

Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu



# PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

---

## POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 2 (52)

2014

© Copyright by Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

*Korekta:*

Renata Rasińska  
Barbara Błażejczak

*Korekta tekstów w j. ang.:*

Agata Dolacińska-Środa

*Skład komputerowy:*

Beata Łakomiak

*Projekt okładki:*

Bartłomiej Wąsiel

*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  
[www.wydawnictwo.ump.edu.pl](http://www.wydawnictwo.ump.edu.pl)

Ark. wyd. 8,3. Ark. druk. 12,3. Papier offset, kl. III 80 g/m<sup>2</sup>, 61 x 86.  
Format A4. Zam. nr 76/14.



### KOLEGIUM REDAKCYJNE

#### EDITORIAL BOARD

#### Redaktor Naczelny

*Editor-in-Chief*

dr hab. Maria Danuta Głowacka

#### Zastępcy Redaktora Naczelnego

*Vice Editors-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 inż. Renata Rasińska

#### Sekretarz Redakcji

*Editorial Secretary*

dr inż. Renata Rasińska

### RADA NAUKOWA

#### EDITORIAL ADVISORY BOARD

dr hab. Antoni Czupryna (Polska)

prof. Antonio Cicchella (Włochy)

dr hab. Danuta Dyk (Polska)

dr hab. Jolanta Jaworek (Polska)

prof. Lotte Kaba-Schönstein (Niemcy)

prof. Christina Koehlen (Niemcy)

doc. Helena Kadučáková (Słowacja)

dr hab. Maria Kózka (Polska)

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota, prof. UM (Polska)

doc. Mária Machalová (Słowacja)

dr hab. Piotr Małkowski (Polska)

dr hab. Ewa Mojs, prof. UM (Polska)

dr Jana Nemcová (Słowacja)

dr inż. Iwona Nowakowska (Polska)

prof. Hildebrand Ptak (Polska)

prof. dr hab. Jerzy Stańczyk (Polska)

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz (Polska)

prof. dr hab. Piotr Stępnik (Polska)

dr Frans Vergeer (Holandia)

dr hab. Maciej Wilczak, prof. UM (Polska)

prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (Polska)

dr Katarína Žiaková (Słowacja)

### ADRES REDAKCJI

*Pielęgniarstwo Polskie*

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 50, fax: 61 861 22 51

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl

### LISTA RECENZENTÓW

#### THE LIST OF THE REVIEWERS

dr Grażyna Bączyk

prof. Antonio Cicchella

dr Grażyna Czerwiak

prof. Anders Meller Jensen

doc. Helena Kadučáková

dr Halina Król

doc. Mária Machalová

dr Monika Matecka

prof. dr hab. Henryk Mruk

dr Jana Nemcová

dr Tomasz Niewiadomski

dr inż. Iwona Nowakowska

dr Jan Nowomiejski

dr Piotr Pagórski

dr Grażyna Iwanowicz-Palus

prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk

dr Jolanta Sielska

dr Dorota Talarska

dr Monika Urbaniak

dr Katarína Žiaková

dr Aleksandra Zielińska

### REDAKTORZY TEMATYCZNI

#### PIELĘGNIARSTWO KLINICZNE

dr Dorota Talarska

dr Joanna Stanisławska

#### NAUKI O ZARZĄDZANIU W PIELĘGNIARSTWIE

dr Beata Bajurna

dr Ewa Jakubek

#### PIELĘGNIARSTWO ŚRODOWISKOWE

mgr Luiza Mendyka

mgr Agnieszka Jopa

#### NAUKI O ZDROWIU W PIELĘGNIARSTWIE

dr Eliza Dąbrowska

dr Małgorzata Postuszna

### REDAKTOR STATYSTYCZNY

dr inż. Renata Rasińska

### EDITOR'S ADDRESS

*Polish Nursing*

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland

phone: +48 61 861 22 50 int. 191, fax: +48 61 861 22 51

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



## ■ SPIS TREŚCI

Od redaktora . . . . .	93
<b>PRACE ORYGINALNE</b>	
<i>Piotr Pagórski, Michał Sieczkowski</i> Wartościowanie stanowisk administracyjnych w wybranym podmiocie leczniczym. . . . .	95
<i>Paulina Czyżewska, Sylwia Makarowicz, Dorota Talarska, Joanna Stanisławska, Elżbieta Drozd-Gajdus, Magdalena Strugała</i> Poczucie wsparcia społecznego u osób chorych na padaczkę . . . . .	106
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska</i> Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia . . . . .	111
<i>Iwona Nowakowska, Renata Rasińska</i> Motywacja ekonomiczna i pozaekonomiczna w opinii pielęgniarek. . . . .	117
<i>Karolina Kryś-Noszczyk, Danuta Podstawka, Marta Kowalska, Marlena Krawczyk, Urszula Łopuszańska, Marta Makara-Studzińska</i> Nasilenie objawów menopauzy u kobiet w Polsce i na świecie . . . . .	123
<i>Katarzyna Walkiewicz, Monika Gętek, Katarzyna Fizia, Małgorzata Muc-Wiergoń, Teresa Kokot, Ewa Nowakowska-Zajdel</i> Współwystępowanie anemii i niedoboru żelaza u pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami nastroju . . . . .	130
<b>PRACE POGLĄDOWE</b>	
<i>Jan Nowomiejski, Renata Rasińska, Artur Przybył</i> Dystrybucja środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych w aptece szpitalnej . . . . .	135
<i>Aleksandra Harat, Dorota Rogala, Krzysztof Leksowski</i> Rak płuca w kontekście czynników cywilizacyjnych i polityki zdrowotnej Polski oraz Unii Europejskiej . . . . .	144
<i>Piotr Stawny, Ewa Kaniewska</i> Rehabilitacja medyczna jako element rynku usług medycznych . . . . .	150
<i>Katarzyna Przybylska, Andrzej Klamerek, Maja Matthews-Kozanecka</i> Błąd medyczny jako zagrożenie prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej . . . . .	155
<i>Joanna Flisińska, Ewa Gawrońska-Ukleja, Natalia Ukleja-Sokołowska, Zbigniew Bartuzi</i> Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do badania spirometrycznego w wybranej jednostce chorobowej – POChP. . . . .	161
<b>PRACA KAZUISTYCZNA</b>	
<i>Małgorzata Jujeczka, Beata Bajurna, Anna Galęba</i> Możliwości leczenia mięśniaków macicy na przykładzie indywidualnego przypadku klinicznego . . . . .	166
<b>PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ</b>	
<i>Renata Rasińska</i> Telemedycyna – studium przypadku destrukcyjnej innowacji. <i>Janet Grady</i> . Telehealth: A Case Study in Disruptive Innovation. <i>American Journal of Nursing</i> 2014;114(4):38-45. . . . .	171
<i>Iwona Nowakowska</i> Czynniki wpływające na jakość życia zawodowego. <i>Chandranshu Sinha</i> . Factors Affecting Quality of Work Life. <i>Australian Journal of Business and Management Research</i> 2012;1,11:31-42 . . . . .	172
<b>INFORMACJE</b> . . . . .	173

## ■ CONTENTS

Editor's note . . . . .	94
<b>ORIGINAL PAPERS</b>	
<i>Piotr Pagórski, Michał Sieczkowski</i> Administrative jobs evaluation in a selected health care facility . . . . .	95
<i>Paulina Czyżewska, Sylwia Makarowicz, Dorota Talarska, Joanna Stanisławska, Elżbieta Drozd-Gajdus, Magdalena Strugała</i> The feeling of social support in people with epilepsy . . . . .	106
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska</i> The perception of health by nurses in their forties . . . . .	111
<i>Iwona Nowakowska, Renata Rasińska</i> Economic and non-economic motivation in the opinion of nurses . . . . .	117
<i>Karolina Kryś-Noszczyk, Danuta Podstawka, Marta Kowalska, Marlena Krawczyk, Urszula Łopuszańska, Marta Makara-Studzińska</i> The severity of menopausal symptoms in women in Poland and abroad . . . . .	123
<i>Katarzyna Walkiewicz, Monika Gętek, Katarzyna Fizia, Małgorzata Muc-Wierzoń, Teresa Kokot, Ewa Nowakowska-Zajdel</i> Coexistence of anemia and iron deficiency in the elderly with disturbances of wellbeing . . . . .	130
<b>REVIEW PAPERS</b>	
<i>Jan Nowomiejski, Renata Rasińska, Artur Przybył</i> Distribution of pharmaceutical and medical devices in a hospital pharmacy . . . . .	135
<i>Aleksandra Harat, Dorota Rogala, Krzysztof Leksowski</i> Lung cancer in the context of civilizational factors and health policy in Poland and the European Union . . . . .	144
<i>Piotr Stawny, Ewa Kaniewska</i> Medical rehabilitation as the component of health care services market . . . . .	150
<i>Katarzyna Przybylska, Andrzej Klamerek, Maja Matthews-Kozanecka</i> Medical errors as a threat to proper functioning of the health care system . . . . .	155
<i>Joanna Flisińska, Ewa Gawrońska-Ukleja, Natalia Ukleja-Sokołowska, Zbigniew Bartuzi</i> The role of a nurse in preparing the patient for the spirometric examination in a selected disease entity – COPD . . . . .	161
<b>CASE STUDY</b>	
<i>Małgorzata Jujeczka, Beata Bajurna, Anna Galęba</i> Uterine fibroids treatment options on the single clinical case example. . . . .	166
<b>FOREIGN PRESS REVIEW</b>	
<i>Renata Rasińska</i> <i>Janet Grady</i> . Telehealth: A Case Study in Disruptive Innovation. American Journal of Nursing 2014; 114(4):38–45 . . . . .	171
<i>Iwona Nowakowska</i> <i>Chandranshu Sinha</i> . Factors Affecting Quality of Work Life. Australian Journal of Business and Management Research 2012;1,11:31–42. . . . .	172
<b>INFORMATION</b> . . . . .	173

## ■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Naukowego mamy przyjemność zarekomendować Państwu kolejny numer „Pielęgniarstwa Polskiego”.

Treści zawarte w tym tomie mają bardzo zróżnicowany charakter, odzwierciedlają jednak obszary zainteresowań poznawczych i klinicznych zarówno personelu medycznego, jak i kadr naukowych uniwersytetów medycznych i innych; mamy nadzieję, że spotkają się z pozytywnym odbiorem przez Czytelników.

W aktualnym numerze przedstawiamy prace z różnych obszarów, prezentujące badania dotyczące aktualnych problemów związanych ze zdrowiem i zdrowym stylem życia, m.in. „Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia” czy „Motywacja ekonomiczna i pozaekonomiczna w opinii pielęgniarek”. Zapraszamy do lektury.

Rekomendujemy także artykuły poruszające zagadnienia z zakresu ekonomii – ich autorzy opisują m.in. wartościowanie stanowisk administracyjnych w wybranym podmiocie lekarskim czy dystrybucję środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych w aptece szpitalnej.

Ważne dla personelu pielęgniarskiego są prace: „Poczucie wsparcia społecznego u osób chorych na padaczkę”, „Nasilenie objawów menopauzy u kobiet w Polsce i na świecie”, „Współwystępowanie anemii i niedoboru żelaza u pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami nastroju”, „Rak płuca w kontekście czynników cywilizacyjnych i polityki zdrowotnej Polski oraz Unii Europejskiej”.

Zapraszamy również do zapoznania się z działem „Przegląd prasy zagranicznej”, w którym prezentowane są doniesienia z prasy zagranicznej o aktualnej tematyce z zakresu pielęgniarstwa i zdrowia publicznego.

W końcowej części numeru przedstawiamy informacje o studiach podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia oraz zapraszamy do członkostwa w Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu – kwestionariusz zgłoszeniowy w załączeniu.

Zapraszamy również do uczestnictwa w szkoleniach organizowanych przez Katedrę i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz TUV NORD Polska pt. „Specjalista ds. wdrażania Systemów Zarządzania oraz Standardów Akredytacyjnych CMJ w placówkach ochrony zdrowia”.

*Dr hab. Maria Danuta Głowacka*  
*Redaktor Naczelny*

*Dr inż. Renata Rasińska*  
*Sekretarz Naukowy*

## ■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

on behalf of the Scientific Committee we have a pleasure to recommend to you the current issue of the "Polish Nursing".

The contents of this volume are diverse but they express the scope of clinical and scientific interests of medical personnel and research workers of medical universities and other colleges. We hope this issue will meet with a positive response of our readers.

In the current issue you will find papers with different areas that include research on issues related to health and healthy lifestyle, among other things "The perception of health by nurses in their forties" or "Economic and non-economic motivation in the opinion of nurses". Have a good time reading!

We also recommend articles about economic context in which authors describe administrative jobs evaluation in a selected health care facility or distribution of pharmaceutical and medical devices in a hospital pharmacy.

The following articles are important for the nursing personnel: "The feeling of social support in people with epilepsy", "The severity of menopausal symptoms in women in Poland and abroad", "Coexistence of anemia and iron deficiency in the elderly with disturbances of wellbeing" or "Lung cancer in the context of civilizational factors and health policy in Poland and the European Union".

We also invite you to familiarize with the column "Foreign press review", in which the authors present the reports from the foreign press about the current topics in nursing and public health.

At the end of the issue we present information about postgraduate studies in the health care management and we encourage you to become members of the Polish Society of Health Sciences (please find a membership form attached).

*Maria Danuta Głowacka, PhD  
Editor in Chief*

*Renata Rasińska, PhD  
Scientific Secretary*



# WARTOŚCIOWANIE STANOWISK ADMINISTRACYJNYCH W WYBRANYM PODMIOCIE LECZNICZYM

## ADMINISTRATIVE JOBS EVALUATION IN A SELECTED HEALTH CARE FACILITY

Piotr Pagórski<sup>1</sup>, Michał Sieczkowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pracownia Finansów i Rachunkowości w Ochronie Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Absolwent studiów magisterskich Zdrowie Publiczne Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Wartościowanie stanowisk pracy w wybranym podmiocie działalności leczniczej stało się dla autorów okazją zaprezentowania wyników swych badań. Szczególnym zainteresowaniem cieszyło się wartościowanie stanowisk administracyjnych i obsługi wybranego szpitala klinicznego.

**Cel.** Celem niniejszego opracowania jest prezentacja możliwości zastosowania wartościowania pracy w podmiocie leczniczym.

**Materiał i metody.** W badaniach zastosowano techniki stosowane w procesie wyceny stanowisk administracyjnych w wybranym podmiocie leczniczym. Metodą, jaką zastosowano w czasie badania, był sondaż diagnostyczny, z wykorzystaniem techniki badawczej w postaci ankiety. Jako narzędzia badawczego użyto odpowiedniego kwestionariusza.

**Wyniki i wnioski.** Wyniki przeprowadzonego badania wykorzystano do ustalenia wynagrodzeń pracowników administracyjnych rozpatrywanego szpitala i porównano je ze średnią płacą w kraju oraz omawianego podmiotu leczniczego. Zaprezentowane przykłady pozwalają na określenie zakresu prac oraz sposobów wykorzystania wyników wartościowania wybranych stanowisk przez menedżerów zarządzających personelem w podmiocie leczniczym.

**SŁOWA KLUCZOWE:** podmiot leczniczy, wartościowanie stanowisk pracy, wynagrodzenie, motywowanie ekonomiczne.

### ABSTRACT

**Introduction.** Job evaluation in a selected health care facility has become an opportunity for the authors to present the results of their research. The authors focused particularly on the administrative jobs and service evaluation in the selected clinical hospital.

**Aim.** The aim of this study is to present the applicability of job evaluation in a health care facility.

**Material and methods.** In the study techniques used in the evaluation process of administrative positions in the health care facility were applied. The method used during the test was a diagnostic survey. An appropriate questionnaire was used as a research tool.

**Results and conclusions.** The results of the study were used to determine the salaries of the administrative staff of the hospital in question and compare them to the average remuneration in Poland. Presented examples allow the authors to define the scope of work and ways of applying the evaluation results by human resource managers in the health care facility.

**KEY WORDS:** health care facility, job evaluation, salary, economic incentives.

### Wprowadzenie

Współcześnie funkcjonujące podmioty lecznicze wymagają skutecznego zarządzania zasobami ludzkimi. Sprawne zarządzanie kadrami zapewnia właściwą przyszłość i rozwój organizacji.

Niniejszy artykuł jest próbą dokonania wartościowania wybranych stanowisk administracyjnych podmiotu leczniczego. Autorzy dokonali wnikliwego rozpoznania systemu zarządzania zasobami ludzkimi w jednym ze szpitali klinicznych i spróbowali skojarzyć wyniki wartościowania pracy z przysługującym na rozpatrywanych stanowiskach wynagrodzeniem.

### Wybrane metody wartościowania pracy

Genezy powstania metod wartościowania pracy należy doszukiwać się w kartach historii. Takie stwierdzenie wynika z obserwacji zachowań globalnej społeczności ludzkiej, w której to z biegiem lat kwestia świadczenia przez ludzi pracy podlegała burzliwej ewolucji. Powodem takiej sytuacji była wielka rewolucja przemysłowa na kontynencie europejskim, której szczyt przypadł na II połowę XIX wieku. Przewrót ten, zapoczątkowany w Wielkiej Brytanii już na początku XVIII wieku, spowodował ogromne zmiany w gospodarce Europy. Stopniowe przechodzenie od używania pracy ludzkich mięśni

i takich źródeł energii, jak drewno czy woda, do wykorzystywania coraz to nowszych technologii, rewolucyjnych rozwiązań technicznych (np. maszyna parowa Jamesa Watta z 1782 r.) i stosowania na szeroką skalę jako źródła energii węgla kamiennego, spowodowało wyodrębnienie się wielorakich rodzajów pracy, początkowo w przemyśle, później zaś także w innych gałęziach gospodarki. Rozwinęła się nowa klasa społeczna robotników. Przewrót przemysłowy przyczynił się do poprawy jakości życia, rozwoju opieki socjalnej robotników i innych zatrudnionych, ale doprowadził także do pojawienia się zjawisk okresowego bezrobocia i dekoniunktury, czy też degradacji środowiska naturalnego [1].

W konsekwencji rozwoju przemysłu i innych dziedzin gospodarki zaczęło wyłuszczać się wiele nowych, różniących się od siebie rodzajów wykonywanej pracy, wymagających różnorodnego przygotowania. W efekcie można było zaobserwować wielorakość warunków pracy, narzędzi potrzebnych do jej wykonywania, cech pożądaných w konkretnych zajęciach, a ciągły postęp techniczny i organizacyjny czynił ten proces dynamicznym i nieprzewidywalnym. Niezbędne okazało się określanie i ocenianie poziomu trudności, zaangażowania w wykonywanie danej pracy, przez co rozumie się całość barier, jakie jej realizator musi pokonać i problemów, jakie musi rozwiązać, aby należycie wykonać swoją pracę.

Odnosi się do tego tzw. schemat genewski z 1950 r., który określił składowe, jakie powinny być brane pod uwagę podczas szacowania trudności pracy, a są to:

- wymogi zarówno umysłowe, jak i fizyczne,
- odpowiedzialność,
- warunki środowiska pracy.

Oczywistym jest, iż powyższy schemat w ciągu lat podlegał wielu modyfikacjom. Pierwotny układ odnosił się także do takich czynników, jak wysiłek i umiejętności zawodowe, wskazując na zależność tych elementów z podstawowymi kryteriami. Współczesne spojrzenia jako szkielet wykorzystują wynik pracy Międzynarodowego Komitetu Naukowej Organizacji w Genewie z 1950 r., do którego dodają pewne elementy. W efekcie scalone podejście zarówno obecnych badaczy, jak i prekursorów z Genewy ubogaca schemat o wiedzę i doświadczenie zawodowe oraz koryguje wymogi fizyczne, uwzględniając tu także kwestię natury psychicznej, co daje pełny przegląd składowych, jakże istotnych i koniecznych do wartościowania pracy [2].

Pracochłonność i poziom zaawansowania w szacowaniu trudności pracy zależy od stosowanych w tym celu metod. Literatura przedmiotu przytacza wiele technik temu służących, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, które pokazują aspekt wartościowania z różnych stanowisk. W niniejszej pracy zostaną pokazane wy-

brane sposoby, ze szczególnym naciskiem na metody analityczno-punktowe, które będą też spełniały funkcję narzędzia badawczego w praktycznej części owej rozprawy.

Ocenianie wymagań pracy w sposób ogólny, holistyczny, ma charakter sumaryczny (ujęcie globalne). Przedmiotem szacowania jest tutaj praca w kontekście generalnym, nie odbywa się tu wchodzenie w szczegóły ani skupianie się na specyfice pracy, a co za tym idzie – nie uwzględnia się pewnych kryteriów służących ocenie. O wiele dokładniejsze wydają się być metody analityczne, w których używa się często wielu czynników do oceny pracy. Wykorzystując pewne składowe poszczególnych utrudnień, tworzy się następnie całościowy zbiór wymagań dla konkretnej profesji, co daje możliwość faktycznego zmierzenia trudności pracy przy użyciu tzw. kluczy analitycznych. Wśród metod sumarycznych wyróżnia się techniki rangowania i klasyfikowania, natomiast do sposobów analitycznych przypisuje się porównywanie czynników oraz narzędzia analityczno-punktowe [3].

Pierwsza z technik – rangowanie (hierarchizacja, szeregowanie) – polega na stworzeniu układu wszystkich prac wykonywanych w danym przedsiębiorstwie, poczynając od tej wymagającej największego wysiłku i zaangażowania, a kończąc na tej najprostszej. Z racji tego, iż szeregowanie ma charakter subiektywny, zaleca się, aby szacowania dokonywała kilkuosobowa grupa ekspertów w tym zakresie. Poszczególne prace konfrontowane są ze sobą w sposób ogólny lub też wykonuje się to z użyciem ich składowych utrudnień. Charakterystyczne jest tutaj tzw. porównywanie parami, gdzie zestawia się dwa stanowiska. To, które w ocenie eksperta wymaga bardziej złożonej i trudniejszej pracy, uzyskuje 2 punkty, natomiast stanowisko, na którym praca jest łatwiejsza – 1 punkt.

W ocenie spotyka się także system zerojedynkowy. Łączna ilość zebranych punktów umiejscawia odpowiednio dane stanowisko w stworzonym szeregu stanowisk. Metoda ta sprawdza się w małych, kilkunastoosobowych organizacjach, jest niedroga i prosta do przeprowadzenia, ale daje tylko ogólny przegląd przez oceniane stanowiska. Nie pozwala na sprawdzenie, jak bardzo pod względem trudności poszczególne stanowiska są różne.

Kolejna technika, mianowicie metoda klasyfikacji, bazuje na dokładnie zdefiniowanych klasach zaszeregowania stanowisk, które w rangowaniu powstawały na koniec procesu szacowania pracy. Konkretna stanowiska w przedsiębiorstwie przydziela się do właściwych kategorii, uwzględniając przy tym charakter pracy. W teorii podstawą zaszeregowania powinny być takie czynniki, jak wymagania fizyczne i umysłowe oraz

odpowiedzialność za pracę, a także same jej warunki. W rzeczywistości jednak, z powodu niedoboru instrumentów do ich mierzenia, za bazę klasyfikacji bierze się kompetencje zawodowe, środowisko pracy oraz wypełnianie na stanowisku czynności i powinności.

Liczba klas zaszeregowania w danym podmiocie jest uwarunkowana m.in. specyfiką prac w nim wykonywanych, misją i strukturą organizacyjną, a także kwestią przyjętych zwyczajów. Klasy, o których mowa, wraz ze szczegółową deskrypcją składają się na tzw. taryfikator kwalifikacyjny, będący elementarnym składnikiem tematyki wartościowania pracy i ustalania wynagrodzeń [4].

Omawianie metod analitycznych wartościowania pracy należy zacząć od porównywania poszczególnych prac w danym przedsiębiorstwie, dążąc tym samym do stworzenia hierarchicznego uszeregowania stanowisk na podstawie elementów utrudnień pracy i dopasowania do nich odpowiedniej wysokości wynagrodzenia. Cechą analityczną tej metody jest szacowanie uciążliwości na podstawie wydzielenia i badania poszczególnych elementów utrudnień. Ponadto w omawianej technice wartościowania pracy analizowane są tzw. kluczowe stanowiska pracy, które stanowią *benchmark* dla innych szacowanych posad, co odpowiada cechom rangowania, omówionego wyżej. Dwie istotne przesłanki w selekcji profesji kluczowych to zapewnienie sprawiedliwego odniesienia wynagrodzenia do poziomu trudności pracy, a także stworzenie przejrzystych deskrypcji, z precyzyjnym uwzględnieniem elementów uciążliwości [3].

G. Gruszczyńska-Malec przedstawia kolejne fazy procesu wartościowania pracy z wykorzystaniem tej techniki:

- ustalenie wykazu stanowisk kluczowych,
- obranie konkretnej grupy elementów utrudnień i sumienny opis każdego z nich w odniesieniu do stanowisk kluczowych,
- umieszczenie posad kluczowych według znaczenia każdego faktora uciążliwości,
- rozdzielenie stawki wynagrodzenia przyporządkowanej konkretnym stanowiskom pomiędzy osobne czynniki uciążliwości [4].

Metodą, która zyskała największe uznanie wśród badaczy ze względu na swą dokładność i wysoki poziom obiektywizmu, jest metoda analityczno-punktowa. Według P. Pagórskiego owa technika polega na:

- „[...] wyodrębnieniu takich syntetycznych i elementarnych kryteriów oceny pracy, które mogłyby scharakteryzować wszystkie występujące prace i posłużyć do ich oceny,
- opisie tych wyodrębnionych kryteriów i przypisaniu im skali liczbowej dla określenia względnej wartości w stosunku do pozostałych oraz na zdefiniowaniu stopni skali każdego kryterium

elementarnego i przypisaniu każdemu ze stopni pewnej liczby punktów,

- ocenie każdej pracy w przekroju wyodrębnionych kryteriów w ramach przyjętej skali i ustaleniu liczby punktów. Suma punktów ustalonych dla poszczególnych kryteriów określa wartość pracy” [5].

Wśród zalet wyróżnia się tu podejście holistyczne, ujmowanie w wycenie wartości pracy jej poszczególnych elementów, do wad natomiast zalicza się mimo wszystko podejście subiektywne (choć ta technika wskazywana jest jako najbardziej obiektywna spośród subiektywnych) oraz żmudność wykorzystania.

W niniejszym artykule za przykład metody analityczno-punktowej posłuży „Uniwersalna metoda wartościowania pracy 2000” (UMEWAP 2000), będąca udoskonaloną wersją metod wcześniejszych (z lat 1987 i 1995).

Wśród bazowych składników tej techniki należy wymienić:

- system kryteriów syntetycznych i elementarnych wraz z przypisanymi do nich rangami,
- klucze analityczne, na podstawie których ustala się wartość punktową danego stanowiska w ocenianym podmiocie, służące również do działań technicznych w oparciu o czynniki elementarne,
- wytyczne określania kategorii zaszeregowania poszczególnych stanowisk pracy.

M.D. Głowacka i P. Pagórski wyraźnie wskazują na pewne swoiste cechy uniwersalnej metody, a są to:

- uniwersalność – określa możliwość szerokiego użycia tej techniki w celu wyceny różnego rodzaju stanowisk (robotniczych i nierobotniczych) reprezentujących rozmaite sektory gospodarki,
- jednolitość – rozległe możliwości użycia homogenicznego układu kryteriów, łącznie ze skalami punktowymi,
- elastyczność – występowanie opcjonalnego zastosowania fakultatywnych poziomów uciążliwości, czy też innych kryteriów, gdy:
  - mamy do czynienia z występowaniem natężenia czynnika przekraczającego opisane dla najwyższego stopnia trudności,
  - specyficzne czynniki konkretnego stanowiska pracy nie zostały ujęte w technice [6].

**Tabela 1.** Kryteria i noty punktowe oceny trudności pracy – UMEWAP 2000

*Table 1. Criteria and evaluation notes for the difficulty of work*

Kryteria oceny trudności pracy		Maksymalne	
Syntetyczne	Elementarne	Noty punktowe	
A. Złożoność pracy	1. wykształcenie zawodowe	60	140
	2. doświadczenie zawodowe	35	
	3. innowacyjność, twórczość	25	
	4. zręczność	20	
B. Odpowiedzialność za:	1. przebieg i skutki pracy	30	160
	2. decyzje	30	
	3. finanse oraz środki i przedmioty pracy	25	
	4. bezpieczeństwo innych osób	25	
	5. kierowanie	50	
C. Współpraca	1. współdziałanie	25	65
	2. motywowanie	20	
	3. kontakty zewnętrzne	20	
D. Warunki pracy	1. wysiłek fizyczny	30	105
	2. wysiłek psychoneurofizyczny	20	
	3. wysiłek umysłowy	20	
	4. monotonia	10	
	5. warunki pracy	25	
		Razem:	470

Źródło: Pagórski P. Wartościowanie stanowisk pracy jako narzędzie kształtowania sprawiedliwej płacy w podmiotach finansów publicznych. W: Orliński R (red.), *Finanse i rachunkowość sektora publicznego*. Kalisz 2012, 129–145.

Source: Pagórski P. *Wartościowanie stanowisk pracy jako narzędzie kształtowania sprawiedliwej płacy w podmiotach finansów publicznych*. W: Orliński R (red.), *Finanse i rachunkowość sektora publicznego*. Kalisz 2012, 129–145.

UMEWAP 2000 zawiera takie czynniki syntetyczne, jak złożoność pracy, odpowiedzialność, współpracę i warunki pracy, do których łącznie przypisuje się 17 kryteriów elementarnych. Obrany poziom trudności wyznacza daną rangę punktową dla konkretnych czynników syntetycznych i elementarnych. Dla tych ostatnich stworzono tzw. klucze analityczne, uwzględniające wymogi pracy, poziom skomplikowania, ilość punktów oraz możliwe odchylenia. Klucze posiadają konieczne wyjaśnienia determinujące ich zunifikowane wykorzystanie. Liczba kluczy dla poszczególnych kryteriów przedstawia się następująco:

- kryterium syntetyczne złożoność pracy – 4 klucze analityczne,
- kryterium syntetyczne odpowiedzialność – 5 kluczy analitycznych,
- kryterium syntetyczne współpraca – 3 klucze analityczne,
- kryterium syntetyczne warunki pracy – 5 kluczy analitycznych [6].

## Wynagrodzenia w ochronie zdrowia

Poziom płac w opiece zdrowotnej to temat, który co jakiś czas pojawia się na ustach opinii publicznej

w naszym kraju i powoduje burzliwą dyskusję dotyczącą wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego, a co za tym idzie – jakości usług medycznych udzielanych w polskich placówkach ochrony zdrowia. Co więcej, pojawiające się okresowo strajki białego personelu domagającego się podwyżek nie tworzą pozytywnej atmosfery wokół tego zagadnienia. Z. Czajka w jednej ze swoich prac wskazuje, iż w ciągu ostatnich 40 lat sytuacja płacowa w ochronie zdrowia nie podlegała zmianom. Twierdzi, że na początku lat 90 XX w. warunki związane z wynagrodzeniami w tej dziedzinie były najdogodniejsze. Biorąc pod uwagę całą gospodarkę, ochrona zdrowia oraz opieka społeczna były plasowane w podanym okresie na końcu stawki, uwzględniając przeciętne wynagrodzenie w poszczególnych sektorach. Zmieniała się tylko relacja wynagrodzenia w służbie zdrowia w odniesieniu do przeciętnej płacy w kraju, wykazując trend wzrostowy – od blisko 9% w 1991 r. do prawie 22% w 2000 r., co dotyczyło wszystkich zawodów medycznych. Można zatem wysnuć wniosek, iż przyczyny takiej sytuacji są dość złożone i nie tkwią w szczegółach. Istotny jest także oddźwięk społeczny omawianego zjawiska, na który składają się w dużej mierze opinie sporej grupy pacjentów publicznej ochrony zdrowia, mianowicie osób starszych, emerytów i rencistów. Osoby te patrzą na zarobki personelu medycznego przez pryzmat własnych, niskich dochodów, więc w konsekwencji mają trudność z obiektywną, rzetelną i uczciwą oceną tejże sprawy. W naszym kraju nadal także wśród opinii publicznej nie wiąże się jakości wykonywanych świadczeń medycznych z zarobkami. Atmosfera społeczna nie sprzyja temu zagadnieniu – odpowiada za to m.in. propaganda masowych środków przekazu, ukazujących personel medyczny jako czerpiący garściami chociażby z praktyk prywatnych prowadzonych po godzinach pracy etatowej. Efektem takiego postrzegania są wyniki badań przeprowadzonych przez „Rzeczpospolitą” w 2007 r., na które wskazuje Z. Czajka w swojej pracy, a które przedstawiają, iż 47% ankietowanych określa wynagrodzenie lekarzy w granicach 3000–5000 zł, a pielęgniarek na poziomie 2000–3000 zł; tylko wg 20% badanych lekarze mają 10 000 zł pensji miesięcznie [7].

W omawianym temacie płac w ochronie zdrowia na uwagę zasługują wyniki Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń, które odbyło się w 2009 r., a przeprowadzone zostało przez firmę Sedlak&Sedlak, autorytet w dziedzinie zarządzania zasobami ludzkimi. Założycielem tejże firmy HR (1990 r.) jest znany w środowisku dr n. hum. K. Sedlak, postać szanowana i uznana przez specjalistów za fachowca w dziedzinie zarządzania zasobami ludzkimi. Autor kilkudziesięciu publikacji nauko-

wych z HR i psychologii, redaktor wielu książek, m.in. „Jak skutecznie wynagradzać pracowników”. Dr Sedlak stworzył również pierwszy w Polsce raport płacowy zaprezentowany w 1997 r., założył także portale internetowe: wynagrodzenia.pl oraz rynekpracy.pl, które skupiają się na tematyce płac w naszym kraju. W latach 2006–2010 był realizatorem Krakowskich Forów Wynagrodzeń, a w 2007 r. stworzył polską wersję ankiety do oceny poziomu zadowolenia z wynagrodzenia [8].

Ogólnopolskie Badanie Wynagrodzeń z 2009 r. pokazuje, że średnia miesięczna płaca w ochronie zdrowia plasowała się na poziomie 2800 zł brutto, przy czym gorzej zarabiali tylko przedstawiciele szkolnictwa oraz kultury i sztuki. Wynagrodzenie w opiece zdrowotnej rosło wprost proporcjonalnie do wielkości miasta, w którym zatrudniony był brany pod uwagę w zestawieniu personel.

W sektorze ochrony zdrowia wysokość wynagrodzenia nie idzie w parze z wielkością podmiotu świadczącego usługi medyczne – jak pokazuje badanie Sedlak&Sedlak z 2009 r. Największe zarobki uzyskiwali pracownicy małych podmiotów, za wyjątkiem pracowników szeregowych. Wynika to z faktu, iż w większości małe placówki pozostają we własności prywatnej, a co za tym idzie – cechuje je duża konkurencyjność płac i nowoczesne, elastyczne systemy wynagradzania nastawione propracowniczo.

Omawiając kwestie zarobków w ochronie zdrowia, nie sposób nie wspomnieć o pensjach pielęgniarek i lekarzy, co zawsze wzbudza zainteresowanie opinii publicznej. Według Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń z 2009 r. mediana płac wśród pielęgniarek wyniosła 2300 zł brutto. Co ciekawe, 10% spośród tych, które zarabiały najwięcej, odbierało miesięczne uposażenie w wysokości powyżej 4000 zł brutto, a najmniejsze zarobki kształtowały się na poziomie 1550 brutto. Lekarze, którzy posiadali specjalizację II stopnia, zarabiali najwięcej – mediana w tej grupie wyniosła 5500 zł brutto.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż badanie nie brało w tym wypadku pod uwagę dochodów z innych dodatkowych źródeł, takich jak prywatna praktyka czy działalność naukowa – ocenie podlegało zatrudnienie na pełen etat na podstawie umowy o pracę, więc interpretując wyniki, należy o tym pamiętać.

Omawiane badanie wskazało także na różnice w zarobkach mężczyzn i kobiet zatrudnionych w służbie zdrowia. Od wielu już lat w sektorze gospodarczym zauważa się zjawisko lepszego opłacania mężczyzn w stosunku do kobiet piastujących te same stanowiska. Sektor ochrony zdrowia nie jest także wolny od tego problemu i trzeba m.in. wielu społecznych starań, aby taką sytuację zmienić na lepsze.

## Wartościowanie wybranych stanowisk pracy w szpitalu klinicznym

W niniejszym opracowaniu główną hipotezą badawczą jest następujące stwierdzenie: Wynagrodzenia zasadnicze wybranych pracowników administracji rozpatrywanego szpitala klinicznego są o 30% niższe w stosunku do stopnia trudności pracy występującego na zajmowanych przez nich stanowiskach administracyjnych.

Metodą, jaką zastosowano do badania, jest sondaż diagnostyczny, z wykorzystaniem techniki badawczej w postaci ankiety. Jako narzędzia badawczego użyto kwestionariusza powyższej techniki.

Badanie przeprowadzono na 40 wybranych losowo pracownikach administracji, gospodarczych i obsługi wybranego podmiotu leczniczego za pomocą kwestionariusza.

Wartościowanie pracy odbyło się przy użyciu metody UMEWAP 2000 z uwzględnieniem czterech zbiorów przedstawiających kryteria syntetyczne w ocenie trudności pracy.

Pierwsze z nich – złożoność pracy (A) – zawiera w sobie cztery elementarne czynniki, a są to:

- wykształcenie zawodowe (A1) – przedział 0–60 punktów,
- doświadczenie zawodowe (A2) – przedział 1–35 punktów,
- innowacyjność, twórczość (A3) – przedział 0–25 punktów,
- zręczność (A4) – przedział 0–20 punktów [5].

Podstawą klucza analitycznego wykształcenie zawodowe (A1) dla wartościowania pracy w podmiotach leczniczych jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, którego integralną częścią stanowi taryfikator kwalifikacyjny precyzyjnie określający minimalne wykształcenie, jakim powinien się legitymować pracownik na danym stanowisku. Oczywiście taryfikator jest bazą, natomiast nie można zapominać o regulaminie wynagradzania samego podmiotu, który powinien uwzględniać także specyfikę placówki i związane z tym swoiste wymagania kwalifikacyjne oraz kompetencje i nabyte przez pracowników umiejętności. Duże znaczenie ma w tej kwestii również perspektywa rozwoju jednostki, jej spojrzenie w przyszłość i związane z tym aspekty zarządzania kadrą pracowniczą.

Taryfikator kwalifikacyjny wyznacza także kolejne kryterium, jakim jest doświadczenie zawodowe (A2). Jednakże na obecnym rynku pracy zauważa się tendencje do silnej specjalizacji kwalifikacji oraz kompetencji, a co za tym idzie – konieczność weryfikowania

i modyfikowania minimalnych wymagań związanych z doświadczeniem.

Skomplikowanym i wymagającym wzmożonej uwagi jest kolejny czynnik elementarny w szacowaniu uciążliwości pracy, a mianowicie innowacyjność i twórczość (A3). Kłopotliwość oceny wiąże się tu z koniecznością odrzucenia rutynowych zajęć, a braniem pod uwagę tych wymagających dużej kreatywności, własnego wkładu, wykraczającego poza zakres standardowych prac wykonywanych na stanowisku.

Ostatnia składowa kryterium syntetycznego złożoność pracy (A) to zręczność (A4). Należy tu ocenić, czy praca wymaga tylko dokładności ruchów i poruszania się, czy też dotyczy chociażby obsługi złożonych przyrządów i urządzeń. Wiąże się z określeniem właściwej wprawy i zręczności w zależności od jej stopnia, poczynając na przeciętnej, zwykłej, a kończąc na doskonałej wręcz zręczności.

Wycenę punktową czynników elementarnych dla kryterium złożoność pracy wśród wybranych pracowników administracji podmiotu działalności leczniczej prezentuje tabela 2.

**Tabela 2.** Wyniki wartościowania pracy dla kryterium złożoność pracy wśród pracowników administracji, gospodarczych i obsługi  
*Table 2. Job evaluation results for the criterion: the complexity of work among administrative employees, maintenance workers and service*

Lp.	Nazwa stanowiska	A-1	A-2	A-3	A-4	Razem A
1.	Z-ca Dyrektora ds. medycznych	60	35	25	5	125
2.	Kierownik Działu Spraw Pracowniczych	60	27	21	5	113
3.	Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru	60	25	21	5	111
4.	Kierownik Działu Zamówień Publicznych	60	25	21	5	111
5.	Kierownik Działu Kosztów i Rozliczeń	60	24	21	5	110
6.	Kierownik Działu Informatyki	60	24	21	5	110
7.	Kierownik Działu Statystyki	60	24	20	5	109
8.	Kierownik Działu Ewidencji i Inwentaryzacji	60	20	21	5	106
9.	Specjalista ds. organizacji	60	19	15	5	99
10.	Specjalista ds. obronnych	60	20	10	5	95
11.	Starszy Specjalista ds. kosztów i rozliczeń	55	20	12	5	92
12.	Inspektor ds. informatyki	55	15	15	7	92

13.	Kierownik Działu Płac i Spraw Socjalnych	40	29	15	5	89
14.	Starszy Inspektor ds. rozliczeń	55	17	12	5	89
15.	Starszy Inspektor BHP i Ochrony Ppoż.	40	25	15	5	85
16.	Asystentka Dyrektora	55	10	15	5	85
17.	Specjalista ds. umów cywilnoprawnych	55	12	10	5	82
18.	Inspektor prawny ds. osobowych	55	10	10	5	80
19.	Starszy Referent ds. osobowych	50	11	10	5	76
20.	Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych	60	5	5	5	75
21.	Starszy magazynier	40	20	10	5	75
22.	Starszy statystyk medyczny	40	20	7	5	72
23.	Starszy referent	40	15	12	5	72
24.	Starszy Inspektor ds. osobowych	40	15	10	5	70
25.	Starszy mistrz warsztatów	40	20	5	5	70
26.	Księgowa ds. płac	40	15	9	5	69
27.	Starszy kasjer	40	15	7	5	67
28.	Księgowa ds. płac	35	15	9	5	64
29.	Księgowa	35	15	9	5	64
30.	Referent ds. płac	40	7	10	5	62
31.	Archiwista	40	10	3	5	58
32.	Referent ds. zaopatrzenia	35	10	8	5	58
33.	Statystyk medyczny	35	10	5	5	55
34.	Pracownik socjalny	40	5	5	5	55
35.	Księgowa ds. płac	20	15	9	5	49
36.	Elektryk	15	5	6	7	33
37.	Ślusarz	15	5	6	7	33
38.	Malarz	15	5	3	6	29
39.	Pracownik gospodarczy	10	5	1	7	23
40.	Sprzątaczką	10	3	1	5	19

Źródło: opracowano na podstawie wyników wyceny przeprowadzonej w wybranym podmiocie działalności leczniczej. Uwaga: A-1 – wykształcenie, A-2 – doświadczenie zawodowe, A-3 – innowacyjność, twórczość, A-4 – zręczność.

Source: based on valuation results conducted in a selected medical facility. Comment: A-1 – education, A-2 – professional experience, A-3 – innovation, creativity, A-4 – agility.

Jak pokazują uzyskane wyniki, bardzo dużą rolę w pierwszym z ocenianych kryteriów odgrywa wykształcenie. Posiadający wysokie kwalifikacje pracownicy, jak chociażby w tym przypadku kierownicy działów, inwestując w wartościowe wykształcenie, zapewniają sobie wyższą płacę. Oczywiście kompatybilnym elementem jest tutaj także doświadczenie zawodowe, które plasuje pracownika na wyższej pozycji w porównaniu do wykształconej, ale pozbawionej praktyki osoby. Jak pokazuje tabela, dobrze wykształcony inspektor już na starcie ma większe szanse na wyższe wynagrodzenie niż księgowka, której mniejsza dyspozycja w tym zakresie uniemożliwia uzyskanie zadowalającego uposażenia. Należy również zatrzymać się chwilę przy stanowisku malarza, które jest najniższym w hierarchii omawianego podmiotu. Dzięki ocenie tejeż posady można będzie skonstruować wzorcowe wynagrodzenia badanych pracowników, odwołując się do płacy minimalnej, przypisywanej najniższemu w zestawieniu stanowisku.

Drugie kryterium o nazwie odpowiedzialność zawiera w sobie następujące składowe, a są to:

- odpowiedzialność za przebieg i skutki pracy (B1) – przedział 0–60 punktów,
- odpowiedzialność za decyzje (B2) – przedział 1–35 punktów,
- odpowiedzialność za finanse oraz środki i przedmioty pracy (B3) – przedział 0–25 punktów,
- odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób (B4) – przedział 0–20 punktów,
- odpowiedzialność za kierowanie (B5) – przedział 0–50 punktów [5].

Przebieg i skutki pracy (B1) wiążą się z ustaleniem skomplikowania pracy na danym stanowisku oraz określeniem zakresu kierowania, jeśli oczywiście taka forma zarządzania personelem jest konkretnemu pracownikowi przypisana.

Kolejnym krokiem jest stwierdzenie, czy na stanowisku podejmuje się decyzje, a jeśli tak, to jakie (B2). Chodzi tu przede wszystkim o ich zakres (mały bądź duży zasięg), cel, poziom ryzyka, aspekty, których dotyczą.

Czynnik elementarny odpowiedzialność za finanse oraz środki i przedmioty pracy (B3) ma złożoną istotę, ponieważ wymaga ustalenia takiej odpowiedzialności na danym stanowisku. Co więcej, określić tu należy jej zakres (pełny bądź częściowy), a także konkretny gatunek mienia, za które pracownik odpowiada.

Bezpieczeństwo innych osób (B4) jest sprawą niezwykle istotną. Na stanowiskach administracyjnych może ona dotyczyć organizacji pracy podwładnych bądź też zdyscyplinowania pracownika w owym zakresie w przygotowaniu i eksploatacji własnego stanowiska pracy, w sposób gwarantujący bezpieczeństwo samemu zainteresowanemu oraz innym współpracownikom.

Nowością, która pojawiła się w metodzie UMEWAP 2000, jest czynnik elementarny odpowiedzialność za kierowanie. Poddaje on szacunkom stopień oraz zakres kierowania niższym rangą personelem, wskazując tym samym na prestiż i dużą wagę stanowisk, na których takie zadania występują.

Wyniki wyceny punktowej kryterium syntetycznego odpowiedzialność prezentuje tabela 3. Należy zwrócić tu szczególną uwagę na omawiany powyżej czynnik odpowiedzialności za kierowanie, który mocno wyróżnia stanowiska kierowników poszczególnych działów oraz dyrekcji placówki na tle innych stanowisk, tym samym w efekcie silnie wpływając na wysokość wynagrodzeń przypisanych ostatecznie tymże stanowiskom.

Współpraca to kolejne w zestawieniu kryterium syntetyczne, obejmujące trzy elementy, mianowicie:

- współdziałanie (C1) – przedział 0–25 punktów,
- motywowanie (C2) – przedział 0–20 punktów,
- kontakty zewnętrzne (C3) – przedział 0–20 punktów [5].

**Tabela 3.** Wyniki wartościowania pracy dla kryterium odpowiedzialność wśród pracowników administracji, gospodarczych i obsługi  
*Table 3. Job evaluation results for the criterion: responsibility among administrative employees, maintenance workers and service*

Lp.	Nazwa stanowiska	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	Razem B
1.	Z-ca Dyrektora ds. medycznych	34	32	22	15	45	148
2.	Kierownik Działu Spraw Pracowniczych	27	22	13	8	17	87
3.	Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru	27	22	13	8	17	87
4.	Kierownik Działu Zamówień Publicznych	27	22	13	8	17	87
5.	Kierownik Działu Kosztów i Rozliczeń	27	22	13	8	17	87
6.	Kierownik Działu Informatyki	27	22	13	8	17	87
7.	Kierownik Działu Statystyki	27	22	13	8	17	87
8.	Kierownik Działu Ewidencji i Inwentaryzacji	27	22	13	8	17	87
9.	Specjalista ds. organizacji	17	12	5	0	5	39
10.	Specjalista ds. obronnych	17	12	5	0	5	39
11.	Starszy Specjalista ds. kosztów i rozliczeń	17	12	5	0	5	39
12.	Inspektor ds. informatyki	11	10	10	0	3	34
13.	Kierownik Działu Płac i Spraw Socjalnych	27	22	13	8	17	87

14.	Starszy Inspektor ds. rozliczeń	12	7	10	0	5	34
15.	Starszy Inspektor BHP i Ochrony Ppoż.	17	12	5	17	10	61
16.	Asystentka Dyrektora	12	10	5	0	3	30
17.	Specjalista ds. umów cywilno-prawnych	17	12	5	0	5	39
18.	Inspektor prawny ds. osobowych	16	11	5	0	3	35
19.	Starszy Referent ds. osobowych	12	10	5	0	5	32
20.	Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych	7	5	5	0	3	20
21.	Starszy magazynier	12	7	10	0	5	34
22.	Starszy statystyk medyczny	8	6	5	0	5	24
23.	Starszy referent	12	10	5	0	5	32
24.	Starszy Inspektor ds. osobowych	12	7	7	0	5	31
25.	Starszy mistrz warsztatów	5	5	5	0	3	18
26.	Księgowa ds. płac	15	11	5	0	3	34
27.	Starszy kasjer	12	9	15	0	3	39
28.	Księgowa ds. płac	15	11	5	0	3	34
29.	Księgowa	15	11	5	0	3	34
30.	Referent ds. płac	11	11	5	0	3	30
31.	Archiwista	7	5	3	0	2	17
32.	Referent ds. zaopatrzenia	10	10	5	0	3	28
33.	Statystyk medyczny	7	5	5	0	3	20
34.	Pracownik socjalny	7	5	3	0	2	17
35.	Księgowa ds. płac	15	11	5	0	3	34
36.	Elektryk	5	5	5	5	2	22
37.	Ślusarz	5	5	5	4	2	21
38.	Malarz	5	3	3	3	2	16
39.	Pracownik gospodarczy	5	1	5	5	2	18
40.	Sprzątaczką	5	1	5	5	1	17

Źródło: opracowano na podstawie wyników wyceny przeprowadzonej w wybranym podmiocie działalności leczniczej. Uwaga: kryterium odpowiedzialność za: B-1 – przebieg i skutki pracy, B-2 – decyzje, B-3 – finanse oraz środki i przedmioty pracy, B-4 – bezpieczeństwo innych osób, B5 – kierowanie.

Source: based on valuation results conducted in a selected medical facility. Comment: criterion – responsibility for: B-1 – work course and effects, B-2 – decisions, B-3 – funds, work means and subjects, B-4 – safety of other people, B5 – management.

Jeśli mowa o współdziałaniu (C1), należy na tę kwestię spojrzeć z różnych stron. Z jednej strony mówić należy o kooperacji z innymi współpracownikami lub, jeśli charakter pracy stanowi inaczej, z pacjentami-pacjentami, których rozmaite problemy i ich rozwiązanie należą do obowiązków pracownika administracji. Współdziałanie odnosi się ponadto do kontaktów z innymi komórkami podmiotu, biorąc pod uwagę zakres i częstotliwość tych relacji.

Motywowanie (C2) – kolejny składnik kryterium współpracy – dotyczy motywowania zarówno podległego personelu, sposobu tego działania, jak i równorzędnych współpracowników oraz pacjentów poprzez prezentowanie pozytywnej postawy w pracy.

Kontakty zewnętrzne (C3) odnoszą się do dwóch elementów, mianowicie do relacji z instytucjami, bez których podmiot leczniczy nie może funkcjonować, jak np. NFZ, a także do kontaktów z pacjentami i ich bliskimi, co jest bardzo ważną i delikatną sferą wymagającą nie lada umiejętności. Tabela 4 prezentuje wyniki wartościowania dla kryterium współpraca pracowników administracji wybranego podmiotu leczniczego.

**Tabela 4.** Wyniki wartościowania pracy dla kryterium współpraca wśród pracowników administracji, gospodarczych i obsługi  
*Table 4. Job evaluation results for the criterion: cooperation among administrative employees, maintenance workers and service*

Lp.	Nazwa stanowiska	C-1	C-2	C-3	Razem C
1.	Z-ca Dyrektora ds. medycznych	20	18	20	58
2.	Kierownik Działu Spraw Pracowniczych	18	10	18	46
3.	Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru	18	10	18	46
4.	Kierownik Działu Zamówień Publicznych	18	10	18	46
5.	Kierownik Działu Kosztów i Rozliczeń	18	10	18	46
6.	Kierownik Działu Informatyki	18	10	18	46
7.	Kierownik Działu Statystyki	18	10	18	46
8.	Kierownik Działu Ewidencji i Inwentaryzacji	18	10	18	46
9.	Specjalista ds. organizacji	14	5	11	30
10.	Specjalista ds. obronnych	14	5	11	30
11.	Starszy Specjalista ds. kosztów i rozliczeń	14	5	11	30
12.	Inspektor ds. informatyki	11	3	8	22



13.	Kierownik Działu Płac i Spraw Socjalnych	18	10	18	46
14.	Starszy Inspektor ds. rozliczeń	10	3	8	21
15.	Starszy Inspektor BHP i Ochrony Ppoż.	13	12	13	38
16.	Asystentka Dyrektora	12	3	12	27
17.	Specjalista ds. umów cywilnoprawnych	14	5	11	30
18.	Inspektor prawny ds. osobowych	13	3	11	27
19.	Starszy Referent ds. osobowych	12	5	15	32
20.	Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych	10	3	7	20
21.	Starszy magazynier	10	3	8	21
22.	Starszy statystyk medyczny	10	3	10	23
23.	Starszy referent	12	5	15	32
24.	Starszy Inspektor ds. osobowych	10	3	8	21
25.	Starszy mistrz warsztatów	5	3	0	8
26.	Księgowa ds. płac	13	3	11	27
27.	Starszy kasjer	13	3	8	24
28.	Księgowa ds. płac	13	3	11	27
29.	Księgowa	13	3	11	27
30.	Referent ds. płac	12	3	12	27
31.	Archiwista	5	0	8	13
32.	Referent ds. zaopatrzenia	12	3	12	27
33.	Statystyk medyczny	10	3	10	23
34.	Pracownik socjalny	8	0	8	16
35.	Księgowa ds. płac	13	3	11	27
36.	Elektryk	5	0	0	5
37.	Ślusarz	5	0	0	5
38.	Malarz	3	0	0	3
39.	Pracownik gospodarczy	5	0	5	10
40.	Sprzątaczką	5	0	5	10

Źródło: opracowano na podstawie wyników wyceny przeprowadzonej w wybranym podmiocie działalności leczniczej. Uwaga: C-1 – współdziałanie, C-2 – motywowanie, C-3 – kontakty zewnętrzne.

Source: based on valuation results conducted in a selected medical facility. Comment: C-1 – cooperation, C-2 – motivation, C-3 – external contacts.

Wyniki oceny kryterium współpraca nie zmieniają zbytnio układu stanowisk, gdyż wzmacniają one pozy-

cje stanowisk kierowniczych oraz pracowników wykazujących szerokie kontakty w swojej codziennej działalności w podmiocie oraz poza nim. Przykładem takiego pracownika jest Starszy Inspektor ds. BHP i Ppoż.

Ostatnie z ocenianych kryteriów syntetycznych – warunki pracy – jest bardzo pojemnym pojęciem, które w swym zakresie mieści przede wszystkim wysiłek fizyczny (D1, 0–30 pkt.) i psychoneurozy (D2, 1–20 pkt.), trud umysłowy (D3, 1–20 pkt.), monotonię wykonywanej pracy (D4, 0–10 pkt.) oraz ogólne jej warunki (D5, 0–25 pkt.). Czynniki te odnoszą się zarówno do trudności fizycznych na stanowisku pracy, w przypadku pracowników administracyjnych może to być duża ilość pokonywanych pieszo odległości, pozycja siedząca, podnoszenie ciężkich przedmiotów, jak i do stresu i obciążenia psychicznego. Ważna jest tutaj kwestia urozmaicenia wykonywanych prac, ich różnorodność, co nie zawsze jest możliwe w pracy administracji. Warunki pracy są związane z jej bezpieczeństwem i higieną, czynnikami szkodliwymi, co w podmiocie leczniczym zyskuje szczególne znaczenie. Wycenę punktową odnośnie warunków prezentuje tabela 5. Jak widać, uzyskane wartości nie dokonują rewolucji w zestawieniu, a wynika to z faktu, iż część osób, np. kierownicy działów, specjaliści, obciążona jest w pracy dużym wysiłkiem umysłowym na rzecz znikomego trudu fizycznego.

Odwrotnie wygląda sytuacja u pracowników wykorzystujących siłę własnych mięśni, mowa tutaj chociażby o sprzątaczkach, malarzu, których niewielki wysiłek umysłowy rekompensowany jest dużymi nakładami fizycznymi wnoszonymi do wykonywania codziennych zadań.

**Tabela 5.** Wyniki wartościowania pracy dla kryterium warunki pracy wśród pracowników administracji, gospodarczych i obsługi  
Table 5. Job evaluation results for the criterion: working conditions of administrative employees, maintenance workers and service

Lp.	Nazwa stanowiska	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	Razem D
1.	Z-ca Dyrektora ds. medycznych	5	20	21	0	12	58
2.	Kierownik Działu Spraw Pracowniczych	5	18	15	0	10	48
3.	Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru	5	18	15	0	10	48
4.	Kierownik Działu Zamówień Publicznych	5	18	15	0	10	48
5.	Kierownik Działu Kosztów i Rozliczeń	5	18	15	5	10	53
6.	Kierownik Działu Informatyki	5	18	15	0	10	48
7.	Kierownik Działu Statystyki	5	18	15	0	10	48

8.	Kierownik Działu Ewidencji i Inwentaryzacji	5	18	15	0	10	48
9.	Specjalista ds. organizacji	5	13	10	0	8	36
10.	Specjalista ds. obronnych	5	13	10	0	8	36
11.	Starszy Specjalista ds. kosztów i rozliczeń	5	13	10	5	8	41
12.	Inspektor ds. informatyki	5	10	10	0	10	35
13.	Kierownik Działu Płac i Spraw Socjalnych	5	18	15	0	10	48
14.	Starszy Inspektor ds. rozliczeń	8	7	10	5	5	35
15.	Starszy Inspektor BHP i Ochrony Ppoż.	5	12	10	0	15	42
16.	Asystentka Dyrektora	5	10	10	0	10	35
17.	Specjalista ds. umów cywilnoprawnych	5	13	10	0	8	36
18.	Inspektor prawny ds. osobowych	5	13	10	0	8	36
19.	Starszy Referent ds. osobowych	5	12	8	0	8	33
20.	Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych	5	5	5	0	5	20
21.	Starszy magazynier	8	10	7	0	5	30
22.	Starszy statystyk medyczny	5	10	4	3	8	30
23.	Starszy referent	5	12	8	0	8	33
24.	Starszy Inspektor ds. osobowych	5	10	7	0	5	27
25.	Starszy mistrz warsztatów	5	5	5	0	12	27
26.	Księgowa ds. płac	5	10	10	0	8	33
27.	Starszy kasjer	5	11	10	0	10	36
28.	Księgowa ds. płac	5	10	10	0	8	33
29.	Księgowa	5	10	10	0	8	33
30.	Referent ds. płac	5	12	10	0	5	32
31.	Archiwista	6	5	4	7	10	32
32.	Referent ds. zaopatrzenia	5	12	10	0	5	32
33.	Statystyk medyczny	5	10	4	3	8	30
34.	Pracownik socjalny	5	8	5	0	5	23
35.	Księgowa ds. płac	5	10	10	0	8	33
36.	Elektryk	15	7	3	0	12	37
37.	Ślusarz	15	5	3	0	15	38
38.	Malarz	15	5	2	0	10	32

39.	Pracownik gospodarczy	17	5	3	5	10	40
-----	-----------------------	----	---	---	---	----	----

40.	Sprzątaczką	16	5	3	5	10	39
-----	-------------	----	---	---	---	----	----

Źródło: opracowano na podstawie wyników wyceny przeprowadzonej w wybranym podmiocie działalności leczniczej. Uwaga: D-1 – wysiłek fizyczny, D-2 – wysiłek psychoenerwowy, D-3 – wysiłek umysłowy, D-4 – monotonia, D-5 – warunki pracy.

Source: based on valuation results conducted in a selected medical facility. Comment: D-1 – physical effort, D-2 – psycho-nervous effort, D-3 – mental effort, D-4 – monotony, D-5 – working conditions.

## Wnioski z przeprowadzonego badania

Wartościowanie stanowisk pracy to bardzo przydatne narzędzie w procesie zarządzania zasobami ludzkimi, które umożliwia lepsze i efektywniejsze kierowanie personelem i zarządzaną placówką.

Podmioty lecznicze często decydują się na wartościowanie stanowisk pracy, jednak nie wykorzystują wskazówek, jakie wskazał proces, co powoduje problem z zasadnością jego stosowania. Wyniki wartościowania można użyć do modyfikacji taryfikatora kwalifikacyjnego, a co za tym idzie – do zaproponowania personelowi udoskonalonych stawek wynagrodzenia zasadniczego.

Na podstawie przeprowadzonego badania stworzono wzorcowe wynagrodzenia zasadnicze dla ocenianych stanowisk, po wcześniejszym określeniu wartości punktu dla badanego podmiotu leczniczego. Wyniki, o których mowa, przedstawia tabela 6.

**Tabela 6.** Wzorcowe wynagrodzenie zasadnicze wśród pracowników administracji, gospodarczych i obsługi

Table 6. The reference salary of administrative employees, maintenance workers and service

Lp	Nazwa stanowiska	A	B	C	D	Ogółem	Stawka wynagrodzenia
1.	Z-ca Dyrektora ds. medycznych	125	148	58	58	389	7780,00 zł
2.	Kierownik Działu Spraw Pracowniczych	113	87	46	48	294	5880,00 zł
3.	Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru	111	87	46	48	292	5840,00 zł
4.	Kierownik Działu Zamówień Publicznych	111	87	46	48	292	5840,00 zł
5.	Kierownik Działu Kosztów i Rozliczeń	110	87	46	53	296	5920,00 zł
6.	Kierownik Działu Informatyki	110	87	46	48	291	5820,00 zł
7.	Kierownik Działu Statystyki	109	87	46	48	290	5800,00 zł
8.	Kierownik Działu Ewidencji i Inwentaryzacji	106	87	46	48	287	5740,00 zł
9.	Specjalista ds. organizacji	99	39	30	36	204	4080,00 zł
10.	Specjalista ds. obronnych	95	39	30	36	200	4000,00 zł

11.	Starszy Specjalista ds. kosztów i rozliczeń	92	39	30	41	202	4040,00 zł
12.	Informatyk	92	34	22	35	183	3660,00 zł
13.	Kierownik Działu Płac i Spraw Socjalnych	89	87	46	48	270	5400,00 zł
14.	Starszy Inspektor ds. rozliczeń	89	34	21	35	179	3580,00 zł
15.	Starszy Inspektor BHP i Ochrony Ppoż.	85	61	38	42	226	4520,00 zł
16.	Asystentka Dyrektora	85	30	27	35	177	3540,00 zł
17.	Specjalista ds. umów cywilno-prawnych	82	39	30	36	187	3740,00 zł
18.	Inspektor prawny ds. osobowych	80	35	27	36	178	3560,00 zł
19.	Starszy Referent ds. osobowych	76	32	32	33	173	3460,00 zł
20.	Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych	75	20	20	20	135	2700,00 zł
21.	Starszy magazynier	75	34	21	30	160	3200,00 zł
22.	Starszy statystyk medyczny	72	24	23	30	149	2980,00 zł
23.	Starszy referent	72	32	32	33	169	3380,00 zł
24.	Starszy Inspektor ds. osobowych	70	31	21	27	149	2980,00 zł
25.	Starszy mistrz warsztatów	70	18	8	27	123	2460,00 zł
26.	Księgowa ds. płac	69	34	27	33	163	3260,00 zł
27.	Starszy kasjer	67	39	24	36	166	3320,00 zł
28.	Księgowa ds. płac	64	34	27	33	158	3160,00 zł
29.	Księgowa	64	34	27	33	158	3160,00 zł
30.	Referent ds. płac	62	30	27	32	151	3020,00 zł
31.	Archiwista	58	17	13	32	120	2400,00 zł
32.	Referent ds. zaopatrzenia	58	28	27	32	145	2900,00 zł
33.	Statystyk medyczny	55	20	23	30	128	2560,00 zł
34.	Pracownik socjalny	55	17	16	23	111	2220,00 zł
35.	Księgowa ds. płac	49	34	27	33	143	2860,00 zł
36.	Elektryk	33	22	5	37	97	1940,00 zł
37.	Ślusarz	33	21	5	38	97	1940,00 zł
38.	Sprzątaczką	19	17	10	39	85	1700,00 zł
39.	Pracownik gospodarczy	23	18	10	40	91	1820,00 zł
40.	Malarz	29	16	3	32	80	1600,00 zł

Źródło: opracowano na podstawie wyników wyceny przeprowadzonej w wybranym podmiocie działalności leczniczej. Uwaga: A – złożoność pracy, B – odpowiedzialność, C – współpraca, D – warunki pracy.

Source: based on valuation results conducted in a selected medical facility. Comment: A – work complexity, B – responsibility, C – cooperation, D – working conditions.

Stosując pewien uproszczony schemat, w przeprowadzonym badaniu stwierdzono, iż najniższe rangą wśród pracowników administracji, gospodarczych i obsługi wybranego podmiotu jest stanowisko malarza, któremu zgodnie z obowiązującymi w 2013 r. przypisa-

mi prawa przypisano wartość wynagrodzenia zgodną z wysokością płacy minimalnej, tj. 1600 zł brutto. Oczywiście dotyczy to nowego pracownika, który nie otrzymuje żadnych specjalnych dodatków. Płaca ta podzielona przez rezultat szacowania pracy dla najniższego stanowiska (80 punktów) daje wynik, który jest jednocześnie wartością jednego punktu dla ocenianego szpitala w 2013 r. i wynosi 20 zł. Na tej podstawie można przypisać nowe stawki wynagrodzeń dla pozostałych wynagrodzeń, według powyższego klucza, co prezentuje powyższa tabela.

Postawiona w badaniu hipoteza badawcza została potwierdzona, ponieważ wzorcowe wynagrodzenia stworzone na podstawie wyników wartościowania dla pracowników szpitala są o 30% wyższe w stosunku do faktycznych zarobków wybranych pracowników.

Uzyskane wyniki mogą posłużyć do stworzenia taryfikatora kwalifikacyjnego dla pracowników administracji, gospodarczych i obsługi rozpatrywanego szpitala i odpowiednich kategorii zaszerogowania, dzięki określeniu przedziałów punktowych. W konsekwencji możliwe jest ustalenie wartości danego stanowiska w podmiocie leczniczym oraz wymagań, jakie powinien spełniać kandydat aplikujący na konkretną posadę.

Jak widać, metoda UMEWAP 2000 umożliwia sprawne przeprowadzenie wartościowania stanowisk pracy i wskazanie zasadniczego wynagrodzenia, ale cały proces musi być prowadzony uczciwie, skrupulatnie i zgodnie z najlepszą wiedzą, aby móc uznać go za wiarygodny.

## Piśmiennictwo

1. <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/3967502/rewolucja-przemyslowa.html> (data dostępu: 14.04.2013).
2. Martyniak Z. Metodologia wartościowania pracy. Oficyna Wydawnicza Antykwa, Kraków 1998, 17 i 18.
3. Borkowska S. Strategie wynagrodzeń. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004, 128, 129, 132.
4. Gruszczyńska-Malec G. Wartościowanie pracy. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2008, 33 i 34.
5. Pagórski P. Wartościowanie stanowisk pracy jako narzędzie kształtowania sprawiedliwej płacy w podmiotach finansów publicznych. W: Orliński R (red.). Finanse i rachunkowość sektora publicznego. Wydawnictwo PWSZ, Kalisz 2012, 129–145.
6. Głowacka MD, Pagórski P. Wartościowanie pracy w zakładzie opieki zdrowotnej jako element wspomagający proces zarządzania kadrami. Pielęg Pol. 2011;2(40):83 i 84.
7. Czajka Z. Zarządzanie wynagrodzeniami w Polsce. PWE, Warszawa 2009, 129.
8. <http://kazimierz.sedlak1.nf.pl/> (data dostępu: 22.05.2013).

## Adres do korespondencji:

Piotr Pagórski  
Pracownia Finansów i Rachunkowości w Ochronie Zdrowia  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Smoluchowskiego 11  
60-179 Poznań

# POCZUCIE WSPARCIA SPOŁECZNEGO U OSÓB CHORYCH NA PADACZKĘ

## THE FEELING OF SOCIAL SUPPORT IN PEOPLE WITH EPILEPSY

Paulina Czyżewska, Sylwia Makarowicz, Dorota Talarska, Joanna Stanisławska, Elżbieta Drozd-Gajdus, Magdalena Strugała

Katedra Profilaktyki Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Padaczka jest chorobą przewlekłą stwarzającą wiele obaw oraz problemów medyczno-społecznych nie tylko dla osoby dotkniętej tym schorzeniem, ale również w dużej mierze dla jej najbliższego otoczenia. Ważną rolę w przystosowaniu się osoby chorej i jej najbliższych do życia z chorobą odgrywa wsparcie społeczne.

**Cel.** Celem pracy było poznanie poczucia wsparcia społecznego u osób z padaczką.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 60 osób chorujących na padaczkę. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Materiał do badań zebrano na terenie miasta Poznania wśród osób zrzeszonych w Stowarzyszeniu Ludzi z Epilepsją, Niepełnosprawnych i ich Przyjaciół „Koniczynka” oraz w Wielkopolskim Ośrodku Przeciwpadaczkowym. Do oceny i pomiaru wsparcia społecznego zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety umożliwiający zebranie danych klinicznych i demograficznych, Skalę Wsparcia Społecznego (Weiss), Skalę Samooceny SES M. Rosenberga, Kwestionariusz Percepcji Choroby – wersja skrócona (Brief- IPQ).

**Wyniki.** Analiza wykazała wśród grupy chorych na padaczkę zależność ( $p < 0,05$ ) pomiędzy poczuciem wsparcia społecznego a stanem emocjonalnym, typem padaczki, sytuacją materialną, występującymi ograniczeniami.

**Wnioski.** Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że im większe jest poczucie wsparcia, tym mniej spotrzeganych barier powiązanych z chorobą. Wsparcie ma także wpływ na samoocenę osób chorych na padaczkę.

SŁOWA KLUCZOWE: wsparcie społeczne, padaczka.

### ABSTRACT

**Introduction.** Epilepsy is a chronic disease raising numerous concerns and medical-social problems not only for people suffering from it but their closest environment as well. Social support plays an important role in adapting to living with epilepsy for the patients and their relatives.

**Aim.** The aim of our study was to investigate the feeling of social support in people with epilepsy.

**Material and methods.** The study was conducted using a diagnostic survey in 60 people with epilepsy. Material for the study was collected from people affiliated in the People with Epilepsy, the Disabled and their Friends' Association called "Koniczynka" ("A Clover") in Poznan and in the Anti-epilepsy Center of Great Poland. To assess and measure social support the following instruments were used: a questionnaire to gather clinical and demographic data, Social Support Scale (Weiss), Self-assessment Scale SES M. Rosenberg, a Questionnaire of the Disease Perception – brief version (Brief- IPQ).

**Results.** The analysis showed among group members of patients with epilepsy the correlation ( $p < 0,05$ ) between the feeling of social support and emotional state, epilepsy type, material situation, existing limitations, barriers.

**Conclusions.** On the basis of the conducted study we can conclude that the bigger the feeling of support, the fewer barriers connected with the disease are perceived. Support also influences self-assessment of people with epilepsy.

KEY WORDS: social support, epilepsy.

### Wstęp

Padaczka jest chorobą przewlekłą o niejednorodnym przebiegu. Może ograniczać sprawność fizyczną i umysłową, zwłaszcza u osób z lekoopornością [1–3]. Napadowy charakter objawów, a zwłaszcza ich nieprzewidywalność wywołują uczucie lęku oraz w znaczny sposób ograniczają życie chorego i jego rodziny [4]. Chorzy często mają poczucie uzależnienia od schorzenia oraz utraty kontroli nad przebiegiem choroby z powodu napadów

i działania niepożądanego leków. Wystąpienie procesu chorobowego w wieku dorosłym często przyczynia się do konieczności zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń, trybu życia, a nawet staje się przyczyną rezygnacji z aktywności zawodowej czy kontaktów towarzyskich [4, 5]. Dlatego wsparcie społeczne wobec osób chorych na padaczkę odgrywa niezwykle istotną rolę. Początki badań nad problematyką wsparcia sięgają dopiero lat 70 XX w. Potocznie wsparciem społecznym określa

się niesienie chorym na padaczkę pomocy w trudnej, stresowej, przełomowej sytuacji, z którą sobie nie radzą i nie są w stanie jej samodzielnie przewyciężyć [6–9]. Wsparcie wywiera duży wpływ na całościowe funkcjonowanie chorego, ale przede wszystkim dotyczy sfery psychicznej. Może przyczynić się do zmniejszenia nasilenia objawów, głównie lęku, oraz zwiększyć funkcjonowanie społeczne [1, 10]. Wzmacnia także poczucie bezpieczeństwa u opiekunów.

Celem pracy było poznanie poczucia wsparcia społecznego u osób dorosłych chorych na padaczkę.

## Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 60 osób, w wieku 30–50 lat, chorych na padaczkę (tabela 1), należących do Stowarzyszenia Ludzi z Epilepsją, Niepełnosprawnych i ich Przyjaciół „Koniczynka” oraz pacjentów Wielkopolskiego Ośrodka Przeciwpadaczkowego. Materiał zebrano w okresie od października 2012 r. do lutego 2013 r. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa, umożliwiająca zebranie danych demograficzno-medycznych, oraz trzy wystandaryzowane skale pozyskane od profesor M. Kalfoss z Norwegii: Skala Wsparcia Społecznego (*Social Provision Scale*, Weiss), Skala Samooceny SES M. Rosenberga, Kwestionariusz Percepcji Choroby (Brief-IPQ). Osoby badane były w pełni sprawne umysłowo lub z lekkim poziomem upośledzenia umysłowego.

Kwestionariusz Percepcji Choroby (Brief-IPQ) w wersji skróconej składa się z dziewięciu pytań, w tym jedno otwarte, które dotyczy postrzegania choroby (m.in. konsekwencji, czasu trwania choroby, kontroli leczenia, poczucia tożsamości, emocji, zrozumienia choroby). Respondenci zaznaczają odpowiedzi na skali numerycznej od 0 do 10 pkt. [11].

Skala Wsparcia Społecznego (Weiss) składa się z 24 twierdzeń, pogrupowanych w sześciu obszarach. Poszczególnym odpowiedziom przypisana jest punktacja od 1 do 4, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 4 „zdecydowanie się zgadzam”. Twierdzenia dotyczą relacji badanych z ich przyjaciółmi, członkami rodziny czy społecznością lokalną [12].

Skala Samooceny SES M. Rosenberga zbudowana jest z 10 twierdzeń ukazujących pozytywny i negatywny obraz poczucia własnej wartości. Podobnie jak w ww. skali respondent proszony jest o wskazanie, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Odpowiedzi są udzielane na czterostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, a 4 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Uzyskane wyniki mieszczą się w przedziale od 10 do 40 pkt. [13, 14].

## Analiza statystyczna

Przedstawione w artykule analizy statystyczne wykonano za pomocą testów: Kruskala-Wallisa oraz współczynnika korelacji rang Spearmana. W niniejszej pracy przyjęto za poziom istotności  $p < 0,05$ . Do analizy statystycznej zastosowano pakiet statystyczny Statistica 10 PL.

## Wyniki badań

### Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie (tabela 1) przeważało wykształcenie zawodowe (36,7%), następnie średnie (28,3%) i wyższe (26,7%). Najmniej liczną grupę stanowili respondenci z wykształceniem podstawowym (8,3%). Ankietowani to głównie osoby mieszkające w miastach (55,0%). Na terenach wiejskich mieszkało 21,7% osób uczestniczących w badaniu. Tylko 37 (61,7%) respondentów zna rodzaj padaczki, na którą choruje. W badanej grupie dominowała padaczka z napadami pierwotnie i wtórnie uogólnionymi (91,7%). Wśród przyczyn wymieniane były m.in. takie czynniki, jak: udar (15,0%), uraz (6,6%), alkohol (6,6%). Respondenci odnośnie stanu cywilnego deklarują głównie stan wolny (56,7%), w związku małżeńskim było 17 (28,3%) badanych. Sytuacja materialna przez większość ankietowanych została określona jako średnia (56,7%) lub dobra (31,7%), zła tylko przez 3 (5,0%) uczestników badania.

**Tabela 1.** Charakterystyka społeczno-demograficzna osób chorych na epilepsję

*Table 1. Social-demographic characteristics of people with epilepsy*

Charakterystyka grupy	n	%
<b>Płeć</b>		
Kobiety	33	55,0%
Mężczyźni	27	45,0%
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
Wieś	13	21,7%
Miasteczko	14	23,3%
Miasto	33	55,0%
<b>Wykształcenie</b>		
Zawodowe	22	36,7%
Średnie	17	28,3%
Wyższe	16	26,7%
Podstawowe	5	8,3%
<b>Stan cywilny</b>		
Wolny	34	56,7%
Rozwódnik/Rozwódka	5	8,3%
Wdowiec/Wdowa	4	6,7%
Stały związek	17	28,3%

## Poczucie wsparcia społecznego

W badanej grupie średnio respondenci uzyskali w całym kwestionariuszu 73 pkt. Co oznacza, że mieli poczucie otrzymywanego wsparcia społecznego. Podjęto także próbę oceny czynników wpływających na poczucie wsparcia. Wśród zmiennych uwzględniono m.in. spostrzeganie choroby oraz samoocenę. W skali Brief-IPQ wykazano zależność istotną statystycznie tylko z obszarem: reprezentacja emocjonalna (współczynnik  $r_s$  pyt. 6  $p = 0,0002$ , pyt. 8  $p = 0,0361$ ). Natomiast korelacja poczucia wsparcia społecznego ze skalą SES wyniosła  $r_s = -0,4$ ,  $p = 0,0002$ . Co oznacza, że wraz z większym poczuciem samooceny (niższa punktacja) respondenci mają wyższe poczucie wsparcia.

Z czynników klinicznych i socjo-demograficznych wykazano różnicę istotną statystycznie za pomocą testu Kruskala-Wallisa między poczuciem wsparcia a m.in. rodzajem padaczki ( $p = 0,0351$ ), sytuacją materialną ( $p = 0,0475$ ). Nie wykazano natomiast różnicy istotnej statystycznie z takimi zmiennymi, jak: częstość napadów, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny.

Najniższe poczucie wsparcia zgłaszały osoby, które dodatkowo nadużywały alkoholu, średnio z każdego obszaru uzyskiwały 8,8 pkt.  $\pm 0,6$ , natomiast najwyższe z padaczką poudarową (12,8 pkt.  $\pm 0,4$ ). Porównywalnie niższa średnia wsparcia społecznego dotyczy osób określających swoją sytuację materialną jako średnią lub dobrą (11,2 pkt.  $\pm 0,7$ ). Natomiast wyższą średnią uzyskiwały osoby deklarujące sytuację materialną jako złą lub bardzo dobrą (13,2 pkt.  $\pm 0,9$ ). Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby, które określiły swoją sytuację materialną jako złą, zgłaszały większe poczucie wsparcia. Wykazano także różnicę istotną statystycznie między możliwością zakupu leków a poczuciem wsparcia ( $p = 0,0475$ ).

Odczuwanie barier wg respondentów powiązane jest z poziomem odczuwanego wsparcia społecznego. Wszyscy ankietowani zgodnie deklarowali ( $n = 60$ ), że istniejące problemy związane z chorobą mają duży wpływ na poczucie wsparcia społecznego (test Kruskala-Wallisa  $p = 0,0002$ ). Na podstawie wyników wnioskować można, że im większe są ograniczenia, tym mniej odczuwane jest wsparcie społeczne. Wśród barier respondenci wymieniali m.in. napady padaczkowe, brak aktywności zawodowej, niskie uposażenie finansowe, uprzedzenia społeczne.

## Dyskusja

Padaczka to przewlekła choroba społeczna, stanowiąca znaczący problem epidemiologiczny, diagnostyczny, terapeutyczny, społeczny oraz ekonomiczny [1, 15, 16]. Wpływa na codzienne funkcjonowanie chorego oraz

jego rodziny. Ze względu na uprzedzenia i stereotypy społeczne przyczynia się do pogorszenia jakości życia chorego oraz izolacji społecznej [2, 4, 5, 10, 16–20]. Przebieg procesu chorobowego oraz bariery i postawy społeczne wpływają z kolei na sposób spostrzegania choroby przez samego chorego. Choroba wpływa na wiele aspektów życia społecznego, jest przyczyną wielu problemów i dylematów. Oddziałuje na życie towarzyskie, rodzinne, sposób spędzania wolnego czasu czy wybór kariery zawodowej [1, 5, 16, 20]. Osoby chore na padaczkę bardzo często same ograniczają kontakty towarzyskie, co w konsekwencji ma wpływ na pogorszenie ich jakości życia [18, 19]. Uzyskanie wsparcia społecznego nie tylko daje poczucie bezpieczeństwa, ale ułatwia akceptację i funkcjonowanie z chorobą. Zdaniem Michałowskiej-Wieczorek [21] im więcej pomocy ze strony innych, tym większa mobilizacja chorego do przezwyciężania choroby i satysfakcja z życia, natomiast zbyt małe wsparcie zwiększa poczucie bezradności. Podobne zależności można było zaobserwować w badaniach własnych. Wzrost samooceny oraz bardziej pozytywne postrzeganie choroby występowały u osób, które doznawały znaczącego wsparcia. Chociaż nie stwierdzono różnic w ocenie wsparcia dokonywanej przez osoby mieszkające w mieście, miasteczku lub na wsi, to postrzeganie choroby przez osoby mieszkające na wsi było znacznie gorsze. Możemy przypuszczać, że wynika to z większej stygmatyzacji. Bowiem lokalna społeczność nie zawsze wykazuje zrozumienie dla osób chorujących na padaczkę. Dlatego mieszkańcy wsi wg Girzelskiej i wsp. [4] częściej oceniają swoją jakość życia gorzej od mieszkańców miast. W badaniach własnych ponad połowa respondentów określiła swoją sytuację materialną jako średnią. Poziom otrzymanego wsparcia społecznego określili oni niżej niż osoby z sytuacją materialną złą lub – przeciwnie – bardzo dobrą. To może świadczyć o tym, że obie zadowolone grupy otrzymywały pomoc zgodną ze swoimi oczekiwaniami. Natomiast pomijane były potrzeby osób średniozamożnych. Na poziom sytuacji materialnej duży wpływ ma aktywność zawodowa. Stanowi jedną z form funkcjonowania w społeczeństwie, co ma ogromne znaczenie dla człowieka w dorosłym życiu [1, 10, 22, 23]. Trudności w uzyskaniu zatrudnienia są często wynikiem złożonego zespołu czynników, wśród których istotną rolę odgrywiają stan psychiczny i neurologiczny, kwalifikacje zawodowe, doświadczenie i motywacja do podjęcia pracy oraz postawa środowiska [4, 18, 19, 22, 23]. Pracodawcy niechętnie zatrudniają osoby chore na padaczkę, w związku z ryzykiem urazów i brakiem znajomości specyfiki choroby [22, 23]. To powoduje, że osoby chore na padaczkę nie przyznają się do swojej choroby [17]. Proces chorobowy także

utrudnia dostęp do edukacji – w badaniach własnych prawie połowa grupy ma wykształcenie zawodowe lub podstawowe. Na poczucie satysfakcji z życia ma także wpływ stan cywilny. W badaniach własnych mniej więcej 1/3 grupy deklaruje, że jest zamężna. Podobnie jak w badaniu wielośrodkowym przeprowadzonym w 2005 r. na terenie naszego kraju wśród 1019 pacjentów z padaczką [24]. Przebywanie w związku małżeńskim wpływa korzystnie na jakość życia osób z padaczką [1, 5]. Jednak Elliot i wsp. [3], podobnie jak w naszych badaniach, wykazali, że dla poczucia wsparcia społecznego istotny jest sam fakt posiadania osób, które służą pomocą, nie ma natomiast znaczenia rodzaj powiązań rodzinnych. Relacje i związki pomiędzy chorymi a osobami bliskimi wzbudzają w chorych pozytywne emocje i zwiększają pewność, że uzyskają pomoc w przyszłości [25]. To niezwykle istotny czynnik dla ich samooceny. Odgrywa ważną rolę w procesie pozytywnego myślenia o sobie. Na podstawie badań własnych można wnioskować, że wsparcie społeczne ma znaczny wpływ na samoocenę ankietowanych. Wszyscy respondenci zgodnie stwierdzili, że wsparcie wpływa na ich samoocenę. Podobnie Frizzelli i wsp. [26] potwierdzają, że poziom samooceny w znaczny sposób wpływa na życie osób z padaczką. W badaniach własnych dodatkowo stwierdziliśmy, że poczucie doznawanego wsparcia uzależnione jest od postaci padaczki. Najmniej wsparcia doświadczają osoby nadużywające alkoholu, co może wynikać z braku dobrych relacji społecznych, które w okresie spożywania alkoholu utracili. Innym czynnikiem wpływającym na poziom doznawanego wsparcia było poczucie choroby w obszarze emocjonalnego powiązania z chorobą. Także inni autorzy wskazują na powiązanie stanu emocjonalnego z poczuciem wsparcia [3, 25]. Elliot i wsp. [3] oraz Robertson i wsp. [27] podkreślają, że osoby chore na padaczkę częściej mają zaburzenia psychiczne i depresję. U chorych mogą wystąpić zaburzenia procesów poznawczych, trudności w uczeniu się, mówieniu, padaczka może być również przyczyną wystąpienia agresywnego zachowania [28]. Wilczewska i wsp. [29] podkreślają, że stan emocjonalny osób chorych na padaczkę może znacznie się obniżyć z powodu uzależnienia ich od osób trzecich, głównie w czasie wystąpienia napadów padaczkowych. Oznacza to, że wsparcie ze strony społeczeństwa nie zawsze musi nieść za sobą pozytywne skutki.

Niewiedza i przesady na temat padaczki sprawiają także dzisiaj wielu osobom trudności. Niektóre z nich mają charakter dramatów osobistych i rodzinnych. Sytuacja rodziny chorego z padaczką jest w pewnym sensie niepowtarzalna, odmienna [10]. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie, nie można go oceniać standardowo zarówno pod względem problemów

medycznych, psychologicznych, jak i socjalnych [1, 5]. Pomimo rozwoju medycyny i nauki, a także coraz lepiej wykształconego społeczeństwa nietrudno spotkać się ze stereotypami i ogólnym lękiem przed osobą chorą na padaczkę.

Podsumowując, rodzina i najbliższe otoczenie jest podstawowym i najważniejszym źródłem wsparcia, które kształtuje samoocenę i poczucie choroby u osób chorych na padaczkę. Niestety często ogrom problemów zawodowych, rodzinnych i osobistych, który towarzyszy chorobom przewlekłym, takim jak padaczka, sprawia, że chorzy i ich rodziny nie są w stanie im sprostać. Chorzy wymagają wówczas pomocy z zewnątrz. Najlepszą formę pomocy oferują organizacje i stowarzyszenia działające na rzecz osób chorych na padaczkę i ich rodzin.

## Wnioski

1. Poczucie wsparcia społecznego jest powiązane z samooceną oraz poczuciem choroby.
2. Na poczucie wsparcia społecznego w badanej grupie miały wpływ typ padaczki oraz sytuacja materialna.
3. Poczucie wsparcia społecznego w badanej grupie nie różniło się istotnie po uwzględnieniu: częstości występowania napadów padaczkowych, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego chorego.

## Piśmiennictwo

1. Zachwieja J. Wpływ wybranych czynników na jakość życia osób z padaczką. *Pielęg Neurolog Neurochirurg.* 2013;2:117–124.
2. Talarska D. Funkcjonowanie psychospołeczne dzieci i młodzieży z napadami kontrolowanymi i padaczką oporną na leki – analiza porównawcza. *Epileptologia.* 2006;1:35–43.
3. Elliott JO, Charyton C, Sprangers P, Lu B, Moore JL. The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2011;20:533–538.
4. Girzelska J, Biernacka B, Jarosz MJ. Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na padaczkę. *Pielęg Neurolog Neurochirurg.* 2013;2:155–164.
5. Błaszczuk B. Jakość życia chorych na padaczkę. Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa, Kielce 2011.
6. Hupcey JE. Clayfying the socialsupporttheory – researchlinkage. *J Adv Nurs.* 1998;27:1231–1241.
7. Zreda A, Barczykowska E, Ślusarz R, Kram M, Kurylak A. Wsparcie jako praktyczna działalność pielęgniarek w stosunku do dzieci z guzami mózgu i do ich rodziców. *Ann UMCS Sect D.* 2005;60,supl.16,7:284–288.
8. Kirenko J. Wspieranie osób z niepełnosprawnością. *Pielęg Położ.* 2004;8:17–19.
9. Skrzypek M, Nyka WM, Wilczewska L, Siemiński M, Karwacka M, Janowicz A, Trybull A, Kass M. Wsparcie społeczne pacjentów po udarze mózgu w okresie hospitalizacji (wyniki wstępne). *Udar Mózgu.* 2007;9(1):32–41.

10. Tomas K, Talarska D, Bączyk G, Dymek-Skoczyńska A. Support Leeds of people with epilepsy based on patient feedback. *Epileptologia*. 2010;18:61–65.
11. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60:631–637.
12. Weiss RS. The provisions of social relationships. W: Rubin Z (red.). *Doing unto others: joining, molding, conforming, helping, loving*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1974.
13. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton 1965.
14. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psych Społ*. 2007;2:164–176.
15. Rejda K. Współczesne algorytmy diagnostyczne i standardy terapeutyczne w nowo rozpoznanej padaczce u dorosłych. *Pol Prz Neurol*. 2010;3:131–136.
16. Bandstra NF, Camfield CS, Camfield PR. Stigma of epilepsy. *Can J Neurological Sci*. 2008;35:436–440.
17. Staniszewska A, Tarchalska-Kryńska B, Kurkowska-Jastrzębska I. Codzienne problemy chorych na padaczkę. *Med Pasje*. 2011;1:14–15.
18. Doughty J, Baker GA, Jacoby A, Lavaud V. Cross-cultural Differences in Levels of Knowledge about Epilepsy. *Epilepsia*. 2003;44:115–123.
19. Howell E. Epilepsy stigma: Moving from a global problem to a global solution. *Seizure*. 2010;19:628–629.
20. Owczarek K. Oparta na dowodach jakość życia u osób z padaczką. *Epileptologia*. 2004;12:351–363.
21. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkol*. 2006;2:51–56.
22. Rätsepp M, Õun A, Haldre S, Kaasik A. Felt stigma and impact of epilepsy on employment status among Estonian people: exploratory study. *Seizure*. 2000;9:394–401.
23. Jacoby A, Gorry J, Baker GA. Employers' Attitudes to Employment of People with Epilepsy: Still the Same Old Story? *Epilepsia*. 2005;46,12:1978–1987.
24. Majkowski J, Majkowska-Zwolińska B. Cechy demograficzne, społeczne i medyczne 1019 chorych z padaczką. Prospektywne, wielośrodkowe, badania kosztów padaczki w 2006 r. w Polsce. *Epileptologia*. 2007;15:119–139.
25. Sęk H, Cieślak R (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. PWN, Warszawa 2004, 14–25, 49.
26. Frizzell CK, Connolly AM, Beavis E, Lawson JA, Bye AM. Personalised epilepsy education intervention for adolescents and impact on knowledge acquisition and psychosocial function. *J Paediatr Child Health*. 2011;47,5: 271–275.
27. Robertson MM, Trimble MR, Townsend HR. Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia*. 1987;28:364–372.
28. Maree LH, Glozier NS, Martiniuk AL, Craig SJ, Anderson A. Sydney epilepsy incidence study to measure illness consequences: the SESIMIC observational epilepsy study protocol. *BMC Neurol*. 2011;11:3.
29. Wilczewska L, Zarzycki A. Perspektywy poprawy jakości życia chorych na padaczkę. W: Głogowska MD, Bukowska A, Skommer M, Konieczna J, Pokrzywniak D (red.). *Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Standardy opieki w pielęgniarstwie wdrażanie programów promocji zdrowia*. Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 1999, 36.

**Adres do korespondencji:**

Katedra Profilaktyki Zdrowotnej  
 ul. Smoluchowskiego 11  
 60-179 Poznań  
 tel. 61 8612243  
 e-mail: [pati.talarska@neostrada.pl](mailto:pati.talarska@neostrada.pl)



# ■ POSTRZEGANIE ZDROWIA PRZEZ PIELEŃNIARKI PO CZTERDZIESTYM ROKU ŻYCIA

## THE PERCEPTION OF HEALTH FOR NURSES IN THEIR FORTIES

Renata Rasińska, Iwona Nowakowska

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Pielęgniarki są grupą społeczną, która charakteryzuje się wysoką wiedzą na temat zdrowia i choroby. Powinny się one wykazywać gotowością do aktywnej działalności na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa. Demonstrowanie własnego zdrowia, kształtowanie nawyków, realizacja przekonań zdrowotnych to bardzo efektywny sposób wpływu na inne osoby.

**Cel.** Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii pielęgniarek w wieku 40+ na temat zdrowia oraz zapoznanie się z prezentowanymi przez nie zachowaniami zdrowotnymi.

**Materiał i metody.** Przebadano grupę 65 pielęgniarek w wieku 40+. Badania wykonano metodą sondażu diagnostycznego za pomocą ankiety własnego autorstwa, jak również za pomocą kwestionariuszy powszechnie stosowanych w badaniach psychologicznych z zakresu psychologii zdrowia – tzw. Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, Listy Kryteriów Zdrowia oraz Listy Wartości Osobistych.

**Wyniki i wnioski.** Obserwacja życia codziennego pielęgniarek w wieku 40+ pozwala stwierdzić, że nie przestrzegają one prawidłowych zasad, które mają wpływ na ich zdrowie. Analizując badany materiał, stwierdzono niższy w stosunku do grupy kontrolnej ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz wskaźniki dla poszczególnych kategorii, co może być związane właśnie z zawodem wykonywanym przez badane kobiety. Sposób, w jaki kobiety definiują zdrowie, jest bardzo ważny w kontekście działań promujących zdrowie, a sposób wartościowania zdrowia ma wpływ na podejmowanie zachowań zdrowotnych. Pielęgniarki oprócz wiedzy na temat zdrowia powinny prezentować właściwe postawy w zakresie zachowań zdrowotnych.

**SŁOWA KLUCZOWE:** pielęgniarki, postrzeganie zdrowia, zachowania zdrowotne.

### ABSTRACT

**Introduction.** Nurses belong to a social group that is characterized by a high degree knowledge of health and diseases. They should present the readiness to actively act for the improvement of health in the society. The demonstration of health, the creation of habits, the realization of health beliefs are very effective ways to influence other people.

**Aim.** The aim of the study was to collect opinions of nurses in their 40s on the health and their present health behaviour.

**Material and methods.** The materials consisted of 65 nurses in their 40s. The results were collected using the author's own diagnostic survey and questionnaires used in psychological research: The Health Behaviour Inventory, The List of Criteria and The List of Values.

**Results and conclusions.** The observation of nurses' life allows to conclude that they do not follow principles which have impact on their health. The analysis of collected material proved a lower overall indicator of health behaviours for individual categories in comparison to the control group. The way women define health is important for health promoting activities and the evaluation of health influences health behaviours. In addition to the knowledge of health, nurses should present an appropriate attitude to health behaviour actions.

**KEY WORDS:** nurses, perception of health, health behaviour.

### Wstęp

Współczesny model medyczny, przyjęty przez WHO, traktuje człowieka znacznie bardziej podmiotowo (jako osobowość, rozumiejąc jego cierpienie) niż przedmiotowo (jakbyśmy mieli do czynienia z uszkodzoną maszyną). Zdrowie zgodnie z obecną definicją Światowej Organizacji Zdrowia to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umy-

stowego i społecznego dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia [1]. Jest to postępowe określenie, ponieważ nie poprzestaje na samym negującym ujęciu, że zdrowie jest brakiem choroby, ale bardzo mocno akcentuje, że zdrowie ma w sobie aktywny aspekt, jakim jest dobrostan. Zatem prewencja zaczyna odgrywać coraz większą rolę. Jeżeli chcemy być w pełni zdrowi, to powinniśmy wzmacniać nasze zdrowie poprzez zbilansowany tryb życia. Współczesna definicja zdrowia WHO bar-

dzo mocno podkreśla więc połączenie kwestii zdrowia z życiem wewnętrznym i społecznym człowieka oraz jego osobistą troskę o kondycję fizyczną.

Ogólny stan zdrowia osób w wieku średnim jest zazwyczaj dobry, aczkolwiek ważne jest zróżnicowanie indywidualne, u którego podstaw leżą czynniki demograficzne, środowiskowe czy kulturowe [2]. Mimo zadowalającego stanu zdrowia w wieku średnim obserwuje się niekorzystne zmiany fizyczne obniżające zdolności adaptacyjne organizmu. Zmiany te sprawiają, że w średnim wieku wzrasta prawdopodobieństwo zachorowań. Kobiety w wieku średnim są świadome własnego ciała, jego funkcji i warunków sprawnego działania. Łatwiej i szybciej dostrzegają u siebie symptomy choroby, dlatego korzystają częściej z usług służby zdrowia [3]. Kobiety mają inne podejście do choroby i zdrowia. Problem własnego zdrowia jest częściej niż u mężczyzn przedmiotem ich uwagi i rozmyślań. Istnieje większa aproba społeczna dla wyrażania przez nie obaw i lęków dotyczących własnego zdrowia. Status zawodowy kobiety ma wpływ na jej postawę wobec zdrowia – kobiety pracujące są mniej zaabsorbowane problemami własnego zdrowia, w związku z czym rzadziej korzystają z pomocy lekarzy.

Pielęgniarki są grupą społeczną, która charakteryzuje się wysoką wiedzą na temat zdrowia i choroby oraz wykazują się one gotowością do aktywnej działalności na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa. Funkcje zawodu pielęgniarki i położnej oraz wynikające z nich zadania obejmują: promocję zdrowia, zapobieganie wypadkom, chorobom i niesprawności, opiekę nad osobami zdrowymi, chorymi i niepełnosprawnymi we wszystkich grupach wiekowych, społecznych oraz we wszystkich podmiotach opieki zdrowotnej, niesienie ulgi w cierpieniu i w czasie umierania, organizowanie wsparcia rodzinie i innym grupom społecznym, współudział w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji [4]. Misję pielęgniarstwa definiuje się jako udzielanie pomocy jednostkom, rodzinom, grupom w ocenianiu i realizacji fizycznego, psychicznego i społecznego potencjału w pełnym wyzwaniu środowisku, w którym ludzie mieszkają, uczą się i pracują. W ciągu lat rola pielęgniarki ulegała przeobrażeniom. W przeszłości pielęgniarka koncentrowała się na pielęgnowaniu człowieka chorego w szpitalu oraz na pomocy w zaspokajaniu potrzeb biologicznych człowieka. Współczesne pielęgniarstwo to pielęgnowanie w zdrowiu i w chorobie, pomoc w zaspokajaniu złożonych potrzeb zdrowotnych człowieka jako jednostki biopsychospołecznej, kulturowej i duchowej, samodzielne świadczenie złożonej opieki pielęgniarskiej, współpraca zespołowa, wykonywanie zleceń lekarskich, udział w procesie terapeutycznym.

Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii pielęgniarek w wieku 40+ na temat zdrowia oraz zapoznanie się z prezentowanymi przez nie zachowaniami zdrowotnymi.

## **Metodyka i charakterystyka materiału badawczego**

Przebadano grupę 65 pielęgniarek w wieku 40+. Najwięcej kobiet było w wieku 40–50 lat (49%), następnie 50–60 lat (37%) i powyżej 60 lat (14%). Średnia wieku badanych wynosiła  $51,1 \pm 6,6$  roku. Badania wykonano metodą sondażu diagnostycznego za pomocą ankiety własnego autorstwa, jak również za pomocą kwestionariuszy powszechnie stosowanych w badaniach psychologicznych z zakresu psychologii zdrowia – tzw. Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, Listy Kryteriów Zdrowia oraz Listy Wartości Osobistych.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem [5]. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań, ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności. Twierdzenia opisujące zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby, natomiast praktyki zdrowotne obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej. Takie czynniki psychologiczne, jak: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć oraz sytuacji wpływających przygnębiająco, włączając pozytywne nastawienie psychiczne w zakres zachowań zdrowotnych. Inwentarz może służyć pomocą w programowaniu działań profilaktycznych, ustalaniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych. Rzetelność tego testu wynosi 0,85 dla całości i w granicach od 0,6 do 0,65 dla czterech podskal. Miarą trafności jest odpowiedzialność treściowa twierdzeń wchodzących w skład zachowań zdrowotnych. Podstawą do porównań są wyniki znormalizowane.

Lista Kryteriów Zdrowia zawiera 24 stwierdzenia opisujące pozytywne elementy różnych wymiarów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego [5]. Kwestionariusz ten pozwala na poznanie tego, co ludzie rozumieją przez pojęcie zdrowia oraz w jakim stopniu zdrowie utożsamiane jest ze stanem, właściwością lub procesem. Pozwala na ustalenie celów, którymi kieruje się dana osoba, podejmując decyzje dotyczące zdro-

wia. Współczynnik stałości badania wynosi 0,68 (co można uznać za zadowalające). Miarą trafności jest dostosowanie do współczesnego ujęcia zdrowia rozumianego holistycznie. Wskaźnikiem trafności jest zróżnicowanie kryteriów zdrowia związane z poziomem edukacji zdrowotnej oraz powiązanie kryteriów zdrowia z aktualnym stanem zdrowia. LKZ zawiera stwierdzenia odzwierciedlające różne aspekty zdrowia. Wypoczynek i sen, podobnie jak należyte odżywianie się, mogą być traktowane jako warunki zdrowia. Równocześnie wygląd fizyczny stanowi świadectwo aktualnego stanu zdrowia. Ocena wymiaru psychicznego i społecznego w rozumieniu zdrowia staje się niezmiernie ważna w kontekście wpływu czynników psychospołecznych na zachowanie, styl życia, a także zachorowalność i umieralność.

Lista Wartości Osobistych składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera opis 9 symboli szczęścia, które wyrażają różnorodne formy aktualizacji wartości ludzkich [5]. Druga część przedstawia 10 kategorii wartości osobistych, wśród których znajduje się dobre zdrowie, utożsamiane ze sprawnością fizyczną i psychiczną. Celem badania jest ocena znaczenia przypisywanego różnym wartościom, w tym również zdrowiu. Osiągnięcie ważnych dla siebie wartości jest utożsamiane z pełnym, trwałym i uzasadnionym zadowoleniem z życia. Badanie pozwala na śledzenie zmian w wartościowaniu zdrowia w wyniku edukacji zdrowotnej, działań promujących zdrowie oraz modyfikacji zachowań zdrowotnych. Rzetelność dla testu wynosi 0,76.

## Wyniki

Obserwacja życia codziennego pielęgniarek w wieku 40+ pozwala stwierdzić, że nie przestrzegają one prawidłowych zasad, które mają wpływ na zachowanie zdrowia. Kobiety deklarują jednak zadowolenie ze swego zdrowia. Aż 61% badanych jest zadowolonych ze swojego stanu zdrowia. Średni stopień zadowolenia ze swojego stanu zdrowia wynosi  $5,6 \pm 1,54$ , a z rozkładu punktów widać niesymetryczność przesuniętą w stronę niskich wartości. Oznacza to, że większość badanych nisko ocena swoje zdrowie. Najwięcej osób oceniło swoje zdrowie na 5 punktów, w skali od 0 do 10. Badana grupa twierdzi, że dba o prawidłowy stan zdrowia (72%), a tylko 28% nie zwraca uwagi na swoje zdrowie.

Kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Z. Juczyńskiego [5] wykazuje, w jaki sposób duże znaczenie przypisywane zdrowiu przenosi się w praktyce na podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Zachowania zdrowotne zostały podzielone w tym kwestionariuszu na cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne

nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne. Wyniki zostały porównane z wartościami średnimi przedstawionymi przez autora testu (tabela 1). Analizując materiał badany, stwierdzono niższy w stosunku do grupy kontrolnej ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz wskaźniki dla poszczególnych kategorii. Może być to związane z zawodem wykonywanym przez badane kobiety.

**Tabela 1.** Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

*Table 1. The Health Behaviour Inventory*

Wskaźnik zachowań zdrowotnych	Średnie wyniki badanych kobiet w wieku menopauzy wg Juczyńskiego		Średnie wyniki badanej grupy kobiet	
	M	SD	M	SD
ogólny wskaźnik zachowań	85,98	12,7	80,12	10,26
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,55	0,75	3,23	0,65
zachowania profilaktyczne	3,71	0,74	3,21	0,72
pozytywne nastawienie psychiczne	3,64	0,7	3,29	0,62
praktyki zdrowotne	3,43	0,62	3,41	0,61

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001.

M – średnia, SD – odchylenie standardowe.

Source: author's own analysis based on: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001.

M – median, SD – standard deviation.

Do holistycznego ujęcia zdrowia nawiązuje przeprowadzony wśród badanych osób test Lista Kryteriów Zdrowia, który zawiera stwierdzenia odzwierciedlające różne wymiary zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego [5]. Troska o wypoczynek i sen czy odżywianie są traktowane jako warunki zdrowia. Wygląd fizyczny stanowi świadectwo aktualnego stanu zdrowia. Ocena wymiaru psychicznego i społecznego w rozumieniu zdrowia jest bardzo ważna w kontekście wpływu czynników psychospołecznych na zachowania i styl życia. Wyniki zostały uszeregowane w kolejności uzyskanych średnich wartości. Ocena zbliżająca się do 1 oznacza, że danemu stwierdzeniu przypisano mniejsze znaczenie, zaś ocena bliżej 5 to znaczenie bardzo duże. Oprócz średnich wag podano w tabeli kategorię definicji, do której można zaliczyć dane stwierdzenie – na podstawie Z. Juczyńskiego.

Dla badanej grupy najważniejsze jest „nie odczuwać żadnych dolegliwości, czuć się dobrze” oraz „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność”. Na najniższej pozycji znalazło się „jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa” i „mieć dobry nastrój” (tabela 2).

**Tabela 2.** Lista Kryteriów Zdrowia – uszeregowanie stwierdzeń dotyczących zdrowia według średnich wag

Table 2. The list of Criteria of Health – health statements according to average significance

Być zdrowym oznacza dla mnie:	Definicja zdrowia	Średnia waga	Kolejność
nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	właściwość	3,35	1
czuć się dobrze	stan	3,27	2
nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	właściwość	3,25	3
akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	cel	3,18	4
mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	właściwość	3,15	5
mieć sprawne wszystkie części ciała	właściwość	3,12	6
umieć cieszyć się z życia	stan	3,09	7
umieć rozwiązywać swoje problemy	proces	3,05	8
dożyć późnej starości	cel	3,02	9
dbać o wypoczynek, sen	wynik	2,98	10
prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	właściwość	2,97	11
czuć się szczęśliwym przez większość czasu	stan	2,91	12
należy się odżywiać	wynik	2,86	13
mieć pracę, różnorodne zainteresowania	wynik	2,75	14
potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	proces	2,69	15
potrafić pracować bez napięcia i stresu	proces	2,61	16
być odpowiedzialnym	cel	2,53	17
nie palić tytoniu	wynik	2,49	18
mieć odpowiednią wagę	wynik	2,46	19
potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	proces	2,41	20
umieć przystosowywać się do zmian w życiu	proces	2,39	21
pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	wynik	2,33	22
jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	właściwość	2,28	23
mieć dobry nastrój	właściwość	1,96	24

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001.

Source: author's own analysis based on: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001.

Sposób, w jaki pielęgniarki definiują zdrowie, jest bardzo ważny w kontekście działań promujących zdrowie, a sposób wartościowania zdrowia ma wpływ na podejmowanie zachowań zdrowotnych. W tabelach 3 i 4 przedstawione zostały wyniki badań za pomocą kwestionariusza Lista Wartości Osobistych. Dla badanych

pielęgniarek najważniejszym symbolem szczęścia osobistego zaraz po „udanym życiu rodzinnym” jest „zdrowie” i „bycie potrzebnym innym” (tabela 3). Natomiast najmniej ważne symbole szczęścia osobistego to „życie pełne przygód, podróży” czy „sława, popularność”. Wybór podyktowany jest zarówno wiekiem badanych, jak i wykonywanym przez nie zawodem.

**Tabela 3.** Symbole szczęścia osobistego

Table 3. The symbols of personal happiness

Symbole szczęścia	Średnia waga	Kolejność dla badanej grupy
duży krąg przyjaciół	1,86	6
udane życie rodzinne	2,08	1
wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	1,98	5
sukcesy w nauce, pracy	1,62	7
dobrze zdrowie	2,06	2
bycie potrzebnym innym	2,03	3
dobrze warunki materialne	2,01	4
życie pełne przygód, podróży	1,15	8
sława, popularność	0,39	9

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001.

Source: author's own analysis based on: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001.

Wybór dobrego zdrowia utożsamianego ze sprawnością fizyczną i psychiczną jest bardzo ważny dla badanej grupy kobiet w wieku 40+. Na podstawie uzyskanych wyników widać, że wartość zdrowia w porównaniu do innych wartości osobistych jest przez badanych doceniana (tabela 4). Na kolejnych ważnych miejscach znalazły się „miłość, przyjaźń” oraz „dobroć, delikatność”. Na ostatnich miejscach badane wymieniały „bogactwo, majątek” oraz „poczucie humoru, dowcip”.

**Tabela 4.** Kategorie wartości osobistych

Table 4. Categories of personal values

Kategorie wartości osobistych	Średnia waga	Kolejność dla badanej grupy
miłość, przyjaźń	2,08	2
dobrze zdrowie, sprawność fiz. i psych.	2,11	1
poczucie humoru, dowcip	0,86	10
inteligencja, bystrość umysłu	1,88	5
wiedza, mądrość	1,98	4
odwaga, stanowczość	1,69	8
radość, zadowolenie	1,85	6
dobroć, delikatność	2,03	3
łagodny wygląd zewnętrzny, prezentacja	1,75	7
bogactwo, majątek	1,45	9

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001.

Source: author's own analysis based on: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001.

Podsumowując, można zauważyć, że postrzeganie zdrowia oraz prezentowane zachowania zdrowotne są ze sobą skorelowane istotnie statystycznie (tabela 5). Natomiast brak statystycznie istotnej zależności pomiędzy kwestionariuszami umiejscawiającymi zdrowie wśród wartości osobistych i wymiarów zdrowia.

**Tabela 5.** Zależności między przeprowadzonymi kwestionariuszami  
*Table 5. Connecting among questionnaires*

Kwestionariusze	Lista Kryteriów Zdrowia	Symbole szczęścia osobistego	Kategorie wartości osobistych
Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	<b>0,0458</b>	<b>0,0492</b>	<b>0,0499</b>
Lista Kryteriów Zdrowia		0,586	0,0698
Symbole szczęścia osobistego			0,0769

Pielęgniarki jako osoby mające wpływ na poprawę zdrowia w społeczeństwie odgrywają ważną rolę jako edukatorki zdrowia. Powinny wiedzieć, jakie zachowania należy wzmacniać, kształtować, modyfikować czy eliminować. Sposób postrzegania zdrowia przez pielęgniarki oraz ich zachowania zdrowotne mogą wpływać na realizację ich postaw zawodowych. Demonstrowanie własnego zdrowia, kształtowanie nawyków, realizacja przekonań zdrowotnych to bardzo efektywny sposób wpływu na inne osoby.

## Dyskusja

W amerykańskich badaniach przeprowadzonych na zlecenie Departamentu Zdrowia i Służb Społecznych aż 80% ankietowanych osób w wieku średnim oceniało swój stan zdrowia jako bardzo dobry, a jedynie 6% cierpiało na chroniczne choroby [6]. Natomiast z badań własnych wynika, że badana grupa jest niezadowolona ze swego stanu zdrowia. Pokrywa się to z badaniami przeprowadzonymi przez Centrum Badań Opinii Społecznej. Wynika z nich, że zdrowie to niezmiennie jedno z podstawowych dóbr cenionych w polskim społeczeństwie [7]. W ostatnich latach przypisywane mu znaczenie nieco wzrosło. Obecnie blisko trzy piąte dorosłych Polaków (57%) określa stan swojego zdrowia jako co najmniej dobry, w tym co szósty (16%) jest nim bardzo usatysfakcjonowany. Niezadowolenie wyraża 13% ankietowanych, a prawie jedna trzecia (30%) ocenia swoje zdrowie jako takie sobie – ani dobre, ani złe. Wśród Polaków dominuje zadowolenie z własnej kondycji zdrowotnej. Warto też podkreślić, iż w ciągu ostatnich pięciu lat zwiększył się odsetek badanych postrzegających

stan swojego zdrowia jako co najmniej dobry (wzrost o 5 punktów), ubyło natomiast osób wyrażających niezadowolenie w tym względzie (spadek o 4 punkty). Narzekanie na stan swojego zdrowia wzrasta wraz z wiekiem ankietowanych. W grupie osób mających 45–54 lata 57% uważa stan swojego zdrowia jako dobry, 32% jako taki sobie i 10% jako zły. W kolejnej grupie wiekowej (55–64 lata) wyniki przedstawiały się następująco: 29% – dobry, 53% – taki sobie i 17% – zły. Wśród osób mających 65 lat i więcej ponad jedna trzecia wyraża niezadowolenie ze swojej kondycji zdrowotnej, a tylko niespełna jedna piąta ocenia ją pozytywnie. Potwierdzeniem powyższych badań są wyniki badań własnych przeprowadzonych w latach 2012 [8] i 2013 [9]. Dorosłe kobiety są zadowolone ze swojego stanu zdrowia (około 60%). Średni stopień zadowolenia oscyluje od 5,6 do 6,8 w skali dziesięciostopniowej. Wyniki są również porównywalne z wynikami badań przeprowadzonych w Toruniu [10], gdzie średni stopień zadowolenia wynosił  $3,83 \pm 0,73$  (w skali 1–5).

Nieco ponad połowa dorosłych Polaków (51%) uważa, że w naszym kraju popularny jest tzw. zdrowy styl życia, w tym siedmiu na stu (7%) nie ma co do tego żadnych wątpliwości [7]. Blisko dwie piąte (38%) przyznaje natomiast, że dla Polaków dbanie o własne zdrowie raczej nie jest ważne, a co szesnasty (6%) sądzi, że nie można mówić o popularności zdrowego stylu życia w Polsce. Co dwudziesty badany (5%) nie ma zdania. Przekonanie o prozdrowotnym stylu życia w naszym kraju systematycznie wzrasta. Odsetek badanych dostrzegających symptomy dbałości o zdrowie zwiększył się w ostatnich pięciu latach o 18 punktów, a w porównaniu z rokiem 1993 aż o 32 punkty. Powyższe wyniki znajdują potwierdzenie zarówno w obecnych, jak i w poprzednich badaniach własnych wśród pielęgniarek [9] i położnych [8]. Około 70% badanych kobiet w wieku średnim dba o swoje zdrowie.

Realnym wskaźnikiem oceny zdrowia jako wartości nie są jednak deklaracje, lecz codzienne pro- lub antyzdrowotne zachowania jednostek, będące wynikiem typowego dla nich stylu życia, który – co ważne – wpisany jest w szeroki kontekst uwarunkowań społeczno-kulturowych [7]. Okazuje się, że chociaż zdecydowana większość Polaków deklaruje dbałość o własne zdrowie, faktyczne działania zmierzające do zachowania dobrej kondycji zdrowotnej nadal nie są częste. Deklaracje dotyczące faktycznych zachowań pro- i antyzdrowotnych, mimo pozytywnych symptomów, wskazują jednak również na pewne negatywne aspekty, co sprawia, że wysoka subiektywna wartość przypisywana zdrowiu nadal nie znajduje wyraźnego odzwierciedlenia w praktyce życia codziennego Polaków – potwierdzają to uzyskane wyniki badań. Jak wynika z dekla-

racji, codzienne życie jest coraz bardziej stresujące i mimo pewnej poprawy nadal niełatwo znaleźć czas na aktywność fizyczną oraz na profilaktykę medyczną.

## Wnioski

1. Badane kobiety w wieku 40+ wskazują niższy w stosunku do grupy kontrolnej ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz wskaźniki dla poszczególnych kategorii, co może być związane właśnie z zawodem wykonywanym przez badane kobiety.
2. Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki jest ważne w kontekście działań promujących zdrowie. W badanej grupie zdrowie zajmuje wysoką pozycję wśród wartości osobistych.
3. Pielęgniarki oprócz wiedzy na temat zdrowia powinny prezentować właściwe postawy w zakresie zachowań zdrowotnych.

## Piśmiennictwo

1. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (data dostępu: 03.06.2013).
2. Olejnik M. Średnia dorosłość. Wiek średni. W: Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. PWN, Warszawa 2005.
3. Nathanson CA, Lorenz G. Women and health. The social dimensions of biomedical data. W: Giele J (red.). Women in the middle years. Wiley-Interscience, New York 1982, 37–87. Za: Olejnik M. Średnia dorosłość. Wiek średni. W: Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. PWN, Warszawa 2005

4. Rogala-Pawelczyk G. Kim jest pielęgniarka, położna w opiece zdrowotnej? <http://www.nipip.pl/index.php/aktualnosci/2487-kim-jest-pielęgniarka-polozna-w-opiece-zdrowotnej> (data dostępu: 30.04.2014).
5. Juczynski Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
6. U.S. Department of Health and Human Services, Prevention '82, DHHS Publication No. (PHS) 82–50157. Za: Olejnik M. Średnia dorosłość. Wiek średni. W: Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. PWN, Warszawa 2005.
7. Boguszewski R. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. Raport CBOS – komunikat z badań, sierpień 2012, [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl) (data dostępu: 31.03.2014).
8. Rasińska R, Nowakowska I, Głowacka-Rębała A. The analysis of factors influencing the nurses' state of health self-evaluation. W: Kurlej W (red.). Cultural conditioning for wellness. Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum, Lublin 2012, 241–251.
9. Rasińska R, Nowakowska I. Zachowania zdrowotne położnych a poczucie satysfakcji z życia. W: Markowska-Mączka K (red.). Zdrowie i dobrostan. Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum, Lublin 2013, 179–191.
10. Andruszkiewicz A, Nowik M. Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Probl Pielęg.* 2011;19,2:148–152.

### Adres do korespondencji:

dr inż. Renata Rasińska  
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Smoluchowskiego 11  
60-179 Poznań  
e-mail: [rasinska@ump.edu.pl](mailto:rasinska@ump.edu.pl)

# MOTYWACJA EKONOMICZNA I POZAEKONOMICZNA W OPINII PIELEŃNIAREK

## ECONOMIC AND NON-ECONOMIC MOTIVATION IN THE OPINION OF NURSES

Iwona Nowakowska, Renata Rasińska

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem podjętych badań jest poznanie opinii pielęgniarek na temat poczucia zadowolenia z wybranych obszarów procesu motywacyjnego w szpitalu.

**Materiał i metody.** Podstawę oceny empirycznej zgromadzonego materiału od aktywnych zawodowo pielęgniarek stanowi 405 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiety. Do oceny statystycznej użyto testu niezależności  $\chi^2$ , testu Kruskala-Wallisa (z testem porównań dwustronnych), testu  $\rho$ -Spearmana i współczynnika korelacji rang  $\rho$ -Spearmana.

**Wyniki i wnioski.** W toku przeprowadzonych badań uzyskano informacje o istnieniu związków pomiędzy wyodrębnionymi obszarami motywacji ekonomicznej i pozaekonomicznej a wybranymi cechami związanymi z miejscem i charakterem pracy pielęgniarek. Możliwość rozwoju i awansu zawodowego pozytywniej oceniają pielęgniarki zatrudnione na stanowiskach kierowniczych. Osoby te oraz pracujące w systemie pracy jednozmianowej i w oddziałach zachowawczych lepiej oceniają stosowane motywatory niematerialne. Z wysokości wynagrodzenia za pracę najmniej usatysfakcjonowaną grupę stanowią pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zabiegowych.

SŁOWA KLUCZOWE: motywacja, pielęgniarki, szpital.

### ABSTRACT

**Aim.** The aim of the study was to know nurses' opinions about sense of satisfaction with selected areas of the motivational process in the hospital.

**Material and methods.** The empirical assessment of the material gathered among professionally active nurses is based on 405 correctly completed questionnaires. For the statistical evaluation the following tests were used:  $\chi^2$  test of independence, Kruskal-Wallis test (with bilateral comparisons test), Spearman's  $\rho$ -test and  $\rho$ -Spearman's rank correlation coefficient.

**Results and conclusions.** During the study the information was obtained about the connections between separated areas of economic and non-economic motivation, and selected characteristics associated with the place and nature of nurses' work. The development opportunities and promotion prospects are more positively evaluated by the nurses employed in managerial positions. These people and those working in one shift system and on non-surgical wards better evaluate immaterial motivators. Nurses employed in surgical wards are the least satisfied group in terms of salary.

KEY WORDS: motivation, nurses, hospital.

### Wstęp

Motywowanie pracowników jest jednym z priorytetowych procesów w przedsiębiorstwie, a więc dotyczy także podmiotów działalności leczniczej. Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji nie może sprawnie funkcjonować, jeśli deficytowym okaże się proces motywowania pracowników.

Motywacja jest takim stanem psychologicznym, który uruchamia zespół wielorakich bodźców, pod wpływem których ludzie postępują w określony sposób [1, 2]. W procesie kierowania pracownikami motywowanie definiowane jest jako umiejętność wpływania (pod warunkiem, że menedżer wykorzystuje zasób wiedzy dotyczący motywacji [1] oraz rozumie sam proces motywowania [3]) na zachowania podległego personelu [1]. Istnieją co najmniej cztery ważne przesłanki, których

znajomość pomaga kierownikowi czynnie wdrażać zasady sprawnego motywowania pracowników, a zatem motywacja:

- utożsamiana jest z procesem pozytywnym, gdyż trudno jest realizować cele, nie będąc jednocześnie w jakiś sposób zmotywowanym;
- stanowi jeden z wielu elementów pozwalających na określenie sprawności i efektywności działania;
- jest ulotna i należy ją wzmacniać oraz uzupełniać poprzez stosowanie różnego rodzaju bodźców;
- stanowi cenne narzędzie dla kierowników, pozwalające na kreowanie relacji w procesie pracy [1].

Silnie zmotywowani pracownicy, podejmując działania, realizują założone cele organizacyjne. Ważne jest, aby motywowanie organizacyjne było także bodźcem

do wytwarzania takich pokładów w dążeniu do osiągnięcia celów, które spowodowane byłyby również automatyzacją [3], uruchamiającą potencjał pracownika i jego chęć do ciągłego rozwoju. Motywacja jest sumą złożoną z zaspokojenia: potrzeb (psychofizycznych, zarówno na płaszczyźnie indywidualnej, jak i organizacyjnej), celów (jasno sprecyzowany i akceptowany cel – zadanie – jest sprzymierzeńcem w drodze do jego realizacji) oraz oczekiwań (wiara, że zrealizowane zadanie zakończy się sukcesem, nagrodą) [3].

## Cel pracy

Celem jest poznanie opinii pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach szpitalnych na temat stopnia ich zadowolenia ze stosowanych bodźców motywacyjnych w podmiotach leczniczych.

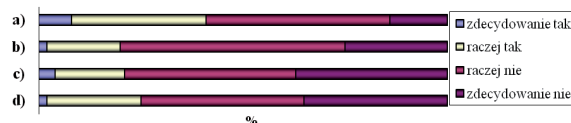
## Materiał i metody

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 405 aktywnych zawodowo pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach działalności leczniczej, w oddziałach szpitalnych. Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, a uczestnictwo w badaniu było dobrowolne i anonimowe. Z ankiety złożonej z czterech części do niniejszego opracowania wybrano te pytania, które są odpowiedzią na postawiony cel artykułu. Na tej podstawie opracowano wyniki badań, z wykorzystaniem programu komputerowego STATISTICA 6.0. Testy statystyczne przeprowadzono na poziomie istotności  $\alpha=0,05$ . Do analizy wyników użyto: testu niezależności  $\chi^2$ , testu Kruskala-Wallisa (z testem porównań dwustronnych) oraz testu  $\rho$ -Spearmana i współczynnika korelacji rang  $\rho$ -Spearmana.

## Wyniki

Grupę respondentek stanowiło 405 pielęgniarek zatrudnionych w 13 oddziałach szpitalnych: zabiegowych (58%) i zachowawczych (42%), zlokalizowanych na terenie województw kujawsko-pomorskiego (50%) i wielkopolskiego (50%). Ankietowane osoby pracowały zarówno na stanowiskach kierowniczych (15%), jak i wykonawczych (85%) oraz w systemie pracy jedno- (26%) i wielozmianowej (74%).

Rycina 1 (a–d) ilustruje procentowy rozkład udzielanych odpowiedzi na pytania związane z wybranymi obszarami motywującymi i wynagrodzeniem za pracę.

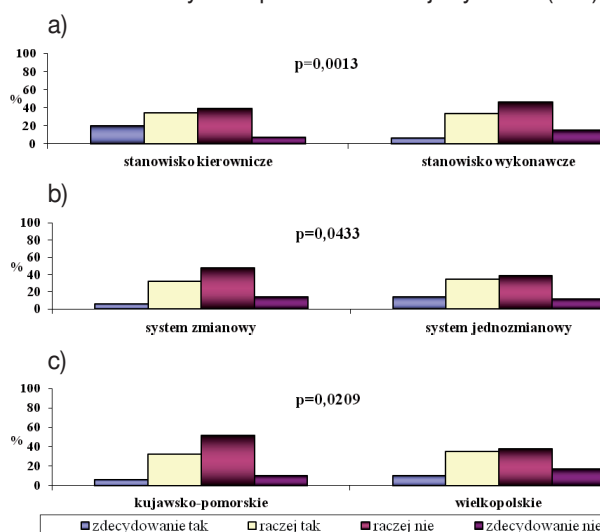


**Rycina 1 (a–d).** Wartości wskaźników struktury udzielanych odpowiedzi na pytania: a) możliwości rozwoju i awansu zawodowego, b) sposobów niematerialnego motywowania do pracy, c) sposobów finansowego motywowania, d) wysokości wynagrodzenia za pracę?

*Figure 1 (a–d).* Values of structure indicators of answers to the questions: What is the degree of satisfaction with: a) opportunities for professional development, b) intangible ways of motivation to work, c) financial ways of motivating, d) salary received for work?

Na rycinie 1 (a–d) zaobserwowano, że w przypadku oceny możliwości rozwoju i awansu zawodowego aż 45% respondentek wskazało odpowiedź: raczej nie i 14% odpowiedź: zdecydowanie nie. Korzystnie czynnik ten został oceniony łącznie przez 41% ankietowanych (rycina 1 (a)). W przypadku niematerialnego oraz finansowego stosowania bodźców motywacyjnych oraz oceny wysokości wynagrodzenia za pracę pielęgniarki w przeważającym stopniu wskazywały odpowiedź: raczej nie (odpowiednio: 55%, 42% i 40%) oraz odpowiedź: zdecydowanie nie (odpowiednio: 25%, 37%, 35%). Mniej więcej 18% spośród ankietowanych jest raczej zadowolonych z pozapłacowych motywatorów, 17% raczej zadowolonych ze stosowanych wzmocnień finansowych i 23% raczej pozytywnie ocenia wysokość swojego uposażenia. Zdecydowanie zadowolonych z omawianych czynników jest 2%–4% kobiet (rycina 1 (b–d)).

Pierwszym analizowanym obszarem jest ocena rozwoju i awansu zawodowego. W opinii pielęgniarek wykazuje on związek z pracą na stanowisku kierowniczym/wykonawczym ( $p=0,0013$ ), zmianowym charakterem pracy ( $p=0,0433$ ) oraz województwem, na terenie którego wykonywana jest praca ( $p=0,0209$ ). Graficzny rozkład udzielanych odpowiedzi ilustruje rycina 2 (a–c).



**Rycina 2 (a–c).** Rozwój i awans zawodowy a) rodzaj stanowiska, b) zmianowość pracy, c) województwo

*Figure 2 (a–c).* Development and promotion and: a) type of position, b) shift work, c) voivodship



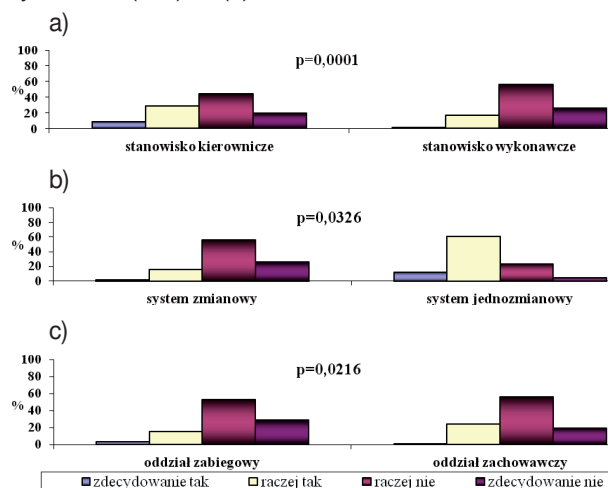
Z ryciny 2 (a) wynika, iż 20% spośród pielęgniarek zajmujących stanowiska kierownicze jest zdecydowanie zadowolonych, a 34% raczej zadowolonych z możliwości rozwoju i awansu zawodowego. Spośród kobiet pracujących na stanowiskach wykonawczych podobny odsetek uzyskano dla odpowiedzi: raczej tak (33%), natomiast zdecydowanie pozytywną odpowiedź uzyskano tylko od 6% ankietowanych. Raczej niezadowolonych z analizowanego czynnika jest 39% osób zajmujących stanowiska kierownicze i 46% wykonawcze, a zdecydowanie negatywne noty uzyskano od 7% w pierwszej badanej grupie i 15% w grupie drugiej. Rycina 2 (b) ilustruje, że blisko połowa pielęgniarek zatrudnionych w systemie zmianowym wskazała odpowiedź: raczej nie (48%) i 14% odpowiedź: zdecydowanie nie, podczas gdy w grupie osób zatrudnionych w systemie pracy jednozmianowej odsetek tych odpowiedzi wyniósł odpowiednio: 39% i 12% spośród badanych. Wśród respondentek należących do pierwszej wyodrębnionej grupy tylko 6% jest zdecydowanie zadowolonych z możliwości rozwoju i awansu zawodowego, a w grupie drugiej odsetek ten jest ponad dwukrotnie wyższy (14%). Niemal równomiernie w wyodrębnionych grupach rozłożyły się wyniki odpowiedzi: raczej tak i wyniosły odpowiednio 32% i 35%. Z ryciny 2 (c) wynika, iż ponad połowa pielęgniarek (52%) z województwa kujawsko-pomorskiego jest raczej niezadowolona z możliwości rozwoju i awansu zawodowego i 10% z nich zdecydowanie negatywnie ocenia ten aspekt. Dla kobiet z województwa wielkopolskiego odsetek udzielanych odpowiedzi: raczej nie i zdecydowanie nie wyniósł 38% i 17%. Podczas analizy odpowiedzi pozytywnych zaobserwowano podobny rozkład wybranych odpowiedzi: raczej tak oraz zdecydowanie tak. Wyniósł on 32% i 6% dla kobiet z województwa kujawsko-pomorskiego i 35% i 10% dla respondentek z województwa wielkopolskiego.

Na podstawie testu Kruskala-Wallisa stwierdzono różnice pomiędzy oceną rozwoju i awansu zawodowego a:

- stanem cywilnym pielęgniarek:  $p=0,0373$ ,
- pracą na stanowisku kierowniczym/wykonawczym:  $p=0,0026$  (wysokość współczynnika dla porównań dwustronnych:  $p=0,0051$ ),
- zmianowością pracy, gdzie  $p=0,0314$ . Po dokonaniu testu porównań dwustronnych wartość  $p=0,0448$  i potwierdza różnicę pomiędzy oceną czynnika przez osoby pracujące w systemie pracy wielo- i jednozmianowej,
- rodzajem oddziału,  $p=0,0446$ .

Kolejny analizowany obszar to sposób niematerialnego motywowania do pracy. Wykazuje on związek

z: kierowniczym/wykonawczym stanowiskiem pracy ( $p=0,0001$ ), zmianowością pracy ( $p=0,0326$ ), pracą w oddziale zabiegowym/zachowawczym ( $p=0,0216$ ) oraz rodzajem oddziału ( $p=0,0498$ ). Procentowy rozkład udzielonych odpowiedzi został zaprezentowany na rycinach 3 (a–c) i 3 (d).

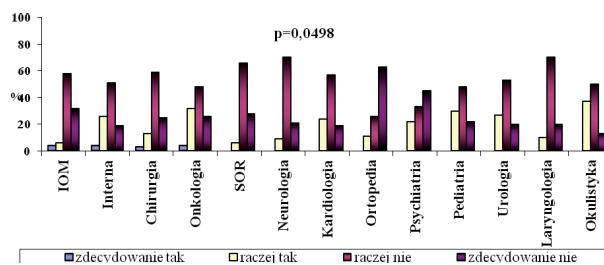


**Rycina 3 (a–c).** Motywacja niematerialna a) rodzaj stanowiska, b) zmianowość pracy, c) charakter oddziału

Figure 3 (a–c). Non-material motivation and: a) type of position b) shift work, c) nature of ward

Jak wynika z ryciny 3 (a), aż 56% pielęgniarek wykonujących pracę na stanowiskach wykonawczych jest raczej niezadowolonych i 26% zdecydowanie niezadowolonych ze stosowanego w ich organizacji sposobu niematerialnego motywowania do pracy. Również większość kobiet zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych negatywnie ocenia analizowany czynnik, deklarując w 44% raczej niezadowolenie i w 19% zdecydowane niezadowolenie. Wyraźne dysproporcje widoczne są dla odpowiedzi: zdecydowanie tak (8% kobiet ze stanowisk kierowniczych i 1% wykonawczych) oraz odpowiedzi: raczej tak (odpowiednio 29% i 17% ankietowanych). Na rycinie 3 (b) widoczne są wyraźne dysproporcje udzielanych odpowiedzi. Ponad 55% pielęgniarek zatrudnionych w systemie wielozmianowym jest raczej niezadowolonych ze sposobu niematerialnego motywowania do pracy, a 26% wyraża swoje zdecydowane niezadowolenie. Odpowiedzi pozytywne stanowią tylko 18% w tej grupie, podczas gdy wśród respondentek pracujących w systemie jednozmianowym dominuje odpowiedź: raczej tak i zadeklarowało ją aż 61% ankietowanych, a 12% wyraża swoje zdecydowane zadowolenie dla analizowanego czynnika. W tej ostatniej grupie 23% stanowią osoby raczej niezadowolone i 4% zdecydowanie niezadowolone z niematerialnych bodźców motywacyjnych. Z ryciny 3 (c) wynika, iż najczęściej wskazywaną odpowiedzią w obydwu wyodrębnionych grupach była odpowiedź: raczej nie. Wybrało ją 56% pielęgniarek

z oddziałów o charakterze leczenia zachowawczego i 53% z oddziałów zabiegowych. Blisko 30% osób z oddziałów zabiegowych zadeklarowało zdecydowane niezadowolenie z niematerialnego sposobu motywowania stosowanego w ich placówkach, a wśród kobiet z oddziałów zachowawczych odsetek tych odpowiedzi wyniósł 19%. Raczej zadowolonych jest 24% respondentek pracujących w oddziałach zachowawczych i 15% w oddziałach zabiegowych. Odpowiedź: zdecydowanie tak wskazało tylko 1%–3% pielęgniarek.



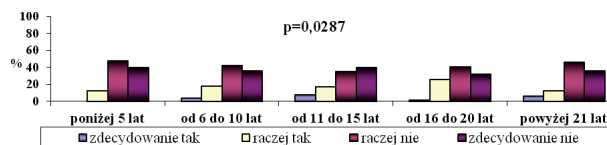
**Rycina 3 (d).** Motywacja niematerialna a rodzaj oddziału  
*Figure 3 (d). Non-material motivation and type of ward*

Z ryciny 3 (d) wynika, iż dominującymi odpowiedziami na pytanie dotyczące oceny sposobu niematerialnego motywowania do pracy były odpowiedzi: raczej nie oraz zdecydowanie nie. Zdecydowane niezadowolenie z analizowanego czynnika w największym stopniu wyraziły pielęgniarki z oddziałów ortopedycznych (63%), psychiatrycznych (45%), IOM (32%). W przypadku pozostałych oddziałów odsetek tych odpowiedzi wyniósł 13%–28%. Raczej niezadowolonych z niematerialnych bodźców motywacyjnych jest od 48% do 70% kobiet z oddziałów objętych analizą. Odpowiedź: raczej tak zadeklarowało 37% pielęgniarek okulistycznych, 32% onkologicznych, 30% pediatrycznych, a w pozostałych oddziałach 6%–27% respondentek. Istotnym faktem jest, iż tylko w przypadku czterech oddziałów uzyskano odpowiedź: zdecydowanie tak, ale w każdym z nich odsetek tych odpowiedzi jest bardzo niski i wynosi zaledwie 3%–4%.

Na podstawie testu Kruskala-Wallisa istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy sposobem niematerialnego motywowania do pracy a:

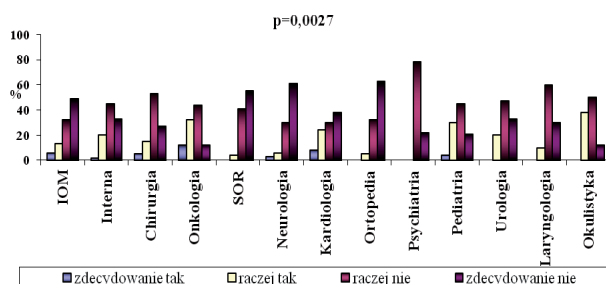
- zajmowanym stanowiskiem (kierownicze/wykonawcze). W przypadku tych zmiennych  $p=0,0036$ . Po dokonaniu testu porównań dwustronnych wartość współczynnika  $p=0,0086$  i świadczy o istotnej różnicy pomiędzy osobami zajmującymi stanowiska kierownicze vs pielęgniarki pracujące na wykonawczych stanowiskach pracy,
- zmianowością pracy:  $p=0,0104$ . W przypadku testu porównań dwustronnych  $p=0,0206$ ,
- rodzajem oddziału, o czym informuje wysokość współczynnika  $p=0,0080$ .

Na podstawie testu  $\chi^2$  zaobserwowano istniejący związek pomiędzy oceną stosowanych sposobów finansowego motywowania pielęgniarek a ich stażem pracy ogółem ( $p=0,0287$ ) i rodzajem oddziału, w którym pracują ( $p=0,0027$ ). Procentowy udział uzyskanych odpowiedzi został zilustrowany na rycinach 4 (a) i 4 (b).



**Rycina 4 (a).** Motywowanie finansowe a staż pracy ogółem  
*Figure 4 (a). Financial incentives and seniority in total*

Z ryciny 4 (a) wynika, że najczęściej udzielanymi odpowiedziami w każdym z analizowanych przedziałów są odpowiedzi o wymiarze negatywnym. W przypadku odpowiedzi: raczej nie stanowią one od 35% do 48%, zaś dla odpowiedzi: zdecydowanie nie odsetek ten stanowi 32%–40%. Warto zauważyć, iż najwyższy odsetek niezadowolonych pielęgniarek posiada najkrótszy (aż 88%) oraz najdłuższy (aż 82%) staż pracy ogółem. Żadna z osób ze stażem pracy poniżej 5 lat nie wskazała odpowiedzi: zdecydowanie tak, a w pozostałych przedziałach odpowiedź tę zaznaczyło tylko 1%–8% ankietowanych. Odpowiedź: raczej tak stanowiła od 12% do 18% w każdej z wyodrębnionych grup, z wyjątkiem osób pracujących 16–20 lat, gdzie wskazało ją 26% osób.



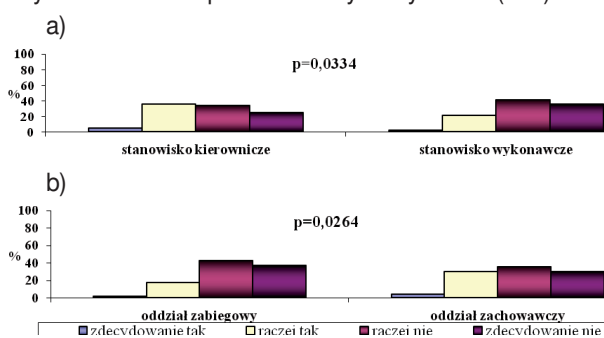
**Rycina 4 (b).** Motywowanie finansowe a rodzaj oddziału  
*Figure 4 (b). Financial motivation and type of ward*

Ocena sposobu finansowego motywowania do pracy została zilustrowana na rycinie 4 (b). Widać tu, iż pielęgniarki negatywnie postrzegają ten czynnik. W przypadku oddziałów IOM, ratunkowego, neurologicznego, kardiologicznego i ortopedycznego najczęściej podawaną odpowiedzią była odpowiedź: zdecydowanie nie i udzieliło jej 38%–63% badanych. W pozostałych oddziałach respondentki najczęściej deklarowały odpowiedź: raczej nie, co stanowiło 44%–78%. Pielęgniarek raczej zadowolonych z materialnej motywacji jest od 4% do 38%. Żadna z osób pracujących w oddziałach ratunkowym, ortopedycznym, psychiatrycznym, urologicznym, laryngologicznym i okuli-

stycznym nie wskazała odpowiedzi: zdecydowanie tak. Odsetek tych odpowiedzi w pozostałych oddziałach był bardzo niski i wyniósł tylko 3%–12%.

Na podstawie wartości współczynników dla testu Kruskala-Wallisa zaobserwowano istnienie różnic pomiędzy sposobem finansowego motywowania do pracy a rodzajem oddziału, o czym informuje wysokość współczynnika  $p=0,0275$ .

Ostatnim analizowanym obszarem jest **wysokość wynagrodzenia** za pracę. Wykazuje on istotną statystycznie zależność od pracy na stanowisku kierowniczym/wykonawczym ( $p=0,0334$ ) oraz od pracy w oddziale zabiegowym/zachowawczym ( $p=0,0264$ ), a odsetek uzyskanych odpowiedzi dotyczących tego czynnika został zaprezentowany na rycinie 5 (a–b).



**Rycina 5 (a–b).** Wysokość wynagrodzenia a) rodzaj stanowiska, b) charakter oddziału

Figure 5 (a–b). Salary and: a) type of position, b) nature of ward

Z ryciny 5 (a) wynika, że wśród pielęgniarek sprawujących obowiązki zawodowe na kierowniczych stanowiskach 36% jest raczej zadowolonych z wysokości otrzymywanego wynagrodzenia, a 5% deklaruje zdecydowane zadowolenie w analizowanym zakresie, podczas gdy spośród osób ze stanowisk wykonawczych odpowiedzi te wybrało odpowiednio 21% i 2% ankietowanych. W pierwszej analizowanej grupie osób odpowiedź: raczej nie wskazało 34% kobiet, a odpowiedź: zdecydowanie nie 25% respondentek. Pielęgniarki zatrudnione na stanowiskach wykonawczych raczej krytycznie (aż 41%) i zdecydowanie krytycznie (36%) oceniają wysokość otrzymywanego wynagrodzenia za wykonywaną pracę. Z ryciny 5 (b) wynika, iż wśród ankietowanych zatrudnionych w oddziałach zabiegowych aż 80% stanowią osoby niezadowolone z wysokości otrzymywanego wynagrodzenia (43% dla odpowiedzi: raczej nie i 37% dla odpowiedzi: zdecydowanie nie). Tylko 18% kobiet wyraziło raczej zadowolenie oraz 2% zdecydowane zadowolenie z analizowanego czynnika. W drugiej grupie pielęgniarek, czyli pracujących w oddziałach zachowawczych, odpowiedzi pozytywne stanowią 34% (4% dla odpowiedzi: zdecydowanie tak i 30% dla: raczej tak), a negatywne 66% (odpowiedź:

raczej nie wybrało 63% kobiet, a odpowiedź: zdecydowanie nie 30% respondentek).

Statystycznie istotne różnice (wg testu Kruskala-Wallisa) występują pomiędzy wysokością wynagrodzenia a:

- zajmowanym stanowiskiem, o czym świadczy wysokość współczynnika  $p=0,0103$  oraz wartość współczynnika dla testu porównań dwustronnych  $p=0,0159$ ,
- pracą w oddziale zabiegowym/zachowawczym;  $p=0,0112$ . Wartość współczynnika  $p$  w teście porównań dwustronnych wynosi  $p=0,0171$  i świadczy o różnicach pomiędzy osobami pracującymi w oddziałach zabiegowych vs osoby pracujące w oddziałach zachowawczych.

Podczas analizy wartości współczynników korelacji rang Spearmana zaobserwowano obecność statystycznie istotnych zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Praca na stanowisku kierowniczym wykazuje związek z oceną możliwości awansu i rozwoju zawodowego ( $\rho = 0,15$ ) oraz ze sposobem niematerialnego motywowania do pracy ( $\rho = 0,15$ ) i z oceną wysokości wynagrodzenia za pracę ( $\rho = 0,13$ ). Istnieje również związek pomiędzy zmianowością pracy ( $\rho = -0,13$ ) i pracą w oddziałach zabiegowych ( $\rho = -0,13$ ) a oceną motywatorów niematerialnych oraz zmianowością pracy a możliwością rozwoju i awansu zawodowego ( $\rho = -0,11$ ). Wartość współczynnika wskazuje na obecność statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną wysokości wynagrodzenia a zatrudnieniem w oddziałach zabiegowych ( $\rho = -0,13$ ).

## Dyskusja

W grupie działań organizacyjnych, sprzyjających wzrostowi jakości pracy i efektywności pracowniczej, a zależnych od kadry kierującej podmiotem leczniczym, na każdym szczeblu zarządzania, jest opracowanie i wdrażanie odpowiednich mechanizmów, m.in. wpływających na zwiększenie motywacji do pracy. Bidzińska i wsp. wskazują istotną rolę stosowania bodźców motywacyjnych, zarówno w sferze materialnej, jak i pozafinansowej, a także wypracowanie działań wzmagaających podnoszenie kwalifikacji wraz z opracowaniem planu rozwoju kwalifikacji zawodowych [4]. Niezwykle ważnym procesem jest również umożliwienie pracownikom ciągłego doskonalenia zawodowego [5, 6].

Działania umożliwiających rozwój zawodowy oraz wdrożenia odpowiedniej struktury zawodowej i adekwatnego wynagrodzenia za pracę domaga się Międzynarodowa Rada Pielęgniarek; wspiera ona także przedsięwzięcia na rzecz zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy [7]. Dbałość o budowanie zdrowego środowiska

pracy, dla zwiększenia skuteczności i jakości pracy personelu pielęgniarskiego, znalazła swoje uzasadnienie w analizie przeprowadzonej przez Laschinger [8]. Wyniki badań przeprowadzonych przez Hasselhorna i wsp. wykazały, iż organizacje mają możliwość stosowania różnego rodzaju wzmocnień, będących odpowiednimi motywatorami za wkładany wysiłek w proces pracy. Wśród przykładowych gratyfikacji, oprócz właściwej wysokości wynagrodzenia, wymienione zostały także: szacunek i uznanie oraz możliwość rozwoju i awansu zawodowego [9]. Na znaczenie wysokości wynagrodzenia za pracę, dla efektywności działań pielęgniarskich w miejscu pracy, zwracają również uwagę Wójcik i wsp. W badaniach tych dostrzeżono także potrzebę zwiększenia możliwości rozwoju zawodowego pielęgniarek oraz właściwego opracowania ścieżek kariery zawodowej i wzmocnienia prestiżu zawodowego [10].

Wydajność i efektywność działań w podmiotach leczniczych oraz zaangażowanie i satysfakcja zawodowa pracowników w bezpośredni sposób wpływają na określenie poziomu jakości świadczonych usług. Jest to możliwe do osiągnięcia, jeżeli obszary te są silnie związane w wypracowanym i wdrażanym systemem motywacji ekonomicznej oraz pozaekonomicznej. Taki rodzaj systemu umożliwi nastawienie podmiotu na osiągnięcie wysokiego poziomu standardów jakościowych oraz pobudza do działania w przyszłości.

## Wnioski

1. Możliwość rozwoju i awansu zawodowego jest pozytywniej oceniana przez pielęgniarki zatrudnione na stanowiskach kierowniczych aniżeli przez osoby na stanowiskach wykonawczych.
2. Wzmocnienia motywacji niematerialnej są bardziej satysfakcjonujące dla osób zajmujących kierownicze stanowiska, pracujących w oddziałach zachowawczych i w systemie pracy jednozmianowej, natomiast nie zadowolają pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych, na stanowiskach wykonawczych w systemie pracy zmianowej.

3. Z wysokości wynagrodzenia za pracę najmniej usatysfakcjonowaną grupę stanowią pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zabiegowych.

## Piśmiennictwo

1. Stoner JA, Freeman RE, Gilbert DR. Kierowanie. Wydawnictwo PWE, Warszawa 1998.
2. Griffin RW. Podstawy zarządzania organizacjami. PWN, Warszawa 2002.
3. Armstrong M. Zarządzanie ludźmi. Klasyka Biznesu, Poznań 2007.
4. Bidzińska E, Sobczak MD, Rakowska K. Motywy podwyższenia wykształcenia przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu. *Probl Pielęg.* 2008;15(2,3):197–202.
5. Tomaszewska M, Cieśla D, Czerniak J, Dykowska G. Możliwość doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość. *Probl Pielęg.* 2008;16(1,2):40–47.
6. Płotka A, Golec D, Cześniakiewicz A. Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Ann UMCS.* 2000;LV/VII,45:229–237.
7. Oficjalne Stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek: Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy. *Probl Pielęg.* 2007;15(1):76–77.
8. Laschinger HK. Building Healthy Workplaces: Time to Act on the Evidence. *Healthcare Papers.* 2007;7(Sp):42–45.
9. Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Peter R. Effort-Reward Imbalance among Nurses in Stable Countries and in Countries in Transition. *Int J Occup Environ Health.* 2004;10,4:401–408.
10. Wójcik G, Sienkiewicz Z, Wrońska I. Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. *Probl Pielęg.* 2007;16(2,3):120–127.

## Adres do korespondencji:

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

# NASILENIE OBJAWÓW MENOPAUZY U KOBIET W POLSCE I NA ŚWIECIE

## THE SEVERITY OF MENOPAUSAL SYMPTOMS IN WOMEN IN POLAND AND ABROAD

Karolina Kryś-Noszczyk<sup>1</sup>, Danuta Podstawka<sup>1</sup>, Marta Kowalska<sup>2</sup>, Marlena Krawczyk<sup>3</sup>, Urszula Łopuszańska<sup>1</sup>, Marta Makara-Studzińska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Samodzielna Pracownia Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup> Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Zbadanie poziomu nasilenia typowych objawów menopauzy w grupie Polek w wieku menopauzalnym i porównanie występowania objawów menopauzy u kobiet z Polski i różnych regionów świata.

**Materiał i metody.** Grupę badanych stanowiło 210 kobiet w wieku 44–65 lat, które przebywały na turnusie rehabilitacji w trzech placówkach ochrony zdrowia z terenu województwa śląskiego, warmińsko-mazurskiego oraz małopolskiego. Badanie zostało przeprowadzone od listopada 2013 roku do marca 2014 roku po uzyskaniu pozytywnej zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Zestaw narzędzi badawczych składał się z ankiety własnego autorstwa – metryczki, oraz Skali Oceny Objawów Menopauzy (MRS).

**Wyniki i wnioski.** W grupie badanych kobiet najwyższy poziom nasilenia dotyczył objawów psychologicznych. W tej grupie kobiety najczęściej zgłaszały nastrój depresyjny, problemy ze snem, drażliwość, wyczerpanie oraz lęk. Analiza szczegółowa wykazała, że pojedynczym objawem cechującym się najwyższym nasileniem w grupie badanych kobiet było uczucie dyskomfortu związanego ze stawami i mięśniami.

Odczuwanie uciążliwych symptomów menopauzy obserwowane jest wśród kobiet na całym świecie, jednak poziom nasilenia objawów zależny jest od różnic kulturowych, społecznych, religijnych, etnicznych, indywidualnych. Istnieje pilna potrzeba kształtowania postaw prozdrowotnych w grupie kobiet w wieku menopauzalnym i edukacji w zakresie dostępnych terapii.

**SŁOWA KLUCZOWE:** menopauza, uderzenia gorąca, depresja, zaburzenia seksualne.

### ABSTRACT

**Aim.** To investigate the level of severity of the common menopausal symptoms in a group of Polish women in the menopausal transition in comparison to women from different regions of the world.

**Material and methods.** A group of respondents consisted of 210 women aged 45–65 who have participated in the rehabilitation treatment in three health care facilities in the Province of Silesia, Warmia – Mazury and Malopolska. This survey was conducted from November 2013 to March 2014 once approval of the Bioethics Committee at the Medical University of Lublin was received. A set of research tools consisted of a socio-demographic survey and Menopause Symptom Rating Scale (MRS).

**Results and conclusions.** In the study group the highest level of symptoms severity was assessed for psychological symptoms. In this group the most frequently reported symptoms were: depressed mood, troublesome sleeping, irritability, exhaustion and anxiety. A detailed analysis showed that a single symptom characterized by the highest intensity in the study group was discomfort in joints and muscles. Bothersome menopausal symptoms are observed among women all over the world, but their level of severity depends on cultural, social, religious, ethnic and individual differences. There is an urgent need for health-related attitudes in a group of menopausal women and education in the field of available therapies.

**KEY WORDS:** menopause, hot flashes, depression, sexual dysfunctions.

### Wstęp

Okres menopauzalny kobiet, zwany też przekwitaniem, to czas licznych zmian w funkcjonowaniu biopsychosocjalnym. Bywa, że przypada on nawet na piętnaście kolejnych lat od 45 roku życia. Światowa Organizacja Zdrowia dokonała umownego podziału menopauzalnego życia kobiety na trzy okresy sąsiadujące z menopauzą: menopauzalny okres przejściowy (premenopauza), perimenopauza (okres okołomenopauzalny), postme-

nopauza. Przekwitanie kobiety to proces fizjologiczny, zaprogramowany genetycznie, w którym obserwuje się zaburzenia miesiączkowania, objawy wypadowe, hipostrogenizm z jego konsekwencjami z powodu ustania czynności jajnika, utratę płodności, zaburzenia somatyczne i psychiczne. Wygaszanie czynności hormonalnej jajnika skutkujące niedoborem estrogenów prowadzi w konsekwencji do zaburzeń metabolicznych i wzrostu zachorowalności na zagrażające życiu choroby [1, 2].

Nasilenie i rodzaj odczuwanych objawów menopauzalnych są różnicowane osobniczo. Zależą głównie od stężenia hormonów płciowych (w tym suplementacji hormonalnej) i od stanu psychofizyczno-społecznego kobiety [3].

W literaturze przedmiotu do wczesnych objawów menopauzy związanych z postępującym obniżaniem się czynności hormonalnej jajników i niedoborem estrogenów zalicza się uderzenia gorąca, pocenie się, zaburzenia snu, zmiany psychiczne oraz zaburzenia miesiączkowania. W późniejszym okresie menopauzy pojawiają się również zmiany zanikowe układu moczowo-płciowego i związane z nimi dysfunkcje seksualne, choroby układu sercowo-naczyniowego, osteoporoza, dolegliwości mięśniowo-stawowe [4].

Zainteresowanie menopauzą wzrosło wraz ze wzrostem przeciętnego dalszego trwania życia kobiet i faktem demograficznym, jakim jest nadwyżka liczności kobiet nad mężczyznami w populacji światowej [5]. Napływający trend dbałości o własne zdrowie i kult pięknego ciała znalazły wielu sprzymierzeńców, natomiast statystyki epidemiologiczne i wyniki licznych badań naukowych potwierdzają potęgujące się problemy kobiet w okresie menopauzalnym, będące wyzwaniem dla zdrowia publicznego w ujęciu globalnym.

Obiektywizacja nasilenia objawów wypadowych jest możliwa dzięki indeksom menopauzalnym. Dokładne oszacowanie rozpowszechnienia objawów naczynioruchowych utrudniają jednak różnice metodologiczne, kulturowe i definicje objawów. W przeważającej liczbie doniesień naukowych ze świata z ostatnich lat do oceny występowania i nasilenia objawów menopauzy wykorzystuje się skalę MRS (*Menopause Rating Scale*), która zostanie szczegółowo omówiona w części metodologicznej niniejszej pracy.

## Cel pracy

Celem pracy jest zbadanie poziomu nasilenia typowych objawów menopauzy w grupie Polek w okresie menopauzy i porównanie występowania objawów menopauzy u kobiet z Polski i różnych regionów świata.

## Materiał i metody badań

W listopadzie 2013 roku rozpoczęto organizację terenu do prowadzenia badań; stało się to po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (uchwała numer KE – 0254/269/2013 z dnia 28 listopada 2013 roku). Do współpracy formalnie zaproszono niżej wymienione ośrodki ochrony zdrowia:

1. NZOZ Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” s.c., Częstochowa;
2. NZOZ Sanatorium Uzdrawiskowe, Gołdap;
3. 20 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny SPZOZ, Krynica Zdrój.

Po uzyskaniu formalnej pisemnej zgody Kadry Zarządzającej z wyżej wymienionych ośrodków rozpoczęto badania.

Wszyscy respondenci przed przystąpieniem do wypełniania ankiety zostali poinformowani o celu badania i anonimowości udzielanych odpowiedzi, poinstruowani o sposobie wypełniania kwestionariuszy oraz zapewnieni o wykorzystaniu materiału do celów naukowych.

Respondenci wypełnili również formularze świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu, zgodnie z dokumentacją, na podstawie której projekt badania uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej.

Do badania kwalifikowano kobiety w wieku 45–65 lat, przebywające na turnusie rehabilitacyjnym, które wyraziły chęć oraz pisemną zgodę na udział w badaniu. Podczas pierwszego dnia każdego turnusu wręczano kobietom kwestionariusze ankiety, natomiast aby zachować zasadę anonimowości, kobiety zwracały ankiety do specjalnie oznakowanych skrzynek na terenie ośrodka. Rozdano 300 kwestionariuszy ankiet, z których zwrócono 212, natomiast 210 poprawnie wypełnionych ankiet poddano dalszej analizie. Zwrotność ankiet wyniosła 70,67%, a badanie ostatecznie zakończono w marcu 2014 roku.

Badanie zostało przeprowadzone na terenie trzech województw: śląskiego, warmińsko-mazurskiego oraz małopolskiego, ale grupę badanych stanowią kobiety pochodzące z różnych części Polski.

Zestaw narzędzi badawczych składał się z:

- kwestionariusza ankiety własnego autorstwa – metryczki,
- Skali Oceny Objawów Menopauzy – *Menopause Rating Scale* (MRS).

Pytania w kwestionariuszu ankiety własnego autorstwa miały charakter zamknięty i półotwarty, co umożliwiło zebranie subiektywnych i spontanicznych odpowiedzi. W kwestionariuszu uwzględniono siedem pytań socjo-demograficznych: o wiek, miejsce zamieszkania, sytuację materialną, województwo, wykształcenie, pracę i jej rodzaj.

Skala Oceny Objawów Menopauzy (MRS) została opracowana na początku lat dziewięćdziesiątych przez profesora Heinemanna z Centrum Epidemiologii i Badań nad Zdrowiem w Berlinie [6, 7]. Pierwsze zastosowania skali datuje się na 1992 rok, kiedy dokumentowano objawy menopauzy i obserwowano ich zmiany w trakcie leczenia [8]. W 1996 roku w Niemczech przeprowadzono randomizowane badanie reprezentatywnej

grupy 689 kobiet w przedziale wieku 40–60 lat i na podstawie wyników przeprowadzono ewaluację skali [9]. Skala dostępna jest w 25 językach. W badaniu wykorzystano wersję polską po uzyskaniu zgody Autora. Obecnie skala znajduje powszechne zastosowanie do oceny objawów menopauzy wśród kobiet różnych narodowości [10, 11]; ocenie podlegają bezsenność, zaburzenia snu [12, 13] czy wpływ stosowania hormonalnej terapii zastępczej [14]. Obecnie dostępne dowody naukowe wskazują na wysoką jakość metodologiczną skali MRS do pomiaru i porównań objawów menopauzy w obszarze jakości życia kobiet starzejących się w różnych regionach świata oraz na wysoką niezawodność skali [15]. Narzędzie jest łatwe do zrozumienia przez respondentki i cechuje się klarownością pytań. Opisuje 11 objawów menopauzy (uderzenia gorąca i pocenie się, kłopoty z sercem, problemy ze snem, nastroj depresyjny, drażliwość, lęk, wyczerpanie fizyczne i umysłowe, problemy seksualne, problemy z pęcherzem, suchość pochwy, dyskomfort związany ze stawami i mięśniami), których nasilenie należy zaznaczyć na osi 5 kategorii: brak objawów, łagodne, umiarkowane, znaczne i ciężkie. Respondentka zapewnia o postrzeganiu subiektywnym objawów, zaznaczając miejsce w 1 z 5 możliwych pól. Całkowity wynik z MRS wynosi od 0 (bez objawów) do 44 punktów (najwyższy stopień dolegliwości objawów), a 11 objawów podzielono na:

- A. objawy psychologiczne (nastroj depresyjny, drażliwość, lęk, wyczerpanie fizyczne i umysłowe): od 0 do 16 punktów – pytanie numer 4, 5, 6, 7;
- B. objawy somatyczno-wegetatywne (pocenie się/ uderzenia gorąca, kłopoty z sercem, problemy ze snem, dyskomfort związany z mięśniami i stawami): od 0 do 16 punktów – pytanie numer 1, 2, 3, 11;
- C. objawy ze strony układu moczowo-płciowego (problemy seksualne, problemy z pęcherzem, suchość pochwy): od 0 do 12 punktów – pytanie numer 8, 9, 10.

Zebrane wyniki badania zostały zarchiwizowane oraz poddane wnikliwej analizie statystycznej z wykorzystaniem klasycznych metod statystycznych programu Statistica.

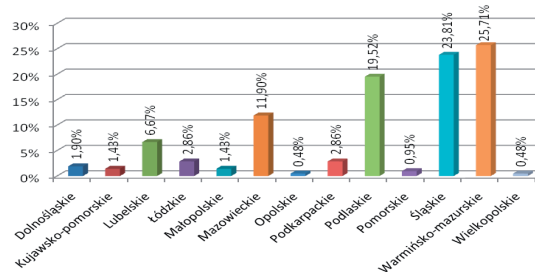
## Wyniki

W grupie badanych 210 kobiet najwyższy odsetek stanowiły kobiety w przedziale wieku 45–50 lat (39,05%), następnie kobiety w wieku 51–55 lat (25,24%), kobiety w wieku 56–60 lat (20,48%), a najmniej liczną grupę stanowiły kobiety powyżej 60 roku życia (15,24%).

Więcej niż połowa (53,33%) badanych kobiet mieszkała w mieście powiatowym, 27,14% badanych zamieszkiwało tereny gminy, natomiast 19,52% badanych kobiet zamieszkiwało miasta wojewódzkie.

Większość kobiet (59,05%) zgłaszała przeciętną sytuację materialną, a 26,19% określało swą sytuację jako raczej dobrą. Swoją sytuację materialną jako raczej złą określiło 7,14% badanych, a bardzo dobrą sytuację materialną zgłosiło 4,76% badanych. W złej sytuacji materialnej w subiektywnym odczuciu znajdowało się 2,86% badanych kobiet.

Największą grupę badanych stanowiły kobiety mieszkające na terenie województw warmińsko-mazurskiego (25,71%) oraz śląskiego (23,81%). Liczną grupę badanych stanowiły też kobiety zamieszkujące województwa podlaskie (19,52%) oraz mazowieckie (11,90%). Kobiety z województw łódzkiego i podkarpackiego stanowiły 2,86%, a z województwa dolnośląskiego 1,90%. Z województw kujawsko-pomorskiego oraz małopolskiego pochodziły po trzy kobiety badane, natomiast dwie kobiety zamieszkiwały województwo pomorskie. Pojedyncze kobiety badane przyjechały z województw opolskiego i wielkopolskiego (rycina 1).



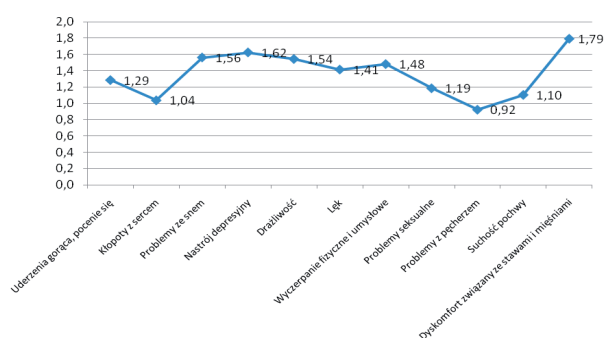
**Rycina 1.** Struktura badanych według województw  
*Figure 1. The structure of respondents according to voivodships*

Najlicniejszą grupę badanych stanowiły kobiety z wykształceniem średnim (52,86%) oraz zawodowym (20,48%). Kobiety posiadające wykształcenie wyższe stanowiły 15,71% badanych, wykształcenie poddyplomowe 7,62%. Najmniej liczna grupa badanych posiadała wykształcenie podstawowe (3,33%).

Kobiety badane były w przeważającej liczbie aktywne zawodowo (66,19%). Grupę kobiet na emeryturze stanowiło 15,71%, na rencie 10,95%, natomiast 7,14% badanych pozostawało bezrobotnych. Kobiety badane wykonywały pracę umysłową (35,24%), pracę fizyczną (32,86%) lub nie pracowały (31,90%).

Analiza wyników skali MRS wykazała, że nasilenie objawu dyskomfortu związanego ze stawami i mięśniami (z grupy objawów somatyczno-wegetatywnych) było największe w grupie badanych kobiet. Wysokim nasile-

niem charakteryzowały się również objawy nastroju depresyjnego, problemów ze snem i drażliwości (z grupy objawów psychologicznych). Nieco mniejsze nasilenie odnotowano dla objawów lęku oraz wyczerpania emocjonalnego i umysłowego – również z grupy objawów psychologicznych, a w następnej kolejności – objawy suchości pochwy i problemów seksualnych (z grupy objawów moczowo-płciowych). Objawy uderzeń gorąca i pocenia się kobiety zgłaszały najczęściej jako bardzo poważne i umiarkowane (z grupy objawów somatyczno-wegetatywnych). Najniższym nasileniem cechowały się objawy problemów z pęcherzem (z grupy objawów moczowo-płciowych) oraz objawy kłopotów z sercem (z grupy objawów somatyczno-wegetatywnych). Omówione wyniki zostały zaprezentowane na rycinie 2.



**Rycina 2.** Nasilenie objawów w skali MRS  
*Figure 2. The severity of symptoms on a MRS scale*

Na podstawie uzyskanych wyników wyliczono średnią dla uzyskanych punktów w skali MRS z podziałem na podskale objawów i zaobserwowano, że objawy psychologiczne cechowały się najwyższym nasileniem w grupie badanych kobiet. Objawy somatyczno-wegetatywne cechowały się średnim nasileniem na poziomie 1,42 punktu w skali czteropunktowej, natomiast objawy moczowo-płciowe cechowały się najniższym nasileniem w grupie badanych kobiet (tabela 1).

**Tabela 1.** Średnia uzyskanych punktów w skali MRS z podziałem na podskale objawów  
*Table 1. Average points scored on a scale MRS divided into symptoms subscales*

Dolegliwość objawów	Statystyki opisowe	
	Średnia	Odch. stand.
MRS	1,36	0,78
Objawy psychologiczne	1,52	0,94
Objawy somatyczno-wegetatywne	1,42	0,84
Objawy moczowo-płciowe	1,07	0,87

## Podsumowanie

Dyskomfort związany z bólem mięśni i stawów zgłaszany przez kobiety w wieku menopauzalnym może być towarzyszącym objawem w przebiegu osteoporozy, choroby zwyrodnieniowej stawów, dyskopatii lub innych dolegliwości o podłożu zmian inwolucyjno-wytwórczych układu ruchu. Kobiety na całym świecie cierpią z powodu tych dolegliwości, tylko z różnym ich nasileniem.

Kobiety zamieszkujące kontynent afrykański zgłaszały występowanie objawów dyskomfortu związanego z bólem mięśni i stawów: w 59% do 88% przypadków badanych w Nigerii [16–18], w 74% przypadków badanych kobiet w Libii [19] oraz do 90% przypadków w grupie kobiet z Egiptu [20]. W Ameryce Południowej dyskomfort związany z bólem mięśni i stawów zgłaszało od 75% badanych [21, 22] do 84% badanych kobiet w Ekwadorze [23]. W Ameryce Północnej odsetek kobiet zgłaszających objawy wynosił między 73% badanych [24–27] a 80% badanych kobiet w Stanach Zjednoczonych [28]. W Australii odsetek kobiet cierpiących z powodu dolegliwości układu ruchu wyniósł między 25% [29] a 40% badanych kobiet [30]. W badaniach prowadzonych w Azji odnotowano objawy: u 33%–67% badanych kobiet w Chinach [31, 32], 38% kobiet w Korei [33], do 77% kobiet badanych w Indiach [34]. Z przeglądu doniesień europejskich wynika, że we Włoszech objawy zgłaszało 31% badanych kobiet [35].

Najwyższym średnim nasileniem w wyniku przeprowadzonego badania cechowały się objawy psychologiczne, szczególnie nastrój depresyjny, zaburzenia snu, drażliwość, wyczerpanie oraz lęk. Cała grupa tych objawów psychologicznych może występować na podłożu zaburzeń depresyjnych. W badaniach Joffe i wsp. stwierdzono, że kobiety w wieku okołomenopauzalnym w 23% przypadków doświadczyły co najmniej jednego epizodu depresji, a w 38,1% przypadków kobiety doświadczyły pełnobjawowej depresji [36]. Ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych wzrasta w okresie premenopauzy oraz perimenopauzy, a maleje w okresie postmenopauzalnym [37]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sugeruje, że obecnie zaburzenia depresyjne stanowią czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie, a w 2020 staną się drugim problemem tuż po chorobie niedokrwiennej serca [38, 39], a nawet utrzymają się na drugiej pozycji do 2030 roku [40]. Zaburzenia depresyjne w przebiegu chorób przewlekłych charakterystycznych dla wieku menopauzalnego mogą stanowić nawet 70% przypadków zachorowań. Bardzo często diagnozowane są w przebiegu zespołu metabolicznego, osteoporozy [41, 42].

Bromberger i wsp. dzięki badaniom *Study of Women's Health Across the Nation* (SWAN) potwierdzili,



że naczynioruchowe objawy menopauzy były istotnym predykatorem wystąpienia depresji [43]. Około 40% kobiet w wieku od 40 do 64 lat zgłaszało zaburzenia snu w Wielkiej Brytanii [44], Australii [45] i Stanach Zjednoczonych [46]. Najczęściej problemy te dotyczą bezsenności i jej charakterystycznych form [47].

Wielu ekspertów uważa jednak, że zaburzenia depresyjne u kobiet w okresie klimakterium związane są najczęściej z czynnikami psychospołecznymi, które w tej fazie życia stwarzają wiele problemów [48]. W odniesieniu do wpływu czynników socjoekonomicznych na ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych mają wpływ: zamieszkanie w obszarach miejskich, niższe miesięczne dochody, niższe wykształcenie [49, 50, 51].

W badaniach Williamsa i wsp., którymi objęto 4402 Amerykanki między 40 a 65 rokiem życia, 7–9% badanych kobiet zgłaszało bardzo uciążliwe objawy naczynioruchowe w postaci siedmiu i więcej silnych uderzeń gorąca w ciągu doby [52]. Freeman i Sherif w 2007 r. potwierdzają, że na występowanie objawów naczynioruchowych mają wpływ: klimat, dieta, styl życia, funkcje, jakie pełnią kobiety i ich nastawienie do procesu starzenia się [53].

Z badań prowadzonych w Afryce wynika, że objawy naczynioruchowe występowały u 39–77% badanych kobiet [16, 19]. W Ameryce Południowej objawy te towarzyszyły od 15% przypadków badanych kobiet [21] do 53% [23], a nawet 70% [54]. W Ameryce Północnej objawy wazomotoryczne występowały u 67% badanych kobiet [55], osiągając granicę 70% badanych kobiet [56]. W Australii odnotowano nasilenie objawów u 33% badanych kobiet [57] do 83% [58]. W Azji – w Chinach zaobserwowano uderzenia gorąca u 58% badanych kobiet [31], w Tajlandii nawet 80% [53], natomiast w Japonii u 47% badanych kobiet [59]. Z badań prowadzonych w Turcji wynika, że aż 96% cierpi z tego powodu w okresie menopauzy [60].

Spadek poziomu estradiolu charakterystyczny dla okresu menopauzy jest związany z suchością i atrofią pochwy. Między 17%, a 55% kobiet w wieku okołomenopauzalnym cierpi z powodu suchości pochwy [61]. Wyniki badań wskazują, że dysparemia, a nie suchość pochwy, związana jest ze zmniejszeniem częstości współżycia seksualnego w okresie klimakterium. Niezbędne są dalsze badania do wyjaśnienia, jak dysparemia wpływa na funkcje seksualne w trakcie menopauzy [62]. Częstość występowania zaburzeń seksualnych u wszystkich kobiet szacuje się między 25% i 63%, a częstość występowania u kobiet po menopauzie jest jeszcze wyższa – osiąga wynik pomiędzy 68% i 86,5% w zależności od różnic kulturowych, religijnych, etnicznych, indywidualnych [63].

Olaolorun i Lawoyin szacują występowanie zaburzeń u około 40,4% badanych kobiet Nigerii [16], a Valadares i wsp. z Brazylii – u 35% kobiet [64].

Uzyskane wyniki niniejszej pracy świadczą o alarmującym problemie wzrastania niepokojących objawów psychologicznych menopauzy w krajach rozwiniętych. W krajach o małej dostępności do specjalistycznej pomocy medycznej kobiety najczęściej zgłaszają objawy somatyczno-vegetatywne oraz objawy moczowo-płciowe. Obserwuje się pilną potrzebę promowania zachowań prozdrowotnych i edukację kobiet w zakresie dostępnych terapii niwelujących uciążliwe objawy menopauzy.

## Piśmiennictwo

1. Skałba P. Endokrynologia ginekologiczna. Wyd. 2. PZWL, Warszawa 1998, 303–311.
2. Pertyński T, Stetkiewicz T. Perimenopauza. W: Pertyński T (red.). Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2004, 313–316.
3. Stachoń A. Charakterystyka somatycznych objawów inwolucji na przykładzie pacjentek oddziałów gerontologicznych. *Ann UMCS*. 2007;LXII(XVIII/7):419–423.
4. Stachoń AJ. Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Prz Menopauz*. 2013;17(4):315–320. DOI:10.5114/pm.2013.37847.
5. Austad SN. Starzenie się. W: Niezwykła podróż w głąb ludzkiego ciała. National Geographic, Warszawa 2001, 241–245.
6. Heinemann K, Assmann A, Möhner S, Schneider HP, Heinemann LA. Reliability of the Menopause Rating Scale (MRS): Investigation in the German population. *Zentralbl Gynakol*. 2002;124(3):161–163. German.
7. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:45.
8. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:28.
9. Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HP. Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). *Zentralbl Gynakol*. 1994;116(1):16–23. German.
10. Potthoff P, Heinemann LA, Schneider HP, Rosemeier HP, Hauser GA. Menopause-Rating Skala (MRS): Methodische Standardisierung in der deutschen Bevölkerung. *Zentralbl Gynakol*. 2000;122,280–286. German.
11. Alqaiz AM, Tayel SA, Habiba FA. Assessment of symptoms of menopause and their severity among Saudi women in Riyadh. *Ann Saudi Med*. 2013;33(1):63–67. DOI: 10.5144/0256-4947.2013.63.
12. Boral Ş, Borde T, Kantenich H, Wernecke KD, David M. Migration and symptom reporting at menopause: a comparative survey of migrant women from Turkey in Berlin, German women in Berlin, and women in Istanbul. *Menopause*. 2013;20(2):169–178. DOI: 10.1097/gme.0b013e3182698827.
13. Monterrosa-Castro A, et al. Prevalence of insomnia and related factors in a large mid-aged female Colombian sample. *Maturitas*. 2013;74(4):346–351. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.01.009.

14. Cuadros JL, et al. Menopause Risk Assessment (MARIA) Research Group. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause. *Maturitas*. 2012;72(4):367–372. DOI: 10.1016/j.maturitas.2012.05.012.
15. Heinemann K, Assmann A, Möhner S, Schneider HP, Heinemann LA. Reliability of the Menopause Rating Scale (MRS): Investigation in the German population. *Zentralbl Gynakol*. 2002;124(3):161–163. German.
16. Olaolorun FM, Lawoyin TO. Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause*. 2009;16(4):822–830.
17. Dienye PO, Judah F, Ndukwa G. Frequency of symptoms and health seeking behaviours of menopausal women in an out-patient clinic in Port Harcourt, Nigeria. *Glob J Health Sci*. 2013;18,5(4):39–47. DOI: 10.5539/gjhs.v5n4p39.
18. Anolue FC, Dike E, Adogu P, Ebirim C. Women's experience of menopause in rural communities in Orlu, Eastern Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;118(1):31–33. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.02.014.
19. Taher YA, Ben Emhemed HM, Tawati AM. Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric*. 2013;16(1):179–184. DOI: 10.3109/13697137.2012.682107.
20. Sweed HS, Elawam AE, Nabeel AM, Mortagy K. Postmenopausal symptoms among Egyptian geripausal women. *East Mediterr Health J*. 2012;18(3):213–220.
21. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, et al. Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*. 2012;15(6):542–551. DOI: 10.3109/13697137.2012.658462.
22. da Silva AR, d'Andretta Tanaka AC. Factors associated with menopausal symptom severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon. *Maturitas*. 2013;76(1):64–649. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.05.015.
23. Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Menopausal symptoms and associated risk factors among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;275(3):161–168.
24. Chlebowski RT, Pettinger M, Johnson KC, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and joint symptoms in postmenopausal women in the women's health initiative randomized trial. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(10):1302–1310. DOI: 10.1016/j.jand.2013.06.007.
25. Chlebowski RT, Cirillo DJ, Eaton CB, Stefanick ML, Pettinger M, Carbone LD, Johnson KC, Simon MS, Woods NF, Wactawski-Wende J. Estrogen alone and joint symptoms in the Women's Health Initiative randomized trial. *Menopause*. 2013;20(6):600–608. DOI: 10.1097/GME.0b013e31828392c4.
26. Dugan SA, Powell LH, Kravitz HM, Everson Rose SA, Karavolos K, Luborsky J. Musculoskeletal pain and menopausal status. *Clin J Pain*. 2006;22:325–331.
27. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S. Symptoms in the menopausal transition: hormone and behavioral correlates. *Obstet Gynecol*. 2008;111:127–136.
28. Braden JB, Young A, Sullivan MD, Walitt B, Lacroix AZ, Martin L. Predictors of change in pain and physical functioning among post-menopausal women with recurrent pain conditions in the women's health initiative observational cohort. *J Pain*. 2012;13(1):64–72. DOI: 10.1016/j.jpain.2011.10.007.
29. Ryan J, Burger HG, Szoeke C, et al. A prospective study of the association between endogenous hormones and depressive symptoms in postmenopausal women. *Menopause*. 2009;16(3):509–517. DOI: 10.1097/gme.0b013e31818d635f.
30. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*. 2000;96:351–358.
31. Chen R, Yu Q, Xu KH, et al. Survey on characteristics of menopause of Chinese women with the age of 40–60 years at gynecological clinic from 14 hospitals. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2013;48(10):723–727. Chinese.
32. Gao HL, Lin SQ, Wei Y, Chen Y, Wu ZL. The effect of age and menopausal status on musculoskeletal symptoms in Chinese women aged 35–64 years. *Climacteric*. 2013;16(6):639–645. DOI: 10.3109/13697137.2013.769095.
33. Choi H, Lee HK, Park HM. The Korean menopausal women's attitudes and awareness on menopause. *J Korean Soc Menopause*. 2003;9:36–43.
34. Arounassalame B, Poomalar BK. The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(1):135–139. DOI: 10.7860/JCDR/2012/4910.2688.
35. Merigliola MC, Nanni M, Bachiocco V, Vodo S, Aloisi AM. Menopause affects pain depending on pain type and characteristics. *Menopause*. 2012;19(5):517–523. DOI: 10.1097/gme.0b013e318240fe3d.
36. Joffe H, Chang Y, et al. Lifetime History of Depression and Anxiety Disorders Predicts Low Quality-of-Life in Midlife Women in the Absence of Current Illness Episodes. *Arch Gen Psychiatry*. Author manuscript; available in PMC 2013 February 28. Published in final edited form as: *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(5):484–492. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1578.
37. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, et al. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. *Obstet Gynecol*. 2007;110(2, pt 1):230–240.
38. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9064):1498–1504.
39. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15:357–376.
40. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.
41. Cizza G, Primma S, Csako G. Depression as a risk factor for osteoporosis. *Trends Endocrinol Metab*. 2009;20(8):367–373.
42. Heiskanen TH, Niskanen LK, Hintikka JJ, et al. Metabolic syndrome and depression: a cross-sectional analysis. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(9):1422–1427.
43. Bromberger JT, Kravitz HM, Matthews K, et al. Predictors of first lifetime episodes of major depression in midlife women. *Psychol Med*. 2009;39(1):55–64.
44. Stewart R, Besset A, Bebbington P, et al. Insomnia comorbidity and impact and hypnotic use by age group in a national survey population aged 16 to 74 years. *Sleep*. 2006;1,29(11):1391–1397.
45. Berecki-Gisolf J, Begum N, Dobson AJ. Symptoms reported by women in midlife: menopausal transition or aging? *Menopause*. 2009;16(5):1021–1029.
46. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, et al. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*. 2003;10(1):19–28.
47. Woods NF, Mitchell ES. Sleep Symptoms During the Menopausal Transition and Early Postmenopause: Observa-

- tions from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Sleep*. 2010;1,33(4):539–549.
48. Kleine-Gunk B. *Hormony kobiety*. PZWL, Warszawa 2011, 97.
  49. Frey BN, Lord C, Soares CN. Depression during menopausal transition: a review of treatment strategies and pathophysiological correlates. *Menopause Int*. 2008;14(3):123–128.
  50. Llana P, Garcia-Portilla MP, Llana-Suarez D, Armott B, Perez-Lopez FR. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*. 2012;71(2):120–130.
  51. Mu-Hong C, Tung-Ping S, Cheng-Ta L, et al. Symptomatic Menopausal Transition Increases the Risk of New-Onset Depressive Disorder in Later Life: A Nationwide Prospective Cohort Study in Taiwan. *PLoS One*. 2013;8(3):e59899. Published online 2013 March 27. DOI: 10.1371/journal.pone.0059899.
  52. Williams RE, Kalilani L, DiBenedetti DB, et al. Frequency and severity of vasomotor symptoms among peri- and postmenopausal women in the United States. *Climacteric*. 2008;11:32–43.
  53. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flashes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric*. 2007;10:197–214.
  54. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LH, Osis MJ, Hardy EE. Climacteric syndrome: a population-based study in Campinas, SP, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):735–742. Portuguese.
  55. Freeman EW, Sammel MD, Lin H. Temporal associations of hot flashes and depression in the transition to menopause. *Menopause*. 2009;16(4):728–734. DOI: 10.1097/gme.0b013e3181967e16.
  56. Gold E, Colvin A, Avis N, et al. Longitudinal analysis of vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Public Health*. 2006;96:1226–1235.
  57. Johanneke van den Berg M, Mishra GD, van der Schouw YT, Herber-Gast GC. Vasomotor menopausal symptoms are not associated with incidence of breast cancer in a population-based cohort of mid-aged women. *Eur J Cancer*. 2014;50(4):824–830. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.11.033.
  58. Sayakhot P, Vincent A, Deeks A, Teede H. Potential adverse impact of ovariectomy on physical and psychological function of younger women with breast cancer. *Menopause*. 2011;18(7):786–793. DOI: 10.1097/gme.0b013e318204af9d.
  59. Anderson D, Yoshizawa T, Gollschewski S, Atogami F, Courtney M. Menopause in Australia and Japan: effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms. *Climacteric*. 2004;7:165–174.
  60. Ayranci U, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Womens Health*. 2010;10:1. DOI: 10.1186/1472-6874-10-1.
  61. Peeyananjarassri K, Cheewadhanaraks S, Hubbard M, Zoa Manga R, Manocha R, Eden J. Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand. *Climacteric*. 2006;9(1):23–29.
  62. Thomas HM, Bryce CL, Ness RB, Hess R. Dyspareunia is Associated with Decreased Frequency of Intercourse in the Menopausal Transition. *Menopause*. 2011;18(2):152–157. DOI: 10.1097/gme.0b013e3181eeb774.
  63. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. *Rev Obstet Gynecol*. 2012;5(1):16–27.
  64. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, et al. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40–65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics (São Paulo)* 2008;63(6):775–782.

**Adres do korespondencji:**

Karolina Kryś-Noszczyk  
e-mail: karolinakrysum@gmail.com

# ■ WSPÓŁWYSTĘPOWANIE ANEMII I NIEDOBORU ŻELAZA U PACJENTÓW W STARSZYM WIEKU Z ZABURZENIAMI NASTROJU

## COEXISTENCE OF ANEMIA AND IRON DEFICIENCY IN ELDERLY WITH DISTURBANCES OF WELLBEING

Katarzyna Walkiewicz, Monika Gętek, Katarzyna Fizia, Małgorzata Muc-Wierzgoń, Teresa Kokot, Ewa Nowakowska-Zajdel

Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** W starzejącej się populacji polskiej na pierwszy plan zaczynają wysuwać się problemy w ochronie zdrowia związane z opieką nad osobami starszymi; problemy te wynikają z wielochorobowości tej grupy. Niedokrwistość, niedobory pokarmowe oraz zaburzenia nastroju są, obok zespołów otępiennych, upadków, unieruchomienia, nietrzymania moczu i błędów jatrogennych, jednymi z częstszych problemów zdrowotnych występujących u tych pacjentów.

**Cel.** W badaniu poddano analizie współwystępowanie zaburzeń nastroju o typie depresji i niedokrwistości oraz niedoboru żelaza.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto pacjentów (16 kobiet, 7 mężczyzn) hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych, u których oceniono zaburzenia nastroju za pomocą skali GDS oraz występowanie niedokrwistości i niedoboru żelaza. Analizę statystyczną wykonano w programie Statistica 10.

**Wyniki i wnioski.** Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności w badanej grupie pomiędzy występowaniem niedokrwistości, niedoboru żelaza oraz depresyjnych zaburzeń nastroju. Badanie oparte na niewielkiej grupie chorych miało charakter pilotażowy, analiza wybranych zależności wymaga dalszych badań na większej grupie pacjentów.

**SŁOWA KLUCZOWE:** geriatryczna skala depresji, niedobór żelaza, niedokrwistość.

### ABSTRACT

**Introduction.** In recent years the number of people at old age has markedly increased. Growing life expectancy results in increasing morbidity. Anemia, nutritional deficiencies and mood disorders are the most common health problems in these patients.

**Aim.** The analysis of the coexistence of mood disorders, anemia and iron deficiency.

**Material and methods.** Twenty-three patients were examined by the geriatric depression scale. Patients were determined in the serum iron concentration and the presence of anemia. Data analysis was performed by Statistica 10.0.

**Results and conclusions.** There was no statistically significant correlation in the group between the presence of anemia, iron deficiency and depressive mood disorders. This study was a preliminary report. The analysis of selected correlations requires a further study among a larger group of patients.

**KEY WORDS:** geriatric depression scale, iron deficiency, anemia.

### Wstęp

Aktualne dane demograficzne wskazują, że średnia wieku w Polsce wynosi 72,7 roku dla mężczyzn oraz 80,9 roku dla kobiet, ponadto dla osób w wieku 60 lat przewidywalne dalsze trwanie życia wynosi odpowiednio 18,5 roku dla mężczyzn i 23,7 roku dla kobiet. Jeszcze w 2000 r. było to 16,7 roku dla mężczyzn i 21,5 roku dla kobiet. Dane te obrazują procesy demograficzne, jakim podlega populacja polska, a które rozpoczęły się jeszcze w poprzednim stuleciu i wpisują się w proces starzenia się społeczeństwa. Przemiany demograficzne stawiają

nowe wyzwania przed pracownikami ochrony zdrowia, w tym, m.in. konieczność prowadzenia badań zogniskowanych na grupie osób powyżej 60 r.ż. Pacjentów w wieku starszym często cechuje wielochorobowość oraz nakładanie się objawów patologicznych na objawy będące efektem fizjologicznego procesu starzenia, stąd konieczność uważnej oceny klinicznej w tej grupie chorych.

Jedną z najczęstszych patologii stwierdzaną u pacjentów w starszym wieku jest niedokrwistość, definiowana, zgodnie z wytycznymi WHO, jako obniżenie stężenia hemoglobiny poniżej 12 g/dl u kobiet i poniżej

13 g/dl u mężczyzn. Zgodnie z wynikami badania populacyjnego PolSenior (aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się w Polsce) problem niedokrwistości dotyczy w Polsce ponad 17% osób powyżej 65 r.ż. i wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem badanych grup, a także w znacznie większym stopniu dotyczy mężczyzn – odpowiednio w grupie osób powyżej 65 r.ż. niedokrwistość występuje u 20,8% mężczyzn i 13,6% kobiet [1, 2]. Niedokrwistość u pacjentów w starszym wieku ma zazwyczaj podłoże wieloczynnikowe. Amerykańscy eksperci w swych badaniach ustalili, że w grupie pacjentów w starszym wieku przyczyny można podzielić na trzy grupy etiologiczne: anemia związana ze stanem odżywienia, anemia związana z współwystępowaniem innych chorób przewlekłych oraz niedokrwistość idiopatyczna [3]. Niedokrwistość występująca razem z chorobami przewlekłymi związana jest przede wszystkim z towarzyszącą wielu schorzeniom aktywacją układu odpornościowego i utrzymywaniem wysokiego poziomu stanu zapalnego, z pojawiającym się wyrzutem cytokin-II-1, 2, 6, TNF  $\alpha$ , IFN. Potwierdzono, że eksperymentalne podanie drogą pozajelitową tych cytokin powoduje wystąpienie niespecyficznych objawów ogólnoustrojowych, takich jak: zmęczenie, problemy z koncentracją, zaburzenia snu, poczucie braku szczęścia [4].

W grupie zaburzeń neuropsychologicznych depresja i depresyjne zaburzenia nastroju są najczęściej występującymi w populacji osób starszych. W obrazie depresji w tej grupie na pierwszy plan wysuwają się objawy lęku wolno płynącego, obniżenie funkcji poznawczych i liczne skargi somatyczne [5]. Do wstępnej oceny występowania zaburzeń nastroju w grupie osób starszych służy Geriatryczna Skala Depresji, opracowana przez Yesavage'a [6] i wykorzystywana w praktyce klinicznej od 1983 r.

W prezentowanym badaniu poddano analizie współwystępowanie anemii i niedoboru żelaza w grupie chorych w wieku podeszłym z zaburzeniami nastroju.

## Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 23 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Grupę stanowiło 16 kobiet i 7 mężczyzn w wieku od 64 do 90 lat, średnia wieku  $76,0 \pm 7,0$ . Zaburzenia nastroju oceniono przy użyciu 15-stopniowej Geriatrycznej Skali Depresji (GDS). Stężenie żelaza w surowicy oraz poziom hemoglobiny były analizowane w toku postępowania diagnostycznego w ramach hospitalizacji w Klinice. W badaniach posłużono się programami Excel oraz Statistica 10. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu  $\chi^2$ .

## Wyniki

Stężenie żelaza w badanej grupie ( $n = 23$ ) wynosiło średnio 67,5 ug/dl i znajdowało się w przedziale od 17,3 ug/dl do 143,6 ug/dl. U 8 pacjentów (34,7%) stwierdzono niedobór żelaza; 7 spośród nich charakteryzowało się współwystępowaniem niedokrwistości. Ponadto anemia występowała u kolejnych 8 pacjentów bez stwierdzonego niedoboru żelaza (łącznie 15 chorych).

Na podstawie przeprowadzonej oceny GDS stwierdzono występowanie zaburzeń nastroju u 17 chorych (73,9%), wśród których u 2 wyniki wskazywały na ciężką depresję, a u pozostałych 15 na depresję łagodną (tabela 1).

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy badanej

*Table 1. The characteristics of the researched group*

Grupa badana n	Fe średnia $\pm$ SD min/max	Fe norma [ug/dl]	Niedokrwistość n (%)	GDS średnia $\pm$ SD min/max	Depresja łagodna n (%)	Depresja ciężka n (%)	Depresja ogółem n (%)
n=23	<b>67,5 <math>\pm</math> 34,6</b> 17,3/143,6	35,0–150	<b>15</b> <b>(65,2%)</b>	7 $\pm$ 2,8 0/12	15 (65,2%)	2 (8,7%)	<b>17</b> <b>(73,9%)</b>

W grupie kobiet ( $n = 16$ ) u 62,5% ( $n = 10$ ) występowała anemia. W grupie mężczyzn na anemię chorowało 71,4% ( $n = 5$ ). W grupie tej zaobserwowano niższe średnie stężenie żelaza w surowicy krwi (tabela 2).

**Tabela 2.** Analiza występowania niedokrwistości i poziom Fe w surowicy w grupie kobiet i mężczyzn

*Table 2. The incidence of anemia and serum iron concentration in women and men*

Grupa badana	Fe średnia $\pm$ SD min/max	Anemia n (%)
Kobiety (n=16)	<b>71,9 <math>\pm</math> 38,6</b> 17,3/143,6	10 (62,5%)
Mężczyźni (n=7)	<b>54,1 <math>\pm</math> 22,4</b> 34,1/95	5 (71,4%)

W grupie kobiet u 75% ( $n = 12$ ) stwierdzono depresję łagodną wg GDS. W grupie mężczyzn depresja łagodna występowała u 42,8% badanych ( $n = 3$ ), natomiast depresja ciężka u 28,6% ( $n = 2$ ) (tabela 3).

**Tabela 3.** Analiza występowania zaburzeń nastroju (GDS) w grupie kobiet i mężczyzn

*Table 3. Mood disorders in women and men*

Grupa badana	GDS średnia $\pm$ SD min/max	Depresja ciężka n badanych	Depresja łagodna n badanych
Kobiety (n=16)	6,68 $\pm$ 2,7 0/10	0	12 (75%)
Mężczyźni (n=7)	7,7 $\pm$ 3,2 4/12	2 (28,6%)	3 (42,8%)

W wyniku analizy testem  $\chi^2$  w badanej grupie nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy występowaniem zaburzeń nastroju o typie łagodnej i ciężkiej depresji a współistniejącym niedoborem żelaza oraz niedokrwistością.

## Dyskusja

Powyższe wyniki wpisują się w szereg doniesień raportujących, że depresja i depresyjne zaburzenia nastroju stanowią bardzo istotny problem w populacji pacjentów w starszym wieku. Wyniki te wydają się być tym bardziej niepokojące, że w świetle badań Polewki i wsp. w grupie osób powyżej 70 r.ż. występuje najwyższy w populacji polskiej wskaźnik samobójstw, a stopień rozpowszechnienia depresji sięga kilkudziesięciu procent [7]. Epizod depresyjny u starszych pacjentów często przybiera formę nasilonych skarg somatycznych, często będących efektem negatywnego postrzegania własnego ciała, co w skrajnych przypadkach może przybierać formę urojeń nihilistycznych. Nie są to jednakże jedyne objawy – pojawiają się również zaburzenia koncentracji, upośledzenie zdolności poznawczych, lęk wolno płynący, zaburzenia snu i rytmów dobowych [5, 8]. Ponadto depresja poprzez oddziaływanie psychosomatyczne i aktywację układu adrenergicznego wpływa niekorzystnie na przebieg chorób sercowo-naczyniowych, rehabilitację, układ immunologiczny, zagrażając tym samym utrzymaniu homeostazy pacjenta [5]. Depresja, obok ciężkich schorzeń somatycznych i upośledzenia sprawności ruchowej, jest jednym z głównych czynników silnie obniżających jakość życia. Samopoczucie pacjenta jako główny składnik dobrej jakości ma decydujący wpływ na stosowanie się do zaleceń lekarskich, funkcjonowanie w społeczeństwie oraz podejmowanie, lub nie, zachowań prozdrowotnych [9]. Jednakże uzyskanie dobrego samopoczucia w obliczu „kryzysu starości” wydaje się być szczególnie trudne [10].

W ostatnich latach pojawia się szereg doniesień na temat zależności pomiędzy stanem odżywienia i występowaniem anemii oraz niedoborów składników mineralnych a zaburzeniami nastroju, zwłaszcza w grupie pacjentów starszych [11]. Wykorzystując Geriatryczną Skalę Depresji, skrócony kwestionariusz żywienia oraz oznaczenia morfologii krwi obwodowej, badacze brazylijscy ocenili na grupie stu hospitalizowanych pacjentów zależność między stopniem odżywienia, niedokrwistością oraz objawami zaburzeń nastroju. W uzyskanych wynikach potwierdzili, że wynik GDS ściśle korelował ze stwierdzonymi zaburzeniami odżywienia, a zależność była szczególnie silna w grupie badanych kobiet [12]. W badaniach Lucci i wsp. wykazano, że już niewielkiego stopnia anemia (hemoglobina w stężeniu 10–11,9 g/dl

u kobiet oraz 10–12,9 g/dl u mężczyzn) znacząco wpływa na pogorszenie wyników testów określających zdolności poznawcze, nastrój, sprawność funkcjonalną oraz jakość życia u pacjentów w badanym przedziale wieku: 65–84 lata w porównaniu do grupy kontrolnej [13]. Inne doniesienia pokazują związki między składnikami pokarmowymi w diecie a kondycją psychofizyczną. Benton w swojej pracy ukazuje, że niedobór żelaza potęguje wrażenie znużenia, zaburzenia depresyjne, apatię; podobny wpływ mogą wywierać także niedobory kwasu foliowego, tiaminy i tryptofanu [14]. Do zbliżonych wniosków, badając grupę osób starszych, doszedł Rosenberg; w swoich pracach dużo uwagi poświęcił także witaminie B12, niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego [15].

Przyczyny niedoborów składników pokarmowych u osób starszych są szczególnie złożone. Dieta tych chorych, w dużo mniejszym stopniu niż w młodszych grupach wiekowych, to efekt ich świadomej decyzji. Istotną rolę odgrywają tu status socio-ekonomiczny, zależność od osób drugich, co przekłada się na jakość posiłków podawanych w szpitalach, domach pomocy społecznej (DPS) i zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZO-L); istotne jest także współwystępowanie innych, zaburzających proces trawienia i wchłaniania pokarmu, przewlekłych schorzeń, takich jak: paradontoza i ubytki w uzębieniu, choroba refluksowa przełyku, przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy, choroby nowotworowe; należy również pamiętać o następstwach stosowania pewnych grup leków, ze szczególnym uwzględnieniem nadużywania niesterydowych leków przeciwzapalnych [16, 17]. W raportach dotyczących bilansowania racji pokarmowych w DPS oraz ZO-L pojawiają się informacje o niewystarczającym pokrywaniu dobowego zapotrzebowania pacjentów, zwłaszcza na pierwiastki śladowe i witaminę C, przy jednoczesnej, wielokrotnie przekraczającej zalecane normy, podaży sodu i fosforu [18]. Z perspektywy nauki o żywieniu istotne jednak są także doniesienia, które pokazują, że coraz trudniej, nawet stosując się do prawidłowych zasad, osiągnąć optimum, ponieważ na skutek zmian w środowisku naturalnym nastąpiła redukcja wartości odżywczej wybranych produktów – i tak, od lat 60 minionego wieku do dziś hodowane warzywa i owoce zawierają o kilkadziesiąt procent mniej witaminy C (niezbędnej do prawidłowego wchłaniania żelaza), a także magnezu i potasu [19]. O złożoności problemu odżywienia i jego wpływu na występowanie anemii, niedoboru żelaza i, w dalszej konsekwencji, zaburzeń nastroju niech świadczą badania przeprowadzone m.in. przez polskich naukowców, którzy wykazali, że prawidłowy, a często podwyższony wskaźnik BMI u pacjentów starszych (badaniem objęto chorych w wieku

65–91 lat) współistnieje z niekorzystnym składem ciała. Współwystępowanie otyłości brzusznej z charakterystycznym dla wieku starszego zanikiem mięśniowej masy ciała wpływa na wzrost stężenia w surowicy hepcydyny. Hecpodyna jest peptydem osoczym, produkowanym głównie przez hepatocyty, hamującym zarówno jelitową absorpcję żelaza, jak i uwalnianie rezerw żelaza z układu siateczkowo-śródbłonkowego. Efektem jego działania jest narastanie niedoboru żelaza w organizmie oraz, w dalszej konsekwencji, indukowanie rozwoju niedokrwistości syderopenicznej [20]. Jak widać, występowanie otyłości nie wyklucza obecności niedożywienia – taki przypadek zaprezentowali naukowcy z Białegostoku: u pacjentki, której wskaźnik masy ciała został obliczony na poziomie 31 kg/m<sup>2</sup>, w badaniach laboratoryjnych stwierdzono m.in. hipalbuminemię i hipocholesterolemię, a w skali SCALES pacjentka uzyskała 6 punktów, co kwalifikowało ją do umieszczenia w grupie osób zagrożonych niedożywieniem [21]. Występowanie nadwagi i otyłości w wieku podeszłym jest częstsze niż niedowaga, jednakże rzadko w komponowaniu jadłospisu osób starszych brany jest pod uwagę fakt, że wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie organizmu na witaminy C oraz A, a poziom zapotrzebowania na żelazo przez całe życie utrzymuje się na podobnym poziomie. Niestety dieta osób starszych oparta jest głównie na węglowodanach prostych oraz produktach bogatotłuszczowych [22].

## Wnioski

Depresyjne zaburzenia nastroju są poważnym problemem w populacji osób starszych. Mogą one zarówno być efektem występowania pewnych grup schorzeń somatycznych, niedożywienia i zaniedbań pielęgnacyjnych, jak i rozwijać się równolegle i niezależnie od nich. Współwystępowanie obniżenia nastroju oraz niedokrwistości i niedoborów żelaza pogarsza jakość życia osób w wieku starszym oraz niekorzystnie wpływa na przebieg innych schorzeń somatycznych, zwłaszcza z kręgu chorób układu sercowo-naczyniowego. Edukacja żywieniowa prowadzona w grupie starszych chorych oraz większa staranność w komponowaniu diety podopiecznych DPS, ZO-L i pacjentów szpitali mogą przynieść pozytywne skutki odległe, znacznie poprawiać jakość życia oraz usprawniać proces rehabilitacji i rekonwalescencji. Ważne jest wczesne wykrywanie, także przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zaburzeń nastroju u pacjentów w podeszłym wieku, a przydatnym do tego narzędziem może być GDS.

W prezentowanym badaniu nie udało się wykazać istotnej statystycznie zależności pomiędzy współwystępowaniem zaburzeń nastroju a niedoborem żelaza i niedokrwistością; jednakże badanie prowadzone było

na niewielkiej grupie chorych i miało charakter badania pilotażowego. Wykazanie podobnych zależności oraz powiązania między zaburzeniami nastroju, funkcji poznawczych, odczuwanej jakości życia a niedoborami pewnych składników pokarmowych wymaga dalszych badań prowadzonych na reprezentatywnych grupach pacjentów; w badaniach tych należy uwzględnić analizę schorzeń współwystępujących oraz stosowanego leczenia.

## Piśmiennictwo

1. Czepulis N, Wieczorowska-Tobis K. Niedokrwistość – częsty element wielochorobowości w starości. *Now Lek.* 2011;80(3):205–208.
2. Skorupka A, Dzięgielewska S, Mysza W. Niedokrwistość u pacjentów z chorobami przewlekłymi w wieku podeszłym, *Now Lek.* 2007;76(2):110–113.
3. Guralnik J, Ershler W, Schrier S, Picozzi V. Anemia in the Elderly – a public health crisis in hematology. *ASH Education Book.* 2005;1:528–532.
4. Dudek D, Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria.* 2007;4(1):17–24.
5. Bidzan L. Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. *Med Wieku Podeszłego.* 2011;1(1):31–41.
6. Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *J Psych Res.* 1982–1983;17(1):37–49.
7. Polewka A, Chrostek-Maj J, Szczepańska Ł, Foryś Z. Samobójstwa i próby samobójcze w okresie wczesnej i późnej starości – epidemiologia, czynniki ryzyka, profilaktyka. *Prz Lek.* 2006;63(6):323–327.
8. Radzik J, Zawadzka A, Leszek J, Błaszczuk A, Chlebowska I. Problematyka zaburzeń depresyjnych w niektórych schorzeniach neurodegeneracyjnych. *Psychogeriatrya Pol.* 2010;7(1):17–28.
9. Szewczyszczak M, Stachowska M, Talarska D. Ocena jakości życia u osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Now Lek.* 2012;81(1):96–100.
10. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. *Gerontol Pol.* 2008;16(3):131–136.
11. Thein M, Ershler W, Artz A, Tescon J, Robinson B, Rothstein G, Liedtke A, Gyls-Colwell L, Lu J, Robbins S. Diminished Quality of Life and physical function in community-dwelling Elderly with anemia. *Medicine.* 2009;88(2):107–114.
12. Alvez de Rezende CH, Coelho LM, Oliveira LM, Penha-Silva N. Dependence of the geriatric depression scores on age, nutritional status on hematologic variables in elderly institutionalized patients. *J Nut Health Aging.* 2009;13:617–621.
13. Lucca U, Tettamanti M, Mosconi P, Apolone G, Gandini F, Nobili A, Tallone MV, Giacomini A, Clerico M, Tempia P, Guala A, Fasolo G, Riva E. Association of mild anemia with cognitive, functional and quality of life in the Elderly: The “Health and anemia” study, <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0001920#pone-0001920-g001> (data dostępu: 10.05.2014).
14. Benton D, Donohoe R. The effect of nutrients on mood. *Public Health Nutr.* 1999;2:403–409.
15. Rosenberg I, Miller J. Nutritional factors in physical and cognitive function of elderly people. *Am J Clin Nutr.* 1992;55:12375–12435.

16. Szcześniak P, Szuszkiewicz J, Michalak Ł, Orszulak-Michalak D. Żywnienie i suplementacja diety w wieku podeszłym. *Farmakol Pol.* 2009;65:775–779.
17. Babiarczyk B. Monitorowanie stanu odżywienia osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko i długoterminowej. *Gerontol Pol.* 2008;16:18–24.
18. Leszczyńska T, Sikora E, Biezanowska-Kopeć R, Pysz K, Nowacka E. Ocena prawidłowości bilansowania składu racji pokarmowych osób starszych zamieszkałych w DPS lub ZOL. *Żywność.* 2008;2(57):140–154.
19. Załoga MT. Zdrowo i po polsku. *Wiedza Życie.* 2006;12:22–24.
20. Przybyszewska J, Żekanowska E, Kędziora-Kornatowska K, Porzych K, Cichon R, Rosińska Z. Ocena stanu odżywienia pacjentów w podeszłym wieku z niedokrwistością. *Gerontol Pol.* 2012;20(3):102–108.
21. Wojskiewicz A, Wojszel ZB, Gułaj E, Wojskiewicz P, Kasinkiewicz A, Klimek K. Otyłość a ryzyko niedożywienia w późnej starości. *Geriatrics.* 2013;7:51–55.
22. Jabłoński E, Kaźmierczak U. Odżywianie się osób w podeszłym wieku. *Gerontol Pol.* 2005;13(1):48–54.

**Adres do korespondencji:**

Katarzyna Walkiewicz  
Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych  
ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom  
e-mail: kk.walkiewicz@gmail.com



# ■ DYSTRYBUCJA ŚRODKÓW FARMACEUTYCZNYCH I WYROBÓW MEDYCZNYCH W APTECE SZPITALNEJ

## DISTRIBUTION OF PHARMACEUTICAL AND MEDICAL DEVICES IN A HOSPITAL PHARMACY

Jan Nowomiejski, Renata Rasińska, Artur Przybył

Katedra i Zakład Organizacji w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

Ważnym procesem logistycznym w funkcjonowaniu apteki szpitalnej jest dystrybucja środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych. W związku z tym celem artykułu jest przedstawienie zarówno teoretycznych, jak i praktycznych aspektów dotyczących tego procesu w wybranej aptece szpitalnej Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy w Drezdenku. Aby organizacje mogły właściwie funkcjonować, trzeba spojrzeć na występujące w nich procesy logistyczne w sposób kompleksowy. Należy także zapewnić możliwie najlepszą współpracę pomiędzy tymi procesami, a szczególnie między dystrybucją i zaopatrzeniem, w których następuje wybór dostawców, transport oraz magazynowanie, co w istotny sposób wpływa na sprawność oraz efektywność ekonomiczną realizowanych zadań.

**SŁOWA KLUCZOWE:** dystrybucja, kanały dystrybucji, logistyka dystrybucji, strategie dystrybucji.

### ABSTRACT

An important logistical process in the hospital pharmacy operation is the distribution of pharmaceutical and medical devices. Therefore, the aim of article is to provide both theoretical and practical aspects of this process in a selected hospital pharmacy District Health Center sp. z o.o. NZOZ District Hospital in Drezdenko. To make those organizations function properly, you need to look at logistic processes in a comprehensive way. What is more, the best possible cooperation should be ensured between these processes and, in particular, between the distribution and supply, where the selection of deliverers, transport and storage takes place. They significantly influence the efficiency and economic effectiveness of implemented tasks.

**KEY WORDS:** distribution, distribution channel, logistic of distribution, distribution strategies.

### Wstęp

Ważnym procesem logistycznym w funkcjonowaniu apteki szpitalnej jest dystrybucja środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych. W związku z tym celem artykułu jest przedstawienie zarówno teoretycznych, jak i praktycznych aspektów dotyczących tego procesu w wybranej aptece szpitalnej Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy w Drezdenku.

### Zadania i funkcje dystrybucji

Termin „dystrybucja” pochodzi od łacińskiego słowa *distributio* oznaczającego rozdział, podział dóbr materialnych, rozprowadzenie (np. towarów) [1]. Istnieje wiele definicji słowa „dystrybucja” ze względu na to, że pojęcie to związane jest zarówno z logistyką, jak i z marketingiem. Najprościej można określić dystrybucję jako „ogół czynności zapewniających klientowi dostępność dóbr w wymaganej jakości, ilości, miejscu i terminie” [2]. F. Kramer przez dystrybucję rozumie „wszelkie czynności związane z pokonywaniem przestrzennym i czasowym różnic występujących między produkcją a kon-

sumpcją”. Chodzi o czynności związane z fizycznym transportem dóbr od producenta do finalnego odbiorcy [3]. Inna definicja ujmuje dystrybucję jako „zorientowaną na osiągnięcie zysku działalność obejmującą planowanie, organizowanie i kontrolowanie sposobu przemieszczania gotowych produktów z miejsc ich wytworzenia do miejsc sprzedaży nabywcom finalnym [4].

Dystrybucja może być przedmiotem analizy przynajmniej w dwóch układach:

- 1) szerokim, całościowym, obejmującym fizyczny przepływ produktów materialnych w gospodarce od źródeł ich pozyskania z przyrody aż do końcowych użytkowników i konsumentów – dystrybucją zatem nazywamy całość fizycznego przepływu;
- 2) wąskim, odnoszącym się tylko do fazy zbytu wyrobów gotowych u producentów oraz fizycznego przepływu tych wyrobów przez sieć pośredników do odbiorców końcowych [5].

W całym procesie dystrybucji produkty pokonują ilościowe, asortymentowe, czasowe, własnościowe i przestrzenne bariery, oddzielające producentów od fi-

nalnych nabywców. Podejmowane decyzje i czynności składają się na trzy grupy funkcji dystrybucji:

- 1) funkcje przedtransakcyjne. Głównym ich celem jest koordynacja podaży z popytem na dany produkt dzięki zapewnieniu przepustowości kanałów dystrybucji. Do czynności realizowanych w ramach tych funkcji możemy zaliczyć:
  - zbieranie i przekazywanie informacji rynkowych,
  - promocję produktów i firm,
  - poszukiwanie i zgłaszanie ofert kupna–sprzedaży,
  - nawiązywanie kontaktów handlowych,
  - negocjowanie warunków umów stwarzających podstawy prawne dla przepływu własności do przemieszczanych produktów;
- 2) funkcje związane z realizacją transakcji kupna–sprzedaży, które obejmują:
  - obsługę zamówień,
  - transport,
  - użytkowanie magazynów,
  - utrzymywanie zapasów,
  - przerób handlowy,
  - przekształcanie asortymentu produkcyjnego w asortyment handlowy,
  - przekazywanie produktów pośrednikom i nabywcom finalnym,
  - przekazywanie należności,
  - przejmowanie ryzyka.

Dzięki tym czynnościom następuje fizyczny przepływ produktów od wytwórcy do nabywcy, czyli dystrybucja fizyczna lub logistyka dystrybucji. Głównym ich celem jest osiągnięcie pożądanego przez nabywców poziomu obsługi przy minimalizacji kosztu całkowitego dystrybucji;

- 3) funkcje potransakcyjne, obejmujące następujące czynności:
  - realizacja praw z tytułu rękojmi i gwarancji,
  - świadczenie nabywcom różnorodnych usług instalacyjnych, naprawczych i dostawczych,
  - badanie stopnia zadowolenia nabywców z dokonanych zakupów,
  - gromadzenie informacji o oczekiwanych przez klientów formach i standardach obsługi,
  - badanie przyczyn utraty klientów.

Głównym ich celem jest utrzymywanie kontaktów z nabywcami, zaspokajanie ich potrzeb i oczekiwań oraz wpływanie na ich lojalność [4].

Logistyka dystrybucji jest szczególnie istotna dla każdej organizacji. Dlatego też organizacje w kanale dystrybucyjnym muszą stawić czoła różnym problemom wynikającym z obecności pewnych luk zwanych także niedostatkami. Zaliczamy do nich:

- lukę czasową,
- lukę przestrzenną,
- lukę ilościową,
- lukę asortymentową,
- lukę informacyjną.

Luka czasowa wiąże się z tym, że konsumenci dokonują zakupów w dogodnym dla siebie czasie, a nie w sposób ciągły. Dlatego też popyt na dany produkt nie pokrywa się w czasie z jego wytwarzaniem, a w większości firm produkcja przebiega nieustannie.

Luka przestrzenna determinowana jest czynnikami wpływającymi na lokalizację miejsc wytwarzania, takimi jak: powierzchnia, dostępna infrastruktura, uwarunkowania formalnoprawne, warunki gospodarcze oraz czynnik ludzki.

Luka ilościowa dotyczy pewnych produktów, których opłacalność uzyskuje się dopiero po wyprodukowaniu pewnej określonej ilości.

Luka asortymentowa jest związana z tym, że ze względu na problemy techniczne i korzyści ekonomiczne każde przedsiębiorstwo wytwarza określony produkt. Aby zapewnić i zaspokoić zapotrzebowanie konsumentów, które nieraz jest bardzo szerokie i różne, należy pokryć je dostawami od kilku producentów.

Luka informacyjna wynika z faktu, że konsumenci przy kupnie nowego produktu nie wiedzą często za dużo o nowych produktach, mogących spełnić lepiej ich oczekiwania i najczęściej kierują się w tej kwestii przyzwyczajeniem i doświadczeniem. Natomiast producenci nie zawsze potrafią dotrzeć z promocją, informacją o wprowadzonych zmianach do potencjalnych klientów [6].

## Strategie dystrybucji

Biorąc pod uwagę intensywność dystrybucji, możemy wyróżnić trzy podstawowe strategie dystrybucji. Są to:

- 1) dystrybucja wyłączna – zwana jest także ekskluzywną. Sprzedaż danych produktów odbywa się tylko przez jednego bądź kilku pośredników na danym obszarze. Udzielane zostaje w tym przypadku przez producenta prawo do wyłączności sprzedaży wyrobów przez firmę detaliczną lub hurtową, przy jednoczesnym zakazie sprzedaży produktów należących do innych firm konkurencyjnych. Takie działanie daje producentowi możliwość prowadzenia stałej i szerokiej kontroli nad zbytem produktów, a także poziomem udzielanych usług i cen. Ułatwia także kreowanie silnej pozycji marki na rynku poprzez intensywną promocję firmy. Najważniejszym celem, dla którego warto poświęcić się dystrybucją ekskluzywną, jest kreacja prestiżu firmy, a zarazem produktu, sprawowanie kontroli nad kanałami dystrybu-

cji, a także utrzymanie cen na stałym poziomie. Pomimo tylu zalet strategia ta posiada także wady. Jedną z nich jest ograniczenie możliwości zwiększania sprzedaży danych produktów na rynku. Kolejną jest uzależnienie producenta od pośrednika. Z dystrybucją ekskluzywną mamy do czynienia przede wszystkim w przypadku produktów rzadkiego zakupu, czyli dóbr luksusowych, specjalistycznych, unikatowych, niepowtarzalnych;

- 2) dystrybucja selektywna – sprzedaż określonych produktów bądź usług odbywa się przez wybraną na podstawie ściśle określonych kryteriów grupę pośredników. Wyłącza się często pośredników małych, biorąc pod uwagę powierzchnię czy kapitał, a także tych, którzy nie są w stanie i nie mają możliwości spełnienia określonych standardów obsługi. Głównymi celami dystrybucji selektywnej są: zbudowanie wizerunku solidnej firmy, kontrola kanału na danym poziomie oraz jak najwyższa sprzedaż i ogromne zyski. Ze strategią tą mamy do czynienia zwłaszcza na rynku produktów wybieralnych i okresowego zakupu;
- 3) dystrybucja intensywna – głównym założeniem tej strategii jest rozległa działalność na rynku. Przedsiębiorstwo chce wykorzystać wszystkie dostępne punkty sprzedaży do rozprowadzania swoich produktów. Z tego względu też typ ten nazywany jest bardzo często sprzedażą wszystkim odbiorcom (*sell-to-many*). Strategia ta wymaga zaangażowania rozmaitych kanałów dystrybucji, najczęściej długich i szerokich, aby ułatwić doprowadzenie produktu do odbiorcy. Powoduje to problem w kontrolowaniu kanałów i gospodarowaniu zapasami, dlatego dystrybucja ta przynosi dobre efekty w krótszych okresach. Najważniejszymi celami omawianej strategii są: szeroka dostępność na rynku, maksymalizacja sprzedaży i wysokie zyski. Jest ona najczęściej wykorzystywana na rynku częstego i powszechnego zakupu, gdzie produkty nabywane są rutynowo [7].

O tym, która strategia dystrybucji zostanie wybrana, decyduje najczęściej producent. Na podjęcie właściwej decyzji wpływ bowiem mają cechy danych produktów i strategie marketingowe wykorzystywane przez niego.

### Kanały dystrybucji

Kanałem dystrybucji możemy nazwać jedną albo więcej firm lub osób uczestniczących w przepływie towarów i usług, od producenta do końcowego użytkownika lub

konsumenta [8]. W logistyce zwrócenie szczególnej uwagi na kanały dystrybucji staje się podstawą do sformułowania skutecznej strategii, a także efektywnych działań operacyjnych.

W znaczeniu podmiotowym kanał dystrybucji można określić jako zbiór wzajemnie zależnych organizacji współuczestniczących w procesie dostarczenia produktu i usług do finalnego nabywcy. Podejście to pozwala wyróżnić w kanałach dystrybucji:

- 1) uczestników dokonujących sprzedaży i zakupu produktów, a zarazem przejmujących i przekazujących prawo własności do towarów. Możemy tutaj wyróżnić producentów, kupców hurtowych i detalicznych, a także nabywców indywidualnych i instytucjonalnych;
- 2) pośredników handlowych, którzy mają ograniczony zakres usługi i którzy nie posiadają prawa własności do dystrybuowanych produktów, lecz aktywnie wspomagają proces jego przekazywania. Są to agenci, brokerzy i przedstawiciele hurtowi;
- 3) instytucje świadczące różnego rodzaju usługi na rzecz pozostałych uczestników kanału, które wspierają ich działania, np. banki, firmy ubezpieczeniowe, przewoźnicy, spedytory, agencje reklamowe i firmy ubezpieczeniowe [9].

Aby kanał dystrybucji sprawnie funkcjonował, niezbędne jest występowanie bliskich powiązań między wszystkimi zachodzącymi w nim przepływami. Dzięki tej zależności można określić funkcję kanału dystrybucji, którą jest „integrowanie wszystkich występujących w ramach kanału przepływów” [6].

Klasyfikacja kanałów dystrybucji może opierać się na różnych kryteriach.

Ze względu na rodzaj uczestników możemy wyróżnić kanały pośrednie i bezpośrednie. Z kanałem pośrednim mamy do czynienia wtedy, gdy pomiędzy dostawcą a ostatecznym nabywcą występują pośrednicy, którzy przejmują prawa własności do produktów, natomiast w kanale bezpośrednim brak jest pośredników, co bezpośrednio wiąże producenta z odbiorcą finalnym i dlatego jest to najkrótszy kanał [4].

Kolejnym kryterium klasyfikacji jest szerokość kanału, czyli ze względu na liczbę pośredników występujących na poszczególnych szczeblach. Kanał wąski występuje wtedy, gdy istnieje niewielka liczba pośredników na danym szczeblu, natomiast w kanale szerokim mamy sytuację odwrotną, mianowicie występuje duża liczba pośredników na określonym szczeblu [6].

Następnie możemy wyróżnić kanał transakcyjny i rzeczowy. Pierwszy z nich jest tworzony przez uczestników zawierających transakcje kupna–sprzedaży, natomiast drugi jest tworzony przez podmioty dokonujące

czynności związanych z fizycznym przemieszczaniem produktów od producenta do końcowego odbiorcy.

Biorąc pod uwagę prawo własności uczestnika do kanału, możemy wyróżnić kanał własny, wtedy kiedy jeden z uczestników kanału jest właścicielem wszystkich pozostałych kanałów, natomiast kanał częściowo własny występuje w sytuacji, kiedy niektórzy z uczestników są właścicielami innych kanałów [6].

Innym kryterium klasyfikacji kanałów dystrybucji jest kwestia zakresu współdziałania uczestników w kanale. Możemy tu wyróżnić kanały konwencjonalne i zintegrowane pionowo. W pierwszym każdy z uczestników nawiązuje kontakty tylko w celu realizacji określonej transakcji kupna–sprzedaży. Ich cel to dążenie do maksymalizacji własnych korzyści, bez bliższego współdziałania; nie mają oni wpływu na pozostałych uczestników kanału ani kontroli nad nimi. Kanały zintegrowane pionowo zakładają, że działania firm na różnych szczeblach są zarządzane i koordynowane przez jedną z tych firm [4].

Kanały marketingowe (dystrybucji) mogą być także scharakteryzowane przez liczbę szczebli w kanale. Każdy pośrednik, który wykonuje funkcje związane z przesuwaniem produktu i prawa własności do niego w kierunku finalnego nabywcy, stanowi szczebel w kanale. Producent i finalny nabywca są także częścią każdego kanału.

Ze względu na długość kanału dystrybucji wyróżniamy:

- kanał zeroszczelbowy (nazywany także bezpośrednim kanałem marketingowym) – składa się z producenta sprzedającego bezpośrednio finalnemu nabywcy. Podstawowymi formami sprzedaży bezpośredniej są sprzedaż bezpośrednio w domu klienta, organizacja promocyjnych spotkań w domach, sprzedaż wysyłkowa, telemarketing, sprzedaż za pośrednictwem telewizji oraz sprzedaż za pośrednictwem własnych sklepów producenta;
- kanał jednoszczelbowy – składa się z jednego pośrednika, którym jest detalista;
- kanał dwuszczelbowy – obejmuje dwóch pośredników. Na rynkach dóbr konsumpcyjnych jest to zwykle hurtownik i detalista;
- kanał trójszczelbowy – obejmuje trzech pośredników;
- kanał wieloszczelbowy – posiada wielu pośredników; wraz ze wzrostem liczby szczebli w kanale coraz większym problemem stają się uzyskiwanie informacji o użytkownikach finalnych i kontrolowanie całego procesu [10].

Ze względu na uczestnictwo w przepływie prawa własności do produktu pośredników dzielimy na:

- pośredników–kupców, przejmujących prawo własności do produktów (są to m.in. hurtownicy, detaliści). Kupują oni produkty we własnym imieniu, na własny rachunek i na własne ryzyko w celu ich dalszej odsprzedaży;
- pośredników–agentów, którzy kupują i sprzedają produkty w imieniu i na rachunek zlecającego (agenci, brokerzy). Pobierają oni za swe usługi prowizje [7].

Pośrednicy w kanale dystrybucji mogą pełnić następujące funkcje:

- transakcyjne – polegające na negocjowaniu warunków umów, zawieranie transakcji kupna–sprzedaży, przenoszenie prawa własności, przejmowanie ryzyka;
- logistyczne – m.in. zamówienie produktów, zarządzanie dostawami, organizacja procesów magazynowania i transportu;
- pomocnicze – polegające na gromadzeniu i przekazywaniu informacji rynkowej, badaniu popytu, finansowaniu i kredytowaniu transakcji [6].

Główne typy pośredników w kanale marketingowym to:

- hurtownicy – sprzedają swoje towary detalistom lub też użytkownikom przemysłowym, handlowym, instytucjonalnym, rolniczym albo profesjonalnym użytkownikom ze sfery biznesu. Oprócz sprzedaży hurtownicy często zajmują się także utrzymywaniem zapasu towarów, kredytowaniem, montażem, dobieraniem lub klasyfikowaniem towarów w partiach, rozdzielaniem masowych przesyłek w celu ich dalszej redystrybucji w mniejszych partiach oraz różnego typu promocją;
- detaliści – najważniejszą funkcją punktów sprzedaży detalicznej jest udostępnianie produktów konsumentom i użytkownikom przemysłowym. Sprzedaż detaliczna odbywa się w tradycyjnych sklepach i placówkach do nich podobnych lub przy wykorzystaniu innowacyjnych, pozasklepowych rozwiązań, np. przez telefon, za pośrednictwem poczty lub Internetu [8].

Kanały na ogół pokazują ruch produktów w przód. Można również mówić o kanałach działających wstecz. Według Zikmunda i Stantona: ponowne wprowadzenie do obiegu odpadów stałych (recycling) stanowi ważne, z punktu widzenia ekologii, zadanie. Choć jest to technologicznie możliwe, odwrócenie kierunku przepływu surowców i materiałów – poprzez kanał działający „wstecz” – stanowi ważne wyzwanie dla dystrybutorów. Istniejące kanały działające w ten sposób są dość prymitywne, a bodźce finansowe – niedostateczne. Konsument musi być motywowany do zmiany swojej roli

i stania się „producentem” – siłą inicjującą w procesie dystrybucji kierowanym wstecz [10].

Właściwy wybór strategii dystrybucji i jej solidna realizacja mogą przyczynić się do uzyskania przewagi konkurencyjnej – jakościowej (standard usługi dostawczej) lub ilościowej (stopień pokrycia rynku) [11].

### **Działalność apteki szpitalnej w badanym podmiocie leczniczym**

Apteka szpitalna w Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ Szpital w Drezdenku wykonuje następujące zadania w ramach działalności logistycznej:

- zakup produktów i zarządzanie zapasami leków;
- prowadzenie rachunku materiałowego (przechowywanie leków, monitoring leków na oddziałach);
- zaopatrzenie oddziałów szpitalnych w leki, opatrunki, wyroby medyczne oraz sprzęt medyczny;
- wybór i nadzór nad systemem dystrybucji (system *unit dose*) leków oraz wyrobów medycznych;
- sporządzanie leków recepturowych, leków jałowych w odpowiednich pomieszczeniach, preparatów do żywienia pozajelitowego, przygotowywanie indywidualnych leków cytostatycznych, produkcja płynów infuzyjnych niedostępnych na rynku;
- kontrola wewnętrzna wyprodukowanych leków z uwzględnieniem zasad GMP.

Działalność apteki szpitalnej opiera się na podstawie ustawy Prawo Farmaceutyczne oraz rozporządzeń do tej ustawy. Apteka szpitalna jest to miejsce, w którym udzielane są usługi farmaceutyczne przez osoby tylko i wyłącznie do tego uprawnione, w zakresie zaopatrywania w leki i wyroby medyczne wszystkich oddziałów szpitalnych udzielających całodobowych świadczeń medycznych [12].

Opisywana jednostka powoływana jest w szpitalu za zgodą właściwego inspektora sanitarnego. Apteka musi spełnić odgórnie określone wymogi lokalowe oraz respektować przepisy dotyczące zatrudnienia kierownika o określonych kwalifikacjach.

Lokal apteki musi spełniać wszystkie wymagania techniczne, sanitarno-higieniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy określone dla budynku użyteczności publicznej i pomieszczeń pracy.

Liczba pomieszczeń oraz ich powierzchnia, kształt i wyposażenie muszą gwarantować prawidłowe funkcjonowanie apteki i powinny być dostosowane do potrzeb i prowadzonych przez daną aptekę czynności. Aptekę szpitalną sytuuje się na terenie szpitala tak, aby zapewnić prawidłowe zaopatrzenie oddziałów w produkty lecznicze i wyroby medyczne. Do przechowywania materiałów łatwo palnych, płynów infuzyjnych,

wyrobow medycznych, płynów żrących, opakowań szklanych oraz materiałów pomocniczych mogą być wykorzystane pomieszczenia znajdujące się w piwnicy lub suterrenach, pod warunkiem, że nie znajdują się w zbyt znacznej odległości od pozostałych pomieszczeń apteki.

Apteka mieści się w tym samym budynku co szpital. Dzięki takiemu usytuowaniu ma bliski kontakt z pozostałymi oddziałami szpitala. Apteka zlokalizowana jest na wysokim parterze szpitala. Dostawy towarów możliwe są dzięki specjalnie przystosowanemu podjazdowi do szpitala na poziomie piwnicy. W pionie tym znajduje się winda, dzięki której można w szybki i sprawny sposób przetransportować środki farmaceutyczne i wszelkie wyroby medyczne na parter. Dawniej część magazynów mieściła się w piwnicach, jednak ze względów ekonomicznych składy te przeniesione zostały na wyższą kondygnację. W przyszłości szpital planuje przeniesienie apteki do zaadoptowanego budynku szpitalnego i wtedy apteka będzie mieściła się w osobnym budynku. Wszystkie pomieszczenia apteki są odpowiednio przystosowane i posiadają systemy wentylacyjne, dzięki czemu spełnione zostały wymogi ustanowione w ustawie Prawo Farmaceutyczne.

Powierzchnia podstawowa apteki szpitalnej obejmuje:

- magazyn wyrobów medycznych (dwa pomieszczenia),
- magazyn płynów infuzyjnych (elektrolity, koloidy) i opatrunków,
- magazyn leków (dwa pomieszczenia),
- magazyn środków narkotycznych (zamknięte pomieszczenie z szafą pancerną),
- recepturę apteczną z wydzielonym miejscem do dezynfekcji (błon śluzowych, rąk),
- pracownię przyjęć dostaw produktów leczniczych i wyrobów medycznych na stan apteki – komory przyjęć,
- gabinet kierownika,
- korytarz (łącznie izby ekspedycyjnej i komory przyjęć).

W skład powierzchni pomocniczej apteki szpitalnej wchodzi:

- pomieszczenie gospodarcze służące do przechowywania sprzętu porządkowego i środków czystości przeznaczonych do utrzymania czystości,
- dwa pomieszczenia sanitarne,
- ciągi komunikacyjne,
- pomieszczenie socjalne.

Apteka szpitalna czynna jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 14.35. Apteka nie funkcjonuje w porze nocnej. Godziny pracy poszczególnych magazynów reguluje kierownik apteki.

W myśl ustawy Prawo Farmaceutyczne należy powołać kierownika apteki szpitalnej. Farmaceuta, który może pełnić funkcje kierownika, musi spełniać następujące warunki: nie może mieć więcej niż 65 lat i musi potwierdzić odbycie co najmniej pięcioletniego stażu pracy w aptece lub, jeśli posiada specjalizację z zakresu farmacji aptecznej, stażu trzyletniego. Do podstawowych zadań kierownika apteki można zaliczyć organizację pracy w aptece, zakup produktów leczniczych, wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, prowadzenie ewidencji zatrudnionych w aptece osób, sprawowanie nadzoru nad praktykami studenckimi oraz praktykami techników farmaceutycznych. Do wykonywania czynności fachowych w aptece mogą być zatrudnieni farmaceutyci i technicy farmaceutyczni w granicach ich uprawnień zawodowych [12].

W skład personelu badanej apteki szpitalnej wchodzi kierownik apteki, czyli magister farmacji, oraz technik farmacji spełniający powyższe wymogi Ustawy, a także starszy magazynier.

Do zadań apteki szpitalnej w Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ Szpital w Drezdenku należą w szczególności:

- 1) zaopatrywanie medycznych komórek organizacyjnych szpitala w leki i wyroby medyczne (np. opatrunki, materiały szewne itp.), środki dezynfekcyjne do rąk i błon śluzowych;
- 2) utrzymywanie i właściwe przechowywanie normalnych zapasów leków i wyrobów medycznych;
- 3) wytwarzanie leków recepturowych zgodnie z zapotrzebowaniem oddziałów;
- 4) udzielanie lekarzom zatrudnionym w szpitalu informacji o lekach będących w dyspozycji apteki szpitalnej, w tym o nowych lekach wprowadzonych do obrotu;
- 5) nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach szpitalnych i poradniach;
- 6) prowadzenie spraw importu docelowego indywidualnego;
- 7) posiadanie i właściwe przechowywanie potrzebnego zapasu środków farmaceutycznych, materiałów opatrunkowych i środków dezynfekcyjnych;
- 8) okresowa kontrola gospodarki lekami na oddziałach i poradniach ze szczególnym uwzględnieniem:
  - prawidłowości dokumentacji w zakresie rozchodu środków narkotycznych i psychotropowych,
  - właściwej rotacji leków,
  - prawidłowego przechowywania leków.

Świadczone usługi farmaceutyczne przez badaną organizację obejmują:

- organizowanie zakupów leków, środków farmaceutycznych, wyrobów medycznych na potrzeby jednostek szpitalnych w oparciu o procedury przetargowe;
- dyspensowanie, ekspedycja wyżej wymienionych środków na oddziały szpitalne na podstawie recept (wykorzystywanie programu InfoMedica);
- dbałość o jakość i tożsamość leków;
- monitorowanie zużycia leków, środków farmaceutycznych, wyrobów medycznych przez oddziały (tworzenie raportów wewnętrznych);
- produkcja leków (receptura apteczna);
- udzielanie informacji na temat produktów leczniczych.

Poza wyżej wymienionymi usługami farmaceutycznymi apteka szpitalna odpowiedzialna jest za organizowanie zaopatrzenia w środki farmaceutyczne, a także wyroby medyczne.

Wszystkie zakupy, które zostały dokonane ze środków publicznych, są regulowane na mocy ustawy o Zamówieniach Publicznych. Ustawa ta określa zasady i tryb udzielania zamówień publicznych, środki ochrony prawnej, kontrolę udzielania zamówień publicznych oraz organy właściwe [13]. Szpital Powiatowy w Drezdenku będący jednostką publiczną musi podlegać tej ustawie i jest zmuszony do przeprowadzania procedur przetargowych na dostawy leków i wyrobów medycznych, a także na wszelkiego rodzaju usługi oraz prace budowlane. Za przeprowadzenie całej procedury przetargowej odpowiedzialny jest Dział Zamówień Publicznych. Zazwyczaj w wyniku prawidłowo przeprowadzonego postępowania wyłoniona zostaje najlepsza oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów odnoszących się do przedmiotu zamówienia publicznego, albo oferta z najniższą ceną. Po wyłonieniu zwycięzców przetargu szpital podpisuje z nimi długookresowe umowy na dostawę środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych. Umowy z wyłoniętymi hurtowniami zawierane są najczęściej na rok lub znacznie dłużej. Każda taka umowa ściśle określa warunki dostawy, termin oraz formy realizacji. Umowy zawierane są na większe partie towarów, ale nie są one dostarczane jednorazowo, lecz w mniejszych partiach. Bazując na tym porozumieniu z dostawcą, apteka szpitalna telefonicznie składa u niego zamówienie na daną dostawę, a następnie potwierdza swoje zamówienie na piśmie. Najczęściej czas oczekiwania na realizację to 24 h, lecz zdarzają się sytuacje nagłe, nie do przewidzenia, w których dostawa musi odbyć się jak najszybciej i wtedy wykonywane są natychmiast – na *cito*. W momencie dostarczenia pewnej partii towaru apteka zobowiązana

jest do przyjęcia dostawy i sprawdzenia jej. Cały ten proces odbywa się w odpowiedniej, wydzielonej do tego celu komorze przyjęć. W procesie tym bierze także udział pracownik apteki, który dokonuje sprawdzenia przywiezionych paczek pod względem zgodności z zamówieniem, a także ocenia, czy transport odbył się w odpowiednich warunkach. W momencie stwierdzenia jakiegokolwiek niezgodności dokonuje się spisania protokołu reklamacyjnego i towar nie zostaje przyjęty.

Apteka kształtuje swój zapas średnio na dwa do trzech tygodni. Jednakże zapas może być tworzony na dłuższy czas, nawet do kilku miesięcy, z powodu np. chwilowego braku w hurtowniach czy przerwy w produkcji.

We wszystkich szpitalach układany jest receptariusz szpitalny, czyli lista leków dopuszczonych do obrotu w szpitalu i zalecanych w leczeniu poszczególnych schorzeń. Jest on źródłem wiedzy i przyczynia się do optymalizacji leczenia oraz racjonalizacji wydatków. Wprowadzenie receptariusza w szpitalu ma ułatwić i pomóc w doborze leku, a w konsekwencji optymalizować wydatki. Apteka szpitalna w badanej jednostce realizuje zapotrzebowania na leki wyłącznie według szpitalnej listy leków. Wyjątkowo sprowadza lek na ratunek na polecenie ordynatora oddziału lub starszego lekarza szpitala. Receptariusz szpitalny jest układany i uzupełniany przez komitet terapeutyczny działający na podstawie zarządzenia dyrektora i zgodnie z obowiązującymi w zakładzie instrukcjami. Leki, wyroby medyczne i środki dezynfekcyjne gotowe do użycia dostarczane są na oddziały za pomocą transportu wewnętrznego, a wydawane są z apteki na podstawie dostarczanych receptariuszy podpisanych przez ordynatora lub upoważnionego przez niego lekarza, lekarzy – kierowników pracowni i zakładów lub działów bądź też lekarzy dyżurnych. Przy podpisie obowiązuje właściwa pieczęćka nagłówkowa i imienna podpisującego. Leki psychotropowe i narkotyczne wydawane są z apteki na podstawie receptariuszy podpisanych przez lekarzy odpowiedzialnych za gospodarkę tymi lekami z danego oddziału. Recepty i zamówienia dostarczane do apteki muszą być sprawdzone przez personel apteki pod względem merytorycznym i fachowym, a w razie jakiegokolwiek wątpliwości i niezgodności z obowiązującymi przepisami personel apteki poprzez swojego kierownika bądź jego zastępcę porozumiewa się z lekarzem, który podpisał zamówienie, a gdy jest to niemożliwe – z ordynatorem oddziału. W przypadku braku przepisane go leku lub braku możliwości jego wykonania kierownik apteki porozumiewa się z lekarzem, który przepisał lek i wskazuje leki zastępcze lub inny sposób sporządzenia leku. Jeżeli lek jest niezbędny i nie można go zastąpić przez inny lek, apteka szpitalna dokonuje wszelkich starań, aby dokonać zakupu tego właściwego leku.

Leki bądź inne materiały czy środki wydawane są osobom uprawnionym do ich odbioru, za potwierdzeniem na oryginałach receptariusza. Apteka dokonuje także archiwizacji kopii recept i zrealizowanych zamówień w swoich aktach przez pięć lat, a także prowadzi odpowiednią dokumentację rozliczeniową i sprawozdawczą.

Analiza procesu zaopatrzenia i dystrybucji została przeprowadzona w oparciu o udostępnione przez badaną jednostkę dokumenty zestawień przychodów i rozchodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych.

Środki farmaceutyczne i wyroby medyczne w analizowanym podmiocie klasyfikowane są do danego magazynu.

Podział magazynu wygląda następująco:

- 1) szpital (m.in. leki, insuliny, antybiotyki, narkotyki, psychotropy, suplementy diety),
- 2) płyny infuzyjne,
- 3) środki dezynfekcyjne,
- 4) opatrunki,
- 5) nici,
- 6) gazy medyczne,
- 7) receptura,
- 8) żywienie dojelitowe,
- 9) żywienie pozajelitowe,
- 10) wyroby medyczne (sterylne),
- 11) sprzęt wielorazowego użytku,
- 12) sprzęt jednorazowego użytku.

W oparciu o powyższy podział zostaną przedstawione przychody i rozchody środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych badanej apteki w latach 2010–2012.

Tabele 1 i 2 przedstawiają strukturę przychodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych.

**Tabela 1.** Struktura przychodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych (w zł)

*Table 1. Structure of pharmaceuticals and medical devices revenue (in PLN)*

Grupy	Lata		
	2010	2011	2012
Szpital	568 996,68	695 464,93	869 001,06
Płyny infuzyjne	102 063,16	110 400,11	127 873,82
Środki dezynfekcyjne	64 654,18	83 809,25	111 403,74
Opatrunki	48 745,50	61 423,59	67 872,23
Nici	26 887,88	32 674,94	46 314,33
Gazy medyczne	2153,92	4650,91	19 908,48
Receptura	2432,01	2833,14	1717,97
Żywienie dojelitowe	18 153,79	22 372,63	43 277,05
Żywienie pozajelitowe	38 323,06	50 472,53	86 199,80
Wyroby medyczne (sterylne)	215 551,22	361 905,03	493 334,63
Sprzęt wielorazowego użytku	252,94	358,13	9211,71
Sprzęt jednorazowego użytku	122 724,10	157 284,90	196 694,07
Razem	1 210 938,44	1 583 650,09	2 072 808,89

Źródło: opracowanie własne.

Source: author's own analysis.

**Tabela 2.** Struktura przychodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych (w %)

Table 2. Structure of pharmaceuticals and medical devices revenue (in %)

Grupy	Lata		
	2010	2011	2012
Szpital	46,99	43,92	41,92
Płyny infuzyjne	8,43	6,97	6,17
Środki dezynfekcyjne	5,34	5,29	5,37
Opatrunki	4,02	3,88	3,27
Nici	2,22	2,06	2,23
Gazy medyczne	0,18	0,29	0,96
Receptura	0,20	0,18	0,08
Żywnienie dojelitowe	1,50	1,41	2,09
Żywnienie pozajelitowe	3,16	3,19	4,16
Wyroby medyczne (sterylne)	17,80	22,85	23,81
Sprzęt wielorazowego użytku	0,02	0,02	0,45
Sprzęt jednorazowego użytku	10,14	9,94	9,49
Razem	100,00	100,00	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Source: author's own analysis.

Rozchód środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych według grup magazynowych w badanej organizacji przedstawiono w tabelach 3 i 4.

**Tabela 3.** Struktura rozchodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych (w zł)

Table 3. Structure of pharmaceuticals and medical devices expenditure (in PLN)

Grupy	Lata		
	2010	2011	2012
Szpital	566 724,34	685 426,34	866 753,71
Płyny infuzyjne	101 142,94	108 122,25	130 603,76
Środki dezynfekcyjne	55 434,98	84 948,70	110 002,39
Opatrunki	48 682,88	60 515,96	68 713,49
Nici	32 271,17	37 851,63	42 580,13
Gazy medyczne	2695,26	5032,90	19 394,40
Receptura	2444,30	2858,06	1265,25
Żywnienie dojelitowe	11 565,56	21 450,90	42 353,21
Żywnienie pozajelitowe	18 955,33	50 758,84	85 230,71
Wyroby medyczne (sterylne)	211 558,64	353 740,37	487 565,33
Sprzęt wielorazowego użytku	386,26	330,41	6136,13
Sprzęt jednorazowego użytku	115 223,72	156 109,00	194 087,41
Razem	1 167 085,38	1 567 145,36	2 054 685,92

Źródło: opracowanie własne.

Source: author's own analysis.

**Tabela 4.** Dynamika rozchodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych (w %)

Table 4. Dynamics of pharmaceuticals and medical devices expenditure (in %)

Grupy	Lata		
	2011/2010	2012/2011	2012/2010
Szpital	120,94	126,45	152,94
Płyny infuzyjne	106,90	120,79	129,13
Środki dezynfekcyjne	153,24	129,49	198,43
Opatrunki	124,30	113,55	141,15
Nici	117,30	112,49	131,94
Gazy medyczne	186,73	385,35	719,57
Receptura	116,93	44,27	51,76
Żywnienie dojelitowe	185,47	197,44	366,20
Żywnienie pozajelitowe	267,78	167,91	449,64
Wyroby medyczne (sterylne)	167,20	137,83	230,46
Sprzęt wielorazowego użytku	85,54	1857,12	1588,60
Sprzęt jednorazowego użytku	135,48	124,33	168,44

Źródło: opracowanie na podstawie tabeli 3.

Source: author's own analysis based on table 3.

Z powyższych tabel wynika, że struktura rozchodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych jest zbliżona do struktury przychodów tych środków w badanych okresach. Bezpośrednio po zakupie środki farmaceutyczne i wyroby medyczne są rozdysponowywane na poszczególne jednostki szpitala. Nie zauważamy tutaj zjawiska nadmiernego magazynowania zapasów. Prowadzona jest więc oszczędna gospodarka magazynowa.

Następne tabele przedstawiają strukturę rozchodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych, które zostały rozdysponowane na określone oddziały i jednostki badanego podmiotu leczniczego.

**Tabela 5.** Struktura rozchodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych na poszczególne jednostki szpitala (w zł)

Table 5. Structure of pharmaceuticals and medical devices expenditure on the individual hospital unit (in PLN)

Jednostki szpitala	Lata		
	2010	2011	2012
Blok Operacyjny	186 587,14	228 824,39	271 143,98
Centralna Izba Przyjęć	35 166,15	43 054,73	53 988,43
Oddział Chirurgiczny	110 899,57	131 607,68	149 314,18
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	86 551,04	111 749,10	162 462,87
Oddział Intensywnej Opieki Medycznej	301 616,12	525 293,59	819 870,80
Oddział Noworodków i Wcześnieńników	10 987,83	15 837,91	22 273,82
Oddział Otolaryngologii jednego dnia	0,00	0,00	1380,56
Oddział Pediatryczny	37 765,42	59 890,00	81 030,29
Oddział Rehabilitacyjny	2887,10	3546,06	4724,59
Oddział Urologii jednego dnia	203,00	474,47	177,56
Oddział Wewnętrzny	222 065,01	245 276,34	240 475,19
Poradnie	8771,05	10 574,09	16 788,16
Pozostałe jednostki	163 585,95	191 017,00	231 055,49
Razem	1 167 085,38	1 567 145,36	2 054 685,92

Źródło: opracowanie własne.

Source: author's own analysis.



**Tabela 6.** Struktura rozchodów środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych na poszczególne jednostki szpitala (w %)

*Table 6. Structure of pharmaceuticals and medical devices expenditure on the individual hospital unit (in %)*

Jednostki szpitala	Lata		
	2010	2011	2012
Blok Operacyjny	15,99	14,6	13,20
Centralna Izba Przyjęć	3,01	2,75	2,63
Oddział Chirurgiczny	9,50	8,40	7,27
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	7,41	7,13	7,90
Oddział Intensywnej Opieki Medycznej	25,84	33,51	39,90
Oddział Noworodków i Wcześniejków	0,94	1,01	1,08
Oddział Otolaryngologii jednego dnia	0	0	0,07
Oddział Pediatriczny	3,24	3,82	3,94
Oddział Rehabilitacyjny	0,25	0,23	0,23
Oddział Urologii jednego dnia	0,02	0,03	0,01
Oddział Wewnętrzny	19,03	15,65	11,70
Poradnie	0,75	0,68	0,81
Pozostałe jednostki	14,02	12,19	11,26
Razem	100,00	100,00	100,00

Źródło: opracowanie na podstawie tabeli 5.

Source: author's own analysis based on table 5.

Na podstawie tabel 5 i 6 można stwierdzić, które oddziały bądź inne jednostki szpitala generują w zakresie zużycia środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych większe koszty, a które mniejsze. Prawie wszystkie wyszczególnione jednostki w czasie badanych trzech lat zanotowały wzrost kosztów poza Oddziałem Urologii jednego dnia oraz Oddziałem Wewnętrznym, w których zauważono ich niewielki spadek. Wartości zerowe występujące w latach 2010 i 2011 przypisane dla Oddziału Otolaryngologii jednego dnia świadczą o tym, iż jest to jednostka, która powstała dopiero w 2012 r. i dlatego wcześniej nie generowała żadnych kosztów. Najkosztowniejszy jest Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, w którym roczne koszty kształtują się od ok. 300 000 zł do 800 000 zł, co stanowi ok. 1/3 całych kosztów ponoszonych przez szpital na środki farmaceutyczne i wyroby medyczne. Drugim w kolejności jest Oddział Wewnętrzny, którego roczne koszty wynoszą od ok. 220 000 zł do 240 000 zł, jednocześnie stanowiąc ok. 17% całych kosztów badanej organizacji. Na kolejnym miejscu uplasował się Blok Operacyjny z rocznymi kosztami od ok. 190 000 zł do 270 000 zł stanowiącymi ok. 15% poniesionych kosztów. O wysokim poziomie kosztów wymienionych jednostek może świadczyć fakt, iż są to oddziały, które leczą najcięższych chorych pacjentów i wykonują najdroższe procedury medyczne, zużywając przez to wie-

le leków, a także jednorazowego sprzętu, np. nici oraz opatrunków sterylnych. Najmniejszym udziałem w kosztach charakteryzuje się Oddział Urologii jednego dnia, a także Oddział Rehabilitacyjny. Tak stosunkowo niski wynik w przypadku pierwszego oddziału może świadczyć o tym, iż jest mało „oblegany” przez pacjentów, natomiast drugi oddział głównie wykorzystuje własny sprzęt rehabilitacyjny.

## Podsumowanie

Aby organizacje mogły właściwie funkcjonować, trzeba spojrzeć na występujące w nich procesy logistyczne w sposób kompleksowy. Należy także zapewnić możliwie najlepszą współpracę pomiędzy tymi procesami, a szczególnie między dystrybucją i zaopatrzeniem, w których następuje wybór dostawców, transport oraz magazynowanie, co w istotny sposób wpływa na sprawność oraz efektywność ekonomiczną realizowanych zadań.

## Piśmiennictwo

1. Kopaliński W. Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Wydawnictwo Muza S.A., Warszawa 1999.
2. Słownik terminologii logistycznej. Instytut Logistyki i Magazynowania, Poznań 2006.
3. Kramer T. Podstawy marketingu. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.
4. Czubała A. Dystrybucja produktów. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2001.
5. Skowronek C, Sarjusz-Wolski Z. Logistyka w przedsiębiorstwie. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2008.
6. Cyplik P, Głowacka-Fertsch D, Fertsch M. Logistyka przedsiębiorstw dystrybucyjnych. Wyższa Szkoła Logistyki, Poznań 2008.
7. Urbańska J. Klient a dystrybucja – relacje i implikacje. Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2008.
8. Coyle JJ, Bardi EJ, Langley J Jr. Zarządzanie logistyczne. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002.
9. Rutkowski K. Logistyka dystrybucji. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2005.
10. Kotler P. Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola. Wydawnictwo Felberg SJA, Warszawa 1999.
11. Frąckiewicz E, Karwowski J, Karwowski M, Rudawska E. Zarządzanie marketingowe. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.
12. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.
13. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

### Adres do korespondencji:

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

# ■ RAK PŁUCA W KONTEKŚCIE CZYNNIKÓW CYWILIZACYJNYCH I POLITYKI ZDROWOTNEJ POLSKI ORAZ UNII EUROPEJSKIEJ

## LUNG CANCER IN THE CONTEXT OF CIVILIZATIONAL FACTORS AND HEALTH POLICY IN POLAND AND THE EUROPEAN UNION

Aleksandra Harat<sup>1</sup>, Dorota Rogala<sup>2</sup>, Krzysztof Leksowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego, Katedra Zdrowia Publicznego  
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup> Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego  
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

### STRESZCZENIE

Rak płuca jest dominującą przyczyną zgonów wśród nowotworów w Polsce i na świecie, ściśle skorelowaną z czynnikami cywilizacyjnymi. Artykuł wskazuje dowody naukowe dotyczące szkodliwości palenia tytoniu i ekspozycji na radon w kontekście zapadalności na raka płuca oraz omawia działania krajowe i europejskie w celu ich ograniczenia.

SŁOWA KLUCZOWE: rak płuca, radon, tytoń, polityka zdrowotna, Unia Europejska.

### ABSTRACT

Lung cancer is the dominant cause of death among cancers in Poland and in the world, closely correlated with civilizational factors. The article presents evidences of harmful effects of smoking and exposure to radon in the context of lung cancer and discusses the national and European action to reduce them.

KEY WORDS: lung cancer, radon, tobacco, health politics, European Union.

### Wstęp

Nowotwory płuc są pierwszą przyczyną zgonów wśród nowotworów na świecie i w Polsce, ściśle powiązaną z czynnikami cywilizacyjnymi. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów od 1980 r. zapadalność na ten nowotwór u kobiet systematycznie wzrasta: z 6,0 w 1980 r. do 16,9 w 2010 r. U mężczyzn współczynnik standaryzowany zachorowań na raka płuca w 1980 r. wyniósł 49,3, w 2010 r. – 52,3, przy czym najwyższa zapadalność przypadła na połowę lat 90 XX w. (74,8) [1].

Dominacja nowotworów obok chorób układu krążenia w piramidzie zapadalności i umieralności spowodowana jest zmianą w zakresie przyczyn chorób oraz przedłużeniem przeciętnego trwania życia. Obie kwestie omówione są w teoriach transformacji demograficznej i epidemiologicznej.

Transformacja epidemiologiczna jest zmianą w zakresie przyczyn zapadalności i umieralności w populacji, spowodowana zmianami cywilizacyjnymi (społecznymi, ekonomicznymi). Wyróżnia się w niej cztery fazy, charakterystyczne dla krajów wysoko rozwiniętych. Pierwsza – choroby zakaźne – dominowała jako główna przyczyna zgonów do początku XX w. W kolejnej –

w miarę polepszania się warunków społeczno-ekonomicznych i jednocześnie wdrożeniu nowych technologii przemysłowych, komunikacyjnych – zaczęły przeważać urazy i wypadki. Faza trzecia to choroby cywilizacyjne, które pojawiły się na skutek dalszej poprawy warunków bytowania, dostępu do żywności, używek oraz zmiany trybu życia i pracy. Wyróżnia się w niej kolejno: cukrzycę – u podłoża otyłości, choroby układu krążenia – których uwarunkowania muszą oddziaływać dłużej, aby się ujawnić, i finalnie choroby nowotworowe – na skutek oddziaływania cywilizacyjnych karcinogenów oraz przedłużenia się przeciętnego trwania życia. Faza czwarta to tak zwane nowe choroby, do których można zaliczyć AIDS, choroby prionowe czy choroby wynikające z narastającej antybiotykooporności patogenów [2].

Transformacja demograficzna to efekt przedłużania przeciętnego trwania życia i jest ściśle związana z opisaną wyżej transformacją epidemiologiczną. Zjawisko starzenia się społeczeństw jest typowe dla krajów wysoko rozwiniętych i jest spowodowane m.in. niskim przyrostem naturalnym i dłuższym życiem populacji. Piramida wieku zmienia swój kształt i uwypukleniu ulegają grupy wiekowe średnie oraz starsze. Wiąże się to z po-

pytem na określone świadczenia medyczne i społeczne oraz koniecznością ich dostosowania do zmieniających się potrzeb [2].

Szeroko znanym na świecie schematem determinantów zdrowia i choroby są pola zdrowia Lalonde'a. Opisują one cztery obszary decydujące o zdrowotności populacji: biologię człowieka, środowisko, styl życia i medycynę naprawczą (system organizacji ochrony zdrowia). Oceniono ogólną estymację każdego z pól i określono, że czynnikiem o największym udziale w kształtowaniu zdrowotności (około 50%) jest styl życia, czyli zbiór zachowań i postaw zdrowotnych, a najmniej decydującymi – około 10% – są kwestie systemowe [3].

Zapadalność na raka płuca jest uwarunkowana w największej mierze przez zachowania zdrowotne – a konkretnie tytoniozależność. Do XVIII w. rak płuca nie był w ogóle jednostką znaną, a w 1900 r. literatura medyczna opisała około 140 przypadków tego schorzenia. Oczywiście z powodu niewiedzy i rzadkiego jeszcze występowania należy przypuszczać, że było ono źle diagnozowane. W 1912 r. Isaac Adler wysunął tezę, że dramatycznie rosnąca liczba złośliwych zmian w płucach może być spowodowana nadużywaniem tytoniu, jednak wskazał na konieczność dalszych badań w celu potwierdzenia swoich przypuszczeń [4, 5].

Pierwsze badania nad związkiem przyczynowo-skutkowym między paleniem a rakiem płuca przeprowadzono pod koniec lat 50 XX w. [6]. Wcześniejsze badania epidemiologiczne, prowadzone w latach 30, wysuwały już wnioski o tym, że w grupach chorych na raka płuca zdecydowana większość pacjentów pali tytoń [5,7].

Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC – *International Agency for Research on Cancer*) oszacowała, iż we wdychanym dymie papierosowym obecnych jest około 60 karcinogenów [8]. Od 1939 r. wiadomo o zawartości w dymie papierosowym benzopirenu. Po 1950 r. badania wykazywały kolejne związki karcinogenne: arsen, nikiel, a także kolejne policykliczne węglowodory aromatyczne [5, 9].

Zgodnie z badaniem GATS (*Global Adult Tobacco Survey* – Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe, Polska 2009–2010) aktualnie mniej więcej 27% dorosłych Polaków codziennie pali tytoń. Około 3,3% deklaruje okazjonalne palenie. Wśród młodzieży 13–15 lat wskaźniki sięgają 20%. Ważnym punktem w rozważaniach nad związkiem między tytoniozależnością a zapadalnością na raka płuca jest również kwestia palenia biernego. Raport wskazuje, że ponad 30% respondentów było narażonych na dym tytoniowy w zamkniętym pomieszczeniu w miejscu pracy. Badania amerykańskie sugerują także, że znaczenie ma palenie bierne w dzieciństwie: narażenie na bierne

palenie w domu od dzieciństwa przez okres 25 lat podwyższa ryzyko zapadalności na raka płuca dwukrotnie [10]. Inne badania wskazują, że ekspozycja na dym tytoniowy przez 40 paczkolet może zwiększyć ryzyko raka płuca u osób niepalących [11, 12, 13].

Do najważniejszych sposobów obniżenia tytoniozależności w populacji zaliczamy kampanie edukacyjne, rozwiązania legislacyjne dotyczące sprzedaży, reklamy oraz miejsc wolnych od dymu tytoniowego, a także kontrolowanie szarej strefy. Polskie akty prawne w dużej mierze oparte są na dyrektywach i zaleceniach Unii Europejskiej.

Reklama wyrobów tytoniowych w prawie europejskim została zabroniona w 1989 r. dyrektywą Telewizja Bez Granic, m.in. zakazującą telewizyjnej reklamy wyrobów tytoniowych. W 2007 r. zastąpiona została dyrektywą o medialnych usługach audiowizualnych, która zakazała wszystkich form handlowych wiadomości audiowizualnych dotyczących produktów tytoniowych, łącznie z lokowaniem produktu (*product placement*) [14, 15]. W 2004 r. przyjęto z kolei dokument zabraniający reklamy produktów tytoniowych w radiu, Internecie i na nośnikach wydruku i zaznaczono zakaz sponsorowania imprez z udziałem kilku państw członkowskich (np. rajdy formuły pierwszej czy igrzyska olimpijskie) [16].

Poza kwestiami reklamy prawo europejskie uregulowało również inne obszary, m.in. związane z produkcją i sprzedażą wyrobów tytoniowych. Wprowadzono nakaz umieszczania na opakowaniach ostrzeżeń tekstowych, ustanowiono maksymalne stężenia poszczególnych związków chemicznych (takich jak substancje smoliste, nikotyna) oraz zakazano używania w odniesieniu do wyrobów tytoniowych sformułowań: „lekkie”, „o niskiej zawartości substancji smolistych” czy „łagodne” [17]. Aktualnie trwają prace nad nowelizacją tego aktu prawnego i wdrożeniem nowych przepisów, m.in. o nakazie umieszczania zdjęć następstw palenia tytoniu zajmujących trzy czwarte opakowania oraz zakazie sprzedaży tzw. slimów czy papierosów mentolowych. Powyższe zapisy budzą wiele emocji, szczególnie wśród producentów, bowiem produkcja smakowych papierosów stanowi jedną trzecią rodzimego rynku, a ogólne wpływy do kasy państwa z tytułu podatku akcyzowego wyrobów tytoniowych w Polsce wyniosły w 2011 r. około 18,5 miliarda złotych. Warto dodać, że wpływy do budżetu państwa są również regulowane przez wprowadzanie stopniowych podwyżek podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych i, mimo zmniejszenia liczby sprzedawanych papierosów, rosną. Wpływy z tytułu akcyzy od wyrobów tytoniowych w 2003 r. wyniosły około 8,5 mld, a w 2011 r. około 18,5 mld zł – przy spadku o 23% sprzedaży papierosów

na rynku legalnym [18]. Operując kwotami wpływów, należy wspomnieć również o wydatkach na zdrowie obywateli z tytułu leczenia chorób tytoniozależnych (w tym w przeważającej mierze nowotworów), absencji chorobowej spowodowanej przez ww. choroby czy rent przyznawanych przez państwo; wydatki te są możliwe do zminimalizowania poprzez wprowadzenie ww. zapisów oraz innych, omawianych w kolejnych częściach artykułu. Dane pokazujące skalę wydatków związanych z tytoniozależnością w Polsce są wysoce sugestywne: 18 mld zł w 2004 r. na opiekę zdrowotną oraz 15 mld zł rocznie na zmniejszenie produktywności [13, 17, 18, 19].

Zalecenia Rady w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego uregulowały kwestie wdrożenia działań chroniących obywateli przed narażeniem na dym tytoniowy w zamkniętych miejscach publicznych, miejscach pracy i transporcie publicznym [20]. Odpowiedzią na ten akt prawny była polska ustawa z 8 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej [21]. Przed jej wprowadzeniem najwięcej emocji budził w debatach społecznych zakaz palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych – budził on sprzeciw zarówno właścicieli, jak i użytkowników. Jednak, jak się okazało, już po wejściu w życie ustawy trzech na czterech właścicieli wyrażało się o niej pochlebnie [22].

Istotnym elementem ochrony przed narażeniem na dym tytoniowy są systematyczne działania monitorujące i egzekwujące, a także system kar w przypadku niedostosowania się do wymogów prawa. Jak wynika z raportu przeprowadzonego przez Fundację Manko na podstawie wyników kontroli, w około 21,5% lokali sala dla palących nie była oddzielona od pozostałej części lokalu – wbrew zapisowi artykułu 5a ust. 4 ustawy. To tylko część uchybień wykrytych podczas kontroli, które, na co wskazuje raport, nie były prowadzone w godzinach nocnych. Pamiętając o powyższych wynikach, należy wziąć pod uwagę stan zdrowia pracowników lokali gastronomiczno-rozrywkowych – osób szczególnie narażonych na dym tytoniowy w miejscu pracy [22].

Mimo powyższych uchybień, zgodnie z danymi TNS OBOP, narażenie na dym tytoniowy w barach, restauracjach, dyskotekach spadło od kwietnia 2009 r. około trzykrotnie [22].

Skutecznym elementem walki z tytoniozależnością jest również regulowanie cen wyrobów tytoniowych. Badania wskazują, że w krajach wysoko rozwiniętych podniesienie ceny produktów tytoniowych o 10% może obniżyć popyt o 2,5% do 5%, a w krajach o niższych dochodach – wartości te mogą być jeszcze wyższe [23, 24, 25].

Unia Europejska, poprzez Nową Dyrektywę Horyzontalną oraz Dyrektywę Strukturalną, również w tej

kwestii stawia formalne wymagania. Do 31 grudnia 2017 r. Polska musi dostosować poziom podatku akcyzowego do wymogów unijnych – stopniowo podwyższając podatek akcyzowy do wymagań: 60% średniej ważonej detalicznej ceny sprzedaży i co najmniej 90 Euro na 1000 sztuk papierosów. Raport Ernst & Young wskazuje, że Polska spełni założenia Unii już w 2015 r., gdy podatek akcyzowy w Polsce rośnie szybciej od ogólnych wymagań. Powoduje to spadek liczby sprzedawanych papierosów w legalnym obrocie, jednak zwiększa się ich sprzedaż w szarej strefie [18].

Walka z szarą strefą jest istotnym elementem zapobiegania tytoniozależności w kraju. Dostęp do tanich papierosów z przemytu czy nielegalnej produkcji krajowej może powodować zwiększenie spożycia tytoniu, a także zachęcać młodzież do palenia (w tej grupie cena produktu odgrywa znaczącą rolę). Wszystkie wysiłki oraz nakłady finansowe zaangażowane w programy profilaktyczne, przy złym nadzorze państwa dotyczącym nielegalnego handlu, mogą zostać zniweczone. Zgodnie z raportem Ministerstwa Finansów dotyczącym szarej strefy papierosy zakupione w Rosji lub na Ukrainie mogą dać po sprzedaży w Polsce zysk dwukrotny, w Niemczech co najmniej czterokrotny, a w Wielkiej Brytanii nawet dziesięciokrotny. Przy papierosach z Chin zysk dodatkowo się multiplikuje [26].

Przemyt do Polski następuje głównie z fabryk w Rosji, na Ukrainie i w Mołdawii (okazjonalnie z Kazachstanu czy Armenii) i coraz częściej ma charakter zorganizowanej przestępczości. Organem Unii Europejskiej zajmującym się omawianymi kwestiami jest OLAF – Europejski Urząd ds. Zwalczenia Nadużyć Finansowych. Polskie podmioty zajmujące się wykrywaniem tego rodzaju przestępstw to głównie Służba Celna, Służba Graniczna, Policja czy organy skarbowe. Coraz bardziej nasila się proceder nielegalnej produkcji wyrobów tytoniowych – w tym przypadku działania podejmuje Służba Celna czy ABW. Aktualnie trwają prace nad umocnieniem nadzoru nad szarą strefą, m.in. poprzez połączenie działań resortów, uszczelnienie wschodniej granicy państwa, utworzenie Mobilnych Grup Kontrolnych w Służbie Celnej czy wzmocnienie kontroli na bazarach, targowiskach oraz nad przesyłkami kurierskimi, pocztowymi i transportem kolejowym, a także doposażenie służb w sprzęt do prześwietlania czy psy wykrywające wyroby tytoniowe [26].

Wśród działań edukacyjnych w Polsce można wyróżnić m.in. działania w ramach poszczególnych zadań Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2010–2013, np. zmiana klimatu społecznego i zachowań w stosunku do palenia tytoniu poprzez wielopłaszczyznowe działania edukacyjno-informacyjne, programy edukacyjne dla dzieci

i młodzieży propagujące modę na niepalenie, realizację programów profilaktyki palenia tytoniu i leczenia uzależnień w zakładach opieki zdrowotnej czy działania edukacyjne skierowane do poszczególnych grup zawodowych i społecznych (żołnierze, służba więzienna, osadzeni, administracja wewnętrzna) [27]. Niestety, audyt przeprowadzony przez Najwyższą Izbę Kontroli wykazał niedostateczne finansowanie programu oraz brak ewaluacji ze strony GIS, co wpłynęło na jego dotychczasową skuteczność. Zalecenia NIK dotyczące kolejnej edycji programu stanowią o wyodrębnieniu środków finansowych dla podmiotów mających być realizatorami poszczególnych zadań, prowadzenie odpowiednich narzędzi kontroli i zarządzania programem, a także opracowanie metod ewaluacji [28].

Poza paleniem tytoniu kolejnym decydującym czynnikiem ryzyka zapadalności na raka płuca jest promieniowanie jonizujące. Około 50% udziału w efektywnej dawce promieniowania jonizującego ma radon [29]. Po raz pierwszy powiązано narażenie na radon i zachorowanie na raka płuca w 1921 r. – analizując przypadki górników z czeskich i niemieckich kopalni. Przeprowadzono szereg badań laboratoryjnych na zwierzętach eksponowanych na różne natężenia radonu i jego pochodne, które potwierdziły tę tezę. Następnie rozpoczęto badania epidemiologiczne obejmujące około 30 tysięcy górników zarówno z Ameryki Północnej, jak i Europy, które miały oszacować średnią skumulowaną ekspozycję. Zapadalność uzależniono od wartości całkowitej dawki, jednak postawiono także tezę, że istotne jest również jej natężenie [30].

Badania dotyczące narażenia na radon w miejscu pracy były początkiem dalszych rozważań na temat szerszego narażenia populacji. Zaczęto oceniać narażenie w miejscu zamieszkania. Duży ciężar właściwy powoduje, że gaz ten gromadzi się w obniżeniach terenu – także w piwnicach budynku, do których może się przedostać poprzez nieszczelności. Do atmosfery radon migruje z gleby, gdzie powstaje przez rozpad radu. Radon może przedostawać się do domów przez podłoże, na którym stoi budynek. Oprócz gleby źródłem radonu mogą być materiały budowlane, wody powierzchniowe czy spalanie węgla [31, 32]. Ekspozycja na radon jest drugim najbardziej decydującym czynnikiem ryzyka raka płuca – po paleniu tytoniu. Przeprowadzono szereg badań, w których potwierdzono tezę współzależności między narażeniem na radon w miejscu zamieszkania a ryzykiem zapadalności na raka płuca.

Dwie duże metaanalizy opublikowano w 2006 r. Pierwsza obejmowała siedem badań z Ameryki Północnej i wskazywała na wzrost ryzyka zachorowania na raka płuca o 10% przy dawce 100 Bq/m<sup>3</sup> [33, 34], natomiast praca europejska – wzrost o 8,4% przy tej samej

dawce [34, 35]. Podobne wyniki przedstawiają badania chińskie – 13,3% [34, 36].

Istotne jest również wskazanie wagi korelacji ekspozycji na radon z innymi karcinogenami – np. tytoniem czy azbestem, przez efekt synergistyczny. Spośród 1000 narażonych na dawkę 148 Bq/m<sup>3</sup> niepalących rak płuca rozwinię się u 7, natomiast w tej samej liczbie narażonych na analogiczną dawkę radonu palaczy – u 62 [34, 37]. Prawdopodobnie ryzykiem objęci są także bierni palacze narażeni na radon w miejscu zamieszkania [34, 38].

W Polsce normy stężenia radonu w budynkach mieszkalnych określa m.in. Zarządzenie Prezesa Polskiej Agencji Atomistyki w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego i wskaźników pochodnych określających zagrożenie promieniowaniem jonizującym z 1995 r.: „średnie roczne stężenia radonu-222 w pomieszczeniach przeznaczonych na stały pobyt ludzi nie mogą przekraczać: a) 400 Bq/m<sup>3</sup> w budynkach istniejących i oddanych do użytku przed 1 stycznia 1998 roku, b) 200 Bq/m<sup>3</sup> w budynkach oddanych do użytku po 1 stycznia 1998 roku” [39]. Dodatkowo zapisy w prawie budowlanym rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. określają, jakim warunkom technicznym powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie [40].

Wyżej wymienione akty prawne opierają się na zaleceniach międzynarodowych, a w szczególności zaleceniu Komisji Europejskiej nr 90/143/Euratom z 1990 r. dotyczącym ochrony ludności przed promieniowaniem wewnątrz pomieszczeń, spowodowanych obecnością radonu i przyjmującym dawkę graniczną 200 Bq/m<sup>3</sup> [41].

Stawiając budynki mieszkalne, należy, w celu minimalizacji narażenia na radon, kierować się kilkoma zasadami: dobraniem odpowiedniej lokalizacji (przez zbadanie „potencjału radonowego”), kontrolą materiałów budowlanych, uszczelnieniem fundamentów czy zadbaniem o odpowiednią wentylację. Należałoby usunąć grunt wokół budynków już istniejących, uszczelnić fundamenty oraz usunąć radon z budynku przy użyciu specjalistycznych technik [42].

Mimo że radon jest drugą, po paleniu tytoniu, przyczyną zapadalności na raka płuca, programy dotyczące profilaktyki tego nowotworu nie dotyczą podnoszenia świadomości obywateli czy organizatorów ochrony zdrowia w kontekście jego zapobiegania. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych skupia się głównie na wczesnym wykrywaniu nowotworów płuca oraz poprawie standardów leczenia tego nowotworu. W ogólnej części programu (dotyczącej prewencji pierwotnej) porusza się kwestię stylu życia i tytoniozależności. Jednakże w kwestii ochrony przed promieniowaniem jonizującym w zapobieganiu tego ro-

dzaju nowotworom żadnych informacji w dokumencie znaleźć nie można [43].

W artykule skupiono się na dwóch najbardziej znaczących czynnikach zapadalności na raka płuca: paleniu tytoniu oraz ekspozycji na radon. Problem tytoniozależności jest szeroko omawiany w aspekcie polityki zdrowotnej w Polsce. Ogólne wskaźniki palenia tytoniu w Polsce wykazują tendencje spadkowe, jednak wciąż wyniki te nie są zadowalające i mają odzwierciedlenie w wysokiej zapadalności na raka płuca. W celu ograniczenia tytoniozależności podejmuje się szereg działań: od działań legislacyjnych ograniczających dostępne miejsca palenia czy możliwości reklamy, przez regulowanie ceny produktów, kontrolowanie nielegalnego handlu, po działania edukacyjne. Analizując dostępne wyniki kontroli i raporty na gruncie krajowym, należy głębiej pochylić się nad poszczególnymi problemami i rozważyć rozszerzenie czasowe i ilościowe kontroli w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych (wartym przemyslenia jest także całkowity zakaz palenia w tego rodzaju lokalach), usprawnić działania służb zajmujących się ograniczaniem nielegalnego handlu wyrobami tytoniowymi, odpowiednio zaplanować i zabezpieczyć finansowanie działań w obszarze profilaktyki tytoniozależności czy rozszerzyć działania wspomagające w walce z uzależnieniem od tytoniu.

Kwestie radonu nie są podejmowane w kampaniach zdrowotnych w Polsce i regulowane są w dużej mierze głównie przez prawo budowlane czy akty prawne dotyczące narażenia w miejscu pracy. Wiedza na temat szkodliwości radonu, szczególnie w synergii z paleniem tytoniu, jest w naszym społeczeństwie znikoma, tymczasem to właśnie świadomość zdrowotna jest podstawą budowania zachowań zdrowotnych populacji. Temat ten jest jednak coraz częściej podejmowany przez specjalistów z dziedziny onkologii i zdrowia publicznego, co, być może, niebawem wpłynie na umieszczenie go w krajowych strategiach zdrowotnych.

Pozostałe czynniki ryzyka zapadalności na raka płuc, takie jak: ekspozycja na azbest, niektóre metale (nikiel, arsen, kadm, ołów), dieta oraz warunki społeczno-ekonomiczne, a także działania w ramach polityki zdrowotnej będą tematem kolejnych publikacji.

#### Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-oplucnej-pluca-c33-34> (data dostępu: 25.05.2013).
2. Leowski J. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. CeDeWu, Warszawa 2008.
3. Felińczak A, Fal AM (red.). Zdrowie publiczne. Podręcznik akademicki. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2010, 10–11.
4. Adler I. Primary Malignant Growths of the Lungs and Bronchi. Longmans, Green, And Co., New York 1912, 22, [http://legacy.library.ucsf.edu/ti\\_d/uqn92f00](http://legacy.library.ucsf.edu/ti_d/uqn92f00) (data dostępu: 25.05.2013).
5. Proctor R. Corporate denial, global toll lung cancer link: evidentiary traditions, the history of the discovery of the cigarette. *Tob Control*. 2012;21:87–91.
6. Cornfield J. et al. Smoking and lung cancer: recent evidence and a discussion of some questions. *J Natl Cancer I*. 1959;22:173–203.
7. Schairer E, Schoniger E. Lungenkrebs und Tabakverbrauch. *Zeitschrift für Krebsforschung*. 1943;54:261–269.
8. IARC Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. 2004;83:973–990.
9. Roffo AH. Krebserzeugendes Benzpyren gewonnen aus Tabaktee. *Zeitschrift für Krebsforschung*. 1939;49:588–597.
10. Janerich DT, Thompson WD, Varela LR, et al. Lung cancer and exposure to tobacco smoke in the household. *N Engl J Med*. 1990;323:632–636.
11. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe, Polska 2009–2010, [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/sondaz\\_tyt\\_15112010.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf) (data dostępu: 25.05.2013).
12. Brownson RC. Passive smoking and lung cancer in non smoking women. *Am J Pub Health*. 1992;82:11.
13. Ciecierski CC, Cherukupalli R, Weresa M. Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce. *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, Paryż 2011.
14. Dyrektywa Rady 89/552/EEC z dnia 3 października 1989 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych.
15. Dyrektywa 2007/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 grudnia 2007 r. zmieniająca dyrektywę Rady 89/552/EEG w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących wykonywania telewizyjnej działalności transmisyjnej.
16. Dyrektywa 2003/33/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 maja 2003 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, odnoszących się do reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych.
17. Dyrektywa 2001/37/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych.
18. Analiza krajowej struktury opodatkowania papierosów akcyzą. Raport Ernst&Young, 2012.
19. Krzyżanowska A, Głogowski C. Nikotynizm na świecie: następstwa ekonomiczne. *Menedżer Zdrowia*. 2004;2:98–103.
20. Zalecenie Rady z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego (2009/C 296/02).
21. Ustawa z dnia 8 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2010 r., nr 81, poz. 529).
22. Stan przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Monitoring lokali gastronomiczno-użytkowych. Stowarzyszenie Manko, 2012.

23. Chaloupka FJ, Hu TW, Warner KE, et al. The Taxation of Tobacco Products. W: Jha P, Chaloupka FJ (red.). Tobacco Control in Developing Countries, Oxford University Press, Oxford 2000, 237–272.
24. Ross H, Chaloupka FJ. Economic policies for tobacco control in developing countries. *Salud Publica Mex.* 2006;48:113–120.
25. Vardavas CI et al. Tobacco taxation: the importance of earmarking the revenue to health care and tobacco control. *Tob Induc Dis.* 2012;10(1):21.
26. Bednarski B. Wyroby tytoniowe – szara strefa. Raport na zlecenie Krajowego Biurka WHO w Polsce, Ministerstwo Finansów, 2011.
27. Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2010–2013.
28. Informacja o wynikach kontroli: Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. 145/2013/P/12/137/LKA, www.nik.gov.pl (data dostępu: 25.05.2013).
29. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation, Sources and effects of ionizing radiation, United Nations, New York, <http://www.unscear.org/docs/reports/gareport.pdf> (data dostępu: 25.05.2013).
30. Szot Z. Rad i radon w środowisku oraz skutki ich wniknięcia do organizmu człowieka. *Post Techniki Jądrowej.* 1993;36:1–2.
31. Bem H. Radioaktywność w środowisku naturalnym. PAN, Oddz. w Łodzi, Łódź 2005.
32. Podstawczyńska A. Stężenie radonu (Rn-222) w powietrzu w środkowej Polsce na tle warunków meteorologicznych. *Prz Geograf.* 2012;84,3:399–411.
33. Krewski D, Lubin JH, Zielinski JM, et al. A combined analysis of North American case-control studies of residential radon and lung cancer, *J Toxicol Environ Health A.* 2006;69:533–597.
34. Sethi T, El-Ghamry MN, Kloecker GH. Radon and lung cancer. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2012;10:3.
35. Darby S, Hill D, Auvinen A, et al. Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies, *Br Med J.* 2005;330:223–227.
36. Lubin JH, Wang ZY, Boice JD Jr, et al. Risk of lung cancer and residential radon in China: pooled results of two studies. *Int J Cancer.* 2004;109:132–137.
37. Environmental Protection Agency, A Citizen's Guide to Radon. The Guide to Protecting Yourself and Your Family From Radon. Environmental Protection Agency, Washington, <http://www.epa.gov/radon/pubs/citguide.html> (data dostępu: 25.05.2013).
38. Lagarde F, Axelsson G, Damber L, et al. Residential radon and lung cancer among never-smokers in Sweden. *Epidemiology.* 2001;12:396–404.
39. Zarządzenie Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z dnia 7 lipca 1995 r. zmieniające zarządzenie w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego i wskaźników pochodnych określających zagrożenie promieniowaniem jonizującym (M.P. 1995, nr 35, poz. 419).
40. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2002 r., nr 75, poz. 690 z późn. zm.).
41. Zalecenie Komisji Europejskiej nr 90/143/Euratom z 1990 r. dotyczące ochrony ludności przed promieniowaniem wewnątrz pomieszczeń, spowodowanych obecnością radonu.
42. Korzeniowska-Rejmer E. Radon w gruncie i techniki redukcji jego stężenia w budynkach mieszkalnych. *Czas Techn.* 2008;1:73–88.
43. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz.U. 05.143.1200).

**Adres do korespondencji:**

Collegium Medicum  
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika  
 ul. Jagiellońska 13–15  
 85-067 Bydgoszcz

# REHABILITACJA MEDYCZNA JAKO ELEMENT RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH

## MEDICAL REHABILITATION AS THE COMPONENT OF HEALTH CARE SERVICES MARKET

Piotr Stawny<sup>1</sup>, Ewa Kaniewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

Polski model rehabilitacji skupia się na takim postępowaniu medyczno-społecznym, które dąży do zapewnienia osobie niepełnosprawnej, chorej, zadowolenia i godziwego życia oraz poczucia przydatności w sferze społecznej. Wytyczne takiego postępowania ukształtowane zostały w XX w. przez profesora Wiktora Dega i współpracowników. Koncepcja Polskiej Szkoły Rehabilitacji to złożony proces obejmujący działania medyczne w ścisłym powiązaniu z usługami społecznymi, realizujący zasadę leczenia człowieka, a nie jego choroby. Metodę tę charakteryzują ponadto: powszechność, wczesność zapoczątkowania, kompleksowość i ciągłość. Jest to o tyle ważne, że sytuacja osób niepełnosprawnych, starszych i chorych jest o tyle specyficzna, że wymaga w dużej mierze podejścia indywidualnego, które może być realizowane jedynie przez odpowiednio i wysoko wykwalifikowaną i wyspecjalizowaną kadrę medyczną.

**SŁOWA KLUCZOWE:** rehabilitacja medyczna, Polska Szkoła Rehabilitacji, niepełnosprawność, aktywność zawodowa.

### ABSTRACT

The Polish model of rehabilitation focuses on such medical and social procedures which ensure disabled and sick people satisfactory and decent life and feeling of being useful in social sphere. Directives of these procedures have been shaped in the 20th century via Professor Wiktor Dega, MD, PhD and his team. The conception of Polish School of Rehabilitation is a complicated process comprising medical and social activities and implementing the principle of healing the human and not the disease. This method is characterized by: generality, early initiating, complexity and continuity. It is so important because the situation of disabled, old and sick people is very specific and requires an individual attitude, which could be represented only by adequately and highly skilled medical personnel.

**KEY WORDS:** medical rehabilitation, Polish School of Rehabilitation, disability, professional activity.

### Wstęp

Rozwój rehabilitacji jest nierozłącznie związany zarówno z innowacjami w naukach medycznych, jak i rozwojem socjalno-bytowym danego kraju. Obecnie rehabilitacja pojmowana jest jako odpowiednio połączone i zależne od siebie procesy, które mają doprowadzić do stworzenia osobie niepełnosprawnej, chorej, odpowiednich warunków do aktywnego uczestnictwa w codziennym życiu. Wybitny poznański lekarz prof. Wiktor Dega, współtwórca Polskiej Szkoły Rehabilitacji, stwierdził że: „Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny”, nie przyniesie tym samym oczekiwanych efektów [1]. Koncepcja propagowana przez prof. Dega i jego współpracowników przypisuje rehabilitacji cztery ważne cechy: powszechność, wczesność zapoczątkowania, kompleksowość i ciągłość [1]. Realizacja tak pojmowanej rehabilitacji wymaga szczególnych kwalifikacji osobistych, w tym właściwych postaw

wobec niepełnosprawności i osób nią dotkniętych. Jest to również wskazanie dla kompleksowości działań na rynku usług medycznych i konieczności kształcenia wysoko wykwalifikowanych specjalistów w tym szczególnym zawodzie.

### Polska Szkoła Rehabilitacji

Autorem i jednym z twórców założeń współczesnej rehabilitacji w Polsce jest prof. Wiktor Dega, który wraz z prof. Marianem Weissem był inicjatorem programu Polskiej Szkoły Rehabilitacji. Funkcjonujący do dziś program ukształtował się w latach 50 i 60 XX w. Szczególną rolę w rozwoju Polskiej Szkoły Rehabilitacji odegrała Klinika Ortopedyczna Uniwersytetu Poznańskiego, która rozpoczęła działalność w grudniu 1945 r. To właśnie w Poznaniu w 1948 r. rozpoczął działalność pierwszy w Europie i drugi w świecie Oddział Usprawniania Leczniczego, kierowany przez dr Janinę Tomaszewską [2]. Ukształtowana koncepcja Polskiej Szkoły Rehabilitacji



stanowi złożony proces obejmujący działania medyczne w ścisłym powiązaniu z usługami społecznymi, realizujący zasadę leczenia człowieka, a nie jego choroby. Metodę tę charakteryzują ponadto:

- powszechność – rehabilitacja jest dostępna dla wszystkich, którzy jej potrzebują i obejmuje ogół specjalności w lecznictwie szpitalnym, ambulatoryjnym i sanatoryjnym;
- wczesność zapoczątkowania – rehabilitacja rozpoczyna się możliwie jak najszybciej, już w okresie leczenia, od momentu przyjęcia chorego do szpitala lub ambulatorium;
- kompleksowość – przypisane procedury uwzględniają od początku wszystkie etapy rehabilitacji, czyli: leczniczy, społeczny – w tym zawodowy, szkolny i psychologiczny;
- ciągłość – rehabilitacja medyczna jest ściśle powiązana z rehabilitacją zawodową i społeczną.

Procedury rehabilitacyjne prowadzone są od momentu ich włączenia aż do uzyskania pełnej sprawności, a u osób nierokujących pełnego wyzdrowienia do czasu uzyskania założonych optymalnych efektów kompensacyjnych, utrwalających wyniki usprawnienia lub utrzymania uzyskanej kondycji [3]. Warto dodać, że postępujący proces rehabilitacji może być realizowany tylko przez grupę odpowiednio przygotowanych specjalistów, tworzących interdyscyplinarny zespół, którego skład zależy od programu usprawniania, jaki zostaje ustalony dla danej osoby. Zgodnie z tą zasadą powstało pojęcie zespołu terapeutycznego, który określono jako grupę specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują oraz tworzą i modyfikują złożony program rehabilitacji. W skład zespołu terapeutycznego wchodzi:

- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej,
- lekarze innych specjalności (np.: neurolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, urolog, pediatra),
- fizjoterapeuci,
- terapeuta zajęciowy,
- terapeuta mowy,
- pielęgniarki,
- psycholog,
- neuropsycholog,
- technik ortopedyczny,
- pracownik socjalny,
- inni w zależności od potrzeb [2].

Uogólniając, można powiedzieć, iż polski model rehabilitacji skupia się na takim postępowaniu medyczno-społecznym, które będzie dążyć do zapewnienia osobie niepełnosprawnej, chorej, zadowolonej i godziwego życia oraz poczucia przydatności w sferze społecznej. Natomiast założony cel może być realizowany, gdy po-

stępowanie rehabilitacyjne spełnia, wyżej wymienione, cztery cechy oraz umożliwia wykorzystanie mobilizacji całego organizmu, jego rezerw psychicznych i kompensacyjnych.

## Rozwój rehabilitacji medycznej

Na rozwój rehabilitacji medycznej ważny wpływ miała działalność w okresie międzywojennym Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego. Jednak ożywiony rozwój tej dziedziny zaobserwować można dopiero po II wojnie światowej. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest kilka, a do najważniejszych zaliczamy:

- ogromną liczbę inwalidów (jako konsekwencja działań wojennych i okresu okupacji),
- istnienie znacznej grupy pacjentów po epidemii gruźlicy i chorobie Heinego-Medina w latach 50 XX w.,
- rosnącą liczbę osób niepełnosprawnych, co spowodowane było rozwojem przemysłu, komunikacji i motoryzacji (wypadki),
- choroby cywilizacyjne,
- wydłużający się czas życia – rosnąca liczba osób starych i schorowanych [4].

Niewątpliwie, o czym warto przypomnieć, rozwojowi rehabilitacji medycznej sprzyjały działania ówczesnie rządzących oraz zapisy Konstytucji PRL, która przyznawała każdemu obywatelowi, zarówno dziecku kalekiemu, jak i dorosłemu inwalidzie, prawo do bezpłatnego leczenia, nauki i pracy, czyli do rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej. Jedną z ważniejszych decyzji ówczesnych władz było powołanie w 1950 r. na stanowisko krajowego konsultanta ds. rehabilitacji prof. Wiktora Degi (który doprowadził do zaistnienia nowej specjalności leczniczej w strukturze służby zdrowia) oraz przyjęcie w marcu 1969 r. „Programu rozwoju rehabilitacji”, którego głównym założeniem było uznanie rehabilitacji leczniczej za integralną i nieodzowną część postępowania leczniczego, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną; podkreślono przy tym zarówno leczniczy, jak i profilaktyczny charakter rehabilitacji. Program zakładał jednolitą koncepcję rozwoju rehabilitacji medycznej, która miała objąć cztery podstawowe kierunki specjalizacyjne:

- choroby narządu ruchu,
- choroby układu krążenia,
- schorzenia pulmonologiczne i gruźlicę płuc,
- choroby psychiczne [5].

Szybki i intensywny rozwój rehabilitacji medycznej oraz fakt działań innowacyjnych w rozwiązaniach rehabilitacyjnych dla pacjentów przyczyniły się do tego, że Polska jako jeden z pierwszych krajów (w 1959 r.) wprowadziła do grona podstawowych specjalizacji le-

karskich rehabilitację medyczną. W świecie rehabilitacja medyczna została uznana za specjalizację dopiero w 1962 r. przez *Union Europeenne des Medecins Specialistes – European Union of Medical Specialists (UEMS)* [6].

Podsumowując, należy wskazać, iż zgodnie z przyjętym programem rozwoju rehabilitacji w Polsce nastąpił w pierwszej kolejności, jeszcze w latach 40 XX w., znaczny rozwój rehabilitacji w ortopedii, a twórcą jej założeń był prof. Wiktor Dega. W latach 50 XX w. zapoczątkowano z kolei rehabilitację chorych na gruźlicę, której prekursorem był prof. Aleksander Nauman. W znacznym stopniu rozwój rehabilitacji leczniczej w chorobach reumatologicznych w latach 50 i 60 XX w. popierali prof. Eleonora Reicher, a później prof. Andrzej Seyfried.

Polski model rehabilitacji kardiologicznej w latach 60 XX w. rozwinęli z kolei prof. Zdzisław Askanas i prof. Stanisław Rudnicki. Najpóźniej, bo dopiero w latach 70 XX w., powstała rehabilitacja neurologiczna, w rozwoju której wielkie zasługi należy przypisać prof. Jerzemu Konorskiemu oraz prof. Stanisławowi Grochmali. W ten sposób w ciągu lat rehabilitacja lecznicza stała się standardem postępowania we wszystkich specjalnościach medycznych, a obecnie trudno sobie bez niej wyobrazić nowoczesne, pełne postępowanie medyczne, mające na celu doprowadzenie do jak najpełniejszego wyleczenia pacjenta [2].

### **Kierunki rozwoju i potrzeby rehabilitacji medycznej**

Obecnie w większości krajów europejskich widoczny jest brak odpowiedniej liczby profesjonalistów nauk medycznych. Stan ten zauważalny jest zarówno z poziomu podmiotów leczniczych, zmagających się z trudnościami w pozyskaniu do pracy odpowiednich specjalistów, jak i z poziomu samych pacjentów (co jest bardzo dokuczliwe) oczekujących na porady lekarskie (brak specjalistów nie jest jednak jedynym powodem długiego oczekiwania na wizytę).

System ochrony zdrowia funkcjonujący w naszym kraju, niezależnie od przepisów prawnych i wielkości nakładów finansowych, nie jest w stanie sprawnie funkcjonować bez odpowiednio wykształconej i doświadczonej kadry medycznej. Dodatkowo należy pamiętać, iż poziom jakości przygotowania kadry medycznej przekłada się bezpośrednio na zadowolenie pacjentów i skuteczność działania systemu ochrony zdrowia. Proces kształcenia specjalistów nauk medycznych jest niewątpliwie długotrwały, jednak nie wolno go skracać, gdyż konieczne są opanowanie szerokiego zakresu wiedzy i zdobycie umiejętności, wymaganych do bezpiecznego i efektywnego leczenia pacjentów.

Czuwanie nad zabezpieczeniem potrzeb kadrowych w poszczególnych dziedzinach nauk medycznych należy do obowiązków konsultantów krajowych i wojewódzkich. W celu zwiększenia dostępu do lekarzy specjalistów podjęto w ostatnich latach wiele działań zmierzających do zwiększenia liczby specjalistów medycznych na rynku. I tak, widoczny jest np. systematyczny wzrost liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach uprawnionych do prowadzenia specjalizacji. Z danych Ministerstwa Zdrowia z dnia 7 lutego 2012 r. wynika, że we wszystkich dziedzinach medycznych dostępnych było 36 485 miejsc w 5139 jednostkach szkolących, w tym na specjalizację *rehabilitacja medyczna* przypadało 678 miejsc w 132 jednostkach. Warto zauważyć, że w 2008 r. dostępnych było 31 336 miejsc w 4376 jednostkach szkolących. Widoczny jest zatem znaczny wzrost miejsc i jednostek szkoleniowych [7]. Wybór specjalizacji zależy oczywiście od zainteresowanych lekarzy, jednak należy podkreślić, iż liczba przyznanych miejsc specjalizacyjnych na postępowania kwalifikacyjne przekracza każdego roku liczbę absolwentów. Według rejestru prowadzonego przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego liczba lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację na początku 2012 r. wynosiła 22 884 osoby, w tym 445 lekarzy rehabilitacji medycznej, realizujących szkolenie specjalizacyjne odpowiednio w województwach: dolnośląskim – 21, kujawsko-pomorskim – 15, lubelskim – 32, lubuskim – 12, łódzkim – 36, małopolskim – 47, mazowieckim – 90, opolskim – 12, podkarpackim – 12, podlaskim – 9, pomorskim – 22, śląskim – 55, świętokrzyskim – 15, warmińsko-mazurskim – 18, wielkopolskim – 26, zachodniopomorskim – 23 [7].

Należy zaznaczyć również, że specjalizacja *rehabilitacja medyczna* jest jedną z 21 dyscyplin medycznych uznawanych za priorytetowe (np.: geriatrya, medycyna rodzinna, onkologia, anestezjologia i intensywne terapia, medycyna ratunkowa i inne). Podjęcie szkolenia specjalizacyjnego właśnie w tych dziedzinach pozwala m.in. na zwiększenie wynagrodzenia w ramach rezydentury [8]. Jak wskazują dane statystyczne, swoisty mechanizm zachęt finansowych spełnia swoją funkcję. W latach 2008–2011 widoczny jest bowiem wzrost liczby lekarzy na specjalizacji *rehabilitacja medyczna*. Liczba osób odbywających specjalizację zmieniała się w kolejnych latach: 166 osób w 2008 r., 171 osób w 2009 r., 182 osoby w 2010 r., 175 osób w 2011 r. [7].

Znowelizowana ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty wprowadziła w życie nowe procedury związane z monitorowaniem samego systemu i realizacji programów specjalizacji [9]. Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia – poprzez konsultantów krajowych

i wojewódzkich oraz samorządy lekarskie – zaczęło wpływać na zwiększenie liczby jednostek prowadzących szkolenia specjalizacyjne. Z rejestrów prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską (stan z marca 2012 r.) wynika, że liczba lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w Polsce wynosi 156 642, w tym liczba wszystkich lekarzy specjalistów wynosi 103 831. Lekarze ze specjalnością *rehabilitacja medyczna* stanowią grupę 1458 osób [7]. W ogólnym zestawieniu widać, że nie jest to grupa najliczniejsza ani też, co ważne, najskromniejsza. Największą grupę stanowią bowiem lekarze specjalności medycyny rodzinnej – 9912 osób. Najmniej jest specjalistów oświaty rodzinnej, bo tylko 3 osoby [7]. Warto zaznaczyć, że przy takiej liczbie specjalistów, przy prawidłowo przeprowadzonych badaniach potrzeb rynku usług medycznych oraz odpowiednio przydzielonych środków finansowych można zagwarantować nadal dostateczny dostęp do usług lekarzy rehabilitacji medycznej. Jednocześnie należy uwzględnić fakt, że rehabilitacja lecznicza powinna być zapewniona wszystkim potrzebującym: dorosłym i dzieciom, pacjentom po urazach i leczeniu inwazyjnym, pacjentom przewlekle chorym, trwale niepełnosprawnym oraz z chorobami nowotworowymi. Prawidłowo prowadzony i wcześniej rozpoczęty proces rehabilitacji przynosi lepsze efekty w połączeniu z kompleksowym leczeniem – usprawnia wówczas cały proces leczenia, skraca okres powrotu do zdrowia, minimalizuje ryzyko nawrotu choroby oraz – co ważne – przyczynia się do poprawy jakości życia pacjenta oraz jego bliskich.

Ze względu na rosnącą ilość chorób i schorzeń prowadzących do niepełnosprawności zwiększa się także zapotrzebowanie na leczenie rehabilitacyjne. Wzrost ten widoczny jest w ostatnich latach szczególnie wśród osób cierpiących z powodu chorób naczyniowych, neurologicznych i kardiologicznych, a także chorób zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego. Zwiększa się także grono pacjentów potrzebujących rehabilitacji w związku z wielonarządowymi uszkodzeniami w wyniku wypadków komunikacyjnych. Taki stan rzeczy wymaga zapewnienia, po pierwsze, coraz szerszego dostępu do wczesnej rehabilitacji, bezpośrednio po leczeniu szpitalnym, po drugie – stworzenia dodatkowych placówek rehabilitacji specjalizujących się w poszczególnych dziedzinach, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej i onkologicznej [10].

Jak wynika z badań statystycznych, jedna trzecia dorosłych Polaków (13,9 miliona osób) deklaruje występowanie długotrwałych problemów ze zdrowiem, trwających co najmniej sześć miesięcy. W grupie wiekowej 60-latków blisko 73% choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a w grupie osób powy-

żej 70 roku życia ponad 84% [11]. Nawet odpowiednio wykształcona i przygotowana kadra medyczna nie jest w stanie, w świetle powyższych danych, zapewnić odpowiedniego funkcjonowania rynku usług medycznych w tym zakresie. Potrzeby rehabilitacji medycznej wiążą się bowiem także z koniecznością usprawnienia, a w wielu przypadkach stworzenia od podstaw, długofalowych programów opieki rehabilitacyjnej dla poszczególnych grup niepełnosprawnych (program przewlekłej opieki rehabilitacyjnej). Istotną w sytuacji starzejącego się społeczeństwa jest budowa programu rehabilitacji dla osób starszych. Szacuje się, że ok. 2050 r. osoby w wieku 60–79 lat będą stanowiły jedną czwartą całej ludności Europy, wśród tej grupy 30% osób w wieku powyżej 75 lat zmagać się będzie z niepełnosprawnością [12]. Konieczne jest zatem stworzenie programu obejmującego zarówno osoby zdrowe, które przekroczyły 65 rok życia, jak i osoby ze schorzeniami przewlekłymi. Działania rehabilitacyjne w tym zakresie, dla większego efektu, powinny być ściśle skoordynowane z działalnością instytucji naukowych, samorządowych oraz stowarzyszeń i innych instytucji działających na rzecz profilaktyki gerontologicznej i geriatrii.

Ważną kwestią jest także zapewnienie prawidłowych warunków powrotu do zdrowia i możliwości podjęcia pracy zawodowej coraz większej grupie ludzi młodych (w wieku produkcyjnym) po doznanych urazach i przebytych chorobach. Konieczne jest w tym kontekście podjęcie następujących działań:

- 1) podniesienie jakości świadczeń rehabilitacyjnych poprzez zwiększenie wymogów w odniesieniu do personelu fachowego, pracującego w specjalistycznych poradniach rehabilitacyjnych i oddziałach szpitalnych;
- 2) niedopuszczanie do zatrudniania w poradniach rehabilitacyjnych i oddziałach lekarzy niebędących specjalistami w zakresie rehabilitacji medycznej;
- 3) zwiększanie liczby personelu zajmującego się rehabilitacją – dotyczy to zarówno liczby lekarzy specjalistów, zwłaszcza w oddziałach stacjonarnych, jak i liczby fizjoterapeutów przypadających na jednego pacjenta [13].

Oczywiście dokonanie jakiegokolwiek zmiany wymaga odpowiednich nakładów finansowych. Dlatego też ważne jest także doprowadzenie do lepszego finansowania rehabilitacji medycznej poprzez podwyższenie wydatków na świadczenia medyczne i zwiększenie atrakcyjności (finansowej) zawodu fizjoterapeuty.

Zapewnienie powszechnego dostępu do rehabilitacji medycznej, realizowanej przez odpowiednio przygotowaną kadrę medyczną, pozwoli przeciwdzia-

łać zwiększaniu się liczby osób niepełnosprawnych w naszym społeczeństwie, jak również sprzyjać będzie ich aktywizacji zawodowej. Obecnie szacuje się, że w Polsce zawodowo pracuje jedynie grupa 17% osób niepełnosprawnych. W krajach europejskich natomiast liczba ta waha się od 40% do 60% [14].

## Zakończenie

Przedmiotem rehabilitacji medycznej jest leczenie dysfunkcji organizmu, wad wrodzonych, chorób zapalnych tkanki łącznej, chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, schorzeń narządu ruchu, zaburzeń onkologicznych, układu oddechowego, schorzeń układu krążenia oraz chorób narządów zmysłu, jak również współuczestniczenie w procesie leczenia psychiatrycznego. W realizacji procesu rehabilitacji wykorzystuje się szereg specjalistycznych metod i technik. Są to przede wszystkim zabiegi fizykoterapeutyczne, kinezyterapeutyczne, metody hydro-balneologiczne, uzdrowiskowe i wiele innych, często będących autorskimi metodami lekarzy realizujących leczenie.

W celu zaspokojenia obecnych potrzeb wysoko-specjalistycznej opieki rehabilitacyjnej konieczny jest dalszy wzrost kadry specjalistów w rehabilitacji medycznej. Bazując na dotychczasowych informacjach zbieranych i analizowanych przez Ministerstwo Zdrowia i właściwe organy samorządów lekarskich, można ocenić, iż w 2015 r. liczba specjalistów rehabilitacji medycznej będzie oscylować w granicach dwóch tysięcy odpowiednio przygotowanych i gotowych do pracy lekarzy. By osiągnąć tak pożądany stan, konieczna jest dalsza modernizacja finansowania rehabilitacji, stworzenie ogólnokrajowych działań promocyjnych oraz dostosowanie działań organizacyjnych do bieżących potrzeb, jak również utrzymanie priorytetu w kształceniu specjalistów w rehabilitacji medycznej przez Ministerstwo Zdrowia. Tylko w ten sposób uda się w pełni dostosować rehabilitację medyczną do standardów określonych przez twórców Polskiej Szkoły Rehabilitacji i odpowiedzieć na potrzeby osób niepełnosprawnych, chcących realizować swoje marzenia i czynnie uczestniczyć w życiu społecznym.

## Piśmiennictwo

1. Dega W. Koncepcja rehabilitacji. *Probl Rehab Społ Zawod.* 1995;1:16–19.
2. Milanowska K. Polska Szkoła Rehabilitacji i jej wkład w rozwój współczesnej rehabilitacji. W: Mikulski J (red.). *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych jako służba społeczna TWK 1960–2005.* Warszawa 2004, 251.
3. Kiwerski J, Haftek J, Krasuski M, Kwolek A, Profesor Marian Weiss – twórca kompleksowej, nowoczesnej rehabilitacji. *Post Rehab.* 2001;15(4):85–91.
4. Kiwerski J, Ostrowska A (red.). *Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niesprawności.* PAN, Warszawa 1994, 18–20.
5. Ekspertyza. *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL (część III).* PAN – Komitet Rehabilitacji i Readaptacji Człowieka, Warszawa 1978.
6. Nowotny J. Rozwój kształcenia w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii. W: Kiwerski J, Kwolek A, Śliwiński Z, Woźniowski M (red.). *Rehabilitacja polska 1945–2009.* Wyd. Ossolińskich, Wrocław 2009, 75–80.
7. Informacja na temat systemu specjalizacji kadr medycznych, przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia w kwietniu 2012 w Warszawie, podana przez Ministra Zdrowia RP, [http://www.autonomia-dent.pl/folder/na-uka/120520\\_MZ\\_Sejm\\_infspecializacje.pdf](http://www.autonomia-dent.pl/folder/na-uka/120520_MZ_Sejm_infspecializacje.pdf) (data dostępu: 20.09.2013).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz.U. nr 66, poz. 560).
9. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2008 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2011 r., nr 113, poz. 658).
10. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (Uchwała nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.).
11. Marciniak G. *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku.* GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2006.
12. First Forum on Europe's Demographic Future, [http://ec.europa.eu/atoz\\_en.htm](http://ec.europa.eu/atoz_en.htm) (data dostępu: 06.07.2012).
13. Uchwała Walnego Zgromadzenia Członków Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji z dnia 12 września 2009 roku, [www.ptreh.com](http://www.ptreh.com) (data dostępu: 13.09.2013).
14. [www.niepelnospawni.gov.pl](http://www.niepelnospawni.gov.pl) (data dostępu: 11.09.2013).

### 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

# ■ BŁĄD MEDYCZNY JAKO ZAGROŻENIE PRAWIDŁOWEGO FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

## MEDICAL ERRORS AS A THREAT TO PROPER FUNCTIONING OF THE HEALTH CARE SYSTEM

Katarzyna Przybylska<sup>1</sup>, Andrzej Klamerek<sup>2</sup>, Maja Matthews-Kozanecka<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

Transformacje w opiece zdrowotnej powodują, że błędów medycznych z roku na rok jest coraz więcej, a problemy związane z ich istnieniem ciągle narastają. W dzisiejszych czasach kadra zarządzająca szpitalem czy inną placówką medyczną powinna zapewnić taki system kontroli poprzez procedury i standardy, by ograniczyć do minimum popełnianie błędów medycznych. Korzyści wynikające ze stosowania standardów dla szpitala to: dokładna i pełna identyfikacja: pracowników, pacjentów, wyposażenia, leków i wyrobów medycznych. Gwarantuje to usunięcie błędów na etapie ich powstawania oraz stwarza możliwość samoczynnego monitoringu. Występują różne rodzaje błędów medycznych: błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny, błąd techniczny czy błąd informacyjny i niekoniecznie za ich spowodowanie odpowiada lekarz, może to być również inny pracownik służby zdrowia. Konieczne jest zatem upowszechnianie podstawowej wiedzy z zakresu etyki, bioetyki, regulacji prawnych oraz ergonomii wśród personelu medycznego, zwrócenie uwagi na problemy i trudności, z jakimi może zetknąć się personel medyczny.

**SŁOWA KLUCZOWE:** błąd medyczny, usługa lecznicza, jakość świadczenia, system kontroli, ergonomia.

### ABSTRACT

Transformations in health care result in an increased incidence of medical errors and an increase number of problems associated with them. Nowadays, management of the hospitals and other medical institutions should provide the control system through the procedures and standards in order to minimize the occurrence of medical errors. The benefits of standards for the hospital include accurate and complete identification of workers, patients, equipment, drugs and medical devices for identifying and eliminating errors at different levels. It is necessary to promote basic knowledge of ethics, bioethics, law and ergonomics among medical personnel.

**KEY WORDS:** medical error, medical service, quality of service, control system, ergonomics.

### Wstęp

Jeszcze niedawno o „błędach medycznych” słyszeliśmy dość rzadko, niekiedy tylko czytaliśmy na ten temat krótkie informacje w prasie lub słyszeliśmy w rozmowach ze znajomymi, co nieoczekiwanego stało się w trakcie leczenia ich bliskich. Szpital jest miejscem, w którym leczy się ludzi, ale jest to również miejsce, gdzie czasami dochodzi do różnych nieprzewidzianych sytuacji dla pacjentów, a które mogą wiązać się z pewnym ryzykiem bądź też niebezpieczeństwem dla ich zdrowia i życia. Każde działanie podejmowane przez personel medyczny jest związane z ewidentnym ryzykiem. Jednakże chcąc zadbać o własne zdrowie, korzystamy ze świadczeń zdrowotnych w różnych placówkach, oddając swoje zdrowie w ręce specjalistów z wiarą i zaufaniem, że nam pomogą.

Obecnie świadczeniobiorcy usług medycznych w Polsce nie zawsze są zadowoleni ze świadczonej opieki zdrowotnej. Niezadowoleni są nie tylko pacjenci, również szerzej rozumiany personel medyczny, zarówno lekarze, pielęgniarki, położne, jak i sami zarządzający służbą zdrowia. Kolejne transformacje powodują, że problemów z roku na rok jest coraz więcej. Sytuacja, w której popełniono „błąd medyczny”, jest zawsze trudna dla placówki zdrowotnej, a konsekwencje są niejednokrotnie szkodliwe tak dla systemu, jak i dla pacjenta. We współczesnym świecie zasady poszanowania godności ludzkiej, sprawiedliwości w dostępie do usług systemu opieki zdrowotnej, umożliwienie wyboru miejsca oraz sposobu leczenia, a nawet lekarza stały się kwestią bardzo istotną [1].

Początek XXI w. jest okresem wzmożonego zainteresowania tematem bezpieczeństwa człowieka – pa-

cjenta; z zagadnieniem tym wiąże się problem zapewnienia takiego systemu kontroli w placówce zdrowotnej poprzez procedury i standardy, który pozwoliłby uniknąć popełniania tzw. błędów medycznych i stwarzania zagrożeń dla zdrowia i życia pacjentów. Warto wspomnieć, że tzw. błędy medyczne niosą za sobą różne konsekwencje w postaci chociażby niekorzystnej opinii o szpitalu czy lekarzu, a w efekcie nawet o całej grupie zawodowej. To z kolei może przyczynić się do zmniejszenia zaufania i zainteresowania pacjentów daną placówką, co w rezultacie może spowodować spadek generowanych zysków. Właśnie dlatego w opiece zdrowotnej w Polsce powinien obowiązkowo istnieć system kontroli jakości świadczeń usług medycznych.

### **Błąd medyczny w systemie opieki zdrowotnej**

Istnieje bardzo dużo nieścisłości dotyczących samego wyjaśnienia pojęcia „błąd medyczny”. Jest on różnie rozumiany, w zależności od kraju, reprezentanta konkretnej dyscypliny naukowej czy nawet autorów publikacji naukowych. Kiedyś był kojarzony z „błędem w sztuce lekarskiej” i winą za jego popełnienie obarczano głównie lekarza. Dziś częściej mówi się o „błędzie medycznym” niż o „błędzie w sztuce lekarskiej”. Można mówić o popełnieniu „błędu medycznego”, kiedy lekarz narusza powszechnie obowiązujące zasady w danej dziedzinie naukowej, kiedy jego postępowanie jest sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej.

W piśmiennictwie można spotkać się z kilkoma rodzajami błędów medycznych: błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny, błąd rokowania (prognozy lub informacyjny), błąd techniczny; można także przeczytać o błędach profilaktycznym i organizacyjnym, których niekoniecznie sprawcą musi być lekarz, może to być również inny pracownik służby zdrowia [2, 3, 4]. Błąd diagnostyczny występuje wtedy, gdy mamy do czynienia z naruszeniem wiedzy i praktyki medycznej, a ogólniej mówiąc, kiedy została postawiona błędna diagnoza. Błąd terapeutyczny występuje w sytuacji podejmowania czynności zmierzających do przywrócenia zdrowia bądź zapobiegania chorobie; może być konsekwencją błędu diagnostycznego i ma wówczas charakter wtórny, ale może mieć charakter pierwotny, w sytuacji kiedy postawiono właściwą diagnozę, a tylko błędny jest sposób leczenia i dotyczyć będzie również naruszenia reguły związanej z wiedzą i praktyką medyczną. Błąd prognozy prowadzi do powstania szkody w wyniku wystawienia błędnego zaświadczenia o np. stanie zdrowia czy zdolności do pracy, ale także w sytuacji przekazania pacjentowi błędnej informacji na

temat jego stanu zdrowia, co w efekcie może doprowadzić np. do załamania psychicznego pacjenta. Błąd techniczny natomiast jest to nieprawidłowe wykonanie czynności diagnostyczno-leczniczej. Z błędem organizacyjnym mamy do czynienia wówczas, gdy nie jest on związany z wadliwym sposobem leczenia, lecz ze złą organizacją pracy lekarza i całego personelu medycznego; są to nieprawidłowości związane z funkcjonowaniem i organizacją pracy oddziałów czy zakładów leczniczych. Ważny jest fakt, iż błąd organizacyjny (a raczej wina) może być przypisany zarówno komuś z personelu medycznego, np. konkretnemu lekarzowi, jak i zakładowi leczniczemu. Błędem medycznym *sensu stricte* będzie z całą pewnością błąd diagnostyczny, terapeutyczny i rokowania [2, 5, 6]. Obecnie system opieki zdrowotnej zwiększył swój zasięg działania, współpracuje z reprezentantami wielu nauk, co tym samym wpływa na wzrost podmiotów odpowiedzialnych za prawidłowe jego funkcjonowanie. Należy pamiętać, iż błąd medyczny nie może być utożsamiany z „niepowodzeniem leczniczym”, które od lekarza bądź zespołu nie musi być wcale zależne, natomiast może być wynikiem innych czynników zewnętrznych, na które nie mieli oni żadnego wpływu, a były one na tyle istotne, iż warunkowały powodzenie bądź niepowodzenie terapeutyczne. Kogo zatem obecnie w istocie dotyczy błąd medyczny: czy tylko lekarza? Oczywiście, że nie – dotyczy on całego szeroko rozumianego personelu medycznego: zarówno lekarza, pielęgniarki czy położnej, jak i rehabilitanta – dotyczy wszystkich osób wykonujących zawód medyczny. Odpowiedzialność całego zespołu wynika obecnie z charakteru udzielania świadczeń zdrowotnych: lekarz nie udziela ich sam, działa w zespole, czyli udzielanie tych świadczeń to działalność zorganizowana. Wynika to z holistycznego podejścia do pacjenta wymagającego zaangażowania wielu specjalistów. Pamiętać należy, że nie wszystkie tzw. błędy medyczne, o których się pisze bądź mówi w mediach, rzeczywiście nimi są. Rozróżnić bowiem trzeba błędy medyczne od tzw. zwykłego niedbalstwa i niestaranności, czyli niedopełnienia obowiązku należytej staranności, bądź też zachowania obowiązku ostrożności, które spoczywa na personelu medycznym tak samo jak na każdym innym człowieku. Z całą pewnością o błędach medycznych nie mówi się w sytuacji, kiedy mamy do czynienia np. z wadliwą identyfikacją pacjenta, użyciem niewysterylizowanych narzędzi, pozostawieniem ciała obcego w polu operacyjnym, niezachowaniem zasad aseptyki, złym wykonaniem iniekcji czy nieprawidłowym podaniem leku bądź jego zamianą. W tych zdarzeniach będzie się mówiło o niedbalstwie i niestaranności personelu medycznego (nie tylko lekarza), o błędach, które

nie wynikają z braku wiedzy, ale z braku zachowania odpowiednich zasad należytej staranności i ostrożności [4, 5].

Niektóre błędy należy postrzegać jako dowód niedoskonałości systemu, a nie ludzkiego charakteru. Właściwym działaniem powinno być określenie i wprowadzenie do całego systemu opieki zdrowotnej takich standardów i procedur, które zapobiegałyby różnym niepożądanym zdarzeniom. W Danii, na przykład, za niewłaściwą praktykę uznaje się już samo dopuszczenie do popełnienia samobójstwa przez człowieka w placówce medycznej [7]. Słowo „błąd” pojawia się w polskich ustawach o ochronie zdrowia wyłącznie w potocznym znaczeniu. W Kodeksie Etyki Lekarskiej pojęcie błędu jest potraktowane ogólnikowo. W art. 52 mowa jest o okazywaniu szacunku względem innych lekarzy/kolegów czy o ostrożności w formułowaniu opinii na temat działalności zawodowej innych kolegów. Natomiast punkt 3 tegoż artykułu informuje, że jeżeli lekarz widzi błędy innych kolegów, powinien ich o tym poinformować. Dopiero w sytuacji kiedy rozmowa nie pomaga i została wyrządzona szkoda pacjentowi, fakt naruszenia przez kolegę zasad etyki czy popełnienia błędu powinien być przekazany izbie lekarskiej. W takiej sytuacji ten drugi lekarz powinien podjąć działania naprawcze mające na celu odwrócenie negatywnych skutków działalności kolegi. Zatem poinformowanie izby o popełnieniu błędu czy też naruszeniu zasad kodeksu etyki nie będzie brakiem lojalności względem kolegów, gdyż w ten sposób rzeczywiście dbamy o dobro pacjenta i interes grupy zawodowej (art. 1.3, art. 2.2, art. 52.4) [8].

W wyniku popełnienia błędu medycznego personel medyczny może być pociągnięty zarówno do odpowiedzialności karnej, cywilnej, jak i zawodowej. Odpowiedzialność karna będzie występowała w sytuacji, kiedy został popełniony błąd medyczny i dodatkowo wystąpił zły skutek dla pacjenta, tzn. uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź śmierć. Dalej musi zachodzić związek przyczynowy między popełnionym błędem medycznym a wystąpieniem złego skutku i trzeba udowodnić, że dopuściła się go osoba z personelu medycznego udzielająca świadczenia zdrowotnego. Odpowiedzialności cywilnej będzie podlegała ta osoba, która oprócz tego, że dopuściła się błędu, doprowadziła również do powstania szkody na dobrach osobistych pacjenta. Zatem błąd był zawiniony i wystąpił bezpośredni związek przyczynowy pomiędzy zaistniałą szkodą a działaniem personelu medycznego. Niektóre osoby z personelu medycznego, jak np. lekarze, podlegają również odpowiedzialności zawodowej, która jest związana z naruszeniem zasad etycznych zawartych w Kodeksie i regulujących wykonywanie zawodu lekarza. Postę-

powanie sprzeczne z zasadami etyki, należytej staranności, a także postępowanie naruszające godność zawodu mogą doprowadzić do ukarania lekarza przez sąd lekarski. Jednakże w przypadku odpowiedzialności zawodowej należy koniecznie określić, czy mamy do czynienia z błędem medycznym czy ze zdarzeniem niepożądanym [4, 6].

W prawie karnym możemy również znaleźć artykuły dotyczące groźących konsekwencji za narażenie zdrowia i życia ludzkiego na niebezpieczeństwo poprzez popełnienie błędu medycznego czy przez dopuszczenie się niedbalstwa i niestaranności ze strony personelu medycznego [9]:

„Art. 155. Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

Art. 156.

§ 1. Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

- 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,
- 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zszpecenia lub zniekształcenia ciała,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Art. 157.

§ 1. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. (...)

Art. 160.

§ 1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

## Błąd medyczny w Polsce i na świecie

W Polsce statystyki dotyczące błędów medycznych stanowią duży problem i trudno jednoznacznie określić wielkość tego niepożądanego zjawiska. Ministerstwo Zdrowia nie wprowadziło do tej pory do polskiego prawa większości rekomendacji Rady Europy z 2005 r.

dotyczących zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece medycznej i nie monitoruje się tych zdarzeń. Ilość procesów w sprawie o popełnianie tzw. błędów medycznych nieustannie rośnie. Spowodowane jest to coraz większą ilością wydawanych postanowień, w oparciu o które poszkodowanemu choremu i jego rodzinie przysługują roszczenia. Powodem takiego stanu rzeczy jest również zwiększona świadomość poszkodowanych. W 1991 r. wpłynęło 260 pozwów – 80 uznano za uzasadnione, w 1999 r. już 968 pozwów – uwzględniono 509, natomiast w 2010 r. 2159 – zasadnych było 740 spraw, a w 187 sprawach uwzględniono (w całości lub częściowo) roszczenia powodów. Jednak roszczenia z tego zakresu są złożone, każda sprawa jest zupełnie inna i tak naprawdę w Polsce, w porównaniu do krajów Unii Europejskiej, jest to stosunkowo nowy problem. Brak wystarczającej liczby biegłych i lekarzy sądowych powoduje, że procesy toczą się latami, a tym samym narusza się przysługujące pacjentom prawo zawarte w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw i Podstawowych Wolności. Nie prowadzono w Polsce dotychczas obiektywnych badań pozwalających ocenić ilość błędów medycznych. Członkowie Stowarzyszenia Pacjentów *Primum Non Nocere* przesiedlili 650 skarg wybranych losowo i najwięcej z nich dotyczyło porodów i zakażeń wewnątrzszpitalnych, niewielką ilość stanowiły przypadki odesłania pacjenta z przychodni czy izby przyjęć szpitala do domu czy też bagatelizowania objawów rozpoczynającego się zawału, uszkodzenia nerwów kraniowych, pozostawienia ciała obcego po zabiegu chirurgicznym czy uszkodzenia stawów skroniowo-żuchwowych [10].

Badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznych (CBOS) w latach 2000 i 2001 dotyczące błędów medycznych i zaufania społecznego do lekarzy informują, że 25% respondentów było ofiarą różnego rodzaju błędów i pomyłek medycznych, 17% miało postawioną mylną diagnozę lub zastosowano błędne leczenie. Ale mimo tego duże zaufanie do lekarzy ma 80% pacjentów, niewielu, bo tylko 14%, ma bardzo małe i dość małe do nich zaufanie [11]. Badania wykazują, że 18% Polaków zgłasza problemy ze zdrowiem z powodu błędów medycznych. Ponad 20 tysięcy skarg w ciągu ostatnich dwóch lat złożono w Ministerstwie Zdrowia, izbach lekarskich i prokuraturze. Ilość ta rośnie z każdym rokiem o 20–30%, a ukrywanych jest od 50 do 96% błędów medycznych. Błędy lekarskie stanowią istotny problem w systemie opieki zdrowotnej i budzą wiele emocji nie tylko wśród pacjentów, ale i wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej: pracowników medycznych, rodziny, państwa, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych czy Narodowego Funduszu Zdrowia. Zatem pracownicy medyczni powinni analizo-

wać trudne przypadki i wprowadzać zmiany, by uniknąć popełniania błędów, jednak tylko w niektórych szpitalach prowadzi się analizę błędów i to wyłącznie na własny użytek.

W USA każdego roku z powodu błędów medycznych umiera około 100 tysięcy ludzi, a długotrwałe konsekwencje ponosi około 200 tysięcy pacjentów. Obliczono, że połowę tych błędów można by wyeliminować. Przełomem w zakresie zainteresowania się tematyką związaną z błędami medycznymi i minimalizacją ryzyka dla pacjenta w kontaktach z pracownikami medycznymi był opublikowany w 1999 r. w USA raport *To Err Is Human. Building a Safer Health System* („Mylić się jest rzeczą ludzką. Budowanie bezpiecznego systemu opieki zdrowotnej”), w którym wykazano, że powodem błędów medycznych nie jest niestaranność czy brak profesjonalizmu zespołu medycznego, ale przede wszystkim zła organizacja systemu opieki zdrowotnej oraz brak całościowego podejścia i wielofunkcyjnej oceny. Raport okazał się rewelacyjnym odkryciem, dokonywał analizy problemu i rozważał sposoby jego zapobiegania [12].

### **Błąd medyczny i jego następstwa**

Błędy lekarskie mogą generować roszczenia. Wiadomo, że raz wydana niekorzystna opinia na temat lekarza bądź szpitala jest w przyszłości trudna do naprawienia. Dla lekarzy, którzy zmagają się z procesami sądowymi w sprawach dotyczących popełnienia np. błędu medycznego, są to sytuacje nieprzyjemne i często negatywnie wpływające na ich stan psychiczny. Stąd tak ważna jest profilaktyka i zapobieganie wszelkim niepożądanym zdarzeniom w służbie zdrowia. Studentów uniwersytetów i wyższych uczelni medycznych obowiązuje w toku studiowania przedmiot prawo medyczne, jak również etyka i bioetyka. W ramach tych zajęć studenci poznają podstawowe zasady etyczne i bioetyczne oraz podstawy prawa dotyczące wykonywania zawodu medycznego. Zagadnienia poruszane na tych zajęciach powinny uwrażliwić studentów na dylematy moralne, jakie mogą wystąpić w ich przyszłej pracy zawodowej, ukazać im specyfikę zawodu, zapoznać z prawami i obowiązkami, jakie ich dotyczą. Jednak problem może pojawić się wówczas, gdy studenci poznają tylko teorię niepodpartą żadnymi ćwiczeniami praktycznymi. Pracując na „kazusach”, studenci mają większą możliwość podjęcia właściwego działania bądź przeciwdziałania skutkom niepożądanym w przyszłości. Podczas takich zajęć zwraca się także uwagę na odpowiedzialność, do jakiej powinien poczuwać się lekarz, a także pozostały personel medyczny, za swoje działania oraz jego konsekwencje. Czynione są starania, by ukształtować w młodych ludziach poczucie odpowiedzialności za



życie ludzkie, wykształcić właściwe zachowania i postawy [13]. Wielu z tych studentów w przyszłości będzie, prócz wykonywania zawodu, zarządzać zakładami opieki zdrowotnej czy innymi placówkami medycznymi, stąd mogliby wiele zmienić w imię dobra wspólnego: pacjenta i jednostki zdrowotnej. „Mylić się jest rzeczą ludzką”, natomiast nieludzkie jest ukrywanie swoich błędów, kosztem innych ludzi. Dotyczy to wszystkich, także pracowników wykonujących zawody medyczne; każdy jest omylny i może popełnić błąd. Zupelne wyeliminowanie błędów jest niemożliwe, można jedynie starać się zmniejszyć ich ilość i ograniczyć ich negatywne skutki. Najważniejsze jest, aby zarówno lekarz, jak i każdy inny pracownik zespołu medycznego potrafił przyznać się do błędu, aby czuć się odpowiedzialny za swoje działanie i konsekwencje wynikające z błędu, szczególnie wtedy kiedy błąd medyczny popełniony np. przez lekarza ma negatywne skutki dla pacjenta. Bardzo ważną składową tego problemu jest zaufanie – jeżeli lekarz czy inny pracownik medyczny będzie się przyznawać do błędu, to może zostać nadszarpnięta reputacja zakładu leczniczego i samej osoby, a co za tym idzie – grupy zawodowej. Należy jednak przyjąć, że w dalszej perspektywie pacjenci będą bardziej ufni wobec tych zakładów, w których lekarze potrafili przyznać się do popełnionego błędu. Kiedy mówimy o błędach medycznych, należy podkreślić, że bardzo ważną rolę odgrywa również stosunek środowiska lekarskiego do tych, którzy mieli odwagę się przyznać. Niestety niepokojący jest fakt, iż na większą solidarność mogą liczyć ci, którzy tają swoje błędy niż ci, którzy się do nich otwarcie przyznają. Niestety, jak podają autorzy cytowanego piśmiennictwa, ci odważni zostają zwykle sami ze swoimi problemami, środowisko lekarskie rzadko wspiera taką osobę, częściej odwraca się od niej [4, 5]. Działania prewencyjne nie są proste ani łatwe w praktyce, bo nie chodzi o to, żeby znaleźć winnych i ich eliminować, ale żeby ulepszyć i korygować system, w którym pojawiają się błędy.

### **Sposoby umniejszenia błędów medycznych**

Należy wspomnieć, że ergonomia może być skuteczną formą zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w służbie zdrowia, jednak lekarze niechętnie zajmują się tym tematem – preferują leczenie niż zapobieganie. Możliwe, że wynika to z nieznaności ergonomii, z obawy przed koniecznością innego spojrzenia. Nauki ergonomiczne obowiązkowo powinny być na liście przedmiotów do zaliczenia w indeksie każdego studenta, przyszłego pracownika systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzenie systemu monitorowania błędów w służbie zdrowia może być doskonałym sposobem,

żeby zminimalizować ich występowanie. Jest to korzystne zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy – system powinien służyć poprawie bezpieczeństwa i jakości leczenia, a nie podważać wiarygodność zawodową lekarzy. Badacze skandynawscy udowodnili, że najmniej błędów jest popełnianych w tych szpitalach, które przyznają się do pomyłek, a skuteczną metodą minimalizacji błędów medycznych jest ich monitorowanie [14]. Największy w Europie zbiór zdarzeń niepożądanych posiada Wielka Brytania; są one zgromadzone w narodowym systemie raportowania i edukacji. Lekarz lub pielęgniarka, jeżeli popełni pomyłkę, potrafią przyznać się do błędu i opisać, jak do niego doszło. Taki opis trafia do systemu rejestru pomyłek medycznych i jest analizowany przez służby medyczne. Jednym z podstawowych celów każdej placówki medycznej powinno być dążenie do minimalizacji ilości popełnianych błędów lekarskich poprzez podwyższanie jakości usług medycznych. Pierwszym krokiem jest określenie satysfakcji pacjentów z usług danego szpitala. Badania satysfakcji pacjentów można zacząć w każdej chwili, koszt i nakład pracy badań będą niewielkie, a szpital będzie mógł określić jakość swoich usług. Na podstawie tych badań i w oparciu o przyjęte założenia szpital może stworzyć własną politykę jakości, która wyznaczy cel i kierunek działań dla wszystkich pracowników. Jednym z działań może być wprowadzenie Systemu Zarządzania Jakością wg normy PN-EN ISO 9001:2009, co ujednotoczy sposób postępowania personelu medycznego i obsługi, spowoduje obniżenie kosztów oraz zapewni lepszą realizację potrzeb pacjentów. Wszystkie standardy w szpitalu powinny być podwyższone, aż dany szpital osiągnie pożądaną jakość. Innym działaniem szpitala dbającego o wysoki poziom usług medycznych może być przystąpienie do Programu Akredytacji Szpitali. Program oparty jest na stosowaniu ustalonych standardów i norm. Certyfikat akredytacyjny potwierdza jakość usług szpitala, a także zapewnia pacjentów o ich bezpieczeństwie. W perspektywie niezbędnym warunkiem funkcjonowania szpitala, w którym niezmiernie rzadko zdarzają się błędy medyczne, musi być szersze i lepsze wykorzystanie technik gromadzenia danych. Korzystanie z kodów kreskowych czy znaczników RFID, zarówno przy realizacji projektów zmierzających do podniesienia bezpieczeństwa chorego w toku hospitalizacji, jak i w celu podniesienia skuteczności logistyki medycznej i ograniczenia kosztów administracyjnych będzie w szpitalu pożądaną [14, 15, 16]. Kontrola poprawności podania leków, zbieranie wszystkich dostępnych danych o przebiegu leczenia, poprawa cyklu zaopatrzenia oraz przepływu danych medycznych są z pewnością działaniami zmierzającymi do poprawy jakości świadczonych usług. Korzyści wynikające ze stosowa-

nia standardów dla szpitala to dokładna i pełna identyfikacja: pracowników, pacjentów, wyposażenia, leków i wyrobów medycznych i wiele innych. Gwarantuje to usunięcie błędów na etapie wstępnym oraz stwarza możliwość samoczynnego monitoringu. Wpływa to na podniesienie efektywności pracy i poprawę organizacji pracy dzięki optymalnemu przepływowi produktów, informacji i lepszemu wykorzystaniu zasobów. Korzyści dla pacjenta to: większa pewność podania mu odpowiedniego produktu wiadomego pochodzenia, gwarancja przypisania mu właściwych wyników badań czy odpowiednich implantów medycznych itd. Przykładem odpowiedniego działania o charakterze zapobiegawczym wobec błędów medycznych jest wdrożenie w 2011 r. dla wszystkich oddziałów i placówek zabiegowych w Polsce, zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, tzw. Kart Kontroli Systemowej, m.in. okołoooperacyjnych kart kontrolnych. Dynamicznie rozwijające się Centrum Monitorowania Jakości w ochronie zdrowia w tych wszystkich procesach mających na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia zdarzenia niepożądanego czy błędu medycznego odgrywa istotną rolę. Centrum opracowało standardy akredytacji dla placówek służby zdrowia świadczące m.in. o jakości opieki medycznej i wprowadzonych zasadach ergonomii [15, 16]. Konieczne jest upowszechnianie podstawowej wiedzy z zakresu ergonomii wśród personelu medycznego oraz zatrudnianie w placówkach medycznych promotorów zdrowia, posiadających praktyczną wiedzę z zakresu ergonomii, co też może w skuteczny sposób wpłynąć na zmniejszenie ilości błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych, a w konsekwencji przyczyni się do poprawy funkcjonowania placówek zdrowotnych.

#### Piśmiennictwo

1. Kaczmarek T, Marcinkowski JT. Anatomia skargi. *Gaz Lek.* 2005;1(168):30–31.
2. Muszala A. *Encyklopedia bioetyki.* Powlen, Radom 2007, 122–125.

3. Zajdel J. *Kompendium prawa medycznego.* Progress, Łódź 2008, 12–13.
4. Czapracka A, Marcinkowski JT, Kaczmarek T. Odpowiedzialność prawna i moralna lekarzy i lekarzy stomatologów z tytułu błędów medycznych. *Orzeczn. Lek.* 2008;5(1):53–57.
5. Nesterowicz M. *Prawo medyczne.* Wyd. 7. TNOiK, Toruń 2005, 152–161.
6. Zajdel J. *Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy.* Progress, Łódź 2007, 79–87, 191–192, 221–226.
7. Florek-Moskal M, Wojtasiński Z. Plaga błędów medycznych. *Wprost.* 2005, 23(1175):74, <http://www.wprost.pl/ar/77336/Plaga-bledow-medycznych/> (data dostępu: 30.11.2013).
8. *Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.*
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks postępowania karnego* (Dz.U. nr 89, poz. 555 z późn. zm.).
10. Sandauer A. *Błędy Lekarskie Polska – inne państwa* (raport). *Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere*, 2005, [http://www.sppnn.org.pl/arch2/dz\\_ch2005/ST.doc](http://www.sppnn.org.pl/arch2/dz_ch2005/ST.doc) (data dostępu: 30.11.2013).
11. Centrum Badań Opinii Społecznej. *Komunikat z badań: Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K\\_027\\_01.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K_027_01.PDF) (data dostępu: 30.11.2013).
12. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (red.). *To Err Is Human. Building a Safer Health System.* Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, Washington 1999, 1–34.
13. Matthews-Kozanecka M, Fryś A, Rzymyska I. Rola nauczania etyki w kształtowaniu postaw zawodowych przyszłych lekarzy dentyków – badanie ankietowe. *Dent Forum.* 2010;38,1:41–43.
14. Pokorski J. *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych.* Komitet Ergonomii Przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Kraków 2008, 1–52.
15. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. *Standardy akredytacyjne*, <http://www.cmj.org.pl/akredytacja2008> (data dostępu: 30.11.2013).
16. Kutryba B, Kutaj-Wąsikowska H. *Programy bezpieczeństwa pacjenta.* *Zdr Zarz.* 2003;5,6:18–23.

#### Adres do korespondencji:

Katarzyna Przybylska

e-mail: [kasiaprzybylska@ump.edu.pl](mailto:kasiaprzybylska@ump.edu.pl)

# ■ ROLA PIEŁĘGNIARKI W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO BADANIA SPIROMETRYCZNEGO W WYBRANEJ JEDNOSTCE CHOROBOWEJ – POChP

## THE ROLE OF A NURSE IN PREPARING THE PATIENT FOR THE SPIROMETRIC EXAMINATION IN A SELECTED DISEASE ENTITY – COPD

Joanna Flisińska, Ewa Gawrońska-Ukleja, Natalia Ukleja-Sokołowska, Zbigniew Bartuzi

Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych  
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

### STRESZCZENIE

POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc – stała się w wielu krajach na świecie, a także w Polsce główną przyczyną inwalidztwa i śmiertelności wśród ludności.

Celem pracy jest przybliżenie ważnego problemu w rozpoznaniu POChP, jakim jest badanie spirometryczne. Duża dostępność tej metody diagnostycznej nie zawsze przekłada się na wysoką jakość badania, a co za tym idzie – skuteczne leczenie.

Według raportu GOLD spirometria jest „złotym standardem” w rozpoznaniu i ocenie zaawansowania POChP. Bez wykonania badania spirometrycznego choroba ta nie powinna być rozpoznawana. Jednak warunkiem niezbędnym do postawienia diagnozy jest przedstawienie lekarzowi rzetelnego wyniku właściwie wykonanego badania spirometrycznego.

Bardzo ważną rolę pełni pielęgniarka, która musi nadzorować przebieg badania, czuwać nad prawidłową postawą pacjenta, służyć mu pomocą, wyjaśnić, krok po kroku, przebieg badania. Często niezbędne jest także uspokojenie chorego, a także zademonstrowanie prawidłowego wykonania spirometrii. Pielęgniarka powinna posiadać wiedzę na temat wskazań oraz przeciwwskazań do badań czynnościowych układu oddechowego, znać niezbędny czas odstawienia leków wziewnych, a także prawidłowo oceniać poprawność wykonania badania. Pielęgniarka musi przeprowadzić badanie sprawnie, mając na uwadze fakt, że jest ono męczące dla chorego.

Chory do badania powinien być tak przygotowany, aby badanie było odzwierciedleniem jego stanu zdrowia. W pracy przedstawiono, oprócz podstawowych wiadomości na temat samej jednostki chorobowej i badania spirometrycznego, edukację i przygotowanie pacjenta do badania spirometrycznego i przyjmowania leków wziewnych.

SŁOWA KLUCZOWE: POChP, spirometria, pielęgniarka.

### ABSTRACT

In many countries COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease – has become one of the main causes of disability and death. The aim of this article is to show the importance of spirometry in diagnosing COPD and explain the difficulties that may influence its result. Nowadays spirometry is highly accessible, but unfortunately it does not go along with its quality, and as a result - correct treatment of the patient.

According to the GOLD report, spirometry is the “gold standard” in diagnosing and evaluating COPD. Without spirometry this disease should not be diagnosed. A physician is not able to diagnose COPD without a result of correctly performed spirometry.

The role of nurse is very important, because he or she is obliged to observe the patient during the test, help him, explain step by step the course of spirometry. Often it is necessary to calm the patient and demonstrate the correct way of performing spirometry. The nurse should have knowledge regarding indications and contraindications to pulmonary function tests, know the correct way of performing the test. The nurse should also remember that spirometry requires a lot of effort from the patient.

Patient should be prepared to the test by medical staff. Only the educated patient is able to perform spirometry that shows his actual lung function. In this article we present basic knowledge about COPD and spirometry, but also we recommend how to prepare and educate the patient before performing these pulmonary function tests.

KEY WORDS: COPD, spirometry, nurse.

### Definicja POChP

POChP jest ważnym problemem zdrowotnym, dotyczącym obecnie wielu ludzi w Polsce i na świecie. Jest to zagadnienie tak istotne, że w 2000 r. we Florencji, na

kongresie *European Respiratory Society* – konferencji naukowej poświęconej POChP – powstał dokument opracowany przez grono ekspertów, któremu nadano nazwę *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) – w którym zawarte są cele, wytyczne

dotyczące diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobie oraz sposoby ograniczania czynników ryzyka.

Według ekspertów tworzących raport GOLD POChP jest chorobą charakteryzującą się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Obturacja oskrzeli jest zwykle postępująca i wiąże się z nieprawidłową odpowiedzią zapalną ze strony układu oddechowego na szkodliwe pyły i gazy [1, 2, 3].

Z kolei definicja NICE 2 (*National Institute for Clinical Excellence*) również podkreśla obturację oskrzeli jako główny czynnik choroby. Obturacja jest niecałkowicie odwracalna i pomimo postępującego charakteru w kolejnych miesiącach nie ulega dostrzegalnej zmianie. Definicja ta podkreśla rolę palenia tytoniu w POChP [2].

Definicja Wytycznych Polskiego Towarzystwa Fizjopneumonologicznego zwraca uwagę na rolę przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc w ograniczeniu drożności oskrzeli [3].

## Edukacja i przygotowanie pacjenta do badania spirometrycznego

Według raportu GOLD spirometria jest „złotym standardem” w rozpoznaniu i ocenie zaawansowania POChP. Bez wykonania badania spirometrycznego choroba ta nie powinna być rozpoznawana [4, 5].

Pierwsze badanie spirometryczne wykonano w 1864 r., zmierzono wówczas tylko pojemność życiową płuc, a dopiero 100 lat później zmierzono objętość życiową w czasie pierwszej sekundy wydechu (Tiffeneau i Pirelli) [6].

Badanie to dostarcza informacji na temat zmian objętości w płucach, wynik uzyskuje się w procentach wartości należnej dla chorego lub percentylach.

W diagnostyce POChP wykonuje się następujące badania spirometryczne:

- 1) spirometrię spoczynkową;
- 2) test odwracalności obturacji (wytyczne BTS za dodatnią próbę rozkurczową uważają zwiększenie FEV1 > 15% wartości wyjściowej albo o 200 ml. Według GOLD dodatni test obturacji oskrzeli to zwiększenie FEV1 > 12% wartości wyjściowej albo 200 ml. Natomiast wynik uważany za dodatni według ERS FEV1 > 9% wartości należnej). Trzeba pamiętać, że czułość i swoistość spirometrycznej próby rozkurczowej jest zbyt mała, aby na jej podstawie potwierdzić lub wykluczyć POChP. W zależności od wyników badania spirometrycznego ustalono podział POChP na stopnie zaawansowania [1]. W tabeli 1 przedstawiono spirometryczną klasyfikację POChP według GOLD. Natomiast

tabela 2 ilustruje trzystopniową klasyfikację spirometryczną według NICE;

**Tabela 1.** Spirometryczna klasyfikacja POChP według GOLD  
*Table 1. Spirometric classification of COPD (based on GOLD)*

Spirometryczna klasyfikacja POChP według GOLD	
Stopień I – postać łagodna	FEV1 ≥ 80%
Stopień II – postać umiarkowana	FEV1 50–80%
Stopień III – postać ciężka	FEV1 30–50%
Stopień IV – postać bardzo ciężka	FEV1 < 30%

**Tabela 2.** Klasyfikacja spirometryczna POChP według NICE  
*Table 2. Spirometric classification of COPD (based on NICE)*

Klasyfikacja spirometryczna POChP według NICE	
Stopień I – postać łagodna	FEV1 50–80%
Stopień II – postać umiarkowana	FEV1 30–50%
Stopień III – postać ciężka	FEV1 < 30%

- 3) zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc oceniamy także stosunek FEV<sub>1</sub>%/VC, czyli wskaźnik Tiffenau (ang. *forced expiratory volume in one second % of vital capacity*). Obniżenie wskaźnika Tiffenau sugeruje obturację oskrzeli, znaczny spadek (poniżej 70%) pozwala na rozpoznanie POChP;
- 4) seryjne pomiary PEF – charakterystyczny brak zmienności dobowej.

Największy wpływ na wartości uzyskane w badaniu mają płeć i wiek badanego, a także inne zmienne, takie jak rasa czy pozycja ciała [7].

Badanie to ma na celu rozpoznanie i określenie zaburzeń wentylacji płuc – obturację, ilościową ocenę stopnia upośledzenia czynności układu oddechowego i ocenę postępu choroby lub uzyskanej poprawy wydolności układu oddechowego [8].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest ciągle rzadko rozpoznawana, a spirometria, choć coraz bardziej dostępna, nie zawsze jest prawidłowo wykonywana, zaś pacjenci są źle przygotowani do badania. Żeby dobrze wykonać badanie spirometryczne, oprócz dobrej skalibrowanej aparatury, potrzebny jest przede wszystkim dobrze wyszkolony personel rozumiejący i znający cel i parametry mierzone [7].

Oprócz wywiadu i obserwacji należy chorego pacjenta odpowiednio przygotować do badania; często zdarza się, że pacjenci przychodzą na badanie „tylko dmuchnąć”. Jednak pielęgniarka przygotowująca i wykonująca spirometrię musi posiadać wiedzę na temat badania, ale także o tym, jak chory ma być przygotowany, żeby spirometria odzwierciedlała stan jego choroby.

Bez tej fachowej wiedzy i przygotowania chorego źle wykonana spirometria może zaważyć na rozpoznaniu POChP.

Należy pamiętać, że w trakcie badania zwiększa się ciśnienie w klatce piersiowej i jamie brzusznej.

Przeciwwskazania bezwzględne:

- 1) tętniak aorty brzusznej i piersiowej,
- 2) odma opłucnowa – miesiąc,
- 3) operacja okulistyczna – miesiąc,
- 4) świeże zaburzenia rytmu serca,
- 5) krwioplucie,
- 6) bóle uniemożliwiające wykonanie badania,
- 7) biopsje nerek i wątroby – miesiąc,
- 8) założenie rurki tracheostomijnej.

Względne przeciwwskazania:

- 1) ciąża,
- 2) zmiany w obrębie twarzoczaszki,
- 3) zaburzenia psychiczne,
- 4) choroby umysłowe – w takich przypadkach bardzo wiele zależy od postawy osoby wykonującej badanie i jej podejścia do chorego.

Problemem może także być wykonanie badania spirometrycznego u chorego słabo słyszającego lub niesłyszającego, warto jednak zawsze podjąć próbę wykonania spirometrii [5, 9].

Edukację chorego zaczynamy w momencie, kiedy umawiamy się z chorym na badanie. Pacjenta należy poinformować, aby przed badaniem nie wykonywał ciężkiej wysiłkowej pracy fizycznej przez około 30 minut przed przyjściem do pracowni, odpoczął około 20 minut pod gabinetem, nie przychodził w opinających ubraniach, paskach, krawatach, kobiety w wyszczuplającej, modelującej bieliznie, gorsetach. Przed badaniem chory powinien wstrzymać się od palenia papierosów, fajki, cygara przez 24 godziny lub możliwie jak najdłużej, minimum 2 godziny. Pacjent na badanie nie musi przychodzić na czczo, ale posiłek nie powinien być ciężkostrawny i obfity, spożyty najlepiej 2 godziny przed przyjściem. Można poprosić pacjenta, aby przed badaniem umył zęby i nie jadł aromatycznych przypraw, np. czosnku. W przypadku kiedy przychodzą na badanie kobiety mające problem z nietrzymaniem moczu, należy poprosić, aby się zabezpieczyły podpaską, dzięki czemu nie zabrudzą odzieży i zyskają swobodę przy wykonywaniu forsownego wydechu [9, 10].

Przed badaniem chory nie powinien przyjmować leków wziewnych. Należy choremu wyjaśnić, o jakie leki chodzi. Częstym błędem jest krótkie wspomnienie choremu, „że nie ma przyjmować leków przed badaniem”. Dla osób ze służby zdrowia oczywistym jest, że chodzi o leki wziewne, ale dla pacjenta nie! Są chorzy, którzy to polecenie biorą dosłownie i nie przyjmują np. insuliny lub leków na nadciśnienie. Leki wziewne są określa-

ne przez pacjentów jako pompki, dmuchawki, sikawki; zwłaszcza ludzie starsi mają problem z nazewnictwem i nie przywiązują należytej wagi do skuteczności terapii inhalacyjnej.

Przed badaniem chory nie powinien przyjmować leków wziewnych rozszerzających oskrzela, natomiast wziewne kortykosteroidy lub kromony przed spirometrią mogą być przyjmowane w zleconych dawkach.

Jeżeli pacjent ma ciężką postać POChP, należy wyjaśnić, że jeżeli nie będzie w stanie przyjść na badanie bez leków wziewnych rozszerzających oskrzela, powinien je przyjąć, a pielęgniarkę wykonującą badanie poinformować, jaki lek, ile czasu przed badaniem i w jakiej dawce przyjął. Fakt ten odnotowujemy na wykonanym badaniu [6].

Przed przystąpieniem do wykonywania spirometrii wyjaśniamy choremu, na czym badanie będzie polegało, zwłaszcza jeżeli jest to pierwsze badanie tego typu u pacjenta.

Objaśniamy, co kolejno pacjent będzie wykonywał, a jeżeli zachodzi taka potrzeba – można choremu nawet zademonstrować poszczególne czynności.

Niwelujemy strach i lęk, nawiązujemy dobry kontakt z pacjentem, aby nie czuł się zestresowany i spięty, ponieważ nie ma możliwości wykonania badania bez dobrej współpracy z chorym. Chory musi czuć się zmotywowany do wysiłku w czasie badania [6, 9]!

Należy zwrócić uwagę, aby nie powtarzać spirometrii wielokrotnie, ponieważ pacjent się męczy i zwłaszcza w ciężkich postaciach POChP może dojść do zwiększenia duszności w takim stopniu, że będzie konieczne przyjęcie leku rozszerzającego oskrzela.

Badanie to wymaga forsownego wydechu, dużego wysiłku ze strony pacjenta, aby było wykonane poprawnie technicznie, a parametry zmierzone nadawały się do interpretacji; należy pamiętać, że przy wielokrotnym powtarzaniu parametry mogą się zmniejszać i konieczny jest odpoczynek chorego. Parametry należne są wyliczane przez komputer indywidualnie dla każdego pacjenta na podstawie: płci, daty urodzenia, wzrostu i wagi. Chorego osobiście ważymy i mierzymy przed wprowadzeniem danych do bazy danych.

U chorych z deformacjami klatki piersiowej lub po amputacji kończyn wzrost mierzymy po maksymalnym rozpostarciu rąk pomiędzy opuszkami palców prawej i lewej ręki [10].

Ważną częścią badania jest również postawa pacjenta w trakcie badania.

Pacjent siedzi na krześle, stopy powinny opierać się płasko o podłogę, sylwetka wyprostowana, głowa prosto – pacjent patrzy przed siebie [6].

Chory nie powinien opierać łokci na oparciach krzesła, zakładać nogi na nogę, przyjmować pozycji półle-

żając. Prawidłowa postawa gwarantuje swobodny przepływ powietrza przez drogi oddechowe.

Jeżeli pacjent jest osobą ze znaczną otyłością, lepszą pozycją dla niego będzie pozycja stojąca, natomiast u osób szczupłych pozycja stojąca lub siedząca w sposób istotny nie wpływa na uzyskane wyniki [10].

Istotne jest pouczenie pacjenta, aby przy maksymalnym wydechu nie pochylał się. Duża część chorych sądzi, że pochylając się i schylając głowę, lepiej „wycisnąć” z siebie powietrze, a parametry zmierzone będą lepsze [6].

Przed włożeniem ustnika do ust należy usunąć cukierki, gumy do żucia i luźno osadzone protezy zębowe. Ustnik badany wkłada między zęby, ustami szczelnie obejmuje ustnik, a język swobodnie spoczywa pod ustnikiem. Ustnik włożony między zęby powinien być objęty ściśle ustami pacjenta, aby nie dochodziło do przecieków powietrza między ustnikiem a ustami, zwłaszcza w kącikach ust.

Włożenie ustnika u niektórych chorych wywołuje odruch wymiotny, jest to istotny problem dla chorego, ponieważ go krępuje i zawstydzia. W takim przypadku ustnik nie powinien być włożony zbyt głęboko – praktycznie „zahaczony o zęby”, ale pamiętajmy o szczelności ustnika z ustami i o położeniu języka.

Język powinien spoczywać pod ustnikiem – zwracamy na to uwagę, ponieważ część pacjentów ma trudności z utrzymaniem języka pod ustnikiem [5].

Na nos zakładamy klips, tak aby całkowicie uniemożliwić przepływ powietrza przez jamę nosową.

Po spokojnych oddechach chory musi wykonać maksymalne oddechy trwające minimum sześć sekund. Pielęgniarka w poprawnie wykonanym badaniu musi uzyskać trzy powtarzalne prawidłowo wykonane technicznie przez pacjenta krzywe przepływ–objętość [6, 9, 10].

Wydech trwający sześć sekund nie jest łatwy do osiągnięcia przez człowieka zdrowego i jest to trudne wyzwanie dla chorego, który ma to badanie wykonywane po raz pierwszy [5].

Z obserwacji autorów wynika, że pacjenci z zaawansowaną postacią POChP z większą łatwością wykonują wydech trwający sześć sekund. Wynika to z tego, że pacjenci ci umieją oddychać w czasie nasilenia duszności przez „zasznurowane usta”.

W trakcie badania bacznie obserwujemy chorego:

- zwłaszcza gdy zachodzi konieczność powtórzenia badania, aby nie doszło do przewentylowania i zastąpienia chorego w trakcie wykonywania forsownych oddechów,
- jeżeli w wywiadzie pacjent poinformował nas, że choruje na padaczkę – należy zwrócić na niego większą uwagę, gdyż stres może wywołać atak padaczki.

Pomocna w ocenie prawidłowo wykonanego badania jest skala poprawności wykonanego badania. Skala ta oznaczona jest literami od A do F.

Prawidłowe badanie oprócz spokojnych oddechów towarzyszących badaniu musi zawierać trzy podstawowe elementy:

- trzy powtarzalne krzywe,
- wydech trwający nie krócej niż sześć sekund,
- szczytowy przepływ wydechowy PEF osiągnięty w czasie nie krótszym niż 300 m/s [5].

Do oceny przez lekarza nadają się tylko wyniki w kategorii A i B.

- A. Badanie zawiera dwie prawidłowe krzywe z trzech poprawnie wykonanych, a różnica w wartości parametrów FVC i FEV1 – mniej niż 100 ml.
- B. Badanie zawiera dwie prawidłowe krzywe z trzech poprawnie wykonanych, a różnica w wartości parametrów FVC i FEV1 – między 101 a 150 ml.
- C. Badanie zawiera dwie prawidłowe krzywe z trzech poprawnie wykonanych, a różnica w wartości parametrów FVC i FEV1 – między 151 a 200 ml.
- D. Badanie zawiera tylko jedną poprawną krzywą lub krzywe różnią się wartościami FVC i FEV1 powyżej 200 ml.
- E. W badaniu nie uzyskano żadnej poprawnie wykonanej krzywej, a wartości uzyskane nie podlegają ocenie [5, 9].

Nieprawidłowo wykonane badanie czynnościowe układu oddechowego może spowodować fałszywy pomiar parametrów, a lekarz, otrzymując taki wynik, może błędnie rozpoznać POChP, co ma brzemienne w skutkach następstwa zarówno na polu psychicznym, jak i medycznym oraz społecznym [9].

Dlatego tak ważne jest przygotowanie chorego i odpowiednie wyedukowanie go przed przystąpieniem do badania i w trakcie jego trwania.

Pamiętajmy o tym, że to, co jest oczywiste i proste dla personelu medycznego, wcale nie musi być zrozumiałe dla chorego!

Istotnym badaniem w rozpoznaniu POChP jest badanie oceny odwracalności obturacji oskrzeli, tzw. próba rozkurczu [8].

Przygotowując pacjenta do próby rozkurczowej, poinformujmy go, że konieczne jest odstawienie leków rozszerzających oskrzela:

- krótko działających  $\beta_2$ -sympatykomimetyków na 8 godzin przed badaniem,
- długo działających  $\beta_2$ -sympatykomimetyków na 12 do 24 godzin przed badaniem [6, 9].

Pacjent po wykonaniu badania spirometrycznego w spoczynku, czyli bez leków wziewnych, przyjmuje leki rozszerzające oskrzela szybko działające. Do wykonania próby rozkurczowej zaleca się podanie betamimety-

ku krótko działającego, np. Salbutamolu lub Berotecu, po którym uzyskuje się najlepszy rezultat rozkurczowy [5]. Chory po przyjęciu leku czeka na kolejne badanie spirometryczne około 20–30 minut, aby lek zadziałał i rozszerzył oskrzela.

W tym czasie pacjent nigdzie nie chodzi, nie spaceruje, zostaje pod czujnym okiem pielęgniarki, która obserwuje, czy nie następują reakcje niepożądane u chorego, np.

- nadmierna pobudliwość,
- zaburzenia rytmu serca,
- reakcja uczuleniowa,
- paradoksalny skurcz oskrzeli [9].

Po wyznaczonym czasie pielęgniarka ponownie wykonuje badanie. Te dwa wykonane badania zestawia razem, opisuje rodzaj badania i tak wykonany wydruk przekazuje lekarzowi do interpretacji i opisu.

Zdarza się, że wykonanie badania u chorego jest niemożliwe z powodu zbyt wielkiego napięcia lub stresu spowodowanego samym badaniem, problemami osobistymi bądź wstępną diagnozą. Wtedy przetóżmy badanie na inny dogodny termin. Nie zapominajmy przy tym o zrozumieniu i życzliwości dla takiego chorego.

#### Piśmiennictwo

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – Update 2006. National Institut of Health: National Heart, Lung and Blood Institute UKL, [www.copdgold.com](http://www.copdgold.com) (data dostępu: 25.05.2013).

2. Halpin D, Rudolf M. POChP. Med Dypł. 2008; Zeszyt eduk. 1(4):1–48.
3. Karwat K. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). W: Chazan R. Pneumonologia praktyczna. Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2005, 311–321.
4. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Aktualizacja (2005) skróconej wersji Raportu GOLD. Med Prakt. 11–12/2005, przedruk.
5. Zielonka MT, Lubiński W, Gutkowski P. Spirometria dla lekarzy. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008, 41–113.
6. Doboszyńska A, Wrotek K (red.). Badania czynnościowe układu oddechowego. PZWŁ, Warszawa 2004.
7. Wrotek K. Rola badań czynnościowych w diagnostyce chorób obturacyjnych. Med Dypł., wyd. spec. 2005; Supl., 19,05:11–14.
8. Lubiński W. Badanie spirometryczne. Alergoprofil. 2006;2, 1(3):4–13.
9. Zieliński J. Przewlekła obturacyjna choroba płuc POChP. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2007.
10. Kowalski J, Kosiorowski A, Radwan L. Ocena czynności płuc w chorobach układu oddechowego. Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2004.
11. Crapo DJ. Atlas chorób płuc. Via Medica, Gdańsk 2007, 25–41.

#### Adres do korespondencji:

Natalia Ukleja-Sokołowska  
e-mail: [ukleja@10g.pl](mailto:ukleja@10g.pl)

# ■ MOŻLIWOŚCI LECZENIA MIĘŚNIAKÓW MACICY NA PRZYKŁADZIE INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU KLINICZNEGO

## UTERINE FIBROIDS TREATMENT OPTIONS ON THE SINGLE CLINICAL CASE EXAMPLE

MAŁGORZATA JUJECZKA<sup>1</sup>, BEATA BAJURNA<sup>2</sup>, ANNA GALĘBA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Studentka SUM, kierunek: Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Prywatna Praktyka Lekarza Medycyny Estetycznej i Przeciwwstarzeniowej w Warszawie i w Poznaniu; Wellness Chanel w Koninie

### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie.** Istnieje wiele metod usuwania mięśniaków macicy; metody te możemy podzielić na: operacyjne (np.: wycięcie mięśniaków macicy, całkowite wycięcie macicy przez powłoki brzuszne, operacje pochwowe, operacje laparoskopowe) oraz nieoperacyjne, czyli zachowawcze (np.: embolizacja tętnic macicznych, leczenie hormonalne analogami GnRh, zastosowanie octanu uliprystalu). Wybór odpowiedniej metody leczenia zależy od wielu czynników, m.in.: od wieku pacjentki, czy rodziła, od objawów klinicznych, chorób współistniejących.

**Cel.** Ocena możliwości leczenia mięśniaków macicy i wybór najszybszej metody leczenia u 44-letniej pacjentki, przyjętej do oddziału ginekologicznego z powodu obfitych krwawień okołymi miesiączkowymi oraz bólu podbrzusza, u której wcześniej rozpoznano mięśniaki macicy.

**Materiał i metoda.** Badaniem objęto pacjentkę w wieku 44 lat, przyjętą do oddziału ginekologicznego z obfitymi krwawieniami między- i miesiączkowymi oraz bólami podbrzusza. Zastosowano metodę indywidualnego przypadku.

**Wnioski.** Opisywana pacjentka z powodu wieku, posiadania potomstwa i objawów została zakwalifikowana do zabiegu usunięcia macicy bez przydatków. Pacjentka była przygotowana emocjonalnie do zabiegu – przed wykonaniem zabiegu operacyjnego przeprowadzono szczegółową rozmowę celem wyjaśnienia wszelkich wątpliwości, możliwości leczenia i powiadomienia o ewentualnych powikłaniach. Dzięki wykwalifikowanemu personelowi medycznemu pobyt pacjentki w oddziale przebiegał bez powikłań.

**SŁOWA KLUCZOWE:** mięśniaki macicy, przypadek medyczny, metody leczenia.

### ABSTRACT

**Introduction.** There are many methods to remove uterine fibroids, which can be divided into the surgical methods (eg: uterine myomectomy, total excision of the uterus through the abdominal layers, vaginal surgeries, laparoscopic surgeries) and non-surgical methods that is noninvasive (e.g. embolization of uterine arteries, hormonal therapy using GnRh analogues, the use of ulipristal acetate). The selection of the appropriate method of treatment depends on many factors, such as the age of the patient, clinical symptoms, comorbid conditions and pregnancy.

**Aim.** The evaluation of treatment options for uterine fibroids and a selection of the most appropriate methods of treatment for the 44-year-old patient, admitted to the gynecology unit, due to excessive between- and menstrual bleeding and lower abdominal pain, who was previously diagnosed with uterine fibroids.

**Material and method.** The study included a patient aged 44, admitted to a gynecology unit with excessive between-and menstrual bleedings and lower abdominal pains. A single case method was applied.

**Conclusions.** This patient due to her age, having children, and symptoms was qualified for the surgery to remove the uterus without appendages. She was emotionally prepared for surgery-before the surgical procedure was performed, a detailed interview to clarify any doubts was carried out, the patient was informed about treatment options and about any complications that there could occur the surgery. Thanks to qualified medical personnel the patient's stay in the ward proceeded without any complications.

**KEY WORDS:** uterine fibroids, medical case, treatment methods.

### Wstęp

Istnieje wiele metod usuwania mięśniaków macicy; metody te możemy podzielić na operacyjne oraz nieoperacyjne, czyli zachowawcze.

- Leczenie operacyjne

Mięśniaki macicy są schorzeniem, z powodu którego najczęściej przeprowadzane są zabiegi operacyjne w ginekologii [1]. Rodzaj i rozległość operacji uzależnione są od wielu czynników, a mianowicie: od umiej-



scowienia mięśniaków, ich liczby i wielkości, współistniejących innych schorzeń, wieku i stanu pacjentki, a także jej oczekiwań. Małe i jednocześnie bezobjawowe mięśniaki, szczególnie u pacjentek w okresie okołomenopauzalnym, nie wymagają zabiegu operacyjnego. Jednak w wielu przypadkach zaleca się interwencję chirurgiczną, często połączoną z całkowitym usunięciem macicy. Nie jest to jedyna metoda leczenia mięśniaków. W pewnych przypadkach można zastosować taką metodę leczenia, jaką jest usunięcie jednego mięśniaka lub też wycięcie wszystkich mięśniaków, jakie wyczuwamy. Ta zachowawcza operacja jest najczęściej wybierana u tych kobiet, które pragną jeszcze mieć dzieci. Najkorzystniejszym zabiegiem dla takich pacjentek jest wyłuszczenie mięśniaków przez zastosowanie laparotomii lub endoskopii. Najczęściej wybraną metodą w takich przypadkach jest laparoscopia, ponieważ minimalizuje ryzyko wystąpienia zrostów pooperacyjnych w miednicy oraz jest mniejszym urazem śródoperacyjnym. U kobiet w okresie okołomenopauzalnym leczeniem z wyboru jest histerektomia [1, 8].

Wskazaniami do leczenia operacyjnego są mięśniaki: dające objawy kliniczne; niedające objawów klinicznych, których łączna wielkość odpowiada 12–14-tygodniowej ciąży lub większe; wykazujące w czasie krótkiej obserwacji dużą tendencję wzrostową; podśluzówkowe; stwierdzone w przebiegu leczenia niepłodności; wykazujące znaczący wzrost w czasie leczenia hormonami (HTZ); niedające żadnych objawów klinicznych, ale powodujące znaczny dyskomfort psychiczny [1].

#### ➤ Wyłuszczenie mięśniaków macicy

Jest to zabieg polegający na usunięciu samych mięśniaków z zachowaniem macicy, dlatego też operację tego typu przeprowadza się głównie u kobiet w wieku rozrodczym. Ma ona na celu nie tylko samo pozbycie się mięśniaka, ale także zmniejszenie krwawień miesięcznych, zachowanie płodności czy zmniejszenie objawów bólowych i uciskowych. Bardzo ważny jest wybór terminu operacji, który uzależniony jest od dnia cyklu operowanej. Wyłuszczenie mięśniaków w bliskim terminie przed wystąpieniem krwawienia miesięcznego powiązane jest z dużo większą utratą krwi, a stan pooperacyjny może być powikłany wysoką temperaturą i większym krwawieniem z dróg rodnych. Z tego właśnie względu zabieg powinno się wykonywać w pierwszej fazie cyklu miesięczkowego. Wybór cięcia powłok brzusznych uzależniony jest od operatora, jednak u młodych kobiet zwykle stosuje się cięcie poprzeczne nad spojeniem łonowym, głównie ze względów kosmetycznych. Sposób operacji jest ściśle uzależniony od umiejscowienia mięśniaka. Przed dokonaniem wyłuszczenia ważne jest dokładne badanie palpacyjne, aby ściśle określić po-

łożenie mięśniaków, ich wielkość i liczbę. Odtworzenie mięśnia macicy odbywa się przez zakładanie dwóch, trzech pięter szwów pojedynczych czy też szwów typu „Z” [11].

Najczęstsze powikłania pooperacyjne wyłuszczenia mięśniaków to [1, 11]:

- krwotoki śródopłucnowe,
- podwyższona temperatura ciała w okresie pooperacyjnym,
- uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodów.

#### ➤ Całkowite wycięcie macicy przez powłoki brzuszne

Histerektomia jest zabiegiem najczęściej wykonywanym u pacjentek z mięśniakowato zmienioną macicą. Rozważając wskazania do tej operacji, należy podchodzić do każdego przypadku indywidualnie, ponieważ zależą one głównie od wieku chorej oraz od wielkości mięśniaków i dolegliwości, jakie powodują. Właśnie ten rodzaj zabiegu zaleca się u pacjentek powyżej 45 roku życia, z macicą, której wielkość mogłaby stanowić poważny problem techniczny z dostępu pochwowego [1]. Wybór cięcia jest również ściśle uzależniony od wielkości macicy. Zdecydowanie mniej trudności napotka operator przy cięciu przebiegającym w środkowej linii ciała, usuwając macicę, której dno znajduje się powyżej pępka, aniżeli przy cięciu poprzecznym. Wybór cięcia w linii środkowej ciała (od spojenia łonowego do pępka) pozwala na znacznie lepszy dostęp do narządów, które mogą być patologicznie zmienione. Cięcie poprzeczne natomiast jest znacznie mniejszym obciążeniem dla pacjentki, gdyż zapobiega powstawaniu przepuklin pooperacyjnych, a także ma znaczenie kosmetyczne, do którego bardzo często operowana przywiązuje dużą wagę [1, 8].

#### ➤ Operacje pochwowe

Drogą pochwową usuwa się mięśniaki uszypułowane, podśluzówkowe, które częściowo lub też całkowicie przemieściły się do pochwy. Są to zabiegi bezpieczne. Istnieją jednak sytuacje, w których operator może napotkać trudności podczas takiego zabiegu. Pojawiają się one wówczas, gdy rodzący się mięśniak ma znaczne rozmiary i wypełnia szczelnie całą pochwę. W takich przypadkach zaleca się pomniejszenie guza, wycinając go kawałkami, co w końcowym efekcie pozwala na usunięcie go w całości [1].

#### ➤ Operacje laparoskopowe

Podczas operacji drogą laparoskopową można zarówno całkowicie usunąć macicę z przydatkami lub bez nich, jak i wyłuszczyć mięśniaki macicy. Usuwanie macicy w laparoskopii staje się coraz częściej stosowanym spo-

sobem na leczenie chorych z macicą mięśniakową. Jednym z kryteriów kwalifikacji usuwania mięśniaków w laparoskopii jest wielkość zmienionego trzonu macicy. Duże mięśniaki są przeciwwskazaniem do zastosowania leczenia za pomocą operacji laparoskopowych. Doświadczony operator powinien potrafić ocenić, jaka metoda jest najbardziej korzystna dla danej pacjentki. Obecnie usuwanie mięśniaków drogą laparoskopii jest leczeniem z wyboru u młodych kobiet. Biorąc pod uwagę rodzaj i ilość powikłań pooperacyjnych, jest ona porównywalna do operacji drogą przezbrzuszną, natomiast dzięki tej metodzie pobyt pacjentki w szpitalu jest znacznie krótszy, a głównym kryterium tej metody jest efekt kosmetyczny. Zazwyczaj do operacji laparoskopowych kwalifikują się kobiety z mięśniakami śródściennymi i podsurowicówkowymi, bez przeciwwskazań anestezyjologicznych i internistycznych, które chcą zachować macicę. Jako wyjątek traktuje się przypadki, w których liczba i wielkość mięśniaków uniemożliwiają wykonanie zabiegu laparoskopowego ze względu na ograniczoną przestrzeń w jamie otrzewnej [1, 2].

- Leczenie nieoperacyjne i zachowawcze

Leczenie operacyjne zalecane jest, gdy macica osiąga wielkość 12-tygodniowej ciąży. W przypadkach, gdy mięśniaki nie kwalifikują się do tradycyjnego leczenia operacyjnego, można zaproponować alternatywę, jaką są m.in.: embolizacja tętnic macicznych oraz leczenie hormonalne analogami GnRh [12].

- Embolizacja tętnic macicznych

Nieoperacyjną alternatywą leczenia objawowych mięśniaków macicy jest embolizacja tętnic macicznych. Zabieg ten wykorzystywany był w różnych sytuacjach klinicznych związanych głównie z krwotokami w położnictwie i onkologii ginekologicznej [1]. Pierwszy raz embolizację przeprowadzono we Francji, w Polsce natomiast wykonywana jest od ponad 10 lat. Do zabiegu embolizacji tętnic macicznych kwalifikują się pacjentki miesiączkujące z rozpoznanymi mięśniakami objawowymi. Szczególnie zaleca się wykonanie tego zabiegu u tych kobiet, u których występują przeciwwskazania do tradycyjnego zabiegu operacyjnego. Przed zabiegiem należy wykonać szereg badań, m.in.: USG przezpochwowe, rezonans magnetyczny, morfologię krwi, biopsję endometrium, posiew z pochwy oraz badania stężeń wybranych hormonów. Pozwala to na precyzyjne określenie liczby mięśniaków, ich położenia oraz stanu otaczających tkanek. Głównymi przeciwwskazaniami są: mięśniaki niedające objawów klinicznych, uszypułowane mięśniaki podsurowicówkowe, mięśniaki olbrzymie, nowotwór, ciąża, guzy jajników lub ostra infekcja w obrębie miednicy mniejszej.

Zabieg embolizacji tętnic macicznych przeprowadzany jest przez radiologa zabiegowego we współpracy z ginekologiem. Embolizacja polega na przezskórnym wprowadzeniu materiału embolizacyjnego do tętnic macicznych za pomocą cienkiego cewnika. Powoduje to zamknięcie dopływu krwi do mięśniaka, przez co dochodzi do jego niedokrwienia i stopniowej martwicy, a w efekcie do zmniejszenia się guza [14].

Do najczęstszych powikłań należą [14]:

- rodzący się mięśniak,
- martwica mięśniaka,
- silne dolegliwości bólowe,
- gorączka,
- dyskomfort w jamie brzusznej.

- Leczenie hormonalne analogami GnRh

Mięśniaki macicy należą do guzów hormonozależnych. Niewątpliwym jest wpływ estrogenów na wzrost mięśniaków, jednak w świetle danych z piśmiennictwa podobny efekt wywiera progesteron. Podkreśla się znaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych, których ilość w tkance mięśniaka jest większa aniżeli w tkankach macicy [1]. Obecnie najskuteczniejszymi środkami farmakologicznymi służącymi do terapii mięśniaków macicy są analogi GnRh. Przyjmowanie analogów przez trzy do sześciu miesięcy powoduje zmniejszenie wielkości mięśniaków przeciętnie o 50%. Zjawisko to jest bezpośrednio związane ze zwiększeniem oporu przepływu krwi w tętnicach macicznych. Analogi GnRh podawane są zwykle pacjentkom przygotowywanym do zabiegu operacyjnego. Rzadko zdarza się stosowanie analogów przed zabiegiem usunięcia macicy lub amputacji trzonu. Uzasadnieniem do ich stosowania może być ciężka niedokrwistość. Po podaniu pierwszej dawki analogu obserwuje się występowanie jednego krwawienia miesięcznego. Jest to reguła, gdy lek podany zostaje w drugiej połowie cyklu. Kolejne krwawienia nie występują, co stwarza możliwość do samistnego poprawienia się parametrów morfologii bez konieczności uciekania się do transfuzji krwi. Przedoperacyjne podawanie analogów GnRh przez mniej więcej trzy-cztery miesiące może doprowadzić do takiego zmniejszenia mięśniaków, że możliwe będzie usunięcie go drogą pochwową, co znacznie zmniejsza inwazyjność zabiegu operacyjnego [1, 12].

- Zastosowanie octanu uliprystalu (SPRM)

Progesteron odgrywa istotną rolę w patogenezie mięśniaków macicy. Zmniejsza on apoptozę komórek oraz pobudza proliferację tkanki mięśniaka. Przeprowadzono badania *in vitro* hodowli komórek mięśniaka, gdzie wykazano, że zarówno octan uliprystalu, jak i inne SPRM (selektywne modulatory receptora progesteronowego) w znacznym stopniu hamują proliferację komórek mię-

śniaka oraz wzbudzają wewnętrzny i zewnętrzny szlak apoptozy. Działania następującego nie zaobserwowano w hodowli prawidłowych komórek mięśnia macicy. Wnioski z badań wskazują na znaczne zahamowanie krwawienia z macicy, zmianę objętości guzów po 13 tygodniach leczenia odpowiednio: -21%, -12%, zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawę jakości życia [15].

**Cel pracy.** Ocena możliwości leczenia mięśniaków macicy i wybór najwłaściwszej metody leczenia u 44-letniej pacjentki, przyjętej do oddziału ginekologicznego z powodu obfitych krwawień około- i miesięczkowych oraz bólu podbrzusza, u której wcześniej rozpoznano mięśniaki macicy.

**Materiał i metoda.** Badaniem objęto pacjentkę w wieku 44 lat, przyjętą do oddziału ginekologicznego z powodu obfitych krwawień między- i miesięczkowych oraz bólów podbrzusza, celem leczenia operacyjnego – wycięcia macicy bez przydatków, z rozpoznaniem wstępnym: mięśniaki macicy, nieprawidłowe krwawienia maciczne. Pacjentka rodziła dwukrotnie siłami natury (1991 i 1995 r.), dzieci żywe, donoszone, nie roniła. Zastosowano metodę indywidualnego przypadku.

**Opis przypadku klinicznego.** Pacjentka w wieku 44 lat została przyjęta do oddziału ginekologicznego z powodu obfitych krwawień około- i miesięczkowych oraz bólów podbrzusza. Rodziła dwukrotnie siłami natury (1991 i 1995 r.), dzieci żywe, donoszone, nie roniła. W dobie przyjęcia stan ogólny pacjentki był w normie. Wykonano badania hematologiczne krwi: morfologię, OB, badanie ogólne moczu oraz badanie USG. W opisie badania USG czytamy: trzon macicy w całości powiększony, w całości zmieniony mięśniakowato, o wym. 10,1 x 6,6. Endometrium 11 mm. W dnie macicy widoczne echo mięśniaka o średnicy 30 mm, na tylnej ścianie mięśniak 32 mm. Jajnik lewy i prawy z drobnymi pęcherzykami. Na podstawie wykonanych badań i obserwacji pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego: wycięcia macicy bez przydatków.

**Opis operacji.** Cięciem poprzecznym, na granicy owłosienia łonowego, warstwowo otwarto jamę brzuszną. Obłożenie jelit chustami. Stwierdza się: macica w całości powiększona, zmieniona mięśniakowato, przydatki makroskopowo obustronnie prawidłowe. Podkucie, podwiązanie i przecięcie pęczków naczyniowych oraz więzadeł macicy. Wycięcie macicy bez przydatków w sposób typowy. Obszycie pochwy. Kontrola krwawienia i narządów jamy brzusznej. Warstwowe szczelne zeszywanie powłok jamy brzusznej. Rachunek chust i narzędzi zgodny. Mocz czysty.

**Rozpoznanie pooperacyjne.** Mięśniaki macicy. Nieprawidłowe krwawienie maciczne.

**Operacja.** Wycięcie macicy bez przydatków.

W pierwszych dobach po operacji kontrolowano stan ogólny pacjentki: mierzono tętno, ciśnienie tętnicze oraz temperaturę ciała. Obserwowano ranę pooperacyjną, diurezę dobową oraz powrót prawidłowej perystaltyki jelit. W czasie leczenia szpitalnego nie zaobserwowano nieprawidłowości. Pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym w trzeciej dobie po zabiegu operacyjnym.

**Badanie histopatologiczne.**

Materiał operacyjny: macica.

Rozpoznanie kliniczne: Myomata Uteri. Metrorrhagia. PAPA IIIa.

Wynik badania:

- Leiomyomata intramuralia, submucosa, unum necroticum, corporis uteri.
- Adenomyosis.
- Endometrium cum signis secretionis – faza nie w pełni wykształcona.
- Polypus glandularis cervicalis.

Opis: macica bez przydatków o wym. 12 x 10 x 10 cm, z licznymi mięśniakami do 5 cm średnicy. Jeden mięśniak nekrotyczny.

## Dyskusja i wnioski

W opisywanym przypadku najczęściej zgłaszanymi przez pacjentkę dolegliwościami, spowodowanymi obecnością licznych mięśniaków macicy, były obfite krwawienia między- i miesięczkowe oraz bóle podbrzusza. Są to najczęstsze objawy kliniczne mięśniaków macicy, które doprowadzają do wdrożenia leczenia operacyjnego [6]. U opisywanej pacjentki, po wykonaniu niezbędnych badań i wcześniejszym uzyskaniu zgody, zastosowano zabieg usunięcia macicy bez przydatków. W trakcie kwalifikowania do zabiegu wzięto pod uwagę wiele ważnych aspektów, m.in.: wiek pacjentki (44 lata), posiadanie potomstwa oraz dokuczliwe dolegliwości. Histerektomia przezbrzuszną jest zabiegiem najczęściej wykonywanym u pacjentek z mięśniakami manifestującymi się opisanymi powyżej objawami, zwłaszcza tych w wieku okołomenopauzalnym. Rzadziej wykonuje się zabiegi przezpochwowe, jednak w przypadkach mięśniaków niewielkich rozmiarów podejmuje się decyzję o zabiegu laparoskopowym, który znacznie zmniejsza ryzyko zrostów pooperacyjnych [8]. W czasie kwalifikowania do zabiegu operacyjnego zwraca się uwagę na wiele czynników, a mianowicie na wiek pacjentki, liczbę i rozmiary mięśniaków, ich umiejscowienie, choroby współistniejące oraz na chęć zachowania płodności [1, 3]. W niektórych przypadkach, gdy pacjentka ma więcej niż 45 lat, bardzo często usuwa się również jajniki celem profilaktyki nowotworów czy torbieli jajnika [6]. Pomimo wyrażenia zgody na zabieg operacyjny w obrębie narządów płciowych (w tym przypadku na całkowite usunięcie macicy) pacjentka po operacji

może odreagować swój obecny stan bardzo mocno, w dużym stopniu tracąc komfort psychiczny. Zaobserwowano, że emocjonalne reakcje pacjentek związane są z koniecznością zaakceptowania okaleczenia jako następstwa przeprowadzonej operacji, np.: pozostawienie blizny czy usunięcie narządu (macicy) wiązać się może z utratą przez pacjentkę poczucia kobiecości. W związku z tym w niektórych przypadkach należy zapewnić pacjentce opiekę psychologa [3]. Przed wykonaniem zabiegu operacyjnego trzeba przeprowadzić szczegółową rozmowę z pacjentką celem wyjaśnienia wszelkich wątpliwości i powiadomienia o ewentualnych powikłaniach i kolejnych hospitalizacjach.

U pacjentek z mięśniakowatą macicą bardzo często dochodzi do obniżenia zawartości żelaza w surowicy krwi. Może to być spowodowane zarówno obfitymi krwawieniami miesięczkowymi lub międzymiesięczkowymi, jak i upośledzonym wchłanianiem żelaza z układu pokarmowego, spowodowanym hiperestrogenizmem, a ponadto wychwytem tego pierwiastka przez rosnący mięśniak. Operacyjne wycięcie macicy mięśniakowatej, a co za tym idzie – ustąpienie krwawień istotnie wpływa na zahamowanie dalszej utraty żelaza z organizmu [6]. W jednym z przykładów wskazano na możliwość zachowawczego leczenia mięśniaków środkami SPRM, m.in. octanem uliprystalu, które w znacznym stopniu hamują krwawienie z mięśniakowatej macicy i pomagają zapobiegać występowaniu anemii. Ponadto obserwuje się zmniejszenie objętości guzów i dolegliwości bólowych, co pozwala na lepsze przygotowanie pacjentki do zabiegu oraz wybranie mniej inwazyjnych metod leczenia mięśniaków [15]. Oprócz anemii z niedoboru żelaza powodowanej krwawieniami związanymi z obecnością mięśniaków, guzy te mogą powodować również inne przykre dolegliwości. Duże i rozbudowane mięśniaki mogą uciskać na sąsiednie narządy. Mięśniak uciskający na pęcherz moczowy może powodować m.in. naglące parcie bądź nietrzymanie moczu. Natomiast ucisk na esicę lub odbytnicę powodować może zaparcia [7].

Jak każdy zabieg operacyjny, również histerektomia jest poważną ingerencją w organizm pacjentki i może wiązać się z występowaniem powikłań. Okres pierwszych 24 godzin po zabiegu jest czasem najważniejszym dla pacjentki i wymaga ścisłego nadzoru nad jej stanem. Pierwsze dwie doby są równie ważne, ponieważ to właśnie w tym okresie najczęściej pojawiają się objawy świadczące o wystąpieniu powikłań, np.: wzrost temperatury powyżej 38°C, krwawienia z rany pooperacyjnej czy napięcie i bolesność powłok brzusznych. Sumiennie obserwując pacjentkę, bardzo szybko można wychwycić moment, w którym pojawiają się pierwsze symptomy zagrożenia. Na oddziałach ginekologicznych, dzięki odpowiednio wykwalifikowanemu persone-

lowi medycznemu, nawet najmniejsze nieprawidłowości zostają wcześniej rozpoznane, a wdrożone leczenie pozwala uniknąć poważniejszych komplikacji [13].

Na tej podstawie wysunięto następujące wnioski:

- opisywana pacjentka z powodu wieku, posiadania potomstwa oraz dokuczliwych dolegliwości została zakwalifikowana do zabiegu usunięcia macicy bez przydatków,
- pacjentka była przygotowana emocjonalnie do zabiegu – przed wykonaniem zabiegu operacyjnego przeprowadzono szczegółową rozmowę celem wyjaśnienia wszelkich wątpliwości, możliwości leczenia i powiadomienia o ewentualnych powikłaniach,
- dzięki wykwalifikowanemu personelowi medycznemu pobyt pacjentki w oddziale przebiegał bez powikłań.

### Piśmiennictwo

1. Markowska J (red.). Mięśniaki macicy. MedPharm, Wrocław 2007.
2. Pisarski T (red.). Położnictwo i ginekologia. Wyd. 4. PZWL, Warszawa 2002.
3. Bręborowicz GH. Położnictwo i ginekologia. Repetytorium. PZWL, Warszawa 2010.
4. Pschyrembel W, Strauss G, Petri E. Ginekologia praktyczna, PZWL, Warszawa 2010.
5. Robak-Chołubek D, Jakiel G. Mięśniaki macicy. Prz Menopauz. 2006;6:409–412.
6. Maciołek-Blewniewska G, Mikołajczyk R, Malinowski A. Mięśniaki macicy a problem niedokrwistości u kobiet. Prz Menopauz. 2004;4:35–37.
7. Krychowska-Ćwikła A. Mięśniaki macicy – etiologia, objawy, diagnostyka i leczenie. Położ Nauka Prakt. 2011;2.
8. Shaw W. Ginekologia operacyjna. PZWL, Warszawa 1985, 165–192.
9. Kotarski J, Polak G. Diagnostyka i leczenie mięśniaków macicy. Med Prakt Ginekol Położ. 2005;6:39–46.
10. Opala T. Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. PZWL, Warszawa 2003, 67–87.
11. ACOG Practice Bulletin 2000, Leczenie mięśniaków – metody chirurgiczne zastępujące histerektomię. Med Prakt Ginekol Położ. 2000;6.
12. Dębski R. Zastosowanie analogów GnRh w terapii mięśniaków macicy. Post Nauk Med. 2008;21(4):253–257.
13. Wyględowski J, Osuch B, Maździarz A, Szałkowski A. Analiza powikłań po operacjach wycięcia mięśniaków macicy. Gin Prakt. 2003;11(4):36–38.
14. Vilos G, Asch M. Embolizacja tętnic macicznych w leczeniu mięśniaków macicy. Med Prakt Ginekol Położ. 2005;3:21–29.
15. Dębski R, Kotarski J, Paszkowski T, Poręba R, Skrzypulec-Plinta V, Spaczyński M, Szumiło J. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie zastosowania selektywnych modulatorów receptora progesteronowego (SPRM) w leczeniu mięśniaków macicy. Gin Pol. 2012;83:555–557.

### Adres do korespondencji:

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

# ■ TELEMEDYCYNĄ – STUDIUM PRZYPADKU DESTRUKCYJNEJ INNOWACJI

## TELEHEALTH: A CASE STUDY IN DISRUPTIVE INNOVATION

Janet Grady

American Journal of Nursing 2014;114(4):38–45

Treść artykułu: *Telehealth: A Case Study in Disruptive Innovation* dotyczy pojęcia destrukcyjnej innowacji w dziedzinie opieki zdrowotnej; skoncentrowano się na telemedycynie jako studium przypadku. Nowy produkt wprowadzany na rynek traktowany jest jako produkt innowacyjny, ale z biegiem czasu w wyniku wykorzystywania na szerszą skalę jego status się zmienia. Początkowe innowacje przekształcają się w normy, a nawet najlepsze praktyki w danej dziedzinie. Takim przykładem jest właśnie telemedycyna, która na początku traktowana była jako zagrażająca innowacja i odrzucana przez tradycyjne służby zdrowia. Obecnie telemedycyna jest dość szeroko wykorzystywana w opiece zdrowotnej. W artykule przedstawione zostały przykłady jej zastosowania w pracy pielęgniarskiej. Elektroniczne usługi informatyczne można wykorzystać w szkołach, więzieniach i wszędzie tam, gdzie dostęp do służby zdrowia jest ograniczony; przez usługi telemedyczne można zapewnić bezpieczną opiekę zdrowotną na odległość. Kolejnym przykładem zastosowania telemedycyny może być współpraca różnych ośrodków pielęgniarskich za pomocą wideokonferencji, telemetrii czy elektronicznej dokumentacji medycznej. Technologie

telemedyczne znajdują również zastosowanie w domach opieki społecznej – dzięki telemonitoringowi stanu zdrowia pensjonariuszy można ograniczyć hospitalizację i zredukować konieczności dojazdów pacjentów. Telemedycyna to także wykorzystanie urządzeń na OIOM-ie, gdzie pracę kilku osób można wspomóc pracą urządzeń elektronicznych. Również bardzo ważnym przykładem zastosowania telemedycznych technologii mogą być symulacje kliniczne powszechne w edukacji pielęgniarskiej. Rosnące koszty opieki zdrowotnej i konieczność nieustannego podnoszenia komfortu pacjentów to czynniki wspomagające rozwój telemedycyny, natomiast czynnikiem mogącym go opóźnić jest obawa dotycząca zachowania prywatności. Zwolennicy zastosowania usług telemedycznych nie chcą zastąpić tradycyjnej opieki, ale raczej ją uzupełnić. Polecam artykuł i zachęcam do jego analizy, zwłaszcza że tempo postępu technologicznego powoduje wzrost prawdopodobieństwa, iż w przyszłości telemedycyna będzie przykładem norm i dobrych praktyk.

Opracowanie: dr inż. Renata Rasińska  
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# ■ CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA JAKOŚĆ ŻYCIA ZAWODOWEGO

## *FACTORS AFFECTING QUALITY OF WORK LIFE*

Chandranshu Sinha

Australian Journal of Business and Management Research 2012;1,11:31-42

W artykule: *Factors Affecting Quality of Work Life* dokonano przeglądu czynników, które w znaczący sposób wpływają na ocenę jakości życia zawodowego (*Quality of Work Life*, QWL) pracowników ustawicznie rozwijających się organizacji i stają się jednocześnie priorytetowymi dla oceny jakości, skuteczności i efektywności pracy. Klasyfikacja i uniwersalność owych czynników jest znacząca i może być jednocześnie rozpatrywana z punktu widzenia organizacyjnej działalności przedsiębiorstw, w tym także podmiotów działalności leczniczej.

Zbadano niektóre spośród licznych czynników wpływających na QWL. W artykule zostają wymienione m.in.: zaangażowanie organizacyjne, elastyczne warunki pracy, klimat organizacji, również udzielane wsparcie organizacyjne i emocjonalne, sprawność komunikacji oraz motywowanie pracowników i satysfakcja zawodowa. Charakterystyka poglądowa owych czynników, na podstawie zgromadzonej literatury, stała się podstawą do przeprowadzenia analizy empirycznej. Na podstawie zgromadzonego materiału (n = 100) pochodzącego od osób pełniących

funkcje kierownicze średniego szczebla zarządzania uzyskano informacje o klasyfikacji czynników o największym wpływie na jakość życia związanego z pracą. Analiza wszystkich tych czynników stanowi bazę do tworzenia warunków dających możliwość sprawnej i efektywnej pracy. Czynniki te mają również niebanalny wpływ na wewnętrzne funkcjonowanie pracownika, zapewniając odpowiedni poziom QWL. Warunkuje to korzystne relacje w sferze działań organizacyjnych (charakter i środowisko pracy a zaangażowanie i zadowolenie z pracy) oraz zachowanie równowagi pomiędzy wypełnianiem ról zawodowych i prywatnych (rodzinnych, społecznych).

Zachęcam do analizy artykułu: *Factors Affecting Quality of Work Life* oraz próby pogłębienia zjawiska oceny jakości życia zawodowego personelu medycznego zatrudnionego w podmiotach działalności leczniczej.

Opracowanie: dr inż. Iwona Nowakowska  
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



## **POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU**

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

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

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

**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](mailto:ptnoz@poczta.onet.pl)  
NIP: 781-16-48-520, REGON: 639578796, KRS: 0000074710  
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

### DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

---

*Imię i nazwisko*

---

---

*Adres zamieszkania*

---

*Miejsce pracy, stanowisko*

---

*Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność*

---

*Uzyskany tytuł/stopień/zawód*

---

*Data urodzenia*

---

*Telefon kontaktowy*

---

*E-mail*

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

---

*Data*

---

*Podpis*

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



Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
zaprasza do udziału w XXXVII 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 niestacjonarnym, trwają od września danego roku do września kolejnego roku.

Nabór już trwa, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem:  
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11 (pokój 201)  
Tel./fax 61 861 22 51, tel. 61 861 22 50  
e-mail: [knoz@ump.edu.pl](mailto:knoz@ump.edu.pl)

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

# SZKOLENIE



Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz TÜV NORD Polska zapraszają na szkolenie:

## Specjalista ds. wdrażania Systemów Zarządzania oraz Standardów Akredytacyjnych CMJ w placówkach ochrony zdrowia.

**Czas trwania – 4 dni (32 h).**

**Termin szkolenia – październik 2014.**

Szkolenie kończy się egzaminem. Każdy uczestnik kursu, który uzyska pozytywną ocenę z egzaminu, otrzyma: Certyfikat Specjalisty ds. wdrażania Systemów Zarządzania w placówkach ochrony zdrowia.

W nadchodzącym roku Narodowy Fundusz Zdrowia wcieli w życie nowe rozwiązania prawne dotyczące kontraktowania świadczeń. Po raz pierwszy przyznane zostaną punkty za jakość leczenia. Docenione zostaną szpitale, które posiadają Akredytację Centrum Monitorowania Jakości. Wartość Certyfikatu Akredytacyjnego wyceniana jest na kilka procent wartości kontraktu (3–5%). Ponadto placówki, które zdecydują się na wdrożenie systemów zgodnych z wymaganiami norm: ISO 9001, 14001, PN-N 18001 oraz ISO 27001, pozyskają dodatkowe procenty do kontraktu. Co ważne, placówki posiadające ww. systemy już na etapie konkursu będą korzystniej ocenione. Owa finansowa zachęta z całą pewnością zmobilizuje placówki medyczne do wdrożenia systemów i ubiegania się o stosowne certyfikaty. Utrzymanie i wdrożenie systemów wiąże się jednak z umiejętnym zastosowaniem podejścia systemowego, by stworzyć całościowy i komplementarny system zarządzania uwzględniający wymagania wyżej wymienionych standardów akredytacyjnych i norm. Tworzenie autonomicznych bytów systemowych funkcjonujących w oderwaniu od codzienności organizacyjnej skutkować będzie tworzeniem fikcji, które nie będzie w stanie długo się bronić.

Implementacja norm i standardów, oprócz korzyści finansowych, może i powinna nieść za sobą konkretne korzyści dla szpitali związane z bezpieczeństwem pacjentów, pracowników, troską o środowisko i warunki pracy, bezpieczeństwo informacji. Warunkiem zbudowania optymalnego systemu jest kadra pracowników sprawnie poruszających się w wymaganiach norm i standardów, umiejętnie przekładających wymagania na specyfikę funkcjonowania placówek medycznych.

Proponowane szkolenie ma na celu przygotować adeptów sztuki zarządzania placówkami medycznymi do sprawnego wdrożenia i utrzymywania zintegrowanych systemów i standardów akredytacyjnych w szpitalach.

Harmonogram	
1 dzień	Norma ISO 14001 System Zarządzania Środowiskowego Norma ISO 18001 System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy
2 dzień	Norma ISO 9001 System Zarządzania Jakością
3 dzień	Norma 27001 System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji
4 dzień	Wymagania Akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości Dokumentowanie systemów Egzamin

### Szczegółowe informacje dotyczące szkolenia:

SEKRETARIAT  
KATEDRA I ZAKŁAD ORGANIZACJI I ZARZĄDZANIA  
W OPIECE ZDROWOTNEJ  
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11  
tel. (61) 861 22 50, fax (61) 861 22 51  
e-mail: szkolenie@umed.poznan.pl



POLSKIE TOWARZYSTWO  
NAUK O ZDROWIU





## Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

serdecznie zaprasza na:

### II KONFERENCJĘ NAUKOWO-SZKOLENIOWĄ

### INTERDYSCYPLINARNY WYMIAR ZDROWIA I CHOROBY,

która odbędzie się w dniach 27–28 listopada 2014 r.  
w Warszawie

#### Miejsce obrad:

Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Centrum Dydaktyczne, Aula B  
ul. Księcia Trojdena 2a

#### Tematyka konferencji:

- Postępy w medycynie – wyzwanie dla profesjonalistów w ochronie zdrowia
- Rozwój praktyki pielęgniarstwa
- Nowe standardy praktyki realizowane w ochronie zdrowia
- Opieka nad pacjentem przewlekle chorym i osobami starszymi – aktualny problem współczesnej medycyny
- Zachowania zdrowotne społeczeństwa – badania i praktyka
- Sesja Studenckich Kół Naukowych
- Sesja plakatowa

#### Do udziału w konferencji zapraszamy:

pielęgniarki i położne, dietetyków, psychologów, lekarzy, fizjoterapeutów, rehabilitantów, osoby zajmujące się promocją zdrowia i zdrowiem publicznym

*Za udział w konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych*

### **Informacje dotyczące publikacji:**

Wybrane przez Komitet Naukowy prace po uzyskaniu pozytywnej recenzji będą opublikowane w poniżej wymienionych czasopismach.

Autorów prac prosimy o zapoznanie się z wymogami redakcyjnymi i zasadami druku w poszczególnych periodykach.

Opłata za publikację w czasopiśmie „Pielęgniarstwo Polskie”: wydruk bezpłatny  
Wytyczne do publikacji: [https://www.ump.edu.pl/files/12\\_69\\_regulamin\\_pp.pdf](https://www.ump.edu.pl/files/12_69_regulamin_pp.pdf)

Opłata za publikację w czasopiśmie „Problemy Pielęgniarstwa”: 400 zł  
Wytyczne do publikacji: <http://czasopisma.viamedica.pl/pp/about/submissions#authorGuidelines>

Opłata za publikację w czasopiśmie „Pielęgniarstwo XXI Wieku”: 246 zł  
Wytyczne do publikacji: <http://www.piel21w.umlub.pl/regulamin/>

Opłata za publikację w czasopiśmie „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”: wydruk bezpłatny  
Wytyczne do publikacji: <https://mdw.wum.edu.pl/zasady-przyjmowania-i-publikowania-prac>

Opłata za publikację w Monografii wydanej przez Oficynę Wydawniczą WUM: 100 zł  
Wytyczne do publikacji: strona internetowa konferencji

### **Ważne daty:**

Termin nadsyłania kart zgłoszeń ze streszczeniem wystąpienia: do 20.10.2014 r.

Potwierdzenie przyjęcia pracy do wystąpienia: do 25.10.2014 r.

Termin nadsyłania pełnych tekstów: do 03.11.2014 r.

Zapraszamy do wzięcia udziału w sesji plakatowej:

Termin nadsyłania kart zgłoszeń ze streszczeniem plakatu: do 20.10.2014 r.

Potwierdzenie przyjęcia plakatu do prezentacji: do 25.10.2014 r.

Pełna wersja plakatu – na konferencję

### **Opłaty konferencyjne:**

Czynny udział: 200 zł, członkowie PTP: 150 zł

Bierny udział: 100 zł

Studenci: wstęp wolny

### **Sekretariat konferencji:**

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wydział Nauki o Zdrowiu, WUM

ul. Ciołka 27, 01-445 Warszawa

tel. 228773597

## WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

„Pielęgniarstwo Polskie” zamieszcza recenzowane prace oryginalne, pogładowe, kazuistyczne, sprawozdania ze zjazdów i konferencji, recenzje z książek oraz opracowania z zakresu historii pielęgniarstwa w języku polskim oraz angielskim. „Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem i czasopismem wydawanym również w modelu *open-access*. Wersja papierowa „Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną.

### ZGŁOSZENIA PRAC

Prace należy przesyłać na adres redakcji drogą elektroniczną jako załącznik do wiadomości e-mail na adres: [pielęgniarstwo-polskie@ump.edu.pl](mailto:pielęgniarstwo-polskie@ump.edu.pl). Redakcja nie wymaga przesyłania wersji papierowej manuskryptu.

Nadesłane prace powinny zawierać:

- manuskrypt,
- tabele,
- ryciny,
- oświadczenie autorów.

### MANUSKRYPT

Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez adiustacji, tj. bez twardych spacji, znaków końca linii (tzw. miękkich enterów) oraz powinien być wyjustowany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej. Należy pisać wyłącznie zwykłą czcionką (tytuły wytłuszczone), bez wyróżnień, dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń, linią ciągłą itp.

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

- tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
- imiona i nazwiska autorów bez tytułów i stopni naukowych,
- afiliację autorów – nazwy instytucji, w których praca powstała, z nazwą miasta i kraju,
- nazwisko kierownika jednostki,
- pełny adres, numer telefonu oraz adres e-mail autora, do którego będzie kierowana cała korespondencja.

W dalszej kolejności, od drugiej strony począwszy, powinno znajdować się streszczenie w języku polskim i angielskim przedstawiające istotną treść publikacji, a poniżej polskie i angielskie hasła indeksowe wg wymogów międzynarodowych indeksów lekarskich (MeSH).

### STRESZCZENIE

Streszczenia w języku polskim i angielskim powinny mieć charakter strukturalny – zawierać w sobie cel, materiał i metody badań, wyniki oraz podsumowanie i nie powinny przekraczać objętością 200 słów.

Słowa kluczowe – nie więcej niż pięć, w języku polskim i angielskim.

### PRACA ORYGINALNA

Artykuł oryginalny przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinie pielęgniarstwa oraz szeroko pojętej medycyny. Artykuł powinien być podzielony na: Streszczenie, Wprowadzenie, Materiał i metody, Wyniki i Dyskusję. Tekst nie powinien przekraczać 6000 słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie ze Streszczeniem i Piśmiennictwem).

## GUIDANCE FOR CONTRIBUTORS

„Pielęgniarstwo Polskie” prints reviewed original research, opinion articles, case studies, conference reports, book reviews and studies in history of nursery in both Polish and English. „Pielęgniarstwo Polskie” is a quarterly published in the open-access as well. A hard copy of “Pielęgniarstwo Polskie” is original.

### PAPERS SUBMISSION

Papers should be submitted to the Editor’s Office by e-mail as an attachment to the following address: [pielęgniarswopolskie@ump.edu.pl](mailto:pielęgniarswopolskie@ump.edu.pl). Hard copies are not required.

Submitted papers should include:

- manuscript,
- tables,
- figures,
- author’s (authors’) statement(s).

### MANUSCRIPT

The text should be written with 12 spot font Times New Roman, with the space between the lines 1.5 (one and a half space), 2.5 cm margin from every side, without editing, i.e. without hard spaces, end of the line signs (so-called soft enters) and should be justified (balanced to the left and right-hand margins). The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page. One should write with an ordinary font exclusively (greased titles), without upper case distinctions or underlining with the solid line, etc.

The first page of a paper should include:

- paper title in Polish and in English,
- author’s (authors’) first name(s) and surname(s) without academic titles or degrees,
- author’s (authors’) affiliation – names of institutions where the paper was written along with the name of the city and country,
- head of the research unit’s name,
- full address, phone number and e-mail address for correspondence.

The following pages should include the summary in both Polish and English with the essential contents of the paper and below Polish and English Medical Subject Headings (MeSH).

### ABSTRACT

Structured abstracts of up to 200 words in Polish and in English should include study objectives, material, methods, results and summary.

Key words – up to 5 words, in Polish and in English.

### ORIGINAL RESEARCH

Original research presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general. The paper should be divided into: Abstract, Introduction, Material and methods, Results and Discussion. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including Abstract and References).

## PRACA POGLĄDOWA

Manuskrypty w tej kategorii dotyczą ważnych, fundamentalnych odkryć w dziedzinach będących w zakresie pielęgniarstwa oraz szeroko pojętej medycyny. W pracach poglądowych zalecany jest podział na rozdziały. Artykuł poglądowy nie może przekraczać 8000 słów, tj. ok. 15–20 stron (łącznie ze Streszczeniem i Piśmiennictwem).

## PRACA KAZUISTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących rzadkich przypadków lub stanów klinicznych. Praca powinna mieć następujący układ: Streszczenie, Wprowadzenie, Opis przypadku i Dyskusja. Streszczenie (limit słów 250) powinno zawierać Założenia, Prezentację przypadku i Wyniki. Objętość słów nie może przekraczać 2500, tj. ok. 3–4 stron (łącznie ze Streszczeniem i Piśmiennictwem).

## KRÓTKIE DONIESIENIA

Prace w tej kategorii powinny dotyczyć wstępnych wyników badań przeprowadzonych na małej grupie i/lub przy użyciu nowej metodologii. Struktura pracy powinna być podobna do artykułu oryginalnego, a objętość nie może przekraczać 2500 słów (łącznie ze Streszczeniem i Piśmiennictwem).

## DONIESIENIA ZJAZDOWE

Podsumowania zjazdów i warsztatów z uwzględnieniem tematyki czasopisma. Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1000–1500 słów (2 strony).

## PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie w systemie Vancouver. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczone cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych.

W przypadku cytatu z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów (wg bazy danych MedLine – zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, rocznik, numer wydania, numer strony pierwszej i ostatniej:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007;1:12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie*. PWN, Warszawa 2007, 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie*. W: Malinowski A (red.). *Gerontologia*. PWN, Warszawa 2007, 12–32.

W przypadku cytatu z materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

## OPINION ARTICLES

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursing and medicine in general. The papers should be divided into chapters. The text should not exceed 8000 words, i.e. about 15–20 pages (including Abstract and References).

## CASE STUDIES

Case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: Summary, Introduction, Case Description and Discussion. The Summary (up to 250 words) should include Assumptions, Case Presentation and Results. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including Abstract and References).

## SHORT REPORTS

Short reports should concern initial research results conducted in a small group and/or by means of new methodology. The paper structure should be similar to original research and the text should not exceed 2500 words (including Abstract and References).

## CONFERENCE REPORTS

Conference and workshop reports should include the topic and references. The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

## REFERENCES

References should be presented on a separate sheet of paper using Vancouver system. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and should be marked using Arabic numerals in square brackets.

The sequence for a journal article should be as follows: author's (authors') name(s), title of paper, journal name abbreviated as in MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last number of pages, for example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007;1:12–27.

The sequence for the book should be as follows: author's (authors') name(s), book title, edition and place of publication, year of publication, first and last pages, for example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie*. PWN, Warszawa 2007, 12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter author(s), chapter title, book author(s), book title, edition and place of publication, year of publication, chapter first and last pages, for example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie*. W: Malinowski A (red.). *Gerontologia*. PWN, Warszawa 2007, 12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: author's (authors') name(s), title of paper, full address of the website, access date.

## TABELE

Tytuły w języku polskim i angielskim nad tabelami. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli również oprócz wersji polskiej powinno zawierać wersję angielską.

## RYCINY

Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej. Szerokość rycin nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm.

## OŚWIADCZENIA AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, iż praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie oraz zgodę kierownika jednostki na publikację.

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, 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.

## SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów w tekście. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

## PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przestać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzji przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy autorzy zobowiązują się ustosunkować się do recenzji w ciągu 30 dni.

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

## PRAWA AUTORSKIE

W przypadku akceptacji artykułów do druku wydawca nabywa do nich prawa autorskie, a wszelkie reprodukcje wersji elektronicznej lub papierowej nie mogą być dokonywane bez zgody wydawcy.

## TABLES

Table titles in both Polish and English should be placed above tables. All tables should be numbered using Arabic numerals. Table width should not exceed 8 cm or 16 cm. The contents of the table should be in Polish and in English.

## FIGURES

Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals. Figures width should not exceed 8 cm or 16 cm.

## AUTHORS' STATEMENTS

Each manuscript should be accompanied by authors' statements that the paper has never before been published in any other journal and a publishing agreement by the head of the research unit.

To counteract the occurrence of ghostwriting or ghost authorship phenomena 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.

## ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

## REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Main Editor or a member of the Academic Council. Manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. The reviewers decide whether the manuscript should be published and suggest corrections that must be made prior to publication. Authors are then required to express their opinion on recommended corrections in writing within 30 days.

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.

## COPYRIGHTS

In case manuscripts are to be published, the editor acquires the copyrights and no electronic or hard copy can be made without the editor's consent.

