

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

Polish Nursing



praktyka kliniczna



badania naukowe



*promocja zdrowia
w pielęgniarstwie*



zarządzanie w pielęgniarstwie



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE
POLISH NURSING

KOLEGIUM REDAKCYJNE
EDITORIAL COMMITTEE

Redaktor Naczelny

Editor-in-Chief

dr hab. Maria Danuta Głowacka

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Vice Editor-in-Chief

dr hab. Krystyna Jaracz

prof. dr hab. Tomasz Opala

prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

prof. dr hab. Jacek Wysocki

Sekretarz Naukowy

Scientific Secretary

dr Ewa Mojs

Sekretarz Redakcji

Scientific Secretary

dr Ewa Mojs

LISTA RECENZENTÓW „PIEŁĘGNIARSTWA POLSKIEGO” W 2012 ROKU

(THE LIST OF THE REVIEWERS OF POLISH NURSING IN 2012)

Prof. Ryszard Barczyk

Dr Grażyna Bączyk

Dr Grażyna Czerwiak

Prof. Kazimierz Dobrzański

Prof. Henryk Mruk

Dr Grażyna Nowak-Starz

Dr Jan Nowomiejski

Dr Piotr Pagórski

Prof. Mariola Pawlaczyk

Dr Elżbieta Prussak

Prof. Piotr Stepniak

Dr Dorota Talarska

Dr Aleksandra Zielińska

RADA NAUKOWA

EDITORIAL ADVISORY BOARD

dr hab. Antoni Czupryna

dr hab. Danuta Dyk

dr hab. Jolanta Jaworek

prof. Lotte Kaba-Schönstein

mgr Irmeli Katainen

prof. Christina Koehlen

prof. dr hab. Jerzy Konieczny

dr Maria Kózka

prof. UM dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Piotr Małkowski

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Jerzy Stańczyk

dr Frans Vergeer

prof. dr hab. Jerzy Warchoń

prof. UM dr hab. Maciej Wileczak

prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz

prof. dr hab. Jan Wilczyński

ADRES REDAKCJI:

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, Poznań

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

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

EDITOR'S ADDRESS:

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., Poznań, Poland

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

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

KOLPORTAŻ

Prowadzi Dział Promocji Wydawnictw Uczelnianych i Redakcja

DISTRIBUTION

By the Publishing House and Editor

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 1(43)

Poznań 2012

© 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

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

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

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

Ark. wyd. 5,5. Ark. druk. 7,0. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 39/2013.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	5	<i>Karolina Olek-Hrab: Zastosowanie krioterapii w dermatologii</i>	39
PRACE ORYGINALNE		PRACE STUDENCKIE	
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska, Jan Nowomiejski: Zjawisko mobbingu w opiniach przyszłych położnych</i>	7	<i>Tomasz Jarosław Niewiadomski, Justyna Reglińska, Maria Biskupska: Ocena zadowolenia z pracy fizjoterapeutów – badania wstępne</i>	44
<i>Iwona Nowakowska, Renata Rasińska: Konflikty organizacyjne oraz ich przyczyny w podmiotach leczniczych</i>	12	VARIA	
<i>Luiza Mandyka, Beata Bajurna, Joanna Zdanowska: Mentoring – nowe spojrzenie na zarządzanie w pielęgniarstwie</i>	15	<i>Krzysztof Owczarek, Bogusław Stelcer, Ewa Mojs: Drugie spotkanie kierowników katedr i zakładów psychologii uczelni medycznych</i>	49
<i>Beata Bajurna, Joanna Zdanowska, Luiza Mandyka: Źródła wiedzy pielęgniarek na temat mobbingu</i>	20	INFORMACJE	
PRACE POGLĄDOWE		<i>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska</i>	52
<i>Eliza Dąbrowska, Ewa Jakubek, Piotr Stawny, Jolanta Sielska: Pracownik versus system, czyli jak nie blokować kreatywności pracownika</i>	25	<i>Informacje o nowym dziale prawnym „Prawo w pielęgniarstwie”</i>	54
<i>Monika Urbaniak: Mobbing – wybrane aspekty prawne</i>	29	<i>Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej</i>	55
<i>Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Ewa Wieja: Działania podejmowane w celu zapobiegania zjawisku mobbingu w wybranych podmiotach leczniczych</i>	34		

CONTENTS

<i>Editor's note</i>	6	<i>Karolina Olek-Hrab: Cryotherapy in dermatology</i> ...	39
ORIGINAL PAPERS		STUDENT'S PAPERS	
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska, Jan Nowomiejski: The phenomenon of mobbing in future midwives' opinions</i>	7	<i>Tomasz Jarosław Niewiadomski, Justyna Reglińska, Maria Biskupska: The level of job satisfaction among physiotherapists – preliminary study</i>	45
<i>Iwona Nowakowska, Renata Rasińska: Organisational conflicts and their causes in healthcare entities</i>	12	VARIA	
<i>Luiza Mendyka, Beata Bajurna, Joanna Zdanowska: Mentoring – a new look at management in nursing</i> ...	15	<i>Krzysztof Owczarek, Bogusław Stelcer, Ewa Mojs: A report from the 2nd meeting of heads of Medical Psychology Departments of Medical Universities in Poland</i>	49
<i>Beata Bajurna, Joanna Zdanowska, Luiza Mendyka: Sources of nurses' knowledge about mobbing</i>	20	INFORMATION	
REVIEW PAPERS		<i>Polish Society of Health Sciences. Member's declaration</i>	52
<i>Eliza Dąbrowska, Ewa Jakubek, Piotr Stawny, Jolanta Sielska: Employee versus system, how not block employee creativity in the machine system</i>	25	<i>The information about the new chapter "The law in nursing"</i>	54
<i>Monika Urbaniak: Mobbing – selected legal issues</i>	29	<i>Postgraduate Course "The management in Health Care" – information</i>	55
<i>Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Ewa Wieja: Actions undertaken to prevent the phenomenon of mobbing in selected healthcare entities</i>	34		

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

Przedstawiamy Państwu niezwykle ważny, ze względu na poruszane treści, numer naszego pisma. Z licznych rozmów z Czytelnikami wiemy, iż temat mobbingu stanowi temat rozmów zarówno prywatnych, jak i służbowych. W związku z tym chcielibyśmy przybliżyć ten temat od strony prawnej, możliwości przeciwdziałania temu zjawisku, jak i poglądów pracowników ochrony zdrowia.

Zatem polecamy artykuły: „Działania podejmowane w celu zapobiegania zjawisku mobbingu w wybranych podmiotach leczniczych” oraz „Zjawisko mobbingu w opiniach przyszłych położnych”. Polecamy także artykuł „Konflikty organizacyjne oraz ich przyczyny w podmiotach leczniczych”. Zapewne jego lektura wzbudzi szereg przemyśleń w odniesieniu do własnej pracy i kultury organizacyjnej jednostki w której Państwo pracują.

Nasi Czytelnicy aktywnie uczestniczą w kursach specjalizacyjnych, szkoleniach podyplomowych, warsztatach i konferencjach. Prosimy o relacje z tych zdarzeń. Będziemy je prezentować na łamach pisma.

My ze swojej strony także czynimy starania, aby informować Państwa o ofercie edukacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu dla pielęgniarek i położnych, na przykład o podyplomowych studiach z zarządzania w ochronie zdrowia.

Tradycją naszego czasopisma jest także przedstawianie sprawozdań, tym razem ze spotkania kierowników katedr i zakładów psychologii uczelni medycznych w Polsce. W załączniku informacje o Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu i jego aktywności konferencyjno-szkoleniowej.

Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją.

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

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Dr hab. Ewa Mojs
Redaktor Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

We are pleased to present you with the new issue of our journal, which is of special importance because of its contents. We learned from our readers that the phenomenon of workplace mobbing has become a frequent topic of both private and official conversations. Consequently, we would like to provide you with legal aspects of the problem, methods of prevention and opinions of health care professionals about mobbing. We would like to recommend three articles. The first paper by Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska and Ewa Wieja is devoted to measures taken to prevent mobbing at selected health care entities while the second paper by Renata Rasińska, Iwona Nowakowska and Jan Nowomiejski examines the opinions of future midwives about the problem. The third article by Iwona Nowakowska and Renata Rasińska addresses the problem of organizational conflicts in health care entities and their causes. We are positive that these articles will create an opportunity for reflection about your job and organizational culture of the institution you work with.

Our readers remain active participants of specialist courses, postgraduate trainings, workshops and conferences. We would like to ask you to send us reports from these events so that we can publish them in our journal. We, in turn, wish to inform you about PUMS's educational offerings for nurses and midwives such as Postgraduate School of Healthcare Management. We traditionally publish reports. This time we present you with a report from the meeting of heads of clinical psychology departments of medical universities in Poland. In the attachment please find information about Polish Society of Health Sciences, its conferences and trainings. We encourage our readers to send us papers and stay in touch with the Editorial Committee. We wish you happy reading and send you an invitation to participate in conferences organized by Poznan University of Medical Sciences.

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

ZJAWISKO MOBBINGU W OPINIACH PRZYSZŁYCH POŁOŻNYCH

THE PHENOMENON OF MOBBING IN FUTURE MIDWIVES' OPINIONS

RENATA RASIŃSKA, IWONA NOWAKOWSKA, JAN NOWOMIEJSKI

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

Streszczenie

Problem mobbingu staje się w ostatnich latach przedmiotem większej troski ze strony społeczeństwa m.in. ze względu na charakter jego patologii. Dotyka on coraz więcej osób a skutki stają się bardziej poważne, zarówno dla pracowników oraz firm.

Celem badań było poznanie poglądów i opinii studentek położnictwa na temat mobbingu w miejscu pracy. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy pomocy anonimowej ankiety, a pytania odnosiły się do ogólnej wiedzy o mobbingu oraz możliwościach jego występowania w podmiotach świadczących usługi lecznicze.

Wyniki wykazały, iż studentki słyszały lub były świadkami mobbingu w miejscach ich przyszłej pracy. Do najczęściej wymienianych przypadków mobbingu wśród działań utrudniających komunikowanie się było ciągle krytykowanie wykonywanej pracy. Działania wpływające negatywnie na relacje społeczne są częstymi rodzajami mobbingu w miejscu pracy przyszłych położnych. Najczęściej jednak wymieniane były działania naruszających wizerunek ofiary oraz uderzające w jej pozycję zawodową.

Zagrożenie związane ze zjawiskiem mobbingu może dezorganizować pracę człowieka, dlatego istnieje potrzeba ciągłych badań różnych środowisk, w tym również i medycznego, w celu pomiaru zjawiska mobbingu, jak również opracowywanie działań prewencyjnych mających zapobiegać przejawom przemocy w miejscach pracy.

Słowa kluczowe: działania mobbingowe, służba zdrowia, położnictwo.

Summary

Recently the problem of mobbing has become the subject of ever greater care of the society due to the nature of its pathology, among others. It concerns more and more people and the effects become more and more serious for both employees and companies.

The aim of the study was to get acquainted with views and opinions of Midwifery students on mobbing in the workplace. The research was carried out by means of the diagnostics survey with the use of the anonymous questionnaire, and questions related to general knowledge and possibilities of its prevalence in health care institutions.

Results show that students heard about or witnessed mobbing in the future workplaces. Among activities hindering the process of communication the most frequently mentioned cases of mobbing involved the constant criticism of the work done. Actions influencing social relations negatively are frequent possible types of mobbing in the workplace of the future midwives. Most often mentioned, however, were activities affecting the image of the victim and striking their professional position.

Since the threat associated with mobbing can disorganize work, there is a constant need to research medical circles in order to measure mobbing as well as developing actions to prevent manifestations of violence in the workplace.

Key words: activities of mobbing, health care institutions, Midwifery.

Wstęp

Problem mobbingu staje się w ostatnich latach przedmiotem większej troski ze strony społeczeństwa m.in. ze względu na charakter jego patologii. Dotyka on coraz więcej osób a skutki stają się coraz bardziej poważne zarówno dla pracowników, jak i firm.

Do najważniejszych skutków mobbingu dla ofiary można zaliczyć: kłopoty ze zdrowiem, pogorszenie się sytuacji socjoekonomicznej, problemy rodzinne czy zniszczona kariera zawodowa [1]. Zespół stresu pourazowego, zespół depresyjny czy stany lękowe to najbardziej typowe zaburzenia występujące w przypadku osób narażonych na długotrwały mobbing.

Nazwa mobbing pochodzi od angielskiego słowa mob, co oznacza motłoch, tłum czy rzucanie się na kogoś [2]. Pojęcie mobbingu zostało po raz pierwszy użyte przez etnologa K. Lorenza w połowie XX w. i dotyczyło specyficznego zachowania zwierząt [3]. Naukowiec zaobserwował, że grupa małych i słabych zwierząt atakuje inne, pojedyncze duże zwierzę, aby je odstraszyć. Badania, które odnosiły się do miejsca pracy jako pierwszy przeprowadził H. Leymann w Szwecji w 1982 r. Termin „mobbing” został wtedy użyty na określenie psychospołecznych relacji zachodzących w miejscu pracy, które polegały na nękanii, poniżaniu i ośmieszaniu pracownika przez innych pracowników lub przełożonego. Angażuje wrogie nastawienie i nieetyczne komunikowanie się, syste-

matycznie podtrzymywane przez jedną, bądź kilka osób w stosunku do innej, co w konsekwencji spycha ofiarę do pozycji uniemożliwiającej jej obronę [4]. Działania te zdarzają się często (co najmniej raz w tygodniu) i trwają przez dłuższy okres czasu (co najmniej pół roku). Według Nęckiego [5] mobbing to zaplanowany terror, planowanie z nagonką, które przeważnie odbywa się wedle scenariusza, tak aby jednostkę odseparować od zespołu, osaczyć i stosując mniej lub bardziej wyrafinowane narzędzia terroru, poniżyć, ośmieszyć, zmusić do odejścia z pracy.

W Konstytucji RP [6] przeczytać można, że przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela (art. 30). Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Każdy obywatel jest również obowiązany szanować wolność i prawa innych (art. 31). Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje. Takie podejście do łamania godności człowieka skutkuje następującymi przepisami prawnymi.

W znowelizowanym Kodeksie Pracy w art. 94.³ § 2 [7] czytamy, że mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika, lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie, lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Jednocześnie pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia, może dochodzić od pracodawcy odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 94.³ § 3). Również pracownik, który wskutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę, ma prawo dochodzić od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalone na podstawie odrębnych przepisów.

Istnieje wiele czynników organizacyjnych, które mogą sprzyjać wystąpieniu przemocy psychicznej w miejscu pracy [8]. Należą do nich m.in.: konflikt roli (pracownik musi równocześnie sprostać sprzecznym i niemożliwym do pogodzenia wymaganiom), niejasność roli (pracownik nie do końca rozumie cele wykonywanej przez siebie pracy, nie ma jasności co do zakresu swojej odpowiedzialności, a także/lub co do wyników pracy, jakie należy osiągnąć), brak kontroli (pracownik nie ma możliwości sprawowania kontroli nad własną pracą przy równoczesnej konieczności sprostania wysokim wymaganiom) oraz monotonia pracy (pracownik nie otrzymuje zadań, które byłyby stymulujące i stanowiły wyzwanie).

Według Einarsena [9] u podłoża mobbingu leżą przytłaczające i upokarzające praktyki oraz procedury organizacyjne stale stosowane wobec części pracowników. Podobne spostrzeżenia ma Leymann [10], który wśród

czynników odpowiedzialnych za mobbing wymienia kulturę organizacyjną przyzwalającą, a niekiedy wręcz zachęcającą do zachowań opartych na stałym szykanowaniu i wyśmiewaniu wybranych grup pracowników, a także „wrogi” klimat społeczny oparty raczej na rywalizacji, niż współpracy w grupie. Leymann wyróżnił pięć kategorii, które odnoszą się do funkcjonowania osobistego i zawodowego ofiary oraz mogą być prezentowane zarówno przez jedną osobę, jak i większą grupę: działania utrudniające proces komunikowania się, działania wpływające negatywnie na relacje społeczne, działania naruszające wizerunek ofiary, działania uderzające w pozycję zawodową ofiary oraz działania uderzające w zdrowie ofiary [11].

Cel

Celem badań było poznanie poglądów i opinii studentek położnictwa na temat mobbingu w miejscu pracy.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy pomocy anonimowej ankiety wśród 85 studentek położnictwa Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Pytania odnosiły się do ogólnej wiedzy o mobbingu oraz możliwościach jego występowania w podmiotach świadczących usługi lecznicze.

Wyniki

Badania studentek położnictwa wykazały, że słyszały one o przypadkach mobbingu w jednostkach świadczących usługi zdrowotne (aż 78%). Według nich nie jest to zjawisko masowe, ale w związku z coraz częstszym nagłaśnianiem tego zjawiska w mediach są one uwrażliwione na takie postępowanie. Same przyznają, że nie były to ewidentne przypadki, jednak zauważalne zachowania, odbiegające od norm i etyki. Podawały również prawidłowe definicje mobbingu oraz jego skutki.

Jako osobę, która w opiniach badanych studentek była lub może być mobberem najczęściej wymieniano przełożonego (aż 82%), współpracowników (48%) oraz lekarzy (46%). Najmniej osób wskazywało na pacjenta jako mobbera (tylko 32%).

Studentki miały za zadanie określenie, z jakimi przypadkami mobbingu można spotkać się w podmiotach świadczących usługi lecznicze. Dotyczy to zarówno przypadków znanych przez badanych, jak i możliwych do zaistnienia. W badaniu zastosowano podział stosowanych przez sprawców działań, który zaproponował Leymann [11].

Tabela 1. Działania utrudniające proces komunikowania się
Table 1. Activities hindering the process of communicating

Działania utrudniające proces komunikowania się	n	%
ograniczanie lub utrudnianie ofierze możliwości wypowiedzania się	21	24,7
ciągłe przerywanie wypowiedzi	28	32,9
reagowanie na wypowiedzi ofiary krzykiem i wyzwiskami	10	11,8
ciągłe krytykowanie wykonywanej pracy	57	67,1
ciągłe krytykowanie życia osobistego	8	9,4
nękanie przez telefon	1	1,2
stosowanie gróźb ustnych i pisemnych	12	14,1
prezentowanie ofierze poniżających i obraźliwych gestów	1	1,2
stosowanie aluzji i zawołowanej krytyki, brak wypowiedzi wprost wobec ofiary	5	5,9

Źródło: opracowanie własne (Source: own's concept)

Pierwszy omawiany rodzaj działań, które stosują sprawcy przemocy to działania utrudniające proces komunikowania się (Tabela 1). Badana grupa potwierdza możliwość zaistnienia tego typu działań w jednostkach świadczących usługi zdrowotne. Najczęściej jest to ciągłe krytykowanie wykonywanej pracy (aż 67,1%). Kolejne to ciągłe przerywanie wypowiedzi oraz ograniczanie lub utrudnianie ofierze możliwości wypowiedzania się. Praktycznie, w wypowiedziach badanych, nie występuje prezentowanie ofierze poniżających i obraźliwych gestów oraz nękania przez telefon.

Tabela 2. Działania wpływające negatywnie na relacje społeczne
Table 2. Activities impacting negatively on social relationships

Działania wpływające negatywnie na relacje społeczne	n	%
unikanie przez przełożonego kontaktu z ofiarą, rozmów z nią	32	37,6
ograniczenie możliwości wypowiedzania się ofiary	21	24,7
fizyczne i społeczne izolowanie ofiary	12	14,1
ostentacyjne ignorowanie i lekceważenie	41	48,2

Źródło: opracowanie własne (Source: own's concept)

Wśród działań wpływających negatywnie na relacje społeczne (Tabela 2) najczęściej wymieniane było ostentacyjne ignorowanie i lekceważenie (aż 48,2%) oraz unikanie przez przełożonego kontaktu z ofiarą (37,6%). Badana grupa również słyszała o ograniczeniu możliwości wypowiedzania się ofiary (24,7%) oraz o fizycznym i społecznym izolowaniu ofiary (14,1%). Z powyższych od-

powiedzi wynika, że studentki słyszały lub spotkały się z takimi działaniami.

Działania, które stosują sprawcy przemocy naruszające wizerunek ofiary (Tabela 3), najczęściej zauważane przez badaną grupę studentek, to rozsiewanie plotek i obmawianie (87,1% i 80,0%). Ten rodzaj działań występuje szczególnie w środowisku, w którym pracują kobiety, m.in. w położnictwie. W mniejszym stopniu, choć nie są to znaczące ilości odpowiedzi, zauważane jest atakowanie poglądów politycznych lub przekonań religijnych, ośmieszanie czy insynuacje o charakterze seksualnym (ok. 28–30%).

Tabela 3. Działania naruszające wizerunek ofiary
Table 3. Activities affecting the image of the victim

Działania naruszające wizerunek ofiary	n	%
obmawianie	68	80,0
rozsiewanie plotek	74	87,1
ośmieszanie	24	28,2
sugerowanie zaburzeń psychicznych; kierowanie na badania psychiatryczne	1	1,2
żartowanie i prześmiewanie życia prywatnego	0	0,0
parodiowanie sposobu chodzenia, mówienia, gestów ofiary	3	3,5
atakowanie poglądów politycznych lub przekonań religijnych	25	29,4
wyśmiewanie i atakowanie ofiary z uwagi na jej narodowość	2	2,4
wyśmiewanie niepełnosprawności lub kalectwa	0	0,0
obrażanie słowne w postaci wulgarnych przezwisk lub innych upokarzających wyrażań	11	12,9
insynuacje o charakterze seksualnym, składanie propozycji seksualnych, zaloty	25	29,4

Źródło: opracowanie własne (Source: own's concept)

W przypadku działań uderzających w pozycję zawodową ofiary (Tabela 4), badane studentki wymieniały ciągłe przydzielanie nowych zadań (83,5%), przydzielanie zadań zbyt trudnych, przerastających kompetencje i możliwości ofiary oraz nie przydzielanie ofierze żadnych zadań do realizacji (po 80,0%). Wśród działań wymieniane również było przydzielanie zadań bezsensownych, kwestionowanie podejmowanych przez ofiarę decyzji czy przydzielanie zadań poniżej kwalifikacji i kompetencji (41,2%–52,9%). Niewiele studentek wybrało odpowiedź dotyczącą wymuszania wykonywania zadań naruszających godność osobistą.

Wśród działań uderzających w zdrowie ofiary najczęściej studentki zauważały przyczynianie się do powstawania strat materialnych powodowanych przez ofiarę (28,2%) oraz działania o podłożu seksualnym (14,1%) (Tabela 5). W przypadku tego typu działań nie zauważono, aby studentki słyszały lub były świadkami tego typu działań, co jest bardzo pozytywnym zjawiskiem.

Tabela 4. Działania uderzające w pozycję zawodową ofiary
Table 4. Activities striking in professional position of the victim

Działania uderzające w pozycję zawodową ofiary	n	%
wymuszanie wykonywania zadań naruszających godność osobistą	2	2,4
kwestionowanie podejmowanych przez ofiarę decyzji	35	41,2
nie przydzielanie ofierze żadnych zadań do realizacji	68	80,0
przydzielanie zadań bezsensownych, zbędnych	45	52,9
przydzielanie zadań poniżej kwalifikacji i kompetencji	35	41,2
przydzielanie zadań zbyt trudnych, przerastających kompetencje i możliwości ofiary	68	80,0
ciągle przydzielanie nowych zadań do wykonania	71	83,5
ostentacyjne odbieranie zadań przekazanych do realizowania	25	29,4
wydawanie absurdalnych i sprzecznych poleceń	23	27,1

Źródło: opracowanie własne (Source: own's concept)

Tabela 5. Działania uderzające w zdrowie ofiary
Table 5. Activities striking in health of the victim

Działania uderzające w zdrowie ofiary	n	%
zlecenie prac szkodliwych dla zdrowia, niedostosowanych do możliwości ofiary i bez zapewnienia odpowiednich zabezpieczeń	1	1,2
groźby użycia siły fizycznej wobec ofiary	3	3,5
stosowanie przemocy fizycznej o nieznacznym nasileniu	0	0,0
znęcanie się fizyczne	0	0,0
działania o podłożu seksualnym, wykorzystywanie seksualne	12	14,1
przyczynianie się do powstawania strat materialnych powodowanych przez ofiarę	24	28,2
wyrządzanie szkód psychicznych w miejscu pracy lub miejscu zamieszkania ofiary	1	1,2

Źródło: opracowanie własne (Source: own's concept)

Dyskusja

Na podstawie badań European Working Conditions Surveys widać znaczący wzrost skali mobbingu w miejscu pracy. W 1996 r. przemocy doświadczyło 4% kobiet, a w roku 2000 odsetek ten wyniósł 7% (mężczyźni to

odpowiednio 4% i 5%) [12]. Zjawisko mobbingu występuje w Polsce na podobną skalę jak w innych krajach Unii Europejskiej i dotyka od 4% do 15% całej populacji pracowników [8]. W środowisku pracowników medycznych 5,6% pielęgniarek doświadczyło w ciągu ostatniego roku pracy dręczenia psychicznego ze strony osób, z którymi współpracuje [13]. Mobbing ze strony przełożonych dotknął 4,1% badanych, ze strony kolegów – 1,1%, ze strony podwładnych – 1,6% (procenty te nie sumują się w podany powyżej ogólny wynik, jako że ofiara mogła doświadczać mobbingu równocześnie ze strony szefów, kolegów i/lub podwładnych). Z badań Instytutu Medycyny wynika również, że procent osób, które doświadczyły przemocy ze strony osób z zewnątrz organizacji (klientów/pacjentów/petentów) w ciągu ostatniego roku pracy dla pielęgniarek wynosił w przypadku przemocy psychicznej (obrażanie słowne, pogrożki, szantaż) od 34% do 57% a dla przemocy fizycznej (atak z użyciem siły fizycznej) – 14% [14]. Prezentowane przez Instytut wyniki wskazują, że skala narażenia pracowników w Polsce na pojedyncze akty przemocy w miejscu pracy jest wysoka, a skala mobbingu pokazuje, że należy zwrócić na niego szczególną uwagę.

W badaniach przeprowadzonych przez CBOS w czerwcu 2002 r. [15] widać wyraźnie, że zdecydowana większość pracowników (łącznie 77%) czuje się dobrze w swoim miejscu pracy, jednak 17% twierdzi, że w ostatnich pięciu latach był szykanowany przez swego przełożonego. Najczęściej podawanymi przykładami szykanowania to niewłaściwa atmosfera w miejscu pracy (21%), niepieniężne kary, ograniczenia czy represje (20%), zastraszanie pracowników groźbą zwolnienia z pracy (19%), bezzasadne krytykowanie przez zwierzchników lub innych pracowników (17%) oraz złe traktowanie przez przełożonych (16%).

Pracownicy doświadczający mobbingu są przeważnie osobami niezdolnymi do podjęcia jakichkolwiek form obrony [16]. Mają poważne problemy z porozumiewaniem się oraz zaniżone poczucie własnej wartości i bezsilności, co przeszkadza w wykonywaniu podstawowych obowiązków. Z powyższych powodów bardzo ważne jest przede wszystkim zauważenie czy w środowisku pracy dochodzi do przejawów mobbingu, a następnie pomoc ofiarom. Nie tylko pojedyncze osoby ponoszą konsekwencje mobbingu. Według Einarsena [17] skutki przemocy przekładają się również na konsekwencje przenoszone przez przedsiębiorstwo, m.in. wzrost absencji chorobowej, fluktuacja kadr, obniżenie jakości wykonywanej pracy, utrata dobrego wizerunku firmy, a także poniesienie dużych strat finansowych wynikających z kosztów przeprowadzenia dochodzenia i wypłaty odszkodowania ofierze.

Nie tylko ofiary przemocy, ale i pozostali pracownicy powinni reagować jak tylko można najszybciej na wszelkie przejawy przemocy w miejscu pracy. Zapobieganie i eliminowanie wszelkich przejawów przemocy powinno należeć do obowiązków bezpośrednich przełożonych. Nie można bagatelizować, kiedy pracownik, koleżanka czy kolega wysłał sygnały o pomocy lub widzimy przejawy przemocy.

Za zjawisko mobbingu odpowiadają zarówno czynniki indywidualne (osobowość sprawcy i ofiary), jak też czynniki organizacyjne (organizacja pracy, kultura organizacyjna, styl zarządzania) [8]. Z tych powodów ważnym elementem przeciwdziałania zjawisku mobbingu w miejscach pracy jest potrzeba rozwijania metod badawczych dotyczących zjawiska mobbingu oraz opracowania sposobów przeciwdziałania i radzenia sobie z tym poważnym zagrożeniem. Istotne jest także budowanie dobrych relacji interpersonalnych pomiędzy pracodawcą a pracownikiem.

Wnioski

1. Mobbing w miejscu pracy pojawia się coraz częściej we wszystkich sektorach gospodarki, w tym również w służbie zdrowia.

2. Studentki zauważają występowanie działań, które stosują sprawcy przemocy.

3. Należy zwrócić szczególną uwagę na zjawisko mobbingu w miejscu pracy, ponieważ konsekwencje ponosi nie tylko ofiara a także przedsiębiorstwo.

4. Istnieje potrzeba ciągłej diagnozy zjawiska mobbingu oraz opracowywanie działań prewencyjnych mających zapobiegać przejawom przemocy w miejscach pracy.

PIŚMIENNICTWO

- Kulczycka A., Mobbing jako źródło dysfunkcji w funkcjonowaniu zawodowym, w: Dysfunkcje i patologie w sferze zarządzania zasobami ludzkimi, Janowska Z. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, 389-406.
- Kisielnicki J., Zarządzanie. Jak zarządzać i być zarządzanym, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2008, 33.
- Wojciechowska R., Mobbing jako blokada rozwoju organizacji. w: Zarządzanie rozwojem organizacji w społeczeństwie informacyjnym. Tom 2, Stabryła A. (red.), Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2008, 663-664.
- Leymann H., The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996, 5 (2), za: Merez D., Mościcka A., Drabek M., Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania, Łódź 2005, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Nęcki Z., Komunikacja i negocjacje a współdziałanie interpersonalne, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009, 85.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 1997. <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>, data dostępu 15.08.2012.
- Kodeks pracy, <http://www.pip.gov.pl/html/pl/html/k0000000.htm>, data dostępu 15.08.2012.
- Warszewska-Makuch M., Mobbing w pracy – przyczyny i konsekwencje, *Bezpieczeństwo Pracy*, 2005, 3, 5.
- Einarsen S., Bullying at work: the Norwegian lesson (11-27). w: *Bullying at work research update conference: Proceedings*. C. Rayner, M. Sheehan, M. Barker (red.), Staffordshire University, Stafford, 1998 za: Warszewska-Makuch M., Mobbing w pracy – przyczyny i konsekwencje, *Bezpieczeństwo Pracy*, 2005, 3, 5.
- Leymann H., The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996, 5, 165-184 za: Warszewska-Makuch M.: Mobbing w pracy – przyczyny i konsekwencje. *Bezpieczeństwo Pracy*, 2005, 3, 5.
- Leyman H., The mobbing encyclopaedia. [/www.leyman.se/](http://www.leyman.se/), 2001 za: Merez D., Mościcka A., Drabek M., Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania, Łódź 2005, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Lehto A.M., Parnanen A., Violence, Bullying and Harassment in the Workplace. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, 2004. za: Merez D., Mościcka A., Drabek M., Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania, Łódź 2005, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Merez D., Mościcka A., Drabek M., Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania, Łódź 2005, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Nowicka M., Kolasa W., W obliczu agresywnego petenta – konsekwencje psychologiczne dla pracowników. *Med. Pr.*, 1, 2001. za: Merez D., Mościcka A., Drabek M., Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania, Łódź 2005, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Derczyński W., Szykany w miejscu pracy – komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/K_107_02.PDF, data dostępu 15.08.2012.
- Ger E., Mobbing. Nowe pojęcie, czy nowe zjawisko? <http://www.lgrant.com/Mobbing-uwarunkowania-mobbingu>, data dostępu 15.08.2012.
- Einarsen S., Hoel H., Zapf D., Cooper C.L. The concept of bullying at work: the European tradition (3-30), in: *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace*. S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, C.L.Cooper (ed.), Taylor & Francis, London and New York, 2003 za: Warszewska-Makuch M., Mobbing w pracy – przyczyny i konsekwencje. *Bezpieczeństwo Pracy*, 2005, 3, 7.

Adres do korespondencji:

Renata Rasińska
 rasinska@ump.edu.pl
 ul. Smoluchowskiego 11
 60-179 Poznań

KONFLIKTY ORGANIZACYJNE ORAZ ICH PRZYCZYNY W PODMIOTACH LECZNICZYCH

ORGANISATIONAL CONFLICTS AND THEIR CAUSES IN HEALTHCARE ENTITIES

IWONA NOWAKOWSKA, RENATA RASIŃSKA

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

Streszczenie

Konfliktów organizacyjnych doświadczają wszystkie przedsiębiorstwa; nie omijają one również podmiotów działalności leczniczej. Mogą mieć różne źródła, inaczej eskalować, w różny sposób być rozwiązywane, przynosić inne skutki, ale istotne jest, by ich wynik w jak najmniejszym stopniu wpłynął destrukcyjnie na życie organizacyjne zakładu.

Celem badań była ocena i klasyfikacje konfliktów w zakładzie ochrony zdrowia. W badaniach uczestniczyło 250 pracowników ambulatoriów i szpitali, głównie pielęgniarek i położnych. Respondenci wypełniali autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki wskazują, iż źródła konfliktów są bardzo zróżnicowane. Wszystkie działania, jakie zostaną podjęte, powinny rozpocząć się od skrupulatnej analizy przyczyn pojawienia się sytuacji konfliktowej. To etap priorytetowy. W niniejszym artykule została podjęta próba przeanalizowania najczęściej występujących przyczyn, wywołujących sytuacje konfliktowe na szczeblu operacyjnym w podmiotach leczniczych.

Słowa kluczowe: organizacja, konflikt, podmiot leczniczy.

Summary

Organisational conflicts are experienced by all companies, and healthcare entities are no exception. Conflicts may have different sources, escalate in a different way, vary in terms of their solution, lead to different effects, but it is important to manage them so that they influence organisational life of the company in the least destructive way.

The aim of the study was the evaluation and classification of the sources of the conflicts in health care units. 250 persons – nurses and midwives participated in the study. The author's questionnaire used in the research.

The results showed many sources of the conflicts and all actions to be taken should begin with a thorough examination of the causes of a conflict situation. This is a priority stage. In this article an attempt was made to analyse the most common reasons that lead to conflict situations at the operational level in healthcare entities.

Key words: organisation, conflict, therapeutic institutions.

Wstęp

Sytuacje konfliktowe są nieodzownym elementem funkcjonowania każdej organizacji. Nie są one również czymś obcym w działalności podmiotów leczniczych. Różnice pomiędzy różnymi rodzajami konfliktów mogą być wynikiem różnorodności przyczyn ich powstawania i ich eskalacji, stron zaangażowanych w konflikt, sposobów ich rozstrzygnięcia czy łagodzenia oraz, a może przede wszystkim, mogą dotyczyć skutków (w znaczeniu organizacyjnym, grupowym i jednostkowym) jakie niosą za sobą sytuacje konfliktowe.

W literaturze przedmiotu wyodrębnione zostały dwa zasadnicze ujęcia w podejściu do konfliktu. Interpretacja konfliktu w ujęciu tradycyjnym zakłada destrukcyjność tego procesu. Zasadniczym celem staje się unikanie sytuacji konfliktowych, a jeśli już wystąpią, to podejmowanie szeregu działań, by jak najszybciej i najefektywniej je rozwiązać [1, 2]. Wśród negatywnych skutków wymieniane są często: obniżenie efektywności i jakości pracy, pogłębienie różnic pomiędzy jednostkami lub grupami, ich dezintegra-

cja i rozpad współpracy w zespołach zadaniowych, a także zbędna utrata energii, spadek morale pracowników, czy nieufność w kontaktach interpersonalnych [3]. Konflikty wywołują zwiększone obciążenie psychofizyczne pracownika, powstałe w wyniku czynników stresogennych towarzyszących sytuacji konfliktowej, a w konsekwencji izolowaniu się, obniżeniu efektywności i jakości pracy, zwiększonej zachorowalności i absencji [4]. Współcześnie panuje przekonanie o nieuchronności tego procesu w życiu organizacyjnym każdego przedsiębiorstwa. Zasadnym staje się więc akceptacja tego procesu i właściwe pokierowanie konfliktem, by poprzez jego rozwój osiągnąć wymierne efekty, zarówno w sferze interpersonalnej jak i na gruncie organizacyjnym [2, 4]. Pozytywna strona sytuacji konfliktowych definiuje co najmniej kilka reakcji. Podczas pojawienia się konfliktu strony mają możliwość poznania przeciwstawnych argumentów czy kwestii, które dotąd nie zostały ujawnione, co wymusza analizę dalszego postępowania. Mogą także powodować zintegrowanie grupy, celem wdrażania nowych, często innowacyjnych, kreatywnych rozwiązań [3].

W ujęciu definicyjnym konflikt oznacza „wszelkie przejawy zmagania czy walki między ludźmi, których celem jest nie tylko zdobycie (względnie utrzymanie), posiadanie środków produkcji, ale także pozyskanie, neutralizacja, a nawet eliminacja rzeczywistego lub domniemanego przeciwnika” [4]. Do sytuacji konfliktowej na gruncie organizacyjnym dochodzi wówczas, gdy ujawnia się „niezgoda pomiędzy osobami lub grupami”, a niektóre z przyczyn jego powstania „wynikają z projektu organizacji” [5]. Konflikt ma również miejsce wtedy, gdy „co najmniej dwie wzajemnie od siebie zależne strony spostrzegają, że ich wartości, cele, interesy, zadania, zachowania itd. są ze sobą sprzeczne; to sytuacja, w której do przekonań tych dostosowują swoje zachowania, odwzajemniając reakcje i wymieniając emocje, także w formie agresji” [6].

Wśród najczęściej występujących sytuacji konfliktowych wyróżnić należy konflikty wewnętrzne oraz w relacjach: jednostka-jednostka, jednostka-grupa, grupa-grupa, czy konflikty międzyorganizacyjne [4].

Celem podjętej analizy jest próba sklasyfikowania najczęstszych przyczyn sytuacji konfliktowych, zachodzących na szczeblu operacyjnym podmiotu leczniczego oraz wskazanie tych, które wymagają podjęcia natychmiastowych działań.

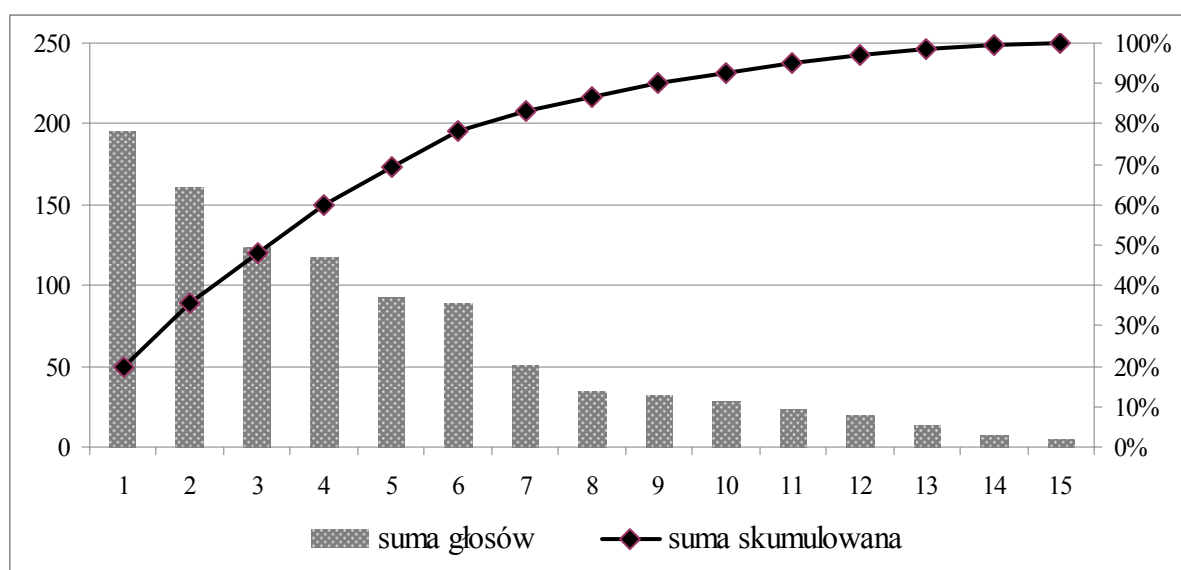
Material i metody

W dobrowolnym i anonimowym badaniu wzięło udział 250 pracowników (91% spośród ankietowanych stanowił personel pielęgniarstwa) szczebla operacyjnego, zatrudnionych w szpitalach. Analizie poddano czynniki

środowiska pracy, mogące stanowić źródło sytuacji konfliktowych w organizacji. Zadaniem każdego z uczestników badania było m.in. wskazanie czterech głównych (w odbiorze subiektywnym) przyczyn sytuacji konfliktowych pojawiających się w zakładzie (dwie osoby, spośród badanych, wskazały tylko trzy czynniki). W celu prezentacji zebranego materiału zastosowano analizę Pareto.

Wyniki

Podczas analizy materiału badawczego sklasyfikowano 15 przyczyn, wskazanych przez respondentów, wywołujących sytuacje konfliktowe w szpitalu. Otrzymane informacje opracowano wg procedury niezbędnej do przygotowania wykresu Pareto. Wyniki ilustruje rycina 1. Zidentyfikowane czynniki zostały przyporządkowane klasyfikacji od 1 do 15 w zależności od ilości wskazań zachowując tendencję malejącą. Prezentują się następująco: (1) złe relacje interpersonalne w zespole; (2) przeciążenie obowiązkami zawodowymi; (3) nieproporcjonalne wynagrodzenie w stosunku do zakresu obowiązków i wkładanego wysiłku; (4) lekceważący stosunek do obowiązków zawodowych niektórych pracowników; (5) złe relacje interpersonalne z pacjentami i ich rodzinami; (6) stres, napięcie emocjonalne; (7) brak tolerancji dla indywidualnych potrzeb/oczekiwań pracownika (np. harmonogram pracy); (8) brak obiektywizmu w ocenianiu pracowników; (9) błędna ocena sytuacji; (10) błędy podczas stosowania materialnych bodźców motywacyjnych; (11) brak możliwości awansowania; (12) zła organizacja pracy; (13) brak lub niewielki zakres autonomii w podejmowaniu decyzji; (14) bariery



Rycina 1. Przyczyny sytuacji konfliktowych w szpitalu – analiza Pareto
Figure 1. Causes of conflict situations in a hospital – Pareto analysis

Źródło: opracowanie własne (Source: own's concept)

komunikacyjne w kontaktach z bezpośrednim przełożonym; (15) brak dbałości o sprawny proces informacyjny w organizacji (niedoinformowanie pracowników lub dezinformacja).

Z powyższego rysunku wynika, iż za główne przyczyny pojawiających się sytuacji konfliktowych w szpitalu respondenci uznali: złe relacje interpersonalne panujące w zespole, nadmierne obciążenie obowiązkami zawodowymi, nieproporcjonalne wynagrodzenie w stosunku do zakresu obowiązków i wkładanego wysiłku, a także lekceważący stosunek do obowiązków zawodowych niektórych pracowników, złe relacje interpersonalne z pacjentami i ich rodzinami oraz stres i napięcie emocjonalne. Są to czynniki wymagające natychmiastowej reakcji, które muszą zostać podjęte celem ograniczenia lub wyeliminowania sytuacji konfliktowych w szpitalu. W myśl zasady 80/20, koncentracja działań na eliminacji tych właśnie przyczyn będzie stanowić podstawę do znaczącej poprawy sytuacji w analizowanym obszarze funkcjonowania organizacyjnego. Fakt ten potwierdzają otrzymane wartości odsetka skumulowanego.

Podsumowanie

Zdaniem J. Penca, wśród najczęstszych przyczyn sytuacji konfliktowych wymienić należy:

- różnice wynikające z hierarchii władzy organizacyjnej, różnice kompetencyjne na poszczególnych szczeblach zarządzania
- rozbieżności celów lub odmienna ich interpretacja w wyniku współpracy pomiędzy komórkami
- przeszkody w procesie komunikacji interpersonalnej i funkcjonujących kanałach informacyjnych
- stosowanie niewłaściwych procedur podczas awansowania pracowników oraz podczas stosowania materialnych bodźców motywacyjnych
- niewłaściwe procedury organizacji pracy
- oparte na niewłaściwych procedurach wprowadzanie zmian technologicznych, personalnych czy organizacyjnych
- indywidualne cechy pracownika, wynikające z jego osobowości, temperamentu, sposobu postrzegania celów, wyznaczanych wartości [4]
- zmianę treści pracy, zakresu obowiązków i zwiększenie odpowiedzialności oraz zmienność pełnionych ról zawodowych i brak jednoznaczności w określeniu kompetencji stanowiskowych
- wzrost wymagań, ryzyka lub tempa pracy

- zwiększenie obciążeń psychofizycznych
- destabilizację zawodową oraz poczucie niepewności
- utrzymywanie przestarzałych struktur organizacyjnych [4].

Zdecydowana większość przyczyn powyższej klasyfikacji znalazła odzwierciedlenie w przeprowadzonym badaniu, uzyskując wskazania respondentów w tym zakresie.

Sytuacje konfliktowe pojawiające się w organizacjach są zjawiskiem nieuniknionym i jednocześnie nie bez znaczenia jakości pracy. Niezwykle istotnym faktem dla trafnego działania jest właściwa ocena sytuacji, głównie przez pryzmat oceny źródeł konfliktu, by w dalszej kolejności podjąć działania mające na celu najbardziej efektywne (z punktu widzenia skutków organizacyjnych) pokierowanie konfliktem. Józef Penc podkreśla, iż trafne rozpoznanie przyczyn i rodzaju konfliktu jest podstawowym zadaniem menedżera. Diagnoza ta daje podstawę do wdrożenia odpowiedniej strategii radzenia sobie z sytuacją konfliktową [4].

Jak zauważa J. Porębska, skutki sytuacji konfliktowej nie są wynikiem samego konfliktu, lecz sposobu jego rozwiązywania [7], należy pamiętać, że pojawiająca się często różnica zdań obligatoryjnie nie oznacza konfliktu [4].

PIŚMIENNICTWO

1. Grześkiewicz W., Konflikt – destrukcja czy wzmocnienie organizacji? *Antidotum*, 2002, 17-25.
2. Kijowska V., Zarządzanie zasobami ludzkimi. [W:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania, Kautsch M. (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
3. Porębska J., Budowanie zgody. *Personel*, 2001, 21 (114), 36-39.
4. Penc J., Kreowanie zachowań w organizacji, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2001.
5. Griffin R.W., Podstawy zarządzania organizacjami, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
6. Koźmiński A.K., Piotrowski W., Zarządzanie. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 1995.
7. Porębska J., Kto wygrany, kto przegrany, *Personel*, 2001, 19 (112), 32-35.

Adres do korespondencji:

dr inż. Iwona Nowakowska
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
 ul. Smoluchowskiego 11
 61-179 Poznań

MENTORING – NOWE SPOJRZENIE NA ZARZĄDZANIE W PIELEŃNIARSTWIE

MENTORING – A NEW LOOK AT MANAGEMENT IN NURSING

LUIZA MENDYKA¹, BEATA BAJURNA², JOANNA ZDANOWSKA²

¹„ARNICA” Pielęgniarska Opieka Długoterminowa w Przybyszewie

²Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Podmioty szkolące pielęgniarki, jak i pracodawcy, stale starają się znaleźć nowe rozwiązania dotyczące organizacji pracy i rozwoju zawodowego.

Cel pracy. Ukazanie nowego spojrzenia na zarządzanie w pielęgniarstwie poprzez korzyści z zastosowania strategii mentoringu zarówno dla pracowników, zakładu pracy, jak i środowiska pracy pielęgniarek, a także wskazanie barier mogących towarzyszyć podczas jej wprowadzania i stosowania.

Materiał i metoda badań. W badaniu uczestniczyło 56 pielęgniarek. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety przygotowany na potrzeby niniejszej pracy.

Wyniki i wnioski. Posiadanie mentora w pracy pielęgniarek przynosi korzyści a wprowadzenie mentoringu wpływa pozytywnie na funkcjonowanie zakładu pracy jak i na środowisko pracy pielęgniarek. Podczas wprowadzania tej strategii można napotkać wiele barier.

Zarówno strategia mentoringu, jak i inne działania ukierunkowane na ten sam cel nie odniosą pozytywnego wyniku, jeśli pracodawca nie stworzy odpowiednich warunków do ich realizacji. Konieczne staje się więc podjęcie jednocześnie działań pozwalających eliminować zjawiska dające odwrotne rezultaty w zakładzie pracy, takie jak np. mobbing czy dyskryminacja pracowników.

Słowa kluczowe: mentoring, zarządzanie, pielęgniarstwo.

Summary

Entities nurse trainers and employers constantly trying to find new solutions for the organization of work and professional development.

Aim. To present a new approach to management in nursing by the benefits of the mentoring strategy for both employees and the workplace environment of nurses, as well as an indication of the barriers that may be accompanied during its implementation and enforcement.

Material and methods. The study involved 56 nurses. The research tool was a questionnaire developed for this study.

Results and conclusions. Having a mentor nurses benefits and the introduction of mentoring has a positive effect on the functioning of the workplace and the work environment of nurses. When entering this strategy may encounter many obstacles.

The strategy of mentoring and other activities aimed at the same goal not take a positive result if the employer does not create the right conditions for their implementation. So it becomes necessary to take action at the same time allowing to eliminate the phenomenon of giving opposite results in the workplace such as bullying or discrimination against workers.

Key words: mentoring, management, nursing.

Wprowadzenie

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega m.in. na rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz problemów pielęgnacyjnych [1]. Realizacja tych zadań wymaga silnej i zdeterminowanej postawy oraz dobrego przygotowania zawodowego. Dlatego zarówno podmioty szkolące pielęgniarki, jak i pracodawcy, stale starają się znaleźć nowe rozwiązania dotyczące organizacji pracy i rozwoju zawodowego. W osiągnięciu tego celu pomocne są dwie strategie: mentoring i coaching.

Są one samodzielnymi, ale jednocześnie powiązаныmi ze sobą strategiami komunikacyjnymi, których celem jest rozwój zawodowy i wzrost satysfakcji osiągniętej przez pracownika w krótkim czasie, mający wpływ na pozostawanie w zawodzie [2]. Przez niektórych autorów strategie te są opisywane razem, przez innych zaś

osobno, jako odmienne. Mentoring jest relacją trwającą w dłuższej perspektywie czasowej. Mądrzejsza i bardziej doświadczona osoba zachęca ucznia do indywidualnego rozwoju osobistego i zawodowego. Ważną cechą mentora jest jego dojrzałość oraz doświadczenie [3]. Mentoring polega na rozwijaniu potencjału ucznia, samoświadomości i satysfakcji. Zasadą mentoringu jest odpowiedzialność pracownika za własny rozwój i poszerzanie horyzontów, doradzanie oraz projektowanie sukcesów pracownika.

Korzyści z mentoringu dla danej organizacji polegają na przywiązaniu pracownika do miejsca pracy oraz satysfakcji z wykonywanej pracy. Wprowadzenie programów mentoringu w pielęgniarstwie, ma duże znaczenie dla samej placówki służby zdrowia, jak również pielęgniarek indywidualnie. Są one zadowolone z wykonywanej pracy, odczuwają mniejszy stres. Zwiększa się ich

wiara we własne możliwości, a zmniejsza wskaźnik odchodzenia z pracy (CNA, 2004). Ponadto mentoring pobudza kreatywność oraz przedsiębiorczość pracowników, zwiększa zaangażowanie w realizację projektów, nadaje znaczenie ustawicznemu kształceniu. Do innych korzyści mentoringu zalicza się rozwijanie potencjału, oraz kompetencji osobistych mentora i ucznia, nowatorskie rozwiązywanie problemów, rozwijanie samoświadomości oraz przywództwa [4].

Mentoring ma także wpływ na samego mentora. Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu – starsze pielęgniarki opiekujące się swoimi młodszymi koleżankami są mniej podatne na wypalenie zawodowe, a ich zaangażowanie w rolę jaką pełnią podnosi ich samoocenę [5].

Strategią często stosowaną obok mentoringu jest coaching. Określany jest on jako relacja pomiędzy trenerem a klientem ograniczona czasowo, której głównym narzędziem jest rozmowa ukierunkowana na realizację celu i znalezienie rozwiązania problemu. Jak zauważa Thorpe S. i Clifford J. [6] jest to wzmocnienie i udoskonalanie działania poprzez zastanowienie się nad tym jak wykorzystuje się umiejętności i posiadaną wiedzę. Wielu autorów zwraca uwagę na tworzenie programów coachingu również w pielęgniarstwie. Mają one między innymi ułatwić pracę nowym pracownikom, wpłynąć na relację pomiędzy pracownikami niższego szczebla a kadrą kierowniczą, poprawiać wyniki zespołów pracowniczych, rozwijać umiejętności zawodowe i inne [2].

Warto zauważyć, że zarówno mentoring, jak i coaching to strategie oparte na komunikacji. Mentoring – na relacjach i trwałym rozwoju podopiecznego, natomiast coaching – na działalności ukierunkowanej. Jednak obydwie wymagają doskonałych umiejętności komunikacyjnych i mogą być realizowane jednocześnie.

Zmiany zachodzące w życiu społeczno-gospodarczym, większa świadomość intelektualna społeczeństwa, powodują, że wysokie kwalifikacje pracowników gwarantują rozwój, a także istnienie organizacji. Prywatyzacja działalności medycznej oraz ekonomizacja służby zdrowia decydują o wzroście wymagań wobec pracowników. Doskonalenie zawodowe pracowników sprzyja ich rozwojowi, rozszerza ich kompetencje i umiejętności, zaspokaja potrzeby samorealizacji i zdecydowanie poprawia kontakty zarówno koleżeńskie, jak i z pacjentem i jego rodziną [6]. Dlatego też tak ważne jest szukanie i wprowadzanie nowych rozwiązań ułatwiających pracownikom realizację wskazanych wyżej celów, a niewątpliwie pomocnym jest stosowanie strategii mentoringu.

Warto podkreślić, że wskazana wyżej strategia mentoringu, jak i inne działania ukierunkowane na ten sam cel nie odniosą pozytywnego wyniku jeśli pracodawca nie stworzy odpowiednich warunków do ich realizacji. Konieczne jest więc podjęcie jednocześnie działań pozwalających eliminować zjawiska dające odwrotne rezultaty w zakładzie pracy, takie jak np. mobbing czy dyskryminacja pracowników.

Cel

Celem niniejszej pracy było ukazanie nowego spojrzenia na zarządzanie w pielęgniarstwie poprzez korzyści z zastosowania mentoringu zarówno dla pracowników, zakładu pracy, jak i środowiska pracy pielęgniarek, a także wskazanie barier mogących towarzyszyć podczas wprowadzania i stosowania tej strategii.

Material i metoda badawcza

W badaniu uczestniczyły pielęgniarki zatrudnione na podstawie umowy o pracę w podmiocie leczniczym funkcjonującym w województwie wielkopolskim. Próba badawcza składała się z 56 osób. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety przygotowany na potrzeby niniejszej pracy. Składał się on z czterech zagadnień dotyczących:

1. Korzyści dla pracownika mającego mentora.
2. Korzyści dla zakładu pracy z wprowadzenia mentoringu.
3. Korzyści z zastosowania mentoringu dla środowiska pracy pielęgniarki.
4. Bariery występujące podczas wprowadzania mentoringu.

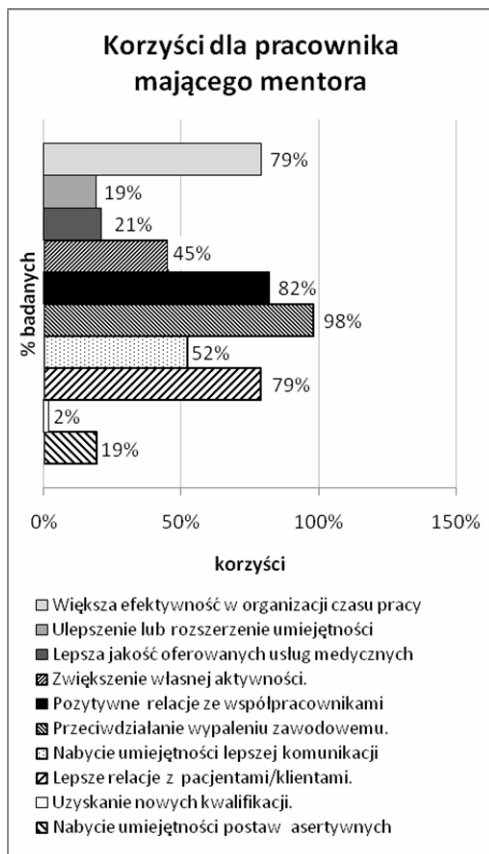
Respondentki mogły zaznaczyć minimalnie trzy i maksymalnie pięć odpowiedzi. Pielęgniarki uczestniczące w badaniu zostały zapewnione o anonimowości. Do analizy zebranego materiału posłużono się wskaźnikami odsetkowymi.

Wyniki badań i ich omówienie

Podczas analizy zebranego materiału starano się wskazać w pierwszej kolejności, jakie korzyści mogą być dla pracownika, który posiada/ł mentora. Uzyskane wyniki ukazano na wykresie 1.

Przeprowadzone badanie wskazuje, że prawie wszystkie pielęgniarki (98%) uznały, iż posiadanie mentora w miejscu pracy przeciwdziała wypaleniu zawodowemu. Wiedług badanych istotnym efektem wprowadzenia mentora jest pozytywna relacja ze współpracownikami – co zaznaczyło 82% osób. Wysoko oceniono też element dotyczący większej efektywności w odniesieniu do organizacji czasu pracy oraz lepszej relacji z pacjentami/klientami – po 79% badanych. Ankietowani uznali, że korzyść z posiadania mentora w mniejszym stopniu dotyczy uzyskania nowych kwalifikacji (2%) czy też rozszerzenia umiejętności, a także nabycia umiejętności postaw asertywnych – po 19% ankietowanych.

Kolejne zagadnienie dotyczyło korzyści dla zakładu pracy z wprowadzenia mentoringu. Na wykresie 2 przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi.



Wykres 1. Korzyści dla pracownika mającego mentora
Graph 1. Benefits for worker who has a mentor

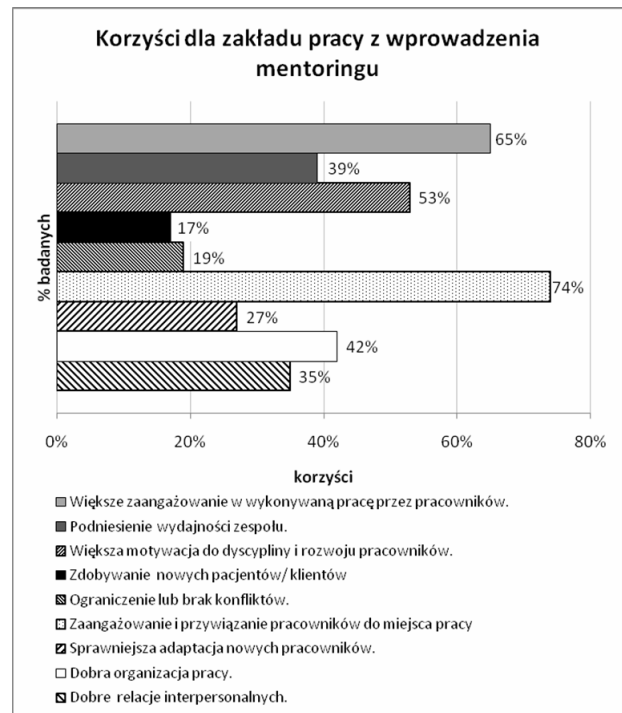
Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Z przedstawionych badań wynika, że aż 74% badanych poprzez wprowadzenie mentoringu jest bardziej przywiązana do miejsca pracy. Również wysoko został oceniony element większego zaangażowania w wykonywaną pracę przez pracowników – 65% badanych.

Natomiast mniejszą uwagę badani zwrócili na korzyści mogące płynąć ze zdobywania nowych klientów/pacjentów i ograniczania lub braku konfliktów – odpowiedzi takiej udzieliło odpowiednio 17% i 19% ankietowanych.

W odniesieniu do kolejnego zagadnienia ustalono, jaki procent osób uczestniczących w badaniu zauważa korzyści z zastosowania mentoringu w środowisku pracy pielęgniarki. Szczegółowy rezultat badań zaprezentowano na wykresie 3.

Większość badanych pielęgniarek uznała, że wprowadzenie mentoringu w środowisku pracy spowoduje lepszą integrację zawodową – 67% badanych, a także uzyskają większą satysfakcję zawodową oraz wzrosnie ich prestiż zawodowy – po 64% ankietowanych.



Wykres 2. Korzyści dla zakładu pracy z wprowadzenia mentoringu
Graph 2. Benefits for the employer to introduce mentoring

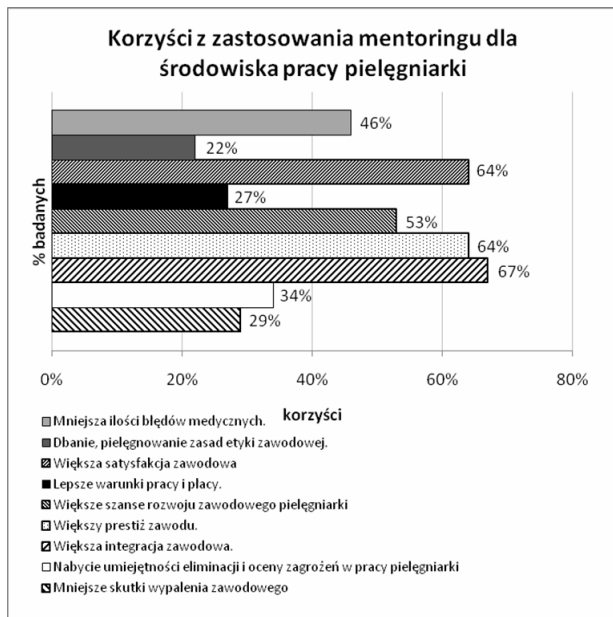
Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Zwrócono również uwagę na takie zagadnienia, jak większe szanse rozwoju zawodowego – 53% oraz na mniejszą ilość błędów medycznych – 46% osób. Mniej zauważalną korzyścią jest dbanie i pielęgnowanie zasad etyki zawodowej – 22% czy też lepsze warunki pracy i płacy – 27% ankietowanych pielęgniarek.

Ostatnie zagadnienie dotyczyło barier, jakie można napotkać wprowadzając strategię zarządzania opartą na mentoringu. Uzyskane wyniki prezentuje wykres 4.

62% badanych uznało, że największą barierą przy wprowadzaniu mentoringu jest brak docenienia roli mentora w miejscu pracy. Niewiele mniej, bo po 57% ankietowanych uznało, że istnieje obawa przed dzieleniem się swoją wiedzą (obawa przed utratą pracy, bariera pokoleniowa), a także brak świadomości jego wprowadzenia, np. jako możliwości doskonalenia.

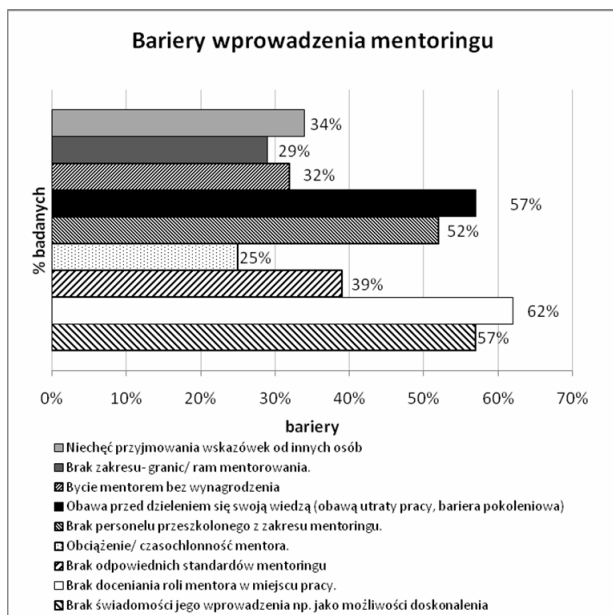
Zwrócono uwagę także na brak personelu przeszkolonego z zakresu mentoringu – 52% badanych pielęgniarek. Mniejszą wagę przywiązano do odpowiedzi związanych z obciążeniem/czasochłonnością mentora – 25% oraz brakiem zakresu – granic/ram działania mentora – 29% ankietowanych.



Wykres 3. Korzyści z zastosowania mentoringu dla środowiska pracy pielęgniarek

Graph 3. Benefits of mentoring for nurses working environment

Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)



Wykres 4. Bariery wprowadzenia mentoringu

Graph 4. Barriers to entry monitoring

Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Podsumowanie

W placówkach służby zdrowia, mentoring podobnie jak coaching, jest coraz powszechniej stosowaną strategią. Przeprowadzone badania obrazują jakie korzyści płyną

z programów mentoringowych. Ponieważ współczesne pielęgniarstwo opiera się na ciągłym podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, doksztalcaniu i rozwoju zarówno zawodowym, jak i osobistym, posiadanie mentora ma ogromne znaczenie dla szpitali, jak i pielęgniarek. Na pytanie jakie korzyści dla pracownika miało posiadanie mentora, aż 79% respondentów odpowiedziało, że uzyskało lepsze relacje z pacjentami oraz zwiększyło swoją efektywność czasu pracy. Z badań przeprowadzonych przez autorki wynika, iż u 98% badanych wprowadzenie mentoringu przeciwdziała wypaleniu zawodowemu, co jest bardzo istotnym elementem w pracy zawodowej pielęgniarek. Ponadto polepsza jakość wykonywanej pracy i zapobiega odchodzeniu z niej. Na ten element mentoringu uwagę zwrócili również inni autorzy, którzy uznali, że posiadanie w swojej pracy mentora przyczynia się do rozwoju zawodowego pracownika i powoduje, że pracownicy nie myślą o zmianie zawodu [2].

Z uzyskanych badań wynika, że pielęgniarki są bardziej zaangażowane i przywiązane do swojego miejsca pracy – aż 74% badanych. Wyniki te wskazują na to, iż wprowadzenie mentoringu zarówno dla personelu, jak i zakładu pracy przynosi korzyści. U 67% respondentów zwiększyła się integracja zawodowa, pielęgniarki stały się sobie bliższe, odczuwając tym samym większą satysfakcję zawodową – i to aż 64% pielęgniarek. Należy również zwrócić uwagę na fakt, że zdaniem 46% badanych zmniejszyła się ilość popełnianych przez nie błędów medycznych.

Równocześnie należy podkreślić, że 62% badanych nie docenia roli mentora w miejscu pracy, a 57% badanych obawia się dzielenia swoją wiedzą, by w ten sposób nie utracić pracy. Istotnym jest też zwrócenie uwagi na to, iż 34% badanych nie lubi przyjmować wskazówek od innych osób.

Ważnym jest też fakt, że niedostateczna wiedza na temat mentoringu jest barierą do jego wprowadzania. Jak zauważa J. Starr [8] zmiana stylu zarządzania wymaga stawienia czoła barierom i należałoby się do tego przygotować mentalnie. Zgrany, zadowolony i usatysfakcjonowany zespół jest siłą organizacji, dlatego wprowadzanie szkoleń mentoringowych może spowodować wzrost motywacji, zwiększyć poczucie własnej wartości. To nic innego jak rozwój kompetencji pracowników i poprawa wyników pracy.

Wnioski

1. Posiadanie mentora w pracy pielęgniarek przynosi korzyści.
2. Wprowadzenie mentoringu wpływa pozytywnie na funkcjonowanie zakładu pracy.
3. Zastosowanie mentoringu ma pozytywny wpływ na środowisko pracy pielęgniarek.
4. Podczas wprowadzania strategii mentoringowej napotka się wiele barier.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.; art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2.
2. Dinner Gail J., Wheeler Mary M., Choaching w pielęgniarstwie: wprowadzenie, Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, 2009, 10, 40.
3. Dinner Gail J., Wheller Mary M., Mentoring i coaching w pielęgniarstwie. Przewodnik. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, 6-7.
4. Karwala S., Mentoring – strategia rozwoju organizacji uczącej się. http://mentoring.com.pl/Mentoring_strategia_rozwoju.pdf. (dostęp dnia 18.09.2012).
5. McGregor R., A precepted experience for senior nursing students, Nurs. Educ., 1999, 24(3), 13-16.
6. Thorpe S., Clifford J., Podręcznik coachingu. Podręcznik szkolenia. Niezbędnik dla instruktorów i menedżerów, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2007.
7. Ksykiewicz-Dorota A., Zarządzanie w pielęgniarstwie, Czelej, Lublin 2005, 239-241.
8. Starr J., Coaching dla menedżerów. Słuchaj, motywuj i zwiększaj potencjał zespołu, Samo Sedno, Warszawa 2011, 184.

Adres do korespondencji:

Luiza Mendyka
„ARNICA” Pielęgniarska Opieka Długoterminowa w
Przybyszewie
e-mail: luizam76@wp.pl

ŹRÓDŁA WIEDZY PIELEŃNIAREK NA TEMAT MOBBINGU

SOURCES OF NURSES' KNOWLEDGE ABOUT MOBBING

BEATA BAJURNA¹, JOANNA ZDANOWSKA¹, LUIZA MENDYKA²

¹Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

²„ARNICA” Pielęgniarska Opieka Długoterminowa w Przybyszewie

Streszczenie

W Polsce grupą zawodową, w której poziom narażenia na mobbing należy do najwyższych, stanowią pracownicy ochrony zdrowia, a wśród nich głównie lekarze i pielęgniarki.

Cel pracy. Ustalenie poziomu wiedzy na temat mobbingu w grupie zawodowej pielęgniarek oraz wskazanie skąd tę wiedzę czerpią.

Material i metoda badań. Badanie przeprowadzono na grupie 56 pielęgniarek pracujących na terenie województwa wielkopolskiego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety przygotowany na potrzeby artykułu.

Wyniki i wnioski. W środowisku pielęgniarek mobbing jest zjawiskiem powszechnie zauważalnym. Pielęgniarki, we własnym odczuciu, mają niewystarczającą wiedzę na jego temat. Większość z nich dostrzega potrzebę poszerzenia swojego zasobu wiadomości i podejmuje w tym celu starania we własnym zakresie. Ponadto deklarują one chęć udziału w szkoleniach na temat mobbingu.

Słowa kluczowe: mobbing, pielęgniarki, źródła wiedzy, szkolenia.

Summary

Professional group in Poland, where the level of exposure to mobbing are among the highest health-care workers, including doctors and nurses mainly.

The aim of this study. Determine the knowledge of mobbing in a group of professional nurses and to determine how this knowledge to derive.

Material and methods. The study was conducted on a group of 56 nurses working in the province of Wielkopolska. The research tool was a questionnaire prepared for the article.

Results and conclusions. In the nurses mobbing is a phenomenon commonly noticeable. Nurses, in their own opinion, they have insufficient knowledge about it. Most of them recognizes the need to expand their resource knowledge and take this to the efforts of their own. In addition, they declare their willingness to participate in training on mobbing.

Key words: mobbing, nurses, sources of knowledge, training.

Wstęp

Zjawisko mobbingu jest zauważalne w Polsce od dość dawna, jednak termin ten został wprowadzony do polskiego prawa pracy dopiero w 2004 roku. Zgodnie z definicją zawartą w art. 94³ par. 2 Kodeksu pracy mobbing to działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Cechą charakterystyczną mobbingu jest występowanie dokuczliwego zachowania w dłuższym okresie czasu. Właśnie ten element powoduje, że ofiary nie potrafią lub nie mogą się bronić. Na skutek długotrwałego stresu zapadają na choroby psychosomatyczne i psychiczne [1]. Narażone są też na utratę pracy.

Polskie prawo zawiera regulacje mające na celu ochronę pracowników przed negatywnymi skutkami mobbingu. Osobą zobowiązaną do przeciwdziałania mobbin-

gowi jest pracodawca i niezależnie od tego, kto dopuszcza się działań zabronionych – ponosi on ich prawne konsekwencje. Pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia, może dochodzić odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Natomiast jeśli skutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę, ma prawo dochodzić odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalone na podstawie odrębnych przepisów [2]. Pracownik może również wystąpić z pozwem o naruszenie dóbr osobistych oraz złożyć zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa.

Z badań przeprowadzonych w krajach europejskich wynika, że średnio 9% pracowników doświadcza działań mobbingowych [3]. Grupę zawodową, w której poziom narażenia na mobbing należy do najwyższych stanowią pracownicy ochrony zdrowia [4]. Wynika to głównie ze specyfiki ich pracy. Pracownicy ci często spotykają się ze skrajnie różnymi postawami, poglądami i systemami wartości [5]. To z kolei prowadzi do nieporozumień, które przy złym systemie zarządzania mogą przeradzać się w usystematyzowaną formę przemocy psychicznej, skierowaną do konkretnej osoby przez przełożonego,

współpracownika lub podwładnego [6]. Z kolei wśród pracowników ochrony zdrowia grupy, w których najczęściej występuje zjawisko mobbingu stanowią lekarze i pielęgniarki. W praktyce w szpitalach głównie objawia się to poprzez poniżające traktowanie podwładnych przez przełożonych oraz uniemożliwianie drogi awansu zawodowego i utrudnianie kariery naukowej [7].

Cel

Celem przeprowadzonego badania było ustalenie poziomu wiedzy na temat mobbingu w grupie zawodowej pielęgniarek oraz wskazanie źródeł pochodzenia tej wiedzy.

Material i metoda badawcza

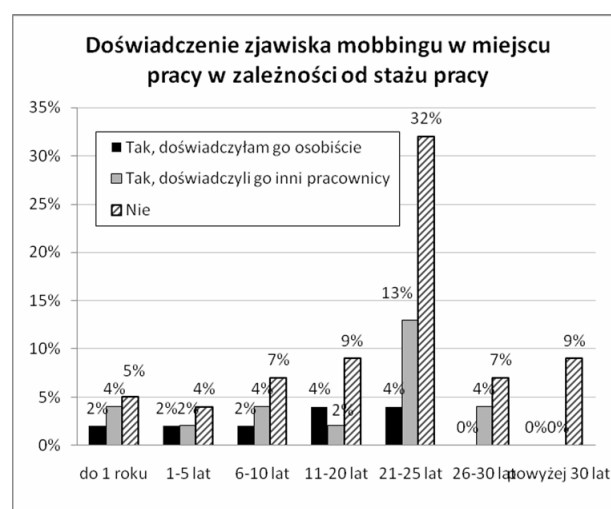
Badaniem zostały objęte pielęgniarki aktywne zawodowo, pracujące w różnych podmiotach leczniczych na terenie województwa wielkopolskiego. Ogółem przebadano 56 osób. W podmiocie leczniczym państwowym wzięło udział w badaniu 39 osób, natomiast w podmiocie leczniczym prywatnym 17 osób. Respondentkami były wyłącznie kobiety. Staż pracy w zawodzie osób badanych wynosił od 0 do ponad 30 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy 21–25 lat (było ich 27, co stanowi 48% ogółu badanych), a najmniej liczną 1–5 lat stażu pracy (4 osoby – odpowiednio 7%). Respondentki w przedziale wieku 46–50 lat stanowiły największą grupę badanych (27 osób – 48%), natomiast w przedziale wiekowym 20–30 lat najmniejszą – 7 osób, co stanowi 13% ogółu. Osoby te posiadały wykształcenie głównie średnie/pomaturalne 41% – tj. 23 osoby badane, licencyjne 36% – odpowiednio 20 osób, a pozostałe ukończyły studia wyższe pielęgnarskie 24% – tj. 13 osób. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki zatrudnione na oddziałach szpitalnych 77% – co stanowiło 43 osób badanych, pozostałe osoby pracowały w poradni POZ i poradni specjalistycznej – odpowiednio 23% – tj. 13 osób. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety przygotowany na potrzeby artykułu. Składał się on z pięciu pytań zasadniczych:

1. Czy spotkała się Pani/Pan ze zjawiskiem mobbingu w swoim zakładzie pracy?
2. Pani/Pana zdaniem jej wiedza na temat mobbingu jest ...
3. Skąd czerpie Pani/Pan wiedzę na temat mobbingu?
4. Jak często w Pani/Pana zakładzie pracy były/są organizowane szkolenia na temat mobbingu?
5. Czy uważa Pani/Pan, że pracodawca powinien organizować w zakładzie pracy dla pracowników szkolenia na temat mobbingu?
oraz z metryczki pozwalającej określić wiek, staż pracy w zawodzie, wykształcenie, miejsce pracy osób poddanych badaniu.

Na pytanie 1 respondentki mogły udzielić dwóch odpowiedzi, w odniesieniu do pytania 5 – zaznaczały od 3–5 odpowiedzi, na pozostałe była jedna odpowiedź. Osoby badane zostały zapewnione o anonimowości. W pracy posłużono się wskaźnikami odsetkowymi.

Wyniki badań i ich omówienie

W pierwszej kolejności przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi na pytania związane z doświadczaniem zjawiska mobbingu w miejscu pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Szczegółowe odpowiedzi osób uczestniczących w badaniu przedstawia wykres 1.



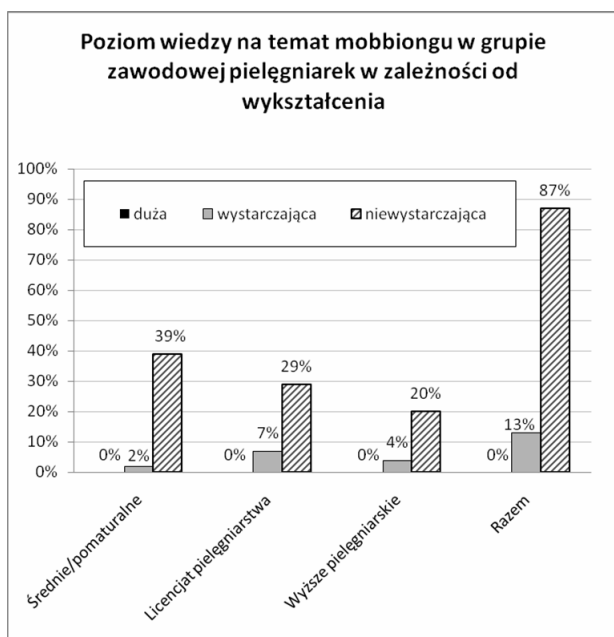
Wykres 1. Doświadczenie zjawiska mobbingu w miejscu pracy w zależności od stażu pracy

Graph 1. Experience the phenomenon of mobbing in the workplace, depending on seniority

Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Z przeprowadzonych badań wynika, że 14% (7 osób) badanych doświadczyło zjawiska mobbingu osobiście. W grupie tej były 2 osoby ze stażem pracy w przedziale 11–20 lat oraz 2 osoby ze stażem 21–25 lat. Nie doświadczyły go pielęgniarki ze stażem pracy 26–30 lat i powyżej. Badane osoby były również świadkami mobbingu wśród współpracowników. Takiej odpowiedzi udzieliło 15 osób, tj. 27%. Najczęściej świadkami tego zjawiska były pielęgniarki ze stażem w przedziale 21–25 lat – 14% – 7 osób. Mobbingu nie doświadczyły podczas swojej pracy zawodowej 34 osoby. Głównie były to osoby ze stażem pracy 21–25 lat (18 osób – 32%) oraz 11–20 lat i powyżej 30 lat (po 5 osób – 9%).

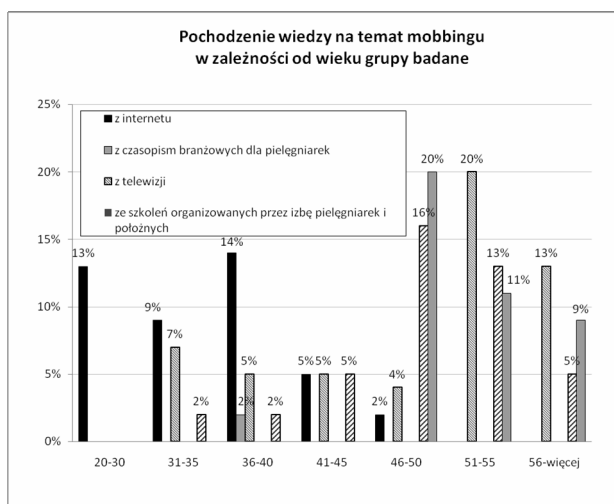
W drugiej kolejności przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi na pytania związane z poziomem wiedzy na temat mobbingu w grupie zawodowej pielęgniarek. Szczegółowe odpowiedzi osób uczestniczących w badaniu przedstawia wykres 2.



Wykres 2. Poziom wiedzy na temat mobbingu w grupie zawodowej pielęgniarek w zależności od wykształcenia
Graph 2. The level of knowledge about mobbing among professional nurses based on education

Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Tylko 7 osób, tj. 14% badanych uznało, że ich wiedza na temat mobbingu jest wystarczająca. W grupie tej najczęściej pielęgniarek miało wykształcenie licencjat pielęgniarstwa – 4 osoby – 7%, a najmniej 1 osoba – 2% wykształcenie średnie/pomaturalne. Natomiast większość pielęgniarek uznała, że wiedza ta jest niewystarczająca. Taką odpowiedź zadeklarowało 49 osób, tj. 87% ogółu badanych. W tym przypadku najczęściej osób było z wykształceniem – średnie/pomaturalne 22 osoby, tj. 39%.



Wykres 3. Pochodzenie wiedzy na temat mobbingu w zależności od wieku grupy badanej
Graph 3. Origin mobbing knowledge depending on the age of the test group

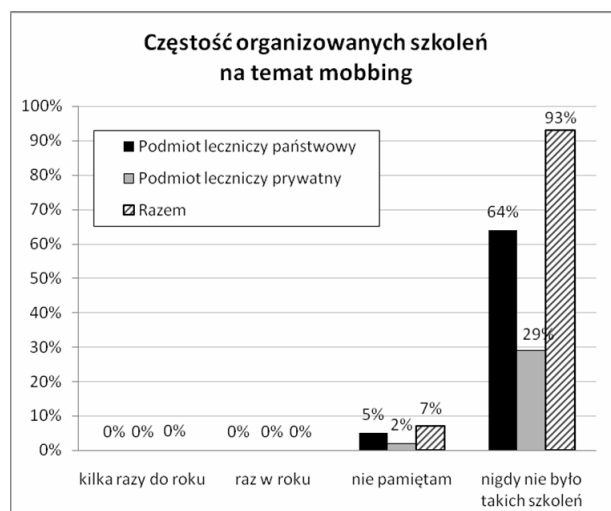
Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Następnie sprawdzono skąd pochodzi wiedza pielęgniarek na temat mobbingu. Wykres 3 przedstawia wyniki badania w zależności od wieku grupy badanej.

Okazuje się, że pielęgniarki swoją wiedzę na temat mobbingu czerpią z różnych źródeł. Informacje głównie uzyskują dzięki telewizji 54% – 30 osób (najwięcej w przedziale wiekowym 51–55 lat – 11 osób – 20% badanych). Osoby badane zdobywają także wiedzę przez internet (24 osoby – tj. 43%). Najwięcej osób korzysta w tym względzie z internetu w przedziale wiekowym 36–40 lat – 8 osób, tj. 14% oraz 20–30 lat – 7 osób, tj. 13%.

Natomiast z różnych czasopism/gazet i od innych koleżanek informację uzyskują pielęgniarki starsze. I tak odpowiednio 16% i 20% osób badanych w przedziale wiekowym 46–50 lat.

Kolejne pytanie dotyczyło częstości organizowanych przez zakład pracy szkoleń na temat mobbingu. Poniżej przedstawiono wyniki badań w odniesieniu do miejsca pracy respondentów.



Wykres 4. Częstość organizowanych szkoleń na temat mobbingu
Graph 4. The frequency of training on mobbing

Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

W zdecydowanej większości pielęgniarki zarówno w podmiocie leczniczym państwowym, jak i prywatnym, uznały, że ich zakład pracy nigdy nie organizował takich szkoleń (odpowiednio 65% i 29% badanych). Tylko nieliczna grupa zaznaczyła odpowiedź mówiącą o tym, iż nie pamiętają takich szkoleń (odpowiednio 5% i 2%). Nikt spośród badanych nie zaznaczył odpowiedzi świadczącej o przeprowadzaniu szkoleń dotyczących mobbingu.

Następnie zbadano konieczność organizowania przez pracodawcę w zakładzie pracy szkoleń dotyczących mobbingu. Aż 63% badanych w podmiocie leczniczym państwowym, tj. 35 osób i 23% badanych w podmiocie leczniczym prywatnym, tj. 13 osób, chętnie wzięłaby udział w szkoleniu na temat mobbingu. Tylko nieliczna grupa (po 7% w każdym miejscu pracy) uznała, że nie jest tym zainteresowana, gdyż problem jest mało istotny.



Wykres 5. Konieczność organizowania szkoleń na temat mobbingu

Graph 5. Necessity to provide training on mobbing

Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Dyskusja

Występowanie mobbingu w różnych grupach zawodowych jest przedmiotem wielu badań zarówno zagranicznych, jak i polskich. Jednak poznanie w pełni skali tego zjawiska jest trudne z różnych powodów. Najczęściej pracownicy boją się ujawnić, że są ofiarami mobbingu. Z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek przez Kazimierzę Zdziebło i Ewę Kozłowską wynika, że aż 41,4% badanych doświadczyło mobbingu. Jako mobberów 83% respondentów wskazało swoich przełożonych [6]. Nieco inne wyniki uzyskały w swoich badaniach Danuta Kunecka, Magdalena Kamińska i Beata Karakiewicz. 17,3% respondentów uznało, że mobbing występuje w środowisku pielęgniarskim, ale jednocześnie aż 7,2% badanych nie udzieliło odpowiedzi na powyższe pytanie [8]. Jeszcze inne wyniki uzyskały autorki pracy – 14% respondentów uznało, że doświadczyło osobiście mobbingu w swoim miejscu pracy, natomiast 29% zaznaczyło, że ma wiedzę, iż doświadczyli go inni pracownicy. Takie wyniki mogą wskazywać, że pielęgniarki bały się bezpośrednio ujawnić swoją osobę, ale zgodnie z ich obserwacjami zjawisko takie występuje w zakładzie pracy, w którym są zatrudnione.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że pielęgniarki nisko oceniły swoją wiedzę na temat mobbingu. Odczucia takie towarzyszyły przede wszystkim pielęgniarkom z wykształceniem średnim (pomaturalnym), choć i wśród tych z wykształceniem wyższym wiele również miało świadomość niewystarczającej wiedzy w tym zakresie. Może to być rezultatem tego, że na wielu uczelniach wyższych na kierunku pielęgniarstwo realizowane są przedmioty z zakresu prawa. Jednak nie obejmują one ściśle prawa pracy, ponadto ich wymiar godzinowy nie zawsze umożliwia dokładne omówienie tego zagadnienia.

Niedostateczna wiedza pielęgniarek na temat mobbingu może też wynikać z faktu, że nie wszyscy pracodawcy widzą potrzebę lub z innych powodów np. finansowych, nie organizują szkoleń obejmujących tę problematykę. Postawa taka jest o tyle niezrozumiała, że to właśnie pracodawca ma obowiązek przeciwdziałać mobbingowi i to on ponosi pełną odpowiedzialność w przypadku wystąpienia tego zjawiska nawet jeśli nie jest osobiście zaangażowany w jego stosowanie [9]. W celu przeciwdziałania mobbingowi może on podejmować różne działania. Do jednych z najskuteczniejszych należy właśnie szkolenie pracowników nakierowane nie tylko na przekazanie podstawowej wiedzy na temat mobbingu, ale przede wszystkim na wskazanie zachowań zabronionych, podejmowanych często przez mobbera czyli przełożonego, współpracownika lub podwładnego. Na potrzebę szkoleń w tym zakresie wskazali również respondenci. Znaczna większość pielęgniarek wyraziła chęć wzięcia udziału w takim szkoleniu. Natomiast tylko nieliczni wskazali, że nie są zainteresowani udziałem w szkoleniu, argumentując to faktem, że problem ten jest mało istotny.

Z badań przeprowadzonych przez autorki wynika, że większość pielęgniarek widzi potrzebę poszerzania swojej wiedzy na temat mobbingu i podejmuje w tym celu starania we własnym zakresie. Najczęściej wykorzystywanymi narzędziami są: internet, telewizja, różne czasopisma i rozmowy z koleżankami. Wybór narzędzi uzależniony jest od wieku badanych, przy czym potwierdza się tu powszechnie wiadomy pogląd, że ludzie „młodszy” korzystają głównie z internetu [10], natomiast „starsi” z innych dostępnych źródeł. W związku z powyższym w pełni uzasadnione jest wskazanie na potrzebę ułatwienia pielęgniarkom dostępu do informacji na temat mobbingu. Może to nastąpić poprzez m.in. organizowanie szkoleń przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych, przygotowanie przez nie broszur będących kompendium wiedzy na temat mobbingu i zorganizowanie łatwego do nich dostępu oraz opracowywanie i zamieszczanie publikacji w czasopismach branżowych, a także na stronach internetowych dotyczących pielęgniarstwa.

Zjawisko mobbingu ma znaczny wpływ na jakość relacji interpersonalnych w miejscu pracy, a tym samym funkcjonowanie pracowników i instytucji, w której są zatrudnieni [11]. Jest często efektem błędów popełnianych przez przełożonych w procesie zarządzania [12]. Wielokrotnie prowadzi do znacznych kosztów nie tylko finansowych, ale również w sferze psychicznej ofiar mobbingu. Dlatego też tak ważne jest przeciwdziałanie mobbingowi. W tym celu niezbędne jest zadbanie o odpowiednią atmosferę i właściwe relacje interpersonalne w zakładzie pracy [8].

Wnioski

1. W środowisku pielęgniarek mobbing jest zjawiskiem powszechnie zauważalnym.

2. Pielęgniarki, we własnym odczuciu, mają niewystarczającą wiedzę na temat mobbingu.

3. Większość pielęgniarek widzi potrzebę poszerzenia swojej wiedzy na temat mobbingu i deklaruje chęć udziału w szkoleniach na ten temat.

PIŚMIENNICTWO

1. Kłos B., Mobbing. Opracowanie dla potrzeb Kancelarii Sejmu. Informacja nr 941, Warszawa 2002, http://biurosejmu.gov.pl/teksty_pdf/i-941.pdf, [dostęp dnia: 3.07.2012], 2.
2. Zdanowska J., Kariera i rozwój pracowniczy pielęgniarek – aspekty prawne, *Pielęg. Pol.*, 2009, 4(34), 328.
3. Cooper C.L., Hoel H., di Martino V., Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EFILWC), Dublin 2003, <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/112/en/1/ef02112en.pdf> [dostęp dnia: 3.07.2012].
4. Szymański K., Mobbing walka na gesty i słowa. *Praca i zdrowie*, 2007, 1/2, 26-27.
5. Drabek M., Merecz D., Mościcka A., Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług, *Med. Pr.*, 2007, 58(4), 300.
6. Zdziebło K., Kozłowska E., Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek, *Probl. Pielęg.*, 2010, 2, 212-219.
7. Lisowska B., Boją się ujawnić przypadki mobbingu, <http://pulsmedycyny.pl/2577662,65002> [dostęp dnia: 10.09.2012].
8. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B., Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach, *Med. Pr.*, 2008, 59(3), 225-227.
9. Romer M. T., Mobbing i jego konsekwencje, *Prawo Pr.*, 2005, 12, Wyd. Librata.
10. Rozkrut D., Obraz użytkownika internetu w statystykach oficjalnych, Główny Urząd Statystyczny w Szczecinie, www.msw.gov.pl/download.php?s=1&id=11748 [dostęp dnia: 10.09.2012].
11. Merecz D., Mościcka A., Drabek M., Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2005, 4.
12. Bechowska-Gebhardt A., Stalewski T., Mobbing. Patologia zarządzania personelem, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2004.

Adres do korespondencji:

dr Beata Bajurna
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
ul. Smoluchowskiego 11
61-179 Poznań

PRACOWNIK VERSUS SYSTEM, CZYLI JAK NIE BLOKOWAĆ KREATYWNOŚCI PRACOWNIKA

EMPLOYEE VERSUS SYSTEM, HOW NOT BLOCK EMPLOYEE CREATIVITY IN THE MACHINE SYSTEM

ELIZA DĄBROWSKA, EWA JAKUBEK, PIOTR STAWNY, JOLANTA SIELSKA

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

Streszczenie

W ostatnich latach, w środowisku firm i instytucji obserwowana jest wyraźna tendencja w kierunku usystematyzowania działań, standaryzacji. Dotyczy to przede wszystkim jednostek dużych, odznaczających się skomplikowaną strukturą, rozbudowaną siecią procesów. U podstaw tak zwanego „nurtu systemowego” znajdują się, co oczywiste, wymagania klientów i otoczenia. Wymagania związane są przede wszystkim ze stałym podnoszeniem jakości oraz powtarzalnością. W procesie projektowania i wprowadzania zmian, organizacje często pomijają tak istotny i trudny obszar, jakim są ludzie. Zapominają, że system, standardy i procedury zagwarantują wprawdzie pożądaną powtarzalność, nie zapewnią jednak podnoszenia poziomu jakości poszczególnych elementów systemu, determinujących całość funkcjonowania. W tym celu potrzebni są ludzie – pracownicy, właściwe osoby na odpowiednich stanowiskach, skutecznie zmotywowane. Człowiek w konfrontacji z systemem czuje się często bezsilny, ograniczony, pozbawiony wpływu. Jeżeli nie zogniskujemy działań wokół ludzi, nie dopasujemy ich, nie usuniemy istotnych barier, nie zmotywujemy, nie stworzymy możliwości wpływania na zmiany w obrębie stanowiska, przekreślimy szanse organizacji na rozwój. Tylko umiejętnie prowadzone działania regulacyjne w systemie, wsparte licznymi działaniami ukierunkowanymi na pracownika, gwarantują synergię w systemie, tworząc alchemię doskonałych osiągnięć.

Słowa kluczowe: pracownik, kreatywność, zarządzanie.

Manufaktura z całą pewnością nie jest formą pracy właściwą dzisiejszym organizacjom, zwłaszcza tym dużym, złożonym, zorientowanym na masowego klienta. Organizacje o skomplikowanej strukturze, różnorodności i złożoności procesów wymagają zarządzania metodycznego, narzucającego ramy dla funkcjonowania, działającego w oparciu o ściśle określone reguły i kryteria. Od kilku lat przemiany organizacyjne dużych firm zmierzają w kierunku zarządzania procesowego, proceduralizacji działań, wypracowywania systemowych rozwiązań. Standaryzacja stopniowo obejmuje działania organizacji na każdym szczeblu, w każdej komórce organizacyjnej, na każdym etapie procesu. Niewłaściwe byłoby nazwanie

Summary

In recent years, the environment, businesses and institutions observed a clear trend towards structuring activities, standardization. This applies especially large units, characterized by a complex structure, an extensive network of processes. At the core of the so-called "current system" are, of course, the requirements of our customers and the environment. The requirements are primarily associated with the constant improvement of the quality and repeatability. In the process of designing and making changes, organizations often overlook such an important and difficult area of human capital. They forget that the system standards and procedures ensure repeatability, although desirable, however, does not ensure improvement of the quality of individual components of the system, which determine the whole operation. For this purpose need people-workers, the right people in the right jobs, effectively motivated. A man in a confrontation with the system often feel powerless, restricted, with no effect. If you do not focus on activities around people, not fitting in them, do not remove significant barriers, not motivate, do not create the possibility of influencing the changes in the position lose our opportunities for the development of the organization. Only skillfully conducted regulatory action in the system, supported by a number of actions aimed at staff, ensure synergy in the system, creating alchemy excellence.

Key words: worker, creativity, management.

tej tendencji modą, gdyż niewątpliwie jest to kierunek słuszny. Organizacje rozumieją istotę zmian i podejmują trud standaryzacji po to, by zbudować system. System rozumiany jako zestaw standardów i reguł, gwarantujący powtarzalność świadczonych usług, stwarza poczucie bezpieczeństwa, stanowi swoisty bufor chroniący przed skutkami błędów wynikających z niewiedzy oraz braku systematyczności. Według Krzyżanowskiego system to uporządkowany (spójny, wzajemnie niesprzeczny) zbiór formalnych reguł (zasad, wzorców) oraz faktycznie stosowanych metod (sposobów, procedur, stylów, technologii, technik działań zarządczych), planowania, organizowania, motywowania i kontrolowania [1]. W podobny sposób defi-

niuje system Kuc – jako uporządkowany zbiór instrumentów, reguł i procedur zarządzania oraz aparat zarządzający organizacją, który powiązany jest z jej otoczeniem rozlicznymi relacjami. [2]

W literaturze przedmiotu można znaleźć wciąż nowe narzędzia do standaryzacji i budowania systemu, co dowodzi potrzeby tworzenia mechanizmów w procesach związanych z klientem, w procesach zarządzania zasobami (ludzkimi, materiałowymi, finansowymi, informacyjnymi). Wewnątrz systemu tkwi jednakże człowiek, na którego patrzy się przez pryzmat mechanizmów zarządzania zasobami ludzkimi, wkomponowanymi przez system w ramy jednego z procesów, a nawet podprocesów.

Zarządzanie zasobami ludzkimi ujmuje się jako działania organizacji nastawione na przyciąganie, rozwój i utrzymanie efektywnie działającej siły roboczej [3]. Choć teoria podkreśla znaczenie właściwego podejścia do obszaru jakim są ludzie (pracownicy), to często w procesie dokonywania zmian i ustanawiania standardów zapomina się o jednostce bez której przecież system nie jest w stanie funkcjonować.

*Jeśli myślisz rok naprzód, zasiej ziarno.
Jeśli myślisz dziesięć lat naprzód, zasadź drzewo.
Jeśli myślisz sto lat naprzód, kształć ludzi...*

Anonimowy poeta chiński, VI wiek przed Chrystusem

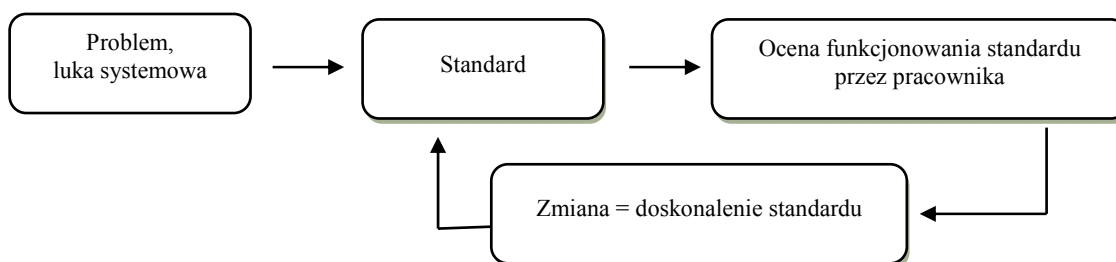
Działań ukierunkowanych na ludzi nie da się regulować za pomocą prostych reguł. Każdy człowiek, a więc i każdy pracownik, jest inny. Zróżnicowany poziom wrażliwości pracowników, odmiennosc ich potrzeb i oczekiwań wobec pracy, wymagają od przełożonych wysiłku ukierunkowanego na budowanie zindywidualizowanej relacji z podwładnym. Warto bowiem podkreślić raz jeszcze, że to właśnie kapitał ludzki stanowi wartość, która w największym stopniu determinuje sukces organizacji.

Dotychczas uwaga skupiona była przede wszystkim na zadowoleniu klienta zewnętrznego – dokonującego zakupu, korzystającego z usługi, świadczenia. Ewolucja teorii i praktyki o zarządzaniu przesunęła środek ciężkości z działań związanych z poprawą satysfakcji odbiorcy w obszar klientów wewnętrznych, czyli pracow-

ników. Zrozumiano mianowicie, że satysfakcja pracownika stanowi podstawę osiągnięcia zadowolenia klienta zewnętrznego. Postrzegać ją należy jako bezwzględny warunek, bez spełnienia którego zadowolenie odbiorcy usługi (produktu) jest nieosiągalne.

Weryfikacji wymaga przekonanie, że standaryzacja stoi w opozycji do działań w obszarze ludzkim. Jedno drugiego nie wyklucza, a wręcz przeciwnie – intensywnym działaniom w obszarze standaryzacji i budowania systemu musi towarzyszyć dynamiczna eksploracja obszaru ludzkiego w poszukiwaniu sposobów podnoszenia satysfakcji oraz wzmocnienia wśród pracowników poczucia identyfikacji z firmą po to, by sukcesywnie doskonalić jakość pracy na poszczególnych stanowiskach. Oczywiście, zarzuty czynione pod adresem systemów w wielu wypadkach bywają uzasadnione. Zasadniczym, pociągającym za sobą wiele konsekwencji, błędem jest brak rozumienia istoty systemu i standaryzacji. System tworzony przez ludzi jest dla ludzi. Jest żywym tworem, którego reguły, zasady, procedury stwarzają pracownikowi poczucie bezpieczeństwa i budują przekonanie o prawidłowości, zgodności realizowanych zadań. Istnienie owych reguł umożliwia kadrze kierowniczej zarządzanie przez przewidywanie skutków podejmowanych decyzji zarządczych. Klientowi zaś taki system gwarantuje powtarzalność i zgodność tego, co uzyskuje z deklaracjami, które stanowiły podstawę w podejmowaniu decyzji.

Jak twierdzą Kaplan i Norton w książce zatytułowanej „Strategiczna Karta Wyników”, jedną z najistotniejszych w ostatnich kilkunastu latach zmian w podejściu do zarządzania jest postrzeganie roli pracowników w organizacjach. Zmiana jest rewolucyjna, bowiem era przemysłowa została wyparta przez erę informacji, w której rola pracownika odgrywa niebagatelne znaczenie. W przeszłości rolą elity organizacji było ustalanie rutynowych i powtarzalnych zadań dla kadry wykonawczej, robotniczej. Wykonywanie ściśle zdefiniowanych zadań wprowadzało rutynę, tłamsiło kreatywność. Praca polegała na powtarzaniu tych samych, nieangażujących myślenia, czynności. Obecnie, powtarzalność realizowanych usług – na określonym poziomie, według wyznaczonego standardu – przestała wystarczać. Dziś rynek



Rycina 1. Proces standaryzacji z udziałem pracownika
Figure 1. Standardization process with the employee
Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

oczekuje ciągłych innowacji, nieustannego podnoszenia poziomu jakościowego. Na takie żądanie, nierzadko bardzo specyficzne, może odpowiedzieć wyłącznie pracownik wykonujący pracę tzw. „u podstaw”. To on, systematycznie obserwując proces, jest w stanie wychwycić jego wady, dostrzec potencjał do poprawy i zainicjować zmianę [3] (Rycina 1).

Machinalne, przedmiotowe traktowanie pracownika przekreśla szanse na rozwój systemu. System deprecjujący pracownika jest jedynie karykaturą systemu, wynaturzeniem.

Zanim jednak stworzymy pracownikowi szansę wpływania na proces, inicjowania zmian, modyfikowania reguł, standardów, musimy ponieść wysiłek zarówno w obszarze „ludzkim”, jak i w obszarze „systemowym”.

Collins podkreśla, że przywódcy przedsiębiorstw, które z dobrych stawały się wielkie, rozpoczynali transformację od zabrania do autobusu¹ odpowiednich ludzi (i pozostawienia nieodpowiednich), a dopiero później zastanawiali się, w jakim kierunku ruszyć. Autor akcentuje fakt, że kluczowym zadaniem kierownika, osoby zarządzającej, jest dopasowanie właściwej osoby do właściwego stanowiska. Satysfakcja pracownika z realizowania się na stanowisku zaowocuje wysoką jakością i wydajnością działania [4].

Każda minuta, jaką poświęciłem na dopasowanie odpowiednich ludzi do odpowiednich stanowisk, oznaczała zaoszczędzenie wielu tygodni ich późniejszej pracy

Colman Mockler, prezes Gillette

Sytuując właściwych ludzi na właściwych miejscach w systemie zapobiegamy powstawaniu zakłóceń w pracy systemu. Kolejnym krokiem jest wyposażenie systemu w adekwatne mechanizmy motywacyjne, powszechnie znane i często opisywane w literaturze tematu. Większość organizacji popełnia błąd na tym właśnie etapie – rozpoczyna od mechanizmów motywacyjnych, celując w ludzi, którym na pracy nie zależy, wobec których działania te mogą zadziałać jedynie doraźnie. A to w oczywisty sposób kłóci się z ideą systemu.

Według Griffina pracownik jest usatysfakcjonowany i zmotywowany wówczas, gdy stosowane są wobec niego następujące zasady [5]:

- zasada proporcjonalności – zakłada proporcjonalność wynagrodzenia za wykonanie zadania oraz ponoszone nakłady i uzyskane efekty
- zasada motywowania pozytywnego – mówi, że pozytywna motywacja do pracy jest skuteczniejsza niż karanie, a działania wynagradzane będą wykonane
- zasada zróżnicowania – należy oprzeć kryteria wynagrodzeń na systemie norm i wartości uznawanych przez uczestników organizacji; kryteria te

nie powinny być przy tym jednakowe dla wszystkich grup zawodowych

- zasada niewielkiej odległości czasowej – zakłada, że wynagrodzenie ma tym większy wpływ na wyniki pracy, im mniejszy jest odstęp pomiędzy działaniem a zapłatą z tego tytułu
- zasada kompleksowości i systematyczności – oznacza, że skuteczna motywacja powinna obejmować cały kompleks oddziaływań dostosowanych do oczekiwań pracowników
- zasada prostoty i przejrzystości systemu motywacyjnego – system motywowania powinien być prosty i zrozumiały dla pracowników oraz akceptowany przez nich
- zasada internalizacji celów organizacji – każdy pracownik powinien wiedzieć, jakie zachowanie jest niezbędne, aby organizacja osiągnęła swoje cele; wysoka efektywność zatrudnionych osób występuje wtedy, gdy ich system wartości pokrywa się z tym, co ma wartość dla organizacji
- zasada uwzględniania motywu samourzeczywistnienia – poczucie wartości, ważności, użyteczności, misji wykonywanej pracy może być dla pracownika równie ważnym wynagrodzeniem; jest to typ wynagrodzenia motywujący znacznie bardziej niż pieniądze
- zasada zachowania progów bodźcowych głosi, że w celu zwiększenia wysiłku pracowników należy zwiększyć także ich płace
- zasada umowy prawnej polega na akceptacji przepisów zawartych w systemie wynagradzania przez pracowników i pracodawcę.

Kaplan i Norton wśród podstawowych czynników wpływających na satysfakcję pracownika wymieniają [3]:

- zaangażowanie w proces podejmowania decyzji;
- uznanie za dobrze wykonaną pracę
- dostępność informacji potrzebnej do dobrego wykonywania pracy
- aktywne motywowanie do twórczego myślenia i inicjatywy
- poziom wsparcia ze strony komórek administracyjnych
- ogólne zadowolenie z pracy w przedsiębiorstwie.

Do powyższych zasad należałoby dodać także zasadę traktującą o braku tolerancji dla utrzymywania w organizacji niewłaściwych osób – niekompetentnych, stroniących od pracy i odpowiedzialności, wpływających demoralizująco na otoczenie. Collins twierdzi, że wyrażenie zgody na to, by niewłaściwi ludzie pozostawali na swoich stanowiskach jest nieuczciwe wobec dobrych pracowników [4].

Osiągnięcie takiego stanu jest punktem wyjścia do tego, by dać pracownikowi swobodę wpływania na system i inicjowania zmian.

Rathmann stawia tezę, że biurokracja niszczy przedsiębiorczość, a jej celem jest zrównoważenie niekompetencji i braku dyscypliny, czyli problemów, które poja-

¹ autobus jest metaforą – oznacza firmę, organizację, instytucję

wiają się w sytuacji zatrudnienia nieodpowiednich osób. Większość organizacji tworzy własne dodatkowe zasady po to, by zarządzać niewłaściwymi ludźmi. Wzrost biurokracji oznacza większą liczbę niewłaściwych ludzi, co wymusza dalszy rozwój biurokratycznych procedur po to, by zrównoważyć niekompetencję i brak dyscypliny, co z kolei zniechęca odpowiednich ludzi i tak dalej. Rathmann proponuje wypracować kulturę dyscypliny, która w połączeniu z etyką przedsiębiorczości pozwoli wypracować zdolność długotrwałego utrzymywania znakomitych wyników [4].

Rathmann rozumie przez biurokrację wszelkie udokumentowane działania służące zabezpieczeniu się przed niekompetencją niewłaściwych pracowników. Traktując biurokrację jako synonim chorego, przeciążonego systemu, można postrzegać ją jednocześnie jako wszelką aktywność wykonywaną ponad to, co mogłoby być wykonane, gdyby właściwi ludzie pełnili odpowiednie funkcje.

PIŚMIENNICTWO

1. Krzyżanowski L., Podstawy Nauk o Organizacji i Zarządzaniu, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1994, wykład 3.
2. Kuc B.R., Kontrola jako funkcja zarządzania, Difin, Warszawa 2009, 125.
3. Kaplan R.S., Norton, D.P., Strategiczna Karta Wyników. Jak przełożyć strategię na działanie, PWN, Warszawa 2001, 123, 125.
4. Collins C., Od dobrego do wielkiego. Czynniki trwałego rozwoju i zwycięstwa firm, Wydawnictwo MT Biznes Sp. z o. o., Warszawa 2001, 78, 84, 140.
5. Griffin R. W., Podstawy zarządzania organizacjami, PWN, Warszawa 2002, 419, 456-486.

Adres do korespondencji:

Eliza Dąbrowska
e-mail: emarusz@ump.edu.pl

MOBBING – WYBRANE ASPEKTY PRAWNE

MOBBING – SELECTED LEGAL ISSUES

MONIKA URBANIAK

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

Streszczenie

Artykuł analizuje regulacje prawa polskiego dotyczące zjawiska mobbingu. W świetle prawa, bez względu na to, kto jest osobą mobbingującą, odpowiedzialność za mobbing ponosi pracodawca i to przeciwko niemu pracownik kieruje roszczenie o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Innym środkiem prawnym, którym dysponuje pracownik jest dochodzenie odszkodowania od pracodawcy w przypadku, w którym zatrudniony pracownik z powodu mobbingu musiał rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia. Przeciwdziałanie występowaniu omawianego zjawiska powinno polegać na wdrożeniu w drodze aktów wewnętrznych odpowiednich procedur służących przeciwdziałaniu mobbingowi, np. regulaminu wewnętrznego.

Słowa kluczowe: mobbing, prawo pracy, mobber, odpowiedzialność.

Summary

In this paper the regulations of Polish labor law concerning mobbing were analyzed. As regulated, regardless who the person enforcing mobbing is, the liability falls onto the employer and it's the employer who can be called to compensate the damages. The other possibility offered by the Polish law to an employee is indemnification from the employer in a case of the employment contract termination without termination due to the mobbing. Counteraction against mobbing should also include internal regulations announced by the employer establishing procedures how any kind of mobbing could be avoided.

Key words: mobbing, Labour law, mobber, liability.

Pojęcie mobbingu znane jest w literaturze nauk psychologicznych i społecznych od wielu lat. Twórcą tego pojęcia był w końcu lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku pracujący w Szwecji niemiecki lekarz psychiatra Heinz Leymann, zajmujący się problemem przemocy psychicznej w miejscu pracy. Zdefiniował on pojęcie mobbingu jako długotrwałe i systematyczne nękanie psychiczne człowieka – pracownika – w miejscu pracy [1]. W zależności od środowiska, w którym zjawisko mobbingu ma miejsce wyróżnia się takie odmiany mobbingu, jak: mobbing w miejscu pracy, bullying czyli znęcanie się nad słabszym, tyranizowanie, które dotyczy relacji pomiędzy dziećmi w internatach i szkołach [2].

W literaturze wyróżniono około 50 działań charakterystycznych dla mobbingu. Do najbardziej dotkliwych należy zaliczyć: tworzenie mitów wokół ich życia zawodowego, prywatnego i intymnego, pogwałcanie tajemnicy korespondencji, kradzież dokumentów, ośmieszanie przed innymi, przesuwanie do gorszych zajęć, pogrożki, oszczerstwa, rozsiewanie plotek [3]. Konsekwencją mobbingu w miejscu pracy jest utrata zarobków przez ofiarę z powodu zwolnienia z zakładu pracy, zagrożenia dla zdrowia, takie jak: ciężki lęk, niemożliwość koncentracji, bezsenność czy też depresja i zespół stresu pourazowego – PTSD [4].

W Polsce do dnia 1 stycznia 2004 roku mobbing nie był pojęciem normatywnym, a punktem wyjścia dla dochodzenia przez ofiary przemocy psychicznej w miejscu pracy stanowił art. 111 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy [5], zgodnie z którym pracodawca jest obowiązany szanować godność i inne dobra osobiste pracownika [6]. Pracodawca zobowiązany jest do powstrzymywania się od działań zagrażających określonym dobrom pracownika, ale także ma on obowiązek dbać o to, aby dobra te nie zostały naruszone podczas wykonywania przez niego obowiązków służbowych. Ponadto, z art. 15 k.p. wynika, że pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikom bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Do kodeksu pracy został dodany ustawą z dnia 24 sierpnia 2001 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw rozdział IIa – „Równe traktowanie w zatrudnieniu” [7]. Zgodnie z dyspozycją art. 183a § 1 k.p. obowiązek równego traktowania pracowników obejmuje nawiązywanie i rozwiązywanie stosunku pracy, warunki zatrudnienia, awansowania oraz dostępu do szkoleń. Jako przyczyny naruszenia tego obowiązku ustawodawca wymienił: płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksual-

ną, zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony, zatrudnienie w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy (art. 183a § 1 k.p.).

W świetle prawa mobbing to bezprawne, systematyczne i długotrwałe zachowania osób, które są członkami pewnego zespołu ludzkiego, podejmowane bez powodu lub z oczywiście błahego powodu, skierowane przeciwko innym członkom grupy i godzące w jego dobra prawnie chronione, a mające na celu zmuszenie pokrzywdzonego do opuszczenia danego zespołu [8]. Powstawaniu zjawiska mobbingu sprzyja nierównoważony rynek pracy, istnienie bezrobocia, a także zła wola przełożonych lub współpracowników czy też nieumiejętność kierowania ludźmi [9].

W wyniku nowelizacji Kodeksu pracy z dnia 14 listopada 2003 roku [10] w ustawie tej pojawiła się definicja legalna mobbingu. Z definicji tej, zawartej w art. 94 § 2 k.p., wynika, iż termin mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Sam mobbing nie stanowi zjawiska karalnego, a wyłącznie doprowadzenie do powstania chorób psychicznych i psychosomatycznych, powodujących w konsekwencji utratę pracy, trudności w znalezieniu nowego zatrudnienia, ubóstwo i bezradność podlega odpowiedzialności [11]. Zauważyć należy, że mobbing stanowi stosunkowo nowe zagadnienie w doktrynie prawa, jak i praktyce dotyczącej funkcjonowania człowieka w miejscu pracy, i z tego względu istnieje wokół niego wiele niejasności.

Warto zauważyć, że w wielu państwach na przykład w Szwecji i Francji, mobbing uznawany jest za przestępstwo. Również w Polsce w sierpniu 2010 r. z inicjatywy Elżbiety Radziszewskiej, Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania zostało skierowane pismo do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o zainicjowanie prac, których celem będzie kryminalizacja zjawiska mobbingu. Jednakże w nadesłanej w marcu 2011 r. odpowiedzi Minister Sprawiedliwości podzielił stanowisko Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Karnego w zakresie braku celowości wprowadzenia odrębnego typu przestępstwa kryminalizującego mobbing jako przestępstwo przeciwko wolności [12].

Odpowiedzialność za mobbing, bez względu na to, kto jest osobą mobbingującą, ponosi pracodawca, ponieważ to na nim ciąży obowiązek zapewnienia środowiska wolnego od mobbingu. Na pracodawcy ciąży obowiązek stworzenia przyjaznej atmosfery w miejscu pracy oraz w miarę potrzeby podejmowania działań prewencyjnych [13]. W praktyce chodzi o to, aby mobbingu nie stosował nie tylko sam pracodawca, ale również inni pracownicy zakładu pracy, w tym również każdy pracownik, wchodzący w skład kadry kierowniczej [8].

Z przytoczonej wyżej definicji mobbingu wynika wprost, iż ofiarą mobbingu może być wyłącznie pracow-

nik, a nie osoba zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej. Bez znaczenia pozostaje podstawa na jakiej świadczona jest praca, ponieważ z pozwem o zapłatę, może wystąpić zarówno pracownik zatrudniony na umowę o pracę, ale także pracownik zatrudniony na podstawie mianowania, wyboru, powołania oraz spółdzielczej umowy o pracę [14]. Bez względu na to, kto jest osobą stosującą mobbing: czy sam pracodawca, czy osoba zarządzająca w jego imieniu, czy też przełożony pracownika, to pracodawca ponosi odpowiedzialność i przeciwko niemu pracownik kieruje roszczenie o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę [15]. Bez znaczenia dla odpowiedzialności pracodawcy pozostaje fakt, czy wiedział on o występowaniu tego zjawiska w swoim zakładzie pracy. Pracodawca odpowiada bowiem za całość funkcjonowania zakładu pracy oraz za przeciwdziałanie dyskryminacji w zatrudnieniu [16]. Co prawda należy tutaj podkreślić, że z przepisów nie wynika wprost jakie obowiązki spoczywają na pracodawcy, a w kodeksie pracy nie określono żadnych wytycznych co do sposobu przeciwdziałania mobbingowi [16].

Mobbing polega na działaniu uporczywym i długotrwałym. Aby jednoznacznie zakwalifikować określone działania jako mobbing, muszą one spełnić trzy kryteria: czas trwania (muszą być długotrwałe), powtarzalność (występują niejednokrotnie) i negatywne intencje (zła wola sprawcy) [17]. Mobbingu nie stanowi zatem jednorazowy akt, a wyłącznie zespół działań, które są kierowane przeciwko określonej osobie przez dłuższy czas, trwający co najmniej 6 miesięcy. Mobbing jest zjawiskiem odczuwalnym subiektywnie, ale dającym się intersubiektywnie potwierdzić [18]. Zachowanie mobbera powinno spełniać przesłankę długotrwałości i przesłankę uporczywości. Koniunkcja tych przesłanek sprawia, iż nawet wtedy, gdy działanie mobbera było np. długotrwałe, ale nie oceniane jako uporczywe nie będzie mogło być kwalifikowane jako mobbing [19]. Podmiotem czynów polegających na mobbowaniu jednego lub grupy kilku pracowników poprzez stosowanie terroru psychicznego jest pracodawca lub grupa pracowników [20]. W wyroku z dnia 17 stycznia 2007 r. [21] Sąd Najwyższy uznał, że długotrwałość nękania lub zastraszania pracownika w rozumieniu art. 943 § 2 k.p. musi być rozpatrywana w sposób zindywidualizowany i uwzględniać okoliczności konkretnego przypadku. Nie jest zatem możliwe sztywne wskazanie minimalnego okresu niezbędnego do zaistnienia mobbingu. Z art. 943 § 2 i 3 k.p., wynika jednak, że dla oceny długotrwałości istotny jest moment wystąpienia wskazanych w tych przepisach skutków nękania lub zastraszania pracownika oraz uporczywość i stopień nasilenia tego rodzaju działań. W kolejnym wyroku z dnia 16 marca 2010 roku Sąd Najwyższy [22] stwierdził, że „za mobbing mogą być uznane wszelkie bezprawne, także nieumyślne, działania lub zachowania mobbera dotyczące lub skierowane przeciwko pracownikowi, które wyczerpują ustawowe znamiona mobbingu, a w szczególności wywołały rozstrój zdrowia u pracownika (art. 943 § 1-5 k.p.)”. Z art. 943 §

2 i 3 k.p. wynika zatem, że pracodawca lub osoba, za którą on odpowiada nie musi działać umyślnie (z zamiarem bezpośrednim lub ewentualnym), ale wystarczy np. niedbalstwo pracodawcy w zaniechaniu obowiązku przeciwdziałania mobbingowi [23].

Działania, które zapobiegają mobbingowi łączą się z przestrzeganiem etyki w działalności gospodarczej, oznaczające istnienie uznawanych i ogólnie znanych przez wszystkich zatrudnionych pracowników reguł postępowania w obszarze zatrudnienia, przejrzystość postępowań i procedur związanych z pracownikami, a także jawność kryteriów decyzji podejmowanych wobec pracowników [17]. Na mobbing narażeni są przede wszystkim pracownicy sektora publicznego, administracji, służb mundurowych, edukacji i służby zdrowia [24]. Przykładowo, odnosząc się do zagadnień związanych z mobbingiem pracowników zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej przytoczyć należy wyniki badań przeprowadzonych w 2002 roku przez Instytut Medycyny Pracy, które objęły reprezentatywną grupę 1163 pielęgniarek z województwa Mazowieckiego, z których wynika, że 5,6% pracowników służby zdrowia (personelu pielęgniarskiego) doświadczyło w ostatnim roku pracy dręczenia psychicznego ze strony osób z którymi współpracują [25].

Próbą przeciwdziałania zjawisku mobbingu może być wdrożenie odpowiednich standardów postępowania oraz szczegółowych procedur przeciwdziałania mobbingowi w drodze aktów wewnętrznych. Dobrym przykładem takiego aktu może być np. regulamin wewnętrzny. Skutecznym sposobem walki pracodawcy z mobbingiem może być stworzenie dokumentu zawierającego zapisy wewnętrznej polityki antymobbingowej, obowiązującej u danego pracodawcy, który może zostać dołączony do obowiązującego u pracodawcy układu zbiorowego pracy lub regulaminu pracy [15].

Wyróżnia się trzy poziomy mobbingu: mobbing wstępujący, pionowy i poziomy. Mobbing wstępujący występuje w przypadku, w którym ofiarą jest przełożony, a mobberem podwładny bądź grupa podwładnych. Z kolei z mobbingiem pionowym mamy do czynienia w sytuacji, w której ofiarą jest podwładny, a mobberem kierownik, pracodawca lub inny przedstawiciel kadry kierowniczej. Mobbing poziomy z kolei występuje w przypadku, w którym mobberem jest grupa współpracowników, do której należy, bądź od której zależy ofiara mobbingu [26].

Grzegorz Jędrejek [27] w monografii na temat środków ochrony prawnej w przypadku stosowania mobbingu wskazuje na 5 etapów radzenia sobie z tym zjawiskiem. Pierwszy etap, perswazyjny obejmuje rozpoczęcie rozmów pracownika z mobberem, wskazując na niewłaściwość jego zachowania. W drugim etapie – informacyjnym, pracownik informuje mobbera, że jego zachowanie wyczerpuje znamiona mobbingu określone w art. 943 § 2 k.p., a co za tym idzie jest zdarzeniem wywołującym skutki prawne. Pracownik powinien stwierdzić, że w przypadku kontynuowania mobbingu zostanie poinformowany o tym bezpośrednio przełożony

sprawcy, a następnie nie jest wykluczone wystąpienie z odpowiednimi roszczeniami przed sądem pracy. Na tym etapie pracownik winien informować tak współpracowników, jak i członków rodziny o tym, że jest ofiarą mobbingu. Zachowanie takie ma na celu nie tylko uzyskanie wsparcia, ale także wywarcie presji na mobbera, a w dalszej perspektywie powołanie świadków przed sądem. Należy także rozważyć poinformowanie o stosowaniu mobbingu zakładowej organizacji związkowej i Państwowej Inspekcji Pracy. W etapie trzecim po poinformowaniu przez pracownika o mobbingu osoby przełożonej nad sprawcą, powinny zostać podjęte kroki mające na celu rozwiązanie problemu w ramach zakładu pracy, np. poprzez przeniesienie mobbera na inne stanowisko pracy. Czwarty etap obejmuje możliwość rozwiązania problemu przed komisją pojednawczą, mediatorem wyznaczonym przez strony lub przed sądem polubownym. Ostatni, piąty etap zakłada wystąpienie przez pracownika z pozwem do sądu pracy lub do sądu cywilnego albo do obu tych sądów.

W celu rozwiązania problemu pracownika związane z mobbingiem może on dążyć do polubownego rozstrzygnięcia sporu. Pierwszym etapem może być powołanie komisji pojednawczej powołanej wspólnie przez pracodawcę i zakładową organizację związkową. Komisja pojednawcza nie stanowi organu wymiaru sprawiedliwości, lecz jest to niezależny społeczny organ ochrony prawnej powołany do ugodowego załatwiania sporów pracowniczych wynikających ze stosunku pracy [28]. W sytuacji, w której u danego pracodawcy nie istnieje zakładowa organizacja związkowa, pracodawca może powołać komisję pojednawczą. Członkiem komisji pojednawczej zgodnie z art. 246 k.p. nie może być:

- 1) osoba zarządzająca, w imieniu pracodawcy, zakładem pracy
- 2) główny księgowy
- 3) radca prawny
- 4) osoba prowadząca sprawy osobowe, zatrudnienia i płac.

Wszczęcie postępowania przed komisją pojednawczą następuje na wniosek pracownika, który zgodnie z art. 248 § 1 k.p. może go złożyć pisemnie bądź ustnie do protokołu. Zauważyć należy, że komisje pojednawcze nie znajdują pełnego zastosowania w sytuacji, w której sprawcą mobbingu jest sam pracodawca. Odgrywa on bowiem główną rolę w powstaniu tej komisji i ponosi koszty związane z jej działaniem [27].

Innym polubownym rozwiązaniem jest zastosowanie instytucji mediacji, jako alternatywnej do sądowego metody rozwiązywania sporów. Instytucja ta została wprowadzona ustawą z dnia 28 lipca 2005 roku o zmianie ustawy Kodeks Postępowania Cywilnego oraz niektórych innych ustaw [29].

Skutkiem niedopełnienia przez pracodawcę obowiązku przeciwdziałania mobbingowi jest jego odpowiedzialność określona w art. 94 § 3–4 k.p. Zgodnie z kodeksem pracy pracownik ma do wyboru dwa roszczenia: o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, jeżeli

mobbing wywołał u niego rozstrój zdrowia oraz o odszkodowanie w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, jeżeli mobbing był przyczyną rozwiązania umowy o pracę. Stronami postępowania sądowego są zawsze pracownik i pracodawca, niezależnie kto dopuścił się stosowania mobbingu w stosunku do pracownika [14]. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 maja 2009 roku [30] stwierdził, że „prawne konsekwencje mobbingu ponosi wyłącznie pracodawca (art. 943 § 3 i 4 k.p.) i to zarówno wtedy, gdy sam dopuścił się zabronionych działań i zachowań względem pracownika, jak i wtedy, gdy tolerował tego typu działania i zachowania pracowników względem siebie, bądź ich w ogóle nie dostrzegał. Pracodawca odpowiada zatem zarówno za czynne znęcanie się nad pracownikami, jak i za niewywiązanie się z obowiązku przeciwdziałania występowaniu zachowań mobbingowych innych osób”.

Na pracodawcy ciąży odpowiedzialność majątkowa za wszystkie szkody wynikłe wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków wobec pracownika, do których należy obowiązek przeciwdziałania mobbingowi w stosunkach pracy [31]. Pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia może dochodzić zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 943 § 3 k.p.). Pokreślić tutaj należy, że pracodawca ponosi odpowiedzialność wyłącznie za zaniechanie w postaci braku przeciwdziałania mobbingowi, a w przypadku wystąpienia u pracownika rozstroju zdrowia może on dochodzić odpowiedzialności na zasadach deliktowych od osób, które bezpośrednio go mobbowały [32]. Wysokość tego zadośćuczynienia nie jest określona przepisami prawa. Kodeks pracy stanowi jedynie, że suma ma być odpowiednia, a więc taka, która zrekompensuje pracownikowi doznaną krzywdę. Znaczenie w tym wypadku będzie miał stopień utraty zdrowia, następstwa prywatne, społeczne czy zawodowe [33]. W przypadku dochodzenia roszczeń z tytułu mobbingu pracownik musi udowodnić, że przyczyną rozstroju zdrowia był mobbing, a nie tylko uprawdopodobnić te przyczyny, co oznacza, że musi w sądzie przedstawić dowody na poparcie swoich żądań. Przede wszystkim pracownik powinien wykazać fakt uporczywego i długotrwałego działania pracodawcy, przełożonego lub innych osób wobec siebie.

Innym środkiem prawnym, którym dysponuje pracownik jest dochodzenie odszkodowania od pracodawcy w przypadku, w którym zatrudniony pracownik musiał z tego powodu rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia. Według art. 943 § 4 k.p. pracownik, który wskutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę, ma prawo dochodzić od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę. W uzasadnieniu oświadczenia o rozwiązaniu umowy koniecznie pracownik powinien podać powód rezygnacji z pracy, a więc mobbing. Jeśli pracownik wypowie lub rozwiąże umowę bez podania tej przyczyny, odszkodowanie z tytułu mobbingu nie przysługuje. Minimalna wysokość odszkodowania wynosi równowartość minimalnego wynagrodzenia za pracę. Zauważyć przy tym należy, że mobbing

nie musi stanowić wyłącznej przyczyny rozwiązania umowy o pracę. Według wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2009 roku [33] „przesłanką dochodzenia odszkodowania z art. 943 § 4 k.p. jest rozwiązanie przez pracownika umowy o pracę wskutek mobbingu; nie jest natomiast warunkiem domagania się odszkodowania przez pracownika, aby rozwiązanie nastąpiło z powodu mobbingu jako wyłącznej przyczyny”.

Konkludując powyższe rozważania uznać należy, że pomimo ustawowego uregulowania zjawiska mobbingu skala zjawiska w Polsce rośnie, a obecnie sprawy o mobbing stają się coraz bardziej powszechne. Przykładowo, z informacji o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich w obszarze równego traktowania w roku 2011 oraz o przestrzeganiu zasady równego traktowania w Rzeczypospolitej Polskiej wynika, że w sprawach o odszkodowanie i zadośćuczynienie w związku z mobbingiem w sądach rejonowych i okręgowych zostało rozpatrzonych 171 spraw, w których powództwo wniosły kobiety, w tym 15 powództw uwzględniono w całości lub w części, a 51 oddalono. Z kolei wśród powództw wniesionych przez mężczyzn, rozpatrzonych zostało 155 spraw, w tym 8 uwzględniono w całości lub w części, a oddalono 37 spraw [35]. W takiej sytuacji należy ponownie zastanowić się nad możliwością penalizacji zjawiska mobbingu w kodeksie karnym lub utworzenie odrębnej ustawy antymobbingowej. Dotychczasowe regulacje kodeksowe wobec masowości tego zjawiska wydają się niewystarczające.

Podstawowe obowiązki w zakresie zwalczania mobbingu spoczywają na pracodawcach. Pierwszym krokiem pracodawców przeciwdziałającym temu zjawisku powinno być wdrożenie odpowiednich zasad postępowania w przypadkach konfliktów pomiędzy pracownikami w drodze aktów wewnętrznych. Pamiętać należy, że pracodawca, który nie opracuje wewnętrznych procedur zmierzających do realizacji obowiązku przeciwdziałania mobbingowi w miejscu pracy podlega odpowiedzialności Państwowej Inspekcji Pracy. Ważnym elementem przeciwdziałania mobbingowi na skalę globalną jest również upowszechnienie wiedzy o tym zjawisku, co spowoduje zwiększenie świadomości jego występowania i w konsekwencji umożliwi skuteczniejszą z nim walkę.

PIŚMIENNICTWO

1. Łupińska-Toroń E., Mobbing jako wyzwanie w procesie zarządzania zasobami ludzkimi. V Krakowska Konferencja Młodych Uczonych, 2002, 542.
2. W. Cieślak, J. Stelina, Prawne aspekty mobbingu, Prokuratura i Prawo, 2003, 10, 71.
3. Hołyst B., Patologia w miejscu pracy: mobbing i molestowanie seksualne, Prokuratura i Prawo, 2004, 1, 8.
4. Vandekerckhove W., Ronald Commers M.S., Downward Workplace Mobbing: A sign of the Times? Journal of Business Ethics, 2003, 45, 1-2, 42.
5. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, tj. Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.

6. Równe traktowanie kobiet i mężczyzn w stosunkach pracy. Mobbing w środowisku pracy, Warszawa 2005, 3, <http://www.pip.gov.pl/html/pl/doc/07010007.pdf>, data wejścia 27.08.2012.
7. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2001 roku o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz. U. 2001 nr 128 poz. 1405 z późn. zm.
8. Kępniak A., Mobbing w miejscu pracy – uregulowania prawne wynikające z przepisów Kodeksu pracy oraz prawa cywilnego. Seminarium Okręgowego Inspektoratu Pracy w Łodzi „Stres w pracy” – 15 listopada 2006 r., s. 2, 3, dostępne w Internecie: <http://www.lodz.oip.pl/pdf/referaty/04%20Mobbing.pdf>.
9. <http://rownetraktowanie.gov.pl/mobbing>, data wejścia 27.09.2012.
10. Ustawa z dnia 14 listopada 2003 r. o zmianie ustawy - Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz. U. 2003, nr 213 poz. 2081.
11. Szewczyk H., Ochrona dóbr osobistych w zatrudnieniu, Warszawa 2007, 472.
12. <http://rownetraktowanie.gov.pl/aktualnosci/analiza-prawno-porownawcza-w-zakresie-potrzeby-kryminalizacji-zjawiska-mobbingu>, data wejścia 27.09.2012 r.
13. Szewczyk H., Glosa do wyroku SN z dnia 16 marca 2010 r., PK I 203/09. Treść pojęcia mobbingu, Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa 2011, 2, 183.
14. Król A., Odszkodowanie dochodzone przez pracownika od pracodawcy z tytułu mobbingu oraz dyskryminacji w miejscu pracy, Komentarz praktyczny ABC nr 124131, LEX.
15. Stojek-Siwińska M., Zakres obowiązków pracodawcy – zagadnienia ogólne, [w:] Prawo pracy 2011 (red. K. Jaśkowski), Wydawnictwo Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, 207.
16. Marciniak J., Mobbing, dyskryminacja, molestowanie - zasady przeciwdziałania, Warszawa 2011, 75, 25.
17. Marciniak J., Przeciwdziałanie mobbingowi w miejscu pracy. Poradnik dla pracodawcy, Warszawa 2008, s. 20.
18. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B., Skala zjawiska lobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szpitalach, Med. Pr., 2008, 59(3), 223 – 228, 224.
19. Wyka T., Mobbing w świetle polskiego prawa pracy, http://mobbing.ips.pl/pub/File/sztuka_leczenia/mobbing_w_swietle_polskiego_prawa_pracy.pdf, s. 5.
20. Grządkowski A., Mobbing a znęcanie się „Prokuratura i Prawo”, 2011, 12, 78.
21. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 2007 roku, sygn. akt. I PK 176/06, OSNP 2008, nr 5–6, poz. 58.
22. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2010 r., sygn. akt. I PK 203/09.
23. Szewczyk H., Glosa do wyroku SN z dnia 16 marca 2010 r., PK I 203/09. Treść pojęcia mobbingu, Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa 2011, 2, 183.
24. Pospiszyl I., Patologie społeczne, Warszawa 2008, 284.
25. Merecz D., Mościcka A., Drabek M., Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposób przeciwdziałania, Łódź 2005, 17-18.
26. Kucharska A., Mobbing. Informator dla pracodawcy, Warszawa 2012, s. 11.
27. Jędrejek G., Mobbing. Środki ochrony prawnej, Wydawnictwo ABC Wolters Kluwer 2007, 63.
28. Jackowiak U., Uziak W., Wypych-Żywiecka A., Prawo pracy. Podręcznik dla studentów prawa, Warszawa 2009, 488.
29. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 roku o zmianie ustawy Kodeks Postępowania Cywilnego oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2005 nr 172 poz. 1438.
30. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 maja 2009 r. sygn. akt. III PK 2/09.
31. Szewczyk H., Pracodawczy obowiązek dbałości o dobro pracownika, Państwo i Prawo, 2007, 11, 79.
32. Raczkowski M., Zadośćuczynienie jako sankcja odpowiedzialności kontraktowej z perspektywy prawa pracy, Prz. Prawa Handl., 2011, 12, 54.
33. Mobbing. Poznaj swoje prawa w pracy, www.pip.gov.pl, data wejścia 3.09.2012.
34. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2009 roku, sygn. akt. I PK 147/08.
35. Informacja o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich w obszarze równego traktowania w roku 2011 oraz o przestrzeganiu zasady równego traktowania w Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2012, s. 75 <http://www.rpo.gov.pl/pliki/13396754150.pdf>, data wejścia 27.08.2012.
36. Wyka T., Mobbing w świetle polskiego prawa pracy, http://mobbing.ips.pl/pub/File/sztuka_leczenia/mobbing_w_swietle_polskiego_prawa_pracy.pdf, s. 5.

Adres do korespondencji:

monika.urbania@ump.edu.pl
Zakład Organizacji i Zarządzania UMP
ul. Smoluchowskiego 11
61-179 Poznań

DZIAŁANIA PODEJMOWANE W CELU ZAPOBIEGANIA ZJAWISKU MOBBINGU W WYBRANYCH PODMIOTACH LECZNICZYCH

ACTIONS UNDERTAKEN TO PREVENT THE PHENOMENON OF MOBBING IN SELECTED HEALTHCARE ENTITIES

JOANNA ZDANOWSKA, JOLANTA SIELSKA, EWA WIEJA

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

Streszczenie

Termin mobbing został wprowadzony do polskiego prawa pracy w dniu 1 stycznia 2004 roku. Jego legalną definicję zawiera art. 94³ par. 2 K.p. Podmiotem zobowiązanym do przeciwdziałania mobbingowi jest pracodawca. Może on w tym celu podejmować różne działania, a także współpracować z organizacjami funkcjonującymi w zakładzie pracy oraz instytucjami zewnętrznymi. Jednym ze skuteczniejszych sposobów realizacji obowiązku nałożonego na pracodawcę jest określenie szczegółowej procedury przeciwdziałania mobbingowi w zakładzie pracy. Istotne znaczenie ma też zapewnienie pracownikom szkoleń w tym zakresie.

Słowa kluczowe: mobbing, sposoby przeciwdziałania mobbingowi, roszczenia.

Summary

The term mobbing was introduced to the Polish employment legislation on January 1, 2004. Its legal definition is contained in Article 94³ § 2 of the labour code. The entity obliged to counteract mobbing is the employer. In order to do so, he can undertake different actions, as well as cooperate with organizations functioning in the workplace and external institutions. One of more effective ways of accomplishing the duty imposed on the employer is defining a detailed procedure of counteracting mobbing in the workplace. Of vital importance is also providing the employees with trainings in this respect.

Key words: mobbing, ways of counteracting mobbing, claims.

Definicja mobbingu

Termin mobbing pochodzi od angielskiego słowa mob i oznacza „napastować kogoś, zaczepiać, napadać”. Początkowo był on używany w odniesieniu do zwierząt. Na początku lat 80. XX wieku psychiatra Heinz Leymann jako pierwszy użył tego terminu do określenia terroru psychicznego stosowanego wobec wybranych pracowników w instytucjach gospodarczych. Zjawisko mobbingu zdefiniował jako „działania polegające na wrogim i nieetycznym, systematycznie powtarzającym się zachowaniu, skierowanym wobec jednej lub paru osób. Pod wpływem mobbingu ofiary spychane są w sytuację bezradności i utraty możliwości obrony. Pozostają tam tak długo, jak długo utrzymują się działania mobbingowe w ich kierunku” [1].

Polisce zjawisko mobbingu zaczęto dostrzegać w latach 90. Wówczas nie używano jeszcze tego pojęcia. Pierwsze badania mające na celu oszacowanie skali zjawiska zostały przeprowadzone przez CBOS w 2002 roku. W ankiecie zapytano respondentów o szykanowanie w pracy. 17% badanych wskazało, że w ciągu ostatnich 5 lat było szykanowanych przez przełożonego, natomiast 6% przez kolegów [2].

Termin mobbing został wprowadzony do polskiego prawa pracy 1 stycznia 2004 roku, na mocy nowelizacji Kodeksu Pracy (dalej: K.p.) z dnia 14 listopada 2003 roku. Zmiana ta była podyktowana dążeniem Polski do członkostwa w strukturach Unii Europejskiej, gdzie zasada równości i zakaz dyskryminacji w zatrudnieniu traktowane są jako wartości fundamentalne [3].

Zgodnie z art. 94³ par. 2 K.p. mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Jak wielokrotnie wskazywał Sąd Najwyższy, przesłanki te muszą być spełnione łącznie. D. Dorre-Nowak zwraca uwagę, że zastosowanie tak rozbudowanej definicji może powodować problemy z odróżnieniem mobbingu od innych zjawisk, niepożądanych w procesie pracy, takich jak molestowanie, molestowanie seksualne, dyskryminacja, naruszenie zasad współżycia społecznego czy też obowiązek dbania o dobro pracownika [4]. Mobberem może być zarówno przełożony, jak i inni pracownicy, pod-

władni, a według niektórych poglądów także osoby trzecie, np. klienci, pacjenci [5].

W definicji mobbingu ustawodawca uznał, że działania pracodawcy powinny mieć charakter uporczywy i długotrwały, nie wskazując jednocześnie konkretnego wymiaru czasowego. W literaturze przedmiotu można spotkać się z opiniami, że powinny one występować nie rzadziej niż raz w tygodniu przez co najmniej 6 miesięcy, ale ma to jedynie wymiar praktyczny. W orzecznictwie podkreśla się konieczność indywidualnego rozważenia każdej zaistniałej sytuacji. Przykładowo w wyroku z 17 stycznia 2007 roku Sąd Najwyższy uznał, że „długotrwałość nękania lub zastraszania pracownika musi być rozpatrywana w sposób zindywidualizowany i uwzględniać okoliczności konkretnego przypadku. Nie jest zatem możliwe sztywne wskazanie minimalnego okresu niezbędnego do zaistnienia mobbingu. Sąd, oceniając, czy okres nękania lub zastraszania jest długotrwały, powinien rozważyć, czy okres ten był na tyle długi, aby mógł spowodować u pracownika skutki w postaci zaniżonej oceny przydatności zawodowej, poniżenia lub ośmieszenia pracownika, izolacji lub wyeliminowania go z zespołu współpracowników. Za uznaniem długotrwałości takiego oddziaływania na pracownika przemawia także ustalenie, że spowodowało ono rozstrój zdrowia” (I PK 176/06).

Skoro o mobbingu można mówić dopiero w sytuacji, gdy wskazane w definicji zachowania powtarzają się wielokrotnie, to nie będzie nim jednorazowa krytyka pracownika, czy powierzenie mu zadania poniżej jego kwalifikacji zawodowych. Natomiast przykładem mobbingu będzie brak powierzania pracownikowi, przez dłuższy okres czasu, pracy do wykonania, mający wywołać u niego poczucie zaniżonej oceny przydatności zawodowej i w rezultacie prowadzić do wypowiedzenia przez niego umowy o pracę.

Obowiązek przeciwdziałania mobbingowi

Zgodnie z art. 94³ par. 1 K.p. obowiązek przeciwdziałania mobbingowi został nałożony na pracodawcę. Oznacza to, że wyłącznie on ponosi konsekwencje prawne zarówno w sytuacji, gdy sam dopuści się zachowań zabronionych względem pracownika, jak i nie podejmie interwencji w przypadku wystąpienia takich zachowań wśród pracowników względem siebie [6]. W związku z powyższym, powinien on nie tylko powstrzymać się od wszelkich praktyk mobbingowych, ale również przeciwdziałać temu zjawisku [7]. Za działania mobbingowe pracodawca odpowiada na zasadzie ryzyka podmiotu zatrudniającego. Oznacza to, że nawet jeśli w konkretnym przypadku możliwe będzie ustalenie winy określonego pracownika, pracodawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą.

Warto również pamiętać, że ochrona życia i zdrowia pracownika ma charakter bezwzględny. Jak podkreślił Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z 20 września 2001 roku „pracodawca musi więc podejmować odpo-

wiednie kroki bez względu na jego możliwości finansowe czy organizacyjne” (S.A./Bk75/01).

Obowiązek przeciwdziałania mobbingowi pracodawca może wykonywać poprzez podejmowanie działań nakierowanych na:

- zapobieganie wystąpieniu przemocy psychicznej w miejscu pracy
- pomoc ofierze
- wyeliminowanie mobbingu występującego w miejscu pracy [6].

W ostatnim przypadku działania pracodawcy powinny być zbliżone do działań podejmowanych w celu rozwiązania konfliktu w zakładzie pracy. Niejednokrotnie właściwe będzie skorzystanie z pomocy mediatora. Może być nim osoba wyznaczona przez stronę pracowniczą, a w razie braku jego skuteczności – osoba spoza zakładu pracy (z zewnątrz) [8].

Należy podkreślić, że nałożony na pracodawcę obowiązek przeciwdziałania mobbingowi obejmuje te działania, które dotyczą pracownika lub są skierowane przeciwko pracownikowi. Ofiara mobbingu musi mieć więc status pracownika w rozumieniu Kodeksu pracy. Nie będą zatem mobbingiem działania wyczerpujące elementy definicji zawartej w art. 94³ par. 2 K.p., jeśli będą odnosiły się do osób wykonujących pracę zarobkową w oparciu o inną podstawę prawną niż stosunek pracy [9].

Sposoby przeciwdziałania mobbingowi w praktyce

Jak wskazano wyżej, w celu przeciwdziałania mobbingowi pracodawca może podejmować różnorakie działania. Może on także współpracować z organizacjami funkcjonującymi w zakładzie pracy (przedstawicielstwo pracowników) oraz instytucjami zewnętrznymi (specjalistycznymi poradniami, firmami szkoleniowymi itp.). Osiągnięcie wskazanego celu nie będzie możliwe bez stworzenia odpowiedniej organizacji pracy i określenia kompetencji poszczególnych pracowników, ich podległości służbowej oraz sposobów podejmowania decyzji. Jak podaje się w literaturze prawa pracy głównym narzędziem służącym do zapobiegania i zwalczania mobbingu jest regulamin pracy. Powinny być w nim dokładnie wyszczególnione zabronione działania o charakterze mobbingu, a także informacje o karach porządkowych, które mogą być stosowane w przypadku naruszenia przez pracownika wskazanych wyżej postanowień [6]. Uregulowania chroniące pracowników przed mobbingiem mogą być również zamieszczone w układach zbiorowych pracy, w oddzielnym dokumencie wewnętrznym zakładu pracy, a nawet w umowie o pracę [9]. Dodatkowo warto, aby pracodawca zapewnił pracownikom szkolenia obejmujące tematykę mobbingu.

Przyjmuje się, że profilaktyka antymobbingowa jest dla pracodawcy opłacalna. Stosowanie mobbingu ma bowiem z reguły negatywny wpływ na produktywność zakładu pracy. Generuje ono koszty związane z absencją chorobową, zmniejszeniem efektywności pracy, brakiem

motywacji pracownika – ofiary do współdziałania z pozostałymi zatrudnionymi oraz osobami z zewnątrz [10].

Sposoby przeciwdziałania mobbingowi w Szpitalu w Puszczykowie

Na mocy Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego NZOZ Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego [11], za prowadzenie polityki kadrowej, w tym podejmowanie ostatecznych decyzji w zakresie zatrudniania i zwalniania pracowników, odpowiada Prezes Zarządu. Zgodnie z artykułem 10 Regulaminu, Prezes Zarządu, jako Dyrektor Szpitala, jest przełożonym wszystkich pracowników. W artykule 39 Regulaminu, w punkcie 5.1, znajduje się zapis wskazujący, że jednym z zadań Działu Kadr i Płac jest działalność w zakresie dyscypliny pracy. Artykuł 17, odnoszący się do obowiązków wszystkich grup pracowniczych, obliguje natomiast do przestrzegania zasad współżycia społecznego w stosunkach pracy, stosunkach służbowych oraz kontaktach z pacjentami.

W celu przekazania pracownikom podmiotu podstawowej wiedzy pomocnej w definiowaniu mobbingu i innych form dyskryminacji w środowisku pracy w oparciu o polskie i unijne regulacje prawne, w roku 2009 do wszystkich komórek organizacyjnych skierowana została „Informacja o równym traktowaniu w zatrudnieniu”. W Informacji, zacytowano, m.in. art. 94³ par. 1 K.p. Intencją pracodawcy było wyposażenie pracowników w wiedzę pomocną w odróżnieniu konfliktu interpersonalnego na linii przełożony–podwładny od zachowań mających cechy mobbingu.

O zachowaniach naruszających prawa pracownika, w tym rozpoznanych jako zachowania o znamionach mobbingu, można powiadamiać bezpośrednio pracodawcę. Inną ścieżką postępowania jest zwrócenie się o pomoc do jednej z czterech działających na terenie podmiotu organizacji związkowych. Są to:

- 1) Związek Zawodowy Pracowników w NZOZ „Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego” Sp. z o.o.
- 2) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Organizacja Terenowa Puszczykowo, ul. Kraszewskiego 3.
- 3) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Zakładowa Organizacja Związkowa przy NZOZ Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego” Sp. z o.o.
- 4) Organizacja Zakładowa NSZZ „SOLIDARNOŚĆ” w NZOS Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego” Sp. z o.o.

Do działań prewencyjnych, przyczyniających się do aktywnego zapobiegania sytuacjom sprzyjającym mobbingowi, należą też szkolenia organizowane przez pracodawcę dla poszczególnych grup pracowników.

W roku 2010 oraz 2011 na terenie Szpitala odbył się cykl szkoleń, przygotowany przez pracowników naukowych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkow-

skiego w Poznaniu. Zjawisko mobbingu omawiane było szeroko w bloku tematycznym poświęconym kształtowaniu kompetencji pracownika. Grupy pielęgniarek uczestniczące w szkoleniu otrzymały wiedzę dotyczącą, m.in.:

- 1) praktycznego zastosowania art. 94 Kodeksu pracy z perspektywy praw i obowiązków pracodawcy;
- 2) rozpoznania zjawiska mobbingu we własnym zespole pracowniczym;
- 3) rozróżniania kierunków mobbingu, np. szef-podwładny, podwładny-szef, pracownik-pracownik.

W latach 2011 i 2012, zarząd placówki zorganizował ponadto szkolenia, których celem było wypracowanie technik ochrony siebie i swoich kompetencji w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Omawiano ponadto zasady profesjonalnej komunikacji z podwładnym i budowania relacji interpersonalnych w oparciu o pryncypialne wartości organizacji. Uczestnicy spotkań mogli też dowiedzieć się, jak – z perspektywy szefa lub współpracownika – przeprowadzić rozmowę z osobami dotkniętymi zjawiskiem mobbingu w celu identyfikacji stanu faktycznego. Szkolenia przygotowali psychologowie zatrudnieni w szpitalu.

Dość należy, że procedura opracowywania harmonogramu szkoleń wewnętrznych w Szpitalu w Puszczykowie, uwzględniła postulaty grup pracowników, a w szczególności grup pielęgniarek, zgłaszających swoje potrzeby w tym względzie pielęgniarkom oddziałowym. Ważnym forum, na którym zgłaszane są potrzeby dotyczące szkoleń, są też spotkania związków zawodowych.

Sposoby przeciwdziałania mobbingowi w Szpitalu w Jeleniej Górze

Innym sposobem ograniczania ryzyka wystąpienia mobbingu w zakładzie pracy jest wprowadzenie dokumentu, zawierającego postanowienia wewnętrznej polityki antymobbingowej, tzw. „procedury antymobbingowej”, w której zamieszcza się zasady przeciwdziałania zjawisku mobbingu. Dokument ten może być dołączony do obowiązującego układu zbiorowego pracy, regulaminu pracy lub włączony do dokumentów statutowych pracodawcy [9]. Tworzenie zakładowych procedur antymobbingowych powinno opierać się na dwóch podstawowych filarach: procedurze skargowej i działaniach prewencyjnych. Gwarantuje to możliwość przeciwdziałania nie tylko już występującym problemom związanym z tym zjawiskiem, ale także problemom, które mogą pojawić się w przyszłości [12].

Przykładowo dokument taki opracowano w szpitalu w Jeleniej Górze (obecnie Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej). Oprócz definicji mobbingu zawiera wskazanie składu i zasad działania Komisji Antymobbingowej. Ponadto określa prawa i obowiązki pracowników i pracodawcy, jakie przysługują im w celu przeciwdziałania mobbingowi. W dokumencie wyszczególniono działania prewencyjne podejmowane przez pracodawcę polegające w szczególności na:

- obowiązkowym przeszkoleniu pracowników z zakresu problematyki mobbingu oraz przeciwdziałania temu zjawisku
- prowadzeniu systematycznych (odbywających się nie rzadziej niż raz w roku) prelekcji lub treningów antymobbingowych dla pracowników
- tworzeniu materiałów informacyjnych na temat mobbingu oraz udostępnianiu ich pracownikom.

Działania prewencyjne mogą również inicjować pracownicy.

Dokument określa także szczegółową procedurę w przypadku wystąpienia mobbingu. Obejmuje ona pisemne zgłoszenie wniesione do Komisji Antymobbingowej, postępowanie dowodowe przed Komisją oraz podjęcie decyzji co do zasadności wniesionego zgłoszenia (skargi). W toku postępowania Komisja może wskazać określone działania interwencyjne, które należy podjąć w celu zatrzymania zjawiska mobbingu w szpitalu. Rezultatem działania Komisji jest sporządzenie opinii o wystąpieniu mobbingu lub jego braku oraz sformułowanie wniosku o zastosowanie sankcji wobec sprawcy lub sprawców. Decyzje o sposobie ukarania podejmuje pracodawca. Może to być zastosowanie jednej z kar porządkowych lub rozwiązanie umowy o pracę. Niezależnie od działań Komisji pracownik – ofiara mobbingu może wystąpić z roszczeniem do sądu pracy. Ponadto może złożyć zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa. Omawiany dokument przewiduje również, w uzasadnionych przypadkach, zapewnienie pracownikowi niezbędnej pomocy specjalistycznej, na koszt pracodawcy [13].

Roszczenia ofiar mobbingu

Zgodnie z art. 94³ par. 3 K.p. pracownik, który wskutek mobbingu doznał rozstroju zdrowia może dochodzić od pracodawcy, na drodze sądowej, odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Warunkiem koniecznym do wystąpienia z tym roszczeniem jest powstanie skutku w postaci rozstroju zdrowia. Ciężar dowodu w zakresie związku przyczynowego między mobbingiem a powstaniem rozstroju zdrowia spoczywa na pracowniku (co stanowi odmienne uregulowanie niż w przypadku dyskryminacji) [6]. Takie stanowisko wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 maja 2009 roku, w którym wskazał, że „roszczenie ofiary mobbingu tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 94³ par. 3 K.p.) wymaga udowodnienia przez poszkodowanego skutku mobbingu w postaci rozstroju zdrowia” (III PK 2/09). W uzasadnieniu Sąd objaśnił, że „prawo do zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę służy pracownikowi od pracodawcy pod warunkiem doznania rozstroju zdrowia kwalifikowanego w kategoriach medycznych. Nie jest w tym przypadku wystarczające wykazanie następstw w sferze psychicznej poszkodowanego, takich jak uczucie smutku, przygnębienia, żalu i innych negatywnych emocji, czy też, jak stanowi art. 448 k.c. – naruszenia dobra

osobistego. Dlatego roszczenie ofiary mobbingu o zadośćuczynienie krzywdzie na podstawie art. 94³ par. 3 K.p. aktualizuje się wyłącznie w sytuacji, gdy zostanie udowodniony skutek w postaci rozstroju zdrowia”. Jednocześnie Sąd podkreślił, że mimo iż musi wystąpić wskazany wyżej skutek, to pracownik może dochodzić zadośćuczynienia za całokształt doznanej krzywdy, a nie tylko za rozstrój zdrowia będący skutkiem mobbingu.

Warto również podkreślić, że do stwierdzenia mobbingu nie ma znaczenia zamiar z jakim działał mobber. Jak uznał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 marca 2010 roku „nie jest wymagane wykazanie umyślnego zamiaru wywołania rozstroju zdrowia u pracownika poddanego zakazanemu zachowaniu się mobbera. Oznacza to, że za mobbing mogą być uznane wszelkie bezprawne, także nieumyślne, działania lub zachowania mobbera dotyczące lub skierowane przeciwko pracownikowi, które wyczerpują ustawowe znamiona mobbingu, a w szczególności wywołały rozstrój zdrowia u pracownika” (I PK 203/09).

W art. 94³ par. 3 K.p. ustawodawca nie wskazał granicy wysokości zadośćuczynienia jakiego może domagać się pracownik z tytułu mobbingu. Ma ono jednak charakter kompensacyjny, więc nie może być symboliczne. Powinno przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Ponadto powinno uwzględniać rozmiar rozstroju zdrowia, trwałość następstw zdarzenia i konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym.

Odmienne kształtuje się sytuacja pracownika, który na skutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę. Art. 94³ par. 4 K.p. upoważnia go do dochodzenia na drodze sądowej odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę. Wskazanie przez ustawodawcę wyłącznie dolnej granicy powoduje, że zasądzone przez sąd odszkodowanie będzie odpowiadać pełnej wysokości szkody poniesionej przez pracownika. Oświadczenie pracownika o rozwiązaniu umowy o pracę powinno nastąpić na piśmie przy czym w uzasadnieniu powinien on wskazać mobbing jako przyczynę swojej decyzji. Z treści art. 94³ par. 5 K.p. nie można wyprowadzić wprost wniosku, że przepis ten dotyczy wyłącznie rozwiązania umowy o pracę bez zachowania okresu wypowiedzenia. Rozwiązanie umowy może nastąpić także wskutek upływu okresu wypowiedzenia lub na podstawie porozumienia stron [14].

Należy podkreślić, że w literaturze prawniczej dotyczącej mobbingu dominuje pogląd, zgodnie z którym pracownik niezależnie od rozwiązań zawartych w Kodeksie pracy może wystąpić przeciwko pracodawcy z roszczeniami wywodzonymi bezpośrednio z przepisów prawa cywilnego, czyli z roszczeniami cywilnoprawnymi, a w szczególności:

1) o ustalenie, że ma (lub miał) miejsce mobbing jako zdarzenie prawotwórcze, rodzące odpowiedzialność odszkodowawczą po stronie prześladowcy (art. 189 k.p.c.),

2) o zaniechanie naruszania dóbr osobistych pracownika w związku z mobbingiem (art. 24 § 1 zdanie pierwsze k.c.),

3) o dopełnienie czynności potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia dóbr osobistych, w szczególności przez złożenie oświadczenia o odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie (art. 24 § 1 zdanie drugie k.c.),

4) o zadośćuczynienie pieniężne za krzywdę doznaną wskutek naruszenia dóbr osobistych lub o zapłatę odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny (art. 24 § 1 zdanie trzecie k.c. i art. 448 k.c.),

5) o naprawienie szkody wyrządzonej naruszeniem dóbr osobistych (art. 24 § 2 k.c. oraz art. 415 i nast. k.c.),

6) o naprawienie szkody wyrządzonej rozstrojem zdrowia spowodowanego mobbingiem (art. 444 k.c.) (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 października 2009 r., II PK 105/09).

W Polsce od kilku lat wzrasta liczba, kierowanych do sądów pracy, spraw o mobbing. W 2011 roku było ich 588. Jednocześnie liczba wyroków na korzyść pracowników stale spada. W ubiegłym roku było ich zaledwie 23 [12]. Sprawy o mobbing należą do trudnych dowodowo. W celu ułatwienia pracownikom dochodzenia swych praw przed sądem – Prokurator Generalny A. Seremet wystąpił z propozycją dopisania mobbingu jako przestępstwa do kodeksu karnego. Pomysł ten ma zarówno zwolenników, jak i przeciwników. Jak wskazuje J. Kasicka, sędzia Sądu Okręgowego w Płocku, procesy o mobbing należą do trudnych i zabierają sporo czasu. Gdyby sąd pracy dostawał wyrok skazujący sądu karnego, byłby on dla niego wiążący. Sądowi pracy pozostawałoby jedynie ustalić wysokość odszkodowania, co znacznie przyspieszyłoby jego pracę. Odmiennego zdania jest natomiast M. Królikowski, wiceminister sprawiedliwości, którego zdaniem w kodeksie karnym są przepisy, które pozwalają karać za zachowania mające znamiona mobbingu (choć nie nazywa się ich wprost mobbingiem) i nie ma konieczności wpisywania do kodeksu kolejnego przestępstwa [12]. Wniosek Prokuratora Generalnego nie jest pierwszym w tej sprawie. Propozycję takiego rozwiązania zgłaszano już wcześniej, jednak za każdym razem nie uzyskiwała ona wystarczającego poparcia.

Zakończenie

Prawo zawiera liczne regulacje mające na celu ochronę pracowników. Ofiary mobbingu mogą wystąpić z powództwem cywilnym, jak i złożyć zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa. Wciąż jednak liczba spraw sądowych zakończonych wyrokami na korzyść pracowników jest niewielka. W głównej mierze powodują to trudności dowodowe potwierdzające wystąpienie mobbingu w konkretnej sprawie. Zdarza się też, że pracownicy mylą mobbing z molestowaniem lub dyskryminacją [15].

PIŚMIENNICTWO

1. Marciniak J., Jak bronić się przed mobbingiem, DobryeBook.pl, Kraków 2006, 4-5.
2. Centrum Badania Opinii Społecznej (2002). Szykany w miejscu pracy. Komunikat z badań, <http://www.cbos.pl> [dostęp: 3.09.2012].
3. Kędziora K., Śmiszek K., Dyskryminacja i mobbing w zatrudnieniu, Wyd. 2, C.H. Beck, Warszawa 2010, 9.
4. Dorre-Nowak D., Zbieg środków ochronnych przed molestowaniem, molestowaniem seksualnym i mobbingiem, Pr. Zabezp. Społ., 2004, 11, 8-14.
5. Jaśkowski K., Maniewska E., Komentarz bieżący do ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, LEX, 2011.
6. Muszalski M. (red.), Kodeks pracy. Komentarz, C.H. Beck, Warszawa 2007, 355-360.
7. Celeda R., Chmielek-Łubińska E., Florek L., Goździe-wicz G., Hintz A., Kijowski A., Pisarczyk Ł., Skoczyński J., Wagner B., Zieliński T., Kodeks pracy. Komentarz, LEX 2009, wyd. V.
8. Sadowska L., Kańczuła S., Występowanie mobbingu w środowisku służby zdrowia (aspekty prawne, społeczne i terapeutyczne), Prz. Med. Uniw. Rzesz. Nar. Inst. Leków Warsz., Rzeszów 2010, 3, 372.
9. Kępniak A., Mobbing w zakładzie pracy zagrożeniem dla pracowników i pracodawcy, Prew. Rehab., 2012, 1 (27), 10-11.
10. Zdanowska J., Kariera i rozwój pracownicy pielęgniarek – aspekty prawne, Pielę. Pol., 2009, 4 (34), 328.
11. Załącznik do Uchwały nr 1 Zarządu z dn.31 sierpnia 2011, Regulamin Organizacyjny Podmiotu Leczniczego NZOZ Szpital w Puszczykowie im. Prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego Sp z o.o.
12. Chakowski M., Wewnętrzna polityka antymobbingowa drogą do rozwiązania problemu mobbingu na poziomie zakładu pracy, Monitor Prawa Pracy 2010, 12.
13. Szczegółowa procedura przeciwdziałania mobbingowi w szpitalu wojewódzki w Jeleniej Górze, Załącznik nr 1 do Procedury Jakości, www.spoz.jgora.pl/files/informacje/pliki/1274941962.pdf [dostęp: 3.09.2012].
14. Romer M.T., Mobbing i jego konsekwencje, Prawo Pracy, 2005, 12.
15. Rakowska-Boroń I., Tylko co dwudziesty pracownik wygrywa sprawę o mobbing, www.gazetaprawna.pl/artykuly/23116,tylko_co_dwudziesty_pracownik_wygrywa_sprawe_o_mobbing.html [dostęp: 4.09.2012].

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. M. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

ZASTOSOWANIE KRIOTERAPII W DERMATOLOGII

CRYOTHERAPY IN DERMATOLOGY

KAROLINA OLEK-HRAB

Katedra i Klinika Dermatologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Zygmunt Adamski

Streszczenie

Zastosowanie zimna dla celów terapeutycznych znalazło zastosowanie już w czasach Hipokratesa. Kolejne stulecia przyniosły burzliwy rozwój tej dziedziny, a w roku 1095 pierwszy raz zastosowano ciecz kriogeniczną w leczeniu zmian skórnych. Aparaty do leczenia tą metodą z roku na rok stwarzały nam lepsze możliwości zastosowania i szersze spektrum terapeutyczne. Obecnie najczęściej posługujemy się urządzeniami chłodzonymi ciekłym azotem. Metoda ta jest szeroko stosowana w dermatologii do leczenia różnych jednostek, w tym głównie chorób wirusowych, naczyniowych oraz przede wszystkim stanów przednowotworowych oraz nowotworowych. Choć nie jest pozbawiona działań niepożądanych jest metodą bezpieczną i skuteczną stanowiąc alternatywę dla metod laseroterapii czy chirurgii klasycznej.

Słowa kluczowe: krioterapia, kriochirurgia, leczenie dermatologiczne, ciekły azot.

Summary

Using cold for therapeutic reason found please already in Hippocrates times. Next centuries have brought stormy development of this domain, but first case of using cryogenic liquid for treating skin lesions. From year to year apparatuses made better capabilities of employment for treatment this method and wide therapeutic spectrum. We use fix-ups cooled presently liquid nitrogen most often. This method is widely applicable in dermatology, mostly to treat various disease units such as viral changes, vascular disorders and especially pre-neoplasm and neoplasm lesions. Despite some side effects it is safe and effective method being alternative for laser or surgery.

Key words: cryotherapy, cryosurgery, dermatological treatment, liquid nitrogen.

Wstęp

Pierwsze doniesienia z zastosowaniem zimna w celach terapeutycznych pochodzą z czasów Hipokratesa (460–370 r. p.n.e). Zaobserwowano, że po zastosowaniu dochodzi do zmniejszenia obrzęku, krwawienia i bólu spowodowanego urazem i chorobą kości i kończyn. Jednak dopiero doniesienia autorstwa Arnotta z 1855 roku uznane są za początek współczesnej kriochirurgii. Stosował on tę terapię do leczenia zmian nowotworowych obserwując zatrzymanie wzrostu, krwawienia z guza i bólu [1]. Kolejne zastosowanie niskich temperatur w medycynie stało się możliwe po odkryciu metod skraplania gazów. W 1877 roku udało się pozyskać gaz w formie skroplonej, był to tlen, początkowo pozyskiwany w małych ilościach, niewystarczających do szerszego zastosowania. Dopiero w 1883 roku polscy naukowcy z Uniwersytetu Jagiellońskiego stworzyli naczynie umożliwiające dłuższe przechowywanie ciekłego tlenu jak również azotu. Naczynie to w delikatnej modyfikacji przez kolejne lata, do uzyskania formy naczynia Dewara, jest używane do dziś [2]. Pierwsze doniesienia o zastosowaniu klinicznym cieczy kriogenicznych pochodzą z 1905 roku, kiedy to M. Juliusberg opisał leczenie zmian skórnych metodą natryskową z balonu wypełnionego ciekłym dwutlenkiem węgla. Przełom nastąpił na początku lat 60. XX

wieku wraz z konstrukcją urządzenia kriochirurgicznego. Aparat zbudowany został przez I. Coopera i A.S. Lee i użyty do operacji neurochirurgicznej, a opublikowane wyniki dotyczyły zamrażania substancji czarnej u pacjentów z chorobą Parkinsona [3].

W Polsce początki zastosowania kriochirurgii datuje się na lata 60. XX wieku. Pierwsze zastosowanie tej metody terapeutycznej miało miejsce w leczeniu zaćmy [4].

Aparatura kriochirurgiczna

Stosowane w kriochirurgii niskie temperatury można osiągnąć różnymi metodami. Najprostsze wydaje się zastosowanie lodu, suchy lód czyli zestalony pod ciśnieniem dwutlenek węgla w postaci śnieżnej masy, sublimuje w temperaturze $-78,9^{\circ}\text{C}$. W urządzeniach kriochirurgicznych stosuje się skroplone gazy, takie jak podtlenek azotu czy ciekły azot.

Aparaty do kriochirurgii można ogólnie podzielić według sposobu obniżania temperatur na trzy podstawowe grupy: zmiana stanu, rozprężanie gazu i efekt termoelektryczny. To właśnie zjawisko zmiany fazy z ciekłej na gazową wykorzystuje się w aparaturze chłodzącej ciekłym azotem. W stanie ciekłym gaz ten jest cieczą podobną do

wody i charakteryzuje się wysokim ciepłem parowania przy niskiej temperaturze wrzenia wynoszącej około -196°C .

Urządzenie chłodzące dwutlenkiem węgla: przykładem jest Kryorapid (Steinfatt & Steinfatt, Niemcy) działający z wykorzystaniem CO_2 w pojedynczych kapsułkach. Temperatura końcówki obniża się do -37°C . Po załadowaniu kapsuły objętość gazu wystarcza do wykonania kilku zabiegów.

Urządzenie chłodzone podtlenkiem azotu: istnieje kilka urządzeń do leczenia przy użyciu podtlenku azotu. Należą do nich aparat kriochirurgiczny AK-2, destruktor niskotemperaturowy UP-10, Erbokryo 12 Cryo Gun. Niektóre urządzenia, jak np. aparat AK-2 wymaga podłączenia do źródła prądu.

Urządzenie chłodzone ciekłym azotem: najczęściej wykorzystywany jest aparat marki Kriosystem KS-2, jest to mały, przenośny aparat o pojemności 1 dm^3 , w którym ręczny nacisk na dźwignię zaworu umożliwia wypływ azotu. Dzięki parowaniu wewnątrz butli azotu powstaje ciśnienie wykorzystywane do wykonania zabiegu. Aparat jest wyposażony w bogaty wybór końcówek umożliwiających precyzyjne wykonanie zabiegu a dobór daje nam możliwość ograniczenia pola zabiegowego do zmiany chorobowej. Do przechowywania ciekłego azotu służą naczynia Dewara o pojemności 10, 25 litrów.

Metody kriochirurgii

Dobór metody leczenia zależy od doświadczenia osoby wykonującej zabieg, ale przede wszystkim od rodzaju zmiany chorobowej. Przy pomocy ciekłego azotu wyróżnia się trzy sposoby leczenia: za pomocą wacików nawiniętych na drewniane patyczki, metodą natryskową i kontaktową.

Zamrożenie przy pomocy wacika zanurzonego w ciekłym azocie wykorzystuje się do zmian łagodnych i płytkich. Jest to najprostsza forma terapii. Duże znaczenie w tej metodzie ma sposób nawinięcia waty na patyk oraz ilość tej waty. Przy zbyt luźnym założeniu może dojść do sphywania ciekłego azotu na zdrową skórę. Ograniczając wielkość nawinięcia ograniczamy pole zabiegu, co ma wpływ na dalsze leczenie. Zazwyczaj nadmiar azotu po wyjęciu z naczynia podlega strzepnięciu. Należy pamiętać, żeby dany aplikator stosować dla jednego pacjenta, jak również, żeby naczynie było używane tylko przez jednego chorego.

Metoda natryskowa wykorzystuje możliwości aparatu koniecznego do wytworzenia ciśnienia. Rozpylony ciekły azot odparowując powoduje obniżenie temperatury powierzchni ciała. Zabieg wykonywany jest z odległości 1 cm od powierzchni skóry, co daje najlepsze możliwości terapeutyczne.

Metoda zamrażania aplikatorami zamkniętymi umożliwia dokonania zabiegu usunięcia zmian od punktowych do kilkunastocentymetrowych. Powierzchnia końcówek jest najczęściej okrągła, ale może być również stosowany aplikator w kształcie stożkowym. Zabieg jest nieco dłuż-

szy niż to ma miejsce w metodzie natryskowej. Należy pamiętać, żeby końcówka zakrywała całą zmianę skórą.

Wykonując tego typu zabiegi zawsze nasuwa się pytanie jak ocenić radykalność zabiegu i głębokość działania. Punktem wyjścia w poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie może być to, że objętość tkanki poddanej zamrożeniu wykazuje zawsze tendencje do formowania kształtu kulistego.

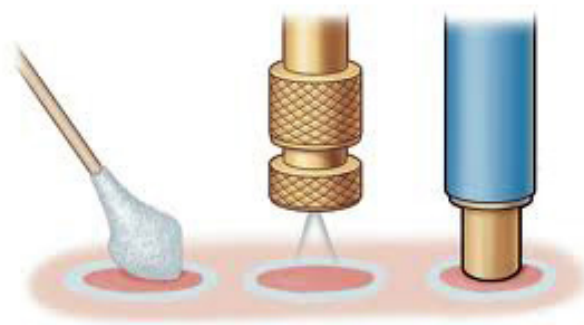


Foto 1. Metody wykonania zabiegu
Photo 1. The methods of work in cryotherapy

Zastosowanie krioterapii w dermatologii

Infekcje wirusowe

Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego jest jednym z najczęstszych infekcji skóry i błon śluzowych. Heterogenność wirusa sprawia, że zasiedlane są różne okolice a obraz kliniczny bywa rozmaity. Wyodrębnia się grupę onkogenną i nieonkogenną wirusów, szczególnie w obrębie błon śluzowych liczba genotypów wykazujących związek z dysplazją i rakiem szyjki jest duża.

Brodawki wirusowe stwierdza się u około 10% populacji, szczególnie u nastolatków. Okres inkubacji jest długi i może wynosić nawet kilka miesięcy. Ocenę metody leczenia trudno jest nam przeprowadzić, ponieważ w części przypadków ustępują one samoistnie po kilku miesiącach lub latach. Krioterapia jest najczęściej wybieraną metodą leczenia brodawek wirusowych dłoni i stóp. Należy jednak pamiętać, żeby przed zabiegiem przez okres 2 tygodni stosować preparaty zmiękczające na bazie kwasu salicylowego. Zamrożenie ma na celu wytworzenie pęcherza i tym samym usunięcie zmiany skórnej. Zabieg najczęściej wykonujemy metodą natryskową, dwukrotnie powtarzając fazę mrożenia. Czas mrożenia wynosi kilka sekund, należy ochronić otoczenie zmiany, ograniczając tym samym zakres zabiegu. Po zabiegu w momencie wytworzenia pęcherza proponujemy pacjentowi zastosowanie antybiotyku w aplikacji miejscowej dwa razy na dobę [5, 6, 7].

Brodawki płaskie występujące najczęściej na powierzchni grzbietowej rąk i twarzy kwalifikują się do leczenia krioterapią, po wcześniejszych niepowodzeniach innymi metodami terapeutycznymi. Leczenie polega na

zastosowaniu powierzchniowego natrysku niedoprowadzając do utworzenia pęcherza. Zabieg można powtórzyć po 2 tygodniach. Kontrolę po zabiegu przeprowadza się w 7–10 dobie celem oceny efektów terapii. Można wydłużyć ten okres obserwacji do 3 tygodni po zabiegu i wtedy ewentualnie powtórzyć zabieg [8].

Kłykciny kończyste (*Condylomata acuminata*) są jedną z form zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego w okolicy narządów płciowych, należą do najczęstszych chorób przenoszonych tą drogą. U mężczyzn zajmują wędzidełko, rowek założędnny, wewnętrzną blaszkę napletka, okolice odbytu a u kobiet najczęściej stwierdza się je na tylnej części przedsionka pochwy, wargach sromowych mniejszych, łechtaczce, w ujściu cewki moczowej i kroczu. W typowej postaci klinicznej są to pojedyncze lub liczne grudki przerosłe zlewające się w kalafiorowate twory na uszypułowanej podstawie. Jeśli przybierają barwę szarawą lub brunatną należy pamiętać o możliwości rozrostu nowotworowego. Kriochirurgiczne usunięcie kłykciny jest najczęściej stosowane po niepowodzeniach leczenia podofiliną czy imiquimodem [9, 10]. Przed zabiegiem najlepiej okolice zmian skórnych znieczulić stosując zewnętrznie preparaty z lignokainą lub podając znieczulenie śródskórnie. Stosujemy metodę natrysku w cyklu podwójny 10–20 s na zmiany małe i 30–45 s na zmiany przerosłe. Zabieg można powtórzyć po 2 tygodniach. Bezpośrednio po zabiegu może wystąpić obrzęk, pieczenie a następnie pojawić się w miejscu zabiegu pęcherz.

Z działań niepożądanych najczęściej wymienia się nadkażenie bakteryjne w miejscu zabiegu, powstanie blizny oraz niepowodzenie terapeutyczne.

Zmiany naczyniowe

Wrodzone znamiona naczyniowe występują u 1–1,5% noworodków kilka dni do tygodni po urodzeniu. Podział naczyniaków obejmuje naczyniaki płaskie oraz naczyniaki właściwe, które dzielą się na naczyniaki zwykłe i naczyniaki jamiste. To właśnie naczyniaki jamiste mają tendencje do samoistnego ustępowania w 60% w pierwszych latach życia. Wprowadzenie w latach 80. XX wieku do leczenia tego typu zmian laserów naczyniowych ograniczyło w dużym stopniu zastosowanie innych metod terapeutycznych. Nadal jednak są zwolennicy stosowania krioterapii, jak również presoterapii czy chirurgicznego usunięcia. Gdy zmiany naczyniowe występują na błonach śluzowych policzków i warg oraz języka wskazane jest wykonanie zabiegu krioterapii. Najczęściej stosuje się metodę uciskową krioterapii, czas jest różny i waha się od 60–120 s. Po wykonaniu zabiegu obserwuje się narastający obrzęk, zmianę zabarwienia na bardziej brunatną. Po paru dniach pojawia się strup, którego nie należy usuwać. Zaleca się stosowanie maści z antybiotykiem a proces gojenia wynosi około 2–6 tygodni.

Ziarniniak naczyniowy jest szybko rozwijającym się guzem zbudowany z bujących w luźnym położeniu naczyń włosowatych. Przed zabiegiem kriochirurgicznego

usunięcia zmiany należy wykonać badanie dermoskopii celem różnicowania z czerniakiem postacią bezbarwnikową. Wydaje się, że kriochirurgiczne usunięcie zmiany jest najlepszą metodą leczenia. Zabieg powinien być wykonany dwukrotnie, dość głęboko przy użyciu zamkniętych końcówek.

Stany przednowotworowe oraz łagodne zmiany rozrostowe

Rogowacenie słoneczne (starcze) należy do jednej z częściej występujących dermatoz, pojawia się zazwyczaj około 50. roku życia, raczej w miejscach odsłoniętych. Jednym z czynników wywołujących jest promieniowanie słoneczne, dlatego obserwuje się te zmiany zdecydowanie częściej u osób opalających się w młodości. Około 60% nowotworów skóry rozwija się właśnie z ognisk rogowacenia słonecznego. Typowe objawy kliniczne to pieczenie, świąd oraz krwawienie w miejscu występowania zmian. Najczęściej wybraną formą leczenia jest właśnie krioterapia [11]. Zabieg wykonujemy dwukrotnie zamrażając miejsce występowania zmiany skórnej, licząc czas zamrażania, który powinien wynosić około 15 s na każde mrożenie oraz dokonując pomiaru czasu rozmrażania. Najczęściej wykonujemy zabieg metodą natryskową. Szczególnie na twarzy spodziewamy się odczynu pęcherzowego z dużym obrzękiem o czym oczywiście informujemy pacjenta przed wykonaniem zabiegu krioterapii. Jeśli zmiana jest duża i nie możemy dokonać zabiegu jednorazowo, dzielimy sobie zmianę chorobową na kwadranty i w każdym stosujemy tę samą zasadę krioterapii. Przed zabiegiem możemy pobrać wycinek do badania histopatologicznego celem potwierdzenia klinicznego rozpoznania. Po zabiegu może pojawić się biała blizna w miejscu krioterapii. Czasem po latach obserwuje się wznowę, należy wtedy bezwzględnie pobrać wycinek celem wykluczenia raka kolczystokomórkowego.

Rogowacenie białe błon śluzowych jamy ustnej (leukoplakia) to stan przednowotworowy obarczony dużym ryzykiem przemiany nowotworowej. Krioterapia razem z laseroterapią stanowią dwie najczęściej wybierane metody terapeutyczne. Przed wykonaniem zabiegu należy wykonać biopsję celem potwierdzenia rozpoznania. Miejsce zabiegu znieczulić się 2% lignokainą. Wybór metody zależy od rozległości oraz lokalizacji zmian. Najczęściej stosuje się metodę natryskową. Po zabiegu zaleca się miejscowo środki odkażające oraz płukanie jamy ustnej. Owrzodzenia goją się do 2 tygodni, pozostawiają mało widoczną bliznę.

Róg skórny (*cornu cutaneum*) można również leczyć metodą kriochirurgii, najlepiej ściąć wyniosłą stożkową część wykwiut skalpelem, a pozostałą część zamrozić metodą kontaktową zamrażając dwukrotnie około 30 sekund każde mrożenie.

Brodawka lojotokowa (*verruca seborrhoica*) zamrażanie odbywa się metodą natryskową raczej na zasadzie niedomrożenia. W razie braku efektu wskazane jest wy-

konanie kolejnego zabiegu. Czas zabiegu wynosi około 15–30 sekund, zabieg wykonuje się dwukrotnie.

Włókniaki (*Fibroma*) – krioterapia jest bardzo dobrą metodą leczenia uszypułowanych zmian o charakterze fibroma. Najczęściej stosuje się krioterapię używając pincety. Zabieg wykonuje się dwukrotnie, po uchwyceniu włókniaka pincetą mrożenie dokonuje się po narzędziu, po jego płaskiej części. Po 3–4 dniach dochodzi do obrzęku zmiany skórnej a następnie martwica po kolejnych 7 dniach. Po zabiegu raczej nie występują przebarwienia. Można również wykonać zabieg odpowiednio uformowanym wacikiem. W tej metodzie ryzyko odbarwień jest większe.

Kriochirurgia zmian nowotworowych skóry

Zabieg kriochirurgii stosuje się w przypadku potwierdzonego badaniem histopatologicznym nowotworu podstawnkomórkowego lub kolczystokomórkowego. W przypadku raka podstawnkomórkowego mrożeniu podlegają zmiany skórne o wyraźnych granicach zwłaszcza odmiana powierzchniowa i guzkowa, zmiany zlokalizowane nad tkanką chrzęstną lub kostną. Względnym przeciwwskazaniem są zmiany guzowate, szczególnie jeśli przekraczając 2 cm, zmiany nawrotowe po innych metodach, nowotwory naciekające tkankę chrzęstną lub kostną, twardzinopodobna odmiana raka podstawnkomórkowego. W przypadku raka kolczystokomórkowego tylko zmiany o określonych granicach i powierzchniowe mogą być poddane krioterapii. W przypadku rozpoznania tego typ zmiany nowotworowej należy zawsze rozważyć metodę chirurgicznego leczenia [12, 13, 14, 15].

Metoda zabiegu polega na szybkim zamrożeniu zmiany z powolnym rozmrażaniem i kolejnym szybkim zamrożeniem zmiany skórnej. Zawsze przed zabiegiem należy określić granice zmiany skórnej, która będzie poddana leczeniu. Pole operacyjne musi być dokładnie oświetlone.

Najczęściej stosowaną metodą jest technika natrysku metodą otwartą, przydatna głównie w zmianach rozległych o nieregularnych granicach i powierzchni. Zamrożenie jest szybkie i obejmuje duże powierzchnie. Celem ograniczenia pola natrysku najlepiej zastosować krioplikatory w kształcie wydrążonego walca lub stożka, która dociska się do powierzchni skóry.

Zabieg wykonuje się w pozycji leżącej, co sprzyja symetrycznemu przesuwaniu się frontu lodowego wokół całego brzegu zmiany. Przed zabiegiem obrysowuje się granice zmiany. Następnie wykonuje się znieczulenie nasiękowe z 2% lignokainy. Należy dokonać zabezpieczenia otworów naturalnych, jeśli miejsce zabiegu znajduje się w ich otoczeniu. Najlepiej wykonać to używając wacików z gazy osłaniając w ten sposób powieki czy otwory nosowe. Po zabiegu pojawia się początkowo rumień a następnie obserwuje się występowanie obrzęku a nawet pęcherza po kilku godzinach od zabiegu. W pierwszej dobie występuje wysięk surowiczy a nawet krwisty z pęcherza, to obfite sączenie utrzymuje się czasem kilka dni. Proces gojenia

trwa nawet do 2–3 tygodni, w miejscu zabiegu widoczna jest biała blizna. Na czas gojenia wskazane jest stosowanie preparatów zewnętrznych odkażających oraz maści z antybiotykami [16].

Zabiegiem przy użyciu krioterapii leczymy również chorobę Bowena, jest to metoda z wyboru przy tego typu zmianach skórnych. Zabieg wykonuje się metodą natryskową, przy szybkim dwukrotnym zamrożeniu i powolnym rozmrażaniu. Po zabiegu zmiany traktujemy identycznie jak te w przypadku nowotworu podstawno- czy kolczystokomórkowego. Czas zabiegu mrożenia wynosi w większości przypadków około 30 sekund. W miejscu zabiegu po wygojeniu pozostaje blizna biała, okrągła.

Erythroplasia Queyrata to nic innego jak choroba Bowena zlokalizowana na narządach płciowych. Zabieg krioterapii wykonujemy metodą natryskową. Obserwuje się po zabiegu raczej mały obrzęk a czas gojenia wynosi około 2 tygodni [16].

Podsumowanie

Krioterapia znalazła zastosowanie w wielu jednostkach dermatologicznych. Stanowi metodę skuteczną, bezpieczną oraz pozbawioną poważnych działań niepożądanych. Może być zastosowana w każdym wieku również u dzieci.

Dzięki skuteczności metoda ta stała się powszechnie dostępną formą leczenia, uzupełniając metody chirurgiczne i laseroterapię.

PIŚMIENNICTWO

1. Arnott J., On the treatment of cancers by regulated application of an anaesthetic temperature. Churchill Livingstone, London 1855, 1-32.
2. Wróblewski S.U., Olszewski S.K., Liquid state oxygen and nitrogen. *Annalen de Physik*, 1883, 20, 256-260
3. Cooper I.S., Cryogenic cooling or freezing of basal ganglia. *Clin. Neurol.*, 1962, 22, 336-342.
4. Krwawicz T., O możliwości usuwania zaćmy w torebce przy pomocy krioelektroterapii oraz wyrównania stanu bezsoczewkowego oka drogą operacji plastycznej rogówki. *Pam. XXVII Zjazdu Pol. Tow. Okul.*, Poznań 1960.
5. Dall'oglio F., D'Amico V., Nasca M.R., Micali G., *Am. J. Clin. Dermatol.*, 2012, 1, 13, 2, 73-96.
6. Mulhem E, Pinelis S.: Treatment of nongenital cutaneous warts. *Am. Fam. Physician.*, 2011, 1, 84, 288-93.
7. Tomson N., Sterling J., Ahmed I., Hague J., Berth-Jones, J. Human papillomavirus typinf of warts and response to cryotherapy. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2011, 25, 1108-11.
8. Bavinck J.N., Eekhof J.A., Bruggink S.C., Treatments of common and plantar warts, *BMJ*, 2011, 7, 342.
9. Cook K., Brownell I., Treatments for genital warts, *J. Drugs Dermatol.*, 2008, 7, 801-7.
10. O'Mahony C., Genital warts current and future management options. *Am. J. Clin. Dermatol.*, 2005.
11. Ceilley R.I., Jorizzo J.L., Current issues in the management of actinic keratosis, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2013, 68, S28-38.

12. Skelton L.A., The effective treatment of basal cell carcinoma, Br. J. Nurs., 2009, 18, 348-50.
13. Kuflik E.G., Gage A.A., Cryosurgical management of basal cell carcinoma of the eyelid; a 10-year experience. J. Am. Acad. Dermatol., 1990, 23, 316-317.
14. Gage A.A., Cryosurgery in the treatment of the cancer, Surg. Gynecol. Obstet., 1992, 174, 73-92.
15. Zacarian S.A., Cryosurgery in the management of cutaneous disorders and malignant tumours of the skin, Compr. Ther., 1994, 7, 379-401.
16. Kaźmierowski M., Kriochirurgia w chorobach skóry, Czelej, Lublin 1997.

Adres do korespondencji:

Katedra i Klinika Dermatologii UMP
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
e-mail: dermask2@ump.edu.pl

OCENA ZADOWOLENIA Z PRACY FIZJOTERAPEUTÓW – BADANIA WSTĘPNE

THE LEVEL OF JOB SATISFACTION AMONG PHYSIOTHERAPISTS – PRELIMINARY STUDY

TOMASZ JAROSŁAW NIEWIADOMSKI¹, JUSTYNA REGLIŃSKA², MARIA BISKUPSKA³

¹Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

²Studia Stacjonarne Pierwszego Stopnia na kierunku Zdrowie Publiczne

Wydział Nauk o Zdrowiu

³Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej

Wydział Nauk o Zdrowiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jacek Wysocki

Streszczenie

Monitorowanie satysfakcji zawodowej pracowników sektora medycznego jest ważnym elementem procesu zarządzania oraz umożliwia zachowanie odpowiedniego poziomu świadczonych usług. Celem pracy była ocena zadowolenia z pracy grupy zawodowej fizjoterapeutów. Narzędziem wykorzystanym w badaniu był „Kwestionariusz satysfakcji z pracy w ochronie zdrowia” składający się z 44 stwierdzeń, pogrupowanych w osiem wymiarów: obecna praca i jej warunki, możliwości rozwoju, kontrola i zwierzchnicy, stosunki ze współpracownikami, stosunki z pacjentami, płace, praca ogólnie, stosunek do zmian. Wśród badanych 53 osób wykonujących zawód fizjoterapeuty znalazło się tylko 15 (28%) mężczyzn, a zdecydowaną większość 38 (72%) stanowiły kobiety. Średni wiek respondentów w trakcie prowadzenia badań wyniósł $30,13 \pm 7,65$ (24–66), a średni staż zawodowy wyniósł $6,73 \pm 8,02$ (0,5–46). Czterdziestu (75%) respondentów posiadało wykształcenie wyższe magisterskie, 12 (23%) posiadało wykształcenie licencjackie, pozostała 1 osoba (2%) posiadała wykształcenie policealne zawodowe. Wynik ogólny zadowolenia z pracy fizjoterapeutów kształtował się na poziomie $3,05 \pm 0,65$. W porównaniu z innymi badaniami obejmującymi inne grupy zawodowe (lekarzy, pielęgniarek, położnych) fizjoterapeuci znacznie niżej ocenili poszczególne wymiary zadowolenia z pracy oraz ogólne zadowolenie z pracy. Fizjoterapeuci wykonujący zawód w ramach działalności gospodarczej uzyskali najwyższe wyniki w sześciu z ośmiu wymiarów zadowolenia z pracy. Cztery spośród ośmiu wymiarów zadowolenia z pracy zostały ocenione najniżej przez fizjoterapeutów wykonujących zawód w ramach SPZOZu. Należy podjąć badania zadowolenia z pracy fizjoterapeutów w zakresie pozwalającym uzyskać dane, które poddane analizie statystycznej i interpretacji, pozwolą rozpoznać przeszkody w uzyskiwaniu zadowolenia z pracy. Badania takie umożliwią także podjęcie działań służących poprawie w różnych aspektach wykonywania zawodu fizjoterapeutów, co może zwiększyć zadowolenie z pracy fizjoterapeutów wykonujących swój zawód.

Słowa kluczowe: zadowolenie z pracy, ochrona zdrowia, fizjoterapeuci.

Summary

Monitoring job satisfaction of employees in the healthcare sector is an important element of the management process and also makes it possible to maintain an appropriate level of service. The goal of the research was to measure the job satisfaction of a group of professional physiotherapists. The research instrument was the multi-dimensional interview "Questionnaire on job satisfaction in health-care", which is made up of 44 statements divided into eight dimensions (work and work environment, possibilities for development, supervision, relations with co-workers, relations with patients, salary, work in general, attitude toward change). Among the 53 research subjects working as physiotherapists there were only 15 (28%) men. The 38 (72%) women made up a clear majority. The average age of respondents during the research was $30,13 \pm 7,65$ (24–66) and the average length of their careers was $6,73 \pm 8,02$ (0,5–46). Forty (75%) of the respondents had higher education in the form of masters degrees, 12 (23%) were high school graduates and the remaining one person (2%) had post secondary vocational training. The general value of job satisfaction of physiotherapists was $3,05 \pm 0,65$. Physiotherapists, rated their general job satisfaction as well as particular dimensions of job satisfaction as significantly lower than other professional groups (doctors, nurses, midwives) in similar research. Physiotherapists working on their own indicated the highest results in six of the eight dimensions of job satisfaction. Four of the eight dimension of job satisfaction were rated lowest by physiotherapists working in public healthcare institutions. It is necessary to undertake research on the job satisfaction of physiotherapists on a scale that would allow for the gathering of data, which having been statistically analyzed and interpreted would make it possible to recognize those factors which negatively affect job satisfaction. This would also make it possible to undertake action that would serve to improve various aspects of the professional activity of physiotherapists which could increase the level of job satisfaction of working physiotherapists.

Key words: job satisfaction, health care, physiotherapists.

Wprowadzenie

Praca w życiu człowieka jest niezbędnym warunkiem egzystencji, określa miejsce w społeczeństwie, jest wyznacznikiem poczucia satysfakcji, sukcesu, a także kształtuje osobowość. Istotny jest w niej aspekt ekonomiczny, gdyż stanowi dla jednostki źródło dochodów, które pozwalają na rozwój i zaspokojenie potrzeb [1–4].

Zawody medyczne należą do szczególnej grupy zawodów, gdyż obarczone są sporym ryzykiem wystąpienia negatywnych skutków związanych z życiem zawodowym. Psychologowie pracy zwracają szczególną uwagę na wypalenie zawodowe, pracoholizm czy mobbing [5–6]. Zawód fizjoterapeuty również należy do tej szczególnej grupy. Wiąże się ze sporym wysiłkiem fizycznym i umysłowym, a także odpowiedzialnością za osobę rehabilitowaną. Rehabilitant jest w ciągłym kontakcie z drugim człowiekiem – schorowanym lub będącym nie w pełni sił. Jego zadaniem jest przywrócić mu dawną, bądź najwyższą możliwą sprawność fizyczną, a pośrednio psychiczną, umożliwiającą czynny udział w życiu. Wykwalifikowany fizjoterapeuta zazwyczaj nie pracuje jako pojedyncza jednostka, lecz wchodzi w skład interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego wraz z: lekarzem, pielęgniarką, psychologiem, terapeutą zajęciowym. Relacje panujące pomiędzy nimi są jednym z czynników wpływających na poczucie satysfakcji w tym zawodzie. Znaczenie satysfakcji z pracy w różnego rodzaju instytucjach jest ciągle przedmiotem zainteresowania nie tylko naukowców zajmujących się tym zjawiskiem, ale także samych pracowników. Pozytywne nastawienie wobec pracy i zadowolenie z jej wykonywania są kluczowymi elementami w efektywnym funkcjonowaniu organizacji. Wysoka satysfakcja z wykonywanej pracy zwiększa możliwości wszelkiego rodzaju instytucji ochrony zdrowia do pozyskiwania i utrzymywania zatrudnionego personelu na odpowiednim poziomie, szczególnie dotyczy to personelu pielęgniarskiego oraz wpływa na zadowolenie pacjentów. Z drugiej strony, niezadowolenie odbija się w niekorzystny sposób na kosztach, powodując ich wzrost, wynikający z odchodzenia od wykonywania zawodu, absencji chorobowej, problemów z niskim morale pracowników i konfliktów w miejscu pracy – powodując ryzyko niekorzystnego wpływania na wyniki opieki związane bezpośrednio z pacjentem [7].

Jednym z warunków poczucia satysfakcji z pracy jest motywacja, która kieruje daną osobą. Motywowanie jest pojęciem interdyscyplinarnym. Stanowi temat rozważań między innymi psychologii, zarządzania, socjologii, prawa pracy, pedagogiki pracy, medycyny pracy.

W klasycznym ujęciu zarządzania (H. Fayol), motywowanie jest jedną z czterech głównych jego funkcji [8]. Motywacja wraz z indywidualnymi zdolnościami pracownika wpływa na jego osobiste osiągnięcia, a przez to całej organizacji [9].

Istotą zarządzania w dzisiejszych czasach staje się zarządzanie zmianami, które polega na aktywnym reagowaniu na zmiany zachodzące w otoczeniu firmy. Aby nie pozostawać w tyle za konkurencją, konieczne stają

się zmiany w sposobie zarządzania firmą, wprowadzenie systemów zarządzania jakością, delegowanie uprawnień na niższe szczeble, budowanie programów ciągłego doskonalenia organizacji, a zwłaszcza koncentrowanie działalności firmy (instytucji) wokół procesów. Oczywiście jest, że zarządzanie zmianami w firmie wymaga precyzyjnego monitorowania stanu organizacji i jej zasobów. Obok śledzenia zasobów finansowych i materiałowych, powszechnie uznawanych za konieczne, niezbędne staje się zrozumienie i stałe monitorowanie zasobów ludzkich firmy zarówno w kontekście wiedzy i umiejętności posiadanych przez pracowników, jak i ich potrzeb, niepokojów, aspiracji wobec pracy i firmy z którą są związani [10]. Elementarną zasadą w dalekowzrocznej polityce kadrowej w kwestii motywacji powinno stać się dążenie do osiągnięcia poprzez pracę dodatkowego celu, nie objętego umową o pracę, jakim jest czerpanie maksymalnego zadowolenia z samego toku pracy i jej warunków [11].

W aspekcie jakości opieki zdrowotnej, zadowolony z pracy pracownik jest zdolny świadczyć usługi na najlepszym poziomie, dlatego też badanie satysfakcji pracownika jest jednym z istotnych czynników w całym procesie zapewniania jakości opieki medycznej [12].

Najprostsza definicja pojawiająca się w literaturze określa satysfakcję jako subiektywną reakcję na warunki pracy [13]. Podobną definicję kilkadziesiąt lat później podały Bortnowska i Stankiewicz, według których „satysfakcja z pracy jest pozytywną lub negatywną postawą wobec pracy, przedsiębiorstwa i współpracowników, wynikającą z dokonywania przez pracowników porównań między ich oczekiwaniami a tym, co otrzymali oni w zamian za wykonywaną pracę” [14].

Cel pracy

Celem pracy była ocena zadowolenia z pracy grupy zawodowej fizjoterapeutów. Zadowolenie z pracy definiowane jest ogólnie jako afektywna odpowiedź jednostki na różne obszary lub aspekty środowiska pracy [15] i ta definicja została przyjęta jako punkt odniesienia w metodzie oceny zadowolenia z pracy.

Material i metody badań

Grupę badanych stanowiły 53 osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty. Narzędziem wykorzystanym w badaniu był „Kwestionariusz satysfakcji z pracy w ochronie zdrowia” opracowany i poddany procedurze oceny wartości psychometrycznych przez T. Niewiadomskiego [17]. Ww. narzędzie badawcze wykazało się trafnością fasadową i teoretyczną. Trafność fasadowa kwestionariusza wg J. Brzezińskiego – wiąże się z faktem, że kwestionariusz wydaje się być trafny, ten aspekt trafności wiąże się więc bardziej z przekonaniem o trafności kwestionariusza (testu) niż z naukowym dowiedzeniem traf-

ności testu [16]. Trafność teoretyczna zastosowanego kwestionariusza została potwierdzona z wykorzystaniem jednej z procedur zaproponowanych przez Cronbacha i Meehla w 1955 roku, a mianowicie z wykorzystaniem analizy różnic międzygrupowych [16]. Do testowania hipotezy o braku różnic między grupami wykorzystano test H Kruskalla-Wallisa (dla zmiennych niepowiązanych, więcej niż dwie grupy porównywane). Rzetelność stosowanego kwestionariusza zademonstrowano z wykorzystaniem sprawdzania zgodności (spójności) wewnętrznej testu [16]. Zastosowano wzór Cronbacha do wyliczenia współczynnika alpha, (alpha Cronbacha), rzetelność kwestionariusza dla tego badania, określona tymże współczynnikiem wynosiła 0,90 dla całego kwestionariusza.

Kwestionariusz składa się z 44 stwierdzeń, pogrupowanych w osiem wymiarów:

1. obecna praca i jej warunki
2. możliwości rozwoju
3. kontrola i zwierzchnicy
4. stosunki ze współpracownikami
5. stosunki z pacjentami
6. płace
7. praca ogólnie
8. stosunek do zmian.

Wszystkie pozycje kwestionariusza posiadały pięć opcji odpowiedzi ułożonych stopniowo – od całkowitej akceptacji do całkowitego odrzucenia [17].

Wyniki

Charakterystyka ogólna badanej grupy

Grupę badanych stanowiły 53 osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty, które przystąpiły do badania w formie internetowej i prawidłowo wypełniły formularz badania.

Badania przeprowadzone zostały w miesiącu lipcu 2011 roku za pomocą serwisu eBadania.pl. Spośród osób, które wypełniły kwestionariusz 83% pochodziła z miasta, z czego 25% z dużej aglomeracji miejskiej liczącej więcej niż 500 tysięcy mieszkańców.

Wśród objętych badaniami znalazło się tylko 15 (28%) mężczyzn, a zdecydowaną większość 38 (72%) stanowiły kobiety. Średni wiek respondentów w trakcie prowadzenia badań wynosił $30,13 \pm 7,65$ (24–66), a średni staż zawodu wynosił $6,73 \pm 8,02$ (0,5–46). Wśród respondentów największy odsetek stanowiły osoby będące w związku małżeńskim (38%). W związku nieformalnym pozostawało 28% badanych, natomiast będących w stanie wolnym – 34%. Czterdziestu (75%) respondentów posiadało wykształcenie wyższe magisterskie, 12 (23%) posiadało wykształcenie licencjackie, pozostała 1 osoba (2%) posiadała wykształcenie policealne zawodowe. Spośród fizjoterapeutów biorących udział w badaniu, jedna czwarta (13) piastowała stanowisko kierownicze. W trakcie swojej pracy zawodowej 66% z badanych fizjoterapeutów zmieniało pracę od jednego do trzech razy. Natomiast 25% nie zmieniło jej ani razu. Jedna osoba (2%) zmieniała pracę aż osiem razy.

Ocena w poszczególnych wymiarach zadowolenia z pracy

Badaną grupę podzielono na podgrupy na podstawie kryterium miejsca wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Wyróżniono następujące miejsca pracy: Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (SPZOZ), w których zawód fizjoterapeuty wykonywało 27 osób, Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (NZOZ), w których zawód fizjoterapeuty wykonywało 19 osób oraz działalność gospodarcza (DG), w ramach której zawód fizjoterapeuty wykonywało 7 osób.

Tabela 1. Ocena zadowolenia z pracy dla wszystkich badanych oraz w poszczególnych miejscach wykonywania zawodu fizjoterapeuty

Table 1. Job satisfaction ratings for all physiotherapists studied and divided into sub-groups by workplace

WYMIAR	BADANI N 53 X ± SD	SPZOZ N 27 X ± SD	NZOZ N 19 X ± SD	DG N 7 X ± SD
Obecna praca i jej warunki	2,96 ± 0,35	2,84 ± 0,30	3,07 ± 0,51	3,18 ± 0,70
Możliwości rozwoju	3,00 ± 0,15	2,93 ± 0,39	3,20 ± 0,37	2,86 ± 1,41
Kontrola i zwierzchnicy	3,20 ± 0,79	3,10 ± 0,74	3,32 ± 0,77	3,39 ± 1,06
Stosunki ze współpracownikami	3,05 ± 0,66	2,95 ± 0,68	3,14 ± 0,61	3,22 ± 0,77
Stosunki z pacjentami	2,59 ± 1,20	2,63 ± 1,19	2,49 ± 1,18	3,22 ± 1,33
Płace	2,95 ± 1,16	3,02 ± 1,58	2,85 ± 0,71	3,07 ± 0,71
Praca ogólnie	3,31 ± 0,58	3,28 ± 0,59	3,34 ± 0,60	3,35 ± 0,79
Stosunek do zmian	3,23 ± 0,42	3,35 ± 0,67	3,10 ± 0,66	3,07 ± 0,72
WYNIK OGÓLNY	3,05 ± 0,65	3,00 ± 0,67	3,09 ± 0,68	3,15 ± 0,83

Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Najniższą średnią ocenę wśród wymiarów zadowolenia z pracy w całej badanej grupie fizjoterapeutów uzyskano w wymiarze stosunki z pacjentami (2,59), natomiast najwyższa ocena miała wartość 3,31, a dotyczyła pracy ogólnie (Tabela 1). Analizując wyniki w badanej grupie fizjoterapeutów w poszczególnych miejscach wykonywania pracy, zauważa się znaczącą przewagę ocen uzyskanych przez osoby prowadzące działalność gospodarczą. Grupa ta uzyskiwała najlepsze wyniki aż w sześciu wymiarach. Kolejno najwyżżej oceniane aspekty: kontrola i zwierzchnicy $3,39 \pm 1,06$; praca ogólnie $3,35 \pm 0,79$; stosunki ze współpracownikami $3,22 \pm 0,77$; stosunki z pacjentami $3,22 \pm 1,33$; obecna praca i jej warunki $3,18 \pm 0,70$; płaca $3,07 \pm 0,71$. Fizjoterapeuci pracujący w SPZOZ, uzyskali najniższe oceny, aż w czterech aspektach. Oceny te dotyczyły wymiarów zadowolenia z pracy: stosunki z pacjentami $2,63 \pm 1,19$; obecna praca i jej warunki $2,84 \pm 0,30$; możliwości rozwoju $2,93 \pm 0,39$ oraz stosunki ze współpracownikami $2,95 \pm 0,68$.

Podsumowanie

Monitorowanie satysfakcji zawodowej pracowników sektora medycznego jest ważnym elementem procesu zarządzania. Umożliwia zachowanie odpowiedniego poziomu świadczonych usług. Personel zadowolony z pracy jest pozytywnie nastawiony do swojej pracy, jego efektywność pracy jest wyższa, co przekłada się na korzystny odbiór pacjenta. Poza tym placówka nie ponosi strat wynikających z absencji lub odejścia z pracy [5, 6, 18].

W piśmiennictwie polskim coraz więcej publikacji poświęca się na badania pracowników sektora medycznego. Niestety najczęściej każdy z badaczy tegoż zagadnienia tworzy własne narzędzie badawcze na swoje potrzeby, starając się dopasować specyfikę pytań do badanej grupy zawodowej. W literaturze przedmiotu znaleźć można badania satysfakcji zawodowej pielęgniarek, lekarzy, położnych, ratowników medycznych [19–23]. Brak doniesień w tym zakresie dotyczących fizjoterapeutów.

Wykorzystane w tym opracowaniu narzędzie badawcze wykorzystano także w innych badaniach, w których uczestniczyło 121 pracowników ochrony zdrowia, między innymi: 76 (62,8%) pielęgniarek, 23 (19,0%) lekarzy, 13 (10,7%) położnych oraz 9 (7,4%) osób wykonujących inne zawody [17]. Z tego samego narzędzia skorzystała też Kwiatkowska K. [23], która w swojej pracy magisterskiej analizowała zadowolenie z pracy w lecznictwie ambulatoryjnym – 41 ankietowanych, w tym: 14 lekarzy (34,1%), 27 pielęgniarek (65,9%) oraz stacjonarnym – 39 ankietowanych: (11 lekarzy (28,2%), 19 położnych (48,7%) oraz 9 pielęgniarek (23,1%) [23] oraz Biskupska M. i Niewiadomski T., którzy przeprowadzili badania wśród 39 położnych podstawowej opieki zdrowotnej [24].

Średnia ocena ogólna zadowolenia z pracy wśród badanych fizjoterapeutów wypada najmniej korzystnie, ponieważ wyniosła ona $3,05 \pm 0,65$. Ocena ogólna zadowolenia z pracy wśród położnych podstawowej opieki zdrowotnej była

najwyższa i wynosiła $3,80 \pm 0,41$ [24]. W lecznictwie ambulatoryjnym uzyskano wynik $3,7 \pm 0,36$ (kolejny najwyższy wynik w opisanych w piśmiennictwie badanych grupach pracowników medycznych), natomiast w lecznictwie stacjonarnym $3,4 \pm 0,42$. Niewiadomski T. w swojej grupie badawczej otrzymał wynik ogólny $3,55 \pm 0,44$ [17]. Najwyższe wartości wśród fizjoterapeutów uzyskano w wymiarze praca ogólnie – $3,31 \pm 0,58$. W lecznictwie ambulatoryjnym najlepiej ocenianym aspektem były stosunki ze współpracownikami ($4,1 \pm 0,22$). Natomiast zarówno w grupie pracowników ochrony zdrowia ogólnie ($4,0 \pm 0,46$), jak w lecznictwie stacjonarnym ($3,9 \pm 0,37$) oraz wśród położnych podstawowej opieki zdrowotnej ($4,07 \pm 0,42$) były to stosunki z pacjentami [23, 24]. Z kolei fizjoterapeuci ocenili tenże wymiar najgorzej – średnia ocena wyniosła $2,59 \pm 1,20$, co w przyszłości powinno być dogłębnie wyjaśnione, a co na tym etapie badań być może należy tłumaczyć charakterem pracy w stałym kontakcie z drugim człowiekiem – nie będącym w pełni sił i schorowanym. W pozostałych grupach dwie najniżej oceniane pozycje to płaca i możliwości rozwoju. Przyjmowały one odpowiednio wartości: pracownicy ochrony zdrowia ogólnie $3,0 \pm 1,0$ i $3,15 \pm 0,87$; lecznictwo ambulatoryjne $3,3 \pm 0,45$ i $3,2 \pm 0,96$; lecznictwo stacjonarne $2,8 \pm 0,52$ i $3,2 \pm 0,29$ [17, 23]. Porównując oceny zadowolenia z pracy w poszczególnych grupach zawodowych na przestrzeni kilkunastu lat zauważyć należy, iż fizjoterapeuci oceniają swoje zadowolenie niżej niż pozostali badani pracownicy ochrony zdrowia.

Wnioski

1. Wynik ogólny zadowolenia z pracy fizjoterapeutów kształtował się na poziomie $3,05 \pm 0,65$. W porównaniu z innymi badaniami obejmującymi inne grupy zawodowe (lekarzy, pielęgniarek, położnych) fizjoterapeuci znacznie niżej ocenili poszczególne wymiary zadowolenia z pracy oraz ogólne zadowolenie z pracy.

2. Fizjoterapeuci wykonujący zawód w ramach działalności gospodarczej uzyskali najwyższe wyniki w sześciu z ośmiu wymiarów zadowolenia z pracy.

3. Cztery spośród ośmiu wymiarów zadowolenia z pracy zostały ocenione najniżej przez fizjoterapeutów wykonujących zawód w ramach SPZOZ-u.

4. Należy podjąć badania zadowolenia z pracy fizjoterapeutów w zakresie pozwalającym uzyskać dane, które poddane analizie statystycznej i interpretacji, pozwolą rozpoznać przeszkody w uzyskiwaniu zadowolenia z pracy. Badania takie umożliwią także podjęcie działań służących poprawie w różnych aspektach wykonywania zawodu fizjoterapeutów, co może zwiększyć zadowolenie z pracy fizjoterapeutów wykonujących swój zawód.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartkowiak G., Teoretyczne zagadnienia zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej, w: Psy-

- chofizjologiczne aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej, Wydawnictwo Naukowe AM Poznań, Poznań 2004.
2. Bartkowiak G., Działania zwiększające dobrostan człowieka w organizacji, w: Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009.
 3. Jachnis A., Postawy wobec pracy, organizacji i ludzi, w: Psychologia organizacji. Kluczowe zagadnienia, Difin, Warszawa 2008.
 4. Urbańska A., Praca – jej różne oblicza i aspekty, w: Psychologia pracy. Podstawowe pojęcia i zagadnienia, Difin, Warszawa 2008.
 5. Bańka A., Psychologia organizacji, w: Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej, Strelau J. (red.), tom 3., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
 6. Ratajczak Z., Kryzysy i dysfunkcje w organizacji, w: Psychologia pracy i organizacji, PWN, Warszawa 2000.
 7. Misener T.R., Haddock K.S., Gleaton J.U. et al., Toward an international measure of job satisfaction, *Nurs. Res.*, 1996, 45, 2, 87-91.
 8. Oleksyn T., Motywowanie, w: Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji. Kanony, realia, kontrowersje, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Kraków 2008.
 9. Jachnis A., Motywacja w organizacji, w: Psychologia organizacji. Kluczowe zagadnienia, Difin, Warszawa 2008.
 10. Wojtaszek J., Równowaga wizji, W jaki sposób badać nastroje pracowników, *Personel*, 1996, 12, 33, 8-9.
 11. Osmelak J., Zarządzanie zasobami ludzkimi, Warszawa, 1995.
 12. Brzezińska K., Monitorowanie jakości świadczeń zdrowotnych, Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej, Poznań, 1997.
 13. Wysokiński M., Fidecki W., Walas L., Ślusarz R., Sienkiewicz Z., Sadurska A., Kochaniuk H., Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek, *Probl. Pielęg.*, 2009, 17 (3), 167-172.
 14. Bartkowiak G., Jakość życia, satysfakcja zawodowa, sukces zawodowy, w: Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009.
 15. Snarr C.E., Krochak P.C., Job satisfaction and organizational characteristics: results of a nationwide survey of baccalareate nursing faculty in the United States, *J. Adv. Nurs.*, 1996, 24, 405-412.
 16. Brzeziński J., Metodologia badań psychologicznych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
 17. Niewiadomski T. Satysfakcja z pracy w ochronie zdrowia, w: Wypracowane narzędzie do oceny jakości usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, Berkowska M. i wsp. (red.), Wydawca Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej, Poznań 1998.
 18. Głowacka M. D., Czajka P., Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładzie opieki zdrowotnej, w: Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, część II, Głowacka M.D., Galiński J., Mojs E. (red.), Warszawa 2009.
 19. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Klimaszewska K., Kondzior D., Wpływ obciążenia psychicznego pracowników zintegrowanego zespołu medycznego na zadowolenie z wykonywanej pracy, *Probl. Pielęg.*, 2009, 17 (4), 315-320.
 20. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bilans satysfakcji z pracy zawodowej lekarzy w wieku emerytalnym. Relacja pomiędzy satysfakcją z pracy zawodowej, a ogólną jakością życia, *Geront. Pol.*, 2006, 14, 2, 77-84.
 21. Walas L., Kachaniuk H., Pelc J., Fidecki W., Sadurska A., Wysokiński M., Stanisławek A., Satysfakcja pielęgniarek środowiskowych szkolnych z wykonywanej pracy, *Zdr. Publ.* 2007, 117, 1, 36-39.
 22. Zielińska-Więczkowska H., Buśka A., Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy, *Pielęg. XXI wieku*, 2010, 3-4 (32-33), 5-8.
 23. Kwiatkowska K., Zadowolenie z pracy w lecznictwie ambulatoryjnym i stacjonarnym, Praca magisterska, UM, Poznań 2011.
 24. Biskupska M., Niewiadomski T.J., Determinants of job satisfaction for community midwives, w: Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych T. 1, Kaczor A., Borzęcki A., Iskra M. (red.), Lublin 2007, 159-162.

Adres do korespondencji:

Tomasz Jarosław Niewiadomski
 Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
 Wydział Nauk o Zdrowiu
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 ul. M. Smoluchowskiego 11
 60-179 Poznań
 tniewiad@ump.edu.pl

DRUGIE SPOTKANIE KIEROWNIKÓW KATEDR I ZAKŁADÓW PSYCHOLOGII UCZELNI MEDYCZNYCH

A REPORT FROM THE 2ND MEETING OF HEADS OF MEDICAL PSYCHOLOGY DEPARTMENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES IN POLAND

KRZYSZTOF OWCZAREK, BOGUSŁAW STELCER, EWA MOJS

Drugie w tym roku spotkanie kierowników Katedr i Zakładów Psychologii Uczelni Medycznych odbyło się 21 września br. o godz. 12.00 w Zakładzie Psychologii Medycznej, WUM. W maju miało miejsce pierwsze takie spotkanie, które stało się okazją do prezentacji naszych (WUM) dokonań w zakresie nauczania psychologii studentów medycyny. Materiał z tego spotkania ukazał się w czasopiśmie *Medycyna Dydaktyka Wychowanie*. O szerszym oddźwięku z jakim spotkało się to wydarzenie świadczy fakt, że podobne sprawozdania ukazały się, bądź wkrótce się ukazą w czasopismach naukowych polskich i anglojęzycznych: *Psychiatria Polska*, *Neuropsychologia i Neuropsychiatria i w Acta Neuropsychologica*.

Drugie spotkanie otworzył Przewodniczący Zespołu Roboczego ds. Nauczania Psychologii w Medycynie dr hab. med. Krzysztof Owczarek – Kierownik Zakładu Psychologii Medycznej WUM. Po przywitaniu Gości odczytał życzenia pomyślnych obrad skierowane do zebranych od Dziekana II Wydziału Medycznego dr. hab. med. Marka Kucha, który ze względu na obowiązki zawodowe nie mógł uczestniczyć w tym spotkaniu. Następnie dr Owczarek przedstawił poziom zaawansowania starań o poszerzenie programu studiów na wydziałach lekarskich o zajęcia „Psychologia relacji z pacjentem”. Następnie, mówca wyraził nadzieję, że treść obecnego spotkania przyczyni się do zainspirowania zebranych wieloma pomysłami, które pomogą zrealizować zamierzenia uzupełniające obecny program studiów psychologii na studiach medycznych.

Następnie głos zabrała dr hab. Ewa Mojs, Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. Dalsza część obrad została poświęcona dokonaniom tej uczelni w zakresie doświadczeń w nauczaniu psychologii studentów medycyny. Dr hab. Ewa Mojs przedstawiła program ramowy swojego zakładu, po czym obszary i zainteresowania badawcze pracowników Zakładu Psychologii Klinicznej przedstawił dr Wojciech Strzelecki. Następnie, referat dotyczący metod i kierunków nauczania psychologii wygłosił dr Bogusław Stelcer. Po przerwie odbyły się dwa warsztaty (równolegle).

Rysunek dziecka – przykład warsztatu dla studentów pielęgniarstwa

Mgr Maia Stanisławska-Kubiak

Jednym z wielu źródeł informacji o pacjencie jest jego rysunek. Rysunek staje się okazją, aby dotrzeć do treści nieświadomych, a następnie – poprzez słowa – do treści zawartych w rysunku, co prowadzi do uporządkowania treści nieświadomych i umożliwia przekazanie otoczeniu informacji o sobie.

Wykorzystanie twórczości rysunkowej w praktyce diagnostycznej i terapeutycznej ma wieloletnią i ciekawą historię. O roli rysunku w pracy z dziećmi wspominał już Corrado Ricci w 1887 roku [1]. Rysunek służył do badania stopnia rozwoju umysłowego. W latach 40. XX wieku analizę rysunków zaczęto stosować jako metodę projekcyjną w badaniu osobowości dzieci i młodzieży. Wyznaczano różne projekcyjne obszary i tematy: „Drzewo” [2], „Dom – drzewo – człowiek”, „Postać ludzka” i inne. Związek między rysunkiem a jego właściwościami terapeutycznymi zauważono w latach 20. XX wieku. Rysunkiem posługują się przede wszystkim zwolennicy teorii psychoanalitycznych [1]. W procesie twórczym bariera między *id* a *ego* staje się „przepuszczalna”, w związku z czym treści nieświadome łatwiej przenikają do sfery świadomości. Rysunek aktywizuje proces nazywania tego, co niewerbalne i trudne do przeformułowywania na komunikaty słowne. W efekcie pojawia się możliwość wprowadzenia zmian w dotychczasowym wzorcu interpretowania otaczającego świata.

Rysunek jest stosowany przede wszystkim w pracy z dziećmi, w celu uzyskania wglądu w obszary, które dziecku trudno zwerbalizować, ponieważ dotyczą wewnętrzpsychicznych konfliktów. Wykorzystanie rysunku ułatwia formułowanie hipotez, które ukierunkowują diagnozę i terapię. Sama metoda rysowania nie wymaga wiele czasu i nie wzbudza lęku, natomiast interpretacja jest trudna, a jej wartość w dużej mierze zależy od wiedzy, umiejętności i doświadczenia klinicysty. Ogromne znaczenie ma także jakość relacji klinicysty z autorem rysunku. W procesie terapii pacjent ujawnia projektowane symbole, co może je czynić dla niego samego bardziej zrozumiałymi. Do inter-

pretacji metod projekcyjnych należy podchodzić z ostrożnością, błędem jest formułowanie twierdzeń diagnostycznych na podstawie pojedynczych prac. Praktycy posługujący się rysunkiem podkreślają jednak, że ta forma pracy pozwala formułować wiele pytań, które pomagają zbliżyć się do problemu osoby badanej i przyspieszyć osiągnięcie celów terapeutycznych.

Sposób rysowania ujawnia szereg cech związanych z aktualnie przeżywanymi emocjami, jak również informuje o cechach osobowości osoby rysującej. W tym kontekście istotna jest: np. grubość linii, siła nacisku, symbolika przestrzeni, czas poświęcony na pracę, barwy itp. [3]. Sam rysunek staje się zaś trwałym i pomocnym zapisem, do którego można odwoływać się w trakcie procesu terapeutycznego, aby sprawdzić, czy wyznaczone cele zostały osiągnięte.

Grupy Balinta – przykład warsztatu dla studentów kierunków lekarskich i lekarskodontystycznych

Dr Bogusław Stelcer

Zdaniem Balinta psychoanalityk odzwierciedla wewnętrzny świat pacjenta, a relacja lekarz-pacjent odgrywa znaczącą rolę w postawieniu diagnozy i wyborze właściwego sposobu leczenia. Michael Balint był węgierskim lekarzem i psychoanalitykiem, twórcą metody wzajemnego oddziaływania na uczestników poprzez aktywne uczestnictwo w grupie. Uczestnicy przez około 1,5 godziny zajmują się analizą relacji lekarz-pacjent, której znaczenie starają się wyjaśnić i zrozumieć. Grupa składa się z 8–12 uczestników, prowadzonych przez wykwalifikowanego lidera [4]. Obecnie grupy balintowskie są prowadzone nie tylko dla lekarzy, ich praktyczne zastosowanie obejmuje wszelkie zawody, których zadaniem jest niesienie pomocy pacjentom lub klientom [5]. Doskonale sprawdzają się jako narzędzie, które w sposób twórczy rozwijają umiejętności w zakresie innych zawodów medycznych, terapeutów, pracowników socjalnych, pedagogów etc. Referujący swą historię spotkania z pacjentem/klientem uczestnik opisuje je z pamięci, a więc czyni to, bez korzystania z notatek czy innych zapisków. Na tej podstawie pozostali uczestnicy tworzą swoisty, subiektywny obraz i budują swoje wrażenie o zachowaniu pomagającego, reakcjach wspomaganego i charakterze wzajemnej ich relacji. Uczestnicy przysłuchujący się tej prezentacji w dalszej części dzielą się ze wszystkimi uczestnikami grupy swymi odczuciami oraz wrażeniami na temat przebiegu kontaktu. Dzięki temu powstaje złożony i wieloaspektowy obraz relacji wspomagający-wspomagany, któremu to referujący przysłuchuje się z pewnego dystansu. Wysłuchuje i rejestruje uwagi uczestników grupy wyławiając nieznanne mu dotąd aspekty swej relacji z chorym lub klientem. Rozpoznaje własny styl i sposób postępowania i oddziaływania na drugą osobę.

Grupy balintowskie nie mają charakteru szkoleń teoretycznych, myśli i zdania wypowiedziane w trakcie spotkania nie posiadają charakteru oceniającego. Przedmiotem anali-

zy są realne sytuacje, gdzie dyskutowane są rzeczywiste problemy. Nie należy zatem oczekiwać instruktażu postępowania, jak też szczegółowych wytycznych procesu terapeutycznego, jej celem jest przybliżenie i zrozumienie pacjenta/klienta oraz sposobu w jaki przeżywa swoją chorobę lub doświadcza przedstawionego problemu. Przyglądając się własnym reakcjom, uczestnicy nabywają umiejętności właściwego prowadzenia swego klienta/pacjenta. Słyszając o różnych problemowych sytuacjach i przypadkach chorobowych, pogłębiają swoją wiedzę medyczną i terapeutyczną. Doskonalenie kompetencji zawsze odbywa się w oparciu o przedstawione historie i fakty. Uczestnicy stają się świadomi problemów w relacji z chorymi oraz nabywają umiejętności rozumienia. Ponadto, w przebiegu realizacji programu grup Balinta udoskonaleniu ulegają:

- umiejętności słuchania chorego i osób które uczestniczą w procesie leczenia
- przyzwolenie na tolerowanie niepewności
- zwiększenie umiejętności empatycznych
- wspieranie chorego
- obserwacja gestów i zachowań chorego
- dostrzeganie wartości jaką jest towarzyszenie choremu w trudnych dla niego chwilach
- uczenie się w oparciu o realne przypadki pomijając teoretyczne dywagacje o zasadach budowania kontaktu
- poszerzenie zakresu refleksyjności
- większy wgląd w mechanizmy własnego postępowania
- rozwój i utrwalanie wzorców zachowania korzystnych terapeutycznie dla różnego rodzaju pacjentów.

Umiejętnościom tym towarzyszy sposobność nieustającego nabywania istotnych kompetencji zawodowych, takich jak:

- właściwe prowadzenie pacjenta
- uczenie się i doskonalenie wiedzy opartej na faktach wynikających z praktyki medycznej
- pogłębienie wiedzy medycznej i terapeutycznej
- umiejętności interpersonalne i komunikowania się.

Uczestniczenie w grupach Balinta stwarza możliwość uzyskania wglądu we własne postępowanie, stymuluje samopoznanie oraz powoduje przewartościowania w postępowaniu terapeutycznym. Uczestnik uczy się pełniejszego koncentrowania na pacjencie i jego przeżyciach oraz postrzegania jego osobowości w perspektywie całościowych przeżyć, wykraczających poza samą chorobę. Prowadzi do nabycia umiejętności efektywnej terapii i kontaktu z chorym służąc dobru tak wspierającego, jak i osoby przyjmującej pomoc. Uczestniczenie w grupach Balinta jest nieodzownym elementem procesu kształcenia lekarzy oraz specjalistów w zakresie innych specjalności medycznych [6]. Pomaga zrozumieć skomplikowaną istotę uwarunkowań psychosomatycznych. Przydatność tej metody i jej wpływu w programie nauczania studentów medycyny jest wielostronna. Przede wszystkim ma związek z przesunięciem akcentu z medycyny skupionej na chorobie na rzecz medycyny skoncentrowanej na

pacjencie. Spotkanie skończyło się poparciem wniosku o kontynuację spotkań oraz rozwijaniem ich formuły o dyskusje nad programem edukacji studentów kierunków medycznych oraz obszarami badań naukowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Sikorski W., Rysunek jako pozawerbalna technika diagnostyczno-terapeutyczna, *Gestalt*, 1999, 6, 3-9.
2. Koch Ch., Test Drzewa. Test rysunku drzewa jako metoda psychodiagnostyczna, Warszawa 1997, Wydawnictwo ERDA.
3. Łaguna M., Lachowska B. (red.), Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych. Lublin 2003, Towarzystwo Naukowe KUL.
4. Stelcer B., Grupy Balinta w szkoleniu personelu hospicyjnego, *Twój Mag. Med.*, 2005, 10 (5), 13-15.
5. Brock C.D., Balint group leadership by a family physician in a residency program. *Fam. Med.*, 1985, 17(1), 61-3.
6. Brock C.D., Stock R.D., A survey of Balint group activities in US family practice residency programs. *Fam. Med.*, 1990, 22(1), 33-7.



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

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

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

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

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

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



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

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

Data

Podpis

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 listopada 2013 do listopada 2014.

Nabór już trwa, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem

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

Szczegółowe informacje dotyczące studium zamieszczone są na stronie internetowej:

<http://ump.edu.pl>

ZASADY RECENZJI NADSYŁANYCH PRAC DO PIEŁĘGNIARSTWA POLSKIEGO

1. Autorzy, przysyłając pracę, wyrażają zgodę na proces recenzji. Wszystkie nadesłane prace są poddawane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie przez Recenzenta. W przypadku recenzji negatywnej Autor jest informowany o wyniku recenzji. Ostateczną decyzję w sprawie przyjęcia do druku podejmuje redaktor naczelna w porozumieniu z Komitetem Naukowym.
2. Redakcja nie zwraca nadesłanych prac autorom.
3. Redakcja stara się dbać o merytoryczną zawartość czasopisma, jednak za treść artykułu odpowiada Autor. Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za ewentualne nierzetelności wynikające z naruszenia przez Autora praw autorskich.
4. Recenzenci opiniują pracę uwzględniając jej wartość merytoryczną, 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. Za opublikowanie pracy autorom nie są wypłacane honoraria.

REVIEW SYSTEM OF THE POLISH NURSING

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

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC

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

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

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

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

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

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

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

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

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

Tytuły w języku polskim i angielskim nad tabelami.

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

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

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

Wymagania co do objętości prac

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

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

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

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

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

Adres Redakcji:

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

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE EDITOR'S REQUIREMENTS
GUIDANCE FOR POTENTIAL CONTRIBUTORS

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

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

The first page of a paper should include:

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

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

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

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

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

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

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

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

Length requirements

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

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

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

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