

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

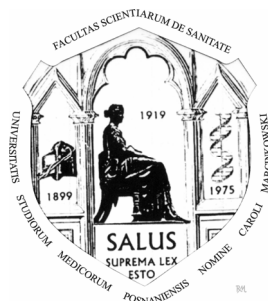
KOLPORTAŻ

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 2(44)

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. 6,5. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 40/2013.

SPIS TREŚCI

Od Redaktora 61

PRACE ORYGINALNE

Małgorzata Dłużewska: Eksploracja uwarunkowań w powstawaniu procesu wypalenia zawodowego – analiza na podstawie badań własnych 63

Sabina Przewoźniak: Rola rodziców w opiece nad dzieckiem chorym na cukrzycę typu 1 73

PRACE POGLĄDOWE

Ewa Kaniewska, Piotr Stawny: Satisfakcja zawodowa pracowników sektora ochrony zdrowia 81

Andrzej Klamerek, Elżbieta Olek: Jakość a bezpieczeństwo żywności 85

Andrzej Klamerek, Przemysław Daroszewski: Logistyka jako strategiczny element zarządzania medycznym podmiotem gospodarczym 91

PRACE STUDENCKIE

Justyna Baranowska, Jakub Kuchta, Szymon Baranowski, Złata Liwinska, Andrzej Klamerek: Motywacja a mobbing 96

Adam Filiponek, Andrzej Klamerek: Innowacyjne rozwiązania technologiczne w służbie zdrowia 100

INFORMACJE

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska 104

Informacje o nowym dziale „Prawo w pielęgniarstwie” 106

Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej 107

CONTENTS

<i>Editor's note</i>	62
----------------------------	----

ORIGINAL PAPERS

<i>Małgorzata Dłużewska</i> : Determinants of occupational burnout – an exploration – the analysis based on own study	63
<i>Sabina Przewoźniak</i> : Parents' role in the care of children with diabetes type 1	73

REVIEW PAPERS

<i>Ewa Kaniewska, Piotr Stawny</i> : Job satisfaction among health care workers	81
<i>Andrzej Klamerek, Elżbieta Olek</i> : Quality and safety of food	85
<i>Andrzej Klamerek, Przemysław Daroszewski</i> : Logistics – strategic element of healthcare institution management	91

STUDENT'S PAPERS

<i>Justyna Baranowska, Jakub Kuchta, Szymon Baranowski, Złata Liwińska, Andrzej Klamerek</i> : Motivation and mobbing	96
<i>Adam Filipionek, Andrzej Klamerek</i> : Technological innovations in healthcare	100

INFORMATION

Polish Society of Health Sciences. Member's declaration	104
The information about the new chapter "The law in nursing"	106
Postgraduate Course "The management in Health Care" – information	107

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

Przedstawiamy Państwu niezwykle ważny, ze względu na poruszane treści, numer naszego pisma. Z licznych rozmów z Czytelnikami wiemy, iż temat wypalenia zawodowego stanowi temat rozmów zarówno prywatnych, jak i służbowych. W związku z tym chcielibyśmy przybliżyć ten temat od strony badań empirycznych w grupie pielęgniarek oraz możliwości przeciwdziałania temu zjawisku. Zatem polecamy artykuł: „Eksploracja uwarunkowań w powstawaniu procesu wypalenia zawodowego – analiza na podstawie badań własnych”. Zapewne jego lektura może wzbudzić 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, czynimy także 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 prac studenckich, tym razem prezentujemy następujące prace: „Motywacja a mobbing”, a także „Innowacyjne rozwiązania technologiczne w służbie zdrowia”. Prace te powstały w studenckim kole naukowym pod opieką dra Andrzeja Klamerka.

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

Editor's note

Dear Readers,

We are pleased to present you with the new issue of our journal. It contains a collection of stimulating publications focusing on problems which, as we believe, are of special importance to you. We learned from our readers that the phenomenon of professional burnout has become a frequent topic of both private and official conversations so we would like to present the empirical aspect of this problem and its prevention, especially in nursing. In the present issue, we recommend the article by Małgorzata Dłużewska entitled Assessment of factors influencing the process of professional burnout – the analysis of author's own research.

We are positive that this article will create an opportunity for reflection about your own work and the organizational culture of the institution you are employed with.

We know that our readers actively participate in specialist courses, postgraduate trainings, workshops and conferences so 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, are committed to informing you about PUMS's educational offerings for nurses and midwives such as Postgraduate School of Healthcare Management. Publishing student papers has become a tradition of our journal.

This time we are presenting you with two articles. The first one is entitled Motivation and Mobbing. The second one entitled Innovative technological solutions in healthcare. Both papers were prepared by members of the Student Scientific Society and are tutored by Andrzej Klamerek.

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 fruitful reading and send you an invitation to participate in conferences organized by Poznan University of Medical Sciences.

*Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief*

EKSPLORACJA UWARUNKOWAŃ W POWSTAWANIU PROCESU WYPALENIA ZAWODOWEGO – ANALIZA NA PODSTAWIE BADAŃ WŁASNYCH

DETERMINANTS OF OCCUPATIONAL BURNOUT – AN EXPLORATION – THE ANALYSIS BASED ON OWN STUDY

MAŁGORZATA DŁUŻEWSKA

Wyższa Szkoła Edukacji Integracyjnej i Interkulturowej w Poznaniu
Rektor: dr Dariusz Grzybek

Streszczenie

Wstęp. Uwarunkowania zachodzące w środowisku pracy pielęgniarek na tle dynamicznie zmieniającego się otoczenia, to wielopłaszczyznowy i wielowątkowy obszar badawczy. Niełatwo zatem w sposób kompleksowy zgłębić i opisać wszystkie aspekty, mechanizmy i dynamikę, w wyniku których powstaje, rozwija się i przynosi swoje konsekwencje proces wypalenia zawodowego. Dzięki takiemu podejściu zaplanowano i przeprowadzono badania, zgromadzono materiały empiryczne, pozwalające na zidentyfikowanie związków zależności, licznych struktur i prawidłowości występujących w obszarze uwarunkowań środowiska pracy pielęgniarek.

Cel. Celem pracy była ocena czynników wpływających na powstanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek.

Materiał i metody badań. 1172 pielęgniarki uczestniczyły w badaniach. Respondenci wypełniali kwestionariusze wypalenia zawodowego – CBI oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Analiza statystyczna wykazała, iż głównie czynniki emocjonalno-motywacyjne wpływają na kształtowanie się zespołu wypalenia zawodowego.

Słowa kluczowe: eksploracja uwarunkowań, wypalenie zawodowe, pielęgniarka.

Summary

Introduction. Determinants of the work of nurses in the background of dynamically changing surrounding are of multi and various levels. Therefore it is complex to explore all the aspects, mechanisms and dynamics of how professional burnout occurs, develops, and brings its consequences. As a result of that approach a research has been planned and applied. The collected empirical material allowed to identify relations, numerous structures and regularities occurring in the field of the professional work of nurses.

Aim. The aim of the study was the analysis of the risk factors of the burnout syndrome.

Material and methods. 1172 nurses participated in the study. The respondents fulfilled the Copenhagen Burnout Scale (CBI) and the questionnaire of authors' concept.

Results. The statistical analysis showed that emotional and motivational factors played the main role in revealing of the burnout syndrome.

Key words: determinants of occupational, burning work, nurse.

Wstęp

Ewolucyjnie w poszczególnych latach powstawały coraz bardziej skomplikowane metody badawcze a zarazem weryfikacyjne wpisujące człowieka w środowisko swojej pracy. Stopniowo wyłaniało się wiele form procesów zarządzania zasobami ludzkimi, a tym samym grup czynników zagrożeń i ryzyka zawodowego mających swoje miejsce w organizacjach. Dziś, w końcu XXI wieku, z całą stanowczością można postawić tezę, że ze względu na szeroki aspekt pojęć, spektrum zagadnień w tym temacie trudno o takie definicje form zachowania w środowisku pracy, które nie nakładałyby się na siebie wzajemnie, dotyczy to również procesu jakim jest wypalenie zawodowe. Najbliższa środowisku medycznemu jest koncepcja procesu wskazana przez C. Maslach, która kładzie szczególny nacisk na czynniki interpersonalne zachodzące pomiędzy „udzielającymi pomocy” i „otrzymującymi pomoc”, przy zwróceniu szczególnej uwagi na udział osoby pomagającej w stosunku

do samej siebie. Jak wskazują powyższe treści, właśnie ten interpersonalny aspekt autorka wpisała w swoją definicję procesu wypalenia, dopatrując się w nim indywidualizacji i swoistości zespołu wypalenia zawodowego. Koncepcję wyjaśniającą fenomen tego procesu, C. Maslach rozszerzyła o element zaangażowania w pracę, umieszczając na przeciwległych biegunach „wypalenie” i „zaangażowanie”, jako przekonanie jednostki o własnej skuteczności działań, wyrażające się pod postacią energii i siły przeciwstawnej do cynizmu i wyczerpania [1].

Aby sprecyzować strukturę, kolejność i dynamikę procesu wypalenia zawodowego średniego personelu medycznego, zebrany materiał empiryczny został podzielony na dwie grupy uwarunkowań, na czynniki związane ze strukturą organizacji i klimatem organizacyjnym oraz na czynniki związane z pełnią rolą jednostki w danej organizacji. Istotnymi cechami wspólnymi są, w tym przypadku, jakość, podłoże, stopień nasilenia, charakter, mechanizm działania i czas trwania analizowanych uwarunkowań. Wszystko sca-

lają subiektywne odczucia jednostki. Zakres prac analitycznych został przeprowadzony pod kątem identyfikacji ukrytych związków oraz zależności zachodzących między poszczególnymi zmiennymi. W ramach czynników osobowych uwzględniono płeć, stan cywilny, aspiracje zawodowe, zajmowane stanowisko, wiek, liczbę lat pracy oraz miejsce pracy. Skoncentrowano się zarówno na determinantach zewnętrznych, jak i wewnętrznych środowiska pracy uwzględniając tym samym czynniki związane z otoczeniem dalszym oraz bliższym, a także system powiązań z orientacją funkcjonowania jednostki w danej organizacji.

Metoda badawcza

W przeprowadzonych w 2009 roku badaniach, w celu ustalenia wpływu zmiennych demograficznych na uwarunkowania procesu wypalenia zawodowego, zastosowano dwa rodzaje metod badawczych: kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji oraz narzędzie standaryzowane, niezbędne do uzyskania informacji i przeprowadzenia zaplanowanych analiz, kwestionariusz Copenhagen Burnout Inventory (CBI). W toku badań została założona baza danych stanowiąca źródło zmiennych, umożliwiających zastosowanie technik obliczeniowych, zawierająca wypowiedzi, opinie oraz oceny pielęgniarek. Otrzymano 1438 sztuk poprawnie wypełnionego kwestionariusza ankietowego, zatem wskaźnik pozyskanego materiału badawczego w stosunku do liczby rozdanych ankiet wyniósł 63%.

W celu opracowania zebranych danych, pod względem analizy statystycznej, wykorzystano program Excel, Statistica 6.0 PL. Wartości obliczone dla zmiennych mierzalnych przedstawiono jako średnią arytmetyczną z odchyleniem standardowym. Analizę porównawczą wykonywano wykorzystując test U Manna-Whitneya. Natomiast w celu badania zgodności rozkładu zmiennych niezależnych zastosowano test t Studenta. W przypadku konieczności porównania więcej niż dwóch grup zmiennych wykorzystano anowę rang Kruskala-Wallis. Do oceny siły związku zachodzącego pomiędzy dwoma zmiennymi posłużył współczynnik korelacji rang Spearmana wraz z testem istotności tego współczynnika. Badanie zmiennych wyrażonych na dwóch skalach jakościowych oparto na teście niezależności Chi-kwadrat Pearsona.

Grupa badanych

Badane pielęgniarki to osoby wykonujące swój zawód na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu. Znajdujące się w pełni sił aktywności życiowej i zawodowej, na co wskazuje fakt, iż większość ankietowanych respondentów, co stanowi 77,8%, to pielęgniarki znajdujące się w przedziale wieku pomiędzy 30. a 50. rokiem życia, przy 66,6% osobach będących w stałych związkach. W wykazie miejsc pracy 1172 osoby to pracownicy oddziałów szpitalnych, gdzie

średni staż wyniósł 19 lat. Dokonując analizy materiału empirycznego stwierdzamy, że pielęgniarki posiadające wykształcenie wyższe (22,8%) legitymujące się ponadto dodatkowymi kwalifikacjami zawodowymi (25,7%) zajmują stanowiska kierownicze (7,0%), natomiast pielęgniarki posiadające wykształcenie średnie (72,3%), nieposiadające wykształcenia dodatkowego, wykonują swoje obowiązki na stanowiskach pielęgniarek odcinkowych (80,0%).

Uwarunkowania czynników związanych ze strukturą organizacji i klimatem organizacyjnym i ich wpływ na powstanie i rozwój procesu wypalenia zawodowego

Podstawą funkcjonowania pracowników, nie tylko na rynku usług medycznych, są odpowiednie kwalifikacje merytoryczne, postrzegane jako umiejętności „twarde”. Z uwagi na rozwój technologii, specjalistycznych metod leczenia oraz dynamicznie zmieniającego się otoczenia sektora służby zdrowia, kwalifikacje te wymagają ciągłego doskonalenia. Równie ważne są umiejętności „miękkie”, związane z osobistym zaangażowaniem, okazywaniem empatii, entuzjazmu, znajomością psychologii oraz zasad komunikacji interpersonalnej, których niedobór może przekładać się na powstanie, rozwój i konsekwencje procesu wypalenia zawodowego [2]. Długofalowe efekty oraz utrzymanie wysokiej pozycji rynkowej placówek usług medycznych, w dużym stopniu zależą od jasno określonych zasad współpracy wszystkich komórek i zatrudnionych w nich pracowników [3].

Zespół pracowniczy to grupa pracowników funkcjonująca jako jednostka często nadzorowana tylko w niewielkim stopniu lub wcale, której zadaniem jest wykorzystanie funkcji organizacyjnych. Kierownictwo zakładów pracy przypisuje zespołom pracowniczym szerszą odpowiedzialność za wykonanie zadań, dając im więcej władzy formalnej i swobody podejmowania decyzji. Z badań wynika, że zespoły pracownicze z reguły uzyskują lepsze wyniki niż indywidualni pracownicy, szczególnie gdy wykonywanie zadań wymaga różnorodnych umiejętności, trafności sądów i doświadczeń. Przy czym kierowanie jest stosunkiem osobowym, charakteryzującym się z jednej strony bezpośrednią nadrzędnością kierownika, który za pomocą odpowiednich metod i w myśl określonych zasad, przekazuje zadania i zapewnia ich wykonanie, a z drugiej podwładnością wykonawcy, który pod wpływem różnych motywów wykonuje zleconą pracę [4].

O dużym zainteresowaniu tematem zarządzania organizacją, wśród ankietowanych pielęgniarek, świadczy fakt, że tylko 5 osób w przypadku pytania „który ich zdaniem system zarządzania organizacją najbardziej predysponuje do możliwości rozwinięcia się procesu wypalenia zawodowego wśród zatrudnionych w niej pracowników” nie udzieliło żadnej odpowiedzi. Osoby posiadające zarówno wykształcenie średnie, jak i wyższe, autokratyczny sposób zarządzania, pomijający w swoich działaniach oso-

bę pracownika, uaktywnia zdaniem respondentów szkodliwe w swoim odbiorze względem jednostki cechy środowiska pracy wspomagając tym samym uwarunkowania w powstawaniu procesu wypalenia zawodowego. Zależność zachodząca pomiędzy poziomem osobistego wypalenia, wypalenia związanego z pracą oraz skalą wypalenia związanego z pracą z pacjentem, a sposobem zarządzania organizacją, ustalona na podstawie analizy kwestionariusza (CBI) wskazuje, że skorelowanie odczuć zachodzi jedynie w przypadku zestawienia systemu zarządzania z poziomem wypalenia osobistego jednostki, co pokazuje tabela 1.

Na etapie poszukiwania i gromadzenia informacji zwracamy uwagę na fakty, cechy, rzeczy, twierdzenia z zakresu danego elementu wchodzącego w skład procesu pracy. Przeprowadzone analizy pozwalają na pewnego rodzaju uogólnienia, porządkując jednocześnie kwestie wpływu omawianych kryteriów w odniesieniu do uwarunkowań zachowania pielęgniarek w środowisku pracy. Zwracamy przy tym uwagę na zawarte w tabeli 2 elementy wchodzące w skład procesu pracy. Po dokonaniu analizy materiału empirycznego na uwagę zasługuje fakt, iż nie było ani jednej osoby wśród zapytanych respondentów, która by nie wskazała żadnego wariantu

Tabela 1. Odzwierciedlenie wpływu systemu zarządzania na powstanie procesu wypalenia zawodowego w aspekcie kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Table 1. Impact of management system on resulting in professional burnout based on Copenhagen Burnout Inventory (CBI) questionnaire

Odzwierciedlenie systemu zarządzania na powstanie procesu wypalenia zawodowego w aspekcie kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI)			
odzwierciedlenie wpływu systemu zarządzania na powstanie procesu wypalenia zawodowego w aspekcie kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI).	osobiste wypalenie (personal burnout) średnia	N	odchyl. standar.
liberalny „pracownikom wszystko wolno”	60,2	25	16,7
autokratyczny „pracownikom nic nie wolno”	61,7	869	16,4
żaden nie ma wpływu	56,9	233	17,4
nie mam zdania	58,3	306	17,5
ogół grupy	60,2	1433	16,9

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Tabela 2. Wykaz elementów pracy pretendujących do rozwinięcia się procesu wypalenia zawodowego

Table 2. A list of factors contributing to development of professional burnout

Wykaz elementów pracy pretendujących do rozwinięcia się procesu wypalenia zawodowego		
element	liczba osób	%
konieczność pracy w pośpiechu i narzucone duże tempo pracy	1090	75,8
potrzeba ciągłego skupiania uwagi z racji na duże nasilenie i różnicowanie zadań	778	54,1
odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów	770	53,5
konieczność zbyt dużego wysiłku fizycznego	543	37,8
wykonywanie obowiązków poniżej własnych aspiracji zawodowych	389	27,1
nieznane pracownikowi systemy oceniania i motywowania	305	21,2
przemoc fizyczna i psychiczna	254	17,7
praca w nadgodzinach oraz konieczność pełnienia dodatkowych dyżurów	248	17,2
konieczność podejmowania decyzji i wydawania opinii	244	17,0
praca w systemie trzyzmianowym	230	16,0
brak możliwości wdrażania nowych pomysłów	216	15,0
odpowiedzialność materialna	189	13,1
realne zagrożenie możliwością utraty miejsca pracy	161	11,2

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

odpowiedzi przy pytaniu o elementy pracy, predysponujące do powstania i rozwoju procesu wypalenia zawodowego a mające miejsce w środowisku pracy pielęgniarzek. Wszystkie odpowiedzi cechuje podejście kontekstowe a zarazem subiektywny opis elementów, spełniająca jednocześnie kryterium oceny. Poziom istotności w tym przypadku obliczono dla każdej zmiennej.

Po zestawieniu wszystkich wartości, w celu wykazania różnic w poziomie wypalenia osobistego pomiędzy ankietowanymi osobami, zastosowano test statystyczny Manna–Whitneya pozwalający stwierdzić, iż osoby udzielające odpowiedzi twierdzącej, że nieznanne pracownikom systemy oceniania i motywowania są jednym z warunków rozwoju procesu wypalenia zawodowego, jak wskazuje tabela 3, prezentują wyższy poziom nasilenia objawów na skalach osobistego wypalenia i ogólnego wypalenia pracą.

Tabela 3. Nieznane pracownikowi systemy oceniania i motywowania na skali „personal” „work” Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – średnia
Table 3. Unknown to an employee systems of assessment and motivation on “personal” and “work” scale Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – average

Nieznane systemy oceniania i motywowania na skali „personal” „work” kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – średnia		
typ wypalenia	średnia – tak	średnia – nie
osobiste wypalenie (personal burnout)	62,4	59,6
wypalenie związane z pracą (work burnout)	61,7	57,9

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Zestawienie elementu oceny i motywowania pracownika w zatrudniającej go organizacji z danymi demograficznymi ankietowanych respondentów uprawnia nas do stwierdzenia, że w przypadku osób należących do średniego szczebla kadry medycznej i o stażu pracy 6–25 lat powstaje dyskomfort co do tego elementu działań organizacji. Ankietowani „podwładni” odbierają względem siebie sygnały o lekceważeniu, słabości motywacji, nadużywaniu pozycji służbowej, co z kolei wywołuje obustronny brak zaufania, lęki, wyczerpanie emocjonalne, ignorancję, pseudo uległość, niekompetencję. Brak równowagi na tym poziomie może wynikać z zachodzącej dysproporcji pomiędzy oczekiwaniami jednostki a rzeczywistym systemem wynagrodzenia, motywowania i możliwościami awansu przewidzianymi odpowiednimi procedurami w danej organizacji.

Pierwszoplanowym elementem w zarządzaniu organizacją są kontakty interpersonalne. Obserwując bardzo silną dynamikę rozwoju procesów technik komunikacyjnych, zapytano respondentów „co ich zdaniem ma wpływ na poziom komunikacji interpersonalnej w ich organizacji”.

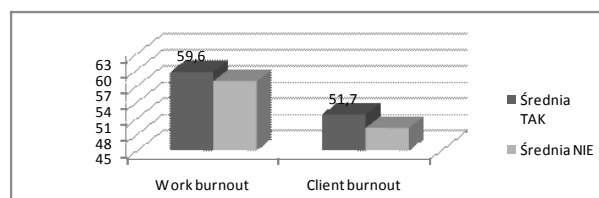
Przy zastosowaniu metody wielokrotnego wyboru, najmniejsze znaczenie w procesie komunikacji interpersonalnej ma, zdaniem ankietowanych respondentów, stopień formalizacji, co z kolei zintegrowane jest z oczekiwaniami w stosunku do pracodawcy. 284 osoby ankietowane nie podały żadnych oczekiwań, natomiast 24,3% osób wskazało „otwartość na propozycje”, „umożliwienie bezpośredniego kontaktu”, „okazywanie szacunku”, przy tym 7,3% respondentów wskazywało największe oczekiwanie w stosunku do pracodawcy – podniesienie wysokości wynagrodzenia.

Tabela 4. Odzwierciedlenie wpływu komunikacji interpersonalnej w procesie wypalenia zawodowego
Table 4. Influence of interpersonal communication in the process of professional burnout

Odzwierciedlenie wpływu komunikacji interpersonalnej w procesie wypalenia zawodowego		
element komunikacji interpersonalnej	liczba osób	%
wzajemna wymiana informacji	1133	78,8
okazywane zainteresowanie, umiejętność słuchania	932	64,8
możliwość przekazywania swoich pomysłów, opinii, zażaleń	789	54,9
wiarygodność nadawcy i odbiorcy	738	51,3
forma wypowiedzi, gesty, mimika, kontakt wzrokowy	686	47,7
stopień formalizacji	276	19,2

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Dokonując wyboru z powyższej tabeli elementu procesów komunikacji interpersonalnej jakim jest „wiarygodność nadawcy i odbiorcy” obserwujemy, że osoby twierdzące, iż uwarunkowanie to ma zasadniczy wpływ na poziom komunikacji interpersonalnej w ich organizacji, co przedstawia wykres 1, cechują się wyższym poziomem stanu wypalenia na skalach wypalenia związanego z pracą oraz wypalenia związanego z pracą z pacjentem, w odniesieniu do grupy twierdzącej przeciwnie.



Wykres 1. Element wiarygodności nadawcy i odbiorcy i jego znaczenie w komunikacji interpersonalnej w procesie wypalenia zawodowego – średnia
Chart 1. The factor of credibility of speaker and recipient and its meaning in interpersonal communication in the process of professional burnout – average

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Podsumowując spostrzeżenia jednostki dotyczące komunikacji interpersonalnej, w aspekcie uwarunkowań biorących udział w rozwoju procesu wypalenia zawodowego, możemy wnioskować, że elementy, takie jak: wzajemna wymiana informacji, formy wypowiedzi, okazywane zainteresowanie, a także wiarygodność odbiorcy i nadawcy, są bezpośrednio powiązane ze stopniem formalizacji oraz możliwością przekazywania swoich pomysłów i opinii. W każdym przypadku odsetek odpowiedzi twierdzących maleje wraz ze wzrostem wartości stażu pracy osób ankietowanych. Na uwagę zasługuje fakt, że 181 osób wskazało jako odpowiedź wszystkie dostępne z omawianych czynników, natomiast nie było ani jednej osoby wśród zapytanych pielęgniarek, która by nie wskazała żadnego wariantu odpowiedzi. Centralny punkt zwania wszystkich form komunikacji znalazł się na poziomie 52,7%. W przeprowadzonych analizach ustalono, iż zachowania komunikacyjne różnicuje ich odmienny charakter określający jakość relacji międzyludzkich w środowisku pracy, uwarunkowany wielkością dystansu w całej strukturze organizacji. Zatem im mniejszy dystans, podobne miejsce w hierarchii, tym mniej sformalizowane kontakty, a tym samym większa ich intensywność.

Zarówno klimat organizacyjny, jak i jego element w postaci atmosfery jaka ma miejsce w środowisku pracy, to bardzo trudny problem badawczy. Pozytywną atmosferę na swoim stanowisku pracy, co jest zaprezentowane w poniżej zamieszczonej tabeli, dostrzegają najczęściej pielęgniarki zatrudnione na stanowiskach kierowniczych. W sytuacji stabilizacji stanowiska kierowniczego jednostka odczuwa pewność swojej pozycji w strukturze całej organizacji, tym samym uważa, że może sobie pozwolić na pewnego rodzaju zachowania nieformalne, co w prosty sposób ogranicza skalę wypalenia zawodowego zarówno na skali wypalenia osobistego, jak na skali wypalenia pracą.

Tabela 5. Możliwość wytworzenia luźnej wręcz ciepłej atmosfery w stosunku do zajmowanego stanowiska na podstawie testu statystycznego Kruskala-Wallisa – średnia
Table 5. The possibility of creating relaxed or even warm atmosphere according to a post held based on statistical test of Kruskal-Wallis – average

Możliwość wytworzenia luźnej wręcz ciepłej atmosfery w stosunku do zajmowanego stanowiska na podstawie testu statystycznego Kruskala-Wallisa – średnia			
zajmowane stanowisko	średnia	N	odchyl. std.
pielęgniarka	3,3	1097	1,3
pielęgniarka oddziałowa	3,9	98	1,3
położna	3,6	97	1,4
inne	3,7	12	1,2
ogół grupy	3,4	1304	1,3

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Podczas analizy materiału badawczego nie zaobserwowano sytuacji, kiedy możliwość wytworzenia przyjaznego klimatu w miejscu pracy jest uzależniona od stanu cywilnego, płci, miejsca pracy, wysokości stażu pracy czy wieku osób ankietowanych. Uwarunkowanie wpływające na proces wypalenia zawodowego w postaci systemów okazywanego wsparcia pomimo możliwości wyboru odpowiedzi w sześciostopniowej skali nasilenia wartości, wyniosło 14,29%. Najwyższy poziom wskazywanych odpowiedzi to wariant „czasami”, który obserwujemy w przypadku konieczności ciągłych ustępstw, nadmiernych kompromisów lub „często”, co stanowi potwierdzenie wsparcia okazywanego ze strony współpracowników i kolegów szczególnie w kwestii osobistego wypalenia oraz na skali wypalenia związanego z pracą przy czym na ten rodzaj wsparcia nie odnotowano wpływu ze strony zajmowanego stanowiska. Osoby niezadowolone z zachodzących wzajemnie relacji z otoczeniem prezentują wyraźnie wyższy poziom stanów zaliczanych do grupy negatywnych emocji. Podejmując próbę szerszej eksploracji problemu zwrócono uwagę na fakt udzielania odpowiedzi „stałe”, przy pytaniu o możliwość występowania na stanowisku pracy sytuacji osamotnienia i braku programów adaptacyjnych w zatrudniającej pielęgniarki organizacji. Tabela 6 potwierdza w tym przypadku dodatnią korelację z poziomem wypalenia zawodowego mierzonego na skali wypalenia pracą.

Tabela 6. Osamotnienie i brak programów adaptacyjnych na skali „work” kwestionariusza (CBI) Copenhagen Burnout Inventory
Table 6. Isolation and lack of adaptive programs on “work” scale of Copenhagen Burnout Inventory (CBI) questionnaire Copenhagen Burnout Inventory

Osamotnienie i brak programów adaptacyjnych na skali „work” kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI)			
typ wypalenia	N	Rho	p
wypalenie związane z pracą (& work burnout)	1255	0,074	0,009

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Nie zaobserwowano zależności w stosunku do procesu wypalenia zawodowego na skali osobistego wypalenia i wypalenia związanego z pracą z pacjentem jednak zauważono, iż z powyższym uwarunkowaniem procesu najczęściej spotykają się osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych, podobnie jak w przypadku uwarunkowań aspektu rywalizacji.

Jednym z istotniejszych czynników warunkujących rozwinięcie się procesu wypalenia zawodowego jest konfliktowość. Najczęstszą formą konfliktu jest konflikt zachodzący pomiędzy pełnią rolą a osobowością jednostki, w którym jedną z przyczyn może stać się treść otrzymywanych zadań rażąco sprzecznych z kodeksem etycznym, moralnym, oczekiwaniami, systemem prze-

konań, indywidualnymi i preferowanymi wartościami a potrzebami pracownika. Analiza tabeli 7 pozwala na postawienie wniosku, że sytuacja konfliktowa pomiędzy współpracownikami dodatnio koreluje ze wszystkimi trzema typami wypalenia na wszystkich skalach. Wzrasta konfliktowość, wzrasta wypalenie na skalach osobistego wypalenia, wypalenia związanego z pracą i bardzo rzadko wskazywanego wypalenia związanego z pracą z pacjentem, przy czym częstość występowania osamotnienia, braku programów adaptacyjnych, a także konflikt zachodzący pomiędzy współpracownikami maleje wraz ze wzrostem wysokości stażu pracy ankietowanych pielęgniarek. Zatem, im starsza pielęgniarka tym zaprezentowane wcześniej niekorzystne sytuacje występujące na stanowisku pracy dotyczą jej w mniejszym zakresie.

Tabela 7. Konfliktowość pomiędzy współpracownikami na skali „personal” „work” „client” kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Table 7. Combativeness between co-workers on “personal”, “work”, “client” scale of Copenhagen Burnout Inventory (CBI) questionnaire

Konfliktowość pomiędzy współpracownikami na skali „personal”, „work”, „client” kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI)			
typ wypalenia	N	Rho	p
osobiste wypalenie (& personal burnout)	1370	0,067	0,013
wypalenie związane z pracą (& work burnout)	1370	0,063	0,019
wypalenie pracą z pacjentem (& client burnout)	1370	0,062	0,021

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Następnym potencjalnie niekorzystnym zjawiskiem w pracy jest przemoc, która stanowi szczególnie problem dla personelu obsługującego karetki pogotowia, pielęgniarek oraz pracowników zajmujących się opieką nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. W środowisku pracy przemoc stanowi bardzo trudny problem, gdyż jej świadkowie często stają się wtórnymi ofiarami, a proces ten nie znajduje odnotowania w dokumentach jako czynnik ryzyka zawodowego [5]. Podczas badania zapytano pielęgniarki „czy przyczyną rozwinięcia się procesu wypalenia zawodowego może być ich zdaniem przemoc fizyczna i psychiczna okazywana na stanowisku pracy? Czynnik ten w zestawieniu z danymi demograficznymi jest dodatnio skorelowany z osobami posiadającymi wykształcenie wyższe i znajdującymi się w najniższym przedziale wiekowym, a zarazem najkrótszym stażem pracy, natomiast nie zaobserwowano korelacji z pozostałymi danymi demograficznymi osób ankietowanych. Możemy zatem stwierdzić, iż właśnie te osoby prezentują wyższy poziom stanów zaliczanych do grupy warunków predysponujących do rozwinięcia się procesu wypa-

lenia zawodowego, z uwagi na lepszą znajomość definicji procesu, większą kreatywność, odpowiednie cechy własne wskazujące na umiejętność dostrzeżenia w swoim przypadku działań przemocy. Możemy również wnioskować, że właśnie te pozytywne wartości dodane w postaci posiadanego wyższego wykształcenia, w zestawieniu z niskimi wartościami wieku, w oczach współpracowników stanowią wyznacznik sukcesu a może jednocześnie atak. Wskazując przyczyny sprzyjające przemocy, w sposób szczególny zwracamy uwagę na pewne indywidualne cechy osób, które to zastosowane w „sprzyjających” warunkach są w stanie spowodować do podejmowania działań naruszających ich przestrzeń osobistą.

Uwarunkowania czynników związanych z pełnioną rolą jednostki w organizacji i ich wpływ na rozwój procesu wypalenia zawodowego

Poziom odpowiedzialności materialnej pracowników stanowi bardzo ważny element życia każdej organizacji. Na podstawie rozkładu deklarowanych kryteriów wartości demograficznych, element odpowiedzialności materialnej pracowników jest skorelowany z wiekiem oraz z zajmowanym przez ankietowanych respondentów stanowiskiem. Odsetek odpowiedzi twierdzących, że odpowiedzialność materialna wspomaga pełnioną przez jednostkę rolę w organizacji, stanowiąc tym samym uwarunkowanie powstania procesu wypalenia zawodowego, jest najwyższy wśród pielęgniarek zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych (23,8%) przy 12,5% pielęgniarek średniego szczebla kadr medycznych. Dokonując analizy materiału empirycznego zauważono, iż element ten w stosunku do wieku zintegrowany jest z najniższymi i najwyższymi wartościami granicznymi, przy czym może on być jednocześnie kompatybilny z wieloma uwarunkowaniami omawianego procesu, na przykład z zachodzącą niezgodnością w kwestii pełnionych ról zawodowych.

Kontynuując wątek poziomu odpowiedzialności, skoncentrujemy uwagę wokół poziomu odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjentów. Na podstawie przeprowadzonych analiz, co pokazuje tabela 8 ustalono, że wysokość stażu pracy osób ankietowanych różnicuje ten obszar działań personelu pielęgniarskiego.

Odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów, co jest poniekąd wpisane w etykę zawodu pielęgniarki, przysparza znacznie więcej trudności osobom znajdującym się na początku swojej drogi zawodowej. Wnioskujemy, że może na ten fakt mieć potencjalny wpływ poczucie świeżości wiedzy, brak przytłoczenia osobistymi problemami lub niedoświadczenie wagi poziomu takiego rodzaju odpowiedzialności. Pamiętajmy jednak, że to właśnie osoby o najniższym stażu pracy odczuwają najwięcej symptomów rozwijającego się procesu wypalenia zawodowego.

Tabela 8. Odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów w stosunku do wysokości stażu pracy badanych respondentów
 Table 8. Responsibility for patients' life and health according to seniority

Odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów w stosunku do wysokości stażu pracy badanych respondentów								
wskazana odpowiedź	staż do 5 lat		staż 6–15 lat		staż 16–25 lat		staż powyżej 25 lat	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
nie	123	53,9	261	60,3	298	68,0	91	62,3
tak	105	46,1	172	39,7	140	32,0	55	37,7
ogółem	228	100,0	433	100,0	438	100,0	146	100,0

Źródło: Badania własne.
 Source: Self-study.

Analiza w której skonfrontowano elementy demograficzne z możliwością utraty miejsca pracy wśród średniego szczebla kadr medycznych, dostarcza interesującego wniosku, iż jest to jeden z najrzadziej branych pod uwagę czynników, warunkujących powstanie i możliwość rozwoju procesu wypalenia zawodowego. Opierając się na założonej bazie danych oraz przyjętym poziomie introspektywnego poznania, dokonano arbitralnego wyboru zmiennych różnicujących realne zagrożenie możliwością utraty miejsca pracy względem innych elementów mogących pretendować do uwarunkowań powstania omawianego procesu. Realne zagrożenie utratą pracy odczuwają jedynie pielęgniarki znajdujące się na przeciwnych biegunach wartości stażów pracy i wieku. Ogólna konstatacja udokumentowana zebrany materiał empirycznym potwierdza, że pielęgniarki wykazują aktywną postawę zawodową i nie odczuwają realnego zagrożenia utraty miejsca pracy w kontekście omawianego procesu.

W bardzo dynamicznie zmieniającym się otoczeniu środowiska pracy pielęgniarek, wśród licznych uwarunkowań, wpływających na zachowania pielęgniarek, znaczące role odgrywają czynniki pracy o charakterze ilościowym do których bez wątpienia należy konieczność pracy w pośpiechu, narzucone duże tempo pracy a także znaczny wysiłek fizyczny. Najwięcej odpowiedzi twierdzących, wskazały osoby z najniższymi wartościami stażu pracy, posiadające wykształcenie wyższe i będące w stałych związkach. Odsetek odpowiedzi twierdzących, iż są to uwarunkowania procesu wypalenia zawodowego maleje wraz ze wzrostem liczby lat pracy ankietowanych respondentów. Proces pracy, gdzie istnieje konieczność wykonywania obowiązków przy dużym wysiłku fizycznym jest najbardziej niekorzystny dla osób posiadających najniższe wartości stażów pracy oraz wieku. Podobnie jak w przypadku konieczności pracy w nadgodzinach, pełnienia dodatkowych dyżurów, liczba odpowiedzi twierdzących maleje wraz ze wzrostem wartości liczby lat pracy i wieku. Zastosowany w obliczeniach test statystyczny Manna-Whitneya pozwala na przyjęcie wniosku o istnieniu różnic w poziomie wypalenia osobistego pomiędzy osobami, które twierdzą, że przyczyną wypalenia zawodowego może być konieczność pracy w

pośpiechu i narzucone duże tempo pracy, a osobami, które uważają przeciwnie, przy czym, pierwsze, cechują się niższym poziomem na skali wypalenia osobistego od respondentów, którzy nie podzielają tej opinii.

Integralnym elementem procesu pracy pielęgniarskiej jest struktura nasilenia zadań przy maksymalnym skupieniu uwagi, mając jednocześnie świadomość odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjentów. Przy analizie materiału empirycznego, biorąc pod uwagę kryterium płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, istotne różnice odnotowano ze strony uwarunkowań wieku. Może to być wynikiem wielu nakładających się na siebie czynników między innymi przemęczenie pracą i obowiązkami rodzinnymi, wykonywania kilku czynności jednocześnie lub rozwiniętego już procesu wypalenia zawodowego. Takie postrzeganie problemu dowodzi, że im starsza pielęgniarka, tym wypracowany gorszy mechanizm obronny przeciwdziałający przemęczeniu pracą. Założenie o otwartym charakterze pytania, pozwala na wyszczególnienie uwarunkowań predysponujących do rozwinięcia procesu wypalenia zawodowego związanych z samą pracą i tym samym uwidocznienie dynamiki zmian środowiska pracy personelu medycznego.

Interesującym materiałem, pod względem poznawczym, są wyniki badań dotyczące procesu pracy, zawarte w odpowiedziach respondentów, gdzie zapytano, jakie elementy pracy są w ich przypadku najbardziej lubiane, a jakie nie. W skład pierwszej grupy wpisano bezpośredni kontakt z pacjentem, wykonywanie iniekcji, opatrunków, udział w wizycie lekarskiej. Dopuszczono również sytuację, w której preferowane są wszystkie elementy pracy pielęgniarskiej, taką odpowiedź podało 213 ankietowanych osób. Natomiast zdaniem 355 pielęgniarek nie jest możliwe, aby wymienić chociaż jeden najprzyjemniejszy element pracy. Ankietowane pielęgniarki zapytane o element pracy, który ich zdaniem jest wysoce niekomfortowy, bez wahania podawały wszystkie odmiany biurokracji. Dalsze miejsca przypadły pracy z komputerem, dźwiganiu pacjentów, sprzątanii oraz czynnościom niewymagającym posiadania ściśle specjalistycznej wiedzy, do których należą: sianie łóżek, karmienie, wykonywanie toalety pielęgnacyjnej i pośmiertnej. W przypadku tej grupy elementów 33,6% osób nie

udzieliło żadnej odpowiedzi. Na podstawie zgromadzonych wyników badań wnioskujemy, iż czynności wchodzące w skład pracy pielęgniarstwa, będące w odczuciach zatrudnionych pielęgniarek o małym znaczeniu w hierarchii oceny własnej i znajdujące się w sferze niskiej oceny społecznej są w znacznym stopniu sytuacjami predysponującymi w ich przypadku do możliwości rozwinięcia się procesu wypalenia zawodowego.

Wśród licznych uwarunkowań, wzorców zachowania mających swoje źródło w środowisku pracy, na proces wypalenia zawodowego pielęgniarek bardzo istotny wpływ odnotowano ze strony umożliwienia doskonalenia zawodowego jako kształtowania osobowości, nadążania za postępem nauki, przy jednoczesnej modyfikacji uzyskanych kwalifikacji na poszczególnych poziomach specjalizacji. Uczenie się to proces, który trudno poddaje się uwarunkowaniom. W literaturze przedmiotu oraz pracach naukowo-badawczych aspekt dokształcania się w zestawieniu z procesem wypalenia zawodowego mającego miejsce w środowisku pielęgniarstwa jest często pomijany lub traktowany ogólnikowo. Materiał empiryczny dowodzi, iż badane pielęgniarki dość wyraźnie precyzują swoje aspiracje zawodowe. Trudność zaprezentowania swoich oczekiwań w stosunku do możliwości dokształcania odebrano tylko ze strony 0,1% respondentów, co wskazuje na bardzo duże zainteresowanie elementem podnoszenia kwalifikacji.

Tabela 9. Odzwierciedlenie elementu podnoszenia kwalifikacji na powstanie procesu wypalenia zawodowego
Table 9. Raising qualifications and its influence on professional burnout

Wpływ podnoszenia kwalifikacji na powstanie procesu wypalenia zawodowego		
wskazana odpowiedź	liczba osób	%
bez znaczenia	71	4,9
trudno powiedzieć	53	3,7
mniej ważny	83	5,8
ważny	729	50,7
bardzo ważny	500	34,8
brak odpowiedzi	2	0,1
ogółem	1438	100,00

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Ankietowane osoby zapytano o sytuację podnoszenia kwalifikacji w kontekście znaczeniowym, a tym samym dostrzeżenia możliwości realizacji własnych aspiracji zawodowych. Tabela 9 wskazuje, iż ponad 80% zapytanych osób twierdzi, że jest to warunek pracy w ich przypadku „ważny” i „bardzo ważny”. A zatem współczesna pielęgniarka to osoba świadoma konieczności dobrego i na wysokim poziomie kompetencji wykonywania swojego zawodu, posiadająca chęć ustawicznego poszerza-

nia wiedzy. Dla lepszego i wnikliwszego zobrazowania tego aspektu zapytano respondentów o liczbę odbytych szkoleń na przestrzeni ostatniego roku. Zawarte w poniżej zamieszczonej tabeli wartości procentowe rozkładają się głównie na osoby niebiorące udziału w szkoleniach oraz te, które miały możliwość uczestnictwa jedynie w niewielkiej ich liczbie. Przyczyny tego stanu mogą być wielowątkowe. Udział w organizowanych szkoleniach może tym samym stanowić w przypadku uwarunkowań procesu wypalenia zawodowego czynnik o niebagatelnym znaczeniu profilaktycznym, wspierającym, motywującym, integrującym, szczególnie w przypadku, kiedy kierujący na nie pracodawca jest świadomy znaczenia konieczności ustawicznego podnoszenia specjalistycznych kwalifikacji swojego personelu.

Tabela 10. Wpływ liczby szkoleń w procesie podnoszenia kwalifikacji

Table 10. Schooling and workshops in the process of raising qualifications

Wpływ liczby szkoleń w procesie podnoszenia kwalifikacji		
wskazana odpowiedź z liczbą szkoleń	liczba osób	%
odbyłem 1–3 szkolenia	633	44,0
odbyłem 4–6 szkoleń	89	6,2
odbyłem powyżej 6 szkoleń	78	5,4

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.

Zbrane dane wskazują, że tylko 11 osób, co stanowi 1,3 % odbyło szkolenia z zakresu asertywności, a jedynie 4 osoby zadeklarowały uczestnictwo w szkoleniu z zakresu przeciwdziałania rozwojowi procesu wypalenia zawodowego. Czy zatem możemy wnioskować, że w prosty sposób przekłada się to na umiejętność zdefiniowania i rozpoznania w swoim przypadku pierwszych symptomów procesu wypalenia zawodowego. Badając determinanty zachowania pielęgniarek w stosunku do omawianego zagadnienia, podjęto próbę identyfikacji potencjalnych związków i zależności, wynikających z przestrzegania uwarunkowań, od których ten element częściowo zależy. Informacja, iż podnoszenie kwalifikacji jest integralne z liczbą osób, posiadających dany poziom wykształcenia a także stan cywilny w przypadku wyboru respondentów odpowiedzi „bardzo ważny”, „ważny” ma bardzo małe znaczenie, wskazuje, że jest to element w przypadku pielęgniarek mający znaczenie nadrzędne w stosunku do obowiązków rodzinnych. Kwestionariusz Copenhagen Burnout Inventory (CBI) pozwala stwierdzić, iż tylko w przypadku wypalenia na skali praca z pacjentem widnieje zależność, w której mamy do czynienia z istotnym statystycznie związkiem. A zatem strategia podnoszenia kwalifikacji zapytanych w badaniu ankietowym pielęgniarek jest skierowana bezpośrednio na podniesienie jakości usług w stosunku do pacjenta „pa-

cent najwyższym dobrem.” Kształcenie dodatkowe w szerokim tego słowa znaczeniu w przypadku pielęgniarek spełnia funkcję ukierunkowującą, uczącą problemowego rozwiązywania zagadnień, tym samym zachęcającą do samokształcenia i samodzielności w wyszukiwaniu innowacyjnych rozwiązań zawodowych.

Pielęgniarki są grupą zawodową o zdeterminowanych ambicjach, wiążących swoje aspiracje i plany z osiągnięciem wysokiej pozycji w hierarchii społecznej. Jak pokazuje tabela 11 takie postawy zdecydowanie wpływają na model procesu wypalenia zawodowego. Nasuwa się wniosek, że wraz ze wzrostem aspiracji zawodowych rośnie również siła procesu wypalenia zawodowego na skali wypalenia osobistego, blisko istotności statystycznej jest także siła wypalenia związanego z pracą. Osoba, budując obraz swoich aspiracji zawodowych, powinna uwzględnić posiadane umiejętności, wiedzę, wydolność psychofizjologiczną i zdolności. Wszystko to składa się na dobre samopoznanie, wgląd w siebie, a także krytyczny stosunek do posiadanych możliwości. Jak zatem te uwarunkowania procesu hierarchizacji społecznej przedstawiają się w zestawieniu z wartościami zawartymi w kwestionariuszu Copenhagen Burnout Inventory (CBI) określającym skale procesu wypalenia zawodowego.

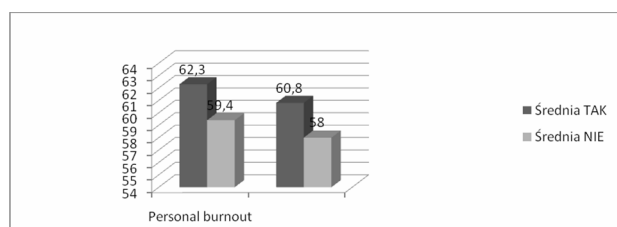
Tabela 11 i wykres 2 ukazują, tak jak należałoby przypuszczać, sytuację w której osoby przychylające się do twierdzenia, że wykonują swoje obowiązki poniżej własnych ambicji zawodowych, cechują się wyższym poziomem wypalenia na skalach wypalenia osobistego i wypalenia związanego z pracą. Wykonywanie obowiązków poniżej własnych aspiracji zawodowych można analizować w zestawieniu z danymi demograficznymi osób ankietowanych, gdzie zauważamy, że wraz ze wzrostem wartości wieku, ważność tego czynnika dla jednostki maleje. Przedstawiony materiał badawczy pozwala wysnuć wniosek, że element wykonywania obowiązków poniżej własnych aspiracji zawodowych nie stanowi dyskomfortu, szczególnie dla osób legitymujących się wykształceniem średnim, na co wskazuje wynik uzyskany od ponad 70% ogółu badanych respondentów. Powyższa sytuacja jest pewnego rodzaju prawidłowością, zachodzącą pomiędzy zajmowanym stanowiskiem a poziomem posiadanego przez jednostkę wykształcenia. Osoby legitymujące się wykształceniem wyższym w 89,6% przypadków zajmują w chwili obecnej stanowiska kierownicze. Tym samym w ich przypadku sytuacja ta nie powinna stanowić czynnika predysponującego do możliwości powstania procesu wypalenia zawodowego. Wynik ten jest kompatybilny z elementem wyko-

Tabela 11. Wykonywanie obowiązków poniżej własnych aspiracji zawodowych na skali „personal”, „work”

Table 11. Performing duties below one's professional aspirations on "personal", "work" scale of Copenhagen Burnout Inventory (CBI) questionnaire

Wykonywanie obowiązków poniżej własnych aspiracji zawodowych na skali „personal” i „work” kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI)							
typ wypalenia	sum. rang tak	sum. rang nie	U	Z	p	N ważn. tak	N ważn. nie
osobiste wypalenie (personal burnout)	302432,5	732208,5	181483,5	3,22	0,001	389	1049
wypalenie związane z pracą (work burnout)	298675,0	735966,0	185241,0	2,69	0,007	389	1049

Źródło: Badania własne.
Source: Self-study.



Wykres 2. Wykonywanie obowiązków poniżej własnych aspiracji zawodowych na skali „personal”, „work” kwestionariusza Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – średnia.

Chart 2. Performing duties below one's professional aspirations on "personal", "work" scale of Copenhagen Burnout Inventory (CBI) questionnaire.

Źródło: Badania własne (Source: Self-study).

nywania pracy poniżej posiadanych aspiracji zawodowych, który to koresponduje z oczekiwaniami jednostki.

Poczucie dyskomfortu zachodzące pomiędzy efektem spełnienia na polu rodzinnym w stosunku do braku spełnienia na polu zawodowym, jako uwarunkowania procesu wypalenia zawodowego, zachodzi częściej jedynie w przypadku osób stanu wolnego (30,6%), w stosunku do osób będących w stałych związkach (24,7%).

Podsumowanie

Zweryfikowane analizy otwierają szerszą perspektywę i inspirują do podjęcia kolejnych, bardziej szczegółowych badań, umieszczając je w trudnych obszarach pracy personelu pielęgniarskiego. Stwierdzono, iż w ramach wybra-

nych grup determinantów zachowań w środowisku pracy pielęgniarek występują istotne związki korelacyjne oraz struktury o relatywnie dużej złożoności. Wiedza na temat aspiracji zawodowych, sposobu postrzegania uwarunkowań, od których w dużej mierze zależy bezpośrednio odniesienie sukcesu może ułatwić przewidywanie, a tym samym dokonywanie wyborów, będących ściśle powiązanych z indywidualnym modelowaniem procesu wypalenia zawodowego, mającego miejsce w środowisku pracy pielęgniarek. Planując swoją karierę, pielęgniarki nie są w stanie określić wszystkich zmiennych zakłócających podjęty proces kształcenia, które to mogą mieć charakter ekonomiczny, społeczny, polityczny, kulturowy oraz emocjonalny.

Zaprezentowane analizy statystyczne wykazały, że pomimo nawet bardzo dobrych kompetencji integralnych w stosunku do realizacji wyznaczonego zadania to czynniki emocjonalno-motywacyjne zaburzają wielopłaszczyznowe wykonywanie zadań. Wzajemne przenikanie się wpływów uwarunkowań czynników osobowych, jak i psychologicznych implikuje stwierdzenie, iż daleko idącym uproszczeniem byłoby proste przekładanie wyników badań empirycznych, a zarazem łączenie ich tylko z niektórymi aspektami uwarunkowań. Wnikliwa analiza materiału empirycznego pozwala na postawienie wniosku, iż przedstawiciele zawodów medycznych są świadomi występowania w ich środowisku pracy procesu wypalenia zawodowego. Konieczne wydaje się zatem podjęcie działań diagnostycznych, profilaktycznych, edukacyjnych i terapeutycznych skierowanych w każdym przypadku na zwiększenie poziomu zasobów indywidualnych jednostki. Pozostaje to w silnym powiązaniu z poczuciem zwiększenia własnej wartości, skutecznością podjętych samodzielnie działań, optymizmem i szeroko pojętą asertywnością.

Wiele działań wymaga uporządkowania i uszczegółowienia procedur dotyczących zakresu wykonywania czynności pielęgniarstwa a także poziomu zakresu odpowiedzialności. Sprzyjać temu będą pilne, gruntownie przemyślane, zintegrowane ze środowiskiem medycznym kompleksowe decyzje. Liczne aspekty problemów życia zawodowego pielęgniarek wymagają rozstrzygnięć na polu organizacji, społeczeństwa bądź nawet na poziomie państwowej polityki zdrowotnej. Środowisko pracy średniego personelu medycznego nadal stanowi obszar kryjący w sobie wiele kwestii, które powinny inspirować do podejmowania nowych kierunków badań.

PIŚMIENNICTWO

1. Tucholska S., Maslach C., Koncepcja wypalenia zawodowego, etapy rozwoju. *Prz. Psychol.*, 2001, 301-317.
2. Głowacka M.D., Czajka P., Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładzie opieki zdrowotnej, (w:) Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E. (red.), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, 150-160.
3. Mruk H., Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych, ABC a Wolters Kluwer business. Warszawa 2009, 124-135.
4. Sikora J., Zespół pracowniczy. Oficyna Wydawnicza Postępu Organizacyjnego sp. z o.o. Bydgoszcz, 2000, 25, 102.
5. Kędzia B., Kowalewski S., Przemoc – nowy czynnik ryzyka zawodowego w środowisku pracy, *Bezpieczeństwo Pracy*, 2002, 1(366), 2.

Adres do korespondencji:

Wyższa Szkoła Edukacji Integracyjnej i Interkulturowej
w Poznaniu
ul. Prądyńskiego 53
61-527 Poznań

ROLA RODZICÓW W OPIECE NAD DZIECKIEM CHORYM NA CUKRZYCĘ TYPU 1

PARENTS' ROLE IN THE CARE OF CHILDREN WITH DIABETES TYPE 1

SABINA PRZEWOŹNIAK

Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
Kierownik: dr hab. n. med. Andrzej Kędzia

Streszczenie

Wstęp. Tradycyjne a szczególnie współczesne metody leczenia opierają się na wykorzystaniu wszystkich zasobów, jakimi dysponuje pacjent (fizycznych i psychicznych) mających na celu utrzymanie czy poprawę zdrowia.

Cel pracy. Badania miały na celu określenie rodzaju wsparcia, jakiego udzielają rodzice dzieciom chorym na cukrzycę typu 1.

Metodyka. Badaniem objęto 60 osób, są to rodzice dzieci chorych na cukrzycę typu 1. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego, metodzie tej podporządkowano technikę ankiety.

Wyniki. Wszystkie wypowiedzi wskazują na to, że stosunek rodzica do choroby dziecka z cukrzycą typu 1 ma znaczący wpływ na przestrzeganie zaleceń oraz rozwój umiejętności psychologicznych i praktycznych potrzebnych do radzenia sobie z chorobą.

Wnioski. Dzieci nie powinny zostawać w trudnych sytuacjach same. Rodzice są źródłem każdego rodzaju wsparcia.

Słowa kluczowe: dzieci, cukrzyca typu 1, rodzice.

Summary

Introduction. Both traditional and particularly contemporary methods of treatment are based on applying all patients' resources (physical and mental) aimed at health preservation and improvement.

Aim. The study was aimed at determining the type of support offered by parents to sick children with diabetes type 1.

Methodology. The study involved 60 people, namely parents of children with diabetes type 1. The research was done by a diagnostic survey method using a questionnaire technique subjected to this method.

Results. All statements indicate that a parent's attitude to the disease of a child with diabetes type 1, has a significant impact on compliance with recommendations and the development of psychological and practical skills needed to cope with the disease.

Conclusions. Parents of children with diabetes type 1 are necessary for promoting positive adaptation to the disease and controlling treatment results.

Key words: children, diabetes type 1, parents.

Cukrzyca typu 1, jako przewlekła i nieuleczalna choroba, stała się poważnym problemem medycznym współczesnego świata. Określana jest jako choroba społeczna. Najczęściej dotyka ludzi młodych, w szczególności dzieci i młodzież. Cukrzycę definiuje się jako grupę chorób metabolicznych charakteryzującą się hiperglikemią, która wynika z defektu wydzielania lub działania insuliny [1]. Nastęstwem zniszczenia komórek β jest stały brak insuliny, w wyniku czego chorzy muszą podawać brakujący hormon w iniekcji podskórnej. Podawanie insuliny egzogennej niesie ze sobą wiele trudności. Dużym problemem jest dopasowanie czasu działania insuliny od momentu jej podania do zmiennych potrzeb organizmu. Ponieważ z wielu powodów nie możemy dostatecznie elastycznie dopasować działania insuliny, tak jak to się dzieje w organizmie zdrowym, dlatego bywają okresy jej nadmiaru, jak i niedoboru. Konsekwencją tego są wahania poziomu cukru we krwi chorego. Połączenie przewlekłego występowania hiperglikemii z grupą chorób metabolicznych, czyli późnymi powikłaniami, jasno precyzuje nam cele leczenia, które dążą do wyrównania cukrzycy.

Leczenie chorych na cukrzycę powinno być kompleksowe i opierać się na substytucji insuliny, modyfika-

cji stylu życia i edukacji terapeutycznej. Skuteczność leczenia cukrzycy zależy oczywiście w dużej mierze od współpracy pacjenta z lekarzem, jednak najistotniejszym elementem jest motywacja samego pacjenta. W utrzymaniu jej na stałym, wysokim poziomie pomocne jest wsparcie osób znaczących, tj. rodziny, znajomych oraz wiedza, jaką pacjent posiada na temat choroby i powikłań, jakie ona niesie [2, 3, 4].

Cukrzyca jest specyficzną chorobą w przebiegu, której wiedza o chorobie i zagrożeniach powikłaniami ma olbrzymie znaczenie dla pacjenta oraz powodzenia w leczeniu. Im więcej pacjent wie na jej temat, tym lepiej i łatwiej jest mu kontrolować cukrzycę i radzić sobie z problemami związanymi z tą chorobą. Cukrzyca typu 1 jest chorobą, która pojawia się nagle i od momentu diagnozy chory i jego rodzina może przechodzić wiele kryzysów.

Zazwyczaj pierwszą reakcją rodziny na wiadomość o chorobie jest szok. Często mówi się o „uderzeniu informacją.” Duża ilość nowych faktów wywołuje wśród rodziny lęk, poczucie nierealności i żalu. Spowodowane jest to zbyt małą wiedzą i brakiem dystansu do przeżywanej sytuacji. Po fazie szoku następuje faza przystosowania się. Rodzice mobilizują się do działania. Zaczyna

się etap zdobywania informacji, sprzętów przydatnych w leczeniu. Jest to faza, w której rodzice mają stały kontakt z chorym dzieckiem, a to sprzyja dobremu samopoczuciu i pozwala na pozytywne myślenie, co z kolei wpływa na dobry stan psychiczny pacjenta. Kolejnymi fazami adaptacyjnymi są: kryzys emocjonalny – jak poradzić sobie z bezradnością?, następnie pozorne przystosowanie i konstruktywne przystosowanie. Aż do tego momentu oddziałują silne emocje zaburzające równowagę psychiczną całej rodziny [5]. Potraktowanie choroby, jako wyzwania jest najlepszym sposobem, żeby uniknąć podejścia do napotkanego problemu w kategoriach, „dlaczego spotkała nas ta kara” czy „kto jest winien”. Kiedy rodzice potraktują chorobę dziecka, jako wyzwanie zaczęną koncentrować się na aspektach działania – co zrobić? Jak pomóc swojemu dziecku? Tego typu pytania sprzyjają pozytywnym rozwiązaniom i radzeniu sobie z zaistniałym problemem choroby w rodzinie. Wiąże się to również z lepszą współpracą z zespołem terapeutycznym. Poprzez zrozumienie choroby rodzice potrafią efektywniej pomóc swojemu dziecku, zorganizować grupę wsparcia, dostrzegają, że nie tylko ich dziecko jest chore, że nie są odosobnieni w tej trudnej sytuacji. Rodzina dając sobie nawzajem wsparcie i dzieląc się swoimi doświadczeniami z innymi odciąża emocje, uczy się pozytywnego myślenia, spokojniejszego poszukiwania właściwych rozwiązań [6].

Cukrzyca typu 1 jest chorobą, która wywiera ogromny wpływ na funkcjonowanie rodziny. Przysparza choremu dziecku oraz jego rodzinie wiele zmartwień i stresu. Jak dotąd przyczyna choroby jest nieznana, a wyzdrowienie nadal niemożliwe. Cukrzyca jest chorobą, która wymaga nieustannej kontroli w badaniu cukru we krwi, w przestrzeganiu zaleceń dietetycznych i podejmowaniu wysiłku fizycznego. Jest chorobą, która wymaga aktywnego leczenia poprzez precyzyjne wyliczenie dawek insuliny każdego dnia [7]. Dlatego dziecko i jego rodzina obarczeni są dodatkowymi obowiązkami. Świadomość zmiany sposobu życia jest źródłem stresu i stanowi szczególne zagrożenie dla rozwoju osobowości dziecka. Reorganizacja życia nie powinna jednak oznaczać ograniczeń ani nie powinna kojarzyć się z rezygnacją z wielu rzeczy. Narzucanie dziecku pewnych zachowań może wywołać jeszcze większy strach. Rodzice muszą pamiętać, aby lęku dziecka dotyczącego nowych sytuacji nie przewycięzać siłą i przymusem [8, 9]. Dostosowanie się do nowych sytuacji, jakie niesie cukrzyca powoduje w niedojrzałej osobowości dziecka stany ciągłego napięcia. Choroba ta ma olbrzymi wpływ na rozwój emocjonalny, przyczynia się do konstruowania negatywnego obrazu świata zewnętrznego, pełnego zagrożeń, utrudniając tym samym relacje z najbliższymi oraz z otoczeniem rówieśników. Wpływ na tworzenie się pozytywnego obrazu u chorego dziecka mają przede wszystkim rodzice. To oni dostarczają wzorców osobowych, oceniają i wartościują zachowanie młodego człowieka. Bardzo ważne jest żeby rodzice umiejętnie rozwiązywali problemy zwłaszcza związane z chorobą.

Powinni pozwolić dziecku aktywnie uczestniczyć w życiu rodzinnym i angażować się w proces leczenia oraz starać się tak modyfikować życie, aby dziecko nie było wykluczone z powodu choroby.

W procesie opieki nad chorym dzieckiem na cukrzycę kluczową rolę przypisuje się rodzicom. To oni podejmują decyzje o sposobie terapii, realizują zalecenia lekarza i od ich konsekwentnego działania zależy w dużej mierze dobry efekt leczenia [10].

Rodzinie przypisuje się podmiotową rolę w procesie leczenia, ponieważ dzieci bardziej niż osoby dorosłe uzależnione są od środowiska rodzinnego. Im dziecko jest młodsze tym mniejszy jest jego świadomy udział w leczeniu cukrzycy. Często też powstają różnego rodzaju problemy wynikające z faktu wytyczenia granicy między odpowiedzialnością, współdziałaniem z dzieckiem a nadopiekuńczością. Problemy te nabierają znaczenia, gdy dzieci dorastają. Diagnoza cukrzycy stawia młodego człowieka w sytuacji trudnej, która zakłóca a niekiedy uniemożliwia realizację dotychczasowych celów, zadań i potrzeb. Wtedy też rodzice mają największy wpływ na stan psychiczny dziecka. Wzmacniają je własną siłą albo osłabiają swoją bezradnością i obawą. Zmienia się dotychczasowe życie całej rodziny. Zmiany te często przybierają charakter stały, ale mogą być tymczasowe, przejściowe [11]. Członkowie rodziny w różny sposób angażują się w nowe obowiązki - zależy to od postrzegania choroby. W rodzinie ważna jest równowaga. Niestety, często jest tak, że rodzice wszystkie swoje siły kierują na opiekę nad chorym zapominając jednocześnie o pozostałych członkach rodziny a zwłaszcza o zdrowych dzieciach, których choroba brata czy siostry również dotyczy. Wielu rodziców nie dostrzega tego, co się wokół nich dzieje a przecież rodzeństwo chorego dziecka przeżywa też wiele lęków i niepokojów związanych z problemem cukrzycy w rodzinie. Może im towarzyszyć uczucie smutku, przygnębienia i osamotnienia. Może to być związane z zazdrością, że rodzice choremu bratu czy siostrze poświęcają zdecydowanie więcej czasu niż im. Rodzeństwo może być bardzo potrzebne i pomocne we wspólnych działaniach. Rodzina stanowi skuteczny system pomocy w zmniejszaniu uciążliwości wynikających z choroby, ale tylko wtedy, gdy żaden z jej członków nie jest pomijany. Mogą sobie wtedy wzajemnie pomagać i wyręczać się zadaniami unikając w ten sposób nadmiernego przemęczenia jednej osoby. Stosunki rodzinne mogą wpływać na życie chorego dziecka, mogą ułatwiać jak i utrudniać przystosowanie do samodzielnego funkcjonowania. Klimat rodzinny, w którym dziecko rośnie, czyli tendencje do zachowania się w specyficzny sposób są istotnymi czynnikami, które wpływają na umiejętność radzenia sobie z chorobą.

Postawy rodzicielskie są plastyczne i podlegają zmianom w zależności od tego, w jakiej fazie rozwojowej jest aktualnie dziecko. Jeśli rodzice wraz z rozwojem dziecka nie przyjmują właściwych postaw to najczęściej dochodzi do konfliktów, które powodują różnego rodzaju nieprawidłowości w zachowaniu dziecka. Rów-

niez choroba, jaką jest cukrzyca, może wpływać na modyfikację postawy rodzicielskiej. Postawy wychowawcze rzadko występują w czystej formie, więc należy je modyfikować wraz ze świadomością rodziców i wiekiem dziecka. W niektórych okresach życia dziecka, właściwsze jest stosowanie surowszych zasad postępowania, w innych rodzice powinni być bardziej łagodni i zdystansowani. Szczególnie trudne dla rodziców, jak i samego dziecka jest wystąpienie choroby w okresie dorastania. Nastolatki chorujące na cukrzycę żyją z ciągłym obciążeniem psychicznym. Świadomość nieuleczalnej choroby oraz obawy przed powikłaniami są czynnikami obciążającymi psychikę młodego człowieka. Często ujawnia się to w postaci buntu wobec rodziców. Nastolatek chce pokazać swoją niezależność poprzez zaniechanie podawania insuliny, brak samokontroli, lekceważenie zaleceń zespołu terapeutycznego. Specyfika okresu dorastania wiąże się z poszukiwaniem własnej tożsamości, wiedzy o sobie, do określenia własnego miejsca i ról życiowych. Jest to okres buntu przeciwko autorytetom, zasadom i dlatego najczęściej dochodzi do konfliktów między dorastającymi dziećmi a rodzicami [12].

Zarówno choroba przewlekła oraz zachowanie i umacnianie zdrowia traktowane są jako sytuacje trudne, przysparzające wiele problemów dla których szuka się rozwiązań. Dla osoby, która jest chora ważne są elementy, które mają wpływ na przebieg choroby, wsparcie ze strony osób bliskich i nadzieja. Specyficzną formą pomocy może być wsparcie społeczne, jako efekt relacji międzyludzkich. Rodzina, czyli osoby, z którymi chore dziecko utrzymuje bezpośrednio i emocjonalnie bliskie kontakty to pierwotne źródło wsparcia. Wsparcie społeczne wpływa korzystnie na zdrowie, gdyż dostarcza jednostce pozytywnych doświadczeń. Daje poczucie, że życie jest stabilne i przewidywalne, poczucie przynależności, bliskości, zrozumienia i życzliwości. Wzmacnia ogólną kondycję i samopoczucie człowieka [13]. Wsparcie społeczne jest częścią radzenia sobie w trudnych sytuacjach i odgrywa pozytywną rolę w procesie przystosowania się do zmian i strat doświadczonych w czasie choroby. Bardzo ważne w życiu każdego człowieka jest znalezienie w najbliższym dla siebie otoczeniu własnej sieci wsparcia.

Wiele publikacji wskazuje, że osobami udzielającymi największego wsparcia dzieciom chorym są rodzice, rodzeństwo, przyjaciele. Każda z tych osób udziela jednak innego rodzaju pomocy. Wszystkie te osoby uzupełniają się wzajemnie. Tworzą korzystne środowisko rozwojowe i budują swego rodzaju „sieć bezpieczeństwa”, chroniąc chore dziecko w trudnych sytuacjach [14].

Swoistą cechą cukrzycy jest jej długotrwałość oraz zagrożenie, jakie ona stwarza dla rozwoju i życia. Dziecko wymaga przez wiele lat specjalistycznej opieki medycznej i odpowiedniego postępowania wychowawczego. Dlatego też w zależności od okoliczności i przeżywanymi trudnościami każdy potrzebuje różnego rodzaju wsparcia.

Przeprowadzono badania własne, które ukazują, jakiego rodzaju wsparcia najczęściej udzielają rodzice chorym dzieciom na cukrzycę. Badania te miały na celu

przedstawienie trudnej roli rodziców i ukazanie problemów życia codziennego.

Badaniem objęto 60 osób, są to rodzice chorych dzieci na cukrzycę typu 1. Dla oceny wsparcia dzieci przez rodziców zastosowano technikę ankiety, a narzędziem badawczym jest własnego autorstwa kwestionariusz ankiety. To umożliwiło uzyskanie odpowiedzi na nasuwające się problemy badawcze:

Jakie jest wsparcie instrumentalne udzielane przez rodziców chorym dzieciom na cukrzycę typu 1?

Jakie czynności związane z przyjmowaniem przez dziecko insuliny wykonują rodzice?

Jak często rodzice zgłaszają się z dziećmi do lekarza specjalisty?

Jaki jest udział rodziców w ustalaniu dawki insuliny, przygotowywaniu posiłków, monitorowaniu cukru we krwi?

Jakie jest wsparcie informacyjne udzielane przez rodziców chorym dzieciom na cukrzycę typu 1?

Jakie informacje dotyczące choroby są przekazywane dzieciom przez rodziców?

Jakiego rodzaju informacje dotyczące leczenia, żywienia, powikłań cukrzycowych są przekazywane chorym dzieciom?

Jakie jest wsparcie emocjonalne udzielane przez rodziców chorym dzieciom na cukrzycę typu 1?

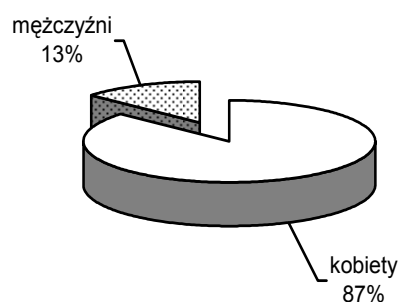
Jaką postawę przyjmują rodzice?

Jakie uczucia przejawiają wobec dziecka?

Jak oceniają i reagują na stan emocjonalny dziecka?

Szczegółowa charakterystyka badanej grupy zostanie przedstawiona na wykresach.

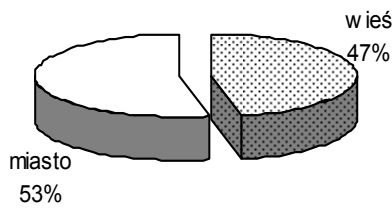
Grupa rodziców, która wzięła udział w badaniach nie była zróżnicowana pod względem płci, ponieważ znaczącą większość badanej grupy stanowiły kobiety.



Wykres 1. Płeć badanych osób
Chart 1. Subjects' sex

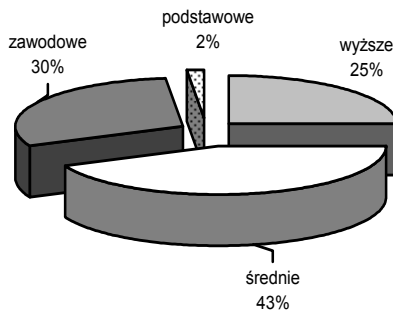
Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Na wykresie 2 przedstawiono dane dotyczące miejsca zamieszkania rodzin. Rodziny ze środowiska miejskiego stanowiły 53%, a wiejskiego 47%, co w sposób zasadniczy nie różnicuje grupy.



Wykres 2. Miejsce zamieszkania badanych osób
Chart 2. Subjects' place of residence

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



Wykres 3. Wykształcenie badanych osób
Chart 3. Subjects' educational level

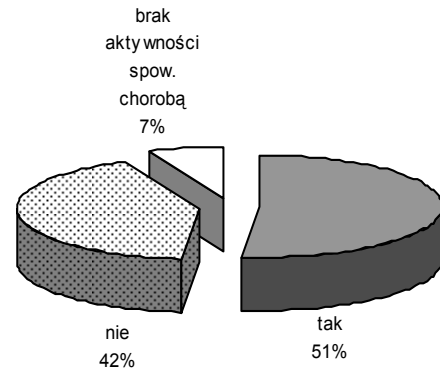
Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Pod względem wykształcenia w badanej grupie dominowały osoby, które miały wykształcenie średnie, taką odpowiedź udzieliło 43% respondentów, wykształcenie zawodowe posiadało 30%, a 25% badanych było z wykształceniem wyższym, natomiast tylko 1 osoba (2%) miała wykształcenie podstawowe. Z badań wynika, że wykształcenie rodziców nie odzwierciedla wskaźnika ich zatrudnienia.

Z zebranego materiału wynika, że 51% osób pracuje zawodowo, natomiast 42% nie pracuje zawodowo z różnych innych powodów, a u 7% ankietowanych choroba dziecka była powodem, który wpłynął na decyzję o nie podejmowaniu pracy zawodowej. Zachorowanie dziecka nie wpłynęło znacząco na zrezygnowanie z pracy zawodowej. Jednak dość duży procent osób, które nie pracują, dalej nie podejmuje pracy, co pozwala im bardziej zaangażować się w opiekę nad chorym dzieckiem (Wykres 4).

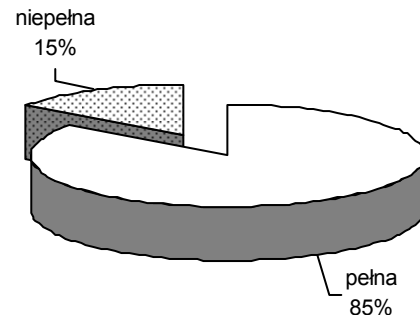
Wykres 5 obrazuje dane na temat struktury formalnej badanych rodzin. Z danych tych wynika, że zdecydowana większość to rodziny pełne, tak odpowiedziało 85% badanych osób, natomiast nieliczne chore dzieci wychowywane są przez jednego rodzica, samotną matkę lub ojca.

Istotną informacją do scharakteryzowania badanej grupy jest czas trwania choroby u dziecka. Uzyskane wyniki ukazują wykres 6.



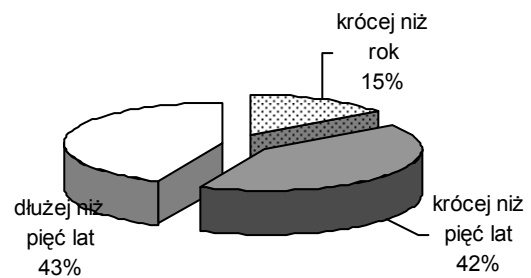
Wykres 4. Aktywność zawodowa badanych osób
Chart 4. Subjects' professional activity

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



Wykres 5. Struktura badanych rodzin
Chart 5. Subjects' family structure

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



Wykres 6. Czas trwania choroby
Chart 6. Duration of disease

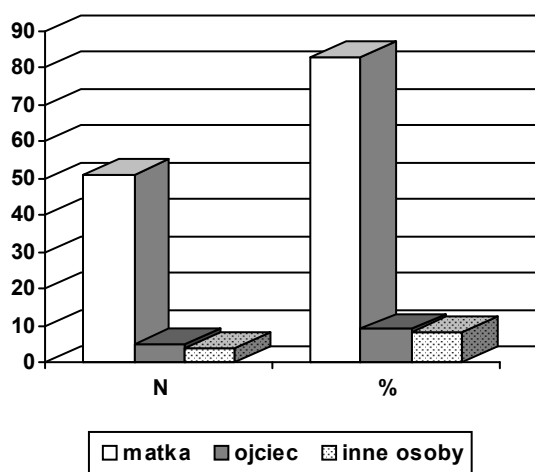
Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

Z otrzymanych danych wynika, że obowiązki związane z chorobą przejmują głównie matki. To one zazwyczaj opiekują się chorym dzieckiem, stają się osobą przewodnią. Ojciec rzadko odgrywa główną rolę w pielęgnowaniu chorego. Nie można jednak pomniejszać jego roli, gdyż zazwyczaj ojcowie pełnią inną funkcję w rodzinie. Najczęściej zapewniają bezpieczeństwo mate-

rialne i duchowe. W badaniach własnych poszukiwano związku wpływu choroby dziecka na strukturę rodziny i nie wykazano, żeby choroba wpływała na zmianę tej struktury. Obecność chorego dziecka na cukrzycę nie musi wywoływać niekorzystnych zmian w rodzinie.

Rola rodziców dziecka chorego na cukrzycę jest kluczowa. Ich stosunek do niego powinien być nacechowany szczególną serdecznością, łagodnością, spokojem. Należy pamiętać, że w chorobie najlepsze korzyści przynosi wsparcie od osób najbliższych, czyli od rodziny. W zmaganiu się z chorobą bardzo ważne jest tworzenie silnych więzi emocjonalnych, które zabezpieczają wzajemne zaufanie. Więc wsparcie społeczne jest niezbędne, jest najbardziej pożądaną formą pomocy. W zależności od sytuacji i przeżywanych problemów każdy potrzebuje różnego rodzaju wsparcia. Najczęściej wyróżnia się wsparcie instrumentalne, informacyjne i emocjonalne.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, wsparcie instrumentalne w cukrzycy udzielane przez rodziców to szczególnie sposób i rodzaj pomocy w celu mobilizowania sił, potencjału, aby dzieci mogły same sobie radzić ze swoimi problemami. Podsumowując udział badanych rodziców w codziennych czynnościach związanych z cukrzycą, można stwierdzić, że matki najczęściej udzielają wsparcia instrumentalnego, stanowią 83% badanych osób.

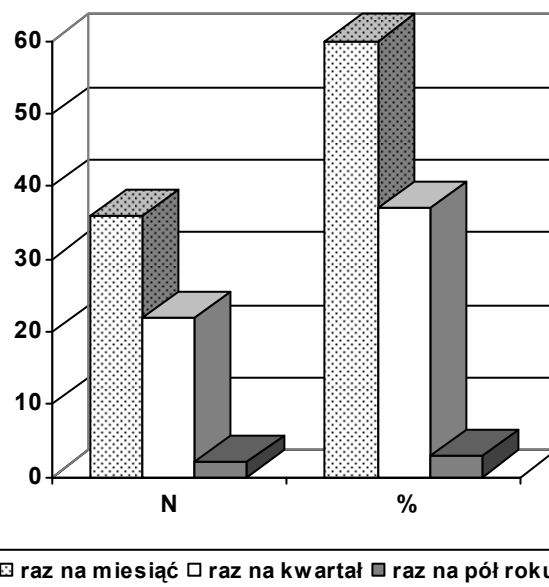


Wykres 7. Osoby pomagające w codziennych czynnościach związanych z chorobą
Chart 7. People assisting in the daily activities associated with the disease

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

Wsparcie instrumentalne określane jest, jako pewnego rodzaju instruktaż o konkretnych sposobach postępowania. To one najczęściej pomagają, ale też i wyręczają chore dzieci z czynności dnia codziennego. W przypadku chorych dzieci ważne jest zaangażowanie rodziców i troska ich o to, żeby dzieci przyswoiły i opanowały podstawowe czynności związane z cukrzycą, na przykład umiejętność podawania insuliny w zastrzyku, wykonanie pomiaru cukru we krwi, uczestnictwo w przygotowaniu posiłków. Nabycie takich nawyków pozwala na wzrost

poczucia panowania nad procesem chorobowym i sprostanie wymaganiom, jakie niesie za sobą choroba. Natomiast brak takich umiejętności prowadzi do unikania problemów, a to negatywnie odbija się na przebiegu choroby. Rodzice otaczają troskliwą opieką swoje dzieci, co bezpośrednio wynika z badań.



Wykres 8. Częstotliwość wizyt kontrolnych w poradni specjalistycznej
Chart 8. The frequency of visits to a specialist clinic

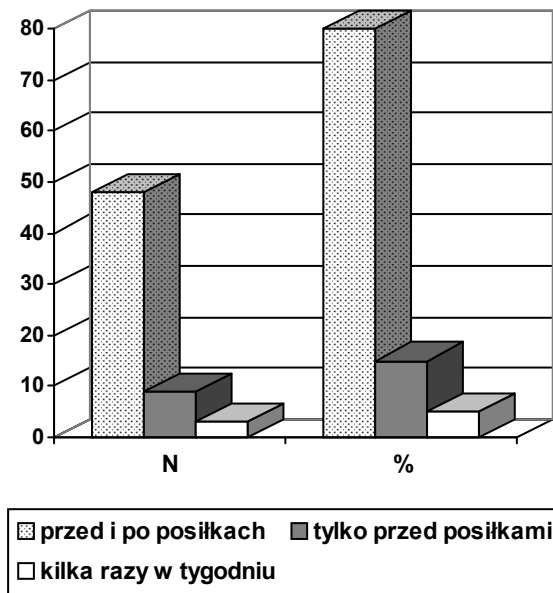
Źródło: opracowanie własne (Source: author's concept)

W sposób systematyczny korzysta z fachowej opieki 60% badanych. Osoby te deklarują, że korzystają z porady specjalistów raz w miesiącu. Częste wizyty w poradni diabetologicznej umożliwiają ciągłą edukację pacjenta i jego rodzinę. W trakcie takiej wizyty analizuje się wyniki chorego, eliminuje błędy i pomaga ustalić właściwy sposób postępowania.

Wskazywanie konkretnych metod oraz pokierowanie zachowaniem chorego dziecka bardzo pomaga w utrzymaniu wyrównania cukrzycy.

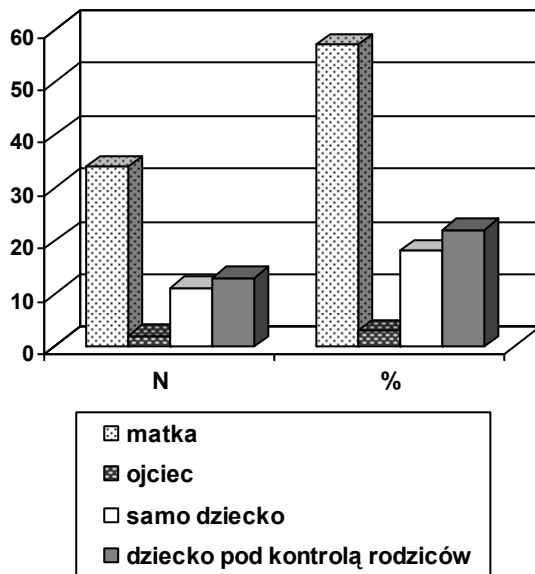
Z badań wynika, że zdecydowana większość rodziców, bo aż 80%, pomiary kontrolne glikemii wykonuje często, czyli przed i po posiłku. Tak znaczna częstotliwość pomiarów pozwala na monitorowanie choroby i sprzyja poczuciu kontroli nad sytuacją.

Wsparcie rodziców ma na celu poprawę jakości życia chorego dziecka. Leczenie cukrzycy nakłada na dziecko wiele obowiązków i dlatego poprzez wsparcie instrumentalne należy uczyć je systematyczności i samodzielności. Na podstawie wyników można stwierdzić, że dzieci uczą się samodzielności. Opinie rodziców wskazują na to, że dzieci szybko nabywają umiejętności praktyczne, co pozwala im na poradzenie sobie z chorobą. Należy jednak zwrócić uwagę, aby wymagania nie przekraczały możliwości dziecka.



Wykres 9. Częstotliwość pomiaru cukru we krwi
Chart 9. The frequency of blood glucose measurement

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



Wykres 10. Osoby ustalające dawkę insuliny
Chart 10. People deciding on a dose of insulin

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

Dużą część ankietowanych osób uważa, że niektóre czynności związane z chorobą nie powinny być wykonywane samodzielnie przez dzieci. Rodzice uważają, że są to czynności zbyt skomplikowane i nieodpowiednie decyzje mogą być przyczyną pogorszenia się stanu zdrowia. Na pewno do takich należy ustalanie dawki insuliny. Wyniki badań wykazują, że najczęściej dawkę insuliny ustalają matki. 57% osób badanych uważa, że

osoby ustalające dawkę insuliny powinny być bardzo dobrze wyszkolone, gdyż zła gospodarka insulinowa może przynieść niekontrolowane wahania glikemii. Z badań tych również wynika, że 22% rodziców zezwala na ustalenie dawki, ale pod ich kontrolą.

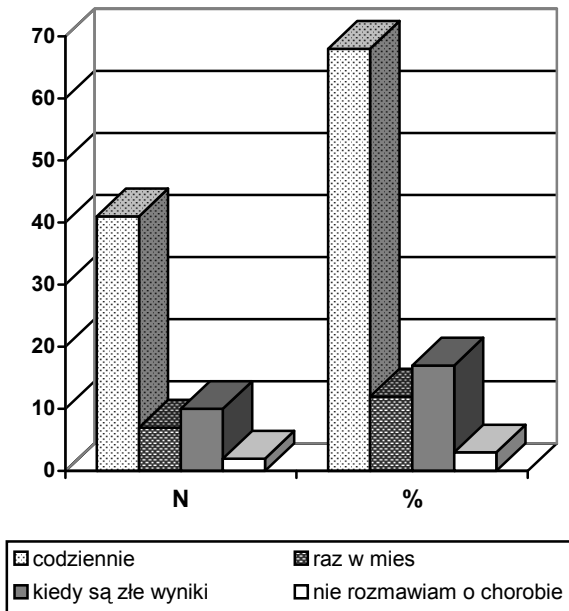
Analiza kolejnych problemów dotyczy żywienia, rodzaju posiłków, przygotowania, jak i pory spożywania posiłków. Zadaniem rodziców jest kształtowanie i przekazanie dziecku właściwych nawyków żywieniowych. Na podstawie badań, które przeprowadziłam można stwierdzić, że zdecydowana większość rodziców przywiązuje dużą wagę do prawidłowego przygotowania posiłków. Opierając się na danych wynikających z badań można stwierdzić, że znaczna większość respondentów zawsze lub bardzo często przygotowuje posiłki według zasad zdrowego żywienia. Przeprowadzone badania również wskazują na inne prawidłowe postępowanie rodziców. Dotyczy to liczenia ilości węglowodanów w posiłkach. Jest to dość trudna umiejętność, ale nabycie i przestrzeganie jej pozwala na utrzymanie prawidłowej gospodarki energetycznej, a to z kolei nie dopuści do nadmiernych wahań glikemii.

Rodzice powinni być świadomi, że wszelkie ograniczenia aktywności dziecka, chronienie go przed wysiłkiem i wyręczanie powinno mieć miejsce tylko w przypadkach uzasadnionych. Powinni oni zachęcać dziecko do samodzielnego wykonywania różnych czynności właściwych dla jego wieku, opanowania potrzebnych mu umiejętności i nawyków. Często konieczna jest cierpliwość wobec dziecka, które wykonuje czynności zbyt wolno i czasami nieudolnie. Choremu należy dać szansę usamodzielnienia się i radzenia sobie w życiu codziennym.

Badania prowadzone w grupie rodziców wykazały również potrzebę udzielania wsparcia informacyjnego dzieciom, czyli udzielania informacji oraz dawania rad, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu choroby i problemów, jakie ta ze sobą niesie. Stopień zapotrzebowania na informację u każdego dziecka różni się w zależności od potrzeb, a także stopnia zaawansowania choroby. Należy również pamiętać, że brak informacji może być źródłem lęku i niepewności. Badania wskazują na pozytywne stanowisko rodziców w uczestnictwie dzieci w rozmowach na temat cukrzycy. Biorąc pod uwagę powyższe spostrzeżenia na temat informacji, zadowalająca jest pozytywna opinia rodziców o konieczności uczestnictwa dzieci w rozmowach o chorobie. Rodzice powinni pamiętać, że rozmowa powinna być dostosowana do sytuacji, jaką stwarza choroba oraz wieku dziecka. Odpowiedzi respondentów na temat częstotliwości rozmowy były zróżnicowane, ale i tak znaczna większość, czyli 68% odpowiedziała, że taka powinna odbywać się codziennie.

Badania pokazują, że dzieci, które otrzymały niewiele informacji i praktycznych wskazówek dotyczących choroby i radzenia sobie z nią, czują się o wiele mniej pewnie, brak wiedzy wyzwala również negatywne przeżycia. Dziecko, które posiada odpowiednią wiedzę na temat powikłań, jakie niesie choroba jest świadome zagrożeń i łatwiej mu ich uniknąć. Do takiej opinii przychyliło się 75% badanych

rodziców. Każda rozmowa ma na celu poznanie prawdziwych odczuć dziecka, a właściwe relacje rodzic – dziecko sprzyjają rozwiązywaniu problemów. 93% osób, które brały udział w ankiecie jest przekonanych, że znajomość objawów chorobowych jest konieczna. Dzięki temu dziecko odpowiednio reaguje na objawy.

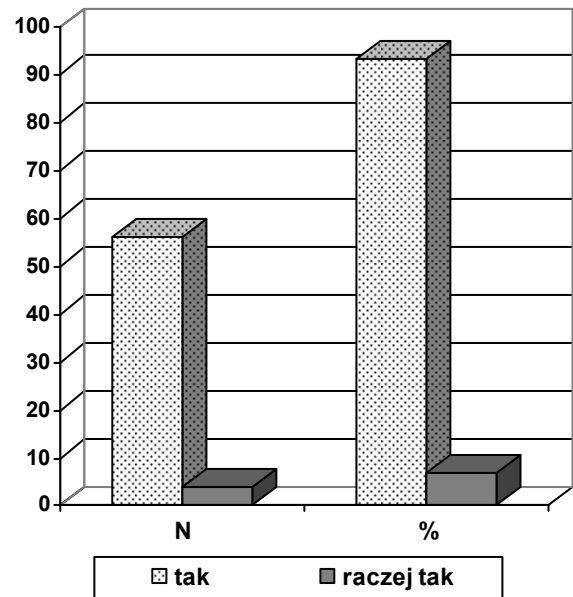


Wykres 11. Częstotliwość rozmów z dzieckiem o chorobie
Chart 11. The frequency of conversations with a child about the disease

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

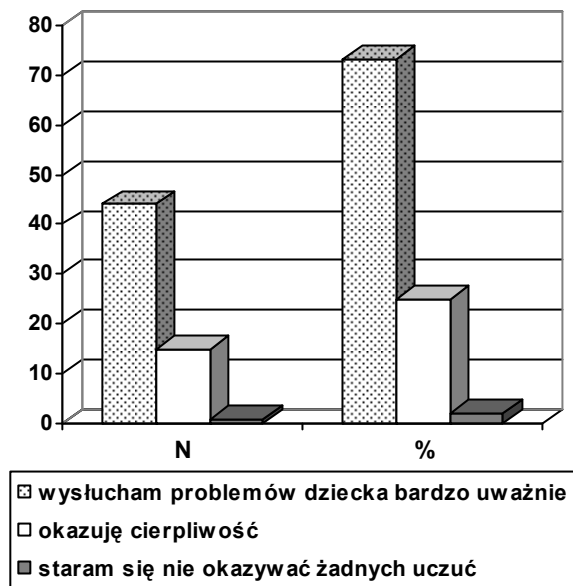
Wiedza powinna dotyczyć najczęściej występujących problemów. Według opinii rodziców dziecko powinno znać wszelkie możliwe sposoby leczenia cukrzycy. Natomiast rodzice w sprawie podejmowania decyzji przez dziecko o sposobach leczenia cukrzycy przyjmują różne stanowiska. Dziecko powinno zdawać sobie sprawę z niebezpieczeństwa, jakie niesie niedocukrzenie. Obawa przed znacznymi wahaniami cukru we krwi może powodować, że dziecko mocniej przeżywa swoje problemy zdrowotne i w mniejszym stopniu je akceptuje. Dziecko żyje w ciągłym strachu i poczuciu winy. Może to prowadzić do ukrywania choroby przed otoczeniem. Dlatego też prawie wszyscy badani rodzice są zdania, że znajomość przez dziecko objawów niedocukrzenia jest bardzo ważna. Reakcje dziecka w dużej mierze zależą od postawy rodziców. Chore dziecko nie zdaje sobie sprawy ze wszystkich aspektów swojej sytuacji. Z jednej strony wie, że jest mu potrzebne leczenie, z drugiej boi się bólu, który sprawiają mu codziennie wykonywane zastrzyki. Rozmowa z dzieckiem chorym na cukrzycę jest trudna i odpowiedzialna, stanowi dla rodziców dodatkowe obciążenie, ale jej wartość jest niezaprzeczalna. Podczas rozmowy rodzice powinni zachęcać dziecko do wyrażania własnego zdania oraz tłumaczyć, jak dziecko ma się zachowywać w różnych sytuacjach. Analiza zebranego materiału

wskazuje, że wsparcie informacyjne jest istotnym czynnikiem w funkcjonowaniu dziecka w życiu codziennym.



Wykres 12. Znajomość objawów choroby
Chart 12. Knowledge of disease symptoms

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



Wykres 13. Reakcje rodziców na emocje dziecka w trudnych sytuacjach.
Chart 13. Parents reacting to their child's emotions in difficult situations.

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

Wsparcie emocjonalne jest szczególną formą działań pomocowych. Emocje mają istotne znaczenie dla dziecka. Celem wsparcia emocjonalnego jest zapewnienie, że dana

osoba nie jest sama i jest ktoś, na kogo można liczyć. Badania pokazują, że wiedza o przebiegu choroby i codzienne zmaganie się z jej skutkami często przekraczają możliwości dziecka. Dzieci, które uzyskują dobre wsparcie emocjonalne od rodziców bardziej angażują się w proces leczenia. W niewielkim odsetku respondentów, co stanowi 4%, okazuje się, że choroba dziecka wpłynęła destrukcyjnie na wzajemne relacje. Skutkiem tego jest brak wsparcia emocjonalnego. Rodzice, którzy dobrze sobie radzą w sytuacjach trudnych i są pogodzeni z faktem, że ich dziecko zachorowało mają pozytywne nastawienie. Aktywniej uczestniczą w wykonywaniu codziennych czynności związanych z chorobą. Przeprowadzone badania ukazują, że wszystkim rodzicom towarzyszą pozytywne emocje. Głównie troskliwość i miłość, jaką okazują najbliżsi swoim dzieciom. Uczucia te wzmacniają chore dziecko, jak i zapewniają bliskość całej rodziny. Z zebranych danych wynika, że rodzice również borykają się z negatywnymi emocjami. Nie pozostaje to bez wpływu na jakość kontaktu z dzieckiem. Na rodzicach chorego dziecka spoczywa zadanie zapewnienia mu na tyle normalnego życia i dorastania na ile to możliwe.

Często rodzice przeżywają chorobę dziecka bardzo osobiście. Nie wolno jednak im zapomnieć, że to dziecko jest chore i jemu trzeba pomóc. Z badań wynika, że najbardziej obciąża rodziców lęk. Specyfika choroby oraz brak możliwości całkowitego wyleczenia w rodzicach wywołują również cierpienie i smutek. W badaniach, które przeprowadzałam, istotne dla mnie było również to, jak rodzice reagują na emocje chorego dziecka. Jak się okazuje większość ankietowanych stara się poświęcić dziecku, jak najwięcej czasu rozmawiając z nim i wysłuchując uważnie jego problemów. Wysłuchanie dziecka i okazanie cierpliwości jest bardzo pozytywnym zjawiskiem pozwalającym na zniwelowanie nadmiernego stresu, jaki towarzyszy dziecku. Należy pamiętać, że dziecko potrzebuje zrozumienia, kiedy przeżywa silne uczucia. Zgromadzone dane wskazują, że aż 50% rodziców nie zauważa u dziecka emocji, jakie towarzyszą mu podczas podawania insuliny i badania cukru we krwi. Uważam, że jest to świadome niezauważanie emocji mające na celu przyzwyczajenie dziecka do zabiegów. Zabiegi te mają stać się normalnym, codziennym działaniem, co jest charakterystyczne dla choroby przewlekłej. Ma to silny wpływ na przebieg procesów emocjonalnych i wywołuje różne postawy wśród członków rodziny.

Wnioski

Analizując przeprowadzone badania własne na uwagę zasługuje fakt nagradzania i karania dziecka za dobre lub złe postępowanie w chorobie. Kary i nagrody są wszechobecne i często towarzyszą w procesie wychowania dziecka. Rodzice powinni pamiętać, że kara lub nagroda mogą mieć inne formy, niekoniecznie rzeczowe. Badania własne pokazują, że również 50% rodziców nagradza swoje dzieci. Uważam, że nagroda za prawidłowe postępowanie pozytywnie wzmacnia dziecko i nie należy czekać aż samo przyjdzie i poprosi o pochwałę. Rodzice powinni doceniać

to, co wymaga wysiłku, przewycięża słabość i lęk. Pochwała ze strony rodziców wzbudzi wiarę w możliwości dziecka i z większym prawdopodobieństwem powtórzy prawidłowe zachowanie, jeśli skojarzy je z przyjemnością. Dziecko zawsze potrzebuje i szuka uwagi dorosłych. Natomiast na pytanie, czy rodzice karzą swoje dzieci, 95% badanych rodziców odpowiedziało przecząco. Należałoby sobie odpowiedzieć na pytanie, czy karanie jest skuteczne i czemu ma służyć. Często potrzebne jest ono rodzicom do rozładowania emocji, a to staje się wyrazem bezsilności.

Jak wynika z przeprowadzonych badań dziecko chore na cukrzycę powinno być stale wspierane przez rodzinę, a rodzaj tego wsparcia rodzice powinni dostosowywać do oczekiwań i potrzeb dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. Sieradzki J., Leczenie insulina, w: Cukrzyca tom 1, Sieradzki J. (red.), Gdańsk 2007.
2. Strojek K., Diabetologia, Poznań 2007.
3. Tatoń J., Czech A., Bernas M., Diabetologia kliniczna, Warszawa 2008.
4. Jarosz-Chobot P., Powikłania cukrzycy typu 1, w: *Pediatrics, co nowego?* Otto-Buczowska E. (red.), Wrocław 2007.
5. Twardowski A., Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych, W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Obuchowska I. (red.), Warszawa 2008.
6. Wielgosz E., Dzieci przewlekłe chore, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Obuchowska I. (red.), Warszawa 2008.
7. Fichna P., Stankiewicz W., Samokontrola w terapii cukrzycy typu 1 i współpraca lekarza z pacjentem, w: *Cukrzyca typu 1*, Otto-Buczowska E. (red.), Wrocław 2006.
8. Stanisławska-Kubiak M., Mojs E., Wójciak R., Diagnostyka i opieka psychologiczna dzieci i młodzieży z cukrzycą, w: *Człowiek chory. Aspekty biopsychologiczne*, t. 4, Janowski K., Martyniak M. (red.), Lublin 2009.
9. Stanisławska-Kubiak M., Terapia systemowa jako forma wsparcia w rodzinie z cukrzycą typu 1, w: *Pomoc psychologiczna w chorobach somatycznych*, Mojs E. (red.) Poznań 2009.
10. Gawłowicz K., Wpływ cukrzycy na funkcjonowanie rodziny, w: *Probl. Hig. i Epidemiol.*, 2009, 90(1), 72-77.
11. Maciarz A., Dziecko przewlekłe chore. Opieka i wsparcie, Warszawa 2006.
12. Maciarz A., Znaczenie więzi i społecznego wsparcia w pełnieniu rodzicielstwa wobec niepełnosprawnego dziecka, w: *Wątki zaniedbane, zaniechane, nieobecne w procesie edukacji i wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, Gajdzika Z., Kliruk A. red., Katowice 2004.
13. Kirenko J., Byra S., Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych, Lublin 2008.
14. Antoszevska B., Wsparcie chorego i jego rodziny przez personel medyczny, w: *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, Kwaśniewska G., Wojnarska A. (red.), Lublin 2009.

Adres do korespondencji:
kpielped@ump.edu.pl

SATYSFAKCJA ZAWODOWA PRACOWNIKÓW SEKTORA OCHRONY ZDROWIA

JOB SATISFACTION AMONG HEALTH CARE WORKERS

EWA KANIEWSKA¹, PIOTR STAWNY²

¹Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Wysocki

²Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Satysfakcja zawodowa odgrywa ogromne znaczenie i wpływa na higienę psychiczną, ogólny dobrostan fizyczny, relacje międzyludzkie oraz podwyższa lub obniża jakość życia. Ponieważ praca jest istotną częścią naszego życia, musi być satysfakcjonująca i dawać możliwości rozwoju. Jest to o tyle istotne, gdyż pracujący zawodowo w dużej mierze nie jest w stanie oddzielić życia rodzinnego od problematyki związanej z wykonywanym zawodem. Należy stwierdzić, iż liczne czynniki determinują poczucie zadowolenia z wykonywanej pracy. Publikacja przedstawia, które z nich mają największy wpływ na poczucie satysfakcji zawodowej wśród pracowników opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: satysfakcja zawodowa, kadra medyczna, ochrona zdrowia, podmiot leczniczy.

Większości dorosłej populacji czas spędzony na pracy zawodowej zajmuje około 25% życia, w przybliżeniu 160 godzin w miesiącu i 2000 godzin w ciągu roku. Jest to niezmiernie duża liczba, stąd satysfakcja zawodowa odgrywa ogromne znaczenie i wpływa na higienę psychiczną, ogólny dobrostan fizyczny, relacje międzyludzkie oraz podwyższa lub obniża jakość życia. Celem nadrzędnym naszej pracy jest wytwarzanie określonych, dóbr czy realizacja usług, np.: medycznych, które są społecznie wartościowe, dzięki czemu podnoszą jakość życia jednostek oraz całego społeczeństwa. Oczywiście oprócz materialnych efektów praca przyczynia się także do kreowania więzi społecznych, wśród pracowników oraz szerzej między przedstawicielami danej organizacji a klientami, którzy z jej usług korzystają [12]. Ponieważ praca jest istotną częścią naszego życia, musi być satysfakcjonująca i dawać możliwości rozwoju. Jest to o tyle istotne, gdyż pracujący zawodowo w dużej mierze nie jest w stanie oddzielić życia rodzinnego (prywatnego) od problematyki związanej z wykonywanym zawodem. Napotykać kłopoty, niepowodzenia, bezwiednie łączy sferę zawodową z prywatną. Szczególnie wyraźnie daje się to zaobserwować w zawodach narażonych na obciążenia i częste sytuacje stresujące (takich jak zawody

Summary

Numerous of factors determine job satisfaction feeling. Publication introduces which factors have the greatest impact on job satisfaction or dissatisfaction among health care workers. The aim of the article is evaluation of job satisfaction among health care workers, for example doctors and nurses. The profession has been examined within surveys based on questions about job satisfaction and its determinants. Respondents hold that impact on job satisfaction have: obligations which are not connected to their job, salaries, local colour, quality of wards and clinics, quality of equipment.

Key words: job satisfaction, health care, specialization, indicators of job satisfaction.

medyczne). Dlatego też w pracy kadry medycznej, i nie tylko, tak istotne jest poczucie satysfakcji i zadowolenia z tego co się robi.

Satysfakcja zawodowa

We współczesnych opracowaniach psychologicznych satysfakcja zawodowa bardzo często określana jest jako pozytywne i negatywne uczucia oraz postawy, które odnoszą się do realizowanych przez pracowników obowiązków zawodowych [17]. Satysfakcja określana jest jako pozytywna, jeśli osoba pracująca jest zadowolona z powierzonych zadań oraz warunków pracy bądź negatywna czyli dyssatysfakcja, jeśli nie spełnia jego oczekiwań. Satysfakcja z pracy jest swoistą funkcją porównania wkładanych w nią zasobów danego pracownika, a jej wynikami, którymi mogą być: awans, dodatkowa premia lub pochwała ze strony pracodawcy bądź innych osób, które oceniają jego pracę.

Zadowolenie z pracy według Edwina A. Locke'a to przyjemny stan emocjonalny, będący rezultatem percepcji przez jednostkę swojej pracy, jako realizującej lub dającej okazję do realizacji istotnych wartości dostępn-

nych w pracy pod warunkiem, że te wartości są zbieżne z jej potrzebami [11]. Psychologia udowadnia, że zadowolony pracownik jest bardziej skuteczny i kreatywny w swojej pracy. Według teorii psychologii organizacji i zarządzania, prezentowanej przez Herzberga, dla pracownika motywujące są dwie kategorie czynników. Czynniki higieny, do których zaliczamy:

- warunki pracy
- płacę
- stosunki w środowisku pracy
- stałość pracy
- właściwe działania administracyjne pracodawcy

a także czynniki motywujące, czyli:

- osiągnięcia
- uznanie
- praca sama w sobie
- możliwość awansu i rozwoju
- odpowiedzialne zadania [7].

Wymienione powyżej czynniki motywujące, czyli stopień ich spełnienia decyduje o satysfakcji z pracy, chęci wykonywania z pasją i dużą skutecznością ponadprzeciętnych zadań [7].

Często jak widać zamiennie z pojęciem zadowolenie używamy pojęcia „satysfakcja” [4]. To, co różni oba te pojęcia, i na co należy zwrócić uwagę, to czas ich występowania. Zadowolenie może być chwilowe, natomiast satysfakcję zazwyczaj odczuwamy po długotrwałym okresie zadowolenia [14]. Można więc powiedzieć, że zadowolenie podtrzymuje gotowość pracownika do pracy. Dlatego też należy tak organizować wykonywanie czynności zawodowych, aby uczucie towarzyszyło pracownikom przez cały czas, lub jak najdłużej. Jeżeli jest to niemożliwe (a tak jest najczęściej) to praca powinna być tak organizowana, aby jej wykonanie przynosiło pracownikom satysfakcję. Oczywiście należy pamiętać, i o tym, że satysfakcja z pracy zależy także od samego pracownika, jego potencjału i zaangażowania [20]. Dlatego też mając na uwadze powyższe, na przykładzie badań przeprowadzonych między innymi w Stanach Zjednoczonych w środowisku lekarzy i pielęgniarzek, autorzy artykułu powzięli zamiar przedstawienia czynników wpływających na poziom satysfakcji zawodowej pracowników sektora ochrony zdrowia na świecie.

Poziom satysfakcji zawodowej lekarzy i pielęgniarzek

Satysfakcja z wykonywania zawodu lekarza wiąże się ze sposobem postrzegania przez pracownika swojej roli zawodowej, a szczególnie swojego miejsca w systemie ochrony zdrowia [18, 10]. Należy zwrócić uwagę, że satysfakcja lekarzy z wykonywanej pracy, obejmować może ocenę ogólnej satysfakcji zawodowej, tj. zadowolenie z obecnej sytuacji zawodowej, jak również zadowolenie częściowe związane, np.: z konkretnym aspektem pracy (relacje interpersonalne lub osiągany dochód) [6, 2]. Pracownicy medyczni mogą być zadowoleni z jednego aspektu pracy a jednocześnie niezadowoleni z innego. Zarówno

ogólne zadowolenie z pracy, jak i satysfakcje częściowe są ważnym czynnikiem determinującym stan zdrowia, w jego wymiarze psychicznym, fizycznym, jak i społecznym [15, 5]. Kontynuując należy zwrócić uwagę na fakt, że relacja pomiędzy odczuwaną przez lekarzy satysfakcją z pracy a postrzeganiem własnej roli zawodowej obejmuje zarówno aspekt medyczny związany ze sprawowaniem opieki nad pacjentami, zawodowych kontaktów w miejscu pracy, prestiżu zawodu, jak również oddziaływanie czynników zewnętrznych pochodzących ze środowiska, w którym lekarz praktykuje, np.: wymiar czasu pracy, poziom stresu. Satysfakcja z pracy ma bowiem swoje źródła w dwóch grupach czynników:

- czynnikach podmiotowych
- czynnikach środowiska pracy.

Literatura przedmiotu, jak i liczne doniesienia z przeprowadzanych badań wskazują na związki pomiędzy poziomem satysfakcji zawodowej lekarzy a czynnikami społeczno-demograficznymi (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, posiadana specjalizacja, staż pracy w zawodzie) oraz czynnikami środowiska pracy (np. warunki pracy, wymiar czasu pracy, osiągnięcie dochody) [3, 8].

Badania satysfakcji zawodowej przeprowadzone w USA wśród lekarzy wykazały, że bardziej zadowolonymi okazali się być lekarze praktykujący dziedziny „poznawcze” (pediatria, choroby zakaźne, geriatryka) aniżeli „proceduralne” (okulistyka, pulmonologia, otolaryngologia). W przypadku okulistów, pulmonologów bądź otolaryngologów na niezadowolenie wpływało obniżenie ich zarobków, autonomii oraz otwieranych miejsc pracy dla owych specjalizacji. Także zmieniające się zasady organizacji opieki zdrowotnej w obszarach specjalizacji „proceduralnych” utrudniały lekarzom dostarczanie najwyższej jakości usług [16].

Najbardziej usatysfakcjonowani z pracy zawodowej okazali się być geriatrzy. Tłumaczyli ten stan stałymi godzinami pracy, spotkaniami z inspirującymi, starszymi pacjentami oraz trwałymi z nimi relacjami. Jako kolejni najbardziej zadowolonymi byli pediatrzy, jak deklarowali, satysfakcja z wykonywanej pracy wynikała z faktu, iż praca z dziećmi dostarcza więcej radości aniżeli praca z dorosłymi. Wskazywali także na rzadsze sytuacje stresowe w pracy niż w przypadku lekarzy innych specjalizacji. Również wiele problemów zdrowotnych było łatwo rozwiązywalnych, więc pediatrzy czuli się bardziej zadowoleni dzięki: łatwości utrzymania swoich posad i praktyk oraz dostępowi do dobrze opłacanych miejsc pracy. Ważnymi czynnikami wpływającymi na zadowolenie okazały się także bezproblemowe diagnozowanie schorzeń i dolegliwości oraz możliwość przewidzenia wyników leczenia, co pozwalało pacjentowi na zaufanie lekarzowi i jego kompetencjom, a co za tym idzie budowanie prawidłowych relacji lekarz-pacjent [9].

Inne badanie nad satysfakcją zawodową pracowników Jimma University Specialized Hospital w Etiopii wykazało, że około 46% respondentów było niezadowolonych ze swojej pracy. Niezadowolenie wynikało z braku odpowied-

niej motywacji, nadmiernej biurokracji, słabej infrastruktury, niedostatecznego poziomu porozumienia wśród współpracowników oraz ich zwierzchników. Pracownicy zwracali także uwagę na fakt, iż system zarządzania placówką medyczną powinien zakładać zorientowanie na jednostkę, a nie jej subordynację do tegoż systemu. Przyczynę swego niezadowolenia upatrywali w niewłaściwym opisie zajmowanych stanowisk oraz braku koordynacji działań zarządzających. Respondenci uznali, że czuli się niedoceniani, często nie byli w stanie wykorzystać swych kwalifikacji na zajmowanych stanowiskach i nie mieli możliwości uczestnictwa w szkoleniach. Bardzo ważnym czynnikiem prowadzącym do niezadowolenia okazała się również niedostateczna prewencja zakażeń wirusem HIV, która prowadziła do obaw pracowników szpitala o zdrowie własne i pacjentów. Pracownicy JUSH przyznali, że ich zadowolenie zawodowe wzrastałoby wraz ze wzrostem zarobków oraz możliwością pracy na lepszym jakościowo sprzęcie. Zadowoleni pracownicy wskazali, że ich satysfakcja rodzi się z pomagania pacjentom i stabilności miejsca pracy [1].

Badania, których celem było sprawdzenie poziomu zadowolenia pracowników oraz czynników determinujących ten stan zostały przeprowadzone również w Centrum Klinicznym Nis w Serbii [13]. Wyniki jasno pokazują, iż jako główne powody niezadowolenia pracownicy podawali przeciążenie nadmierną ilością godzin, niedostateczną możliwość wpływu na organizację pracy oraz jej warunki. Zebrany materiał wykazał potrzebę edukacji w dziedzinie komunikacji społecznej, co usprawniłoby pracę w zespołach oraz potrzebę przeprowadzania pomiarów czynników satysfakcji zawodowej, które mogłyby zapewnić zadowolenie pracowników [13].

Doniesienia z naszego kraju dotyczą badania ankietowego przeprowadzonego wśród 800 lekarzy udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach na terenie całej Polski [10]. Ankieta zawierała pytania pogrupowane według kategorii:

- opieka nad pacjentami
- obciążenia zawodowe
- dochód i prestiż
- korzyści osobiste
- relacje interpersonalne.

Wśród odpowiedzi 60% badanych lekarzy zadeklarowało zadowolenie z obecnej sytuacji zawodowej. Zadowolenie powodowały pozytywne relacje interpersonalne z innymi lekarzami, i pozostałym personelem oraz pacjentami. Najważniejszym determinantem satysfakcji z obecnej sytuacji zawodowej wśród badanych okazało się być zadowolenie z korzyści osobistych, prestiżu zawodowego oraz opieki nad pacjentami. Satysfakcja z możliwości doskonalenia zawodowego czy zadowolenia z rodzaju wykonywanej pracy jawiła się jako najistotniejsza determinanta satysfakcji z sytuacji zawodowej. O niezadowoleniu według respondentów decydowały: niewielki wymiar czasu wolnego, czynności administracyjne oraz wysoki poziom doświadczanego stresu zawodowego [10].

Pomiarom satysfakcji zawodowej zostało również poddanych 149 pielęgniarek Szpitala Uniwersyteckiego

w Bydgoszczy [19]. Ankieta użyta do badania zawierała pytania, takie jak:

- wiek
- płeć
- staż pracy
- poziom wykształcenia
- rodzaj oddziału
- warunki pracy i źródła stresu.

Ankietowane pielęgniarki w 98% stanowczo zadeklarowały niezwykle negatywny wpływ wysokości zarobków na poziom satysfakcji zawodowej. Zbyt niskie płace mogą niewątpliwie oddziaływać stresogennie na środowisko zawodowe pielęgniarek. Jako ważny czynnik warunkujący satysfakcję zawodową pielęgniarki wskazywały atmosferę panującą na oddziale oraz stres, na który są narażone. Jego natężenie uzależniały od rodzaju oddziału, na którym pracowały. Okazuje się, że najbardziej narażone na stres były pielęgniarki na wysoko specjalistycznych oddziałach klinicznych [19]. W relacjach interpersonalnych z koleżanek najczęściej stresu pielęgniarki doświadczały w kontaktach z lekarzami i pacjentami. Pielęgniarki z wysoko specjalistycznych oddziałów zabiegowych uznały z kolei, że wysoki standard wyposażenia stanowisk pracy ma wpływ na poziom ich zadowolenia z pracy. Co ważne i godne znaczenia to znacząca większość ankietowanej grupy zawodowej oświadczyła, że jest zadowolona z wykonywanego zawodu i nie zamierza zmieniać pracy.

Pamiętając, iż praca zabiera nam, osobom dorosłym, większą część życia musimy brać pod rozwagę fakt, że istotną grupą czynników wpływających na nasze zdrowie są właśnie warunki związane z wykonywaną pracą zawodową. Jeżeli są one dobre, praca staje się źródłem satysfakcji życiowej i pozytywnie wpływa na kondycję pracowników. Dlatego też podsumowując powyższe warto podkreślić wysoki poziom satysfakcji lekarzy z szeregu aspektów wykonywania zawodu lekarza, przede wszystkim z relacji interpersonalnych, opieki nad pacjentem oraz korzyści osobistych związanych z możliwością doskonalenia zawodowego czy zadowolenia z wykonywanych obowiązków i prestiżu zawodowego. Znany jest oczywiście negatywny i stresujący wpływ słabych zarobków na satysfakcję z pracy, szczególnie z pracy wykonywanej z dużym poświęceniem i rzetelnością. Jednak jest to problem całego systemu ochrony zdrowia w Polsce i może stanowić temat odrębnego artykułu. Co do satysfakcji z pracy prowadzić będzie niewątpliwie do wielu pozytywnych efektów w funkcjonowaniu osobistym człowieka, które bezpośrednio mogą przełożyć się także na korzyści osiągane przez placówki medyczne [3].

PIŚMIENNICTWO

1. Alemshet Y., Leja H., Alima H., Job Satisfaction and Its Determinants Among Health Workers in Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. *Ethiop. J. Health Sci.* 2011, 21(Suppl 1), 19-27.

2. Ali S., Theodossiou I., Vasileiou E., Jobs as Lancaster Goods: Facets of Job Satisfaction and Overall Job Satisfaction, *J. SocioEconomics*, 2007, 37.5, 1906-1920.
3. Bajcar B. et al., Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną, GWP, Gdańsk 2011, 59-66.
4. Bolesta-Kukułka K., Mały słownik menedżera, Państwowe Wyd. Ekonomiczne, Warszawa 1993, 105.
5. Buciniene I., Blazeviciene A., Bliudziute E., Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania, *BMC, Fam. Pract.*, 2005, 6(1), 5-10.
6. Hinami K. et al., Worklife and Satisfaction of Hospitalists: Toward Flourishing Careers, *J. Gen. Intern. Med.*, 2012, 27(1), 28-36.
7. Howard M., Weiss Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences, *Hum. Res. Manag. Rev.*, 2002, 12, 2.
8. Katerndahl D., Parchman M., Wood R., Perceived complexity of care, perceived autonomy, and career satisfaction among primary care physicians, *J. Am. Board Family Med.*, 2009, 22, 1, 24-3.
9. Leigh J.P., Tancredi D.J., Kravitz R.L., Physician career satisfaction within specialties *BMC Health Serv Res.*, 2009, 16, 9, 166.
10. Lewtak K., Poznańska A., Mirosław J. Wysocki, Predyktory satysfakcji zawodowej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2012, 93(3), 558-567.
11. Locke E.A., Nature and causes of job satisfaction, *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Rand McNally, 1976, 33, 309-336.
12. Lubrańska A., Psychologia pracy. Podstawowe pojęcia i zagadnienia, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008, 12.
13. Nikic D., Arandjelovic M., Nikolic M., Stankovic A., Job Satisfaction in Health Care Workers *ActaMediana*, 2008, 47(4), 9-12.
14. Olechnicki K., Załęcki P. Słownik socjologiczny, Wyd. Graffiti BC, Toruń 1998, 224.
15. Ogińska-Bulik N., Stres zawodowy w zawodach usług społecznych: źródła, konsekwencje, zapobieganie. Diffin, Warszawa 2006, s.s 105-107.
16. Paul J., PhD; Kravitz R.L., MD, MSPH, Physician Career Satisfaction Across Specialties, *Arch. Intern. Med.*, 2002, 162(14), 1577-1584.
17. Schulz D.P., Schulz S.E., Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, 296.
18. Tobiasz-Adamczyk B., Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny, *Wyd. UJ Kraków* 19. 2002, 81-85.
20. Zielińska-Więczkowska H., Buśka A., Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2010 32/33;5-8,
21. <http://www.personia.pl/potencjalna-satysfakcja-z-pracy/> dostęp 10.11.2012 r.

Adres do korespondencji:

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

JAKOŚĆ A BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOSCI

QUALITY AND SAFETY OF FOOD

ANDRZEJ KLAMEREK, ELŻBIETA OLEK

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

Przemysł spożywczy obejmuje wiele rodzajów i odmian produktów o określonej przydatności do spożycia i specyficznych warunkach mikroklimatycznych przechowywania. Charakteryzuje się ona właściwościami naturalnymi odmiennymi od pozostałych grup zapasów, które podlegają kolejnym podziałom wewnętrznym ze względu na aromat czy łatwość przyswajania obcych zapachów. Podstawowym jednak czynnikiem wpływającym na wyodrębnienie się podgrup przechowalniczych jest zakres temperatury i wilgotności wymagany dla przechowywania danego produktu.

Systemy zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym żywności oraz zarządzania jakością stanowią pewne sformalizowane narzędzia stosowane przy produkcji żywności lub obrocie nią, które dają gwarancję uzyskania jak najwyższej jakości zdrowotnej żywności i pełnego jej bezpieczeństwa, a tym samym spełnienia oczekiwań konsumenta. Obejmują one stosowanie w procesach produkcyjnych odpowiednich technik, metod i procedur zapewniających właściwy stopień bezpieczeństwa i jakości produkowanej żywności.

Podstawowe systemy związane z bezpieczeństwem i jakością zdrowotną żywności to: dobra praktyka higieniczna (Good Hygienic Practice) – GHP; dobra praktyka produkcyjna (Good Manufacturing Practice) – GMP; system analizy zagrożeń i krytyczny punkt kontroli (Hazard Analysis and Critical Point System) – HACCP.

Słowa kluczowe: jakość, jakość zdrowotna, higiena, obrót żywnością, HACCP, analiza zagrożeń.

Summary

Food industry includes many types of products differing in their terms of validity and microclimate designed for optimal storage. These products are characterized by natural properties and vary from other groups of supplies, which, in turn, have their own internal divisions of aromas or easiness of absorption of strange odors. Yet, these are acceptable ranges of temperature and relative humidity of storage which remain the most basic factor influencing the internal division of subgroups of products. Food safety and quality management systems remain formal tools utilized during production and trade of food. These systems not only guarantee its best quality and safety but also make it possible to meet clients' demands. They involve using appropriate technologies and procedures of production which ensure the adequate level of safety and quality of food.

Key words: quality, health safety, hygiene, food trade, HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points), risk analysis.

Produkty spożywcze i ich magazynowanie

Przemysł spożywczy obejmuje wiele rodzajów i odmian produktów o określonej przydatności do spożycia w specyficznych warunkach mikroklimatycznych przechowywania. Charakteryzuje się ona właściwościami naturalnymi, odmiennymi od pozostałych grup zapasów, które podlegają kolejnym podziałom wewnętrznym ze względu na aromat czy łatwość przyswajania obcych zapachów. Podstawowym jednak czynnikiem wpływającym na wyodrębnienie się podgrup przechowalniczych jest zakres tempe-

ratury i wilgotności wymagany dla przechowywania danego produktu [5].

Mąki, sól, kasze i makarony wymagają wilgotności przechowalniczej do 65% i powinny być magazynowane w temperaturze 12–15°C [5]. Wysoka higroskopijność, zdolność wchłaniania obcych zapachów, wrażliwość na narażenia biotyczne, łatwość zbrylania się to cechy charakterystyczne dla tych towarów. Należy je bezwzględnie przechowywać w podanych przedziałach temperatury i wilgotności otoczenia w miejscu odizolowanym od wpływu warunków atmosferycznych.

Kasza i mąka powinny być przechowywane w odpowiednim oddaleniu od soli, a ta składowana na paletach, z dala od ścian. Sól kuchenna zmienia sypkość i krystaliczność wchłaniając wilgoć z powietrza. Czas jej przechowywania nie powinien przekraczać 4 miesięcy, a wilgotność 7% [5].

Kasze posiadają większą powierzchnię, przez co są bardziej narażone na utlenianie. Pierwszą oznaką zepsucia jest wzrost ich kwasowości. Jeśli są spełnione odpowiednie warunki temperatury i wilgotności 12–15%, a także restrykcyjnie przestrzegane wymogi dotyczące ochrony przed szkodnikami produkty te mogą być przechowywane wiele lat [2].

Mąka łatwo chłonie wodę i tlen. Dojrzewając poprawia swoje właściwości technologiczne, ale posiadając nieodpowiednie warunki może łatwo ulec zepsuciu. Jako produkt przechwalniczy mąka wytrzymuje do 6 miesięcy. Jednak, aby ta żywotność doszła do skutku potrzebuje temperaturę do 18°C i wilgotność do 75%. Powinna być przechowywana na paletach umożliwiających odpowiednią cyrkulację powietrza.

Koncentraty, cukierki, pieczywo, cukier, kompoty, wina, wódki oraz pieczywo cukiernicze wymagają do przechowywania wilgotności 60–70% i temperatury 12–15°C.

Do magazynowania takich produktów potrzebujemy pomieszczenia zamkniętego, chroniącego od promieni słonecznych, wentylowanego mechanicznie. Nadmierne wahania wilgotności i temperatury mogą spowodować zawilgocenie towarów. Ze względu na właściwości zapachowe niektórych z nich, powinny być przechowywane w odpowiedniej odległości od siebie, gdyż zmiana zapachu może spowodować utratę specyfiki danego produktu, a co za tym idzie, obniżeniem jego walorów konsumpcyjnych.

Owoce i warzywa należy przechowywać w pomieszczeniach o wilgotności względnej powietrza 80–85% oraz temperaturze 2–7°C [5].

Specyfika i różnorodność procesów zachodząca w poszczególnych gatunkach i odmianach owoców utrudnia ustalenie optymalnych warunków przechowywania. Wędnienie, oddychanie, dojrzewanie, fermentacja, pleśnienie, gnicie to tylko niektóre z procesów dotyczących tego produktu. Nieznajomość naturalnych następstw, które mogą wystąpić podczas magazynowania owoców i warzyw może doprowadzić do olbrzymich strat.

Temperatura jest podstawowym czynnikiem, który spowalnia niektóre z wyżej wymienionych zachowań, dlatego chłodnie są idealnym miejscem do magazynowania owoców i warzyw. Specjalistyczne urządzenia wentylujące muszą utrzymywać wilgotność powietrza w odpowiednim stopniu, tak aby nie dochodziło do ich wysychania, jak i wilgotnienia powierzchni.

Odległości między różnymi rodzajami owoców i warzyw powinny zostać odpowiednio zachowane. Częstym błędem jest przechowywanie owoców i warzyw kolidujących ze sobą swoimi właściwościami zapachowymi w zbyt bliskiej odległości. Nie należy przechowywać cytryn lub pomarańczy obok warzyw kapustnych, korzennych, cebuli lub ziemniaków, a nawet jabłek [5].

Drożdże piekarnicze, ocet, konserwy, musztardy, przetwory warzywne wymagają do przechowywania temperatury 4–10°C oraz wilgotności względnej powietrza do 70% [5].

Pomieszczenia magazynowe powinny być suche, chłodne, przewiewne, zabezpieczone przed światłem i wahaniami temperatury. Zbyt wysoka temperatura powoduje wydzielanie się gazów w konserwach i ich nadymanie, tzw. „bombaż”.

Ocet i przetwory owocowo-warzywne nie są dobrymi elementami współdzielącymi przestrzeń w przechowywaniu, ze względu na bakterie kwasu octowego i ich negatywny wpływ.

Drożdże można przechowywać do 14 dni w temperaturze 2°C. Nie sprzyja im podczas magazynowania światło i wahania temperatury. Bez utrzymania odpowiedniej temperatury możemy je przechowywać maksymalnie do 4 dni [2].

Przyprawy korzenne wymagają podczas przechowywania wilgotności względnej do 70% i temperatury 15–20°C. Nie sprzyja im zawilgocenie, działanie promieni słonecznych, jak i też szkodniki, które łatwo odstraszają przechowywaniem w chłodni, zwykle magazyny nieustannie borykają się z ich obecnością.

Mleko i produkty mleczne, głównie sery i twarogi są produktami wymagającymi w magazynowaniu temperatury 2–6°C, czyli standardowej temperatury znajdującej się w naszej domowej lodówce. Jak większość produktów spożywczych wymagają stabilnych warunków magazynowania, a także, jeśli chodzi o sery pleśniowe, odpowiedniej rotacji powietrza ze względu na zachodzące w nich procesy. Zabezpieczenie serów pleśniowych dla celów składowania folią stretchową, może doprowadzić do efektu „sparowania”, wywołując narastanie temperatury pod jej powierzchnią, a ostatecznie do szybkiego zepsucia towaru [2].

Powyższe przykłady ukazują charakterystykę podziałów występujących wśród produktów spożywczych, powstałych na potrzeby magazynowania. Dwa artykuły, składowane blisko siebie, mimo tego samego pochodzenia, np. roślinnego, potrafią wchodzić w interakcję, ze skutkiem negatywnym dla jakości produktu. Taki stan rzeczy, wymusza na osobie zarządzającej magazynem, posiadanie odpowiedniej wiedzy związanej z produktami spożywczymi i ich specyficznymi zachowaniami występującymi w trakcie magazynowania. Wiedza taka powinna być poparta znajomością odpowiednich norm jakości.

Jakość a bezpieczeństwo żywności

Żyjemy w czasach jakości, gdzie każda wykonana czynność podlega ocenie pod wyżej wspomnianym względem. Jakość żywności jest zagadnieniem bardziej skomplikowanym i wymagającym niż jakość innych produktów. Z zapewnieniem jakości ściśle związane jest wdrażanie systemów zarządzania jakością. Definicję zarządzania jakością, co za tym idzie zapewnienia jakości

możemy określić jako: „Wszystkie planowane i systematyczne działania niezbędne do stworzenia odpowiedniego stopnia zaufania, co do tego, że dany wyrób lub usługa spełni ustalone wymagania jakościowe”. Jakość podlega ciągłym zmianom, jest dynamiczna [3].

Ustawa z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów (Dz. U. 2003, nr 229, poz. 2275), nakazuje producentom wprowadzić do obrotu produkty bezpieczne. Bezpieczeństwo żywności jest pojęciem węższym niż sama jakość zdrowotna. W regulacjach prawnych UE, jak i prawa polskiego za bezpieczeństwo zdrowotne żywności odpowiada jej wytwórca lub podmiot wprowadzający do obrotu [4].

Jakość zdrowotna żywności wynika z zastosowania odpowiedniego procesu technologicznego, sposobu magazynowania oraz dystrybucji. Oceniając jakość zdrowotną żywności należy brać pod uwagę:

- zdrowotność – bezpieczeństwo, wartość energetyczną i odżywczą
- cechy organoleptyczne – wygląd, smak, zapach, konsystencja
- cechy handlowe – trwałość, opakowanie, łatwość przygotowania, transportu [2].

Obecnie konsument bardzo rzadko nabywa produkty spożywcze od samego producenta. W większości są one kupowane za pośrednictwem hurtowni, centrów dystrybucji oraz wyspecjalizowanych detalistów i hurtowników. Tworzą oni do pewnego stopnia potrzeby i oczekiwania, decydując w pewnej mierze o stopniu zaspokojenia oczekiwań i potrzeb konsumentów. W takim układzie producenci pełnią rolę dostawców, a jakość ich produktów musi spełniać potrzeby „konsumentów-użytkowników” oraz oczekiwania i potrzeby „klienta-odbiorcy”.

Szczególny nacisk kładzie się na kontrolę wewnętrzną, jak i zewnętrzną jakości zdrowotnej żywności oraz przestrzeganiu zasad higieny. Kontrolę wewnętrzną prowadzi we własnym zakresie przedsiębiorstwo, w oparciu o wdrażane systemy HACCP/GMP/GHP, kontrolę zewnętrzną natomiast wyspecjalizowane organy urzędowej kontroli żywności.

Systemy zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym żywności oraz zarządzania jakością stanowią pewne sformalizowane narzędzia stosowane przy produkcji żywności lub obrocie nią, które dają gwarancję uzyskania jak najwyższej jakości zdrowotnej żywności i pełnego jej bezpieczeństwa, a tym samym spełnienia oczekiwań konsumenta. Obejmują one stosowanie w procesach produkcyjnych odpowiednich technik, metod i procedur zapewniających właściwy stopień bezpieczeństwa i jakości produkowanej żywności.

Podstawowe systemy związane z bezpieczeństwem i jakością zdrowotną żywności to:

- dobra praktyka higieniczna (Good Hygienic Practice) – GHP
- dobra praktyka produkcyjna (Good Manufacturing Practice) – GMP
- system analizy zagrożeń i krytyczny punkt kontroli (Hazard Analysis and Critical Point System) – HACCP [6].

Dobra praktyka produkcyjna i dobra praktyka higieniczna uważane są często za warunek wstępny do wprowadzenia systemu HACCP i kolejnych bardziej złożonych systemów zapewnienia jakości, a w firmie gdzie funkcjonują dwa powyższe systemy wprowadzenie HACCP nie stanowi większego obciążenia finansowego.

Dobra praktyka produkcyjna oraz dobra praktyka higieniczna

Dobra praktyka produkcyjna (GMP) jest pojęciem bardzo szerokim i najogólniej można ją określić jako zbiór zasad, wynikających z doświadczenia, których przestrzeganie gwarantuje, że wyprodukowane wyroby spełnią ustalone wymagania jakościowe. GMP odnosi się więc do wszelkiego rodzaju produktów uzyskiwanych w szeroko pojętym procesie wytwarzania, a dobra praktyka produkcyjna dotycząca żywności jest tylko jednym z wielu kierunków stosowania GMP.

Odnośząc GMP do produkcji i obrotu żywnością można wyodrębnić dość znaczną liczbę elementów składowych, jak np.:

- dobra praktyka magazynowa
- dobra praktyka technologiczna
- dobra praktyka obrotu towarowego
- dobra praktyka cateringowa, itd. [3].

Dobra praktyka higieniczna (GHP) jest częścią dobrej praktyki produkcyjnej, co ma wpływ na kolejność w ustawieniu części składowych wyrażenia GMP/GHP. Wiele źródeł w tej formie ujmuje opisywanie systemów jakości, jednak w niektórych literaturze zagadnienie to jest ukazywane inaczej. Przykładem na to może być pogląd Wiesława Ładońskiego i Katarzyny Szołtysek, którzy opis systemów jakości dotyczących żywności zaczęli w kolejności odwrotnej, co prawdopodobnie daje lepsze spojrzenie na całość. GHP jest podstawą GMP, a stanowi grunt do wdrożenia systemu HACCP [6].

Wdrożenie dobrej praktyki higienicznej wiąże się z prowadzeniem udokumentowanych zapisów. Zapisy te są istotnym dowodem na to, że producent dołożył starań, aby zapewnić właściwą jakość zdrowotną. GHP ściśle określa wymogi sanitarno-epidemiologiczne wymagane na każdym etapie produkcji.

Pojęcie higieny przy produkcji, przetwarzaniu czy obrocie żywnością możemy rozumieć jako tworzenie i spełnianie warunków gwarantujących produkowanie środka spożywczego bezpiecznego, zdrowego i o wysokiej jakości. Przez okres od przyjęcia surowców, kolejno przez poszczególne etapy obróbki technologicznej, aż do momentu ekspedycji gotowych wyrobów [6].

GHP wymaga, aby każdy aspekt produkcji żywności był z góry zdefiniowany, a wyszczególnione środki były dostarczone w odpowiedniej ilości, w odpowiednim miejscu i czasie oraz, aby były użyte zgodnie z ich przeznaczeniem. W praktyce oznacza to opracowanie pisemnych procedur dla procesu produkcyjnego oraz wymagań

dla poszczególnych elementów produkcji, jak np. magazynowanie, transport, dystrybucja.

GHP swoim zakresem obejmuje:

- stan sanitarny otoczenia zakładu
- stan sanitarny poszczególnych pomieszczeń
- zabezpieczenie zakładu przed gryzoniami i owadami
- warunki temperaturowe i wilgotnościowe
- skuteczność mycia i dezynfekcji, itd. [3].

Ważna jest dokumentacja GHP, regulowana odpowiednimi ustawami, która stanowi istotny element kontroli zakładu.

Po wprowadzeniu GHP możemy wprowadzić już wspomnianą dobrą praktykę produkcyjną (GMP). Zasady GMP zostały określone na początku lat siedemdziesiątych na potrzeby przemysłu farmaceutycznego, a następnie spożywczego. Po raz pierwszy wymogi te zostały uznane za obowiązujące w 1973 roku w USA przez Amerykański Urząd ds. Żywności i Używek (FDA – Food and Drug Administration). W Polsce GMP zostało uregulowane ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia z 2006 roku (Dz. U. 2006, nr 171, poz. 1225).

GMP kładzie nacisk na zachowanie należytych warunków organizacyjno-technicznych i higienicznych w procesie produkcji oraz stan zdrowia zatrudnionego personelu. W konsekwencji wszystkich podjętych działań żywność spełni określone wymagania jakości zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowia konsumenta.

Dobra praktyka produkcyjna obejmuje następujące zagadnienia:

- określenie i zapewnienie wymagań jakościowych dla surowców i półproduktów
- usytuowanie zakładu
- budynki, pomieszczenia, instalacje wewnętrzne, urządzenia i sprzęty
- zaopatrzenie w wodę i usuwanie odpadów
- higiena produkcji
- mycie i dezynfekcja
- organizacja zakładu
- zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami
- systematyczna kontrola funkcjonowania zakładu [2].

Źródła pochodzenia towaru powinny być znane, surowce muszą być wolne od zanieczyszczeń, zabezpieczone przed szkodnikami. GMP wymaga, aby kontrolą był objęty transport, magazynowanie, znakowanie czy rotacja surowców. Położenie zakładu jest istotne ze względu na bliskość występowania źródeł toksyn szkodliwych dla żywności, takich jak ścieki w oczyszczalni czy wyloty emitowane przez elektrociepłownię. Całość obiektu powinna być wykonana solidnie z uwzględnieniem zasad prawa budowlanego. Budynki winny posiadać taki sposób wykończenia, aby umożliwiał on łatwe utrzymanie dobrego stanu technicznego, czystości i porządku. Rozplanowanie pomieszczeń powinno zabezpieczyć właściwy kierunek procesów technologicznych, tak aby wyroby gotowe nie trafiały do strefy surowców brudnych czy nieczyszczonych. Woda na terenie zakładu musi spełniać wymogi wody pitnej, a ścieki powinny

być odprowadzane krytym systemem do sieci kanalizacyjnej. Jeśli chodzi o higienę produkcji istotne jest, aby zabiegi i procesy produkcyjne nie obniżały wartości zdrowotnej żywności. Tutaj pojawia się nam również problem przechowywania żywności wzajemnie oddziaływującej na siebie ze względu na właściwości mikrobiologiczne czy organoleptyczne. W zakładzie żywienia zbiorowego zamkniętego i w wytwórni garmazu obowiązuje przechowywanie próbek pokarmowych (Dz. U. nr 84, poz. 795). Zabiegami mycia i dezynfekcji powinien zajmować się pracownik odpowiednio przeszkolony i odpowiedzialny. Ważne jest, aby rozumiał znaczenie pracy, którą mu powierzono. Pod pojęciem organizacji zakładu kryją się obowiązki kierującego zakładem, odpowiedzialnego za wprowadzenie GMP/GHP czy szkolenia pracowników w zakresie higieny. Powinien on również systematycznie kontrolować stan zdrowia zatrudnionego personelu. Oczywiście cała odpowiedzialność nie spoczywa tylko na zakładzie, również pracownik posiada określone obowiązki w zakresie GMP np.: poddanie się odpowiednim badaniom lekarskim zgodnie z obowiązującymi przepisami, utrzymanie podstawowych zasad higieny. W razie wystąpienia w najbliższym otoczeniu groźnej choroby zakaźnej, powinien powiadomić przełożonego o takiej sytuacji, nieodpowiedzialne zachowanie może narazić innych ludzi na kontakt z zainfekowaną żywnością.

W razie wystąpienia niezgodności GMP/GHP z wewnętrznymi potrzebami przedsiębiorstwa lub braku ich dostępności, powinno opracować zakładowe kodeksy sanitarne [6]. Do ich realizacji należy zastosować wytyczne w przepisach żywnościowych.

Jeszcze raz trzeba podkreślić ważność dokumentowania procesów związanych z jakością, w wypadku GMP/GHP nie jest inaczej. Postępowanie zgodnie z procedurami i instrukcjami pomaga zapobiegać powstawaniu pomyłek i błędów.

Do podstawowych dokumentów zalicza się:

- specyfikacje
- instrukcje operacyjne
- instrukcje pakowania
- raporty z przeprowadzonych badań i testów
- standardowe procedury operacyjne [6].

W polskich warunkach zakłady powinny opracować we własnym zakresie zasady GMP/GHP jako kodeks wymogów w zakresie higienicznej produkcji żywności. Małe i średnie przedsiębiorstwa mogą zawrzeć się w jednym kodeksie, w dużych natomiast występuje konieczność opisanie wymogów sanitarnych w kilku kodeksach wydziałowych.

System HACCP

HACCP to chyba jedna z najpopularniejszych, najbardziej znanych i wszechobecnych nazw związanych z zarządzaniem jakością, wystarczy chociaż przyjrzeć się logom występującym na naczepach samochodów ciężarowych. Skrót ten pochodzi od pełnej angielskiej nazwy Hazard

Analysis and Critical Control Point tłumaczonej jako Analiza Zagrożeń i Krytyczny Punkt Kontroli. System ten wiąże się z realizacją GMP/GHP, dlatego można całość powiązać jako jeden zintegrowany system bezpieczeństwa żywności.

HACCP jest systemem kontroli metodycznej i konsekwentnie przeprowadzanej na kolejnych etapach produkcji, zapobiegającym wyprodukowaniu żywności zagrażającej zdrowiu konsumenta [2].

Jakości nie można „wykontrolować” – jakość trzeba wyprodukować, to zmusza do odejścia od stereotypów występujących jeszcze w wielu polskich przedsiębiorstwach dotyczących kontroli technicznej produktu finalnego. Po złej produkcji, można jedynie odrzucić wadliwy wyrób. Należy więc produkować dobrze od samego początku, a to nie jest równoznaczne z wprowadzeniem systemu zarządzania jakością, takiego jakim właśnie jest HACCP [1].

W systemie HACCP badanie jakości gotowego produktu jest zastąpione nadzorowaniem etapów jego powstawania i dystrybucji, od przygotowania, przez przetworzenie, produkcję, pakowanie, magazynowanie, transport, aż do sprzedaży. Taki tok postępowania zapobiega powstawaniu zagrożeń zdrowotnych związanych z surowcami, personelem i urządzeniami. Jest to najefektywniejszy sposób gwarantowania bezpieczeństwa żywności uznany przez wszystkie organizacje zainteresowane jej bezpieczeństwem. W przypadku producentów stosowanie systemu HACCP niesie ze sobą olbrzymie korzyści, ze względu na łatwość udowodnienia swoich starań, dołożonych do tego, aby uzyskać produkt bezpieczny i o dobrej jakości.

Początki systemu znajdują swe korzenie we wczesnym okresie amerykańskiego programu kosmicznego lotów załogowych. Celem było zapewnienie bezpieczeństwa mikrobiologicznego żywności dla astronautów. System opracowała Pillsbury Company współpracująca z NASA i laboratoriami armii USA w Natick. W latach 1979–1978 HACCP został obligatoryjnie wprowadzony przez wspomnianą już w poprzednim podrozdziale FDA.

W Unii Europejskiej podstawy prawne systemu zostały wprowadzone w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia (Dyrektywa nr 93/43/EEC z 14 czerwca 1993 r. – „...obowiązek wprowadzenia systemu opartego na zasadach HACCP spoczywa na producentach, przetwórcach i dystrybutorach produktów żywnościowych”). Podstawowymi zasadami wdrażania systemu HACCP są:

- analiza zagrożeń, ustalenie potencjalnego zagrożenia, ocena jego ryzyka i określenie środków zapobiegawczych
- ustalenie Krytycznych Punktów Kontroli, które wyeliminują lub zminimalizują ryzyko
- określenie celów i tolerancji dla krytycznych Punktów Kontroli
- utworzenie systemu monitorowania
- określenie działań korygujących w przypadkach, gdy monitorowane parametry nie mieszczą się w granicach ustalonych tolerancji
- opracowanie procedur weryfikujących dla potwierdzenia skuteczności działania HACCP

- prowadzenie dokumentacji i notatek dotyczących systemu [2].

Zasady HACCP określone w powyższych siedmiu punktach są ściśle określone i całkowicie dostosowane do wszystkich sektorów przemysłu spożywczego. Jak widać, system HACCP jest typowym przedstawicielem zarządzania jakością. Stawia nacisk na jakość na wszystkich etapach życia produktu, każda najmniejsza jednostka występująca w procesie ma na nią wpływ i powinna ją udoskonalać [1].

System HACCP posiada wiele zalet, jest przyjazny dla producenta, jak i konsumenta żywności. Jest sprecyzowany w prawie Unii Europejskiej, ułatwiający w ten sposób jego wprowadzenie przez wszystkich zainteresowanych. Gwarantując klientowi wysoką jakość produktu idącą w parze z jego bezpieczeństwem żywnościowym. System ułatwia wyłapywanie słabych punktów, analizowanie ich i zapobieganie ich występowaniu w następnych cyklach produkcyjnych, a także umożliwia podjęcie działań zaradczych przed pojawieniem się problemu. Prowadzenie kontroli procesów jest szybsze i tańsze w porównaniu z tradycyjnymi systemami kontroli. Ogółem system usprawnia procesy produkcyjne, a także wpływa na świadomość pracowników, którzy zaczynają odczuwać swój wpływ na ostateczny produkt. System HACCP przyczynia się do większego zaufania konsumentów [2].

System HACCP posiada jednak również wady, jak wszystko na świecie również on nie jest doskonały. Wprowadzenie go do przedsiębiorstwa wiąże się z olbrzymim nakładem na zorganizowanie zespołu pracowników ds. HACCP. Wymaga również wysoko wykwalifikowanego personelu w poszczególnych działach. Zakup sprzętu, wynajęcie konsultantów czy szkolenia zespołu pracowników mogą pociągać za sobą pewne koszty. Powszechnie uważa się też, że HACCP ma charakter biurokratyczny w związku z prowadzeniem szczegółowej dokumentacji, co wymaga profesjonalnego zarządzania i organizacji [1].

System HACCP możemy jednak ostatecznie określić jako potrzebny i nieodzowny w procesie produkcji od „poła” do „talerza”. Procesu tworzenia w oparciu o systemy zarządzania jakością nie da się cofnąć, przyszłość stanowią systemy jeszcze doskonalsze, a przedsiębiorstwa posiadające HACCP będą mogły je wprowadzać mniejszym nakładem sił i kosztów, podążając z duchem czasu za światem i nowoczesnością.

PIŚMIENNICTWO

1. Berdowski J., Turlejska H., HACCP. System zapewnienia bezpieczeństwa i jakości zdrowotnej żywności, Europejski Instytut Jakości, Warszawa 2003.
2. Dąbrowska Z., Obowiązek podmiotów branży żywnościowej podlegających kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Inspekcji Weterynaryjnej, ODDK, Gdańsk 2005.
3. Dzwolak W., GMP/GHP w produkcji bezpiecznej żywności. Przemysł spożywczy, obrót żywnością i gastronomią, BD Long, Olsztyn 2005.

4. Turlejska H., Zasady GHP/GMP oraz system HACCP jako narzędzia zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego żywności, wyd. I, FAPA, Warszawa 2003.
5. Zarządzanie gospodarką magazynową pod red. Marii Wojciechowskiej, PWE, Warszawa 1997.
6. Zarządzanie jakością, część 1, pod red. Ładońskiego W. i Szołtysek K., Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2005.

Adres do korespondencji:

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

LOGISTYKA JAKO STRATEGICZNY ELEMENT ZARZĄDZANIA MEDYCZNYM PODMIOTEM GOSPODARCZYM

LOGISTICS – STRATEGIC ELEMENT OF HEALTHCARE INSTITUTION MANAGEMENT

ANDRZEJ KLAMEREK¹, PRZEMYSŁAW DAROSZEWSKI^{1,2}

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

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

²Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu
Dyrektor: Przemysław Daroszewski

Streszczenie

Logistyka to proces zarządzania działaniami przemieszczania i składowania, które mają ułatwić przepływ produktów z miejsc pochodzenia do miejsc konsumpcji wraz ze związaną z nimi informacją. Logistyka jest jednocześnie systemem, jak i procesem decydowania. Podstawowymi zadaniami logistyki są, zatem koordynacja i racjonalizacja kosztów przepływu produktów i informacji. Nieodłącznym elementem logistyki jest zarządzanie procesem planowania, wdrażania i controllingu sprawnego kosztowo przepływu produktów i informacji pomiędzy dostawcą i odbiorcą. Innym ważnym elementem zarządzania logistycznego jest stworzenie strategii logistycznej, do której zaliczyć można optymalizację zapasów, minimalizację przepływu produktów, poziom obsługi i kosztów.

Słowa kluczowe: logistyka, usługa, zaopatrzenie, transport, magazynowanie.

Summary

Logistics is defined as management and operational processes of movement, shipment and warehousing, which enable flow of goods from an origin to destination accompanied by related information. Logistics is both a system and process of decision making. Basic challenges in logistics are the coordination and cost optimization of the flow of products and information. And integral element of logistics is management of planning process, implementation and controlling of cost-effective flow of products and information between a supplier and receiver. Another important element of logistic management is the creation of logistic strategy, which includes inventory optimization, minimization of product flow, service and costs level.

Key words: logistics, service, supply, transportation, warehousing.

Wstęp

Rozwinięta na gruncie wojskowości, już setki lat temu, logistyka w głównej mierze polega na sztuce kalkulacji przestrzeni i czasu w taki sposób „żeby żołd był wypłacony” [1]. Utożsamiano ją głównie ze sprawnym funkcjonowaniem w zakresie zaopatrzenia, dowozu, komunikacji, administracji, konserwacji, remontów, ewakuacji, wykorzystywania zasobów miejscowych, realizacji przedsięwzięć budowlanych oraz wielu inwestycji, dzięki którym badano całokształt możliwości i zdolności państwa w zakresie zabezpieczenia działań wojennych.

Obecnie jednak liczne definicje i koncepcje logistyczne można rozważać z punktu widzenia wielu różnych aspektów:

- koncepcyjno-funkcjonalnego, odnoszącego się do przepływu dóbr i informacji
- przedmiotowo-strukturalnego, traktującego o przepływach towarowych oraz informacyjnych
- efektywnościowego, zorientowanego na oferowanie klientom poziomu i jakości obsługi logistycznej.

Niejednoznaczne rozumienie pojęcia logistyka, ma w związku z tym, swoje racjonalne uzasadnienie.

„Przez logistykę rozumie się z reguły pojęcie oznaczające zarządzanie działaniami przemieszczania i składowania, które mają ułatwić przepływ produktów z miejsc pochodzenia do miejsc finalnej konsumpcji, jak również związaną z nimi informację w celu zaoferowania klientowi odpowiedniego poziomu obsługi po rozsądnych kosztach” [2].

Logistyka to proces zarządzania sprawnym i efektywnym przepływem surowców, materiałów, wyrobów gotowych oraz związaną z nim informacją w celu zaspokojenia wymagań klienta. Obejmuje ona obsługę klienta, prognozowanie popytu, przepływ informacji, kontrolę zapasów, czynności manipulacyjne, realizowanie zamówień, naprawy i zaopatrzenie w części, lokalizację zakładów produkcyjnych i składów, procesy zaopatrzeniowe, obsługę zwrotów, gospodarowanie odpadami, transport oraz składowanie [3].

Najnowsze podejście określa logistykę jako proces zarządzania łańcuchem dostaw. Występujące określenie

„łańcuch dostaw” jest rozumiane jako działalność związana z przepływem produktów i usług – od oryginalnego źródła, przez wszystkie formy pośrednie, aż do postaci, w której produkty i usługi są konsumowane przez ostatecznego klienta. Istota logistyki sprowadza się więc do integrowania zarządzania z tradycyjnymi obszarami produkcji, finansów i marketingu [4].

Council of Logistics Management definiuje logistykę jako proces planowania, realizowania i kontrolowania sprawnego i efektywnego ekonomicznie przepływu surowców i półfabrykatów do produkcji, wyrobów gotowych oraz informacji z punktu pochodzenia produktu do punktu konsumpcji w celu zaspokojenia wymagań nabywcy [5]. To sekwencja czynności powodujących przepływ surowca od źródła jego pozyskania, poprzez proces jego przetwarzania, aż do postaci, w której wyrób gotowy wykorzystywany jest przez jego ostatecznego nabywcę.

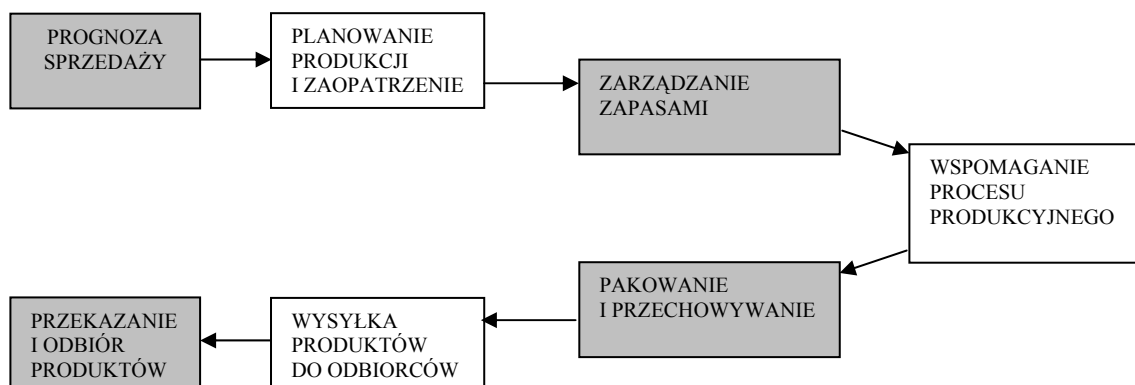
Analizując jednak liczne sformułowania i definicje logistyki, można stwierdzić, że istnieje spójność cech pojęć logistycznych, a mianowicie:

- transformacja czasowo przestrzenna podmiotów przepływów (usług, dóbr i wartości)
- integracja planowania, sterowania, organizacji i kontroli procesów
- podporządkowanie przepływu informacji przepływowi towarów i usług
- orientacja na kryterium efektów i użyteczności rynkowych
- rozdzielność zakresu i struktury działalności logistycznej.

Nie ma zatem jednej spójnej definicji odnoszącej się do badanego terminu i w pełni odzwierciedlającej nowoczesny stosunek do tej dziedziny.

Etapy działalności logistycznej

Logistykę można rozpatrywać z punktu widzenia trzech różnych perspektyw: zasady, koncepcji oraz działania. Jest więc zarówno systemem, jak i procesem decy-



Schemat 1. Etapy działalności logistycznej

Figure 1. Logistics stages

Źródło: E. Michalski, Marketing, podręcznik akademicki, PWN, Warszawa 2004

Source: E. Michalski, Marketing, European Handbook, PWN, Warszawa 2004

dowania związanym ze skoordynowanym obiegiem towarów, usług oraz informacji. To nieodzowny element kreujący, a także dostarczający nowych wartości i użyteczności rynkowych dla klientów. To wreszcie koncepcja stwarzająca oraz racjonalnie wykorzystująca efektywność i wzrost konkurencyjności. Jej istnienie jest naturalnym elementem prawidłowego funkcjonowania jednostki, stawiania celów w procesie planowania oraz funkcji organizacji.

Podstawowymi zadaniami logistyki są: koordynacja i racjonalizacja kosztów przepływu produktów oraz podporządkowanie ich wymaganiom sprawnego obsługi nabywcy. W ten sposób logistyka koncentruje się przede wszystkim na zaopatrzeniu materiałowo-technicznym jednostek, instytucji oraz organizacji działających nie dla zysku, składowaniu i transporcie surowców, półfabrykatów przed procesem i podczas procesu produkcyjnego, wyrobów gotowych po procesie produkcyjnym oraz realizowaniu umów o dostawę produktów. Podstawowe etapy działalności logistycznej:

- planowanie produkcji i zakupu surowców czy półfabrykatów na podstawie prognoz sprzedaży
- przechowywanie surowców i półfabrykatów, przed i podczas procesu produkcyjnego
- przemieszczanie „towarów” podczas ich przetwarzania
- pakowanie
- przechowywanie
- wysyłka
- przekazywanie i odbiór jakościowo-ilościowy produktów.

Te podstawowe etapy działalności logistycznej, realizowane w sekwencji, dają możliwość stopniowego dochodzenia do kolejnego etapu a w konsekwencji osiągnięcia wyznaczonego przez dane przedsiębiorstwo celu nadrzędnego.

Dążąc do wypełnienia podstawowych działań w zakresie logistyki, musi zostać spełnionych wiele zadań pośrednich zmierzających do skutecznego i wydajnego:

- przepływu informacji o źródłach zaopatrzenia, dostawach i przedsiębiorstwach transportowych
- przechowywania produktów w składach i magazynach

- zawierania i rozliczania umów
- zagospodarowania odpadów.

W ten sposób logistyka zajmuje niezwykle istotną pozycję jako podstawowe narzędzie umożliwiające istnienie jednostki na rynku oraz sprawne działanie w konkurencji z innymi firmami.

Każdy system logistyczny, aby mógł zostać wdrożony nawet w swojej wersji cząstkowej, musi otrzeć się zarówno o organizację, jak i o strukturę działalności firmy. Za strategiczny cel działalności należy tutaj uznać wzrost wydajności oraz spadek ponoszonych kosztów. Nowa koncepcja gospodarki obejmuje jednak również synchronizację działań jednostki i skierowana jest na potrzeby konsumenta, które w głównej mierze mają wpływ na rodzaj posiadanych towarów oraz ich zbyt. „Wyróżnianie się takimi cechami, jak: gotowość sprostania żądaniom klientów, gotowość dostarczania żądanej liczby towarów na miejsce i czas oraz umiejętność unikania nadmiernych zapasów warunkuje dostateczny zbyt towarów posiadanych, nabytych lub wytworzonych” [6].

Jeżeli jednak w strukturze organizacyjnej można spotkać się z występowaniem pionów lub służb, przejmujących w takim wypadku funkcje realizacji procesu przepływu materiałów, wówczas istnieje możliwość wydzielenia miejsc powstawania kosztów na bazie jednostek organizacyjnych. Mowa tutaj o kosztach przepływu materiałów ujmowanych według następujących procesów:

- pozyskiwanie materiałów
- magazynowanie materiałów
- transport wewnątrzzakładowy
- magazynowanie półproduktów
- magazynowanie i przekazywanie wyrobów gotowych.

Zastanawiając się nad istotą funkcjonowania logistyki oraz jej znaczeniem dla funkcjonowania organizacji, warto również ocenić sytuację z perspektywy systemu oraz procesu.

Uczestniczące w przestrzenno-czasowej transformacji dóbr systemy – to systemy logistyczne. Wszelkie natomiast dokonujące się w nich procesy – to procesy logistyczne.

Procesy dominują głównie w jednostkach zajmujących się usługami logistycznymi, których celem jest pokonanie bariery przestrzennej i czasowej oraz w firmach, w których pokonanie przestrzeni i czasu to jedynie zadanie cząstkowe dla potrzeb właściwego gospodarowania. Procesy wzbudzają i realizują przepływ dóbr oraz informacji, łącząc system wytwarzania i system ich użytkowania.

W systemach natomiast, realizowane są procesy cyrkulacji. Zachodzi więc tu uzupełnienie systemów produkcji i konsumpcji. Pokonanie przestrzenno-czasowej bariery w gospodarce wiąże się z podziałem pracy i jej rozmieszczeniem, a jednocześnie określone jest przez warunki transferu. Systemy logistyczne spełniają, zatem funkcje „zmiany bytu przestrzenno-czasowego dóbr rzeczowych” [6] powiązaną często z przemianą dóbr pod względem ilościowym i asortymentowym.

Aby dobra mogły przepłynąć między punktem badania a punktem odbioru, niezbędna jest wymiana informacji, która często wyprzedza właściwy przepływ. I tutaj właśnie systemy logistyczne, wspomagane przez liczne procesy, znajdują swoje uzasadnienie.

Skupiając się na funkcjach logistyki, czy zadaniach, jakie się przed nią stawia, należy zwrócić szczególną uwagę na modernizację procesów planowania działalności zarówno w podejściu długo-, średnio-, jak i krótkoterminowym. Procesy te odnoszą się do sfery zaopatrzenia, produkcji oraz dystrybucji.

Długoterminowe (strategiczne) podejście logistyki to przede wszystkim procesy magazynowania i transportu, lokalizacji produkcji i magazynów, struktury zaopatrzenia, produkcji oraz dystrybucji, zapasy materiałowe oraz wyroby gotowe, strategia dystrybucji oraz wybór kooperantów.

W podejściu krótko- oraz długoterminowym należy planować potrzeby w zakresie zaopatrzenia i dystrybucji, zakup, sprzedaż, transport oraz magazynowanie, obsługę dostaw, środki transportu, sterowanie przepływem dóbr, terminy dostaw, rodzaj opakowań oraz komisjonowanie i pakowanie towarów.

W rezultacie tak szeroko zarysowanej logistyki i jej sprawnego funkcjonowania można oczekiwać od jednostki rezultatów będących efektem spełnienia założonych funkcji, jakimi są:

- panowanie na rynku zbytu
- optymalizacja przepływu dóbr
- specjalizacja produkcji oraz wzrost elastyczności procesów produkcji i dystrybucji
- minimalizacja zapasów
- przechodzenie jednostki do współpracy z logistycznymi centrami dystrybucji, jako przyszłościowymi rozwiązaniami kojarzenia producentów z konsumentami.

Zarządzanie logistyczne

Definicja zarządzania logistycznego sformułowana przez Międzynarodową Radę Zarządzania Logistycznego głosi, że: „zarządzanie logistyczne jest procesem planowania, wdrażania i kontrolingu, sprawnego, efektywnego kosztowo przepływu i przechowywania surowców, zapasów produkcyjnych, dóbr końcowych i odpowiadających im informacji od punktu pozyskania surowców do punktów konsumpcji w celu najlepszego dostosowania do wymagań klientów” [7].

Inna natomiast definicja opisuje zarządzanie logistyczne jako formułowanie strategii, planowanie, sterowanie oraz kontrolę procesów przepływu i magazynowania surowców, zapasów produkcji w toku, wyrobów gotowych i odpowiednich informacji w celu jak najlepszego dostosowania się do potrzeb klienta oraz ich zaspokojenia [6].

Skupiając się na zarządzaniu logistycznym należy również zwrócić szczególną uwagę na składowe procesu

logistycznego (dobra materialne, informacje, środki finansowe, ludzie). Głównym celem zarządzania jest spójne planowanie oraz łączenie ze sobą procesów logistycznych w zgodzie z własnymi celami oraz celami partnerów. Planowanie oraz łączenie ze sobą procesów logistycznych są jednak ściśle zależne od uwarunkowań oznaczających rzeczywiste ograniczenia i będących ważnym źródłem parametrów. W związku z tym możemy mówić o uwarunkowaniach:

- prawnych – mogą być warunkiem procesu negocjacji
- systemowych, technicznych, finansowych – zależne są od danej sytuacji
- osobowych – nastawione są na realizację celów, zależne od poziomu motywacji pracowników przez kierownictwo czy całość jednostki.

Podstawą sprawnego zarządzania logistycznego jest podział sfer odpowiedzialności za realizację poszczególnych procesów, a także sprawnie działający system informacji czy komputeryzacja systemu.

Wprowadzenie fazowego podziału zmian w zarządzaniu logistycznym pozwala zaobserwować jak zachodzi stopniowe scalanie się systemu dzięki współpracy z systemem informatycznym, realizującym czynności regulacyjne samoczynnie.

Wprowadzenie zasady Just-in-Time, umożliwiającej zapewnienie równomiernego przepływu dóbr i pracy przez system, pozwoliło na pojawienie się wielu nowych strategii doskonalących efekty działań z zakresu logistyki.

W organizacji gospodarującej można wyróżnić pięć obszarów zarządzania logistycznego, mających wpływ na realizację optymalnego przepływu dóbr [6].

Optymalizacja fizycznego przepływu dóbr rzeczowych to:

- budowa łańcuchów logistycznych
- komputerowa stymulacja
- modernizacja struktur organizacyjnych i powołanie służb logistycznych
- sterowanie przepływem materiałów i towarów.

Usprawnienie procesów informacyjno-decyzyjnych obejmuje:

- nowe technologie informatyczne i techniki produkcyjne
- automatyczną identyfikację przez kody kreskowe
- elektroniczną wymianę danych (EDI)
- analizę zamówień handlowych i nowe formy opracowywania zleceń.

Utrzymanie optymalnych zapasów określa:

- nowoczesne koncepcje zarządzania (Just-in-Time)
- dotrzymywanie terminowości dostaw przy podwyższonym poziomie jakości świadczonych usług.

Synchronizacja infrastruktury procesów logistycznych, to głównie:

- koordynacja zamówień z transportem
- koordynacja wyboru źródeł zakupu, programowania oraz planowania potrzeb materiałowych i sterowania zapasami

- dobór systemu automatycznej identyfikacji oraz rodzaju opakowań.

Analiza kosztów procesów logistycznych określa:

- redukcję lub skrócenie czasu realizacji usług transportowych
- zmniejszenie lub redukcję zapasów
- wprowadzenie kontroli w zakresie kosztów
- właściwe wykorzystanie czasu w odniesieniu do przestrzeni.

W każdej organizacji do najważniejszych procesów logistycznych należą: proces zaopatrzenia, proces produkcji, proces dystrybucji, proces transportu oraz proces magazynowania [6].

Proces zaopatrzenia to wymiana dóbr między jednostkami a otoczeniem, która umożliwia zasilanie w niezbędne dobra rzeczowe. Niezwykle istotnym elementem jest tu wybór źródła ze względu na wpływ na wynik ekonomiczny jednostki. Wyodrębnić należy również zarówno procesy fizycznego przepływu dóbr, jak i procesy informacyjne.

Fizycznym przepływem dóbr zajmują się specjalnie wyodrębnione służby transportowe oraz magazynowe. Procesy informacyjne natomiast pozyskują oraz gromadzą informacje i odpowiedzialność za odpowiednie ustalenie i przewidywanie potrzeb materiałowych.

Na logistykę zaopatrzenia składa się przepływ dóbr od dostawcy, przejście produktu przez odbiorcę oraz wprowadzenie w pierwszy pion produkcji danego materiału.

Logistyka zaopatrzenia obejmuje różne strategie w zależności od działania na poszczególnych rynkach. Aby wybrać strategię zaopatrzenia właściwą dla danego przedsiębiorstwa dokonuje się analizy porównawczej zestawiając siłę rynkową nabywcy z siłą rynkową oferenta. Jest to tak zwana analiza typu portfelowego. Pierwszym jej etapem jest klasyfikacja dóbr zaopatrzeniowych wg kryterium wyniku finansowego oraz poziomu ryzyka.

Wyróżnia się cztery klasy dóbr zaopatrzeniowych:

- artykuły strategiczne (duży wpływ na wynik ekonomiczny oraz wysokie ryzyko zaopatrzeniowe)
- artykuły o charakterze „wąskich gardeł” (niski wpływ ekonomiczny oraz duże ryzyko zaopatrzeniowe)
- artykuły o charakterze „dźwigni” (duży wpływ ekonomiczny a niskie ryzyko)
- artykuły pozostałe (mają niski wpływ ekonomiczny oraz niskie ryzyko).

Następnie realizowane są określone sposoby postępowania przy ich zakupie. Przykładowo artykuły strategiczne wymagają szczegółowych informacji o długookresowym rozwoju ich podaży i potrzebach odbiorców, natomiast pozostałe artykuły wymagają jedynie prognoz krótkoterminowych.

Aby jednak towar mógł dotrzeć w sposób pośredni bądź bezpośredni do potencjalnych odbiorców niezbędne jest wdrożenie działań marketingowych. Większość firm preferuje sprzedaż za pomocą pośredników tworzących kanały dystrybucji.

Kanał dystrybucji oznacza liczbę i kolejność występowania pośredników na drodze przesuwania produktu od wytwórcy do ostatecznego nabywcy. Pośrednikami mogą

być firmy lub osoby, które świadczą usługi związane z zakupem lub sprzedażą produktów na drodze ich przesuwania. Wyróżnia się pośredników handlowych działających na własne ryzyko oraz agentów czy przedstawicieli handlowych działających w imieniu innych uczestników kanału.

Pośrednicy mogą być określani różnymi terminami i pełnić rozliczne funkcje, a mianowicie:

- pośrednik to każde ogniwo pośrednie między producentem a klientem
- hurtownik to pośrednik sprzedający innym pośrednikom
- detalista to pośrednik sprzedający konsumentom
- dystrybutor jest pośrednikiem pełniącym funkcje dystrybucyjne, np. udzielanie kredytów
- dealer zaś jest synonimem pośrednika.

Pośrednicy umożliwiają przepływ produktów między producentem a klientem, pełniąc przy tym trzy funkcje: transakcyjną, logistyczną oraz wspomagającą.

Strategia logistyczna

Strategia logistyczna umożliwi modernizację procesu zarządzania w kierunku wdrożenia logistyki.

Wstępnym etapem formułowania tej strategii jest opracowanie projekcji systemu, aby następnie przejść do konkretnych wdrożeń logistycznych. Misja firmy, jako główne oświadczenie zakładanych celów i potrzeb, wspierana jest odpowiednimi strategiami. Strategia zawiera, więc sposób realizacji zamierzonego celu.

Tworząc strategię logistyczną należy zwrócić szczególną uwagę na cele wynikające z orientacji logistycznej. Zaliczyć do nich można:

- optymalizację poziomu zapasów
- minimalizację czasu przepływu
- wysoki poziom obsługi klienta
- akceptowalny poziom kosztów.

Formułowanie oraz późniejsza realizacja strategii wymaga jednak określonych warunków. Są nimi:

- znajomość strategii globalnej oraz strategii wspierających
- kształtowanie wielkości i struktury produkcji
- pionowa integracja logistyki
- zorientowanie na rynek
- komputerowy system informacyjny oraz sterowania
- odpowiednio wykwalifikowane kadry.

Strategia logistyczna należy do grup strategii funkcjonalnych, przy czym logistyka spełnia samodzielną funkcję, wiążąc tradycyjne sfery funkcjonowania jednostki, takie jak: zaopatrzenie, produkcja oraz zbył [6]. Jest ona strategią wykonawczą, służy bowiem realizacji misji przedsiębiorstwa i często jest z nią blisko powiązana poprzez generalne wytyczne w zakresie kształtowania stosunków z dostawcami oraz odbiorcami.

Wybierając określoną strategię logistyk musi wziąć pod uwagę:

- wielkość jednostki oraz wielkość obsługiwanego rynku
- właściwości fizyczne wyrobu lub usługi
- potrzeby zaspokajane przez wyrób lub usługę
- zakres zastosowania strategii
- charakter procesów realizowanych w danej jednostce [6].

Strategia zatem kształtuje nowe podejście w zakresie analiz marketingowych, priorytetowe skoncentrowanie się na kliencie oraz nieustanną walkę z ogromną konkurencją na rynku.

PIŚMIENNICTWO

1. Skowronek Cz. Saryusz-Wolski Z., Logistyka w przedsiębiorstwie, PWE Warszawa 2003.
2. Beier F.J., Rutkowski K., Logistyka, AGH, Warszawa 2005.
3. Ciesielski M., Logistyka, Wyd. Terra, Poznań 2002.
4. Ciesielski M., Logistyka we współczesnym zarządzaniu, AE, Poznań 2003.
5. Michalski E., Marketing, podręcznik akademicki, PWN, Warszawa 2004.
6. Abt S., Logistyka w teorii i praktyce, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań 2001.
7. Krawczyk S., Zarządzanie procesami logistycznymi, PWE, Warszawa 1999.

Adres do korespondencji:

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

MOTYWACJA A MOBBING

MOTIVATION AND MOBBING

JUSTYNA BARANOWSKA², JAKUB KUCHTA²,
SZYMON BARANOWSKI², ŻŁATA LIWIŃSKA², ANDRZEJ KLAMEREK¹

¹Katedra 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

²Studenckie Koło Młodych Menadżerów

Opiekun Koła: dr Andrzej Klamerek

Streszczenie

Sprawne zarządzanie przedsiębiorstwem powinno opierać się na czterech funkcjach zarządzania: na planowaniu, organizowaniu, przewodzeniu (motywacji) oraz kontrolowaniu. Spośród nich największe znaczenie, w zwiększaniu efektywności pracy, ma funkcja przewodzenia, której elementem jest motywowanie.

Wchodząc do dowolnej placówki, od razu można zaobserwować jej pracowników. Już na wstępie możemy ocenić, który pracownik oddaje się swoim obowiązkom z pełnym zaangażowaniem, a który nie wykonuje ich w ogóle. Nastawienie do pracy oraz atmosfera w jej miejscu, są w dużej mierze tworzone przez kadrę zarządzającą. To od niej zależy efektywność działań zespołów. Motywujący pracodawca to taki, który w umiejętny sposób potrafi wzbudzić w pracowniku chęć do wykonywania swoich obowiązków oraz taki, który zwróci uwagę na jego błędy i wyciągnie konsekwencje, a w efekcie przyczyni się do lepszej jakości pracy świadczonej przez podwładnego.

W sferze dotyczącej ludzkich emocji i zachowań łatwo jednak o patologię. Jedną z nich jest mobbing. Poniższa praca jest próbą wyznaczenia granicy pomiędzy tym zjawiskiem a motywacją pracownika. Podczas analizowania zjawiska mobbingu zwróciłem uwagę na jego destrukcyjny wpływ na pracownika.

Pracodawca powinien być świadomy tego, że wszystkie podjęte przez niego działania, wypowiedziane słowa i sposób zachowania, wywierają określony wpływ na podwładnych. Należy wiedzieć, których granic nie można przekraczać, dlatego też istotne jest poznanie tego problemu.

Słowa kluczowe: motywacja, mobbing, praca, dyskryminacja, przemoc.

Motywacja w świetle literatury przedmiotu

W dzisiejszych czasach ludzie są bardziej świadomi zarówno jako konsumenci, jak i pracodawcy, i pracownicy. Więcej uwagi zwracamy na problemy, które kiedyś nie były tak rozpowszechnione, bądź nie mówiło się o nich wcale.

Summary

Running an effective enterprise should be grounded on four basic functions of management: planning, organizing, leading (motivating) and control. Between those functions, the one carrying biggest weight in increasing workplace effectiveness is leading, a component of which is motivating.

The first thing to notice when entering any workplace are the workers themselves. It is sometimes an easy job distinguishing workers who fulfill their duties with commitment, and the ones that do not. Attitude towards work and workplace atmosphere are factors that can, and should be created and influenced by the company's top brass. It is their primary job to make workers effective. An employer, who is a good motivator will give incentives to work hard for the employee, reaching beyond the monthly paycheck. He will also carefully rate employee's performance, and by giving him a good feedback on his work, raise his understanding of what is expected from him. This process should in the end result in higher quality of employee's work.

Maneuvering between good motivation, which dwells in the realm of human psychology, and pathological, almost mobbing-like employer behavior, may be a confusing and difficult job for inexperienced managers. The following publishing is an attempt to establish a clear line between pathological behaviors and productive workers motivation techniques. The destructive influence of mobbing will be also thoroughly explained. The employer should be always aware that any action of his, every word, every behavior towards the worker might have a long lasting positive or negative effect. The knowledge of where the boundaries are of how far can you go motivating employee's is a key element of running any company.

Key words: motivation, mobbing, job, discrimination, violence.

Jaka jest granica między motywacją pracownika a mobbingiem? Kiedy karanie pracownika za złe wykonanie swoich obowiązków będzie mogło być uznane za element motywujący, a kiedy już będzie naruszało jego poczucie własnej wartości?

Odpowiedź na powyższe pytania jest kluczowa nie tylko dla kadry zarządzającej, ale również dla pracownika.

Każda jednostka w organizacji powinna zdawać sobie sprawę z istoty problemu, jakim jest mobbing. Nie można jednak być zbyt wyczulonym na zachowania przełożonych. Nie każde zachowanie krytykujące i negujące musi być mobbingiem.

Jak wiadomo z teorii motywacji – „karanie” również może mieć pozytywne efekty. Aby rozróżnić motywację od mobbingu trzeba najpierw zwrócić uwagę na znaczenia tych pojęć.

Czym jest zatem motywacja? Jedną z najbardziej znanych definicji brzmi: „motywacja jest to psychologiczny stan przyczyniający się do stopnia, w jakim człowiek w coś się angażuje. Obejmuje ona czynniki, które powodują, wytyczają i podtrzymują zachowania ludzkie zmierzające w określonym kierunku” [1].

Kolejna definicja ukazuje motywację w znacznie szerszym ujęciu, z uwzględnieniem pojęcia jako czynności. Według S. Borkowskiej motywacja to: „stan wewnętrzny człowieka mający wymiar atrybutowy, właściwy każdemu człowiekowi, natomiast motywowanie ma wymiar czynnościowy, funkcjonalny, polegający na świadomym i celowym oddziaływaniu na motywy postępowania ludzi przez stworzenie środków i możliwości realizacji ich systemów wartości, oczekiwań dla osiągnięcia celów motywującego” [2].

W tej definicji zwrócono uwagę na bardzo istotną sprawę, że motywacja ma wymiar indywidualny. Każdy człowiek ma inne przyczyny, motywy działania, i dąży do osiągania różnych celów. Dlatego też odpowiednie motywowanie pracowników jest sprawą niezwykle trudną i wymagającą elastyczności.

Ostatnią definicją, na którą pragniemy zwrócić uwagę, jest definicja mówiąca o tym, że „motywacja jest źródłem i sternikiem naszych zachowań. Jest ona pewnym procesem zachodzącym w ludzkiej świadomości (czy może podświadomości)” [3]. Ta definicja wskazuje na świadomość lub podświadomość jako miejsce, w którym powstaje motor do działania.

Jakie można zatem wyróżnić rodzaje motywacji? Przede wszystkim należy rozdzielić motywację pozytywną, która jest pozytywnym wzmocnieniem przekazu od tej negatywnej, na którą składają się różnego rodzaju kary.

Motywacja pozytywna może mieć aspekt finansowy lub niematerialny. Aspekt finansowy jest tym, co jest, jak ukazują różne badania, najbardziej pożądanym przez pracowników czynnikiem motywacji. Z kolei do niematerialnego motywowania zalicza się pochwały pracodawcy, wyróżnienia oraz wyrazy uznania.

Motywacja negatywna również może być traktowana w ujęciu materialnym bądź niematerialnym. Ukierunkowana jest na wyeliminowanie pewnych zachowań pracownika, które są niepożądane z punktu widzenia przełożonych. Należy jednak pamiętać, że nadmierne stosowanie kar zmniejsza atrakcyjność, a także obniża wydajność i jakość pracy.

Bardzo ważne jest, aby wszelkie działania były adekwatne do efektów pracy pracownika, gdy pracownik będzie nagradzany, pomimo tego, iż nie do końca wykonywał swoje obowiązki, jego motywacja w przyszłości będzie

obniżona, a także wpłynie to na chęć do działania całego zespołu. Odpowiednie motywowanie opiera się na wypośredkowaniu kar i nagród oraz odpowiedniego dostosowania ich do pracowników.

Mobbing a motywacja

Od motywacji negatywnej, karania można łatwo przejść do mobbingu. Czym on jest?

Mobbing „polega 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” [4]. Działania tego rodzaju są powtarzane w czasie i niezwykle upokarzające dla pracownika. Mogą w konsekwencji przyczynić się do wielu jego problemów zdrowotnych, osobistych a nawet w skrajnych przypadkach do samobójstwa.

Międzynarodowa Organizacja Pracy definiuje mobbing jako: „obraźliwe zachowanie poprzez śmiśwe, okrutne, złośliwe lub upokarzające usiłowania zaszkodzenia jednostce lub grupie pracowników [...], którzy stają się przedmiotem psychicznego dreczenia.

Mobbing zawiera w sobie stale negatywne uwagi lub krytykę, izolowanie osoby od kontaktów społecznych, plotkowanie lub rozprzestrzenianie fałszywych informacji” [5].

We wszystkich tych definicjach kładzie się nacisk na zachowania dotyczące sfery emocji, poczucia godności oraz samooceny pracownika.

Mobbing jest ogromnym problemem nie tylko ze względu na spustoszenie jakie wywołuje w życiu osoby, której dotyka. Najbardziej groźne jest to, że większość pracowników nie zdaje sobie sprawy z tego, że mogą być ofiarami mobbingu. Ze względu na strukturę organizacyjną firmy i tym samym ich podległość służbową pozwalają na to, by przełożony naruszał ich poczucie własnej wartości.

Jakie zachowania motywują, a jakie demotywują pracownika i jednocześnie mogą być uznawane za mobbing?

Ludzie są siłą napędową organizacji, kreują ją, ale także potrafią niszczyć [6]. Jak już wspomnieliśmy na samym początku – odpowiednie motywowanie jest kluczowym elementem poprawienia efektywności pracy podwładnych. Należy jednak pamiętać o tym, żeby robić to w odpowiedni sposób, np. przyznawanie nagród według osiągniętych wyników będzie motywujące nie tylko dla pracownika, który taką nagrodę otrzymał, ale także dla reszty zespołu. Z kolei dawanie nagród „wszystkim po równo” może negatywnie wpłynąć na jakość i efekty ich pracy, ponieważ pracownik, niezależnie od tego jak się stara, może być pewien, że otrzyma nagrodę.

Ważnym czynnikiem motywującym pracownika jest jasne określenie zasad otrzymywania premii. Zapowiadanie nadchodzących nagród, pobudzanie oczekiwań pracowników może doprowadzić do tego, że w efekcie – nie dostając podwyżki nie będą oni podejmowali większych starań w przyszłym okresie.

W zakresie motywacji negatywnej, czyli wszelkiego rodzaju kar, najważniejsze jest, to żeby były one adekwatne do wykonanych przez pracownika czynności. Krytyka konstruktywna, skierowana przeciwko działaniom człowieka, a nie przeciwko człowiekowi będzie spełniała zadanie motywatora.

Jak rozpoznać mobbing i odróżnić go od zwykłej motywacji? Przede wszystkim należy pamiętać o tym, że dyscyplinowanie pracownika nie jest jednym elementem mobbingu. Oczywiście przy założeniu, że zadanie, które zostało zlecone nie narusza godności pracownika. Przed wysunięciem jakichkolwiek oskarżeń, należy dokładnie zbadać czy dana sytuacja zawiera niezbędne do rozpoznania kryteria, określone w definicji Międzynarodowej Organizacji Pracy i znajdującej się jednocześnie w Kodeksie Pracy.

Mobbing najczęściej oparty jest na zwyczajnym strachu wobec przełożonego. Elementem mobbingu jest bardzo często wysyłanie pracownikowi niejednoznacznych sygnałów dotyczących jego pracy, zazwyczaj są to sarkastyczne, ironiczne uwagi. Pracownik jest w takich sytuacjach zdeзорientowany – nie wie czy został pochwalony, czy właśnie otrzymał nagane.

Wśród zachowań demotywujących i zdecydowanie uznawanych za mobbing są przede wszystkim wszelkiego rodzaju próby zastraszania pracownika zwolnieniem z pracy, groźby, używanie wulgaryzmów, a także stosowanie przemocy fizycznej. Bardzo często spotyka się również zachowanie zmierzające do pomniejszenia kompetencji w oczach współpracowników, wyizolowanie z otoczenia, a także zwyczajne utrudnianie pracy.

Wszelkie zniesławienia, wyśmiewanie, sarkazm, obraźliwe gesty, nieodpowiednie żarty, krytykowanie wyglądu składają się na mobbing.

Nieuzasadniona krytyka czy nadmierne kontrolowanie danego pracownika może również wpłynąć na to, że dane zachowanie, występujące przez dłuższy okres czasu, będzie uznane za niezgodne z normą [7].

Zachowania demotywujące wprowadzają ludzi w „błędne koło”. Tak jak raz straconego zaufania nie da się odzyskać, tak ciężko jest wyjść z zamkniętego kręgu negatywnych działań, które pociągają za sobą swoje skutki.

Wpływ mobbingu na pracownika

Z pozoru nieznaczne, pojedyncze, wydawać by się mogło łagodne uwagi, lekceważenie, obrażanie oraz inne postawy, gesty i nieprzyjemne sytuacje, stosowane długotrwale wobec pracownika mogą mieć bardzo destrukcyjny wpływ na jego zdrowie psychiczne oraz fizyczne. Prowadzą zarówno do rozstroju zdrowia pracownika, a także do wyizolowania bądź wyeliminowania go z zespołu pracowniczego.

Szykanowanie i dręczenie największy wpływ wywierają na psychikę pracownika. Osoby pozbawione wsparcia w pracy oraz środowiskach nie związanych z pracą (rodzina, przyjaciele), są w szczególności narażone na wy-

stąpienie zaburzeń psychicznych. Skutki maltretowania psychicznego podzielić można na te występujące bezpośrednio po kontakcie z mobberem oraz takie, których efekty ujawniają się w późniejszym czasie. Wśród tych, pojawiających się zaraz po ataku, wymienić można pojawiające się uczucie złości, irytacji, strachu, smutku, oraz tych związanych z zaniżeniem poczucia własnej wartości, czyli beznadziejności, bezużyteczności i bierności. Odległe zaś następstwa mobbingu to zaburzenia koncentracji, stany lękowe, depresja oraz nerwica. Bardzo często prowadzi on również do zespołu wypalenia zawodowego, uzależnień, anoreksji a w skrajnych przypadkach także do myśli i prób samobójczych [8, 9].

Osoby dotknięte przemocą w miejscu pracy narażone są na znaczny spadek masy ciała, choroby układu krążenia, choroby układu pokarmowego, choroby nowotworowe [10]. Wśród ofiar mobbingu pojawiają się również takie dolegliwości, jak bóle głowy, nawracające migreny, bezsenność, bóle brzucha, wymioty oraz zaburzenia seksualne [9]. Obniżają one samopoczucie człowieka a także w dużym stopniu utrudniają jego funkcjonowanie w życiu zawodowym i prywatnym. Według zawartych w książce Litzkego i Schuha badaniach, najczęściej występującymi konsekwencjami wśród ofiar mobbingu były spadek motywacji (ok. 70%) i zmniejszenie zaufania (67%). Wielu uczestników badania zauważyło wzrost nerwowości (60%), pojawienie się uczucia bezsilności (57,7%) oraz wystąpienie stanów lękowych (53,2%). Wśród innych skutków podawano również zwiększenie ilości zachowań agresywnych (41,2%) i poczucie winy (25%). W niektórych przypadkach długotrwała przemoc psychiczna wobec pracowników zakończyła się chorobą (44%), która w pięćdziesięciu procentach trwała ponad sześć tygodni. Wśród badanych znalazły się także osoby, które nie odczuwały żadnych problemów zdrowotnych z powodu mobbingu (13%) [10].

Oprócz powyżej opisanych konsekwencji, mobbing niesie ze sobą także szereg następstw niezwiązanych bezpośrednio ze zdrowiem ofiary. Wpływa on w dużej mierze na relacje społeczne. Przyczynia się do powstawania konfliktów wśród pracowników, co jeszcze bardziej pogłębia uczucie beznadziejności, irytacji i prowadzi do wrażeń osaczenia. W miejscu pracy powstaje atmosfera lęku i niepewności [9]. Sytuacja powstająca między atakującym i ofiarą pociąga za sobą spadek produktywności zarówno mobbera, jak i pokrzywdzonego. Zmniejsza się ich stopień zaangażowania w pracę.

Mobbing oddziałuje także na życie prywatne osoby dotkniętej przemocą w miejscu pracy. Nierzadko przenosi ona negatywne odczucia do domu. Rozdrażnienie i złe samopoczucie sprawiają, że człowiek często reaguje agresją i zdenerwowaniem. Rodzi to częste kłótnie małżeńskie, nieporozumienia w rodzinie i przyczynia się do zaniku życia seksualnego. Działanie mobbingowe wpływa także na ilość czasu wolnego ofiary, która zamiast poświęcić czas na relaks i odpoczynek, coraz częściej odwiedza lekarzy, ze względu na wystąpienie różnego rodzaju objawów chorobowych [10].

Długotrwały, wyniszczający proces znęcania się doprowadza do utraty pracy. Najczęściej dopiero wypowiedzenie, bądź zwolnienie przez pracodawcę kończy szykanowanie i dręczenie pracownika. Skutkiem tego jest utrata dochodów i środków do życia. Ze względu na okoliczności utraty pracy, takiej osobie, nie łatwo będzie znaleźć nową satysfakcjonującą pracę. Komuś, kto stracił wiarę w siebie i poczucie własnej godności z trudnością przyjdzie zaufanie nowemu pracodawcy i współpracownikom [11].

Ofiary mobbingu narażone są na szereg negatywnych skutków zdrowotnych (fizycznych i psychicznych), społecznych oraz ekonomicznych. Jest on procesem oddziałującym w znacznym stopniu na psychikę człowieka, ale nie rzadziej także na jego układ somatyczny. Często po długotrwałym szykanowaniu, ośmieszaniu i dręczeniu, osoba która poddawana była przemocy w miejscu pracy musi szukać pomocy psychiatrów, psychologów oraz innych lekarzy specjalistów. Częsta absencja w pracy, spowodowana chorobą oraz spadek jakości pracy prowadzi do zmniejszenia zarobków, a nawet całkowitej ich utraty z powodu zwolnienia bądź wypowiedzenia.

Podsumowanie

Podsumowując, mobbing jest patologią motywowania pracowników. Niesie to ze sobą szereg negatywnych efektów nie tylko z punktu widzenia ofiary tego zjawiska, jego rodziny, ale także z punktu widzenia całej organizacji. Dopiero u progu XXI wieku uznano czynnik ludzki jako najważniejszy element w działalności organizacji [3]. Wcześniej nie przywiązywano tak dużej wagi do motywacji pracowników.

W wielu organizacjach wciąż jest to element, na który należałoby zwrócić uwagę. Ważne jest jednak, aby motywacja ta była skuteczna – dostosowana do pracownika, a co najważniejsze, w przypadku motywacji negatywnej, nie naruszała jego godności. Nieprawidłowe motywowanie może przerodzić się w mobbing.

Z całą pewnością jest to problem coraz bardziej powszechny i należy mu przeciwdziałać. Nie możemy bać się reagować, w sytuacji, gdy ktoś narusza naszą integralność psychiczną bądź fizyczną. Jako pracownicy powinniśmy być uwrażliwieni na problem, lecz nieprzewrażliwieni. Jako pracodawcy – powinniśmy pamiętać o tym, że krytyka musi być uzasadniona, nie może obrażać, wyśmiewać i poniżać osoby, do której jest skierowana. Tylko konstruktywna i uzasadniona ocena będzie w stanie być motywująca i nie urazi uczuć drugiej osoby.

PIŚMIENNICTWO

1. Stoner J.A.F., Frejman R.E, Gilbert D.R, Jr., Kierowanie, Warszawa 2001.
2. Borkowska S., System motywowania w przedsiębiorstwie, PWN, Warszawa 1985.
3. Kopertyńska M.W, Motywowanie pracowników. Teoria i praktyka, Wyd. PLACET, Warszawa 2008.
4. Marciniak J., Jak się bronić przed mobbingiem, Wyd. Dobry eBook, Kraków 2007.
5. Definicja Międzynarodowej Organizacji Pracy.
6. Mikula B., Organizacje oparte na wiedzy, Wyd. Akademia Ekonomiczna, Kraków 2006.
7. www.kadry.nf.pl, [dostęp: 15.11.2012 rok]
8. Romer M. T., Mobbing i jego konsekwencje, Prawo Pracy nr 12, Librata 2005.
9. 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.
10. Litzke S.M., Schulh H., Stres, mobbing i wypalenie zawodowe, GWP, Gdańsk 2007.
11. Lewandowska L., Nawrocki M., Skutki mobbingu i dyskryminacji – dla pracowników, pracodawców, społeczeństw, Monitor Prawa Pracy, 2010, 10.

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
e-mail: knoz@ump.edu.pl

INNOWACYJNE ROZWIĄZANIA TECHNOLOGICZNE W SŁUŻBIE ZDROWIA

TECHNOLOGICAL INNOVATIONS IN HEALTHCARE

ADAM FILIPONEK², ANDRZEJ KLAMEREK¹

¹Katedra 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

²Studenckie Koło Młodych Menadżerów

Opiekun Koła: dr Andrzej Klamerek

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest ukazanie znaczenia rozwiązań innowacyjnych w sektorze medycznym z perspektywy zdrowia publicznego. Ważnym poruszonym zagadnieniem jest również wskazanie szans i zagrożeń stojących przed projektem informatyzacji polskiej służby zdrowia. Wdrażanie innowacyjnych rozwiązań w sektorze medycznym, zostało zapoczątkowane przez państwa wysoko rozwinięte, a Polska stanowi w dużej mierze rolę odtwórcy, naśladowcy. Uświadomienie potrzeby wdrażania nowoczesnych technologii w medycynie jest kluczowym aspektem wprowadzania zmian do systemu medycznego w naszym kraju. Zawarte w tekście przekrojowe analizy opisujące szereg zmian demograficznych, ekonomicznych jak i społecznych, których jesteśmy świadkami uzmysławiają konieczność podążania za trendami globalnymi w medycynie, dzięki, którym możemy mówić o wzroście jakości świadczonych usług przy jednoczesnym ograniczeniu kosztów z nimi związanymi.

Słowa kluczowe: innowacje medyczne, informatyzacja.

Summary

The aim of the following document is to show the importance of innovative hi-tech solutions in Health sector from Public Health point of view. Essentially described peripheral topic is also to index the main opportunities and threats of digitalisation polish healthcare system. Implementation of innovative solutions in healthcare, was firstly initiated by well developed countries, that's why Poland mainly plays role of reproducer, imitator. Realising the fact that Poland needs innovative, hi-tech solutions is the key factor to start up great changes in Polish Healthcare sector. Contained interdisciplinary analysis clearly show the demographic, economic and social changes that Public Health specialist have to face. Following the main, global trends, may have influence on growth of quality of healthcare services, in the same time reduction of cost related to it.

Key words: medical innovations, informatization.

Jedno z największych wyzwań współczesnej Europy stanowi implementacja innowacyjnych, zaawansowanych technologicznie rozwiązań w służbie zdrowia. Aby do tego doprowadzić istotnym jest uzmysłowienie oraz przekonanie opinii publicznej do tego, że podążanie za najnowocześniejszymi trendami pojawiającymi się w globalnej medycynie niesie ze sobą wiele znaczących korzyści.

Z punktu widzenia ogólnej definicji medycyny dzięki odpowiedniemu wykorzystywaniu nowoczesnych technologii wzrasta skuteczność leczenia, co zapewnia wyższą jakość usług medycznych, a także wyższy standard życia społeczeństw z owych technologii korzystających. Ich wykorzystanie ma również znaczący wpływ na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego narodu.

Biorąc pod uwagę poziom rozwoju gospodarczego Polski, nasz kraj zajmuje przedostatnie miejsce na liście czterdziestu dwóch najlepiej rozwiniętych gospodarczo państw świata [1]. W kwestii poziomu służby zdrowia pozycja Polski w ogólnoświatowym rankingu przedstawia się o wiele gorzej.

W dobie kryzysu opanowującego świat zarówno gospodarczego, jak i demograficznego, rządy wszystkich

państw, w tym również Polski, muszą zmierzyć się z problemem pozyskiwania funduszy na działanie systemu zdrowotnego oraz jego najefektywniejszą organizację. Stąd też pojawia się postulat, by tam, gdzie to możliwe, szukać oszczędności, nie obniżając jednocześnie standardu i poziomu bezpieczeństwa usług. Odpowiedzią na te poszukiwania powinno być zwrócenie się w kierunku innowacyjnych, zaawansowanych technologicznie oraz bardziej wydajnych rozwiązań, znanych między innymi z modeli stosowanych w krajach czołówki rankingu najlepiej rozwiniętych.

Mimo wielu zapewnień oraz deklaracji wygłaszanych przez przedstawicieli i władze polskiej służby zdrowia w licznych dokumentach i rozporządzeniach traktujących m.in. o wprowadzeniu koniecznych zmian i strategii wdrażania innowacji zgodnych ze Strategią Lizbońską [2] lub głównymi celami rozwojowymi Unii Europejskiej (EUROPA 2020) [3] zmiany wciąż pozostają w sferze niezrealizowanych planów.

Wspomniane wyżej dokumenty zamiast mobilizować do dokonania tak potrzebnych zmian budzą raczej politowanie lub poczucie rezygnacji wśród polskich specjali-

stów, świadomych oporu oraz barier przede wszystkim natury ekonomicznej, a także prawnej.

Jak już zostało wspomniane implementacja zaawansowanych technologii stosowanych w medycynie w naszym kraju jest wysoce problematyczna. Odwlekanie powzięcia rzeczywistych kroków prowadzących do zmiany tej sytuacji, jak również stosowanie doraźnych, krótkoterminowych rozwiązań nie przynosi żadnych korzyści, a jedynie dalsze straty finansowe, obniżenie standardu usług medycznych oraz postępującą dewastację technologiczną w systemie.

Polska służba zdrowia znajduje się obecnie w stanie recesji, charakteryzuje ją chroniczne zadłużenie oraz brak funduszy na sfinansowanie bieżących usług i świadczeń. Niezadowolone społeczeństwo rośnie wprost proporcjonalnie do jego wymagań w zakresie opieki zdrowotnej, stąd też coraz większą konkurencję dla państwowej służby zdrowia stanowią szpitale i przychodnie prywatne, co powoduje dalsze kłopoty finansowe publicznego sektora usług medycznych.

Mimo iż według oficjalnych danych Polska w dziedzinie wdrażania i stosowania nowoczesnych rozwiązań technologicznych na przestrzeni lat odnotowała znaczący postęp, jeżeli porównamy jego przebieg do sytuacji innych państw europejskich nasz kraj prezentuje się w tym względzie bardzo słabo [4].

Większość technologicznych innowacji, najnowszych rozwiązań i sposobów leczenia, zwłaszcza za pomocą stale ulepszanej aparatury medycznej, do Polski dociera zazwyczaj ze znacznym opóźnieniem lub wcale. Nawet, jeśli część z nich pojawi się w naszym kraju charakteryzuje je bardzo ograniczony dostęp, a tym samym znacznie obniżona skuteczność. Nierzadko dochodzi również do paradoksalnych sytuacji, w których nowoczesny sprzęt pozostaje niewykorzystywany z uwagi na brak środków finansowych na jego eksploatację. Cierpią na tym zarówno polscy specjaliści, którzy mimo doskonałych warunków intelektualnych i zdolności mają utrudniony lub też całkowicie unie możliwiony dostęp do rozwoju i pogłębiania wiedzy w zakresie swych specjalizacji, jak i, przede wszystkim, pacjenci. Z całą powagą mianem szczęśliwców można określić tych wśród lekarzy, którzy mieli lub mają możliwość obsługiwania i podwyższania swoich kwalifikacji na światowej klasy sprzęcie, jak i pacjentów diagnozowanych przez tego typu aparaturę.

Analizy ekonomiczne rynku medycznego są na etapie wczesnego rozwoju, stąd też wciąż nie wnoszą wiele do podwyższenia standardu świadczonych usług, jak i rozwiązania wszelkich kłopotów polskiej służby zdrowia. Ponadto, jak już zostało wcześniej wspomniane, niejednokrotnie poprzez niewłaściwe zarządzanie i brak wiedzy fundusze są przetrwaniwane na niepotrzebny sprzęt lub urządzenia, które wykonują kilkanaście procent mocy przerobowej, nie zarabiając nawet na koszty konserwacji i eksploatacji. Dyfuzja nowoczesnego sprzętu bez oceny sektora medycznego w aspekcie socjoekonomicznym może doprowadzić do nieefektywnego rozdysponowania środków, co w konsekwencji przynosi odwrotny skutek w stosunku do zamierzonego

i wpływa negatywnie na proces diagnostyczny pacjentów. Ponadto przedstawiona sytuacja rynku nie sprzyja racjonalnie podejmowanym decyzjom w tym sektorze, ofiarami systemu stają się wszystkie grupy biorące udział w tym procesie, poczynając od lekarzy, przez pacjentów, jak i całe społeczeństwo w definicji zdrowia publicznego.

Należy pamiętać, iż rynek służby zdrowia jest integralnym i jednym z najważniejszych elementów naszej gospodarki, tym samym może przyspieszyć rozwój kraju, jak również go spowolnić, może także wpłynąć na stopę bezrobocia oraz obraz i pozycję naszego państwa na arenie międzynarodowej. Ponadto mimo bardzo korzystnej tendencji zarysowującej się na przestrzeni dziesięciu lat pomiędzy rokiem 2000 a 2010, kiedy liczba absolwentów uczelni medycznych zwiększyła się z 37,7 tys. do 133 tys. rocznie Polska wciąż znajduje się na jednej z najgorszych pozycji wśród krajów Unii Europejskiej w kwestii szacowanej liczby lekarzy przypadających na liczbę pacjentów. OECD informuje, że w naszym kraju na tysiąc pacjentów przypada 2 lekarzy, dla porównania w Grecji jest ich sześciu, zaś w Austrii pięciu [5].

Dlatego też należy rozwiązać problem niedostatku lekarzy poprzez zastosowanie nowoczesnych technologii E-Zdrowia. Bez wątplenia wdrożenie i zastosowanie HIT (Hospital Information Technology – Szpitalna Technologia Informacyjna) wiąże się wydatkiem dużych sum pieniędzy, jednakże jest to wydatek jednorazowy, w przeciwieństwie do korzyści, jakie ze sobą niesie. W dalszej perspektywie efekty wprowadzenia tego systemu wyrównują się, choć zazwyczaj nawet przewyższają poniesione koszty.

Zastosowanie nowych technologii należy do interesów osób rządzących. Aby wysoki poziom innowacyjności mógł zostać osiągnięty konieczna jest aktywna współpraca pomiędzy władzami, środkami masowego przekazu, środowiskami naukowymi oraz dużymi przedsiębiorstwami, ponieważ jest to nic innego jak efekt synergii koordynowany przez szereg specjalistów w wielu dziedzinach: począwszy od lekarzy, poprzez ekonomistów i znawców prawa po socjologów, którzy reprezentują interesy publiczno-prywatne. Proces ten jest wielowymiarowy i wymaga interdyscyplinarnego podejścia do problemu.

Postęp w medycynie obejmuje szereg wieloetapowych, różnokierunkowych działań mających na celu zaspokojenie potrzeb pacjentów.

Niestety, w związku z czynnikami demograficznymi, jest to coraz trudniejsze – system znajduje się obecnie w dobie transformacji generacyjnej i musi zostać przygotowany na przyjęcie większej liczby pacjentów. Zwiększona ilość świadczonych usług musi być połączona z profilaktyką oraz promocją zdrowia.

Do systemu opieki zdrowotnej, szczególnie państwowego, napływa coraz to mniej pieniędzy, natomiast coraz więcej osób ubiega się o najdroższe świadczone usługi, takie jak opieka nad osobami starszymi czy leczenie chorób cywilizacyjnych. W tym samym czasie oczekiwania polskiego społeczeństwa wciąż rosną, co jest związane z wyższą świadomością, jak powinna wyglądać dobrze zorganizowana publiczna służba zdrowia, oraz jak powinien być

traktowany pacjent. Polak z biernego odbiorcy systemu publicznych świadczeń zdrowotnych zaczyna być świadomym płatnikiem, klientem i użytkownikiem. Stan ten jest dużym wyzwaniem dla polskiej służby zdrowia, organizacyjnie będącej niestety nadal krok za oczekiwaniami swoich klientów. Na szczęście szeroka gama innowacji może pomóc niewydolnemu systemowi w dośnięciu oczekiwań w nim pokładanych. Sektor medyczny na przestrzeni ostatnich dwóch dekad potrafił zaadaptować wiele technologii z dziedziny informatyki, czyniąc leczenie, jak i proces zarządzania leczeniem, znacznie skuteczniejszymi.

Dodatковым czynnikiem wspomagającym poprawę zdrowia społecznego jest wzrost zainteresowania ludzi swoim stanem zdrowia a także poprawienie się stanu wiedzy na temat, np. zdrowego odżywiania czy profilaktyki przeciwrakowej. Bogacące się społeczeństwa stać też na rozrywki prozdrowotne, takie jak regularne pływanie czy zajęcia fitness, będące częścią nowoczesnego stylu życia. W tej sytuacji rynek medyczny zareagował zgodnie z ekonomicznymi prawidłami – w sytuacji zwiększonego popytu na usługi medyczne, podaż i jakość oferowanych usług zwiększyła się. Widać to szczególnie na rynku prywatnym, gdzie ekskluzywne ubezpieczenia, jak i ubezpieczenia grupowe zdobywają coraz większy procent rynku.

Dzięki rozwojowi dziedzin pochodnych medycynie, takich jak: inżynieria biomedyczna, biotechnologia, bioinformatyka czy telemedycyna, coraz większą rolę w procesie diagnozy każdego pacjenta ma zaawansowana technologia. Na przykład proces telekonsultacji za pomocą szybkich łączy internetowych bądź zdalna operacja chirurgiczna robotem DaVinci [6] nie miałyby racji bytu gdyby nie osiągnięcia z dziedziny telematyki i rozwój nowoczesnych światłowodów. Dzięki podobnym innowacjom zmniejsza się ilość błędów w sztuce medycznej, zostają obniżone koszty (nie tylko finansowe, ale co najważniejsze, zdrowotne) związane z potencjalnymi reoperacjami oraz zmniejsza się ilość spraw sądowych, w których pacjent ubiega się o odszkodowanie. Tego rodzaju systemy okołomedyczne i telemedyczne mogą w znaczącym stopniu ograniczyć ubytek pieniędzy z budżetu placówki medycznej. Także e-recepty i obsługa pacjentów on-line w znaczący sposób rzutują na płynność obsługi pacjentów. Archiwizowanie cyfrowego materiału skraca znacząco czas formalności związanych z przyjęciem, obsługą i wypisywaniem pacjenta, bez konieczności przetrzymywania papierowych kartotek, zabierających miejsce oraz drogocenny czas pracowników placówek. Dodatkowo w przypadku ponownego przyjęcia pacjenta, cała historia jego choroby znajduje się już w elektronicznych archiwach systemowych, dostępnych z poziomu każdego szpitala włączonego w system.

Spółeczeństwo polskie starzeje się w szybkim tempie, tak jak zresztą społeczeństwa wszystkich naszych zachodnioeuropejskich sąsiadów. Odpowiedzią na to wyzwanie dla sektora usług medycznych może być finalne stadium telemedycyny – Tele Homecare – czyli komunikacja w czasie rzeczywistym pomiędzy pacjentem (najczęściej w miejscu zamieszkania lub w dowol-

nym miejscu dysponującym odpowiednim sprzętem i połączeniem do Internetu, może to być chociażby smartfon) a lekarzem (najczęściej w placówce ochrony zdrowia, ale w przypadkach krytycznych informacje o stanie pacjenta mogą także dotrzeć np. na jego prywatny telefon). Błyskawiczny rozwój tej technologii nie ogranicza się tylko do kontaktu między specjalistą a pacjentem. Wśród potencjalnych możliwości zastosowania można wymienić na przykład domy opieki – inteligentne pudełka na medykamenty, które zostały zaprogramowane, aby kontrolować czy pacjent zażył odpowiednią dawkę lekarstwa w odpowiedniej porze. Zegarki z lokalizatorem w oparciu o technologię GPS dla pacjentów w zaawansowanym stadium choroby Alzheimera czy plastry naskórne, które monitorują parametry fizjologiczne pacjenta czerpiąc energię z ciepłoty ciała przenoszą informacje drogą bezprzewodową do komputera, który w sytuacji zagrożenia życia, przesyła alarmową wiadomość do dyspozytora Pogotowia Ratowniczego.

Należy pamiętać, iż wdrożenie takich rozwiązań technologicznych wiąże się z kosztownym dostosowaniem zaplecza lokalowego – budynków, które nie tylko nie spełniają oczekiwań społecznych, ale i Europejskich wymogów prawnych. Zamontowanie odpowiednich instalacji, przez które dany sprzęt będzie bezpiecznie zasilany, maksymalnie zmniejszone zostanie prawdopodobieństwo skoków napięcia czy braku w dostawie prądu, co może powodować poważne usterki, przy czym jednocześnie generować ogromne koszty związane z naprawą sprzętu.

Podsumowując, aby założenia tego artykułu mogły wejść w życie niezbędne jest:

- rozsądne, odpowiedzialne podejście organów decyzyjnych i finansujących
- odpowiednie zrównoważenie kosztów bieżącej obsługi systemu z kosztami inwestycyjnymi
- desygnowanie instytucji, która przejmie wiodącą rolę we wprowadzaniu innowacji w sektorze publicznych usług medycznych, aby uniknąć nakładania się kompetencji.

Ostatnie lata pokazały, iż polska służba zdrowia nie jest śmiertelnie chora, a jakość świadczonych usług może wzrosnąć nawet w średniej jakości kulturze instytucjonalnej, niemniej, aby dokonać kolejnego skoku będą potrzebne odważne decyzje i myślenie przyszłościowe – początkowe inwestycje w zaadaptowanie nowych technologii do systemu będą bardzo drogie, jednakże na efekty w formie oszczędności nie przyjdzie długo czekać.

PIŚMIENNICTWO

1. www.who.int, World Health Organization, Highlights on health in Poland 2010.
2. Dostęp Polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia – analiza sytuacji i propozycje rozwiązań, Opracowanie przygotowane przez Grupę Roboczą na rzecz Innowacji w Ochronie Zdrowia.
3. Raport Grupy Roboczej na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej 2010, Zwiększanie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce.

4. Świeboda P. (red.), Innowacje w sektorze ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Raport demosEUROPA, Centrum Strategii Europejskiej.
5. Portal edukacyjny Perspektywy, „Boom na studia medyczne”. http://www.perspektywy.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=4161&Itemid=106, Dostęp: 7 sierpnia 2011.
6. The da Vinci robotic system for general, Swiss Med. Weekly, 2006.
7. Bodner J., Augustin F., Wykypiel H., Fish J., Muehlmann G., Wetscher G., Schmid T., The da Vinci robotic system for

general surgical applications: a critical interim appraisal, Swiss Med. Weekly, 2006.

Adres do korespondencji:

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



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu powstało w 1998 roku. Inicjatorami powstania Towarzystwa była grupa entuzjastów nauk o zdrowiu i promocji zdrowia pod kierunkiem 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 PIELEŃNIARSTWA POLSKIEGO

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