. The sequence for a journal article should be: author(s), title of paper, journal name abbreviated as in Index Medicus (written in full if no abbreviation quoted), year of publication, volume number, first and last numbers of pages. If there are 4 or more authors, include first three and then *et al.*, for example:

Nowak P., The analysis of epileptic seizures in children aged 7–12 years, *Seizure*, 2007, 5, 12–32.

Sequence for the book is: chapter author(s), chapter title, editor, book title, edition and place of publication, first and last pages, for example:

Malinowski A., Life and death, in: *Investigation*, Kowalski B. (eds.), Oxford Univ. Press, London 1994, 12–32.

Length requirements

Original research: paper length must not exceed 12–15 pages, including title page, abstract, body and references. Case studies: paper length should not exceed 3–4 pages, including title page, key words, abstract and references. Opinion articles: paper length should not exceed 15–20 pages. Conference reports and reviews: 2 pages.

The phenomena of „ghostwriting” or „ghost authorship” are considered dishonest and unacceptable. To counteract their occurrence the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution in manuscript preparation. The information has to be qualitative in character i.e. the authors should state whether their work included preparation of conceptual framework, assumptions, methods, protocol etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. In addition, each author must complete and submit a statement which should be attached to the manuscript.

Caution: Any and all cases of scientific dishonesty will be revealed by the Editorial Board and may be reported to the author's professional regulatory body.

Editor's Address: *Polish Nursing*, The Faculty of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences, 11 Smoluchowskiego Str., Poznań, Poland, e-mail: pielegniarstwo.polskie@ump.edu.pl