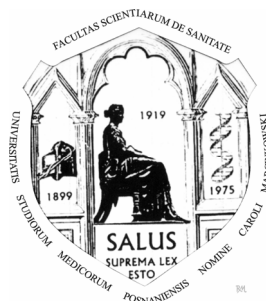


Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 1 (39)

Poznań 2011

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

Korekta:
Ewa Mojs
Alicja Strzelecka-Żyromska

Korekta tekstów w j. ang.:
Katarzyna Warchol

Skład komputerowy:
Barbara Guździol

Projekt okładki:
Rafał Staszewski

Zdjęcia na okładce:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski

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

*Pojedyncze egzemplarze czasopisma można nabyć
w Punkcie Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP –
Poznań, ul Przybyszewskiego 37a*

*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. 7,5. Ark. druk. 8,9. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 1/12.
Druk ukończono w styczniu 2012 r.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	5	<i>Andrzej Klamerek, Marek Baumgart: Efektywność ekonomiczna jednostek gospodarczych</i>	50
PRACE ORYGINALNE			
<i>Joanna Pniewska, Krystyna Jaracz, Krystyna Górna: Wpływ procesu starzenia się na funkcje poznawcze w populacji wiejskiej Wielkopolski</i>	7	<i>Arleta Pietrzkiewicz: Przetaczanie krwi u Świadków Jehowy</i>	55
<i>Renata Rasińska: Polityka zdrowotna jako element zdrowia publicznego w opinii studentów poznańskich uczelni</i>	11	<i>Natalia Walicka, Elżbieta Olek: Już nie zakład opieki zdrowotnej, a podmiot działalności leczniczej</i>	57
PRACE POGLĄDOWE			
<i>Barbara Jaracz, Krystyna Jaracz, Barbara Grabowska-Fudala, Krystyna Górna: Postawy społeczne wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie – przegląd badań</i>	18	STUDIUM PRZYPADKU	
<i>Beata Bajurna, Liuza Mendyka, Iwona Nowakowska: Różnorodność problemów występujących w starszym wieku</i>	24	<i>Paulina Pobłocka, Beata Bajurna: Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego po wylonienu stomii</i>	60
<i>Katarzyna Gołębiowska, Krystyna Górna, Krystyna Jaracz, Anna Jacenko: Specyfika komunikowania się pielęgniarki z chorym umierającym</i>	29	VARIA	
<i>Liuza Mendyka, Beata Bajurna, Iwona Nowakowska: Sposoby radzenia sobie z problemami wieku starczego</i>	34	<i>Wojciech Strzelecki: Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji „KULTURA, MEDIA, ETYKA. Media w perspektywie etycznej i kulturowej w kontekście rewolucji teleinformatycznej”</i>	64
<i>Iwona Nowakowska, Maria Danuta Głowacka, Renata Rasińska, Beata Bajurna: Realizacja funkcji zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej</i>	40	<i>Ewa Mojs: Recenzja książki „NEUROPSYCHOLOGIA KLINICZNA”; Autor: Anna Herzyk, PWN, Warszawa 2011</i>	67
<i>Jan Nowomiejski, Renata Rasińska: Wykorzystanie outsourcingu w zarządzaniu podmiotem leczniczym</i>	43	INFORMACJE	
		<i>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska</i>	68
		<i>Informacje o nowym dziale „Prawo w pielęgniarstwie”</i>	70

CONTENTS

Editor's note	6		
ORIGINAL ARTICLES			
<i>Joanna Pniewska, Krystyna Jaracz, Krystyna Górna:</i> The influence of ageing on cognitive functions in the population of rural areas of Wielkopolska	7	<i>Andrzej Klamerek, Marek Baumgart:</i> Economic effectiveness of economic entities	50
<i>Renata Rasińska:</i> Health policy as an element of public health in the opinion of Poznan universi- ties' students	11	<i>Arleta Pietrzkiwicz:</i> Blood transfusions in Jeho- vah's Witnesses	55
REVIEW ARTICLES			
<i>Jaracz Barbara, Jaracz Krystyna, Grabowska- Fudala Barbara, Górna Krystyna:</i> Attitudes to- wards mental illness and the mentally ill – a re- view of research	18	<i>Natalia Walicka, Elżbieta Olek:</i> Not a health care institution anymore but a health care entity in- stead	57
<i>Beata Bajurna, Luiza Mendyka, Iwona Nowa- kowska:</i> Diversity of problems in old age	24	A CASE STUDY	
<i>Katarzyna Gołębiwska, Krystyna Górna, Kry- styna Jaracz, Anna Jacenko:</i> Specific qualities of nurse's communication with a dying patient	29	<i>Paulina Pobłocka, Beata Bajurna:</i> Nurse's tasks in caring for ulcerative colitis patients who un- derwent stoma operations	60
<i>Luiza Mendyka, Beata Bajurna, Iwona Nowa- kowska:</i> Ways of coping in old age	34	VARIA	
<i>Iwona Nowakowska, Maria Danuta Głowacka, Renata Rasińska, Beata Bajurna:</i> The execution of management function in a health care institution	40	Wojciech Strzelecki: A report from International Conference "Culture Media Ethics. Ethical and cultural perspective of media in the context of tele- information revolution"	64
<i>Jan Nowomiejski, Renata Rasińska:</i> The utiliza- tion of outsourcing in management of a health care institution	43	<i>Ewa Mojs:</i> The review of the book „CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY”; Author: Anna Herzyk, PWN, Warszawa 2011	67
INFORMATION			
		Polish Society of Health Sciences. Member's decla- ration	68
		The information about New charter „The law in nursing”	70

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

Kolejny numer naszego pisma oddajemy, kiedy większość z Państwa podejmuje szereg działań naukowych i edukacyjnych. Otwierane są kolejne edycje kursów specjalizacyjnych, szkoleń podyplomowych i warsztatów. Również u nas, na Wydziale Nauk o Zdrowiu, realizujemy szkolenia podyplomowe, jak i prowadzimy specjalizację dla pielęgniarzek. Informacje szczegółowe w końcowej części numeru oraz na stronach internetowych UMP. Obecny numer i zawarte w nim artykuły uzupełniają szkolenia podyplomowe realizowane na naszym wydziale. Autorzy z Zakładu Organizacji i Zarządzania przedstawili zagadnienia z zakresu polityki zdrowotnej, zarządzania, w tym outsourcingu w jednostkach ochrony zdrowia. Dr A. Klamerek przedstawia w sposób klarowny trudne zagadnienia z obszaru efektywności ekonomicznej jednostek gospodarczych. Aktualne problemy funkcjonowania podmiotów działalności leczniczej w świetle obowiązującej ustawy to lektura obowiązkowa dla kadry kierowniczej każdego szczebla. Prace empiryczne poświęcone są zjawisku odrzucenia i stygmatyzacji osób chorych psychicznie oraz zagadnieniom starzenia się i zmian zachodzących w organizmie człowieka, polecamy pracę autorów: Pniewska, Jaracz, Górna. W numerze prezentujemy także studium przypadku – opis zadań pielęgniarzkich w opiece nad pacjentem z zapaleniem jelita grubego po wyłonieniu stomii. Ten artykuł także zasługuje na szczególną uwagę Czytelników. Mamy też nadzieję, iż studia przypadków będziecie Państwo nadsyłać i czytać z zainteresowaniem i uda się wkrótce taką stałą rubrykę w Pielęgniarstwie Polskim.

Zachęcamy także do lektury artykułu poświęconego zagadnieniom specyfiki komunikowania się pielęgniarki z chorym umierającym autorem: Gołębiewska, Górna, Jaracz, Jacenko.

Dr Wojciech Strzelecki przygotował sprawozdanie z międzynarodowej konferencji organizowanej pod patronatem JM Rektora UMP pt. „Kultura, media, etyka”, w której zaprezentowano szereg interesujących referatów poświęconych zagadnieniom bioetycznym oraz myśli A. Schweitzera.

W załączniku przedstawiamy informacje o Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu i jego aktywności konferencyjno-szkoleniowej a także deklarację członkowską.

Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją.

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

Dr hab. Maria Danuta Głowacka

Redaktor Naczelny

Dr hab. Ewa Mojs

Sekretarz Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

This issue of our periodical has been published when so many of you are undertaking new scientific and educational actions. New editions of specialized courses, postgraduate trainings and professional workshops have just been opened. We would like to inform you about the postgraduate trainings and a specialization for nurses which have been opened at our Faculty of Health Sciences. For more information please read the last pages of this issue of Nursing or visit the PUMS website. Papers in the current issue are complimentary to postgraduate courses organized by our Faculty. The authors from The Department of Organization and Management presented problems of healthcare policy and management such as outsourcing in healthcare institutions. Dr Klamerek article is an explicit explanation of difficult problems connected with economic effectiveness of economic entities. Current problems related to functioning of healthcare entities in the light of a new bill on healthcare are on the obligatory reading list for managerial staff at all levels. Original papers are devoted to the phenomenon of rejection and stigmatization of mentally ill patients, the problem of ageing and associated changes in the human body – here we would like to recommend you the paper by Pniewska, Jaracz and Górna. We also present a case study. The article which describes nurse's tasks in caring for ulcerative colitis patients who underwent stoma operations particularly deserves reader's attention. We hope that you will not only read but also send us case study presentations. We believe we will soon be able to open a new column devoted to case study presentations.

We also encourage you to read an article by Gołębiewska, Górna, Jaracz and Jacenko on specific qualities of nurse's communication with a dying patient.

Dr Strzelecki prepared a report from the International Conference "Culture Media Ethics. Ethical and cultural perspective of media in the context of teleinformation revolution". Several papers presented during this conference, which was organized under the patronage of PUMS President, were devoted to bioethical issues and Albert Schweitzer's thought. In the attachment you can find information about Polish Society of Health Sciences, its conferences, educational activity and member's declaration.

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

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

*Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief*

*Ewa Mojs, PhD
Scientific Secretary*

WPLYW PROCESU STARZENIA SIĘ NA FUNKCJE POZNAWCZE W POPULACJI WIEJSKIEJ WIELKOPOLSKI

THE INFLUENCE OF AGEING ON COGNITIVE FUNCTIONS IN THE POPULATION OF RURAL AREAS OF WIELKOPOLSKA

JOANNA PNIEWSKA, KRYSZYNA JARACZ, KRYSZYNA GÓRNA

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Krystyna Jaracz

Streszczenie

Wstęp i cel. Starzenie społeczeństw staje się udziałem również Polski. Z prognoz wynika, że populacja osób starszych będzie z roku na rok coraz większa. Celem pracy była ocena wpływu procesu starzenia się na funkcje poznawcze.

Materiał i metody. Badaniem objęto 100 osób bez cech otępienia z terenów wiejskich Wielkopolski. Do badań zastosowano Test Łączenia Punktów (TMT) oraz Test Stroopa.

Wyniki. Osoby starsze wykazywały niższe wyniki zarówno obu części TMT, jak i testu Stroopa, a w części B tego testu popełniły więcej błędów. Różnice te były istotne statystycznie.

Wnioski. Osoby starsze funkcjonują poznawczo gorzej niż osoby w średnim wieku.

Słowa kluczowe: starzenie, funkcje poznawcze.

Summary

Introduction and objectives. The ageing of population is also the participation of Poland. The prognosis show that population aging process will be continuing. The aim of this study was to assess an impact of ageing process on the cognitive function of subjects.

Material and methods. A hundred non demented adults living in rural area of Wielkopolska region entered the study. The assessment of cognitive functions performed using Trail Making Test (TMT) and Stroop Test.

Results. The elderly people scored much weaker results in both part of TMT and Stroop test than control group and in part B of this test made more mistakes. Differences were significantly.

Conclusions. The elderly people are functioning cognitive weaker than middle-age person.

Key words: ageing, cognitive function.

Wstęp i cel pracy

Większość krajów europejskich, w tym również Polska, staje u progu starości demograficznej. Według Organizacji Narodów Zjednoczonych jest to moment, w którym 7% populacji kraju osiąga wiek 65 lat i więcej [1, 2]. W 2000 roku w 25 krajach członkowskich Unii Europejskiej osoby powyżej 65. roku życia stanowiły 15,7%. Z prognoz wynika, że w 2050 roku liczba ta ma wzrosnąć do 30% [3]. W Polsce, pomimo stałego zmniejszania się liczby ludności, osoby starsze będą stanowiły coraz większy odsetek społeczeństwa [4]. Szacuje się, że w 2035 liczba osób w wieku emerytalnym będzie wynosiła ponad 23%. Proces starzenia się obejmuje stopniowe pogarszanie się funkcjonowania fizycznego i intelektualnego, co w konsekwencji przekłada się na obciążenie demograficzne, związane z koniecznością objęcia opieką coraz większej grupy osób. Zmiany demograficzne oraz wielowymiarowe negatywne skutki starzenia się populacji przyczyniają się do wzrostu znaczenia badań naukowych w obszarze gerontologii. Jednym z istotnych kierunków dociekań badawczych jest lepsze zrozumienie istoty zmian w funkcjonowaniu intelektualnym, pojawiających się wraz z upływem lat. Celem pracy była ocena zależności po-

między wiekiem a sprawnością funkcji poznawczych u osób po 40. r. życia, nie wykazujących zmian otępiennych.

Materiał i metody

Osoby badane

Badania prowadzono od lutego 2009 do marca 2011 na terenie wiejskim i małych miasteczek Wielkopolski. Do badań włączono 100 mieszkańców (71 kobiet i 29 mężczyzn), w wieku od 40 do 88 lat, nie wykazujących zmian otępiennych i objawów depresyjnych. Wykluczenia obecności zmian otępiennych dokonano za pomocą Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE – wynik powyżej 24 punktów), a zaburzeń depresyjnych przy użyciu Inwentarza Depresji Becka (nie więcej niż 27 punktów).

Metody badań

Do oceny funkcji poznawczych zastosowano Test Łączenia Punktów, służący do oceny pamięci wzrokowo-przestrzennej, podzielności uwagi i giętkości poznawczej

oraz Test Stroopa, badający selektywność i zdolność skupienia uwagi oraz umiejętność przedstawienia procesów myślowych na inne kryterium, gdy poprzednie jest ciągle przypominane [5, 6, 7, 8]. Celem wykluczenia czynnika zakłócającego, jakim może być pora dnia, wszystkie badania były przeprowadzane w godzinach przedpołudniowych. Analizy statystyczne wykonano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Badania stanowią część szerszego projektu badawczego realizowanego w ramach grantu MNiSW N N402 407 539, pt. Starzenie poznawcze – ocena przydatności badania markerów procesu zapalnego i identyfikacji zapachu

jako czynników predykcyjnych pogorszenia czynności poznawczych u osób w starszym wieku.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Osoby badane podzielono na 2 grupy: od 40–65 lat oraz powyżej 65 lat. Charakterystykę społeczno-demograficzną porównywanych grup przedstawia tabela 1.

Średnia wieku wszystkich badanych wynosiła 65,63 \pm 11,04, przy czym w młodszej grupie było to 58,76 \pm 5,74, natomiast w starszej 73,84 \pm 5,2 lat.

Tabela 1. Charakterystyka socio-demograficzna badanych
Table 1. Socio-demographic characteristics of the participants

CHARAKTERYSTYKA	Grupa 40–65 lat		Grupa powyżej 65 lat		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%
PLEĆ						
kobiety	36	72	35	70	71	71
mężczyźni	14	28	15	30	29	29
WIEK						
Średnia	58,76		73,84		65,63	
Odchylenie standardowe	5,74		5,2		11,04	
WYKSZTAŁCENIE						
podstawowe	8	16	30	60	38	38
zawodowe	3	6	11	22	14	14
średnie	23	46	7	14	30	30
licencjat	3	6	1	2	4	4
wyższe	13	26	1	2	14	14
LICZBA LAT EDUKACJI						
Średnia	12,75		8,15		10,38	
Odchylenie standardowe	3,72		2,9		4,06	
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA						
praca w niepełnym wymiarze	9	18	1	2	10	10
praca w pełnym wymiarze	12	24	0	0	12	12
nauka	2	4	0	0	2	2
Wychowywanie dzieci/prowadzenie domu	4	8	8	16	12	12
brak aktywności	23	46	41	82	64	64
ŹRÓDŁO UTRZYMANIA						
praca	14	28	0	0	14	14
renta	5	10	6	12	13	13
emerytura	19	38	40	80	59	59
emerytura i praca	8	16	1	2	9	9
inne	4	8	3	6	7	7
STAN CYWILNY						
kawaler/panna	5	10	0	0	5	5
w związku małżeńskim	35	70	29	58	64	64
separacja	1	2	0	0	1	1
rozwiedziona/y	5	10	0	0	5	5
wdowieństwo	4	8	21	42	25	25
ZAMIESZKANIE						
samotnie	12	24	6	12	18	18
z rodzicami	1	2	0	0	1	1
z dziećmi	3	6	16	32	19	19
w małżeństwie bez dzieci	15	30	9	18	24	24
w małżeństwie z dziećmi	19	38	19	38	38	38

Źródło: opracowanie własne (Source: own study)

Tabela 2. Poziom funkcji poznawczych w zależności od wieku
Table 2. Level of cognitive functioning depending on age

Rodzaj testu	Grupa 40–65 lat n = 50		Grupa powyżej 65 lat n = 50		Test Manna-Whitneya
	Średnia	SD	Średnia	SD	P
TMT A (czas)	78,96	33,65	40,74	12,2	< 0,001
TMT B (czas)	191,66	77,1	94,34	42,9	< 0,001
Test Stroopa A (czas)	36,68	12,22	25,6	5,94	< 0,001
Test Stroopa B (czas)	107,9	59,43	68,24	19,67	< 0,001
Test Stroopa B (błędy)	4,08	4,34	1,44	1,64	< 0,001

Źródło: opracowanie własne
Source: own study

W całej grupie wykształcenie podstawowe posiadało 38 osób, zawodowe miało 14 osób, średnie zdobyło 30 osób, licencjat ukończyły 4 osoby, natomiast 14 osób miało tytuł magistra. W grupie osób młodszych, większa część badanych jest aktywna zawodowo. Jest to spowodowane nieosiągnięciem przez nich jeszcze wiekiem emerytalnym. Pomimo to, prawie połowa młodszych badanych nie podejmuje aktywności zawodowej. W grupie osób starszych większość badanych nie pracuje, a jeśli już podejmują jakąś aktywność zawodową, jest to prowadzenie domu.

W grupie powyżej 65. roku życia badani albo pozostawali w związku małżeńskim, albo byli wdowcami/wdowami. Natomiast w grupie młodszej było 4 wdowców/wdów, 5 osób pozostawało w stanie wolnym, tyleż samo było rozwiedzionych. Jednak większość żyła w związkach małżeńskich.

Wyniki dotyczące oceny funkcji poznawczych przedstawia tabela 2. Wynika z niej, że we wszystkich badanych aspektach funkcji poznawczych lepsze wyniki uzyskały osoby młodsze.

Omówienie

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na gorsze funkcjonowanie poznawcze osób w wieku powyżej 65. r. życia niż osób młodszych. Dotyczyło to zarówno selektywności i zdolności skupienia uwagi, jak i umiejętności przedstawienia procesów myślowych na inne kryterium, oceniane testem Stroopa. Osoby starsze miały także większą trudność z pomijaniem bodźców nieistotnych, wynikającą z mniejszej zdolności koncentracji uwagi na wykonywanym zadaniu. Uzyskane dane są zgodne z doniesieniami innych autorów. O spowolnieniu wykonywania testu wraz z wiekiem donoszą m.in. Strauss i wsp. [8], Daigneault i wsp. [9] oraz Tomaszewska i wsp. [10], która badała populację polską. Gorsze wyniki dotyczyły także funkcjonowania pamięci wzrokowo-przestrzennej, podzielności uwagi i giętkości poznawczej obrazowanych czasem wykonania Testu Łączenia Punktów. Autorzy danych normatywnych dotyczących tego testu również sygnalizują podobną tendencję w zakresie sprawności jego wykonania [6, 7]. Podsumowując można stwierdzić, że u osób starszych, będą-

cych w normie ogólnego poziomu funkcjonowania poznawczego, występuje związane z wiekiem pogorszenie sprawności procesów poznawczych, zwłaszcza w zakresie pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. Obecne badania i dalsze analizy prowadzone w ramach niniejszego projektu zmierzają do określenia czynników predykcyjnych mogących mieć wpływ na poziom zaburzeń funkcji poznawczych. Ostatecznie uzyskane wyniki mogą być użyteczne w działaniach zapobiegających wystąpieniu i nasilaniu się zaburzeń sprawności intelektualnej osób starszych.

Wnioski

Badania potwierdziły negatywny wpływ wieku na sprawność funkcji poznawczych u osób nie wykazujących zmian otepiennych. Gorsze funkcjonowanie seniorów obejmowało wszystkie komponenty uwagi, pamięć wzrokowo-przestrzenną oraz umiejętność przedstawiania się na inne kryterium, gdy poprzednie jest nadal przypomniane.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A., Parnowski T., Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane z procesem starzenia się (psychogeriatrya), W: Psychiatria, t. II, Psychiatria kliniczna, Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wiórka J. [red.], Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002, s. 697-734.
2. Jarosz M., Sajór I., Sytuacja demograficzna w Polsce i na świecie ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku starszym, W: Żywność osób w wieku starszym, Jarosz M. [red.], Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 9-28.
3. Zdrowe starzenie się. Wyzwania dla Europy. Wersja skrócona raportu.
4. Główny Urząd Statystyczny, Prognozy demograficzne, W: GUS, Rocznik demograficzny 2010, Warszawa 2010, s. 167.
5. Borkowska A., Neuropsychologiczna ocena funkcji poznawczych, W: Psychiatria, t. I, Podstawy psychiatrii, Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wiórka J. (red.), Urban & Partner, Wrocław 2002, s. 539-544.

6. Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W., A compendium of tests and assessment techniques, Attention, concentration and tracking, Complex attention tests, Trail Making Tests In: Neuropsychological Assessment, Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W. (eds.), Oxford University Press, 2004, 371-374.
7. Strauss E., Sherman E.M.S., Spreen O., Attention, Trail Making Test, In: A compendium of neuropsychological tests. Administration, norms and commentary, Strauss E., Sherman E.M.S., Spreen O. (eds.), Oxford University Press 2006, s. 655-672.
8. Tomaszewska M., Markowska A., Borkowska A., Test Stroopa – wartość diagnostyczna w psychiatrii, Neuropsychiat. Neuropsychol., 2010, 5, 1, 35-41.
9. Daigneault S., Braun C.M.J., Whitaker H.A., Early effects of normal aging in perseverative and non – perseverative prefrontal measures, Dev. Neuropsychol., 1992, 8, 99-144.
10. Strauss E., Sherman E.M.S., Spreen O., Executive Functions, Stroop Tests, In: A compendium of neuropsychological tests. Administration, norms and commentary, Strauss E., Sherman E.M.S., Spreen O. (eds.), Oxford University Press 2006, s. 477-497.

Adres do korespondencji:

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

POLITYKA ZDROWOTNA JAKO ELEMENT ZDROWIA PUBLICZNEGO W OPINII STUDENTÓW POZNAŃSKICH UCZELNI

HEALTH POLICY AS AN ELEMENT OF PUBLIC HEALTH IN THE OPINION OF POZNAN UNIVERSITIES' STUDENTS

RENATA RASIŃSKA

Zakład Organizacji i Zarządzania
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Zdrowie publiczne jest definiowane jako nauka zajmująca się zdrowiem na poziomie populacji, zapobieganiem chorobom, przedłużaniem życia, promowaniem zdrowia i aktywności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki na rzecz higieny środowiska, kontrolę chorób zakaźnych, oświatę dotyczącą zasad higieny osobistej, tworzenie i funkcjonowanie służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego diagnozowania i zapobiegania chorobom, rozwijanie takich społecznych mechanizmów, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i umacnianie zdrowia. Celem prezentowanych badań była próba analizy znajomości programów promujących zdrowie przez młodzież akademicką. Badania nad czynnikami, które warunkują zdrowie człowieka wykazały wpływ polityki zdrowotnej na styl życia. Odpowiednia modyfikacja zachowań członków społeczeństwa poprzez upowszechnianie wiedzy na tematy związane z prozdrowotnym stylem życia może poprawić kondycję społeczeństwa. Kształtowanie postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej jest jednym ze składników takich działań.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, programy zdrowia, promocja zdrowia.

Summary

Public health is defined as science dealing with population health, disease prevention, life prolongation, health promotion and physical activity by organized efforts for environment hygiene, infectious disease control, education on personal hygiene principles, medical and welfare service formation and working in order to diagnose early and prevent diseases, developing such social mechanisms which will provide everyone with the standard of living enabling to maintain and improve health. The aim of presented research was to analyze the knowledge of programmes promoting health by academic youth. Research on factors which condition human health showed the influence of health policy on the lifestyle. A proper modification of society members behaviours by disseminating knowledge on healthy lifestyle may improve the society condition. The formation of academic youth healthy attitudes is one of the components of such actions.

Key words: public health, health programmes, health promotion.

Wstęp

Zdrowie publiczne jest definiowane jako nauka zajmująca się zdrowiem na poziomie populacji, zapobieganiem chorobom, przedłużaniem życia, promowaniem zdrowia i aktywności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki na rzecz higieny środowiska, kontrolę chorób zakaźnych, oświatę dotyczącą zasad higieny osobistej, tworzenie i funkcjonowanie służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego diagnozowania i zapobiegania chorobom, rozwijanie takich społecznych mechanizmów, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i umacnianie zdrowia. Wpływa na kształt polityki społecznej i zdrowotnej państwa, współdziała ze wszystkimi sektorami społeczno-gospodarczymi, organizacjami społecznymi oraz samymi ludźmi [1]. Różne były i są definicje zdrowia publicznego. W poniższym materiale wykorzystane jest pojęcie stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w którym to zdrowie publiczne obejmuje:

- problemy dotyczące zdrowia populacji
- stany zdrowotne zbiorowości
- ogólne usługi zdrowotne
- administracyjną opiekę zdrowotną.

Do najważniejszych działań na rzecz ochrony zdrowia ogółu ludności należą [2]:

- monitorowanie stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych ludności
- zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych, wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania
- identyfikacja i zwalczanie czynników ryzyka zawodowego w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, nauki oraz w placówkach służby zdrowia
- zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie kompleksowej pomocy ofiarom katastrof, kataklizmów i klęsk żywiołowych

- zapewnienie nadzoru epidemiologicznego, w tym laboratoryjnej kontroli przeciwepidemiologicznej oraz laboratoryjnej kontroli zagrożeń środowiskowych i zagrożeń mogących wynikać z wymiany handlowej z zagranicą
- promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia poprzez promocję zdrowego stylu życia wszystkich obywateli, ze szczególnym uwzględnieniem promocji zachowań prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży oraz w wybranych grupach wysokiego ryzyka zawodowego
- kształcenie i doskonalenie zawodowe lekarzy i innego personelu medycznego, zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej, nowych technologii diagnostyczno-leczniczych oraz zgodnie ze skalą potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, w tym zapewnienie warunków rozwoju nauk medycznych
- zapewnienie jednolitych kompleksowych regulacji prawnych dotyczących systemu organizacji, finansowania i zarządzania placówkami opieki medycznej, ekonomii zdrowia, zasad orzecznictwa lekarskiego – zgodnych z konstytucyjnymi uprawnieniami obywateli
- monitorowanie jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad bioetyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia
- ocena sytuacji zdrowotnej kraju na tle porównań międzynarodowych, analiza wyzwań i zagrożeń wynikających z procesu globalizacji.

Przyjmując przedstawione definicje zdrowia publicznego można uświadomić sobie znaczenie tej nauki w kontekście życia ludności danego kraju [1]. Oznacza to odpowiedzialność instytucji rządowych i samorządowych, administracji państwowej, miejskiej i gminnej za tworzenie możliwości do:

- prowadzenia w sposób zorganizowany szeroko rozumianej profilaktyki medycznej
- prawidłowego kształtowania postaw zdrowotnych zarówno poszczególnych członków społeczności, jak i grup społecznych
- kształtowania prozdrowotnych warunków, poprzez działalność na rzecz ochrony środowiska, działalność na rzecz zapewnienia prawidłowych warunków pracy, życia i funkcjonowania w społeczności [3, 4].

Umieszczenie zdrowia wysoko w hierarchii wartości człowieka oraz przypisywanie mu wartości społecznej powoduje, iż staje się ono obiektem zainteresowania nie tylko stron bezpośrednio uczestniczących – pacjentów, ale i państwa.

Przez stulecia praktycznie wszystkie rządy państwa akceptowały swą odpowiedzialność za systematyczny rozwój ochrony zdrowia i opieki medycznej nad swoimi obywatelami. Dotyczyło to zarówno opieki profilaktycznej, jak i leczniczej i miało na celu zapewnienie bezpie-

czeństwa zdrowotnego wszystkim obywatelom. Wszystkie rządy czuły się współodpowiedzialne za funkcjonowanie i rozwój przyjętego systemu ochrony zdrowia, czy to narodowej służby zdrowia, ubezpieczeń zdrowotnych, systemu centralnie planowanego czy systemu opartego na świadczeniach udzielanych przez podmioty prywatne. Odpowiedzialność państwa za bezpieczeństwo zdrowotne i właściwe warunki zdrowotne zostały uwzględnione w większości, jeśli nie we wszystkich konstytucjach narodowych. Artykuł 68 Konstytucji RP zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych [5]. Organizacje i instytucje opieki zdrowotnej stoją przed problemem godzenia niespójnych celów. Powinna wzrastać świadomość, że odpowiedzialność za zdrowie musi obejmować kryteria zarówno kliniczne, jak i finansowe.

Znaczenie zdrowia publicznego znalazło swój wyraz w licznych dokumentach Organizacji Narodów Zjednoczonych i licznych jej agend, w szczególności w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, jak również w dokumentach Unii Europejskiej. Unia Europejska tworzy ustawodawstwo, któremu podlegają bezpośrednio obywatele europejscy i dla ich dobra ustanawia specyficzne prawa. Konstytucyjnymi podwalinami UE, tworzącymi więzy prawne wykraczające poza stosunki wynikające z umów pomiędzy suwerennymi państwami, są między innymi: Traktat Paryski, Traktat Rzymski, Jednolity Akt Europejski, Traktat z Maastricht i Traktat z Amsterdamu.

Działania na rzecz zdrowia ludności, w tym finansowanie i koordynacja funkcjonowania struktur medycyny naprawczej oraz zdrowia publicznego, wynikają z polityki zdrowotnej państwa i rządu [6]. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia powinno odzwierciedlać zasady polityki zdrowotnej, formułowanej nie tylko na szczeblu centralnym, ale również przez samorządy terenowe. Zasadnicze znaczenie w poprawie stanu zdrowia ludności wdrażane są np. przez Państwową Inspekcję Sanitarną, wojewódzkie centra zdrowia publicznego, instytuty naukowo-badawcze oraz organy samorządowe. Stan zdrowia społeczeństwa polskiego wymaga przez cały czas intensywnych działań umożliwiających jego poprawę i rozwój. Konieczne jest większe zwrócenie uwagi na stale zmieniające się uwarunkowania zdrowia zależnie od zmian zachodzących w życiu politycznym, społecznym i gospodarczym. Dlatego powstał w Polsce w 1990 r. Narodowy Program Zdrowia (NPZ), który został opracowany na podstawie strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Była to pierwsza próba włączenia do działań na rzecz ochrony zdrowia wszystkich resortów, instytucji centralnych i całego społeczeństwa [7]. Podstawą znowelizowanej wersji NPZ na lata 1996–2005 była koncepcja i strategia promocji zdrowia. Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem, w szczególności identyfikację własnych problemów zdrowotnych, poprawę zdrowia – poprzez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyja-

jących zdrowiu, kształtowanie potrzeby i kompetencji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i zwiększaniu potencjału zdrowia. Promocja zdrowia obejmuje pięć obszarów działań: budowanie zdrowotnej polityki publicznej, tworzenie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu, zachęcanie całego społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu, reorientacja służby zdrowia. Promocję zdrowia określa się też jako sztukę interwencji w systemy społeczne i zachęcania ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk. W tym kontekście Narodowy Program Zdrowia zmierza do wbudowania zdrowia w różne systemy społeczne, takie jak: polityka, ekonomia, edukacja, kultura fizyczna, nauka, rodzina i istniejące w nich organizacje poprzez zintegrowanie zdrowia z podstawowymi celami danego systemu. Każda polityka gospodarcza i społeczna ma związek ze zdrowiem, a polityka zdrowotna musi być budowana na wszystkich szczeblach i przez wszystkie podmioty życia publicznego. Z tego też względu przyjęto, że NPZ określa założenia zdrowotnej polityki publicznej, a nie jak poprzednio zdrowotnej polityki państwa. Oznacza to przełożenie akcentów z działań najwyższych szczebli zarządzania i administracji państwowej na powszechne działania, z udziałem wszystkich podmiotów życia publicznego. Od polityków, administracji rządowej i samorządowej oraz organizacji pozarządowych będzie zależeć rozwijanie polityki zdrowotnej sprzyjającej dokonywaniu przez ludzi wyborów korzystnych dla ich zdrowia. Narodowy Program Zdrowia zmierza do zintegrowania zagadnień związanych ze zdrowiem z celami wytyczanymi w ramach systemu społeczno-ekonomicznego państwa. Przykładowe Programy Światowej Organizacji Zdrowia realizowane w ramach NPZ to:

- Zdrowe Miasta – projekt wiążący działania na rzecz zdrowia i ochrony środowiska w środowisku miejskim
- Zdrowe Miejsce Pracy – promocja zdrowia w miejscu pracy – projekt promujący zdrowie nie tylko na stanowisku pracy, lecz także kształtujący zdrowy styl życia pracowników poza środowiskiem zatrudnienia
- Szkoła Promująca Zdrowie – projekt kształtujący postawy i rozwijający działalność na rzecz poprawy i ochrony zdrowia uczniów, pracowników i środowiska nauki
- Szpital Promujący Zdrowie – projekt, którego zadaniem jest nie tylko udzielanie świadczeń leczniczych na możliwie najwyższym poziomie, lecz także rozwijanie i promowanie zdrowia pacjentów, ich rodzin, personelu i otaczającego środowiska
- wspieranie i rozwijanie projektu CINDI, którego działalność polega na promowaniu zdrowia, głównie poprzez zapobieganie chorobom zakaźnym i kształtowanie postaw umożliwiających zachowanie zdrowia.

Celami obecnego projektu NPZ na lata 2006–2015 są: poprawa zdrowia i związanej z nią jakości życia, zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych, kształtowanie prozdrowotnego stylu życia i tworzenie

środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającej zdrowiu. Wszystkie działania będą miały bezpośredni wpływ na zdrowie poprzez zmianę postaw i zachowań na prozdrowotne, której wyrazem będzie utworzenie sieci współpracy interdyscyplinarnej na rzecz zdrowia. Cel główny ma być osiągnięty przez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjające zdrowiu oraz aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia. Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia to zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem, poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości, zwiększenie aktywności fizycznej ludności, ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych, zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Oprócz projektów i programów opracowywanych i rozpowszechnianych przez Biuro Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego, w Polsce opracowano i rozpowszechniano kilka projektów działań na rzecz promocji zdrowia [8]. Należą do nich:

- Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia – projekt zwiększenia zakresu wspólnych działań prozdrowotnych i proekologicznych w warunkach lokalnych
- Zdrowy Dom – projekt, który popularyzowałby idee zdrowego domu jako najistotniejszego miejsca kształtowania postaw wobec zdrowia i promowania jego
- Promocja Zdrowia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej – projekt, którego celem jest ustanowienie podstawowej opieki zdrowotnej jako zasadnicze ogniwo systemu opieki zdrowotnej.

Światowa Organizacja Zdrowia jako jedna z organizacji działających w ramach ONZ, której zadaniem jest działanie na rzecz zwiększenia współpracy między państwami w dziedzinie ochrony zdrowia, ma również biuro w Polsce, które jest integralną częścią Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy (WHO EURO) [9]. Główne działania podejmowane obecnie w Polsce przez WHO EURO to:

- działania wynikające z umów dwuletnich oraz z średniookresowych priorytetów współpracy na lata 2008–2013
- polityka zdrowotna i rozwój systemów zdrowotnych
- promocja zdrowych stylów życia oraz redukcja czynników ryzyka
- nadzór i prewencja możliwej do uniknięcia umieralności oraz niesprawności
- kreowanie promującego zdrowie środowiska.

WHO, od 1995 r. wydaje każdego roku sprawozdania, które podają fachowe oszacowanie globalnego zdrowia, włączając w to statystykę odnoszącą się do wszyst-

kich krajów. W ostatnim World Health Report 2008 Primary Health Care: Now More Than Ever [10] (Podstawowa opieka zdrowotna – teraz bardziej niż kiedykolwiek) WHO wzywa do pilnej zmiany niewydolnych systemów zdrowotnych, ponieważ obecna koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej opierała się na holistycznym pojmowaniu zdrowia, w związku z czym należałoby zastosować szerokie, ogólnospołeczne podejście do problemów zdrowia. W swoim raporcie WHO proponuje, aby kraje kształtowały system opieki zdrowotnej i decydowały o jego rozwoju w oparciu o cztery ogólne, wzajemnie powiązane kierunki polityki publicznej. Są to cztery kluczowe zasady koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej: powszechność, usługi zorientowane na człowieka, zdrowa polityka publiczna i liderzy. Dążenie do osiągnięcia tych czterech nadrzędnych celów związanych z podstawową opieką zdrowotną pozwoli krajowym systemom ochrony zdrowia na osiągnięcie większej jednolitości, sprawności, sprawiedliwości i znacznie większej skuteczności.

W strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” podkreślono, że:

- zdrowie jest wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim
- zdrowie jest zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny; tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijając się, osiągać odpowiednią jakość życia
- zdrowie jest środkiem do osiągnięcia lepszej jakości życia.

Wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), [11] przyjęty przez Parlament Europejski, był pierwszym zintegrowanym programem Wspólnoty Europejskiej w sferze zdrowia i przyniósł wiele istotnych zmian i ulepszeń. Obecny program na lata 2008–2013 kładzie nacisk na poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz propagowanie zdrowego stylu życia i zachowań profilaktycznych wśród nich. Niezbędne staje się zwiększenie inwestycji UE w ochronę zdrowia i projekty z nią związane. W związku z powyższym UE zachęca państwa członkowskie do przyznania kwestiom poprawy ochrony zdrowia priorytetowego znaczenia w poszczególnych krajowych programach rozwoju. Przyjęty program ma stanowić uzupełnienie, wsparcie oraz wartość dodaną w stosunku do polityki państw członkowskich w różnych dziedzinach oraz przyczyniać się do zwiększenia solidarności i dobrobytu w Unii Europejskiej przez ochronę i promowanie ludzkiego zdrowia i bezpieczeństwa oraz poprawę zdrowia publicznego.

Planowane szczegółowe zadania są następujące:

- poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli
- promocja zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia
- generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia.

Promocja zdrowia realizowana ma być m.in. przez:

- promowanie zdrowszych stylów życia oraz zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia
- promowanie inicjatyw mających na celu wydłużenie lat zdrowego życia i promowanie zdrowego starzenia się
- zwrócenie uwagi na uwarunkowania zdrowotne w celu promowania i poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego
- tworzenie warunków wspierających zdrowy styl życia i profilaktyka chorób
- podejmowanie działań w zakresie podstawowych czynników, takich jak odżywianie, aktywność fizyczna i zdrowie seksualne oraz w zakresie uwarunkowań związanych z uzależnieniami, takimi jak papierosy, alkohol, nielegalne narkotyki i niewłaściwie stosowane leki, przez skupienie się na kluczowych zagadnieniach, czyli edukacji i miejscu pracy oraz na całym okresie życia
- zwrócenie uwagi na skutki zdrowotne szeroko rozumianych uwarunkowań środowiskowych, w tym jakości powietrza w pomieszczeniach i narażenie na toksyczne substancje chemiczne, jeżeli nie zostały objęte zakresem innych inicjatyw wspólnotowych oraz uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.

Generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia ma być realizowane przez:

- wymianę wiedzy i sprawdzonych rozwiązań w zakresie zagadnień związanych ze zdrowiem
- wspieranie współpracy w celu wzmożonego stosowania najlepszej praktyki w państwach członkowskich
- dalszy rozwój trwałego systemu monitorowania zdrowia, dysponującego mechanizmem gromadzenia porównawczych danych i informacji z odpowiednimi wskaźnikami
- gromadzenie danych o stanie zdrowia i polityce zdrowotnej przy wykorzystaniu wspólnotowego programu statystycznego
- opracowanie mechanizmów przeprowadzania analiz i informowania, łącznie ze sprawozdaniami o ochronie zdrowia we Wspólnocie, portalem o zdrowiu i konferencjami
- przekazywanie informacji obywatelom, stronom zainteresowanym i decydom, opracowanie mechanizmów konsultacji i procesów uczestnictwa; ustanowienie regularnych sprawozdań o stanie zdrowia w Unii Europejskiej w oparciu o dane i wskaźniki wraz z analizą jakościową i ilościową.

Obecnie w Polsce poświęca się sporo miejsca na kampanie i programy edukacyjno–interwencyjne. Jednym z przykładów może być nałóg palenia tytoniu, który ma wielowiekową tradycję, rozprzestrzeniając się na całym świecie stał się jednym z najpoważniejszych czynników zagrożenia zdrowia [12]. Wiele krajów Europy wprowadza restrykcyjną politykę ograniczającą możliwość palenia, Polska również należy do tej grupy.

Kolejne programy polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej prowadzą do zmniejszenia konsumpcji tytoniu i ograniczenia jego zdrowotnych następstw. Przykładowe programy polityki zdrowotnej państwa w 2008 roku to: program badań przesiewowych noworodków w Polsce 2006–2008, narodowy program zwalczania chorób nowotworowych w 2008 roku, narodowy program ochrony antybiotyków w Polsce na lata 2006–2010, narodowy program leczenia hemofilii na lata 2005–2011, program psychiatrycznej opieki zdrowotnej na lata 2006–2008, narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2006–2008, program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce na lata 2006–2008, narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007–2011, itd.

Material i metody

Celem prezentowanych badań była analiza znajomości programów promujących zdrowie przez młodzież akademicką. Anonimowe badania ankietowe z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza przeprowadzono wśród dwóch grup studenckich. Jedna z nich liczyła 217 osób a druga 285 osób. W kwestionariuszu pytania dotyczyły w przypadku pierwszej grupy znajomości programów promujących zdrowie bez podania ich konkretnych nazw, dla drugiej grupy podano już nazwy programów promujących zdrowie.

Wśród badanych byli przedstawiciele trzech kierunków, na których poruszana była tematyka związana z promocją zdrowia: Kosmetologii, Medycyny i Zdrowia Publicznego, jak również jednego kierunku, którego program nie zawiera treści promujących zdrowie. Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 19.

Wyniki

Analiza wyników pierwszej grupy wykazała niezajomość programów promujących zdrowie przez studentów (tabela 1.). Dopiero w czasie rozmów okazało się, że znają oni niektóre akcje związane z promocją zdrowia, takie jak: program wychowania w trzeźwości i przeciwdziałanie alkoholizmowi, program ograniczenia palenia tytoniu, program przeciwdziałania narkomanii czy program zapobiegania zakażeniom HIV oraz akcje profilaktyczne dotyczące np. chorób zakaźnych, raka szyjki macicy, raka piersi itp. Studenci w tym przypadku w czasie rozmów potrafili wymienić tylko niektóre akcje promocyjne a dopiero po podaniu nazw i przedstawieniu przykładowych Programów Światowej Organizacji Zdrowia realizowanych w ramach NPZ, studenci przyznawali się, że słyszeli o niektórych programach, natomiast nie potrafili określić ich podstawowych zadań.

W kwestionariuszu drugiej grupy studentów, która została poddana badaniom, pytania o programy promujące zdrowie zawierały już nazwy konkretnych programów Narodowego Programu Zdrowia, takie jak: Zdrowe Miasto,

Tabela 1. Ogólna znajomość projektów promujących zdrowie
Table 1. General knowledge about Health promotion projects

Znajomość projektów promujących zdrowie	Płeć				Ogółem	
	Kobieta		Mężczyzna			
	N	%	N	%	N	%
Nie	136	62,7	80	36,9	216	99,5
Tak	0	0,0	1	0,5	1	0,5
Ogółem	136	62,7	81	37,3	217	100,0

Źródło: opracowanie własne.
Source: own concept.

Tabela 2. Znajomość wymienionych projektów promujących zdrowie
Table 2. The knowledge of chosen Health promotion project

Projekty	Znajomość	
	tak	nie
Zdrowe Miasto	25,9%	74,1%
Zdrowe Miejsce Pracy	15,2%	84,8%
Szkoła Promująca Zdrowie	38,6%	61,4%
Szpital Promujący Zdrowie	24,1%	75,1%
Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia	2,5%	97,5%
Zdrowy Dom	9,5%	90,5%
Promocja Zdrowia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej	17,7%	82,3%
Ogółem	19,1%	80,9%

Źródło: opracowanie własne.
Source: own concept.

Tabela 3. Znajomość wymienionych projektów promujących zdrowie według kierunków
Table 3. The knowledge of chosen Health promotion project divided to lines

Znajomość projektów		Kierunek studiów			
		Kosmetologia	Medycyna	Socjologia	Zdrowie Publiczne
Zdrowe Miasto	nie	88,6%	100,0%	60,0%	19,4%
	tak	11,4%	0,0%	40,0%	80,6%
Zdrowe Miejsce Pracy	nie	92,4%	100,0%	100,0%	48,4%
	tak	7,6%	0,0%	0,0%	51,6%
Szkoła Promująca Zdrowie	nie	74,3%	83,3%	60,0%	9,7%
	tak	25,7%	16,7%	40,0%	90,3%
Szpital Promujący Zdrowie	nie	91,4%	83,0%	60,0%	25,8%
	tak	8,6%	16,7%	40,0%	74,2%
Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia	nie	100,0%	100,0%	100,0%	87,1%
	tak	0,0%	0,0%	0,0%	12,9%
Zdrowy Dom	nie	93,3%	91,7%	70,0%	87,1%
	tak	6,7%	8,3%	30,0%	12,9%
Promocja Zdrowia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej	nie	84,8%	100,0%	100,0%	61,3%
	tak	15,2%	0,0%	0,0%	38,7%

Źródło: opracowanie własne.
Source: own concept.

Zdrowe Miejsce Pracy, Szkoła Promująca Zdrowie, Szpital Promujący Zdrowie, Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia, Zdrowy Dom oraz Promocja Zdrowia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (tabela 2.).

Jednak i w tym przypadku badana grupa wykazała się niewielką ich znajomością (tylko 19,1%). Najczęściej znanym projektem była Szkoła Promująca Zdrowie (38,6%), a najmniej Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia (2,5%).

Znajomość poszczególnych projektów jest niezależna od wiedzy zdobywanej w czasie studiów (tabela 3.).

Studenci Zdrowia Publicznego są grupą najlepiej znającą wszystkie projekty. Od 90,3% osób orientujących się, co oznacza program Szkoła Promująca Zdrowie do tylko 12,9% dla programów Zdrowy Dom i Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia (średnio 51,6% studentów zna jakiś program promujący zdrowie). Tak wysoka znajomość programów wynika z tego, że na kierunku Zdrowie Publiczne realizowane są przedmioty związane z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną oraz medycyną i żywieniem człowieka. Zgodnie z założeniami w standardach kształcenia absolwent tego kierunku zdobywa m.in. umiejętności do gromadzenia danych o sytuacji zdrowotnej zbiorowości, realizowania programów dotyczących profilaktyki oraz opieki i rehabilitacji psychospołecznej, wdrażania i koordynowania programów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. Absolwent powinien posiadać kompetencje do zajmowania wykonawczych stanowisk w zakładach opieki zdrowotnej oraz do realizowania świadczeń zdrowotnych i pełnienia różnorodnych funkcji związanych z promocją i ochroną zdrowia w instytucjach państwowych, samorządowych, społecznych i prywatnych. Zdobyte kwalifikacje umożliwiają zatrudnienie absolwenta w zakładach opieki zdrowotnej oraz instytucjach zajmujących się szeroko rozumianą

ochroną i promocją zdrowia [13]. Przykładowe przedmioty, na których realizowane są treści związane ze zdrowiem i stylem życia to: propedeutyka medycyny – uwarunkowania zdrowia i choroby, podstawy żywienia człowieka, podstawy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Następną znającą grupą są studenci Kosmetologii, mimo że średnio tylko 10,7% studentek zna jakiś program promujący zdrowie (od 25,7% – Szkoła Promująca Zdrowie do 0% dla Samorządowego Ośrodka Ekologii i Zdrowia). Zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, mając świadomość współodpowiedzialności za zdrowie i wygląd pacjenta absolwent Kosmetologii powinien wykonywać zabiegi kosmetyczne, pielęgnacyjne i upiększające [13]. Przykładowe przedmioty, na których realizowane są treści związane ze zdrowiem i stylem życia to: promocja zdrowia, podstawy żywienia z elementami dietetyki.

Grupą, która wykazała się ich najmniejszą znajomością są studenci Medycyny, którzy skupieni są na przyswajaniu wiedzy na temat chorób i sposobów ich leczenia, a nie na promocji zdrowia. W przypadku tej grupy średnio tylko 5,96% studentów zna jakiś program promujący zdrowie, na 7 przedstawionych programów studenci tego kierunku znają tylko 3 – Szkoła Promująca zdrowie, Szpital Promujący Zdrowie i Zdrowy Dom. Pomimo że na kierunku Medycyna praktycznie na wszystkich przedmiotach realizowane są treści związane z zachowaniami anty-, jak i prozdrowotnymi. Zgodnie z założeniami Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego absolwent tego kierunku powinien być przygotowany m.in. do: planowania, wdrażania i oceny postępowania profilaktycznego i leczniczego w zakresie promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej oraz powinien być przygotowany do pracy w instytucjach zajmujących się poradnictwem i upowszechnianiem wiedzy z zakresu edu-

kacji prozdrowotnej [13]. Higiena, zdrowie publiczne to przykładowe przedmioty, w czasie których realizowane są treści edukacji zdrowotnej. Poza tym prawie na każdym innym przedmiocie znajdują się zagadnienia z tego zakresu.

Studenci Socjologii nie realizowali przedmiotów mających na celu poszerzenie ich wiedzy na temat zdrowia, a jednak znają niektóre projekty promujące zdrowie. Świadczy to o wiedzy, którą nabyli wcześniej. Średnio 21,4% studentów Socjologii zna programy promujące zdrowie.

Wnioski

Zdrowie jest warunkiem dobrego fizycznego, psychicznego i społecznego życia, dlatego bardzo ważnym problemem stało się utrzymanie społeczeństwa w dobrej kondycji. Badania nad czynnikami, które warunkują zdrowie człowieka wykazują wpływ polityki zdrowotnej na styl życia. Odpowiednia modyfikacja zachowań członków społeczeństwa poprzez upowszechnianie wiedzy na tematy związane z prozdrowotnym stylem życia może poprawić kondycję społeczeństwa. Kształtowanie postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej jest jednym ze składników takich działań. Badania wykazały niestety bardzo słabą wiedzę młodych ludzi na temat działań w ramach polityki zdrowotnej państwa. Poprawienie tego stanu należy w dużym stopniu do instytucji państwowych i samorządowych. Zalecenia w zakresie aktualizacji i poszerzania wiedzy z zakresu programów promujących zdrowie powinny stanowić źródła dla tych instytucji.

PIŚMIENNICTWO

1. Kulik T.B., Latański M., Zdrowie publiczne, Wydawnictwo Czelej Sp. Z o.o., Lublin 2002, s. 37-48.
2. Leowski J.: Miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia. [W:] Wyzwania i zagrożenia w świetle procesu integracji. Materiały Krajowej Konferencji Naukowej. Warszawa 2002, s. 21-30 (za:) Kulik T.B., Latański M., Zdrowie publiczne, Wydawnictwo Czelej Sp. Z o.o., Lublin 2002, s. 37-48.

3. Chromińska-Szosland D., Cybart A., Promocja zdrowia i zdrowie publiczne w Unii Europejskiej, Zdr. Publ., 1998, 108-7-8, s. 330-333.
4. Miśkiewicz M., Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia, Zdr. Publ., 1995, 106, 7-8, s. 157-164.
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997, www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm, data dostępu 28.06.2010
6. Wysocki M.J., Czym jest zdrowie publiczne w Polsce w roku 2006, Reumatologia, 2007, supl. 1, 1-4.
7. Skorupka E.: Zachowania zdrowotne i postrzeganie zdrowia przez młodzież akademicką Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Zielonej Górze [W:] Ontogeneza i promocja zdrowia w aspekcie medycyny, antropologii i wychowania fizycznego, Malinowski A. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2002, s. 228-232.
8. Żukowska Z., Wychowanie prozdrowotne młodzieży udaną inwestycją w zdrowe społeczeństwo, Med. Sport., 1999, 108.
9. Biuro światowej organizacji zdrowia w Polsce, www.who.un.org.pl, data dostępu 12.06.2010.
10. Streszczenie raportu World Health Report 2008, Podstawowa opieka zdrowotna – teraz bardziej niż kiedykolwiek, www.who.un.org.pl, data dostępu 08. 01.2009.
11. Zdebska H., Olszewski T., Postawy młodzieży akademickiej wobec wartości zdrowia i ciała, [W:] Promocja zdrowia w hierarchii wartości, Praca zbiorowa, Ann. UMCS 2005, 60, suppl. 16, 661, NeuroCentrum, Lublin 2005, t. 6, s. 420-422.
12. Binkowska-Bury M., Chmiel-Poleć Z., Marc M., Januszewicz P., Rozpowszechnianie palenia tytoniu wśród studentów uczelni rzeszowskich, Prz. Lek., 2007, 10(64), 791-794.
13. Standardy kształcenia dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia, Biul. Inf. Publ., www.bip.nauka.gov.pl, data dostępu 17.04.2008.

Adres do korespondencji:

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

POSTAWY SPOŁECZNE WOBEC CHORÓB PSYCHICZNYCH I CHORYCH PSYCHICZNIE – PRZEGLĄD BADAŃ

ATTITUDES TOWARDS MENTAL ILLNESS AND THE MENTALLY ILL – A REVIEW OF RESEARCH

BARBARA JARACZ, KRYSZYNA JARACZ, BARBARA GRABOWSKA-FUDALA, KRYSZYNA GÓRNA

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. n. med. Krystyna Jaracz

Streszczenie

Systematyczne badania postaw społecznych wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie są prowadzone na świecie od lat 50. XX wieku, a w Polsce od lat 60. XX wieku. Od tego czasu do chwili obecnej powstało wiele opracowań na ten temat. W niniejszej pracy przedstawiono przegląd wyników badań dotyczących postaw społecznych wobec zaburzeń psychicznych i chorych psychicznie w oparciu o badania przeprowadzone w Polsce. Z analizy dotychczasowych doniesień wynika, że badania te mają najczęściej charakter sondażu opinii społecznej z wykorzystaniem kwestionariuszy ankiet oraz tzw. „portretów”. Mimo poprawy wiedzy społeczeństwa na temat chorób i chorych psychicznie nadal dominują stereotypowe przekonania o odmienności i niższości intelektualnej tej grupy chorych. Jedynym w miarę pewnym korelatem postaw przejawianych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wydaje się być wykształcenie. Uzasadnia to fakt, że większa wiedza społeczeństwa współwystępuje z większą tolerancją wobec chorych z zaburzeniami psychicznymi.

Słowa kluczowe: postawy, stygmatyzacja, choroba psychiczna.

Wstęp

Badania postaw społecznych wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie prowadzone są głównie w Europie i Stanach Zjednoczonych [1, 2]. W tych częściach świata istotnym czynnikiem kształtującym normy społeczne, a co za tym idzie również postawy, był rozwój ekonomii, technologii i nauki oraz religia. Zarys podłoża kształtowania się postaw społecznych wobec psychicznie chorych odnajdujemy w wynikach badań naukowych, prowadzonych na przestrzeni ostatniego półwiecza.

Od lat 50. XX wieku powstało bardzo wiele opracowań, które koncentrowały się na zjawisku stygmatyzacji wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, problematyce dystansu społecznego wobec chorych psychicznie oraz na czynnikach determinujących postawy wobec tych chorych. Wieloletnia historia badań pozwala na ocenę zmian postaw w czasie, wraz ze zmieniającym się stopniowaniem wiedzy społeczeństwa oraz postępującym procesem reformy systemu opieki psychiatrycznej. Poza doniesieniami empirycznymi pojawiło się również kilka znaczących prac poglądo-

Summary

Systematic research into social attitudes towards mental illnesses and the mentally ill has been conducted all around the world since the 1950s, and in Poland since the 1960s. Many studies of this topic have been conducted since then. The following work presents an overview of results of studies referring to social attitudes towards mental conditions and mental patients on the basis of research conducted in Poland. The analysis of reports to date shows that the studies usually take the form of opinion polls supported by the use of questionnaires and so called ‘portraits’. Despite the improvement in the society’s knowledge about illnesses and the mentally ill, there still prevail stereotypical convictions that this group of patients is different and characterized by intellectual inferiority. One relatively significant correlate of attitudes towards mental patients seems to be education. This explains the fact that broader knowledge of society coexists with greater tolerance towards the mentally ill.

Key words: attitudes, stigma, mental illness.

wych, podsumowujących najważniejsze wyniki badań z kolejnych dziesięcioleci [1, 2, 3].

Poniżej został przedstawiony przegląd wyników badań dotyczących postaw społecznych wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie w oparciu o prace badawcze i poglądowe. Odrębnie zobrazowano sytuację na świecie i w Polsce.

Przeгляд badań zagranicznych

Jedno z pierwszych badań dotyczących postaw społecznych wobec zaburzeń psychicznych zostało przeprowadzone w Trenton w stanie New Jersey w USA w 1947 roku [2]. Analizując uzyskane dane autorzy stwierdzili, że osoby lepiej wykształcone i o wyższym statusie zawodowym rzadziej uważały chorobę psychiczną za karę za grzechy niż osoby z niższych klas społecznych. Podobną zależność związaną ze statusem społecznym potwierdzono później w innych pracach badawczych [1, 3].

Kolejne badanie w latach 50. przeprowadził Jum-Nunnally Jr. i wsp. [4]. Badacze na podstawie danych

uzyskanych z 6-letniej obserwacji 400-osobowej reprezentatywnej próby, dla populacji amerykańskiej, wykazali, że chorzy psychicznie traktowani są przez społeczeństwo nieufnie i z lękiem. Postawy stygmatyzujące zostały stwierdzone u wszystkich badanych bez względu na wiek i poziom wykształcenia, jakkolwiek młodszy i lepiej wykształceni prezentowali nieco mniej skrajne opinie. Wskazywano, że chorzy psychicznie to osoby „niebezpieczne, niedbające o wygląd, nieprzewidywalne, mało inteligentne i bezwartościowe”. Postawy te zdaniem autorów wynikały głównie z niedoinformowania oraz ignorancji w zakresie problematyki zaburzeń psychicznych.

Rabkin [2] podaje, że kolejnym cennym badaniem, szczególnie z perspektywy metodologicznej, były prace amerykańskiej autorki Shirley Star z Uniwersytetu w Chicago [5]. Autorka jako pierwsza zastosowała krótkie opisy zachowań charakterystycznych dla różnych zaburzeń psychicznych (ang. vignette), w celu poznania zdolności osób badanych do rozpoznawania symptomów chorób psychicznych. Miało to stanowić wskaźnik wiedzy społeczeństwa na temat zaburzeń psychicznych. W badaniu z udziałem 3500 respondentów autorka użyła winiety (portretów) opisujących zachowania charakterystyczne dla depresji, schizofrenii paranoidalnej, schizofrenii prostej, choroby alkoholowej, zaburzeń adaptacyjnych wieku młodzieńczego oraz zaburzeń lękowo-kompulsyjnych. Wnioski płynące z tej pracy można streścić w równaniu: choroba psychiczna = schizofrenia paranoidalna = odbiegające od normy, nieakceptowalne zachowanie. Powyższe spostrzeżenia stanowiły częściowe wyjaśnienie powszechnych w tych czasach negatywnych postaw społecznych, naznaczonych stygmatyzacją i odrzuceniem. Przykładem tego mogą być omówione niżej badania Whatleya i Cummingsów [6].

W latach 50. Charles Whatley z Uniwersytetu w Oklahoma przeprowadził jako pierwszy badanie dotyczące dystansu społecznego na próbie 2001 pacjentów wypisanych ze szpitala psychiatrycznego [2, 6]. Wyniki badania wykazały silną tendencję do dystansowania się wobec byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych oraz skłonność do ich wykluczania społecznego.

W 1951 roku Elanie i John Cumming przeprowadzili pierwsze badanie eksperymentalne dotyczące kształtowania się postaw wobec chorych psychicznie po 6-miesięcznej akcji edukacyjnej [2]. Rezultaty badań wskazywały, że cały kilkumiesięczny wysiłek edukacyjny został odrzucony. Wnioski z przeprowadzonego eksperymentu świadczyły o tym, że społeczeństwo odczuwa silny lęk przed zaburzeniami psychicznymi i nie jest w stanie zaakceptować faktu, że każdy może w jakimś momencie swojego życia zachorować.

Badania prowadzone w latach 60. XX wieku na ogół potwierdzają stan rzeczy z poprzedniego dziesięciolecia, chociaż można już zauważyć tendencję do zmian na lepsze. Badania te wskazują na dwa rodzaje wyników, które Rabkin [2] określa jako optymistyczne i pesymistyczne.

Przedstawicielami nurtu badań optymistycznych są m.in. Crocetti, Lemkau i wsp. [7]. Przeprowadzili oni serię badań ankietowych nad postrzeganiem społecznym chorych z zaburzeniami psychicznymi w Baltimore w latach 1960–1970. Autorzy wykorzystali winiety opracowane przez Star, z portretami zachowań charakterystycznych dla schizofrenii paranoidalnej, prostej i alkoholizmu. W badaniach tych zastosowano również skalę dystansu społecznego [2, 8]. Autorzy stwierdzili duży zakres wiedzy badanych na temat zagadnień psychiatrycznych. Miały o tym świadczyć prawidłowe przyporządkowanie winiety przez większość badanej grupy (odpowiednio: 91%, 78% i 62%) oraz bardziej tolerancyjne postawy wobec chorych, za czym miał przemawiać wynik, że 99% badanych zgadzało się ze stwierdzeniem, iż osoby chore psychicznie wymagają opieki lekarskiej tak samo, jak inne grupy pacjentów. Zmiany postaw na bardziej pozytywne w porównaniu z latami 50. zostały potwierdzone przez wyniki sondażu autorstwa Rootman (studenta socjologii) i Lafave [9]. Stanowił on replikację wyżej cytowanego badania przeprowadzonego w 1951 r. w Kanadzie przez Cumming i Cumming. Również badania Bentz i Edgerton z Uniwersytetu w Północnej Karolinie w USA [10] potwierdziły pozytywną tendencję w postrzeganiu osób z zaburzeniami psychicznymi.

W latach 60. obecny był również nurt pesymistyczny. Przykładem prac potwierdzających pesymistyczny obraz opinii społecznej na temat zaburzeń psychicznych były badania Dereka L. Philipsa [11], który przeprowadził wywiady z 300 losowo dobranymi białymi i zamężnymi kobietami z miasta Branford w Nowej Anglii (USA). W trakcie wywiadu autor zastosował 5 winiety i pytania dotyczące dystansu społecznego. Badania wykazały, że zdecydowana większość respondentów była przeciwna temu, aby oni sami lub ich dzieci weszły w bliskie związki z osobami aktualnie psychicznie chorymi, chociaż nie miałyby nic przeciwko temu, aby takie osoby mieszkaly w ich sąsiedztwie. Jeszcze bardziej niekorzystny obraz wyłaniał się z odpowiedzi na pytania dotyczące relacji z osobami, które kiedyś przebywały w szpitalu psychiatrycznym. Ponad 83% badanych kobiet nie chciałoby mieć za zięcia takiej osoby, a ponad 50% wynajmować jej pokój. Uzyskane dane dobitnie świadczą, że ludzie nie wierzą w to, iż choroba psychiczna może mieć charakter przejściowy, jak również wskazują, że incydent „psychiatryczny” pociąga za sobą długotrwałą stygmatyzację.

Powyższe spostrzeżenia odnośnie braku wzrostu tolerancji wobec chorych psychicznie zostały potwierdzone w innych badaniach socjologicznych z lat 70., przytaczanych przez Rabkin [2]. Są to prace Tringo i Fariny. Pierwszy z wymienionych autorów przeprowadził badanie dystansu społecznego wobec różnych kategorii osób niepełnosprawnych w grupie 500 młodych respondentów. Spośród 21 kategorii niepełnosprawnych, największy dystans społeczny odnotował właśnie w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi. Drugi z wymienionych badaczy wykonał eksperyment, z którego wynika-

ło, że potencjalny pracodawca uważał za mniej kompetentne osoby, co do których był przeświadczony, że były leczone w szpitalu psychiatrycznym, mimo iż w rzeczywistości były to osoby w pełni zdrowe.

Oprócz badań zdecydowanie optymistycznych i zdecydowanie pesymistycznych w zakresie postrzegania chorych psychicznie, w omawianym okresie pojawiło się również szereg doniesień mniej jednoznacznych. Przykładem może być przywoływana przez Rabkin praca autorstwa Elinson, Padelli i Perkinsa, stanowiąca opis wyników sondażu przeprowadzonego w Nowym Jorku, z którego wynikało, że choroba psychiczna była coraz częściej traktowana przez opinię publiczną jak każde inne schorzenie i uważana, podobnie jak wiele innych chorób za wyleczalną. Dane te miały świadczyć o tym, że medyczny model chorób psychicznych jest w zasadzie przez społeczeństwo akceptowany. Z drugiej jednak strony nadal większość respondentów sądziła, że chorzy psychicznie wzbudzają mniej zrozumienia i sympatii oraz, że są trudniej akceptowani w środowisku niż chorzy somatycznie. Również większość osób ankietowanych nie chciałyby mieć psychicznie chorego w swoim najbliższym otoczeniu, zwłaszcza w rodzinie. Jest to zjawisko, które później określono jako NIMBY, czyli „Not - In - My - Back - Yard” co oznacza w wolnym tłumaczeniu „byle nie na moim podwórku” [12].

Badania prowadzone w latach 80., 90. i późniejsze można podzielić na dwie kategorie: badania opisowe (dotyczą rozpoznawalności zaburzeń psychicznych, poglądów na temat przyczyn chorób psychicznych, dystansu społecznego wobec chorych psychicznie oraz możliwości leczenia zaburzeń psychicznych) i badania interwencyjne (eksperymentalne). Systematycznego przeglądu najważniejszych doniesień z tego okresu (110 badań) dokonał Angermayer i wsp. [3].

Przegląd badań polskich

W Polsce badania postaw wobec zaburzeń psychicznych i chorych psychicznie prowadzone są od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku [8]. Do pierwszych badaczy tego zagadnienia należy Zdzisław Bizoń [8]. Autor ten przeprowadził sondaż na reprezentatywnej grupie dorosłych mieszkańców Warszawy. Stwierdził, że w rankingu schorzeń stanowiących źródło osobistych obaw i lęku, choroby psychiczne ulokowały się na czwartym miejscu za chorobami nowotworowymi, wenerycznymi i gruźlicą. U ankietowanych dominowały postawy nieufności i obojętności, tendencja do unikania kontaktów z chorymi psychicznie oraz pogląd, że fakt pobytu w szpitalu psychiatrycznym należy ukrywać z obawy o wstyd i narażenie się na ośmieszenie.

Mniej więcej w tym samym czasie problematykę reakcji społeczeństwa na kontakt z chorym psychicznie podjęli również Koślacz i wsp. [13]. Na podstawie badania ankietowego, którym objęli 483 osoby, autorzy stwierdzili, że zetknięcie się z chorym psychicznie najczęściej wywołuje współczucie (60% odpowiedzi) oraz różnego rodzaju lęk

i przykre wrażenia (35% odpowiedzi), przy czym tendencja do reakcji lękowej jest większa wśród osób, mających chorego psychicznie w rodzinie.

W latach sześćdziesiątych zostało przeprowadzone przez Teresę i Ryszarda Siemieniuk [14] również jedno z pierwszych badań dotyczących społeczności wiejskiej. W oparciu o sondaż opinii 50 opiekunów chorych psychicznie i 50 osób z grupy kontrolnej, nie mających doświadczenia bliskiego kontaktu z psychicznie chorym, okazało się, że opiekunowie częściej niż pozostali badani odradzaliby małżeństwo z osobą chorą psychicznie oraz mieliby zastrzeżenia do pracy takiej osoby w zawodzie respondenta czy w rolnictwie. Opiekunowie również częściej niż osoby obce uważali chorobę psychiczną za wstydliwą i częściej obawiali się zachorowania na nią. Autorzy interpretując uzyskane wyniki wyjaśniają, że surowsze oceny opiekunów mogły mieć związek z jednokierunkową znajomością zagadnienia w tej grupie, wynikającą głównie z kontaktu z osobami przewlekłe chorymi, u których silnie zaznaczone były już trwałe następstwa choroby.

Obserwacje poczynione przez Siemieniuków częściowo korespondują z badaniami Marii Sułowskiej i Doroty Kubackiej-Sztompki [15], przeprowadzonymi w 1970 r. w Klinice Psychiatrycznej w Krakowie. W badaniu tym objęto 50 osób z najbliższego otoczenia chorego, jednak nie byli to chorzy przewlekłe, lecz po raz pierwszy hospitalizowani w szpitalu psychiatrycznym. Autorki w przeciwieństwie do badań cytowanych wyżej stwierdziły, że stosunek respondentów do chorych krewnych jest na ogół życzliwy, pełen zrozumienia i tolerancji. Ponad 60% ankietowanych twierdziło, że po wyjściu ze szpitala będzie swojego bliskiego traktować z większą cierpliwością i uwagą. Podobnie jak Siemieniukowie, autorki omawianych badań stwierdziły, że choroba psychiczna w rodzinie i hospitalizacja psychiatryczna to fakty wstydlive i, że wobec braku zrozumienia opinii społecznej należy je ukrywać przed osobami z zewnątrz.

Na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych badania na populacji wiejskiej prowadził również Borowski i wsp. [16, 17]. Były to badania obejmujące ludność wiejską z 20 dobranych losowo miejscowości województwa białostockiego. Autorzy opisując uzyskane wyniki podkreślają, że populacja wiejska wykazuje mały na ogół zasób wiedzy o chorobach psychicznych. Około ¼ badanych odpowiadała, że nie wie lub nie potrafi określić co to jest choroba psychiczna. Nierzadko utożsamiano ją z nienormalnością, niedorozwojem bądź też określano człowieka chorego psychicznie jako „głupiego” czy „wariata”. Analiza porównawcza wyników z uwzględnieniem faktu, czy badany posiadał osobę chorą w swojej rodzinie czy nie, wykazała, że respondenci w rodzinach, w których byli chorzy psychicznie, z większą tolerancją odnosili się do możliwości zakładania przez chorych własnej rodziny czy podejmowania przez nich pracy. Bardziej pesymistyczne i mniej przychylnie stanowisko wobec chorych psychicznie zajmowały również kobiety, osoby z niższym poziomem wykształcenia oraz bezpośrednio pracujące w rolnictwie.

Jako uzupełnienie badań Borowskiego i wsp. mogą służyć prace Eugeniusza Ziarkowskiego [18], prowadzone w latach 1976–1977 na terenie Wielkopolski, obejmujące losowe próbki mieszkańców wsi, miast powiatowych i dużego miasta (Poznań), liczące łącznie 383 osoby. Badania te prowadzone w oparciu o bezpośredni wywiad kwestionariuszowy wykazały, że mieszkańcy wsi posiadali mniejszą niż pozostali respondenci zdolność do rozpoznawania objawów zaburzeń psychicznych, przejawiali większy ostracyzm w stosunku do chorych psychicznie i ozdrowieńców oraz częściej uważali, że choroba psychiczna jest nieuleczalna, a cierpiący na nią ludzie stanowią zagrożenie dla otoczenia. W 1974 r. duże badanie obejmujące reprezentatywną próbę dorosłej ludności Polski przeprowadziła Anna Wyka [8]. Autorka zapytała za pośrednictwem ankiety 997 osób, m. in. o przyczyny chorób psychicznych oraz o stosunek do chorych psychicznie. W odpowiedzi na pytanie pierwsze, badani najczęściej wymieniali czynniki psychologiczne (ciężkie przeżycia) oraz biologiczne. W odpowiedzi na pytanie drugie natomiast, udzielali odpowiedzi wskazujących na skłonność do izolacjonizmu, przy czym dotyczyło to głównie osób z niższym poziomem wykształcenia. Powyższe badanie w odróżnieniu od cytowanych wyżej nie potwierdziło tendencji do postrzegania zaburzeń psychicznych jako problemu szczególnie wstydlwego [8].

Rok po publikacji Anny Wyki ukazała się praca Stefana Welbela i wsp. [19], którzy jako jedni z pierwszych przeprowadzili badanie środowiska studenckiego. Sondaż dotyczył opinii studentów czterech wyższych uczelni warszawskich (w tym akademii medycznej) na temat zaburzeń psychicznych i psychiatrii. W odpowiedzi na zadane pytania, większość badanych wyrażała zdanie, że: (1) przyczyną zaburzeń psychicznych są stosunki społeczne i współczesne warunki życia oraz ciężkie przeżycia, (2) choroby psychiczne znajdują się na drugim miejscu po nowotworach wśród schorzeń, których należy się najbardziej obawiać, (3) w przypadku wystąpienia choroby psychicznej należy leczyć się u psychiatry, (4) fakt pobytu w szpitalu psychiatrycznym przyczynia się do pogorszenia sytuacji chorego, (5) nie miała by nic przeciwko temu, aby kolega lub koleżanka zawarli związek małżeński z osobą cierpiącą na zaburzenia psychiczne, (6) osoba, która przeszła leczenie w szpitalu psychiatrycznym może kontynuować naukę, pracować w swoim zawodzie, ułożyć sobie szczęśliwe życie rodzinne i bez przeszkód uczestniczyć w życiu towarzyskim. Porównując omawiane wyniki z wyżej cytowanymi badaniami dotyczącymi szeroko reprezentowanego środowiska miejskiego i wiejskiego, można zauważyć, że stosunek środowiska studenckiego jest bardziej przychylny do chorych psychicznie niż szerszego społeczeństwa.

Inne badanie obejmujące młodzież uczącą się prowadzili Robert Hese i Krystyna Kret [20]. W 1980 r. opublikowali oni wyniki sondażu opinii uczennic liceum medycznego, studentów psychologii oraz grupy pacjentów oddziału psychiatrycznego na temat chorób psychicznych i zagadnień ochrony zdrowia psychicznego.

Z sondażu tego wynikało, że większość zarówno studentów, jak i uczennic definiowała choroby psychiczne jako zaburzenia czynności mózgu pochodzenia organicznego lub zaburzenie funkcji mózgu. Tylko nieliczni twierdzili, że choroby psychiczne mają charakter zaburzeń przystosowania społecznego. Rysuje się tu wyraźna sprzeczność z badaniami Wyki [8]. Ponad 70% badanej młodzieży, jak i pacjentów twierdziło, że chorzy psychicznie wzbudzają nieufność, lęk i są obiektem ośmieszenia. Większość również uważała, że sytuację chorego jeszcze bardziej pogarsza pobyt w szpitalu psychiatrycznym. Analiza różnic międzygrupowych wykazała, że najbardziej surowe postawy w wymiarze dystansu społecznego prezentowały uczennice liceum. Ponad 40% z nich uważało chorych psychicznie za osoby niebezpieczne, 79% sprzeciwiało się zatrudnianiu ich w normalnych zakładach pracy. W podsumowaniu pracy autorzy badań podkreślili, że opinie badanych różniły się dość znacznie, jednak wypowiedzi uczennic, w przeciwieństwie do studentów psychologii, wierniej odzwierciedlały szeroką opinię publiczną niż szkolenie zawodowe i były na ogół bardziej konserwatywne niż pozostałych badanych.

Wszystkie scharakteryzowane wyżej badania miały charakter studiów obserwacyjnych. Jedno z nielicznych badań eksperymentalnych dotyczących postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przeprowadzili Maciej Pałyska i Joanna Raduj [21]. Autorzy ci poddali ocenie wpływ oddziaływań edukacyjnych (wykłady, ćwiczenia, trening interpersonalny) na postawy 55 osobowej grupy pedagogów. W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzili, że edukacja spowodowała zmianę postaw w kierunku pozytywnym głównie w odniesieniu do zaburzeń osobowości i nerwic. W stosunku do schizofrenii i alkoholizmu zmiana była nieznaczna, a w przypadku narkomanii istotnych zmian nie zaobserwowano wcale. Autorzy w konkluzji zazaczyli, że zakres zmian w postawach wobec osób z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi wyznaczają zróżnicowane treściowo stereotypy społeczne i w związku z tym oddziaływania edukacyjne powinny być odpowiednio zróżnicowane zarówno pod względem formy, jak i treści.

Do nowszych i najbardziej aktualnych badań prowadzonych w Polsce na temat postaw wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie należą prace Jacka i Bogny Wciórki. Autorzy ci przy współpracy z Ośrodkiem Badania Opinii Społecznej przeprowadzili serię badań o charakterze sondażu społecznego, obejmujących reprezentatywne próby losowe ludności Polski liczące około 1000 osób [22]. Badania te dotyczyły wiedzy o chorobach psychicznych i chorych psychicznie, stereotypów społecznych na ten temat oraz dystansu społecznego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Przeważająca większość uczestników sondażu wyrażała opinię, że chorzy psychicznie w porównaniu z innymi ludźmi są bardziej bezradni i skłonni do samobójstwa (85%), że są częściej krzywdzeni i wyśmiewani (90%), jak również, że są oni bardziej niż inni ludzie agresywni i niebezpieczni dla otoczenia (69%). Badania

potwierdziły odczuwanie stosunkowo silnego lęku Polaków przed chorobą psychiczną (ponad 25%).

Opisane wyżej badanie zostało powtórzone po trzech latach. Później wykonano kolejne sondaże. Analiza porównawcza uzyskanych wyników pokazuje niewielkie pozytywne różnice postaw społeczeństwa polskiego na przestrzeni 10 lat. Nadal niedoinformowanie i brak wiedzy, zastępowany jest negatywnymi stereotypami, kojarzonymi z cechami napiętnowania, dystansu i dyskryminacji, lecz także z pewną ambiwalencją (niejednoznacznością) przekonań i reakcji wobec osób chorych. Dominują również znacznego stopnia obawy o własne zdrowie psychiczne i pragnienie lepszego poinformowania odnośnie problematyki psychiatrycznej.

Brodniak [8] objął badaniem przedstawicieli trzech zawodów (nauczycieli – 1341, prawników – 898 i lekarzy – 495). Analiza wykazała, że: (1) zaburzenia psychiczne lokowały się na drugim miejscu po chorobach wenerycznych w rankingu problemów zdrowotnych uznawanych za najbardziej wstydlive, (2) choroby psychiczne umiejscawiały się na drugim (u lekarzy i prawników) i czwartym (u nauczycieli) miejscu w rankingu chorób, które wzbudzają najwięcej obaw i lęków przed zachorowaniem, (3) tylko część badanej grupy postrzegała osoby z zaburzeniami psychicznymi jako niebezpieczne dla otoczenia (co 6 badany nauczyciel i co 12 lekarz i prawnik), (4) zdaniem większości badanych fakt pobytu w szpitalu psychiatrycznym w istotnym stopniu stanowił czynnik ograniczający szanse rozwoju zawodowego, w tym przede wszystkim pracowników umysłowych, (5) zdaniem znacznej części badanych fakt przebycia leczenia w szpitalu psychiatrycznym w istotnym stopniu ograniczał szanse matrymonialne tych osób.

Podsumowanie

Na podstawie przeglądu przeprowadzonych na omawiany temat badań można stwierdzić, że:

1. Badania dotyczące postaw wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie są prowadzone na świecie od lat pięćdziesiątych, a w Polsce od lat sześćdziesiątych.

2. Najczęściej mają one charakter sondaży opinii społecznej z wykorzystaniem kwestionariuszy ankiet oraz tzw. „portretów”.

3. Główna problematyka poruszana w badaniach postaw dotyczy wiedzy o chorobach psychicznych, choroby psychicznej i hospitalizacji psychiatrycznej jako problemu wstydlivego, stereotypów na temat choroby psychicznej i osoby psychicznie chorej oraz dystansu społecznego wobec psychicznie chorych.

4. Badania polskie wskazują na znaczną zbieżność z badaniami zagranicznymi. Nowsze badania w porównaniu z pierwszymi pracami na temat postaw wskazują na poprawę wiedzy, której jednak nie towarzyszy wyraźna poprawa „wizerunku” osoby psychicznie chorej w oczach społeczeństwa. Nadal dominują stereotypowe

przekonania o odmienności i niższości intelektualnej osób psychicznie chorych. W sondażach opinii społecznej chorzy są często portretowani jako nieprzewidywalni, niebezpieczni, czasem śmieszni, zagrażający, mniej inteligentni.

5. Wykształcenie wydaje się być jedynym w miarę pewnym korelatem postaw przejawianych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Im wyższy poziom wykształcenia, tym większa wiedza w zakresie zagadnień psychiatrycznych. Większa wiedza z kolei wydaje się współwystępować z bardziej tolerancyjnym stosunkiem wobec chorych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bhugra D., Attitudes towards mental illness, A review of the literature., *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 80, 1-12.
2. Rabkin J., Public attitudes toward mental illness: a review of the literature, *Schizophr. Bull.*, 1974, 10,9-33.
3. Angermeyer M.C., Dietrich S., Public beliefs about and attitudes toward people with mental illness: a review of population studies, *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006, 113, 163-179.
4. Nunnally J., *Popular conceptions of mental Heath: Their development and change*, New York, Holt, Rinehart and Winston; 1961.
5. Monsky S., In Memoriam: Shirley A. Star 1918-1976, *Public Opin. Q.*, 1976, 40, 265-266.
6. Whatley C.D., *Social Attitudes toward Discharged Mental Patients*, Soc., 1959, 6, 313-320.
7. Lemkau P.V., Crocetti G.M., Guido M., An urban population's opinion and knowledge about mental illness, *Am. J. Psychiatry*, 1962, 118, 692-700.
8. Brodniak W.A., *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.
9. Rootman I., Lafave H., Are popular attitudes toward the mentally ill changing? *Am. J. Psychiatry*, 1969,126, 261-265.
10. Bentz W.K., Edgerton J.W., The consequences of labeling a person as mentally ill, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1971, 6, 29-33.
11. Philips D.L., Public identification and acceptance of the mentally ill, *Am. J. Public Health*, 1966, 56, 763-755.
12. Borinstein A.B., Public attitudes towards persons with mental. Illness, *Health Aff*, 1992, 3, 186-196.
13. Koślacz A., Knyba E., Wrębiakowski H., Zagadnienie reakcji społeczeństwa na kontakt z psychicznie chorym, *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.*, 1966, 16, 449-453.
14. Siemieniuk T., Siemieniuk R., Opinie o chorych i chorobach psychicznych w środowisku wiejskim, *Psychiatr. Pol.*, 1969, 3, 610-614.
15. Susłowska M., Kubacka-Sztompka D., Postawy wobec choroby psychicznej w szerszej grupie a ród członków rodziny chorego, *Psychiatr. Pol.*, 1970, 4, 321-327.
16. Falicki Z., Borowski T., Kalinowski A. i wsp., Poglądy społeczeństwa wiejskiego na choroby psychiczne, *Psychiatr. Pol.*, 1970, 5, 301-307.
17. Borowski B., Piłasiwicz B., Tołwiński T. i wsp., Badania opinii dotyczących chorób i chorych psychicznie – w oparciu o próbę reprezentatywną populacji wiejskiej województwa białostockiego, *Zdr. Psych.*, 1972, 13, 32-40.
18. Ziarkowski E., Postawy społeczne wobec chorych psychicznie, *Analiza porównawcza zbiorowości: wiejskiej,*

- małomiasteczkowej i wielkomięskiej, *Psychiatr. Pol.*, 1980, 14, 156-160.
19. Welbel S., Gerard K., Łabudzka I. i wsp., Sondaż opinii studentów wybranych wyższych uczelni warszawskich na temat zaburzeń psychicznych i psychiatrii, *Psychiatr. Pol.*, 1975, 9, 597-602.
20. Hese R.T., Kret K., Sondaż opinii chorych oddziału psychiatrycznego, uczennic liceum medycznego oraz studentów psychologii na temat chorób psychicznych oraz zagadnień ochrony zdrowia psychicznego, *Psychiatr. Pol.*, 1980, 4, 383-387.
21. Pałyska M., Raduj J., Próba zmiany postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przez oddziaływanie edukacyjne, *Psychiatr. Pol.*, 1987, 21, 403-406.
22. Wciórka B., Wiórka J., Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię, CBOS, Warszawa 2002.

Adres do korespondencji:

Krystyna Jaracz
Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel. (061) 6 559 267, fax (061) 655-92-66
e-mail: jakrystyna@poczta.onet.pl

RÓZNORODNOŚĆ PROBLEMÓW WYSTĘPUJĄCYCH W STARSZYM WIEKU

DIVERSITY PROBLEMS IN OLD AGE

BEATA BAJURNA^{1,2}, LUIZA MENDYKA², IWONA NOWAKOWSKA¹

¹Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

²NZOZ „Arnica” w Przybyszewie – pielęgniarka opieki długoterminowej

Streszczenie

Artykuł przedstawia problemy o różnym charakterze wynikające z postępującego procesu starzenia się społeczeństwa. Są to problemy zarówno o charakterze społecznym, jak i indywidualnym. Wśród nich ważne miejsce zajmują problemy natury zdrowotnej, społecznej, ekonomicznej oraz emocjonalnej. Utrudniona adaptacja organizmu do zachodzących zmian powoduje lęk i niepokój występujący u ludzi starszych. Lęk ten wynika z osamotnienia, depresji czy innych chorób. Obniżająca się jakość życia ludzi starszych spowodowana trudnościami ze zdrowiem, rodzi kolejne problemy natury materialnej. Doprowadza do ograniczenia więzi społecznych, do wyboru nie zaspokajania niektórych potrzeb. Wsparcie rodziny i jej obecność, jest jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na samopoczucie i życie człowieka starszego.

Słowa kluczowe: starość, problemy wieku starszego.

Wstęp

Postępujący proces starzenia się społeczeństw każe zwrócić uwagę na wynikające z tego problemy o charakterze społecznym i indywidualnym. Wśród nich ważne miejsce zajmują problemy natury zdrowotnej, społecznej, ekonomicznej oraz emocjonalnej, które są przedmiotem różnego rodzaju analiz i działań. Wydłużający się czas naszego życia, powinien mieć decydujący wpływ na to, iż odpowiednio wcześniej powinniśmy myśleć o przygotowaniu do życia w podeszłym wieku, a szczególnie nad możliwościami podjęcia własnej aktywności. W tej sferze osoby starsze muszą przystosować się do szybko zachodzących zmian ekonomicznych, społecznych, a także muszą pogodzić się z problemami samotności i osamotnienia, choroby i śmierci współmałżonka. Na płaszczyźnie społecznej zmianie ulegają warunki związane z przemianami ich roli zawodowej, społecznej, rodzinnej.

Zachodzące przemiany społeczno-ustrojowe, jak również przeobrażenia w sferze życia rodzinnego społeczeństwa, spowodowały spotęgowanie problemów starszego pokolenia. Problemy u osób z zaburzeniami psychicznymi, dolegliwościami psychosomatycznymi, pro-

Summary

The article presents problems of a different nature due to the progressive aging of the population. These are problems of both a social and individual. Among them, occupy an important place of health problems, social, economic, and emotional. Difficult to adapt to changes of the body causes fear and anxiety that occurs in older people. Anxiety is the result of loneliness, depression or other illnesses. Declining quality of life of older people due to difficulties with health, raises further problems of material nature. Leads to a reduction of social ties to choose not to meet certain needs. Family support and its presence is one of the most important factors affecting the well-being and lives of the elderly.

Key words: senility, problems of old age.

blemem uzależnień, czy z trudnościami materialnymi stały się szczególnie dotkliwie¹.

Wiek starszy to okres w którym spodziewać się możemy złego stanu zdrowia. To jakie będziemy mieli zdrowie zależy tylko od nas, od tego jak się szanowaliśmy przez całe nasze życie, to czy paliliśmy papierosy, czy nadużywaliśmy alkoholu, a także od naszego nastawienia i podejścia do samej starości. Najczęstszym problemem człowieka starszego jest strona medyczna, zarówno jego stanu zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Wiele problemów wynika również z natury społecznej, ekonomicznej, czy emocjonalnej.

Problemy natury zdrowotnej

Rozwój naukowo-techniczny i medyczny oraz preferowany zdrowy styl życia sprawiły, że społeczeństwo żyje coraz dłużej. Ludzie 65-letni, nie są już tylko scho-

¹ A. Matysiak-Błaszczak, M. Ściupide, *Troska o seniorów i ich wsparcie – wyzwaniem współczesności*, (w:) A. Matysiak-Błaszczak, J. Modrzewski, D. Sipińska, *Dorosłość i starość*, Leszno 2011, s. 97.

rowanymi starcami, ale pełnymi wigoru, zadowolonymi z życia szczęśliwymi osobami. Prognozy demograficzne przewidują, iż w kolejnych latach liczba osób starszych, będzie się systematycznie zwiększać. Wydłużający się okres życia, a tym samym nakładający się proces starzenia, prowadzi do wielu zagrożeń i rodzi wiele problemów ludzi starszych, tj. utrata zdrowia, sprawności fizycznej, poczucie osamotnienia, brak należytej opieki zdrowotnej i społecznej.

O kondycji życiowej, aktywności, stylu życia na emeryturze, samopoczuciu, a w efekcie o jakości życia, w znacznym stopniu decyduje stan zdrowia osób starszych. Pogorszenie się stanu zdrowia wywiera negatywny wpływ na możliwości fizyczne oraz psychikę. Choroby somatyczne powodują chroniczne bóle, natomiast choroby psychiczne degradację psychiczną. Zły stan zdrowia powoduje ograniczenia ruchowe. Poruszanie się tylko po terenie domu, czasem za pomocą wózka albo pozostawanie w łóżku doprowadza do przerwania pracy, utrudnia prowadzenie domu i wykonywanie podstawowych czynności życiowych. Może także przyczynić się do zmniejszenia się liczby kontaktów z innymi ludźmi. Niekorzystny stan zdrowia, sprzyja złemu samopoczuciu, zmniejsza możliwość rozrywki, a tym samym doprowadza, do wycofywania się z życia, do bierności, frustracji. Zły stan zdrowia powoduje potrzebę korzystania z pomocy innych, opieki lekarskiej, rehabilitacji, hospitalizacji, czy też placówki opiekuńczej².

W miarę obniżania się poziomu aktywności i samodzielności człowiek stary staje się zależny, od działań podtrzymujących jego aktywność, sprawność oraz samodzielność, podejmowanych przez rodzinę, czy też inne instytucje, mające na celu wspomaganie i zabezpieczenie człowieka starego. Zapewnienie mu godnych warunków życia oraz zlikwidowanie niedoborów natury biologicznej, psychicznej, społecznej, czy też materialnej³.

Trudności związane ze zdrowiem, obniżają jakość życia ludzi starszych. Problemy zdrowotne zazwyczaj wiążą się z problemami materialnymi oraz mieszkaniowymi, wynikają z modelu osobnego zamieszkania pokoleń. Niedostosowane mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej, czy też chorej. Trudności egzystencjonalne nasila ograniczona funkcja opiekuńcza rodziny. Obniżenie się sprawności fizycznej i psychicznej, które związane są z powstaniem zmian zwyrodnieniowych, zmniejszanie się odporności oraz często występująca starość patologiczna, są zjawiskami typowymi dla najstarszej grupy wiekowej. Istnieje pewna prawidłowość, że im bardziej zaawansowany wiek, tym większe prawdopodobieństwo niepełnosprawności. Podkreślić należy

jednak, iż osoby starsze stanowią zróżnicowaną zbiorowość pod względem stanu zdrowia⁴.

Stan zdrowia niektórych starszych osób świadczy o tym, że i w tym wieku można żyć zachowując ogólną sprawność psychofizyczną, nie należy utożsamiać ludzi w podeszłym wieku z osobami zniedołężniałymi, schorowanymi, wymagającymi szczególnej opieki, chociaż część seniorów odpowiada takiemu stereotypowi⁵.

Najlepszą sprawnością fizyczną i psychiczną wśród najstarszej grupy wiekowej odznaczają się osoby w wieku wczesnej starości oraz mieszkające w mieście. Natomiast u osób w późnej starości, dochodzi do pogorszenia stanu zdrowia w zniedołężnieniu fizycznym i psychicznym. Źródeł problemów zdrowotnych ludzi starszych można upatrywać jak twierdzi K. Wiśniewska – Roszkowska, w postępie medycyny który doprowadził do wydłużenia życia, przy równoczesnej bezsilności wobec chorób zwyrodnieniowych i miażdżycy, powodujących niedołęstwo. Niewłaściwe działania w zakresie pomocy społecznej, czy też rehabilitacji mogą pogłębiać problemy zdrowotne osób starszych. W Polsce nasilenie potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych najstarszej grupy wiekowej wiąże się również ze złą sytuacją finansową większości emerytów i rencistów, ograniczającą możliwości leczenia. Niekorzystna sytuacja służby zdrowia, ograniczony dostęp do lekarzy, sprzętu, rehabilitacji, czy też brak systemu opieki geriatrycznej, dostosowanego do potrzeb zdrowotnych ludzi starszych⁶.

Bezpośrednią przyczyną problemów zdrowotnych starszych osób mogą być również choroby somatyczne i psychiczne. W polskiej populacji, najbardziej rozpowszechnione są choroby układu krążenia, w tym najczęściej nadciśnienie tętnicze oraz choroba niedokrwienna serca, choroby nowotworowe, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz neurologiczne. Większość, z tych chorób ma charakter postępujący, powodujący pogorszenie się stanu zdrowia oraz zwiększenia się deficytu w zakresie sprawności funkcjonalnej. Wraz z wiekiem wzrasta nie tylko odsetek osób chorujących, ale również liczba chorób występujących u jednej osoby⁷.

Trudności zdrowotne mogą być również wynikiem nasilonego procesu starzenia się. Niesprawność, czyli niemożność wykonania danej czynności w sposób prawidłowy pojawia się bez wyraźnej patologii w późnej starości i w tym podokresie dominuje niesprawność funkcjonalna. Z niesprawności wynikać może inwalidztwo, czyli niemożność wykonania dla danego osobnika zadań, np. niemożność prowadzenia domu. Wczesne inwalidztwo wiąże się jednak, z przejściem na rentę

⁴ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie*, Olsztyn 2005, s. 73.

⁵ T. Wawro, *Instytucjonalna i półotwarta pomoc szansą na kompromis w starości*, (w:) *Profile starości*, Poznań 2000, s. 120.

⁶ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie*, Olsztyn 2005, s. 74.

⁷ K. Kędzióra-Kornatowska, M. Muszałik, E. Skolmowska, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Warszawa 2010, s. 8.

² A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie*, Olsztyn 2005, s. 72-73.

³ B. Babel, *Współczesna rzeczywistość, a problemy i potrzeby osób w starszym wieku*, (w:) Z. Pałak, *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Lublin 2006, s. 258.

chorobową, przed wiekiem emerytalnym. Może dotknąć ludzi jeszcze przed 65. rokiem życia. Wyznacznikiem problemów zdrowotnych człowieka starszego jest subiektywna ocena stanu zdrowia, która przede wszystkim wpływa na psychofizyczne samopoczucie jednostki. Niekorzystna ocena sprzyja obniżonej aktywności, zniechęceniu, pesymizmowi. Niekorzystna sytuacja w tym zakresie, co stwierdza Janusz Halik, ma miejsce głównie wśród osób mieszkających na wsi, którzy gorzej oceniają swoje zdrowie oraz częściej narzekają na dolegliwości zdrowotne. Subiektywna ocena stanu zdrowia ma także związek z pozycją społeczną, im wyższe wykształcenie, tym lepsze samopoczucie. Warto też zauważyć, że wraz zstępującą poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa polskiego wobec oczekiwań służby zdrowia, będzie ulegał poprawie⁸.

Styl życia oraz aktywność osób w podeszłym wieku najczęściej uzależniona jest od ich stanu zdrowia. Niekorzystny stan zdrowia, jest przyczyną wielu ograniczeń, a do tego złego samopoczucia, frustracji, wynika to z faktu uzależnienia od innych osób, niskiej aktywności życiowej i społecznej.

Obniżająca się jakość życia ludzi starszych, spowodowana trudnościami ze zdrowiem, rodzi kolejne problemy natury materialnej.

Kolejnym, ważnym wnioskiem w mojej pracy jest podkreślenie, że wykształcenie odgrywa istotną rolę w procesie starzenia. Im jest ono wyższe, tym lepsze powoduje samopoczucie, pozytywne nastawienie do siebie i życia.

Problemy natury społecznej

Amerykański gerontolog Robert Butler w 1969 roku zwrócił uwagę na to, iż osoby należące do najstarszej grupy wiekowej są ze względu na wiek traktowane gorzej, ulegają „dyskryminacji społecznej”, która oznacza nierówne traktowanie członków danej grupy społecznej lub kilku grup społecznych, w odniesieniu do innych ludzi. Przejawia się najczęściej w formie pozbawienia lub ograniczenia praw, prześladowania, bądź w nieprzychylnym nastawieniu, lub uprzedzeniu. Dyskryminować mogą inni współmieszkańcy oraz władze państwowe, może ona opierać się na przyzwoleniu społecznym⁹.

Podstawą dyskryminacji, jest ocena cech zewnętrznych ludzi starszych, którzy są uznani za mniej użytecznych, od ludzi młodych mających więcej siły i energii. Pomniejsza się ich potrzeby i znaczenie, ponieważ nie są już użyteczni i „przeżyli już swoje”. Ludzie starsi mają utrudniony dostęp do rynku pracy, słabszą pozycję ekonomiczną, niż inne grupy dorosłych. Usuwają się ich poza nawias jako niepotrzebnych, przeszkadzających rodzinie,

umieszcza w placówkach pomocy społecznej oraz służby zdrowia, by zapewnić im stałą opiekę. Rewolucja naukowo-techniczna, oświatowa i demograficzna, upowszechnienie środków masowego przekazu, szybkie tempo życia, spowodowały, że doświadczenie osób starszych przestało być tak cenne jak dawniej. Osobom w podeszłym wieku trudno jest nadażyć za nowością. Utracili oni swój prestiż, niektóre role. Nie nadażają oni za tempem współczesnego życia, brakuje im sił by sprostać, różnego rodzaju obowiązkom i rola, jakie to życie narzuca. Gubią się w chaosie informacji. Zanika szacunek dla wieku, pojawia się obojętność i niechęć, wobec ludzi starszych. Silny dystans, obojętność, niechęć do osób w wieku podeszłym ujawnia się także w postawach części polskiej młodzieży¹⁰.

Najwięcej życzliwości ludzie starsi otrzymują we własnym środowisku życia w kręgu rodzinnym, sąsiedzkim i parafialnym. Odejście z pracy zawodowej i rezygnacja z wielu ról społecznych, traktowane są jako nieużyteczność, alienacja, życie na marginesie wydarzeń społecznych i politycznych. Proces oddalania się ludzi starszych od reszty społeczeństwa, uznany zostaje za powszechny i wytłumaczony prawidłowością, zgodnie z którą, ludzie starsi wycofują się z życia społecznego w takim samym stopniu, jak społeczeństwo rezygnuje z kontaktów z nimi. Najbardziej widoczne jest to w kręgu życia zawodowego, gdzie osoby starsze zastępowane są osobami młodymi, sami odchodzą na emeryturę do innych spraw, których bywa, że nie mają zbyt wiele¹¹.

Konsekwencje negatywnego stereotypu starości są bardzo niekorzystne. Człowiek starszy utożsamiający się z istniejącym stereotypem, zaczyna patrzeć na siebie tak jak patrzy na niego społeczeństwo. Zdaniem E. Trafiałek, powoduje to trudne do przełamania bariery psychiczne zarówno u seniorów, jak i tych, którzy nimi będą. Negatywny obraz człowieka starszego, połączony z rzeczywistym obniżeniem się sprawności psychofizycznej i faktyczną utratą dotychczasowych ról społecznych, powoduje załamanie psychiczne i społeczne. Obniża się nastrój, spada inicjatywa i aktywność, co w rezultacie prowadzi do pogorszenia się jakości życia. Fałszywy pogląd, iż człowiek starszy powinien stale odpoczywać i prowadzić spokojny tryb życia w wielu przypadkach doprowadził, do monotonnej, samotnej egzystencji człowieka starszego, do wycofania się ze spraw społecznych i rodzinnych, do zabijania sił witalnych, skrócenia życia, a nawet śmierci społecznej¹².

Spędzanie emerytury jako czasu zasłużonego odpoczynku, po zakończeniu życia zawodowego, może przebiegać różnie, w zależności od indywidualnych potrzeb emeryta co do podejmowanych aktywności i celów, jakie stawia przed sobą człowiek świadomy swojej niezbywalnej społecznej wartości¹³.

⁸ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie*, Olsztyn 2005, s. 75.

⁹ A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001, s. 59.

¹⁰ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy...* s. 81-84.

¹¹ J. Wawrzyniak, *Oblicza starości*, Łódź 2009, s. 17.

¹² A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy...*, s. 83-86.

¹³ J. Wawrzyniak, *Oblicza ...* s. 104.

Ludzie starsi należący do najstarszej grupy wiekowej ulegają dyskryminacji społecznej. Wynika to z faktu, że są słabsi, mniej sprawni, czy też wolniejsi od ludzi młodych, pełnych wigoru i energii.

Osoby w podeszłym wieku nie nadążają za szybkim tempem życia, intensywnym rozwojem naukowo-technicznym, gubiąc się w chaosie informacji odczuwają lęk przed przyszłością i tym, że nie są w stanie sprostać oczekiwaniom dzisiejszego świata. Przypuszczalnie to jest przyczyną wycofywania się z życia społecznego. Wiele starszych osób żyje w samotności, dlatego że sami wierzą w negatywny obraz starości, który jest fałszywym poglądem.

Problemy natury ekonomicznej

Istotnym czynnikiem samodzielności życiowej osób starszych są dostateczne środki utrzymania się, które zabezpieczają ich pozycję społeczną (w wielu kręgach społecznych miarą wartości człowieka jest jego zasobność materialna). Odpowiednie środki usuwają trudności w stosunkach z rodziną i środowiskiem społecznym, wyznaczają aktywność społeczną i kulturalną. Wpływają również na zaspokojenie wielu innych potrzeb człowieka starszego.

Przejściu na emeryturę lub rentę często towarzyszy obniżenie standardu życiowego, pogorszenie sytuacji materialnej a nawet ubóstwo. Wysokość przyznawanych świadczeń, jest na ogół niższa od płac. W okresie emerytalnym pojawiają się trudności finansowe, brakuje pieniędzy na opłacenie mieszkania, wyżywienie, lekarstwa, nie mówiąc już o odzieży. Problemy finansowe stają się źródłem niepokoju, lękiem o przyszłość, niepewnością o dalsze losy.

Ludzie starsi próbują rozwiązywać swoje problemy zażywaniem leków, picciem alkoholu, a nawet popełniają samobójstwo. Muszą dokonywać wyboru pomiędzy kupowaniem żywności a lekarstw. Problemy ekonomiczne ograniczają ich życie towarzyskie i możliwości wykorzystania wolnego czasu w sposób atrakcyjny, zacieśnia się ich przestrzeń życiowa, co doprowadza do samotności. Niekorzystna sytuacja materialna, doprowadza do niedostatecznego odżywiania, a także utrudnia utrzymanie mieszkania, w czystym zadowalającym stanie¹⁴.

W Polsce sytuacja polityczna, społeczna i gospodarcza przynosząca wzrost bezrobocia spowodowała utratę bezpieczeństwa socjalnego ludzi starszych. Niedoskonałość systemu rewaloryzacyjnego oraz postępujące procesy inflacyjne, obniżyły ludziom starszym wartość przyznawanych świadczeń. Redukcja stanowisk doprowadziła do masowych zwolnień tych osób z pracy, a wzrastające bezrobocie utrudniło dorobienie do renty lub emerytury. Dochody ludzi starszych najczęściej są niższe, od innych grup dorosłych¹⁵.

Najniższy wskaźnik ubóstwa (9%) odnotowano wśród ludzi w wieku 60–74 lat, następnie skala ubóstwa wzrasta

wraz z wiekiem, w grupie powyżej 85 lat, osiąga 15%. Średni dochód osób powyżej 85 lat, wynosi 643 zł i pochodzi głównie z emerytur pracowniczych, rolniczych, rent inwalidzkich, dochodów współmałżonka oraz zasiłków pielęgnacyjnych. Około 15% tych osób utrzymuje się z własnej pracy. Ponad połowa zgłasza potrzebę dodatkowej pomocy materialnej, a otrzymuje ją jedna piąta, głównie od rodzin i krewnych, potem od instytucji rządowych i pozarządowych. Paradoks polega na tym, że często starsi ludzie posiadający niewielki, ale stały dochód, utrzymują swoje bezrobotne dzieci oraz ich rodziny. Sytuację ekonomiczną komplikuje też fakt, że często ludzie w tym wieku mieszkają sami, co zwiększa koszty utrzymania gospodarstwa domowego, a do tego znaczącą część dochodów wydają na leczenie i lekarstwa. Tylko bardzo wąska grupa wykształconych emerytów deklaruje, iż są w stanie prowadzić dostatnie życie¹⁶.

Trudna sytuacja ekonomiczna seniorów jest jednym z głównych problemów ludzi starszych, wynika to z faktu, iż przejście na emeryturę najczęściej wiąże się z obniżeniem świadczeń. Ludzie starsi nie są w stanie samodzielnie się utrzymać, wyżywić, kupować leki. Idzie za tym wybór, z czego zrezygnować? Kolejny nasuwający się wniosek jest taki, że niekorzystna sytuacja materialna doprowadza do ograniczenia więzi społecznych.

Problemy natury emocjonalnej

Proces starzenia się i świadomość własnej starości jest zjawiskiem bardzo subiektywnym. Większość osób starszych odbiera starość jako bolesny stan utraty zdrowia oraz dotychczasowych ról społecznych. Ludzie starsi odczuwają pogarszającą się sprawność psychiczną, fizyczną, nasilające się schorzenia, dostrzegają obniżenie wzrostu, marszczenie skóry, braki w uzębieniu, zmiany psychiczne, czyli mniejszą spostrzegawczość, gorszą pamięć. Przeżywają straty socjoekonomiczne, kiedy dzieci odchodzą z domu a oni sami przechodzą na emeryturę lub rentę, gdy zmieniają mieszkanie na mniejsze, bolesna jest strata najbliższych, śmierć współmałżonka, przyjaciół, kolegów, bliższej lub dalszej rodziny, utrata standardu życiowego. Życie z renty lub emerytury, skromne jedzenie, czy też stare ubrania, brak pieniędzy na zaspokojenie podstawowych potrzeb¹⁷.

Olgiard Kossowski ujmuje starość jako okres dramatycznego zmagania się osobowości z problemami wewnętrznymi i zewnętrznymi, które wynikają z coraz trudniejszej adaptacji organizmu. Człowiek starszy ma zmniejszone poczucie bezpieczeństwa.

W związku z tym lęk, jako uogólnione poczucie niepokoju, staje się problemem emocjonalnym człowieka starszego, który z wiekiem wzrasta. Stany lękowe może wywołać osamotnienie, depresja, demencja. W okresie

¹⁶ H. Palska, Starość i kultura młodości. Jeszcze raz o problemie starzenia się społeczeństwa w Polsce (w:), *Niepokoje społeczne, pod redakcją H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychar, Warszawa 2004*, s. 367.

¹⁷ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy.....*, s. 101.

¹⁴ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy...*, s. 76.

¹⁵ Ibidem, s. 76-77.

starości, może też wystąpić autohomofobia. Mówiąc słowami S. Kowalika, jest to „lęk przed samym sobą, jako osobą wkraczającą w fazę starości”. Skutki lęków w fazie starości odbijają się w sferze psychicznej, jak i fizycznej, subiektywne odczucia cierpienia, trudności z połykaniem, dusznością, kołataniem serca. Występuje lęk przed chorobą, która uzależnia od opieki innych ludzi, lęk przed samotnością i śmiercią. Z reguły ludzie starsi myślą częściej o śmierci, niż osoby w innym wieku, traktując ją jako zjawisko nieuniknione z którym się oswiają. Problem polega na uświadamianiu sobie nadchodzącej śmierci, staje się ona wszechobecna, gdyż umierają przyjaciele, członkowie rodziny, sąsiedzi. Przypomina to starszym ludziom, że nie zostało im już wiele czasu, wiąże się to, z przyjęciem refleksyjnej postawy wobec życia, która przejawia się w pogłębianiu zainteresowań filozoficznych, religijnych oraz dokonywaniu bilansu własnego życia. Człowiek starszy dokonuje podsumowania, analizuje osiągnięcia, porażki. Dobrze, jeśli odczuwa satysfakcję i zadowolenie ze swojego życia, jeśli natomiast odczuwa niezadowolenie, żałuje utraczonych szans, przypomina sobie tylko porażki, wtedy ma poczucie zgorzknienia popadając w przygnębienie. Dodatni bilans życia sprzyja dobremu samopoczuciu i przystosowaniu się do starości¹⁸.

Ważne jest by człowiek starszy nie przejmował się pojawiającymi z wiekiem ograniczeniami, by nie trzymał się kurczowo wcześniejszego sposobu życia i nie ulegał poczuciu rezygnacji. Powinien zauważać pozytywne cechy jakie niesie starość, tj. rozwaga, opanowanie, doświadczenie, umiejętność zachowania dystansu, głębokość wydawanych opinii. Życie ma przecież inną wartość, gdy po utracie pierwotnej roli, człowiek działa znajdując sobie nową¹⁹.

Lęk i niepokój występujący u ludzi starszych spowodowany jest zmaganiem się osobowości z problemami wewnętrznymi oraz zewnętrznymi, przyczyną staje się utrudniona adaptacja organizmu. Lęk wynika z osamotnienia, depresji, czy innych chorób. Świadomość zbliżającej się śmierci pogarsza samopoczucie starszych osób.

Podsumowanie

Niekorzystny stan zdrowia jest przyczyną wielu ograniczeń, a do tego złego samopoczucia, frustracji, wynika to z faktu uzależnienia od innych osób, niskiej aktywności życiowej i społecznej. Natomiast obniżająca się jakość życia ludzi starszych spowodowana trudnościami ze zdrowiem, rodzi kolejne problemy natury materialnej.

Osoby w podeszłym wieku nie nadążają za szybkim tempem życia, intensywnym rozwojem naukowo-technicznym, gubiąc się w chaosie informacji odczuwają lęk

przed przyszłością i tym, że nie są w stanie sprostać oczekiwaniom dzisiejszego świata. Przypuszczalnie to jest przyczyną wycofywania się z życia społecznego, gdyż są słabsi, wolniejsi, staje się to także przyczyną dyskryminacji społecznej. Wykształcenie odgrywa istotną rolę w procesie starzenia. Im jest ono wyższe, tym lepsze powoduje samopoczucie, pozytywne nastawienie do siebie i życia.

Trudna sytuacja ekonomiczna seniorów jest jednym z głównych problemów ludzi starszych, wynika to z faktu, iż przejście na emeryturę najczęściej wiąże się z obniżeniem świadczeń. Ludzie starsi nie są w stanie samodzielnie się utrzymać, wyżywić, kupować leki. Niekorzystna sytuacja materialna doprowadza do ograniczenia więzi społecznych, do wyboru nie zaspokajania niektórych potrzeb.

Lęk i niepokój występujący u ludzi starszych, spowodowany jest zmaganiem się osobowości z problemami wewnętrznymi oraz zewnętrznymi, przyczyną staje się utrudniona adaptacja organizmu. Lęk wynika z osamotnienia, depresji czy innych chorób. Świadomość zbliżającej się śmierci pogarsza samopoczucie starszych osób. Wsparcie rodziny i jej obecność jest jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na samopoczucie i życie człowieka starszego.

PIŚMIENNICTWO

1. Matysiak-Błaszczak A., Ściupider M., Troska o seniorów i ich wsparcie – wyzwaniem współczesności, (w:) *Dorośłość i starość*, Matysiak-Błaszczak A., Modrzewski J., Sipińska D. (red.), Leszno 2011, s. 97.
2. Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie*, Wydawnictwo ISBN, Olsztyn 2005, 72-73, 73, 74, 75, 81-84, 83-86, 76, 76-77, 101, 101-103.
3. Babel B., *Współczesna rzeczywistość, a problemy i potrzeby osób w starszym wieku*, (w:) Palak Z., *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, UMCS, Lublin 2006, s. 258.
4. Wawro T., *Instytucjonalna i półotwarta pomoc szansą na kompromis w starości*, (w:) *Profile starości*, Wydawnictwo Miejskie w Poznaniu, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, Poznań 2000, s. 120.
5. Kędziora-Kornatowska K., Muszałik M., Skolmowska E., *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010, s. 8.
6. Zych A., *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001, 59.
7. Wawrzyniak J., *Oblicza starości*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2009, 17, 104.
8. Pałska H., *Starość i kultura młodości. Jeszcze raz o problemie starzenia się społeczeństwa w Polsce* (w:) red. Domański H., Ostrowska A., Rychard A.: *Niepokoje społeczne*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2004, s. 367.
9. Polak A., Porzych K., *Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób starszych* (w:) *Kompendium pielęgnowania osób w starszym wieku*, Kędziora-Kornatowska K., Muszałik M. (red.), Wyd. Czelej, Lublin 2007, s. 19.

Adres do korespondencji:

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

¹⁸ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy.....*, s. 101-103.

¹⁹ A. Polak, K. Porzych, *Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób starszych* (w:) *Kompendium pielęgnowania osób w starszym wieku, pod redakcją K. Kędziora-Kornatowskiej*, M. Muszałik, Lublin 2007, s. 19.

SPECYFIKA KOMUNIKOWANIA SIĘ PIELEŃNIARKI Z CHORYM UMIERAJĄCYM

SPECIFIC QUALITIES OF NURSE'S COMMUNICATION WITH A DYING PATIENT

KATARZYNA GOŁĘBIEWSKA, KRYSZYNA GÓRNA, KRYSZYNA JARACZ, ANNA JACENKO

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Katedra Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Krystyna Jaracz

Streszczenie

Chorzy paliatywni, to w większości pacjenci w wieku podeszłym, obciążeni różnymi dolegliwościami i dysfunkcjami. Zaburzenia te niejednokrotnie są przyczyną niezrozumienia rozmówcy przez chorego. Elizabeth Kubler-Ross określiła pięć etapów świadomego umierania, które charakteryzują się odmiennym zachowaniem pacjenta, stopniem akceptacji śmierci i emocjami przeżywanymi przez pacjenta. Śmierć, jako nieunikniona część życia u większości ludzi wzbudza strach i przerażenie. Komunikowanie w okresie terminalnym odgrywa istotną rolę w przygotowaniu pacjenta do śmierci. Sanders wyróżnia trzy główne prośby chorego umierającego: pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie [1].

Komunikacja międzyludzka wiąże się m.in. z przekazywaniem informacji z zamiarem wywołania pożądanych reakcji u słuchającego. W komunikowaniu istotne znaczenie odgrywa aktywne słuchanie oraz spójność komunikatów werbalnych z niewerbalnymi. Komunikowanie jest delikatną siecią interakcji między pielęgniarką i pacjentem. Umiejętnością, której trzeba się uczyć, doskonaląc ją i skutecznie używać. Podczas relacji z chorym należy zadbać o warunki zapewniające mu poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Stosowanie przez pielęgniarkę zasad prawidłowego komunikowania oraz technik terapeutycznych pozwala nie tylko na rzetelne uzyskanie istotnych informacji o chorym, ale również na doświadczenie przez chorego poczucia, że jest rozumiany oraz ma możliwość swobodnego wypowiedziania się, często powiązane go z ulgą i poprawą samopoczucia.

W relacji terapeutycznej pielęgniarki z chorym umierającym szczególne znaczenie ma osobisty stosunek pielęgniarki do śmierci i umierania. Podczas rozmowy należy rozpoznać etap umierania, w którym pacjent się znajduje i dostosować komunikaty do danej sytuacji.

Celem pracy jest ukazanie specyfiki i zasad komunikowania pielęgniarki z chorym umierającym.

Słowa kluczowe: komunikowanie, chory umierający, opieka paliatywna, relacja terapeutyczna.

Specyfika komunikowania pielęgniarki z chorym umierającym

Śmierć jako nieunikniona część życia u większości ludzi wzbudza strach i przerażenie. Komunikowanie pielęgniarki z chorym w okresie umierania jest specyficzne

Summary

The palliative patients are mostly people at old age, burdened with different senile problems. These disorders are often the cause of misunderstandings between the interviewing person and the patient. Elizabeth Kubler-Ross identified five stages of conscious dying, which are characterized by a different behavior of the patient, the degree of acceptance of death and emotions experienced by the patient. Death, as an inevitable part of life, arouses fear and scares at the generality of people. The communication in the terminal period is peculiar and plays an important role in preparing the patient to death. Sanders distinguishes three main requests of a dying patient: help me, hear me out, do not leave me.

The interpersonal communication consists on providing information with the intention of triggering the desired reaction. Active listening and the cohesion of verbal announcements with non-verbal ones are extremely significant. The skill that need to be acquired, constantly improved and effectively used. One should ensure proper conditions for the conversation, which would give a sense of comfort and safety. During the conversation one should apply principles of correct communication and therapeutic techniques, which could allow to collect the reliable essential information, aimed at the continuous improvement of the exercised holistic care. Simultaneously one should have knowledge about non-therapeutic announcements and beware of them during the conversation.

These are the personal attitude towards death of the nurse, the ability to run a conversation, theoretical and practical preparation and personality of the person running the conversation, that are of tremendous significance. During the interview the stage of the dying, in which the patient is located, should be identified and the messages given to a patient should be adjusted to the situation.

The aim of this project is to show the specificity and principles of the nurses' communication with dying patients.

Keywords: a communication, a dying patient, a palliative care, a therapeutic relationship.

i odgrywa istotną rolę w przygotowaniu pacjenta do śmierci. Saunders wyróżnia trzy główne prośby chorego umierającego: pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie [1].

Celem pracy jest ukazanie specyfiki i zasad komunikowania pielęgniarki z chorym umierającym.

Etapy procesu umierania

Umieranie jest procesem, w którym można wyróżnić kilka etapów. Elizabeth Kubler-Ross jako pierwsza przeprowadziła badania nad chorymi umierającymi i wyszczególniła pięć etapów tzw. świadomego umierania. Często pierwszą reakcją chorego na wiadomość o nieuleczalnej chorobie jest zaprzeczenie i gniew, w kolejnym etapie występuje targowanie się o życie, po czym pojawiają się objawy depresyjne, ostatnim okresem jest akceptacja śmierci. Każdy z nich charakteryzuje się innym podejściem chorego do procesu umierania [2, 3].

Zaprzeczenie. Etap ten charakteryzuje się doświadczeniem wstrząsu psychicznego oraz negowaniem prawdy. Po zapoznaniu się z diagnozą o nieuleczalnej chorobie chory mówi na temat śmierci tak, jakby dotyczyła kogoś innego, a nie bezpośrednio jego.

Wzburzenie emocjonalne. To okres, w którym intensywnie zmieniają się uczucia i występują naprzemiennie gniew, złość, lęk, udreka oraz cierpienie. Na tym etapie pojawia się pytanie „Dlaczego właśnie ja?” będące reakcją na niemożność dalszego zaprzeczenia.

Przetarg o życie. Jest to najbardziej przejmujący okres umierania, który charakteryzuje się transakcją z siłami wyższymi i nadzieją, że ofiarowanie samego siebie np. Bogu odroczy ostateczną decyzję o nieuchronnej śmierci. To okres przebiegający w ciszy, cechujący się walką o nadzieję, której już nie ma.

Depresja. Cechy depresji pojawiają się, gdy chory zdaje sobie sprawę, że targowanie o życie jest bezcelowe. Depresja wynika bezpośrednio ze rozumienia swojego stanu chorobowego. Znamienne są stany rozpacz i przygnębienia, poczucie straty zdrowia i wpływającego życia, bezradność, bezsilność wobec diagnozy oraz żal za utratą bliskich i świata. Chory żegnając się ze światem przygotowuje się do śmierci.

Akceptacja śmierci. Jest to ostatni etap umierania, gdzie śmierć jest uznana za najlepsze rozwiązanie doświadczonego stanu. Chory jest gotowy do przyjęcia śmierci bez gniewu, rozpacz, bezradności, czy rezygnacji. Zgadza się na los, a mimo zmęczenia oraz osłabienia wielu chorych ma potrzebę planowania i przekazywania ostatniej woli (np. odnośnie przebiegu uroczystości pogrzebowych lub miejsca pochówku). Nie każdy chory zdąży zaakceptować śmierć, niejednokrotnie chorzy odchodzą przepelnieni lękiem lub nadzieją na wyzdrowienie [2, 3].

Główne cele opieki nad chorym umierającym

Chorzy umierający objęci są opieką paliatywną. Jest to aktywna całościowa opieka nad pacjentem z zaawansowaną, postępującą chorobą, w której zaprzestaje się leczenia przyczynowego i skupia na leczeniu objawowym. Podstawowe znaczenie ma leczenie bólu, objawów towarzyszących, a także zapewnienie wsparcia psychologicznego, społecznego oraz duchowego. Opieką obejmuje się najczęściej chorych z zaawansowaną chorobą

nowotworową, neurologicznymi chorobami zwyrodnieniowymi oraz AIDS [4]. Są to często osoby w podeszłym wieku, ze współistniejącymi różnymi chorobami, z upośledzoną percepcją zmysłów (szczególnie słuchu i wzroku). Niektórzy wyróżniają trzy zasadnicze etapy opieki: przedterminalny, terminalny oraz agonalny. W okresie przedterminalnym chory jest w dość dobrym stanie ogólnym i sprawny ruchowo. W kolejnym okresie terminalnym, pojawiają się dolegliwości znacząco pogarszające stan chorego i jego sprawność ruchową [5]. Stan agonalny bezpośrednio poprzedza śmierć, ze stopniowo narastającą niewydolnością narządów i towarzyszącymi jej zaburzeniami metabolicznymi i świadomości [4]. Celem opieki paliatywnej jest uzyskanie możliwie najlepszej jakości życia pacjentów i ich rodzin [6].

Znaczenie komunikowania w opiece nad chorym umierającym

Komunikowanie z chorym ma wymiar relacji terapeutycznej, która jest wynikiem profesjonalnego przygotowania z wykorzystaniem technik terapeutycznych oraz zawodowego i życiowego doświadczenia. Ważnymi jej elementami są empatia, autentyczność i naturalność pielęgniarstwa, akceptacja chorego, umiejętność aktywnego słuchania, czyli koncentracja uwagi na chorym, powstrzymanie się od sądów, rad i moralizowania, utrzymanie kontaktu wzrokowego przez większą część rozmowy oraz zgodność komunikatów werbalnych z niewerbalnymi [7, 8].

Komunikowanie z chorym w stanie umierającym stanowi jeden z podstawowych elementów opieki pielęgniarstwa, a jej celem jest poznanie psychologicznej sytuacji chorego, wykazanie zrozumienia i zapewnienie wsparcia. Jednym z głównych założeń relacji terapeutycznej z chorym jest umożliwienie jemu wypowiedzenia się [7].

W procesie komunikowania się z chorym istotne znaczenie ma zapewnienie prawidłowych warunków rozmowy: w osobnym pomieszczeniu, bez obecności innych osób. Warunki takie zazwyczaj są zachowane w domu chorego, nie zawsze jest to możliwe w oddziałach szpitalnych i hospicyjnych [4]. W środowisku domowym należy brać pod uwagę życzenia pacjenta co do obecności członków rodziny. Zdarza się, że choremu zależy na prywatności, podczas gdy członkowie rodziny mogą utrudniać relację własną obecnością. Podczas rozmowy należy zadbać o przyjazną atmosferę oraz spokój, które pomagają skupić się na przekazywanych treściach i zapobiegają rozproszeniu uwagi (np. włączyć telewizor, telefon komórkowy). Znaczenie ma również specyfika pomieszczenia, jego wygląd, jasne oświetlenie oraz optymalna temperatura powietrza. Pielęgniarka powinna mówić głośno, wyraźnie i wolno, stać blisko chorego, aby była dobrze widziana. Wszystkie te czynniki warunkują komfort, wygodę i zapewnienie przyjaznej atmosfery podczas rozmowy [8, 9]. W relacji z cho-

rym umierającym pielęgniarka dostosowuje komunikaty do jego aktualnego stanu psychicznego umożliwiając mu przeżycie poszczególnych etapów umierania [2, 3].

Podstawą relacji terapeutycznych musi być spójność prawidłowych komunikatów werbalnych, niewerbalnych oraz aktywnego słuchania. Mowa ciała to istotny element w przekazywaniu informacji. Ważnym jest zachowanie kontaktu wzrokowego przez większą część rozmowy, postawa pochylona do przodu jako wyraz poufności rozmowy, potakiwanie głową jako wyraz aktywnego słuchania oraz mimika zgodna z wypowiedzianymi słowami. Istotnym elementem kontaktu jest dotyk terapeutyczny, a jego stosowanie zawsze wymaga wycucia.

Komunikowanie z chorym umierającym, to jedno z podstawowych zadań opieki pielęgniarskiej i powinno opierać się na podstawowych zasadach kontaktu terapeutycznego. Pomocne okazują się zasady, techniki i zwroty prawidłowego komunikowania werbalnego, jak np.: pytania otwarte, dostrzeganie zmian u chorego, akceptacja, umożliwienie szerokiego otwarcia, poświadczenie, odzwierciedlenie, klaryfikowanie, powtórzenie, poszukiwanie źródeł emocji oraz zachęcanie do kontynuowania, porównań, koncentracji i opisu przeżyć. Komunikowanie werbalne zawsze powinno być spójne z zachowaniem niewerbalnym (gestami i mimiką twarzy), co daje choremu poczucie, że przekaz ze strony pielęgniarki jest jednoznaczny, szczery i spójny [8, 10, 11]. Poniżej znajdują się przykłady zachowań terapeutycznych:

Pytania otwarte zaczynające się od „jak”; „Jak się Pan czuje?”

Dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie zmian: „Widzę, że leży Pan odwrócony do ściany...”

Oferowanie siebie, czyli bycie dostępnym: „Rozumiem, że trudno Pani mówić, posiedzę z Panią”.

Akceptacja, czyli przyjęcie wypowiedzi chorego bez oceny i osądzania: „słucham”, „rozumiem”, „tak”, „mhm”.

Umożliwienie szerokiego otwarcia: zachęca pacjenta do podjęcia interesujących go tematów: „Czy mógłby Pan powiedzieć o sobie?”, „Od czego mógłby Pan zacząć?”, „Czy jest coś, o czym chciałby Pan powiedzieć?”, „Czy mógłby Pan to szerzej omówić?”

Zachęcanie do kontynuowania: „Rozumiem i co dalej?”

Poświadczenie, czyli powtórzenie sensu wyrażonej myśli chorego: Chory: „Lęk mnie obezwładnia”, Pielęgniarka: „Tzn., że czuje się Pan bezsilny z powodu lęku?”

Odzwierciedlenie, czyli zwrotne kierowanie do chorego wypowiedzianych myśli, odczuć, spostrzeżeń, żądań: Pacjent: „Nic już nie ma sensu”, Pielęgniarka: „Mówi Pan, że nic już nie ma sensu, to znaczy?”

Klaryfikowanie, czyli przekazanie choremu odbioru jego wypowiedzi, skupienie się na najważniejszym, próba rozwiania wątpliwości w celu nadania sensu nieprecyzyjnej wypowiedzi chorego: Pacjent: „Już drugi tydzień nie mogę spać. Muszę cały czas czuć, żeby nic niepożądanego mnie nie spotkało”, Pielęgniarka:

„Zrozumiałam, że ma Pan trudności ze snem i cały czas czuwa, obawiając się, że coś niepożądanego Pana może spotkać. Czy mógłby Pan bliżej sprecyzować swoją wypowiedź lub podać jakiś przykład?”

Przekazanie choremu obserwacji na temat jego stanu fizycznego i psychicznego zaobserwowanego przez pielęgniarkę podczas relacji z chorym: „Słyszę wahanie w Pani głosie”, „Mówiąc o tym, zaciska Pan ręce i patrzy w dół”.

Zachęcanie do opisu przeżyć: „...Czy mógłby Pan powiedzieć, jakie myśli i emocje towarzyszą Panu w takiej sytuacji?”

Zachęcanie do porównań: „Czy doświadczał Pan czegoś podobnego wcześniej?”

Zachęcanie do koncentracji: „Czy możemy się zatrzymać nad tym, co Pan powiedział?”

Powtórzenie: zachęca pacjenta do rozwinięcia tematu, ukierunkowuje go na konkretny problem i zachęca do omówienia danej myśli: Pacjent: „Zawsze czuję, kiedy nastąpi kolejny atak bólu głowy, ale wiem, że absolutnie nic nie mogę na to poradzić”, Pielęgniarka: „Absolutnie nic...?”, Pacjent: „W sumie..., gdy od razu położę się w ciemnym, cichym pokoju, to ból nie jest aż tak uciążliwy”.

Pytania skringowe: „Czy jeszcze coś zostało do omówienia?”

Poszukiwanie źródeł emocji: „Co Panią tak rozzłościło?”, „Co wzbudza w Panu żal?”

Analizowanie wypowiedzi chorego: pytanie pacjenta „Czy uważa Pan, że powinienem zmienić mieszkanie?”, najprawdopodobniej powinno brzmieć: „Czy uważa Pan, że będą żyła tak długo, że warto je zmieniać?”.

Podsumowanie: „Jakie są Pana refleksje na temat rozmowy?” [7, 8, 12].

Na niektóre pytania nikt nie zna odpowiedzi: „Dlaczego mnie to spotkało?”, „Jak długo jeszcze będę żył?”, „Czym jest śmierć?”. Pacjent zadaje je, by nawiązać kontakt albo podzielić się bólem duchowym, a postępowanie pielęgniarki najczęściej ogranicza się do towarzyszenia, akceptującego milczenia oraz oferowania swojego czasu i obecności.

Przebieg rozmowy z chorym

Przed przystąpieniem do rozmowy należy zaplanować czas dla pacjenta. Na wstępie przedstawić się i poinformować o zamiarze rozmowy oraz upewnić się, że pacjent zgadza się na nią oraz, że czuje się dostatecznie dobrze [13]. Celem rozmowy z chorym umierającym jest zorientowanie się, ile pacjent wie o swoim stanie oraz ile chce wiedzieć, a w odpowiedzi na uzyskane informacje przekazanie choremu wiadomości i ustalenie dalszego postępowania pielęgniarskiego.

W początkowym etapie rozmowy należy dowiedzieć się, ile pacjent wie o chorobie, a następnie ustalić zbieżność między jego wiedzą, a stanem faktycznym. Pacjen-

ci nie zawsze posiadają aktualne informacje na temat swojego stanu zdrowia. Należy zwrócić uwagę, w jaki sposób chory nazywa swoją chorobę, czy np. unika słowa „rak”, „nowotwór”. Na tym etapie pomocne okazują się sformułowania: „Czy mógłby Pan powiedzieć, co lekarz mówił Panu na temat Pana choroby?”, „...Co Pan przez to rozumie?”, „...Czy wie Pan, co o Pana chorobie powiedziano rodzinie?” [4].

W kolejnym etapie rozmowy należy ustalić, ile pacjent chce wiedzieć na temat swojego stanu. Chory może bezpośrednio zadawać pytania na temat opieki, skutków ubocznych podawanych leków oraz wykonywanych procedur medycznych. Pielęgniarka udziela informacji w zakresie, jaki reguluje ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej. Nie jest ona wprawdzie uprawniona do informowania pacjenta o diagnozie i rokowaniu, ale do jej obowiązków należy przekazywanie informacji, których chory oczekuje: o zakresie postępowania pielęgniarskiego, a więc wszystkich działaniach, jakie podejmuje i zamierza podjąć, o ich celowości i ewentualnych skutkach. Należy pamiętać, że na każdym etapie pacjent może zmieniać zdanie, co do potrzeby uzyskiwania informacji [4, 14].

Przekazanie wiadomości, to kolejny element rozmowy z pacjentem. Proces informowania należy dostosować do indywidualnych potrzeb i stanu chorego. Stopień zapotrzebowania na informację jest bardzo różnicowany i zależy od zaawansowania choroby, a zakres przekazywanych informacji powinien być dostosowany do ilości zadawanych pytań. Pielęgniarka powinna wiedzieć, że z kilku informacji przekazanych naraz, najlepiej zapamiętywane są te, które podawane są na początku i końcu rozmowy. Prawidłowo podane informacje zmniejszają niepewność pacjenta i ułatwiają mu przystosowanie do trudnej sytuacji. Przekazywane informacje powinny cechować: jasność, zrozumiałość, wykorzystanie aktualnej wiedzy chorego, dotychczasowe wiadomości o chorym oraz stopniowe ich podawanie [4]. Karta Pracowników Służby Zdrowia jednoznacznie określa konieczność informowania chorych zaznaczając, że „...nie można pozostawić w nieświadomości osoby w decydującej godzinie jej życia, odsuwając ją od (...) jej ostatnich i najważniejszych decyzji” [15].

W ostatnim etapie należy ustalić dalsze postępowanie. W zależności od tego, jak chory zareagował na wcześniej przekazaną wiadomość. W tej sytuacji najczęściej znaczenie ma rozpoznanie doświadczanych przez chorego emocji. Pomocne jest uszeregowanie ich według ważności oraz analiza głębszego znaczenia nieistotnych czasami, zdawałoby się, pytań pacjenta. U terminalnie chorych obserwuje się mówienie o najważniejszych rzeczach „mimoходом”, szczególnie pod koniec rozmowy (tzw. objaw ręki na kłamce). Pacjent poprzez zadawanie, zdawałoby się, nieistotnych pytań próbuje się zorientować, czy może ufać pielęgniarce oraz czy jest zainteresowana jego problemami. Należy pamiętać, że w żadnym wypadku nie wolno precyzować ewentualnego czasu śmierci [4]. Istotne jest umiejętne posługiwanie się

ciszą i milczeniem. Zaleceń tych nie należy stosować automatycznie. Każdą rozmowę pielęgniarka powinna zakończyć przekazaniem racjonalnej nadziei, np. zapewnienie o dalszym utrzymaniu kontaktu i sprawowaniu opieki. Zawsze należy ustalić datę kolejnego spotkania, co zmniejsza u pacjenta poczucie niepewności [7].

Pielęgniarka w relacji terapeutycznej z chorym umierającym staje się współtowarzyszem w przeżywaniu umierania. W okresie pierwszej reakcji chorego na wiadomość o nieuleczalnej chorobie, kiedy występuje zaprzeczenie i gniew interwencje pielęgniarskie sprawdzają się do nieingerowania w emocje, myśli, nastroj chorego oraz do współtowarzyszenia.

W kolejnym etapie targowania się o życie należy wspólnie z chorym analizować i zweryfikować przekonania o winie za wystąpienie choroby oraz udzielać wsparcia [2, 3, 7]. Należy dążyć do zmniejszenia poczucia winy u pacjenta oraz starać się wyjaśnić, że chory nie ponosi odpowiedzialności za wystąpienie choroby.

W kolejnym etapie przeżywania depresji należy odwoływać się do pozytywnych aspektów życia chorego oraz do wartości, jakie po sobie zostawia. W ostatnim etapie akceptowania śmierci istotne znaczenie ma obecność osób, które solidaryzują się z chorym w przekonaniu o nieuchronności śmierci [2, 3, 13].

Czynniki utrudniające komunikowanie z chorym

Przeszkodą w komunikowaniu mogą być zarówno czynniki zewnętrzne (np. hałas, różnice językowe), jak i wewnętrzne, które wynikają ze stanów psychicznych osób komunikujących się, różnic w spostrzeganiu bądź pojawiających się negatywnych emocji [8].

Nioterapeutyczne postępowanie pielęgniarki wiąże się przede wszystkim z koncentracją na sobie, a nie na odbiorcy. W konsekwencji pojawiają się takie zachowania, jak np. widoczny brak zainteresowania rozmówcą, wybiórcze słuchanie i ignorancja problemów zgłaszanych przez chorego. Do błędów w komunikowaniu również z chorym umierającym zalicza się między innymi: zdawkowe komentarze, pytania sugerujące, zdawkowe uspokajanie, minimalizowanie i normalizowanie, dawanie obietnic bez pokrycia, dyrektywne komunikaty, odrzucanie myśli i zachowań chorego, zgadzanie się lub niezgadzanie z chorym, żądanie wyjaśnienia oraz postawa oceniająca i krytyczna. Poniżej znajdują się przykłady błędów komunikacyjnych:

Wypowiadanie zdawkowych komentarzy: „Co nowego?”, „Ładna pogoda”.

Pytania sugerujące odpowiedź: „Czuje się Pan dziś lepiej, prawda?”

Zdawkowe uspokajanie: „Nie ma powodu do obaw”, „Wszystko będzie dobrze”.

Minimalizowanie i normalizowanie uczuć: „To zupełnie normalne, że boi się Pan śmierci. Wszyscy się jej boją”.

Obietnice bez pokrycia: „Zobaczy Pan, jeszcze zatańczy Pan na weselu wnuczki”.

Doradzanie, dyrektywne komunikaty: „Sądzę, że powinien Pan...”, „Musi Pan teraz...”

Odrzucanie myśli i zachowań chorego: „Nie będę w tej chwili rozmawiać na ten temat”, „Nie dyskutujmy o tym”.

Aprobata lub dezaprobaty myśli lub zachowań chorego: „Tego nie powinno się robić”, „Jestem zadowolona z pańskiego podejścia do śmierci”.

Zgadzanie lub niezgadzanie się z wypowiedziami pacjenta: „Pan się myli”, „Tak na pewno nie jest”.

Żądanie wyjaśnienia, gdy pacjent sam nie zna przyczyny: „Dlaczego Pan tak myśli?”, „Skąd takie przekonanie o życiu po śmierci?”.

Postawa oceniająca i krytyczna: „Córka Pani nie odwiedza, bo cały czas zadreżca ją Pani pytaniami o sens życia” [7, 8, 12].

Zachowanie nieterapeutyczne negatywnie wpływa na relację pielęgniarki z chorym umierającym. Pacjent czuje się niezrozumiały, ma wrażenie, że jego uczucia, emocje i myśli są nieistotne dla pielęgniarki. W konsekwencji nie udziela szczerych i wyczerpujących odpowiedzi na zadawane pytania, zaczyna unikać kontaktu, dystansuje się i pragnie szybko zakończyć rozmowę [11].

Należy zwrócić uwagę, że pielęgniarki jednak nie zawsze podejmują rozmowy o śmierci z chorymi umierającymi. Częste przyczyny, to: brak czasu, postawy przełożonych, którzy uważają, iż tylko oni mają prawo rozmawiać z pacjentami o umieraniu, osobiste, wcześniejsze doświadczenia ze śmiercią, lęk przed śmiercią powiązany z brakiem akceptacji własnej śmiertelności, obawa przed emocjami pacjenta (gniew, płacz, smutek, apatia, żal). Obawa przed pytaniami, na które nie ma czasami odpowiedzi, np. „Jak długo jeszcze będę żył?” [14, 16].

Podsumowanie

Nieuleczalna choroba i związana z nią bliskość śmierci stają się dla pacjenta oraz jego rodziny źródłem cierpienia i lęku. Pielęgniarka staje przed zadaniem komunikowania się z chorymi umierającymi. O terapeutycznej atmosferze kontaktu pielęgniarki z pacjentem i jego rodziną decyduje postawa empatii, akceptacji, autentyczności i aktywnego słuchania. Umiejętność komunikowania się pielęgniarki z chorym, pomaga mu w przejściu przez kolejne etapy procesu umierania.

Komunikowanie jako specyficzna relacja terapeutyczna jest delikatną siecią interakcji między pielęgniarką a chorym umierającym. Jest to umiejętność, której należy się uczyć i którą trzeba doskonalić.

PIŚMIENNICTWO

1. Saunders C., Watch with Me: Inspiration for a Life in Hospice Care, Sheffield: Mortal Press, 2003, 15.
2. Kubler-Ross E., Rozmowy o śmierci i umieraniu, Media Rodzina, Poznań 1998.
3. Kubler-Ross E., Życiodajna śmierć, Media Rodzina, Poznań 1998.
4. Watson M.S., Lucas C.F., Hoy A.M., Back I.N., Opieka paliatywna, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
5. Catane R., Cherny N., Kloke M., Tanneberger S., Schrijvers D., Podręcznik postępowania w zaawansowanej chorobie nowotworowej, Taylor & Francis, 2006.
6. World Health Organization (1990) Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva: WHO 11 (World Health Organization technical report series: 804).
7. Kwiatkowska A., Krajewska-Kulak E., Panek W., Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
8. Myerscough P.R., Ford M., Jak rozmawiać z pacjentem? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
9. Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., Pragmatics of human Communication, Northon and Company, New York, 1967.
10. Tobiasz-Adamczyk B., Relacje lekarz-pacjenta w perspektywie socjologii medycyny, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
11. Stewart J., Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, wyd. 4.
12. de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A., Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
13. Łuczak J., Czy tylko słowa? W: Sztuka rozmowy z chorym, (red.) Grajcarek A. (red.), Wydawnictwo ad vocem, Kraków, 2001 r.
14. Koper, I. Wrońska, Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Wydawnictwo CZELEJ Sp. z o.o., Lublin 2003.
15. Karta Pracowników Służby Zdrowia, Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan 1995, s. 104.
16. Barański J., Waszyński E., Steciwki A., Komunikowanie się lekarza z pacjentem, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000.

Adres do korespondencji:

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z PROBLEMAMI WIEKU STARCZEGO

WAYS OF COPING IN OLD AGE

LUIZA MENDYKA^{1,2}, BEATA BAJURNA², IWONA NOWAKOWSKA

¹NZOZ „Arnica” w Przybyszewie – pielęgniarka opieki długoterminowej

²Zakład Organizacji i Zarządzania

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Wydłużanie się okresu ludzkiego życia powoduje, iż każdy człowiek sam wyznacza sobie granice starości. Bardzo ważnym aspektem jest również odbiór procesu starzenia się przez ludzi. Autorki w swej pracy zwracają uwagę nie tylko na problem funkcjonowania ludzi starszych w społeczeństwie, ale również na wsparcie ze strony rodzin oraz odpowiednich instytucji. Starość powinna kojarzyć się przede wszystkim z mądrością i doświadczeniem, a nie tylko z chorobą i zmieniającym się ciałem. Taki efekt można osiągnąć poprzez realizację własnych życiowych celów, dbanie o zdrowie, rozwój intelektualny jak również kontakty społeczne oraz pozytywną postawę wobec starości.

Słowa kluczowe: starość, problemy, sposoby radzenia sobie.

Wstęp

Problemy wieku podeszłego oraz sposoby radzenia sobie z nimi są powodem coraz większego zainteresowania ludzi. Przyczyną jest intensywnie starzejące się społeczeństwo a do tego niski przyrost naturalny, które sprawiają, iż w niedalekiej przyszłości zachwiana zostanie równowaga pomiędzy osobami w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Ludzie w podeszłym wieku, osoby starsze, seniorzy to słowa zarezerwowane przez demografów dla ludzi powyżej sześćdziesiątki. Dla zrozumienia znaczenia osób w podeszłym wieku oraz ich roli w społeczeństwie, konieczne jest omówienie radzenia sobie ludzi starszych z problemami wieku starszego.

Rola rodziny w opiece nad seniorami

Starość jest szczególnym okresem w życiu ludzkim. To czas w którym pojawiające się problemy są również problemami społeczeństwa, a nie tylko jednostki. Nie chodzi o to by żyć, ale żyć godnie, mieć możliwość zaspokajania potrzeb, zwłaszcza w środowisku zamieszkania. Ponieważ sytuacja ekonomiczna, społeczna i zdrowotna w znacznym stopniu wpływa na proces starzenia się zwalniając go, bądź

Summary

Extending the period of human life that every man makes himself sets the boundaries of old age. A very important aspect is also a collection of aging by the people. The authors in their work not only pay attention to the problems of the functioning of older people in society but also on support from families and institutions. Old age should be associated primarily with the wisdom and experience not just the disease and the changing body. This effect can be achieved through the implementation of their own life goals, taking care of health, intellectual development as well as social contacts and a positive attitude towards old age.

Key words: old age, problems, ways of coping.

przyspieszając. Zależy to od środowiska w jakim przebywa człowiek stary, a także od jego stosunku do własnej starości. Dlatego ważne jest zabezpieczenie społeczne, czyli system świadczeń i uprawnień gwarantujących bezpieczeństwo socjalne jednostce, ubezpieczenia społeczne, ochronę zdrowia, pomoc społeczną oraz pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji [1].

Rodzina jest podstawową grupą społeczną i naturalnym środowiskiem życia dla wszystkich osób bez względu na wiek. W okresie starości zwiększa się wartość rodziny, co jest wynikiem wycofywania się z szerszych kręgów społecznych. W życiu starszej osoby ogromną, a nawet najważniejszą rolę odgrywa zatem rodzina. Prawidłowo funkcjonująca rodzina dostarcza starszemu człowiekowi wsparcia, w różnych wymiarach. W razie choroby lub niepełnosprawności osoby starszej, to głównie rodzina zapewnia jej opiekę i pielęgnację, stając się główną grupą samopomocy. Rodzina jest jednocześnie najbardziej pożądanym źródłem pomocy, gdyż wraz z jej udzielaniem zaspokajanych jest wiele innych potrzeb.

Uczestnictwo w życiu rodziny, systematyczne spotkania z jej członkami, zaspokajają potrzebę bezpieczeństwa, przynależności i uznania. Dobre kontakty z bliskimi członkami rodziny, jak z dziećmi i wnukami, są źródłem emocjonalnej równowagi zdrowia psychicznego, pomagają przy-

stosować się do starości, przyczyniają się do rozwoju osobowości, sprzyjają dodatniemu bilansowi życiowemu [6]. Obecność ludzi starszych, w życiu rodzinnym wnosi wiele wartości kulturowych, obyczajowych i historycznych. Członkowie rodziny korzystają z doświadczeń, wiedzy i umiejętności starszego pokolenia, a dzieci uczą się szacunku dla innych. We współczesnej polskiej rodzinie, kontakty rodzinne pozostają nadal żywe. Zdaniem B. Szatur-Jaworskiej częstotliwość takich kontaktów wzrasta jeśli wartość rodziny jest wysoka, w hierarchii wartości jej członków. Kontakty rodzinne ściśle wiążą się ze wzajemną pomocą i świadczeniem usług, które dla ludzi starszych mają znaczenie materialne, bo uzyskanie pomocy oraz znaczenie emocjonalne, jako wyraz pamięci, bliskości, szacunku. Młodsze pokolenia pomagają w prowadzeniu domu, udzielaniu pomocy finansowej i rzeczowej, świadczą czynności opiekuńcze i pielęgnacyjne, natomiast osoby starsze opiekują się wnukami, ofiarują mieszkanie a mieszkając z rodziną, często wspierają ją finansowo. W miarę posuwania się w latach osób starszych, zmienia się charakter wymiany usług. Początkowo to seniorzy świadczą więcej na rzecz dzieci, natomiast powyżej 75. roku życia, dominują usługi dzieci na rzecz rodziców [6].

Obecnie do głosu doszedł pogląd coraz powszechniej uznawany, że starość powinna być czasem rewitalizacji, czyli poprawy samopoczucia fizycznego oraz psychicznego, który powinien nastąpić po wyczerpanej pracy zawodowej, przejściu na emeryturę czy też rentę.

Coraz powszechniejsze problemy osób starszych, stwarzają konieczność wdrażania działań, które wywierają korzystny bądź niekorzystny wpływ na stan psychiczny seniora oraz jego stosunek do wieku i/lub choroby, problemów z nią związanych. W przebiegu niektórych chorób przewlekłych, a zwłaszcza gdy jest nimi dotknięta osoba w wieku podeszłym, ogromne znaczenie wtedy nabiera funkcjonowanie rodziny. Jej stosunek do chorego, jego choroby, wieku i wynikających stąd specyficznych problemów [9].

Specyficzne zadania rodzinne zależne są od przebiegu choroby. Rodzina ma ważne zadanie przekonania seniora, iż mimo upływu czasu, który pomniejszył jego atrakcyjność interpersonalną i chorób które go nękają jest on ważnym i kochanym człowiekiem dla rodziny. Wytworzenie i utrzymanie dobrego porozumienia z lekarzami oraz z innymi osobami personelu medycznego. Zmaganie się ze zmianami nastroju u chorego, uporanie się z ewentualnym poczuciem winy lub wstydu, spowodowanych chorobą członka rodziny. Pilnowanie przyjmowania leków, przestrzeganie zaleceń dietetycznych. Wprowadzenie do systemu osób, które będą miały do wykonania pewne specjalistyczne zadania zbyt skomplikowane dla członków rodziny. Podtrzymywanie obyczajów świąt i rytuałów rodzinnych w miarę możliwości z udziałem chorego, co pozwoli starszej osobie zachować przekonanie, że objawy jego choroby widzą i akceptują inni ludzie. Tak więc rodzina jest najważniejszym obszarem wspomagania osoby starszej [9].

Wsparcie rodziny i jej obecność jest jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na samopoczucie i życie człowieka starszego. Rodzina jest podstawową grupą społeczną, która zaspokaja wiele innych potrzeb. Człowiek w gronie najbliższych mu osób czuje się bezpieczny i kochany, a efektem tego jest pozytywne nastawienie do własnej starości. Należy jednak, zwrócić uwagę, iż w dzisiejszych czasach młodzi ludzie pracują długo i intensywnie, i nie są w stanie zaspokajać potrzeb starszych osób.

Domy pomocy społecznej

Polski system opieki społecznej przewiduje równoległe funkcjonowanie wielu typów placówek pobytu stałego i czasowego z wyodrębnieniem ich rodzaju, czyli z określeniem i zdefiniowaniem kategorii deficytów osób, którym mają służyć. Uzupełnieniem tej działalności są ośrodki prowadzone przez służbę zdrowia, stowarzyszenia, fundacje i osoby prywatne [7].

Każdy z tych ośrodków, charakteryzuje się innym profilem usług wobec ludzi starszych, związane jest to z różnymi potrzebami seniorów. Innej formy pomocy i opieki będą potrzebowały osoby chore psychicznie, a innej niepełnosprawne fizycznie. Warunki mieszkaniowe tych osób muszą być dostosowane do potrzeb ich mieszkańców. Rodzaje domów z uwzględnieniem profilu usług przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Placówki służące osobom starszym, z uwzględnieniem profilu usług
Table 1. Institutions for the elderly according to their service profile

Rodzaj	Profil usług
domy pomocy społecznej	dla przewlekle chorych somatycznie – pobyt stały
	dla osób starczych (emerytów i rencistów) – pobyt stały
	dla osób chorych psychicznie – pobyt stały
	dla osób upośledzonych umysłowo – pobyt stały
	dla osób niepełnosprawnych fizycznie
dzienne domy pomocy społecznej	dzienny pobyt osób starych
	dzienny pobyt chorych psychicznie
zakłady opiekuńczo-lecznicze	stała opieka medyczna, pielęgnacyjna
prywatne domy opieki	opieka czasowa, pielęgnacyjna
hospicja	opieka paliatywna nad osobami terminalnie chorymi

Źródło (Source): Z. Szarota, Gerontologia społeczna i oświatowa. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.

Tabela ta przedstawia domy pomocy społecznej wśród których są państwowe zakłady budżetowe lub prywatne placówki pobytu stałego. Domy te zapewniają całodobową, terminową opiekę osobom nie radzącym sobie samodzielnie z racji wieku z problemami dnia codziennego. Są to osoby dotknięte chorobą przewlekłą, somatyczną, psychiczną, upośledzeniem umysłowym, czy też ciężkim kalectwem fizycznym. Domy pomocy społecznej, prowadzone są przez organy jednostek samorządu terytorialnego, Kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe a także organizacje i stowarzyszenia społeczne, fundacje, czy też inne osoby prawne i fizyczne. Działają one na podstawie nadanego przez wojewodę statusu określającego typ domu, zasady jego funkcjonowania oraz zakres i poziom świadczeń, a także prawa i obowiązki mieszkańców. Domy pomocy społecznej są placówkami odpłatnymi. Za korzystanie z ich usług opłatę określa Ustawa o pomocy społecznej. Prawa i obowiązki pensjonariusza określone są w statutach. Placówki opieki całkowitej mają za zadanie zaspokojenie podstawowych potrzeb, jak wyżywienie, lokum, wyposażenie w meble i sprzęty, środki higieny osobistej, odzież i obuwie, opieka pielęgniarstwa, pomoc medyczna, rehabilitacja, leki i środki opatrunkowe, bezpieczeństwo na terenie domu, wsparcie finansowe dla nie posiadających własnych dochodów [10].

Domy pomocy społecznej są przeznaczone dla osób potrzebujących całodobowej opieki z powodu choroby, niepełnosprawności, którzy nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu i należy im zapewnić niezbędną pomoc w zakresie usług opiekuńczych. Zdaniem W. Pędlicha, do domów pomocy społecznej najczęściej przyjmowane są osoby ze wskazań zdrowotnych lub też socjalnych. Natomiast Danuta M. Piekut-Brodzka twierdzi, iż w domach pomocy społecznej przede wszystkim znajdują się osoby pozbawione opieki osób bliskich a ostatnio coraz częściej dom ten, staje się miejscem świadomie wybieranym na dalsze życie [6]. Dawniej domy pomocy społecznej określane były potocznie jako „domy starców”, „przytułki”, „Dom Opieki Społecznej”, „Zakład Opieki Społecznej”. Później placówki przyjęły ogólną nazwę „domy pomocy społecznej”. Zmiana nazwy była celowym zabiegiem mającym na celu przybliżenie do warunków życia rodzinnego.

Funkcje domów pomocy społecznej ulegały stopniowemu poszerzeniu. W okresie powojennym świadczyły tylko opiekę i pielęgnację. Pod koniec lat siedemdziesiątych zapoczątkowano rehabilitację społeczną w formie organizowania działalności kulturalnej. Mieszkańcy w większym zakresie zaczęli integrować się ze społecznością lokalną, w ramach imprez kulturalno-rekreacyjnych. Zaakcentowano potrzebę uaktywnienia działalności domów, tzn. przejścia od opieki biernej do czynnej. Głównie zapewniono mieszkańcom domów dla przewlekle chorych, wielospecjalistyczną opiekę lekarską oraz rehabilitację medyczną zmierzającą do przeciwdziałania procesom chorobowym, a także przywrócenie sprawności za pomocą zabiegów fizykoterapeutycznych, terapii zajęciowej oraz gimnastyki leczniczej [6].

Domy pomocy społecznej powinny realizować potrzeby wyższe mieszkańców, poprzez atrakcyjną ofertę kulturalną i rekreację. Misją placówek jest wytworzenie warunków, które poza zaspokojeniem potrzeb bytowych służą rozwojowi osobowości. Głównym celem jest rewitalizacja, geratropika (ożywienie, aktywizacja), organizowanie czasu wolnego, integrowanie mieszkańców oraz dbanie o ich dobre samopoczucie. W domach prowadzi się liczne zajęcia kulturalne, zabawy taneczne, wspólne śpiewanie, muzykoterapia, ogniska, wycieczki, zwiedzanie muzeów, wizyty w teatrach, filharmonii. W wielu domach działają zespoły muzyczne czy teatralno-kabaretowe na wysokim poziomie artystycznym. Domy pomocy społecznej mają zazwyczaj odpowiednio wyposażone pracownie, biblioteki, sale gimnastyczne, świetlice, pokoje dziennego pobytu. W każdym domu jest kapelan, pełniona jest posługa religijna. Mieszkańcy innych wyznań mogą swobodnie oddawać się własnym praktykom religijnym [7]. Należy podkreślić, jak ważny dla człowieka starszego jest proces aktywizacji, który nabiera szczególnego znaczenia w domach pomocy społecznej, zwłaszcza w tych placówkach w których znajdują się mieszkańcy z powodu choroby przewlekłej, dysfunkcji psychicznej, fizycznej, czy umysłowej. Osoby te nie byłyby w stanie samodzielnie funkcjonować w swoim poprzednim miejscu zamieszkania. Wiąże się to przede wszystkim z brakiem wystarczającej lub właściwej pomocy ze strony bliskich [3]. Kolejnym krokiem wiodącym do optymalizacji rozwiązań narastającego problemu starzejącego się społeczeństwa stały się miejskie oraz gminne dzienne domy pomocy społecznej (domy dziennego pobytu), czyli małe ośrodki z niewielką ilością dochodzących pensjonariuszy. Tego typu placówki są tanie w utrzymaniu, ale gwarantują podopiecznym zaspokojenie wszelkich potrzeb. Seniorzy mieszkając z rodziną nie wymagają ich stałej opieki, dzięki uczestnictwu w zajęciach. Natomiast osoby samotne zachowując swoją samodzielność i niezależność otrzymują wszelkie potrzebne wsparcie. Placówki te wypełniają szereg zadań, zapewniają opiekę, stwarzają odpowiednie warunki do wielogodzinnego przebywania w nich osobom, ze zmniejszoną sprawnością psychofizyczną, zapewniają wyżywienie, umożliwiają korzystanie z urządzeń służących higienie i rehabilitacji, zaspokajają potrzeby kulturalne uczestników. Prowadzą terapię zajęciową, rehabilitację i wypoczynek. Domy czynne są w dni robocze, przez co najmniej 8 godzin dziennie. Korzystanie z usług placówki jest odpłatne. Cenę ustala ośrodek pomocy społecznej [7].

Pobyt w dziennych domach pomocy społecznej posiada wiele walorów, najważniejszy z nich, to pozostanie we własnym środowisku i utrzymanie w nim kontaktów przy równoczesnej kompensacji życiowych braków. Pobyt w takim domu wyzwala wiarę we własne siły, poczucie przydatności, godności, pozwala zapomnieć o samotności, pokonać trudności związane z życiem codziennym, zwiększa szansę dalszej niezależności i samodzielności, a przede wszystkim opóźnia starość nieza-

radną i przejście do stacjonarnych domów pomocy społecznej [2].

Domy pomocy społecznej są alternatywą dla ludzi starszych, którzy nie mają rodzin, bądź też nie chcą obciążać ich własną osobą. Są to dobrze wyposażone placówki, zapewniające seniorom profesjonalną opiekę, oraz dobre warunki mieszkaniowe, wyżywienie, sprzęt i rehabilitację.

Uniwersytety trzeciego wieku

W powszechnej opinii naszego społeczeństwa istnieje pogląd, iż ludzie starsi raczej biernie uczestniczą w życiu społecznym, a ich aktywność jest ograniczona. Jednakże we współczesnym świecie globalny obraz seniorów wygląda całkiem inaczej. Wiele starszych osób potrafi tak zorganizować swoje życie, by po zakończeniu pracy zawodowej znaleźć dla siebie zajęcie, równie interesujące lub jeszcze ciekawsze, łamiąc w ten sposób negatywny obraz człowieka starego, czy też samej starości. Takimi ludźmi są słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku.

Najbardziej rozpowszechnioną instytucjonalną formą edukacji ludzi starszych są Uniwersytety Trzeciego Wiek, zajmujące się edukacją osób w starszym wieku, które należą do systemu kształcenia ustawicznego. Pierwszy na świecie Uniwersytet Trzeciego Wiek założony został przez francuskiego profesora Pierre Vellas, natomiast pierwszy w Polsce, powstał w Warszawie w 1975 roku, z inicjatywy lekarza profesor Haliny Szwarz. Wśród placówek określanych mianem Uniwersytetów Trzeciego Wiek, istnieją dwa podstawowe typy:

1) Model francuski, który stanowi część uczelni wyższej

2) Model, w którym Uniwersytet Trzeciego Wiek jest luźno powiązany z uczelnią. Najczęściej funkcjonuje jako samodzielne stowarzyszenie [6].

Polskie Uniwersytety Trzeciego Wiek działają w dwóch generalnych nurtach androedukacji:

1) Angielskim – ekstensywnym, którego cechą jest nastawienie na upowszechnienie wiedzy

2) Francuskim – intensywnym oddziałującym „w głąb” osobowości uczestników.

Rok akademicki trwa od października do czerwca. Studentami mogą być osoby już niepracujące, które przy postępowaniu rekrutacyjnym złożą podanie, życiorys, dwie fotografie do legitymacji i indeksu, przedstawią świadectwo dojrzałości lub dyplom uczelni wyższej. Słuchacze mają możliwość wyboru tylko 2–3 rodzajów zajęć, obowiązek usprawiedliwiania absencji, notowanie treści wykładów, pisanie prac semestralnych, samodzielne prowadzenie niektórych zajęć. Nie stawia się żadnych ocen. Samodzielne opracowanie treści i omówienie jej jakości, podczas konsultacji z nauczycielem akademickim, jest wystarczający do zaliczenia pracy. Ze względu na ogromne zainteresowanie uczestnictwem seniorów w zajęciach, Uniwersytety Trzeciego Wiek w roku aka-

demickim 2003/2004 zostały zmodyfikowane. Zmieniono założenia organizacyjno-programowe kształcenia, aby zwiększyć liczbę studentów o 40% [7].

Grupa słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wiek, tak nieliczna relatywnie w stosunku do całej populacji ludzi po 65. roku życia, może być przykładem aktywności społecznej starszego pokolenia. Siłą tych instytucji jest propagowana przez nie profilaktyka gerontologiczna mająca na celu zapobieganie przedwczesnej patologicznej starości, łagodzenie procesu starzenia się i starości oraz wspomaganie rozwoju osobowości człowieka do końca życia. Wspomaganie człowieka starszego w pokonywaniu trudności przystosowawczych, traktowanie starzenia i starości przez ludzi młodych, jak i seniorów jako naturalnego etapu w kontinuum rozwojowym [5].

Głównym celem Uniwersytetów Trzeciego Wiek jest szeroko rozumiana edukacja, rozwój osobowości słuchaczy, upowszechnianie wiedzy z zakresu różnych dziedzin, pobudzanie postaw twórczych, poprawa jakości życia ludzi starszych oraz tworzenie wspólnie z seniorami „dobrego starzenia się”, w tym wszechstronne usprawnianie i aktywizowanie ludzi starszych. Ułatwianie nawiązywania kontaktów z osobami o podobnych zainteresowaniach i aspiracjach. Formy realizacji tych celów są różnorodne, m.in. wykłady audytoryjne, wykłady w grupach zainteresowań, połączone z dyskusją i prezentacją filmów a także z wycieczkami. Zajęcia aktywizujące, np. lektoraty z języków obcych, chór czy zespół plastyczny, grupy seminaryjne, w których uczestnicy prezentują swoją wiedzę i prowadzą badania naukowe. Wykładowcami na uniwersytetach trzeciego wieku są specjaliści z różnych dziedzin, w zakresie nauk medycznych, przyrodniczych, polityki społecznej, psychologii, pedagogiki, historii sztuki, literatury, filologii polskiej i obcych, ekonomii, techniki, informatyki, kultury fizycznej i sportu. Podsumowaniem uczestnictwa jest honorowy dyplom ukończenia Uniwersytetu Trzeciego Wiek [6].

W uniwersytetach tych zwraca się również baczna uwagę na kondycję fizyczną ludzi starszych. Szereg zespołów turystycznych i rekreacji ruchowej pozwala korzystać słuchaczom z gimnastyki, pływania i turystyki pieszej, rowerowej, autokarowej (krajowej i zagranicznej) i różnorodnych innych form wypoczynku i usprawnienia ruchowego. To miejsca szczególne dla osób samotnych. Spotkania towarzyskie, uroczystości świąteczne, imprezy okolicznościowe, czy też zwyczajne pogadanki przy filiżance kawy weszły na stałe do repertuaru zajęć i stały się jednym z rodzajów działalności tych instytucji. Pisze się coraz częściej o Uniwersytetach Trzeciego Wiek, ponieważ każdy człowiek jest tam indywidualnością, pomimo realizacji określonego programu. Niepowtarzalność człowieka odzwierciedla się między innymi w jego aktywności. Instytucje te potrafią spożytkować potencjał ukrytych rezerw rozwojowych ludzi starszych, dając im możliwość współdecydowania o sobie [5].

Uniwersytety Trzeciego Wiek spełniając wiele funkcji wychodzą naprzeciw potrzebom psycho-społecznym i zdro-

wotnym swoim słuchaczom, sprzyjając ich zaspokajaniu. Kontakty społeczne i praca w samorządzie uczestników tych instytucji, zaspokajają potrzebę nawiązywania i podtrzymywania pozytywnych kontaktów przez człowieka oraz współpracy z innymi ludźmi. Wykłady i wycieczki zaspokajają potrzeby poznawcze a rodzaje innych zajęć urzeczywistniają potrzebę samorealizacji. W tych to uniwersytetach, realizuje się postulat A. Kamińskiego o wydobywaniu zapomnianych umiejętności i zainteresowań, o rozwijaniu nowych. Słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku, stanowią wzorzec pogodnego i mądrego życia w trzecim wieku [6].

Uniwersytety Trzeciego Wieku są wspaniałą formą aktywności osób starszych, osoby aktywne umysłowo, najczęściej są aktywne fizycznie. Aktywność w obu tych obszarach jest przyczyną długiego i szczęśliwego życia, dobrego samopoczucia, poszerzenia kontaktów społecznych, a tym samym zaspokojenia potrzeby przynależności.

Inne formy opieki i pomocy

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, której głównym celem jest wspieranie osób i rodzin w przezwyciężaniu trudnych życiowych sytuacji, których nie są w stanie samodzielnie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Podstawową zasadą pomocy społecznej jest pobudzanie, a także wzmacnianie osoby potrzebującej pomocy, a nie bierne zaspokojenie jej potrzeb. Działania pomocy społecznej obejmują stymulowanie aktywności własnej osoby tak, by nauczyć ją samodzielnie przezwyciężać kłopotliwą sytuację socjalną. Szczegółowe zadania oraz zakres i tryb udzielania świadczeń z pomocy społecznej reguluje ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej [4].

Zgodnie z tą ustawą usługi opiekuńcze mogą być świadczone również w ośrodkach wsparcia zapewniających całodzienny pobyt, podstawowe świadczenia opiekuńcze, rekreacyjno-kulturalne, edukacyjne oraz posiłki i działalność rehabilitacyjną. Nowością w Polsce są mieszkania chronione, czyli forma środowiskowej pomocy, która zapewnia odpowiednie wsparcie w środowisku, umożliwi samodzielne życie osobie, która ze względu na wiek, niepełnosprawność, czy też chorobę, nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez dom pomocy społecznej, a usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania są niewystarczające lub też niemożliwe do realizacji. Ta forma opieki jest zdecydowanie tańsza niż inne. W praktyce pomocowej zaczęły się także pojawiać rodzinne domy pomocy oraz środowiskowe domy pomocy społecznej. Organizowanie tak małych domów pomocy społecznej jest właściwą formą wsparcia społecznego dla osób starszych. Zadaniem takich domów jest zapewnienie całodobowej opieki dla 3–8 osób w podeszłym wieku. Świadczone powinny być usługi opiekuńcze i bytowe zgodnie, z obowiązującymi standardami. Ubieranie, karmienie, mycie, kąpanie, organizacja czasu wolnego, pomoc przy zakupie odzieży, czy obu-

wia, pielęgnacja w chorobie, czy też korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Zapewnione muszą być warunki lokalowe, właściwe wyposażenie pomieszczeń lokalnych, wyżywienie z uwzględnieniem diety oraz odpowiednie warunki mieszkaniowe [7].

Podstawową zasadą pomocy społecznej na rzecz osób w starszym wieku jest pozostawienie ich w dotychczasowym środowisku tak długo, jak jest to możliwe, oraz świadczenie na ich rzecz pomocy środowiskowej. Pomoc w miejscu zamieszkania w naturalnym środowisku jest najlepszą i najefektywniejszą dla zdrowia potrzebujących formą pomocy i zdecydowanie tańszą od pomocy instytucjonalnej. Ułatwia integrację społeczną i sprzyja w miarę samodzielnej egzystencji. Nowoczesna pomoc środowiskowa zmierza do wielokierunkowej pomocy odpowiadającej potrzebom danego człowieka. Charakteryzuje się indywidualizacją form pomocy i rodzaju świadczeń oraz dużym zróżnicowaniem tych form [6].

Opieką społeczną zajmuje się Urząd Lekarza Wojewódzkiego, szpitalnictwo i pracownicy socjalni, przychodnie specjalistyczne, oddziały geriatryczne i zakłady opiekuńczo-lecznicze, dla przewlekle chorych pozostające pod zarządem wojewódzkiego wydziału zdrowia, świadczące całodobową, długoterminową, kompleksową opiekę medyczną dla chorych nie wymagających hospitalizacji, którym to choroba uniemożliwia samodzielną egzystencję.

Kolejną formą, wsparcia dla osób starszych są hospicja. Ruch ten przybył do Polski w latach 80. XX wieku i pięknie się rozwija. Cele jakie realizują hospicja to głównie pomoc ciężko chorym osobom w ostatnim okresie życia, zapewnienie opieki medycznej, psychicznej, społecznej, duchowej, wspieranie rodzin, jednocześnie ludzi dobrej woli, którzy chcą udzielać społecznie powyższej opieki [7].

Formami pracy hospicjów są:

- Poradnia opieki paliatywnej i walki z bólem, która głównie spełnia rolę konsultacyjną.
- Zespół opieki domowej (hospitalizacja domowa), która złożona jest z wykwalifikowanej kadry medycznej, służb socjalnych i psychologicznych, wolontariuszy, kapelana. Przy współpracy z rodziną chorego jest podstawową formą opieki, która zastępuje pobyt chorego w szpitalu. Opieką w domu objęte są osoby które nie kwalifikują się do leczenia stacjonarnego, a wymagają systematycznej i wzmożonej opieki pielęgniarstwiej. Celem pielęgniarstwiej opieki domowej jest zapewnienie profesjonalnej opieki osobom przewlekle i obłożnie chorym w środowisku domowym [8].
- Oddział opieki paliatywnej i hospicyjnej w którym znajdują się pacjenci wymagający krótkotrwałej hospitalizacji, to opieka nad umierającymi, samotnymi, pozbawionymi opieki w domu, daje również wytchnienie rodzinom zmęczonym koniecznością sprawowania opieki nad umierającym.

- Dział opieki dziennej gdzie pacjent pod opieką wolontariusza przyjeżdża na oddział dwa razy w tygodniu i korzysta z zajęć relaksacyjnych.
- Zespół wspomagający, jednostka zajmująca się osieroconymi. Pomaga przetrwać czas żałoby.
- Hospicjum wolno stojące, zakład opieki zdrowotnej, grupujący wszystkie ww. formy wyposażony w łóżka szpitalne [7].

W sektorze pozarządowym znajdują się organizacje służące potrzebom różnych grup wiekowych, ale także i te, które za główny cel działania przyjmują pomoc osobom starszym. Odnosi się to przede wszystkim do organizacji pozarządowych tworzonych przez ludzi starszych i podejmujących działania na rzecz własnych członków i innych osób starszych. Organizacje pozarządowe są organizacjami społecznymi, niedochodowymi tzw. trzecim sektorem obok państwa i rynku.

Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS) jest to organizacja społeczna, uzupełniająca działalność państwa w dziedzinie pomocy społecznej. Stowarzyszenie to świadczy pomoc na rzecz osób starszych, chorych, niepełnosprawnych, samotnych, bezdomnych. Osobom starszym proponuje pomoc doraźną, finansową, rzeczową, dożywianie [6].

Polski Czerwony Krzyż (PCK) to krajowe stowarzyszenie, które prowadzi, szeroką działalność w dziedzinie usług społecznych. PCK wspomaga państwową pomoc społeczną. Głównymi zadaniami tego stowarzyszenia są: propagowanie oświaty zdrowotnej i sanitarnej, organizowanie honorowego krwiodawstwa, pomoc ofiarom klęsk żywiołowych, opieka nad chorymi w ich domach. Ludziom w zaawansowanej starości, niepełnosprawnym, oraz chorym PCK zapewnia usługi opiekuńcze.

Krajowa Centrala „Caritas” to katolicka organizacja o charakterze dobroczynnym. Obecnie „Caritas” świadczy przede wszystkim pomoc na rzecz dzieci, osób niepełnosprawnych, ubogich oraz dotkniętych klęskami żywiołowymi i wypadkami losowymi.

Należy również zwrócić uwagę na aktywność samopomocową ludzi starszych, którzy niezadowoleni z usług instytucji społecznych sami tworzą grupy samopomocowe, ich działania najczęściej nakierowane są na zaspokajanie potrzeb bytowych na utrzymanie kontaktów społecznych i nawiązanie nowych znajomości [6].

Jeśli zaspokojenie przez seniorów podstawowych potrzeb staje się niemożliwe, istotną formą pomocy staje się pomoc społeczna, która organizowana jest przez różne stowarzyszenia i instytucje.

Podsumowanie

Czas, w którym zaczyna się starość, to raczej umowne okresy wyznaczające jej granice, ale tak naprawdę jest ona uwarunkowana kulturowo i zależy od samego człowieka, od tego jak on sam ją odbiera. Granice staro-

ści będą ulegały ciągłym zmianom. Wynika to z faktu wydłużającego się okresu życia ludzkiego.

W pracy starano się zwrócić uwagę na problemy z jakimi stykają się ludzie starsi, jak trudno jest im funkcjonować w dzisiejszym społeczeństwie. W dzisiejszym świecie ludzie starsi nie są pozostawieni sami sobie. To rodzina spełnia najważniejszą rolę w opiece nad nimi, jeśli jednak zawodzi z różnych powodów, istnieją inne formy pomocy instytucjonalnej. Okres późnej dorosłości może być okresem pięknej jesieni życia, jeżeli będziemy dbać o własny rozwój w czasie poprzedzającym starość. Realizowanie własnych życiowych celów, dbanie o zdrowie, rozwój intelektualny, czy też kontakty społeczne, pozytywna postawa wobec starości, może stać się równie ekscytująca, jak młodość.

PIŚMIENNICTWO

1. Bojanowska E., Opieka nad ludźmi starszymi (w:) Przygotowanie do starości, Szukalski P. (red.), ISP, Warszawa 2009, s. 207.
2. Chrapkowska-Zielińska A., Dom dziennego pobytu jako forma środowiskowej pomocy społecznej dla ludzi starszych, Praca Socjalna, 1994, 4, 45-48.
3. Kawczyńska-Butrym Z., Niepełnosprawność specyfika pomocy społecznej, Wydawnictwo ŚLĄSK, Katowice 1998, s. 124.
4. Kędziora-Kornatowska K., Muszałik M., Skolmowska E., Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010, s. 41.
5. Konieczna R., Uniwersytety trzeciego wieku programem aktywnego uczestnictwa ludzi starszych w życiu społecznym (w:) Profile starości, Lińska L.; Wodniak Z. (red.), Wydawnictwo Miejskie w Poznaniu, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, Poznań 2000, s. 116, 118.
6. Leszczyńska-Rejchert A., Człowiek starszy i jego wspomaganie, Wydawnictwo ISBN, Olsztyn 2005, 89-90, 61-62, 157-158, 170-171, 171, 172, 150, 178, 179-182.
7. Szarota Z., Gerontologia społeczna i oświatowa, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004, 85, 87-88, 88, 78, 89, 90.
8. Szwałkiewicz E., Kaussen J., Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarstwa i opiekunek, Wydawnictwo Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A, Toruń 2006, s. 7.
9. Tuszyńska-Bogucka V., Pomoc rodziny w opiece nad seniorami w wieku podeszłym z chorobami przewlekłymi (w:) Starzenie się a satysfakcja z życia, Steuden S., Marczuk M. (red.), Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 162.
10. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2004 r., nr 64, poz. 593.

Adres do korespondencji:

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

REALIZACJA FUNKCJI ZARZĄDZANIA W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

THE EXECUTION OF MANAGEMENT FUNCTION IN A HEALTH CARE INSTITUTION

IWONA NOWAKOWSKA, MARIA DANUTA GŁOWACKA, RENATA RASIŃSKA, BEATA BAJURNA

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

Streszczenie

Proces zarządzania jest priorytetowym procesem dla sprawnego funkcjonowania całej organizacji, m.in. dla jej rozwoju, zdobycia określonej pozycji na rynku, sprawnego komunikowania się z otoczeniem, a także dla produktywnego i sprawnego realizowania przyjętej strategii działania. Synchronizacja i urealnianie tych przedsięwzięć przebiega wieloetapowo, a nadrzędnymi procesami, są te, które sklasyfikowane zostały jako funkcje zarządzania, tj. planowanie, organizowanie, przewodzenie i kontrolowanie. W artykule zaprezentowano założenia teoretyczne dotyczące funkcji zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej i komponentów wchodzących w ich skład.

Słowa kluczowe: zarządzanie, funkcje zarządzania.

Summary

The process of management is a priority process for the smooth functioning of the entire organization, among others, for its development, establishing a definite position in the market, effective communication with the environment and for productive and efficient realisation of the adopted strategy. Synchronization and implementation of these undertakings is a multi-stage process, and the superior processes are those that have been classified as management functions, such as planning, organizing, leading and controlling. The article presents theoretical principles of management functions in health care facilities and their composing components.

Key words: management, management functions.

Warunkiem niezbędnym dla utrzymania wysokiej jakości świadczeń medycznych, a w konsekwencji prężnego rozwoju zakładu opieki zdrowotnej jest efektywna i skuteczna kadra, działająca na każdym szczeblu funkcjonowania placówki medycznej. Proces zarządzania instytucjami medycznymi stanowi obecnie wyodrębnione, samodzielne miejsce w teorii zarządzania. R.W. Griffin akcentuje, iż zasoby organizacyjne dyktują podejście podkreślające sprawność oraz skuteczność działania [1].

Nie bez znaczenia dla całej grupy kadr pielęgniarskich, a w konsekwencji dla zakładów opieki zdrowotnej, jest efektywne i racjonalne kierowanie personelem, celem wzmocnienia skuteczności, a także satysfakcji zawodowej. Nadrzędną rolę w tym zakresie, w jednostkach sektora zdrowotnego, pełnić powinni dyrektorzy ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne i oddziałowe [2]. Miernikiem działań organizacyjnych i personalnych jest poziom jakości wykonywanych usług zdrowotnych, stopień satysfakcji zawodowej, wysoka jakość pracy oraz zadowolenie pacjentów z realizowanych usług [3].

Nauka o zarządzaniu należy do grupy nauk społecznych [4. s. 25]. Podczas próby ujednoczenia definicji zarządzania, spotyka się pewną trudność. Związana jest ona przede wszystkim z faktem, iż istnieją czynniki, powodujące taki stan rzeczy, a mianowicie [4]:

- interdyscyplinarność nauki zarządzania
- wzajemne interakcje nauki zarządzania z praktyką społeczną – pozytywnym aspektem jest ujed-

nolicenie języka teorii i praktyki, co sprzyja skuteczności i przydatności nauki

- nauka o zarządzaniu jest bardzo młoda
- istniejące różnice w kulturze organizacyjnej różnych przedsiębiorstw.

Pomimo braku jednej, uniwersalnej wersji definicji zarządzania, teoretycy i praktycy tej dziedziny nauki, dokonując własnych odkryć i analiz w tym zakresie, bardzo często wskazują na te same czynniki, mające kluczowe znaczenie dla tego procesu. Wielorakość i liczebność podejmowanych prób świadczyć może o ogromnym znaczeniu i rozwoju nauki o zarządzaniu. Analiza literatury pozwala na pewne usystematyzowanie wiedzy, dotyczącej definiowania procesu zarządzania, gdyż oprócz istniejących różnic, wg różnych autorów, istnieje wyraźna spójność w postrzeganiu czynników o strategicznym znaczeniu dla tego procesu.

R.W. Griffin definiuje zarządzanie jako kompleks działań, które są skierowane na wszystkie dostępne w organizacji zasoby, które są skutecznie i sprawnie wykorzystywane, by osiągnąć sprecyzowane cele organizacyjne [1]. Stoner i wsp. używają terminu kierowanie (jako synonimu zarządzania), które według nich jest „procesem planowania, organizowania, przewodzenia i kontrolowania pracy członków organizacji oraz wykorzystywania wszelkich dostępnych zasobów organizacji do osiągnięcia jej celów” [5.]. Zdaniem J. Penca, o zarządzaniu można mówić wówczas, gdy jest to działalność kierownicza, polegająca na ustalaniu celów oraz

powodowaniu ich realizacji dzięki wykorzystaniu przez organizację zasobów, procesów i informacji w istniejących warunkach zewnętrznych jej działania (...) w sposób sprawny i skuteczny oraz zgodny ze społeczną racjonalnością działań gospodarczych [6].

Analiza terminologii procesu zarządzania może prowadzić do próby konkludowania czynników lub przebiegu procesów, mających wpływ na zarządzanie, niezależnie od naukowców wyjaśniających to zjawisko. E. Kirejczyk, wśród zasadniczych elementów dostrzega:

- podejmowanie decyzji oraz odpowiedzialność decyzyjną
- dążenie do osiągnięcia sprecyzowanych celów organizacyjnych
- gospodarowanie zasobami
- wywieranie wpływu na zachowania członków organizacji [4].

Zarządzanie organizacjami jest procesem złożonym. Jego wielowymiarowość polega przede wszystkim na sklasyfikowaniu i wdrażaniu czterech funkcji zarządzania. Należą do nich: planowanie, organizowanie, przewodzenie oraz kontrolowanie [1, 4, 6, 7].

Planowanie to proces precyzowania celów organizacyjnych oraz określania metod i sposobów ich realizacji [1, 5]. Efektywność ustalonych celów uzależniona jest od perfekcyjnego przekazania informacji o nich pracownikom, którzy będą bezpośrednio zaangażowani w ich realizację [7]. W teorii zarządzania opracowano zasady skutecznego planowania, które zawierają następujące komponenty:

- ustalenie celów organizacyjnych do realizacji
- wnikliwą analizę czynników zewnętrznych
- opracowanie założeń, będących fundamentem planu działania
- wdrożenie załogi do pracy nad planem
- opracowanie kilku postaci planu i wybór najbardziej optymalnego
- podział planu na zadania cząstkowe dla poszczególnych działów w organizacji
- zapoznanie personelu z oczekiwaniami w związku z wykonaniem planu
- opracowanie programów i zadań wspomagających lub niezbędnych do realizacji planu [8].

Organizowanie precyzuje i grupuje w sposób logiczny, niezbędne zasoby i działania [1, 7]. Jest to zbiór czynności, podejmowanych przez zarządzających, celem łączenia poszczególnych składników procesu. Należą do nich m.in.: zasoby ludzkie, finansowe, materiałowe, technologie, podział pracy i zadań. Staje się to konieczne dla określenia kompetencji przywódczych, ujednoczenia działań, tworzenia systemów gromadzenia i wymiany informacji [8]. Na proces organizowania, wg Stonera i wsp., składa się „porządkowanie i przydzielanie pracy, uprawnień decyzyjnych i zasobów poszczególnym członkom organizacji.” Działania te mają znaczenie w urzeczywistnianiu celów organizacyjnych, a zespoły zadaniowe wykazują się wzajemną współpracą w ramach wykształconej struktury [5]. Za wła-

ściwie przeprowadzonym etapem organizacji stoi wiele wymiernych korzyści. Zaliczyć do nich należy:

- precyzyjne określenie zakresu obowiązków dla zaangażowanych działów organizacji
- precyzyjny podział pracy na różnych stanowiskach
- ustalenie logicznej kolejności wykonywanych zadań
- efektywne systemy przebiegu informacji
- właściwą koordynację działań
- wyodrębnienie struktur władzy, ponoszących odpowiedzialność za proces planowania i kontroli [8].

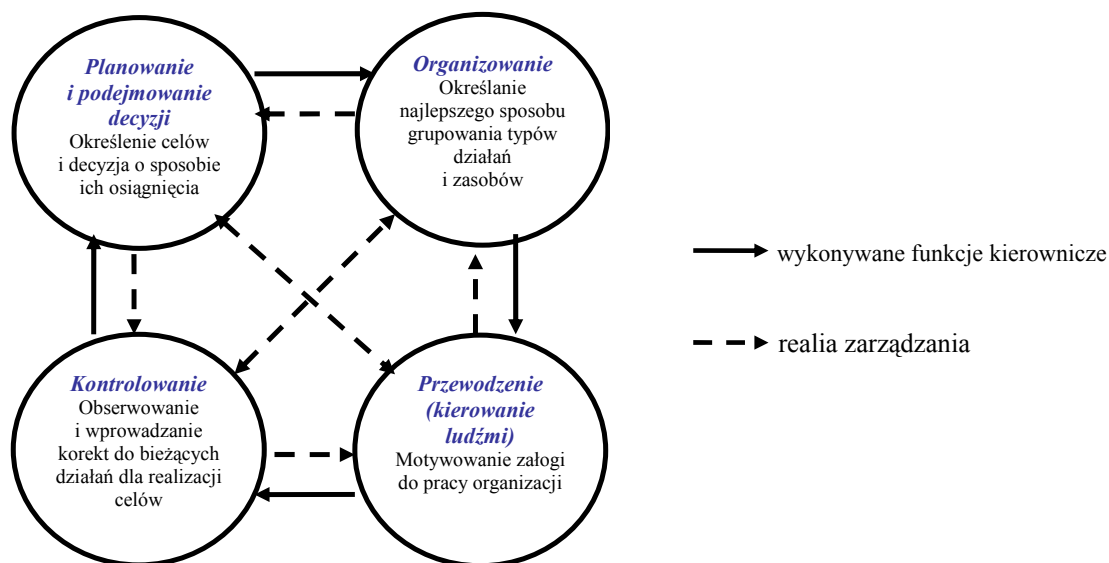
Przewodzenie jest procesem, którego celem jest wpływ na członków zespołu, by wykazywali współpracę realizując cele organizacji [1]. Zadaniem menedżerów jest motywowanie i informowanie pracowników odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych zadań. Kluczowe znaczenie dla sprawności tego procesu ma efektywna, wzajemna komunikacja [7]. Jest to „proces kierowania działaniami członków grupy lub całej organizacji, związanymi z wykonywaniem zadań oraz wywierania na nie wpływu” [5]. Na przewodzenie wpływają następujące procesy organizacyjne:

- motywowanie pracowników
- zapewnienie przywództwa w organizacji
- praca zespołowa
- efektywna komunikacja interpersonalna i sprawny przepływ informacji
- negocjowanie
- umiejętność rozwiązywania konfliktów interpersonalnych [5].

Kontrolowanie jest procesem, w którym istotnym działaniem jest obserwowanie faktycznego stanu wykonania zadań pod kątem realizacji celów organizacji i ich zgodności z działaniami planowanymi [1, 4, 5]. Funkcja ta pozwala zapewnić sprawność, niezbędną do skutecznego zarządzania. Wynikiem kontroli jest podjęcie aktywności nakierowanej na zwiększenie efektywności pracy całej organizacji. Kontrola umożliwia pomiar postępów w procesie realizacji celów organizacji, a także ustalenia odchyłeń od planu, aby móc wprowadzić korekty i uniknąć ich w przyszłości [9]. W procesie kontroli wyróżnić można:

- ustalenie standardów kontroli
- pomiar działań i ocenę stanu faktycznego
- porównanie wyników pomiarów z przyjętymi standardami
- konieczność wprowadzenia działań korygujących [8] lub ponowne sformułowanie celów [4],
- informowanie załogi (zarówno zwierzchników, jak i podwładnych) o wynikach pomiarów i analiz [7].

Zdaniem P. Druckera, organizacja powinna umożliwić każdemu pracownikowi proces kontrolowania i pomiaru, a także za jego przyczyną, kierowania swoją wydajnością [7]. Wzajemne relacje pomiędzy czterema funkcjami zarządzania oraz realia tego procesu na gruncie organizacyjnym zostały zaprezentowane na rysunku 1.



Rysunek 1. Proces zarządzania.
Figure 1. The management process.

Źródło (Source): Griffin R.W., (2002) Podstawy zarządzania organizacjami, s. 40.

Koordinacja wszelkich podejmowanych działań organizacyjnych, w zakresie realizacji podstawowych funkcji zarządzania, jest bezsprzecznym wymogiem dla prawidłowego realizowania celów instytucji, również medycznych, a za ich sprawą obranej drogi strategicznej i misji organizacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Griffin R.W., Podstawy zarządzania organizacjami, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
2. Głowacka M.D., Sobkowski M., Staszewski R., Wybrane determinanty efektywności zarządzania personelem pielęgniarskim, *Pielęg. Pol.*, 2008, 1(17)-2(18), s. 154-157.
3. Głowacka M.D., Nowakowska I., Wsparcie społeczne jako jeden z elementów efektywności zawodowej w realizacji podstawowych celów opieki zdrowotnej, [W:] *Zarządzanie Zdrowiem Publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych*, Głowacka M.D. (red.), Wydawnictwo WSKiZ, Poznań 2006.
4. Kirejczyk E., *Zrozumieć zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
5. Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R. jr., *Kierowanie*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 1998.
6. Penc J., *Strategie zarządzania. Perspektywiczne myślenie, systemowe działanie*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2002.
7. Drucker P.F., *Praktyka zarządzania*, Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa 2005.
8. Klich J., *Podstawowe problemy zarządzania szpitalem*, [W:] *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C., Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Tom I, Kraków 2000.
9. Vollmuth H.J., *Controlling. Planowanie, kontrola, kierowanie*, Agencja Wydawnicza „Placet”, Warszawa 2007.

Adres do korespondencji:

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

WYKORZYSTANIE OUTSOURCINGU W ZARZĄDZANIU PODMIOTEM LECZNICZYM

THE UTILIZATION OF OUTSOURCING IN MANAGEMENT OF A HEALTH CARE INSTITUTION

JAN NOWOMIEJSKI, RENATA RASIŃSKA

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

Streszczenie

Transformacja systemu opieki zdrowotnej przyniosła szereg nowych rozwiązań, w wyniku których podmioty lecznicze, objęte procesem przekształceń, musiały dostosować się do wymogów rynkowych. Zarządzanie finansami tych organizacji początkowo przysporzyło wiele problemów, z którymi nie mogły sobie poradzić. Zaczęto więc szukać nowych rozwiązań, w celu zidentyfikowania różnych możliwości ograniczenia kosztów funkcjonowania oraz pozyskiwania środków na inwestycje i rozwój.

Jedną z metod pozwalających na rozwiązanie problemów w służbie zdrowia jest outsourcing, czyli angażowanie firm zewnętrznych, które na podstawie umów z zakładem opieki zdrowotnej mają wykonywać zleczone usługi, m.in. usługi żywieniowe, pralnicze, transportowe, ochronę mienia oraz diagnostyczne.

Słowa kluczowe: zlecanie zadań, usługa, koszty, analiza.

Summary

The transformation of the health care system brought the whole range of new solutions, as a result of which therapeutic entities, involved in the process of transformation, had to adjust to the market demands. Managing funds of these organizations initially caused many problems they could not cope with. Thus, new solutions had to be found to identify various opportunities to reduce operation costs and procure funds for investments and development.

One of the methods enabling to solve problems in health care is outsourcing, i.e. involving external companies that should provide assigned services on the basis of contracts with health care institutions, for example food services, laundry service, transport services, property protection, diagnostic services.

Key words: assigning tasks, service, costs, analysis.

Cel outsourcingu

Outsourcing (korzystanie z zasobów zewnętrznych) jest to zlecenie całości lub części określonych zadań, funkcji lub procesów własnych do realizacji wyspecjalizowanej firmie zewnętrznej [1]. Można go również określić jako delegowanie na zewnątrz organizacji zadań lub czynności nie związanych z głównym profilem jej działalności.

Outsourcing po raz pierwszy pojawił się w Stanach Zjednoczonych na początku lat 70. ubiegłego stulecia i dotyczył w większości działań technicznych. W Europie podobnie jak i w Ameryce nabiera coraz większego znaczenia. Jest jedną z najefektywniejszych strategii zarządzania organizacją, a jego cel to zwiększenie skuteczności prowadzonej działalności [2]. Korzystanie z usług firm zewnętrznych, pozwala organizacji skoncentrować się na najistotniejszych zadaniach ściśle związanych z jej sferą działalności. Dzięki outsourcingowi organizacja minimalizuje swoje wydatki na działania nie związane z podstawowymi funkcjami i celami. Dzięki temu może ona utrzymać optymalną liczbę etatów, zapewniając sobie wystarczającą liczbę personelu odpowiednio wykwalifikowanego do realizacji zadań.

Outsourcing buduje między kupującym, a sprzedającym relację partnerską. Zakłada zainteresowanie obu part-

nerów problemem racjonalnego ograniczenia kosztów oraz optymalizacji procesów świadczenia usług.

Zlecanie zewnętrznym firmom usług dotychczas wykonywanych przez pracowników organizacji powinno być poddane solidnej analizie. Wnikliwe badanie powinno obejmować aspekty:

1. Organizacyjne.
2. Techniczne.
3. Terytorialne.
4. Majątkowe.
5. Finansowe.
6. Księgowe.
7. Prawne.
8. Własnościowe.

Przeprowadzona analiza umożliwia wyeliminowanie projektów outsourcingowych, które nie rokują poprawy sytuacji finansowej organizacji. Dokonując tej analizy należy wziąć pod uwagę korzyści oraz ryzyko związane z wdrożeniem usług outsourcingowych.

Podjęcie decyzji o outsourcingu wybranych usług powinno przebiegać według następującego schematu:

1. Rozpoznanie potrzeb organizacji w ramach usługi, którą planuje zlecić na zewnątrz.
2. Analiza kosztów korzyści i ryzyka wdrożenia outsourcingu.
3. Zapoznanie się z ofertami i wybór dostawcy usługi.

4. Negocjacje z kontrahentem i podpisanie kontraktu, w miarę możliwości elastycznego oraz uwzględniającego mierniki służące do oceny jakości usługi.

5. Powołanie osoby odpowiedzialnej za utrzymanie kontaktu z dostawcą usługi.

6. Motywacja dostawcy usługi.

7. Monitoring działalności dostawcy usługi.

8. Opracowanie własnego systemu kontroli dostawcy usługi.

9. Organizowanie spotkań z dostawcą usługi dotyczących dalszej współpracy oraz omówienie wyników działalności.

W wyniku wdrożenia outsourcingu następuje redukcja struktur organizacji, a za tym następuje poprawa

zarządzania. Następuje również obiektywizacja wyników ekonomicznych oraz rozwój przedsiębiorczości.

Bardzo istotne są przyczyny, dla których organizacja decyduje się na usługi outsourcingowe. Zaliczamy do nich:

1. Redukcję i kontrolę kosztów operacyjnych.

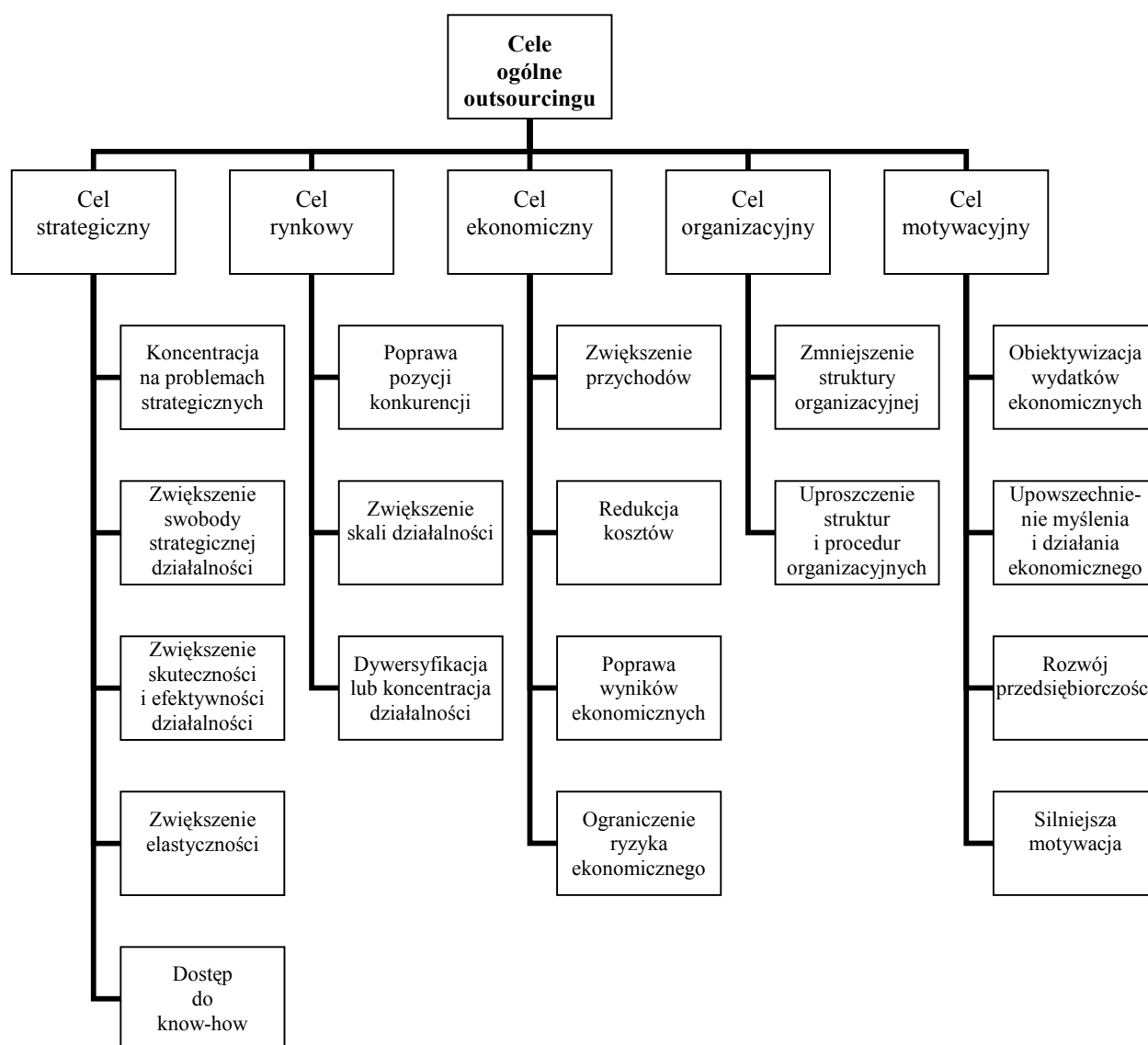
2. Zwiększenie koncentracji organizacji na podstawowej działalności.

3. Uzyskanie dostępu do mocy produkcyjnych najlepszej jakości.

4. Zwolnienie własnych zasobów do innych celów.

5. Uzyskanie zasobów, którymi organizacja nie dysponuje.

6. Przyspieszenie pojawienia się korzyści wynikających z restrukturyzacji.



Rycina 1 Ogólne cele outsourcingu

Figure 1. The general aims of the outsourcing

Źródło (Source): J. Cierznik, P. Pobrotyn, J. Drobnik, I. Czaprowska, Outsourcing jako możliwe narzędzie wspomagające restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej (w:) Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego. Nowoczesne narzędzia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie – controlling – outsourcing, t. 1, J. Drobnik, P. Kollbek (red.), Wrocław 2006, s. 97.

7. Uporanie się z funkcją trudną do wykonywania lub nie możliwą do kontrolowania.

8. Pozyskanie kapitału.

9. Podział ryzyka.

10. Dopływ gotówki.

Natomiast czynnikami sukcesu wdrożonego outsourcingu będzie:

- akceptacja ze strony kierownictwa, właścicieli oraz pracowników
- możliwość zapewnienia skutecznej kontroli danego procesu po jego wydzieleniu
- dokonywanie szczegółowych analiz organizacyjnych, terytorialnych, majątkowych, finansowych, kosztownych, prawnych i własnościowych [3].

Celem outsourcingu w ogólnym ujęciu jest zwiększenie skuteczności i efektywności prowadzonej działalności. Na ten ogólny cel składają się różnorodne cele cząstkowe. Są to przede wszystkim cele strategiczne, ekonomiczne, organizacyjne oraz rynkowe i motywacyjne.

Cel strategiczny – głównym celem strategicznym jest skoncentrowanie się organizacji na działalności kluczowej, decydującej o jej perspektywach rozwojowych, co pozwala na możliwość wyboru partnerów wzmacniających skuteczność i efektywność tej działalności.

Cel rynkowy – polega na poprawie pozycji konkurencyjnej organizacji macierzystej na jej rynku, a co za tym idzie zwiększanie skali działalności.

Cel ekonomiczny – powinien doprowadzić do zmniejszenia kosztów działalności kluczowej, lepszego wykorzystania majątku i poprawy wyników działalności organizacji macierzystej.

Cel organizacyjny – związany jest z redukcją struktury organizacyjnej oraz uproszczeniem struktur i procedur organizacyjnych.

Cel motywacyjny – pobudza do stosowania rachunku ekonomicznego w podejmowanych decyzjach i w efekcie determinuje rozwój przedsiębiorczości.

Rodzaje outsourcingu

Możemy wyróżnić dwa podstawowe rodzaje outsourcingu:

1. Outsourcing kontraktowy, zwany zewnętrznym.

2. Outsourcing kapitałowy, zwany wewnętrznym [2].

Outsourcing kontraktowy polega na rezygnacji z realizacji funkcji w strukturze organizacji i przekazaniu jej do wykonania innemu podmiotowi gospodarczemu na podstawie kontraktu (porozumienia lub umowy). Oznacza to, że rezygnuje się z wszystkich elementów związanych z realizacją funkcji w organizacji, co oznacza zwolnienie pracowników, sprzedaż bądź likwidację majątku, likwidację komórki funkcjonalnej, itp. Podstawą kontroli zadań jest umowa outsourcingowa, której głównymi składnikami są:

- określenie strony umowy
- przedmiot i zakres umowy
- rozpoczęcie i sposób świadczenia usług zleconych przez zleceniodawcę

- przekazanie niezbędnej dokumentacji
- określenie właściwej dokumentacji
- określenie wielkości wynagrodzenia za wykonana usługę
- czas trwania umowy oraz sposób jej wypowiedzenia
- zapisy dotyczące możliwości i realizacji zmiany umowy
- zasady poufności
- zasady rozwiązywania sporów
- ważność umowy i wykonalność częściowa
- prawo właściwe
- oryginał umowy, forma i liczba egzemplarzy
- podpis osób uprawnionych do podpisania umowy.

Outsourcing kontraktowy charakteryzuje:

- niska jakość i efektywność realizacji funkcji w strukturze organizacji
- niska jakość zasobów związanych z realizacją funkcji
- mała skala działalności
- niewielka możliwość pozyskiwania zleceń z rynku usług w zakresie zleconej działalności
- istnienie stabilnego oraz konkurencyjnego rynku usług w zakresie zleconej działalności
- przyzwolenie społeczne dla redukcji zatrudnienia i likwidacji majątku [3].

Jako przykład outsourcingu kontraktowego można podać:

- likwidację własnej księgowości i zlecenie realizacji zadań księgowych do biura rachunkowego
- rezygnację z zatrudnienia radców prawnych i zlecenie obsługi prawnej kancelarii prawnej.

Outsourcing kapitałowy polega na wydzieleniu funkcji z organizacji w postaci powiązanej kapitałowo spółki-córki. Co z tym się wiąże, elementy związane z realizacją funkcji w ramach organizacji nie ulegają likwidacji, ale są przekazywane do nowego podmiotu gospodarczego. Można tu uniknąć redukcji etatów. Występuje także możliwość kontroli realizowanej działalności.

Outsourcing kapitałowy charakteryzuje:

- stosunkowo wysoka jakość realizacji funkcji w strukturze
- unikatowość i jakość zasobów pozyskiwania zleceń z rynku zewnętrznego
- presja rynku zewnętrznego na wzrost jakości świadczonych usług
- stała i pełna kontrola działalności
- ograniczenie skutków społecznych przez wydzielenie działań
- dążenie do uzyskania rentowności z kapitału zaangażowanego w wydzieloną działalność [3].

Outsourcing kapitałowy może być realizowany poprzez:

- wydzielenie transportu zewnętrznego ze struktury organizacji w postaci spółki-córki transportowej
- wydzielenie działalności socjalnej ze struktury organizacji w postaci spółki-córki socjalnej.

Tabela 1. Porównanie outsourcingu kapitałowego i kontraktowego
Table 1. The comparison of contract and capital outsourcing

Outsourcing kontraktowy	Outsourcing kapitałowy
Funkcja	
Wydzielenie z zakładu macierzystego i przekazanie do realizacji niezależnemu podmiotowi	Wydzielenie z zakładu macierzystego i przekazanie do spółki-córki
Pracownicy	
Pracownicy podlegają zwolnieniu lub przeniesieniu do innych działalności, funkcję przejętych zadań realizują pracownicy niezależnego podmiotu	Pracownicy macierzystego zakładu zostają zatrudnieni (przechodzą) w „spółce-córce”
Majątek	
Majątek macierzystego zakładu podlega sprzedaży lub likwidacji albo wykorzystywany jest do innej działalności, funkcja realizowana jest za pomocą majątku podmiotu, któremu zlecono zadanie	Majątek zostaje przekazany spółce-córce
Organizacja	
Organizacja zewnętrzna i wewnętrzna zostają zlikwidowane; niezależny podmiot, któremu zlecono zadania, stosuje własne rozwiązania organizacyjne; podporządkowanie organizacyjne zastąpione zostaje podporządkowaniem kontraktowym	Organizacja wewnętrzna jest przejmowana przez spółkę-córke; wewnętrzne podporządkowanie zostaje zastąpione podporządkowaniem kapitałowym
Uprawnienia i odpowiedzialność	
Niezależny podmiot posiada pełnię uprawnień i odpowiedzialności z tytułu realizacji zleconych zadań	Spółka-córka uzyskuje pełnię uprawnień i odpowiedzialności z tytułu realizacji funkcji

Źródło (Source): J. Cierznak, P. Pobrotyn, J. Drobnik, I. Czaprowska, Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006, s. 100.

W konkluzji dotychczasowych rozważań możemy stwierdzić, że outsourcing w organizacji może przynieść następujące korzyści:

- umożliwia koncentrację na podstawowych celach działalności
- pozwala utrzymać zdecydowanie niższy poziom zatrudnienia, zapewniając jednocześnie wykwalifikowany personel dla zadań podstawowych
- zapewnia najwyższą jakość usług w oparciu o doświadczenia oraz specjalizację firm świadczących je
- zmniejsza nakłady inwestycyjne na utrzymywanie bazy technicznej powierzonych działalności
- odciąża różne działy np. zaopatrzenie
- powoduje uwolnienie środków i zaangażowanie ich w podstawową działalność
- wpływa na obniżenie kosztów
- ułatwia kontrolę wydatków
- pozwala na wyższy poziom usług świadczony przez specjalistów
- umożliwia fachowe doradztwo zewnętrznych ekspertów
- powoduje dużą elastyczność specjalistycznych firm
- zmniejsza nakłady inwestycyjne na utrzymywanie bazy technicznej i organizacyjnej powierzonych działalności.

Outsourcing ma oczywiście i negatywne strony. Powstają one zarówno w organizacji oddającej część swoich zadań w cudze ręce, jak i po stronie firmy zewnętrznej. Źródłem ewentualnych problemów może być chęć zbyt dużej redukcji kosztów, co może doprowadzić

wykonawcę do działania na granicy opłacalności, doprowadzając jednocześnie do obniżenia jakości produktu lub usługi. Dojść może również do wyboru firmy outsourcingowej na podstawie relacji pozamerytorycznych. Jedną z pułapek, w którą łatwo wpaść jest zbyt delegowanie odpowiedzialności za prawidłowy przebieg programu. Można delegować do wykonania wiele zadań, ale nie można delegować odpowiedzialności. Negatywne strony outsourcingu tkwią również w firmach oferujących swoje usługi. Zdarza się, że są to firmy bez odpowiedniego przygotowania merytorycznego, nie posiadające odpowiednio wykwalifikowanej kadry, czy nie mające po prostu praktycznego doświadczenia w przeprowadzaniu projektów znajdujących się w ich ofercie. Dlatego tak ważne jest właściwe wybranie firmy outsourcingowej [4].

Możliwości stosowania outsourcingu w podmiotach leczniczych

Zmiany, które zaszły w ochronie zdrowia w latach 1998/1999 zapoczątkowały szereg nowych rozwiązań, dzięki którym podmioty lecznicze przeszły transformację, która polegała przede wszystkim na zmianie gospodarki finansowej i uzyskaniu osobowości prawnej. Samofinansowanie na początku przysparzało wiele trudności. Problemy, które powstawały wymogły na osobach zarządzających tymi organizacjami zmianę podejścia do zasad gospodarki finansowej i poszukanie innych rozwiązań. Bardzo dużo podmiotów leczniczych w tym

okresie podjęło działania w kierunku zmiany struktury organizacyjnej oraz redukcji etatów. Wiązało się to ze zmianami struktury, polegającymi na dodaniu czy likwidacji poszczególnych poradni, oddziałów, a także przekazaniu niektórych jednostek organizacyjnych niepublicznym podmiotom leczniczym. W tym samym czasie nastąpił wzrost wydzielania ze struktur organizacyjnych działalności pomocniczej [3]. Zaczęto zlecać poszczególne usługi firmom zewnętrznym (outsourcingowym) co pozwoliło na obniżenie kosztów. Jako pierwsze pojawiły się prywatne firmy, które realizowały usługi nie medyczne, takie jak: ochroniarskie, sprzątające oraz zajmujące się obsługą pralni i zbiorowego żywienia. Dziś firmom outsourcingowym zlecane są także inne usługi, zarówno nie medyczne, jak i medyczne, które mają zapewnić:

- niższe koszty i wyższą jakość realizowanej działalności
- nowoczesne technologie i sprzęt
- profesjonalizm personelu.

Firmy oferujące usługi podmiotom leczniczym, przyciągają potencjalnych klientów przede wszystkim korzyściami związanymi z kosztami. Najczęściej oferowane korzyści to:

- niższe koszty tej samej działalności w wykonaniu wyspecjalizowanej firmy przy zachowaniu co najmniej takiego samego, a najczęściej wyższego poziomu jakości
- możliwość korzystania „od zaraz” z nowoczesnych technologii i sprzętu, na które zakład opieki zdrowotnej nie może sobie pozwolić
- wyższy poziom profesjonalizmu dzięki specjalizacji personelu
- ekonomizacja wykorzystania eksploatowanego sprzętu
- poprawa wizerunku [5].

W podmiotach leczniczych na zewnątrz najczęściej wyprowadzane są usługi związane z logistyką, wśród których można wymienić:

- sprzątanie
- transport
- obsługę techniczną
- obsługę informatyczną
- żywienie
- pranie
- prace remontowo-budowlane
- diagnostykę (laboratoryjna, obrazowa, patologia)
- inne.

Usługi sprzątania – istnieje wiele powodów, dla których podmioty lecznicze zlecają sprzątanie firmom zewnętrznym. Jednak głównym powodem jest chęć poprawienia czystości oraz obniżenie kosztów. Czystość jest ważnym elementem wpływającym na ocenę przez pacjentów jakości świadczonych usług.

Istnieje wiele różnych form i zakresów wprowadzania usługi sprzątania. Outsourcing w najmniejszym zakresie oznaczać będzie:

- sprzątanie powierzchni nie medycznych, takich jak korytarze, pomieszczenia administracyjne czy ogólnodostępne
- dbanie o czystość na wewnętrznych ulicach i chodnikach
- sprzątanie wewnętrznych powierzchni nie medycznych oraz chodników i ulic.

Natomiast outsourcing w formie poszerzonej oznaczać będzie sprzątanie wszystkich powierzchni na terenie podmiotu leczniczego, włączając powierzchnie medyczne wraz z blokami operacyjnymi.

Usługi żywieniowe – wyznacznikiem sukcesu wielu organizacji opieki zdrowotnej stała się satysfakcja pacjentów z otrzymanej usługi, w tym z wyżywienia. Należy pamiętać, że odpowiednie wyżywienie wraz z odpowiednią dietą jest ważnym elementem w procesie leczenia. Niestety niewiele podmiotów leczniczych ma kuchnię, która spełnia te wymogi, większość pomieszczeń kuchennych jest przeznaczona do gruntownych remontów. Podmioty te nie stać na drogą inwestycję w ten majątek, zwłaszcza gdy nie dysponują najpotrzebniejszą aparaturą medyczną. Dlatego zlecają usługę żywieniową firmom zewnętrznym.

Istnieją dwie formy outsourcingu żywieniowego. Pierwsza z nich polega na oddaniu kuchni szpitalnej w obce ręce, na przykład spółce pracowniczej lub innemu zainteresowanemu podmiotowi gospodarczemu, a następnie zakupie posiłków w tej kuchni. Druga forma to przekazanie żywienia firmie cateringowej.

Wyróżnia się dwa systemy dystrybucji posiłków: tacowy i termosowy. W systemie tacowym pacjent otrzymuje szczelnie zamkniętą tacę, co gwarantuje bezpieczeństwo bakteriologiczne. Posiłki do pacjentów trafiają bezpośrednio z kuchni centralnej. System ten nie może być wprowadzony w każdym obiekcie ze względu na bariery architektoniczne. W systemie termosowym posiłki przygotowane w kuchni centralnej dostarczane są do kuchенок oddziałowych w termosach. System ten umożliwia dystrybucję posiłków w obrębie 50 km bez wpływu na jakość, temperaturę i smak.

Wybór systemu dystrybucji posiłków powinien być dokonany na podstawie dokładnej analizy obiektu (rozkładu topograficznego, układu ciągów komunikacyjnych, powierzchni kuchni centralnej, itp.) [6].

Usługi transportowe – korzystanie z tych usług jest związane przede wszystkim z dużymi nakładami środków finansowych na inwestowanie w nowe środki transportu.

Firmom zewnętrznym głównie zlecany jest transport niemedyczny, szczególnie w przypadkach, gdy przy podmiotach leczniczych działa ratownictwo medyczne, które zajmuje się również transportem medycznym. Zdarza się jednak, że firmom zewnętrznym zleca się transport medyczny, najczęściej wtedy, gdy ratownictwo medyczne ma problemy z odtwarzaniem taboru samochodowego. Transport niemedyczny wymaga w pewnych sytuacjach specjalistycznych pojazdów, dlatego ekonomicznie nieuzasadnione jest utrzymywanie samochodów, które są potrzebne sporadycznie.

Usługi techniczne – istnieją tu podobne przesłanki z ich korzystania, jakie determinują „kupowanie” usług sprzątnia. Do tego dochodzi brak personelu posiadającego odpowiednie kwalifikacje i brak ekonomicznego uzasadnienia zatrudnienia na umowę o pracę specjalistów z różnych dziedzin. W tych przypadkach skomplikowane usterki usuwane są przez bardziej wyspecjalizowane firmy zewnętrzne, posiadające niezbędny sprzęt oraz odpowiednio wykwalifikowany personel.

Usługi informatyczne – dość powszechną usługą informatyczną przekazywaną zewnętrznym firmom jest serwis sprzętu komputerowego oraz administrowanie sieciami komputerowymi oparte o popularne systemy operacyjne. Usługodawca jest z reguły przekształconym w samodzielną spółkę dawnym działem informatyki. W przypadku wyspecjalizowanego sprzętu komputerowego, jednym z najbardziej stosowanych form outsourcingu jest obsługa komputerów centralnych. Zamawiającemu nie opłaca się zatrudniać drogich specjalistów i woli tego typu usługi przekazywać profesjonalnej firmie. Kolejną formą usług informatycznych jest dzierżawa komputera centralnego. Może ona polegać na:

- wydzierżawieniu serwera i usytuowaniu go na terenie szpitala
- wydzierżawieniu mocy obliczeniowej o gwarantowanej wydajności (serwery znajdują się w firmie zewnętrznej).

Inną odmianą jest forma, w której jednostka centralna jest własnością szpitala, ale usytuowana jest w siedzibie firmy informatycznej. Dalszym rozwinięciem modelu outsourcingu w tym zakresie jest dzierżawa nie tylko specjalizowanego serwera, ale także komputerów lokalnych, sprzętu oraz przekazanie do konserwacji i obsługi wyspecjalizowanych aplikacji.

Usługi pralnicze – zmieniające się przepisy w zakresie wymogów jakie powinny być spełnione w zakresie prania, powodują konieczność modernizacji pralni. Podmioty lecznicze nie mają pieniędzy na taką modernizację, poza tym pranie na zbyt małą skalę powoduje, że utrzymanie pralni okazuje się nieopłacalne.

Usługi pralnicze w przypadku outsourcingu mogą być realizowane dwoma sposobami. W pierwszym z nich podmiot leczniczy pozwala na działalność firmie zewnętrznej we własnej pralni i płaci za usługi pralnicze. W drugim płaci za pranie wykonywane poza jego terenem. W tym sposobie należy uwzględnić koszty transportu. Z badań wynika, że w wielu przypadkach pranie w wyspecjalizowanej pralni, piorącej na dużą skalę, nawet znacząco odległej od szpitala, jest tańsze niż pranie przez firmę zewnętrzną na terenie szpitala.

Usługi diagnostyczne (laboratoryjne, diagnostyka obrazowa) – najczęstszą przyczyną zawierania umów w tym sektorze jest konieczność pozyskania inwestora kapitałowego w celu nabycia nowoczesnego sprzętu diagnostycznego lub zlecenie wykonywania tych usług firmie posiadającej odpowiedni sprzęt. Inną przyczyną jest zwiększenie produktywności w tym obszarze poprzez lepszą organizację oraz wydłużenie czasu pracy i zwiększenie liczby wykony-

wanych badań. Kolejną przyczyną jest pozyskanie wysokiej klasy specjalistów, którzy mogą być wynagradzani na indywidualnych kontraktach.

Outsourcing badań laboratoryjnych można podzielić na zewnętrzny i wewnętrzny. W przypadku outsourcingu zewnętrznego wszystkie badania laboratoryjne, bądź jedynie niektóre wykonywane są na zewnątrz podmiotu leczniczego. Dotyczą one:

- wyłącznie badań wysoko specjalistycznych
- badań specjalistycznych i wysoko specjalistycznych
- wszystkich badań za wyjątkiem CITO i parametrów labilnych
- wszystkich badań w godzinach popołudniowych i nocnych
- wszystkich badań – pozostawienie jedynie badań na oddziałach typu gazometria, glukozy.

Outsourcing wewnętrzny to zmiana struktury własności laboratorium szpitalnego i dalsze wykonywanie badań, przez fizycznie to samo laboratorium na terenie podmiotu leczniczego. Laboratorium to może być przekształcone w spółkę zależną lub niezależną od podmiotu leczniczego.

Outsourcing diagnostyki obrazowej może polegać na przejęciu przez firmę zewnętrzną całego zakładu diagnostyki obrazowej, łącznie ze sprzętem i obciążeniami. Firma może także wymienić sprzęt i zorganizować na własny koszt nowe pracownie w oparciu o swoje aparaty. Może również zaproponować przejęcie personelu, dzięki czemu podmiot leczniczy uniknie konieczności redukcji kadry medycznej.

W zakresie diagnostyki obrazowej możliwe są usługi outsourcingowe polegające na konsultowaniu i odczytywaniu zdjęć rentgenowskich, obrazów z mammografów, itp., a także usługi intensywnego nadzoru i konsultacji (np. kardiologicznych) z dużej odległości w ramach globalizacji usług zdrowotnych [7].

Usługi inne – wymienić tu można dostawę ciepła, lub obsługę kotłowni, utrzymanie terenów zielonych oraz usługi administracyjno-zarządcze. Do tej kategorii mogą być również zaliczane kontrakty lekarzy.

Podsumowanie

Spółeczeństwo jest odbiorcą usług medycznych, dlatego aby zaspokoić potrzeby pacjenta, podmioty lecznicze muszą ciągle udoskonalać swoje usługi zarówno medyczne, jak i nie medyczne. Jednym z rozwiązań, które pomaga w udoskonaleniu ich działalności jest outsourcing. W Polsce outsourcing ciągle się rozwija, a jego głównym motorem napędowym jest chęć obniżenia kosztów. Przy podejmowaniu decyzji o outsourcingu należy jednak pamiętać, że powinien on również poprawić jakość działalności.

PIŚMIENNICTWO

1. Krupski R., Metody zarządzania przedsiębiorstwem w przestrzemi marketingowej, AE im. Oskara Langego, Wrocław 2002.

2. Trocki M., Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej, PWE, Warszawa 2001.
3. Cierzniaak J., Pobrotyn P., Drobnik J., Czaprowska I., Outsourcing jako możliwe narzędzie wspomagające restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej (w:) Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego. Nowoczesne narzędzia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie – controlling – outsourcing, t. 1, J. Drobnik, P. Kollbek (red.), Wrocław 2006.
4. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Outsourcing>.
5. Czapliński J., Modne słowo – outsourcing, Zakażenia, PZWL, 2003 (3).
6. Kucharek K., Przewodnik Menedżera Zdrowia, 2002 (2).
7. Klich J., Telemedycyna a procesy globalizacji usług zdrowotnych, VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, Informatyzacja jako narzędzie sprawnego zarządzania zoz-em, Białowieża 2008.

Adres do korespondencji:

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

EFEKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA JEDNOSTEK GOSPODARCZYCH

ECONOMIC EFFECTIVENESS OF ECONOMIC ENTITIES

ANDRZEJ KLAMEREK, MAREK BAUMGART

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

Streszczenie

Efektywność ekonomiczna to relacja nakładów do efektów. Badanie efektywności odbywa się wieloma sposobami i metodami od analizy wstępnej dokumentacji finansowej po analizę wskaźnikową. Ona to sprowadza się do obliczania odpowiednich wskaźników finansowych i ich porównywanie w czasie i przestrzeni. Do ich obliczania wykorzystuje się dane zawarte w bilansie firmy oraz rachunku zysków i strat. Do podstawowych obszarów badania efektywności ekonomicznej firmy można zaliczyć: płynność finansową, rentowność, obrotowość majątku, zarządzanie długiem, sprzedaż, wynik finansowy i wiele innych. W niniejszym opracowaniu przedstawiono wskaźniki określające szybkość z jaką w jednostce obracane są zapasy, należności, aktywa ogółem oraz okres po jakim firma spłaca swoje zobowiązania.

Słowa kluczowe: ekonomia, wynik finansowy, jednostki gospodarcze.

Analiza wskaźnikowa

Wskaźnikowa analiza kondycji finansowej jednostek gospodarczych stanowi rozwinięcie wstępnej analizy podstawowych dokumentów finansowych i oparta jest na badaniach wzajemnych relacji zachodzących pomiędzy poszczególnymi elementami bilansu oraz rachunku zysków i strat. Zalecana jest z wielu powodów, a przede wszystkim, dlatego że:

- charakteryzuje różne aspekty działalności gospodarczej przedsiębiorstwa i umożliwia osobie z zewnątrz ocenę kondycji finansowej
- celowo dobrany zestaw wskaźników umożliwia badanie trendów i progresji na przestrzeni co najmniej kilku lat
- stwarza szansę porównań z przeciętnymi wskaźnikami dla branży, grupy przedsiębiorstw, podobnych przedsiębiorstw, a także ze wskaźnikami konkurentów w określonym momencie
- wskazuje sposoby, możliwości i niezbędne usprawnienia – jest to konieczne, jeśli organizacja jest zarządzana mniej efektywnie niż konkurencyjne firmy
- może wyjaśnić spadek zysku i potencjalne możliwości jego wzrostu [1].

Analiza wskaźnikowa sprowadza się do obliczania odpowiednich wskaźników finansowych i ich porównywania do jakiegoś punktu odniesienia: czy to w przekro-

Summary

Economic efficiency describes a relation of inputs (resources) to outputs (results). It is examined using a large number of methods and techniques, from preliminary analysis of financial records through to ratio analysis. The latter involves calculation and comparison of appropriate financial indicators over time; the ratios are derived from information found in a company's balance sheet and profit and loss account. The main areas where economic efficiency is measured include liquidity, profitability, asset turnover, debt management, sales, profit or loss, and many others. This study examines turnover ratios for such items as stock, debtors, total assets or creditors.

Key words: economics, financial effects, economic entities.

ju sektorowym (branżowym), czy w czasie. Do ich obliczania wymagane są zarówno informacje zawarte w bilansie firmy, jak i w rachunku z zysków i strat.

W przekroju sektorowym najlepiej jest porównać wskaźniki danej firmy ze wskaźnikami uzyskanymi przez podobną firmę albo ze wskaźnikami średnimi dla danej branży, lub też uzyskanymi przez firmy stanowiące reprezentatywną próbkę branży. Dla menedżera finansowego istotne jest przede wszystkim poznanie wielkości odchylenia między wskaźnikami dla danej firmy a ich średnimi odpowiednikami dla całej branży, bądź dla reprezentatywnej próbki. Znaczne odchylenia między rozpatrywanymi wskaźnikami muszą prowadzić do zastanowienia się czy prowadzona w firmie polityka jest słuszna. Drugi rodzaj analizy wskaźnikowej, sprowadza się do oceny kształtowania się rozpatrywanych wskaźników danego przedsiębiorstwa w dłuższym okresie. Klasyfikacja wskaźników służących do analizy sytuacji finansowej firmy zawiera:

- wskaźniki płynności
- wskaźniki zadłużenia (zarządzania długiem)
- wskaźniki efektywności (obrotowości)
- wskaźniki rentowności (zyskowości)
- wskaźniki wartości rynkowej [1].

W niniejszym opracowaniu przedstawione zostaną wskaźniki efektywności (obrotowości), które są przede wszystkim wielkościami określającymi szybkość z jaką w jednostce obracane są zapasy, należności i aktywa

ogółem oraz okres po jakim firma przeciętnie spłaca swoje zobowiązania. Wskaźniki obrotowości ze względu na swoją budowę możemy podzielić na trzy podgrupy:

- Wskaźniki produktywności (rotacji) generalnie przedstawiają relację przychodu do innego elementu. Może to być przychód na działalności operacyjnej podstawowej, całej działalności operacyjnej, działalności finansowej, całej działalności gospodarczej, tylko ze sprzedaży konkretnego produktu. Przychód powinien być merytorycznie powiązany z elementem z mianownika. W pewnych sytuacjach uwzględniamy tu koszty. Owy inny element może być wynikiem ekonomicznym lub stanem ekonomicznym (w wartości przeciętnej by istniało formalne powiązanie licznika i mianownika) dotyczące majątku, kapitału lub składników kapitałowych, zasobów osobowych. Wskaźniki produktywności mówią jak jedna jednostka posiadanego majątku, kapitału czy stanów osobowych lub poniesionych kosztów przyczynia się do wykreowania przychodów. Mówią też, ile razy ów składnik majątkowy, kapitałowy, osobowy lub poniesiony koszt wykonał obrotów (cykli transformacji, rotacji) w ciągu badanego okresu.
- Zaangażowania – ze względu na swoją konstrukcję są odwrotnością wskaźników produktywności. Mówią, ile musimy jednostek majątku, kapitału, zasobów osobowych zaangażować lub ile musimy ponieść kosztów, aby otrzymać jednostkę przychodów.
- Czasu trwania obrotu (cyklu) – odpowiadają na pytanie ile czasu potrzeba, aby został wykonany pełen cykl rotacji majątku, kapitału, zasobów osobowych lub poniesionych kosztów [1].

Wskaźnik rotacji należności informuje ile razy w ciągu roku jednostka odtworzyła swój stan należności, czy też ile cykli obrotowych należności miało miejsce w ciągu roku obrachunkowego. Jego konstrukcja wygląda następująco [5]:

$$\text{wskaźnik rotacji należności} = \frac{\text{przychód ze sprzedaży/przeciętny stan należności}}{\text{przychód ze sprzedaży/przeciętny stan należności}}$$

Nie występuje wzorcowa wartość tego wskaźnika, choć niektórzy autorzy próbują ją podawać. Jedyną możliwością jego oceny są porównania w czasie i przestrzeni. Oczekuje się, że w rozwijającym się podmiocie wartość tego wskaźnika będzie wysoka, z tendencją wzrostową. Porównanie w przestrzeni musi być przeprowadzone w stosunku do konkretnej branży lub przedsiębiorstwa. Zadowalający poziom tego wskaźnika powinien oscylować w przedziale 7,0–10,0. Jeżeli wartość tego wskaźnika spada poniżej 7,0 oznacza to, że przedsiębiorstwo kredytyje swoich klientów, co wiąże się z długim zamrożeniem środków pieniężnych w należnościach.

Wskaźnik rotacji należności w dniach (Recivables Turnover) informuje o okresie oczekiwania na uzyskanie należności za swoją sprzedaż kredytową.

$$\text{wskaźnik rotacji należności w dniach} = \frac{\text{średni stan należności} \times 365 \text{ dni/sprzedaż netto}}{\text{przychód ze sprzedaży}}$$

W wielu jednostkach niezrealizowane należności wynoszą około 2 miesięcy. Kiedy płatności przekraczają ten okres powstaje zagrożenie zatorów płatniczych. Optymalna wartość tego wskaźnika zależy od rodzaju działalności przedsiębiorstwa. Wskaźnik okresu spłaty zobowiązań przyjmuje postać [5]:

$$\text{wskaźnik okresu spłaty zobowiązań} = \frac{\text{zobowiązania bieżące} \times 365 / \text{koszty własne sprzedaży}}{\text{przychód ze sprzedaży}}$$

Wskaźnik spłaty zobowiązań używany jest do określenia średniego czasu regulowania zobowiązań danej jednostki. Wydłużenie okresu spłaty zobowiązań jest korzystne dla każdej jednostki gospodarczej. Zobowiązania krótkoterminowe są bowiem jednym ze źródeł finansowania aktywów i ich zwiększenie oznacza mniejsze zapotrzebowanie na kapitał pracujący. Mimo to, przedsiębiorstwo powinno dotrzymywać terminów spłaty swoich zobowiązań. W przeciwnym wypadku mogą wystąpić dodatkowe koszty w postaci karnych odsetek i utraty wizerunku wiarygodnego partnera.

Wskaźnik rotacji zapasów informuje o tym, ile razy w ciągu roku posiadane przez jednostkę zapasy zostały przekształcone w wyroby gotowe. Jest to wskaźnik określający efektywność wykorzystania zapasów. Niski wskaźnik sugeruje, że poziom zapasów jest zbyt wysoki i zakład niepotrzebnie ponosi koszty magazynowe [4].

$$\text{wskaźnik rotacji zapasów} = \frac{\text{przychód ze sprzedaży/przeciętny stan zapasów}}{\text{przychód ze sprzedaży/przeciętny stan zapasów}}$$

Wskaźnik rotacji zapasów w dniach może być liczony na dwa sposoby [4]:

$$\text{wskaźnik rotacji zapasów w dniach} = \frac{\text{średni stan zapasów} \times 365 \text{ dni/sprzedaż netto}}{\text{przychód ze sprzedaży}}$$

$$\text{wskaźnik rotacji zapasów w dniach} = \frac{365 \text{ dni/wskaźnik rotacji zapasów}}{\text{przychód ze sprzedaży}}$$

Wyraża co ile dni przedsiębiorstwo odnawia swoje zapasy dla zrealizowania sprzedaży. Wysoki poziom wskaźnika informuje o wolnym obrocie zapasami, niski o szybkim. W przypadku tego wskaźnika ważna jest branża, do której należy przedsiębiorstwo. Inny jest optymalny poziom wskaźnika w zakładach mięsnych (krótszy), a jeszcze inny np. w firmach skupujących sezonowo runo leśne (dłuższy).

Wskaźnik rotacji zapasów materiałowych można wyrazić wzorem:

$$\text{wskaźnik rotacji zapasów materiałowych} = \frac{\text{przeciętny stan zapasów materiałowych} \times 365 / \text{koszty materiałów}}{\text{przychód ze sprzedaży}}$$

Wskaźnik rotacji zapasów wyrobów gotowych w dniach to [5]:

$$\text{wskaźnik rotacji zapasów wyrobów gotowych w dniach} = \frac{\text{przeciętny stan zapasów wyrobów gotowych w dniach} \times 365}{\text{koszty działalności operacyjnej}}$$

Wskaźnik rotacji zapasów produkcji w toku w dniach przyjmuje postać [5]:

$$\text{wskaźnik rotacji zapasów produkcji w toku w dniach} = \frac{\text{przeciętny stan zapasów produkcji w toku} \times 360}{\text{koszty działalności operacyjnej}}$$

Wskaźnik rotacji majątku obrotowego opisuje efektywność wykorzystania aktywów obrotowych i przyjmuje postać:

$$\text{wskaźnik rotacji majątku obrotowego} = \frac{\text{przychód ze sprzedaży/przeciętny stan aktywów obrotowych}}$$

Oczekuje się wzrostu jego wartości w czasie, świadczącego o coraz lepszym wykorzystaniu aktywów obrotowych przez jednostkę. Na jego wartość wpływają wszystkie składniki majątku obrotowego, dlatego też dla dokładniejszej analizy konieczne jest badanie efektywności poszczególnych grup aktywów – przede wszystkim należności i zapasów.

Wskaźnik obrotowości aktywów obliczany jest jako relacja sprzedaży netto do średniego stanu aktywów ogółem [4]:

$$\text{wskaźnik obrotowości aktywów} = \frac{\text{sprzedaż netto/średni stan aktywów ogółem}}$$

Wskaźnik ten informuje o stopniu efektywności wykorzystania majątku, czyli odpowiada na pytanie, jak firma gospodaruje swoim majątkiem. Wskaźnik ten można również interpretować jako miarę określającą wartość sprzedaży netto przypadającą na jednostkę zaangażowanego majątku całkowitego (aktywów ogółem). Pożądanym jest wzrost tego wskaźnika, ponieważ świadczy on o wzroście produktywności majątku. Wartość obrotowości aktywów niższa od 1.0 oznacza, że przychody netto uzyskiwane ze sprzedaży wymagają bardziej niż proporcjonalnego zaangażowania majątku i świadczy o nieefektywnym gospodarowaniu aktywami.

Wskaźniki uzupełniające są to przede wszystkim wskaźniki długości trwania jednego obrotu; w przypadku należności nazywane wskaźnikami czasu windykacji. Pokazują one tę samą informację co wskaźniki obrotowości, tylko w innej jednostce. Dodatkowo można również badać wskaźnik produktywności kapitału pracującego.

Wskaźnik średniego okresu windykacji należności można liczyć na dwa sposoby [2]:

$$\text{wskaźnik średniego okresu windykacji należności} = \frac{\text{przeciętny stan należności/przeciętna sprzedaż dzienna}}{\text{lub}}$$

$$\text{wskaźnik średniego okresu windykacji należności} = \frac{\text{przeciętny stan należności} \times 365 \text{ dni/}}{\text{przychody ze sprzedaży}}$$

Wskaźnik ten ukazuje przeciętny czas jaki przedsiębiorstwo czeka na spłatę należności. Oczekuje się, że wskaźnik ten będzie wykazywał tendencję malejącą lub przynajmniej będzie stabilny. Negatywnym zjawiskiem jest jego wzrost, mogący świadczyć o utrudnieniach w ściąganiu należności.

Podobnie jak należności, również w przypadku zapasów można obliczyć wskaźnik czasu trwania jednego obrotu. Dwie metody jego wyznaczania wyglądają następująco [4]:

$$\text{wskaźnik czasu trwania jednego obrotu w dniach} = \frac{\text{przeciętny stan zapasów/przeciętna sprzedaż dzienna}}{\text{lub}}$$

$$\text{wskaźnik czasu trwania jednego obrotu w dniach} = \frac{\text{przeciętny stan zapasów} \times 365 \text{ dni/}}{\text{przychody ze sprzedaży}}$$

Z reguły korzystnym zjawiskiem jest wzrost wskaźnika rotacji zapasów i spadek wskaźnika czasu trwania jednego obrotu. W tej sytuacji bowiem, firma zmniejsza ilość utrzymywanych zapasów, co powoduje spadek kosztów magazynowania.

Wskaźnik produktywności kapitału pracującego informuje o wielkości przychodów ze sprzedaży przypadających na jedną złotówkę kapitału pracującego i można go wyrazić wzorem [4]:

$$\text{wskaźnik produktywności kapitału pracującego} = \frac{\text{przychody ze sprzedaży/}}{\text{przeciętna wartość kapitału pracującego}}$$

Pozytywnym zjawiskiem jest jego wzrost oznaczający wzrost obrotowości kapitału pracującego.

Model „DU PONTA”

Ten szczególny przypadek analizy wskaźnikowej jest przydatny w pokazaniu, jak stopa zysku i rotacja aktywów współdziałają w kształtowaniu wskaźnika rentowności majątku i, jak z kolei, stopa rentowności majątku wraz z polityką długu wpływa na kształtowanie się wskaźnika rentowności kapitału własnego.

Model ten łączy ze sobą elementy analizy finansowej, wskazując na występujące zależności pomiędzy określoną aktywnością przedsiębiorstwa i obrazującymi ją wskaźnikami. Informuje o efektywności poszczególnych działań przedsiębiorstwa, co można przedstawić w uproszczeniu w postaci następującej formuły:

$$\text{(zysk netto/sprzedaż)} \times \text{(sprzedaż netto/aktywa ogółem)} \times \text{(aktywa ogółem/kapitał własny)} = \text{(zysk netto/kapitał własny)}$$

albo:

$$ROE = \text{wskaźnik rentowności sprzedaży netto} \times \text{wskaźnik rotacji aktywów ogółem} \times \text{mnożnik kapitału własnego}$$

lub:

$$ROE = \text{Stopa zwrotu kapitału} \times \text{wskaźnik rentowności aktywów (ROA)} \times \text{mnożnik kapitału własnego}$$

Czasami też można spotkać się z określeniem, iż:

$$ROE = ROA \times \text{dźwignia}$$

lub, używając bardziej potocznych słów, możemy zapisać, iż:

$$\text{zwrot kapitału} = \text{zwrot na aktywach} \times \text{dźwignia} = \text{zwrot na sprzedaży} \times \text{obrót aktywów} \times \text{dźwignia} [2]$$

Dźwignia operacyjna wyraża użycie stałych kosztów operacyjnych przez przedsiębiorstwo. W długim okresie wszystkie koszty są zmienne. Z tego względu rozważania uwzględniające stałe koszty z konieczności odnoszą się do krótkiego okresu. Ze stałością tej części kosztów funkcjonowania przedsiębiorstwa związane jest istnienie progu rentowności. Występuje wtedy, gdy zmianom w przychodach ze sprzedaży towarzyszą większe zmiany w zysku operacyjnym przed spłatą odsetek i opodatkowaniem (EBIT). Dźwignia dotyczy struktury majątku (aktywów) i jego wykorzystania. Wzrost wykorzystania posiadanych zdolności produkcyjnych powoduje tzw. względną obniżkę kosztów stałych, co daje więcej niż proporcjonalną zmianę zysku operacyjnego (EBIT). Jest to efekt dźwigni operacyjnej [3].

Stopień dźwigni operacyjnej (DOL):

$$DOL = \frac{MC}{EBIT}$$

sprzedaż – koszty zmienne = MC

sprzedaż – koszty zmienne – koszty stałe = EBIT

MC = marża brutto

EBIT = zysk operacyjny przed spłatą odsetek i opodatkowaniem

Dźwignia finansowa (DFL) występuje wówczas, gdy przedsiębiorstwo wykorzystuje obcy kapitał, który wymaga płacenia odsetek. Znajduje ona szczególne zastosowanie w zarządzaniu strukturą kapitału firmy. Wskazuje na efekty dochodowe związane ze zmianą rentowności kapitału własnego, które uzyskano dzięki zmianie struktury kapitału polegającej na wykorzystaniu kapitału obcego.

$$DFL = \frac{EBIT}{EBT}$$

sprzedaż – koszty zmienne – koszty stałe = EBIT

sprzedaż – koszty zmienne – koszty stałe – odsetki = EBT

gdzie:

EBT = zysk brutto

EBIT = zysk operacyjny przed spłatą odsetek i opodatkowaniem [3]

Efekt dźwigni finansowej jest tym większy, im wyższe są stałe koszty finansowe, tzn. większe są zmiany zysku na jedną akcję (EPS) uzyskane z jednego procenta zmiany zysku operacyjnego (EBIT). Jednak wówczas większe jest ryzyko finansowe związane z działalnością przedsiębiorstwa. Im stopień dźwigni jest bliższy jedności, tym mniejsze jest ryzyko finansowania działalności przedsiębiorstwa.

Dźwignia łączna (DCL) stanowi iloczyn dźwigni operacyjnej i dźwigni finansowej. Stopień dźwigni obliczany na podstawie formuły:

$$DCL = DOL \times DFL$$

gdzie:

DOL = stopień dźwigni operacyjnej,

DFL = stopień dźwigni finansowej [4].

Biorąc pod uwagę różne sposoby ujmowania dźwigni operacyjnej i finansowej, wykorzystane mogą być różne formuły zapisu dźwigni łącznej.

Dźwignia operacyjna związana jest ze strukturą majątku i jego wykorzystaniem w istniejących warunkach działania przedsiębiorstwa.

Ocena pozycji rynkowej może być dokonywana z punktów widzenia:

- oceny finansowej
- oceny źródeł informacji
- przyszłych przedsięwzięć inwestycyjnych
- oceny zdolności płatniczej [3].

Podstawowym celem jest przedstawienie przyszłego, teraźniejszego i przyszłego obrazu przedsiębiorstwa z określeniem najistotniejszego aspektu jego rozwoju.

Kluczowym przedmiotem oceny sytuacji rynkowej przedsiębiorstwa jest jego zyskowność bieżąca i perspektywiczna, związana z wypłatą dywidendy i ruchem w górę kursu akcji przy zdolności do wywiązywania się ze zobowiązań finansowych zarówno krótko, jak i długoterminowych. W ograniczonych przypadkach, dla spółek notowanych na giełdzie, ocena koncentruje się na analizie wyłącznie poziomu tych zjawisk.

Występują trzy niezależne płaszczyzny oceny:

- zysk osiągany przez spółkę
- aktualna cena rynkowa akcji
- dywidenda płacona akcjonariuszom.

Oceny spółki dokonuje się poprzez porównanie następujących wskaźników; cena akcji do zysku na jedną akcję, cena jednej akcji do wartości księgowej, cena akcji do zysku powiększonego o amortyzację, czy dywidendową stopę zwrotu.

W ocenie przedsiębiorstwa na rynku, a w szczególności trendu rozwojowego, wykorzystuje się badania marketingowe, które są punktem wyjścia dla określenia przyszłego standingu finansowego przedsiębiorstwa.

Pełna ocena pozycji rynkowej przedsiębiorstwa prowadzona jest zazwyczaj pod kątem:

- zyskowności
- płynności finansowej
- efektywności zarządzania majątkiem firmy
- wiarygodności kredytowej [2].

Ocena wiarygodności kredytowej – polega na określeniu zdolności przedsiębiorstwa do wywiązywania się z długoterminowych zobowiązań finansowych (kredyt inwestycyjny, dzierżawa, leasing). Podstawą oceny wiarygodności kredytowej jest zatem przebadanie elementów, do których się ona odnosi (stanu zadłużenia, wielkości przychodów i kosztów, majątku przedsiębiorstwa).

Jak bowiem wykazują badania nad przyczynami bankructw przedsiębiorstw, utrata zdolności płatniczej jest procesem złożonym i zwykle wygląda następująco: błędne decyzje, pogorszenie zyskowności, problemy z utrzymaniem płynności finansowej i niezdolność do spłaty zobowiązań.

Próg rentowności

Analiza większości projektów inwestycyjnych wskazuje, iż są one rentowne jeżeli wielkość produkcji zbliża się do poziomu mocy produkcyjnych – gdy zdolności produkcyjne są prawie całkowicie wykorzystane.

Do oceny momentu, w którym projekt inwestycyjny zacznie przynosić zysk służy m.in. analiza progu rentowności. Jest to technika analityczna pozwalająca zbadać związki między kosztami i przychodami dla różnych poziomów wykorzystania mocy produkcyjnych. Natomiast, dokładnie rzecz ujmując, przez próg rentowności rozumie się taką ilość produkcji, dla której całkowite przychody z jej sprzedaży są równe całkowitym kosztom, a więc jest to wolumen produkcji, który nie będzie powodował dalszych strat w działalności.

Analiza progu rentowności oparta jest na rachunku kosztów, który dzieli je na koszty wzrastające wraz z wolumenem produkcji i sprzedaży (koszty zmienne) oraz koszty, które są w krótkim okresie niezależne od rozmiarów produkcji i sprzedaży (koszty stałe).

$$BEP = \frac{Ks}{(Cj - Kzj)}$$

Ks – całkowite koszty stałe,

Cj – cena jednostkowa,

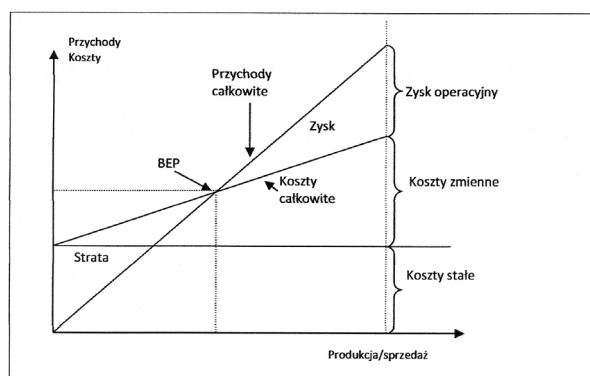
Kzj – koszt zmienny jednostkowy [2].

Próg rentowności można również przedstawić w sposób graficzny, który obrazuje wykres 1.

Efektywność ekonomiczna to relacja nakładów do efektów. Badanie efektywności odbywa się wieloma sposobami i metodami od analizy wstępnej dokumentacji finansowej po analizę wskaźnikową. Ona to sprowadza się do obliczania odpowiednich wskaźników finansowych i ich porównywanie w czasie i przestrzeni. Do ich obliczania wykorzystuje się dane zawarte w bilansie firmy oraz rachunku zysków i strat.

Wykres 1. Próg rentowności

Graph 1. The profitability economic entities



Źródło (Source): Bień W.: Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa, Difin, Warszawa 2006.

Do podstawowych obszarów badania efektywności ekonomicznej firmy można zaliczyć: płynność finansową, rentowność, obrotowość majątku, zarządzanie długiem, sprzedaż, wynik finansowy i wiele innych. W niniejszym opracowaniu przedstawiono wskaźniki określające szybkość z jaką w jednostce obracane są zapasy, należności, aktywa ogółem oraz okres po jakim firma spłaca swoje zobowiązania.

PIŚMIENNICTWO

1. Wypych M., Finanse przedsiębiorstwa z elementami zarządzania i analizy, ABSOLWENT, Łódź 2006.
2. Frank K. Reilly, Keith C. Brown, Analiza inwestycji i zarządzanie portfelem, PWE, Warszawa 2001.
3. Dębski W., Zarządzanie finansami, Tom I, CIM, Warszawa 2007.
4. Bień W., Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa, Difin, Warszawa 2006.
5. Ostaszewski J., Analiza finansowa i wycena firmy według standardów EWG, CIM, Warszawa 1992.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11

60-179 Poznań

PRZETACZANIE KRWI U ŚWIADKÓW JEHOWY

BLOOD TRANSFUSIONS IN JEHOVAH'S WITNESSES

ARLETA PIETRZKIEWICZ

Zakład Opieki Zdrowotnej ZOZ MEDICUS w Wągrowcu
Kierownik: mgr Joanna Matczyńska

Streszczenie

Krew uczestniczy w podstawowych zjawiskach fizykochemicznych żywego organizmu. Przetaczanie krwi to zabieg o podwyższonym ryzyku, dlatego konieczne jest uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na jego wykonanie. Chory ma ustawowe prawo odmowy wyrażenia zgody na transfuzję bez konieczności uzasadniania swego stanowiska. Bardzo często taka sytuacja występuje w przypadku leczenia Świadków Jehowy, którym religia zabrania przyjmowania „obcej krwi” w jakiegokolwiek postaci. Zdarza się, że pojawia się wówczas kolizja stanowisk na linii pacjent – lekarz. Każdym z nich kierują inne priorytety, co pociąga za sobą rozterki moralne. Świadek Jehowy walczy o zbawienie duszy, personel medyczny o uratowanie jego życia. Pomimo tego, że jesteśmy w stanie zrozumieć jeden i drugi punkt widzenia, to nie jesteśmy w stanie rozwiązać dylematów etycznych, które takie sytuacje za sobą niosą.

Słowa kluczowe: transfuzja krwi, Świadek Jehowy, etyka lekarska.

Summary

Blood participates in basic physicochemical phenomena of a living organism. A blood transfusion is a treatment with an increased risk therefore it is necessary to obtain written consent of a patient to its implementation. The sick possess a statutory law to refuse consent for blood transfusion without the necessity to justify their opinions. This situation occurs very often in the treatment of Jehovah's Witnesses whom the religion forbids to receive "foreign blood" in any form. It happens that there is a collision between a patient and a doctor. They have different priorities and it causes moral dilemmas. Jehovah's Witness fights for the salvation of the soul, the medical staff want to save his or her life. Although we can understand both points of view, we are not able to resolve ethical dilemmas which are caused by such situations.

Key words: blood transfusion, Jehovah's Witness, medical ethics.

Krew uczestniczy w podstawowych zjawiskach fizykochemicznych żywego organizmu. Wskazania dotyczące przetaczania krwi są ściśle sprecyzowane i ograniczone ze względu na możliwość wprowadzenia do organizmu chorego licznych antygenów [1]. Personel medyczny zdaje sobie sprawę z zagrożeń, dlatego transfuzja krwi jest zalecana tylko w konieczności. Lekarz nie tylko ocenia stan kliniczny chorego, ewentualne korzyści i szkody, ale także musi rozważyć możliwość zastosowania alternatywnych środków leczniczych [2].

Lekarz, aby działać legalnie musi uzyskać pisemną zgodę pacjenta na zabieg operacyjny oraz na przetaczanie krwi, gdyż jest to interwencja o podwyższonym ryzyku. Kierując się zasadą poszanowania autonomii pacjenta jesteśmy zobowiązani do uszanowania jego woli. Bez względu na motywy (ideologiczne, zdrowotne, osobiste) należy przyjąć, że brak zgody pacjenta na wykonanie zabiegu jest równoznaczny z jego delegacją.

Po stronie woli pacjenta stoi między innymi zapis „Konwencji o ochronie praw człowieka i godności ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny” (Oviedo, 1992) [3]. Prawo polskie również jasno i wyraźnie precyzuje zasady udzielania zgody chorego na interwencje medyczne. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także Ustawa o zakładach opieki zdro-

wotnej z 2011 r. – zapewniają pacjentowi prawo do odmowy lub żądania zaprzestania udzielania świadczenia i są przejawem jego zdolności do samodecydowania. Z kolei Kodeks Etyki Lekarskiej i Kodeks Karny normują swoim zakresem przestępstwo wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Przy zabiegach o podwyższonym ryzyku zgoda taka musi być udzielona na piśmie, a czynność medyczna wykonana zgodnie z wymogami sztuki i wiedzy medycznej [4].

Mogłoby się wydawać, że skoro jest tyle obwarowań ustawowych to sprawa jest klarowna i oczywista. Życie jednak niesie z sobą wiele dylematów etyczno-prawnych, moralnych, ideologicznych. W naszych czasach wolność wyboru wyznania jest kwestią ważną, mamy wolną wolę i rozum, czyli prawo decydowania o swojej życiowej drodze, także teologicznej. Poszanowanie godności człowieka to także poszanowanie jego wyboru w kwestii religii.

„...jeśli kto z domu Izraela albo spośród przybyszów, którzy osiedlili się między nami, będzie spożywał jakąkolwiek krew, zwrócę oblicze moje przeciwko temu człowiekowi spożywającemu krew i wyłączę go spośród jego ludu. Bo życie całe jest we krwi a ja dopuściłem ją dla was tylko na ołtarzu, aby dokonywała przebłagania za wasze życie, ponieważ krew jest przebłaganiem za życie. Dlatego dałem nakaz Izraelitom: nikt z Was nie będzie spożywał krwi.” [5].

Świadkowie Jehowy wierzą, że przyjęcie obcej krwi w jakiegokolwiek postaci zamyka im drogę do zbawienia. Zgodnie ze swoim światopoglądem nie zgadzają się na transfuzję krwi, nawet w sytuacjach krytycznych, gdy odmowa grozi śmiercią. Mają prawo do decydowania o swoim życiu. Mogą umrzeć nie korzystając z pomocy medycznej. Mogą zażądać, aby przeniesiono ich do innej placówki medycznej. Czy mają jednak prawo wymagać od lekarza, aby ten nie udzielił im koniecznej pomocy i wyraził świadomą zgodę na śmierć? Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej zadaniem lekarza jest ochrona zdrowia i życia ludzkiego oraz niesienie ulgi w cierpieniu [6]. Najważniejszym nakazem etycznym jest dobro chorego (*salus aegroti suprema lex esto*). Lekarz musi postępować zgodnie z całą swoją wiedzą medyczną, a jednocześnie zgodnie z własnym sumieniem. Życie ludzkie jest nietykalną świętością – winien o nie walczyć z wykorzystaniem wszystkich osiągnięć i możliwości medycyny. Jak taką postawę pogodzić z prawem do odmowy leczenia?

Powstaje problem natury moralno-etycznej, którego żadne przepisy nie są w stanie rozwiązać. Świadkowie Jehowy posługują się tzw. „oświadczeniem dla służby zdrowia”, które budzi wiele kontrowersji. Uwalniają w nim personel medyczny od odpowiedzialności cywilnej za ewentualne zaniechanie wynikłe z odmowy leczenia związanego z podaniem krwi. Warto się zastanowić czy takie oświadczenie może uspokoić sumienie lekarza, któremu „odchodzi” pacjent? Czy oświadczenie ma taką samą wartość w chwili, gdy zdrowy człowiek je podpisuje, jak wówczas, gdy ten sam człowiek nieprzytomny walczy o życie nie mając możliwości zmiany decyzji? Trudno obiektywnie odpowiedzieć na te pytania, zwłaszcza, że każdym z nas kierują emocje, a morale i przekonania religijne nie zostają bez wpływu na nasz światopogląd. Jeszcze bardziej newralgiczną kwestią jest odmowa zgody na transfuzję krwi dzieci Świadków Jehowy. Wolę rodziców należy szanować, ale czy w tym przypadku? Rodzice nie mają wobec swych dzieci prawa życia i śmierci. Nie mamy też pewności, że dziecko wychowane w takiej wierze nie zechce pójść inną drogą i nie stanie się wyznawcą innej religii. W Polsce, jeśli występuje kolizja woli pomiędzy przedstawicielem ustawowym dziecka, a stanowiskiem lekarza – wówczas decyduje sąd opiekuńczy wydając postanowienie. W przypadku, gdy czas gra rolę, a zagrożenie jest duże – decyzję może podjąć lekarz. Podobnie wygląda sytuacja, gdy każdy z rodziców ma odmienne zdanie i nie mogą oni dojść do porozumienia.

Mimo że jest to podstawowe marzenie medycyny – naturalnej krwi nie da się ciągle niczym zastąpić. Tak długo jak będzie ona najcenniejszym darem życia, tak długo będą istniały dylematy etyczno-moralne. Szanujmy stanowisko Świadków Jehowy, ale uszanujmy też stanowisko personelu medycznego. Sąd powinien wydawać obiektywny werdykt oparty na prawie, ale i ono nie jest do końca „przejrzyste” skoro możemy znaleźć kazusy, które raz przyznają rację jednej raz drugiej stronie [7].

Stanowisko Świadków Jehowy zdaje się „wiązać ręce” lekarzom. Dla niektórych z nich jest to jednak dodatkowe wyzwanie rzucone medycynie. Uważają, że ta „trudność” stanowi pole popisu dla nowych technik i metod leczenia, a także umiejętności i doświadczenia ich samych.

Analiza tematu prowadzi nas do wniosku, że pomimo obowiązujących obwarowań ustawowych nie jesteśmy w stanie przyjąć jednoznacznego stanowiska w tej kwestii. Każdy pacjent to żywa istota posiadająca swoje prawa, obowiązki, ale też przekonania, nadzieje i oczekiwania. Lekarze kierują się tym samym, dlatego każdy przypadek i sytuację należy rozpatrywać indywidualnie. Jak mawiał Hipokrates „*omnium atrium medicina nobilissima est*”. Utożsamiając się z tą sentencją postarajmy się dbać o pacjenta w miarę naszych możliwości w aspekcie fizycznym, ale także psychicznym i duchowym.

PIŚMIENNICTWO

1. Encyklopedia dla pielęgniarek pod red. J. Bogusza, Wydanie III, PZWL, Warszawa 1990, s. 511.
2. Łętowska M., Leczenie krwią i jej składnikami w Polsce, Puls Med., 2002, 7(34).
3. Konwencja o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec zastosowań Biologii i Medycyny z dnia 4 listopada 1997 r.
4. Kubiak R., Prawo medyczne, Warszawa 2010, s. 339.
5. Jankowski A. (red. nauk.), Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Poznań – Opole 2005, Księga Kapłańska 17, 10-12.
6. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., art. 2.
7. Nestorowicz M., Francuski precedens – świadkowie przegrywają przed sądem, Prawo i Med., 2000, 5,

Adres do korespondencji:

Arleta Pietrkiewicz
 MEDICUS-BONUS
 Rakownia, ul. Szczygła 2
 62-095 Murowana Goślina

JUŻ NIE ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ, A PODMIOT DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

NOT A HEALTH CARE INSTITUTION ANYMORE BUT A HEALTH CARE ENTITY INSTEAD

NATALIA WALICKA, ELŻBIETA OLEK

Natalia Walicka – Zdrowie Publiczne – rok III specjalizacja: zarządzanie w opiece zdrowotnej;
Elżbieta Olek

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

Streszczenie

Dnia 1 lipca 2011 roku weszła w życie ustawa o działalności leczniczej, której podstawowym celem jest uporządkowanie i ujednoczenie form prawnych według których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz uregulowanie w jednym akcie prawnym zasad prowadzenia działalności leczniczej. Na mocy ustawy podmioty wykonujące działalność leczniczą uzyskały status przedsiębiorcy. Osobą odpowiedzialną za zarządzanie podmiotem leczniczym będącym przedsiębiorcą ponosi przedsiębiorca, natomiast w przypadku podmiotu niebędącego przedsiębiorcą, odpowiedzialność ta spoczywa na kierowniku. Ustawa reguluje zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Organem wyższego stopnia w sprawach odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Słowa kluczowe: działalność lecznicza, podmiot leczniczy, rejestr.

Dnia 1 lipca 2011 roku weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654), która uchyliła ustawę z dnia 30 kwietnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, wprowadziła zmiany w systemie organizacji ochrony zdrowia. Podstawowym celem obowiązującej ustawy jest uporządkowanie i ujednoczenie form prawnych, zgodnie z którymi udzielane są świadczenia zdrowotne, oraz uregulowanie w jednym akcie prawnym zasad prowadzenia działalności leczniczej.

Ustawa określiła definicję podstawowych pojęć, funkcjonujących w sektorze zdrowotnym, a odchodzi od koncepcji zakładu opieki zdrowotnej. Określenie „zakład opieki zdrowotnej” zostało zastąpione wyrażeniem „podmiot działalności leczniczej”, którym według ustawy mogą być: przedsiębiorcy we wszystkich formach przewidywanych dla wykonywania działalności gospodarczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, które prowadzą badania w zakresie medycyny, fundacje, stowarzyszenia i kościoły, które wykonują zadania z zakresu działalności leczniczej.

Co zatem określa sformułowanie „działalność lecznicza”? Otóż działalnością leczniczą jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także promocja zdrowia, realizacja

Summary

On 1st July 2011 a new act on medical activity took effect. Its main aims are to regulate and standardise legal forms in accordance with which health services are rendered as well as to organise the regulations on managing a medical activity within one act. On the basis of the act, the entities which conduct medical activities gained an entrepreneur status. The responsibility for managing an entrepreneur medical entity lies with the entrepreneur while in the case of non-entrepreneur entity the person responsible for running it is a manager. The act standardises the regulations of keeping record of medical activity entities. The adequate Health Minister is the superior authority which makes decisions on rejection of registration, its modification and annulment.

Key words: medical activity, medical entity, registration.

zadań dydaktycznych i badawczych z zakresu medycyny oraz wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 1 i 2). Wyróżnia się trzy rodzaje prowadzenia tej działalności, są to: świadczenia szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne oraz świadczenia ambulatoryjne.

Na mocy obowiązującej ustawy podmioty wykonujące działalność leczniczą uzyskują status przedsiębiorcy. Ustawa nie obliguje przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki, ale wprowadza zakaz tworzenia nowych sp. z o.o., (wyjątek stanowi utworzenie nowego sp. z o.o., z dwóch odrębnych, które łączą się w jeden sp. z o.o.). Wprowadza ponadto regulacje, określające procedury fakultatywnego przekształcenia sp. z o.o. w spółkę kapitałową, bez konieczności jego wcześniejszej likwidacji, stosując jednocześnie mechanizmy wsparcia przekształceń, takie jak: umorzenie długów sp. z o.o., czy dotacje.

Z dniem wejścia w życie ustawy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych.

Funkcjonowanie podmiotów leczniczych opiera się na ustawie o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2004, Nr 173, poz. 1807). Podmiot (po uzyskaniu właści-

wego wpisu do rejestru działalności gospodarczej w gminie lub Krajowym Rejestrze Sądowym) chcąc zarejestrować działalność leczniczą, składa wniosek o wpis do rejestru do właściwego wojewody dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego; dołącza decyzję w formie opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz oświadczenie osoby upoważnionej przez podmiot tworzący, że dane zawarte we wniosku są kompletne i zgodne z prawdą. Nie są już potrzebne dokumenty potwierdzające dane zawarte we wniosku. Wnioskodawca bierze na siebie odpowiedzialność spełnienia wszystkich warunków. Weryfikacji danych objętych oświadczeniem (np.: statutu, regulaminu, umowy najmu oraz tego czy osoba składająca oświadczenie jest osobą upoważnioną do jego złożenia) dokonuje się podczas kontroli następczej. W momencie obowiązywania przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, kontrole odbywały się także przed rejestracją działalności leczniczej.

Przepisy te są odpowiedzią na ustawę z dnia 26 marca 2011 roku o ograniczeniu barier administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorstw (Dz. U. z 2011, Nr 106, poz. 622), która weszła w życie 1 lipca 2011 roku. Ustawa ta ma być ważnym krokiem w budowaniu „sprawnego państwa”, poprawić relacje pomiędzy przedsiębiorcami (obywatelami), a urzędami oraz znacznie obniżyć koszty administracyjne.

Lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne nadal będą mogli prowadzić samodzielną praktykę lekarską i pielęgniarską, bądź też grupową praktykę w ramach spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej. Zmiany dotyczą natomiast systemu rejestrowego. Do tej pory funkcjonowanie rejestrów prowadzonych odrębnie dla zakładów opieki zdrowotnej przez wojewodów lub Ministra Zdrowia oraz rejestrów praktyk lekarskich i pielęgniarskich prowadzonych przez właściwe organy samorządów zawodowych, zastąpi jeden publiczny, jawny rejestr podmiotów działalności leczniczej. Okręgowe Izby Lekarskie i Pielęgniarskie, które dotąd działały odrębnie, muszą zostać włączone do głównego rejestru ostatecznie do dnia 31 grudnia 2011 roku (art. 217 ust. 1 i 2).

Podmiot leczniczy, który został wpisany do rejestru, zobowiązany jest zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych, które są objęte rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W przypadku nie wywiązania się z obowiązującego przepisu, organ rejestrowy upoważniony jest, w drodze decyzji administracyjnej, do nałożenia na podmiot wykonujący działalność leczniczą kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę. Za podanie nieprawdziwych danych grozi także wykreślenie z rejestru oraz zakaz prowadzenia działalności leczniczej przez okres 3 lat. Novum w odniesieniu do dotychczasowych przepisów stanowi wprowadzenie sankcji na podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Szczególną zmianą wpisu w rejestrze jest zmiana polegająca na wykreśleniu przedsiębiorstwa na wniosek podmiotu, bądź gdy wnioskodawca naruszył przepisy art. 108 ust. 2 ww. ustawy. Organem uprawnionym do wydania tej

decyzji jest właściwy wojewoda dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego, a w przypadku praktyk zawodowych lekarzy właściwa okręgowa izba lekarska i praktyk pielęgniarskich właściwa okręgowa izba pielęgniarska.

Zasadniczą zmianą jaką wprowadziła ustawa o działalności jest fakt, iż organem wyższego stopnia w sprawach odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru jest minister właściwy do spraw zdrowia, a nie jak to było do tej pory w przypadku praktyk lekarskich – Naczelna Izba Lekarska, a pielęgniarskich – Naczelna Izba Pielęgniarska (art. 110 ust. 4). Organ wyższego stopnia może także zlecić przeprowadzenie kontroli wojewodom, konsultantom krajowym, bądź jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra, w celu sprawdzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, pod względem medycznym oraz zgodności z prawem.

Podmiot leczniczy (np. spółka) mający jednostki organizacyjne prowadzone w formie nzo-ów, zarejestrowane na terenie różnych województw, zgodnie z ustawą będzie musiał dokonać zmian organizacyjnych, polegających na utworzeniu przedsiębiorstw (przekształceniu przedsiębiorstw), które będą wpisane do rejestru prowadzonego na terenie województwa ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego (spółki). Stworzyć to może problemy organizacyjne m.in. przy przeprowadzaniu kontroli, ponieważ wojewoda będzie musiał delegować osoby do innego, często odległego województwa. Jest jednak rozwiązanie, które opiera się na zasadach wzajemnej współpracy pomiędzy organami samorządu terytorialnego i jest zgodne z przepisami prawa na podstawie art. 52 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000, nr 98, poz. 1071 z późn. zm.).

Ustawa nie zmieniła przepisów odnoszących się do sposobu zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek. Nadal mogą wykonywać pracę na podstawie umowy o pracę, bądź też na podstawie umowy cywilnoprawnej, czyli tzw.: „kontraktów”. Został zachowany przywilej normy czasu pracy pracowników medycznych, który dalej będzie wynosił 37 godzin i 55 minut, w wymiarze tygodniowym, co po podzieleniu na 5 dni roboczych, daje 7 godzin i 35 minut na dzień. Pracownik medyczny ma również prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku na dobę, a w przypadku gdy pełni dyżur, prawo to musi być zrealizowane tuż po jego zakończeniu.

Osobą odpowiedzialną za zarządzenie podmiotem leczniczym będącym przedsiębiorcą, ponosi przedsiębiorca, natomiast w przypadku podmiotu niebędącego przedsiębiorcą, odpowiedzialność ta spoczywa na kierowniku. Kierownikiem może zostać osoba, która posiada wiedzę i doświadczenie dające gwarancję prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika, posiada wykształcenie wyższe, co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończyła studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy oraz nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie. Kierownik wykonuje swoją funkcję na podstawie

umowy o pracę, bądź umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem tworzącym podmiot leczniczy.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, powinien spełniać wymagania dotyczące pomieszczeń i urządzeń, które odpowiadają rodzajowi wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych; dotyczą one w szczególności warunków ogólnie przestrzennych i sanitarnych, oraz instalacyjnych. Jeżeli podmiot nie spełnia tych warunków na podstawie art. 207 wyżej cytowanej ustawy, zobowiązany jest do dostosowania pomieszczeń i urządzeń do dnia 31 grudnia 2016 roku.

Dnia 29 września 2011 roku zostało opublikowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2011 r., Nr 221, poz. 1319), które uchyliło szereg rozporządzeń Ministra Zdrowia związanych z rejestrem. Po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia rozporządzenia, na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 1–3 ustawy o działalności leczniczej tracą moc następujące rozporządzenia: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych

praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i grupowych praktyk pielęgniarek, położnych.

(Praca została przygotowana na podstawie materiałów uzyskanych podczas praktyk studenckich realizowanych w Ministerstwie Zdrowia w lipcu 2011 roku).

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2011 r. Nr 221, poz. 1319).

Adres do korespondencji:

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

ZADANIA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO PO WYŁONIENIU STOMII

NURSE'S TASKS IN CARING FOR ULCERATIVE COLITIS PATIENTS WHO UNDERWENT STOMA OPERATIONS

PAULINA POBŁOCKA, BEATA BAJURNA

Zakład Organizacji i Zarządzania
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Studentka – II SUM kierunek Pielęgniarstwo
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Istotnym zagadnieniem jakie przedstawiono w pracy były zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w pierwszych dobach po zabiegu wyłonienia stomii. Zwrócono uwagę na problemy pielęgnacyjne występujące i mogące wystąpić, a także przedstawiono działania pielęgniarstwa na nie ukierunkowane. Wykonanie sformułowanych w procesie pielęgnowania działań pielęgniarstwa ma ogromne znaczenie w zapobieganiu powstaniu groźnych dla życia i zdrowia pacjentki dolegliwości. W przypadku obserwowanej pacjentki istotna była współpraca z zespołem operacyjnym, która sprzyjała podejmowaniu właściwych decyzji i czynności pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: zadania pielęgniarki, opieka pooperacyjna, stomia.

Summary

Important issue as outlined in the work of the task were nurses in the care of patients with ulcerative colitis in the first days after surgery the emergence of stoma. Attention was drawn to nursing problems that occur and may occur, and provides nursing interventions targeted at them. Formulated in the process of execution of the activities of nursing care is of paramount importance in preventing the emergence of life-threatening and the patient's health problems. In the case of diseased material was observed with a team of co-operative, which is conducive to making the right decisions and activities of nursing.

Key words: nurse jobs, postoperative care, stoma.

Wstęp

W patologii jelita grubego terminem nieswoistych zapaleń tego narządu określa się grupę przewlekłych chorób zapalnych przewodu pokarmowego, głównie dotyczących jelit [1]. Zalicza się do nich poza chorobą Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (colitis ulcerosa, wżjg) także inne, zdecydowanie rzadziej spotykane jednostki chorobowe, takie jak: kwasochłonne czy kolagenowe zapalenie jelita, choroba Behceta oraz niespecyficzne zapalenie jelita grubego [2].

We wrzodziejącym zapaleniu jelita, charakterystyczne jest, iż proces zapalny obejmuje najczęściej błonę śluzową odbytnicy, często również okrężnicy oraz całą długość jelita grubego, nigdy jednak nie rozszerza się w jelicie cienkim. W części przypadków prowadzi on do powstawania owrzodzeń [1].

Mimo iż etiologia tej choroby nie została do końca poznana, dla większości pacjentów będącej w łagodnej jej postaci, w przypadku zmian obejmujących niewielką część jelita, leczenie farmakologiczne pozwala na zniwelowanie objawów choroby i zapewnienie pożądanej jakości życia. Wiąże się to jednak z długotrwałym przyjmowaniem leków oraz z narażeniem na skutki uboczne działających substancji [3]. W niektórych przypadkach należy jednak rozważyć możliwość leczenia operacyjnego. Wskazania do zabiegu

w trybie planowym obejmują: ciągły, przewlekły przebieg choroby, ciężki rzut choroby, obecność powikłań pozajelitowych, opóźnienie rozwoju u dzieci, a także niemożność osiągnięcia remisji choroby. Istnieją trzy główne rodzaje zabiegów chirurgicznych, mające na celu usunięcie zmienionego zapalnie jelita. Są to:

- całkowita kolektomia z wyłonieniem ileostomii
- kolektomia z zespoleniem krętniczko-odbytniczym
- proktokolektomia z wytworzeniem zbiornika „pouch” i czasową ileostomią [3].

Cel pracy

Za cel pracy przyjęto opis i analizę przypadku chorej z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w pierwszych dobach po zabiegu wyłonienia stomii. Zwrócono uwagę na występujące i potencjalne problemy pielęgnacyjne a także na działania pielęgniarstwa na nie ukierunkowane.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 66, przyjęta do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej w trybie planowym z powodu braku popra-

wy po leczeniu zachowawczym w przebiegu zaostrzenia *colitis ulcerosa*.

Pacjentka na *colitis ulcerosa* choruje od 2 lat. W przebiegu choroby podstawowej występuje u niej niedożywienie i odbiałczanie. W wyniku zaburzeń przyswajania pokarmu pojawiła się kacheksja. Z wywiadu wynika, iż cierpi również na pelzakowicę jelitową z dużą ilością śluzu i krwi w kale. Obecna także nadczynność tarczycy w stadium eutyreozji. Podczas wywiadu pielęgniarstwa zauważono objawy lekkiej depresji.

Zabieg wykonywany był w znieczuleniu ogólnym. Po otwarciu powłok brzusznych, stwierdzono charakterystyczne dla *colitis ulcerosa* zmiany zlokalizowane w poprzecznicy i lewej okrężnicy. Wycięto jelito grube podwiązując tętnice okrężnicze i tętnicę krezkową dolną. Odbytnicę zamknięto nisko staplerem i wytworzono ileostomię końcową. Założono drenaż oraz szwy na powłoki brzuszne.

Celem leczenia było usunięcie całego zmienionego zapalnie jelita grubego. Wykonano kolektomię z wyłonieniem ileostomii czasowej, w przyszłości pozostawiając możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Po wykonanym zabiegu pacjentkę poddano obserwacji:

- w zakresie układów: oddechowego, krążenia, moczowo-płciowego, mięśniowo-szkieletowego, nerwowego, skóry, narządów zmysłów nie zaobserwowano patologii
- prowadzono szczegółową obserwację układu pokarmowego – pacjentka była na diecie ścisłej zarówno przed operacją, jak i w pierwszej dobie po zabiegu; w drugiej dobie wprowadzono do diety płynnej sucharkę i kleik, jednak z powodu wymiotów, nudności i wzdęć dietę odstawiono; z sondy żołądkowej obarczono 1600 ml treści o barwie ciemnozielonej; w następnych dobach wprowadzono dietę łatwostrawną bez mleka; z worka stomijnego odpuszczano stolec płynny.

Omówienie

Pacjentka będąca po zabiegu kolektomii z wyłonieniem ileostomii, jest osobą u której wystąpiło upośledzenie funkcji samoobsługowej w kilku dobach po zabiegu. Ze względu na obecne zaburzenia depresyjne, stan taki może utrzymywać się przez dłuższy niż przeciętnie czas. Ciężkość stanu chorej jest źródłem licznych problemów interdyscyplinarnych i pielęgnacyjnych, którym pielęgniarstwo powinno przeciwdziałać indywidualnie (pielęgnacyjne) lub będąc w kontakcie z całym zespołem terapeutycznym (interdyscyplinarne), gdyż mogą one być przyczyną zagrożenia dla zdrowia i życia.

Problemy te podzielić można na kilka grup:

- problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne mogące wystąpić bezpośrednio w okresie pooperacyjnym
- problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne związane z obecnością rany pooperacyjnej

- problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne związane z powikłaniami stomijnymi
- problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne wynikające z natury psychicznej pacjenta.

1. Problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne mogące wystąpić bezpośrednio w okresie pooperacyjnym [2, 4, 5]

Problem I – Ryzyko wystąpienia duszności z powodu zmniejszonej powierzchni oddechowej w wyniku bólu rany operacyjnej oraz możliwej utrzymującej się wiotkości mięśni oddechowych po znieczuleniu ogólnym.

Cel: ułatwienie oddychania.

Działania pielęgniarstwa:

- ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej
- zapewnienie mikroklimatu sali (odpowiedniej wilgotności – około 50%, temperatury otoczenia około 21°C)
- kontrola liczby oddechów i jej udokumentowanie
- doraźne podawanie tlenu
- prowadzenie ćwiczeń oddechowych.

Problem II – Ryzyko wystąpienia wymiotów i nudności z powodu długiej eliminacji środków anestetycznych z organizmu.

Cel: łagodzenie dolegliwości, z jednoczesnym zapewnieniem higieny pacjentce.

Działania pielęgniarstwa:

- ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej z głową odchyłoną na bok
- podanie miski nerkowatej oraz ligniny,
- przekazanie chorej informacji na temat przyczyn dolegliwości
- podanie środków farmakologicznych ograniczających wymioty i nudności zgodnie ze zleceniem lekarza.

2. Problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne związane z obecnością rany pooperacyjnej [2, 4, 5]

Problem I – Ból rany pooperacyjnej w dolnej części jamy brzusznej w wyniku przebytej operacji usunięcia jelita grubego.

Cel: ograniczenie bądź zniwelowanie dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarstwa:

- obserwować charakter i nasilenie bólu
- zastosować wygodną pozycję, nie nasilającą dolegliwości bólowych
- podać leki przeciwbólowe według zleceń lekarza
- obserwować skuteczność zastosowanego leczenia środkami przeciwbólowymi.

Problem II - Możliwość rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej w wyniku potwierdzonej przed zabiegiem kacheksji.

Cel: niedopuszczenie do rozejścia się brzegów rany.

Działania pielęgniarstwa:

- obserwacja szwów podczas zmiany opatrunku
- założenie pasa ściągającego

- profilaktyka zakażeń układu oddechowego (nie dopuszczenie do występowania kaszlu, który nasila pracę tłoczni brzusznej).

3. Problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne związane z powikłaniami stomijnymi [2, 4, 5]

Problem I – Ryzyko wystąpienia niedokrwienia stomii lub jej martwicy z powodu jej niewłaściwego wytworzenia.

Cel: obserwacja wyłonionej stomii pod kątem wczesnego rozpoznania powikłań.

Działania pielęgniarские:

- zaopatrzenie stomii w przezroczyste worki, w celu jej łatwiejszej obserwacji
- ocena żywotności stomii, z uwzględnieniem barwy błony śluzowej i rozległości obrzęku, a w przypadku zaobserwowania zmiany koloru błony śluzowej na ciemniejszą, niezwłoczne powiadomienie lekarza.

Problem II – Możliwość wystąpienia powikłań dermatologicznych z powodu podrażnienia skóry otaczającej stomię przez treść jelitową.

Cel: zminimalizowanie wystąpienia jakiegokolwiek podrażnienia skóry wokół stomii.

Działania pielęgniarские:

- obserwacja skóry wokół stomii przy każdym zmianie worka
- przestrzeganie zasad higieny przy zmianie worków stomijnych (mycie wodą z mydłem, dokładne osuszenie skóry, odpowiednio wycięty otwór w worku)
- w przypadku nierównej powierzchni skóry stosowanie past stomijnych oraz w okolicznościach zaczerwienienia skóry smarowanie jej maścią ochronną.

4. Problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne wynikające z natury psychicznej pacjenta [2, 4, 5]

Problem I – Niepokój pacjentki spowodowany wyłonieniem sztucznego odbytu oraz brakiem wiedzy na temat samoopieki.

Cel: zmniejszenie niepokoju pacjentki.

Działania pielęgniarские:

przygotowanie pacjentki oraz jej najbliższej rodziny do samoopieki poza szpitalem, w skład czego wchodzi udzielenie informacji na temat:

- pielęgnacji skóry wokół stomii
- stosowania sprzętu stomijnego (worki, zapinki),
- zachowania aktywności życiowej
- stosowania diety, stopniowemu wprowadzaniu nowych produktów do diety
- powikłań w funkcjonowaniu stomii
- dostarczeniu literatury na temat funkcjonowania sztucznego odbytu
- oraz kontaktu z grupami wsparcia.

Problem II – Obniżone samopoczucie i lęk wypływające z obawy izolacji przez społeczeństwo ze względu na stomię.

Cel: zniwelowanie lęku i poprawa samopoczucia pacjentki.

Działania pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentką na temat akceptacji nowej sytuacji, faktu, iż na powłokach brzusznych wyłoniony jest odbyt i przygotowania do normalnego życia w społeczeństwie
- ocena reakcji chorej na stomię, angażowanie pacjentki w czynności pielęgnacyjne związane ze sztucznym odbytem
- pomoc chorej w odreagowaniu stresu, udzielenie jej wsparcia psychicznego, kontaktu z poradnią stomijną, grupami wsparcia, psychologiem.

Podsumowanie

Podczas obserwacji pacjentki, hospitalizowanej w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, stan chorej uległ poprawie. Ustąpiły męczące biegunki i bóle brzucha; pojawił się jednak problem natury psychicznej. Pacjentka niechętnie adaptowała się do nowej sytuacji, jaką jest obecność sztucznego odbytu na powłokach brzusznych. Choroba naruszyła jej dotychczasowy porządek świata wewnętrznego i zewnętrznego, co wyindukowało lęk a następnie przygnębienie. Chora przeżywała żal, co stanowiło naturalną konsekwencję utraty kontroli nad wypróżnianiem. Pojawiła się również obawa przed zależnością od rodziny. Za pomocą rozmów oraz poinformowaniu pacjentki o możliwości odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w przyszłości, udało się doprowadzić do poprawy samopoczucia chorej.

W trakcie hospitalizacji nie zaobserwowano poważnych dolegliwości związanych z wczesnymi powikłaniami klinicznymi zagrażających życiu pacjentki. Nastąpiło utrudnione gojenie rany pooperacyjnej, powstał krwiak z ropnym wyciekami w dolnym biegunie rany. Pojawił się także dwukrotny wzrost temperatury ciała, który udało się opanować po podaniu leków obniżających ciepłotę ciała.

Wykonanie sformułowanych w procesie pielęgnowania działań pielęgniarских oraz innych członków zespołu terapeutycznego zapobiegło powstaniu groźnych dla życia i zdrowia pacjentki dolegliwości, takich jak: zapalenie płuc, zakażenie, pogłębienie niedożywienia, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej.

W chwili zakończenia obserwacji, pacjentka odzyskiwała samodzielność, nauczyła się wykonywać czynności pielęgnacyjne wokół stomii i przystosowywała się do życia w nowej sytuacji.

Wnioski

1. Po zabiegu operacyjnym pielęgniarka ma za zadanie udzielić choremu pomocy, w celu jak najszybszego odzyskania pełnej sprawności i zdolności do samoopieki.

2. Esencja troski o dobro pacjenta po usunięciu jelita grubego oraz każdym innym zabiegu chirurgicznym obejmuje zapewnienie spokojnych warunków oraz bez-

pieczeństwa w celu umożliwienia szybkiego wyzdrowienia.

3. W przypadku obserwowanej pacjentki istotna była współpraca z zespołem operacyjnym, która sprzyjała podejmowaniu właściwych decyzji i czynności pielęgniarskich.

4. Aktywność pielęgniarki była zależna od stanu w jakim znajdowała się pacjentka.

5. Chorą objęto wzmożoną opieką pielęgniarską, ze względu na otrzymanie II stopnia w Kategorii Oceny Pielęgniarskiej.

6. W bezpośrednim okresie pooperacyjnym, do zadań pielęgniarki należała kontrola podstawowych parametrów życiowych, ocena stanu i samopoczucia chorej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartnik W., Choroby jelita grubego [w:] Gastroenterologia i hepatologia kliniczna, Konturek J.S. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 364-368.
2. Mossakowska M., Karolewska-Bochenek K., Ryzko J.: Nieswoiste zapalenia jelita [w:] Poradnik dla młodzieży i rodziców dzieci chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*colitis ulcerosa*) lub chorobę Leśniowskiego-Crohna. Towarzystwo J-elita, 2006, 52, 7-15.
3. Radwan P., Rudzki S., Kasztelan-Szczerbińska B., Skrzydło-Radomańska B.: Wskazania do leczenia chirurgicznego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, *Gastroenterol. Pol.*, 2005, 6, 525-529.
4. Kapała W., Pielęgowanie chorego ze stomią jelitową [w:] Pielęgniactwo w chirurgii, Kapała W. (red.), Czelej, Lublin 2006, 150-154.
5. Kózka M., Opieka nad pacjentem z wybranymi chorobami jelit, odbytnicy i odbytu, [w:] Podstawy pielęgniactwa chirurgicznego, Walewska E. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 340-346.

Adres do korespondencji:

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

**Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji „KULTURA, MEDIA, ETYKA.
Media w perspektywie etycznej i kulturowej w kontekście rewolucji teleinformatycznej”**

*A report from International Conference “CULTURE MEDIA ETHICS.
Ethical and cultural perspective of media in the context of teleinformation revolution”*

WOJCIECH STRZELECKI

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

W dniach 14–15 października 2011 r. w Instytucie Kultury Europejskiej UAM w Gnieźnie odbyła się Międzynarodowa Konferencja zatytułowana „KULTURA, MEDIA, ETYKA. Media w perspektywie etycznej i kulturowej w kontekście rewolucji teleinformatycznej”.

Gwałtowne zmiany zachodzące w obszarze komunikacji (rozwój ICT, wzrost znaczenia Internetu jako medium masowego, rozwój międzynarodowych korporacji medialnych), pociągają za sobą zmiany w obszarze tradycyjnie zależnym od sposobów ludzkiej komunikacji, jakim jest szeroko pojęta kultura. Wieloaspektowość tych przemian rozpatrywać można w różnych perspektywach etycznych. Celem konferencji była dyskusja nad etycznymi i kulturowymi aspektami rozwoju masowej komunikacji, ze szczególnym uwzględnieniem nowoczesnych technologii. Ciągły postęp technologiczny i wspomniane zmiany w obszarze komunikacji, wymuszają bowiem refleksję nad dotychczasowymi koncepcjami kulturowymi i etycznymi.

Z punktu Uniwersytetu Medycznego najistotniejsze pojawiające się na konferencji wątki dotyczyły przede wszystkim aspektów etycznych e-learningu wkraczającego w coraz bardziej wyrazisty sposób w medycynę, telemedycyny w świetle problemów etycznych, czynników medialnych kształtujących postawy wobec zdrowia oraz zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży a także sesja poświęcona wielkiemu lekarzowi, filozofowi i etykowi – Albertowi Schweitzerowi.

W Komitecie naukowym konferencji z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu znaleźli się: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Jacek Wysocki, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Włodzimierz Samborski oraz Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Michał Musielak. Z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu: Dyrektor Instytutu Kultury Europejskiej UAM w Gnieźnie prof. dr hab. Leszek Mrozewicz, prof. dr hab. Kazimierz Dopierała, prof. dr hab. Maria Tomczak oraz prof. dr hab. Ryszard Stachowski. W Komitecie Naukowym znalazł się również

Prezes Honorowy Polskiego Towarzystwa im. Alberta Schweitzera w Poznaniu prof. dr hab. Henryk Gaertner.

Wśród jednostek organizacyjnych znalazły się: Instytut Kultury Europejskiej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Zakład Psychologii Klinicznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polskie Towarzystwo im. Alberta Schweitzera w Poznaniu, Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Wydział Humanistyczny Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa. Partnerami organizatorów byli: Starostwo Powiatowe w Gnieźnie, Miasto Poznań oraz Pracownia Psychologii Transportu.

Podczas konferencji wygłoszono 24 referaty w pięciu sesjach tematycznych. Prelegenci reprezentowali między innymi uczelnie z Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych oraz Portugalii. Konferencja adresowana była głównie do studentów oraz pracowników nauki, jednak przyciągnęła również licealistów, jako że miała charakter wieloaspektowy, a program był zróżnicowany. Poruszane tematy dotyczyły licznych zagadnień dotyczących szeroko pojętej kultury oraz mediów i ich etycznych aspektów.

Oficjalnego otwarcia konferencji dokonał Dyrektor Instytutu Kultury Europejskiej UAM w Gnieźnie prof. dr hab. Leszek Mrozewicz. W słowie wstępnym profesor Mrozewicz wspominał o zmianach zachodzących we współczesnej komunikacji, wzroście znaczenia Internetu jako medium masowego oraz rozwoju międzynarodowych korporacji medialnych – pociągających za sobą zmiany w szeroko pojętej kulturze, które to zmiany należy rozpatrywać w różnych perspektywach etycznych.

Następnie głos zabrał przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Konferencji – dr Piotr Pawlak (UAM), który po powitaniu wszystkich gości wyraził nadzieję, że konferencja nabierze charakteru cyklicznego, jednocześnie życząc wszystkim owocnych obrad, dyskusji i rozmów kulturowych.

Sesji pierwszej zatytułowanej „Kultura” przewodniczyli: przewodniczący Komitetu Organizacyjnego – dr Piotr Pawlak (UAM) oraz wiceprzewodniczący Komitetu – dr Wojciech Strzelecki (UMP). Podczas jej trwania wygłoszono pięć referatów. Pierwszy referat zatytułowany „The ethics of mayhem: A cognitive bias in computer games!” wygłosił mgr Tiago Fonseca z Lusitania University of Lisbon. W swoim wystąpieniu przytoczył doniesienia z badań przeprowadzonych w Portugalii, dotyczących brutalnych gier komputerowych. Referat drugi wygłosił mgr Adam Pietrzykowski z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Referat ten był kontynuacją pierwszego, z tym, że tym razem przytoczone zostały badania porównawcze przeprowadzone w Polsce. Trzeci referat zatytułowany „W obronie Dody i Harry’ego Pottera, tj. w perspektywie namysłu nad książką Noëla Carrolla „Filozofia sztuki masowej” wygłosił dr Łukasz Androsiuk z Akademii Pomorskiej w Słupsku. Kolejny referat autorstwa mgr Karoliny Kulpy z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu „Być kobietą... być jak Barbie? Rozważania o socjalizacji dziewczynki do płci za pomocą słynnej zabawki” był szczególnie interesujący dla studentów Uniwersytetu Medycznego, jako że poruszał między innymi kwestie dotyczące wzorców wyglądu zewnętrznego oraz jego wpływu na socjalizację i kształtowanie się tożsamości młodych kobiet. Sesję zamykał referat mgr. Marcina Wojtasika z Wyższej Szkoły Nauk Społecznych im. ks. Józefa Majki w Mińsku Mazowieckim zatytułowany „Nowe oblicza cyberprzemocy”.

Po przerwie kawowej uczestnicy konferencji wznowili obrady. Rozpoczęła się sesja druga zatytułowana „Media”. Podczas jej trwania wygłoszono pięć referatów. Sesję prowadzili: dr Piotr Pawlak (UAM), mgr Marcin Cybulski (UMP) oraz lek. med. Piotr Joachimiak (UMP). Referat otwierający zatytułowany „Is it ‘mass’ media or ‘network’ media?” wygłosił prof. Ananda Mitra z Wake Forest University. Następnie głos zabrał dr Tomasz Wrzosek z Wyższej Szkoły Nauk Społecznych im. ks. Józefa Majki w Mińsku Mazowieckim wygłaszając referat zatytułowany „Terroryzm sieciowy w koncepcji Manuela Castellsa a dyskurs o terroryzmie w polskich mediach”. Trzeci referat autorstwa dr Pauliny Olechowskiej z Uniwersytetu Szczecińskiego nosił tytuł „Media o pograniczu polsko-niemieckim. Przypadek szczeciński”. Sesję drugą zamknął dr Gonçalo Jorge Morais da Costa z De Montfort University wygłaszając kolejno dwa referaty: „Leaks of a wiki: proselytisation through Kantian lens” oraz „Wiki Leaks-Politicizing ethics and the honour of conduct”.

Po przerwie obiadowej rozpoczęła się sesja trzecia poświęcona postaci laureata Nagrody Nobla, wielkiego humanisty, etyka, filozofa, ale przede wszystkim lekarza – Alberta Schweitzera. Schweitzer w swoich dziełach „Kultura i etyka” czy „Upadek i odbudowa kultury” pisał o kryzysie kultury współczesnej, stąd też jego myśl znakomicie wpisuje się w temat konferencji. Dodatkowo jego formuła etyczna Szacunku dla Życia po dziś dzień obecna jest w szeregu programach etycznych, filozoficz-

nych, opiekuńczych i ekologicznych. Schweitzer zwracał uwagę na niebezpieczeństwo bezrefleksyjnego postępu oraz kryzys kultury współczesnych jemu społeczeństw. Sesji przewodniczyli: dr Bogusław Stelcer (UMP), dr Wojciech Strzelecki (UMP) oraz mgr Marcin Cybulski (UMP). Jako pierwszy głos zabrał lek. med. Piotr Joachimiak z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, przedstawiając referat „Albert Schweitzer – człowiek słowa, człowiek czynu”. Wystąpienie to było znakomitym wprowadzeniem do dalszych rozważań na temat działalności Wielkiego Doktora, jako że przedstawiało jego życiorys od dzieciństwa aż do śmierci oraz jego dokonania jako filozofa, muzyka oraz lekarza.

Drugi referat autorstwa dr Anny Marek-Bieniasz z Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie nosił tytuł „Schweitzerowskie inspiracje we współczesnej etyce ekologicznej”. Autorka wskazywała w nim na obecność Myśli Schweitzerowskiej w etyce wspólnot Aldo Leopolda oraz w myśli ekofilozoficznej Henryka Skolimowskiego. Kolejny referat zatytułowany „Działalność pokojowa Alberta Schweitzera w kontekście problemu terroryzmu atomowego” dotyczył jeszcze innej dziedziny, którą zajmował się Doktor z Lambarene, tj. portretował go jako orędownika pokoju. Referat wygłosił dr Piotr Pawlak z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Czwarty referat w sesji trzeciej wygłosił dr Bogusław Stelcer z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Tytuł referatu brzmiał „Schweitzer i znaczenie zaangażowania we współczesnej kulturze”. W swoim wystąpieniu dr Stelcer przedstawił program moralny Alberta Schweitzera oraz wskazał szereg nawiązań do jego programu, jak również i inspiracje dla jego powstania. Na końcu przedstawił stosunek Alberta Schweitzera do śmierci oraz opieki nad umierającym. Przedostatni referat w sesji schweitzerowskiej zatytułowany „Albert Schweitzer jako opiekun” wygłosił dr Wojciech Strzelecki z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Portretując bohatera sesji jako opiekuna, autor referatu nawiązał do zasad postępowania etycznego Johna Wilkinsona. Wskazał również rolę empatii w opiece schweitzerowskiej oraz właściwej komunikacji z pacjentem, do których to elementów opieki Wielki Doktor przywiązywał wielką wagę. Konkludując dr Strzelecki zwrócił uwagę na obecność Myśli Schweitzerowskiej we współczesnych koncepcjach opieki i pomocy. Ostatnie wystąpienie w tej sesji autorstwa mgr. Marcina Cybulskiego z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zatytułowane „Poznańskie ślady Alberta Schweitzera” dotyczyło działalności Polskiego Towarzystwa im. Alberta Schweitzera w Poznaniu. Mgr Cybulski mówiąc o historii działalności Towarzystwa wspominał o dotychczasowych osiągnięciach, takich jak: publikacje na temat Patrona Towarzystwa, organizowanie konferencji tematycznych czy wystaw poświęconych Schweitzerowi oraz nawiązywanie współpracy z zagranicznymi organizacjami związa-

nymi z Wielkim Doktorem. Na koniec przedstawił plany Towarzystwa na najbliższy czas.

Drugi dzień konferencji rozpoczął się od sesji zatytułowanej „Media 2”. Z racji dużej ilości zgłoszonych referatów dotyczących zagadnień medialnych, temat ten rozłożony został na dwie części. Jako pierwszy referat wygłosił mgr Filip Biały z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu zatytułowany „Etyka mediów w erze content farmingu”. Następnie głos zabrała mgr Jolanta Zaręba z Wyższej Szkoły Zarządzania i Informatyki w Rzeszowie. W swoim wystąpieniu zatytułowanym „Dziennikarz w reklamie. Między zasadami a praktyką” wskazała na etyczne aspekty zawodu dziennikarskiego w kontekście uczestniczenia w reklamach. Kolejne wystąpienie zatytułowane „Urządzenia mobilne – szanse i zagrożenia dla dziennikarstwa” wygłosił mgr Krzysztof Flasiński z Uniwersytetu Szczecińskiego. Przedostatni w sesji czwartej referat pod tytułem „Rola przekazów zdrowotnych w tekstowej warstwie utworów współczesnej muzyki rozrywkowej” wygłosił dr Wojciech Strzelecki z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W swoim wystąpieniu zwrócił uwagę na rolę jaką w kształtowaniu zachowań zdrowotnych adolescentów odgrywają idole piosenki, którzy współcześnie nierzadko spełniają dla młodzieży rolę autorytetów. Autor przytoczył również wyniki badań dotyczących zależności preferowanych przez młodzież wykonawców pod kątem warstwy tekstowej oraz prezentowanych zachowań zdrowotnych. Ostatnie wystąpienie autorstwa mgr. Michała Mandeckiego z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zatytułowane „Poczucie winy a reklama czyli wykorzystanie zjawiska dysonansu poznawczego Festingera w reklamie”, dotyczyło elementów manipulacji w przekazach reklamowych oraz aspektów etycznych tego typu przekazów.

Po przerwie kawowej uczestnicy konferencji wznowili obrady, przystępując do ostatniej sesji zatytułowanej „Etyka”. Sesję prowadzili mgr Michał Mandecki (UMP) oraz Jolanta Tomczak – członkini Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

Bardzo interesujący referat z punktu widzenia przedstawicieli zawodów medycznych pod tytułem „Telemedycyna w świetle wybranych problemów etycznych” wygłosiła prof. dr hab. Krystyna Górniak-Kocikowska z Southern Connecticut State University. W związku ze wzrostem popularności telemedycyny, poświęcenie należytej uwagi jej etycznym aspektom we wszystkich jej przejawach wydaje się być niezwykle istotnym zagadnieniem.

Drugi referat zatytułowany „Kwestie bioetyczne w polskim dyskursie publicznym” wygłosiła mgr Teresa Bartoszewicz ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. Autorka zwróciła uwagę na niedostatki w regulacjach prawnych dotyczących nowoczesnych zabiegów biomedycznych, koncentrując się na takich zagadnieniach, jak: biogeneza, sztuczne zapłodnienie, klonowanie, bioterapia, transplantacja, komórki macierzyste, aborcja i eutanazja. Jako ostatni wystąpił dr Wiesław Małecki z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu z referatem „Uwagi Immanuela Kanta o bezpośrednim podłączeniu Internetu do mózgu – czyli nowa era w rozwoju refleksji nad rewolucją technologiczną”.

Na zakończenie głos zabrał dr Wojciech Strzelecki (UMP). Zamykając konferencję dr Strzelecki podziękował prelegentom, organizatorom oraz uczestnikom i wyraził nadzieję, że pierwsze spotkanie konferencyjne „KULTURA, MEDIA, ETYKA” nie jest ostatnim, i że cykliczny charakter konferencji pozwoli na jej rozbudowanie i pozyskanie nowych obszarów do dyskusji.

Wart podkreślenia jest aktywny udział studentów w działaniach konferencyjnych. Sekretariat przez cały czas trwania konferencji prowadzili studenci Uniwersytetu Medycznego ze Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego: Kamila Malinowska, Zuzanna Manicka, Aleksandra Romaniuk i Jolanta Tomczak oraz studenci Instytutu Kultury Europejskiej UAM w Gnieźnie: Agnieszka Górna, Anita Łukomska, Joanna Szymańska i Piotr Przybylski.

Recenzja książki „NEUROPSYCHOLOGIA KLINICZNA”.
Autor: Anna Herzyk, PWN, Warszawa 2011

The review of the book „CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY”.
Author: Anna Herzyk, PWN, Warszawa 2011

Problematyka świadomości *versus* nieświadomości, począwszy od własnych stanów emocjonalnych, po motywy zachowań oraz własną niedoskonałość zajmowała badaczy od początku istnienia psychologii. Oczywiście początków tradycyjnie szukalibyśmy w obszarze psychoanalizy, gdzie wgląd we własne stany psychiczne stawał się jednym z ważniejszych warunków wyleczenia nerwic. W części wstępnej Autorka pokazuje pewne wątki z historii filozofii, jak i psychologii, w których poruszano zagadnienia świadomości. Jednakże cała monografia poświęcona jest zagadnieniom świadomości, nieświadomości widziana z perspektywy neuropsychologii klinicznej. Już po pierwszych kilkunastu stronach lektury Czytelnik uświadamia sobie, jak wielkie znaczenie mają poruszane zagadnienia dla diagnozy uszkodzeń układu nerwowego, planowania oraz wdrażania programów neurorehabilitacji. Monografia ma strukturę wielce uporządkowaną. Rozdział pierwszy traktuje o ujęciu zjawisk świadomości i nieświadomości w neuropsychologii klinicznej. Autorka przedstawia charakterystykę organizacji procesów świadomości i nieświadomości oraz relacji pomiędzy nimi, a także ich neuronalne korelaty, w tym istotne znaczenie struktur pnia mózgu, struktur wzgórza oraz rozległych obszarów kory. Nowością i istotnym wkładem Autorki w rozwój wiedzy w tym obszarze jest opisana propozycja taksonomii i klasyfikacji zjawisk związanych ze świadomością i nieświadomością. Kolejne części książki poświęcone są objawom charakterystycznym dla chorób układu nerwowego, w tym otepień pierwotnych, jak i pochodzenia naczyniowego, w których występują zaburzenia przytomności, jak i świadomości. Wydaje się, że ta część będzie najbardziej pożyteczna dla lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Pozostałe części monografii z pewnością spotkają się z uznaniem psychologów i neuropsychologów, gdyż Prof. Herzyk szeroko

opisuje poszczególne zespoły objawów związanych z zaburzeniami świadomości, w tym także zespoły anozognozji, amnezji czy pomijania stronnego. Prof. Herzyk podkreśla bardzo ważne zagadnienia, iż większość procesów mózgowej regulacji przebiega w sposób nieświadomy, dopiero końcowe etapy aktywności nabierają dowolnego, intencjonalnego charakteru z zaangażowaniem świadomości. Tego typu organizacja wydaje się w pełni uzasadniona z perspektywy ekonomicznej, ale trudna do przyjęcia, gdy myślimy, iż w pełni kontrolujemy nasze działania.

Istotnym uzupełnieniem monografii, która w swojej strukturze przypomina nowoczesny podręcznik jest blok rozszerzający. Często w owym bloku pojawiają się przykłady kliniczne, opisy fenomenów zaburzeń świadomości opisywane w literaturze u pacjentów z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Autorka wskazuje na trudności w badaniu osób z tego typu zaburzeniami oraz wskazuje na pewne dylematy etyczne, na przykład związane z opisywanym zespołem zamknięcia.

Monografia napisana jest językiem żywym, potoczystym i pomimo trudności poruszanych zagadnień, lektura wciąga Czytelnika i uświadamia ile jest jeszcze nowych obszarów poznania. Monografia ma wartość zarówno dydaktyczną – opisana jest prawidłowa organizacja świadomości w układzie nerwowym, taksonomia i fenomeny zespołów zaburzeń, przypuszczalne patomechanizmy, jak i praktyczną, wskazuje i opisuje przyczyny obserwowanych objawów.

Książka proponowana jest dla psychologów, lekarzy i pielęgniarek, studentów tych kierunków, jak i osób zainteresowanych zagadnieniami związków mózg – zachowanie.

Dr hab. Ewa Mojs



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

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

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

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

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



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

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

Data

Podpis

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. K. Marcinkowskiego w Poznaniu).

ZASADY RECENZJI NADSYŁANYCH PRAC DO PIELEŃNIARSTWA 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 pracy 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 poprawki wymagają znaczących poprawek, prace odsyłane są do Autorów z prośbą o ich modyfikację.
6. Pierwszy Autor otrzymuje pocztą jeden egzemplarz pisma, w którym zamieszczono artykuł.
7. 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. The corresponding Author receives one copy of the issue with the publication by post.
7. Authors do not receive remuneration for the publication of their articles.