

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 2 (40)

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 Warchoń-Biedermann

Skład komputerowy:
Barbara Guździol

Projekt okładki:
Rafał Staszewski

Zdjęcia na okładce:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski

Prenumerata:
Bogumiła Strzelczak
tel./fax (61) 854-72-02
*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. 5,2. Ark. druk. 7,0. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 40/12.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	75	<i>Michał Szarycz: Etyka zawodowa na przykładzie zawodu pielęgniarstwa i położnej</i>	110
PRACE ORYGINALNE			
<i>Agnieszka Łukomska, Iwona Nowakowska: Udział pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych ...</i>	79	<i>Anna Frankowska: Rola recepcjonistki (rejestratorki medycznej) w budowaniu tożsamości podmiotu leczniczego</i>	114
<i>Maria Danuta Głowacka, Piotr Pagórski: Wartościowanie pracy w zakładzie opieki zdrowotnej jako element wspomagający proces zarządzania kadrami</i>	82	VARIA	
PRACE POGLĄDOWE			
<i>Małgorzata Postuszna: Zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia w społeczeństwie polskim</i>	91	<i>Włodzimierz Samborski: Recenzja książki „Elementy psychologii ogólnej i klinicznej”. Red. E. Mojs, M. Skommer, B. Stelcer, Wydawnictwo Naukowe UMP, Poznań 2011</i>	118
<i>Piotr Świdziński, Bożena Wiskirska-Woźnica, Doro- ta Joachimiak, Barbara Bilińska, Bogna Mała- czyńska: Rola pielęgniarki w diagnostyce i reha- bilitacji wybranych zaburzeń procesu komuniko- wania się</i>	95	<i>Izabela Przybek-Czuchrowska: Sprawozdanie z II Wojewódzkiej Konferencji z cyklu „Problemy dzieci i młodzieży” nt. „Przemoc w rodzinie. Jak pomóc zgodnie z Niebieską Kartą dziecku krzyw- dzonemu?”</i>	119
<i>Agnieszka Łukomska, Iwona Nowakowska: Satsy- faksja pacjenta jako wskaźnik jakości usług zdro- wotnych</i>	102	INFORMACJE	
<i>Piotr Stawny, Ewa Kaniewska: Środki unijne i le- asing szansą na modernizację majątku podmiotów leczniczych</i>	106	<i>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklara- cja członkowska</i>	122
		<i>Informacje o nowym dziale „Prawo w Pielęgniar- stwie”</i>	124
		<i>Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdro- wotnej – informacja</i>	125
		<i>Formularz recenzenta</i>	126

CONTENTS

<p><i>Editor's note</i> 76</p> <p style="text-align: center;">ORIGINAL PAPERS</p> <p><i>Agnieszka Łukomska, Iwona Nowakowska: Patient participation in medical decision making</i> 79</p> <p><i>Maria Danuta Głowacka, Piotr Pagórski: Job evaluation in health care institution as an element supporting human resource management process</i> 82</p> <p style="text-align: center;">REVIEW PAPERS</p> <p><i>Małgorzata Posłuszna: Health promoting behaviors and risky behaviors for health in Polish society</i> 91</p> <p><i>Piotr Świdziński, Bożena Wiskirska-Woźnica, Dorota Joachimiak, Barbara Bilińska, Bogna Małaczyńska: The role of a nurse in diagnostic and rehabilitation of communication processes disorders</i> 95</p> <p><i>Agnieszka Łukomska, Iwona Nowakowska: The Satisfaction of the Patient as the Quality Index of Health Services</i> 102</p> <p><i>Piotr Stawny, Ewa Kaniewska: European Union Funds and leasing as opportunities to modernization of health care institutions</i> 106</p> <p><i>Michał Szarycz: Professional ethics in the work of Nurses and Midwives</i> 110</p>	<p><i>Anna Frankowska: The role of receptionist in creating health care institution's identity</i> 114</p> <p style="text-align: center;">VARIA</p> <p><i>Włodzimierz Samborski: The review of the book "Essentials of psychology and clinical psychology. Textbook for medical students"</i> 118</p> <p><i>Izabela Przybek-Czuchrowska: Conference report from The II Provincial Conference from cycle "Problems of children and teenagers" about "Violence in family. How to help harmed child according to the Blue Card?"</i> 119</p> <p style="text-align: center;">INFORMATION</p> <p>Polish Society of Health Sciences. Member's declaration 122</p> <p>The information about the new chapter "The law in nursing" 124</p> <p>Postgraduate Course "The management in Health Care" – information 125</p> <p>The schema of the review of the articles 126</p>
--	--

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

Kolejny numer naszego pisma oddajemy, kiedy większość z Państwa jest zaangażowana w szereg przedsięwzięć naukowych i edukacyjnych takich, jak studia uzupełniające, podyplomowe lub szkolenia specjalizacyjne. W bieżącym numerze Pielęgniarstwa Polskiego przedstawiamy prace, które dotyczą problemów szczególnie istotnych w pracy personelu pielęgniarstwa we współczesnej służbie zdrowia. Chcielibyśmy zachęcić Państwa do zaznajomienia się z artykułem Piotra Świdzińskiego i współautorów, w którym przedstawiono wybrane procedury i standardy opieki pielęgniarstwa nad dziećmi i dorosłymi z zaburzeniami procesu komunikowania się. Wydaje nam się, że artykuł zacieka nie tylko osoby zawodowo związane z audiologią i foniatrią.

Ponadto, ze względu na ważną rolę personelu pielęgniarstwa w szerzeniu edukacji zdrowotnej, warto zwrócić uwagę na pracę Małgorzaty Posusznej dotyczącą zachowań prozdrowotnych i ryzykownych dla zdrowia w społeczeństwie polskim. Jak wiadomo, współczesna edukacja zdrowotna podkreśla rolę aktywności własnej i odpowiedzialności jednostki za własny stan zdrowia. Należy w tym miejscu wspomnieć o szczególnej roli personelu pielęgniarstwa w propagowaniu zdrowego stylu życia np. prawidłowego odżywiania się i aktywności ruchowej. Nowoczesne modele opieki zdrowotnej podkreślają pozycję pacjenta jako równorzędnego partnera lekarza i pielęgniarki w podejmowaniu decyzji medycznych. Tematykę tę podjęto w pracy oryginalnej Łukomskiej i Nowakowskiej, które przedstawiły problem z punktu widzenia pacjentów.

W naszym czasopiśmie chętnie publikujemy prace dotyczące ekonomiki i zarządzania w służbie zdrowia. Tym razem przedstawiamy Państwu pracę zespołu Głowackiej na temat wartościowania pracy w zakładzie opieki zdrowotnej jako elementu wspomagającego proces zarządzania kadrami.

Stale miejsce w naszym czasopiśmie zajmują recenzje nowych pozycji książkowych. W tym numerze polecamy Państwu recenzję podręcznika *Elementy Psychologii Ogólnej i Klinicznej* pod redakcją E. Mojs, M. Skommer i B. Stelcera, której autorem jest prof. dr hab. W. Samborski. Warto dodać, że autorzy podręcznika są pracownikami Zakładu Psychologii Klinicznej UMP, który współpracuje z naszą redakcją.

W załączniku informacje o Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu i jego aktywności konferencyjno-szkoleniowej, a także podyplomowym studium z zarządzania. Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją.

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

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Dr Ewa Mojs
Redaktor Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

This issue of our periodical has been published while a majority of you are committed to a scientific and educational undertakings and projects such as graduate and post-graduate studies or specialized training courses. In the current issue of Polish Nursing we present papers, which are related to the most important problems of nursing work within the context of contemporary healthcare. We would like to recommend to you an article by Piotr Świdziński et al on selected procedures and standards of nursing work with children and adults with communication processes disorders. We believe Świdziński's paper will be of interest not only to those of you who are working within the field of audiology and phoniatics.

Additionally, due to the essential role of nursing personnel in health education, one should read Małgorzata Postulszna's article on health behaviors and health – risk behaviors in the Polish society. We realize that contemporary health education stresses the importance of accepting personal responsibility for protecting and nurturing one's health. However, here one should mention nurses' role in propagating healthy lifestyle e.g. proper nutrition and physical activity. Modern healthcare models underline patient's being an equal rights partner of medical personnel. in medical decision making. These problems were undertaken in the original paper by Łukomska i Nowakowska, who showed the idea from patient's point of view.

As always, we are eager to publish papers on health economics and health care management. This time we present you with an article by Głowacka's group on evaluating of work in a health care institution as a supporting element of Human Resources Management.

Reviews have a permanent place in our periodical so in this issue you can find Włodzimierz Samborski's review of An Outline of General and Clinical Psychology. This manual was prepared by researchers from our University's Department of Clinical Psychology, which cooperates with our journal.

In attachment you can find information about Polish Society of Health Sciences, its conferences, trainings and Postgraduate School of Health Care Management. We encourage our readers to send us papers and to keep in touch with the Editorial Staff.

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

Maria Danuta Głowacka, PhD

Editor in Chief

Ewa Mojs, PhD

Scientific Editor

UDZIAŁ PACJENTA W PODEJMOWANIU DECYZJI MEDYCZNYCH

PATIENT PARTICIPATION IN MEDICAL DECISION MAKING

AGNIESZKA ŁUKOMSKA¹, IWONA NOWAKOWSKA²

¹Bydgoska Szkoła Wyższa

Kierownik: dr n. med. Zdzisława Kalisz

²Zakład Organizacji i Zarządzania

Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Do niedawna w opiece zdrowotnej, w relacjach lekarz – pacjent, dominował model paternalistyczny. Rozwój praw pacjenta, a także większa świadomość i wiedza pacjentów przyczyniły się do rozwoju partnerskiego charakteru kontaktu pomiędzy leczonym i leczącym oraz aktywnego uczestniczenia pacjenta w procesie leczenia.

Cel. Celem pracy jest ocena chęci oraz możliwości partycypacji pacjenta w procesie leczenia.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono wśród pacjentów korzystających z usług lekarzy w placówce lecznictwa ambulatoryjnego we Włocławku. Grupę badawczą stanowiło 100 osób. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego.

Wyniki. Pacjenci chcą być informowani i włączani w proces podejmowania decyzji leczniczych. Otrzymywane od lekarza informacje są niewystarczające do podejmowania niezależnych decyzji. Nie wszystkie decyzje medyczne są konsultowane z pacjentami. Według badanych ostateczna decyzja o procesie/sposobie leczenia powinna być decyzją wspólną lekarza i pacjenta.

Wnioski. Pacjenci chcą partycypować w procesie leczenia, choć przyznają, że często nie posiadają wystarczającej wiedzy lub kompetencji.

Słowa kluczowe: udział pacjenta, podejmowanie decyzji medycznych, współuczestnictwo.

Summary

Until recently in the health care patient – doctor relations were dominated by the paternalistic model. The development of patient's rights and also their bigger consciousness and knowledge contributed to making the contact between the patient and the doctor more partner and also to active patient's share in the treatment and decisions that can essentially influence on their health condition.

Aim. The research aims at the assessment of patients' willingness and opportunities for participation in the treatment process.

Material and methods. The research was conducted for 100 patients who are provided with ambulatory services in one of medical centres in Włocławek. Diagnostic poll was employed as a method.

Results. Patients want to be informed and participate in the decision-making process. The information received from doctors is insufficient to make independent decisions. Doctors do not discuss all their decisions with patients. According to respondents, a final decision concerning the process/manner of treatment should be reached both by a doctor and a patient.

Conclusion. Patients want to participate in the treatment process but it is not always possible.

Key words: patient participation, medical decision making, partnership.

Wstęp

Do niedawna w opiece zdrowotnej, w relacjach lekarz – pacjent, dominował model paternalistyczny. Oznaczał on sytuację daleko idącego podporządkowania pacjenta świadczeniodawcy, który mając na względzie jego dobro, podejmował samodzielnie wszelkie decyzje dotyczące leczenia.

Rozwój idei konsumeryzmu, wzrost świadomości pacjentów oraz spadek zaufania do profesjonalistów medycznych spowodowały wyraźny zwrot w dotychczasowych stosunkach. Nastąpiło odejście od podległego układu lekarz – pacjent na rzecz rozwoju partnerskiego kontaktu pomiędzy leczącym a leczonym. Istotnie zmieniła się rola pacjenta, który przestał być biernym przedmiotem działań lekarza, a zyskał prawo aktywnego współuczestniczenia w procesie leczenia i w decyzjach medycznych. Uaktywnienie chorego pociągnęło za sobą zmianę dotychczasowego układu władzy i odpowiedzialności w procesie leczenia. Lekarz włą-

czając pacjenta w proces decyzyjny zobowiązany jest do udzielenia pełnej informacji o jego sytuacji zdrowotnej, alternatywach leczenia, rokowaniu. Z drugiej strony, pacjent wyposażony w przekazaną wiedzę i wolność decyzji, przejmuje część władzy decyzyjnej i kontroli nad procesem leczenia oraz związaną z nimi odpowiedzialność.

Celem pracy jest ocena chęci oraz możliwości partycypacji pacjenta w procesie diagnostyczno-leczniczym.

Material i metoda

Badania przeprowadzono wśród pacjentów korzystających z usług lekarzy w placówce lecznictwa ambulatoryjnego we Włocławku. Grupę badawczą stanowiło 100 osób obu płci (które wyraziły chęć udziału w badaniu, a ich dobór miał charakter losowy) z których 88% stanowiły kobiety. Spośród ankietowanych 29% zadeklarowało wiek

do 35 lat, 38% mieściło się w przedziale 36–55 lat, a pozostałe osoby miały powyżej 55 lat. Wśród respondentów 26% osób posiadało wykształcenie zawodowe, a wykształcenie średnie i wyższe zadeklarowało po 37% badanych.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem był kwestionariusz skonstruowany dla celu badań. Zawierał on 20 pytań typu zamkniętego. Dotyczyły one podstawowych praw pacjentów, takich jak: prawo do opieki zdrowotnej, prawo do informacji, prawo do wyrażania zgody na leczenie, prawo do udziału w procesie terapeutycznym oraz prawo do poszanowania intymności i godności. W artykule wykorzystano jedynie część zebranego materiału badawczego.

Ankieta była anonimowa. Pacjenci wytypowani do badania otrzymywali kwestionariusz po opuszczeniu gabinetu lekarza.

Wyniki badań

Respondenci zdecydowanie chcieliby być włączeni w proces podejmowania decyzji o leczeniu. Aż 82% badanych zaznaczyło odpowiedź twierdzącą. Jedynie 3% pacjentów woli jak decyzje podejmuje wyłącznie lekarz, natomiast 15% nie potrafiło dać jednoznacznej odpowiedzi, wybrało odpowiedź: trudno powiedzieć.

Podstawowym elementem umożliwiającym pacjentowi udział w procesie leczenia jest posiadanie niezbędnej wiedzy o chorobie, możliwościach procesu diagnostyczno-leczniczego, rokowaniu. Biorący udział w badaniu pacjenci chcą być informowani o swojej sytuacji zdrowotnej (92%). Zaledwie 2% badanych nie odczuwa potrzeb w zakresie informowania. Wybierając odpowiedź negatywną dobrowolnie rezygnują oni z prawa bycia w pełni poinformowanym.

Istotne jest, że 82% respondentów uzyskuje ważne dla siebie informacje o stanie zdrowia od lekarza leczącego. Jednak, wśród tych osób jedynie 52% ocenia te informacje jako jasne i przystępne, zaś 30% twierdzi, że informacje są przekazywane w sposób niezrozumiały. Nieliczna grupa badanych, stanowiąca 7% twierdzi, że lekarz nie informuje ich o stanie zdrowia i przebiegu choroby.

Pomimo że lekarze respektują prawo pacjenta do informacji, nie zawsze ilość tych danych satysfakcjonuje chorego. Jedynie dla 34% badanych informacje przekazane przez lekarza są wystarczające, zaś 50% chciałoby wiedzieć więcej. Aż 16% respondentów ocenia uzyskane informacje za niedostateczne.

Przekazane informacje pozwalają pacjentowi na wyrażenie świadomej zgody i opinii o planowanym procesie terapeutycznym. Wyniki badań pokazują, że nie zawsze jednak lekarz pyta pacjenta o jego opinię. Taką ocenę wydało 42% badanych. Podobny odsetek respondentów (48%) ma możliwość wyrażenia swojej opinii, zaś 10% wskazało odpowiedź: trudno powiedzieć. Zgodę na planowane leczenie wyraża 59% badanych, a 25% twierdzi, że lekarz podejmuje działania medyczne bez ich zgody.

Według licznej grupy osób (48%) pacjent powinien współdecydować o przebiegu procesu leczenia, natomiast 33% respondentów nie zgadza się z tym, a 19% wstrzymało się od wskazania jednoznacznej odpowiedzi.

Pomimo że pacjenci chcą aktywnie uczestniczyć w procesie terapeutycznym, zaledwie 18% z nich twierdzi, że posiada ku temu wystarczającą wiedzę, natomiast 53% ocenia stan swojej wiedzy za niewystarczający do podejmowania niezależnych decyzji. Liczna grupa, stanowiąca 70% ogółu uważa, że ostateczna decyzja o procesie/ sposobie leczenia powinna być wspólną decyzją lekarza i pacjenta. W opinii pozostałych respondentów końcową decyzję o leczeniu powinien podjąć samodzielnie lekarz – twierdzi tak 20% ogółu, zaś 10% jest zdania, że powinna to być decyzja wyłącznie pacjenta.

Odpowiedzialność za leczenie chorego, według 57% badanych ponoszą wspólnie lekarz i pacjent, 36% respondentów obarczyło odpowiedzialnością lekarza, zaś pozostałe osoby, stanowiące 7% uczyniły odpowiedzialnymi za leczenie samych siebie.

Dyskusja

Pacjent odgrywa ważną rolę w procesie leczenia. Kiedyś rola ta ograniczała się do biernego stosowania się do zaleceń lekarza i wykonywania jego poleceń. Wzrost wiedzy i świadomości swoich praw, wyzwolił w pacjentach chęć aktywnego uczestniczenia w decyzjach i działaniach dotyczących ich zdrowia [1, 2, 3]. Wiele badań przeprowadzonych w ostatnich latach pokazuje znaczny wzrost zaangażowania pacjentów. Partycypacja pacjenta w procesie leczenia przynosi wymierne korzyści, np. obniżenie lęku, redukcję niepokoju, poprawę samopoczucia [4]. Pacjenci, którzy aktywnie uczestniczą w działaniach medycznych z większym zaangażowaniem stosują się do zaleceń oraz osiągają lepsze wyniki terapeutyczne [5, 6]. Świadomość, że są partnerami w procesie terapeutycznym wpływa na stopień ich satysfakcji z opieki [7].

Dowiedziano jednak, że preferencje pacjentów w zakresie uczestnictwa w leczeniu są zmienne i zależą od wielu czynników i okoliczności [8, 9]. Osoby zdrowe wydają opinię, że chciałyby aktywnie współdziałać. Ich zdanie często zmienia się wraz ze zmianą sytuacji zdrowotnej. Kiedy stan zdrowia pogarsza się, osoba znajduje się w stanie zagrożenia zdrowia, zmieniają się także jej preferencje. Podobnie osoby chorujące na ciężkie i przewlekłe choroby preferują dyrektywny styl leczenia [10, 11]. Wyższe oczekiwania co do udziału w decyzjach medycznych mają pacjenci młodzi i lepiej wykształceni [10]. Osoby starsze zdecydowanie preferują podporządkowanie w relacjach lekarz – pacjent [10, 12]. Zjawisko to badacze definiują jako efekt generacyjny i wiążą z paternalistycznym systemem, w którym przez wiele lat żyły te osoby. Kobiety, w przeciwieństwie do mężczyzn charakteryzują się wyższą aktywnością i chęcią współpracy z lekarzem [10, 13].

Stopień partycypacji pacjentów w proces leczenia może być różny. Najczęściej ogranicza się do żądania informacji o stanie zdrowia, pacjenci rzadziej oczekują dyskusji z lekarzem na temat alternatyw leczenia, natomiast najrzadziej chcą podjąć końcową decyzję i przejąć odpowiedzialność za proces leczenia.

Badania Hauga i Lavina pokazały, że pacjenci dostrzegają złożoność decyzji medycznych i nie zawsze chcą obarczyć się psychiczną odpowiedzialnością i dużym ryzykiem towarzyszącym ich podjęciu, dlatego też choć sygnalizują chęć aktywnego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich leczenia, zdecydowanie wolą, aby decyzje te podjął lekarz [14].

Ende i Gertis dowiedli, że pacjenci chcą być poinformowani o możliwościach leczenia, ale preferują decyzje podjęte przez lekarza [15]. Według badań Degnera i Sloan'a lekarz powinien przedyskutować z pacjentami opcje leczenia i przy podejmowaniu ostatecznej decyzji wziąć pod uwagę ich opinię [16]. Pacjenci niekoniecznie chcą podejmować decyzje, ale chcą mieć poczucie, że lekarz liczy się z ich zdaniem oraz traktuje ich jak podmiot działań medycznych.

Kaplan, na podstawie wyników badań stwierdził, że pacjenci są skłonni zrezygnować z usług lekarza, który nie liczy się z ich opinią [17].

W wielu badaniach nie wykazano zależności między potrzebą informacji, a potrzebą udziału w decyzjach medycznych [7]. Niejednokrotnie pacjenci, mimo że wyrażają silną potrzebę informacji o swoim zdrowiu, podjęcie decyzji pozostawiają lekarzowi [18]. Wielu chorych ufa swojemu lekarzowi, jego wiedzy i nie wykazuje nawet potrzeb w zakresie informowania, wystarcza im świadomość, że lekarz wie jak postąpić [10].

Włączenie pacjenta w działania medyczne jest prawnym i etycznym obowiązkiem. Preferencje pacjentów są jednak różne. Nie wszyscy chcą skorzystać z przysługującego im prawa. Istotne jest zatem poznanie przez personel oczekiwań pacjentów, aby wzajemne relacje były satysfakcjonujące dla obydwu stron.

Wnioski

1. Pacjenci chcą być informowani i włączani w proces leczenia.

2. Pacjenci nie posiadają wystarczającej wiedzy, aby podejmować niezależne decyzje. Uzyskiwane od lekarza informacje o sytuacji zdrowotnej niejednokrotnie są przekazywane w sposób niezrozumiały albo są niewystarczające.

3. Nie wszystkie decyzje medyczne są konsultowane z pacjentami.

4. Według badanych ostateczna decyzja o procesie/ sposobie leczenia powinna być decyzją wspólną lekarza i pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. McKinstry B., Paternalism and the doctor – patient relationship in general practice, *Br. J. Gen. Pract.*, 1992, 42, 340-342.
2. Coulter A., Partnership with patients: the pros and cons of shared clinical decision – making, *J. Health Serv. Res. Policy*, 1997, 2, 112-121.
3. Hook M., Partnering with patients – a concept ready for action, *J. Adv. Nurs.*, 2006, 56(2), 133-143.
4. Guadagnoli E., Ward P., Patient participation in decision – making, *Soc. Sci. Med.*, 1998, 2, 329-339.
5. Kaplan S., Greenfield S., Ware J., Assessing the effects of physician – patient interactions in the outcomes of chronic disease, *Med. Care*, 1989, 27, 110-127.
6. Teutsch C., Patient – doctor communication, *Med. Clin. North Am.*, 2003, 87 (5), 1115-45.
7. Ong L., Haes J., Hoos A., Doctor – patient communication: a review of the literature, *Soc. Sci. Med.*, 1995, 40 (7), 903-918.
8. Flynn K., Smith M., Vaness D., A typology of preferences for participation in healthcare decision making, *Soc. Sci. Med.*, 2006, 63, 1158-1169.
9. Thompson A., The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy, *Soc. Sci. Med.*, 2007, 64, 1297-1310.
10. Levinson W., Kao A., Kuby A., Not all patients want to participate in decision making, *J. Gen. Intern. Med.*, 2005, 20, 531-535.
11. Mansell D., Poses R., Kazis L., Clinical factors that influence patients' desire for participation in decision about illness, *Arch. Intern. Med.*, 2000, 160, 2991-2996.
12. Stiggelbout A., Kiebert G., Patient pces regarding information and participation in clinical decision – making, *Can. Med. Assoc. J.*, 1997, 157, 383-389.
13. Elderkin-Thompson V., Waitzin H., Differences in clinical communication by gender, *J. Gen. Intern. Med.*, 1999, 14, 112-121.
14. Haug M.R., Lavin B., Practitioner or patient – who's in charge? *J. Health Soc. Behav.*, 1981, 22, 212-219.
15. Ende J., Kazis L., Ash A., Measuring patients' desire for autonomy: decision – making and information – seeking preferences among medical patients, *J. Gen. Int. Med.*, 1989, 4, 23-30.
16. Degner L., Sloan J., Decision making g serious illness: what role do patients really want to play? *J. Clin. Epidemiol.*, 1992, 45, 941-950.
17. Kaplan S., Greenfield S., Ware J., Assessing the effects of physician interaction on the outcomes of chronic disease, *Ann. Intern. Med.*, 1996, 124, 497-504.
18. Beisecker A., Beisecker T., Patient information – seeking behaviors when communicating with doctors, *Med. Care*, 1990, 28, 19-28.

Adres do korespondencji:

dr inż. Iwona Nowakowska
Zakład Organizacji i Zarządzania UMP
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

WARTOŚCIOWANIE PRACY W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO ELEMENT WSPOMAGAJĄCY PROCES ZARZĄDZANIA KADRAMI

JOB EVALUATION IN HEALTH CARE INSTITUTION AS AN ELEMENT SUPPORTING HUMAN RESOURCE MANAGEMENT PROCESS

MARIA DANUTA GŁOWACKA, PIOTR PAGÓRSKI

Wydział Nauk o Zdrowiu UMP
Zakład Organizacji i Zarządzania
Kierownik: dr hab. M.D. Głowacka
Wydział Nauk o Zdrowiu UMP
Zakład Organizacji i Zarządzania
Pracownia Finansów i Rachunkowości w Ochronie Zdrowia
Kierownik: dr n. ekon. Piotr Pagórski

Streszczenie

Wartościowanie stanowisk pracy w wybranym oddziale szpitala specjalistycznego stało się dla autorów okazją zaprezentowania wyników swych badań. Wartościowanie zarówno stanowisk działalności podstawowej szpitala oraz stanowisk administracyjnych i obsługi pozwala na wyposażenie menedżerów opieki zdrowotnej w nowe narzędzia sterujące procesami kadrowymi w organizacji. Zaprezentowane przykłady pozwalają na określenie zakresu prac oraz sposobów wykorzystania wyników wartościowania, które zostało przeprowadzone w jednym z polskich szpitali specjalistycznych.

Słowa kluczowe: wartościowanie pracy, jakość, zarządzanie.

Summary

Job evaluation in the chosen specialist hospital ward has become an opportunity for authors to present the results of their research. Valuation of positions of the core business of both the hospital and the administration and operation of the equipment allows health care managers with new tools to control the processes of human resources in organizations. The presented example allows you to determine the scope of work and uses the results of evaluation, which was held in one of the Polish specialist hospitals.

Key words: job evaluation, quality, management.

Wstęp

Efektywne zarządzanie kadrami to warunek sukcesu każdej organizacji w tym także, rzecz jasna zakładu opieki zdrowotnej. Warunki tej skuteczności to nie tylko satysfakcjonujący poziom funduszu wynagrodzeń, ale przede wszystkim umiejętności ludzi zarządzających podwładnymi. Nie bez znaczenia są także warunki samej organizacji, skłonność kierownictwa do innowacji i wdrażania nowoczesnych rozwiązań w obszarze zatrudniania, wynagradzania i motywowania.

Celem niniejszego materiału jest próba zaprezentowania praktycznych dokonań autorów w zakresie doskonalenia systemu zarządzania personelem w zakładzie opieki zdrowotnej. Autorzy są specjalistami w zakresie doskonalenia zarządzania zasobami ludzkimi przy wykorzystaniu metod analityczno-punktowych wartościowania stanowisk pracy.

Wartościowania stanowisk pracy w organizacji

Czynnikiem wpływającym na efektywność procesu modyfikacji zarządzania personelem w zakładzie opieki

zdrowotnej jest właściwe przeprowadzenie wartościowania stanowisk pracy zarówno medycznych, jak i pozostałych (administracyjnych, gospodarczych i obsługi).

Przedmiotem wartościowania pracy, czyli postępowania oceniającego zamierzającego do określenia stopnia trudności różnego rodzaju prac są czynności składające się na proces pracy wykonywanych na konkretnych stanowiskach w określonym otoczeniu. Nie są więc przedmiotem wartościowania pracy ani cechy osobowe czy kwalifikacje pracowników, ani ich odczucia związane z wykonywaną pracą, ani wreszcie osiągnięte efekty. Przedmiotem jest więc sama praca, a ściślej jej obiektywna trudność.

Trudność pracy rozumianą jako kategorię obiektywną określają następujące grupy czynników:

- złożoność funkcji
- odpowiedzialność
- uciążliwość wykonania
- uciążliwość warunków rzeczowych miejsca pracy.

Są to czynniki syntetyczne obejmujące szereg czynników elementarnych, które stanowią jednocześnie kryteria wartościowania pracy.

Złożoność funkcji wynika ze stopnia skomplikowania operacji występujących w danym rodzaju pracy.

Zależy ona głównie od zróżnicowania wykonywanych czynności oraz ich zmienności w czasie, od wymaganej precyzji i estetyki wykonania, niezbędnej samodzielności w rozpoznaniu sytuacji oraz podejmowaniu decyzji, a także od konieczności współdziałania z innymi wykonawcami oraz kierowania pracą innych. Ta złożoność funkcji wymaga od pracownika przede wszystkim wysiłku umysłowego skierowanego na odbiór, przetwarzanie informacji oraz powzięcie decyzji kierowniczych.

Odpowiedzialność wiąże się z możliwością i rozmiarami ryzyka powstania szkód w związku z wykonywaną pracą. Szkody mogą dotyczyć zagrożenia życia i zdrowia, strat materialnych w środkach i przedmiotach pracy, a także w produkcie i otoczeniu (w tym środowisku naturalnym). W zakresie ryzyka wchodzi także straty, które bezpośrednio zależą od pracowników. Dla sprostanienia wymaganiom pracownik powinien dysponować odpowiednią wiedzą i doświadczeniem, odznaczać się odpowiednimi walorami moralnymi, niezawodnością działania oraz odpornością na zmęczenie psychiczne.

Uciążliwość wykonania czynności wchodzących w zakres danej pracy powoduje obciążenie organizmu pracownika wysiłkiem układu mięśniowego oraz napięciem zmysłów i nerwów. Wysiłek fizyczny zależy przede wszystkim od wymaganej pozycji ciała podczas pracy oraz od potrzeby podnoszenia i przenoszenia ciężkich przedmiotów. Napięcie zmysłów i nerwów wiąże się natomiast z koniecznością śledzenia różnych sygnałów i napływających z zewnątrz informacji i reagowania na nie, a także z podejmowaniem trudnych i odpowiedzialnych decyzji kierowniczych.

Uciążliwość warunków miejsca pracy może mieć swoje źródło bądź w samym procesie wytwórczym – w stosowanej technice i technologii, bądź też może być spowodowana brakiem lub nieodpowiednim funkcjonowaniem urządzeń zapewniających właściwe warunki pracy. Do typowych utrudnień tego rodzaju należą: wysoka lub niska temperatura, nadmierna wilgotność powietrza, hałas, brud, odór, drgania i wstrząsy, promieniowanie jonizujące, niewłaściwe oświetlenie, zanieczyszczenie powietrza itp. Mogą one być przyczyną wypadków lub chorób zawodowych.

Stosowane metody wartościowania pracy można ogólnie podzielić na sumaryczne i analityczne.

Istotą metod sumarycznych jest całościowe ujmowanie ocenianych prac bez rozkładania ich na elementarne względnie porównywalne czynniki trudności.

Do metod sumarycznych wartościowania pracy można zaliczyć:

- metodę bezpośredniego szeregowania prac, nazywaną również metodą kwalifikowania według stopnia ważności pracy – polega ona na powtarzalnym szeregowaniu prac według ich wzajemnej ważności, co prowadzi w ostateczności do uszeregowania prac według ocenianego stopnia trudności w zakładzie pracy
- metodę porównania parami – polega ona na porównaniu każdej pracy ze wszystkimi pozostałymi występującymi w zakładzie pracy, a następnie

uszeregowaniu w zależności od tego, ile razy była oceniana wyżej od pozostałych

- metodę sporządzania skali porównawczej – polega ona na wybieraniu spośród wszystkich prac tych, które wydają się być hierarchicznie najwyższe i najniższe, dzięki czemu otrzymujemy dwie „wartości” skali i środek wyznaczony pracą środkową, po podzieleniu każdej z połówek uzyskujemy skalę pięciopunktową
- metodę taryfikowania pracy, nazywaną również metodą wartościowania według kategorii – polega ona na wstępnym ustaleniu pewnej liczby klas np. 6 do 20 i ich opisaniu (zdefiniowaniu), a następnie na zaliczeniu poszczególnych prac do tych klas
- metodę okresu zdobywania kwalifikacji zawodowych – polega na mierzeniu złożoności pracy okresu zdobywania niezbędnych kwalifikacji zawodowych.

Zaletą ściśle scharakteryzowanych sumarycznych metod wartościowania pracy jest prostota ich przeprowadzania, wadą natomiast jest znaczny subiektywizm, brak elementów wartościowania pracy.

Metody analityczne polegają na ocenianiu prac po rozłożeniu ich na elementy. Do analitycznych metod wartościowania pracy zalicza się:

- Metodę porównywania czynników – polega ona na porównaniu prac typowych przez tworzenie malejących lub rosnących szeregów zestawionych dla każdego wyodrębnionego kryterium oddzielnie. Najczęściej stosowane kryteria to: wymagane doświadczenie, zdolności umysłowe, sprawność fizyczna, odpowiedzialność i warunki pracy. Wyniki oceny wszystkich członków zespołu są porównywane ze sobą, a rozbieżności usuwane na drodze dyskusji. Z kolei następuje ustalenie struktury ocenianych prac w punktach lub procentach, a dalej w pieniądzu dla każdego z kryteriów. Ocenione w ten sposób prace typowe stanowią punkt odniesienia dla oceny pozostałych prac przeprowadzanych w identyczny sposób.
- Metodę analityczno-punktową – polega ona na:
 - wyodrębnieniu takich syntetycznych i elementarnych kryteriów oceny pracy, które mogłyby scharakteryzować wszystkie występujące prace i służyć do ich oceny
 - opisie tych wyodrębnionych kryteriów i przypisaniu im skali liczbowej dla określenia względnej wartości w stosunku do pozostałych oraz na zdefiniowaniu stopni skali każdego kryterium elementarnego i przypisaniu każdemu ze stopni pewnej liczby punktów
 - ocenie każdej pracy w przekroju wyodrębnionych kryteriów w ramach przyjętej skali i ustaleniu liczby punktów, suma punktów ustalonych dla poszczególnych kryteriów określa wartość pracy.

Zaletą metod analitycznych wartościowania pracy jest pomiar wartości pracy z uwzględnieniem jej elementów składowych, wadami natomiast są subiektywizm i znaczna pracochłonność.

Zastosowanie w naszej gospodarce uniwersalnej metody wartościowania pracy nie jest zjawiskiem incydentalnym. Takie zastosowania wystąpiły w ostatnich latach także w innych krajach.

Najczęściej stosowaną w Polsce metodą analityczno-punktową wartościowania pracy jest „Uniwersalna metoda wartościowania pracy 2000” (UMEWAP-2000). Jest to metoda doskonalsza od swych poprzedniczek (np. UMEWAP-95), uwzględniająca doświadczenia z pilotażowych wdrożeń wcześniejszych metod oraz szeroko prowadzonych konsultacji.

Cechami charakterystycznymi tej metody są:

- uniwersalność – powszechna przydatność stosowania do wyceny stanowisk pracy zarówno do stanowisk robotniczych, jak i nierobotniczych w różnych branżach i gałęziach gospodarki narodowej, a także przydatność stosowania do wyceny operacji technologicznych prac normowanych
- jednolitość – powszechne zastosowanie zunifikowanego zestawu kryteriów syntetycznych i elementarnych wraz z ich wagami (skalami punktów)
- elastyczność – dopuszczanie możliwości stosowania dodatkowych stopni trudności lub dodatkowych kryteriów i odpowiadających im punktów, w sytuacji, gdy:
 - na stanowisku pracy występuje natężenie czynnika przekraczającego opisane dla najwyższego stopnia trudności
 - dane stanowisko pracy charakteryzuje się istotnymi wymaganiami lub warunkami nie uwzględnionymi w metodzie.

Istotnym argumentem za stosowaniem uniwersalnej metody jest stopniowe zacieranie się różnic między stanowiskami robotniczymi i nierobotniczymi.

Do podstawowych elementów metody UMEWAP-2000 można zaliczyć:

- układ kryteriów syntetycznych i elementarnych wraz z odpowiadającymi im wagami
- klucze analityczne służące do wyceny punktowej stanowiska pracy i operacji technologicznych według kryteriów oceniających (elementarnych)
- zasady ustalania kategorii zaszeregowania stanowisk pracy i pracowników.

Metoda UMEWAP-2000 jest oparta na czterech kryteriach syntetycznych – złożoność, odpowiedzialność, współpraca, uciążliwość pracy oraz na 17 kryteriach elementarnych. Poszczególnym kryteriom syntetycznym i elementarnym są przypisane odpowiednie liczby punktów w zależności od przyjętych stopni trudności. Klucze analityczne są opracowane dla poszczególnych kryteriów elementarnych metody, w szczególności opracowano:

- 4 klucze analityczne dla kryterium syntetycznego – złożoność pracy

- 5 kluczy analitycznych dla kryterium odpowiedzialności
- 3 klucze analityczne dla kryterium współpracy
- 5 kluczy analitycznych dla kryterium warunków pracy.

W każdym kluczu analitycznym wyróżnia się stopień złożoności, wymagania pracy (warunki pracy), liczbę punktów i ewentualne granice odchyżeń. Każdy klucz analityczny zawiera niezbędne objaśnienia warunkujące jego ujednolicone stosowanie¹.

Wartościowanie wybranych stanowisk pracy w szpitalu specjalistycznym

Decydując się na metodę UMEWAP-2000 należy mieć świadomym, że musi być ona zmodyfikowana przez dostosowanie jej do specyfiki opieki zdrowotnej i konkretnego zakładu świadczącego usługi medyczne.

Uwzględniając niniejsze założenie zaprezentowany zostanie przebieg i wyniki wartościowania stanowisk pracy oddziału kardiologii w wybranym szpitalu specjalistycznym. Procedura została przedstawiona z podziałem na cztery grupy kryteriów syntetycznych.

Kryterium syntetyczne – złożoność pracy obejmuje 4 klucze analityczne:

- wykształcenie zawodowe (A-1) – od 10 do 60 punktów
- doświadczenie zawodowe (A-2) – od 1 do 35 punktów
- innowacyjność, twórczość (A-3) – od 0 do 25 punktów
- zręczność (A-4) – od 0 do 20 punktów.

Kryterium wykształcenia zawodowego (A-1) jest stosunkowo łatwym do ustalenia, gdyż podstawą punktacji jest minimalne wymagane wykształcenie dla danego stanowiska, które wynika z funkcjonującego w zakładzie opieki zdrowotnej taryfikatora kwalifikacyjnego, określonego w regulaminie wynagradzania. Uwzględnić jednak należy specyficzne wymogi kwalifikacyjne dotyczące lekarzy, tj. występowanie specjalizacji I i II stopnia (docelowo jeden stopień specjalizacji) oraz zmiany w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych – wprowadzenie kształcenia na poziomie studiów licencjackich i magisterskich. Nie bez znaczenia jest także uwzględnienie kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie kursów specjalistycznych i specjalizacji. Zmiany w zakresie wykształcenia dotyczą także techników medycznych oraz ratowników medycznych. Ważne jest także uwzględnienie perspektywy rozwoju zakładu, przewidując nowe stanowiska oraz wyższe wymagania kwalifikacyjne.

Podobne uwarunkowania dotyczą kryterium analitycznego – doświadczenie zawodowe (A-2). Minimalne doświadczenie określone jest w taryfikatorze kwalifikacyjnym, jednak współczesne wymogi wynikające z po-

¹ Z. Jacukowicz, Praca i jej opłacanie, Gdańsk 2002, s. 77 i następn.

stępu technologii medycznych skłaniają do podwyższenia minimalnych wymogów w tym zakresie. Ważnym jest jednak, aby także uwzględniać tu realia miejscowego rynku pracy.

Trzeci czynnik rozpatrywany w zakresie złożoności pracy to innowacyjność i twórczość (A-3). To już czynnik bardzo trudny do wyceny, gdyż należy wyeliminować z procesu pracy wszelkie zachowania rutynowe i wyodrębnić prace wymagające własnej inicjatywy, ciągłej pomysłowości i twórczego myślenia. Opis tego czynnika wymaga szczególnego zainteresowania pracą wykraczającą poza procedury medyczne.

Wreszcie kryterium analityczne A-4 czyli zręczność. Należy tu ocenić pożądaną zręczność na danym stanowisku, czy jest to zręczność na poziomie normalnym, zwiększonym czy wybitnym. Czy zręczność dotyczy wyłącznie precyzji ruchów, czy też obsługi skomplikowanych urządzeń.

Przykład wyceny omówionych czynników w rozpatrywanym oddziale kardiologii i działu organizacji prezentuje tabela 1.

Rozpatrując zaprezentowane wyniki należy zauważyć bardzo zbliżone noty dla lekarzy oraz fakt, że w pierwszych dwóch czynnikach otrzymali oceny zbliżone do maksymalnych, gdyż zarówno wykształcenie, jak i doświadczenie zawodowe uznane zostało za szczególnie przydatne a praca wybitnie trudna. Podobnie zespół oceniający postąpił w przypadku wyceny twórczości i zręczności u ordynatora i większości lekarzy. Zwraca

także uwagę fakt preferowania lekarzy omawianego oddziału którzy wykonują zabiegi.

Na stanowiskach pielęgniarskich „fotografowano” faktyczne ich wykształcenie, co spowodowało pewną różnicę punktową u pielęgniarek odcinkowych. Na wyższych stanowiskach pielęgniarskich (starsza pielęgniarka), wykształcenie nie powoduje już tak znaczących różnic w punktacji.

Na uwagę zasługuje także wycena stanowiska salowej, która będzie stanowiskiem najniższym w badanym szpitalu. Wynik wartościowania na najniższych stanowiskach bardzo się przydaje w procesie kształtowania przyszłych wynagrodzeń pracowników omawianego zakładu opieki zdrowotnej.

Drugie z kolei kryterium syntetyczne – odpowiedzialność obejmuje aż 5 kryteriów analitycznych, a mianowicie:

- odpowiedzialność za przebieg i skutki pracy (B-1) – od 1 do 30 punktów
- odpowiedzialność za decyzje (B-2) – od 1 do 30 punktów
- odpowiedzialność za finanse oraz środki i przedmioty pracy (B-3) – od 1 do 25 punktów
- odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób (B-4) – od 1 do 25 punktów
- odpowiedzialność za kierowanie (B-5) – od 0 do 50 punktów.

Oceniając odpowiedzialność za przebieg i skutki pracy (B-1) należy w miarę precyzyjnie określić czy praca

Tabela 1. Wyniki wyceny kryterium złożoności pracy (A) w oddziale kardiologii
Table 1. The results of valuation of work complexity at cardiological ward

Lp.	Nazwa stanowiska	A-1	A-2	A-3	A-4	Razem A
1	Ordynator (kierownik) oddziału	60	30	25	20	135
2	Zastępca ordynatora	60	30	23	17	130
3	Starszy asystent (zabiegowy)	60	25	20	17	122
4	Starszy asystent	60	25	19	12	116
5	Młodszy asystent (zabiegowy)	55	10	15	14	94
6	Młodszy asystent	55	10	12	10	87
7	Inżynier kliniczny	55	15	15	5	90
8	Pielęgniarka oddziałowa	42	25	16	8	91
9	Pielęgniarka koordynująca hemodynamiki	42	25	16	10	93
10	Pielęgniarka specjalistka	45	20	11	12	88
11	Starsza pielęgniarka hemodynamiki	42	20	10	13	85
12	Pielęgniarka hemodynamiki	40	10	10	13	73
13	Pielęgniarka odcinkowa mgr	55	10	7	12	84
14	Pielęgniarka odcinkowa	40	10	7	12	69
15	Starszy technik RTG	40	20	11	13	84
16	Technik RTG	40	10	8	13	71
17	Starsza sekretarka medyczna	35	20	6	5	66
18	Starsza salowa	15	15	4	5	39
19	Salowa	15	5	2	5	27

A-1 – wykształcenie

A-2 – doświadczenie zawodowe

A-3 – innowacyjność, twórczość

A-4 – zręczność

Źródło: opracowano na podstawie wyników wartościowania w rozpatrywanym szpitalu.

na stanowisku jest prosta, czy bardziej złożona. Czy praca polega na kierowaniu zespołem pracowników. Jaki jest to szczebel kierowania (dział, oddział, pion w szpitalu) i jak trudne zadania ten zespół wykonuje.

W zakresie kryterium odpowiedzialności za decyzje (B-2) należy ustalić czy na danym stanowisku podejmowane są decyzje. Czy są to decyzje dotyczące własnej pracy czy pracy podwładnych. Czy decyzje są podejmowane w sytuacji ryzyka, dotyczą działu, oddziału, czy całego szpitala (decyzje o charakterze strategicznym czy operacyjnym).

Odpowiedzialność za finanse oraz środki i przedmioty pracy (B-3) to kryterium analityczne o charakterze wieloaspektowym. Po pierwsze należy ocenić czy na stanowisku występuje odpowiedzialność materialna za mienie zakładu. Czy mowa jest o powszechnej odpowiedzialności (tzw. kodeksowej – do wysokości 3 wynagrodzeń), czy o pełnej odpowiedzialności materialnej. Ważne jest tu także ustalenie rodzaju mienia za jakie odpowiada pracownik, czy jest to np. sprzęt, leki, gotówka czy mienie w magazynie. Istotne jest ustalenie przybliżonej wartości obsługiwanego na stanowisku sprzętu. Kolejnym problemem do ustalenia w tym punkcie jest określenie osoby odpowiedzialnej za prowadzenie ewidencji majątku trwałego i obrotowego danego działu lub oddziału szpitalnego.

Określając odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób (B-4) należy brać pod uwagę zakres obowiąz-

ków oraz organizację pracy na stanowisku. Skala odpowiedzialności jest nieco nieostra, gdyż mówi się o niej jako średnia, duża czy bardzo duża. Myśląc o tego typu zagrożeniach i je wyceniając należy brać pod uwagę z jednej strony bezpośrednie oddziaływanie na pacjenta, z drugiej zaś ewentualne zagrożenia dla współpracujących osób np. przy zabiegu.

Odpowiedzialność za kierowanie (B-5) to kryterium analityczne wprowadzone dopiero w metodzie UME-WAP-2000 i ma na celu zwiększenie rangi stanowisk na których występuje kierowanie grupą podwładnych. Z tych też przyczyn klucz analityczny jest tak skonstruowany, aby uwzględniał zarówno wielkość zespołu, jak i stopień trudności zadań stających przed zespołami pracowników.

Wyniki wartościowania czynników odpowiedzialności, w wybranym oddziale prezentuje tabela 2.

Biorąc pod uwagę dane tabeli 2. należy zauważyć, że kryterium B jako całość spowodowało znaczne zróżnicowanie wartości wycenianych stanowisk. Szczególnie na zaobserwowane zróżnicowanie wpłynął czynnik – odpowiedzialność za kierowanie (B-5). Dzięki temu stanowiska kierownicze na oddziale, tj. ordynator i pielęgniarka oddziałowa znacznie zyskały w stosunku do pozostałych pracowników. Zwiększa się także zróżnicowanie stanowisk lekarskich, szczególnie zaś „traci” stanowisko młodszego asystenta.

Tabela 2. Wyniki wyceny kryterium odpowiedzialności (B) w oddziale kardiologii
Table 2. The results of valuation of responsibility factor at cardiological ward

Lp.	Nazwa stanowiska	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	Razem B
1	Ordynator (kierownik) oddziału	25	25	16	22	42	130
2	Zastępca ordynatora	23	23	7	18	25	96
3	Starszy asystent (zabiegowy)	22	20	6	17	15	80
4	Młodszy asystent	21	17	6	17	15	76
5	Młodszy asystent (zabiegowy)	16	13	5	12	5	51
6	Młodszy asystent	15	12	5	12	5	49
7	Inżynier kliniczny	15	12	5	14	0	46
8	Pielęgniarka oddziałowa	18	14	18	16	25	91
9	Pielęgniarka koordynująca hemodynamiki	15	12	18	14	18	77
10	Pielęgniarka specjalistka	15	13	6	14	7	55
11	Starsza pielęgniarka hemodynamiki	12	8	5	13	7	45
12	Pielęgniarka hemodynamiki	11	8	5	12	0	36
13	Pielęgniarka odcinkowa mgr	10	9	5	12	0	36
14	Pielęgniarka odcinkowa	10	9	5	12	0	36
15	Starszy technik RTG	12	8	8	13	7	48
16	Technik RTG	10	8	8	12	0	38
17	Starsza sekretarka medyczna	8	5	5	1	0	19
18	Starsza salowa	8	8	4	6	7	33
19	Salowa	3	2	3	5	0	13

B-1 – odpowiedzialność za przebieg i skutki pracy

B-2 – odpowiedzialność za decyzje

B-3 – odpowiedzialność za finanse oraz środki i przedmioty pracy

B-4 – odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób

B-5 – odpowiedzialność za kierowanie.

Źródło: opracowano na podstawie wyników wartościowania w rozpatrywanym szpitalu.

Rozpatrując stanowiska pielęgniarские to z wyjątkiem wspomnianego stanowiska pielęgniarki oddziałowej pozostałe kształtują się na podobnym poziomie, jednak zauważa się już rozwarstwienie między stanowiskami pielęgniarek odcinkowych a specjalistkami czy starszymi pielęgniarkami.

Zakłada się bowiem, że specjalistkom i starszym pielęgniarkom są powierzane bardziej odpowiedzialne i trudniejsze zadania. Stąd awans na stanowisko starszej pielęgniarki nie może wynikać wyłącznie z nabytej wysługi lat (doświadczenia zawodowego).

Trzecie kryterium syntetyczne w omawianej metodzie (UMEWAP-2000) to współpraca, obejmujące trzy kryteria analityczne, mianowicie:

- współdziałanie (C-1) – od 0 do 25 punktów,
- motywowanie (C-2) – od 0 do 20 punktów,
- kontakty zewnętrzne (C-3) – od 0 do 20 punktów.

Wyceniając czynnik współdziałanie (C-1) należy wziąć pod uwagę zasadnicze dwa aspekty. Po pierwsze współdziałanie w zespole pracowników (np. praca kilku osób przy zabiegu), a może jest to praca indywidualna polegająca na obsłudze innych osób. Czy osoby obsługiwane to dorośli, czy dzieci, a może obcokrajowcy. Po drugie współdziałanie to wszelkie kontakty wewnątrz placówki opieki zdrowotnej. Należy tu określić liczbę komórek organizacyjnych i częstotliwość kontaktów z nimi.

Wraz z wprowadzeniem w 2000 roku kryterium „Kierowanie”, pojawił się także czynnik „Motywowanie” (C-2). W celu wyostrzenia tego kryterium w opisie

stanowiska należy określić kogo się motywuje, ile to jest osób i jakie to osoby. Czy motywowanie ma charakter ekonomiczny, czy pozaekonomiczny. Często także określa się pewną wycenę punktową tych stanowisk, które nie posiadają podwładnych. W tym przypadku przyjmuje się, że sama postawa w pracy oddziałuje pozytywnie na współpracowników i pacjentów.

Ostatni z kolei czynnik C to kontakty zewnętrzne (C-3). Tu także punktacja zależy od opisu dwóch zasadniczych aspektów kontaktów zewnętrznych pracowników zakładów opieki zdrowotnej. Pierwszy z nich to klasyczne kontakty z otoczeniem szpitala, wszelkimi zewnętrznymi instytucjami krajowymi i zagranicznymi, z którymi musi współpracować zakład. Drugi zaś to kontakty z rodziną pacjenta. Uciążliwość tego typu jest na tyle, w ostatnich latach, wysoka, że warto oddzielnie opisać ten problem i odpowiednio docenić punktowo.

Wycenę punktową kryterium współpraca przeprowadzoną przez zespół wartościowania stanowisk pracy szpitala specjalistycznego, dla wybranych stanowisk oddziału kardiologii prezentuje tabela 3.

Rozpatrując wyniki wartościowania przeprowadzonego w zakresie kryterium współpracy, należy podkreślić, że czynnik ten nie wpłynął znacząco na zmianę tendencji ocenianych stanowisk. W dalszym ciągu powiększa się przewaga stanowisk kierowniczych (ordynator, oddziałowa) i różnicują istotnie stanowiska asystentów (lekarzy). Natomiast wśród pielęgniarek obserwujemy spłaszczenie różnic. Bardzo podobne wyniki punktowe

Tabela 3. Wyniki wyceny kryterium współpraca (C) w oddziale kardiologii
Table 3. The results of valuation of cooperation factor at cardiological ward

Lp.	Nazwa stanowiska	C-1	C-2	C-3	Razem C
1	Ordynator (kierownik) oddziału	17	17	17	51
2	Zastępca ordynatora	14	13	13	40
3	Starszy asystent (zabiegowy)	12	10	12	34
4	Starszy asystent	12	10	12	34
5	Młodszy asystent (zabiegowy)	6	5	8	19
6	Młodszy asystent	6	5	8	19
7	Inżynier kliniczny	10	0	0	10
8	Pielęgniarka oddziałowa	13	12	14	39
9	Pielęgniarka koordynująca hemodynamiki	11	7	10	28
10	Pielęgniarka specjalistka	10	5	8	23
11	Starsza pielęgniarka hemodynamiki	10	5	8	23
12	Pielęgniarka hemodynamiki	9	2	7	18
13	Pielęgniarka odcinkowa mgr	9	2	7	18
14	Pielęgniarka odcinkowa	9	2	7	18
15	Starszy technik RTG	10	5	8	23
16	Technik RTG	9	2	7	18
17	Starsza sekretarka medyczna	10	4	10	24
18	Starsza salowa	7	3	3	13
19	Salowa	3	2	4	9

C-1 – współdziałanie

C-2 – motywowanie

C-3 – kontakty zewnętrzne.

Źródło: opracowano na podstawie wyników wartościowania w rozpatrywanym szpitalu.

odnotowują także stanowiska starszego technika i technika RTG. Odnotować należy także istotny wzrost notowań stanowiska sekretarki medycznej, głównie dzięki wysokiej wycenie dotyczącej kontaktów wewnętrznych.

Ostatnią grupą kryteriów syntetycznych są szeroko rozumiane warunki pracy, które swym zakresem obejmują 5 kryteriów analitycznych, mianowicie:

- wysiłek fizyczny (D-1) – od 0 do 30 punktów
- wysiłek psychonerwowy – od 1 do 20 punktów
- wysiłek umysłowy – od 1 do 20 punktów
- monotonia – od 0 do 10 punktów
- warunki pracy – od 0 do 25 punktów.

Dokonując wyceny stanowisk pracy z punktu widzenia kryterium – wysiłek fizyczny (D-1), należy określić czy na stanowisku występuje zwiększony wysiłek fizyczny. Czy on wynika z konieczności przenoszenia pacjentów, ciężkich przedmiotów, urządzeń. Ważne jest tu określenie ciężaru przenoszenia oraz częstotliwości wykonywania tego typu czynności. Przy wycenie wysiłku fizycznego należy także brać pod uwagę utrzymywanie przez pracownika niewygodnej, wymuszonej pozycji ciała. W oddziałach szpitalnych spotykamy często przeszacowanie tego czynnika, dlatego tak istotny jest precyzyjny opis pracy na danym stanowisku z uwzględnieniem koniecznego wysiłku fizycznego.

Wysiłek psychonerwowy (D-2) nie należy do łatwych w procesie wyceny. Chodzi tu głównie o siłę obciążenia receptorów zmysłowych, konieczność znacznej koncentracji

uwagi w dłuższych okresach. Nie bez znaczenia jest tu także wykonywanie prac wywołujących stres oraz duże tempo pracy oraz zmienność sytuacji i otoczenia.

Zdecydowanie najtrudniejszym do wyceny kryterium analitycznym jest wysiłek umysłowy (D-3). Porównywanie bowiem w tym zakresie stanowisk pracy jest dość problematyczne. Wydaje się zasadnym, aby w tym wypadku dokonać korelacji wymienionego kryterium z już wcześniej wycenionymi czynnikami, jak: twórczość (A-3) i kierowanie (B-5).

Monotonia (D-4) należy z kolei do jednych z najłatwiejszych czynników do oceny, zwłaszcza że w zakładach opieki zdrowotnej występuje ona bardzo rzadko. Monotonię odnotować czasem można w pracy laborantek, salowych, portierów, parkingowych czy pracowników pralni. W razie wątpliwości należy skorelować kryterium analityczne – monotonia z wyceną czynników: twórczość (A-3), kontakty zewnętrzna (C-3), czy wysiłek psychonerwowy (D-2).

Ostatni z kryteriów – warunki pracy (D-5) wymaga szczególnego podejścia. Jest to bowiem czynnik, który w procesie wartościowania stanowisk pracy jest najczęściej obciążony największym błędem, mimo że problematyką jego wyceny zajmuje się inspektor BHP. Należy tu wziąć pod uwagę zarówno prace niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia, jak i uciążliwe. Omawiany czynnik stanowi najczęściej powod różnicowania stanowisk o tej samej nazwie, ale występujących w różnych oddziałach zakładu opieki zdrowotnej.

Tabela 4. Wyniki wyceny kryterium warunki pracy (D) w oddziale kardiologii
Table 4. The results of valuation of work conveniences at cardiological ward

Lp.	Nazwa stanowiska	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	Razem D
1	Ordynator (kierownik) oddziału	20	20	17	0	17	74
2	Zastępca ordynatora	12	19	15	0	17	63
3	Starszy asystent (zabiegowy)	20	15	14	0	17	66
4	Starszy asystent	12	15	14	0	17	58
5	Młodszy asystent (zabiegowy)	20	11	10	0	15	56
6	Młodszy asystent	10	11	10	0	15	46
7	Inżynier kliniczny	5	11	12	0	7	35
8	Pielęgniarka oddziałowa	13	16	12	0	11	52
9	Pielęgniarka koordynująca hemodynamiki	16	15	11	0	19	61
10	Pielęgniarka specjalistka	15	15	10	0	19	59
11	Starsza pielęgniarka hemodynamiki	18	14	10	0	19	61
12	Pielęgniarka hemodynamiki	18	13	8	0	17	56
13	Pielęgniarka odcinkowa mgr	16	13	8	0	17	54
14	Pielęgniarka odcinkowa	16	13	8	0	17	54
15	Starszy technik RTG	19	15	11	0	20	65
16	Technik RTG	19	13	9	0	20	61
17	Starsza sekretarka medyczna	5	10	6	0	8	29
18	Starsza salowa	15	6	6	0	10	37
19	Salowa	17	5	2	5	10	39

D-1 – wysiłek fizyczny

D-2 – wysiłek psychonerwowy

D-3 – wysiłek umysłowy

D-4 – monotonia, monotypia

D-5 – warunki pracy.

Źródło: opracowano na podstawie wyników wartościowania w rozpatrywanym szpitalu.

Wartości punktowe dotyczące warunków pracy przedstawia tabela 4. Rozpatrując dane tabeli 4. należy zauważyć, że kryteria analityczne warunki pracy nie wpłynęły istotnie na zróżnicowanie wyceny poszczególnych stanowisk. W zasadzie proporcje między nimi zostają zachowane. Na uwagę jednak zasługuje wysoka wycena stanowiska najniższego (salowa), gdyż wpływ na to miała punktacja wysiłku fizycznego i monotonii pracy.

Zaprezentowane etapy wartościowania stanowisk pracy na wybranym oddziale szpitalnym są przykładem złożoności tego procesu. Aby wyniki tego typu prac zostały zaakceptowane przez pracowników zakładu opieki zdrowotnej konieczny jest ich udział w procesie opisu i wyceny stanowisk. Niezbędne jest także przewidywanie okresu reklamacyjnego, w którym pracownicy zapoznają się z wynikami wartościowania i wnoszą swoje uwagi, które zawsze w części są uwzględniane. Włączenie do prac wartościowania wszystkich pracowników zakładu pozwoli na zwiększenie odsetka osób, które wyniki tego procesu zaakceptują.

Możliwości wykorzystania wyników wartościowania stanowisk pracy

Bardzo często w zakładach opieki zdrowotnej ponosi się wysiłek przeprowadzenia wartościowania stanowisk pracy jednak z wykorzystaniem wyników owego wartościowania bywa znacznie gorzej.

Wykorzystanie to przede wszystkim konieczność przebudowy taryfikatora kwalifikacyjnego i ustalenia nowych stawek wynagrodzenia zasadniczego. To także możliwość wykorzystania wyników wartościowania do wprowadzenia realnych ścieżek rozwojowych pracowników, wspomaganych sprawnym systemem oceniania. Często także nowy taryfikator to okazja do modyfikacji niektórych dodatków występujących w regulaminie wynagradzania, np. dodatku funkcyjnego czy premii.

Korzystając z wyników wartościowania prezentowanego oddziału kardiologii szpitala specjalistycznego, można zaprezentować najbardziej interesujący sposób wykorzystania tego typu wyników – ustalenia wzorcowego wynagrodzenia zasadniczego, wartości punktu dla danego szpitala oraz sprecyzowanie wynagrodzenia zasadniczego dla stanowisk, które podlegały wartościowaniu. Pozwala to na ustalenie odchyleń od proponowanego wzorca, a w przypadku dużych rozbieżności płacowych na rozłożenie przyszłych regulacji wynagrodzeń na etapy.

Przyjmując odpowiednie metodologiczne uproszczenia należy uznać, że stanowisko salowej jest najniższym w hierarchii rozpatrywanego szpitala i przysługuje na nim najniższe wynagrodzenie. Zakładając, że mamy do czynienia z nowym pracownikiem, bez wysługi lat i bez uprawnień do innych dodatków, jego wynagrodzenie zasadnicze – to najniższa płaca w gospodarce. W bieżącym 2011 roku ta płaca wynosi 1.386 zł. Jeśli podzielimy tą płacę przez uzyskany wynik wartościowania dla najniższego stanowiska

Tabela 5. Wyniki wyceny kryterium warunki pracy (D) w oddziale kardiologii
Table 5. The results of valuation of work conveniences (D)

Lp.	Nazwa stanowiska	A	B	C	D	Ogółem	Stawka wynagr.
1	Ordynator oddziału	135	130	51	74	390	6.143,-
2	Zastępca ordynatora	130	96	40	63	329	5.182,-
3	Starszy asystent (zabiegowy)	122	80	34	66	302	4.757,-
4	Starszy asystent	116	76	34	58	284	4.473,-
5	Młodszy asystent (zabiegowy)	94	51	19	56	220	3.465,-
6	Młodszy asystent	87	49	19	46	201	3.166,-
7	Inżynier kliniczny	90	46	10	35	181	2.851,-
8	Pielęgniarka oddziałowa	91	91	39	52	273	4.300,-
9	Pielęgniarka koordyn. hemod.	93	77	28	61	259	4.079,-
10	Pielęgniarka specjalistka	88	55	23	59	225	3.544,-
11	Starsza pielęgniarka hemodyn.	85	45	23	61	214	3.371,-
12	Pielęgniarka hemodynamiki	73	36	18	56	183	2.882,-
13	Pielęgniarka odcinkowa mgr	84	36	18	54	192	3.024,-
14	Pielęgniarka odcinkowa	69	36	18	54	177	2.788,-
15	Starszy technik RTG	84	48	23	65	220	3.465,-
16	Technik RTG	71	38	18	61	188	2.961,-
17	Starsza sekretarka medyczna	66	19	24	29	138	2.174,-
18	Starsza salowa	39	33	13	37	122	1.922,-
19	Salowa	27	13	9	39	88	1.386,-

A – złożoność pracy
B – odpowiedzialność
C – współpraca
D – warunki pracy.

Źródło: opracowano na podstawie danych tabel 1–4.

(88 punktów), to wartość jednego punktu dla rozpatrywanego szpitala w roku 2011 wynosi 15 zł i 75 groszy. Łatwo już teraz ustalić „sprawiedliwe” wynagrodzenie zasadnicze dla pozostałych stanowisk pracy. Przeliczenie wyników wartościowania na nowe stawki wynagrodzenia zasadniczego prezentuje tabela 5.

Zaprezentowanej metoda wartościowania stanowisk pracy pozwala, jak można zauważyć, na stosunkowo szybkie ustalenia wynagrodzenia zasadniczego wszystkich stanowisk pracy. Jednak tylko bardzo rzetelne przeprowadzenie wartościowania stanowisk pracy pozwoli na uznanie ich za sprawiedliwe.

Uwagi końcowe

Zaprezentowane przez autorów wyniki wartościowania stanowisk pracy są pokłosiem ich zainteresowań ba-

dawczych realizowanych w licznych polskich szpitalach, szczególnie powiatowych i specjalistycznych. Wydaje się, że zaprezentowana metoda oraz procedury postępowania pomogą tym nielicznym śmiałkom, którzy parają się tą trudną dziedziną jaką jest doskonalenie systemów wynagrodzeń w zakładach opieki zdrowotnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Jacukowicz Z., Praca i jej opłacanie, Wydawnictwo ODDK, Gdańsk 2002.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

ZACHOWANIA PROZDROWOTNE I RYZYKOWNE DLA ZDROWIA W SPOŁECZEŃSTWIE POLSKIM

HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AND RISKY BEHAVIORS FOR HEALTH IN POLISH SOCIETY

MAŁGORZATA POSŁUSZNA

Zakład Edukacji
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
p.o. Kierownika: dr n. hum. Mirosława Cyłkowska-Nowak

Streszczenie

Zachowania zdrowotne to: postępowanie, działanie, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie jednostki. Dotyczą one różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę skutki zachowań dla zdrowia człowieka wyróżniamy zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia. Celem pracy jest próba ukazania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych skutków zdrowotnych podejmowanych przez jednostkę zachowań. Szczególną uwagę zwrócono na takie zachowania prozdrowotne, jak: racjonalne żywienie i aktywność fizyczna. Spośród zachowań ryzykownych dla zdrowia omówiono zażywanie substancji psychoaktywnych, sedenteryjny sposób spędzania czasu wolnego oraz zachowania ryzykowne dla zdrowia jamy ustnej.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, zachowania prozdrowotne, edukacja prozdrowotna.

Zdrowie człowieka determinowane jest przez różnorodne czynniki. Na wiele z nich jednostka nie ma niestety bezpośredniego wpływu. Jednak działania, jakie podejmuje na rzecz zdrowia w dużym stopniu zależą od tego, czy człowiek rozumie od czego zależy jego zdrowie i czy bierze to pod uwagę w codziennym życiu.

Rola i hierarchia ważności poszczególnych czynników warunkujących zdrowie zmieniała się wraz ze zmianą modelu zdrowia. W biomedycznym modelu zdrowia szczególną uwagę przywiązywano do opieki medycznej i działań naprawczych. Z kolei wiek XX, przyniósł dynamiczny rozwój nauk medycznych, większe możliwości diagnozowania i leczenia wielu chorób oraz rozwój nowych technologii medycznych. Niestety nie przyniosło to oczekiwanej poprawy zdrowia społeczeństwa.

Momentem przełomowym dla zmiany postrzegania czynników warunkujących zdrowie okazał się dopiero raport ministra zdrowia Kanady M. Lalonde'a, ogłoszony w 1974 roku, w którym wyróżniono cztery grupy czynników warunkujących zdrowie. Były to: styl życia, środowisko, biologia człowieka i organizacja opieki medycznej. Koncepcja „pól zdrowia”, zwana też kołem Lalonde'a, przeniosła akcenty z działań medycznych na szerszy kontekst społeczny. Uświadomiła ludziom, że styl życia w największym

Summary

Health behaviors are a behavior, an action which directly or indirectly affect the health and well being of the individual. They relate to various health-related behaviors. Taking into account the effects of human health behaviors distinguish health related behavior and risky to health. The aim of the work is an attempt to show both positive and negative effects on health behaviors undertaken by the unit. Particular attention was paid to health related behaviors, such as: rational nutrition and physical activity. Among the health risk behaviors are discussed taking psychoactive substances, "habitual" way of spending free time watching TV or computer and risk behaviors for oral health.

Key words: health behaviors, prohealth behaviors, health education.

stopniu bezpośrednio determinuje zdrowie jednostki i właśnie poprzez jego zmianę, można je poprawić i potęgować. Zainicjowało to liczne programy ukierunkowane na zmianę różnych zachowań zdrowotnych w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, zależnych właśnie od stylu życia.

W celu zwiększenia potencjału swego zdrowia ludzie zaczęli świadomie podejmować działania, które były korzystne dla zdrowia, określane jako prozdrowotne oraz eliminowali zachowania zagrażające swemu zdrowiu.

Wśród zachowań sprzyjających zdrowiu wyróżnia się cztery grupy zachowań. Są to: zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym, jak np. dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, odpowiedni czas trwania snu i jego jakość. Poza tym zalicza się tutaj zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym (korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z problemami), zachowania prewencyjne, jak: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym i seksualnym oraz niepodejmowanie zachowań ryzykownych (niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków nie zaleconych przez lekarza, nieużywanie innych substancji psychoaktywnych) [1].

Według Ireny Heszen-Niejodek zachowania zdrowotne są to wszelkie formy aktywności ukierunkowane na cele zdrowotne w zależności od stanu zdrowia podmiotu. Wyróżnia się następujące zachowania zdrowotne:

- zachowania ukierunkowane na utrzymanie dobrego samopoczucia (wellness behaviour)
- zachowania profilaktyczne ukierunkowane na ochronę zdrowia (preventive health)
- zachowania ukierunkowane na zmniejszenie ryzyka utraty zdrowia (at-risk-behaviour)
- aktywność osoby dostrzegającej u siebie chorobę, podejmowana w celu określenia stanu zdrowia i uzyskania odpowiednich środków zaradczych (illness behaviour)
- aktywność osoby uważającej się za chorą, podejmowana w celu poprawy stanu zdrowia (self-care-behaviour)
- aktywność osoby uważającej siebie za chorą, ukierunkowana na poprawę stanu zdrowia przez podjęcie leczenia (sick-role-behaviour) [2].

Barbara Woynarowska proponuje określać zachowania zdrowotne „(...) jako postępowanie, działanie (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Zdaniem autorki można wyróżnić następujące zachowania zdrowotne:

- zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne): aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymanie czystości ciała i otoczenia, zapewnienie bezpieczeństwa, utrzymywanie właściwych relacji między ludźmi, radzenie sobie ze stresem
- zachowania zagrażające zdrowiu (antyzdrowotne, negatywne): palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających (niedostatek zachowań prozdrowotnych stwarza także ryzyko dla zdrowia) [3].

Zachowania prozdrowotne służą przywróceniu zdrowia i zwiększają jego potencjał, a także chronią przed zagrożeniami [4]. Z kolei zachowania antydzrowotne są ryzykowne dla zdrowia, powodują bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne. Negatywne zachowania zdrowotne mogą skutkować rozwojem choroby i niepełnosprawności, zaburzeniami rozwoju lub innych niepożądanych stanów, opóźniają też proces leczenia i rehabilitacji, a także utrudniają profilaktykę oraz wczesną diagnozę [5].

Do zachowań prozdrowotnych należy racjonalne żywienie. Racjonalny sposób żywienia (odżywiania) to żywienie zgodne z zaleceniami nauki o żywieniu i uwzględniające uwarunkowania genetyczne, społeczne i kulturowe. Prawidłowe żywienie zaspokaja potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne człowieka oraz umożliwia osiągnięcie pełnego, zaprogramowanego genetycznie, rozwoju fizycznego i psychicznego, utrzymanie odporności organizmu na choroby i zachowanie jego sprawności do późnego wieku [6]. Dodać należy, że optymalny sposób żywienia stanowi nie tylko podstawowy element prozdrowotnego stylu życia, ale jest także sposobem zapobiegania wielu chorobom.

Model zdrowego żywienia przedstawiony w formie piramidy zdrowego żywienia zawiera najważniejsze grupy

produktów w odpowiedniej kolejności pod względem ilości spożycia. Żywnienie rozpatrywane w kontekście aktywności fizycznej człowieka znalazło wyraz w nowej piramidzie zdrowego żywienia, w której na najniższym piętrze umieszczono codzienną aktywność fizyczną i kontrolę masy ciała. Na dalszym poziomie znajdują się produkty, których należy spożywać najwięcej. Są to produkty spożywcze (kasze, makaron, ryż, pieczywo), dalej znajdują się warzywa, owoce, mleko i jego przetwory (jogurty, kefir, maślanka, sery), następnie mięso, ryby, jaja i nasiona roślin strączkowych. Na najwyższym szczeblu znajdują się natomiast tłuszcze roślinne, których należy spożywać najmniej [4].

Niewłaściwe żywienie jest jednym z głównych czynników chorób cywilizacyjnych, takich jak otyłość. Poza tym udowadnia się powiązanie nieprawidłowego żywienia z występowaniem miażdżycy tętnic oraz na jej podłożu choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego i udaru mózgu, niektórych nowotworów, próchnicy zębów, cukrzycy typu II i innych chorób, które można nazwać chorobami dietozależnymi [7].

Do błędów żywieniowych występujących często w polskim społeczeństwie zalicza się nieregularne spożywanie posiłków, co przyczynia się do otyłości i choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Posiłki zjadane w pośpiechu i w warunkach dyskomfortu emocjonalnego, nadmierna ilość spożywanej żywności konserwowej i przygotowanej przemysłowo (typu „gorący kubek”), nieracjonalny sposób przygotowywania posiłków, np. odgrzewanie w ciągu dnia posiłków przygotowanych rano, prowadzi do znacznej utraty witamin i cennych składników mineralnych [5].

Obecnie zdrowe żywienie traktowane jest łącznie z aktywnością fizyczną, która jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka oraz kluczowym warunkiem zachowania i wzmacniania zdrowia we wszystkich okresach życia. Aktywność fizyczna to wszystkie zajęcia i czynności związane z wysiłkiem fizycznym i ruchem, tj. pracą mięśni, podczas których następuje przyspieszenie czynności serca i oddechu, pojawia się również uczucie ciepła z towarzyszącym mu poceniem się. Aktywność fizyczna obejmuje różne formy aktywności ruchowej, takie jak: ćwiczenia fizyczne, czyli zaplanowane, powtarzane i ustrukturalizowane ruchy ciała, mające na celu utrzymanie lub poprawę kondycji i sprawności ciała oraz wysiłki związane z wieloma zajęciami i czynnościami życia codziennego, jak np. marsz, jazda na rowerze do pracy lub do szkoły, praca zawodowa, praca w gospodarstwie, w ogrodzie i domu [4].

Obserwowane u dorosłych i młodych ludzi obniżenie poziomu aktywności fizycznej jest poważnym problemem we wszystkich krajach cywilizowanych. Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży zmniejsza się z wiekiem. Nasilająca się hipokineza jest przyczyną regresu sprawności i wydolności fizycznej młodzieży.

Aktywność prozdrowotna ma za zadanie wzmacniać potencjał biologiczny organizmu i polepszać jego stan zdrowia. Ruch jako podstawowa forma aktywności fizycznej jest warunkiem prawidłowego rozwoju fizycznego organizmu, zapobiegania stanom patologicznym i usprawnienia układu fizjologicznego i narządów wew-

nętrznym człowieka. Systematyczna dbałość o rozwój ruchowy, motoryczny w znacznym stopniu przyczynia się do poprawy i utrzymania zdrowia pojedynczego człowieka i całej populacji. Aktywność fizyczna jest jednym z najprostszych i najskuteczniejszych sposobów dbałości o człowieka i stanowi miernik zdrowia [8].

Podkreślić należy, że społeczeństwo polskie cechuje niestety niska aktywność ruchowa. Szacuje się, że tylko ok. 30% dzieci i młodzieży oraz ok. 10% dorosłych uprawia różne formy aktywności fizycznej, które zaspokajają podstawowe potrzeby fizjologiczne organizmu pod względem rodzaju i intensywności obciążeń wysiłkowych. Czas wolny spędza się przeciętnie oglądając telewizję, co charakteryzuje się brakiem aktywności fizycznej [5].

Odpowiedni do wieku i stanu zdrowia wysiłek fizyczny o określonym czasie trwania, częstotliwości i intensywności umacnia zdrowie w sposób korzystny dla wszystkich układów organizmu. Zmniejsza ryzyko choroby wieńcowej i udaru mózgu oraz obniża ciśnienie tętnicze. Poza tym poprawia bilans kaloryczny, poprzez zwiększenie zużycia energii, co powoduje spadek masy ciała i zapobiega tym samym otyłości. Poza tym zapobiega zachorowaniu na cukrzycę oraz niweluje ryzyko osteoporozy.

Wysiłek fizyczny ma pozytywny wpływ na metabolizm, w tym na gospodarkę węglowodanową i lipidową. Korzystnie wpływa także na zdrowie psychiczne, sprzyjając rozładowaniu napięć spowodowanych stresem i frustracją oraz zmniejszając lęk i stany depresyjne.

Przypuszcza się, że efekt poprawy samopoczucia wskutek stosowania aktywności fizycznej, jest wynikiem wzrostu endomorfina we krwi, które przyczyniają się do opóźnienia procesów starzenia oraz poprzez odpowiednią sprawność i wydolność fizyczną, prowadzą do dobrej jakości życia, co jest ważne w zapobieganiu patologii społecznej, zwłaszcza wśród młodzieży [4].

Do zachowań negatywnych, zagrażających zdrowiu należą palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających. Nadużywanie substancji psychoaktywnych wpływa niekorzystnie na mózg, zmieniając nastrój, zachowanie i procesy myślowe jednostki. Nadużywanie tych substancji stanowi konsekwencję tempa życia, ucieczki od nieakceptowanych stanów emocjonalnych, poszukiwania szybkiej przyjemności oraz trudności w kontrolowaniu impulsów [9].

Zażywanie substancji psychoaktywnych prowadzi do różnych problemów zdrowotnych i społecznych. Substancje te powodują szkody zdrowotne, np. zatrucia, zespół uzależnienia, infekcje oraz zaburzenia psychiczne, jak: depresja, zaburzenia osobowości. Pod wpływem tych substancji podejmowane są ryzykowne zachowania, np. prowadzenie pojazdów, skoki do wody w miejscach niebezpiecznych, podejmowanie ryzykownych i przedwczesnych kontaktów seksualnych z przypadkowo napotkanym partnerem bez zabezpieczenia. Zażywanie substancji psychoaktywnych powoduje także zaniedbywane obowiązków w pracy, na uczelni, utratę zainteresowań i konfliktów z prawem [9].

Niedostatek zachowań prozdrowotnych stwarza także ryzyko dla zdrowia. Do takich zachowań zaliczamy sedenteryjny sposób spędzania czasu wolnego. Ludzie spędzają dużo czasu przed ekranem telewizora i komputera. Z jednej strony można powiedzieć, że jest to pozytywne, gdyż taki sposób spędzania czasu wolnego może wpływać korzystnie na zdrowie psychiczne i rozwój intelektualny, z drugiej jednak strony obserwuje się negatywny wpływ mediów, jak przemoc, „telemanię”, zafałszowanie rzeczywistości oraz zjawisko dodatkowego unieruchomienia. To długotrwałe unieruchomienie, w nieprawidłowej pozycji, skutkuje często wadami kręgosłupa, bólami pleców i szyi oraz ogólnym zmęczeniem psychicznym objawiającym się ospałością, apatią, spowolnieniem reakcji czy rozdrażnieniem.

Do zachowań negatywnych, zagrażających zdrowiu można zaliczyć także zachowania ryzykowne dla zdrowia jamy ustnej, takie jak: rzadkie czyszczenie zębów, częste spożywanie słodczy i słodkich napojów oraz palenie tytoniu.

Próchnica zębów i choroby przyzębia stały się jednymi z najbardziej rozpowszechnionych chorób społecznych. Statystyki medyczne wskazują, iż u ponad 90% polskiego społeczeństwa stwierdza się te choroby [10]. Stan ten wywołują spożywane produkty o dużej zawartości węglowodanów, spożywanie posiłków powodujących przywieranie, przyklejanie i zalegnię w bruzdach i szczelinach resztek pokarmowych. Ryzyko rozwoju próchnicy zależy również od czasu między posiłkami a czyszczeniem zębów. W celu całkowitego usunięcia resztek pokarmowych i nalotu bakteryjnego konieczne są dodatkowe zabiegi higieniczne. Stosowanie ich po każdym posiłku skraca czas destrukcyjnego działania na płytkę nazębną.

Właściwa higiena jamy ustnej zapobiega powstawaniu próchnicy i utraty zębów. Aby zachować pełne uzębienie do sędziwego wieku konieczne jest staranne, umiejętne i częste czyszczenie wszystkich powierzchni zęba. Zęby należy szczotkować pastą, najlepiej z fluorem, po każdym posiłku, co najmniej dwa razy dziennie. Szczoteczka powinna być dobrej jakości, wykonana z miękkiego włosia, o małej główce, aby umożliwiała dotarcie do wszystkich powierzchni. Podkreślić należy, że w szczotkowaniu zębów nie jesteśmy w stanie domyć przestrzeni międzyzębowych szczoteczką, dlatego niezbędne jest używanie nici dentystrycznych. Dodatkowo zaleca się płukanie jamy ustnej przeznaczonymi do tego płynami lub płukankami, które działają bakteriobójczo lub opóźniają osadzanie się kamienia.

Oprócz racjonalnej higieny jamy ustnej należy zwracać uwagę na racjonalne żywienie, które powinno dostarczać niezbędnych składników do budowy i rozwoju tkanek (soli mineralnych i witamin A, D i C) oraz zmniejszyć częstotliwość spożywania posiłków, przede wszystkim wyeliminować podjadanie słodczy między posiłkami i picie słodkich napojów. Ważną rolę w higienie jamy ustnej odgrywają też regularne badania profilaktyczne, co 6 miesięcy, w celu dokonania przeglądu wszystkich zębów i ustalenia stanu przyzębia oraz ewentualne oczyszczenie zębów z kamienia i osadu nazębnego [4].

Reasumując należy stwierdzić, że społeczeństwo polskie podejmuje zarówno prozdrowotne, jak i ryzykowane zachowania dla zdrowia. Zachowania sprzyjające zdrowiu warunkują szczęśliwe życie i są podstawą prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, poza tym pozwalają wypełniać swoje obowiązki i spełniać role społeczne. Z kolei zachowania ryzykowne sprzyjają niezamierzonym urazom, a także przemocy i dokonywaniu niebezpiecznych wyborów. W edukacji zdrowotnej należy zatem zwrócić szczególną uwagę na eliminowanie tych zachowań a podejmować działania zmierzające do kształtowania właściwego stosunku do ochrony zdrowia własnego i innych ludzi oraz właściwych zachowań w codziennym życiu.

PIŚMIENNICTWO

1. Ostrowska A., Styl życia a zdrowie, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 29.
2. Banaszkiewicz M., Andruszkiewicz A., Zachowania zdrowotne, W: Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 72.
3. Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” w latach 1992-1995 pod red. B. Woynarowskiej, Warszawa 1995, s. 16.
4. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, ss. 53, 55, 276, 295, 314.
5. Żołnierczuk-Kieliszek D., Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem, W: Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych pod red. T.B. Kulik, M. Latałskiego, Wyd. Czelej, Lublin 2020, s. 76, 79, 93.
6. Gertig H., Gawęcki J., Słownik terminów żywieniowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
7. Roszkowski W., Normy żywienia, W: Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu, red. J. Gawęcki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 485.
8. Bytniewski M., Wskaźnik masy ciała, aktywność ruchowa a dobrostan fizyczny studentów ZWWF i PWSZ, W: Wpływ zdrowego i niezdrowego stylu życia na dobrostan, red. K. Turowski, Lublin 2008, s. 11.
9. Teesson M., Degenhardt L., Hall W., Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla terapeutów, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 12.
10. Woynarowska B., Oblacińska A. (red.), Zdrowie jamy ustnej u dzieci, młodzieży i kobiet ciężarnych, Wyd. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej, Warszawa 1995, s. 12.

Adres do korespondencji:

Zakład Edukacji UMP
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

ROLA PIEŁĘGNIARKI W DIAGNOSTYCE I REHABILITACJI WYBRANYCH ZABURZEŃ PROCESU KOMUNIKOWANIA SIĘ

THE ROLE OF A NURSE IN DIAGNOSTIC AND REHABILITATION OF COMMUNICATION PROCESSES DISORDERS

PIOTR ŚWIDZIŃSKI, BOŻENA WISKIRSKA-WOŹNICA, DOROTA JOACHIMIAK,
BARBARA BILIŃSKA, BOGNA MAŁACZYŃSKA

Katedra i Klinika Foniatrii i Audiologii, Wydział Lekarski I
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. med. Bożena Wiskirska-Woźnica

Streszczenie

Zapobieganie, diagnozowanie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń słuchu, głosu i mowy jest efektem współpracy specjalistów z różnych dziedzin, w tym wykwalifikowanej pielęgniarki.

Celem głównym pracy jest opracowanie pewnych schematów w standardach opieki pielęgniarskiej na oddziale audiologiczno-foniatrycznym, obejmującym dzieci i dorosłych z zaburzeniami procesu komunikowania się i wprowadzenie opracowanych metod pracy pielęgniarki do praktyki.

W pracy przedstawiono propozycję dwóch z siedmiu procedur pracy pielęgniarki na oddziale foniatryczno-audiologicznym. Podział na poszczególne typy procedur podyktowany był doświadczeniami praktycznymi wynikającymi z obserwacji chorych na Oddziale Klinicznym Foniatrii i Audiologii w Poznaniu. Struktura osób diagnozowanych i leczonych w tym okresie była głównym powodem propozycji podziału tych procedur. Nie dzielono materiału badanego ze względu tylko na wiek lub na typ schorzenia. Wyodrębniono jednak takie elementy w opracowaniu procedur, które obejmują pewne cechy powtarzalne materiału chorych. Procedury zaproponowane spełniają kryteria struktury, procesu i wyniku niezbędne w pracy pielęgniarki na wszystkich oddziałach szpitalnych, niezależnie od wielkości i miejsca ich usytuowania. Do tej pory brak było zaleceń schematycznych w pracy pielęgniarki pracującej na oddziale nieinwazyjnym obejmującym zaburzenia procesu komunikatywnego.

W wielu przypadkach schorzeń narządu słuchu, mowy i głosu, mechanizmy pracy pielęgniarki powtarzają się, wprowadzenie podziału kategorii procedur i wdrażania ich w życie pozwoli zapewnić sprawność i zwiększyć profesjonalizm działania pracy pielęgniarki.

Słowa kluczowe: model opieki pielęgniarskiej, zaburzenia słuchu, zaburzenia głosu.

Summary

Prevention, diagnostics, treatment and rehabilitation of voice, speech and hearing disorders is the outcome of cooperation of medical and para-medical team. In this group is undoubtedly well qualified nurse. The purpose of this paper is introduction of some schematic management of patients from Audiological and Phoniatriac Dept. during their diagnostic process of communication disorders.

This work presents seven procedures of a nurse's work in a Department of Phoniatriac and Audiology. The classification into different types of procedures was dictated by practical considerations based on the observation of patients admitted since 2005 till 2011 to the Department of Phoniatriac and Audiology of the Independent Public University Hospital no. 2 in Poznań. The structure of patients diagnosed and treated during this period was the main reason for the introduction of procedure classification. The analyzed material was not divided only on the basis of age or type of disorder (vocal or hearing organ). The analysis and the process of drawing up the procedures took into consideration, however, several elements which include the repetitiveness of the patient material. The proposed procedures meet the criteria of structure, process and result, which are essential in the work of a nurse in all types of hospital wards, regardless of their size and location.

Until now, there have not been any schematic instructions concerning the work of a nurse in a non-invasive ward where disorders of communication processes are treated. In many cases, with the patients suffering from hearing, speech and voice disorders, the procedures of a nurse's work are very similar, and therefore in reality it is much more practical to introduce a classification of procedures, just like the ones described in this work. The role and function of the Department of Phoniatriac and Audiology have been described in the wide context of disorders of communication processes. Seven procedure schemas, which include the criteria of structure, process and result of a nurse's work in a Department of Phoniatriac and Audiology, were drawn up and presented in this work. The basis for a procedure's name was a standard declaration including individual features of nursing care. Diagnostic procedures concerning young children and people with voice disorders are particularly important. The diagnostic process, which varies for different procedures, determines the work of a nurse in the ward. The procedure schemas created for the nurses in the Department of Phoniatriac and Audiology can serve as educational material in postgraduate and specialist courses.

Key words: model of nursing care, hearing disorders, voice disorders.

Jedną z podstaw rozwoju współczesnego społeczeństwa jest niebywały postęp w kontaktach międzyludzkich, wymiana informacji, czy rozwój technik informacyjnych. Integralną częścią tego rozwoju jest stopień wykształcenia i wykorzystania słuchu, głosu i mowy, słowem komunikacja werbalna. Postęp, jaki dokonał się w ciągu ostatnich kilkunastu lat w zakresie możliwości zapobiegania, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji zaburzeń słuchu, głosu i mowy jest efektem pracy grup specjalistów z wielu różnych dziedzin nauki i medycyny, takich jak: audiologia, foniatria, otolaryngologia, logopedia, akustyka, psychiatria, neurologia, cybernetyka, genetyka itp. [1].

Specyfika pracy z chorymi z różnymi zaburzeniami słuchu, głosu i mowy oprócz ww. specjalistów wymaga również włączenia w proces niezakłóconej komunikacji wykwalifikowanej pielęgniarki jako partnera wobec lekarza, psychologa czy logopedy.

Zaburzenia procesu komunikatywnego w działalności Kliniki Foniatrii i Audiologii

Już w 1887 r. znakomity londyński laryngolog Morell Mackenzie nazwał siebie foniatrą, a dopiero w 1920 r. uczniowie berlińskiej szkoły Hermanna Gutzmanna Hugo Stern i Miloslav Seeman zdefiniowali foniatrię jako dyscyplinę obejmującą zaburzenia głosu mowy i słuchu [2].

Biesalski, Böhme, Frank i Lüscher w przedmowie do pierwszego wydania „Phoniatrie und Pädaudiologie” z 1973 r. podkreślają, że powiązania audiologii dziecięcej z zaburzeniami głosu i mowy stworzyły logiczne podstawy dla określenia foniatrii jako specjalistycznej dyscypliny medycznej zajmującej się zaburzeniami porozumiewania się [3]. Włączenie audiologii dziecięcej do zaburzeń komunikatywnych i praktyczne utożsamianie jej z foniatrią kliniczną znalazło racjonalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy głosem a słuchem.

Audiologia, szeroko zajmująca się narządem słuchu jako głównym kanałem informacyjnym w założonym procesie komunikatywnym jest przedmiotem zainteresowania nie tylko otolaryngologów, ale także akustyków, neurofizjologów, protetyków słuchu, surdologopedów, psychologów, fonetyków czy też językoznawców [4]. Bez wątpienia każdy w swoim zakresie dostarcza nowych informacji tak potrzebnych lekarzowi audiologowi w klinicznej ocenie wydolności układu słuchowego.

Antoni Pruszewicz kierował się szczególnie i wspaniałą intuicją, wnioskując do Senatu Uczelni o przekształcenie Pracowni Foniatrycznej powstałej w 1968 roku w Klinikę Foniatrii i Audiologii Katedry Chorób Ucha, Nosa, Gardła i Krtani.

Tak więc w 1982 r. powstała pierwsza w Polsce Klinika Foniatrii i Audiologii podniesiona w 2000 r. do rangi Katedry [5]. Pod każdym względem spełnia więc ona wymogi, jakie stoją przed nowoczesną uniwersytecką jednostką zajmującą się szeroko pojętą fizjopatologią procesu komunikatywnego.

Jest rzeczą oczywistą, że złożony proces porozumiewania się międzyludzkiego może być poznawany z różnego punktu widzenia. Charles van Riper słusznie podkreśla, że mowa jest tą szczególną cechą, która odróżnia człowieka od świata zwierzęcego [5].

Zdaniem Leona Kaczmarka mowa jest przedmiotem „multidyscyplinarnej” nauki jaką jest logopedia. Z naukowego punktu widzenia obejmuje ona teorię mowy, kształtowanie się mowy u dziecka, także dziecka z upośledzonym słuchem, porozumiewanie się głuchoniemych, percepcje wypowiedzi słownych (słuchową i wzrokową) oraz pisemnych (wzrokową i czuciową), fonetykę artykulacyjną, zaburzenia porozumiewania się słownego i pisemnego, teorię kultury żywego słowa. Od wielu lat trwają żywe dyskusje co do kompetencyjności, a przede wszystkim wzajemnych relacji pomiędzy foniatrą i logopedą [6].

W poznańskim ośrodku foniatrycznym niemożliwa jest praca bez logopedy, psychologa i pielęgniarki odpowiednio wyszkolonej w tej dziedzinie. Ten właśnie zespół tworzy podstawową jednostkę strukturalną, która jest kompetentna, aby zajmować się procesem komunikatywnym.

W poznańskiej Klinice Foniatrii i Audiologii wypracowano pewne racjonalne zasady zespołowej współpracy przy rozwiązywaniu złożonej problematyki zaburzeń procesu komunikowania się. Wieloletnia praktyka kliniczna ugruntowała konieczność zespołowego działania przy pełnym szacunku i uwzględnieniu zakresów kompetencji. Wiodąca rola lekarza audiologa – foniatry w odniesieniu do problemów procesu komunikatywnego wynikać powinna z podejścia całościowego uwzględniającego uwarunkowania morfologiczno-czynnościowe, etiopatogenezę, diagnostykę, leczenie, rehabilitację, profilaktykę i prewencję zaburzeń słuchu, głosu i mowy [7].

Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej

W świetle współczesnej praktyki pielęgniarskiej i istniejących trendów duże znaczenie przypisuje się optymalizacji jakości opieki. Zmieniające się jakościowo potrzeby zdrowotne implikują do wdrażania nowych form i metod pracy. Uniwersalną metodą pracy pielęgniarskiej, wywodzącą się z naukowego podejścia do rozwiązywania problemów i dostosowaną do indywidualnych potrzeb i wymagań chorego, jest proces pielęgnowania – złoty standard postępowania pielęgniarskiego [8].

Człowiek chory w procesie pielęgnowania jest postrzegany jako pełnoprawny, aktywny i uczestniczący podmiot działań pielęgniarskich. Pielęgniarka w ramach procesu pielęgnowania pełni rolę kierowniczą, ale realizowanie tej roli wymaga pełnego uznania, akceptowania i poszanowania prawa chorego. Człowiek chory jest dla pielęgniarki partnerem, a podjęte czynności pielęgnacyjne są wynikiem współpracy i porozumienia. Zmienia się także podejście do roli chorego. Wymaga się od niego aktywności w kontekście utrzymania własnego zdrowia i samopielęgnacji. Chory

jest nie tylko biernym odbiorcą opieki pielęgniarskiej, ale również uczestniczy w pielęgnowaniu zdrowia, współpracuje i staje się za nie odpowiedzialny [9].

Dominującym zagadnieniem i ważnym etapem dla rozwoju teorii i praktyki pielęgniarskiej było zaadoptowanie psychologicznej teorii potrzeb A. Masłowa. Według tej teorii człowiek posiada określone potrzeby natury biologicznej, psychicznej i społecznej. Można także mówić o potrzebie duchowej. Choroba powoduje, że równowaga potrzeb człowieka zostaje zachwiana. Odpowiedzią na teorię potrzeb był model opieki pielęgniarskiej opracowany przez Wirginię Henderson, która wniosła znaczący wkład w rozwój pielęgniarstwa.

Od lat 60. XX w. proces pielęgnowania inspirował teoretyków i praktyków pielęgniarstwa na całym świecie. Teoretycy uważają, że proces pielęgnowania jest podstawą – rdzeniem właściwego pielęgnowania. W Polsce przyjmuje się 4-etapową strukturę procesu pielęgnowania, obejmującą: rozpoznawanie (systematyczne gromadzenie danych o chorym i jego środowisku, diagnozowanie), planowanie (ustalenie indywidualnego planu pielęgnowania), realizowanie planu, ocenianie podjętych działań.

Chociaż wymienione etapy przedstawione są osobno, to w praktyce stanowią niekończący się ciąg działań ściśle ze sobą powiązanych.

Obecnie zachodzi potrzeba świadczenia indywidualnej i całościowej opieki na wysokim poziomie, tym bardziej, że Biuro Światowej Organizacji Zdrowia i liczne międzynarodowe organizacje pielęgniarskie rekomendują tę metodę pracy. Proces pielęgnowania określany jest jako złoty standard opieki pielęgniarskiej. Postrzegany jest jako pielęgnowanie nowoczesne, holistyczne i indywidualne.

Motywacją do wdrażania nowoczesnej metody pracy i jej promowania przez Światową Organizację Zdrowia oraz Międzynarodową Radę Pielęgniarek była i jest ochrona zdrowia człowieka i jego indywidualne potrzeby zdrowotne. Podkreśla się, że zdrowie jest:

- wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji oraz zmieniać swoje środowisko i radzić sobie z nim
- zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny, tylko zdrowe społeczeństwo może się rozwijać i osiągać odpowiedni poziom jakości życia
- warunkiem (środkiem) codziennego życia (a nie jego celem)
- koncepcją eksponującą korzyści (dobre samopoczucie, sprawność fizyczna), a nie negatywne skutki (choroby i zaburzenia). Zdrowie to m.in. efekt troski o siebie i innych.

Proces pielęgnowania, w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia, to termin odnoszący się do systemu interwencji charakterystycznych dla pielęgniarstwa, a znaczących dla zdrowia jednostki, rodziny i/lub środowiska. Wymaga stosowania naukowych metod identyfikowania potrzeb zdrowotnych jednostki, rodziny lub innych społeczności oraz szukania sposobów możliwie najlepszego zaspokajania tych potrzeb przez pielęgnowanie. Proces pielęgnowania obej-

muje zatem planowanie sposobów zaspokajania potrzeb, zapewnianie wykonywania zaplanowanego postępowania oraz ocenę osiąganych efektów.

Pielęgniarka wraz z zespołem terapeutycznym oraz z człowiekiem (lub grupą ludzi), któremu służy, określa cele, priorytety i metody pielęgnowania [8]. Wdrożenie i stosowanie w praktyce uznanych koncepcji opieki pielęgniarskiej prowadzi do usystematyzowania opieki nad chorym, doskonalenia metod pracy oraz wzrostu wiedzy na temat pielęgnowania chorego.

Celem głównym pracy jest stworzenie szablonów dla standardów postępowania pielęgniarki Oddziału Klinicznego Foniatrii i Audiologii w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń słuchu, głosu i mowy.

W Polsce od 2002 r. powstała wspólna lekarska specjalizacja podstawowa a mianowicie lekarz foniatra i audiolog. Struktura organizacyjna oddziałów klinicznych z zakresu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego również uległa zmianie. Zmieniły się również zasady pracy pielęgniarskiej na powstających w szybkim tempie nowych oddziałach szpitalnych foniatrysto-audiologicznych. Tempo tych zmian przyspieszył program ogólnopolskiej opieki opartej na Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy i wyznaczeniu ośrodków I, II i III stopnia referencyjności w zakresie wykrywania i wczesnej diagnostyki wad słuchu.

Celem pracy jest stworzenie pewnych (szablonów) standardów opieki pielęgniarskiej na oddziale audiologiczno-foniatrystycznym obejmujących tak dzieci, jak i osoby dorosłe z zaburzeniami procesu komunikowania się, a więc obejmujących szeroko pojęte zaburzenia słuchu, głosu i mowy.

Celem utylitarnym jest opracowanie standardów opieki pielęgniarskiej wg wytycznych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych [9] oraz wprowadzenie wypracowanych metod pracy pielęgniarki na Oddziale Klinicznym Foniatrii i Audiologii w Poznaniu do praktyki, która być może w przyszłości stanie się obowiązującą metodą postępowania w całym kraju. W procesie tworzenia standardów oparto się na ustalonych założeniach i strukturze. Wyróżniono następujące założenia:

1. Profesjonalna praktyka pielęgniarska i położnicza jest oparta na sprawdzonych podstawach teoretycznych, wiedzy oraz zasadach postępowania.

2. Pielęgniarstwo jako dziedzina nauki zajmuje się gromadzeniem i opisywaniem występujących w pielęgniarstwie faktów znaczących dla jego efektywności, poszukiwaniem związków przyczynowo-skutkowych determinujących rozwój pielęgniarstwa, opracowywaniem koncepcji, zasad, teorii, modeli pielęgnowania, uwzględniających zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz trendy rozwojowe w ochronie zdrowia.

3. Pielęgniarstwo jako podsystem w systemie ochrony zdrowia ma wyodrębnioną strukturę, system kształcenia i doskonalenia pielęgniarek.

4. Pielęgniarstwo przez swoje korporacje zawodowe i stowarzyszenia naukowe wywiera wpływ na decyzje w sprawach ważnych dla zawodu i rozwoju ochrony zdrowia.

5. Pielęgniarstwo jako integralna część systemu opieki zdrowotnej przyczynia się do realizowania celów systemu.

W szczególności realizuje zadania w zakresie:

- promocji zdrowia
- zapobiegania chorobom i niesprawnościom
- opieki nad osobami zdrowymi, chorymi i niepełnosprawnymi
- niesienia ulgi w cierpieniu i w czasie umierania
- organizowania wsparcia w rodzinie i innych grupach społecznych
- wykonywania zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

6. Pielęgniarstwo jako działalność praktyczna określana jest mianem pielęgnowania. Celem pielęgnowania jest pomaganie, wspieranie, asystowanie człowiekowi (grupie) przy rozwiązywaniu problemów dotyczących jego zdrowia i życia, kształtowanie zdolności do samoopieki i samopielęgnacji w zdrowiu, stanach zagrożenia, chorobie i niepełnosprawności.

7. Pielęgnowanie opiera się na holistycznej teorii człowieka.

8. Pielęgniarka przyjmuje, że każda osoba ma równe prawa.

9. Pielęgnowanie obejmuje także środowisko, w którym żyje, pracuje, uczy się lub leczy pacjent.

10. Pielęgniarka/położna sprawuje opiekę nad osobą (rodziną), grupą społeczną w sposób zorganizowany; systematycznie gromadzi dane niezbędne do prawidłowej oceny problemów pacjenta/klienta, planuje działania uwzględniając pierwszoplanowe i indywidualne problemy pacjenta, realizuje opiekę zgodnie z planem i zmieniającym się stanem i sytuacją pacjenta, systematycznie ocenia wyniki swoich działań.

11. Rozwiązywanie złożonych problemów pacjenta/klienta wymaga zespołowego sprawowania opieki.

12. Pielęgniarka/położna ponosi indywidualną odpowiedzialność za planowanie, realizację i wyniki sprawowanej przez siebie opieki pielęgniarskiej.

13. Pielęgniarka/położna przestrzega zasad etyki zawodowej oraz współdziała z innymi pielęgniarkami i przedstawicielami innych zawodów w celu zapewnienia pacjentom/klientom i ich rodzinom najlepszej opieki.

14. Pielęgniarka/położna jest zobowiązana do systematycznego doskonalenia swojej wiedzy i umiejętności

15. Zadaniem administracji w pielęgniarstwie jest zapewnienie wysokiego poziomu świadczeń w zakresie wymienionych powyżej składników opieki.

16. Na całym obszarze systemu służby zdrowia pielęgniarki i położne wspólnie z innymi zawodami opieki zdrowotnej oraz tymi, którzy działają w innych sektorach służb publicznych, wypełniają zadania planowania, wprowadzania oraz oceny działań dla zapewnienia dostatecznej jakości systemu opieki zdrowotnej i jakości świadczeń w promowaniu zdrowia, zapobieganiu chorobom oraz opiece nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi.

Budowa standardu

Standard opieki pielęgniarskiej składa się z następujących modułów:

1. Temat, obszar, którego dotyczy.
2. Grupa opiekuńcza, krótka charakterystyka.
3. Oświadczenie standardowe – informacja określająca cele standardu.
4. Kryteria – wskaźniki zawierające informacje jak osiągnąć standard (standardu, procesu, wyniku)
5. Narzędzia oceny – listy kontrolne, kwestionariusz, testy, ankiety zawierające mierniki oceny stopnia wdrażania standardów i jakości opieki; czasem również formę graficzną (tabela, opis, lub tabela i opis).

Kryteria struktury to wskaźniki umożliwiające ocenę warunków technicznych i organizacyjnych środowiska praktyki pielęgniarskiej oraz niezbędnych zasobów.

Kryteria procesu – mierniki określające interakcje między dostarczającymi a korzystającymi z usługi.

Kryteria wyniku – określające rezultat końcowy określające wymierną (wyrażoną w liczbach) zmianę w stanie i sytuacji osoby, której stanu dotyczy.

Klasyfikacja typów opracowanych standardów

Przy opracowywaniu standardów w Klinice Foniatrii i Audiologii brano pod uwagę wyżej wymienione założenia teoretyczne, a każdy standard traktowano jako profesjonalnie uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania. Rozpatrywano go w ramach kryterium struktury, kryterium procesu i kryterium wyniku (wg założeń programowych).

Poszczególne standardy powstały w oparciu o statystykę rozpoznań jednostek chorobowych zdiagnozowanych i leczonych na Oddziale Foniatrii – Audiologii w latach 2005–2010. Procentowe dane przedstawione zostały w tabeli 1.

Udział poszczególnych jednostek chorobowych w procesie diagnostyki i leczenia jest nierównomierny, jednak każda z nich jest niezbędna w prawidłowym funkcjonowaniu oddziału foniatryczno-audiologicznego.

Wybrane schematy standardów dla Oddziału Szpitalnego Foniatrii i Audiologii

Na Oddziale Foniatrii i Audiologii opracowanych zostało 7 standardów opieki pielęgniarskiej, a mianowicie:

Schemat I. Standard opieki pielęgniarskiej dotyczący dzieci od 3–6 miesiąca życia, z zaburzeniami procesu komunikatywnego na Oddziale Foniatrii i Audiologii.

Schemat II. Standard opieki pielęgniarskiej dotyczący dzieci od 7–12 miesiąca życia, z zaburzeniami procesu komunikatywnego na Oddziale Foniatrii i Audiologii.

Tabela 1. Jednostki chorobowe zdiagnozowane i leczone na Oddziale Foniatrii i Audiologii w latach 2005–2010
 Table 1. Diseases entities diagnosed and treated In Phoniatic and Audiology Department in 2005–2010 years

Procentowy udział jednostek chorobowych w latach	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Badania skryningowe słuchu	18%	20%	24%	21%	21%	21,5%
Badania reskryningowe słuchu	10%	9,7%	8,7%	8,8%	7,5%	8,3%
Niedosłuch	31%	34%	36%	35,7%	38,2%	39,3%
Głuchoty	1,5%	1,5%	2%	4,1%	7%	8,7%
Opóźniony rozwój mowy	5,5%	6%	4,3%	6,7%	9,5%	8,3%
Zaburzenia zawodowe głosu	19%	19,8%	15%	13,7%	8,5%	6,4%
Inne jednostki chorobowe	15%	9%	10%	10%	8,3%	7,5%

Schemat III. Standard opieki pielęgniarskiej dotyczący dzieci od 1–3 roku życia, z przejściowym czy trwałym uszkodzeniem słuchu, wcześniej nie diagnozowanym na Oddziale Foniatrii i Audiologii.

Schemat IV. Standard opieki pielęgniarskiej obejmuje dzieci w wieku przedszkolnym i młodzież szkolną do 18. roku życia z niedosłuchem. Grupa ta obejmuje dzieci kwalifikujące się do implantu ślimakowego oraz inne dzieci z niedosłuchem nabytym, u których występują problemy z akceptacją aparatów słuchowych, brak prawidłowego rozwoju mowy i brak postępów w nauce na skutek głębokiego niedosłuchu.

Schemat V. Standardy opieki pielęgniarskiej obejmujące osoby dorosłe niedosłyszające i niesłyszające (głuche), u których wystąpiły zaburzenia procesu komunikatywnego na Oddziale Foniatrii i Audiologii.

Schemat VI. Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem dorosłym, z zaburzeniami głosu organicznymi lub czynnościowymi opracowany na przykładzie zawodowych zaburzeń głosu jako grupy osób najbardziej licznej na Oddziale Foniatrii i Audiologii – okres pobytu 1–4 dni.

Schemat VII. Standard opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem i pacjentem dorosłym z opóźnionym rozwojem mowy, mającym wpływ na proces komunikowania się na Oddziale Foniatrii i Audiologii.

W opisie szczegółowym wybrano 2 z zaproponowanych modeli opieki. Pierwszy dotyczący niemowląt z podejrzeniem zaburzenia słuchu, drugi obejmujący osoby z zaburzeniami głosu.

Przykład pierwszy realizowanej procedury na oddziale foniatrii i audiologii przedstawiono poniżej. Dotyczy on niemowląt badanych w ramach II poziomu referencyjności w programie Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu w Polsce wprowadzony w 2001 roku przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy.

Schemat I.

Standard opieki pielęgniarskiej dotyczący dzieci od 3–6 miesiąca życia, z zaburzeniami procesu komunikatywnego na Oddziale Foniatrii i Audiologii.

Oświadczenie standardowe:

1. Dziecko przyjęte na oddział celem diagnostyki audiologicznej na II poziomie referencyjny w ramach badań skryningowych 1-dniowych.

2. Rodzice zostają włączeni w opiekę nad dzieckiem podczas pobytu w Klinice.

Kryterium struktury:

1. Na Oddziale Foniatrii i Audiologii pracują wykwalifikowane pielęgniarki posiadające wiedzę na temat badań skryningowych słuchu.

2. Opieka nad dzieckiem sprawowana jest przez rodziców i pielęgniarki.

3. Stanowisko pracy pielęgniarki wyposażone jest w środki farmakologiczne służące do uspiania dziecka w celu przeprowadzenia badań elektrofizjologicznych słuchu.

4. Pielęgniarka ma możliwość podnoszenia poziomu wiedzy i umiejętności poprzez:

- samokształcenie
- szkolenia wewnątrzoddziałowe
- udział w konferencjach naukowych w kraju i na świecie.

5. Każda pielęgniarka oraz inni pracownicy oddziału zobowiązani są do przestrzegania przepisów sanitarno-epidemiologicznych.

Kryterium procesu:

Pielęgniarka:

1. Zapoznaje z organizacją oddziału, regulaminem, prawami i obowiązkami dziecka i rodziców.

2. Zbiera dane o dziecku, poprzez
- wywiady służące rozpoznaniu czynników ryzyka uszkodzenia narządu słuchu
 - obserwacje akustyczne (reakcję na bodźce zewnętrzne).

3. Wykonuje zaplanowane czynności pielęgniarskie:

- waży dziecko
- przygotowuje – w razie potrzeby w zależności od wagi dziecka – leki doodbytnicze lub wlewkę
- uczestniczy przy badaniu dziecka przez lekarza i podczas obiektywnych badań słuchu w pracowniach diagnostycznych (wywiad poszerzony, otoskopia, badania elektrofizjologiczne słuchu, oto-

emisja, audiometria wspomagana wzrokiem, audiometria impedancyjna).

4. Współpracuje z lekarzem i innymi członkami zespołu terapeutycznego w procesie diagnostyki dzieląc się uwagami własnymi, obserwuje kontakty z innymi dziećmi, organizuje wspólne zabawy, aby potwierdzić czy np. aparat słuchowy przynosi korzyści.

5. Zapewnia dziecku bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne.

6. Prowadzi na bieżąco dokumentację.

Kryterium wyniku:

1. Dziecko zostało objęte całościową opieką pielęgniarską.

2. Rodzice dziecka zapoznali się z topografią oddziału, jego regulaminem i obowiązkami.

3. Zaplanowane czynności pielęgniarskie zostały udokumentowane.

4. Pielęgniarka uświadamia rodziców i informuje ich o dalszym postępowaniu i obserwacji dziecka w warunkach domowych.

5. Rodzice poinformowani są o terminie wizyty kontrolnej i miejscu kontroli.

Proces opieki pielęgniarskiej osób z zaburzeniami głosu przebywających na oddziale foniatrii i audiologii opisano w przykładzie drugim.

Zawodowe zaburzenia głosu zwane też dysfoniami zawodowymi występują w zawodach, w których spotyka się szczególne obciążenie narządu głosowego [4].

Do najważniejszych czynników wywołujących objawy zawodowego schorzenia głosu należy zaliczyć:

- sposób posługiwania się głosem (nadużywanie, wadliwa technika emisji)
- cechy osobowości (konfliktowość, nerwowość)
- warunki w miejscu pracy (akustyka pomieszczeń, hałas zakłócający wilgotność)
- poważne współistniejące schorzenia (zapalne, alergiczne, hormonalne) [4]

Objawy: parestezje w zakresie gardła i krtani to uczucie ciśnienia i ściskania, drapania, suchości, zawadzania przy połykaniu, zrastania błony śluzowej oraz nawyk chrząkania, łatwe męczenie głosu, głos matowy, ochrypły, okresowy bezgłos.

Symptometologia dysfonii zawodowej jest różnorodna, dominują w niej zmęczenie i zaburzenia hiperfunkcjonalne, które mogą spowodować powstawanie zmian organicznych, do których należy obrzęk, guzki, polipy fałdów głosowych [4].

Leczenie zawodowych zaburzeń głosu nie może dotyczyć jedynie narządu głosowego, lecz chorego w ujęciu całościowym i obejmować nie tylko leczenie i rehabilitację foniatryczną i ćwiczenia logopedyczne, ale także leczenie schorzeń współistniejących.

W przypadku zaburzeń głosu, w których na zmiany czynnościowe nakładają się zmiany organiczne bądź występują niezależnie, można stosować leczenie fonochirurgiczne.

Schemat VI. Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem dorosłym z zaburzeniami głosu tak organicznymi, jak i czynnościowymi (opracowany na przykładzie zawodowych zaburzeń głosu jako grupy osób najbardziej licznej na Oddziale Foniatrii i Audiologii) – okres pobytu 1–4 dni.

Oświadczenie standardowe:

1. Pacjent przyjęty na oddział, z zaburzeniami głosu, u którego mają miejsce zaburzenia procesu komunikatywnego w postaci złej emisji głosu.

2. Pacjent objęty całościowo opieką pielęgniarską.

Kryterium struktury:

1. Na Oddziale Foniatrii i Audiologii pracują wykwalifikowane pielęgniarki, posiadające wiedzę na temat zawodowych zaburzeń głosu, zarówno czynnościowych, jak i organicznych.

2. Opieka jest sprawowana przez całą dobę.

3. Stanowisko pracy pielęgniarskiej wyposażone jest w sprzęt do sprawowania opieki nad pacjentem.

4. Pielęgniarka konsultuje się z lekarzem – foniatram, psychologiem i logopedą.

5. Pielęgniarka podnosi wiedzę i umiejętności poprzez:

- samokształcenie
- szkolenia wewnątrzoddziałowe.

6. Każda pielęgniarka zobowiązana jest do przestrzegania przepisów sanitarno-epidemiologicznych.

Kryterium procesu:

Pielęgniarka:

1. Nawiązuje kontakt z pacjentem, którego zapoznaje z topografią oddziału, jego regulaminem, rozkładem dnia na oddziale, personelem, z innymi pacjentami, zasadami odwiedzin.

2. Przygotowuje pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych i działań leczniczych.

3. Realizuje plan opieki pielęgniarskiej poprzez:

- pomiar podstawowych parametrów życiowych, ciśnienia krwi, tętna, temperatury ciała
- obserwuje zabarwienie powłok skórnych
- kontroluje wagę pacjenta (w sytuacji, w której na skutek leczenia można się liczyć z retencją płynów)
- wykonuje zlecenia lekarskie
- pobiera krew (rękawiczki) na badania podstawowe i biochemiczne oraz grupę krwi i układ krzepnięcia.

4. Kieruje albo podprowadza pacjenta do pracowni diagnostycznych (ekg, rtg, pracowni nateżenia głosu, emisji głosu, stroboskopii, analizy akustycznej).

5. Współpracuje z członkami zespołu terapeutycznego, również z anestezjologiem.

6. Zapewnia komfort i bezpieczeństwo psychiczne pacjenta.

7. Na zlecenie lekarza kieruje pacjenta na zabiegi lecznicze i fizykoterapeutyczne (inhalacje i jonoforezy, elektro i magnetoterapię).

8. Informuje o właściwych zachowaniach po badaniach i zabiegach (symulacje na agrawacje).

Kryterium wyniku:

1. Pacjent został zapoznany z topografią oddziału, regulaminem, prawami i obowiązkami.

2. Pacjent został objęty całościową opieką pielęgniarską.

3. Zaplanowanie działania zostały udokumentowane.

4. Badania diagnostyczne oraz zabiegi lecznicze w pełni zrealizowane pozwalają pacjentowi podjąć dalsze działania w dowolnych poradniach foniatryczno-audiologicznych, Ośrodkach i Centrach Medycyny Pracy lub kontynuować pracę zawodową.

5. Pacjent został poinformowany o profilaktyce zawodowej zaburzeń głosu.

6. Pacjent kontynuuje zabiegi lecznicze i ambulatoryjne i zna zasady postępowania po ich zakończeniu.

Pacjent poinformowany jest również o leczeniu uzdrowiskowym i klimatycznym.

W wielu przypadkach schorzeń narządu słuchu, mowy i głosu, mechanizmy pracy pielęgniarki powtarzają się, wprowadzenie podziału kategorii procedur i wdrażania ich w życie pozwoli zapewnić sprawność i zwiększyć profesjonalizm działania pracy pielęgniarki.

Wnioski

1. W szeroko pojętych zaburzeniach procesu komunikatywnego umiejscowiono rolę i funkcję Oddziału Klinicznego Foniatrii i Audiologii.

2. Opracowano i przedstawiono dwa z siedmiu schematów procedur obejmujących kryteria struktury, procesu i wyniku pracy pielęgniarki na oddziale foniatryczno-audiologicznym.

3. Podstawą nazwy procedury jest oświadczenie standardowe obejmujące indywidualne cechy opieki pielęgniarskiej.

4. Szczególnie ważne są procedury diagnostyczne dotyczące małych dzieci oraz osób z zaburzeniami głosu.

5. Proces diagnostyczny (różniący się dla poszczególnych procedur), determinuje pracę pielęgniarki na oddziale.

6. Schematy procedur wykonywanych dla pielęgniarek Oddziału Foniatryczno-Audiologicznego mogą posłużyć jako standardy w szkoleniu podyplomowym i specjalistycznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Labędzka M., Postępy w diagnostyce i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego, IV Ogólnopolska Sesja Edukacyjna, Poznań 2006.
2. Bohme G., Stimme-Sprache und Sprachstorungen, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1974.
3. Biesalski P., Bohme B., Frank F i wsp., Phoniatrie und Padaudiologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1973.
4. Pruszewicz A., Zawodowe zaburzenia głosu, Foniatria Kliniczna, PZWL, Warszawa 1992.
5. Riper C., Speech Corection Principles and Methods Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1972.
6. Kaczmarek L., O polskiej Logopedii, Lublin 1991, 26.
7. Obrębowski A., Zaburzenia procesu komunikatywnego w działalności poznańskiej Kliniki Foniatrii i Audiologii, *Otolaryngol. Pol.*, 2004, 58, 1.
8. Szewczyk M., Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej, *Przew. Lek.*, luty 2005.
9. Piątek A., Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce, NiPiP, Warszawa 1999, 27-145.

Adres do korespondencji:

Katedra i Klinika Foniatrii i Audiologii UMP
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań

SATYSFAKCJA PACJENTA JAKO WSKAŹNIK JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH

THE SATISFACTION OF THE PATIENT AS THE QUALITY INDEX OF HEALTH SERVICES

AGNIESZKA ŁUKOMSKA¹, IWONA NOWAKOWSKA²

¹Bydgoska Szkoła Wyższa

Kierownik: dr n. med. Zdzisława Kalisz

²Zakład Organizacji i Zarządzania

Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie badaniami satysfakcji pacjentów. Badanie satysfakcji jest niezwykle cennym i wartościowym sposobem oceny jakości usług. Dzięki pomiarowi satysfakcji, świadczeniodawca uzyskuje informacje, na ile jego sposób sprawowania opieki zaspokaja oczekiwania i potrzeby pacjentów, a co w jego usługach jest źródłem niezadowolonia pacjenta. Wykorzystanie informacji z badań pozwala, poprzez wprowadzenie zmian, dostosować system opieki do potrzeb pacjenta oraz wskazuje kierunek działań pro jakościowych w jednostce opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: satysfakcja pacjenta, jakość opieki zdrowotnej, oczekiwania pacjenta.

Przed wprowadzeniem w Polsce zmian polityczno-gospodarczych i konkurencyjnego rynku, traktowano jakość jako rezultat procesu świadczenia usługi tylko z klinicznego punktu widzenia. Chcąc poprawić poziom świadczonych usług zatrudniano profesjonalny personel, wprowadzano coraz nowocześniejsze procedury operacyjne, zwiększano wydajność i skuteczność usług zdrowotnych, ale nikt tak naprawdę nie zastanawiał się, jakie są rzeczywiste potrzeby pacjentów.

Obecnie coraz więcej organizacji ma świadomość, jak wielkie znaczenie ma usatysfakcjonowanie klienta. W dobie gospodarki wolnorynkowej, satysfakcja klienta jest miarą sukcesu i celem działania różnorodnych instytucji publicznych, w tym również sektora zdrowotnego.

Spośród wielu podmiotów oferujących usługi medyczne, pacjent wybiera te z nich, które świadczą usługi na najwyższym poziomie. Z tego względu, zakłady opieki zdrowotnej inwestują w zwiększenie wydajności w dziedzinach, które mają szczególny wpływ na satysfakcję klienta, a więc w szczególności w jakość swoich usług. Pacjent jest dziś postrzegany jako klient, o którego należy zabiegać, a jego satysfakcja z otrzymanej usługi zdrowotnej jest głównym i najważniejszym wskaźnikiem jakości świadczonych usług [1].

Poziom satysfakcji pacjenta jest odzwierciedleniem tego, w jakim stopniu całkowita usługa zdrowotna oferowana

Summary

For the last several years there has been an increasing interest in study of patient's satisfaction. Patient satisfaction research can be a very valuable way of assessing the quality of health services. Thanks to such research, a health services provider gets feedback to what extent patients' expectations and needs are fulfilled and what may be the source of their dissatisfaction. Using the data can contribute, by implementing some changes, to improving care system so that it would satisfy patients' needs. It also indicates the direction of actions that should be taken to improve the quality of health services.

Key words: patient satisfaction, quality of health care, patient expectations.

przez dany podmiot leczniczy zaspokaja zbiór wymagań i potrzeb pacjenta. Wynik komparatywnej oceny tychże oczekiwań z rzeczywistą doświadczoną usługą, określany jest jako postrzegana jakość usługi.

Satysfakcja pacjenta zależy od różnicy między tym, co dostaje, a subiektywnymi oczekiwaniami. Jeżeli ta różnica jest pozytywna, wtedy pacjent jest usatysfakcjonowany, jeżeli jest negatywna, pacjent nie jest zadowolony [2].

Berkowska definiuje satysfakcję z usług zdrowotnych jako stan emocjonalny pacjenta będący następstwem korzystania z usługi, pozytywnie lub negatywnie niejako „zabarwiający” całość opieki z punktu widzenia pacjenta. Stan ten w bezpośredni lub pośredni sposób powiązany jest z wszystkimi elementami jakości usługi [3].

Satysfakcja jest emocją łatwo ulegającą zmianie pod wpływem czynników zewnętrznych, zatem opinia pacjentów o usługach zdrowotnych jest zawsze subiektywna i indywidualna oraz może stać w opozycji do faktów, w szczególności wynika to ze specyfiki usług zdrowotnych.

Do szczególnych cech usług zdrowotnych można zaliczyć choćby delegowanie przez pacjenta uprawnień i zaufania, wynikających z asymetrii informacyjnej między personelem medycznym a pacjentem, która powoduje, że pacjent musi zaufać wiedzy i kwalifikacjom personelu i pozostawić w ich gestii podjęcie decyzji odnośnie do sposobu leczenia. Zaufanie do personelu medycznego jest w usłu-

gach zdrowotnych niezwykle istotnym elementem, ponieważ daje ono swobodę w wyborze technologii świadczenia oraz konieczne jest w stanach nagłych zagrożenia życia, kiedy potrzebna jest natychmiastowa pomoc. W takich sytuacjach pacjent ma ograniczoną suwerenność w podejmowaniu decyzji i nie może określić swoich potrzeb czy wyrazić zgody na określone czynności medyczne. Proces zaspokajania potrzeb zdrowotnych pacjentów jest złożony, ponieważ zależy od kwalifikacji personelu medycznego, dostępności i jakości sprzętu oraz różnych usług świadczonych w tym samym czasie.

Pomiar satysfakcji pacjenta polega na zmierzeniu tego, jak postrzega on działalność danego podmiotu leczniczego. Obecnie konieczne jest, aby każda placówka medyczna dokonywała pomiarów poziomu satysfakcji z oferowanych usług wśród swoich pacjentów. Niestety, podmioty medyczne albo w ogóle tego nie czynią, albo robią to w niewłaściwy sposób. Jednym z popełnianych błędów jest nastawienie na pozyskiwanie nowych pacjentów, czasem kosztem utrzymania dotychczasowych [4]. Powodem utraty pacjentów może być oczywiście ich niezadowolenie z otrzymanej usługi, którego źródłem są tzw. „luki w obsłudze”, czyli rozbieżności między tym, czego pacjent się spodziewa, a tym czego doświadcza [5]. Wyróżnia się pięć luk, z których każda może spowodować obniżenie poziomu zadowolenia pacjenta:

- luka promocyjna – niewłaściwa promocja może być przyczyną nadmiernego wzrostu oczekiwań pacjenta
- luka w rozumieniu potrzeb – kierownictwo i personel nie rozumieją potrzeb pacjentów
- luka proceduralna – oczekiwania pacjentów nie są przekładane na właściwe systemy i procedury operacyjne
- luka w zachowaniu – personel nie zgadza się z ustalonymi procedurami operacyjnymi
- luka w percepcji – pacjenci inaczej postrzegają poziom usług, niż prezentowany jest on w rzeczywistości.

Tylko metodologicznie dopracowane badanie satysfakcji pacjentów stanowi wiarygodny i obiektywny wskaźnik jakości usług medycznych, a uzyskuje się to przy odpowiednim doborze metod i technik dotarcia do respondentów. W praktyce, do pomiaru satysfakcji pacjenta, wykorzystuje się najczęściej następujące metody:

1. Systemy skarg i sugestii, które stanowią swoisty barometr opinii pacjentów. Sugestie zmian i zażeń przekazywane są przy pomocy skrzynek na uwagi pacjentów lub kart uwag, w których pacjenci wskazują obszary będące źródłem satysfakcji podczas pobytu w szpitalu oraz te, które są źródłem ich niezadowolenia.
2. Technika wypadków krytycznych – która polega na identyfikowaniu przez pacjentów drobnych wydarzeń zaistniałych w trakcie hospitalizacji zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. Metoda ta może być wspomagana graficznym prezentowaniem

różnych wydarzeń (projektowanie – blueprinting) lub mapą usług (service mapping).

3. Badania ankietowe – których podstawą są takie narzędzia badawcze, jak: ankieta pocztowa, wywiad bezpośredni i wywiad telefoniczny. Za przykład może tu służyć powszechnie znany kwestionariusz badający satysfakcję klienta SERVQUAL, znajdujący również zastosowanie w badaniach satysfakcji pacjentów [6, 7, 8]. Narzędzie to pozwala poznać oczekiwania pacjenta, określić jego percepcję jakości usługi świadczonej przez konkretnego świadczeniodawcę oraz dokonać pomiaru ważności takich wymiarów jakości usługi, jak: niezawodność, odpowiedzialność, pewność, empatia i namacalność [9].
4. Zogniskowane grupy dyskusyjne – polegają one na zabranii grupy pacjentów (5–12) celem wymiany doświadczeń związanych z daną usługą medyczną pod przewodnictwem moderatora – badacza [3].

Wyniki badań satysfakcji pacjenta są bardzo wartościowym źródłem informacji o tym, jakie obszary działalności zakładu powodują zadowolenie pacjentów, a jakie wymagają wdrożenia zmian i zlikwidowania niedociągnięć. Znaczącą składową tychże badań jest informowanie zarówno personelu placówki medycznej, jak i opinii społecznej o efektach przeprowadzonych badań satysfakcji pacjenta, bowiem wiedza o tym, czy dany zakład prowadzi takie badania, stanowi istotne kryterium wyboru dla odbiorców usług medycznych. Warto pamiętać oczywiście, że badania satysfakcji pacjentów mają sens tylko wtedy, gdy są przeprowadzane systematycznie, a ujawnione w trakcie ich przeprowadzania problemy powinny znaleźć odpowiedź w podjętych konkretnych działaniach zaradczych.

O pacjentach należy myśleć w kategoriach długoterminowej wartości, a nie tylko jednokrotnie świadczonej usługi zdrowotnej. Utrzymanie pacjentów wymaga zdobycia ich zadowolenia ze świadczonych usług zdrowotnych. Działania te powodują wzrost liczby utrzymanych pacjentów, którzy korzystają chętniej z usług zdrowotnych takiej placówki, która dokładnie odpowiada ich potrzebom.

Co więcej, ważne jest, aby cały personel podmiotu leczniczego posiadał odpowiednią wiedzę, motywację i zaangażowanie w procesie przebudowy obsługi pacjentów. Jako że satysfakcja pacjenta ściśle wiąże się z satysfakcją zawodową pracownika, należy stworzyć takie warunki, aby personel mógł rozwijać swój potencjał, możliwości, doświadczenie oraz miał zagwarantowaną określoną jakość pracy.

Podjęcie odpowiednich czynności na podstawie pomiarów satysfakcji pacjenta zwiększa zyskowność. Ponadto działania satysfakcjonujące pacjentów owocują zwiększeniem ich wizyt w danym zakładzie czy poleceniem jego usług innym osobom [10, 11, 12]. Potwierdza to fakt, że zadowoleni klienci są najbardziej skuteczną formą rekomendacji dla szpitala. Pacjent usatysfakcjonowany z otrzymanej usługi rzadziej ma tendencję do poszukiwania innej

placówki leczniczej, co w konsekwencji obniża niebezpieczeństwo korzystania z usług konkurencji [13].

Mechanizm osiągania satysfakcji jest ściśle związany z relacją między subiektywną oceną poziomu wykonywania usługi a oczekiwaniami pacjenta. Satysfakcja powstaje wówczas, gdy subiektywna ocena jakości usługi zdrowotnej jest co najmniej równa stawianym wymaganiom [14].

Oczekiwania, z którymi przychodzi pacjent do placówki medycznej, biorą się z dwóch źródeł: zewnętrznych – uprzednie doświadczenia lub/i uzyskane informacje oraz wewnętrznych – zbiór potrzeb charakterystycznych dla danej osoby. Źródła zewnętrzne oczekiwań są trudne do określenia i w przypadku różnych osób mogą być skrajnie różne. Natomiast wśród potrzeb zdrowotnych, mimo że ich ilość i hierarchia są różne, można wyodrębnić zbiór charakterystyczny dla większości osób korzystających z opieki zdrowotnej.

Podstawową potrzebą, z jaką zwraca się pacjent, jest na pewno poprawa stanu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Jednakże nie można zapominać o innych jego potrzebach. Wśród nich wyróżnić można na przykład:

- dostępność opieki zdrowotnej
- dobrą komunikację i informację przekazywaną w sposób zrozumiały (odnośnie choroby, diagnostyki, leczenia); pacjent na ogół chce być informowany o tym, w jakim jest stanie zdrowia, a taka informacja zmniejsza stres oraz, jak pokazują badania, pozwala szybciej wrócić do zdrowia
- respektowanie praw pacjenta i preferencji przy wyborze metod leczenia
- kontynuacja i koordynacja całego procesu leczenia
- komfort psychiczny podczas badania i całego procesu leczenia
- dopasowanie opieki do indywidualnych oczekiwań i potrzeb [2].

Pacjent od podmiotu leczniczego oczekuje profesjonalizmu i zaangażowania personelu, bezpiecznej, przyjaznej mu atmosfery, zainteresowania, akceptacji, szacunku, wsparcia emocjonalnego, a także poszanowania jego intymności i godności. Istnieje wiele dróg prowadzących do zadowolenia pacjenta w tych sferach. Można wpłynąć na komunikację interpersonalną pacjenta z personelem przez motywowanie i szkolenie pracowników, szczególnie w zakresie aspektów psychologicznych.

Należy dopasować obsługę pacjenta do jego indywidualnych oczekiwań, a w przypadku niespełnienia wymagań na jednej płaszczyźnie, można starać się zrekomensować na innej. Należy jednak świadczyć usługi adekwatne (w każdym zakresie) do stanu zdrowia. W innym przypadku należy liczyć się z eskalacją oczekiwań pacjenta względem usługi, personelu czy podmiotu leczniczego.

Ponadto warto przeprowadzić edukację pacjenta odnośnie jego praw, tzn. poinformować go, jakie świadczenia zdrowotne są dla niego gwarantowane, a jakie są usługami dodatkowymi, co na pewno zmniejszy liczbę niezadowolonych pacjentów z powodu nieadekwatności ich oczekiwań.

Równie ważne jest respektowanie praw pacjenta. Ich realizacja pozwala uniknąć skarg czy roszczeń, ale równocześnie jest dobrą inwestycją placówki, która w ten sposób ma szansę rozwijać się, utrzymując obecnych pacjentów, a także zdobywając nowych. Warto tu zaznaczyć, że wysoki poziom obsługi pacjenta jest oczywiście czynnikiem konkurencyjnym, a zadowolony z obsługi pacjent w mniejszym stopniu będzie zwracał uwagę na inne niedociągnięcia (często pośrednio związane z realizacją usługi zdrowotnej).

Zgodnie z przesłaniem Vouriego mówiącym o tym, że opieka nie może być uznana za usługę wysokiej jakości dopóty, dopóki pacjent nie jest usatysfakcjonowany [15], można stwierdzić, że w sektorze opieki zdrowotnej nieodzowne jest zorientowanie się na potrzeby klienta/pacjenta, spełnienie ich oczekiwań. Sukces bądź porażka placówek medycznych, oprócz obiektywnych, klinicznych parametrów zdrowotnych, są uzależnione od tego, jak pacjent subiektywnie ocenia udzieloną mu usługę medyczną.

PIŚMIENNICTWO

1. Carr-Hill R A., The measurement of patient satisfaction, *J. Public Health Med.*, 1992, 14 (3), 236-249.
2. Mykowska A., Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej, *Zdrowie i Zarządzanie*, 2002, 6, 69-73.
3. Pędziwiatr A., Konceptje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta, *Pielęg. Pol.*, 2005, 2 (20), 421-423.
4. Pieńkowska R., Podlaszeska K., Zastosowanie metod jakościowych w badaniach satysfakcji – teoria i praktyka. Jakość usług profesjonalnych. Materiały pokonferencyjne, Poznań 2000, 10-14.
5. Parasuraman A., Zeithaml A., Berry L., A conceptual model of service quality and implications for future research, *J. Mark.*, 1985, 49, 41-50.
6. Parasuraman A., Zeithaml A., Berry L., SERVQUAL: a multi – item scale for measuring consumer perception of service quality, *J. Retail.*, 1988, 64, 12-37.
7. Babakus E., Mangold W., Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv. Res.*, 1992, 26, 767-787.
8. Ma J., Harvey M., Hu M., Assessing the multidimensional and hierarchical structure of SERVQUAL, *Psychol. Rep.*, 2007, 101(2), 378-391.
9. Ramsaran-Fowdar R., Identifying health care quality attributes, *J. Health Hum. Serv. Adm.*, 2005, 27(4), 428-443.
10. Montaglione Ch., The physician – patient relationship: cornerstone of patient trust, satisfaction and loyalty. *Manag. Care Q.*, 1999, 7, 5-21.
11. Kalda R., Polluste K., Lember M., Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy*, 2003, 64, 55-62.
12. Calnan M., Katsoyiannopoulos V., Ovcharov V., Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems, *Fam. Pract.*, 1994, 11, 468-478.
13. Hill N., Alexander J., Pomiar satysfakcji i lojalności klientów, *Oficyna Wydawnicza*, Kraków, 2003, 26-33.

14. Burda K., Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej, *Antidotum*, 2003, 1, 61-77.
15. Vuori H., Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? *Qual. Rev. Bull.*, 1987, 13, 106-108.

Adres do korespondencji:
dr inż. Iwona Nowakowska
Zakład Organizacji i Zarządzania UMP
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

ŚRODKI UNIJNE I LEASING SZANSĄ NA MODERNIZACJĘ MAJĄTKU PODMIOTÓW LECZNICZYCH

EUROPEAN UNION FUNDS AND LEASING AS OPPORTUNITIES TO MODERNIZATION OF HEALTH CARE INSTITUTIONS

PIOTR STAWNY, EWA KANIEWSKA

Zakład Organizacji i Zarządzania
Katedra Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka
Dział Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: mgr Bożena Raducha

Streszczenie

W obecnych czasach pacjenci oczekują od placówek medycznych zagwarantowania usług na wysokim poziomie, co jednocześnie wiąże się z ich systematyczną modernizacją. Stosunkowo często poruszonym problemem podmiotów leczniczych jest ten związany z finansowaniem takich inwestycji. Środki uzyskiwane z Narodowego Funduszu Zdrowia nie są wystarczające, aby powodować odpowiednio dynamiczny rozwój placówek medycznych. W takiej sytuacji podmioty lecznicze są zmuszone korzystać z innych dostępnych źródeł finansowania. Jeżeli chodzi o środki trwałe, takie jak: aparatura, sprzęt medyczny czy środki transportu medycznego to finansowanie ich możliwe jest np. z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Funduszu Spójności, a także poprzez leasing.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, finansowanie, środek trwały, leasing, fundusze europejskie.

Wstęp

O konieczności modernizacji aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy realizacji świadczeń medycznych wiadomo nie od dziś. Problem finansowania zmian – modernizacji jest poruszany z różną intensywnością od czasu wprowadzenia reformy w ochronie zdrowia, a nawet wcześniej. Dyskusje szczególnie ożywają w okresie Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, kiedy to cała Polska zbiera fundusze na zakup nowoczesnej aparatury medycznej. Akcje prowadzone przez fundacje umożliwiają wielu jednostkom wymianę zużytego sprzętu, a także doposażenie istniejącego zaplecza technicznego. Wpływa to niewątpliwie na poprawę jakości realizowanych świadczeń medycznych, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie, a także w wielu przypadkach na poprawę stanu finansowego podmiotu leczniczego. Jednak nie wszystkie jednostki medyczne mogą liczyć na sprzęt z tego źródła. Jak więc mają finansować zakupy i modernizację posiadanego majątku?

Summary

Patients expect the high quality of health care service nowadays and this causes need to modernization of health care institutions. The frequent problem to discuss is how to finance such investments. Polish National Fund money are not enough to invest in equipment which will ensure dynamic development of health care institution. That's why health care institutions should take advantages from another sources of fund, e.g. European Regional Development Fund, Cohesion Fund and leasing.

Key words: health care institution, funding, equipment, leasing, European funds.

Treść prezentowanego artykułu w pewien sposób ma być odpowiedzią na powyższe pytanie. Można oczywiście czekać na dotację z Ministerstwa Zdrowia, ale można też spróbować wykorzystać Fundusze Europejskie przeznaczone na ten cel lub podjąć decyzję o leasingowaniu nowoczesnego sprzętu medycznego.

Działalność podmiotów leczniczych

Domeną wieku XX i XXI jest szybki rozwój informatyzacji, a także nowych technologii. Dotyczy to również obszaru usług medycznych. Obecny pacjent jest osobą wymagającą, dobrze poinformowaną i oczekującą fachowej opieki na jak najwyższym poziomie. Oczekuje także, że świadczenia medyczne realizowane będą w odpowiednio przystosowanych i wyposażonych pomieszczeniach medycznych. Aby sprostać tym wyzwaniom konieczne jest odpowiednie zarządzanie całym podmiotem medycznym, w tym prawidłowe i efektywne zarzą-

dzanie finansami. Przytaczając jedną z ogólniejszych definicji zarządzania finansami, należy powiedzieć, iż jest to podejmowanie decyzji, co do wyboru źródeł finansowych, ich wielkości i przeznaczenia na prowadzenie określonej działalności [1]. Działania te sprowadzają się generalnie do konieczności podejmowania dwóch rodzajów decyzji, a mianowicie:

- decyzji inwestycyjnych, które dotyczą wykorzystania kapitału i wpływają na wielkość, rodzaj, oraz strukturę posiadanych środków trwałych
- decyzje finansowe związane z kolei z poszukiwaniem źródeł finansowania (gromadzeniem kapitału) tychże środków trwałych.

W efekcie działania te mają zapewnić płynność finansową i rozwój jednostki oraz umożliwić działania zgodnego z przyjętymi celami.

Obecnie główne środki finansowe, którymi dysponują podmioty medyczne pochodzą z trzech źródeł:

- pierwsze to Narodowy Fundusz Zdrowia jako główny płatnik za wykonywane świadczenia zdrowotne na podstawie zawartych kontraktów
- drugie źródło to Ministerstwo Zdrowia, które opłaca wybrane procedury wyspecjalistyczne
- kolejne środki finansowe uzyskiwane są bezpośrednio od pacjentów oraz od innych jednostek (za wykonywane usługi medyczne).

Wszystkie powyższe odnoszą się do działalności związanej z udzielaniem świadczeń medycznych. Jak wiadomo z doniesień literatury fachowej, a także z mediów środki uzyskiwane z Narodowego Funduszu Zdrowia nie są wystarczające, aby powodować odpowiednio dynamiczny rozwój placówek medycznych. W takiej sytuacji, kiedy to uzyskiwane środki pokrywają jedynie bieżące potrzeby, podmioty lecznicze muszą korzystać z innych dostępnych źródeł finansowania. Jeżeli chodzi o środki trwałe, takie jak: aparatura, sprzęt medyczny czy środki transportu medycznego to finansowanie ich możliwe jest np. z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Funduszu Spójności, a także poprzez leasing.

Środki unijne

Zmiany, jakie zachodzą w otoczeniu podmiotów leczniczych wymagają od kadry kierowniczej dużej elastyczności i wiedzy, jeżeli chodzi o zarządzanie finansowaniem modernizacji i odnowy posiadanych środków trwałych. W warunkach niestabilności rynku usług medycznych i braku stałych kryteriów ich finansowania, ważne jest prawidłowe określenie możliwości finansowych, a także ich źródeł pozyskania. W związku z powyższym należy wprowadzać nie tylko sprawdzone już metody, ale wykorzystywać także możliwości i rozwiązania przynoszące korzyści, które funkcjonują w innych sektorach gospodarki.

Fundusze Europejskie, czyli środki z budżetu Unii Europejskiej finansują między innymi dotacje unijne w ramach polityki spójności, polityki regionalnej i polityki strukturalnej. Polityka regionalna, polityka strukturalna

i polityka spójności Unii Europejskiej mają ten sam cel – wyrównanie różnic gospodarczych między regionami Unii Europejskiej oraz jej mieszkańcami, co w dalszej perspektywie przyczynia się do wzrostu konkurencyjności całej Unii Europejskiej. Polityka regionalna/spójności Unii Europejskiej to przede wszystkim pomoc w formie dotacji dla regionów w Unii Europejskiej.

Polityka spójności jest realizowana poprzez fundusze strukturalne, takie jak: Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR), Europejski Fundusz Społeczny (EFS), oraz Fundusz Spójności (FS) [2].

Otrzymanie dotacji z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz Funduszu Spójności pozwala na zakup środków trwałych na potrzeby podmiotu leczniczego. Konkretnie chodzi tu o Program Infrastruktura i Środowisko i priorytet 12: Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia oraz dwa działania: 12.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego i 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

Działanie 12.1: Rozwój systemu ratownictwa medycznego wspiera działania ochrony zdrowia związane z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego w razie wypadków i katastrof. Beneficjentami działania mogą być publiczne oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej zajmujące się ratownictwem medycznym, z podpisanym kontraktem na świadczenie usług zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych umów. Środki w ramach powyższego projektu mogą być wykorzystane na:

- zakup ambulansów wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego (minimalna wartość projektu to 280 000 złotych)
- rozwój infrastruktury ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, centra urazowe)
- zakup wyrobów medycznych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia
- zakup wyposażenia wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego, tak by mogły sprawnie przyjmować zgłoszenia z numeru alarmowego 112 i kierować je do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i Pogotowia Ratunkowego, zgodnie z przepisami prawa
- zakup sprzętu dla baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Maksymalny poziom dofinansowania projektu możliwy do uzyskania dla działania „rozwój systemu ratownictwa medycznego” to:

- dla jednostek budżetowych i innych jednostek sektora finansów publicznych, zapewniających wkład własny ze środków budżetu państwa – 100%
- dla jednostek sektora finansów publicznych, zapewniających wkład własny ze środków innych

niż budżet państwa (np. prywatne, inne środki publiczne) lub dla jednostek spoza sektora finansów publicznych – 85%.

Maksymalne kwoty dofinansowania dla projektów systemowych oraz indywidualnych to:

- w przypadku budowy i wyposażenia wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego – 23 530 000 €
- rozbudowy, remontu i wyposażenia centrów urazowych – 34 800 000 €
- budowy i remontu oraz doposażenia baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – 19 000 000 € [3].

Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym wspiera zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych. Beneficjentami tego działania mogą być publiczne zakłady opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, świadczące specjalistyczne usługi medyczne, utworzone przez publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, ministra lub centralny organ administracji rządowej lub ich organy założycielskie. Środki, które można pozyskać w ramach projektu 12.2 mają być wydatkowane na:

- zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego
- zakup medycznej aparatury obrazowej
- dostosowanie budynków podmiotów leczniczych o znaczeniu ponadregionalnym do obowiązujących wymogów i standardów.

Maksymalny poziom dofinansowania projektu jako beneficjent, może uzyskać dla działania „inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym” to:

- dla jednostek budżetowych i innych jednostek sektora finansów publicznych, zapewniających wkład własny ze środków budżetu państwa – 100%
- dla jednostek sektora finansów publicznych, zapewniających wkład własny ze środków innych niż budżet państwa (np. prywatne, inne środki publiczne) – 85%.

Minimalna wartość realizowanego projektu musi się zawierać w przedziale od 400 000 zł do 1 000 000 zł – w zależności od typu projektów, natomiast maksymalna wartość projektu to 50 mln euro [4].

O dofinansowanie ze środków europejskich mogą ubiegać się zarówno publiczne, jak i prywatne jednostki służby zdrowia. Z dostępnych programów jak wynika z powyżej przedstawionych informacji, można uzyskać środki finansowe na:

- budowę i modernizację infrastruktury medycznej
- nowy sprzęt i aparaturę medyczną
- wyroby medyczne
- a nawet na zakup ambulansów.

Podmioty lecznicze aplikujące o dofinansowanie ze środków unijnych mogą uzyskać refundację części wydatków poniesionych w realizowanym projekcie – nawet 80

procent zwrotu kosztów, przy 20 procentach wkładu własnego. A w przypadku programu Infrastruktura i Środowisko zwrot nawet 100 procent kosztów kwalifikowanych w projekcie. Oczywiście cała inwestycja wymaga ze strony podmiotów leczniczych wkładu własnego w realizowany projekt. I tu pomocne są zewnętrzne instytucje finansujące działalność bieżącą i inwestycje placówki. Świadczą one, bowiem pomoc w zakresie pozyskiwania środków, a także oferują pożyczkę na finansowanie wkładu własnego, co jest dobrym zabezpieczeniem podczas aplikowania o dofinansowanie z Unii Europejskiej oraz podczas realizacji inwestycji.

Przykładem prawidłowego wykorzystania środków finansowych z Unii Europejskiej, może być np.: Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego, SPZOZ w Lublinie. Do tej pory, jednostka zrealizowała dwa przedsięwzięcia finansowane z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego – dotyczyły one informatyzacji SPZOZ oraz modernizacji i wyposażenia pracowni RTG. Na realizację tych dwóch projektów wykrzystano dotację w wysokości 1 999 633 zł. Natomiast w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2007–2013 pozyskano dofinansowanie dla projektów: „Dostosowanie Pawilonu i Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie do obowiązujących przepisów prawa” oraz „Termomodernizacja budynku „Somatyk” Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie”. Wartość tego przedsięwzięcia wyniosła 4 150 259 zł [5].

Działania takie niewątpliwie wpłynęły na podniesienie jakości realizowanych świadczeń medycznych, komfortu leczenia i pracy kadry medycznej. Przekłada się to także na wzrost konkurencyjności placówki na rynku usług medycznych i możliwość renegocjacji kontraktów (z NFZ) choćby pod względem ilości możliwych do realizacji zleconych świadczeń medycznych.

Leasing

Innym sposobem, który wypiera tradycyjny zakup na własność środków trwałych, na rzecz ich wynajmu, zapewniającego prawo użytkowania jest leasing [6]. W Polsce, można odnotować znaczny rozwój firm leasingowych oraz coraz chętniejsze angażowanie się banków w finansowanie leasingu. Trendy te sprawiają, że leasing staje się coraz popularniejszym i łatwiejszym do uzyskania źródłem finansowania rozwoju także podmiotów leczniczych.

Leasing można przedstawić jako oddanie do użytkowania przez jedną stronę – firmę finansującą, leasingodawcę, drugiej stronie – użytkującemu, leasingobiorcy rzeczy do korzystania za ustaloną w umowie opłatę [7]. Doprecyzowując powyższe leasingodawca przekazuje do użytkowania leasingobiorcy na zasadach spisanych w umowie dobra nabyte od zbywcy. Leasingobiorca otrzymuje w wyniku zawartej umowy interesujące go środki trwałe i dzięki ich eksploatacji zdobywa fundusze na spłatę zaciągniętych zobowiązań. Dzięki takiemu podej-

ściu leasing umożliwia firmie niemającej środków na jednorazowe sfinansowanie zakupu, dokonanie inwestycji wpływającej na jej zamierzony rozwój i możliwość funkcjonowania – rozszerzenia swojej działalności na rynku usług np.: medycznych.

W ramach działalności gospodarczej najczęściej możemy spotkać się z następującymi formami leasingu [1]:

- leasingiem finansowym nazywanym także kapitałowym, kiedy to umowa leasingowa zawierana jest na okres od trzech do dziesięciu lat i dłużej, w tym okresie leasingobiorca nie ma możliwości zerwania umowy przed jej upływem i dodatkowo przejmuje obowiązek utrzymania przedmiotu umowy
- leasingiem operacyjnym, który charakteryzuje się okresem spłaty do lat czterech, a wynajmujący odpowiada za konserwację i remonty, dodatkowo leasingobiorca ma możliwość natychmiastowego wypowiedzenia zawartej umowy.

Według innych kryteriów można wyróżnić następujące rodzaje leasingu [7]:

- leasing bezpośredni
- leasing sprzedażny
- leasing zwrotny
- leasing lewarowany
- leasing kombinowany.

Tym co odróżnia przedstawione formy leasingu jest m.in.:

- okres zawarcia umowy leasingowej
- sposób finansowania kosztów związanych z wykorzystaniem przedmiotu leasingu
- możliwość zerwania lub nie umowy leasingowej.

Podejmując rozmowy odnośnie leasingowania określonego środka trwałego podmiot leczniczy musi przeprowadzić analizę ryzyka, wykluczając wszystkie możliwe elementy zagrażające realizacji podejmowanego przedsięwzięcia. Dlatego też przy podejmowaniu tego typu decyzji warto wiedzieć, co niesie za sobą finansowanie na drodze leasingu [7, 6]:

- przy leasingu operacyjnym leasingobiorca, może część lub całość płatności leasingowych włączyć w koszty uzyskania przychodów i tym samym zmniejszyć swoje obciążenia podatkowe
- dla firm niebędących wiarygodnym partnerem dla banku, leasing może stanowić dodatkowe źródło finansowania średnio- i długoterminowych potrzeb
- leasing umożliwia łatwą wymianę wyposażenia w warunkach szybkiego rozwoju technicznego (umowa musi zawierać klauzulę o wcześniejszym rozwiązaniu tej umowy) i dostosowanie się do panujących potrzeb
- spłata rat, może być dostosowana do możliwości płatniczych leasingobiorcy
- leasing zwiększy limit miesięcznych płatności.

Co do rzeczywistej opłacalności umowy leasingowej, to ocenić można to dopiero po porównaniu występującego przy tej formie obciążenia finansowe z obciążeniami występującymi przy bezpośrednim zakupie środków trwałych na własność finansowanych np.: kredytem bankowym [6].

Decyzja o leasingu podobnie jak inne decyzje finansowe musi spełniać kryteria efektywności, a zawarcie umowy leasingowej powinno być poprzedzone przeprowadzeniem rachunku efektywności, w taki sposób, aby w jak największym procencie wykluczyć ryzyko finansowe.

Leasingowane przedmioty to najczęściej ultrasonograf, tomografy komputerowe, pompy infuzyjne, a także sprzęt informatyczny. Możliwość pozyskania nowoczesnych urządzeń medycznych, jak i sprzętu komputerowego w drodze leasingu wpływa na ogólną – medyczną i administracyjną działalność zakładu. Poprawiając ją i sprawiając, iż brak środków finansowych nie powoduje w tym wypadku obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Przeciwnie ta forma finansowania sprzętu medycznego sprawia, że podmiot leczniczy funkcjonuje, rozwija się i realizuje swoje cele statutowe na wysokim poziomie jakości.

Zakończenie

Konieczne do prawidłowego funkcjonowania podmiotów leczniczych środki trwale pozyskiwane mogą być z różnych źródeł np.: NFZ, MZ i w różny sposób np.: poprzez zakup finansowany ze środków unijnych czy leasing. Oczywiście, może się to wiązać z różnego rodzaju kosztami dla podmiotu leczniczego. Jednak, jeżeli jednostka chce z powodzeniem funkcjonować w dzisiejszej rzeczywistości to musi po pierwsze w pełni wykorzystywać wszystkie dostępne źródła finansowania swojej działalności, a po drugie umiejętnie nimi zarządzać.

PIŚMIENNICTWO

1. Iwin J., Niedzielski Z., Rzeczowy majątek trwały, amortyzacja i inwestycje rzeczowe w finansach przedsiębiorstw, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 11, 23.
2. <http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Strony/Czysmasafundusze.aspx>
3. <http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/PoradnikBeneficjenta/Polis/Strony/12.1-Rozwoj-systemu-ratownictwamedycznego.aspx>
4. <http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/PoradnikBeneficjenta/Polis/Strony/12.2-Inwestycje-w-infrastrukturochrony-zdrowia-.aspx>
5. <http://snzoz.lublin.pl/index.php?strona=36>
6. Bień W. Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa, Difin, Warszawa 2000, s. 257, 262-263.
7. Rutkowski A., Zarządzanie finansami, Wydanie II zmienione, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003, s. 331, 333-334.

Adres do korespondencji:

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

ETYKA ZAWODOWA NA PRZYKŁADZIE ZAWODU PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ

PROFESSIONAL ETHICS IN THE WORK OF NURSES AND MIDWIVES

MICHAŁ SZARYCZ

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

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie własnych przemyśleń dotyczących wartości etyki zawodowej dla przedstawicieli danej profesji na przykładzie Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Omówione zostały ogólne cele etyki zawodowej. Wskazano wymagania etyczne względem pielęgniarek i położnych wynikające z kodeksu etyki tej grupy zawodowej. Za najważniejsze wymagania wynikające z kodeksu należy uznać troskę o dobro pacjentów oraz wewnętrzną dyscyplinę odnoszącą się do członków grupy zawodowej.

Słowa kluczowe: etyka, etyka zawodowa, pielęgniarka, położna.

Pielęgniarki i położne to osoby wykonujące pracę bardzo odpowiedzialną. Ich pozycję w służbie zdrowia można jednak określić, jako nieodpowiednią. Pielęgniarki i położne wykonują przecież zawód samodzielny, a często traktowane są w porównaniu z lekarzami, jako ich dopełnienie w strukturach ośrodków zdrowia. Grupa zawodowa pielęgniarek i położnych liczy obecnie 239 193 osoby (stan na 31.12.2011) [1], jest więc bardzo liczna.

Podobnie jak w przypadku innych zawodów, także i ten regulowany jest przez akta prawne. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych zawarta jest w następujących regulacjach – Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych [2], Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej [3], a także w akcie stworzonym przez przedstawicieli tychże zawodów – Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej [4].

Nikt dzisiaj nie ma wątpliwości, że polskie pielęgniarstwo rozwija się i stanowi coraz silniejszą grupę zawodową. Należy wspomnieć, że ten rozwój jest dostrzegalny także przez parlamentarzystów, czego wynikiem jest uchwalenie nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w dniu 15.07.2011 r. (wejście w życie 1.01.2012 r.). Postęp w każdym aspekcie życia wymusza zmiany na różnych płaszczyznach. Interesujące wydaje się być podejście do zmian w zakresie respektowania wartości moralnych związanych z wykonywaniem zawodu. Pielęgniarki i położne swoją pracę wykonują w oparciu o Kodeks etyki uchwalony na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r.

Jak mogłoby się wydawać istota etyki sama w sobie pozostaje niezmienna bez względu na zachodzące procesy

Summary

The purpose of my work is to present my thoughts about the value of the professional ethics among representatives of specific profession, taking for the example code of ethics for nurses and midwives valid in the Republic of Poland. It describes general goals of professional ethics. It shows ethical requirements for nurses and midwives due to the code of ethics of this professional group. A concern for the good of patients and internal discipline of members of this professional group have to be found as the requirements the most important from all included in the code.

Key words: ethic, professional ethics, nurse, midwife.

rozwoju cywilizacyjnego. Jednak podczas, gdy dylematy etyczne stają się coraz wyraźniej obecne, pielęgniarki wydają się być doskonałym przykładem grupy, która niezmiennie respektuje wartości etyczne. Można przypuszczać, że takie ich zachowanie wynika z wielu czynników, należałoby w tym miejscu wymienić choćby okoliczności jakie im towarzyszą podczas wykonywania czynności zawodowych – poprawa zdrowia, samopoczucia i komfortu pacjenta w trudnym dla niego momencie.

Postawa etyczna podczas realizacji zadań zawodowych przez pielęgniarki i położne jest oceniana, a przedstawiciele tej grupy ponoszą za nią odpowiedzialność zawodową. Niekiedy przyjmuje się, że odpowiedzialność zawodowa mieści się w katalogu obowiązków zawodowych, których pielęgniarki i położne mają wiele. Owa odpowiedzialność wykracza jednak poza standardowe obowiązki pracownicze.

Nie wszystkie aktywności zawodu pielęgniarki i położnej da się określić przepisami prawnymi, nie wszystkie będą przecież standardowe, jak i nie wszystkie są możliwe do przewidzenia. Zdarzają się przecież sytuacje, w których należy podjąć decyzję, na którą nie odnajdzie się odpowiedzi w książkach, aktach prawnych. Wtedy tak ważny jest kręgosłup moralny pracownika – w tym wypadku pielęgniarki czy też położnej. Ten moralny kręgosłup nie rozwija się jednakowo u każdego człowieka. Jedni w procesie socjalizacji kształtują swoją osobowość w oparciu o etykę, inni podążają odmienną drogą.

Etyka, czyli refleksja nad moralnością, budzi duże zainteresowanie niezmiennie od czasów Arystotelesa. Z założenia etyka ma prowadzić do dywagacji nad proble-

mem oraz próby utworzenia schematów myślowych pozwalających na zbliżone zachowania ludzi w podobnych sytuacjach. Podobnie jest w przypadku etyki zawodowej, która jednak skupia się na względach moralnych w aspekcie powinności i jej braku przy postępowaniach przedstawicieli danego zawodu.

Etyka zawodowa występuje w postaci różnych norm zinstytucjonalizowanych, takich jak: kodeksy, przysięgi, ślubowania oraz norm formułowanych jako indywidualne propozycje, niesformalizowane lub stanowiące pewien uporządkowany zespół postulatów. Od tak rozumianej etyki zawodowej należy odróżnić reprezentowane przez daną grupę zawodową przekonania moralne. Warto też wyodrębnić moralność zawodową rozumianą, jako postępowanie danej grupy zawodowej oceniane ze względu na kryteria moralne [5]. Etykę zawodową, czyli owe kodeksy, przysięgi, ślubowania, opracowuje się zazwyczaj z myślą o korygowaniu stanu rzeczywistego, o podciąganiu go do wskazanego, obranego wzorca.

Treść zasad etyki zawodowej nawiązuje do wyznaczonej roli społecznej przypisywanej osobom wykonującym określony zawód. Znamienne jest jednak wyrażanie zasad deontologicznych tylko dla niektórych zawodów. Mam tu na myśli głównie te, które cieszą się szczególnym zaufaniem społecznym – lekarze, pielęgniarki i położne, aptekarze. Zazwyczaj przedstawiciele takich zawodów tworzą zawodowe korporacje, zrzeszają się w nich, stawiając sobie za cel, między innymi, dbanie o przestrzeganie zasad deontologicznych przez członków korporacji i wymierzanie odpowiednich kar za czyny niezgodne z wyznaczonymi zasadami. Takie działania korporacji zawodowych, zapisywanie zasad deontologicznych w aktach formalnych i reagowanie w przypadku ich łamania powszechnie uznaje się za zachowania powodujące podniesienie prestiżu zawodu.

W Polsce bardzo wyraźnie dostrzegalne jest istnienie tzw. zawodów zaufania społecznego. Poza prestiżem, wykonywanie takiego zawodu wiąże się także z wielką społeczną odpowiedzialnością. Owa odpowiedzialność jest w tym przypadku determinantą występowania szeregu kodeksów w grupach zawodowych wykonujących właśnie taki zawód.

Pielęgniarki i położne na pewno należy zakwalifikować do zawodów zaufania społecznego. Z racji przynależności do tej grupy pielęgniarki i położne posiadają pewne atrybuty. Można wymienić choćby powierzanie im informacji dotyczących życia prywatnego, zdrowia pacjentów, a w konsekwencji uznanie takiej wiedzy za tajemnicę zawodową. Taka tajemnica nie może zostać ujawniona, a osoby, które nią dysponują zostają objęte immunitetem zwalniającym je nawet od odpowiedzialności karnej za nieujawnienie tych informacji. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej [6].

Samo korzystanie z przywilejów tego rodzaju zawodów następuje często w razie wystąpienia realnego bądź potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczegól-

nym charakterze, a reprezentowanie osób wykonujących pracę uznawaną za zawód zaufania publicznego oraz sprawowanie pieczy nad odpowiednim wykonywaniem tej pracy w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony nie podlega obwarowaniom wynikającym z hierarchii urzędniczej, a opiera się raczej na sformalizowanej deontologii zawodowej.

Zawody nazywane zawodami społecznego zaufania scharakteryzowane zostały w odbiorze społecznym jako zawody oparte o bardzo wysokie specjalistyczne kwalifikacje, obarczone koniecznością nieustannego doskonalenia poziomu fachowej wiedzy i umiejętności. Przede wszystkim, jednak od przedstawicieli tych zawodów wymaga się ponadprzeciętnych wymogów etycznych, pozwalających na kształtowanie korporacji danego zawodu w środowisku.

Twardym dowodem na przynależność zawodu pielęgniarek i położnych do zawodów społecznego zaufania jest Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Składa się on z przyrzeczenia oraz dwóch części – pierwsza zawiera informacje o źródłach pochodzenia zasad zawartych w kodeksie, działalności zawodowej pielęgniarek i położnych, personalnym rozwoju oraz odpowiedzialności zawodowej. W części drugiej – szczegółowej odnaleźć można informacje o powinnościach przedstawicieli tej grupy zawodowej względem pacjentów, praktyki, nauki, relacji ze współpracownikami, czy wobec społeczeństwa.

Myślę, że należałoby się odnieść do kwestii stosowanego nazewnictwa – czy pielęgniarstwo i położnictwo to zawody, jak każde inne? Same pielęgniarki twierdzą, że ten zawód wykonują z powołania przyjmując znacząco odmienną od standardowej postawę zawodową. Czy jednak pielęgniarki, które nie wykonywały innego zawodu mogą stawiać takie tezy – przecież, choćby piekarz może powiedzieć, że wykonuje swój zawód z powołania, którym jest dostarczanie najlepszej jakości żywności dla swoich klientów. Co tak znacząco odróżnia zawód pielęgniarki i położnej od pozostałych?

Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na bezpośrednią relację człowiek-człowiek, która nabiera specjalnego charakteru z uwagi na cierpienie pacjenta. Istotny jest także proces wchodzenia w zawód – stawanie się pielęgniarką nie jest tylko sprawą nabycia określonych umiejętności i przyswajania form zachowania właściwych dla określonych sytuacji zawodowych. Jest także sprawą poznania przez nią wartości moralnych zawodu w taki sposób, który wywrze głęboki wpływ na jej intelekt, osobowość i styl życia [7]. Ważne także jest ciągłe dbanie o rozwój zawodowych kompetencji i ciągłe dążenie do wykonywania swojego zawodu z czystym sumieniem.

Pielęgniarstwo jako nauka humanistyczna umożliwia łączenie i integrowanie nauki z pięknem, sztuką, etyką i estetyką w pielęgniarstwie procesach opiekuńczej troskliwości, która występuje w relacjach człowiek-człowiek. W rozwoju pielęgniarstwa jako nauki staje się więc konieczne stosowanie metod umożliwiających poznanie wewnętrznych doświadczeń człowieka, a nie tylko świata podlegają-

cego obserwacjom zewnętrznym [8]. To właśnie wskazana chęć czystego sumienia wewnętrznie nakazuje przedstawicielom tego zawodu każdy przypadek rozpatrywać z należytą powagą i troską, w oparciu o opisany wcześniej moralny kręgosłup. Od pielęgniarki oczekuje się nie tylko poważnego i pogodnego spojrzenia na życie, ale i zinternalizowanych wartości i norm moralnych oraz poczucia odpowiedzialności za swoje postępowanie [9].

Kodeks etyki pielęgniarek i położnych precyzuje zawodowe zobowiązania względem pacjenta. Można w nim odnaleźć wytyczne, które zazwyczaj traktowane są jako suche obowiązki zawodowe wynikające z umowy o pracę, ale można także zauważyć definiowanie podejścia względem pacjenta. Otóż pielęgniarka i położna (...) powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia [10]. Wskazane aspekty składają się na wyjątkowość zawodu pielęgniarki i położnej obrazując niejako ich zawodową misję, która ma na celu zapewnienie nie tylko poprawy fizycznego samopoczucia, ale także tego metafizycznego. Idąc dalej pielęgniarka i położna (...) umożliwi pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwi kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki [11].

Rola pielęgniarki wykracza poza standardowy zakres czynności zawodowych, staje się ona jak prawdziwa siostra – stąd przecież nazywanie pielęgniarek czy też położnych siostrami. Tak jak siostry, z reguły pomagają rodzeństwu nie oczekując niczego w zamian, tak pielęgniarki i położne nie żądają dodatkowego wynagrodzenia. Pielęgniarka/położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych [12].

Pielęgniarki i położne podobnie jak i lekarze mają obowiązek stałego doskonalenia swoich umiejętności poprzez uczestnictwo w różnego rodzaju szkoleniach. Rozwój medycyny jest dynamiczny, co powoduje szybki rozwój ośrodków zdrowia, metod prowadzenia terapii. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych [13].

Grupa zawodowa pielęgniarek i położnych podobnie jak inne grupy zawodowe wchodzące w skład zawodów społecznego zaufania charakteryzuje się wewnętrzną jednością, dbałością o szacunek dla godności swoich przedstawicieli. W kodeksie zawodowym tej grupy występuje szereg zapisów jasno wskazujących jak ważny jest to aspekt funkcjonowania w tym zawodzie.

Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie. (...) powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie. (...) powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu,

którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie. (...) nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich. (...) Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna [14].

Te wszystkie powinności i zakazy budują obraz polskiego pielęgniarstwa i położnictwa. Obraz, który można określić jako spójne połączenie wewnętrznej dyscypliny z zewnętrzną troską. Warto dodać w tym miejscu, że kodeks wskazuje także na konieczność przekazywania wiedzy w zakresie medycyny, ale i etyki przez starsze stażem osoby dopiero wchodzącym w ten zawód.

Wydaje się, że dylematy etyczne mogą pojawiać się w każdym aspekcie życia zawodowego – w relacjach z pacjentami, kolegami z pracy, w sytuacjach zagrożenia życia etc. Ważne, że istnieje etyka zawodowa i wiele grup zawodowych spisuje owe normy etyczne w postaci kodeksów i innych aktów formalnych czy też nieformalnych. Ich zadaniem jest nie tyle wskazanie wprost odpowiedzi jak trzeba zachować się w danej sytuacji – przykład Kodeksu etyki pielęgniarek i położnych pokazuje, że chodzi bardziej o zobrazowanie całościowego toku myślenia opartego o dany katalog wartości.

Polskie pielęgniarstwo i położnictwo w odróżnieniu od innych zawodów nie tylko spisało kodeks etyczny, ale i w przeciwieństwie do innych zawodów go respektuje. W wielu przeczytanych artykułach naukowych traktujących o etyce napotkałem na interesujące zadania kończące, które charakteryzowały się górnolotnym wydzwiewkiem. Ja mogę tylko stwierdzić – tak w życiu prywatnym, jak i zawodowym należy brać odpowiedzialność za swoje słowa i czyny.

PIŚMIENNICTWO

1. Liczba pielęgniarek i położnych zatrudnionych – na dzień 31.12.2011 r., w: serwis Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych [dostęp 07 lutego 2012], <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id>
2. Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r.
3. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r.
4. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z dnia 9.12.2003 r.
5. Lazari-Pawłowska I., w: Smoczyński P.J. (red.), Etyka. Pisma wybrane, Ossolineum, Wrocław 1992, s. 84-91.
6. Pkt I ust. 4., Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z dnia 9.12.2003 r.
7. Wrońska I., Podstawy etyki pielęgniarstwa, PTP, Warszawa 1993; s.5.
8. Poznańska S., Płaszewska-Zytko L., Wybrane modele pielęgniarstwa, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 184.
9. Wrońska I., Mariański J. Etyka w pracy pielęgniarstwa, Czelej, Lublin 2002, s. 84.
10. Pkt I ust. 2., Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z dnia 9.12.2003 r.

11. Pkt I ust. 5., Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z dnia 9.12.2003 r.
12. Pkt I ust. 9., Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z dnia 9.12.2003 r.
13. Pkt II ust. 1., Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z dnia 9.12.2003 r.
14. Pkt II ust. 11. – Pkt IV ust. 4, Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z dnia 9.12.2003 r.

Adres do korespondencji:

Michał Szarycz
Katedra Nauk o Zdrowiu UMP
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
Tel.: 604 151 932
michalszarycz@hotmail.com

ROLA RECEPCJONISTKI (REJESTRATORKI MEDYCZNEJ) W BUDOWANIU TOŻSAMOŚCI PODMIOTU LECZNICZEGO

THE ROLE OF RECEPTIONIST IN CREATING HEALTH CARE INSTITUTION'S IDENTITY

ANNA FRANKOWSKA

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

Streszczenie

Recepcja to miejsce pierwszego kontaktu pacjenta z podmiotem leczniczym. Recepcjonistka jest swoistą wizytówką firmy. Ma do wykonania zadania administracyjne, organizacyjne i komunikacyjne, z których najważniejsze z punktu widzenia tożsamości firmy są te ostatnie. Powinna umieć dostosować sposób obsługi klienta do konkretnego segmentu pacjentów i zindywidualizować podejście do każdego z nich. W jej zachowaniu uwidaczniają się dwa podstawowe elementy tożsamości firmy: wypracowany system komunikacji oraz reprezentowana kultura organizacyjna firmy.

Słowa kluczowe: recepcja, tożsamość podmiotu leczniczego.

Summary

Reception is the first contact place with a patient in health care institution. The receptionist is a front-line representative of a firm. Her tasks include administration, organization and communication, of which the most important one, of firm's identity point of view, is the latter. Receptionist should be trained to adjust customer service level to a particular patient's segment and personalize her attitude to each patient. Receptionist's behavior illustrates the two fundamental elements of firm's identity: the established communication system and represented organisation culture.

Key words: receptionist, firm's identity, health care institution.

Tożsamość podmiotu leczniczego – podstawowe pojęcia i determinanty

Usługa medyczna jak każda inna usługa jest świadczeniem niematerialnym. Zostaje zmaterializowana poprzez osoby, które ją świadczą, pomieszczenia w których jest świadczona, użyte do realizacji usługi sprzęty itp. Tożsamość placówki tworzona przez personel na każdym poziomie zarządzania zarówno tym najwyższym, planistycznym, jak i wykonawczym, jest bardzo istotnym elementem materializowania usługi. Na poziomie ogólnym składają się na nią trzy podstawowe grupy elementów: system identyfikacji wizualnej (corporate design), system komunikowania się (corporate communication) wewnątrz firmy oraz na zewnątrz – z jej klientami i kontrahentami i wreszcie system kultury organizacyjnej (corporate behaviour). W praktyce można powiedzieć, że są to: wizualne atrybuty gabinetu (nazwa, logo, kolor firmowy, oznakowanie – budynki, parking, środki transportu, dokumenty) oraz pozawizualne elementy (reputacja, zachowania pracowników, historia gabinetu, kultura funkcjonowania, strategia i sposób działania). Łatwiejsze do ukształtowania i koordynacji są elementy wizualne. Corporate communications i corporate behaviour to elementy zależne w dużej mierze od zespołu pracującego w danej jednostce i tym trudniejsze do opanowania dla zarządzających. Odbiór ukształtowanej tożsamości przez otoczenie składa się na wizerunek podmiotu. Wizerunek tworzy się zatem w umysłach pacjentów po-

średnio poprzez opinie przekazywane przez innych pacjentów oraz podmioty otoczenia, jak i poprzez celowe podejmowane przez placówkę działania (a w zasadzie wpływające na ich odpowiedni odbiór) [1]. To co zarządzający zaplanują i wprowadzą w życie w sferze kształtowania tożsamości firmy wywoła subiektywne odbicie w umyśle podmiotów otoczenia pacjentów, kooperantów, kontrahentów, służb samorządowych, dziennikarzy. Im lepiej, bardziej dokładnie i szczegółowo opracowana jest strategia tworzenia tożsamości w obu sferach wizualnej i pozawizualnej, tym mniejsze prawdopodobieństwo działań niepożądanych i złego ich odbioru przez otoczenie. W warunkach rozwijającego się wolnego rynku w sferze usług medycznych to często wizerunek staje się elementem istotnym w tworzeniu przewagi konkurencyjnej jego instytucji.

Rola recepcjonistki w podmiocie leczniczym funkcjonującym na wolnym rynku i jej zadania w sferze kształtowania tożsamości firmy

Popyt na usługi medyczne w krajach rozwiniętych na najwyższym poziomie kształtuje się w trzech grupach wiekowych: dzieci (do 3. roku życia), kobiet w wieku rozrodczym i osób w podeszłym wieku [2].

Przedstawiciele „pokolenia Y” (generacji millenium) są najciekawszą z tych grup, to o ich dobrą ocenę powinien zabiegać podmiot leczniczy. W skład tej grupy

wchodzą młodzi ludzie urodzeni mniej więcej w latach 1980–90, którzy w dorosłość wkraczali w okolicach 2000 r. Są to doświadczeni klienci, których dorastanie przypadło już w latach gospodarki wolnorynkowej. Jako konsumenci charakteryzują się oni tym, że mieli i mają nadal nieograniczony kontakt z nową technologią, która rozwijała się na ich oczach (komputer, Internet, telefon komórkowy, komunikatory, smartfony, ipody). Doskonale też się nią posługują, przez co szybko zdobywają potrzebne informacje, tworzą wirtualne społeczności, w których wymieniają się opiniami o produktach i usługach. Charakteryzuje ich: szybkie tempo życia – przyzwyczajenie do zmian, robienia kilku rzeczy jednocześnie, możliwość szybkiej komunikacji i przemieszczania się, ale także niecierpliwość i chęć posiadania wszystkiego natychmiast, samodzielność, wysoka samoocena i dążenie do samorealizacji, większy indywidualizm. Rośnie ich standard życia i konsumpcji [3].

Na rynku usług medycznych można ich nazwać świadomymi konsumentami. Są wymagający i chętni do substytucji źle wyświadczonych usług. Natychmiast chcą zmienić na inną placówkę medyczną, z usług której nie są zadowoleni (ponad 63%). 34% respondentów daje takiej firmie szanse poprawy, a tylko 1,82% nie ma zamiaru zmiany podmiotu leczniczego na lepszy.

Młodzi ludzie potrafią niwelować ryzyko związane z podejmowaniem decyzji o zakupie usług medycznych (ryzyko złego wyboru) poprzez zdobywanie jak największej ilości informacji o wszystkich dostępnych ofertach usługowych (32,77%), korzystanie tylko z podmiotów leczniczych znanych sobie i swoim najbliższym (26,89%), korzystanie z tych, u których ich rodzina leczyła się od pokoleń (14,29%) a także poznawanie najpierw wszystkich swoich prawa jako pacjenta i klienta dotyczących danej jednostki (13,45%) [4]. Można przypuszczać, że dla tych młodych konsumentów istotną rolę odgrywa czas i profesjonalizm świadczonych usług, jak również dobrze przekazana informacja, jej dokładność i konkretność.

Współczesne społeczeństwo należy jednak do starzejących się. Populacja 60-latków i starszych wzrasta na świecie szybciej niż w innych grupach wiekowych [5]. Tendencja ta ma odzwierciedlenie również w Polsce. Osoby w wieku poprodukcyjnym coraz częściej i chętniej korzystają nie tylko z leków i usług, które utrzymują je jak najdłużej w dobrym zdrowiu i kondycji psychicznej, ale i nowoczesnych wynalazków i udogodnień życia codziennego [6]. Dla pacjentów takich ważne jest zapewne zainteresowanie, czas poświęcony na kompleksowe rozpoznanie dolegliwości (często wielu współlistniejących), trafna i szybka diagnoza (często ratująca życie), empatia, odpowiedni stosunek personelu do pacjenta polegający na dokładnym i kompleksowym, a przy tym grzecznym wyjaśnieniu trapiących pacjenta problemów, a także stworzenie odpowiednich warunków oczekiwania na usługę i świadczenia jej.

Trzeci ważny dla jednostek medycznych segment to dzieci, które co prawda same nie decydują o nabywaniu usług medycznych, ale podejście do nich personelu medycznego i administracyjnego jednostki, połączone z do-

brymi efektami leczenia, jest w stanie przekonać rodziców do pozytywnej opinii o danym podmiocie.

Każda osoba pracująca w recepcji powinna doskonale orientować się w potrzebach poszczególnych segmentów pacjentów i dostosować swój sposób obsługi do konkretnego indywidualnego klienta, dopasowując i pogłębiając standardową usługę o niezbędne czynności w przypadku konkretnych zapotrzebowań.

Recepcja to miejsce, w które pacjent trafia najszybciej. Tam też umawia się na wizytę czy rejestruje do szpitala. Często ten pierwszy kontakt może odstraszyć pacjenta i zniechęcić tak, że wybierze inną placówkę lub nie skorzysta w ogóle z żadnych usług, na czym ucierpieć może jego zdrowie a nawet nastąpić zagrożenie życia. Recepcja, niezależnie od przeładowania pracą powinna być miejscem przyjaznym dla pacjenta. Nie do przyjęcia jest sytuacja, w której recepcjonistka nie zna praw przysługujących pacjentowi lub nie poświęca mu odpowiedniej ilości czasu niezbędnej do wyjaśnienia istotnych kwestii. Rolą bowiem recepcjonistki jest jak pisze A. Bukowska-Piestrzyńska usprawnianie pracy podmiotu leczniczego [7], które może sprowadzać się między innymi do działań, które można podzielić na 3 grupy i określić jako organizacyjne, komunikacyjne i administracyjne.

Najistotniejsze z punktu widzenia tworzenia tożsamości podmiotu leczniczego są działania komunikacyjne, lecz pozostałe rodzaje działań też mają pośredni wpływ na jej kształtowanie poprzez powiększanie płynności przebiegu procesów świadczenia usługi w podmiocie leczniczym. Należy zaznaczyć, że zbiór tych zadań jest różny ze względu na specyfikę poszczególnych jednostek i może być zawężany lub poszerzany.

Do zadań organizacyjnych rejestratorki medycznej należą :

- umawianie i rejestrowanie pacjentów w kontekście panowania nad grafiką pracy lekarza/lekarzy, czy w przypadku większej instytucji jaką jest np. szpital, poszczególnych jednostek organizacyjnych: pracowni, poradni, oddziałów; posiadanie niezbędnych informacji o godzinach pracy poszczególnych jednostek i opieka nad logistyką)
- współpraca z lekarzami i pielęgniarkami w celu lepszej organizacji pracy i przepływu pacjentów
- odbieranie telefonów i decydowanie o ich ważności (przekazanie bądź nie informacji do lekarza lub innych jednostek podmiotu leczniczego)
- przypominanie o terminie wizyty e-mailem lub telefonicznie (w przypadku gdy jednostka nie posiada automatycznego systemu zawiadamiania pacjentów)
- udzielanie informacji o miejscu w którym znajduje się toaleta, barek, etc.; czasami proponowania kawy/herbaty, w przypadku gdy wizyta u lekarza się opóźnia
- kontakt telefoniczny z lekarzem w przypadku jego nieprzybycia na czas wizyty (w mniejszych podmiotach leczniczych)

- reagowanie w sytuacjach kryzysowych np. omdlenie pacjenta w kolejce
- dbałość o najmłodszych pacjentów i organizowanie im czasu w sytuacji oczekiwania na wizytę, wskazywanie miejsca do zabawy, zwracanie uwagi na kolorystykę i wystrój jednostki medycznej przyjazny małemu pacjentowi, jeżeli taki jest.

Do zadań administracyjnych należeć mogą:

- dbanie o dokumentację medyczną, prowadzenie rejestru pacjentów oraz dokumentacji ich chorób i dostarczania jej do gabinetu lekarza
- zapisywanie na kolejne wizyty i umieszczanie ich w bazie komputerowej (często też rozliczanie finansowe wykonanych usług lub kierowanie odpowiednich dokumentów i informacji finansowych do odpowiednich działów) (jest to zadanie administracyjno-organizacyjne)
- wystawianie zaświadczeń, wypisów ze szpitala
- odpowiedzialność za utrzymanie poczekalni w należytym porządku (w przypadku mniejszych jednostek) w przypadku szpitali i większych podmiotów za porządek na swoim miejscu pracy zwłaszcza w dokumentacji medycznej i dokumentacji jednostki, za którą odpowiada
- sprawdzenie ubezpieczenia pacjenta i ewentualnej możliwości i poziomu refundacji leku
- (w niektórych podmiotach leczniczych, zwłaszcza tych ze sfery prywatnej służby zdrowia, zadanie to sędowane przez lekarza, realizowane jest przez rejestratorkę medyczne)
- rejestrowanie obecności pracowników placówki (zwłaszcza w przypadku mniejszych jednostek)
- znajomość praw pacjentów i udostępnianie na ich prośbę ich dokumentacji medycznej np. w formie kserokopii.

Do zadań komunikacyjnych należeć mogą:

- powitania i miłe pożegnanie pacjentów
- informowanie o dostępności i terminie realizacji usług w sposób kulturalny i kompetentny
- informowanie o misji jednostki, jej historii i tradycji (jeżeli taka jest) i o standardach obsługi obowiązujących w danej jednostce
- kierowanie pacjentów do poszczególnych jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego – wskazywanie miejsca lub osobiste zaprowadzenie pacjenta do lekarza, ambulatorium
- utrzymanie wysokiego standardu obsługi pacjenta (savoir vivre, kompetencja w udzielaniu informacji, grzeczność, schludny wygląd i ubiór z widocznym identyfikatorem pracownika – zgodny ze standardem wizualizacyjnym danej jednostki, empatia)
- udzielanie porad dotyczących profilaktyki – informowanie o programach profilaktycznych, rozdawanie broszurek, udzielanie informacji o sposobie świadczenia i dostępności świadczeń profilaktycznych
- informowanie (doradzanie) w sferze możliwości wyboru lekarza specjalisty, badania, innych usług

dostępnych w danej jednostce (lub w przypadku usług niedostępnych w danej jednostce w jednostkach konkurencyjnych)

- „zabawianie rozmową”, gdy oczekiwanie na wizytę bardzo się przedłuża (w przypadku większych instytucji udzielania informacji o ewentualnym czasie dłuższego oczekiwania i prawdopodobnego czasu przyjęcia)
- łagodzenie zdenerwowania pacjenta (zawsze i w każdym podmiocie leczniczym)
- dostarczanie materiałów informacyjnych na temat podmiotu leczniczego; udzielanie informacji o godzinach przyjęć, specjalnościach lekarzy, w razie potrzeby zapisywanie tych informacji pacjentowi
- ewentualny kontakt z najbliższymi aptekami w przypadku konieczności wyjaśnienia np. źle wypełnionych przez lekarza recept
- nawiązanie kontaktu z małym pacjentem, często przestraszonym wizytą u lekarza [7].

Ponadto osoba pracująca w rejestracji powinna posiadać umiejętność poszukiwania i znajdowania najbardziej optymalnego wyjścia z każdej sytuacji (szukanie tzw. trzeciej bramy – alternatywnego rozwiązania [8]).

Rejestracja w podmiocie leczniczym to miejsce, w którym zarządza się czasem klientów i pracowników. Jak pisze A. Toffler „czas sam w sobie jest jednym z najważniejszych zasobów gospodarczych, mimo że nie pojawia się w żadnym miejscu w bilansie. W rezultacie pozostaje ukrytym wkładem. Szczególnie w warunkach zwiększenia tempa zmian, zdolność do skrócenia czasu – na przykład poprzez szybką komunikację może przesądzić o tym, czy dane działanie przyniesie stratę lub zysk” [9] a w przypadku jednostki medycznej jest na tyle cenny, że może nie tylko odpowiednio zagospodarowany przynieść efekt finansowy lub wizerunkowy, ale również pozwolić zachować lub uratować życie pacjenta. W mniejszych jednostkach rejestracja to „centrum dowodzenia” a rejestratorka nazywana jest często opiekunem pacjenta/klienta.

Zadania w dziedzinie kształtowania tożsamości uwiadaczniają się dla niej w sferze działań na poziomie operacyjnym. Najczęściej według konkretnych standardów postępowania danej jednostki, planów działań i standardów operacyjnych. Jednakże sprawne kształtowanie tożsamości niemożliwe jest bez osobistego wkładu własnego konkretnej osoby na danym stanowisku. Pracownik rejestracji powinien też mieć możliwość wpływania na kształtowanie standardów obsługi klienta danej jednostki i dzielenia się swoimi spostrzeżeniami z kierownictwem jednostki (na poziomie kierownictwa własnego działu).

Dobrze zarządzający podmiotem leczniczym menedżer musi zwrócić szczególną uwagę na to, aby wszyscy członkowie zespołu (lekarze, asystentki, recepcjonistki) współpracowali z pacjentem na równie wysokim poziomie. Pacjent ocenia zachowania każdej z osób, która wchodzi z nim w relacje, od pierwszego telefonu, poprzez oczekiwanie na wejście do gabinetu, samą wizytę, po uregulowanie należności i pożegnanie pacjenta. Im

większa liczba uczestników, tym więcej możliwych interakcji pomiędzy nimi. Tym więcej potencjalnych błędów [10]. Recepcjonistka uczestniczy w dość znaczącej liczbie interakcji z pacjentem stąd powinna zdawać sobie sprawę, że stanowi ogniwo, które może być istotnie przeważającym w pozytywnej bądź negatywnej ocenie tożsamości czy też jak pisze I. Rudawska „osobowości” [11] danej placówki medycznej przez pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Mruk H., Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 84-85.
2. Kotler Ph., Shalowitz J., Stevens R.J., Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 133-135.
3. Kosa U., Strzelec D., Zarządzanie pracownikami pokolenia Y, <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Zarządzanie-pracownikami-pokolenia-Y-1873216.html>
4. Frankowska A., Źródła, rodzaje i sposoby niwelowania ryzyka w procesie podejmowania decyzji o nabyciu usługi medycznej wśród młodych konsumentów, w: Kontrowersje wokół marketingu w Polsce. Niepewność i zaufanie a zachowania nabywców, Garbarski L., Tkaczyk J. (red.), Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Akademia Leona Koźmińskiego, Warszawa 2009, s. 238.
5. Deutsche Welle. Word Assembly on Ageing II: Growing Towards a Demographic Disaster. 10 April 2002, www.globalaging.org/waa2/articles/demogdisaster.htm.
6. Głowacka M.D., Kwapisz U., Frankowska A., Wybrane elementy stylu życia i problemy zdrowotne osób po 50 roku życia, Zdr. Publ., 121(2)/2011, s. 136.
7. Bukowska-Piastrzyńska A., Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów, CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2008, s. 241.
8. Bukowska-Piastrzyńska A., Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów, CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2008, s. 218.
9. Toffler A., Zmiana władzy. Wiedza, bogactwo i przemoc u progu XXI stulecia, Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań 2003, s. 132.
10. Szumska M., Trudny pacjent w gabinecie stomatologicznym, Wydawnictwo Kapitał Ludzki, Tarnowo Podgórne 2011, s. 22.
11. Rudawska I., Opieka zdrowotna, PWN, Warszawa 2007, s. 140.

Adres do korespondencji:

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

**RECENZJA KSIĄŻKI: ELEMENTY PSYCHOLOGII OGÓLNEJ I KLINICZNEJ.
RED.: E. MOJS, M. SKOMMER, B. STELCER**

*THE REVIEW OF THE BOOK "ESSENTIALS OF PSYCHOLOGY AND CLINICAL PSYCHOLOGY.
TEXTBOOK FOR MEDICAL STUDENTS"*

Kierunek lekarski, lekarsko-dentystyczny czy farmacja są bardzo atrakcyjne dla przyszłych studentów. Świadczą o tym bardzo duże liczby kandydatów aplikujących o przyjęcie na studia. Młodzież bardzo często wybiera te specjalności medyczne kierując się perspektywą dobrze płatnej pracy, uznaniem społecznym, który zyskują lekarze czy farmaceuci. Dla wielu osób studiujących wspomniane wyżej kierunki atrakcyjne jest korzystanie z najnowocześniejszych technologii w budowaniu skuteczności leczenia i zapomina o tym, że leczy się człowieka. Z kolei my – lekarze z doświadczeniem klinicznym, nauczyciele akademicy, myśląc o lekarzu, wykształconym profesjonalście, wyobrażamy sobie, że powinien być przede wszystkim osobą, dla której pacjent i jego dobro jest wartością najważniejszą, a nie balastem bądź numerem PESEL do odhaczenia. Lekarz zatem musi być nie tylko fachowcem, ale przede wszystkim człowiekiem. Rozwijając zatem myśl humanistyczną w naukach medycznych dbamy o wykształcenie filozoficzne i psychologiczne studentów. Zajęcia prowadzą znane i uznane postaci wykładowców, myślicieli i twórców. O wysoką jakość kształcenia nie da się jednak zadbać bez nowoczesnych podręczników.

Niniejszy podręcznik stanowi aktualny zbiór podstawowej wiedzy dotyczącej psychologii, w tym procesów rozwojowych, emocji, procesów poznawczych, inteligencji, osobowości. W przystępny sposób autorzy przedstawiają mechanizm kształtowania się psychopatologii, jak i poruszają ważne problemy związane z reakcjami emocjonalnymi na diagnozę choroby somatycznej. Wskazują, jak stan psychiczny może wpływać na znoszenie choroby przewlekłej i bólu oraz jakie oddziaływania psychologiczne mogą owe objawy łagodzić. Ważną częścią książki są zagadnienia psychologii stresu i wpływu tego elementu na kształtowanie się chorób psychosomatycznych. Odrębnym działem pod-

ręcznika są opisane w sposób syntetyczny formy pomocy psychologicznej, w tym psychiatrii i jej znaczenia w leczeniu zaburzeń psychicznych, także u dzieci i młodzieży.

Ponadto dzięki doświadczeniom w pracy klinicznej autorzy wskazują nam jak przekonania, emocje i zachowania profesjonalisty – lekarza mogą wpływać na diagnozę i leczenie oraz pojawiające się w jego trakcie trudności.

Struktura książki ma formę przejrzystą i uporządkowaną i napisana jest językiem syntetycznym i zrozumiałym dla odbiorcy, który na co dzień nie korzysta z literatury psychologicznej. Autorzy definiują pojęcia funkcjonujące w wiedzy potocznej i umiejscawiają je w określonych teoriach psychologicznych, w znanej nam psychoanalizie czy psychologii poznawczej.

Książka jest przeznaczona dla studentów kierunków lekarskich oraz klinicystów różnych specjalności, pragnących pogłębić i uporządkować swoją wiedzę, także w zakresie tego, skąd się biorą emocje i zachowania ludzi, w czym może pomóc psychologia oraz jak ją przenieść na grunt nauk medycznych. Jak powiązać psychologię i medycynę w skuteczniejszych działaniach terapeutycznych i w pogłębianiu relacji z pacjentem. Jest to lektura dla osób, które chcą ulepszyć opiekę nad pacjentami i zrozumieć psychologiczne mechanizmy, reguły i koncepcje. Podręcznik może stanowić też przewodniki dla wszystkich tych pracowników ochrony zdrowia, którzy rozumieją i doceniają wagę czynników psychologicznych w swojej pracy z pacjentem.

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

**SPRAWOZDANIE Z II WOJEWÓDZKIEJ KONFERENCJI
Z CYKLU „PROBLEMY DZIECI I MŁODZIEŻY”
NT. „PRZEMOC W RODZINIE.
JAK POMÓC ZGODNIE Z NIEBIESKĄ KARTĄ DZIECKU KRZYWDZONEMU?”**

*CONFERENCE REPORT FROM THE II PROVINCIAL CONFERENCE
FROM CYCLE “PROBLEMS OF CHILDREN AND TEENAGERS”
ABOUT “VIOLENCE IN FAMILY.
HOW TO HELP HARMED CHILD ACCORDING TO THE BLUE CARD?”*

IZABELA PRZYBEK-CZUCHROWSKA

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

W dniu 15 grudnia 2011 roku w Sali Sesyjnej Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu odbyła się II Wojewódzka Konferencja z cyklu „Problemy dzieci i młodzieży” na temat „Przemoc w rodzinie. Jak pomóc zgodnie z Niebieską Kartą dziecka krzywdzonemu?”, zorganizowana przez Wielkopolskiego Kuratora Oświaty i Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu.

Od kilkunastu lat zaczyna docierać do świadomości społecznej problem przemocy w rodzinie, w tym szczególnie poważne zjawisko krzywdzenia dzieci. Do tego czasu problem ten był marginalizowany i przemilczany. Stopniowo jednak w naszym kraju zaczęto podejmować różne działania mające na celu łagodzenie skutków społecznych tego zjawiska. Jednak jego skala, która w pełni ujawnia się dopiero teraz m. in. poprzez media, wymaga szerszego podejścia do tematu przeciwdziałania przemocy w rodzinie i uwzględnienia tej kwestii w polityce społecznej państwa.

Na problem krzywdzenia dzieci należy spojrzeć z szerokiej perspektywy zarówno pod kątem zdiagnozowania zjawiska przemocy wobec dzieci, jak i prowadzonych działań profilaktyczno-edukacyjnych w tym zakresie.

II Wojewódzka Konferencja, której głównym motywem przewodnim było krzywdzenie dzieci, miała za zadanie przeszkolenie psychologów i pedagogów szkolnych oraz dyrektorów szkół z całego województwa w tej istotnej dla społeczeństwa kwestii. Oni bowiem z racji pełnionych funkcji zawodowych mają z dziećmi – ofiarami przemocy domowej – intensywną i bezpośrednią styczność, co pozwala na systematyczne diagnozowanie przez nich zjawiska przemocy w rodzinie u będących pod ich codzienną opieką uczniów oraz daje szansę na zwiększenie wrażliwości społecznej pracowników sfery oświaty wobec tego zagadnienia. Wymaga to jednak podnoszenia kompetencji służb zajmujących się problematyką przemocy w rodzinie – w tym pedagogów. Wśród zaproszonych wykładowców znaleźli się również

pracownicy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Ponad 220 uczestników konferencji powitała Wicekurator Oświaty Dorota Kinal oraz dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu Maria Krupecka.

Wprowadzeniem do tematu konferencji był film przygotowany na zlecenie Komendy Wojewódzkiej Policji w Poznaniu pt. „Przemoc w rodzinie”. Dzięki jego fabularyzowanej formie zgromadzeni na konferencji pedagodzy mogli rozpoznać podstawowe zjawiska zachodzące w rodzinie dotkniętej przemocą, jak również wysłuchać trafnych komentarzy zaproszonych do udziału w tym filmie ekspertów. Zgromadzeni w sali nauczyciele zapoznali się też przy tej okazji z procedurą Niebieskiej Karty. Dowiedzieli się, czym ona faktycznie jest i jak rozwiązuje problemy rodzin doświadczających przemocy. Niebieska Karta – procedura opracowana przez Komendę Główną Policji i Komendę Stołeczną Policji przy współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – składa się z dwóch części, które do niedawna mogli posiadać i wypełniać tylko funkcjonariusze Policji podczas interwencji dotyczącej przemocy domowej, a od kilkunastu miesięcy uprawnienia te zostały rozszerzone na pracowników społecznych MOPR oraz nauczycieli. Karta A, w której dokumentuje się zgłoszoną sytuację i to, co zastano na miejscu, a także jakie działania podjęto wypełniana jest na początku całej procedury. Karta B opisuje najważniejsze przestępstwa związane z przemocą domową oraz dane teleadresowe instytucji i organizacji pozarządowych, do których ofiara może się zwracać o pomoc.

Po obejrzeniu filmu dyrektor Centrum Edukacji i Profilaktyki Problemów Uzależnień Wielkopolskiej Fundacji ETOH dr Teresa Kobrzyńska przedstawiła temat „Przemoc w rodzinie w perspektywie osób pomagających”. Zgromadzeni słuchacze wysłuchali godzinnego wykładu zapozna-

jącego ich z podstawowymi pojęciami opisującymi przemoc domową w aspekcie zagrożeń dla najmłodszych członków rodziny, uwzględniającego także profil osobowości sprawcy przemocy emocjonalnej, fizycznej i seksualnej skierowanej na dziecko.

Następnie kierownik Katedry Medycyny Sądowej dr n. med. Czesław Żaba omówił „Aspekty sądowo-lekarskie przemocy w rodzinie”. Zwrócił uwagę na fakt, iż przemoc w rodzinie jest jedną z najczęstszych dysfunkcji społecznych prowadzącą do występowania chorób psychosomatycznych i wpływającą na obniżenie stanu zdrowia całego społeczeństwa. Przemoc wobec dzieci prowadzi do występowania objawów chorobowych nazywanych zespołem dziecka krzywdzonego i jest zjawiskiem społecznym rozpatrywanym na płaszczyźnie psychologicznej, medycznej i prawnej, a nie tylko etycznym problemem rozwiązywanym wewnątrz samej rodziny przez opiekunów dziecka i zależnym od ich woli, stopnia edukacji czy metod wychowawczych. Z punktu widzenia medycznego, krzywdzenie dziecka jest szerokim pojęciem obejmującym krzywdzenie fizyczne, emocjonalne, seksualne i szczególnie zaniedbanie. Skutki krzywdzenia dziecka pozostają na długie lata w sferze fizycznej i psychicznej.

Nieprawidłowe postępowanie rodziców względem małego niemowlęcia może doprowadzić do trwałych uszkodzeń ciała, a nawet śmierci dziecka. Małe dziecko ma inne proporcje ciała niż osoba dorosła: stosunek wielkości głowy do innych części ciała wynosi 1:4 (u osoby dorosłej 1:10), pojemność mózgu jest mniejsza niż czaszki i istnieje możliwość ruchów rotacyjnych wewnątrzczaszkowych, co w przypadku gwałtownego potrząśnięcia dzieckiem stanowi niebezpieczeństwo wylewów krwi, trwałego uszkodzenia mózgu, padaczki i wodogłowia.

Doznawana w dzieciństwie przemoc może powodować wystąpienie depresji nawet w wieku przedszkolnym i szkolnym, objawiającej się:

- (1) zaburzeniami emocjonalnymi, trwałym przeżywaniem smutku, przygnębienia, ale także rozdrażnieniem lub stanami lękowymi,
- (2) zaburzeniami zachowania, spowolnieniem lub nadpobudliwością ruchową, społecznym wycofaniem,
- (3) zaburzeniem funkcji poznawczych, ograniczeniem zainteresowań, problemami z koncentracją uwagi, obniżeniem tempa nauki,
- (4) objawami somatycznymi, utratą łaknienia, zaburzeniami snu, bólami brzucha, głowy, zaburzeniami mięsniaczki.
- (5) zaburzeniami lękowymi, fobią społeczną, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi; 40–90% młodzieży z depresją stosuje często używki, w tym alkohol i narkotyki.

Dodatkowo prelegent podjął temat świadectwa lekarskiego wydawanego w związku z obrażeniami doznanymi przez ofiarę. Nie musi to być świadectwo wystawione tylko i wyłącznie przez biegłego lekarza sądowego (tzw. obdukcja lekarska). Należy zadbać jedynie o to, aby lekarz w karcie pacjenta zaznaczył okoliczności powstania obrażeń podawane przez pokrzywdzonego.

Podkreślił to, że dobrze jest, jeśli lekarz określi, w jakim stopniu nastąpiło naruszenie czynności ciała i na jaki okres, co umożliwi ukaranie sprawcy adekwatnie do skali przewinienia. Jednocześnie przedstawił statystyki dotyczące poszkodowanych w wyniku przemocy domowej dzieci zamieszkujących region Wielkopolski.

W drugiej części konferencji o działaniach policji w ramach procedury "Niebieska Karta" mówiła st. aspirant Kinga Fechner; poinformowała ona o tym, że w tym roku minie 10 lat, od kiedy policja rozpoczęła realizację procedury "Niebieskie Karty". Od 1 marca 2008 roku weszło w życie nowe Zarządzenie nr 162 Komendanta Głównego Policji z dnia 19 lutego 2008 roku w sprawie metod i form wykonywania przez Policję zadań w związku z przemocą w rodzinie w ramach procedury "Niebieskiej Karty". Zasadniczą zmianą wprowadzoną w nowym zarządzeniu jest określenie rzeczywistych obszarów działań policji podejmowanych wobec przemocy w rodzinie, a nie tylko tych związanych z realizacją interwencji. Dotychczas "Niebieska Karta" była wypełniana zazwyczaj w wyniku interwencji domowej dotyczącej przemocy w rodzinie. Zgodnie z nowym zarządzeniem, policjanci są zobowiązani do rozpoczęcia procedury i wypełnienia "Niebieskiej Karty" obligatoryjnie, podczas interwencji domowej wobec przemocy w rodzinie oraz fakultatywnie, podczas wykonywania wszystkich innych czynności służbowych, jeśli jednocześnie zostaną spełnione dwa warunki: policjant uzyska informację o przemoc w rodzinie lub będzie miał podejrzenie jej występowania oraz konieczne będzie udzielenie pomocy jej ofiarom. Zapis ten ma na celu zapewnienie ofiarom przemocy możliwości uzyskania pomocy (poprzez uruchomienie przez dzielnicowego działań interdyscyplinarnych) w każdej sytuacji, gdy tego potrzebują, a nie tylko w konsekwencji przeprowadzonej interwencji.

Kolejny wykładowca, Izabela Przybek-Czuchrowska, specjalista psycholog kliniczny i pedagog, pracownik Zakładu Psychologii Klinicznej UM w Poznaniu mówiła o „Funkcjonowaniu dzieci prześladowanych: doświadczających przemocy emocjonalnej, fizycznej i seksualnej – bezpośrednich i odległych skutkach traumy”. W tej prezentacji poruszono problemy związane z typowymi dla dzieci poszkodowanych w wyniku przemocy domowej objawami występującymi bezpośrednio po aktach krzywdzenia. Prelegentka wskazywała, po jakich cechach dziecka – ofiary przemocy: poznawczych, emocjonalnych i po jakich zachowaniach można rozpoznać, że jest intensywnie i długotrwanie krzywdzone. Zwróciła jednocześnie uwagę na odległe następstwa traumy przemocy domowej w postaci zaburzeń po stresie traumatycznym, a także złożonych objawów stresu pourazowego. Zachęcała zgromadzonych pedagogów i psychologów do sięgania po nowe możliwości stawiania po stronie dziecka krzywdzonego – do częstego oraz stanowczego korzystania z procedury „Niebieskiej Karty” dla nauczycieli.

Wśród zaproszonych prelegentów była również pani Ewa Schneider, starszy kurator sądowy ds. rodzinnych i nieletnich Sądu Rejonowego Poznań Stare Miasto, która przypomniała o zadaniach kuratora sądowego wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Najbardziej znaną metodą pracy kuratorów sądowych z nieletnimi jest metoda indywidualnych przypadków, zwaną również case-work. Metoda ta ma na celu udzielanie pomocy nie tylko nieletnim zagrożonym doświadczaniem przemocy, ale i ich rodzinom. Pomoc taka, polega zarówno na udzielaniu wsparcia nieletniemu w zaspokajaniu jego potrzeb i współdziałanie kuratora w rozwiązywaniu różnych problemów życiowych nieletniego, jak i na kształtowaniu właściwego dla jego rozwoju środowiska kulturowego. Podkreślić należy, że właśnie ta wersja metody indywidualnych przypadków znalazła zastosowanie w typie kurateli dla nieletnich, uwzględniającej zarówno procedurę social-work, jak i case-work eksponując jego funkcje psychoterapeutyczne. Jest to więc psychoterapeutyczny model kurateli dla nieletnich, najchętniej stosowany w przypadku przemocy domowej, której doznaje dziecko.

Konferencję zakończył wykład Wojewódzkiego Koordynatora ds. Realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, pani Agnieszki Potyki, dotyczący sposobów postępowania w świetle nowego rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury "Niebieskie Karty" oraz wzorów

formularzy "Niebieska Karta". Nauczyciele mają przekazywać wiedzę, lecz także wychowywać. Teraz doszło im jeszcze jedno nowe uprawnienie – mogą zakładać dzieciom tzw. "Niebieską Kartę".

"Niebieska Karta" to dokument, który wskazuje i opisuje przemoc w rodzinie. Pozwala też na interwencję w zagrożonym przemocą środowisku domowym. Do tej pory robili to pracownicy socjalni i policjanci. Służby te są wyposażone w odpowiednie instrumenty prawne oraz posiadają wiedzę i doświadczenie, by zweryfikować doniesienia o zgłaszanej przemocy domowej.

Teraz mogą i jak najczęściej winni to robić pedagodzy. Nowe uprawnienia nauczycieli wzbudzają wiele kontrowersji. Wymagają od pedagogów dużej czujności i roztropności przy rozstrzyganiu poszczególnych przypadków. Jedną pochopną decyzją można skrzywdzić niewinne dziecko i jego opiekunów. Jednocześnie nie do przecenienia jest fakt, iż w przypadku adekwatnego do zagrożenia działania mogą zapobiec niejednokrotnie prawdziwym dramatom.

Konferencja zakończyła się podsumowaniem poruszanych wcześniej zagadnień i, z uwagi na duże zainteresowanie omawianą problematyką, zapowiedziano jej dodatkową edycję, która odbyła się w dniu 9.02.2012 roku.



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

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

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

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

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

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



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

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

Data

Podpis

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

Informacja o nowym dziale „Prawo w Pielęgniarstwie”

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



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

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

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

Wszelkie pytania i sugestie prosimy kierować na adres Redakcji Pielęgniarstwa Polskiego lub jzdano@ump.edu.pl. Odpowiedzi na Państwa pytania udzielać będzie prawnik – Joanna Zdanowska (pracownik naukowy Zakładu organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu).

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

**PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA
W OPIECE ZDROWOTNEJ**

– jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia.

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

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

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

Zajęcia prowadzone są w trybie zaocznym,
trwają od kwietnia 2012 do kwietnia 2013.
Nabór już trwa, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem

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

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

Pielęgniarstwo Polskie
Redaktor Naczelny/
Editor-in-Chief
dr hab. Maria Danuta Głowacka

Sekretarz Naukowy
Redakcji/
Secretary
dr hab. Ewa Mojs

Komitet Naukowy

Adres redakcji/
Address of the Editorial Office
Zakład Organizacji Zarządzania
ul. Smoluchowskiego 11
60-171 Poznań
Poland
tel. (-48 76) 6559250

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

FORMULARZ RECENZENTA OCENA PRACY PT.:

.....
.....
.....
.....
.....

Prosimy o zakreślenie po jednej ocenie dla Każdego pytania oraz krótkie uzasadnienie na dole strony

Ocena		negatywna		średnia		pozytywna	
1.	Czy problem jest istotny i aktualny dla pielęgniarstwa?	0	1	2	3	4	5
2.	Czy uzasadnienie podjęcia tematu jest wystarczające?	0	1	2	3	4	5
3.	Czy cel pracy jest jasno sformułowany?	0	1	2	3	4	5
4.	Czy metody badań są prawidłowe?	0	1	2	3	4	5
5.	Czy analiza statystyczna jest poprawna?	0	1	2	3	4	5
6.	Czy wyniki są dobrze udokumentowane?	0	1	2	3	4	5
7.	Czy wnioski są zasadne i prawidłowo sformułowane?	0	1	2	3	4	5
8.	Czy dyskusja jest wyczerpująca?	0	1	2	3	4	5

Podsumowanie

A.	proponuję zaakceptować do druku bez zmian
B.	proponuje zaakceptować po niewielkich poprawkach
C.	konieczna ponowna ocena po wprowadzeniu istotnych zmian
D.	praca nie kwalifikuje się do druku
E.	praca niezgodna z profilem czasopisma

Prosimy o wstawienie jednego znaku **X**
oraz krótkie uzasadnienie

Uwagi
Recenzenta:

.....
.....
.....
.....

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 praw autorskich.
4. Recenzenci opiniują pracę uwzględniając jej wartość merytoryczną, wnioski statystyczne, poprawność językową.
5. Redakcja zastrzega sobie prawo do korekty pracy z uwzględnieniem uwag recenzenta dotyczących tabel, rycin, stylu pracy i błędów edytorskich. W niektórych wypadkach, kiedy prace wymagają znaczących poprawek odsyłane są do Autorów z prośbą o ich modyfikację.
6. 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.