

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

Polish Nursing



praktyka kliniczna



badania naukowe



*promocja zdrowia
w pielęgniarstwie*



zarządzanie w pielęgniarstwie



Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Nr 4 (46) 2012

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 hab. Ewa Mojs

Sekretarz Redakcji

Editorial Secretary

dr hab. 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 4(46)

Poznań 2012

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

Korekta:
Ewa Mojs
Alicja Strzelecka-Żyromska

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

Skład komputerowy:
Barbara Guździol

Projekt okładki:
Rafał Staszewski

Zdjęcia na okładce:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski

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

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

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

Ark. wyd. 5,5. Ark. druk. 7,3. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 59/13.

SPIS TREŚCI

Od Redaktora 179

PRACE ORYGINALNE

Magdalena Walczak, Wojciech Manikowski, Ewa Gajewska, Katarzyna Galasińska: Urazy w obrębie stawu kolanowego u sportowców trenujących futbol amerykański 181

PRACE POGLĄDOWE

Justyna Baranowska, Szymon Baranowski, Jakub Kuchta, Złata Liwińska: Stanowisko farmaceutów i studentów farmacji wobec klauzuli sumienia 187

Agnieszka Wojtaszek: NTM – nietrzymanie moczu. Etiologia, diagnostyka, farmakologia 190

Tomasz Wojtaszek: Ewaluacja szkoleń 193

Piotr Stępnik: Ochrona przed mobbingiem w zakładach opieki zdrowotnej – uwagi o instrumentarium prawnym 196

Justyna Kiejda, Maria Wilkiewicz, Anna Potocka, Krystyna Jaracz, Krystyna Górna: Zasady postępowania epidemiologicznego i pielęgniarstwa u pacjentów z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych 203

Krzysztof Gieburowski: Stosowanie praktyk mobbingowych w podmiotach leczniczych z punktu widzenia art. 218 § 1 Kodeksu karnego. Uwagi wybrane 206

Agnieszka Nowogrodzka, Bartosz Piasecki: Zespół ADHD a funkcjonowanie motoryczne 210

PRACE STUDENCKIE

Jolanta Tomczak, Wojciech Strzelecki: Wybrane czynniki osobowościowe jako predyktory kształtowania się zainteresowań i pasji studentów uczelni wyższych 214

VARIA

Informacja o konferencji „Zdrowie rodziny – aspekty medyczne, psychologiczne, społeczne, organizacyjne i prawne” Poznań, 21 czerwca 2013 r. 221

INFORMACJE

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska 227

Informacje o nowym dziale „Prawo w pielęgniarstwie” 229

Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej 230

CONTENTS

<i>Editor's note</i>	180	<i>Agnieszka Nowogrodzka, Bartosz Piasecki: ADHD and motor functions</i>	210
ORIGINAL PAPERS		STUDENT'S PAPERS	
<i>Magdalena Walczak, Wojciech Manikowski, Ewa Gajewska, Katarzyna Galasińska: Injuries of the knee in athletes practicing American football</i>	181	<i>Jolanta Tomczak, Wojciech Strzelecki: Selected personality factors as predictors of shaping the interests and passions of tertiary education students</i>	214
REVIEW PAPERS		VARIA	
<i>Justyna Baranowska, Szymon Baranowski, Jakub Kuchta, Złata Liwińska: The stance of pharmacist and pharmacy students to the conscience clause</i>	187	The information about the Conference „Family Health – medical, psychological, social, organisational and legal aspects” Poznań, 21 czerwca 2013 r.	221
<i>Agnieszka Wojtaszek: UI – urinary incontinence. Etiology, diagnostics, pharmacology</i>	190	INFORMATION	
<i>Tomasz Wojtaszek: Employee training evaluation</i>	193	Polish Society of Health Sciences. Member's declaration	227
<i>Piotr Stępnik: Protection against mobbing in public health institutions – remarks on judicial procedures</i> ..	196	The information about the new chapter “The law in nursing”	229
<i>Justyna Kiejda, Maria Wilkiewicz, Anna Potocka, Krystyna Jaracz, Krystyna Górna: Epidemiologic rules and nursing management of patients with meningitis</i>	203	Postgraduate Course ”The management in Health Care” – information	230
<i>Krzysztof Gieburowski: Incidence of mobbing practices in healthcare institutions in terms of art. 218 § 1 of the Criminal Law. Selected notes</i>	206		

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

W bieżącym numerze kontynuujemy prezentację prac niezwykle ważnego tematu – mobbingu. Z licznych rozmów z Czytelnikami wiemy, iż temat ten poruszany jest w rozmowach zarówno prywatnych, jak i służbowych. Zatem polecamy artykuły: Krzysztofa Gieburowskiego „Stosowanie praktyk mobbingowych w podmiotach leczniczych z punktu widzenia art. 218 § 1 Kodeksu karnego. Uwagi wybrane” oraz Piotra Stępniaaka „Ochrona przed mobbingiem w zakładach opieki zdrowotnej – uwagi o instrumentarium prawnym”.

Polecamy także artykuły kliniczne dotyczące opieki pielęgniarskiej: Justyny Kiejdy, Marii Wilkiewicz, Anny Potockiej, Krystyny Jaracz, Krystyny Górnej „Zasady postępowania epidemiologicznego i pielęgniarskiego u pacjentów z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych”. Zapewne jego lektura wzbudzi szereg przemyśleń w odniesieniu do własnej pracy i postępowania epidemiologicznego.

Ciekawą lekturą z pewnością będzie artykuł pogładowy: Magdaleny Walczak, Wojciecha Manikowskiego, Ewy Gajewskiej, Katarzyny Galasińskiej „Urazy w obrębie stawu kolanowego u sportowców trenujących futbol amerykański”.

Nasi Czytelnicy aktywnie uczestniczą w kursach specjalizacyjnych, szkoleniach podyplomowych i 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 przedstawianie konferencji organizowanych przez Uniwersytet Medyczny, tym razem z zakresu zdrowia dzieci i młodzieży.

W załączniku informacje o Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu i jego aktywności konferencyjno-szkoleniowej.

Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją, a także korzystania z konsultacji prawnych.

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

*Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny*

Editor's note

Dear Readers,

In the present issue of our journal we are continuing to present papers on mobbing which is an important problem indeed. We learned from our readers that the phenomenon of workplace mobbing has become a frequent topic of both private and official conversations so we recommend two articles. The first one entitled "A few reflections on mobbing practices in health care entities according to article 218. § 1. of the Penal Code" was authored by Krzysztof Gieburowski while the second one was written by Piotr Stepniak and is entitled "Legal protection against mobbing. Selected remarks on the legal instrument".

We also would like to endorse clinical articles on nursing care such as "Principles of epidemiological management and nursing of patients with meningitis" by Justyna Kiejda, Maria Wilkiewicz, Anna Potocka, Krystyna Jaracz and Krystyna Górna. We are positive that this article will create an opportunity for reflection about your own work and epidemiological management of the institution you are employed with. We believe you will find it interesting to read a review article by Magdalena Walczak, Wojciech Manikowski, Ewa Gajewska and Katarzyna Galasińska on knee joint traumas in American football players.

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 reports from conferences organized by Poznan University of Medical Sciences has become a tradition of our journal.

This time we are presenting you with the report from a conference on children and youth health. In the attachment please find information about Polish Society of Health Sciences, its conferences and trainings.

We encourage our readers to send us papers, to stay in touch with the Editorial Committee and to take advantage of our legal consultations.

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

*Maria Danuta Glowacka, PhD
Editor in Chief*

URAZY W OBRĘBIE STAWU KOLANOWEGO U SPORTOWCÓW TRENUJĄCYCH FUTBOL AMERYKAŃSKI

INJURIES OF THE KNEE IN ATHLETES PRACTICING AMERICAN FOOTBALL

MAGDALENA WALCZAK, WOJCIECH MANIKOWSKI, EWA GAJEWSKA, KATARZYNA GALASIŃSKA

Katedra i Zakład Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

Streszczenie

Każdej aktywności sportowej towarzyszą urazy, a w szczególności kontuzje stawu kolanowego, najbardziej skomplikowanej struktury układu ruchu człowieka, składającej się z kości udowej, piszczelowej, rzepki, z dużą ilością otaczających i działających na niego tkanek miękkich, których celem jest stabilizacja, a zarazem możliwość zachowania jak największej ruchomości.

Celem pracy było poznanie specyfiki usprawniania po urazach kolana u futbolistów amerykańskich oraz ocena jego skuteczności, poznanie najczęstszych kontuzji kolana i okoliczności w jakich powstają. Chciano sprawdzić czy pozycja gracza ma związek z rodzajem doznanego urazu.

Material i metoda. W badaniu wzięło udział 15 zawodników grających w zespołach polskiej Ligi Futbolu Amerykańskiego, którzy wypełnili ankietę, zawierającą pytania formularza IKDC 2000.

Wyniki. Na podstawie analizy materiału wykazano, że najczęstszym urazem kolana jakiego doznają zawodnicy jest uszkodzenie ACL-a, do którego dochodzi równie często podczas treningu, co meczu. Zauważono, że proces usprawniania często nie jest do końca skuteczny.

Słowa kluczowe: fizjoterapia, uszkodzenie kolana, futbol amerykański.

Summary

Each companion sport injuries, especially knee injuries, the most complex structure of human musculoskeletal system, consisting of the femur, tibia, patella, with a large number of surrounding and acting on the soft tissues, the aim is to stabilize, and also able to retain the highest mobility.

The aim of this study was to know the specifics of rehabilitation after knee injuries in American football players and evaluation of its effectiveness, knowledge of the most common knee injury and the circumstances in which they arise. They wanted to see whether the item the player has to do with the type of injury sustained

Material and method. The study included 15 players who play in teams Polish American Football League, who completed a questionnaire containing questions IKDC form 2000.

Results. On the basis of the analysis showed that the most common knee injury is what athletes suffer ACL injury and which occurs as often in training every match. It is noted that the process of rehabilitation often is not fully effective.

Key words: physiotherapy, knee injury, american football.

Wstęp

Sport od zawsze fascynował ludzi i im towarzyszył, nowożytnie igrzyska przyciągają tysiące widzów na całym świecie i całą masę sportowców spragnionych bicia światowych rekordów [1]. Również ludzie, na co dzień nie związani ze światem sportu, zafascynowani sukcesami swoich idoli i nakłaniani zewsząd do aktywności ruchowej sięgają po sport. Kwestią mody wydają się dyscypliny po jakie sięgają a ich popularność zależy od sukcesów jakie odnoszą polscy sportowcy.

Poprzez fascynację w Polsce narodził się futbol amerykański, kiedy to w 1999 roku grupa fanów tego sportu zaczęła spotykać się i grać. Początkowa gra bez sprzętu i w małym gronie przerodziła się w regularne spotkania, powstawały kluby, czego efektem jest powołana Polska Liga Futbolu Amerykańskiego (PLFA), która rozrasta się coraz bardziej [2].

Każdej aktywności sportowej towarzyszą urazy a w szczególności kontuzje stawu kolanowego, najbardziej skomplikowanej struktury układu ruchu człowieka. Bardzo skomplikowana budowa i mechanika stawu kolanowego sprawia, że jest on bardzo podatny na uszkodzenia, którym ulegają jego delikatne struktury, takie jak: więzadła, najczęściej ACL, łąkotki, torebka stawowa, rzadziej dochodzi do złamań tej okolicy.

Do diagnozowania uszkodzeń specjaliści mają do dyspozycji szereg metod, z których najważniejszym, dającym najwięcej informacji jest wywiad, dalej w celach diagnostycznych wykonuje się: badanie przedmiotowe, ocenia się chód oraz bada się stabilność stawu. Dodatkowo wykonuje się badania obrazowe [3, 4, 5].

Do leczenia wykorzystuje się coraz to nowsze metody operacyjne, których celem jest zminimalizowanie ubytków ruchowych pacjenta. Wykonuje się zespolenia złamań, rekonstruuje się zerwane więzadła, zszywa lub

usuwa uszkodzone fragmenty łąkotec [6, 7]. Rozwojowi ulega również proces usprawniania, dzięki kompleksowemu działaniu w którego skład wchodzi: rehabilitacja przedoperacyjna, odpowiednio dobrane zabiegi fizykoterapeutyczne i ćwiczenia nastawione głównie na poprawę propriocepcji, zwiększenie siły mięśniowej i zakresu ruchu, możliwy jest całkowity powrót do stanu sprzed urazu, który tak ważny jest dla sportowców [3, 8, 9, 10]. Powrót do sportu zależny jest od tego do jakiego stopnia została przywrócona ruchomość, stabilność w stawie oraz w jakim stopniu została odbudowana siła mięśniowa.

Powrót pacjenta po urazie do czynnego treningu, wykonywania charakterystycznych dla tej dyscypliny ruchów oraz ćwiczeń musi odbywać się bez objawów bólowych oraz bez obrzęków ze strony stawu kolanowego. Ważne jest stopniowe wprowadzanie charakterystycznych dla danej dyscypliny ćwiczeń, których wykonanie musi odbywać się przy prawidłowej mechanice [7, 11]. Jednak najważniejszym kryterium, jakie zawodnik musi spełnić by wrócić do sportu, jest odzyskanie propriocepcji oraz kontroli nerwowo-mięśniowej, gdyż to one w największym stopniu zapewniają dynamiczną stabilizację stawu [10].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie najczęstszych urazów w obrębie stawu kolanowego u futbolistów amerykańskich trenujących w klubach należących do PLFA.

Material i metoda badań

Badania zostały przeprowadzone od stycznia do lutego 2012 roku w grupie zawodników trenujących futbol amerykański w klubach należących do PLFA. Przebadanych zostało 15 mężczyzn w wieku od 19 do 30 lat. Średnia wieku wynosiła 24,5 roku. Wzrost badanych wynosił od 168 cm do 204 cm (średnia to 186,7 cm). Najlżejszy zawodnik ważył 80 kg, a najcięższy 152 kg (średnia 105,6 kg). Czas czynnego uprawiania sportu przez zawodników wynosił od 2 do 20 lat (średnia 11 lat), przy czym futbol amerykański badani uprawiali od 6 miesięcy do 7 lat (średnia 3,7 roku). Z przebadanych zawodników pięcioro grało na pozycji lewy lub prawy guard, dwoje jako linebacker. Na pozycjach: lewy lub prawy tackle, tight end, rozgrywający, running back, skrzydłowy, cornerback, defensive tackle, defensive end, grało po jednym przebadanym zawodniku.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który składał się z trzech części. Część pierwsza dotyczyła danych demograficznych. Część druga dotyczyła informacji o urazie. Część trzecia dotyczyła powrotu do sportu i zawierała 15 pytań, wykorzystano formularz subiektywnej oceny kolana IKDC 2000. Formularz ocenia funkcję stawu kolanowego poprzez przyporządkowanie odpowiedziom wartości punktowych. Zerowa wartość punktowa przyporządkowana jest najniższemu

poziomowi aktywności lub najwyższemu poziomowi dolegliwości ze strony stawu kolanowego. Przedziały punktowe odpowiadają ocenie funkcji kolana: niedostateczny – < 50, dostateczny – 50-75, dobry – 76-89, bardzo dobry – 90-100.

Wyniki

Badania zostały przeprowadzone na grupie 15 zawodników trenujących futbol amerykański w Polsce, którzy w różnym czasie doznali urazu stawu kolanowego. Czworo zawodników doznało kontuzji około rok temu, po trzech zawodników dwa, trzy i cztery lata temu, a u dwojga uraz miał miejsce ponad cztery lata temu. Najczęściej do urazów dochodziło podczas treningu drużyny (n = 6) lub meczu (n = 6), natomiast w wyniku własnego treningu kontuzjowanych było dwoje zawodników. W przypadku jednego urazu nastąpił podczas czynności zawodowych.

W pytaniu dotyczącym objawów jakie towarzyszyły doznanemu urazowi, zawodnicy mogli podać więcej niż jeden i tak wszyscy zaznaczyli ból, obrzęk wystąpił w 13 sytuacjach, ocieplenie kończyny zauważyło 7 osób, u 4 wystąpił siniak lub krwiak, trzask podczas incydentu usłyszało 6 graczy a u jednego wystąpiło niewłaściwe ustawienie kończyny.

U większości zawodników rozpoznanie postawiono w ten sam dzień, w dwóch sytuacjach nastąpiło to w ciągu jednego tygodnia, u trzech miało to miejsce po dwóch tygodniach a w jednym przypadku diagnozę postawiono po ponad miesiącu. Równie często w celach diagnostycznych wykonano zdjęcie rentgenowskie (RTG), co ultrasonografię (USG), rzadziej wykonywano rezonans, a tylko w dwóch przypadkach diagnostyczną artroskopię. Żaden zawodnik nie zaznaczył odpowiedzi dotyczącej przeprowadzonych testów klinicznych. Najczęściej uszkodzeniom ulegało więzadło krzyżowe przednie (ACL) n = 9, łąkotki: boczna n = 5 i przyśrodkowa n = 6. Urazom ACL najczęściej towarzyszyło uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej, które wystąpiło sześć razy, tylko dwóm urazom więzadła krzyżowego przedniego towarzyszyło uszkodzenie łąkotki bocznej, PCL towarzyszyło jednemu urazowi ACL, tak samo MCL.

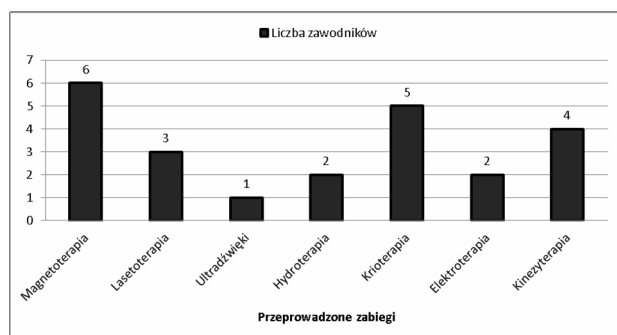
Zauważono, że u zawodników z tej samej pozycji występują podobne urazy (Tabela 1). U LG/RG występują urazy ACL oraz uszkodzenia łąkotec. Każdy zawodnik doznał kontuzji więzadła krzyżowego przedniego, troje łąkotki przyśrodkowej, jeden bocznej. W jednej sytuacji wystąpił izolowany uraz ACL. Uszkodzenia ACL i łąkotki przyśrodkowej doznał zawodnik grający na pozycji Tight End (TE), natomiast urazy obydwóch więzadeł krzyżowych i skręcenie pierwszego stopnia wystąpiło u grającego na pozycji: lewy lub prawy tackle (LT/RT). U linebackerów, z kolei uszkodzeniu uległo więzadło poboczne strzałkowe, doszło do zwichnięcia rzepki oraz uszkodzenia torebki stawowej. U jednego zawodnika poza tymi urazami uszkodzeniu uległa łąkotka boczna.

Tabela 1. Rozkład uszkodzeń elementów stawu kolanowego z udziałem pozycji graczy
Table 1. Distribution of the knee joint damage elements with position players

Uszkodzone struktury	Pozycje graczy									
	LG/RG	LT/RT	TE	DT	RB	QB	DE	CB	LB	WR
Łąkotka boczna	+				+	+		+	+	
Łąkotka przyśrodkowa	+		+		+					+
Skręcenie I°		+		+						
Skręcenie II°										
Skręcenie III°										+
Skręcenie IV°										
ACL	+	+	+		+					+
PCL		+								
MCL										+
LCL									+	
Zwichnięcie rzepki									+	
Złamanie rzepki						+	+			
Uszkodzenie torebki						+			+	

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

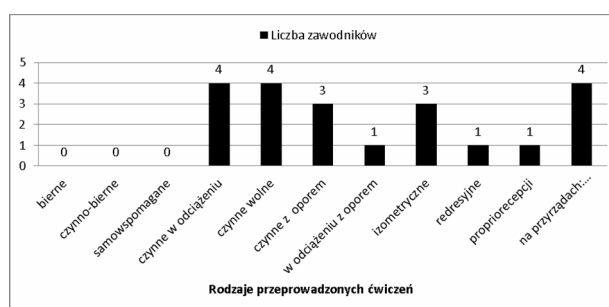
Leczenie operacyjne zostało zastosowane u jedenastu zawodników, unieruchomioną kończynę w orcie miało ośmioro, a w gipsie – siedmioro zawodników. Podczas zastosowanego unieruchomienia nie prowadzone było żadne postępowanie usprawniające, natomiast po jego zdjęciu u pięciorga respondentów trwało ono dwa tygodnie, u dwóch cztery tygodnie. Ośmioro zawodników nie miało zaleconej rehabilitacji. Badając rodzaj zabiegów fizykalnych (Rycina 1) oraz rodzaje ćwiczeń (Rycina 2), jakie zostały przeprowadzone u futbolistów wykazano, że najczęściej zlecanym zabiegiem była magnetoterapia oraz krioterapia. Z zakresu kinezyterapii również często zlecane były ćwiczenia w odciążeniu, czynne wolne oraz ćwiczenia na przyrządach.



Rycina 1. Zabiegi z zakresu fizyoterapii wykonane u zawodników.

Figure 1. Treatments of physiotherapy performed in athletes.

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

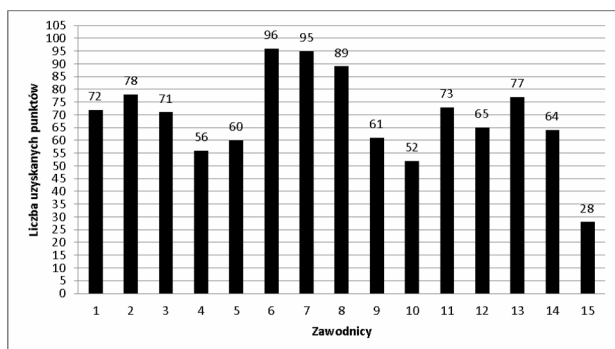


Rycina 2. Rodzaje ćwiczeń przeprowadzonych u zawodników.
Figure 2. The types of exercises performed in athletes.

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

U jedenaścioro zawodników zastosowano leczenie operacyjne, które u 9 osób polegało na rekonstrukcji więzadeł. Z podobną częstotliwością wykonywano zszywanie łąkotki. Inne elementy operowane były stosunkowo rzadko. Zabiegi wykonane były dość szybko. Troje zawodników miało je wykonane w ciągu miesiąca od urazu, u pięciorga do pół roku od urazu, w trzech sytuacjach operacja miała miejsce ponad rok od urazu. Podobnie jak w przypadku rehabilitacji podczas unieruchomienia kończyny, przed zabiegiem operacyjnym rehabilitacja nie była prowadzona. Podczas rehabilitacji pooperacyjnych u wszystkich pacjentów zastosowano krioterapię i kinezyterapię, magnetoterapia zastosowana była u sześciorga zawodników a czas jej trwania najczęściej wynosił dwa tygodnie. Z kinezyterapii najczęściej wykonywane były ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz na przyrządach,

podobnie ćwiczenia czynne wolne. Po zakończonym procesie usprawniania do uprawiania sportu powróciło dwanaścioro zawodników. Średni czas powrotu wyniósł 6,6 miesiąca. Natomiast średni czas powrotu do sportu zawodników, u których doszło do uszkodzenia ACL, wyniósł 8,5 miesiąca. Spośród zawodników, którzy ponownie rozpoczęli treningi dziesięcioro odczuwało dolegliwości ze strony stawu kolanowego, a tylko dwoje graczy nie uskarżyło się na dyskomfort. Każdy zawodnik wypełnił formularz subiektywnej oceny kolana IKDC 2000. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej. Najniższą wartością punktową, jaka została uzyskana było 28 punktów, a największą było 96. Rozkład punktów przedstawia rycina 3. Średnia arytmetyczna wyniosła 69,163, mediana 71, odchylenie standardowe 17,533 (Tabela 2). Relatywnie wysoka i dodatnia wartość kurtozy wskazywać może na występowanie rozkładu leptokurtycznego. Innymi słowy pojawić mogą się obserwacje, które położone są „daleko” od średniej, choć większość obserwacji będzie bardziej skoncentrowana wokół wartości średniej, niż w przypadku rozkładu normalnego.



Rycina 3. Wyniki skali IKDC 2000 uzyskane przez poszczególnych zawodników.

Figure 3. IKDC 2000 results achieved by individual players.

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

Tabela 2. Wyniki analizy statystycznej IKDC 2000 w badanej grupie

Table 2. The results of the statistical analysis of IKDC 2000 in the study group

Statystyka	Wartość
maksimum	96
minimum	28
średnia arytmetyczna	69,163
mediana	71
odchylenie standardowe	17,533
skośność	-0,447
kurtosa	3,341

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

W celu sprawdzenia czy rozkład wyników skali można aproksymować rozkładem normalnym, otrzymane wyniki poddano testom Cramera-von Misesa, Watsona, Andersona-Darlinga oraz Jarque'a-Barry, których wyniki wskazują,

że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o rozkładzie normalnym badanej cechy (Tabela 3).

Tabela 3. Wyniki testów

Table 3. The results of the tests

Test	Wartość testu	Prawdopodobieństwo empiryczne
Cramer-von Mises	0,033	0,783
Watson	0,032	0,759
Anderson-Darling	0,266	0,639
Jarque-Bera	0,572	0,751

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

Dyskusja

Celem niniejszej pracy było poznanie specyfiki urazów stawu kolanowego oraz okoliczności ich powstania u futbolistów amerykańskich. Sprawdzenie czy podejmowana po urazie rehabilitacja jest charakterystyczna dla tego typu sportu i czy podjęte usprawnianie jest skuteczne i zawodnicy mogą bez dolegliwości powrócić do treningów. Opisywana w tej pracy dyscyplina jest w Polsce bardzo młoda i nieznaną, a co za tym idzie niedofinansowana. Zawodnicy, po kontuzjach, leczeni są takim samym torem jak zwykli nie trenujący żadnego sportu pacjenci, na co wskazały wyniki tej pracy. Bardzo mała popularność tego sportu powoduje, że jest on nie znany zarówno kibicom, lekarzom, jak i fizjoterapeutom. Nadmienić również należy, iż Polska Liga Futbolu Amerykańskiego (PLFA) nie jest ligą profesjonalną co sprawia, że w przeciwieństwie do National Football League (NFL) nie posiada specjalnego funduszu przeznaczanego na leczenie urazów i późniejszą ich rehabilitację, a zawodnicy sami muszą pokrywać koszty leczenia. Spośród 15 zawodników, którzy brali udział w badaniach, do sportu powróciło 12 (80%), a średni czas powrotu wyniósł 6,6 miesiąca. Natomiast spośród 9 zawodników, u których wystąpił uraz ACL do sportu wróciło 6 (66%), średni czas powrotu wyniósł w tym przypadku 8,5 miesiąca.

Wyniki te częściowo pokrywają się z wynikami opublikowanymi w 2010 roku przez Vishal [12], z których wynika, że średni czas powrotu, po zabiegu rekonstrukcji ACL, do gry wynosi 10,8 miesiąca. Z grupy badawczej, która liczyła 49 zawodników NFL do sportu powróciło 31 zawodników, co stanowi 63% [12]. Różnice w czasie powrotu mogą być spowodowane brakiem środków przeznaczonych na finansowanie leczenia zawodnika w Polsce, nie wystarczającej ilości czasu jaki może zawodnik przeznaczyć na usprawnianie oraz brakiem dostępu do profesjonalnej rehabilitacji. Każdy gracz pragnący powrócić do sportu robi to w sposób mu dostępny i często proces usprawniania trwa za krótko, a powrót do gry, nie jest kontrolowany ani przez lekarza sportowego, ani fizjoterapeutę i zazwyczaj to zawodnik

decyduje o powrocie do treningów i robi to za wcześnie. Najczęściej występującym urazem u polskich zawodników było uszkodzenie ACL, wystąpiło w 9 przypadkach, kolejno urazom ulegały łąkotki przyśrodkowe $n = 6$ razy, a boczne $n = 5$. Interwencji chirurgicznej wymagało 1 MCL i 1 PCL. Urazom więzadła krzyżowego przedniego najczęściej towarzyszyły urazy łąkotek przyśrodkowych (6 przypadków – 66%), łąkotki boczne towarzyszyły tylko 2 uszkodzeniom ACL (22%), uszkodzenia MCL i PCL wystąpiły po razie (11%). Natomiast według badań amerykańskich, uszkodzeniom ACL towarzyszą najczęściej urazy łąkotek bocznych [12]. Uraz stawu kolanowego miał miejsce równie często podczas meczu co podczas treningu drużyny, natomiast wśród zawodników judo, których kolana są stabilne więcej urazów ma miejsce podczas walki sportowej na zawodach (21 urazów) niż na treningach (14 urazów), co może wskazywać na podobny poziom jaki występuje na treningach PLFA jak na meczach [16].

Kolejnym celem pracy było sprawdzenie czy usprawnianie, po urazach kolana, u futbolistów jest specyficzne dla uprawianego przez nich sportu. W związku z małą popularnością tej dyscypliny w Polsce i małym dostępem do źródeł zagranicznych nie znaleziono badań nawiązujących do usprawniania futbolistów amerykańskich. Jednak można posłużyć się badaniami przeprowadzonymi na grupie piłkarzy nożnych klubów polskich i hiszpańskich. W badaniach przeprowadzonych w 2006 roku wskazano, że okolicą która najczęściej ulega urazom to stawy kolanowe bo aż w 33%. W polskich drużynach piłkarskich najczęściej przeprowadzanymi zabiegami fizykoterapeutycznymi były: krioterapia, magnetoterapia i laseroterapia, w zespołach hiszpańskich było inaczej, najpopularniejszymi zabiegami były: terapię puls, diatermia krótkofalowa, ultradźwięki i elektroterapia [13]. W przypadku zawodników PLFA częstość zabiegów przeprowadzonych, po zabiegach operacyjnych, wyglądała następująco: krioterapia zalecona była 11 zawodnikom, magnetoterapia – 8, laseroterapia – 6 graczy, a więc częstość zlecanych zabiegów jest taka sama jak wśród polskich klubów piłkarskich. Podobnie sytuacja wygląda podczas wczesnej rehabilitacji prowadzonej na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Rehabilitacji w Dąbrowie Tarnowskiej. Według badań opublikowanych przez Daniela Chrzana, u pacjentów po operacji ACL najczęściej wykonywanym zabiegiem fizykoterapeutycznym była magnetoterapia, laseroterapia i okłady z lodu [14]. Sytuacja ta świadczyć może o skłonności do zlecenia tych zabiegów przez polskich specjalistów. Wśród kinezyterapii najczęściej, w usprawnianiu futbolistów amerykańskich, zlecano ćwiczenia czynne w odciążeniu (11 zleceń), ćwiczenia na przyrządach (10 zleceń), dalej ćwiczenia czynne wolne zlecano były 9 pacjentom, w odciążeniu z oporem 7 przypadków oraz ćwiczenia czynne z oporem miało zalecone 6 graczy. Inaczej wczesne usprawnianie wyglądało na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Rehabilitacji, gdzie najczęściej wykonywano ćwiczenia izometryczne, dalej kolejno: ćwiczenia

w odciążeniu, czynne wolne, na przyrządach [14]. Również inny program usprawniania stosowany jest w Carolina Medical Center w Warszawie [15]. Programy usprawniania po urazach ACL i PCL zakładają etap rehabilitacji przedoperacyjnej, którego nie było u żadnego z zawodników futbolu amerykańskiego. Podczas usprawniania, po zabiegu operacyjnym, programy te uwzględniają między innymi: masaż limfatyczny, elewację kończyny, stretching, mobilizację rzepek i blizny pooperacyjnej oraz ćwiczenia propriocepcji. Poza ćwiczeniami czucia głębokiego które zostały przeprowadzone u jednego zawodnika, powyższych elementów usprawniania nie odnotowano podczas usprawniania graczy z PLFA.

Po analizie powyższych danych nie można stwierdzić, że usprawnianie zawodników Polskiej Ligi Futbolu Amerykańskiego jest specyficzne dla tego rodzaju sportu, gdyż typy zabiegów fizykoterapeutycznych pokrywają się z zabiegami przeprowadzonymi w polskich klubach piłki nożnej, a zabiegi kinezyterapeutyczne nie zawierają istotnych elementów usprawniania, po urazach kolana, opisywanych w najnowszych schematach usprawniania.

Efektywność usprawniania zawodników PLFA również nie sugeruje, iż przeprowadzone usprawnianie jest charakterystyczne dla tego sportu. Ocena stabilności kolana przeprowadzona za pomocą formularza IKDC wykazała, że 9 na 15 zawodników (60%) ocenia swoje kolano jako dostatecznie sprawne. Bardzo dobrze i dobrze oceniło je 33% respondentów. Uzyskano 1 ocenę niedostateczną (6,6%) w porównaniu z wynikami formularza IKDC przeprowadzonymi przez Marka Jędryśka [16] wśród 91 pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu Zdroju. Ocenę bardzo dobrą i dobrą uzyskało łącznie 86,6 pacjentów, dostatecznie oceniono 11% stawów kolanowych a niedostatecznie tylko 2,2% [17]. Rozbieżność tych wyników może wskazywać na niedostatecznie przeprowadzone usprawnianie u zawodników uprawiających futbol amerykański, również fakt, iż 12 graczy (80%) odczuwało ból podczas gry lub innych czynności dnia codziennego, 8 (53,3%) odczuwało niestabilności kolana, a 5 (33,3%) zgłaszało obrzęk okolicy stawu sugeruje niezbyt skuteczne usprawnianie.

W pracy szukano również zależności pomiędzy typem urazu a pozycją graczy. Można zauważyć pewną zależność, mianowicie zawodnicy grający na pozycjach linii ofensywnej czyli 7 graczy: LT, RT, LG, RG i TE doznało urazów ACL, 3 (42%) z nich dodatkowo doznało uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej a 1 – bocznej. Jeden zawodnik linii ofensywnej dodatkowo uszkodził PCL. Może być to spowodowane faktem, iż zawodnicy grający na tych pozycjach cechują się dużą wagą, która może powodować dodatkowe obciążenia stawów. Również fakt, iż najwięcej ankiet wypełnili właśnie Ci zawodnicy może wskazywać na to, że to właśnie na tych pozycjach dochodzi najczęściej do urazów kolan. Urazy powtórzyły się również u 2 zawodników grających na pozycji LB. U obojga (100%) wystąpił uraz LCL, zwłknięcie rzepek oraz uszkodzenie torebki stawowej, u jednego gracza dodatkowo doszło do kontuzji łąkotki bocznej. Jednak w związku z brakiem danych dotyczących

rozkładu urazów i ich powtarzania się na innych pozycjach futbolu amerykańskiego, spowodowanym małą ilością zgromadzonych ankiet oraz w związku z brakiem informacji na temat rozkładu urazów wśród zawodników NFL nie można jednoznacznie stwierdzić czy pozycja gracza i jej specyfika ma wpływ na rodzaj doznanego urazu oraz a jacy zawodnicy najczęściej doznają kontuzji. W tym celu należałoby przeprowadzić rozleglejsze badania w PLFA.

Wnioski

1. Usprawnianie jakie zostało przeprowadzone u zawodników PLFA nie było dostatecznie skuteczne oraz jego specyfika nie jest typowa dla tego sportu, gdyż zastosowane metody rehabilitacji obecne były w schematach usprawniania również w innych dyscyplinach oraz cechowały się zbyt rutynowym podejściem.

2. Najczęstszym urazem jakiego doznawali zawodnicy trenujący w drużynach PLFA było uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego.

3. Do urazów w obrębie stawu kolanowego dochodziło równie często podczas treningów co podczas meczów.

4. Nie można stwierdzić czy istnieje zależność pomiędzy urazem jakiego doznał gracz a pozycją na jakiej gra.

PIŚMIENNICTWO

1. Dziak A., Urazy i uszkodzenia sportowe, *Acta Clin.* 2001, 1(2), 105-111.
2. <http://www.pzfa.pl/> Futbol amerykański
3. Górecki A., Uszkodzenia stawu kolanowego, PZWL, Warszawa 2002.
4. Greene W.B., *Ortopedia Nettera*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
5. Zdunek P. i wsp., Testy diagnostyczne stawu kolanowego. *Rehab. Prakt.*, 2010, 3, 11-18.

6. Gaździk T.Sz. (red.), *Ortopedia i traumatologia t. I*, PZWL, Warszawa 2008.
7. McMahon P.J. (red.), *Medycyna sportowa współczesne metody diagnostyki i leczenia*. PZWL, Warszawa 2009.
8. Brent Brotzman S., Wilk K.E., *Rehabilitacja Ortopedyczna t. II*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
9. Rosławski A., Skolimowski T., *Technika wykonywania ćwiczeń leczniczych*, PZWL, Warszawa 2009.
10. Stolarczyk A. i wsp., Propriocepcja w aspekcie medycyny sportowej, *Med. Sport.*, 2000, 6, 107, 23-26.
11. Marciniak W., Szulc A. (red.), *Wiktora Degi Ortopedia i rehabilitacja t. I*, PZWL, Warszawa 2004.
12. Shah Vishal M. et al., Return to play after anterior cruciate ligament reconstruction in national football league athletes. *Am. J. Sports Med.*, 2010, 38, 2233-2239.
13. Hadała M. i wsp., Urazowość wśród piłkarzy oraz metody pracy zespołu medycznego w wybranych klubach piłkarskich Polski i Hiszpanii, *Med. Sport.*, 2006, 5(6), 22, 272-276.
14. Chrzan D., Ocena efektów wczesnego postępowania rehabilitacyjnego po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego, *Rehab. Prakt.*, 2010, 4, 34-37.
15. Milewska M., Mańka J., Propozycja programu usprawniania po rekonstrukcji więzadła krzyżowego tylnego stawu kolanowego z użyciem autoprzeszczepu ze ścięgna mięśnia prostego uda. *Acta Clin.*, 2001, 1(2), 1-172.
16. Rukasz W. i wsp., Przyczyny uszkodzeń więzadła krzyżowego przedniego u zawodników judo. *Med. Sport. Pract.*, 2006, 7(4), 62-65.
17. Jędrysik M. i wsp., Rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego z użyciem pasma centralnego więzadła rzepki, *Acta Clin.*, 2002, 2(1), 26-32.

Adres do korespondencji:

Zakład Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147
61-545 Poznań
wojtekmankowski@gmail.com

STANOWISKO FARMACEUTÓW I STUDENTÓW FARMACJI WOBEC KLAUZULI SUMIENIA

THE STANCE OF PHARMACIST AND PHARMACY STUDENTS TO THE CONSCIENCE CLAUSE

JUSTYNA BARANOWSKA, SZYMON BARANOWSKI, JAKUB KUCHTA, ZŁATA LIWIŃSKA

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

Podjęcie działań w celu prawnego usankcjonowania klauzuli sumienia dla farmaceutów budzi wiele kontrowersji. Zwolennicy i przeciwnicy zaproponowanej zmiany prowadzą żywą dyskusję ukazując wady i zalety w sprawie sprzeciwu sumienia. Inicjatorzy powołują się na prawo do wolności sumienia i postępowania zgodnie z nim natomiast oponenti podnoszą kwestię naruszenia praw pacjenta.

W niniejszym artykule zamieszczone zostały podstawowe zapisy prawne, na które powołują się obie strony. Nie są one poddawane żadnej ocenie, stanowią tylko przykład argumentów przytoczanych przez zwolenników danego stanowiska.

Celem artykułu jest przedstawienie ogólnej znajomości tematu dotyczącej klauzuli sumienia przez farmaceutów i studentów farmacji w Poznaniu. Ponadto zostały pokazane wyniki ankiety przeprowadzonej na powyższej grupie, obejmującej pytania z zakresu nastawienia do klauzuli sumienia oraz ewentualnego wykorzystania przepisów pozwalających na odmowę sprzedaży środków farmaceutycznych.

Słowa kluczowe: klauzula sumienia, farmaceuta, apteka, anty-koncepcja.

Rok 2012 stał się rokiem walki o klauzulę sumienia dla aptekarzy. Klauzula sumienia [1] jest „legalną odmową wykonania obowiązku nałożonego przez prawo stanowione, który to stoi w wyraźnej sprzeczności z moralnymi lub religijnymi przekonaniami danej osoby”. Inicjatywa przyznania prawa farmaceutom do odmowy sprzedaży niektórych środków medycznych została wywołana rezolucją Rady Europy z dnia 7 października 2010 roku. Rezolucja pt. „Prawo do klauzuli sumienia w ramach legalnej opieki medycznej” wzywa do respektowania prawa pracowników medycznych do klauzuli sumienia. W Polsce z tego prawa korzystają lekarze, natomiast do dnia dzisiejszego odmawia się go farmaceutom. Inicjatorem wprowadzenia klauzuli sumienia dla farmaceutów było Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich w Gdańsku. Sygnalizowanym przez Stowarzyszenie problemem jest konflikt sumienia występujący u farmaceutów w sytuacji sprzedaży środków farmaceutycznych, które niszczą ludzkie życie i ludzką płodność.

Inicjatorzy akcji odwołując się do art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej, domagają się podobnego zapisu dla farmaceutów. Artykuł 7 KEL stanowi, że „w szczególnie uzasadnio-

Summary

Almost all legislative attempts to establish a functioning conscience clause law for pharmacists bears heat and controversy. Both proponents, and the opponents argue lively presenting their cases for or against legislating conscientious objections in delivering medical services.

The following article contains basic legal background of both sides of this argument. The background's quality is not a subject of approval or criticism by the author, the point of the article being just to fairly present both sides of the debate.

The pharmacists and pharmacy students from Poznań knowledge on the argument will be presented and reviewed. Furthermore, poll data from the before-mentioned group, containing answers to questions about personal approval towards conscience clauses or any legislative permitting denial of delivering some medical services, especially denial of selling of some medications, will be introduced in the following article.

Key words: conscience clause, pharmacist, pharmacy, contraception.

nych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej” [2].

Warto zauważyć, że sytuacja farmaceuty jest inna niż lekarza. Lekarz jest odpowiedzialny za sposób leczenia pacjenta. To od niego zależy dobór określonych środków farmakologicznych. W takiej sytuacji rola farmaceuty sprowadza się tylko do dostarczenia pacjentowi przepisanego leku. Powstaje pytanie, jaką rolę w życiu pacjenta pełni farmaceuta? Zwolennicy klauzuli sumienia prezentują stanowisko, iż farmaceuta sprawuje szeroko pojętą opiekę farmaceutyczną nad pacjentem, natomiast przeciwnicy sprowadzają pozycję farmaceuty do sprzedawcy leków.

Postulaty farmaceutów opierają się na wolności sumienia, zawarte między innymi w Konstytucji, jak i Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Projektowane zmiany mające wprowadzić klauzulę sumienia dla farmaceutów do obowiązującego stanu prawnego stawiają na szali, z jednej strony konstytucyjne prawo wolności sumienia, a z drugiej

strony konstytucyjne prawo do decydowania o własnym życiu oraz do swobody wyborów w życiu osobistym. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny przyjęła jednoznaczne stanowisko i stwierdza, iż przyznanie klauzuli sumienia dla farmaceutów oznacza naruszenie praw pacjentów, w szczególności kobiet, ponieważ proponowane zmiany dotyczyć będą szczególnie sprzedaży środków antykoncepcyjnych [1].

W obecnym stanie prawnym farmaceuta nie może odmówić realizacji recepty i wydania leku, który został dopuszczony do sprzedaży. Przypadki odmowy są wyraźnie określone w obowiązujących przepisach i nie przewidują rozszerzenia katalogu. Zgodnie z art. 96 ust. 4 Ustawy Prawo farmaceutyczne „farmaceuta i technik farmaceutyczny mogą odmówić wydania produktu leczniczego, jeżeli jego wydanie może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta” [3]. Idąc dalej, prawo do odmowy zapewnia § 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych, przewidując sytuacje [4]:

- zachodzi uzasadnione podejrzenie, co do autentyczności recepty lub zapotrzebowania
- konieczne jest dokonanie zmian w leku recepturowym, które wymagają porozumienia się z osobą uprawnioną do wystawiania recept
- od dnia sporządzenia leku upłynęło, co najmniej 6 dni – w przypadku leku recepturowego lub leku sporządzonego na podstawie etykiety aptecznej
- osoba, która przedstawiła receptę do realizacji, nie ukończyła 13. roku życia
- zachodzi uzasadnione podejrzenie, co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta.

Wykorzystując nagłośnienie sprawy i zainteresowanie szerokiego grona odbiorców przeanalizowaliśmy stanowisko wobec klauzuli sumienia farmaceutów i studentów farmacji w Poznaniu. Kwestionariusz trafił do 100 respondentów. 56% ogółu stanowiły osoby pracujące w aptece, a więc magistrzy oraz technicy farmacji, natomiast pozostałe 44% stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Przedział wiekowy został zróżnicowany na trzy kategorie. Pierwszym przedziałem był wiek między 20. a 35. rokiem życia, drugi przedział kształtował się między 36. a 50. rokiem życia, natomiast trzeci przedział obejmował respondentów powyżej 50. roku życia. Odpowiednio w pierwszym przedziale znalazło się 72 ankietowanych, w drugim – 20, a w ostatnim – 8 ankietowanych.

Na początku kwestionariusz ankiety sprawdzał znajomość poruszanego tematu w grupie badanej. Aż 71% respondentów zaznaczyło odpowiedź potwierdzającą znajomość zagadnienia dotyczącego klauzuli sumienia. W zdecydowanej większości znalazły się osoby pracujące. Wśród studentów tylko 46% wiedziało czym jest owa klauzula. Z kolejnego pytania dowiedzieliśmy się, że przeważającym informatorem były media, następnie rodzina i przyjaciele.

Przed przystąpieniem do odpowiedzi na dalszą część pytań, w przypadku nieznaności tematu dotyczącego klauzuli sumienia, respondent mógł zapoznać się z pod-

stawowymi informacjami dotyczącymi klauzuli sumienia, zawartymi pod dwoma pierwszymi pytaniami

Ze względu na kolejną kwestię związaną *stricto* z antykoncepcją poprosiliśmy ankietowanych o zaznaczenie swojej płci. Liczba kobiet wyniosła 82, mężczyzn – 18. Podejście do antykoncepcji zawierało trzy możliwości odpowiedzi: opowiedzenie się za stosowaniem antykoncepcji, stosowanie tylko naturalnych metod planowania rodziny oraz absolutny sprzeciw stosowania antykoncepcji. 86% kobiet zaznaczyło odpowiedź pierwszą – stosowanie antykoncepcji. 12% kobiet wybrało opcję numer dwa, a tylko 2% były przeciwnie stosowaniu jakiegokolwiek antykoncepcji. Mężczyźni podzielili się na dwie grupy: 88% opowiedziało się za stosowaniem antykoncepcji, natomiast 22% ogółu zaznaczyło stosowanie naturalnych metod antykoncepcji.

Następne pytanie nadal pozostawało w tematyce antykoncepcji i dotyczyło odmowy sprzedaży poszczególnych środków: antykoncepcji mechanicznej, antykoncepcji hormonalnej oraz antykoncepcji „w nagłych wypadkach”. Spośród badanych osób pracujących na dzień dzisiejszy sprzedaży antykoncepcji mechanicznej oraz hormonalnej odmawia 7%. Ciekawym wynikiem okazały się odpowiedzi studentów, ponieważ 15% również zaznaczyło odpowiedź potwierdzającą odmowę sprzedaży antykoncepcji mechanicznej i hormonalnej. Kontrowersyjnej antykoncepcji „w nagłych wypadkach” odmawia aż 34% osób pracujących, natomiast studenci nadal pozostali w obszarze 15%.

Wśród powodów, dla których nastąpiłaby odmowa sprzedaży produktu farmaceutycznego na pierwszym miejscu znalazł się wiek, a następnie własne przekonania.

Kolejne pytanie pozwalało określić, czy odmowa sprzedaży wybranego produktu farmaceutycznego jest zachowaniem profesjonalnym według osób pracujących i studentów, mając na względzie art. 11 Kodeksu Etyki Aptekarza, który stanowi o tym, iż „aptekarz nie może wobec pacjenta wypowiadać opinii dyskredytujących terapeutyczne postępowanie lekarza, podrywających zaufanie do apteki jako apteki, a także krytycznych uwag dotyczących produktów leczniczych” [5]. W opinii 19% studentów odmowa jest zachowaniem profesjonalnym, również aż 38% osób pracujących poparło takie stanowisko.

Na pytanie czy wprowadzenie klauzuli sumienia dla farmaceutów będzie ograniczeniem prawa do decydowania o własnym życiu i do swobodnego wyboru pacjenta, 76% studentów odpowiedziało twierdząco, a 43% osób pracujących poparło to stanowisko. Według osób pracujących klauzula sumienia i prawo do postępowania zgodnie ze swoim sumieniem i przekonaniem nie będzie kolidowało z prawem pacjenta do swobody dokonywania wyborów w życiu osobistym. Innego zdania są studenci.

Nawiązując do Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczania przerywania ciąży, w której jest mowa o prawie do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz o prawie dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa, zapytaliśmy ankietowanych czy wprowadzenie klauzuli sumienia będzie zgodne z Usta-

wą. Zdecydowana większość studentów, tak jak przy poprzednim pytaniu zaznaczyła, iż będzie to niezgodne z Ustawą. Odpowiedzi osób pracujących rozłożyły się niemal równomiernie i 47% osób zaznaczyło, że w ich odczuciu wprowadzenie nowych uregulowań będzie niezgodne z obowiązującą Ustawą.

Podsumowujące pytanie brzmiało: czy respondent jest za, czy przeciwko wprowadzeniu klauzuli sumienia dla farmaceutów? 65% studentów było za wprowadzeniem klauzuli sumienia, natomiast osoby pracujące poparły nową inicjatywę w 50%.

Analizując wyniki badań można zauważyć, iż podjęcie pracy w zawodzie znacząco wpływa na znajomość aspektów prawnych z nim związanych. Wiedza ta jest głównie czerpana z mediów oraz od rodziny czy współpracowników.

Odmowę sprzedaży antykoncepcji „w nagłych wypadkach” deklarują częściej osoby pracujące, aniżeli uczące się. Dla większości badanych odmowa sprzedaży produktu farmaceutycznego jest podejściem nieprofesjonalnym.

Grupa respondentów osób pracujących nie deklaruje jednoznacznie poparcia dla wprowadzenia klauzuli. Wśród studentów zdecydowana większość popiera jej wprowadzenie, deklarując jednocześnie, że nie zamierza odmawiać sprzedaży poszczególnych produktów farmaceutycznych.

Na koniec warto wspomnieć, iż w obowiązującym stanie prawnym apteka jest instytucją, która została zobligowana do zapewnienia klientom dostępu do wszystkich dopuszczonych do obrotu, legalnych środków medycznych, które przepisał lekarz.

Istnieje ryzyko, że w momencie przyznania farmaceutyce prawa sprzeciwu będzie on decydującym, nie uwzględniając zaleceń lekarza, jak i wyboru pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Głusiec W., Klauzula sumienia dla farmaceutów. Analiza opinii wydanej przez Comitato Nazionale Pre La Bioetica [w:] *Diametros* nr 32 (czerwiec 2012).
2. Kodeks Etyki Lekarskiej.
3. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne [Dz. U. 2001 Nr 126 poz. 1381].
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych, [Dz. U. Nr 183, poz. 1531].
5. Uchwała nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r. w sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej.

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

NTM – NIETRZYMANIE MOCZU. ETIOLOGIA, DIAGNOSTYKA, FARMAKOLOGIA

UI – URINARY INCONTINENCE. ETIOLOGY, DIAGNOSTICS, PHARMACOLOGY

AGNIESZKA WOJTASZEK

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

Streszczenie

Nietrzymanie moczu dotyczy częściej kobiet niż mężczyzn i nasila się wraz z wiekiem po okresie menopauzy. Nietrzymanie moczu jest szeroko rozpowszechnioną i ogólnospołeczną chorobą, z którą na świecie zmagają się średnio co trzecia/ czwarta kobieta. Etiologia NTM może być spowodowana różnymi zmianami w organizmie kobiety. Wstępna klasyfikacja choroby pozwala na dobór odpowiedniego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Farmakologia tej jednostki chorobowej obejmuje zarówno leczenie farmakologiczne, jak i niefarmakologiczne. Metoda leczenia dobierana jest do stanu pacjentki.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, etiologia, diagnostyka, farmakologia.

Summary

Women tend to experience urinary incontinence more often than men and the risk increases with age, after menopause. In the world, 25–30% of women suffer from urinary incontinence, which is a common disease affecting all social groups. UI may be caused by various changes in a woman's body. Preliminary classification of the disease is the prerequisite for appropriate diagnosis and therapy. Treatment includes both pharmacology and non-pharmacological therapy. The method of treatment depends on the individual patient's condition.

Key words: urinary incontinence, etiology, diagnostics, pharmacology.

Wstęp

NTM to duży problem dotyczący nie tylko kobiet, ale także mężczyzn. Niestety w większości przypadków to temat tabu, skrywany przez wielu pacjentów. Jak wielka jest jego skala świadczą nieubłagane statystyki. Według Światowej Organizacji Zdrowia NTM jest szeroko rozpowszechnioną, ogólnospołeczną chorobą, z którą na świecie zmagają się średnio, co trzecia/czwarta kobieta (około 30% przed okresem menopauzy i do 60% po tym okresie). Szacuje się, że w Polsce cierpi na to schorzenie, co najmniej 3 miliony kobiet. Te szacunki nie są jednak dokładne. Wiele kobiet bagatelizuje pierwsze objawy traktując je jako naturalny proces starzenia się albo stara się samodzielnie radzić. Ilu mężczyzn dotyczy ten problem, nie wiadomo. Panowie unikają wstydlivego problemu i wizyt u urologa. Ze statystyk prowadzonych przez lekarzy wynika, że przeszło 70% chorych to kobiety, 25% to mężczyźni, dzieci stanowią niewielki odsetek. Według statystyk z objawami NTM do lekarza zgłasza się tylko co 10. kobieta. Przyjmuje się, że gdy częstotliwość występowania danego schorzenia przekracza 5% populacji na świecie, mówimy wówczas o chorobie społecznej. NTM w pełni zasługuje na taką definicję. Czym jest NTM, według definicji ICS (International Continence Society) nieświadome gubienie moczu, stwarzające problemy zarówno natury higienicznej, jak i socjalnej [5, 6, 7]. Stopień nasilenia tych

objawów może być różny. Od popuszczania pojedynczych kropli moczu przy kaszlnięciu, kichaniu, przy zbyt gwałtownym ruchu, np. nagłe wstanie, schodzenie ze schodów czy podskoki. Po gubieniu moczu podczas siedzenia czy chodzenia albo niemożność utrzymania moczu przy wypełnionym pęcherzu. Wyróżnia się następujące rodzaje NTM [8]:

- wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) – mimowolne popuszczanie niewielkich ilości moczu bez uczucia parcia, występujące głównie podczas wysiłku fizycznego (dźwiganie ciężarów, kaszel, bieg, podskakiwanie, gimnastyka, pływanie, itp.)
- nagłace nietrzymanie moczu (NNM) – to niezależna od woli utrata zwykle dużych ilości moczu występująca również podczas spoczynku i snu (nokturia)
- nietrzymanie moczu typu mieszanego (MNM) – to połączenie objawów WNM i NNM
- nietrzymanie moczu z przepelnienia – to wynik upośledzonej kurczliwości wypieracza prowadzący do utraty moczu na skutek nadmiernego wypełnienia pęcherza moczowego
- przejściowe nietrzymanie moczu – to postać NTM będąca skutkiem działania czynników, takich jak infekcje dróg moczowych, zaparcia, czy też efekty uboczne przyjmowanych leków. Eliminacja tych czynników prowadzi zwykle do ustąpienia objawów choroby.

Etiologia

Nietrzymanie moczu może dotyczyć kobiet w różnym wieku i może być spowodowane różnymi zmianami w organizmie kobiety. Czynniki przyczyniające się do rozwoju NTM mają różnorodne podłoże. Warto zwrócić uwagę na kilka z nich. Czynniki genetyczne, większe prawdopodobieństwo zachorowania na NTM dotyczy kobiet, których matki albo/i babcie chorowały na NTM. Wiek odgrywa też ważną rolę, ryzyko NTM wzrasta wprost proporcjonalnie do wieku. W okresie pomenopauzalnym częstotliwość występowania NTM wzrasta dwukrotnie [3], kobietą częściej przytrafiają się wówczas infekcje układu moczowego, zmniejsza się poziom estrogenu w organizmie, co skutkuje obniżeniem cewki moczowej i jej skróceniem z 5–6 cm niekiedy nawet do 1–2 cm, występuje również osłabienie mięśni ścian pęcherza moczowego oraz mięśni wspomagających wydalanie moczu. Do najistotniejszych czynników ryzyka wystąpienia NTM zalicza się częste ciążę i porody, w tym również porody indukowane oksycytyną. Porody metodą cesarskiego cięcia są bezpieczniejsze w kontekście wystąpienia schorzenia, jednak nie gwarantują jego uniknięcia. Prawdopodobieństwo wystąpienia NTM zwiększa również masa płodu, jeśli przekracza 4 000 g. Kolejnym ważnym czynnikiem jest otyłość. Sprzyja temu otyłość typu jabłko (brzuszną). Badania pokazują, że kobiety otyłe 4–5 razy częściej dotyka NTM niż kobiety o normalnej budowie ciała. Na wystąpienie NTM mają wpływ także inne czynniki: infekcje dróg moczowych (często lekceważone i nieprawidłowo leczone bez kontroli lekarskiej), przewlekłe zaparcia, czynniki neurologiczne (neuropatia cukrzycowa, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, poliradikulopatia), osłabienie mięśni ścian pęcherza moczowego, osłabienie mięśni wspomagających wydalanie moczu, obniżenie zdolności koordynacji impulsów nerwowych na szlakach mózgowo-rdzeniowych związanych z procesem starzenia, różnego stopnia dyssynergia ośrodków nerwowych w krzyżowym odcinku rdzenia przedłużonego, odpowiedzialnych za skoordynowaną regulację autonomiczną mechanizmów oddawania moczu, nadreaktywność wypieracza pęcherza moczowego, niektóre leki (inhibitory ACE – kaszel jako objaw uboczny, diuretyki, alfa blokery, antydepresanty, anksjolityki, leki przeciwbólowe) [1, 2].

Diagnostyka

Świadomość czynników, mających wpływ na wystąpienie NTM, ułatwia diagnostykę. Należy zacząć od podstawowego wywiadu i informacji zebranej od pacjentki przez lekarza. Ważne jest sprawdzenie BMI pacjentki, zrobienie wywiadu rodzinnego, ustalenie ilości i metod porodu. Warto zwrócić uwagę na prowadzenie przez pacjentkę dzienniczka mikcji: częstość mikcji, ilość oddawanego moczu, nykturia, okoliczności NTM (kaszek, wysiłek), ilość używanych wkładek w ciągu dnia. Pomocne przy

wstępnej kwalifikacji NTM są: kwestionariusz stopnia nasilenia dolegliwości związanych z NTM i kwestionariusz oceniający jakość życia pacjentki z NTM. Ważne są także badania bakteriologiczne pozwalające wykluczyć bądź rozpocząć prawidłowe leczenie farmakologiczne. Istotnych informacji dostarcza także ocena ilości moczu zalegającego po mikcji (PVR – post void residue). Dołączyć można także badania urodynamiczne, które obejmują: rodzaj zaburzeń prowadzących do nieprawidłowości w opróżnianiu pęcherza, pojemność pęcherza moczowego, tzw. czas pęcherzowy (czas subiektywnego odczuwania wypełnienia pęcherza), sprawność mięśni biorących udział w opróżnianiu pęcherza moczowego, prawidłowość koordynacji pomiędzy wypieraczem pęcherza a zwieraczem cewki moczowej. Ten kompletny obraz przyczyn i stanu pacjentki pozwala na wybranie odpowiedniej metody leczenia [4].

Farmakologia

W zależności od stanu pacjentki dobieramy odpowiednią metodę leczenia. Zacząć należy od diagnostyki chorób współistniejących: infekcje dróg moczowych (w przypadku przewlekłych i nawracających zakażeń dróg moczowych u kobiet, po menopauzie, zalecanym postępowaniem uzupełniającym jest miejscowa estrogenoterapia), likwidację przewlekłych zaparć, zmniejszenie wagi ciała, unikanie używek (alkohol, papierosy) [3]. Ważnym narzędziem jest też leczenie behawioralne, obejmuje ono tzw. ćwiczenia Kegla. To ćwiczenia zaprojektowane przez amerykańskiego lekarza w latach 40. XX wieku. Ćwiczenia mają na celu wzmocnienie i naukę kontrolowania mięśni dna miednicy. Ćwiczenia Kegla polegają na zaciskaniu mięśni pochwy i odbytu na ok. 8–10 sekund i powtarzaniu tej czynności w krótkich odstępach czasu zaczynając od 5 powtórzeń i w miarę czasu dochodząc do 25 powtórzeń. Wzmocnione i bardziej elastyczne mięśnie ułatwiają poród, zapobiegają opuszczeniu się narządów i wysiłkowemu nietrzymaniu moczu. Rehabilitację mięśni dna miednicy oprócz ćwiczeń Kegla obejmują: biofeedback, elektrostymulacja, stymulacja magnetyczna, stożki i kule dopochwowe [5]. Leczenie farmakologiczne NNM (nagłace nietrzymanie moczu) najczęściej polega na zastosowaniu antagonistów receptorów muskarynowych, które ograniczają nadmierną kurczliwość mięśnia wypieracza. Najbardziej znane w Polsce są tolterodyna i solifenacyna [9]. W badaniach klinicznych nieznacznie lepiej tolerowana była solifenacyna, jednak aż 48% chorych odczuwało działania uboczne. W leczeniu stosuje się również oksybutyninę, dla której średni odsetek działań ubocznych sięga aż 70%. Do objawów ubocznych towarzyszących leczeniu ww. lekami należą m.in.: suchość w jamie ustnej zmuszająca do wypijania dużej ilości płynów, suchość śluzówki nosa, zamglone widzenie, zaparcia, zmęczenie, senność, suchość skóry, bóle głowy, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego z upośledzeniem funkcji kognitywnych mózgu, bradykardia, dyspnoja i re-

fluks żołądkowo-przelykowy, tendencje do zalegania moczu. Natomiast w leczeniu WNM (wysiłkowe nietrzymanie moczu) stosuje się inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (duloksetyna – jej działanie polega na zwiększeniu przewodzenia impulsów w neuronach motorycznych nerwu sromowego i zwiększeniu napięcia zwieracza zewnętrznego cewki. Lek działa tylko w okresie jego przyjmowania i nie powoduje całkowitego wyleczenia, a jedynie złagodzenie dolegliwości. Ze względu na liczne działania niepożądane jest rzadko stosowana: nudności, przyrost masy ciała, zaburzenia snu i nastroju), trójcykliczne antydepresanty (imipramina, doxepina). Leki te, powodują zmniejszenie kurczliwości wypieracza oraz blokadę impulsacji odśrodkowej i impulsacji wypieracza. Ze względu na niepożądane działanie układu sercowo-naczyniowego i krwiotwórczego, mają ograniczone zastosowanie u dzieci i młodzieży), agoniści receptorów alfa 1-adrenergicznych (midodryna – mechanizm działania polega na stymulowaniu zakończeń nerwowych w naczyniach krwionośnych, powodując ich zawężenie. Rezultatem jest zwiększenie ciśnienia. Midodryna pobudza receptory alfa 1-adrenergiczne, które występują w dużej ilości w okolicy dna pęcherza, szyi pęcherza, cewki sterczącej i w mięśniówce stercza. Następnym pobudzenia tych receptorów jest skurcz obecnych w wymienionych narządach mięśni gładkich. Zablokowanie receptorów prowadzi z kolei do zmniejszenia napięcia odpowiednich włókien mięśniowych odpowiedzialnych za wielkość „ucisku” cewkowego blokującego wypływ moczu z pęcherza. Rzadko polecana ze względu na wzrost ciśnienia i zwolnienie tętna). Leczenie farmakologiczne, ze względu na działania uboczne, jest więc często niezwykle uciążliwe, co sprawia, że wiele pacjentek zniechęca się i w końcu rezygnuje z terapii. Warto zwrócić także uwagę na leczenie niefarmakologiczne, polecane szczególnie osobom, które źle tolerują leczenie farmakologiczne. Pomocne są preparaty zawierające ekstrakt z pestek dyni oraz ekstrakt z soi.

Podsumowanie

Problem nietrzymania moczu nie dotyczy tylko kobiet, dotyka on także mężczyzn i dzieci. Najczęstszą przyczyną u mężczyzn jest przerost gruczołu korowego, który prowadzi często do nadreaktywności wypieracza pęcherza. Nowe leki, a przede wszystkim leczenie prostaty, dają doskonałe efekty. NTM może mieć także podłoże neurologiczne, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, niektóre choroby kręgosłupa, np. dyskopatia. U dzieci problem NTM zdarza się rzadko. Zwykle ma to związek z występowaniem wad wrodzonych, jakiś problemów neurologicznych. Przyczyną może być także, podobnie jak u dorosłych, stres. Nietrzymanie moczu to problem społeczny i skrywane cierpienie miliona Polek. Dotyka on coraz większą liczbę społeczeństwa, głównie kobiet. Tryb życia, środowisko, predyspozycje genetyczne mają wpływ na rozwój choroby. Nie jest to już wstydlivy problem, który należy przemilczeć. Gubienie moczu i związane z tym nieprzyjemny zapach, brak

możliwości utrzymania prawidłowej higieny, to sprawy intymne, o których warto mówić. Nie należy więc bagatelizować pierwszych objawów. Medycyna oferuje już szereg rozwiązań farmakologicznych. Doskonałe metody diagnostyczne pozwalają na wybór najlepszej i najskuteczniejszej metody leczenia. Wcześniej rozpoznana daje również możliwość leczenia niefarmakologicznego i uniknięcia dzięki temu wielu działań niepożądanych. Pamiętajmy, że profilaktyka ma większą skuteczność niż długie i często uciążliwe leczenie farmakologiczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Bump R.C., Discussion: Epidemiology of urinary incontinence, *Urology*, 1997, 50, 15-6.
2. SUNG V.W., HAMPTON B.S., Epidemiology of pelvic floor dysfunction, *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 2009, 36(3), 421-43.
3. BROWN J.S., GRADY D., OUSLANDER J.G., HERZOG A.R., VARNER R.E., POSNER S.F., Prevalence of urinary incontinence and associated risk of factors in postmenopausal women, *Heart & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Obstet. Gynecol.*, 1999 94(1), 66-70.
4. WILANOWSKA A., SOB CZUK A., *Prz. Menopauz.*, 2007, 4, 204-207.
5. Paszkowki T., Dębski R., Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, Forum Kobiet 45+ „Specjaliści dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii w praktyce lekarskiej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej”, Poznań 28 maj 2011.
6. Steciwko A., Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej i Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych Akademii Medycznej we Wrocławiu, Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego. Tom 9. Nietrzymanie moczu – klasyfikacja, epidemiologia, diagnostyka i terapia.
7. Rechberger T., Jakowicki J.A., Nietrzymanie moczu u kobiet. Patologia, diagnostyka, leczenie, Wydanie II poszerzone, Wydawnictwo Bifolium, Lublin 2005.
8. Rechberger T., *Uroginekologia praktyczna*, Wydawnictwo Bifolium, Lublin 2007.
9. Kelleher C. I., Cardozo I., Chapple C. R. et al., Improved quality of life in patients with overactive bladder symptoms treated with solifenacin, *BJU Int.* 2005, 95, 81-85.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Wojtaszek
Słupia Kapitulna 8d
63-900 Rawicz

EWALUACJA SZKOLEŃ

EMPLOYEE TRAINING EVALUATION

TOMASZ WOJTASZEK

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

Streszczenie

Inwestowanie w pracowników poprzez szkolenia to dobry sposób na poprawę jakości oferowanych usług a przez to m.in. uzyskanie przewagi nad konkurencją. Szkolenia powinny być dostosowane do potrzeb firmy oraz osób w niej zatrudnionych, a jednocześnie muszą realizować założone cele i być efektywne. Aby szkolenie było efektywne powinniśmy przeprowadzić jego ocenę, czyli przeprowadzić ewaluację szkolenia na poszczególnych jego etapach, tj. planowania, realizacji oraz mierzenia rezultatów.

Najczęściej używanym modelem do przeprowadzenia oceny efektywności szkolenia jest model Donalda L. Kirkpatricka. Ewaluacja z wykorzystaniem tego modelu pozwala nam ocenić, w jakim stopniu program szkolenia pozwolił nam zrealizować założone cele.

Słowa kluczowe: efektywne szkolenie, ewaluacja szkolenia, ocena efektywności szkolenia.

Wstęp

Szkolenie jest jedną z metod inwestowania w pracowników oraz firmę. W dzisiejszych czasach to najlepszy sposób na uzyskanie przewagi nad konkurencją. Istnieje silna zależność pomiędzy kwalifikacjami i doświadczeniem kadry a jego konkurencyjnością na rynku. Aby zobrazować jak ważni są ludzie w firmie przytoczę prosty przykład: Często możemy usłyszeć w wypowiedziach przedstawicieli firm najlepiej postrzeganych i rozpoznawanych na rynku, którzy mówią o swojej organizacji zaczynają od następujących zdań: „Mamy najlepszych ludzi”, „Nasz zespół to znakomita grupa ludzi” „Nasz zespół tworzą ambitni i kreatywni ludzie”. Słuchając wypowiedzi przedstawicieli firm z dalszego szeregu usłyszymy wypowiedzi na poziomie „Poszerzamy rynek”, „Wdrażamy nowe strategie”, „Stajemy się konkurencyjni” w rezultacie firmy te używają różnych zwrotów, lecz nigdy nie wskazują na ludzi. Chcąc mieć dobrze przygotowanych ludzi do pracy musimy zapewnić im odpowiednio zaplanowane szkolenie. Powinno ono być dostosowane do potrzeb naszej firmy oraz osób w niej zatrudnionych, a jednocześnie musi realizować założone cele i być efektywne [4]. Mówiąc o szkoleniu, że jest efektywne powinniśmy przeprowadzić jego ocenę, czyli przeprowadzić ewaluację szkolenia na poszczególnych jego

Summary

Employee training is an investment and a good way to improve the quality of one's services and thus to gain advantage over the competitors. The training should be tailored for the company and its employees, and at the same time it must be effective and achieve its objectives. If a training is to be effective, it should be assessed, that is we should carry out a training evaluation on each stage of the training, such as planning, implementation and measurement of results.

The most popular model of training effectiveness evaluation is the one developed by Donald L. Kirkpatrick. Using this model, we can assess to what degree targeted outcomes occur as a result of the training programme.

Key words: effective training, training evaluation, training effectiveness evaluation.

etapach, tj. planowania, realizacji oraz mierzenia rezultatów. Etapy te nie przebiegają równolegle z procesem czasowym szkolenia, gdyż kluczem całej ewaluacji jest ciągłe raportowanie i wyciągnięcie wniosków.

Dzięki ewaluacji zbadamy mocne i słabe strony szkolenia oraz określimy, którzy uczestnicy najmniej lub najwięcej skorzystali z programu. Dowiemy się też czy program był odpowiednio dobrany. Ewaluacja nie tylko odpowiada na pytanie jak można udoskonalić podobne szkolenia w przyszłości, ale także stanowi rolę motywującą w stosunku do osób szkolonych, które otrzymują informację zwrotną dotyczącą wyników procesu doskonalenia. Powoduje to, że pracownicy uczestniczący w trakcie szkolenia, jak i po zakończeniu zajęć odnotowują dalszą poprawę efektywności swojej pracy.

Proces szkolenia

Przystępując do zorganizowania szkolenia warto poruszać się według ustalonego planu. Poniżej przedstawiam przykładowy schemat przygotowania szkolenia. Obejmuje on sześć etapów:

1. Analiza i identyfikacja potrzeb szkoleniowych.
2. Określenie celów szkolenia.

3. Projektowanie szkolenia.
4. Przeprowadzenie szkolenia.
5. Ocena efektów szkolenia.
6. Analiza i podsumowanie całego procesu szkoleniowego.

Ad 1.

Analiza i identyfikacja potrzeb szkoleniowych

Służy określeniu poziomu wiedzy, umiejętności i postaw pracowników, jest to konieczne do prawidłowego osiągnięcia celów oraz realizacji zadań i misji przedsiębiorstwa. Właściwe przeprowadzenie identyfikacji potrzeb szkoleniowych jest podstawą wszelkich innych czynności związanych ze szkoleniem pracowników. Wymaga ona dokładnego przemyślenia i analizy – nie można zapomnieć, że jest to proces wyjątkowo ważny [3].

A. Określa nam, czy szkolenie jest najlepszym zaspokojeniem potrzeb firmy – często bowiem okazuje się, że najpierw należy przeprowadzić np. reorganizację lub zakup jakiejś maszyny lub urządzenia, a później dopiero przeprowadzić szkolenie.

B. Służy do wyznaczenia luki kompetencyjnej czyli różnicy pomiędzy kompetencjami oczekiwanymi na danym stanowisku pracy a kompetencjami posiadanymi przez zajmujących je pracowników [5].

- Pierwszym etapem oceny luki kompetencyjnej jest stworzenie modelowego profilu kompetencyjnego przypisanego do danego stanowiska pracy
- Drugim etapem jest ocena objętych badaniem osób za pomocą audytu personalnego (test samooceny, test kompetencyjny, ocena 180,360, obserwacja uczestnika, tajemniczy klient). Błędem jest wyznaczanie luki kompetencyjnej przez przyszłych wykładców, gdyż mogą oni narzucać realizację szkolenia nie zawsze wynikającą z rzetelnej analizy.

C. Pozwala na przygotowanie programu szkoleniowego zgodnie z rzeczywistymi potrzebami, tj. terminy szkoleń, liczba i rodzaj osób oraz ich własnych priorytetów rozwojowych.

Ad 2.

Kolejnym etapem jest określenie celów szkolenia, które można określić za pomocą metody SMART, zgodnie z nią cel musi być [4].

- (S) Simple – PROSTY – SZCZEGÓŁOWY jego zrozumienie nie powinno stanowić kłopotu, sformułowanie powinno być jednoznaczne i nie pozostawiające miejsca na luźną interpretację. Fakt, że pracownik dokładnie wie dokąd zmierza, przybliży go do realizacji celu, np.: co to jest mobbing.
- (M) Measurable – MIERZALNY, czyli określony – musi istnieć miara oceny stopnia realizacji celu. Najlepiej, gdy jest to kryterium wymierne, określone liczbowo. Gdy nie jest to możliwe, konieczne jest poszukiwanie jak najbardziej jednoznacznych kryteriów jakościowych, np. obniżenie absencji chorobowej poprzez wyeliminowanie w firmie mobbera.

- Achievable – ATRAKCYJNY – Osiągalny – nie może być nudny oraz musi wzbudzać ciekawość i chęć do działania.
- (Rational) – Racjonalny – Realistyczny, czyli uznany za możliwy do osiągnięcia w danych warunkach (np. czasowych, finansowych czy administracyjnych).

Wyznaczając cel należy zastanowić się czy „poprzedzka”, którą stawiamy nie jest podniesiona zbyt wysoko? Czy pracownik będzie w stanie osiągnąć cel na danym poziomie z takimi zasobami, które ma lub potencjalnie może mieć?

- (T) Timely defined – Terminowy – co w praktyce wymaga określenia konkretnych terminów jego osiągnięcia. Bez tego elementu trudno będzie określić czy pracownik już go osiągnął, czy nie. Jest to także warunek skutecznego monitorowania: wiedząc, ile czasu zostało do realizacji celu, możemy ocenić, czy można go osiągnąć i jeśli trzeba – podjąć działania korygujące.

Nieprawidłowe budowanie celów powoduje, że firma nie osiąga swoich celów lub wręcz idzie w innym od zamierzonego kierunku. W przedsiębiorstwach produkcyjnych cele ostateczne mają najczęściej charakter komercyjny (są zorientowane na produkt), natomiast w instytucjach publicznych, takich jak szpitale czy szkoły, ostatecznym celem może być sama jakość oferowanych usług [2].

Ad 3.

Mając jasno sformułowane cele oraz zadania szkolenia wynikające z przeprowadzonej wcześniej identyfikacji analizy potrzeb szkoleniowych możemy przystąpić do zaprojektowania przebiegu szkolenia [1].

- Opracowanie odpowiedniego planu szkolenia
- Wybór odpowiednich metod oraz przydział wykładców.

Aby cały proces szkolenia uczynić bardziej efektywnym zaleca się wprowadzić zadania przeszkoleniowe (preworks) i poszkoleniowe (follow-ups).

Ad 4.

Każdy z trzech przedstawionych poziomów odpowiada różnym potrzebom szkoleniowym. Wielu przedsiębiorców jednak nie zdaje sobie sprawy z konieczności doskonalenia i wdrażania innowacji, gdyż samo „równanie do standardu” nie zapewni firmie mocnej pozycji na rynku. Niezbędne jest poszukiwanie innowacyjnych metod rozwoju [4]:

- a) Poziom I, Wdrażanie – Szkolenie na takim poziomie ma przynieść efekt w postaci „równania do standardu”,
- b) Poziom II, Doskonalenie – Szkolenie na tym poziomie ma za zadanie usprawnić procesy i podnieść efektywność pracy,
- c) Poziom III, Innowacji – Szkolenie na tym poziomie inicjuje zmiany w organizacji i przygotowuje pracowników do wdrażania innowacji.

Ad 5.

Ewaluacja nie jest procesem ani jednorodnym, ani tym bardziej – jednoetapowym. Istnieje wiele modeli opisujących przebieg całego procesu, większość z nich jednak sprowadza się do wyznaczenia czterech bądź pięciu poziomów oceny [1].

Najczęściej używanym modelem do przeprowadzenia oceny efektywności szkolenia jest model Donalda L. Kirkpatricka. Ewaluacja z wykorzystaniem tego modelu pozwala nam ocenić w jakim stopniu założony program szkolenia pozwolił zrealizować założone cele. Analiza efektywności przedsięwzięć szkoleniowych przedstawiona została na czterech poziomach:

A. Poziom 1, reakcji (zadowolenie uczestników), na którym zbiera się subiektywne opinie i oceny stopnia zadowolenia uczestników szkolenia. Pomiaru dokonuje się zazwyczaj za pomocą ankiet ewaluacyjnych tuż po zakończeniu szkolenia. Dzięki temu pomiarowi uzyskujemy bardzo szybko informacje nt. programu szkolenia, pracy wykładowców oraz samej organizacji szkolenia.

B. Poziom 2, nauczania (uczenia się), na którym za pomocą testów (np. pre-test i post-test) dokonuje się oceny stopnia osiągnięcia celów dydaktycznych szkolenia – możemy ocenić przyrost wiedzy, nabycie lub rozwój umiejętności oraz zmiany postawy uczestników szkolenia.

C. Poziom 3, zachowania (zmiana w zachowaniu uczestników). Zachowanie jest tu rozumiane jako „zakres, w obrębie którego następuje zmiana w postępowaniu danej osoby na skutek uczestnictwa w szkoleniu”.

D. Poziom 4, rezultatów (pomiar ostateczny efektów uczestnika). Ostatni poziom stanowią wyniki. Można je zdefiniować jako „ostateczne efekty uczestnictwa danej osoby w procesie szkoleniowym [6].

Sugeruje się czasami rozszerzenie tego modelu o kolejne dwa poziomy – poziom 0, w ramach którego oceniałoby się wydajność pracowników przed szkoleniem, oraz poziom 5 – oceniający stopę zwrotu z inwestycji (ROI – Return on Investment), czyli określający finansową wartość szkolenia dla przedsiębiorstwa [7].

Ad 6.

Warto takie podsumowanie przeprowadzić w grupie wykładowców, jak i osób zaangażowanych w przygotowanie szkolenia. Może on przyjąć formę spotkania podsumowującego, na którym trenerzy wspólnie zastanowią się jak można usprawnić dany projekt. Nazywamy go przeglądem *ex post*, gdyż dokonuje się go wówczas, gdy w zasadzie projekt szkoleniowy został już zamknięty, czyli zrealizowany i oceniony. Użyłem określenia „w zasadzie”, gdyż długofalowych efektów szkoleń nie można jeszcze oszacować [1].

a) Co nowego pojawiło się w wyniku realizacji projektu (nowa wiedza, umiejętności, nowe doświadczenia)?

b) Czego się nauczyliśmy jako firma czy wykładowcy?

c) Co możemy poprawić?

Zakończenie

Dobrze przygotowany program oraz przeprowadzone szkolenie to inwestycja w rozwój potencjału ludzkiego, szczególnie jest to istotne w obecnych czasach, kiedy mamy do czynienia ze spowolnieniem na rynkach gospodarczych. Najważniejsze, aby ewaluację przeprowadzać w sposób systematyczny bowiem jest to inwestycja znacznie tańsza od źle dobranego projektu szkoleniowego, czy też konieczności rekrutacji nowych pracowników.

PIŚMIENNICTWO

1. Kossakowska M., Sołtyńska I., Szkolenia pracowników a rozwój organizacji, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, 185, 210, 214.
2. Bramley P., Ocena efektywności szkoleń, tłum. Iwona Sochacka, Wydawnictwo JAK, Warszawa 2011, 29.
3. Boydell T., Leary M., Identyfikacja potrzeb szkoleniowych, tłum. Leszek Wójcik Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, 7.
4. <http://www.parp.gov.pl/files/74/81/305/6750.pdf>, Jak efektywnie szkolić pracowników, 5, 9, 19, 20.
5. <http://www.e-habitat.pl/docs/140>, Ewaluacja szkoleń, 12.
6. Kirkpatrick D.L., Ocena efektywności szkoleń, tłum. J. Teodorowicz, Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa 2001, 42, 45.
7. Rae L., Efektywne szkolenie, techniki doskonalenia umiejętności trenerskich, tłum. I. Podsiadło, Wydawnictwo JAK, Warszawa 2012, 222, 223.

SMART to skrót podkreślający najistotniejsze kryteria, które muszą spełniać cele projektu. Angielski przymiotnik smart oznacza „zmyślny”, „bystry”, „elegancki”.

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

OCHRONA PRZED MOBBINGIEM W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ – UWAGI O INSTRUMENTARIUM PRAWNYM

PROTECTION AGAINST LOBBING IN PUBLIC HEALTH INSTITUTIONS – REMARKS ON JUDICIAL PROCEDURES

PIOTR STĘPNIAK

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

Artykuł poświęcony jest problematyce mobbingu w instytucjach ochrony zdrowia. Autor omawia prawne aspekty ochrony przed nim na gruncie prawa pracy, prawa cywilnego i prawa karnego. Swoje rozważania opiera o szerszy kontekst kulturowy oraz organizacyjno-instytucjonalny.

Na gruncie prawa pracy dokonuje krytycznej analizy definicji legalnej mobbingu. Wskazuje na jej ogólnikowość utrudniającą ofierze mobbingu dochodzenie swoich praw. Podaje przykłady mobbingu stosowanego w środowiskach lekarskich, a także różnych instytucjach ochrony zdrowia. Wskazuje na to, że z punktu widzenia prawa pracy i prawa karnego, mobbing może być działaniem bezpośrednim lub pośrednim.

Omawia także zasady odpowiedzialności cywilnoprawnej za szkody wyrządzone mobbingiem, jak również odpowiedzialności karnej. W tym ostatnim zakresie rozważa, czy zjawisko to powinno być penalizowane czy też wystarczające są dotychczasowe regulacje (tj. w zakresie stalkingu, molestowania seksualnego, uporczywego naruszania praw pracowniczych, spowodowania uszczerbku na zdrowiu).

W zakończeniu autor ocenia, że dotychczas istniejące przepisy dają wystarczającą ochronę przed mobbingiem i to zarówno w dziedzinie prawa pracy, jak i prawa cywilnego oraz karnego. Stawia jednak pytanie, czy prawo, samo w sobie, jest wystarczająco skutecznym narzędziem rozwiązywania problemów wewnętrznych zakładów opieki zdrowotnej, a także konfliktów w zespołach pracowniczych? Według niego również ważnym instrumentem jest poprawa stosunków międzyludzkich w instytucjach ochrony zdrowia. Ma temu służyć regulamin, jaki wprowadziły władze Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Ustala on zasady przeciwdziałania mobbingowi w Uniwersytecie.

Słowa kluczowe: mobbing, przeciwdziałanie, prawo, instytucje ochrony zdrowia, poprawa stosunków międzyludzkich.

Summary

In this paper, we approach the problem of mobbing in public health institutions. Legal aspects grounded in labor, civil and criminal law are described. Considerations are based on wider cultural and organizational-institutional context.

Critical analysis of legal mobbing definition is conducted based on labor law. Author indicates its generic formula, making a mobbing victim difficult to settle a claim. Examples of mobbing in healthcare environment and are presented. It is indicated that from the legal point of view, labor and criminal law, mobbing may be a direct or indirect act.

Author describes civil responsibility rules subject to damages caused by mobbing, and criminal responsibility rules as well. The latter case is considered questionable if phenomena should be penalized or are present regulations – with respect to stalking, sexual harassment, persistent labor law abuse, causing injury – adequate.

In conclusion, author figures out that contemporary legal code provides adequate protection against mobbing, in all labor, civil and criminal law domains. However poses the question if the law itself is a sufficient instrument to solve internal problems of public health institutions, including team conflicts. According to the author equally important is improvement of human relationships in health care institutions. For that reason a dedicated regulation has been introduced by the authorities of Poznan University of Medical Sciences, which settles rules to prevent mobbing at the university.

Key words: mobbing, prevention, law, public health institutions, human relationships improvement.

Problem zjawiska mobbingu jako jednego z najbardziej uciążliwych zjawisk patologii związanych z zatrudnieniem nabiera systematycznie znaczenia. Pomimo że zjawisko to towarzyszyło niemal od zawsze stosunkom pracy, w Polsce w pełni jawnie zaczęto o nim mówić dopiero w warunkach społeczeństwa demokratycznego, rozwijanego w oparciu o paradygmat „obywatel-

skości”. Jednym z efektów coraz większego zainteresowania społecznego mobbingiem jest obejmowanie go unormowaniami prawnymi. Choć wkraczają one w różne dziedziny prawa, jak dotychczas najwięcej miejsca poświęca mu prawo pracy. Problematyki mobbingu dotyczy również szereg przepisów prawa cywilnego. Od pewnego czasu trwa ponadto dyskusja nad ewentualną

jego penalizacją, wkraczająca w obszar prawa karnego. W powyższą perspektywę wpisuje się więc problematyka tego artykułu. Jest on bowiem poświęcony wybranym aspektom prawnej reglamentacji tego zjawiska.

W sensie ogólnym, samo pojęcie mobbing wywodzi się od angielskiego słowa *mob*. Oznacza ono tyle samo co tłum, natłok, banda, bądź napastowanie i obleganie. Najbliższym znaczeniowo odpowiednikiem spolszczonego pojęcia *lobbingu* jest jednak angielskie określenie *workplace bullying* lub *workplace harassment* [1]. Pierwsze z nich używane jest przede wszystkim w literaturze naukowej, drugie zaś dla określenia prześladowania podwładnego lub współpracownika w miejscu pracy. W tym ostatnim znaczeniu mobbing odnosi się na ogół do zachowań występujących w grupach społecznych¹ [2]. W dalszej części artykułu skupię się zatem na analizie prawnych aspektów tych zachowań. Najczęściej podawanymi w literaturze ich przykładami są poniżanie i ośmieszanie. W kolektywach pracowniczych mają one na celu zaniżanie samooceny lub wyeliminowanie albo odizolowanie pracownika od współpracowników. Za ich powstanie bardzo rzadko jednak odpowiada jeden czynnik. Odmienne osobowości stron konfliktu odgrywają bowiem w genezie tego zjawiska podobną rolę jak klimat organizacyjny zakładu pracy, styl zarządzania uprawiany przez zwierzchników, bądź też warunki środowiskowe.

Jeszcze innych przyczyn mobbingu poszukiwać można w sztywnych strukturach społecznych, które umożliwiają sprawowanie władzy z pozycji siły. Ekstrapolowane na kolektyw pracowniczy uwidaczniają się w negatywnych cechach organizacji. Typowymi ich wskaźnikami są: nieobsadzone stanowiska, zbyt mało czasu dla wykonania pilnych zadań, niedorzeczne i bezsensowne polecenia wydawane podwładnym, obarczanie pracownika dużą odpowiedzialnością, przy równoczesnym ograniczaniu możliwości podejmowania przez niego decyzji, deprecjonowanie działań podwładnych, zła atmosfera w miejscu pracy, brak zachowań koleżeńskich, wreszcie brak wsparcia ze strony współpracowników.

Warto więc przywołać w tym miejscu wyniki badań w zakresie, jakie zleciła Unia Europejska. Ich przedmiotem były warunki w miejscu pracy. Badania te przeprowadzono wśród pracowników z 15 krajów członkowskich. Pokazały one, że każdego roku około 6 mln pracowników, tj. około 4,00% wszystkich zatrudnionych doznaje w miejscu pracy przemocy fizycznej, ponad 12 mln (odpowiednio około 8,00%) ulega mobbingowi, zaś około 3 mln (tj. 2,00%) staje się ofiarami molestowania seksualnego [2]².

Mając w polu widzenia sformułowane wyżej uwagi, łatwo zrozumieć, dlaczego w różnych uregulowaniach prawnych poświęca się coraz więcej uwagi profilaktyce wskazanych wyżej negatywnych zachowań w środowi-

skach pracowniczych. Ogólnie można powiedzieć, że celem ich wprowadzania do różnych dziedzin prawa, przede wszystkim jednak do prawa pracy jest zwiększenie ochrony pracowników, jak również tworzenie coraz lepszych gwarancji respektowania ich praw podczas pozostawania w stosunku zatrudnienia. Jest to szczególnie potrzebne w obecnej sytuacji zatrudnieniowej. W konsekwencji rosnącego, dużego bezrobocia, pracodawcy osiągnęli bowiem nadmiernie dominującą pozycję na rynku pracy.

Przechodząc zatem na grunt prawa pracy, należy na początek wskazać legalną definicję mobbingu. Tak więc, zgodnie z treścią art. 94³ § 2 pojęcie to oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Istotne przy tym jest to, iż osobą dopuszczającą się mobbingu nie musi być pracodawca, lecz także przełożony, a nawet współpracownik.

Jak jednak słusznie zauważa G. Jędrejek: „zawarta w art. 94³ KP definicja legalna mobbingu z uwagi na zastosowane pojęcia niedookreślone wymaga wykładni doktrynalnej, a przede wszystkim wykładni dokonanej przez SN” [3]. Trudności z wprowadzeniem do języka prawnego pojęcia mobbingu wynikają więc z tego, że nie ma ono jednoznacznego znaczenia w nauce.

Samo pojęcie jest nowością w polskim prawie pracy. Nie ma więc jak dotychczas wystarczająco jasnych i ugruntowanych powszechną praktyką kryteriów rozdziałania zjawiska mobbingu od takich zachowań pracodawcy, bądź przełożonego jak egzekwowanie poleceń i dyscypliny, kształtowanie pożądanych postaw i zachowań międzyludzkich w środowisku pracy. W powszechnym odczuciu pracowników oraz ich przedstawicieli, zachowania przeciętnego pracodawcy, zwłaszcza prywatnego, dalekie są od przestrzegania obowiązujących przepisów a bardzo bliskie mobbingowi. Opisując mobbing, ustawodawca podkreślił jednak, że chodzi o działania długotrwałe. Tylko takie zatem mogą być poddawane ocenie. W praktyce jednak pracownicy boją się upominać o swoje prawa, bowiem zatrudnienie stanowi podstawę ich egzystencji. Znajdują się w sytuacji bez wyjścia, wobec ekonomicznej przewagi pracodawcy, której ulegają. Skargę wnoszą dopiero wtedy, gdy zostają zwolnieni, nie mając już niczego do stracenia.

Niestety zjawisko mobbingu obserwowane jest także w polskich instytucjach ochrony zdrowia. Nie jest ono nowe, choć w taki sposób nazywa się je od niedawna. Polega ono zwłaszcza na pewnego rodzaju presji psychicznej wywieranej na podwładnego. Sprawcą jest przeważnie osoba mająca przewagę, a więc przełożony, np. ordynator, opiekun stażu bądź specjalizacji, ich otoczenie, ofiarą – podwładny, np. początkujący lekarz. Warto jednak podkreślić, że nie każdy przypadek krytykowania, okazywania niechęci bądź dezaprobaty dla

¹ Wprowadził je do literatury szwedzki autor Peter Heine-

² W Polsce brak bardziej kompletnych danych o skali tych zjawisk.

poczyńań podwładnego lub kolegi z pracy jest mobbingiem. Dokuczanie musi mieć charakter ciągły, trwać przez dłuższy czas, nadto być działaniem celowym, ukrywanym przed otoczeniem.

Z doświadczeń Stowarzyszenia Antymobbingowego, pierwszej organizacji powołanej w Polsce dwa lata temu dla ochrony pracowników przed psychicznym terrorem w pracy wynika, że lekarze i pielęgniarki są drugim po nauczycielach środowiskiem zawodowym narażonym na mobbing. Jego najczęstszym, praktycznym wymiarem w szpitalach i klinikach jest poniżające traktowanie podwładnych przez przełożonych, a w przypadku lekarzy – zamykanie drogi awansu zawodowego i utrudnianie kariery naukowej. Według danych stowarzyszenia, na przemoc psychiczną częściej skarżą się kobiety niż mężczyźni, częściej też osoby młode o krótkim stażu pracy [4].

Zachowania mobbingowe wobec lekarzy mogą mieć różny charakter. Jako przykład można podać zarówno niezlecenie zadań do wykonania, jak i przeciążanie nimi. Jedno i drugie jest możliwe, bo nie ma ustalonych zasad postępowania. Młody asystent nie wie na ogół, czy robi coś dobrze, czy źle. W medycynie to samo schorzenie można często leczyć na różne sposoby. Efektem takich sytuacji jest więc narastająca frustracja czy wręcz nerwica.

W aspekcie prawnym, tj. z punktu widzenia zarówno prawa pracy, jak i prawa karnego, mobbing może być działaniem bezpośrednim lub pośrednim. Ten ostatni polega na tym, że ofiara, np. lekarz stażysta, nie ma bezpośredniego kontaktu z osobą stosującą mobbing. Jest natomiast narażona na skutki jej zamierzonych, nieetycznych działań. W warunkach zakładu pracy, a więc instytucji ochrony zdrowia, jest to zazwyczaj przełożony lub współpracownik ofiary. Mobbing zazwyczaj nie ma jednak charakteru otwartej, jawnej agresji. Atak na ofiarę przeprowadza się środkami manipulacji psychicznej, przy zachowaniu pozorów poprawności relacji, często bez przekraczania formalnych zasad funkcjonowania społecznego w firmie [5].

Warto więc w tym miejscu powołać art. 207 z Działu Dziesiątego Kodeksu pracy poświęconego bezpieczeństwu i higienie pracy. W & 1 stanowi on, że pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy. W & 2 z kolei mowa jest o tym, że jest on obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników poprzez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. W szczególności pracodawca jest obowiązany:

1) organizować pracę w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy,

2) zapewniać przestrzeganie w zakładzie pracy przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, wydawać polecenia usunięcia uchybień w tym zakresie oraz kontrolować wykonanie tych poleceń.

Dokonując subsumpcji tych przepisów do różnych stanów faktycznych, można ocenić, że wiele zachorowań wśród personelu medycznego, spowodowanych terrorem psychicznym w instytucjach ochrony zdrowia, nabiera znamion wypadku przy pracy, spowodowanego prze-

wlekłym urazem psychicznym. Przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również odszkodowań za ich naruszenie, mówią jednak tylko o szkodach fizycznych, nie zaś o psychicznych. Pozostaje to w jawnej niezgodzie z definicją zdrowia, zaproponowaną przez WHO. Powyższe regulacje prawne zawężają więc możliwości dochodzenia odszkodowania z tytułu mobbingu, ściślej zaś zadośćuczynienia za wyrządzone nim krzywdy moralne. Ogólną podstawą prawną tego typu spraw o odszkodowanie jest zasada wyrażona w art. 94 § 13 Kodeksu pracy. Zgodnie z nią pracodawca ma obowiązek przeciwdziałania mobbingowi. Oznacza to, że na instytucji ochrony zdrowia ciąży obowiązek podjęcia odpowiednich działań, aby mobbing w niej nie występował. Nie chodzi przy tym tylko o to, aby nie stosował go sam pracodawca, bądź osoba zarządzająca zakładem w jego imieniu, lecz także inni pracownicy takiej instytucji, zwłaszcza zaś każdy pracownik wchodzący w skład szeroko pojętej kadry kierowniczej [6].

Pracodawca, jakim jest instytucja ochrony zdrowia, odpowiada zatem za szkody wyrządzone mobbingiem na zasadzie ryzyka, wyrażonej w art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego, a więc jako przedsiębiorca³. Chodzi tu o ryzyko wydarzenia się w niej sytuacji mobbingowych. Nawet, jeżeli w konkretnym przypadku będzie można ewidentnie ustalić winę określonego kierownika niższego szczebla, pracodawca nie uwolni się od odpowiedzialności odszkodowawczej, gdyż tylko on jest jej adresatem.

Z powyższych uwag wynika więc, że obowiązek zapłaty odszkodowania istnieje bez względu na to, czy bierze on bezpośrednio udział w dręczeniu pracownika, czy też nie. Tak więc, można go pozwać, jeżeli tylko pozwolił współpracownikom poszkodowanego stosować mobbing.

Poza szkodą materialną następstwem mobbingu może być także uszczerbek na zdrowiu. W takim przypadku, pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia, może dochodzić od pracodawcy odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Z uwagi na to, że ustawodawca zaznaczył jedynie prawo podmiotowe pracownika do dochodzenia zadośćuczynienia, zgodnie z treścią art. 300 Kodeksu pracy postępowanie w tym przedmiocie toczyć się będzie w oparciu o odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (art. 445 K.c.).

Podstawą wniesienia takiego powództwa jest art. 94³ § 3 Kodeksu pracy. Nie wyklucza ono wytoczenia powództwa w oparciu o art. 23 Kodeksu cywilnego, który dotyczy ochrony dóbr osobistych. Zdrowie jest bowiem jednym z takich dóbr.

³ Art. 435. § 1 Kodeksu cywilnego stanowi, że prowadzący na własny rachunek przedsiębiorstwo lub zakład wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody (pary, gazu, elektryczności, paliw płynnych itp.) ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną komukolwiek przez ruch przedsiębiorstwa lub zakładu, chyba że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej albo wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności.

Jeszcze inną możliwość dochodzenia odszkodowania daje przepis art. 94 § 4 3 Kodeksu pracy. Stanowi on bowiem, że pracownik, który wskutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę, ma prawo dochodzić od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalane na podstawie odrębnych przepisów [7]. Pod pojęciem rozwiązania umowy o pracę należy przy tym rozumieć:

1. rozwiązanie umowy o pracę przez pracownika za wypowiedzeniem (art. 30 § 1 pkt 2 Kodeksu pracy),

2. rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia z powodu ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków względem pracownika na podstawie art. 55 § 11 Kodeksu pracy.

Warto zauważyć, że wykładnia przepisu powołanego w pkt. 2 wyklucza porozumienie stron co do rozwiązania stosunku pracy. Nie jest to bowiem rozwiązanie umowy przez pracownika w formie jednostronnego oświadczenia woli, zaś konieczność zachowania takiej formy wynika z powołanego przepisu. Nieprawidłowe byłoby także rozwiązanie umowy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 Kodeksu pracy, kiedy zostanie wydane orzeczenie lekarskie o szkodliwości wykonywanej pracy na zdrowie pracownika, zaś pracodawca nie przeniesie pracownika do innej odpowiedniej pracy [8].

Omawiane tu odszkodowanie, pracownik może uzyskać, jeśli udowodni konkretny przejaw mobbingu, który zmusił go do rozwiązania umowy o pracę. O jego wysokości rozstrzyga sąd.

Zgodnie z art. 94³ § 5 Kodeksu pracy oświadczenie pracownika o rozwiązaniu umowy o pracę z powodu mobbingu należy złożyć w formie pisemnej. Powinno ono zawierać uzasadnienie wskazujące tego rodzaju przyczynę, jak również jej dokładny opis.

Dochodzenie odszkodowania na podstawie tego przepisu w wysokości minimalnego wynagrodzenia może nie przybierać formy sporu sądowego, jeżeli okoliczności wskazujące na mobbing są oczywiste albo zostały uznane przez inspektora pracy. Trzeba jednak pamiętać, że inspektor pracy nie jest organem uprawnionym do rozstrzygania sporów ze stosunku pracy. Tym niemniej, w pewnych przypadkach, w oparciu o dokonane ustalenia podczas kontroli może on uznać, że postępowanie pracodawcy wyczerpało znamiona mobbingu. W przypadku, kiedy żądania przenoszą wartość minimalnego wynagrodzenia, zaś pracodawca nie chce ich spełnić, spór może jednak rozstrzygnąć tylko sąd pracy.

Z dotychczas sformułowanych uwag wynika, że problematyka mobbingu lokuje się przede wszystkim w dziedzinie prawa pracy. Mobbing wiąże się bowiem przede wszystkim ze stosunkiem zatrudnienia. Zagadnienia odszkodowawcze w tym zakresie reguluje także prawo cywilne, jednak na zasadach ogólnych. Przedmiotem ciekawej analizy jest ponadto prawnokarna reglamentacja mobbingu. Ściślej, chodzi o rozważenie, czy zjawisko to powinno być penalizowane czy też nie. Opinie w tym zakresie są podzielone.

I tak, nie wyklucza takiej możliwości Ministerstwo Sprawiedliwości. Obecnie bada więc, czy taka potrzeba

istnieje. Wskazywałyby na nią fakt, że ze statystyk sądowych wynika, iż skala zjawiska rośnie. W 2009 r. do sądów rejonowych w całym kraju trafiło ponad 270 pozwów pracowników, zaś do okręgowych – o ochronę dobra osobistego, jakim jest zdrowie – 90. Rok wcześniej było ich odpowiednio 250 i 75. Ponieważ rysuje się tu dynamika wzrostowa, pełnomocnik rządu do spraw równego traktowania – Elżbieta Radziszewska, wystąpiła do ministra sprawiedliwości, by rozważył celowość penalizacji mobbingu w Kodeksie karnym. Jego zdaniem takiej potrzeby jednak nie ma [9].

Problemem kryminalizacji mobbingu w rozdziale Kodeksu karnego poświęconym przestępstwu przeciwko wolności zajęła się też wstępnie Komisja Kodyfikacyjna Prawa Karnego. Wydając niedawno opinię w tej sprawie, sprzeciwiała się jednak bezpośredniej kryminalizacji tego rodzaju zachowań. Jednocześnie zastrzegła, że może zmienić stanowisko, gdy otrzyma szczegółowe dane kryminologiczne. Argumentując celowość ewentualnej zmiany, wskazała na przykład Belgii, w której mobbing jest zagrożony karą od ośmiu dni do miesiąca pozbawienia wolności i grzywną od 26 do 500 euro. Karze tej może być poddany sprawca mobbingu, tzw. mobber, który nie zaprzestał bezprawnego zachowania po wezwaniu go do tego przez sąd. Gdyby jednak ustawodawstwo polskie poszło w tym kierunku, zjawisko mobbingu powinno być raczej potraktowane jako wykroczenie.

Należy jednak zgodzić się z oponentami. Istniejący obecnie stan prawny wydaje się wystarczający dla efektywnej ochrony dóbr prawnych naruszanych mobbingiem. W szczególności, należy wskazać na inkryminowanie stalkingu i molestowania seksualnego, które w swojej istocie zbliżają się do mobbingu. Oba zachowania zostały uznane za przestępstwa po to, aby ułatwić ofiarom dochodzenie ich praw. Zgodnie więc z aktualnym stanem prawnym zbadanie, czy sprawca swoim zachowaniem wyczerpał znamiona mobbingu może odbywać się w ramach postępowań karnych o te przestępstwa.

Karnoprawnej reglamentacji stalkingu dokonano nowelizacją Kodeksu karnego z 6 czerwca 2011 r. Przestępstwo to polega na nękanii ofiary. Słowo stalking pochodzi z języka angielskiego i oznacza celowe, uporczywe i długotrwałe działanie, skierowane przeciwko danej osobie, którego celem jest upokorzenie i dezorganizacja jej życia [1]. Nękanie może polegać na wysyłaniu sms-ów, wykonywaniu głuchych telefonów, rozpowszechnieniu informacji z życia prywatnego lub zawodowego, publikowanie informacji w internecie, śledzeniu, robieniu zdjęć itp.

Zachowania rejestrowane w ramach zjawiska stalkingu godzą więc w takie fundamentalne dobra człowieka, jak wolność, godność i cześć. Jeżeli sprawca uporczywie nęka inną osobę lub osoby jej najbliższe oraz wzbudza u niej uzasadnione okolicznościami poczucie zagrożenia lub istotnie narusza jej prywatność podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Tej samej karze podlega sprawca, który podszywa się pod wizerunek lub inne dane osobowe w celu wyrządzenia jej szkody majątkowej lub osobistej. Jeżeli natomiast pokrzywdzony

targnie się na swoje życie sprawca podlega karze do 10 lat więzienia.

Jeśli chodzi o penalizację molestowania seksualnego w instytucjach ochrony zdrowia, sprawa jest bardziej skomplikowana. Jest to bowiem nieakceptowane zachowanie o podłożu seksualnym, naruszające godność osoby molestowanej lub wywołujące w niej poczucie zagrożenia, upokorzenia bądź wrogości. Chodzi zwłaszcza o sytuacje, gdy akceptacja takiego zachowania ze strony pracownika lub jej brak, będą wpływać na decyzje, które jego dotyczą. Zachowania o cechach molestowania seksualnego mogą przybierać różne formy, np.: zniewagi i obelgi, niestosowne uwagi na temat wyglądu, wieku, sytuacji rodzinnej, lubieżne spojrzenia, dotykanie, głaskanie czy innego rodzaju pieszczoty lub gesty o charakterze seksualnym.

Warto przypomnieć, że Ustawa z 14 listopada 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 213, poz. 2081) wprowadziła szereg nowych przepisów dotyczących zakazu wszelkiej dyskryminacji w miejscu pracy, równego traktowania w zatrudnieniu (art. 113, 18 3a,b,d), obowiązków pracodawcy w oddziaływaniu na kształtowanie w miejscu pracy poprawnych zasad współżycia społecznego, w tym dobrych obyczajów, przeciwdziałania sytuacjom patologicznym, mobbingowi oraz molestowaniu seksualnemu (art. 94, 941,2,3).

Molestowanie w instytucjach ochrony zdrowia może występować w dwóch formach:

1. *Quid pro quo* – „coś za coś”. W takim przypadku nazywane jest „szantażem seksualnym” i występuje wtedy, gdy osoba molestująca sprawuje funkcję przełożonego wobec swojej ofiary lub jest przedstawicielem pracodawcy. Poddanie się lub nie zachowaniem szefa, to podstawa do podjęcia przezeń decyzji o ewentualnym awansie, czy zatrudnieniu bądź nie, osoby atakowanej.

2. Stwarzania nieprzyjaznych warunków pracy. Chodzi o sytuacje, gdy osobą molestującą jest nie tylko przełożony, lecz także kolega z pracy lub osoba niezwiązana bezpośrednio z danym miejscem pracy, np. pacjent w szpitalu, laboratorium analitycznym.

Molestowanie seksualne w instytucji ochrony zdrowia, będącej zakładem pracy, może więc być kwalifikowane jako jedna z postaci mobbingu. Oznacza bowiem instrumentalne i przedmiotowe traktowanie pracownika, połączone z przymusem psychicznym bądź fizycznym. Jest to szczególnie dobrze widoczne w przypadku molestowania z uwagi na przynależność do danej płci. Niekoniecznie musi ono dotyczyć seksualności, raczej osoby z uwagi na jej przynależność do grupy kobiet lub mężczyzn. Klasyfikuje się tutaj, takie zachowania, jak: obraźliwe komentarze o zdolnościach (kobiet lub mężczyzn), np. wypowiedzi o tym, że kobiety nie posiadają kwalifikacji medycznych, obraźliwe komentarze o zachowaniach, np. o tym, że kobiety nie są dobrymi menedżerami, zniewagi lub przekleństwa.

Niezależnie od ewentualnej odpowiedzialności za przestępstwa wskazane wyżej, Kodeks karny w art. 218

penalizuje złośliwie lub uporczywie naruszanie praw pracowniczych, wynikających ze stosunku pracy. Analiza porównawcza przepisu art. 94 & 2 Kodeksu pracy ze wskazanym artykułem Kodeksu karnego prowadzi do wniosku, że w każdym przypadku udowodnionego mobbingu istnieje podstawa do postawienia zarzutu popełnienia przestępstwa z art. 218 Kodeksu karnego. Jest ono zagrożone karą grzywną, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Z punktu widzenia oceny prawnokarnej bytu przestępstwa z art. 218 Kodeksu karnego szczególnie ważny jest aspekt zdrowotny. Jego analiza pozwala bowiem odróżnić zjawisko mobbingu od zwyczajnego konfliktu. Pod wpływem mobbingu osoby poszkodowane zostają zepchnięte w beznadziejność, bezradność oraz tracą możliwość obrony. Tego rodzaju działania charakteryzują się dużą częstotliwością występowania i utrzymywaniem się przez dłuższy okres (przynajmniej przez pół roku).

A. Marek zauważa jednak, że naruszać prawa pracownicze może jedynie pracodawca lub osoba odpowiedzialna w zakładzie pracy za sprawy związane z zatrudnieniem [10]. Przystępstwo to ma więc charakter indywidualny. Jego sprawcą może być wyłącznie osoba wykonująca czynności w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych [3]. Jak zatem widać, krąg osób mogących odpowiadać za mobbing, jest w prawie karnym znacznie zawężony w porównaniu z regulacjami w tym zakresie, zawartymi w prawie pracy i prawie cywilnym.

Wynikające ze stosunku pracy uprawnienia pracownicze, które mogą zostać naruszone działaniami mobbera, wynikają przede wszystkim z Kodeksu pracy. Wskazać więc należy na prawo do godziwego wynagrodzenia, a także do równego traktowania, wyrażone w zakazie dyskryminacji ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, narodowość, przekonania, prawo do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Naruszone mogą być przy tym nie tylko prawa skonkretyzowane, np. do urlopu bądź wynagrodzenia, lecz także prawa ogólniejsze, np. sformułowane w art. 111 Kodeksu pracy prawo do szanowania przez pracodawcę oraz osoby działające w jego imieniu, godności i innych dóbr osobistych pracownika. Brak poszanowania może wyrażać się na różne sposoby, w tym właśnie poprzez stosowanie mobbingu.

Zawężającej regulacji podlega w prawie karnym także zagadnienie uporczywości zachowań w ramach mobbingu. Zwrócił na to uwagę m.in. niemiecki psychiatra H. Leymann. Według niego uporczywość to tyle samo, co systematyczność. Określając ją, podał, że chodzi tu o sytuację, kiedy zachowania wrogie i nieetyczne wobec pracownika, występują bardzo często, przynajmniej raz w tygodniu i przez długi okres, co najmniej przez sześć miesięcy” [11].

Analizując prawnokarną ochronę pracownika instytucji służby zdrowia przed mobbingiem warto jeszcze zwrócić uwagę na przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. We wcześniejszych fragmentach tekstu wielokrotnie bowiem zaznaczałem, że jego stosowanie może prowadzić do takich negatywnych skutków dla pracownika,

jak właśnie rozstrój zdrowia czy w skrajnych przypadkach utrata życia.

W tym zakresie wskazać należałoby kilka przepisów Kodeksu karnego. Zawierają one kary grożące osobie, która powoduje u innej osoby uszczerbek na zdrowiu, trwałą chorobę psychiczną, całkowitą lub znaczną trwałą niezdolność do pracy. Pierwszym z nich jest art. 156. § 1. penalizujący ciężki uszczerbek na zdrowiu. Takie przestępstwo zagrożone jest karą od roku do lat 10. Zgodnie z § 3 tego przepisu: „jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12”.

Kolejny przepis artykułu 157 § 1 sankcjonuje odpowiedzialność tego, kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż ciężkie. Podlega on karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Jeśli zaś naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia nie trwało dłużej niż 7 dni, podlega on grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Warto jeszcze wskazać na art. 207 kodeksu karnego. W § 1 stanowi on, że kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Osobą pozostającą w stosunku zależności jest więc w układzie pracowniczym przełożony – podwładny, np. dyrektor szpitala, ordynator oraz lekarz–stażysta.

Reasumując, zachowania polegające na obelgach, poniżaniu i znieważaniu pracowników instytucji ochrony zdrowia w związku wykonywaniem zatrudnienia dają podstawę do podjęcia działań prawnych i to zarówno w dziedzinie prawa pracy, jak i prawa cywilnego oraz karnego.

Warto jednak zauważyć, że dochodzenie przez ofiarę jej praw naruszonych mobbingiem na drodze prawnokarnej jest trudniejsze niż na drodze cywilnej. W przypadku naruszeń praw pracowniczych i stalkingu Kodeks karny przyjmuje bowiem domniemanie niewinności sprawcy. Dodatkowym utrudnieniem w ustalaniu znamion przestępstwa mobbingu jest to, że Kodeks pracy w sposób bardzo ogólny zobowiązuje pracodawcę do przeciwdziałania jemu.

Wielu psychicznych prześladowców nie ucieka się poza tym do tak jawnych i wyraźnych środków przemocy. Z punktu widzenia prawnoprocesowej ochrony ofiary mobbingu, problemem jest także odsunięcie jej i wyobcowanie z kolektywu pracowniczego. Szanse, że zgromadzi ona odpowiednie dowody, a zwłaszcza znajdzie świadków, którzy potwierdzą fakt znieważania czy prześladowania psychicznego wydają się więc niewielkie. Dochodzenie praw dodatkowo komplikuje ofierze konieczność używania precyzyjnego języka prawnego, opisującego czyny przestępcze, których dopuszczają się osoby stosujące mobbing.

W uzupełnieniu wszystkiego, co powiedziano w tym artykule na temat wybranych aspektów prawnych stosowania mobbingu, warto jeszcze zaznaczyć, że stanowi on zachowanie niezgodne z etyką zawodową pracownika ochrony zdrowia. Lecząc chorych, poszkodowanych przez mobbing pracowników ochrony zdrowia, lekarz prowadzący otrzymuje dużą ilość informacji o sposobach prześladowania a co za tym idzie informacji o działaniach często sprzecznych z prawem. Powstaje więc pytanie, czy powinien je ujawniać, czy ma na to odwagę.

J. Kosińska podaje, że w klinice profesora H. Leymanna w Szwecji musiano kilkakrotnie składać doniesienie o podejrzeniu popełnienia przestępstw związanych z mobbingiem [11]. Do działań kryminalnych prześladowani pracownicy byli zmuszani przez pracodawców także w innych zakładach opieki zdrowotnej. Jedna z klinik została nawet zamknięta z tego powodu.

Przypomnieć zatem trzeba, że i polski Kodeks etyki lekarskiej, w artykule 25, określa, że w wypadku istotnego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta lub innych osób lekarz może być zwolniony z zachowania tajemnicy lekarskiej. Z kolei przepis artykułu 27 tegoż Kodeksu stanowi, iż lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Powstaje więc zasadnicze pytanie, które stanowi rodzaj podsumowania sformułowanych w tym artykule uwag. Chodzi o to, czy uchwalenie i dalszy rozwój prawa antymobbingowego stanowić będzie skuteczną tamę dla mobbingu w instytucjach ochrony zdrowia? Mówiąc inaczej, czy prawo, samo w sobie, jest wystarczająco skutecznym narzędziem rozwiązywania problemów wewnętrznych zakładów opieki zdrowotnej, a także konfliktów w zespołach pracowniczych? Czy raczej jego rozwój spowoduje tylko falę procesów związanych z ujawnieniem mobbingu w instytucjach ochrony zdrowia? Odpowiedź, jaka nasuwa się, wydaje się retoryczna.

Równie ważnym instrumentem jest zatem poprawa stosunków międzyludzkich w instytucjach ochrony zdrowia. Jej osiągnięcie, jak dowodzi praktyka, jest jednak znacznie trudniejsze niż wprowadzanie kolejnych przepisów prawnych. Z uznaniem więc odnotować należy fakt, że władze Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jako jedne z pierwszych ustaliły zasady przeciwdziałania lobbingsowi w Uniwersytecie. Zasady te zostały ujęte w formie regulaminu. Składa się on z 6 rozdziałów poświęconych nie tylko wyartykułowaniu praw i obowiązków pracodawcy oraz pracowników, lecz także określających procedury rozstrzygania konfliktów powstających na tle ich naruszania przez uczelnianą komisję pojednawczą. Na to ostatnie warto zwrócić szczególną uwagę, bowiem taki tryb postępowania wpisuje się w paradygmat mediacji. Mediacja zaś pozwala unikać prowadzenia sporów i postępowań sądowych oraz rozwiązywania konfliktów już na poziomie społeczności pracowników uniwersytetu, a więc w bezpośredniej bliskości ich źródła.

PIŚMIENICTWO

1. Słownik angielsko-polski, Warszawa 2010, 355, 304.
2. Litzke S.M., Schuh H., Stres, mobbing i wypalenie zawodowe, GWP Gdańsk 2006, 178, 39.
3. Jędrejek G., Cywilnoprawna odpowiedzialność za stosowanie mobbingu. Warszawa 2010, 135.
4. [www. antymob@op.pl](http://www.antymob@op.pl), Dostęp: 27 listopada 2012 r.
5. Kmieciak-Baran K., Rybicki J., Mobbing – zagrożenie współczesnego miejsca pracy, Wyd. Pomorski Instytut Demokratyczny, Gdańsk 2004, 57.
6. Delikowska K., Raport z badań na temat działań mobbingowych w miejscu pracy. WRZOS, Społecznik, 2004, 7.
7. Ustawa z dnia 10.10.2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, Dz. U. Nr 200, poz. 1679.
8. Baran K., Chmielek-Lubińska E., Mitrus L., Nycz T., Sobczyk A., Wagner B., Wandzel M., Kodeks pracy. Komentarz, Gdańsk 2010, 248.
9. [www. office@mobbing.most.pl](http://www.office@mobbing.most.pl), Dostęp 22 listopada 2012 r.
10. Marek A., Prawo karne, Warszawa 2010, 488.
11. Kosińska J., Aspekty mobbingu na tle przestępstwa z art. 218 § 1 KK – uporczywość a umyślność, [Opinie 6/2008](#), 3.

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

ZASADY POSTĘPOWANIA EPIDEMIOLOGICZNEGO I PIELĘGNIARSKIEGO U PACJENTÓW Z ZAPALENIEM OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

EPIDEMIOLOGIC RULES AND NURSING MANAGEMENT OF PATIENTS WITH MENINGITIS

JUSTYNA KIEJDA, MARIA WILKIEWICZ, ANNA POTOCKA, KRYSZYNA JARACZ, KRYSZYNA GÓRNA

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

Streszczenie

Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest chorobą występującą często w skupiskach dziecięcych. W przypadku wystąpienia zachorowania szczególną uwagę należy zwrócić na monitorowanie stanu klinicznego pacjenta, wdrożenie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i szybkie wprowadzenie zasad przeciwepidemicznych przez personel medyczny. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zasad postępowania epidemiologicznego i pielęgniarskiego u pacjentów z rozpoznaniem zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

Słowa kluczowe: meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, opieka pielęgniarska, procedury epidemiologiczne.

Summary

Meningococcus meningitis pithy the most often occurrence in children in population. The most important are: epidemiological management, nurse car and monitoring the symptoms of the disease. This article we would like the present epidemiological and nurse management in patients with meningococcus meningitis.

Key words: neisseria meningitidis meningitis cerebrally, role of a nurse, epidemiological management.

Wstęp

Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest chorobą infekcyjną Ośrodkowego Układu Nerwowego (OUN) opisaną w 1805 roku przez Gasparda Vieusseux. Czynniki etiologiczne zostały zidentyfikowane w 1887 roku przez Antona Weichselbauma [1].

W związku z wysoką śmiertelnością oraz łatwą drogą rozprzestrzeniania się bakterii (droga kropelkowa), działania przeciwepidemiczne personelu medycznego muszą być prowadzone ściśle zgodnie z aktualnie obowiązującymi zasadami [2].

W sytuacji podejrzenia wystąpienia lub stwierdzenia zachorowania na meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych należy w ciągu 24 godzin od tego faktu, poinformować właściwy organ dla miejsca rozpoznania zakażenia, tzn. Państwowego, Powiatowego lub Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Kontakt telefoniczny musi być równoczesny ze zgłoszeniem formularza zachorowania. Obowiązek ten wynika z ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. i spoczywa na lekarzu podejrzewającym lub potwierdzającym rozpoznanie [2].

Obraz kliniczny

Przyczyną meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych jest *Neisseria meningitidis* (Gram

ujemna dwójka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych). Źródłem zakażenia jest człowiek chory lub bezobjawowy nosiciel. Meningokoki kolonizują nos i gardło, a transmisja odbywa się poprzez kontakt bezpośredni z wydzieliną z górnych dróg oddechowych drogą kropelkową [3]. Meningokoki w przypadku zakażenia OUN, dostają się do opon mózgowo-rdzeniowych z jamy nosowo-gardłowej przez błazkę sitową. Często przed wystąpieniem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych stwierdza się obecność bakterii we krwi lub w zmianach skórnych (krwiopochodna droga przenoszenia zakażenia). Wektorem przenoszenia choroby meningokokowej, jak już wspomniano, może być bezobjawowy nosiciel. Nosiciele mogą być skolonizowani przez kilka miesięcy. Okres wylegania może wynosić 2–10 dni (przeciętnie 3–4 dni). Najczęściej chorują dzieci i młodzież, zwłaszcza przebywające w dużych skupiskach, natomiast u dorosłych i ludzi starszych zachorowania są stosunkowo rzadkie [1].

Typowymi objawami infekcji OUN są: wysoka temperatura ciała, powyżej 39°C, z towarzyszącymi dreszczami, ból głowy o charakterze pulsującym lub rozpierającym, nudności i wymioty, sztywność karku, światłowstręt, przeczulica, bóle pleców i osłabienie. Do objawów współwystępujących zaliczamy: opryszczkę wargową, zapalenie spojówek, wysypkę drobnoplamiastą na skórze. W początkowej fazie choroby u osoby dorosłej może występować rozdrażnienie i niepokój, a u dzieci ostry charakterystyczny krzyk, zwany krzykiem oponowym. U chorych będących w ciężkim stanie ogólnym mogą dołączyć

się zaburzenia świadomości, napady padaczkowe i pobudzenie psychomotoryczne [4].

Ostateczne rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych odbywa się na podstawie wykonanych badań laboratoryjnych, tj. płynu mózgowo-rdzeniowego (badanie ogólne, mikrobiologiczne) i mikrobiologicznego badania krwi. Niezbędnym elementem w ustaleniu właściwego rozpoznania jest wykonanie testów lateksowych oraz badań genetycznych drobnoustroju alarmowego. Jeżeli wynik badania mikrobiologicznego w Pracowni Bakteriologicznej po 24 godzinach od pobrania próbki od chorego jest negatywny, próbki materiału należy przesłać do Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) lub innego laboratorium wykonującego ww. badania. Jeżeli uda się wyhodować szczep patogenny, to należy poinformować o tym KOROUN i przesłać wyizolowany od pacjenta szczep drobnoustrojów [1].

Leczenie polega na zastosowaniu antybiotykoterapii empirycznej, a po uzyskaniu wyniku mikrobiologicznego – antybiotykoterapii celowanej. Duże znaczenie w terapii ma leczenie objawowe, w tym: stosowanie leków przeciwgorączkowych, przeciwobrzękowych, przeciwdrgawkowych, przeciwbólowych i innych [4].

Postępowanie z pacjentem

Podczas przyjęcia pacjenta do szpitala należy przeprowadzić dokładny wywiad epidemiologiczny zarówno przez personel lekarski, jak i pielęgniarski. Wywiad lekarski powinien obejmować również rodzinę lub opiekuna w zakresie informacji dotyczących występowania niepokojących objawów neurologicznych u członków rodziny, ze szczególnym zwróceniem uwagi na częste infekcje u dzieci. Wszelkie informacje należy odnotować w dokumentacji medycznej, a rodzinę i opiekunów poinformować, aby w momencie wystąpienia niepokojących objawów zgłosili się do Poradni Lekarza Rodzinnego. Wywiad pielęgniarski powinien obejmować informacje dotyczące wykonywanych badań czy hospitalizacji pacjenta w ciągu ostatniego roku przed przyjęciem do szpitala. W chwili przyjęcia należy rozważyć pobranie pacjentowi posiewów mikrobiologicznych z następujących miejsc: nos, gardło lub zmienione chorobowo zmiany skórne [3]. Pacjent podpisuje dokument wywiadu, potwierdzając prawdziwość przekazywanych informacji personelowi medycznemu, w przypadku zaburzeń świadomości wyżej wymienione informacje powinien podać opiekun.

Wobec pacjenta z podejrzeniem lub stwierdzonym bakteryjnym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, powinien być zastosowany reżim sanitarny oznaczający izolację pacjenta, ograniczenie przemieszczania się, w tym również personelu medycznego, stosowanie odzieży ochronnej przez personel, leczenie osób z infekcją itp. [2]. Należy poinformować pacjenta o celowości izolacji oraz odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Personel medycz-

ny, odpowiedzialny za proces leczenia i pielęgnowania chorego, powinien być ograniczony i ściśle określony. Do tego personelu powinny zgłaszać się przed wejściem na salę chorego wszystkie inne osoby zaangażowane w proces terapeutyczny lub diagnostyczny, np. konsultanci czy diagnostyki laboratoryjni [1].

Opieka pielęgniarska

Źródłem problemów pielęgnacyjnych stanowiących podstawę indywidualnego planu opieki w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych są szybko narastające objawy chorobowe. Głównym celem opieki pielęgniarskiej jest zapobieganie nasileniu się tych objawów, zapewnienie komfortu choremu, współudział w profilaktyce powikłań klinicznych i współuczestniczenie w procesie leczenia oraz przestrzeganie zasad reżimu sanitarnego [5].

Pielęgniarka realizująca opiekę nad chorym powinna zwrócić uwagę na dyskomfort fizyczny i psychiczny pacjenta, spowodowany, takimi objawami, jak: ból głowy i szyi, fotofobia, nudności, wymioty. W celu ich złagodzenia powinna przed wykonywaniem czynności pielęgnacyjnych oraz badaniami diagnostycznymi podać zlecone środki przeciwbólowe. Ulgę mogą również przynieść kompresy ochładzające, toaleta ciała oraz zmiana ułożenia pacjenta w łóżku. Ważne jest minimalizowanie bodźców słuchowych i wzrokowych.

W sytuacji wystąpienia nudności i wymiotów, należy podać choremu miskę nerkową, ligninę i wodę do przepłukania ust oraz ułożyć go w pozycji bezpiecznej lub półsiedzącej tak, aby nie doszło do zachłyśnięcia [5]. Konieczne jest podawanie zleconych leków przeciwwymiotnych, środków nawadniających i uzupełniających niedobory elektrolitowe, np.: płynu wieloelektrolitowego [4]. W przypadku gdy wymioty się utrzymują, należy prowadzić bilans płynów i obserwować pacjenta w kierunku występowania objawów odwodnienia, takich jak: suchość skóry i błon śluzowych, zmniejszona diureza a także pogorszenie stanu świadomości.

W opiece pielęgniarskiej należy zwrócić uwagę na gorączkę spowodowaną zakażeniem OUN. Działania pielęgniarki powinny być ukierunkowane na obniżenie temperatury ciała i zapobieganie jej wzrostowi poprzez stosowanie następujących interwencji: monitorowanie i odnotowywanie temperatury ciała w karcie obserwacyjnej, zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali chorych (temperatura 16–19°C, wilgotność powietrza w granicach 60%), stosowanie okładów chłodzących lub zimnych kompresów żelowych na okolice przebiegu dużych naczyń krwionośnych, okolice skroni i czoła [5].

Ze względu na wzmożoną potliwość konieczna jest częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej w zależności od intensywności pocenia się chorego, podawanie zleconych środków przeciwgorączkowych, gorączkowych, podawanie zleconych antybiotyków zgodne z antybiogramem, pobranie krwi do badania mikrobiologicznego w przypadku temperatury ciała powyżej 38,5°C [3, 4].

Pielęgniarka realizując opiekę nad pacjentem z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych szczególną uwagę powinna również zwrócić na możliwość pogorszenia się stanu neurologicznego pacjenta w związku z obrzękiem mózgu i wzrostem ciśnienia wewnątrzczaszkowego, a także na ryzyko urazów u pacjentów z zaburzeniami świadomości, pobudzonych i z napadami drgawkowymi. Działania pielęgniarki w tym obszarze mają za zadanie zapewnienie bezpieczeństwa choremu oraz zapobieganie dalszemu pogorszeniu się stanu pacjenta. W tym celu niezbędne jest prowadzenie obserwacji chorego, udokumentowanej w indywidualnej karcie obserwacji, monitorowanie parametrów życiowych, stanu świadomości, ewentualnego wystąpienia objawów ogniskowych i wyższe ułożenie głowy pacjenta. Dla zapewnienia bezpieczeństwa i zmniejszenia ryzyka pobudzenia niezbędne jest zastosowanie udogodnień i drabinek przyłóżkowych, zapewnienie spokoju i stałości elementów otoczenia oraz częsta obecność przy chorym wyznaczonego personelu pielęgniarstwa.

Członkowie zespołu terapeutycznego realizując opiekę nad pacjentem hospitalizowanym z podejrzeniem lub rozpoznaniem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zobowiązani są do przestrzegania zasad reżimu sanitarnego w związku z możliwością rozprzestrzenienia się czynnika chorobotwórczego [2].

Wskazania epidemiologiczne, ukierunkowane są na stosowanie wewnętrznych procedur przeciwepidemicznych, opracowane przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych dotyczą m.in.: przestrzegania izolacji, zasad utrzymania higieny rąk, postępowania z brudną bielizną, gospodarką odpadami medycznymi, edukacji pacjenta i jego rodziny w zakresie zapobiegania przenoszenia czynnika chorobotwórczego w szpitalu i środowisku domowym, edukacji personelu medycznego przez członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w zakresie procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym i wystąpieniu szpitalnego ogniska epidemicznego [1, 2, 6].

Podsumowanie

W szpitalu niezbędny jest system proceduralowy w zakresie zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, integrujący wszystkie komórki organizacyjne. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych polega na rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych, sumiennej realizacji uaktualnianego planu opieki, z czynnym udziałem w procesie diagnostycznym i leczniczym oraz z wdrażaniem i stosowaniem procedur przeciwepidemicznych.

Edukacja chorego i jego rodziny jest kluczowym działaniem zapobiegającym rozprzestrzenieniu się czynnika chorobotwórczego w środowisku szpitalnym i domowym. Zintegrowane działania zespołu terapeutycznego mogą skutkować poprawą jakości opieki nad chorym oraz wzrostem świadomości społeczeństwa na temat profilaktyki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Horban A., Hryniewicz W. i wsp., Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2011, 7-84.
2. Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz. U. Nr 234, poz. 1570).
3. Przondo-Mordarska A., Badania ośrodkowego układu nerwowego. Procedury diagnostyki mikrobiologicznej w wybranych zakażeniach układowych, Continuo, Wrocław 2004, 47-49.
4. Burk-Jubelt B., Zakażenia bakteryjne, w: Neurologia Merritta, Kwieciński H., Kamińska A.M. (red.), tom I, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, 141-150.
5. Juszczyk J., Troszczyńska-Napierała H., Wybrane choroby infekcyjne układu nerwowego, w: Pielęgniarstwo Neurologiczne, Jaracz K., Kozubski W. (red.), PZWL, Warszawa 2008, 349-357.
6. Fleischer M., Bober-Gheek B., Zakażenia wybranych układów, Inne, Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2002, 257-262.

Adres do korespondencji:

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

STOSOWANIE PRAKTYK MOBBINGOWYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH Z PUNKTU WIDZENIA ART. 218 § 1 KODEKSU KARNEGO. UWAGI WYBRANE

INCIDENCE OF MOBBING PRACTICES IN HEALTHCARE INSTITUTIONS IN TERMS OF ART. 218 § 1 OF THE CRIMINAL LAW. SELECTED NOTES

KRZYSZTOF GIEBUROWSKI

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

Autor przedstawia zagadnienie mobbingu, deliktu z zakresu prawa pracy, z punktu widzenia możliwości popełnienia przestępstwa naruszenia praw pracowniczych (art. 218 § 1 KK). W artykule podkreśla się, że jedynie część zachowań podpadających pod definicję legalną, o której mowa w art. 94 [3] § 2 KP, kwalifikuje się jako to przestępstwo. Inne, mogą stanowić odmienny typ przestępstwa lub przestępstwem być nie muszą.

Słowa kluczowe: mobbing, przestępstwo, podmiot leczniczy.

Summary

The author presents the problem of mobbing, the tortious act of labor law with respect to the possibility of employees' laws contravention (Art. art. 218 § 1 Criminal Law). The article underline that only the part of behavior codified in art. 94³ § 2 Labor Law as mobbing, is qualified as a crime. The others may represent contrary type of crime or even might not be a crime.

Key words: mobbing, crime, healthcare institution.

Wprowadzenie

Przedmiotem artykułu jest ocena praktyk mobbingowych w podmiotach leczniczych z punktu widzenia odpowiedzialności karnej, w szczególności z tytułu popełnienia przestępstwa naruszenia praw pracowniczych w typie podstawowym.

Jego znamiona, opisane w art. 218 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.; dalej jako: KK), zamieszczonego w rozdziale XXVIII o intytulacji: „Przestępstwa przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową”, zostały ujęte w sposób następujący: „*Kto, wykonując czynności w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, złośliwie lub uporczywie narusza prawa pracownika wynikające ze stosunku pracy lub ubezpieczenia społecznego, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2*”. Godzi się przy tym zauważyć, że w odbiorze społecznym, dodajmy – nie do końca zasadnym, bowiem najczęściej wynikającym z niewłaściwej oceny rozumienia dosłownego sensu powołanego przepisu, odpowiednikiem zjawiska mobbingu, o którym mowa w art. 94 [3] § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998, Nr 21, poz. 94 ze zm.; dalej jako: KP): „*Mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przy-*

datności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników”, jest na gruncie prawa karnego przestępstwo naruszenia praw pracowniczych.

Trzeba podkreślić, że w prawie karnym nie ma samodzielnego typu przestępstwa mobbingu. Zachowanie kwalifikowane tenże delikt prawa pracy nie musi być przestępstwem w ogóle lub przestępstwem naruszenia praw pracowniczych. Ocena tego przedmiotu jest każdorazowo wynikiem analizy stanu prawnego i stanu faktycznego w tzw. procesie subsumcji czynu jako zdarzenia konkretnego do przepisu ustawy karnej [2]. Dopasowanie przepisu ustawy określającego typ przestępstwa (najczęściej spośród wielu) do zdarzenia konkretnego wyraża się z kolei – używając słów I. Andrzejewa – w takim zbliżeniu przepisu (w drodze wykładni ustawowych znamion określonego przestępstwa, np. art. 212, art. 218 § 1, art. 207, art. 199 § 1 lub 194 KK) do skróconego opisu zdarzenia (opartego na dowodach; skróconego zawsze z punktu widzenia jednego lub kilku przepisów określających typ przestępstwa), że te dwa zjawiska (przepis i opis) odpowiadają sobie tak dalece, iż wyrazy użyte w jednym i drugim są synonimami albo wręcz są te same [1].

Jak z tego wynika, przypisanie popełnienia przestępstwa z art. 218 § 1 KK wymaga stwierdzenia wszystkich

znamion składających się na ten przepis w skróconym opisie zdarzenia konkretnego. Chodzi o znamiona przedmiotu ochrony, znamiona strony przedmiotowej, znamiona podmiotu i znamiona strony podmiotowej. W tej pracy temat ten poruszę tylko w minimalnym stopniu, wystarczającym by wykazać jakościową różnicę pomiędzy przestępstwem z art. 218 § 1 KK i zjawiskiem mobbingu, o którym mowa w art. 94 KP [3].

Podmiot przestępstwa

Warunkiem *sine quo non* skazania z art. 218 § 1 KK jest wykazanie w postępowaniu karnym, że sprawcą mobbingu jest osoba wykonująca w podmiotach leczniczych czynności w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczenia społecznego. Przestępstwo, o którym mowa należy bowiem do przestępstw indywidualnych. Mówiąc inaczej, sprawcą przestępstwa naruszenia praw pracowniczych może być tylko osoba, która posiada rzeczony wyżej właściwości, wyróżniające ją spośród innych osób [7].

O tym, kto może być podmiotem wykonującym działalność leczniczą informuje art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654; dalej jako UoDL). Przy uwzględnieniu tej okoliczności w kontekście art. 3 KP, w którym czytamy, że „Pracodawcą jest jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudniają one pracowników”, i art. 3 [1] § 1 KP: „Za pracodawcę będącego jednostką organizacyjną czynności w sprawie z zakresu prawa pracy dokonuje osoba lub organ zarządzający tą jednostką albo inna wyznaczona do tego osoba”, pozostaje orzec, że jeżeli czynności tych nie wykonuje sam pracodawca (osoba fizyczna), to sprawcą przestępstwa z art. 218 § 1 KK będzie – jak to słusznie ujął W. Radecki – „każda osoba, która z mocy przepisów wewnętrznych (statutów, regulaminów itp.) bądź z mocy polecenia jest upoważniona do wykonywania w imieniu pracodawcy czynności w sprawach z zakresu prawa pracy (np. prezes zarządu, kierownik filii, kierownik działu kadr itd.)” [9].

Reasumując, odpowiedzialności karnej z art. 218 § 1 KK podlega jedynie nieznaczna grupa osób zaliczanych do mobberów na gruncie prawa pracy. Jak powszechnie wiadomo, mobberem może być nie tylko przełożony, ale i współpracownik oraz podwładny.

Znamiona podmiotowe

Z zestawienia art. 8 KK i art. 218 § 1 KK wynika, że przestępstwo naruszenia praw pracowniczych można popełnić tylko umyślnie, czyli w zamiarze, którym sprawca obejmuje wszystkie znamiona przedmiotowej strony tego przestępstwa. Mówiąc inaczej, sprawca musi posiadać świadomość, że jego działanie lub zaniechanie stanowiło naruszenie prawa pracownika wynikającego

ze stosunku pracy lub ubezpieczenia społecznego. Przy tym, nie uchylają odpowiedzialności karnej sprawcy takie okoliczności, jak: mylne wyobrażenie, że czyn jest społecznie pożyteczny, nieświadomość zakazu karnego lub omyłkowe przyjęcie okoliczności wyłączającej bezprawność czynu [8].

Przestępstwo, o którym mowa w art. 218 § 1 KK, posiada dodatkowo znamię podmiotowe w postaci złośliwości, ograniczające umyślność do zamiaru bezpośredniego oraz znamię podmiotowe w postaci uporczywości. Przede wszystkim pierwsze charakteryzuje szczególnie negatywne nastawienie sprawcy czynu. Są to przy tym znamiona nieostre i niedookreślone.

Mały słownik języka polskiego [10] wskazuje, że wyznacznikiem złośliwości jest zachowanie nacechowane wrogością i niechęcią [3]. Dodajmy, że na gruncie wskazówek podanych w art. 20 Prawa o wykroczeniach z 1932 r. niektórzy komentatorzy dowodzili, że chęć dokuczenia innym (w badanym przypadku pracownikowi) jest nie tylko motywem zachowania sprawcy, ale i jego celem [11].

Zdaniem autora: działając złośliwie to wprost chcieć skutku, którym w tym wypadku jest naruszenie prawa pracownika z zakresu prawa pracy lub ubezpieczenia społecznego. To okazywanie lekceważenia lub dokuczenie pracownikowi. Jest to szczególnie naganne nastawienie psychiczne pracodawcy (lub osoby działającej w jego imieniu) do załatwienia sprawy pracownika. Mówiąc inaczej, zachowaniem złośliwym (sprzecznym z interesem pracownika) jest jedynie takie, którego motywem są wyłącznie (albo przede wszystkim) okoliczności natury osobistej (np. nacechowane niechęcią, uprzedzeniem) pracodawcy do pracownika.

Znamieniem szczególnie interesującym jest drugie w kolejności. Tytułem przykładu. J. Leśniewski [5], poszukując normatywnych jego wyznaczników skłania się do tezy, że uporczywym jest działanie lub zaniechanie przeciwstawiające się merytorycznym argumentom wbrew ich oczywistej słuszności. Na elementy powtarzalności i wielokrotności uporczywości działania lub zaniechania wskazują z kolei W. Wróbel i A. Marek. Zdaniem pierwszego, zachowaniem uporczywym jest trwające dłuższy czas lub powtarzające się w pewnym okresie czasu; uporczywym należy określić – jak twierdzi A. Marek – zachowanie wielokrotne lub długotrwałe [6].

Podobne stanowisko zajął Sad Apelacyjny w Krakowie, w sprawie o sygn. akt. II AK z 289/00. Zdaniem SA w Krakowie w zwrocie językowym „uporczywie” tkwią wielokrotność uchylania się od wykonania powinności prawnej, z jednej strony a z drugiej strony – świadomość niweczenia tym możliwości osiągnięcia stanu założonego przez prawo [12].

Tak więc, wielokrotne lub trwające dłuższy czas, sprzeczne z interesem danego pracownika, zachowanie pracodawcy (lub osoby działającej w jego imieniu), którego podłożem jest osobiste ujemne jego nastawienie do pracownika jest – z reguły – istotnym wyznacznikiem stwierdzenia wystąpienia w skróconym opisie konkret-

nego zdarzenia znamienia uporczywości, o której mowa w art. 218 § 1 KK.

Godzi się zauważyć, że art. 94 [3] § 2 KP posługuje się podobnymi także zwrotami niedookreślonymi i nieostryymi.

Znamiona przedmiotowe

Naruszeniem praw pracownika – jak twierdzi O. Chybiński – jest „*nieprzestrzeganie przepisów przyznających te prawa, np. przepisów o czasie pracy, o pracy młodocianych, o urlopach, o ubezpieczeniu społecznym*”, o wypowiedzeniu umowy o pracę, o wynagrodzeniu, o możliwych potrąceniach itd. Chodzi zatem o prawa pracownika wynikające ze stosunku pracy, czyli takiego, w którym „*pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem*” (art. 22 § 1 KP), przy czym, nazwa zawartej przez strony umowy jest w tym wypadku bez znaczenia (art. 22 § 1 [1] KP), jak i o jego prawa wynikające z ubezpieczenia społecznego, jakie pozostają w związku z wykonywaną pracą zarobkową.

Porównując ten element ze spektrum działań, które noszą cechy mobbingu w rozumieniu prawa pracy, takie, jak: unikanie rozmów z mobbingowanym pracownikiem, przerywanie mu wypowiedzi, reagowanie na uwagi pracownika krzykiem, nieustanna krytyka zachowania zawodowego pracownika, zlecanie pracownikowi zadań niewspółmiernych do posiadanych kwalifikacji, zlecanie zadań zagrażających zdrowiu pracownika itd. pozostaje jedynie stwierdzić, że niemal każde z tych działań jest równocześnie naruszeniem odpowiednich przepisów przyznających pracownikowi określone uprawnienia.

Godzi się zauważyć, że znamiona strony przedmiotowej art. 218 § 1 KK obejmują również zachowania stanowiące wyraz molestowania seksualnego, nierównego traktowania lub dyskryminacji itd. Jednakże nie obejmują sytuacji powstałej w następstwie wydania przez pracodawcę polecenia dotyczącego pracy [13].

Przestępstwo, o którym mowa, jest przestępstwem formalnym. Warunkiem jego przypisania nie jest np. narażenie pracownika na jakąkolwiek szkodę. Jest dokonane już z chwilą naruszenia jego praw [9].

Przedmiot ochrony

Przestępstwo z art. 218 § 1 KK jest przestępstwem, którego głównym przedmiotem ochrony są prawa pracownicze wynikające ze stosunku pracy lub z przepisów o ubezpieczeniu społecznym. Ochroną tego przepisu, podobnie jak miało to miejsce pod rządami art. 190 KK z 1969 r. [9], objęte są nie tylko prawa majątkowe, ale i prawa o charakterze niemajątkowym przysługujące pra-

cownikowi. Kluczowym jest w tym wypadku pojęcie pracownika. Od ustalenia jego zakresu zależy bowiem ten sam lub różny zakres stosowania art. 94 [3] KP i art. 218 § 1 KK.

W doktrynie prawa karnego spotykamy się z dwolistym sposobem podejścia do interpretacji znamienia „pracownik”, o którym mowa w art. 218 § 1 KK. Pierwszy, pojęcie to, odpowiednio – praw pracowniczych, odnosi do podmiotu, który świadczy pracę także na podstawie umowy o świadczenie usług, opartej o konstrukcję umowy o dzieło lub umowy zlecenia. W takim wypadku pojęcie pracownika będzie szersze od pojęcia równokształtnego do którego stosuje się art. 94 KP [3]. Drugi, definiuje to pojęcie w oparciu o treść zamieszczoną w art. 2 KP – „*pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę*”.

Zdaniem autora: bardziej prawidłowy jest drugi sposób wykładania terminu pracownik. Czym innym jest bowiem świadczenie pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej i wykonywanie pracy o charakterze pracowniczym na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia, albowiem – jak wynika to z art. 22 § 1 [1] KP – zatrudnieniem o charakterze pracowniczym, bez względu na nazwę zawartej przez strony umowy, jest świadczenie pracy w warunkach określających stosunek pracy, o czym była już mowa.

Dodajmy, że bez względu na sposób podejścia do interpretacji rzeczzonego pojęcia przyjąć należy, że prawa osób pełniących służbę w formacjach zmilitaryzowanych – tj. w Policji, wojsku, Straży Granicznej itd., nie są chronione przez art. 218 § 1 KK.

Podsumowanie

Odpowiedzialności karnej z tytułu popełnienia przestępstwa naruszenia praw pracowniczych, o którym mowa w art. 218 § 1 KK, podlega niewielki zbiór osób w relacji do katalogu sprawców działania lub zachowania o cechach mobbingu, w rozumieniu art. 94 [3] § 2 KP. Odpowiedzialności karnej z art. 218 § 1 KK podlegają wyłącznie pracodawca będący osobą fizyczną lub osoba (osoby), która w jego imieniu wykonuje czynności z zakresu prawa pracy lub ubezpieczenia społecznego na podstawie statutów, regulaminów lub poleceń.

Znamiona strony przedmiotowej przestępstwa art. 218 § 1 KK, w szczególności dotyczące naruszenia prawa pracownika z zakresu prawa pracy lub ubezpieczenia społecznego, obejmują niemal całe spektrum działań lub zachowań w piśmiennictwie prawa pracy postrzeganych jako mobbing. Obejmują także zachowania stanowiące wyraz molestowania seksualnego, nierównego traktowania lub dyskryminacji, czyli zachowań jakościowo różnych od mobbingu.

Szerokie spektrum zachowań odpowiadających istocie znamion strony przedmiotowej przestępstwa z art. 218 § 1 KK jest ograniczone potrzebą uwzględnienia

jego znamion strony podmiotowej, w szczególności znamienia „złośliwości” lub znamienia „uporczywości” zachowania osób odpowiedzialnych karnie. Znamiona te zostały ujęte alternatywnie, co nie wyklucza możliwości ich kumulatywnego wystąpienia w konkretnym stanie faktycznym.

W sytuacji braku samodzielnego typu przestępstwa praktyki mobbingowe zachodzące w podmiotach leczniczych podlegają ocenie prawnokarnej z punktu widzenia wielu przepisów ustawy karnej, w tym przepisów karnych zamieszczonych w KP. Jest przy tym rzeczą możliwą, że konkretny przypadek jako delikt prawa pracy nie będzie przestępstwem lub będzie przestępstwem innego typu. Terror psychiczny lub tzw. tyranizowanie pracownika, jak bywa to zjawisko definiowane w literaturze przedmiotu, oczywiście – po stwierdzeniu wystąpienia dodatkowych okoliczności w skróconym opisie zdarzenia faktycznego, może wyczerpywać znamiona np. przestępstwa opisanego w art. 207 § 1 KK lub z art. 191 § 1 KK.

PIŚMIENNICTWO

1. Andrejew I., Kwalifikacja prawna czynu przestępnego, Warszawa 1987, 16.
2. Andrejew I., Rozpoznanie znamion przestępstwa, Warszawa 1968, 35.
3. Burda M., Bury B., Obowiązek naprawienia szkody w przypadku popełnienia przestępstwa naruszenia praw pracowniczych wynikających ze stosunku pracy lub ubezpieczenia społecznego, *Monitor Prawa Pracy*, 2008, 7, 345.

4. Chybiński O., Przestępstwa przeciwko prawom pracownika, w: *Prawo karne. Część szczególna*, pod red. W. Świdy, Wrocław–Warszawa 1977, 229.
5. Leśniewski J., Karnosądowa ochrona prawa pracownika według art. 190 KK, Warszawa 1990, 169.
6. Marek A., Komentarz do art. 218 Kodeksu karnego, (w: *Kodeks karny. Komentarz, System Informacji Prawnej (Lex Omega)*, 2008, 1.
7. Marek A., *Prawo karne w pytaniach i odpowiedziach*, Toruń 1994, 67.
8. Mioduski K., *Zasady odpowiedzialności karnej* (w:) Bafia J., Mioduski K., Siewierski M., *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1971, 29.
9. Radecki W., *Przestępstwa przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową*, w: *Kodeks karny. Część szczególna. Tom 1. Komentarz*, pod red. A. Wąska, Warszawa 2004, 1150-1152.
10. Skorupka S., Anderska H., Łapicka Z., *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1993, 1009.
11. Siewierski M., *Kodeks karny i Prawo o wykroczeniach. Komentarz*, Warszawa 1965, 431.
12. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 13.12.2000r., II AKz 289/00, *Krakowskie Zeszyty Sądowe*, 2000, Nr 12, poz. 28.
13. Wyrok Sądu Najwyższego z 8 grudnia 2005r., I PK 103/05, OSNP, Nr 21-22, poz. 321.

Adres do korespondencji:

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

ZESPÓŁ ADHD A FUNKCJONOWANIE MOTORYCZNE

ADHD AND MOTOR FUNCTIONS

AGNIESZKA NOWOGRODZKA¹, BARTOSZ PIASECKI²

¹Institut Psychologii

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Dyrektor: prof. dr hab. Jerzy Brzeziński

²Zakład Psychologii Klinicznej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Ewa Mojs

Streszczenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi jest to używane obecnie polskie rozwinięcie skrótu ADHD, czyli Attention Deficit Hiperactivity Disorder. Choroba ta charakteryzuje się wczesnym początkiem (symptomy muszą pojawić się przed 7. rokiem życia) oraz występowaniem trzech grup objawów kryterialnych: nadruchliwością, impulsywnością i zaburzeniami uwagi. W związku z wymienionymi objawami osoby z ADHD doświadczają licznych trudności w innych sferach życia. Istniały hipotezy, że jedną z poważniejszych trudności tej grupy dzieci są zaburzenia funkcjonowania motorycznego, które oprócz podstawowych objawów dodatkowo utrudniają ich codzienną aktywność. Dokonany przegląd badań pokazuje, że nie można traktować dysfunkcji motorycznych jako integralnej części obrazu choroby. Trudności te bowiem są rezultatem współwystępowania wraz z nadpobudliwością innych rozwojowych zaburzeń koordynacji.

Słowa kluczowe: ADHD, zaburzenia motoryczne, neuropsychologia.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi (według DSM – IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) jest to używane obecnie polskie rozwinięcie skrótu ADHD czyli Attention Deficit Hiperactivity Disorder [1]. Choroba ta charakteryzuje się wczesnym początkiem (symptomy muszą pojawić się przed 7. rokiem życia) oraz występowaniem trzech grup objawów kryterialnych: nadruchliwością, impulsywnością i zaburzeniami uwagi. Prezentowane przez dzieci problemy w tych sferach są nietypowe dla określonego wieku czy poziomu rozwoju oraz w istotny sposób zaburzają funkcjonowanie społeczno-edukacyjne dziecka. ADHD jest najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem wieku dziecięcego (1–5%), o bardzo dużym wpływie na życie jednostki i społeczeństwa, skutkującym kosztami finansowymi, stresem całych rodzin, problemami interpersonalnymi, zahamowaniem edukacyjnym i zawodowym [2]. W klasyfikacji DSM – IV wyróżnić można trzy podtypy zaburzenia: typ dominujący nieuważny, typ dominujący nadpobudliwy – impulsywny oraz typ mieszany. Dokonane rozróżnienie powstało, gdyż część dzieci może ujawniać jeden aspekt zespołu,

Summary

Attention Deficit Hiperactivity Disorder according to DSM-IV is a syndrome of disorders which appear before 7 years of age. The disease is characterized by early onset of symptoms. All manifestations constitute 3 basal groups: overreactivity, hyperactivity and attention deficits. All these symptoms may produce secondary problems in different areas of life. One of possible secondary deficits that were studied relate to motor dysfunctions that often can be seen in children with ADHD. Research review showed that these symptoms aren't specific to ADHD but are a result of comorbid Developmental Coordination Disorder (DCD).

Key words: ADHD, motor dysfunction, neuropsychology.

problemy z uwagą lub nadmierną pobudliwością, najczęściej jednak spotykany jest typ łączony [3].

Jeszcze na przełomie XIX i XX wieku objawy, które teraz określamy jako zespół ADHD, były uważane za słabość moralną, której przyczyna leżała po stronie rodziców i/lub dzieci. Za prekursora naukowego podejścia do zagadnienia można uważać Georga Frederica Stilla, który w początkach XX wieku sugerował, iż w myśleniu o tym problemie powinno się rozważyć wpływ dziedziczenia i biologii [4]. Dotychczasowe badania, pomimo iż nie pozwoliły jeszcze na jednoznaczne ustalenie przyczyn, mechanizmów zespołu, pozwalają jednak stwierdzić, że ADHD jest przede wszystkim zaburzeniem dziedzicznym. Wyniki porównań grup bliźniąt mono- i dizygotycznych ze Stanów Zjednoczonych, Australii i Unii Europejskiej ukazują, że wkład czynnika genetycznego dla zespołu ADHD wynosi ok. 77%, co czyni ADHD jednym z najbardziej determinowanych genetycznie zaburzeń psychicznych [2, 5, 6]. Obrazowanie przy użyciu magnetycznego rezonansu jądrowego (magnetic resonance imaging – MRI) pozwoliło wyodrębnić struktury mózgu będące prawdopodobną przyczyną

choroby. Castellanos, Rapoport i inni wykazali istotne różnice w wielkości całego mózgu, jak i jego poszczególnych obszarów (przede wszystkim kory przedczołowej), między dziećmi z ADHD, a dziećmi zdrowymi. Zametkin i inni używając PET (positron emission tomography) badał ogólny poziom metabolizmu glukozy w mózgu [7, 8]. Stwierdzono, iż jest on istotnie mniejszy u osób z ADHD, szczególnie w okolicach przedczołowych i przedmotorycznych. Źródłem zespołu poszukuje się także w nieprawidłowej aktywności neuroprzekazników, szczególnie dopaminy i noradrenaliny. Badania pozwoliły wyselekcjonować dwa geny odpowiedzialne za gospodarkę dopaminową i związane z występowaniem choroby – DRD4 oraz DAT1 [9]. Nieadekwatny poziom dopaminy jest przyczyną obniżonej selekcji bodźców, a także zaburzonej regulacji czynności związanych z procesami emocjonalnymi. Niedobór noradrenaliny powodować może nieidentyfikowanie bodźców informujących o zagrożeniu i brak gotowości na nie, jej nadmiar natomiast skutkuje stanem ciągłego pobudzenia organizmu [7].

Impulsywność osób z ADHD, pierwszy z objawów kryterialnych zespołu, charakteryzuje się działaniem bez refleksji nad konsekwencjami, adekwatnością i poprawnością zachowania. Dziecko funkcjonuje podporządkowując się aktualnym stanom, nie potrafi zatrzymać swoich odpowiedzi na pojawiające się bodźce. Pojawiają się poważne problemy w planowaniu, organizacji, kontrolowaniu zachowań. Możliwe są także przejawy impulsywności w procesach poznawczych. Wytwory dzieci, pisemne czy ustne, są chaotyczne, nieuporządkowane [7].

Zaburzenia uwagi w ADHD dotyczą zarówno trudności z jej koncentracją, jak i utrzymywaniem. Osoby z zespołem wyróżniają się wysoką podatnością na dystraktory, uniemożliwiającą prawidłową selekcję istotnych bodźców i informacji. Hallowel opisuje deficyty uwagi w kategorii chwiejności [4]. Oprócz epizodów braku koncentracji wyróżnia on także stany nadmiernego skupiania się, w trakcie których dziecko może godzinami zagłębiać się w świat gier czy własnych wytworów.

Nadruchliwość (nadpobudliwość), to nadmierna aktywność motoryczna niezwiązana z działaniem celowym [10]. Dzieci z ADHD mogą wykonywać zbyt wiele ruchów pozostając jeszcze w łonie matki, w niemowlęctwie są często niespokojne, dużo płaczą, mało śpią, trudno je uspokoić [11]. W późniejszym okresie dziecko pozostaje cały czas w ruchu, raczej biega niż chodzi, wykazuje nasiloną gestykulację i aktywność rąk i nóg, stale rozmawia, przeszkadza. W obrazie klinicznym pojawiają się także często ruchy przymusowe, tiki, szczególnie w sytuacjach stresujących lub, gdy aktywność dziecka jest silnie ograniczona [10, 11].

W związku z wymienionymi wyżej objawami osoby z ADHD doświadczają licznych trudności w innych sferach życia. Reakcje emocjonalne chorych są często bardzo gwałtowne i trudne do opanowania, pojawiają się problemy ze wzbudzaniem motywacji do działania. Nierzadko dzieci są nieakceptowane przez rówieśników, mają kłopoty z utrzymaniem satysfakcjonujących relacji

społecznych. Zaobserwowano również obniżenie zdolności szkolnych. Dzieci z ADHD osiągają wyniki poniżej swoich możliwości, mają problemy z czytaniem i pisanem, rzadziej decydują się na kontynuowanie nauki na wyższych szczeblach [11].

Jednym z aspektów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, któremu niewiele miejsca jak dotąd poświęcono w polskiej literaturze tematu, są zaburzenia funkcji motorycznych. Już od przeszło wieku dzieci z trudnościami ruchowymi łączone są z behawioralnymi przejawami nieuwagi, nadaktywności i impulsywności [12]. Liczne badania wydają się potwierdzać te obserwacje. Steger i in. odkrył, iż dzieci z ADHD przejawiały więcej trudności w motoryce małej, Tervo i in. zauważył, iż dzieci z nadpobudliwością psychoruchową i jednocześnie z zaburzeniami motorycznymi miały częściej podtyp mieszany ADHD [13]. W szczegółowo zaplanowanych badaniach, w których porównywane były dwie grupy chłopców mających podtyp nieuwagi i mieszany z grupą kontrolną (dobre pod względem wieku i IQ słownego), Piek i in. zaobserwował, że dzieci zdrowe były istotnie lepsze przede wszystkim w motoryce małej [14]. Przewaga była szczególnie wyraźna w porównaniu do grupy dzieci nieuwaganych. Rezultaty te znalazły potwierdzenie w późniejszych badaniach tej samej grupy badawczej [12]. Około 50% dzieci z ADHD, bez względu na podtyp choroby, przejawiało problemy w umiejętnościach motorycznych.

Obecnie powszechnie uznaje się, iż niewiele ponad połowa dzieci z ADHD może ujawniać deficyty w funkcjonowaniu motorycznym, a wysoki procent nadpobudliwych dzieci (także około 50%) spełnia kryteria rozwojowych zaburzeń koordynacji (DCD – Developmental Coordination Disorder) [14, 15] (Tabela 1).

Zaburzenie to jest rozpoznawane u dzieci, u których poziom funkcjonowania ruchowego jest niższy od oczekiwanego ze względu na wiek lub sprawność intelektualną. Deficyty w motoryce małej i dużej istotnie wpływają na osiągnięcia szkolne i codzienną aktywność dziecka (Tabela 1) [12, 18]. O zaburzeniu tym mówi się także często jako o dyspraksji czy syndromie dziecka niezdarnego.

W opisywanych wyżej badaniach Pitchera i in. u wysokiego odsetka dzieci z nadpobudliwością psychoruchową z deficytami uwagi (50%) występowało także DCD [12]. Gdy z badań wykluczono te dzieci, okazało się, że grupa „z samym ADHD” nie różniła się pod względem zdolności ruchowych od grupy kontrolnej. Oznacza to, iż deficyty motoryczne zaobserwowane u dzieci z ADHD wynikały ze współwystępowania zaburzenia z DCD, a nie są rezultatem objawów nadpobudliwości.

Tak bliskie powiązanie ADHD i DCD nie jest zaskakujące zważywszy na fakt ich wspólnego rozwoju z Minimalnej Dysfunkcji Mózgowej (MBD – Minimal Brain Dysfunction) [13, 14]. MBD było koncepcją, która skupiała dzieci, u których ujawniały się trudności w nauce, niezdarność, nadaktywność i nieuwaga, jednak z czasem ją porzucono ze względu na zbyt ogólny charakter [13]. Obecnie nadal zwraca się uwagę na bliskie podobień-

Tabela 1. Objawy DCD
Table 1. DCD symptoms

Objawy w wieku pre-szkolnym	Objawy w wieku szkolnym
<ul style="list-style-type: none"> • opóźnienia w osiąganiu kolejnych etapów rozwoju: siadania, wstawania, chodzenia, mówienia • dziecko może nie być zdolne do biegania, skakania • ma problemy z ubieraniem się • znacznie więcej czasu niż rówieśnikom zabiera wykonywanie każdego działania • zaburzona zdolność do łapania, kopania piłki 	<ul style="list-style-type: none"> • wszystkie dotychczasowe ograniczenia dziecka nadal się utrzymują z niewielki lub żadnym postępem • dziecko słabo radzi sobie w klasie jednak znacznie lepiej w indywidualnym trybie nauczania • mogą pojawić się trudności z przepisywaniem z tablicy • zaburzone zdolności do zapamiętywania instrukcji i wykonywania działań zgodnie z poleceniami • dziecko charakteryzuje słaba ogólna organizacja • trudności w utrzymywaniu prawidłowych relacji rówieśniczych, społecznych

Źródło: opracowano na podstawie [16, 17]
Source: based on [16, 17]

stwo etiologiczne ADHD i DCD. Martin i in. wskazują na zbieżne podłoże genetyczne obu zaburzeń, a wskaźnik dziedziczności dla niektórych podskal DCD i ADHD sięga nawet 72% [15]. Zaskakujący wydaje się więc brak wskazań na wysokie prawdopodobieństwo współwystępowania nadpobudliwości psychoruchowej i rozwojowych zaburzeń koordynacji w klasyfikacjach DSM – IV i ICD – 10. Problem ten zauważono w krajach skandynawskich, gdzie w związku z nim wprowadzono osobną kategorię diagnostyczną DAMP (Deficits in Attention, Motor Control and Perception), która skupia zaburzenia uwagi, kontroli motorycznej oraz percepcji. Gilberg sugeruje, iż dzieci z DAMP'em spełniają kryteria diagnostyczne dla ADHD i DCD [12]. Krytykuje on także pomijanie faktu współistnienia problemów neuropsychologicznych i zaburzeń koordynacji w badaniach nad deficytami uwagi, w tym ADHD [14].

Wysoki wskaźnik współwystępowania ADHD i DCD pozwala przypuszczać, iż u podłoża obydwu zaburzeń leży podobne podłoże neuropsychologiczne. Spośród wielu modeli wyjaśniających neuropsychologiczny mechanizm powstawania i funkcjonowania zespołu ADHD jednym z najbardziej znanych jest koncepcja dysfunkcji hamowania Russela Barkleya [19]. Według autora dla wykonania wszelkiego rodzaju działań, wiążących się z pracą, czy też zabawą, niezbędna jest samokontrola. Ta ostaną jest zdobywana w trakcie dorastania dziecka i wiąże się z umiejętnością angażowania umysłowych aktywności zwanych funkcjami wykonawczymi (executive functions). Umożliwiają one wykonanie zadania poprzez zapamiętanie celu i jego analizę po zakończeniu czynności, stosowanie podpowiedzi, wzbudzenie motywacji oraz kontrolę emocji. Początkowo funkcje te są sterowane zewnątrz – dziecko głośno mówi do samego siebie realizując zadanie. Z czasem jednak ulegają one coraz silniejszej internalizacji.

Dzieci z ADHD charakteryzują się zaburzeniami istotnie ograniczającymi samokontrolę. Podstawowym zakłóceniem jest u nich deficyt hamowania reakcji prowadzący do wtórnych nieprawidłowości w czterech

funkcjach wykonawczych – pamięci operacyjnej, samoregulacji wzbudzenia emocjonalno-wykonawczego, internalizacji mowy i rekonstrukcji [10]. Deficyt hamowania zachowania jest najważniejszym czynnikiem przy powstawaniu objawów, ponieważ stanowi pierwszy etap działania samoregulacyjnego, a przez to umożliwia opóźnienie decyzji o odpowiedzi i ewentualnym powstrzymaniu reakcji o niepożądanych konsekwencjach. Wiąże się ono z trzema wpływającymi na siebie wzajemnie procesami:

- początkowym hamowaniem – zbyt szybkiej, przedwczesnej reakcji na bodziec
- wstrzymaniem trwającej reakcji – umożliwia opóźnienie decyzji o jakości odpowiedzi
- ochroną czasu opóźnienia – zabezpiecza celowe zachowania przed dystraktorami lub konkurencyjnymi zdarzeniami.

Podobny model oparty na zaburzeniu funkcji wykonawczych próbowano zastosować dla wyjaśnienia funkcjonowania osób z DCD. Do takich przypuszczeń skłaniało kilka hipotez. Po pierwsze, dzieci z dyspraksją mają znacznie więcej problemów z koordynacją motoryczną, kiedy wykonywane przez nie zadanie jest bardziej złożone, angażuje wielomodalną integrację oraz wymaga szybkiego i precyzyjnego działania [20]. Do wykonania tego rodzaju zadań niezbędna jest niezakłócona aktywność funkcji wykonawczych, takich jak hamowanie reakcji czy pamięć operacyjna. Dzieci z DCD prócz wymienionych mają także deficyty w wykrywaniu błędów, a także trudności w przewidywaniu i planowaniu [20]. Badania Pieką i in. ukazały jednakże brak związku pomiędzy DCD a zaburzeniami funkcji wykonawczych [20]. Autorzy uważają, iż deficyty zaobserwowane we wcześniejszych eksperymentach wynikały z wpływu współwystępującej symptomatologii ADHD.

Osoby z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi często wykazują zaburzenia funkcjonowania motorycznego, które dodatkowo utrudniają codzienną aktywność. Zgodnie jednak z dokonanym przeglądem badań nie można traktować tych dysfunkcji

jako integralnej części obrazu choroby, gdyż są one rezultatem współwystępowania wraz z nadpobudliwością rozwojowych zaburzeń koordynacji. Zdaniem autorów tego artykułu, tak silny związek obu jednostek chorobowych, ich podobna etiologia, zobowiązuje do zwrócenia nań uwagi zarówno przy diagnozowaniu ADHD i/lub DCD, jak i przy planowaniu badań nad tymi zaburzeniami, pomimo braku tych wskazań w klasyfikacjach ICD – 10 czy DSM – IV. Takie szersze spojrzenie może pozwolić na opracowanie bardziej adekwatnych, kompleksowych oddziaływań leczniczych.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV (wydanie IV). APA, Washington 1995.
2. Biederman J., Advancing the neuroscience of ADHD. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview, *Biol. Psychiatry*, 2005, 57, 1215-1220.
3. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, Zysk i Spółka Poznań, 2003.
4. Hallowell E.M., Ratey J.J., W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych. *Media Rodzina*, Poznań, 2004.
5. Fraone S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E. et al., The neuroscience of ADHD. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disord. *Biol. Psychiatry*, 2005, 57, 1313-1323.
6. Waldman I.D., Gizer I.R., The genetics of attention deficit hyperactivity disorder, *Clin. Psychol. Rev.*, 2006, 26, 396-432.
7. Świdarska M., Neurofizjologia mózgu a syndrom ADHD, w: ADHD – prawie normalne życie, Baranowska W. (red.), WSHE, Łódź, 2007, 33-42.
8. Durston S., Konrad K., Integrating genetic, psychopharmacological and neuroimaging studies: A converging methods approach to understanding the neurobiology of ADHD, *Dev. Rev.*, 2007, 27, 374-395.
9. Swanson J.M., Flodman P., Kennedy J. et al., Dopamine genes and ADHD, *Neurosci. Biohav. Rev.*, 2000, 24, 21-25.
10. Borkowska A.R., ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi, w: *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, Borkowska A.R., Domańska Ł. (red.), PWN, Warszawa 2006, 177-200.
11. Munden A., Arcelus, J., ADHD nadpobudliwość psychoruchowa. *Bellona*, Warszawa 2008.
12. Pitcher T.M., Piek J.P., Hay D.A., Fine motor ability in males with ADHD, *Dev. Med. Child Neurol.*, 2003, 45, 525-535.
13. Kooistra L., Crawford S., Dewey D. et al., Motor Correlates of ADHD: Contribution of reading Disability and Oppositional Defiant Disorder, *J. Learn. Disabil.*, 2005, 38, 195-206.
14. Livesey D., Keen J., Rouse J. et al., The relationship between measures of executive function, motor performance and externalising behavior in 5- and 6-year-old children, *Hum. Mov. Sci.*, 2006, 25, 50-64.
15. Martin N.C., Piek J.P., Hay D., DCD and ADHD: A genetic study of their shared aetiology, *Hum. Mov. Sci.*, 2006, 25, 110-24.
16. Rivard L.M., Missiuna C., Hanna S. et al., Understanding teachers' perceptions of the motor difficulties of children with developmental coordination disorder (DCD), *Br. J. Educ. Psychol.*, 2007, 77, 633-648.
17. www.dyspraxiaireland.com Pobrano z lokalizacji www.dyspraxiaireland.com dnia 14 października 2008 r.
18. Rommelse N.N.J., Altink M.E., Oosterlaan et al., Motor control in children with ADHD and non-affected siblings: deficits most pronounced using the left hand, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2007, 48, 1071-1079.
19. Barkley R.A., Attention-Deficit hiperactivity disorder. *Scientific American*, 1998, 279, 66-71.
20. Piek J.P., Dyck M.J., Nieman A. et al., The relationship between motor coordination, executive functioning and attention in school aged children. *Arch. Clin. Neuropsychol.*, 2004, 9, 1063-1076.

Adres do korespondencji:

Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
bpiasecki@o2.pl

WYBRANE CZYNNIKI OSOBOWOŚCIOWE JAKO PREDYKTORY KSZTAŁTOWANIA SIĘ ZAINTERESOWAŃ I PASJI STUDENTÓW UCZELNI WYŻSZYCH

SELECTED PERSONALITY FACTORS AS PREDICTORS OF SHAPING THE INTERESTS AND PASSIONS OF TERTIARY EDUCATION STUDENTS

JOLANTA TOMCZAK¹, WOJCIECH STRZELECKI²

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

Streszczenie

Wstęp. Zainteresowania, a w szczególności pasje, pełnią niezwykle istotną rolę w życiu człowieka. Na przestrzeni lat mogą się one zmieniać, zacierać bądź ewoluować. Pasja może być również czynnikiem decydującym o wyborze drogi zawodowej. Pielęgnowanie zainteresowań rozbieżnych z wykonywanym zawodem jest niemniej rozwijające.

Cel pracy. Głównym celem pracy jest określenie wpływu wybranych cech osobowości, na posiadanie pasji oraz zainteresowań wśród studentów uczelni wyższych.

Materiał i metody. Grupę badawczą stanowiło 195 osób, będących studentami poznańskich uczelni wyższych. Wśród ankietowanych były 122 kobiety i 73 mężczyzn. Wiek badanych osób wahał się od 20 do 51 lat. Narzędziem badawczym była autorska ankieta oraz wybrane pytania zawarte w kwestionariuszu autorstwa H. Eysencka, EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire-Revised).

Wyniki. 61% badanych studentów posiada pasje, natomiast aż 94% studentów posiada zainteresowania, 6% z badanych studentów nie posiada żadnych zainteresowań. Na podstawie odpowiedzi uzyskanych z ankiety wyodrębniono 14 rodzajów pasji i 17 rodzajów zainteresowań. Wśród badanych studentów cechujących się ekstrawertyzmem w połączeniu ze zrównoważeniem emocjonalnym (sangwinik), aż 70% deklaruje posiadanie pasji, natomiast zaledwie 30% jej nie deklaruje. W grupie flegmatyków – osoby cechujące się połączeniem introwersji ze zrównoważeniem emocjonalnym, 46% posiadało pasje, natomiast aż 54% jej nie posiadało.

Wnioski. Na posiadanie pasji wpływa ekstrawertywny typ osobowości w połączeniu ze zrównoważeniem emocjonalnym. Stwierdzono, że różnica jest istotna statystycznie. Na podstawie przeprowadzonych testów statystycznych nie potwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy płcią a posiadaniem zainteresowań.

Słowa kluczowe: pasja, zainteresowania, cechy osobowości.

Summary

Introduction. Interest, especially passions, takes a crucial role in human life. Over the years, they may change, obliterate or evolve. Passion can also be a main factor in career choice. Taking care of the divergent interest from their professional activities is nevertheless developing.

Aim of the study. The main aim is to determine the impact of selected personal characteristics, to have passion and interest among University students.

Materials and methods. The study group consisted of 195 students of Poznań Universities. Among the respondents were 122 women and 73 men. Age of respondents ranged from 20 to 51 years. The study instrument was an author's survey and chosen questions from questionnaire H. Eysenck, EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire-Revised).

Results. 61% of the students have a passion, and as much as 94% of students have interest 6% of students do not have any interest. Based on responses received from the survey, distinguished 14 types of passion and 17 types of interest Among the students characterized by extraversion combined with the emotional stability (a sanguine), up 70% claim to have passion, and only 30% do not declare it. In the group of phlegmatics-person who were a combination of stability emotional and introversion, 46% had passions, while 54% had not.

Conclusions. Extraversion combined with the emotional stability, have impact on having passion. It was stated that the difference is statistically significant. Based on statistical tests confirmed no statistically significant dependence between sex and having interest.

Key words: passion, interest, personal characteristics.

Wprowadzenie

Teoria trzech superczynników osobowości
Hansa J. Eysencka

Istnieje szereg podziałów teorii osobowości, różniących się przyjętym kryterium różnicującym. Można więc dokonać podziału w oparciu o: wiodącą orientację, specyfikę podejścia oraz o podobieństwo metateoretycznych założeń [1]. Ryckman w podręczniku *Theories of Personality* dokonuje podziału na: teorie psychoanalityczne i neopsychodynamiczne (np. Freud, Jung, Fromm, Erikson), teorie oparte na pojęciu cechy (np. Allport, Cattell, Eysenck), teorie poznawcze (np. Kelly, Beck), teorie społeczno-behawiorystyczne (np. Skinner, Rotter, Bandura), teorie humanistyczno-egzystencjalne (np. Maslow, Rogers, May), teorie konstytucjonalne (np. Sheldon) [1].

Wśród przedstawicieli teorii cech istnieje zgodny pogląd co do tego, że struktura osobowości składa się z pięciu głównych obszarów [3]. Są to: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, neurotyczność, otwartość na doświadczenia [6]. Eysenck twierdził natomiast, że wielką piątkę można zredukować do wielkiej trójki: psychotyczności (połączenia ugodowości z sumiennością), ekstrawersji i neurotyczności. Autor oparł swoją teorię na koncepcji ekstrawersji i nerwicy Junga oraz koncepcji cech układu nerwowego Pawłowa. Był twórcą metod diagnostycznych osobowości PEN (psychotyczność, ekstrawersja, neurotyczność). Sądził, że cechy osobowości są uwarunkowane biologicznie. Potwierdzeniem tego jest fakt, że czynniki PEN zaobserwowano we wszystkich kulturach, a ich natężenie jest u jednostek podobne podczas całego życia. Uwarunkowania genetyczne potwierdzono również badaniami [4].

Eysenck zakładał, że osobowość składa się z temperamentu i inteligencji. W pewnym sensie traktował osobowość jako synonim temperamentu z wyłączeniem inteligencji [4]. Założył, że struktura osobowości jest trójczynnikiowa a poszczególne czynniki traktować należy niezależnie od siebie. Są to: psychotyczność, ekstrawersja i neurotyczność, zwane także przez Eysencka superczynnikami, czynnikami nadrzędnymi czy typami osobowości. Każdy z nich posiada swój drugi biegun (np. przeciwieństwem ekstrawersji jest introwersja, neurotyczności zrównoważenie emocjonalne) [10].

Ekstrawertyków charakteryzuje według autora: asertywność, towarzyskość oraz poszukiwanie doznań i zmian [10]. Ich energia skierowana jest na zewnątrz, przejawiają więc skłonność do aktywności fizycznej. Lubią nowości, a emocje pojawiają się u nich szybko, choć zwykle są powierzchowne. Nie martwią się niepowodzeniami, a do przyszłości nastawieni są optymistycznie [8].

Introwertycy natomiast to osoby zamknięte, odcięte od świata, niechętnie dzielące swój czas z innymi, najlepiej czują się sami ze sobą. Dominuje u nich aktywność psychiczna [4]. Wolą np. czytać książki niż przebywać w towarzystwie, są powściągliwi i lubią wieść uporządkowany tryb życia [8]. Eysenck uważał, że rzadko spotyka się „czystych” ekstrawertyków lub introwertyków, przeważnie typ osobowości znajduje się pośrodku i na-

zwany został typem ambiwalentnym bądź ambiwertywnym [10].

Neurotyczność to według autora brak stabilności emocjonalnej. Neurotyzm związany jest z lękiem oraz ze szczególną wrażliwością autonomicznego układu nerwowego, który sprawia, że powstające emocje są silne i długotrwałe [8]. Neurotycy w opisie Eysencka łatwo ulegają nastrojom, są drażliwi i skłonni do stanów lękowych oraz załamań nerwowych, często popadają w depresję i cierpią na bezsenność [2].

Istotnym elementem teorii Eysencka jest to, że wiązał on typ osobowości z występowaniem chorób psychosomatycznych. Jako zwolennik koncepcji „skaża – stres” zakładał, że niektórzy ludzie rodzą się z określoną skazą, tj. specyficzną słabością, która wspólnie z niektórymi oddziaływaniami środowiska (stres) może prowadzić do patologii. Takimi skazami jest neurotyzm i psychotyzm, ale także skrajne nasilenie ekstrawersji i introwersji. Połączenie np. wysokiego neurotyzmu i ekstrawersji predestynować może do choroby wieńcowej czy zawałów, natomiast nasilenie neurotyzmu i introwersji chorób nowotworowych [2].

Jak wspomniano, w trójczynnikiowej koncepcji Eysencka, temperament uważany jest poniekąd za synonim osobowości, bądź też przynajmniej za jej część. Odnosząc się w tym miejscu do nomenklatury użytej w opisie typów temperamentalnych przez Hipokratesa [11] zauważyć można, że według Eysencka poziom neurotyczności oraz ekstrawersji decydują o typologii temperamentalnej jednostki. I tak oto połączenie neurotyczności i ekstrawersji wiąże się z typem cholerycznym; połączenie stabilności emocjonalnej i ekstrawersji z typem sangwicznym; introwersji z neurotycznością z typem melancholicznym, natomiast zrównoważenie emocjonalne i introwersja tworzą typ flegmatyczny.

Zainteresowania i pasje

Wiele osób posiada zainteresowania, które rozwijają w wolnym czasie. Termin „zainteresowanie” interpretowany może być w różny sposób. Słownik psychologiczny nazywa zainteresowaniem względne utrwalone dążenie do zajmowania się pewnymi przedmiotami oraz jeden z czynników motywujących do pogłębiania wiadomości, poszerzania wiedzy w danej dziedzinie, który jednocześnie może stanowić ogniwo pośrednie między ogólną ciekawością poznawczą jednostki a jej zainteresowaniami [9]. Według Antoniny Guryckiej zainteresowanie jest to „właściwość psychiczna, która przybiera postać ukierunkowanej aktywności poznawczej o określonym nasileniu i przejawia się w wybiórczym stosunku do otaczających nas zjawisk. Zainteresowania są utrwalone, tj. pojawiają się często i ukierunkowaną jednolicie ciekawością. Tak więc zaciekawienia stanowią podstawowy element struktury zainteresowań” [7].

Czasami zainteresowania mogą ewoluować w pasję, która może być wyrażana, jako nadzwyczajne zaintere-

sowanie, wręcz umiłowanie czegoś, któremu towarzyszy uczucie podniecenia, silny entuzjazm wyrażany w kierunku jakiegoś tematu, pomysłu, osoby lub obiektu. Dana osoba posiada pasję, kiedy cechuje ją silne pozytywne ukierunkowanie do czegoś lub szczególnie zainteresowanie jakąś czynnością bądź tematyką. Pasja może dawać ogromne szczęście i satysfakcję. Może jednak ewoluować w niebezpiecznym kierunku, jako że nierzadko osoba ją posiadająca poświęca jej cały swój wolny czas (często również czas przeznaczony na pracę czy rodzinę). Według Martina Seligmana, byłego przewodniczącego Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychologicznego (APA), pasja jest składową szczęścia obok: głębokiego związku emocjonalnego z rodziną oraz zadowolenia z pracy [5].

Autorzy w ankiecie celowo rozdzielają pytania o posiadanie zainteresowań i pasji w celu ich rozróżnienia i unaocznienia rozbieżności tych zjawisk i ich powiązania z określonymi cechami osobowości.

Material i metody

Grupę badaną stanowiło 195 osób, będących studentami poznańskich uczelni wyższych (Uniwersytet Medyczny – 72 osoby, Uniwersytet Przyrodniczy – 60, Uniwersytet Adama Mickiewicza – 22, Uniwersytet Ekonomiczny – 37 i inne uczelnie – 4). Charakterystykę grupy badanej ze względu na kierunek studiów przedstawia tabela 1.

Wśród ankietowanych były 122 kobiety i 73 mężczyzn w wieku od 20 do 51 lat. Większość badanych mieściła się w przedziale wiekowym 20–30 lat (153 osoby), pozostałe grupy wiekowe: 31–40 lat – 29 osób, 41–50 lat – 12 osób, 51 lat – 1 osoba.

Narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy była samodzielnie skonstruowana ankieta, która składała się z 4 pytań zamkniętych, w których badany miał do wyboru jedną lub maksymalnie 4 z zaproponowanych odpowiedzi, 5 pytań otwartych pozwalało respondentowi na swobodną wypowiedź w danej kwestii.

Badanie główne poprzedzone było badaniem pilotażowym, które posłużyło do skonstruowania ankiety użytej w badaniu głównym. W celu przeprowadzenia wstępnych badań próbnych wykorzystanych zostało 10 pytań opracowanych we własnym zakresie. Były to pytania otwarte oraz zamknięte. Badania pilotażowe objęły pięćdziesięciu studentów i odbyły się w roku 2009.

W celu wykonania ostatecznych badań, pytania z części pilotażowej zostały przekształcone w formę pytań zamkniętych oraz częściowo poprawione, aby ostatecznie osiągnąć 9 pytań. Natomiast dodane zostały wybrane pytania zawarte w kwestionariuszu autorstwa H. Eysencka, EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire-Revised) oparte o koncepcje osobowości. Wytypowane zostały skale skrajne, mianowicie skala ekstrawertyzmu (23 pytania) i neurotyzmu (24 pytania). Wybór skal podyktowany został z jednej strony ich użytecznością w określeniu również typologii temperamentalnej, z drugiej te właśnie skale charakteryzuje zdecydowanie wyższa trafność i rzetelność niż pominięte w kwestionariuszu skale (skala psychotyzmu oraz skala kłamstwa).

Ankieta zawierała metryczkę społeczno-demograficzną, zawierającą informacje o płci, wieku, miejscu zamieszkania i kierunku studiów badanych studentów.

W celu wykonania niezbędnych obliczeń stworzona została baza danych w programie Microsoft Excel. Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu SPSS – wersja 17.0.

Wyniki

W pierwszym pytaniu zamieszczonym w ankiecie studenci proszeni byli o określenie czy posiadają bądź nie posiadają zainteresowania, proszeni byli też o ich wymienienie. Następne pytanie dotyczyło tego czy ktoś z wymienionych zainteresowań jest ich pasją.

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi wyodrębniono 14 rodzajów pasji i 17 rodzajów zainteresowań, należą do nich: sport (w tym: piłka nożna, aerobik, siłownia, pływanie,

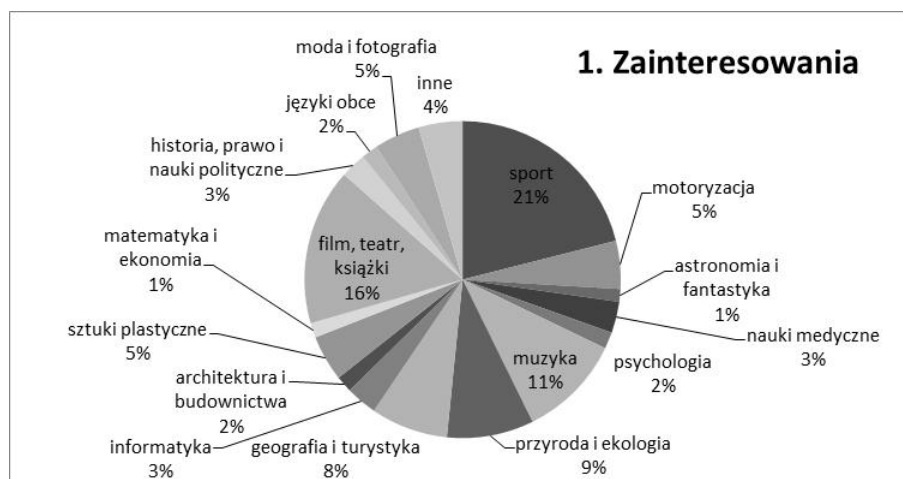
Tabela 1. Grupa badana
Table 1. Research group

Uniwersytet Medyczny (72)	Uniwersytet Przyrodniczy (60)	Uniwersytet Adama Mickiewicza (22)	Uniwersytet Ekonomiczny (37)	Inne uczelnie (4)
Wydział Nauk o Zdrowiu: Pielęgniarstwo (51) Elektrodiagnostyka (2) Ratownictwo medyczne (5) Fizjoterapia (1) Specjalność – Zarządzanie w opiece zdrowotnej (2) Wydział Farmaceutyczny: kosmetologia (9) Wydział Lekarski I (2)	Technologia Drewna – meblarstwo (30) Leśnictwo – specjalność ochrona środowiska leśnego (30)	Geologia (1) Turystyka i rekreacja (8) Gospodarka przestrzenna (5) Fizyka (1) Psychologia kliniczna (1) Socjologia (1) politologia (3) informatyka (1) Prawo (1)	Gospodarka międzynarodowa (3) Finanse i rachunkowość (9) Ekonomia (4) Zarządzanie (13) Towaroznawstwo (2) Logistyka krajowa i międzynarodowa (6)	Politechnika Poznańska: Mechatronika (1) Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa politologia (2) Wyższa Szkoła Bankowa: Finanse i rachunkowość (1)

kolarstwo, taniec, narciarstwo, sztuki walki, spacer, żużel [speedway], siatkówka, joga, żeglarsko, wędkarstwo); motoryzacja; astronomia i fantastyka; nauki medyczne (w tym: medycyna, kosmetologia, dietetyka, pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne); psychologia (psychoonkologia, hipnoza); muzyka (śpiew, gra na instrumencie); przyroda i ekologia (zwierzęta, ornitologia, ogrodnictwo, leśnictwo, łowiectwo, florystyka); geografia i turystyka (geologia, góry); informatyka (komputery, gry komputerowe, nowoczesne technologie informatyczne); architektura i budownictwo (konstrukcje, modelarstwo, meblarstwo); sztuki plastyczne (malarstwo, dekoracja wnętrz, garncarstwo, plastyka, robótki ręczne, feng-shui); matematyka i ekonomia (finanse, giełda); film, teatr, książki; historia, prawo i nauki polityczne; języki obce, moda i fotografia; inne (szachy, harcerstwo, militaria, kolekcjonerstwo, kulinaria, zakupy, praca społeczna). Szczegółowy rozkład procentowy zainteresowań i pasji prezentują odpowiednio ryciny 2 i 3.

Z analizy zaprezentowanych danych wynika, iż wśród zainteresowań i pasji dominowały: sport, muzyka, film, teatr, książki oraz przyroda i ekologia. Najczęściej wymieniane przez badanych studentów pasje to odpowiednio: sport; muzyka; przyroda i ekologia; film, teatr, książki; następnie: sztuki plastyczne, motoryzacja, geografia i turystyka, moda i fotografia; nauki medyczne; historia, prawo i nauki polityczne; psychologia; inne; architektura i budownictwo; języki obce. Wśród deklarowanych przez studentów pasji zabrakło: matematyki, astronomii i fantastyki oraz ekonomii i informatyki.

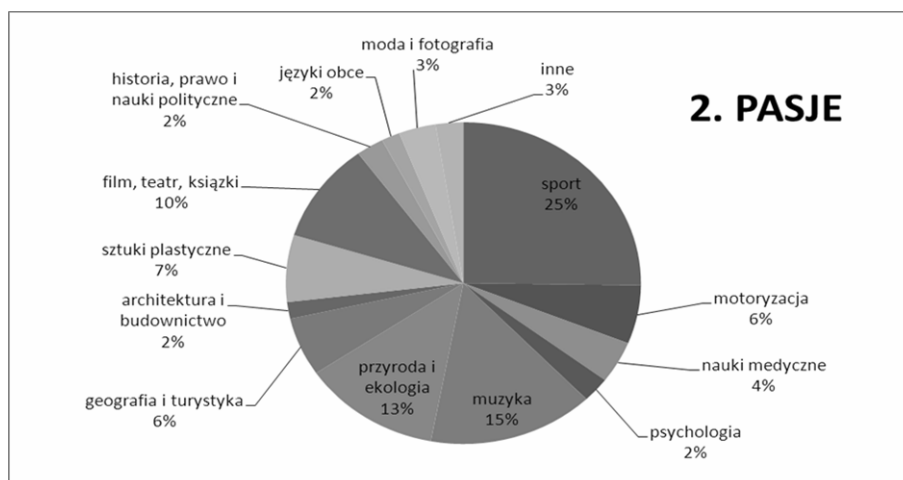
Na podstawie przeprowadzonych testów statystycznych nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy płcią a posiadaniem pasji. Jednakże aż o 10% więcej mężczyzn niż kobiet posiada pasję. Większość z badanych studentów (61%) ukształtowało na przestrzeni swojego życia jakąś pasję. Zależność płci i posiadania pasji przedstawia tabela 2.



Rycina 1. Zainteresowania badanych.

Figure 1. Interests of the respondents.

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



Rycina 2. Pasje badanych.

Figure 2. Passions of the respondents.

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

W populacji badanych studentów mężczyźni częściej niż kobiety wybierali następujące rodzaje pasji: sport, muzyka, architektura i budownictwo, motoryzacja, historia, prawo i nauki polityczne, psychologia. Kobiety zaznaczały najczęściej: film, teatr, książki; sztuki plastyczne, przyroda i ekologia, moda i fotografia. Rodzaje pasji w zależności od płci przedstawia rycina 3.

Ciekawym jest fakt, że kobiety również pasjonują się motoryzacją, natomiast żadna z kobiet nie wskazała architektury i budownictwa, jako swoją pasję; żaden mężczyzna natomiast nie wskazał sztuk plastycznych. Pozostałe pasje (nauki medyczne, języki obce, geografia i turystyka) występowały u obu płci w porównywalnym natężeniu.

Na kolejnym etapie badań analiz zależnościowych wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy skalą ekstrawersji a posiadaniem pasji (Chi-kwadrat Pearsona = 18,053; $df = 2$; Istotność asymptotyczna = 0,000). Wykazano, że aż 78% studentów w tej grupie deklaruje posiadanie pasji natomiast zaledwie 22% jej nie posiada. Zauważono, że im wyższa skala ekstrawersji tym większą zauważa się predyspozycję do posiadania pasji. Zależność pomiędzy skalą ekstrawersji kwestionariusza EPQ-R a posiadaniem pasji przedstawia tabela 3.

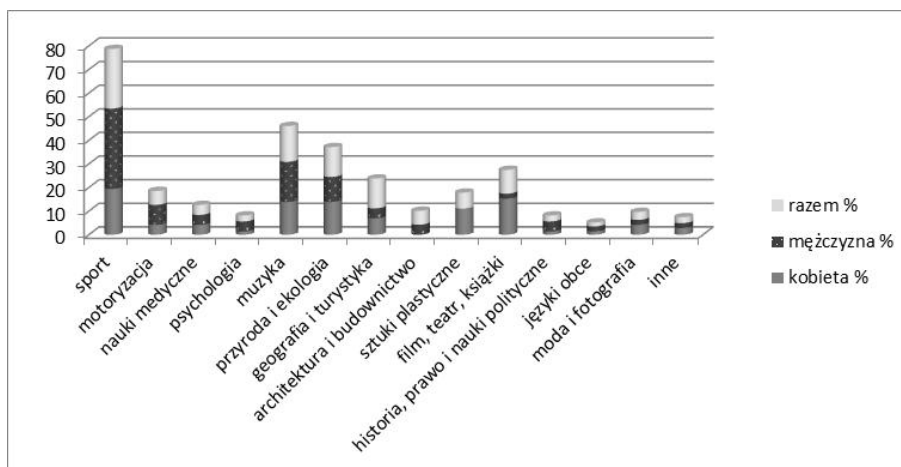
Analizując wybrane cechy osobowości badanych studentów w połączeniu z przezeń deklarowanymi pasjami stwierdza się, iż introwertycy w większości wybierali: motoryzację, geografię i turystykę, psychologię, oraz nauki medyczne a przyrodę i ekologię na równi z ekstrawertykami. Co ciekawe introwertycy nie wybierali następujących kategorii: film, teatr, książki, architektura i budownictwo, historia, prawo i nauki polityczne, języki obce oraz moda i fotografia. Ekstrawertycy natomiast: muzyka, architektura i budownictwo. Ambiertycy: sport, film, muzyka, książki, sztuki plastyczne. Zależność pomiędzy skalą ekstrawersji a rodzajem posiadanej pasji przedstawia rycina 4.

Dalsza analiza wybranych cech osobowości w połączeniu z posiadaną pasją opierała się na skali neurotyzmu i tak odpowiednio badani studenci, których wyniki mieściły się w zakresie neurotyzmu, czyli niezrównoważenia emocjonalnego najczęściej pasjonowali się: sportem, naukami medycznymi, psychologią, muzyką, geografią i turystyką. Zrównoważeni emocjonalnie: motoryzacja, przyroda i ekologia, film, teatr, książki, historia, prawo i nauki polityczne, języki obce, moda i fotografia. Zależność pomiędzy skalą neurotyzmu a posiadaniem pasji przedstawia tabela 4. Zależność pomiędzy skalą neurotyzmu a rodzajem posiadanej pasji przedstawia rycina 5.

Tabela 2. Zależność pomiędzy płcią a posiadaniem pasji.
Table 2. Relation between gender and having a passion.

		Fakt – posiadanie pasji		Ogółem
		posiada pasję	nie posiada pasji	
Płeć	Kobieta	57,6%	42,4%	100,0%
	Mężczyzna	67,1%	32,9%	100,0%
Ogółem		61,0%	39,0%	100,0%

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



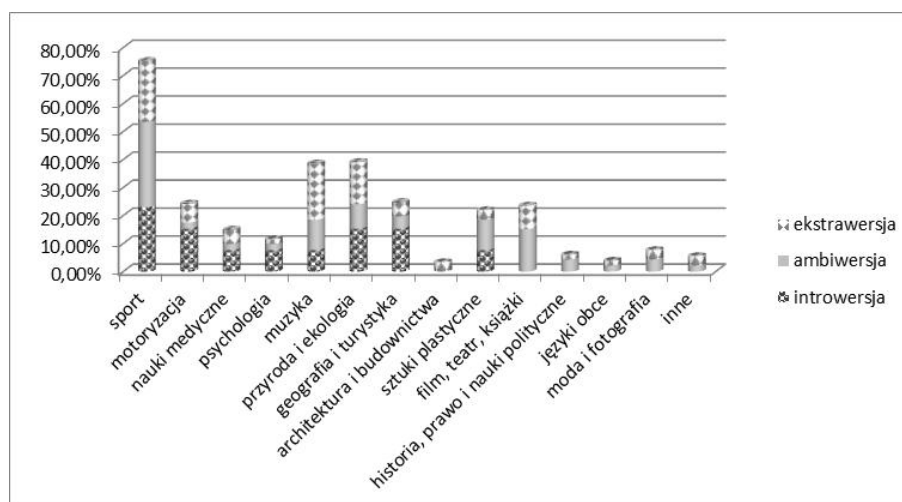
Rycina 3. Zależność pomiędzy płcią a posiadaniem określonej pasji wśród badanych studentów.
Figure 3. Relation between gender and specific passion.

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

Tabela 3. Zależność pomiędzy skalą ekstrawersji a posiadaniem pasji
Table 3. Relation between extraversion scale and having a passion

		Fakt – posiadanie pasji		Ogółem
		posiada pasję	nie posiada pasji	
skala ekstrawersji	introwersja	38,2%	61,8%	100,0%
	ambiwersja	54,8%	45,2%	100,0%
	ekstrawersja	77,9%	22,1%	100,0%
Ogółem		61,0%	39,0%	100,0%

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



Rycina 4. Zależność pomiędzy skalą ekstrawersji a rodzajem posiadanej pasji.
Figure 4. Relation between extraversion scale and specific passion.

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

Tabela 4. Zależność pomiędzy skalą neurotyzmu a posiadaniem pasji
Table 4. Relation between neuroticism scale and having a passion

		Fakt – posiadanie pasji		Ogółem
		posiada pasję	nie posiada pasji	
skala neurotyzmu	wysokie zrównoważenie	60,2%	39,8%	100,0%
	umiarkowane	65,6%	34,4%	100,0%
	wysokie niezrównoważenie	50,0%	50,0%	100,0%
Ogółem		61,0%	39,0%	100,0%

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

Z analizy powyższych danych można wywnioskować, że osoby neurotyczne i introwertywne (melancholik) częściej niż pozostałe interesują się dziedzinami pokrewnymi z ciałem i duszą (medycyna, psychologia, sport). Natomiast osoby ekstrawertywne i zrównoważone emocjonalnie (sangwinik) interesują się dziedzinami mniej związanymi z bezpośrednimi interakcjami międzyludzkimi a wymagającymi kreatywności i aktywności, czyli: film, teatr, książki, historia, prawo i nauki polityczne, architektura i budownictwo, języki obce, moda i fotografia. Neurotyczność i ekstrawersja (choleryk): muzyka. Introwersja i zrównoważenie (flegmatyk): motoryzacja. Zależność między typem temperamentu a posiadaniem pasji przedstawia tabela 5.

Kolejnym krokiem podjętych badań była analiza zależności pomiędzy typem temperamentu a faktem posia-

dania pasji. Wykazano zależność statystyczną ($x^2 = 10,200$; $df = 3$; Istotność asymptotyczna = 0,017).

Analizując zależności pomiędzy posiadaniem pasji wśród badanych studentów cechujących się ekstrawertyzmem w połączeniu ze zrównoważeniem emocjonalnym – co opisuje osobę sangwinika; aż 70% studentów w tej grupie deklaruje posiadanie pasji, natomiast 30% jej nie posiada. Na podstawie tych danych stwierdza się, że prawdopodobieństwo posiadania/kształtowania się pasji wzrasta wprost proporcjonalnie z poziomem ekstrawersji i odwrotnie proporcjonalnie z poziomem neurotyczności. Osoba ekstrawertywna w połączeniu ze zrównoważeniem emocjonalnym opisuje sangwinika, według Eysencka takie połączenie cech temperamentu przejawia się w zdrowiu psychicznym i fizycznym danej jednostki.

Tabela 5. Zależność pomiędzy temperamentem a posiadaniem pasji
Table 5. Relation between personal characteristics and specific passion

		Fakt – posiadanie pasji		Ogółem
		posiada pasję	nie posiada pasji	
Temperament	choleryk	68,8%	31,2%	100,0%
	melancholik	55,0%	45,0%	100,0%
	sangwinik	70,4%	29,6%	100,0%
	flegmatyk	45,9%	54,1%	100,0%
Ogółem		61,0%	39,0%	100,0%

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

Najmniej osób posiadających pasję znalazło się w grupie flegmatyków. Według Eysencka są to osoby cechujące się połączeniem introwersji ze zrównoważeniem emocjonalnym. W tej grupie studentów zaledwie 46% posiadało pasję, natomiast aż 54% jej nie miało.

Następna grupa to cholerycy, czyli osoby ekstrawertywne i równocześnie niestabilnie emocjonalnie, osoby te są często impulsywne, zmienne i władcze. W tej grupie 69% studentów posiadało pasję, a 31% jej nie miało. Wartości te są zbliżone do wyników otrzymanych przez sangwiników.

Względnie wyrównane proporcje wyników otrzymali melancholicy. Wśród nich pasję posiada 55% osób, a 45% jej nie ma. Według Eysencka – melancholik, czyli osoba neurotyczna oraz introwertywna jest zarazem lękliwa, sztywna i zamyślona.

Wnioski

1. Na podstawie informacji uzyskanych z ankiety wyliczono, iż 61% badanych studentów posiada pasję, natomiast aż 94% studentów posiada zainteresowania.

2. Wartości te pokazują, iż pasja jest zjawiskiem odrębnym stosunkowo mniej popularnym niż zainteresowania i z tego powodu należy traktować ją odrębnie od zainteresowań.

3. W zakresie posiadania/nieposiadania pasji nie istnieją różnice istotne statystycznie pomiędzy kobietami a mężczyznami, jednak mężczyźni przejawiają nieco inne rodzaje pasji niż kobiety.

4. W sposób istotny statystycznie na posiadanie pasji wpływa ekstrawertywny typ osobowości.

5. W mniejszym zakresie na posiadanie pasji wpływa poziom neurotyzmu.

6. Ekstrawersja w połączeniu ze zrównoważeniem emocjonalnym szczególnie sprzyja kształtowaniu się pasji.

7. Połączenie to charakteryzuje typ sangwiniczny. Według Eysencka osoby te są kreatywne, pomysłowe i aktywne; nie boją się nowych wyzwań, co może sprzyjać nabywaniu i rozwijaniu się u nich pasji.

8. Najmniej osób posiadało pasję wśród przedstawicieli typu flegmatycznego (połączenie wysokiego zrównoważenia emocjonalnego i introwersji). Może to wyni-

kać z tego, iż flegmatycy to osoby biernie, powolne i ostrożne, a taki zestaw cech nie sprzyja rozwijaniu pasji. Pokazuje to również, że wysoki poziom zrównoważenia emocjonalnego nie jest aż tak istotny w odniesieniu do posiadania pasji, jak wysoki wynik w skali ekstrawersji.

9. Stosunkowo dużo badanych choleryków posiadało pasję (połączenie neurotyzmu i ekstrawersji), co potwierdza silną zależność pomiędzy posiadaniem pasji względem wysokości w skali ekstrawertyzmu, niemniej jednak wysoki poziom neurotyczności wpływa negatywnie na rozwój pasji.

PIŚMIENNICTWO

1. Gałdowa A., Wprowadzenie, w: A. Gałdowa (red.), Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości, tom I, Wydawnictwo UJ, Kraków 1999.
2. Choyonowski M., Skrócony podręcznik do testu „Inwentarz osobowości” H.J. Eysencka, Ministerstwo Oświaty i Wychowania, Warszawa 1972.
3. Digman J.N., Personality structure: emergence of the fine factor model, *Annu. Rev. Psychol.*, 1993, 41.
4. Eysenck H.J., Sens i nonsens w psychologii, PWN, Warszawa 1957.
5. Bolyen-Fitzgerald M., Obrazy naszego umysłu, Wydawnictwo Sonia Draga, Katowice 2010.
6. Goldberg L.R., The structure of phenotypic personality traits, *Am. Psychologist*, 1993, 48.
7. Gurycka A., Rozwój i kształtowanie zainteresowań, Warszawa 1978.
8. Sanocki W., Kwestionariusze osobowości w psychologii, PWN, Warszawa 1981.
9. Słownik psychologiczny, W. Szewczuk (red.), Warszawa 1979.
10. Strelau J., Osobowość jako zespół cech, w: Psychologia: Podręcznik akademicki, J. Strelau (red.), t. 2, GWP, Gdańsk 2007.
11. Zimbardo P.G., Ruch F.L., Psychologia i życie, PWN, Warszawa 1993.

Adres do korespondencji:

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

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu

**Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania
w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu
im. prof. Ludwika Bierkowskiego**



*Serdecznie zapraszają
na Konferencję Naukową*

Zdrowie rodziny – aspekty medyczne, psychologiczne, społeczne, organizacyjne i prawne

Poznań, 21 czerwca 2013 r.

**SP ZOZ MSW w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań**

I KOMUNIKAT

Uczestnicy za udział w konferencji otrzymają 12 pkt. edukacyjnych

Zdrowie rodziny – aspekty medyczne, psychologiczne, społeczne, organizacyjne i prawne

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego pragną zaprosić Państwa do udziału w konferencji naukowej dotyczącej zdrowia człowieka w różnych okresach życia.

Konferencja adresowana jest do osób, których aktywność zawodowa oraz zainteresowania naukowe koncentrują się wokół problemów związanych z ochroną, wzmacnianiem, podtrzymywaniem i przywracaniem zdrowia dzieci, ludzi dorosłych oraz pacjentów w starszym wieku. Problematyka konferencji obejmować będzie również zagadnienia związane z zachowaniami zdrowotnymi, radzeniem sobie z chorobą oraz zakłóceniami w funkcjonowaniu systemu rodzinnego w sytuacji choroby.

Organizatorzy konferencji mają nadzieję, że obrady staną się platformą wymiany myśli, refleksji i doświadczeń, przyczyniając się w dalszej perspektywie do projektowania i wprowadzania pozytywnych zmian w procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych człowieka.

W imieniu Organizatorów

dr hab. Maria Danuta Głowacka

Problematyka:

1. Rodzina jako środowisko kształtujące zachowania zdrowotne człowieka
2. Opieka medyczna nad rodziną w sytuacji zdrowia i choroby
3. Choroba w rodzinie jako sytuacja trudna
4. Zagrożenia zdrowotne w różnych okresach życia (w dzieciństwie, dorosłości, starości)
5. Specyficzne problemy i potrzeby pacjentów
6. Wspieranie zdrowia rodziny – profilaktyka, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna
7. Patologia w rodzinie – pomoc medyczna, prawna i psychologiczna
8. Ramy prawne i organizacyjne opieki medycznej nad rodziną
9. Varia

Informacje dla uczestników:

1. Obrady odbędą się w sali konferencyjnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań
2. Nadesłane artykuły zostaną zrecenzowane i opublikowane (po uzyskaniu pozytywnych recenzji) w czasopiśmie naukowym „Pielęgniarstwo Polskie” (2 punkty MNiSW) lub monografii (4 punkty MNiSW).
3. Przestrzeganie wymogów edytorskich jest koniecznym warunkiem dopuszczenia artykułu do recenzji. Teksty, w których wymogi edytorskie nie zostaną uwzględnione, nie będą przekazane do recenzji i druku.
4. Artykuły w wersji elektronicznej należy przesłać na adres: knoz@ump.edu.pl lub orgzarz@ump.edu.pl
5. Opłata za udział w konferencji wynosi 300 zł (dla członków PTNoZ koszt wynosi 200zł) i obejmuje udział w sesjach naukowych oraz materiały konferencyjne.
6. Istnieje możliwość opublikowania artykułu bez udziału w konferencji (po uzyskaniu pozytywnych recenzji). Opłata za publikację bez uczestnictwa wynosi 150 zł.

Wniesienie opłaty konferencyjnej jest warunkiem udziału w konferencji.

Opłata na konto:

BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664, z dopiskiem PTNoZ.

Kalendarium

1. Nadsyłanie wypełnionych kart zgłoszeniowych do 31 maja 2013 roku.
2. Ostateczny termin nadsyłania artykułów do 31 maja 2013 roku.
3. Ostateczny termin uiszczenia opłaty konferencyjnej do 31 maja 2013 roku.

KOMITET NAUKOWY

dr hab. Maria Danuta Głowacka
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski
lek. med. Przemysław Daroszewski
prof. dr hab. med. Paweł Chęciński
prof. dr hab. Henryk Mruk
prof. dr hab. Ryszard Barczyk
dr hab. Ewa Mojs
dr hab. Piotr Stępiak
dr inż. Iwona Nowakowska

KOMITET ORGANIZACYJNY

dr hab. Maria Danuta Głowacka
lek. med. Przemysław Daroszewski
dr Monika Matecka
dr inż. Iwona Nowakowska
dr Jan Nowomiejski
dr Piotr Pagórski
dr inż. Renata Rasińska
dr Piotr Stawny
dr Katarzyna Warchoń-Biedermann
mgr Anna Frankowska
mgr Ewa Jakubek
mgr Martyna Szarata
mgr Joanna Zdanowska

SEKRETARIAT KONFERENCJI

Ewa Aleksandrak
mgr Ewelina Bielik
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11
tel. (61) 861 22 50 fax (61) 861 22 51
e-mail: knoz@ump.edu.pl lub orgzarz@ump.edu.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwisko:.....

Imię:.....

Tytuł naukowy:.....

ADRES DO KORESPONDENCJI

Ulica i nr domu:

Kod pocztowy:Miasto:.....

Telefon:

Adres e-mail:

Miejsce zatrudnienia:

.....

Forma uczestnictwa:

- aktywna – prezentacja ustna
- bierna
- publikacja artykułu bez uczestnictwa w konferencji

Tytuł referatu:

.....

Podpis

Wymogi edytorskie

Redakcja przyjmuje prace oryginalne i pogładowe w języku polskim.

Prace należy przysyłać na adres Redakcji w formie elektronicznej, zapis w edytorze tekstu programu 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.

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

- tytuł pracy w języku polskim i angielskim
- imię i nazwisko Autora (Autorów)
- afiliację Autora
- nazwisko kierownika jednostki
- streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenia powinny mieć charakter strukturalny – zawierać 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. Niedotrzymanie terminu nadesłania pracy wiąże się z niedopuszczeniem pracy do druku.

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

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

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

Tytuły w języku polskim i angielskim nad tabelami.

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

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

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

Kolejność piśmiennictwa w tekście należy wpisać w nawiasie kwadratowym

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 pogładowe: objętość prac pogładowych nie powinna przekraczać 15–20 stron. Sprawozdania ze zjazdów i recenzje – 2 strony.

Zjawiska „ghostwriting” oraz „ghost authorship” są przejawem nierzetelności naukowej. Aby przeciwdziałać przypadkom „ghostwriting” oraz „ghost authorship” Redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polega na opracowaniu koncepcji, założeń, 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.

Przestrzeżenie wymogów edytorskich jest warunkiem koniecznym do kolejnych etapów kwalifikacji pracy.

Prace należy wysyłać na adres: knoz@ump.edu.pl lub orgzorz@ump.edu.pl



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

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

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

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

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

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



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

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

Data

Podpis

Informacja o nowym dziale „Prawo w Pielęgniarstwie”

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



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

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

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

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

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

**PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA
W OPIECE ZDROWOTNEJ**

- jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia.

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

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

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

Nabór już trwa, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem

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

Szczegółowe informacje dotyczące studium zamieszczone są na stronie internetowej:

<http://ump.edu.pl>

ZASADY RECENZJI NADSYŁANYCH PRAC DO PIEŁĘGNIARSTWA POLSKIEGO

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

PIELEGNIARSTWO 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